

فشار روانی فرزندپروری نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

تحلیل ادبیات مددکاری اجتماعی

لین مک‌کلیری^۱ / ترجمه: شهرزاد دیبانیان / کارشناس ارشد مشاوره خانواده

مددکاران اجتماعی که با نوجوانان در موقعیت‌های گوناگون سرو کار دارند، احتمالاً با مراجعه‌کنندگان مبتلا به این اختلال روبه‌رو می‌شوند و به نحوی در جریان درمان‌های روانی-اجتماعی نوجوانان و خانواده آنها قرار می‌گیرند. با وجود این، روش‌های گوناگون کار کردن با این گروه، در ادبیات مددکاری اجتماعی، چندان مورد توجه قرار نگرفته است. در این مقاله به این پرسش می‌پردازیم که چگونه نظریه‌ها و پژوهش‌ها در زمینه‌ی فشار روانی فرزندپروری می‌توانند روش‌های مددکاری اجتماعی را در برخورد با والدین این نوجوانان تحت تأثیر قرار دهند.

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی یکی از اختلال‌های رفتاری آزارشی^۱، دوران کودکی است که در فهرست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۱۱} (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۲} [APA]، ۱۹۹۴) آمده است. میزان شیوع این اختلال در نوجوانان دختر ۳/۴ درصد و در نوجوانان پسر ۷/۳ درصد است. همبودی یا همزمانی آن با ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات روانی نیز شایع است.

ویژگی‌های عمده‌ی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، بی‌توجهی مداوم، شدید،

والدین نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با چالش‌ها و محرک‌های تنش‌زای ویژه‌ای روبه‌رو هستند. مددکاران اجتماعی می‌توانند در فراهم ساختن درمان‌های روانی-اجتماعی برای این مراجعان، نقش مؤثری ایفا کنند. با وجود این، کار با این‌گونه مراجعان در ادبیات مددکاری اجتماعی، چندان مورد توجه قرار نگرفته است.

در این مقاله، به بررسی نظریه‌های فشار روانی فرزندپروری^۲، فشار روانی^۳، نظریه‌ی انطباق^۴ و هم‌چنین ادبیات پژوهشی در زمینه‌ی فرزندپروری و اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با تمرکز بر ارتباط آن با روش‌های مددکاری اجتماعی پرداخته می‌شود.

کلید واژه‌ها: نوجوان، اختلال نارسایی توجه/

بیش فعالی، فشار روانی فرزندپروری، مددکاری اجتماعی، مرور ادبیات

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و اختلال‌های رفتاری آزارشی از عمده‌ترین دلایل مراجعه‌ی نوجوانان به مراکز خدمات روان‌درمانی است. (کازدین، سیگل، باس^۵؛ ۱۹۹۰). این اختلال با همبودی قابل ملاحظه‌ای در چارچوب عملکرد و سازگاری اجتماعی نوجوانان و والدین، همراه است (آناستوپولس، گورمونست، شلتن، دوپل^۶، ۱۹۹۲؛ بیدرمن و همکاران^۷، ۱۹۹۶؛ برین و بارکلی^۸، ۱۹۸۸؛ فایگل، اسنایدرمن، تیشبی، تورل، پیناس^۹، ۱۹۹۵).

سازگاری ضعیف در عملکرد تحصیلی، شغلی و رفتارهای اجتماعی هم‌چنان وجود خواهد داشت (همچمن^{۱۵}، ۱۹۹۶).

میزان شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی
در نوجوانان دفتر ۳/۴ درصد و در نوجوانان
پسر ۷/۳ درصد است

اهداف درمانی نارسایی توجه / بیش‌فعالی، کاهش همبودی، بهبود عملکرد و پیشگیری از پیامدهای منفی آن است. این اختلال از طریق دارودرمانی با محرک‌ها یا سایر داروهای دیگر، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای کودکان و نوجوانان، مشاوره فردی یا شناخت درمانی، خانواده درمانی، آموزش و مشاوره والدین و ایجاد تغییراتی در محیط مدرسه درمان می‌شود. به طور کلی، اعتقاد بر آن است که هیچ درمانی به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شود. از این‌رو، درمان‌های چند وجهی پیشنهاد می‌شود (بارکلی، ۱۹۹۰؛ فایگل و همکاران، ۱۹۹۵).

فشار روانی و فرزندپروری

چندین نظریه و پژوهش در زمینه‌ی فرزندپروری، جریان و پیامدهای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شکل گرفته است. در برخی از این پژوهش‌ها، آسیب‌شناسی والدین و فرزندپروری ناکارآمد، از عوامل خطر ساز برای بروز این اختلال در دوران کودکی و پیامدهای آن، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در برخی دیگر از این پژوهش‌ها نیز، ارتباط متقابل و تعامل میان فرزند پروری و بروز این اختلال و رفتارهای مشکل‌دار ناشی از آن، عوامل ایجاد فشار روانی فرزندپروری آورده شده‌اند. پژوهش‌ها در

