

فرا تحلیل اثربخشی الگوی فرزند پروری خانواده های دارای بیماری روانی جدی

مونا روشنی^۱

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانش آموزته دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، ایران

چکیده

این مرور نظام مند با هدف ترکیب پژوهش‌های کیفی که به بررسی تجربیات والدین و ادراکات آن‌ها از تأثیر اختلال شدید روانی بر فرزندپروری و نیازهای حمایتی مربوطه پرداخته‌اند، انجام شده است. دستورالعمل‌های اقلام گزارش ترجیحی برای مرور نظام مند و فراتحلیل رعایت شدند. پنج پایگاه داده برای واژه‌های مرتبط با اختلال شدید روانی، فرزندپروری و پژوهش کیفی جستجو شدند. بیست و نه مطالعه شامل ۵۶۲ والد که اختلال شدید روانی را تجربه کرده‌اند، معیارهای ورود را برآورده کردند و کیفیت روش‌شناختی مطالعات وارد شده با استفاده از برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی بررسی شد. پس از ترکیب یافته‌ها با استفاده از سنتز تماتیک، شش مضمون شناسایی شدند: (۱) والد محدودشده، (۲) دشواری‌های فرزندپروری، (۳) کودک تحت فشار، (۴) تهدید گریزناپذیر، (۵) مقابله با تهدید، و (۶) نیازهای حمایتی همه‌جانبه. بینش‌های نوینی درباره مرکزیت دشواری‌های فرزندپروری مرتبط با اختلال شدید روانی و ادراکات تهدید در سراسر نظام‌های والد، خانواده، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی گسترده‌تر، بر روابط تحت فشار والد-فرزند و فاصله‌گرفتن والدین از حمایت‌ها، برجسته شدند. ابتکارات تغییر در عمل نظام مند از طریق حمایت همدلانه و فراگیر در سراسر نظام‌ها توصیه شد.

واژه‌های کلیدی: فرزندپروری، بیماری های روانی جدی، مرور سیستماتیک و فراتحلیل

مقدمه

فرزندپروری فرآیندی پیچیده و چندوجهی است که تحت تأثیر عوامل متعدد فردی و محیطی قرار دارد. حدود ۴ درصد از والدین، اختلال شدید روانی (استامبو و همکاران^۱، ۲۰۱۷) را تجربه می‌کنند، مانند روان‌پریشی، اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، که نشان‌دهنده گروه بزرگی از والدینی است که هنگام پیمایش مسیر فرزندپروری با چالش‌های اضافی و اغلب پیچیده‌ای روبه‌رو هستند (برای مثال، دولمن و همکاران^۲، ۲۰۱۳). عواملی مانند فشارهای اجتماعی، عاطفی و اقتصادی (برای نمونه، چن و همکاران^۳، ۲۰۲۱ الف، ۲۰۲۱ ب؛ رادلی و همکاران^۴، ۲۰۲۲ الف، ۲۰۲۲ ب) با افزایش خطر پیامدهای منفی در خانواده‌هایی که یکی از والدین در آن‌ها اختلال شدید روانی را تجربه می‌کند، همراه بوده‌اند، از جمله اختلال در روابط دلبستگی، طرد اجتماعی، دشواری‌های عاطفی کودک و خودکشی والدین (دوبروک و همکاران^۵، ۲۰۲۱؛ گرگ و همکاران^۶، ۲۰۲۱؛ پررا و همکاران^۷، ۲۰۱۴). با این حال، پیامدهای منفی اجتناب‌ناپذیر نیستند و پژوهش‌های کیفی نشان می‌دهند که فرزندپروری می‌تواند منبعی از افتخار (اونسن و همکاران^۸، ۲۰۰۸)، انگیزه و امید به آینده باشد (اکرسون^۹، ۲۰۰۳؛ پررا و همکاران، ۲۰۱۴؛ سابلا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۲). با وجود این، همچنان اطلاعات زیادی درباره چگونگی تجربه فرزندپروری توسط والدینی که با اختلال شدید روانی زندگی می‌کنند و نیازهای آن‌ها در زمینه مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای، حمایت‌های عملی و حمایت هم‌تایانشان در ارتباط با فرزندپروری وجود ندارد. به‌ویژه، تجربیات والدین در پیمایش روابط با فرزندانشان و نظام‌های گسترده‌تر، و دیدگاه‌های آن‌ها درباره حمایت‌های فرزندپروری، هنوز به‌طور کامل درک نشده است. در نتیجه، نیازهای والدین اغلب توسط خدمات نادیده گرفته می‌شود که این امر موجب می‌شود والدین احساس نادیده گرفته شدن و بدون حمایت بودن کنند (دیوید و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ گویدر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۲).

بیان مسئله

طی ۱۵ سال گذشته، پژوهش‌ها و رهنمودهای سیاستی درباره چالش‌هایی که خانواده‌ها در ارتباط با تجربه اختلال شدید روانی

^۱. Stam- baugh et al

^۲. Dolman et al

^۳. Chen et al

^۴. Radley et al

^۵. Dubreucq et al.

^۶. Gregg et al.

^۷. Perera et al.

^۸. Evenson et al.

^۹. Ackerson

^{۱۰}. Sabella et al.

^{۱۱}. David et al.

^{۱۲}. Goodyear et al.

والدین با آن مواجه هستند، افزایش یافته است (برای مثال، بی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۴؛ دیگینز^{۱۴}، ۲۰۱۱؛ فاستر و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۹؛ ریدتز و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۱). اگرچه پیشرفت‌های مثبتی حاصل شده است، تمرکز عمدتاً بر حمایت از کودکان و سایر اعضای خانواده در مقابله با چالش‌های ناشی از اختلال شدید روانی والدین بوده و تجربیات خود والدین تا حد زیادی نادیده گرفته شده است (رادلی و همکاران، ۲۰۲۲ ب). اسناد مهمی که ابتکارات تغییر در عمل را تشریح می‌کنند، از جمله برنامه بلندمدت خدمات بهداشت ملی (NHS) انگلستان (NHS England، ۲۰۱۹)، به‌طور کافی به نیازهای حمایتی والدینی که اختلال شدید روانی را تجربه می‌کنند، توجه نکرده‌اند، علی‌رغم توصیه‌های رهنمودهای سیاستی (برای مثال، دیگینز، ۲۰۱۱). علاوه بر این، اجرای ناکافی رویکردهای خانواده‌محور (FFP) در کشورهایی که قوانین استفاده از آن را توصیه کرده‌اند (فرلانگ و همکاران، ۲۰۲۱)، نشان‌دهنده ناکافی بودن تصمیمات سیاست‌گذاران به تنهایی برای ترویج تغییر در عمل است. با توجه به اینکه پیامدهای والدین و کودکان به‌طور ذاتی به هم مرتبط هستند (کاهنگ و همکاران، ۲۰۰۸)، ضروری است که ادراکات والدین درباره تأثیر اختلال شدید روانی بر فرزندپروری و نیازهای حمایتی آنان به‌خوبی درک شود تا ارائه خدمات برای این گروه اولویت‌دار بهبود یابد.

برای درک بهتر تجربیات مادران دارای اختلال شدید روانی، دولمن و همکاران (۲۰۱۳) یک فراتحلیل از ۲۳ مطالعه را انجام دادند که به بررسی ۳۵۵ تجربه مادران و هشت مطالعه دیگر که به دیدگاه‌های ۱۴۳ متخصص مراقبت‌های بهداشتی (HCPS) پرداخته بودند، اختصاص داشت. این مطالعات که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۱ منتشر شده‌اند، تجربیات مادران در تصمیم‌گیری‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و مادری در کنار اختلال شدید روانی، و همچنین تجربیات متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در ارائه حمایت به این مادران را گزارش کرده‌اند. این فراتحلیل با هدایت اصول متاتونوگرافی (نوبلیت و هر^{۱۷}، ۱۹۸۸) انجام شده و دو مضمون اصلی را شناسایی کرده است: (۱) تجربیات مادری و (۲) تجربیات دریافت خدمات. با این حال، مطالعات وارد شده به این مرور، اکنون بیش از یک دهه قدمت دارند و اهداف آن مرور بسیار گسترده بوده‌اند؛ به‌گونه‌ای که هم تجربیات پیش و پس از بارداری و هم تجربیات مادران از روان‌پریشی پس از زایمان—که دارای ویژگی‌های بالینی متمایزی است و در یک دوره مشخص پس از زایمان رخ می‌دهد (اسپینلی^{۱۸}، ۲۰۲۱)—را شامل می‌شده‌اند، و نقش اساسی پدران مورد توجه قرار نگرفته است. بنابراین، کاربردپذیری یافته‌ها برای تجربیات فرزندپروری در اختلال شدید روانی که محدود به جنسیت خاصی نبوده و خارج از دوره ویژه پیرامون زایمان است، محدود به نظر می‌رسد.

پیش از مرور دولمن و همکاران (۲۰۱۳)، اویسرمن و همکاران^{۱۹} (۲۰۰۰) گزارشی ترکیبی از ۶۷ مطالعه کمی و کیفی منتشر شده بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ ارائه دادند. نویسندگان گزارش کردند که اختلال شدید روانی والدین با روابط دلبستگی مختل و فرزندپروری با هم‌نوایی کمتر همراه بوده است. اگرچه تعداد نسبتاً زیادی مطالعه در این مرور وارد شده بود، اما بیشتر این مطالعات بر مادرانی متمرکز بودند که خلق پایین یا افسردگی را تجربه کرده بودند؛ تنها ۹.۳ درصد از مطالعات به‌طور مشخص به تشخیص اسکیزوفرنی یا روان‌پریشی و ۹.۷ درصد به اختلال دوقطبی پرداخته بودند. افزون بر این، سنتزی از مطالعات وارد شده انجام نشده بود که این امر تفسیرها و نتیجه‌گیری‌های گسترده‌تر را در سراسر مطالعات محدود می‌کند.

^{۱۳}. Bee et al.

^{۱۴}. Diggins

^{۱۵}. Foster et al.

^{۱۶}. Reedtz et al.

^{۱۷}. Noblit & Hare

^{۱۸}. Spinelli

^{۱۹}. Oyserman et al.

برخی مرورهای دیگر بر فرزندپروری در زمینه ویژگی‌های تشخیصی خاص تمرکز داشته‌اند. برای نمونه، انگور^{۲۰} (۲۰۱۷) در یک مرور ترکیبی از پنج مطالعه کمی و دو مطالعه کیفی منتشر شده بین سال‌های ۱۹۶۹ تا ۲۰۱۲، به بررسی دیدگاه‌های والدین درباره تأثیر تجربیات روان‌پریشی بر فرزندپروری پرداخت. انگور (۲۰۱۷) دریافت که والدین با دشواری‌های ارتباطی و فرزندپروری آشفته روبه‌رو بوده‌اند. با این حال، جزئیات کمی ارائه شد و هفت مطالعه وارد شده نیز سنتز نشدند. به‌طور مشابه، سایر مرورهای ترکیبی تمرکز خود را به ارائه‌های خاص اختلال دوقطبی محدود کرده‌اند (استاپ و همکاران^{۲۱}، ۲۰۲۰) و مرورهای کیفی، تمرکز خود را به روان‌پریشی پس از زایمان (فورد و همکاران^{۲۲}، ۲۰۲۰) یا اختلال شدید روانی در فرهنگ‌های چینی (چن و همکاران^{۲۳}، ۲۰۲۱ الف) محدود کرده‌اند.

اگرچه مرورهای ذکرشده بینش‌های مفیدی درباره چگونگی تأثیر فرزندپروری از طریق ویژگی‌های تشخیصی یا فرهنگی خاص در دوره‌های زمانی مشخص ارائه می‌دهند، اما بینش‌های بین‌فرهنگی درباره تأثیر اختلال شدید روانی بر فرزندپروری برای هر دو گروه مادران و پدران و نیازهای حمایتی مربوطه آن‌ها همچنان محدود است. برای هدایت مؤثرتر عمل بالینی برای والدینی که اختلال شدید روانی را تجربه می‌کنند، درک کیفی جامع و به‌روز از چگونگی تجربه فرزندپروری در زمینه اختلال شدید روانی، مطابق با دستورالعمل‌های شورای پژوهش پزشکی برای توسعه مداخلات پیچیده (اسکیوینگتون و همکاران^{۲۴}، ۲۰۲۱)، ضروری است.

بنابراین، این فراتحلیل با هدف ترکیب تجربیات و ادراکات والدین از تأثیر اختلال شدید روانی بر فرزندپروری انجام شده تا درک بهتری از نیازهای حمایتی فردی و حرفه‌ای آن‌ها فراهم شود. ما به‌طور خاص به این پرسش پرداخته‌ایم که «تجربیات و ادراکات والدین درباره تأثیر اختلال شدید روانی بر فرزندپروری چیست و چه نیازهای حمایتی از آن استنباط می‌شود؟». نتایج این فراتحلیل می‌تواند برای اطلاع‌رسانی به سیاست‌گذاری، پژوهش‌های آینده و عمل بالینی مورد استفاده قرار گیرد.

سوالات تحقیق:

- تجربیات والدین از تأثیر بیماری‌های جدی روانی بر پدر و مادری (والدین بودن) چیست؟
- ادراکات والدین از تأثیر بیماری‌های جدی روانی بر پدر و مادری (والدین بودن) چگونه است؟
- نیازهای حمایتی والدین از تأثیر بیماری‌های جدی روانی بر پدر و مادری (والدین بودن) کدامند؟
- روش اجرای تحقیق

استخراج و تحلیل داده‌ها

• داده‌های استخراج‌شده:

نقل‌قول‌های والدین از بخش‌های «نتایج» یا «یافته‌ها» در مطالعات وارد شده استخراج و در Microsoft Word وارد شدند. همچنین تفسیرهای نویسندگان این مطالعات نیز برای غنی‌سازی تحلیل استخراج شدند، اما تمرکز اصلی بر توسعه تم‌ها بر پایه نقل‌قول‌های والدین بود.

^{۲۰} . Engur

^{۲۱} . Stapp et al.

^{۲۲} . Fordeet al.

^{۲۳} . Chen et al.

^{۲۴} . Skivington et al.

