

فشار روانی فرزندپروری در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

عباس متولی پور / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

ابوالفضل رشیدی / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

چکیده

جهت پژوهش‌های مختلف سعی کرده‌اند این مشکل را به شیوه‌های مختلف حل نمایند. از جمله راه‌حلهایی که می‌تواند به این خانواده‌ها کمک کند روان‌درمانی، رفتاردرمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، گروه‌های حمایتی و آموزش مهارت‌های فرزندپروری است.

مقدمه

با بررسی پیشینه‌ی بروز تعریف نارسایی توجه / بیش‌فعالی ملاحظه می‌شود که اولین نشانه‌های این اختلال در دومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که در سال ۱۹۶۸ منتشر شد دیده می‌شود. در این راهنما بیش‌فعالی به عنوان یکی از علائم رفتاری نارسایی کارکرد مغز مطرح شد. در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که در سال ۱۹۸۰ منتشر شد، شش علامت رفتاری بیش‌فعالی، بی‌قراری، تکانشگری، حواس‌پرتی و فراهنازی توجه کوتاه به طور رسمی برای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مطرح شد (هالاها و کافمن، ۲۰۰۳).

متن تجدیدنظر شده‌ی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اصطلاح نارسایی

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی یکی از شایعترین اختلالات دوران کودکی است و می‌توان انتظار داشت در یک کلاس ۲۵ نفری دست‌کم یک کودک بیش‌فعال وجود داشته باشد. اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اختلال روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که نه تنها خود فرد، بلکه کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هر خانواده‌ای باید بتواند خود را با این اختلال سازگار نماید تا متعال و پایدار بماند. از جمله پیامدهای مهمی که خانواده یک کودک بیش‌فعال باید بتواند با آن کنار بیاید و آنرا کنترل کند، فشار روانی است. پژوهش‌های زیادی انجام شده که نشان می‌دهد میزان فشار روانی در والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، بیش‌از فشار روانی والدین کودکان عادی است.

با توجه به تقاضاها و محدودیت‌های زیادی که والدین کودکان دارای اختلال با آن روبرو هستند می‌توان نتیجه گرفت این والدین در معرض خطر فشار روانی فرزندپروری و پیامدهای ناگوار آن هستند و رفتارهای نامناسبی در روابط والد-فرزندی افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی وجود دارد. به همین

خانواده دارد. اورت و اورت (۱۹۹۹) الگویی ۵ مرحله‌ای در این زمینه ارائه داده اند. این الگو نحوه‌ی اثرگذاری اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را در دوران مختلف رشد بر خانواده به طور آشکاری به تصویر می‌کشد. این الگو در مرحله نخست به شناسایی و بررسی نشانه‌های مختلف اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی که در مراحل مختلف رشد ظاهر می‌شود، می‌پردازد. مثلاً، نشانه‌های این اختلال در دوران نوزادی را با سال‌های اولیه مدرسه مقایسه می‌کند. این الگو در مرحله‌ی دوم به شناسایی و تفسیر تأثیرات دو جانبه‌ی این اختلال بر خانواده و همشیران^۲ می‌پردازد.

در سومین ویرایش راهنمای تشفیصی

و آماری اختلالات روانی که در سال ۱۹۸۰ منتشر شد، شش علامت رفتاری بیش‌فعالی، بی‌قراری، تکانشگری، هواس پرتی و فرافکنی توجه کوتاه به طور رسمی برای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مطرح شد

در مرحله آخر به بررسی نحوه‌ی اثرگذاری این اختلال بر رضامندی زوجیت والدین پرداخته می‌شود. در این الگو تأثیرات مختلف این اختلال از سنین نوزادی تا پایان سنین مدرسه پیگیری می‌شود. یک الگو باید جامع و کامل باشد ولی همانگونه که می‌دانیم هر خانواده یک نظام منحصر به فرد است، و برای تأمین جامعیت در این الگو سعی شده است تمام ملاحظات موجود در خانواده‌ها مد نظر باشد تا الگویی جامع و مانع ارائه شود. مراحل مختلف تجربیات خانواده از اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در جدول زیر به طور خلاصه تشریح شده است.