بیش‌فعالی^{۱۳} و تکانشگری^{۱۴} است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). توجه کودکان دارای این اختلال به آسانی با محرک‌های بیرونی منحرف می‌شود و آنها را در سازمان‌دهی فعالیت‌های خود با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند. این کودکان در پایداری توجه، در زمینه‌ی تکلیف‌های مدرسه و فعالیت‌های مربوط به بازی، دچار مشکلاتی هستند و انجام تکلیف‌هایی، مانند تکلیف مدرسه - که نیاز به حفظ تلاش روانی است - به تجربه‌ای ناخوشایند تبدیل می‌شود. معلم‌های این کودکان ممکن است فکر کنند که عملکرد آنها با کار و تلاش بیشتر بهبود می‌یابد. اگر کم توجهی بر بیش‌فعالی غالب باشد، ممکن است این اختلال تا دوره نوجوانی تشخیص داده نشود؛ یعنی، تا زمانی که موفقیت‌های تحصیلی، که نیاز به توجه فزاینده و سازمان یافته‌ای دارد (فایگل و همکاران، ۱۹۹۵). این اختلال با بی‌قراری، دشواری در پاسخ‌های تأخیری و مزاحمت‌های اجتماعی مشخص می‌شود. این مشکلات در روابط اجتماعی تأثیر می‌گذارند. تکانشگری که باعث می‌شود نوجوان به پیامد رفتار خود نیندیشد، ممکن است به بروز حوادثی منجر شود و آنها را در فعالیت‌های بالقوه خطرناکی درگیر کند.

نارسایی‌هایی که در اثر نارسایی توجه / بیش‌فعالی به وجود می‌آید، بر کودکان در خانه، مدرسه، اجتماع و میان دوستان تأثیر می‌گذارد. در بیشتر افراد، این اختلال تا دوره نوجوانی باقی می‌ماند. اگرچه نارسایی‌های این اختلال با افزایش سن از میان می‌رود، خطرهای عمده‌ای در زمینه‌ی آسیب‌های روانی - اجتماعی، مانند

مش و جانسون (۱۹۹۰)، مدلی شامل چهار مؤلفه از تنش‌های تعاملی کودک-والد را ارائه دادند که بر توصیف تعارض کودک-والد متمرکز است. تعارض کودک-والد از طریق ویژگی‌های کودک، محیط و والدین تعیین می‌شود. هر یک از این سه عامل، تأثیر مستقیمی بر تنش تعاملی دارد. به علاوه، ویژگی‌های والدین، از تأثیرهای کودک و محیط بر تنش‌های تعاملی نیز متأثر می‌شود. تعارض کودک-والد بر کودک، محیط و والدین تأثیر می‌گذارد. در این مدل، تفاوت‌های میان مفاهیم فشار روانی فرزندپروری، فشار روانی، تنش تعاملی و تعارض کودک-والد روشن نیست و کارایی آن را در عمل محدود می‌کند.

مدل ویستر-استراتون (۱۹۹۰) فرآیند انطباق والدینی با محرک‌های تنش‌زا را توصیف می‌کند. این مدل برای فشار روانی فرزندپروری، در خانواده‌هایی است که کودک اختلال سلوک دارد. مطابق این مدل، سه دسته از عوامل تنش‌زا بر فرزندپروری، تأثیر می‌گذارد (محرک‌های تنش‌زای بیرون از خانواده، محرک‌های تنش‌زای میان فردی و محرک‌های تنش‌زای والد-کودک). تأثیرهای این عوامل تنش‌زا تحت تأثیر سلامت روانی والدین، امکانات و منابع شخصی و ارزیابی محرک‌های تنش‌زا تغییر می‌کند. در دیدگاه نظری، مشکلات رفتاری کودک را می‌توان ناشی از فرزندپروری ناکارآمد دانست.

استفاده از این مدل‌ها، برای جهت‌دهی مداخله‌های مددکاران اجتماعی، برخورد با والدینی که نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند، محدود است. زیرا تأکید آنها بر توصیف پیامدهای رفتار کودک است و تقریباً هیچ توجهی به

زمینه‌ی فرزندپروری، با سه مدل پیش می‌رود که با مدل‌های نظام‌های بوم‌شناسی در روش‌های مددکاری اجتماعی منطبق است (عابدین و بروک^{۱۶}، ۱۹۹۰؛ مش و جانسون^{۱۷}، ۱۹۹۰؛ ویستر-استراتون^{۱۸}، ۱۹۹۰). در تمامی این مدل‌ها، عنوان شده است که فرزندپروری وظیفه‌ی بسیار پیچیده‌ای است و تعامل‌های میان والدین و کودک و عوامل محیطی بر تعامل‌های والد-فرزند و پیامدهای رفتار کودک تأثیر متقابل دارد (عابدین، ۱۹۹۰).