روش تحلیل داده ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از سنتز تماتیک توماس و هاردن (۲۰۰۸) انجام شد. این روش به ادغام یافته‌های کیفی از مطالعات مختلف از طریق شناسایی تم‌های مشترک کمک می‌کند. این رویکرد به عنوان ابزاری برای بررسی میزان مناسب بودن و مقبولیت ارائه خدمات شناخته شده است (بارنت-پیچ و توماس، ۲۰۰۹) و امکان هدایت سیاست‌گذاری و عمل بالینی را فراهم می‌کند.

یافته‌ها:

ویژگی‌های مطالعات

- تعداد مطالعات:
 - ۲۹ مطالعه شناسایی و سنتز شدند (جدول شماره ۱).
 - کشورها و زمان انجام:
- این مطالعات در ۱۴ کشور و در بازه زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۲ انجام شدند و تجربیات فرزندپروری ۵۶۲ مادر و پدر دارای اختلال شدید روانی (SMI) را گزارش کردند (مطابق جدول ۲).
- ترکیب جنسیتی شرکت‌کنندگان:
 - ۱۶۰ مطالعه فقط تجربیات مادران را گزارش کردند.
 - ۱۲۰ مطالعه تجربیات مادران و پدران را گزارش کردند.
 - ۱۰ مطالعه فقط تجربیات پدران را بررسی کرده است (اونسن و همکاران، ۲۰۰۸).
- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:
 - بیشتر مطالعات سن، جنس و تعداد فرزندان شرکت‌کنندگان را گزارش کردند؛ با این حال، سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی کمتر گزارش شده است. تنها ۹ مطالعه از ۲۹ مطالعه (۳۱.۰۳٪) اطلاعات مربوط به قومیت شرکت‌کنندگان را ارائه دادند.
 - حجم نمونه‌ها:
 - بین ۵ تا ۵۷ نفر متغیر بوده است.
 - تشخیص‌های روان‌پزشکی:
 - از میان ۲۶ مطالعه (۸۹.۶۵٪) که به تشخیص‌ها اشاره کرده‌اند:
 - ۴۶.۸۶٪ از شرکت‌کنندگان مبتلا به اسکیزوفرنی یا روان‌پریشی بوده‌اند.
 - ۲۱.۴۱٪ مبتلا به اختلال دوقطبی بوده‌اند.
 - روش تأیید تشخیص:
 - خوداظهاری (۴ مطالعه)
 - DSM-IV (۱ مطالعه)
 - DSM-IV-TR (۲ مطالعه)
 - ICD-10 (۲ مطالعه)
 - با این حال، ۲۰ مطالعه به‌طور شفاف روش تأیید تشخیص را گزارش نکرده‌اند.
- روش‌های گردآوری داده‌ها:
 - مصاحبه‌ها: ۲۸ مطالعه
 - گروه متمرکز: ۱ مطالعه

- روش‌های تحلیل:
 - از طیف متنوعی از روش‌های تحلیل کیفی استفاده شده است.
 - کیفیت روش‌شناختی مطالعات وارد شده
 - کیفیت کلی مطالعات به صورت:
 - زیاد: ۱۳ مطالعه
 - متوسط به زیاد: ۱۶ مطالعه (مطابق جدول ۳)
 - جزئیات کیفیت:
 - تنها ۱ مطالعه (چان و همکاران، ۲۰۱۹) به طور مناسب رابطه پژوهشگر-شرکت‌کننده را در نظر گرفته است.
 - ۱۶ مطالعه (۵۵.۱۷٪) به ملاحظات اخلاقی توجه کرده‌اند.
 - ۵ مطالعه (۱۷.۲۴٪) هیچ‌گونه توجهی به ملاحظات اخلاقی نشان نداده‌اند.
 - مطالعات با بالاترین کیفیت:
 - چان و همکاران (۲۰۱۹)،
 - سابلا و همکاران (۲۰۲۲)،
 - چن و همکاران (۲۰۲۱) ب،
 - موننگومری و همکاران (۲۰۰۶)
 - با امتیاز ۹.۵ از ۱۰ یا بالاتر.
 - مطالعات با پایین‌ترین کیفیت:
 - سندز (۱۹۹۵)،
 - توماس و کالوسی (۲۰۰۲)،
 - ونگاتارامان و اکرسون (۲۰۰۸)
 - با امتیاز ۷ از ۱۰ یا کمتر.
- با توجه به اینکه هیچ رویکرد پذیرفته‌شده‌ای برای حذف مطالعات کیفی بر اساس کیفیت وجود ندارد (دیکسون-وودز و همکاران، ۲۰۰۶؛ توماس و هاردن، ۲۰۰۸)، هیچ مطالعه‌ای به دلیل کیفیت پایین حذف نشد.
- سنتز تماتیک
 - شش تم برای نشان دادن چگونگی تأثیر اختلال شدید روانی (SMI) بر فرزندپروری مفهوم‌پردازی شدند:
 - (۱) والد محدودشده،
 - (۲) دشواری‌های فرزندپروری،
 - (۳) کودک تحت فشار،
 - (۴) تهدید گریزناپذیر،
 - (۵) مقابله با تهدید، و
 - (۶) نیازهای حمایتی همه‌جانبه.

جدول ۴-۱: مربوط به ویژگی‌های مطالعه (Radley et al. ۲۰۲۲a)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۱	Radley et al., (۲۰۲۲a), UK	درک نیازها و تجربیات والدین دارای روان‌پریشی	اختلال روانی والدین: روان‌پریشی (n=۱۲)؛ ۱۰۰٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۱۰)، پدران (n=۲) -وضعیت تأهل: متأهل (n=۶)، مطلقه (n=۲)، جداشده (n=۱)، مجرد (n=۴) -قومیت: سفیدپوست بریتانیایی (n=۷)، سفیدپوست (سایر) (n=۱)، سیاه‌پوست بریتانیایی (n=۳)، آسیایی بریتانیایی- پاکستانی (n=۱) -سن (سال): ۲۰-۲۹ (n=۱)، ۳۰-۳۹ (n=۵)، ۴۰-۴۹ (n=۴)، ۵۰-۵۹ (n=۲) -سال‌های گذشته از اولین اپیزود روان‌پریشی: ۰ تا ۳۳ سال -تعداد بستری‌های روان‌پریشی: ۰ تا ۴ -اطلاعات کودک: تعداد فرزندان: ۱ (n=۶)، ۲ (n=۳)، ۳	ذکر نشده	خدمات مداخله زودهنگام در روان‌پریشی و تیم‌های سلامت روان بزرگسالان	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / تحلیل تماتیک بازتابی (براون و کلارک، ۲۰۰۶، ۲۰۲۰)	تأثیر روان‌پریشی بر فرزندپروری -نیاز به محافظت از فرزند -نیاز به احساس طبیعی بودن -تأثیر استرس فرزندپروری بر روان‌پریشی

			(n=۳) جنسیت کودکان: پسر (۱۶)، دختر (۵) -محیط: جامعه				
--	--	--	--	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعه (Sabella et al. ۲۰۲۲)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/ تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۲	Sabella et al., (۲۰۲۲), آمریکا	درک تجربیات والدین جوان بزرگسال با اختلال شدید روانی (SMI)	اختلال روانی والدین: اضطراب (n=۱۵)؛ ۲۸٪ افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۱۳؛ ۲۴٪ اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)؛ n=۹؛ ۱۷٪ اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۹؛ ۱۷٪ اسکیزوفرنی (n=۱)؛ ۱٪ اختلال اسکیزوافکتیو (n=۱)؛ ۱٪ اختلال خوردن (ED)؛ n=۵؛ ۹٪ اختلال شخصیت مرزی (BPD)؛ n=۱؛ ۱٪؛ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۱۵)، پدران (n=۳) -میانگین سن: ۲۶ سال -قومیت: سفیدپوست غیرهیسپانیک (n=۱۰)، سیاه‌پوست غیرهیسپانیک (n=۲)، هیسپانیک (n=۳)، مختلط/سایر (n=۳) -وضعیت تأهل: متأهل/هم‌خانه (n=۵)، مطلقه/جداشده (n=۳)، هرگز ازدواج نکرده (n=۱۰) -وضعیت سکونت: مستقل (n=۹)، با والدین (n=۶)، پناهگاه بی‌خانمانی/خانه گروهی (n=۳) -درآمد: میانگین درآمد کمتر از ۱۰ هزار دلار -تحصیلات: دبیرستان (n=۸)، کالج (n=۷)، مدرک دانشگاهی (n=۳)				

		اطلاعات کودک: تعداد فرزندان: ۱ (n=۹)، (n=۷)۲، (n=۱)۳، (n=۱)۴، سن کودکان: از «چند هفته» تا ۱۲ سال				
--	--	--	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Chen et al. ۲۰۲۱b)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۳	Chen et al., (۲۰۲۱b), چین	بررسی تجربیات زندگی و خانوادگی و فرزندپروری مادران چینی در زمینه بیماری روانی	اختلال روانی والدین: اسکیزوفرنی (n=۱)؛ ۷٪، اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۳؛ ۲۱٪، اضطراب (n=۲)؛ ۱۴٪، افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۴؛ ۲۸٪، افسردگی پس از زایمان (PND)؛ n=۳؛ ۲۱٪، اضطراب و افسردگی (n=۱)؛ ۷٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۱۴) -سن: ۲۰-۲۹ سال، (n=۱) ۳۰-۳۹، (n=۸) ۴۰-۴۹، (n=۵) ۵۰-۵۹ -وضعیت تأهل: متأهل (n=۱۲)، مطلقه (n=۱) در رابطه جدید (n=۱) -اشتغال: شاغل (n=۱۱)، پاره‌وقت (n=۱)، آزاد (n=۱)، خانه‌دار (n=۱) -قومیت: چینی (n=۱۴)	خوداظهاری	رسانه‌های اجتماعی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / پدیدارشناسی تفسیری (IPA) (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹)	مادری به‌عنوان هویت مرکزی -انگ اجتماعی مرتبط با مادری در بیماری روانی -تأثیر بیماری روانی بر فرزندپروری -ادراکات درباره تأثیر بیماری روانی بر کودکان -تجربه صحبت با کودکان درباره بیماری روانی -تأثیر فرزندان بر بیماری روانی مادران و

			<p>-وضعیت اقتصادی- اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: تعداد فرزندان: ۱ (n=۹) ، ۲ (n=۵) سن کودکان: ۱-۶ سال (n=۵) ، ۷-۱۲ (n=۱۰) ، ۱۳-۱۸ (n=۴) محیط: بیماران سرپایی</p>			<p>بهبودی آنها -حمایت دریافت شده و مورد نیاز</p>
۴	Mulvey et al., (۲۰۲۱), آمریکا	<p>بررسی تجریبات مادری در مادران دارای بیماری روانی شدید و مزمن در سیستم قضایی کیفری</p>	<p>اختلال روانی والدین : اختلال دوقطبی/افسردگی نوعی (n=۳۱) ؛ ۶۵% اختلال روان پریشی (n=۱۴)؛ ۲۹% اختلال اضطراب و استرس (n=۳) ؛ ۶% اطلاعات جمعیت شناختی: -مادران (N=۴۸) -میانگین سن: ۴۰ سال -قومیت: سفیدپوست (n=۳۰) ، سیاه پوست (n=۱۰) ، هیسپانیک (n=۴) ، سایر (n=۴) -حضانت: هرگز حضانت را از دست نداده اند (n=۱۸) ، حضانت جزئی/خانوادگی (n=۱۱) ، حضانت را در مقطعی از دست داده اند (n=۱۹) -وضعیت اقتصادی- اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: تعداد</p>			

			فرزندان: ۱ (n=۱۲) ، ۲ ۳ (n=۱۰) ، ۴ (n=۱۰) یا بیشتر (n=۱۳)				
--	--	--	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Boström and Strand (۲۰۲۱) و Strand et al. (۲۰۲۰)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۵	Boström and Strand (۲۰۲۱)، سوئد	بررسی روابط والد-نوزاد و ادراکات سلامت روان والدین و کودک	اختلال روانی والدین : اختلال اسکیزوافکتیو n=۴؛ ۶۷٪ اسکیزوفرنی n=۲ ؛ ۳۳٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۴) ، پدران (n=۲) -سن: ۳۸-۴۷ سال -محیط خانوادگی: زندگی با والد دیگر (n=۲)، والد تنها (n=۱)، حضانت مشترک (n=۲) ، کودک در مراقبت فرزندخواندگی (n=۱) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی :(SES) گزارش نشده اطلاعات کودک: پنج دختر و دو پسر، سن ۸-۱۵ سال محیط: جامعه	ذکر نشده	چهار مرکز درمان سرپایی برای افراد دارای روان‌پریشی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / پدیدارشناسی تفسیری (IPA) (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹)	تصویری نامشخص -روایتی ناهماهنگ -بیماری به‌عنوان بخشی از زندگی روزمره -رابطه والد- کودک غیر سلسله‌مراتبی -هماهنگی رابطه والد- کودک و سلامت روان کودک
۶	Strand et al. (۲۰۲۰)، سوئد	بررسی تجربیات والدین از	اختلال روانی والدین : اختلال اسکیزوافکتیو n=۸؛ ۵۳٪				