توجه / بیش‌فعالی را برای این اختلال به کار برده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). امروزه اغلب متخصصان از تعریف راهنمای تشفیصی و آماری اختلالات روانی برای شناسایی و تعریف اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی استفاده می‌کنند. براساس این راهنما، ویژگی اساسی و مهم این اختلال، الگوی مداوم بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی - تکانشگری است که نسبت به افراد عادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). با توجه به ملاک‌های موجود در راهنمای تشفیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان سنین مدرسه، سه تا هفت درصد تخمین زده می‌شود ولی به طور کلی میزان شیوع اختلال بسته به جامعه‌ی آماری، شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات و ابزار اندازه‌گیری متفاوت است. در ارتباط با شیوع این اختلال در بزرگسالان و نوجوانان اطلاعات اندکی در دست است، اما بطور کلی ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، علائم این اختلال را در بزرگسالی هم از خود نشان می‌دهند (موسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸).

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اختلال روان-پزشکی پیچیده‌ای است که نه تنها خود فرد، بلکه کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هر نظام خانوادگی باید بتواند خود را با این اختلال سازگار نماید تا متعال و پایدار بماند (اورت و اورت^۱، ۱۹۹۹). دامنه‌ی این سازگاری خیلی گسترده است و همه‌ی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دوره‌های مختلف رشد و تحول فرد مبتلا، تأثیرات مختلفی بر

الگو ۵ مرحله ای تجربیات خانواده از اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی :

حوزه زمانی	تجربیات کودک	پاسخ های والدین	پاسخ های همشیران	روابط زناشویی
سالهای نوزادی و نوپایی	- علل زیستی	- کودک متفاوت یا آسیب دیده - پیوندهای ناکافی در پذیرش کودک انکار	- آگاهی از تفاوت همشیر خود	- فشار روانی زیاد - مقصر دانستن یکدیگر
سال های مهد کودک و پیش دبستان	- بی توجهی - حواس پرتی - تکانشگری - بیش فعالی - مشاجره والدین	- نیاز به زمان بیشتر - مشکل در مدیریت کودک - احساس ناکارآمدی و بی کفایتی - زمان کمتر برای سایر کودکان	- درگیری های میان خواهر و برادر - حسادت و رقابت - زمان کمتر برای بودن با والدین	- کاهش ارتباط و همدلی در اثر فشار روانی زیاد - کاهش زمان های خصوصی - سردرگمی نقش زناشویی
سال های اولیه مدرسه	- بروز مشکلات شخصی - مشکل در مدیریت خود - سرخوردگی و تاخیر در یادگیری - مهارت های اجتماعی ناقص	- دلسردی و درماندگی - افزایش مشکل در مدیریت کودک - نقش انتقادی یا حمایت گر	- خشم و مشاجره - منزوی کردن همشیر بیش فعال	- کاهش ارتباط و همدلی - فشار روانی زیاد - عدم حمایت عاطفی متقابل
سال های مدرسه	- اختلال رفتاری در خانه و مدرسه - نشانه های اضطراب و افسردگی - رفتارهای تضاد ورزانه - افزایش مشکلات تحصیلی	- خشم و تنبه - مقاومت در برابر کودک - احساس درماندگی و بی کفایتی	- بی توجهی به احساس همشیر بیش فعال و خانواده - درگیری فیزیکی با همشیر بیش فعال	- افزایش درگیری های زناشویی و کشیده شدن آن به همه تعاملات روزانه - فاصله افتادن و تخریب تعاملات زناشویی
سال های راهنمایی و دبیرستان	- رفتارهای مشکل ساز - شکست تحصیلی و مدرسه گریزی - ترک تحصیل و سوء مصرف مواد - واکنش به والدین - درگیری در اجتماع - تلاش ناموفق برای فرار از خانه	- فشار از طرف مدرسه، جامعه، دادگاه و ... - شرمندگی در جامعه و فامیل - احساس شکست در فرزند پروری - مقاومت در برابر نوجوان - کناره گیری از سرپرستی نوجوان	- پرخاشگری یا واکنش های عاطفی - کناره گیری از خانواده	- شکست در روابط زناشویی - افسردگی - جدایی و انزوا از دیگران - احتمال طلاق و جدایی

برگرفته از اورت و اورت (۱۹۹۹).