قدیمی‌ترین مدل فشار روانی و فرزندپروری - که عابدین و بروک (عابدین، ۱۹۹۰) آن را ارائه دادند - تأثیر قابل توجهی بر پژوهش‌ها و نظریه‌پردازی‌های بعدی بر جای گذاشت. بر اساس این مدل، میزان فشار روانی فرزندپروری با عوامل والدین و کودک، هم‌چنین با عوامل اجتماعی-محیطی مشخص می‌شود. عوامل والدینی از قبیل سلامتی، افسردگی، احساس شایستگی و شخصیت؛ عوامل کودک، مانند قابلیت سازگاری، پذیرش، تقاضا، خلق، پرتحرکی و تقویت والدینی؛ و عوامل اجتماعی-محیطی، مانند محدودیت نقش والدینی، روابط زناشویی و حمایت‌های اجتماعی است. فشارهای روانی فرزندپروری ناکارآمد در نهایت بر پیامدهای رفتار کودک تأثیر می‌گذارد (عابدین، ۱۹۹۰). این مدل، در مددکاری اجتماعی برای والدین نوجوان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، قابلیت و کارایی محدودی دارد. زیرا در این مدل، فشار روانی فرزندپروری به روشنی تعریف نشده است و بررسی و اهمیت نسبی عوامل محیطی، کودک و والد امکان‌پذیر نیست. علاوه بر آن، این مدل فرایندی را که ممکن است از مداخله‌های درمانی متأثر شود، روشن نمی‌کند.

به نارسایی توجه/بیش فعالی دارند، ارایه می‌دهد. این نظریه در مقایسه با سایر مدل‌های فشار روانی والدینی، شفافیت مفهومی بیشتری دارد. هدف این نظریه، آسان‌سازی فرآیند سازگاری مراجع است. این نظریه به صورت موفقیت آمیزی، در مددکاری اجتماعی با مراجعانی که در شرایط مشابه تنش‌زایی قرار داشتند (برای مثال، در خانواده‌هایی که افراد بالغ آنها دچار بیماری‌های روانی بودند)، به کار رفته است (هاتفیلد و لفتلی^{۱۱}، ۱۹۸۷).

نظریه‌ی لازاروس و فولکمن (۱۹۹۰)، مدلی شناختی از فرآیند انطباق با فشار روانی است. مؤلفه‌های اساسی این مدل عبارت‌اند از: تنش روان‌شناختی، ارزیابی فشار روانی، انطباق و پیامدهای سازگاری آن (پیامدهای اخلاقی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمانی). تنش روان‌شناختی، زمانی رخ می‌دهد که فرد روابط خود را با محیط تحت عناوینی چون طاقت‌فرسا، خارج از توان، مخل سلامتی فردی ارزیابی کند (لازاروس و فولکمن). محرک‌های تنش‌زای بالقوه برای این والدین می‌تواند ناشی از موارد زیر باشد:

مشکلات نوجوان در حفظ توجه پایدار (برای مثال، دشواری حضور در کلاس و پیروی از دستورها، گم کردن یا فراموشی تکلیف‌های خانه و دشواری در تداوم توجه برای کار مدرسه)

اثرهای اجتماعی رفتارهای ناشی از این اختلال (برای مثال، مورد تمسخر قرار گرفتن توسط سایر کودکان یا مشکلاتی در برقراری ارتباط با دوستان)

پیامدهای رفتار والدین نشان نمی‌دهند. تشخیص این که میان رفتارهای کودک و فرزندپروری، علت و معلول کدام است، دشوار است. این مدل‌ها در زمینه پیامدهای رفتاری هم در کودک و هم در والد شفافیت مفهومی ندارد. برای مثال افسردگی والدین، هم یک محرک تنش‌زا و هم یک عامل واسط و هم



پیامدی از شیوه‌ی انطباق والدینی است. تمرکز بر پیامد رفتار کودک، تأیید ضمنی این فرضیه است که مداخله انجام شده در مورد والدین، با در نظر گرفتن تأثیری که بر پیامد رفتار کودک دارد، از ارزش زیادی برخوردار است. در هر حال، فشار روانی این والدین قابل توجه است. رهایی از چنین فشار روانی حتی اگر تأثیر قابل توجه و سریعی بر رفتار نوجوان نداشته باشد نیز، ضروری است.

فشار روانی، ارزیابی، نظریه انطباق درباره‌ی فشار روانی، نظریه‌ی لازاروس و فولکمن^{۱۱} (۱۹۸۴)

ارزیابی و انطباق، چارچوب مؤثری را در تنظیم و هدایت کار با والدینی که نوجوان مبتلا

تلاش‌های انطباقی خود را بر مشکلات مدرسه متمرکز می‌کنند؛ والدینی که به کنترل رفتارهای نوجوان خود معتقدند، تلاش‌های انطباقی خود را بر تغییر رفتارهای فرزند معطوف می‌کنند. ارزیابی ویژگی‌های مربوط به موقعیت، سبب می‌شود رفتارهای نوجوان که طبیعی به نظر می‌رسد، کمتر تنش‌زا پنداشته شود. بنابراین، از دیدگاه نظری، درک والدین از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و رشد نوجوان، بر ارزیابی آنها از موقعیت اثر می‌گذارد و در نهایت، تجربه‌های همزمان والدین از محرک‌های تنش‌زای دیگر مانند جابه‌جایی خانه، سرپرستی خانواده یا محرک‌های تنش‌زای ناشی از شغل، سبب می‌شود ارزیابی آنها از رفتارهای نوجوان تحت تأثیر قرار گیرد. برای مثال، محرک‌های تنش‌زای طولانی، مرتبط با این اختلال در زمینه محرک تنش‌زای جدید مانند تنش شغلی می‌تواند دوباره مورد ارزیابی قرار گیرد تا روشن شود که آیا تنش‌زایی آنها افزایش یا کاهش یافته است.