		<p>تأثیر روان‌پریشی بر فرزندپروری آن‌ها</p> <p>اسکیزوفرنی (n=۲) ؛ ۱۳٪، اختلال روان‌پریشی (n=۳) ؛ ۲۰٪، افسردگی اساسی همراه با اپیزودهای روان‌پریشی (n=۲)؛ ۱۳٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۱۰) ، پدران (n=۵) -سن: ۳۶-۵۶ سال (میانگین ۴۲) -وضعیت تأهل: متأهل/هم‌خانه (n=۸) ، مجرد (n=۱) ، مطلقه (n=۷) -اشتغال: شاغل (n=۲) ، مرخصی والدینی (n=۱) ، مرخصی استعلاجی (n=۱۲) -وضعیت حضانت: زندگی با کودک (n=۱۰) ، حضانت مشترک (n=۳) ، حقوق دسترسی (n=۲) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: ۱۷ کودک (۱۱ پسر و ۶ دختر)، سن ۳-۱۶ سال (میانگین ۱۰)</p>				
--	--	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Chan et al. ۲۰۱۹)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/ تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۷	Chan et al. (۲۰۱۹), هنگ‌کنگ	بررسی تجربیات فرزندپروری و خودآنگ‌زدایی مادران چینی با اختلال شدید روانی (SMI)	اختلال روانی والدین: افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۱۱؛ ۷۳٪ اختلال طیف اسکیزوفرنی (n=۴)؛ ۲۷٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: مادران (N=۱۵) -سن: ۲۶-۵۰ سال -وضعیت تأهل: مطلقه (n=۸)، متأهل (n=۵)، بیوه (n=۲) -وضعیت اشتغال: بیکار (n=۱۰)، پاره‌وقت (n=۴)، تمام‌وقت (n=۱) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: ۱ تا ۶ فرزند، سن ۲ تا ۲۲ سال محیط: جامعه	ذکر نشده	دو مرکز حمایت سلامت روان	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / تحلیل تماتیک (TA) براون و کلارک، ۲۰۰۶)	فاصله‌گیری و دوری -تردید به خود -تلاش برای کنترل
۸	Awram et al. (۲۰۱۷), استرالیا	درک راهبردهای زنان دارای بیماری روانی برای متعادل کردن نیازهای فرزندپروری با بهبودی سلامت روانشان	اختلال روانی والدین: افسردگی (n=۶)؛ ۲۹٪، اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۳؛ ۱۴٪، اختلال اسکیزوافکتیو (n=۲)، افسردگی پس از زایمان (PND)؛ n=۱؛ ۱۰٪، روان‌پریشی پس از زایمان (n=۱)؛ ۵٪، اضطراب (n=۴)؛ ۲۰٪ PTSD				

			<p>۳ (n=)؛ ۱۴٪، وسواس فکری-عملی (OCD) ؛ ۱ (n=)؛ ۵٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۱۰) -وضعیت تأهل: جداشده (n=۴)، زندگی با شریک (n=۶) -مراقبت کودکان: مراقبت کامل مادر (n=۶) ، مراقبت پاره‌وقت (n=۳) ، ترکیبی (n=۱) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: ۱ تا ۴ سال سن ۲ تا ۲۵ سال (میانگین ۱۲ سال)</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Klausen et al. ۲۰۱۶)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/ تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۹	Klausen et al. (۲۰۱۶)، نروژ	درک داستان‌های مادران درباره مادری در رابطه با بستری شدن به‌عنوان استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت روان	اختلال روانی والدین: روان‌پریشی (n=۲) ۲۰٪، تمایلات خودکشی (n=۲) ۲۰٪، بیماری جسمی (n=۱) ۱۰٪، اوردوز (n=۱) ۱۰٪، افسردگی (n=۱) ۱۰٪، «درخواست از پزشک (n=۱)» ۱۰٪، نامشخص (n=۲) ۱۰٪	نامشخص	خدمات بیمارستان روان‌پزشکی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / تحلیل تماتیک (TA) ریسمن، ۲۰۰۸)	توانایی قرار گرفتن در جایگاه کودک -تأثیر احساسی بستری شدن -باز بودن با کودکان درباره

			اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۱۰) -سن: ۳۱-۷۰ سال -وضعیت تأهل: مجرد (n=۳)، متأهل (n=۳)، شریک زندگی دارد (n=۴) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: تعداد فرزندان: ۲ (n=۵)، ۳ (n=۳)، ۴ (n=۱)، ۶ (n=۱)، سن کودکان مشخص نشده محیط: دیدگاه جامعه درباره بستری شدن				بستری شدن -حضور عاطفی و در دسترس بودن به‌عنوان مادر
۱۰	van der Ende et al. (۲۰۱۶)، هلند	درک راهبردهای موفق والدین دارای بیماری روانی	اختلال روانی والدین : اختلال خلقی (n=۹) ؛ ۳۳٪، اضطراب (n=۱) ؛ ۴٪، اختلال روان‌پریشی (n=۶) ؛ ۲۲٪، اعتیاد (n=۲) ؛ ۷٪، اختلال شخصیت PD؛ n=۷؛ ۲۶٪، ADHD (n=۲)؛ ۷٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۱۹) ، پدران (n=۸) -سن: ۱۹-۵۹ سال -وضعیت تأهل: متأهل/در رابطه (n=۱۴)، مطلقه/بیوه (n=۵)، مجرد (n=۸)				

			<p>-وضعیت سکونت: زندگی مستقل (n=۲۱). اقامت در محل‌های پشتیبانی شده (n=۶) -وضعیت اشتغال: شاغل یا دارای فعالیت روزانه منظم (n=۱۴) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: کوچک‌ترین کودکانها بین ۶ ماه تا ۱۸ سال، ۱۸ نفر ۱-۲ کودک داشتند، ۹ نفر ۳-۶ کودک</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات Parrott et al. (۲۰۱۵) و Rampou et al. (۲۰۱۵)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۱۱	Parrott et al. (۲۰۱۵)، انگلستان	درک تجربیات والدینی که در دوره بستری در بیمارستان پزشکی قانونی ایفا شده است	اختلال روانی والدین: از کل جمعیت بیمارستان پزشکی قانونی: اسکیزوفرنی (n=۱۰۰)، اختلال شخصیت (PD)؛ (n=۷)، اختلال خلقی (n=۴)، نامشخص (n=۴)؛ درصد جمعیت بر اساس تشخیص تعیین نشده است اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۸)، پدران (n=۱۰)	ذکر نشده	کارکنان بخش	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / رویکرد چارچوبی (پاپ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچی و اسپنسر، ۱۹۹۴)	والدگری و هویت خود -تأثیر بیماری روانی (MI) بر فرزندپروری -مفاهیم والدین درباره جرم و خطر -والدگری درون واحد- حفظ روابط -توضیح

			<p>-وضعیت سکونت: بیمارستان متوسط امنیت بدون حضور فرزندان (n=۱۸) اطلاعات جمعیت شناختی بیشتر ارائه نشده اطلاعات کودک: پدران دارای ۴۱ کودک (محدوده ۱-۵؛ میانه=۱)، مادران دارای ۲۰ کودک (محدوده ۱-۳؛ میانگین=۲) محیط: بستری</p>				بیماری روانی و بازداشت برای کودکان
۱۲	Rampou et al. (۲۰۱۵), آفریقای جنوبی	و بررسی توصیف تجربیات فرزندپروری مادران دارای بیماری روانی مزمن	<p>اختلال روانی والدین : اسکیزوفرنی (n=۴) ؛ ۴۰٪، اختلال دوقطبی BD؛ n=۴؛ ۴۰٪، افسردگی اساسی MDD؛ n=۲؛ ۲۰٪ اطلاعات جمعیت شناختی: -مادران (n=۱۰) -سن: ۴۰-۴۹ (n=۶) ، ۳۰-۳۹ (n=۳) ، ۲۰-۲۹ (n=۱) -وضعیت تأهل: مجرد، جداشده یا بیوه (n=۸) ، نامشخص (n=۲) -وضعیت اشتغال: شاغل (n=۱) ، نامشخص (n=۹) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: تعداد و سن فرزندان ارائه نشده</p>				

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Perera et al. ۲۰۱۴)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۱۳	Perera et al. (۲۰۱۴), استرالیا	بررسی تجربیات مثبت و چالش‌برانگیز مادران دارای بیماری روانی (MI) از دیدگاه مادران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	اختلال روانی والدین: اسکیزوفرنی (n=۵)؛ ۶۳٪ افسردگی همراه با علائم روان‌پریشی (MDD)؛ n=۲؛ ۲۵٪ اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۱؛ ۱۳٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۸) -وضعیت تأهل: در رابطه (n=۵)، مجرد (n=۳) -پیشینه فرهنگی: «پیشینه‌های فرهنگی مختلف شامل پلینزی و بومیان استرالیایی» -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: مجموعاً ۲۰ کودک، سن ۱-۲۴ سال؛ ۱۳ کودک زیر ۱۰ سال محیط: جامعه	ذکر نشده	خدمات سلامت روان بزرگسالان عمومی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / نظریه زمینه‌ای (GT) چارمز، ۲۰۰۶	جنبه‌های مثبت برای زنان دارای بیماری روانی -جنبه‌های چالش‌برانگیز مادری
۱۴	Tjoflåt and Ramvi	درک فرزندپروری با	اختلال روانی والدین: اختلال				

	(۲۰۱۳)، نروژ	اختلال دوقطبی	دوقطبی (BD)؛ n=6؛ ۱۰۰٪ اطلاعات جمعیت شناختی: -مادران (n=5)، پدران (n=1) -سن: ۳۱-۵۰ سال (میانگین=۴۱) -وضعیت تأهل: متاهل و مسئولیت مشترک فرزندپروری (n=3)، مطلقه (n=3) -وضعیت اشتغال: شاغل تمام وقت یا پاره وقت (n=3)، دریافت کننده بیمه ملی (n=3) -وضعیت سکونت: اجاره ای (n=3)، خانه شخصی (n=3) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: مجموعاً ۱۱ کودک، سن ۱-۱۸ سال؛ والدین بین ۱ تا ۳ کودک داشتند				
--	-----------------	---------------	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Jungbauer et al. ۲۰۱۱)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
------	------------------------------------	------------	---------------	-----------------------	------------------	----------------------------	--------------------------

۱۵	Jungbauer et al. (۲۰۱۱), آلمان	بررسی تأثیر اسکیزوفرنی والدین بر اعضای خانواده	اختلال روانی والدین : اسکیزوفرنی (N=۵۷)؛ ۱۰۰٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۴۰)، پدران (n=۱۷) -سن: ۱۹-۵۴ سال (میانگین=۳۸.۳) -وضعیت سکونت: زندگی در یک خانه با کودک/کودکان (n=۳۶)، جدا از کودک (n=۱۸) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: ۳۸ کودک، سن ۷-۱۸ سال (میانگین=۱۲)، شامل ۱۹ پسر و ۱۹ دختر محیط: بستری و سرپایی	ICD-۱۰	مراکز مراقبت روان‌پزشکی بستری و سرپایی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / نظریه زمینه‌ای (GT) و تحلیل محتوای کیفی (CA) مایرینگ، ۲۰۱۰	زندگی روزمره خانوادگی میان بحران و عادی‌سازی دیدگاه والدین بیمار -تأثیر بر رابطه زوجین -مقابله با استرس و پیامدهای استرس در کودکان - ساختارهای خانوادگی
۱۶	Montgomery et al. (۲۰۱۱), کانادا	بررسی تجربه «رسیدن به پایین‌ترین نقطه» از دیدگاه مادران دارای اختلال شدید روانی (SMI)	اختلال روانی والدین : تشخیص‌ها دقیق نبودند، رایج‌ترین تشخیص افسردگی اساسی (MDD) بود اطلاعات				

			جمعیت شناختی: -مادران (N=۳۷) -سن: ۱۹-۳۸ سال -وضعیت سکونت: زندگی با کودک/کودکان (n=۲۲)، جدا از کودک/کودکان (n=۱۰) نامشخص (n=۵) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: سن کودکان ۲-۱۵ سال				
--	--	--	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعه (Jungbauer et al. ۲۰۱۰)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۱۷	Jungbauer et al. (۲۰۱۰) آلمان	بررسی تجربه والدگری در والدین مبتلا به اسکیزوفرنی با کودکان خردسال و نیازهای حمایتی آنها	اختلال روانی والدین: اسکیزوفرنی (n=۱۷)؛ ۶۵٪ و اختلال اسکیزوافکتیو (n=۹)؛ ۳۵٪ اطلاعات جمعیت شناختی: -مادران (n=۲۱)، پدران (n=۵) -میانگین سن: ۳۹.۷ سال -وضعیت سکونت: زندگی با کودک/کودکان (n=۱۵)، جدا از کودک/کودکان (n=۱۱)				

			-وضعیت اشتغال: شاغل (n=۶)، پاره وقت (n=۵) -درآمد: مستمری ناتوانی (n=۱۳)، کمک هزینه بیکاری (n=۵)، کمک هزینه پرورش کودک (n=۱)، بدون درآمد (n=۱) -قومیت: گزارش نشده اطلاعات کودک: والدین به طور میانگین دارای ۱.۸			
--	--	--	---	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات Wilson and Crowe (۲۰۰۹) و Khalifeh et al. (۲۰۰۹)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۱۸	Khalifeh et al. (۲۰۰۹), انگلستان	بررسی تجربیات، ترجیحات درمانی و نیازهای مادرانی که به جای بستری، در بحران شدید روانی در خانه درمان شده‌اند	اختلال روانی والدین: افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۱۰؛ ۵۶٪ اختلال دو قطبی (BD)؛ n=۶؛ ۳۳٪ اسکیزوفرنی (n=۲)؛ ۱۱٪ اطلاعات جمعیت شناختی: -مادران (N=۱۸) -سن: ۲۱-۳۰ (n=۱)، ۳۱-۴۰ (n=۹)، ۴۱-۵۰ (n=۷)، ۵۱-۶۰ (n=۱) -قومیت: سفیدپوست (n=۱۲)، سیاه‌پوست (n=۳)، آسیایی (n=۳) -وضعیت سکونت: تنها (n=۹)، با پدر کودک (n=۸)، با مرد دیگر (n=۱) اطلاعات کودک ۱: کودک (n=۶)، ۲ کودک (n=۳)، ۳ کودک (n=۵)، ۴ کودک (n=۴)، سن کودکان: ۱-۱۰	ذکر نشده	تیم حل بحران	مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته / تحلیل تماتیک (TA) براون و کلارک، ۲۰۰۶)	تجربیات مادران: مزایا و معایب - تجربیات کودکان

			سال (n=۳) ، ۲-۵ (n=۸) ، ۱۱-۶ (n=۳) ، ۱۲-۱۸ (n=۱۶) ، بیش از ۱۸ (n=۳) ، ۵ کودک ۱۲-۱۸ سال نیز شرکت کردند SES: -گزارش نشده محیط: جامعه				
۱۹	Wilson and Crowe (۲۰۰۹), نیوزلند	بررسی چگونگی ساخت نقش والدین در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و نحوه بازنمایی آن در متون	اختلال روانی والدین : اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۶؛ ۱۰۰٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (n=۵) ، پدران (n=۱) -اطلاعات جمعیت‌شناختی دیگر ارائه نشده اطلاعات کودک: «کودکان خردسال» (سن گزارش نشده)، تعداد کودکان گزارش نشده قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی: (SES)				