از جمله پیامدهای مهمی که خانواده یک کودک بیش فعال باید بتواند با آن کنار بیاید و آنرا کنترل کند، فشار روانی است. پژوهش‌های زیادی انجام شده که نشان می‌دهد میزان فشار روانی در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، بیشتر از فشار روانی والدین کودکان عادی است (موسی^۳، ۲۰۰۷؛ لانگک^۴، ۲۰۰۵؛ نئوفیتو^۵، ۲۰۰۵؛ بالدوین^۶، ۱۹۹۵؛ هاشمیان، ۱۳۸۵؛ سمعی، ۱۳۸۳) بنابراین در این قسمت مختصراً به بررسی فشار روانی می‌پردازیم.

پیشرفت تمدن امروز و صنعتی شدن، افزایش بی‌رویه جمعیت، دگرگونی روابط اجتماعی، فشارهای جسمی و روانی ناشی از زندگی در شهرهای بزرگ، آلودگی و سر و صدا و تأثیر آن به رفتار انسان منجر به تشدید فشار روانی شده است. شهرنشینی دگرگونی‌های زیادی در روابط اجتماعی به وجود آورده و باعث فروپاشی بسیاری از سنت‌های اجتماعی که موجب حمایت و پشتیبانی افراد از یکدیگر می‌شد، شده است. برای مثال، امروز زندگی مشترک با والدین یا تشکیل خانواده‌های گسترده کمتر دیده می‌شود، به این ترتیب ملاحظه می‌شود که بعضی از روش‌های سنتی که به مردم کمک می‌کرد تا با فشار روانی بهتر مواجه شوند کنار گذاشته شده است. براین اساس، ارزیابی فرد از فشار روانی و نحوه‌ی برخورد و رویارویی با آن اهمیت بسیاری دارد. به طور معمول فشار روانی زمانی زیانبار خواهد بود که فرد آن را برای زندگی خود خطرناک و تهدید کننده تلقی کند و در عین حال منابع مختلف رویارویی با آن را در اختیار نداشته باشد. (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶).

ویژگی‌های عوامل فشار روانی زایی که با بروز بیماری‌ها همراهند، با شدت، بُعد، طول مدت، ناگهانی

بودن و بالاخره با جدید بودن اثر آنها مرتبط است (استورا^۷، ۱۹۹۱). شدت عامل فشار روانی را براساس چگونگی ادراک فرد از تغییراتی که در موقعیت شخصی وی یا در محیط کلی جامعه به وجود می‌آیند، سنجیده می‌شود. پژوهش‌هایی که ادراک چنین تغییراتی را در دانشجویان دانشگاه‌های آمریکا بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که بین تغییر ادراک شده در محیط اجتماع و سطح اضطراب و فشار روانی که به وسیله‌ی مقیاس اضطراب له‌یر^۸ سنجیده می‌شود همبستگی مثبتی وجود دارد و همچنین هنگامی که تغییرات ادراک شده با خواسته‌های فردی همسو نیست سطح اضطراب بالاتر است و بالاخره وقتی که زندگی فرد تحت تأثیر تغییرات اجتماعی قرار می‌گیرد سطح اضطراب باز هم افزایش بیشتری نشان می‌دهد. بُعد یا گستره رویداد استرس‌زا بی‌تردید در ایجاد اختلال‌های کار اندام شناختی (فیزبولوژیک) و روان شناختی مؤثر است. کلیه‌ی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به این نتیجه رسیده‌اند:

۱- تمام افرادی که مدت‌های مدید در موقعیت‌های تنیدگی‌زای شدید قرار می‌گیرند، هرگز سلامتی جسمانی و روانی پیشین خود را دوباره به دست نمی‌آورند.