انطباق عبارت است از مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری در حال تغییر تا تقاضاهای درونی و بیرونی مشخص فرد - که تحت عناوینی چون طاقت‌فرسا و فراتر از توان شخصی بودن ارزیابی می‌شوند (لازاروس، ۱۹۸۴؛ ص ۱۴۱) - کنترل شوند. انطباق، اقدام‌ها و تلاش‌هایی است که والدین برای کنترل محرک‌های تنش‌زا، انجام می‌دهند که از طریق منابع، امکانات و محدودیت‌هایی که در استفاده از این امکانات دارند، تعیین می‌شود. تلاش‌های انطباقی، بر اساس یک فرایند دایمی ارزیابی مجدد موقعیت تنش‌زا، تغییر و اصلاح می‌شود.

تکانشگری و نظریه‌های مرتبط با امنیت شخصی نوجوان (برای مثال، جراحات‌های جسمانی یا استفاده‌ی مخاطره‌آمیز از وسایل نقلیه)

واکنش افراد بیرون از خانواده (برای مثال، شکایت‌های مکرر در مدرسه)

این محرک‌های تنش‌زا در زمینه سایر محرک‌های تنش‌زای زندگی والدین وجود دارد که شامل محرک‌های تنش‌زای طبیعی در روابط والد-نوجوان، مانند تکلیف‌های رشدی ناشی از خودمختاری و فردیت‌یافتگی است.

ارزیابی شناختی مشخص می‌کند که آیا روابط شخص در محیط تنش‌زا است یا نه؟ این به معنای آن است که رفتار نوجوان مبتلا، ممکن است تنش‌زا باشد یا نباشد (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۴)؛ به عبارت دیگر به چگونگی ارزیابی والدین از رفتار نوجوان بستگی دارد. یک والد ممکن است رفتار تکانشگری نوجوان خود را تنش‌زا پندارد، در حالی که والد دیگر ممکن است تلفن‌های مدیر مدرسه یا تعارض نوجوان با همشیران خود را تنش‌زا تر بداند.

از دیدگاه نظری، ارزیابی شناختی تحت تأثیر برخی ویژگی‌هاست از جمله: - ویژگی‌هایی مانند: تعهدات، ارزش‌ها و باورها؛ ویژگی‌های موقعیتی مانند: تازگی موقعیت، قابلیت پیش‌بینی و عدم قطعیت واقعه، نزدیک بودن زمان واقعه، مدت زمان، عدم قطعیت موقتی محرک تنش‌زا؛ و زمان وقوع وقایع تنش‌زا در چرخه‌ی زندگی در ارتباط با سایر وقایع (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). برای مثال، والدینی که برای تحصیلات فرزندانشان خود، ارزش زیادی قایل هستند، مشکلات مدرسه را تنش‌زا می‌دانند و از این‌رو،

باشند، دور کند (الکساندر- رابرتز^{۲۱}، ۱۹۹۵).

خودکارآمدی^{۲۲} عبارت است از ادراک فرد از توانایی انجام یک رفتار یا وظیفه‌ای مشخص (باندورا^{۲۳}، ۱۹۸۶) مدیریت بر تعارض‌های شدید در خانواده، هنگامی خودکارآمد است که احتمال به‌کارگیری، تداوم و استفاده از راهبردهای حل مسئله در کنترل و هدایت آنها، وجود داشته باشد (دوهرتی^{۲۴}، b، ۱۹۸۱). از این‌رو، خودکارآمدی یک عامل تعیین‌کننده‌ی نظری است که نشان می‌دهد روش انطباق والدین همچنان‌مدار است یا مسئله‌مدار. برای مثال، احساس شایستگی در والدین، به‌عنوان یک طرف‌گفت و‌گو می‌تواند خواست و توانایی آنها را تحت تأثیر قرار دهد تا در نظام مدرسه از فرزند خود حمایت کنند و چنانچه، احساس شایستگی والدین در سطح پایینی باشد، ممکن است باعث شود خود را نیازمند کمک دیگران بدانند.

نظریه اسناد^{۲۵} به این موضوع می‌پردازد که افراد چگونه، اطلاعات را به کار می‌گیرند تا به دریافت‌های و استنباط‌های علی دست یابند. اسناد بر توانایی حل مسئله تأثیر می‌گذارد و در تعارض‌های خانواده نقش دارد. در تعارض، فرد علت را به خود، دیگری یا محیط بیرونی نسبت می‌دهد. اسناد منفی به سرزنش منجر می‌شود (دوهرتی، ۱۹۸۱، a). چنین اسناد مغرضانه‌ای، یکی از ابعاد اصلی تعارض والد-نوجوان در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (روبین^{۲۶}، ۱۹۹۰). از دیدگاه نظری، چنانچه والدین رفتار نوجوان را عمدی، مخالفت یا آزارنده ببینارند، توانایی انطباق سازگارانه خود را کاهش می‌دهند.