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات Ueno and Kamibepu (۲۰۰۸) و Evenson et al. (۲۰۰۸)

ردیف	مطالعه: نویسندگان،	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
------	--------------------	------------	---------------	--------------------	---------------	-------------------------	--------------------

۲۰	Ueno and Kamibeppu (۲۰۰۸) ژاپن	سال، مکان	درک ادراکات مادران از تجربیاتی که بر آنها یا سبک‌های فرزندپروری آنها تأثیر می‌گذارد	اختلال روانی والدین : اسکیزوفرنی (n=۱۳)؛ ۶۵٪ اختلالات خلقی (n=۷)؛ ۳۵٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۲۰) -میانگین سن: ۴۳ سال -وضعیت تأهل: متأهل (n=۱۴) ، جداشده یا طلاق‌گرفته (n=۴) ، بیوه (n=۱) ، هرگز ازدواج نکرده (n=۱) -وضعیت سکونت: با کودکان (n=۲۰) -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک ۱: تا ۳ کودک، سن ۳ تا ۲۰ سال محیط: جامعه	DSM-IV-TR	یک بیمارستان روان‌پزشکی و دو کلینیک روان‌پزشکی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / نظریه زمینه‌ای تعدیل‌شده (Modified GT) (کینوشیتا، ۲۰۰۳)	فرزندپروری در حین مراقبت از خود -تعادل در مسئولیت‌ها -احساس محبت به کودک -نامیدی از فرزندپروری -احساس همدلی کودک
۲۱	Evenson et al. (۲۰۰۸)، انگلستان		بررسی تجربیات پدران مبتلا به روان‌پریشی	اختلال روانی والدین : اسکیزوفرنی (n=۷)؛ ۷۰٪ اسکیزوافکتیو (n=۲)؛ ۲۰٪ اختلال هذیانی				

			<p>(n=۱)؛ ۱۰٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -پدران (N=۱۰) -سن: ۳۴-۶۷ سال (میانگین=۵۱) -وضعیت تأهل: متاهل (n=۵) ، هم‌خانه (n=۲) ، مطلقه (n=۱) ، مجرد (n=۲) -قومیت: «سفیدپوست» -وضعیت سکونت: با کودک/کودکان (n=۶)، با شریک بدون کودک (n=۲)، تنها (n=۲) اطلاعات کودک : مجموعاً ۲۱ کودک (۷ دختر، ۱۴</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (Venkataraman and Ackerson (۲۰۰۸) و (Montgomery et al. (۲۰۰۶)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۲۲	Venkataraman and Ackerson (۲۰۰۸) آمریکا	درک نقاط قوت، چالش‌ها و نیازهای خدماتی مادران دارای	اختلال روانی والدین: اختلال دوقطبی نوع I (n=۸)؛ ۸۰٪ اختلال دوقطبی نوع II؛ (n=۲)؛ ۲۰٪ اطلاعات	ذکر نشده	مراکز سلامت روان جامعه‌محور و گروه‌های حمایتی	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / نظریه زمینه‌ای (GT) (استراوس، ۱۹۸۷)	نقاط قوت در فرزندپروری -چالش‌های فرزندپروری -نیازهای خدماتی

		اختلال دوقطبی (BD)	جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۱۰) -سن: ۲۱-۴۹ سال -وضعیت تأهل/زندگی: هرگز ازدواج نکرده (n=۴)، مطلقه (n=۱)، بیوه (n=۱) متأهل/هم‌خانه (n=۴) -وضعیت اشتغال: بیکار (n=۲) ، شغل‌های «سطح پایین‌تر» (n=۴) ، شغل‌های «سطح بالا‌تر» (n=۲) ، دو نفر دانشجو بودند -وضعیت اقتصادی-اجتماعی « (SES) پایین » (n=۷) ، «متوسط » (n=۳) -قومیت: «سفیدپوست » (n=۱۰) اطلاعات کودک ۱: تا ۴ کودک، سن ۱- ۳۰ سال محیط: جامعه				
۲۳	Montgomery et al. (۲۰۰۶), کانادا	توصیف تجربیات مادران دارای اختلال شدید روانی	اختلال روانی والدین: اسکیزوفرنی (n=۳)؛ ۱۵٪ اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۴؛ ۲۰٪ افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۹؛				

		و (SMI) و چگونگی مدیریت شرایط مادری	<p>۴۵٪ نامشخص (n=۴)؛ ۲۰٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۲۰) -سن: اوایل ۲۰ سالگی تا اواخر ۳۰ سالگی -همه با فرزندان خود در تماس بودند، ۱۶ نفر با فرزندانشان زندگی می‌کردند -قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): گزارش نشده</p> <p>اطلاعات کودک: ۳۹ کودک، سن ۲-۱۵ سال، هر مادر ۱ تا ۴ کودک داشت</p>				
--	--	-------------------------------------	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعه (Diaz-Caneja and Johnson, 2004)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۲۴	Diaz-Caneja and Johnson (2004), انگلستان	درک تجربیات مادران دارای اختلال شدید روانی (SMI) و دیدگاه‌های آن‌ها درباره خدماتی که دریافت می‌کنند	اختلال روانی والدین: اسکیزوفرنی (n=۸)؛ ۳۶٪، اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۱۰؛ ۴۵٪، افسردگی شدید با علائم روان‌پریشی (n=۴)؛ ۱۸٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۲۲) -سن: ۲۰-۲۹ (n=۲)، ۳۰-۳۹ (n=۹) + ۴۰ (n=۱۱)				

			<p>-قومیت: سفیدپوست (n=۱۳) ، اروپایی سفید یا آمریکای جنوبی (n=۳)، سیاه‌پوست بریتانیا (n=۱) ، سیاه‌پوست کارائیب (n=۱) ، سیاه‌پوست آفریقایی (n=۱) ، آسیایی (n=۲) ، مختلط (n=۱) -وضعیت تأهل: متأهل/هم‌خانه (n=۳)، قبلاً متأهل و تنها زندگی می‌کند (n=۱۱) ، بیوه (n=۱) ، هرگز ازدواج نکرده (n=۷) -وضعیت سکونت: مسکن دولتی (n=۲۱)، اجاره خصوصی (n=۱) -وضعیت اشتغال: پاره‌وقت (n=۱)، سایر موارد گزارش نشده SES: -گزارش نشده اطلاعات کودک: مجموعاً ۴۱ کودک؛ ۹ مادر دارای کودکان زیر ۹ سال، ۱۷ مادر دارای کودکان ۱۰- ۱۷ سال؛ وضعیت سکونت کودکان: هر دو والد (n=۲) ، فقط مادر (n=۹)، فقط پدر (n=۴) ، سایر اعضای خانواده (n=۲) ، مراقبت فرزندخواندگی (n=۴) ، فرزندخواندگی (n=۱)</p>			
--	--	--	---	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات Savidou et al. (۲۰۰۳) و Ackerson (۲۰۰۳)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی‌آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری / تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۲۵	Savidou et al. (۲۰۰۳)، یونان	بررسی تأثیر تشخیص اختلال شدید	اختلال روانی والدین: اسکیزوفرنی (n=۱۰) ؛ ۵۰٪ اختلال هذیانی	تشخیص بر اساس DSM-IV	نامشخص	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته حضور / تحلیل	گفتمان «والدگری» -گفتمان‌های

		روانی (SMI) بر زندگی و روابط مادران بستری در بخش روان پزشکی	(n=۱)؛ ۵٪ اختلال دو قطبی (BD)؛ n=۱؛ ۵٪ افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۳؛ ۱۵٪ اختلال شخصیت مرزی (BPD)؛ n=۲؛ ۱۰٪ اطلاعات جمعیت شناختی: -مادران (N=۲۰) -سن: ۲۸-۵۳ سال -وضعیت سکونت: بستری؛ با کودک/کودکان (n=۱۳)، بدون کودک (n=۷) -وضعیت تأهل: مطلقه (n=۱۰)، نامشخص (n=۱۰) -وضعیت حضانت: از دست رفته (n=۱۰)، تماس منظم (n=۱)، حضانت کامل (n=۹) -قومیت و SES: گزارش نشده اطلاعات کودک: مجموعاً ۳۲ کودک، سن ۳.۵ تا ۱۸ سال محیط بستری			گفتمان (Burman & Parker، ۱۹۹۳؛ Parker، ۱۹۹۲)	«بیماری روانی» و «والد روان پریش» -روابط با شریک، خانواده و محیط اجتماعی -بیماری روانی و والدگری
۲۶	Ackerson (۲۰۰۳)، آمریکا	بررسی چگونگی مقابله والدین با تقاضاهای دوگانه والدگری و تجربه اختلال شدید روانی (SMI)	اختلال روانی والدین: «اختلال شدید و پایدار روانی» (اختلال روان پریشی یا اختلال خلقی شدید)؛ اطلاعات دقیق تشخیصی ارائه نشده اطلاعات				

			<p>جمعیت شناختی: -مادران (n=۱۲) ، پدران (n=۱) -وضعیت تأهل: متأهل (n=۳)، جداشده، بیوه یا مطلقه (n=۱۰) -قومیت و SES: گزارش نشده اطلاعات کودک: سن کودکان گزارش نشده</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعات (۲۰۰۲) Thomas and Kalucy و (۱۹۹۸) Nicholson et al.

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/ تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۲۷	Thomas and Kalucy (۲۰۰۲)، استرالیا	بررسی دیدگاه والدین و خانواده‌های آن‌ها درباره تأثیر بیماری روانی بر خانواده، به‌ویژه کودکان	اختلال روانی والدین: اختلال دوقطبی (BD)؛ n=۱۱؛ ۳۱٪ افسردگی اساسی (MDD)؛ n=۱۰؛ ۲۹٪ اختلال اسکیزوافکتیو (n=۸)؛ ۲۳٪ اسکیزوفرنی (n=۳)؛ ۹٪ اختلال شخصیت (PD)؛ n=۲؛ ۶٪ افسردگی پس از زایمان (PND)؛ n=۱؛ ۳٪ اطلاعات	ذکر نشده	خدمات سلامت روان بستری و سرپایی، گروه‌های مصرف‌کنندگان	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته / روش‌شناسی کیفی نامشخص	تأثیر بر زندگی روزمره -نگرانی‌های خانوادگی -بستری شدن -مدیریت مداوم -توصیه‌های مشارکت‌کنندگان

			<p>جمعیت شناختی: -مادران (n=۲۸)، پدران (n=۷) -سن: ۳۰-۶۷ سال (میانگین=۴۴.۶) -وضعیت سکونت: جدا از کودک/کودکان (n=۱۲)، با برخی از کودک/کودکان زندگی می کنند (n=۴) -قومیت و وضعیت اقتصادی- اجتماعی (SES): گزارش نشده اطلاعات کودک: مجموعاً ۸۸ کودک (۴۸ دختر، ۴۰ پسر)، سن ۲-۳۶ سال محیط: بستری و جامعه</p>				
۲۸	Nicholson et al. (۱۹۹۸), ایالات متحده آمریکا	<p>درک تجربیات فرزندپروری زنان دارای بیماری روانی از دیدگاه مادران و مدیران مورد (case mana</p>					

ادامه جدول ۴-۱: برای مطالعه (Sands ۱۹۹۵)

ردیف	مطالعه: نویسندگان، سال، مکان	هدف مطالعه	توضیحات نمونه	راستی آزمایی تشخیص	روش جذب نمونه	گردآوری/ تحلیل داده‌ها	عناوین تم‌های اصلی
۲۹	Sands (۱۹۹۵)، ایالات متحده آمریکا	بررسی ادراک مادران از خود به عنوان مادران و افراد دارای بیماری روانی، مسائل روان اجتماعی، و پذیرش برنامه‌های حمایتی	اختلال روانی والدین : اسکیزوفرنی (n=۶) ؛ ۶۰٪ اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (n=۱) ؛ ۱۰٪ افسردگی اساسی (MDD) ؛ n=۱ ؛ ۱۰٪ اختلال دوقطبی (BD) ؛ n=۱ ؛ ۱۰٪ نامشخص (n=۱) ؛ ۱۰٪ اطلاعات جمعیت‌شناختی: -مادران (N=۱۰) -سن: ۲۱-۳۷ سال (میانگین=۲۷) -وضعیت اقتصادی-اجتماعی: کم‌درآمد (n=۱۰) -وضعیت سکونت: آپارتمان تحت نظارت جامعه (n=۱۰) -وضعیت کودکان: با مادر زندگی می‌کردند (n=۵) یا در سرپرستی/با اقوام (n=۵) -قومیت: آفریقایی-آمریکایی (n=۷)، سفیدپوست (n=۳) ۸-مادر بدون SMI به عنوان گروه مقایسه وارد				

در این مدل مفهومی، شش تم اصلی همراه با زیرتم‌های مرتبط به تصویر کشیده شده‌اند که تجربیات والدین دارای بیماری شدید روانی (SMI) را در زمینه فرزندپروری توضیح می‌دهند:

۱. والد محدودشده (The Constrained Parent)

۱.۱ استانداردهای فرزندپروری «کامل»

۱.۲ دشواری‌های تنظیم هیجان

۱.۳ ترس از تکرار تاریخچه

۱.۴ اجتناب و پنهان کاری

۱. دشواری‌های فرزندپروری (Parenting Difficulties)

۱.۲ تلاش برای کنترل

۲.۲ تعادل بخشی به نیازها

۲.۳ تشدید دشواری‌ها به دلیل علائم و داروها

۲.۴ ارتباط با کودک

۱. کودک تحت فشار: معکوس شدن نقش‌ها و تأثیرات ادراک شده (The Strained Child: Role Reversal and the Perceived Impact)

۱. تهدید گریزناپذیر (Inescapable Threat)

۱.۴ ترس از فقدان و جدایی

۴.۲ انگ و ترس از طرد شدن

۴.۳ حمایت نامناسب

۱. مقابله با تهدید (Combatting Threat): نگه داشتن امید، اهداف و آرزوها

۲. نیاز به حمایت جامع (Wrap-around Support Needs)

۶.۱ همدلی و درک فراگیر در سطح نظام

۶.۲ ارتباط با حمایت‌ها

نتایج نشان می‌دهد که دشواری‌های فرزندپروری ناشی از بیماری روانی شدید چگونه منجر به فشار در روابط والد-کودک می‌شود و تهدیدهای دائمی چگونه بر تجربه والدین سایه می‌افکنند. همچنین، راهبردهای مقابله‌ای والدین و نیاز به حمایت‌های گسترده در سطوح مختلف نظام‌های اجتماعی و سلامت روان برجسته شده‌اند.