۲- همه‌ی افرادی که زندگی آنها مدام مورد تهدید است، در جهانی فراکنده می‌شوند که تنها واکنش زیست شناختی عمیق و همگانی زندگی فردی بر آن مسلط است (استورا، ۱۹۹۱). نتایجی که بر اساس طول مدت یک رویداد فشار روانی زا به دست می‌آید متفاوت است. رویدادهای ناگهانی بیش از رویدادهای پیش‌بینی شده، به ایجاد تنیدگی منجر می‌شوند و بالاخره جدید بودن اثر به افزایش شدت موقعیت‌های فشار روانی زا منتهی می‌شود (استورا، ۱۹۹۱).

که بر چالش‌های آنان می‌افزاید. مثلاً، گاهی یک مادر مجبور است به دلیل جدایی یا مرگ همسرش به تنهایی از فرزندان خود مراقبت کند و در بیرون از خانه هم به کار مشغول شود، در چنین شرایطی و یا حتی در شرایط عادی، اگر فرزند خانواده دچار معلولیتی هم باشد، مشکلات والد یا والدین و به تبع آن فشار فرزند پروری هم زیاد می‌شود (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶).

با توجه به تقاضاها و محدودیت‌های زیادی که والدین کودکان دارای اختلال با آن روبرو هستند، این والدین در معرض خطر فشار فرزند پروری و پیامدهای ناگوار آن هستند که به نقل از وایزبرن^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۴) شامل اضطراب و افسردگی (نایرد^{۱۵}، تمبیز^{۱۶}، متیسن^{۱۷}، دالگارد^{۱۸} و ساموئل سن^{۱۹}، ۲۰۰۰)، تعاملات منفی والد-فرزندی (مرگان^{۲۰}، رایینسن^{۲۱} و آلدريج^{۲۲}، ۲۰۰۲)، ایجاد دل‌بستگی ناایمن در کودک (اتکینسون^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۰)، سوء استفاده‌ی جسمی (رودیکز^{۲۴} و گرین^{۲۵}، ۱۹۹۷) و ایجاد مشکلات عاطفی و رفتاری در کودک (گلدبرگ^{۲۶} و همکاران، ۱۹۹۷) می‌شود. پس می‌توان نتیجه گرفت که فشار فرزند پروری مفهوم مهمی در فرزند پروری است و در اکثر مواقع رابطه بسیار نزدیکی با اختلال در کارکرد والدین دارد (استبرگ و هیچ کل، ۲۰۰۰).

از جمله مهم‌ترین مباحثی که در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته است، تأثیر فشار روانی فرزند پروری بر والدین و کودک می‌باشد. فرض بر این است که رفتار والدین بر ارتباط بین فشار روانی و کارکردهای کودک مؤثر است (کرنیک^{۲۷} و گرین برگ^{۲۸}، ۱۹۹۰). یکی دیگر از حوزه‌هایی که بیشتر به والدین مربوط می‌شود، ناراحتی‌های والدین و مشکلات کودک است که آیدین در الگو فشار فرزند پروری خود بر آن تمرکز کرده است (آیدین، ۱۹۹۰). کرنیک و گرین برگ

از آنجا که بسیاری از تأثیرهای فشار روانی کار اندام شناختی (فیزیولوژیک) است، بنابراین می‌توان فشار روانی را اختلال زی روان شناسی^۹ به شمار آورد. مهم‌ترین تأثیرهای فشار روانی را می‌توان در چهار دسته‌ی هیجانی، کار اندام شناختی، شناختی و رفتاری قرار داد.

تأثیرهای هیجانی، احساس اضطراب و افسردگی و افزایش تنش‌های جسمانی و روان شناختی از تأثیرهای هیجانی فشار روانی محسوب می‌شوند.

تأثیرهای کار اندام شناختی: ترشح آدرنالین^{۱۱} و نور آدرنالین^{۱۱}، اختلال در کارکرد دستگاه گوارش، افزایش ضربان قلب، اختلال در تنفس و انقباض رگ‌های خونی، از مهم‌ترین تأثیرهای کار اندام شناختی فشار روانی به شمار می‌آیند.