سازگاری، نتیجه تلاش‌های انطباقی است

تلاش‌های انطباقی متمرکز بر مشکل، شامل چنین مواردی است: مطالعاتی درباره‌ی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، رشد نوجوان و روابط والد-نوجوان؛ محدود کردن فعالیت نوجوان؛ بحث با نوجوان؛ و اقدام‌هایی برای تغییر انتظاراتها در مدرسه. فعالیت انطباقی متمرکز بر هیجان نیز شامل این موارد می‌شود: دورنگه داشتن از موقعیت‌های تنش‌زا، تخلیه‌ی ناکامی‌ها، ارزیابی مجدد یک موقعیت به‌طوری که کمتر تنش‌زا پنداشته شود (برای مثال: ارزیابی شناختی مانند «می‌توانست از این هم بدتر باشد» یا «فرزند من این کار را عمدی انجام نداد».

بر اساس نظریه‌ی نقشار (والی،
ارزیابی و انطباق)، رفتار نوجوان
مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی
یک محرک تنش‌زا است که در متن سایر
محرک‌های تنش‌زا در (لدگی و والدین قرار دارد

از دیدگاه نظری و تجربی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و اسناد با ارزیابی مرتبط است. حمایت اجتماعی می‌تواند بر فرآیند انطباق اثرهای منفی یا مثبت بر جای‌گذارد و والدین اغلب انزوا و دوری‌گزینی از دوستان را ناشی از رفتار مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی فرزند خود می‌دانند. ممکن است آنها احساس کنند که به علت رفتار کودکانشان، از طرف خانواده‌ی گسترده مورد سرزنش قرار می‌گیرند. استنباط‌های متعارض از این اختلال و درمان آن ممکن است والدین را هرچه بیشتر از خانواده‌هایی که می‌توانند منبع حمایتی آنها

در مقایسه با مدل‌های فشار روانی فرزندپروری، نظریه‌ی لازاروس و فولکمن، شفافیت مفهومی بیشتری دارد. این نظریه، یک فرآیند را به خوبی روشن می‌کند و احتمال تداخل محرک‌های تنش‌زا را با پیامدها، به حداقل ممکن کاهش می‌دهد. سازه‌های نظری مرتبط - که شامل حمایت‌های اجتماعی، خودکارآمدی و نظریه اسناد است - را می‌توان در کار مداخله‌کار اجتماعی نیز مورد استفاده قرار داد.

فشار روانی والدین، ارزیابی انطباق و سازگاری: شواهد پژوهشی

پژوهش در زمینه فشار روانی و فرزندپروری نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی، محدودیت‌های روش‌شناسی متعددی دارد. تسلط بر طرح‌های پژوهشی مقطعی، همبستگی و کنترل موردی، توانایی استنباط‌های علی را محدود می‌کند. در زمینه مطالعات درازمدت بر روی فرزندان، والدین و یا بررسی آثار تغییرهای رفتار کودک بر فشار روانی والدین، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. بیشتر این پژوهش‌ها، درباره‌ی والدینی انجام شده که کودکان کم‌سن و سال‌تری داشته‌اند. بنابراین، یافته‌های حاصل از این تحقیقات ممکن است برای والدین دارای فرزندان نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کاربرد نداشته باشد. پژوهش در این زمینه، بیشتر بر روابط مادر-فرزند متمرکز است. از آنجا که تجارب پدران با مادران متفاوت است، کاربرد این یافته‌های پژوهشی برای کار با پدران، از محدودیت‌هایی برخوردار است. در نهایت، اغلب این پژوهش‌ها، برای اندازه‌گیری

و چند وجه دارد که جنبه‌های اخلاقی، رفاه عمومی، سلامت و عملکرد اجتماعی را در برمی‌گیرد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). پیامدهای بالقوه منفی سازگاری، شامل خلق افسرده یا مضطرب والدین، بیماری‌های جسمانی و نارسایی در عملکرد اجتماعی است. این پیامدها، ایستا و ثابت نیستند. در این مدل از فرآیند ارزیابی و ارزیابی مجدد، پیامدهای ارزیابی‌های بعدی از روابط تنش‌زای شخص - محیط و تلاش‌های انطباقی تأثیر می‌گیرد. فرآیند دائمی ذاتی در نظریه‌ی لازاروس و فولکمن وجود دارد که در عمل بسیار کارآمد است. این فرایند، فشار روانی فرزندپروری والدین دارای نوجوان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را بررسی می‌کند و نشان می‌دهد که عملکرد اجتماعی نقش والد بر رفتار نوجوان اثر می‌گذارد که آن نیز به نوبه‌ی خود، ارزیابی می‌شود و پیامد بعدی آن را متأثر می‌سازد.