تم ۱: والد محدودشده

احساس در بند بودن در اثر تأثیر تجربیات SMI، یک مضمون مشترک در سراسر مطالعات بود. والدین، ماهیت "فشارآور" (مالوی و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۱۸) SMI را تشدیدکننده‌ی "فشار" (پرا و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۴) مرتبط با نقش والدینی می‌دانستند:

... "من نمی‌توانستم والد باشم... نمی‌توانستم مادر باشم. من توانایی نداشتم. واقعاً توانایی این را نداشتم که والد باشم چون خیلی بیمار بودم" (رادلی و همکاران، ۲۰۲۲، الف، ص. ۵).

اغلب والدین احساس ناامیدی و سرخوردگی داشتند؛ احساساتی که آن‌ها را وادار به پذیرش فرزندپروری خودمهارگر (چن و همکاران، ۲۰۲۱، ب، ص. ۶) می‌کرد. این سبک فرزندپروری محدودشده به‌عنوان یک دفاع محافظتی مفهوم‌پردازی شد، که ناشی از مقایسه والدین با استانداردهای آرمانی فرزندپروری، دشواری در تنظیم هیجان‌ها، و نگرانی درباره تأثیر منفی بر کودکان بود. این تم شامل چهار زیرتم است.

زیرتم ۱.۱: استانداردهای «کامل» فرزندپروری

والدین تحت تأثیر احساس گناه عظیم (مونتگومری و همکاران، ۲۰۱۱، ص. ۴) نسبت به هویت والدینی خود که با دشواری‌های سلامت روان همراه بوده، قرار داشتند. باورهای اجتماعی درباره فرزندپروری «کامل» و «ایده‌آل» (چن و همکاران، ۲۰۲۱، ب، ص. ۵) به‌عنوان استانداردهایی غیرقابل دستیابی مفهوم‌پردازی شدند که در تقویت احساسات ناکافی بودن و ناتوانی والدین نقش داشتند. این ادراکات برای بسیاری از والدین با احساس تهدید و آسیب‌پذیری همراه بود. والدین با پنهان کردن خود در دوره‌های بحران شدید (حتی از فرزندانشان)، تلاش می‌کردند هویت ارزشمند فرزندپروری خود را محافظت کنند. با این حال، این فاصله‌گیری از فرزندان ممکن بود پیامدی ناخواسته ایجاد کند که بیشتر بر ادراکات شکست والدین دامن می‌زد:

«من هم به‌عنوان یک انسان و هم مادر شکست خورده‌ام» (چان و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۵۳۲).

در نتیجه، والدین اغلب در توانایی خود برای «والد خوب» بودن تردید می‌کردند (پرا و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۷)،

که این موضوع با گزینه محافظتی آنها برای نزدیک بودن به فرزندانشان در تعارض بود: «وقتی روان پریش بودم، برای مدت طولانی دور می‌ماندم، نمی‌خواستم او [فرزندم] مرا در آن وضعیت بد ببیند» (استرند و همکاران، ۲۰۲۰، ص. ۶۲۳).

زیرتم ۱.۲: دشواری در تنظیم هیجان‌ها

والدین اغلب در مدیریت احساسات دشوار مرتبط با شرایط استرس‌زا (سابلا و همکاران، ۲۰۲۲، ص. ۶) و ترسناک فرزندپروری (استرند و همکاران، ۲۰۲۰، ص. ۶۲۸) مشکل داشتند، که این موضوع در بسیاری موارد به انزوای بیشتر و قطع ارتباط انجامید. برای برخی، این احساسات و شرایط دشوار گریزناپذیر بودند و منجر به احساس گرفتاری و بازتاب درماندگی می‌شدند (چن و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۵).

این احساسات قوی معمولاً درونی‌سازی می‌شدند:

«درد زیادی داری و نمی‌دانی کجا آن را تخلیه کنی، بنابراین آن را به درون خودت می‌بری» (مونگومری و همکاران، ۲۰۱۱، ص. ۵).

میل شدید به فرار از این درد بارها گزارش شده است. برخی از والدین با اجتناب یا استفاده از مواد مخدر به تسکین موقتی دست می‌یافتند، در حالی که برخی دیگر خودکشی را تنها گزینه می‌دانستند:

«وقتی پسر اولم یک ساله بود، افکار خودکشی داشتم. احساس می‌کردم به‌عنوان والد بد هستم. نمی‌توانستم نقش مادری را ایفا کنم» (ون در انده و همکاران، ۲۰۱۶، ص. ۹۰).

برخی دیگر از والدین، هیجان‌های کنترل‌ناپذیر خود را برون‌ریزی می‌کردند، که اغلب با آستانه تحمل محدود همراه بود؛ به‌گونه‌ای که به‌راحتی از کوره درمی‌رفتند:

«خیلی راحت از دست بچه‌ام عصبانی می‌شدم» (ونگاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸، ص. ۳۹۸).

والدین اغلب در مدیریت مؤثر هیجان‌ها و موقعیت‌های دشوار مشکل داشتند که گاه به تنبیه بیش‌ازحد کودک منجر می‌شد و فاصله‌گیری بیشتری میان والد و فرزند ایجاد می‌کرد:

«نمی‌توانستم خودم را کنترل کنم، حتی بعد از اینکه او را زدم» (چان و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۵۳۳).

زیرتم ۱.۳: ترس از تکرار تاریخچه

ترس فراگیر والدین از انتقال تجارب دشوار سلامت روانی خود به فرزندان‌شان، در میان مطالعات مختلف مشاهده شد و این ترس به‌عنوان یک میراث خانوادگی ناخواسته مفهوم‌سازی گردید:

«احساس می‌کنم این چیز از پسر به پسر منتقل می‌شود، می‌دانی؟» (اونسون و همکاران، ۲۰۰۸، ص. ۶۳۶).

سبک فرزندپروری والدین به‌شدت تحت تأثیر این ترس‌ها شکل می‌گرفت و تأثیر ماندگار تجارب خود والدین در دوران کودکی‌شان نیز مشهود بود. برخی از والدین، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه‌ای اتخاذ می‌کردند که ناشی از ترس از مواجهه فرزندان با احساسات دردناک ناشی از بی‌توجهی یا سوءرفتارهای دوران کودکی خودشان بود؛ به‌ویژه زمانی که خاطرات دردناک همراه با واکنش‌های شرم، در تعاملات با فرزندان‌شان تحریک می‌شد.

چندین پژوهشگر (از جمله آکرسون، ۲۰۰۳؛ مونگومری و همکاران، ۲۰۰۶؛ تیوفت و راموی، ۲۰۱۳؛ ونکاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸) پیشنهاد دادند که بازنمایی‌های دلبستگی نایمن والدین، سبب می‌شد برخی والدین به‌دنبال ایجاد پیوندی بسیار نزدیک با فرزندان خود باشند و بسیاری از والدین تمایل داشتند فرزندان‌شان را از تجارب نامطلوب دوران کودکی خود محافظت کنند.

در سراسر مطالعات، والدین به مراقبت امن، ایمن و باثبات اهمیت می‌دادند و این موضوع برای والدینی که خودشان در دوران کودکی روابط دلبستگی ایمن نداشتند، اهمیت ویژه‌ای داشت. در مواردی که این امنیت در دوران کودکی‌شان غایب بود، تأمین چنین محیطی برای فرزندان‌شان به‌عنوان یک اولویت در نظر گرفته می‌شد: «[خانه دوران کودکی‌ام] اصلاً جای امنی نبود... بنابراین برای [دخترم] تلاش کرده‌ام که مکانی واقعاً امن برایش فراهم کنم که تمیز باشد و من همیشه آنجا باشم»

(ونکاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸، ص. ۳۹۵).

زیرتم ۱.۴: اجتناب و پنهان کاری

برای مقابله با انگ اجتماعی، ترس و شرم، والدین از به‌کارگیری نوعی "سپر" (یونگ‌باوئر و همکاران، ۲۰۱۰، ص. ۲۳۶) سخن گفتند و توضیح دادند که چگونه تلاش می‌کردند خود واقعی‌شان را پنهان کنند (تیوفت و راموی، ۲۰۱۳، ص. ۸۷) و تصویری از والدگری کامل ایجاد نمایند تا انتظارات خود، فرزندان‌شان و جامعه را برآورده کنند و وانمود کنند که "همه‌چیز خوب است" (مونتگومری و همکاران، ۲۰۱۱، ص. ۴). در حضور افراد صاحب قدرت، این پنهان‌کاری و نقش بازی کردن می‌توانست موجب خستگی و فرسودگی والدین شود، به‌ویژه زمانی که تحت فشار برای نشان دادن توانایی‌های والدگری خود به خدمات حمایت از کودکان قرار می‌گرفتند و مجبور بودند "همه را سرگرم کنند" (پارووت و همکاران، ۲۰۱۵، ص. ۲۶۶).

اجتناب و کناره‌گیری نیز از جمله راهبردهایی بود که والدین هنگام احساس غرق شدن در مشکلات از آن استفاده می‌کردند. برخی والدین این راهبردها را مفید می‌دانستند، چرا که فرصتی برای تنظیم هیجانی خود به آن‌ها می‌داد و سپس می‌توانستند به وظایف والدگری بازگردند:

«من فاصله می‌گرفتم، به دستشویی می‌رفتم یا یک لیوان آب می‌خوردم. بعداً به احساسات‌مان می‌پرداختم» (چان و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۵۳۲).

با این حال، برخی والدین اذعان داشتند که این راهبردها موقتی هستند و احساسات پردازش‌نشده و سنگین باقی می‌ماندند. در مواجهه با علائم دشوار بیماری روانی، برخی والدین راهبردهای خاصی برای مدیریت این علائم فراگرفته بودند، در حالی که برخی دیگر والدگری را به‌صورت مکانیکی انجام می‌دادند (مونتگومری و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۲۴) تا کارکرد والدگری‌شان را حفظ کنند:

«... آن‌قدر افسرده بودم که فقط به زندگی ادامه می‌دادم. هیچ‌چیزی احساس نمی‌کردم، فقط، می‌دانی، خرید می‌کردم، آشپزی می‌کردم، به نیازهایشان رسیدگی می‌کردم، اما خوشحال نبودم...» (ونکاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸، ص. ۳۹۷).

تم ۲: دشواری‌های والدگری

این تم به تأثیر دشواری‌های والدگری بر نقش‌های والد و کودک که اغلب قطبی و متضاد می‌شدند، می‌پردازد. این دشواری‌ها تحت تأثیر عوامل مرتبط با بیماری روانی شدید (SMI) مانند علائم بیماری و تأثیرات دارویی قرار داشتند، در حالی که عواملی چون ارتباط، درک متقابل و پیوند والد-کودک نیز نقش داشتند. این تم شامل چهار زیرتم است.

زیرتم ۲.۱: کشمکش برای حفظ کنترل

هم مادران و پدرانی که در خانه و هم آن‌هایی که در محیط‌های بستری به ایفای نقش والدگری می‌پرداختند، در ایجاد مرزها، حفظ انضباط و مدیریت روال‌های روزمره با دشواری روبه‌رو بودند. خستگی مفرط و فرسودگی به طور مکرر گزارش شده و والدین احساس می‌کردند انرژی لازم برای حفظ کنترل را ندارند: «کودکان از من عبور می‌کردند؛ به‌خاطر بار سنگین افسردگی‌ام نمی‌توانستم بایستم» (فان در انده و همکاران، ۲۰۱۶، ص. ۹۱).

در واکنش به این شرایط، برخی والدین از تعامل با فرزندان خود کناره‌گیری می‌کردند. اما آگاهی والدین از نیازهای فرزندان‌شان می‌توانست چرخه‌هایی از احساس گناه و رنجش بین آن‌ها ایجاد کند. برخی والدین برای مقابله، مسئولیت‌ها را به کودکان‌شان واگذار می‌کردند یا آسیب‌پذیری خود را مستقیماً با آنان در میان می‌گذاشتند. با این حال، زمانی که مشکلات ارتباطی وجود داشت، برخی والدین اعتراف می‌کردند که برای بازپس‌گیری کنترل، به انضباط بیش از حد متوسل می‌شدند.

در نقطه مقابل، برخی والدین از ایجاد مرزها به‌طور کامل اجتناب می‌کردند و خود را بیش از حد مهربان توصیف می‌کردند:

«فکر می‌کنم گاهی بیشتر یک دوست هستم و فکر می‌کنم این نقطه‌ضعف من است...» (ونکاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸، ص. ۴۰۰).

در این موارد، تمایل والدین به دریافت عشق و پذیرش بدون قید و شرط، توانایی آن‌ها در ایجاد مرزهای سالم را محدود

می‌کرد و منجر به تداخل نقش‌ها میان والد و کودک می‌شد.

زیرتم ۲.۲: تعادل میان نیازها

والدین در مواجهه با چالش‌های دوگانه والدگری و تجربه بیماری روانی شدید (SMI)، به شدت درگیر نیازهای متضاد بودند. آن‌ها دوراهی تأمین نیازهای خود برای استراحت و در عین حال پاسخگویی به نیازهای فرزندان برای توجه، آرامش و ارتباط را تجربه می‌کردند:

«اولویت با کدام است؟ خواب من یا در دسترس بودن برای فرزندم؟» (پره‌را و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۶).

انرژی مورد نیاز برای ایجاد این تعادل به سرعت تحلیل می‌رفت و والدین خود را در یک کشمکش طاقت‌فرسا گرفتار می‌دیدند که منجر به احساس گناه عمیق و ادراک ناکافی بودن می‌شد:

«سعی می‌کنم تعادل داشته باشم، اما وقتی خیلی خسته و ناراحت هستم، خودم را تا جایی که می‌توانم فشار می‌دهم، و این دردناک است که برای فرزندانم انرژی کافی ندارم...» (تجوفلت و راموی، ۲۰۱۳، ص. ۸۲).