تأثیرهای شناختی: کاهش تمرکز و توجه، کاهش ظرفیت حافظه کوتاه مدت و افزایش پریشانی و حواس‌پرتی، از مهم‌ترین اثرات شناختی فشار روانی محسوب می‌شود.

تأثیرهای رفتاری: افزایش گریز از کار و فعالیت، اختلال در الگوی خواب، کاهش کارکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی، از مهم‌ترین عواقب رفتاری فشار روانی به شمار می‌آیند (آیزنک، ۲۰۰۰؛ به نقل از خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶).

ارتباط بین فشار روانی و فرزند پروری، مدت زمان زیادی است که مورد توجه و علاقه پژوهشگران قرار گرفته است. به طور کلی فشار روانی فرزند پروری نوعی از فشار روانی است که توسط والدین تجربه می‌شود و ناشی از مقتضیات فرزند پروری است (استبرگ^{۱۲} و هیچ کل^{۱۳}، ۲۰۰۰). مراقبت از کودکان حتی در بهترین شرایط فعالیتی چالش برانگیز است و گاهی در کنار مراقبت از کودکان شرایطی به والدین تحمیل می‌شود

جانسون^{۳۲}، ۱۹۸۲؛ به نقل از مک برنت و پیفنر، ۲۰۰۸). اینگونه ویژگی‌ها و تعاملات هم پسران و هم در مورد دختران دارای این اختلال گزارش شده و در همه‌ی سنین رواج دارد و هم در روابط پدر-فرزندی و هم در روابط مادر-فرزندی دیده شده و تفاوت معنی داری با هم ندارند (تال مک^{۳۳} و بارکلی، ۱۹۸۳). پس می‌توان نتیجه گرفت اشکال در روابط والد-فرزندی در خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، یکی از ویژگی‌های این خانواده‌هاست (مک برنت و پیفنر، ۲۰۰۸). میزان آسیب دیدگی روابط والد-فرزندی به میزان اختلال و همچنین نوع اختلالات همراه آن نیز بستگی دارد. گومز^{۳۴} و سان سون^{۳۵} (۱۹۹۴) سطوح بالاتری از رفتارهای منفی و نافرمان‌بری را در کودکانی مشاهده کردند که علاوه بر بیش‌فعالی، اختلال رفتاری هم داشتند، آنها دریافتند مادران این کودکان در مقایسه با گروه کنترل کمتر تشویق کننده و بیشتر منفی‌گرا و هدایت‌گرا هستند، این پژوهشگران دریافتند که تفاوت معنی داری بین رفتار پدر و مادر در این زمینه وجود ندارد و والدینی که فرزند آنها علاوه بر اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اختلال دیگری هم دارد، راهبردهای فرزند پروری بدبینانه تری دارند. از طرف دیگر یکی از عوامل محیطی که می‌تواند باعث تشدید علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شود، رفتارهای والدین نسبت به کودک دارای این اختلال می‌باشد. پژوهشی که بارکلی (۲۰۰۰) به منظور بررسی تأثیر مهارت‌های فرزندپروری بر اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام داده بیانگر این است که اگر چه رفتارهای منفی و مناسب مادران نسبت به فرزند مبتلا به این اختلال، نشانه‌ها و علائم اختلال را تشدید می‌کند ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نیست. بعضی وقت‌ها فشار روانی موجود در یک خانواده هم سبب تشدید علائم

(۱۹۹۰) نیز الگوی از فشار روانی فرزند پروری ارائه داده‌اند که برخلاف الگوی آیدین، بر مشکلات روزانه و حوادث کوچک زندگی والدین مبتنی است و در رابطه مستقیم با مشکلات فرزند پروری قرار دارد. مشکلات والدین در این الگو ناشی از دو عامل رضایت والدین از نقش فرزندپروری و مشکلات رفتاری کودک است. این الگو نتیجه می‌گیرد که نگرانی‌ها و فشارهای روانی والدین بر رشد و تحول کودک نیز اثر می‌گذارد. پژوهش‌ها در زمینه‌ی فشار روانی فرزندپروری در دو حوزه تمرکز یافته‌اند، این پژوهش‌ها یا بر عواملی تأکید کرده‌اند که فشار روانی فرزندپروری را پیش‌بینی می‌کند و یا بر عواقب رفتاری و روانی فشار روانی فرزندپروری تمرکز کرده‌اند (کرنیک و همکاران، ۲۰۰۵).