به‌طور خلاصه، براساس نظریه فشار روانی، ارزیابی و انطباق، رفتار نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی یک محرک تنش‌زا است که در متن سایر محرک‌های تنش‌زا در زندگی والدین قرار دارد. این که چنین نوجوان‌هایی برای والدین خود، تنش‌زا هستند یا خیر، به ارزیابی شناختی بستگی دارد که خود نیز متأثر از ویژگی‌های والدین و رفتارهای نوجوان است. والدینی که رفتار نوجوان خود را تنش‌زا بیندارند، درگیر تلاش‌های انطباقی می‌شوند. پیامد انطباق، سازگاری است که عملکرد نقش والدین را شامل می‌شود. عملکرد نقش والدین نیز به نوبه‌ی خود بر رفتار نوجوان اثر می‌گذارد.

تکلیف‌ها، تعارض والد-کودک بیشتر می‌شود، پیروی کودک و پاسخدهی مادر کاهش می‌یابد و مادران منفی‌تر می‌شوند و تیبیهی عمل می‌کنند (بارکلی، ۱۹۹۰). هنگامی که رفتار کودک با محرک‌های دارویی تعدیل می‌شود، پاسخ‌های مادری نیز به وضعیت عادی بازمی‌گردد (بارکلی، ۱۹۸۹). در یک آزمایش بررسی اثر محرک دارویی بر کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی مشاهده شد که پاسخ به دارو، عاطفه مادری را افزایش، انتقاد مادری را کاهش و دفعات تماس را افزایش می‌داد (شاجر، تیلر، ویسلبرگ، تورلی و راتر^{۲۸}، ۱۹۸۷). بنابراین کافی است که تنها بر تغییر انطباق والدین تمرکز داشت.

بررسی تعامل‌های والد-نوجوان در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، الگوی مشابهی از تعامل‌های والد-کودک را نشان می‌دهد (بارکلی، فیشر، ادلبروک، اسمالیش^{۲۹}، ۱۹۹۰). این نوجوانان که با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^{۳۰}، همبودی داشتند، در مقایسه با کنترل‌های طبیعی، با احتمال بیشتری از دستورها پیروی می‌کردند و آرام می‌شدند و در حین مباحث تعارضی، با مادر کمتر به گفت‌وگو می‌پرداختند. در مقابل، مادران نیز بیشتر دستور می‌دادند، کمتر صحبت می‌کردند و بیشتر حالت دفاعی داشتند. در عین حال در شرایطی که نوجوان، به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا بود ولی نارسایی توجه/بیش‌فعالی نداشت، تعامل‌ها با کنترل‌های طبیعی تفاوت چندانی نمی‌کرد؛ یعنی وجود اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، باعث افزایش تعارض والد-نوجوان می‌شد.

فشار روانی فرزندپروری، از نمره خلاصه کلی شاخص فشار روانی فرزندپروری^{۳۱} استفاده می‌کنند (عابدین، ۱۹۸۶). این بدان معنی است که ارتباط میان محرک‌های تنش‌زا، ارزیابی و پیامد، تفکیک‌پذیر نیستند، زیرا در نمره خلاصه یا با یکدیگر مخلوط و ترکیب شده‌اند.

تجربه‌های والدین و فشارهای روانی

ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که شدت اختلال‌های رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش‌زا محسوب می‌شوند. فشار روانی والدینی که فرزند آنان به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا است، بیش از سایر والدین است و این فشار روانی همواره با آشفتگی‌های رفتاری و شدت نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارتباط دارد (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۲؛ برین و بارکلی، ۱۹۸۸؛ مش و جانسون، ۱۹۸۳). ادراک مادران از رفتارهای مشکل‌دار با درجه‌بندی سایر مشاهده‌کنندگان متناسب است. این موضوع نشان می‌دهد که ادراک نادرست مادران از شدت رفتار، سبب تفاوت در فشار روانی والدین نمی‌شود (مش و جانسون، ۱۹۹۰). بنابراین صرف نظر از سطح فشار روانی، همواره مادران منبع اطلاعاتی مناسبی از رفتار فرزندان و تنش‌های خود محسوب می‌شوند.

بررسی تعامل‌های کودکانی که به نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا هستند، نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک، محرک تنش‌زایی است که بر رفتار والد و تعامل میان والد و کودک تأثیر دارد. هنگام بررسی تعامل‌های این کودکان با والدین مشاهده شد که در موقعیت‌های انجام

تلاش‌های والدین برای کنترل رفتار فرزند به شکست بینجامد، به حالت «درماندگی آموخته شده فرزندپروری»^{۳۱} می‌رسند (بارکلی، ۱۹۹۰). برخی از والدین نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی - که در مراکز بهداشت روانی حضور می‌یابند - به نوعی خود را در انجام وظایف والدینی کاملاً شکست خورده احساس می‌کنند (مک کلیری و ریڈلی^{۳۲}، ۱۹۹۹).

هشدار: روالی والدینی که هرگز

آنان به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

مبتلا است بیش از سایر والدین است و این

هشدار روالی همواره با آشفتگی‌های رفتاری و

شدت نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارتباط دارد.