با اینکه والدین ضرورت رسیدگی به نیازهای خود را برای برآوردن نیازهای فرزندان‌شان می‌دانستند، اما مشغله‌های زندگی خانوادگی اغلب مانع این کار می‌شد. در نتیجه، نیازهای شخصی والدین نادیده گرفته می‌شد: «نمی‌توانستم تمام این مبارزه را انجام دهم، حتی نمی‌توانستم به خودم برسیم، چه برسد به اینکه از کودکم مراقبت کنم» (خلیفه و همکاران، ۲۰۰۹، ص. ۶۳۷).

زیرتم ۲.۳: تشدید مبارزه به واسطه علائم بیماری و دارو

مشکلات سلامت روانی والدین منجر به تشدید دشواری‌های والدگری می‌شد؛ برخی والدین این وضعیت را به مثابه «جهنم زنده» توصیف می‌کردند (مونتگمری و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۲۳).

ناتوانی‌های شناختی به‌ویژه در دوره‌های فشار روانی شدید، توانایی والدین را در ایفای نقش والدگری مختل می‌کرد:

«گاهی یادم می‌رفت بچه‌ها را ۴ یا ۵ روز حمام کنم» (توماس و کالوسی، ۲۰۰۲، ص. ۴۲).

والدین در مواجهه با افکار تهدیدکننده مانند افکار آسیب‌رساندن به فرزند، احساس ترس، شرم و گناه عمیقی را تجربه می‌کردند، به‌خصوص زمانی که نمی‌فهمیدند چرا چنین افکاری در ذهن‌شان شکل می‌گیرد و این افکار با غریزه محافظت از کودک در تضاد بود:

«...با اینکه فرزندم را خیلی دوست داشتم، افکار آسیب زدن به او را داشتم، مجبور بودم او را زمین بگذارم و

نمی‌فهمیدم چرا چنین افکاری داشتم» (مونتگمری و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۲۴).

واکنش‌های هیجانی و فیزیکی والدین به این افکار تهدیدکننده می‌توانست رابطه والد-کودک را تحت تأثیر قرار دهد. برخی والدین برای جلوگیری از دست دادن حضانت کودک یا محافظت از او، به کودک نزدیک‌تر می‌شدند، در حالی که برخی دیگر فاصله می‌گرفتند تا از کودک در برابر افکارشان محافظت کنند. اما در مواردی که خود کودک به‌عنوان تهدید تلقی می‌شد، ممکن بود به کودک آسیب وارد شود: «...توهم زده بودم که درون او شیاطینی هستند، بنابراین یک تیزکن چاقو برداشتم و آن را روی سینه‌اش فشار دادم... در ذهنم فکر می‌کردم که دارم از خودم محافظت می‌کنم» (مالوی و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۱۴).

خستگی و انگیزه پایین یکی از چالش‌های رایج والدگری بود که اغلب بر تعاملات والد-کودک تأثیر می‌گذاشت. عوارض جانبی داروها به‌طور مکرر به‌عنوان عاملی که خستگی را تشدید می‌کرد، گزارش شد و این مسئله دشواری‌های والدگری را دوچندان می‌کرد. برخی والدین، دارو را به‌مثابه «تنگ‌بندی روانی» توصیف کردند که حس کنترل آن‌ها را محدود می‌کرد (اونسون و همکاران، ۲۰۰۸، ص. ۶۳۵).

با این حال، علائم بیماری در برخی شرایط، به‌ویژه در دوره‌های شیدایی، تأثیر مثبت داشتند. در چنین مواقعی، والدین از انرژی بالا در دوران شیدایی که پیش‌تر تحلیل رفته بود، بهره‌مند می‌شدند و فرزندان‌شان نیز از حضور فیزیکی بیشتر والدین سود می‌بردند.

زیرتم ۲.۴: ارتباط با کودک

تمایل والدین به نزدیکی عاطفی با فرزندان (مونتگومری و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۲۳) اغلب با احساس غرق شدن در مشکلات سلامت روانی و مصرف شدن توسط آن‌ها مختل می‌شد (پرها و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۵). در نتیجه، والدین اغلب ناتوان از هم‌تنظیمی هیجانی و برقراری ارتباط عاطفی مؤثر با فرزندان‌شان بودند: «خیلی سخت است وقتی درگیر نیازهای هیجانی خودت هستی، به نیازهای هیجانی فرزندت نگاه کنی» (دیاز-کانخا و جانسون، ۲۰۰۴، ص. ۴۷۶).

در برخی والدین، نبود پیوند هیجانی موجب فاصله‌گیری عاطفی و ادراک رابطه‌ای قطبی‌شده با کودک می‌شد: «...انگار که ما با هم نیستیم؛ می‌دانی، انگار من در دنیای خودم هستم و به چیزها فکر می‌کنم و بچه‌ها تعجب می‌کنند چرا این قدر دوری» (تیوفلت و راموی، ۲۰۱۳، ص. ۸۲).

برخی مطالعات به دشواری والدین در تفکیک هیجانات خود از هیجانات کودک اشاره داشتند. در این میان، «پیوند ویژه‌ای» که در آن کودکان به‌عنوان «همزاد روحی» (آکرسون، ۲۰۰۳، ص. ۱۱۵) والدین تصور می‌شدند، در برخی مشاهده شد. این پیوند منعکس‌کننده نیاز والدین به پذیرش بی‌قیدوشرط بود.

آگاهی والدین از نیازهای خود و فرزندشان (پاروت و همکاران، ۲۰۱۵، ص. ۲۶۵) نقش محوری در نحوه برقراری ارتباط درباره مشکلات سلامت روانی داشت. در مواردی که دانش کافی وجود نداشت، اجتناب از گفتگو رایج بود: «آن‌ها واقعاً بیماری من را نمی‌فهمند و من هم بیماری خودم را نمی‌فهمم، بنابراین خیلی سخت است درباره‌اش صحبت کنیم...» (خلیفه و همکاران، ۲۰۰۹، ص. ۶۳۷).

برخی والدین به دلیل شرم، ترس از آسیب به کودک یا باور به بی‌نیازی کودک از دانستن، از گفتگو اجتناب می‌کردند که این امر مانعی در ارتباط میان والد و کودک ایجاد می‌کرد. در مقابل، برخی والدین تأکید داشتند که آگاه‌سازی کودکان درباره بیماری روانی‌شان اهمیت دارد و تلاش می‌کردند گفتگوهای متناسب با سن کودک و کمتر ترسناک داشته باشند (اورام و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۱۵۴).

تم ۳: کودک تحت فشار

والدین اغلب برای رفع نیازهای خود به کودکان‌شان متکی بودند و تمام مطالعات بازتاب‌دهنده این موضوع بودند که روابط خانوادگی تحت فشار قرار داشت. «آشفستگی» (مونتگومری و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۲۳) ناشی از والدگری اغلب به کودکان منتقل می‌شد، به‌گونه‌ای که والدین گزارش می‌کردند کودکان‌شان با تقاضاهای سنگینی روبه‌رو می‌شدند که با سن رشدی آن‌ها همخوانی نداشت.

زمانی که والدین خود را آسیب‌پذیر و شبیه کودک می‌دیدند، اذعان می‌کردند که کودکان‌شان اغلب نیازهای خود را قربانی می‌کردند تا از آن‌ها مراقبت کنند. احساس شرم و گناه والدین زمانی شدیدتر می‌شد که تأثیر این وضعیت را بر کودکان‌شان درک می‌کردند، به‌ویژه زمانی که معکوس شدن نقش والد-کودک تجربه می‌شد: «من برای خوابیدن، بیدار شدن و حتی از نظر احساسی به او [فرزندم] وابسته هستم چون او تنها ارتباط من با دنیاست. و تقریباً انگار گاهی من کودک هستم و او والد» (خلیفه و همکاران، ۲۰۰۹، ص. ۶۳۶).

ادراک تهدید بالا در والدین باعث می‌شد آن‌ها تصور کنند کودکان‌شان نیز ترس از آسیب به روابط خانوادگی دارند و این کودکان برای حفظ این روابط نقش‌های والدگری را برعهده می‌گرفتند. سردرگمی نقش‌ها زمانی تشدید می‌شد که والدین پس از دوره‌های فشار روانی شدید یا بستری شدن می‌خواستند به نقش‌های سابق والدگری بازگردند. در چنین شرایطی، بازتعریف مرزها و کنترل برای والدین چالش‌برانگیز بود: «...دخترم خودش یک کار کوچک پیدا کرد، مدرسه را ترک کرد... او اداره امور را به دست گرفته بود، مثل مادر رفتار می‌کرد و من فقط مثل یک عروسک بودم» (پرها و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۵).

در همه مطالعات، گناه و شرم والدین در رابطه با نگرانی از تأثیر مشکلات سلامت روانی‌شان بر رشد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کودکان گزارش شده بود. اگرچه صدای کودکان در این مرور شنیده نشد، برخی والدین باور داشتند که ابراز

ناراحتی‌هایشان فشار ناعادلانه‌ای بر کودکان وارد می‌کند و مشکلاتشان به زندگی کودکان نفوذ کرده است (موننگومری و همکاران، ۲۰۱۱، ص. ۴).

این والدین مشاهده می‌کردند که کودکان‌شان نگرانی و مسئولیت‌پذیری زیادی برای کاهش ناراحتی والدین‌شان نشان می‌دهند، اما واکنش‌های کودکان به فشارهای والدین در خانواده‌ها متفاوت بود. برخی والدین احساس می‌کردند که کودکان‌شان از غیرقابل پیش‌بینی بودن مشکلات سلامت روانی آن‌ها خسته شده‌اند: «کودکانم از این وضعیت خسته و درمانده شده‌اند» (توماس و کالوسی، ۲۰۰۲، ص. ۴۵).

همچنین، برخی والدین غیبت‌های هیجانی و فیزیکی خود را موجب احساس تنهایی و انزوا در کودکان‌شان می‌دانستند: «او [دخترم] احساس می‌کرد که در یک جزیره زندگی می‌کند. در دوران افسردگی‌ام، حمایتی که لازم داشت را از من دریافت نمی‌کرد» (فان در انده و همکاران، ۲۰۱۶، ص. ۹۰).

برخی والدین نیز رنج هیجانی عمیق کودکان‌شان را توصیف کردند که به‌نظر می‌رسید ناشی از عدم آگاهی والدین نسبت به حمایت هیجانی از کودک بود. برخی والدین رفتارهای چالش‌برانگیز کودک را تلاشی برای افزایش استرس خود تصور می‌کردند، در حالی که این رفتارها ممکن بود بیان ناراحتی کودک باشد. این عدم درک والدین و هم‌اختلالی در تنظیم هیجان می‌توانست کودکان را بیش‌تر منزوی و نیازهای هیجانی‌شان را نادیده گرفته کند: «...چون او [فرزندم] افسرده بود، حالش بد بود. دو هفته پیش چاقویی برداشت و آن را نزدیک مچ دستش گرفت و آماده بریدن بود. وقتی ازش پرسیدم چرا این کار را کردی، گفت: نمی‌دانم مامان» (ونکاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸، ص. ۴۰۲).

تم ۴: تهدید گریزناپذیر

تهدیدی دائمی و اجتناب‌ناپذیر در ابعاد مختلف زندگی والدین حاضر بود. دشواری‌های والدگری تحت تأثیر ترس‌های مداوم و سطره‌گر تشدید می‌شد؛ این ترس‌ها شامل ترس از دست دادن حضانت کودک، ادراکات منفی از خود که شایستگی والدگری را تهدید می‌کرد، انگ اجتماعی گریزناپذیر که احساس پذیرفته‌شدن و امنیت در جامعه را سلب می‌کرد، و همچنین احساس بی‌کفایتی سیستم‌های حمایتی بود.

این حس تهدید مداوم سبب می‌شد والدین به‌طور فزاینده‌ای مصرف‌شده توسط ترس‌ها شوند و توانایی‌شان برای جست‌وجوی حمایت کاهش یابد؛ در نتیجه، احساس گرفتار بودن در دشواری‌های والدگری تشدید می‌شد. این تم شامل سه زیرتم است:

زیرتم ۴.۱: ترس از فقدان و جدایی

ترس عمیق از دست دادن حضانت کودک، یکی از موانع اصلی والدین برای صحبت درباره مشکلات سلامت روان و جست‌وجوی حمایت بود. این ترس هم در والدینی که قبلاً تجربه جدایی از کودک را داشتند و هم در والدینی که از وقوع آن می‌ترسیدند وجود داشت:

«بزرگ‌ترین ترس هر مادری این است که بچه‌هایش به مراقبت‌های حمایتی سپرده شوند» (دیاز-کانخا و جانسون، ۲۰۰۴، ص. ۴۷۷).

والدین، ارتباط با نهادهای حمایت از کودکان را به‌عنوان تجربه‌ای آسیب‌زا و تهدیدآمیز توصیف می‌کردند (پره‌را و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۷) و از ارزیابی منفی توسط این نهادها می‌ترسیدند. به همین دلیل، اغلب از خدمات حمایتی اجتناب می‌کردند و خود واقعی‌شان را پنهان می‌نمودند تا حضانت کودکان‌شان را حفظ کنند: «منی‌خواستم پیش روان‌پزشک بروم چون فکر می‌کردم مرا بستری می‌کند و من می‌خواستم بچه‌هایم را بزرگ کنم» (آکرسون، ۲۰۰۳، ص. ۱۱۲).

زمانی که جدایی رخ می‌داد، والدین احساس می‌کردند در بند و منزوی شده‌اند و در غم و شرم غرق می‌شدند: «قلبم در زنجیر است. هرگز برای هیچ مادری آسان نمی‌شود؛ آن درد هیچ‌وقت به‌طور کامل از بین نمی‌رود» (نیکلسون و همکاران، ۱۹۹۸، ص. ۶۳۹).

با وجود تهدیدهای ناشی از جدایی در روابط والد-کودک، اکثر والدین همچنان متعهد به حفظ ارتباط با فرزندان‌شان

بودند و نیاز داشتند به لحاظ عاطفی و فیزیکی به کودکانشان متصل بمانند. برخی والدین می‌پذیرفتند که ترتیبات حضانتی به نفع کودکانشان است، اما فرآیند بازپس‌گیری ارتباط با کودک اغلب همراه با احساس شرم و تحقیر گزارش می‌شد.