**شدت عامل فشار روانی را
براساس پگونگی ادراک فرد از تغییراتی که
در موقعیت شغلی وی یا در محیط کلی جامعه
به وجود می‌آیند، سنجیده می‌شود**

مطالعات زیادی به این نتیجه رسیده‌اند که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه رفتارهای نامناسبی در روابط والد-فرزندی افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی وجود دارد. در مقایسه با کودکان بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، کودکان مبتلا به این اختلال بیشتر آزارنده هستند و کمتر فرمانبردارند و والدین آنها بیشتر منفی‌گرا^{۲۹} و هدایت‌گرا^{۳۰} هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند (کانینگ‌هام^{۳۱} و بارکلی، ۱۹۷۹؛ ماش و

دارند، مرتبط شوند و اعضای گروه‌های حمایتی معمولاً به صورت منظم (مثلاً ماهیانه) یکدیگر را ملاقات می‌کنند تا از صحبت‌های متخصص در زمینه این اختلال بهره‌مند شوند. اعضای این گروه‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌های خود در اجرای برنامه‌های درمانی مختلف را مطرح می‌کنند و یکدیگر را به متخصصان مجرب ارجاع می‌دهند.

آموزش مهارت‌های فرزندپروری: آموزش مهارت‌های فرزند پروری^{۴۰} به والدین ابزارها و راهکارهایی را برای مدیریت رفتار فرزندشان ارائه می‌دهد. این روش‌ها می‌تواند شامل نظام اقتصاد ژتونی، محرومیت و مواردی از این دست باشد. در این روش همچنین به والدین آموخته می‌شود که چگونه موقعیت‌ها و شرایطی را ترتیب دهند که کودک در آنها به موفقیت دست پیدا کند. روش‌های مدیریت فشار روانی^{۴۱} نیز می‌تواند در این نوع از مداخلات جایدهی شود. در مدیریت فشار روانی، روش‌هایی مانند تنش زدایی، تمرکز و افزایش تحمل شکست آموزش داده می‌شود.

با مرور پژوهش‌های پیشین در زمینه‌ی برنامه‌های مقابله با فشار روانی دیده می‌شود که این برنامه‌ها برای توفیق خود باید دارای ملاک‌های خاصی باشند. پاور و همکاران (۲۰۰۲) با مرور تعدادی از این پژوهش‌ها به توصیه‌های زیر برای ارائه‌ی یک برنامه مقابله‌ی مؤثر با فشار روانی پرداخته است.

۱. آموزش والدین اغلب می‌تواند در ۶ تا ۱۲ جلسه به طور مؤثری ارائه شود.
۲. جلسات آموزش گروهی والدین فقط ۵۰ تا ۷۰ درصد هزینه‌های آموزش فردی والدین را دارد.
۳. والدین اغلب به جلسات گروهی آموزش ارجاع می‌شوند تا از این راه حمایت‌های گروهی و حل مسئله از راه گروه را دریافت کنند.

این اختلال می‌شود (ترنبال^{۳۶} و همکاران، ۲۰۰۲). پس می‌توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و استرس‌زای بین والدین و کودک بیش فعال به صورت یک دور باطل رخ می‌دهد (اشنایدر^{۳۷} و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از لیفرد^{۳۸} و همکاران، ۲۰۰۸).

هرچه سن کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کمتر باشد، لزوم ارائه مداخلات درمانی به خانواده‌ها و درگیر نمودن آنها در فرایند درمان بیشتر می‌شود (موسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸). آگاهی از انواع مختلف مداخله‌ی مفید برای خانواده سبب می‌شود که افراد با آگاهی و بینش بیشتری به انتخاب مداخله‌های مورد نیاز فرزندشان بپردازند. در ادامه ۵ مورد از مداخله‌های سودمندی که می‌تواند برای خانواده‌های دارای فرزند بیش فعال ارائه شود، به نقل از مؤسسه ملی بهداشت روان (۲۰۰۸) آورده می‌شود.