شواهد تجربی در زمینه خودکارآمدی والدینی و تلاش‌های انطباقی بسیار اندک است. دو بررسی نشان داده است که در مقایسه با کنترل‌ها، والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی، احساس شایستگی کمتر، ادراک کافی نبودن مهارت و دانش فرزندپروری و آسایش کمتری را تجربه می‌کنند (برین و بارکلی، ۱۹۸۸؛ مش و جانسون، ۱۹۸۳). از این رو، باید انتظار داشت که احساس خودکارآمدی فرزندپروری آنان کاهش یابد. بدیهی است که با کاهش احساس خودکارآمدی فرزندپروری و شکست‌های متوالی، حتی در صورت ارایه کمک‌های حرفه‌ای به والدین، آنها به احتمال کمتری درخواست کمک می‌کنند.

اسناد

تنها یک بررسی درباره والدینی از

تأثیر ویژگی‌های محرک‌های تنش‌زا، صرف نظر از رفتار کودک بر فشار روانی والدین و انطباق، به خوبی مورد بررسی قرار نگرفته است. سال‌های نخستین عمر کودک معمولاً با افسردگی و خودسرزنی بیشتر مادر همراه است (مش و جانسون، ۱۹۸۳). حتی اگر آزمایشی نیز انجام گرفته باشد، هیچ ارتباطی را بین جنسیت کودک و تنش والدین نشان نداده است (برین، بارکلی، ۱۹۸۸). شواهدی که نشان می‌دهد همبودی، تعارض والد-نوجوان را افزایش داده است (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۰) حاکی از آن است که اگر منابع تنش بیشتری وجود داشته باشد ممکن است تأثیرهای بیشتری بر جای گذارد.

ویژگی‌های والدین و ارزیابی فشار روانی

در زمینه‌ی ارتباط نظری میان فشار روانی فرزندپروری نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی و هم‌چنین ویژگی‌های والدین، مانند ارتباط خویشاوندی، نگرش‌ها و باورهای مربوط به رشد نوجوان، پژوهش‌های تجربی اندکی انجام گرفته است. مش و جانسون (۱۹۸۳) دریافتند که ارزیابی پدران از رفتار کودکان خود، در مقایسه با ارزیابی مادران، شدت کمتری دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که احتمالاً، پدران اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را متفاوت از مادران تجربه می‌کنند. هم‌چنین این یافته‌ها لزوم در نظر گرفتن تجربه‌ها و نیازهای هر یک از والدین را - که احتمالاً با یکدیگر متفاوت‌اند - مورد تأکید قرار می‌دهد.

خودکارآمدی

مشاهده‌های بالینی نشان می‌دهد، چنانچه

منابع شخصی برای انطباق به شمار می‌روند (لازاروس و فولکن، ۱۹۸۴). به منظور به کارگیری انطباق مشکل‌مدار (مثلاً برای گفت‌وگو درباره ساعات رفت و آمد به خانه یا انجام تکلیف‌ها یا حل تعارض والد-نوجوان)، داشتن مهارت‌های مناسب ضروری است. درباره اثرهای آموزش بر روی والدین، پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که بین مهارت‌های فرزندپروری، فشار روانی و انطباق والدین، ارتباط وجود دارد. آموزش خانواده‌ها در زمینه‌های حل مسأله و ارتباطات، به نحو مؤثری تعارض والد-نوجوان و مشکلات خانوادگی را در گروه‌های گوناگون مراجعه‌کنندگان کاهش داده است (روبین، ۱۹۹۰). هم‌چنین، آموزش خانواده و خانواده درمانی در مورد نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند مؤثر واقع شود (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۲؛ مک‌کلیری و ریدلی، ۱۹۹۹). به نظر می‌آید آموزش مهارت‌ها، مکمل مهمی برای ارزیابی اطلاعات است. با این حال، هنوز نمی‌دانیم چه شکلی از ارزیابی اطلاعات یا آموزش مهارت‌های فرزندپروری، می‌تواند بیشترین سودمندی را در پی داشته باشد؛ هم‌چنین نمی‌توان پیش‌بینی کرد کدام گروه از والدین بیشتر بهره‌مند می‌شوند.

نکته‌های کاربردی

فشار روانی، ارزیابی، نظریه‌ی انطباق و یافته‌های پژوهشی که در این مقاله به‌طور مختصر به آنها اشاره شد، مفاهیم ضمنی را درباره ارزیابی و ارزیابی درمان‌های روان-اجتماعی در اختیار ما قرار می‌دهد. اول از همه، انتظار می‌رود والدین

رفتارهای ناشی از نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شده است. مادران نوجوانانی که به اختلال سلوک دچارند، نسبت به مادران گروه کنترل به احتمال بیشتر، رفتارهای مشکل‌دار نوجوانشان را عمدی می‌پندارند. اسناد عمدی بودن با شدت رفتار مشکل‌دار همبسته است (بادن و هاو^۳، ۱۹۹۲). ارزیابی‌های محدودی که در مورد خانواده درمانی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی (شامل ارزیابی اطلاعات) انجام گرفته است، اثرات مثبت آنها را بر تعارض والد-کودک، رفتار و سازگاری کودک، عملکرد خانواده و خلق والدین نشان می‌دهد (بارکلی، ۱۹۹۰؛ بارکلی و همکاران، ۱۹۹۲).