این تجارب، به‌طور کلی، به‌عنوان موانع قدرتمندی در مسیر دسترسی والدین به خدمات حمایتی و بیان نیازهایشان عمل می‌کرد و در نهایت، منجر به انزوای بیشتر والدین و کودکان از حمایت‌های لازم می‌شد.

زیرتم ۴.۲: انگ اجتماعی و ترس از طرد شدن

احساس امنیت و ایمنی والدین، هم در درون خودشان، هم در خانواده‌شان و هم در جامعه، بخش جدایی‌ناپذیر از ظرفیت والدگری آن‌ها بود. یکی از موانع اصلی این امنیت، انگ اجتماعی بود؛ جایی که گفتمان‌های غالب درباره والدین با مشکلات سلامت روانی آن‌ها را «خطرناک» می‌دانستند (ساویدو و همکاران، ۲۰۰۳، ص. ۳۹۵) و این نگرش‌ها احساس پذیرفته‌شدن و ایمنی والدین را در جوامعی که زندگی می‌کردند، تهدید می‌کرد.

والدین نگرش‌های خودتخریب‌گرانه‌ای درباره شایستگی والدگری خود داشتند که تحت تأثیر تصورات ایده‌آل جامعه از والدگری تشدید می‌شد و موجب تضعیف اعتماد به نفس آن‌ها می‌گشت:

«هرگز نمی‌توانم آن فردی باشم که باید برای بزرگ کردن فرزندانم باشم» (پره‌را و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۷۶).
والدین اغلب احساس بیگانگی از سایر والدین داشتند و برای اجتناب از پیامدهای منفی اجتماعی، از شبکه‌های والدگری فاصله می‌گرفتند:

«اگر سایر مادران بدانند من بیماری روانی دارم، ممکن است اجازه ندهند بچه‌هایشان با بچه‌های من بازی کنند» (دیاز-کانخا و جانسون، ۲۰۰۴، ص. ۴۷۷).

اما ترس‌های والدین صرفاً تصور نبود؛ در برخی موارد، انگ اجتماعی نسل به نسل منتقل می‌شد: «...او [کودکم] گفت که مادرهای بچه‌های دیگر به آن‌ها گفته‌اند با او بازی نکنند چون مادرش دیوانه است» (رامپو و همکاران، ۲۰۱۵، ص. ۱۲۴).

در نتیجه ترس از طرد شدن، والدین اغلب خود واقعی‌شان را پنهان نگه می‌داشتند و تلاش می‌کردند به‌عنوان افراد «عادی» دیده شوند (تیوفلت و راموی، ۲۰۱۳، ص. ۸۸).

زیرتم ۴.۳: حمایت نامناسب

در تمام مطالعات، والدین احساس تنهایی و بی‌پناهی در برابر سیستم‌های حمایتی اطراف خود داشتند: «ممکن است لازم باشد بدانید که گاهی اوقات ساختارهای اطراف ما شکست می‌خورند» (استراند و همکاران، ۲۰۲۰، ص. ۶۲۷).

جایگاه والدگری اغلب از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (HCPs) نادیده گرفته می‌شد، که این موضوع موجب بی‌اعتمادی والدین به خدمات حمایتی و تشدید ادراک تهدید در آن‌ها می‌شد. والدینی که نیازهایشان با معیارهای دقیق ورود به خدمات مطابقت نداشت، بدون حمایت و آسیب‌پذیر باقی می‌ماندند: «...بعد می‌گویند: «پرونده تو مناسب نیست»، خب چرا باید ادامه بدهم؟» (چان و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۵۳۲).

رویکرد مبتنی بر تمرکز بر ریسک، که ناشی از برجسب‌های تشخیصی بود، اغلب موجب می‌شد والدین احساس کنند زیر نظر هستند (چان و همکاران، ۲۰۱۹؛ خلیفه و همکاران، ۲۰۰۹؛ مونتگومری و همکاران، ۲۰۱۱؛ پره‌را و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویلسون و کرو، ۲۰۰۹). این رویکرد، احساس کنترل والدین را تهدید کرده و ادراک ناتوانی و تهدید را تشدید می‌کرد و موجب می‌شد والدین از دریافت حمایت فاصله بگیرند.

در والدینی که در خدمات حمایتی بستری بودند، دسترسی محدود به فرزند و امکانات نامناسب ملاقات، رابطه والد-کودک را تهدید می‌کرد:

«بیمارستان محیط مناسبی برای آنها نیست» (دیاز-کانخا و جانسون، ۲۰۰۴، ص. ۴۷۸).

با این که برخی والدین استراحت ناشی از بستری شدن را مفید می‌دانستند، بسیاری احساس می‌کردند که حمایت‌های دریافتی، آن‌ها را برای بازگشت به والدگری در خانه آماده نکرده و موجب احساس عدم آمادگی و اضطراب می‌شد. علاوه بر این، عوامل اجتماعی-اقتصادی گسترده‌تر نیز احساس امنیت والدین را تهدید می‌کردند. وابستگی به دیگران برای حمایت مالی، برای والدین تحقیق‌آمیز بود. مطالعات مختلف (آکرسون، ۲۰۰۳؛ چان و همکاران، ۲۰۱۹؛ رامپو و همکاران، ۲۰۱۵؛ سابلا و همکاران، ۲۰۲۲) گزارش کردند که سیستم‌های حمایتی می‌توانند نیازهای بنیادی انسانی والدین و کودکان، مانند ارتباط و ایمنی هیجانی را تهدید کنند.

تم ۵: مقابله با تهدید: حفظ امیدها، اهداف و آرزوها

این تم در ۱۹ مورد از ۲۹ مطالعه مشاهده شد. والدین عمدتاً توانایی حفظ نقش‌های والدگری خود را داشتند و از «ترفندهای کوچک» (تیوفلت و راموی، ۲۰۱۳، ص. ۸۷) برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو استفاده می‌کردند. حمایت‌های گسترده سیستمی به والدین کمک می‌کرد تا مشکلاتشان را مدیریت کنند، در حالی که امید، آرزوها و اهداف والدگری، به آن‌ها در کاهش اثر تهدیدات و حمایت از نقش والدگری‌شان کمک می‌کرد.

بسیاری از والدین گزارش کردند که در نقش والدگری خود احساس آرامش، افتخار و راحتی می‌کنند و فرزندان زندگی‌شان را غنی‌تر می‌کنند و حس امید را در آن‌ها تقویت می‌کنند:

«...نوعی تأیید زندگی است. مرا از افسردگی‌ای که قبلاً پایین می‌کشید بیرون می‌آورد» (اونسون و همکاران، ۲۰۰۸،

ص. ۶۳۷).

علاوه بر این، کودکان به‌عنوان منبعی از امید برای تأمین نیازهای عاطفی والدین به عشق متقابل در نظر گرفته می‌شدند:

«احساس می‌کردم این آدم کوچولو را کاملاً دوست دارم و این آدم کوچولو هم مرا دوست خواهد داشت» (دیاز-کانخا و

جانسون، ۲۰۰۴، ص. ۴۷۵).

والدینی که احساس امید و خوش‌بینی درباره آینده خود و فرزندان‌شان داشتند، تعهد بیشتری به تغییر نشان می‌دادند. این موضوع به‌ویژه در والدینی که از فرزندان‌شان جدا شده بودند و حمایت دریافت کرده بودند تا ارتباط و مسئولیت والدگری خود را باز پس گیرند، برجسته‌تر بود. یکپارچگی رابطه والد-کودک به‌شدت ارزشمند دانسته می‌شد و به‌عنوان هدف اصلی مطرح بود. آرزوی داشتن امنیت و راحتی در میان اهداف والدین غالب بود و حس خوش‌بینی و امید به آینده را در آن‌ها تقویت می‌کرد:

«می‌خواهم به ثبات برسم. می‌دانی، رابطه‌ام را با [پسر] سامان دهم...» (مالوی و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۲۰).

تم ۶: نیاز به حمایت‌های جامع و فراگیر

والدین و کودکان در درون سیستم‌های پیچیده‌ای قرار داشتند که شامل خانواده، همسالان و زمینه‌های گسترده اجتماعی-سیاسی بود و این تم در دو زیرتم توضیح داده شده است. روشن بود که والدینی که بدون حمایت به ایفای نقش والدگری می‌پرداختند، با بزرگ‌ترین چالش‌ها مواجه بودند و برخی معتقد بودند تربیت کودک به‌تنهایی واقع‌بینانه نیست:

«باور دارم برای تربیت یک کودک به یک روستا نیاز است» (آکرسون، ۲۰۰۳، ص. ۱۱۶).

والدین تأکید داشتند که خدمات حمایتی باید زودهنگام، چندرشته‌ای و گسترده باشد و نیازهای والدین را به رسمیت بشناسد:

«متخصصان سلامت روان و دپارتمان خدمات اجتماعی کودکان و خانواده باید بیشتر در هم ادغام شوند. آن‌ها باید

بدنه‌ای مشترک داشته باشند و نوعی هماهنگی و همکاری کامل را برقرار کنند» (دیاز-کانخا و جانسون، ۲۰۰۴، ص. ۴۷۹).

زیرتم ۶.۱: شفقت و درک در سراسر سیستم‌ها

در بسیاری از مطالعات، والدین نیاز اساسی به اعتماد، درک شدن و برقراری ارتباط با سیستم‌های خانواده، همسالان و

حرفه‌ای‌ها را گزارش کردند. اگرچه حمایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (HCPs) متغیر بود، اما والدین رویکردهای محترمانه و پایدار را که در آن‌ها بدون قضاوت درک می‌شدند، ارزشمند می‌دانستند (مونته‌گمری و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۲۵).

یک رویکرد همراه با شفقت برای کمک به والدین در احساس توانمندی و درک شدن ضروری به‌نظر می‌رسید، که این امر گامی مهم برای کاهش نابرابری‌های قدرت بود؛ نابرابری‌هایی که اغلب مانع دسترسی والدین به حمایت‌ها می‌شد. والدین تمایل داشتند از افرادی حمایت دریافت کنند که با شرایط آن‌ها آشنایی زیسته داشتند؛ چه از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت («من می‌خواستم پزشک عمومی‌ام یک مادر باشد...»؛ اورام و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۱۵۵) و چه از گروه‌های حمایت همسالان: «اگر در یک گروه با سایر والدین صحبت کنی، جایی که آن‌ها بفهمند روان‌پریشی چیست و بتوانی تجارب مختلف را به اشتراک بگذاری، شاید چیزهایی که مؤثر بوده‌اند را هم به اشتراک بگذاری، و این فضای اجتماعی هم داشته باشد، شاید دوستانی هم پیدا کنی» (رادلی و همکاران، ۲۰۲۲، ص. ۸).

والدین امید داشتند چنین حمایت‌هایی احساس «کاهش بار» را برایشان به همراه داشته باشد و همزمان فرصتی برای یادگیری از تجارب دیگران فراهم کند (چن و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۷).

اگرچه گناه و شرم اغلب مانع از آن می‌شد که والدین زمانی برای نیازهای خودشان اختصاص دهند، اما آن دسته از والدینی که احساس توانمندی در توجه به نیازهای خود داشتند، ارتباطات غنی‌تری با خود و فرزندان‌شان تجربه می‌کردند: «وقتی این را یاد گرفتم، مثل یک لحظه روشنایی بود. فهمیدم: اگر از خودم، سلامت روان و جسمم مراقبت کنم، می‌توانم از خانواده‌ام هم مراقبت کنم» (اورام و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۱۵۲).

نیاز به آموزش روانی (پسیکودوکیشن) برای والدین، کودکان و خانواده‌هایشان، و نیز برای شبکه‌های حرفه‌ای و همسالان، اغلب به‌عنوان ضروری برای ارتقاء ارتباط و کاهش سرزنش، انگ و ترس مطرح می‌شد. والدین تمایل داشتند که درباره علائم بیماری‌شان بیشتر بدانند:

«می‌خواهم درباره دوقطبی بیشتر بدانم... چرا این‌طور تحریک‌پذیر می‌شوم» (رامپو و همکاران، ۲۰۱۵، ص. ۱۲۴).

چنین دانشی می‌توانست به والدین کنترل بیشتری در والدگری بدهد و راهبردهای والدگری جایگزین را برایشان قابل درک و دسترس‌پذیرتر سازد. حمایت تخصصی سلامت روان که به‌طور خاص مشکلات والدگری را هدف قرار دهد، برای کاهش آسیب‌های احتمالی به کودکان اهمیت داشت. والدین راهنمایی عملی درباره شرایط خاص والدگری مانند مدیریت کنترل و احساسات را طلب می‌کردند:

«فرض کن از دست فرزندم عصبانی می‌شوم... چطور باید این را با فرزندم مدیریت کنم؟ آیا اشکالی دارد که کاری نکنم؟ اگر باید کاری بکنم، دقیقاً چه باید بکنم؟» (چن و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۷).

آموزش روانی برای کودکان به‌ویژه برای والدینی که نگران سرزنش خود کودک به خاطر مشکلات هیجانی والدین بودند، اهمیت داشت:

«نمی‌خواهم فرزندم خودش را برای مشکلات من سرزنش کند» (چن و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۷).

متخصصان سلامت مانند پرستاران، می‌توانستند نقش مهمی در ارتقاء درک خانواده‌ها و مشارکت آن‌ها از طریق آموزش روانی ایفا کنند:

«خوب می‌شد اگر پرستاران درباره انتقال مشکلات روانی به کودکان صحبت می‌کردند» (فان در انده و همکاران، ۲۰۱۶، ص. ۹۰).

زیرتم ۶.۲: ارتباط با منابع حمایتی

یکی از تم‌های غالب در مطالعات، نیاز والدین به تکیه بر سیستم‌های حمایتی برای تأمین نیازهای فرزندان‌شان در زمان‌هایی بود که خودشان به تنهایی قادر به انجام این کار نبودند:

«...اگر فقط کسی بود که کمکم کند از بچه‌هایم مراقبت کنم... من فقط می‌توانستم تلاش کنم که در خانه بمانم و

خودم را کنترل کنم» (چان و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۵۳۲).