روان درمانی: ارائه‌ی روان درمانی به فرد بیش فعال و اعضای خانواده سبب می‌شود که بتوانند این اختلال را راحت‌تر بپذیرند و با آن کنار بیایند و یکدیگر را تحمل نمایند. این روش بیش فعالی را درمان نمی‌کند ولی افکار ناراحت‌کننده درباره‌ی آن را از بین می‌برد.

رفتار درمانی: در این روش خانواده‌ها آموزش می‌بینند که چگونه بتوانند رفتارهای کوتاه مدت و بلندمدت فرزند خود را تغییر دهند. در این روش برخی رفتارها باید حذف یا کم شوند و برخی دیگر باید ایجاد شوند و یا تقویت گردند.

آموزش مهارت‌های اجتماعی: این روش بیشتر به فرد مبتلا کمک می‌کند و سبب می‌شود که فرد رفتارهایی را که در حفظ روابط اجتماعی مفید هستند را در خود ایجاد و تقویت نماید.

گروه‌های حمایتی: گروه‌های حمایتی^{۳۹} به والدین کمک می‌کنند که با سایر والدینی که فرزند بیش فعال

۴. برخی از والدین زمانی که آموزش به طور گروهی به آنها ارائه می شود ممکن است از آن سود نبرند.
۵. غریب دقیق والدین برای انتخاب نوع ارائه آموزش مهم است.
۶. خانواده‌هایی که آمادگی شرکت در جلسات زیاد را ندارند باید در جلسات کمتری آموزش ببینند.
۷. وارد کردن کودکان در برنامه های آموزشی والدین می تواند کار آمدی آنها را بیشتر کند.
۸. کارآمدی برنامه‌ی آموزش والدین به ویژه به کیفیت ارائه‌ی آموزش بستگی دارد.
۹. خانواده‌هایی که فشار روانی زیادی را تجربه می کنند به جلسات آموزش فردی هم نیاز دارند.
- این پژوهش در پایان نتیجه می گیرد که آموزش والدین می تواند در کاهش مشکلات رفتاری و تضادهای بین کودکان بیش فعال و والدین آنها مؤثر باشد، همچنین هنگامی که بیش فعالی با برخی دیگر از اختلالات همراه می شود، آموزش والدین دارای اهمیت دو چندان است.

زیر نویس ها

- | | | |
|----------------------|----------------|-------------------------------|
| 1. Everett & Everett | 15. Naerde | 29. Negative |
| 2. Sibling | 16. Tambs | 30. Directive |
| 3. Musa | 17. Mathiesen | 31. Cunningham |
| 4. Lange | 18. Dalgard | 32. Johnston |
| 5. Neophyto | 19. Samuelsen | 33. Tallmadge |
| 6. Baldwin | 20. Morgan | 34. Gomez |
| 7. Stora | 21. Rabinson | 35. Sanson |
| 8. Layer | 22. Aldridge | 36. Turnball |
| 9. Biopsychology | 23. At kinson | 37. Synder |
| 10. Adrenaline | 24. Rodriguez | 38. Lifford |
| 11. Noradrenaline | 25. Green | 39. Support Groups |
| 12. Ostberg | 26. Goldberg | 40. Parenting Skills Training |
| 13. Hage kull | 27. Crnic | 41. Stress Management |
| 14. Wisbren | 28. Green berg | |

منابع

- استورا، بنجامین جی (۱۹۹۱). *تنیدگی یا فشار روانی بیماری جدید تمدن*. (ترجمه‌ی پریرخ دادستان ۱۳۷۷). تهران، انتشارات رشد.
- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. (چاپ سوم). (ترجمه‌ی محمد رضا نیکخو و همایاک آوادیس یانس، ۱۳۸۶)، تهران: انتشارات سخن.
- خدایاری فرد، محمد و پرند، اکرم (۱۳۸۶). *فشار روانی و روش های مقابله با آن*. تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- سمیعی کرانی، صمصام (۱۳۸۳). *مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دبستانی مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی با والدین کودکان عادی شهرستان فارسان با ملاحظه وضعیت اجتماعی-اقتصادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
- هاشمیان، مریم (۱۳۸۵). *مقایسه افسردگی، فشار روانی و رضایت زناشویی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی و مادران کودکان بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.