والدینی که در شبکه‌های حمایتی خانوادگی قرار داشتند، از داشتن یک «تکیه‌گاه» اضافی صحبت کردند که به آن‌ها قدرت بیشتری برای ایفای نقش والدگری می‌داد (تیوفلت و راموی، ۲۰۱۳، ص. ۸۴).

والدین اهمیت زیادی به باقی ماندن در نقش مراقب اصلی فرزندان‌شان حتی در دوره‌های فشار روانی شدید می‌دادند و باور داشتند که جدایی‌ها در زمان بستری شدن می‌تواند قابل اجتناب باشد. به‌ویژه مادران احساس می‌کردند که توسط نهادهای حضانت کودک محدود شده‌اند، اما آرزو داشتند خدمات حمایتی به گونه‌ای باشد که فرزندان‌شان در طول بستری شدن، در کنارشان بمانند:

«اگر ممکن بود وقتی در بیمارستان بستری هستی و کودکت کسی را برای مراقبت ندارد، اجازه بدهند او هم در بیمارستان همراهت بماند تا زمانی که مرخص شوی» (رامپو و همکاران، ۲۰۱۵، ص. ۱۲۴).

والدین ارزش نزدیکی به کودکان‌شان را درک می‌کردند، اما در عین حال نیاز به فضایی برای مراقبت از خود داشتند. ایده حمایت‌های متمرکز بر خانواده، که در آن هم والدین و هم کودکان به‌طور همزمان از نظر درمانی و اجتماعی حمایت می‌شدند، به‌عنوان یک مداخله ارزشمند و فراگیر سیستمی در نظر گرفته می‌شد. والدین معتقد بودند که خدمات حمایتی باید هم نیازهای سلامت روانی خودشان و هم نیازهای حمایت روانی کودکان‌شان را در نظر بگیرد. والدین همچنین بازتاب می‌دادند که خدمات مراقبت جایگزین (استراحتی) برای کودکان می‌تواند به ایجاد فضای لازم برای مراقبت از خود والدین کمک کند:

«فکر می‌کنم باید جایی وجود داشته باشد که بتوانیم بچه‌هایمان را ببریم، چون به زمان برای خودمان نیاز داریم... البته فقط برای دوقطبی، می‌دانی» (ونکاتارامان و آکرسون، ۲۰۰۸، ص. ۴۰۴).

در سراسر مطالعات، والدین تأکید کردند که حمایت‌ها باید به کودکان‌شان نیز تعمیم داده شود؛ حمایت از والدین به‌تنهایی کافی نبود:

«همان‌طور که من باید پیش روان‌پزشک یا روان‌شناس بروم و صحبت کنم، بچه‌ها هم باید این فرصت را داشته باشند... آن‌ها کلی فکر و خیال در سر دارند» (کلاوسن و همکاران، ۲۰۱۶، ص. ۱۱۲).

بحث و نتیجه‌گیری

این مرور نظام‌مند از ۲۹ مطالعه، نخستین پژوهشی است که به‌طور جامع پژوهش‌های کیفی مرتبط با تجربیات و ادراکات مادران و پدران دارای بیماری شدید روانی (SMI) را درباره تأثیر این بیماری بر والدگری و نیازهای حمایتی‌شان ترکیب می‌کند؛ بدون اینکه به فرهنگ خاص یا اختلال روانی مشخصی در زیرمجموعه SMI محدود شده باشد. در این مرور، تم‌های کلیدی درباره چالش‌های والدین دارای SMI، عوامل مؤثر در دشواری‌های والدگری، راهبردهای مقابله‌ای و نیازهای حمایتی والدین شناسایی شدند. این نتایج، یافته‌های پیشین را درباره ارتباط ادراکات تهدید گریزناپذیر سیستماتیک با استفاده والدین از حمایت‌های خانوادگی، همسالان و حرفه‌ای گسترش می‌دهد.

این مرور، یافته‌های مرورهای پیشین مانند مرور دولمن و همکاران (۲۰۱۳) درباره مادران دارای SMI و استپ و همکاران (۲۰۲۰) درباره والدین با اختلال دوقطبی را تقویت و توسعه می‌دهد و به‌ویژه بر نقش محوری دشواری‌های والدگری و تأثیر منفی انگ اجتماعی و ترس از دست دادن حضانت کودک بر روابط والدگری تأکید می‌کند. این مرور همچنین تجربیات مادران و پدران را در فرهنگ‌ها، زمینه‌های مراقبت کودک و شرایط زندگی مختلف پوشش می‌دهد. در تمام این زمینه‌ها، چالش‌های والدگری در دل سیستم‌های پیچیده‌ای قرار داشتند که تهدیدی مداوم را تجربه می‌کردند و این تهدید، مشکلات والدگری مرتبط با SMI را فارغ از جنسیت والدین یا شرایط زندگی، تشدید می‌کرد. بینش‌های جدیدی درباره تأثیر ادراکات تهدید گریزناپذیر و ادراکات ناپایدار هویت والدین بر قطبی شدن روابط والد-کودک و معکوس شدن نقش‌ها ارائه شد؛ یافته‌ای که پژوهش‌های اخیر (ویلات و همکاران، ۲۰۲۲) را تقویت می‌کند که نشان می‌دهند کودکان در مواجهه با SMI والدین، خود را در نقش والدین می‌بینند. نقش مؤثر تهدید سیستماتیک در روایت‌های والدین کاملاً مشهود بود؛ جایی که سیستم‌هایی که

والدین احساس می‌کردند هویت والدگری‌شان را تهدید و نادیده می‌گیرند، به دشواری‌ها و ترس‌های آن‌ها دامن می‌زد. این فشار بر روابط والد-کودک، احساس گناه و شرم والدین را افزایش می‌داد و موجب فاصله‌گرفتن والدین، کودکان و سیستم‌های اطراف‌شان می‌شد. این یافته‌ها با گزارش‌های پیشین درباره نقش محوری قدرت، تهدید و نبود معناسازی در افراد دارای پریشانی روانی-اجتماعی همسو است (جانستون و بویل، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های قبلی عوامل بازدارنده دسترسی والدین به حمایت را شامل نبود راهنمایی‌های سیاستی و اجرایی، نبود یکپارچگی بین خدمات بزرگسالان و کودکان، خدمات بحران‌محور، ترس از دست دادن کودک و رویکردهای اصلاح‌گرایانه در والدگری شناسایی کرده‌اند (جونز و همکاران، ۲۰۱۶؛ مولیگان و همکاران، ۲۰۲۰، ۲۰۲۱؛ تاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ ون اش و ده هان، ۲۰۱۷). این مرور، این یافته‌ها را تثبیت کرده و بینش‌هایی درباره نحوه رفع این موانع ارائه می‌دهد. پیشنهاد می‌شود که به جای رویکردهای جداگانه و مبتنی بر خطر که در آن سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات در مرکز تصمیم‌گیری هستند، به سیستمی مبتنی بر همکاری، شفقت، هدف‌مداری و شناسایی نقاط قوت والدین و سیستم‌های پیرامونی آن‌ها حرکت کنیم. یافته‌ها نشان می‌دهد که راهنمایی‌های سیاستی موجود در خدمات بالینی ممکن است مانع از ارائه نوع مراقبتی شود که والدین بتوانند معنای واقعی از تعامل با خدمات را تجربه کنند (تاک و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد، همسو با نظریه سیستم‌های برانفبرنر (۱۹۹۲) است که معتقد است فرآیندهای روانی-اجتماعی در سطوح مختلف محیطی شکل می‌گیرند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تغییر در چندین سطح سیستماتیک ضروری است تا روابط بهتر میان والدین، کودکان، خانواده‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و شبکه‌های فرهنگی و سیاسی گسترده‌تر برقرار شود. در راستای فراخوان‌های اخیر برای رویکرد «روستا» در ایجاد ارتباطات اجتماعی برای خانواده‌های دارای مشکلات چندگانه (گودیر و همکاران، ۲۰۲۲؛ رویر و همکاران، ۲۰۲۲)، تغییر رویکردهای عملی ضروری است، به‌ویژه با توجه به اینکه عملکرد متمرکز بر خانواده (FFP) حتی در کشورهایی که آن را الزامی کرده‌اند، به‌طور گسترده اجرا نمی‌شود (فالكوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ فرلانگ و همکاران، ۲۰۲۱). رویکرد مبتنی بر نقاط قوت می‌تواند ادراک تهدید سیستماتیک را کاهش دهد، حس امنیت و ارتباط والدین با فرزندان، نقش‌های والدگری و جوامع‌شان را تقویت کند و دسترسی و استفاده از حمایت‌ها را بهبود بخشد. این رویکرد می‌تواند ارتباط و درک متقابل بین والدین، کودکان و سیستم‌ها را افزایش دهد و مانع انگ اجتماعی شود (لیسی و همکاران، ۲۰۱۵). این مرور نظام‌مند، جنبه‌های کلیدی را برای اجرای موفق سیاست‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد برجسته می‌کند؛ سیاست‌هایی که بر داده‌های کیفی استوار هستند و صدای والدین را منعکس می‌کنند (اسکیوینگتون و همکاران، ۲۰۲۱). این یافته‌ها باید والدین، متخصصان، سیاست‌گذاران و مدیران خدمات را به تأمل درباره پیامدهای عملی این پژوهش وادار کند، در راستای رویکرد سیستمی که حمایت از والدین را در بستر وسیع‌تر اجتماعی قرار می‌دهد (آلچین و همکاران، ۲۰۲۲؛ بائر و همکاران، ۲۰۲۱؛ فالكوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ میتون و همکاران، ۲۰۱۴). رویکرد مبتنی بر نقاط قوت و فراگیر در عملکرد متمرکز بر خانواده (FFP) پیشنهاد شده است؛ رویکردی که خانواده‌ها را در مرکز تصمیم‌گیری‌های حمایتی قرار می‌دهد، لایه‌هایی از حمایت را پیرامون والدین ایجاد می‌کند و مشکلات اجتماعی و تهدیدها را کاهش می‌دهد؛ مسائلی که بیش از خود SMI بر نتایج کودکان تأثیر منفی می‌گذارند (گلدستون و همکاران، ۲۰۱۱). این رویکرد خطر پیامدهای منفی برای والدین و کودکان را کاهش داده، ارجاعات به خدمات حمایت از کودکان و نیاز به مداخلات بحران‌محور را کم می‌کند (نیکلسون و همکاران، ۲۰۱۹)، و ارتباط و تعامل بهتر بین والدین، کودکان و سیستم‌های پیرامونی را ارتقاء می‌دهد.

منابع و مآخذ

- Appleby, L. (۲۰۱۵). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 313(۷۰۷۰), ۱۴۳۱. <https://doi.org/10.1136/bmj.۳۱۳.۷۰۷۰.۱۴۳۱>
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., & Faragher, B. (۲۰۱۶). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ*, 314(۷۰۸۵), ۹۳۲-۹۳۶. <https://doi.org/10.1136/bmj.۳۱۴.۷۰۸۵.۹۳۲>
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (۲۰۱۹). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36(۶), ۵۶۳-۵۷۰. <https://doi.org/10.10۱۶/j.j.۱۴۴۰-۱۷۵۴.۲۰۰۰.۰۰۵۳۴.x>
- Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., Venturi, P., Jones, L. A., Lewis, S. W., Sham, P. C., Murray, R. M., & Reveley, A. M. (۱۹۹۹). Heritability estimates for psychotic disorders: The Maudsley twin psychosis series. *Archives of General Psychiatry*, 56(۲), ۱۶۲-۱۶۸. <https://doi.org/10.1۰۰۱/archpsyc.۵۶.۲.۱۶۲>
- Dawson, P., Ashman, M., & Carver, N. (۲۰۱۹). Mental illness in parents: Implications for children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(۵), ۸۴۷-۸۵۳. <https://doi.org/10.1۰۱۶/j.۱۴۴۰-۱۶۱۴.۲۰۰۰.۰۰۸۱۹.x>
- Faraone, S. V., Tsuang, M. T., & Tsuang, D. W. (۱۹۹۹). *Genetics of mental disorders*. New York: Guilford Press.
- Field, T. (۲۰۱۷). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27(۲), ۲۰۰-۲۰۳. <https://doi.org/10.1۰۰۶/pmed.۱۹۹۸.۰۲۷۳>
- Fried, P. A., & Smith, A. M. (۲۰۲۰). A literature review of the consequences of prenatal cannabis exposure. *Neurotoxicology and Teratology*, 23(۱), ۱-۱۱. [https://doi.org/10.1۰۱۶/S۰۸۹۲-۰۳۶۲\(۰۰\)۰۰۱۱۹-۷](https://doi.org/10.1۰۱۶/S۰۸۹۲-۰۳۶۲(۰۰)۰۰۱۱۹-۷)
- Glaser, D. (۲۰۱۹). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(۱), ۹۷-۱۱۶. <https://doi.org/10.1۰۱۷/S۰۰۲۱۹۶۳۰۹۹۰۰۴۹۹۰>
- Gottesman, I. I. (۱۹۹۱). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: W.H. Freeman.
- Levy, F., & Hay, D. A. (۲۰۰۱). *Attention, genes and ADHD*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- McGuffin, P., Owen, M. J., & Gottesman, I. I. (۲۰۰۲). *Psychiatric genetics and genomics*. Oxford: Oxford University Press.
- Newport, D. J., Hostetter, A., Arnold, A., & Stowe, Z. N. (۲۰۲۱). The treatment of postpartum depression: Minimizing infant exposures. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(۷), ۳۱-۴۴. <https://doi.org/10.۴۰۸۸/JCP.v۶۳n۰۷۰۷>
- Sameroff, A. J. (۲۰۱۷). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 102(۵ Suppl E), ۱۲۸۷-۱۲۹۲. <https://doi.org/10.1۵۴۲/peds.۱۰۲.۵.۱۲۸۷>
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (۲۰۱۹). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Tsuang, M. T. (۲۰۰۰). Genes, environment and schizophrenia: New findings from family, twin, and adoption studies. *The British Journal of Psychiatry*, 176(Suppl ۴۰), s۱۸-s۲۴. <https://doi.org/10.1۱۹۲/bjp.۱۷۶.۴۰.s۱۸>