- Abidi,R.R.(1990).Introduction To The Special Issue:the Stresses of Parenting.*Journal of Clinical Child Psychology*,19,298-301.
- Baldwin,K.Brown,R.T.Mhlan,m.a.(1995).*the American Journal of Famhly Therapy*,23,2,149-159.
- Barkley,R.A.(2000).Taking Charge of ADHD:The Complete,Authoritative Guide for Parents(rev.ed.).New York:Guilford Press.
- Crnic,K.,Greenberg,M.T.(1990). Minor Parenting Strees With Young Children.*Child Development*,61,1628-1637.
- Crnic,K.A.,Gaze, C.,Hoffman,C.(2005).Comulativr Parenting Stress Across The Preschool Period: Relations To Maternal Parenting Aand Child Behavior At Age 5.*Infant And Child Development*,14,117-132.
- Everett,C.A. & Everett,S.V.(1999).Family Therapy For ADHD.New York: Guilford Press.
- Gomez,R&Sanson,A.V.(1994).Mother Child Intractions And Noncompliance In Hyperactive Boys With and Without Conduct Problems.*Journal of Child Psychology Psychiatry*,35,477-490.
- Hallahan,D.P.,Kuffman,J.M.,(2003).Exceptional Learners :Introduction To Special Education(9th ed).Boston:Allyn And Bacon.
- Lange,J.Sheerin,D.Carr,A.Dooley,B.Barton,V.Marshal,D.Mulligan,A.Lawlor,M.Belton,m & Doyle,m. (2005).*Journal of Family Therapy*,27:76-96.
- Liffore,K.,J.Harold,T,G.Thapar,A.(2008).Parent Child Relationships And ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis.*Journal of Abnormal Child Psychology*,36,285-296.
- McBurnett,K.Pfiffner,L.(2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder,Concepts,Controversies,New Directions.New York:Informa Health Care.
- Musa,R.B & Shafir,Z.(2007).Depressive,Anxiety And Stress Levels Among Mothers of ADHD Children And Their Relationship To ADHD Symptoms. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(1):20-28.
- National Institute of Mental Health,us Department of Health And Human Services(2008).Attention Deficit Hyperactivity Disorder.Availablefrom:<http://www.nimh.nih.gov/publicate/schizkids.cfm>.
- Neophytou,K.Webber,R(2005).Attention Deficit Hyperactivity Disorder:The Family And Social Cotext.Australian Social Work,58,3,313-325.
- Ostberg,m,Hagekull,B.(2000).A Structural Modeling Approachto The Understanding of Parenting Stress.*journal of Clinical Child Psychology*,29,615-625.
- Power,T.J.,Russell,H.F.,Soffer,S.L, Blom-Hoffman,J, and Grim,S.M.,(2002).Role of Parent Teaining In the Effective Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.*Dis Manage Health Outcome*. 10,(2),117-126.
- Tallmadge,J, Barkley,R.A.,(1983).the Intractions of Hyperactive and Normal Boys With Their Mothers and Fathers.*Journal of Abnormal Child Psychology*,11,565-579.
- Turnball,R.Turnball,A.Shank,M.Smith,S.&Leal,D.(2002).Exceptional Lives:Special Educatiov In Todays Schools(3th ed).New York:Merill Prentice hall.
- Wisbren,S,E.,Rones,M.Read,C,Y.,Marsden,M,D.,Levy,H,L.,(2004).Brief Report: Predictors of Parenting Stress Among Parents of Children With Biochemical Genetic Disorders.*Journal of Pediatric Psychology*,29(7),565-570.