حمایت اجتماعی

پژوهش طولی بارکلی و همکاران (۱۹۹۰) نشان داد که جدایی و طلاق در میان والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بالاتر است که نشان‌دهنده از دست رفتن منابع حمایتی مهم برای چنین والدینی است. مادران این کودکان، نسبت به مادرانی که فرزندان آنها کنترل طبیعی تری دارند، احساس انزوای اجتماعی بیشتری را گزارش می‌کنند و این انزوای اجتماعی با شدت فزون جنبشی آنان همبستگی مثبتی دارد (برین و بارکلی، ۱۹۸۸؛ مش و جانسون، ۱۹۸۳). مداخله‌هایی که با هدف افزایش حمایت اجتماعی انجام شود، می‌تواند برخی از این انزواها را برطرف نماید.

مهارت‌های انطباقی

مهارت‌های اجتماعی و حل مسأله، از جمله

برخی از بیماران، تجویز دارو چندان اثربخش نیست و ممکن است گزینه‌ی درمانی دیگری مورد استفاده قرار گیرد. در چنین حالت‌هایی که ممکن است فشار روانی افزایش یابد، ارایه‌ی درمان‌های روانی- اجتماعی اهمیت بیشتری می‌یابد. لازم است والدین و نوجوانان درباره‌ی خطرهای مثبت بالقوه دارودرمانی مطلع شوند و دامنه‌ی متنوعی از درمان‌های روان- اجتماعی مانند، آموزش مهارت‌های اجتماعی نوجوان یا آموزش مهارت‌های فرزندپروری در اختیار آنان قرار داده شود. تمرکز محدود به مدیریت نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، به احتمال زیاد ناکافی و ناکارآمد خواهد بود.

آموزش والدین در این گروه از مراجعه‌کنندگان، سبب می‌شود تا توانایی والدین برای تصمیم‌گیری درمانی و دریافت آن بهبود یابد. منافع بالقوه این روش‌ها، بهبود اعتماد به نفس، اصلاح کژفهمی‌ها درباره‌ی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، تغییر اسنادهای منفی درباره‌ی رفتارهای نوجوان و کمک به والدین در ایجاد قالب‌های جدیدی که تجارب خود را در آن مدیریت‌پذیر کنند. این آموزش‌ها ممکن است به طور مستقیم زیر نظر مددکاران اجتماعی انجام شود. علاوه بر ارایه‌ی اطلاعات، آموزش حل‌مسأله و ارتباطات، برای تغییر یا بهبود مهارت‌های انطباقی ضروری به نظر می‌رسد. آموزش مسایل تربیتی و مهارت‌ها باید به صورت مؤثری، در اختیار گروه‌هایی از والدین قرار گیرد. والدین می‌توانند اطلاعات مربوط به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، رشد نوجوان و تعارض والد-نوجوان را

به صورت منحصر به فردی، به دنبال آن باشند که از محرک‌های تنش‌زای مشابه، به شکل عینی ارزیابی مناسبی داشته باشند. ارزیابی دقیق فشارهای روانی ادراک شده‌ی والدین و ارزیابی افتراقی محرک‌های تنش‌زا، در برنامه‌ریزی و ارزیابی کار با والدین، اهمیت زیادی دارد. خودکارآمدی پایین، مورد انتظار است و باید مراقب بود تا احساس خود سرزنشی یا شکست والدین تقویت نشود.

شرکت در آموزش‌ها یا گروه‌های حمایتی

می‌تواند والدین نوجوان مبتلا به

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را

برای بهبود خودکارآمدی، یاری نماید

این یافته که «شدت اختلال‌های رفتاری، عامل مهمی در فشار روانی فرزندپروری است» به ما می‌آموزد که برای کاهش فشار روانی والدین، باید رفتارهای مشکل‌دار را کاهش داد. تجویز دارو نیز مانند محرک‌های درمانی، می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و فشار روانی والدین داشته باشد.

برای برقراری توازن میان تأثیرهای مثبت محرک‌ها بر روی تمرکز و توجه در مقابل آثار جانبی مانند ایجاد اختلال در خواب، غالباً مصرف محرک‌ها در ساعات حضور در مدرسه تجویز نمی‌شود. بنابراین رفتارهای ناشی از اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، اغلب در خانه، در طی ساعات بعد از ظهر یا تعطیلات آخر هفته بدتر می‌شود و ممکن است تأثیر درمان بر فشار روانی فرزندپروری را کاهش دهد. در مورد

حمایت‌های لازم را در اختیار می‌گذارد و جلسه‌هایی در زمینه اطلاع‌رسانی، برای اعضای خود و عموم مردم برگزار می‌کند.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه، ادبیات نشان می‌دهد که چند نوع از مداخله‌های درمانی می‌تواند برای والدین مؤثر واقع شود که شامل ارزیابی همه‌جانبه از منابع فشار روانی، ارزیابی اطلاعات درباره‌ی رشد نوجوان، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تنوع درمان‌های آن، آموزش خانواده گسترده و آموزش مهارت‌های فرزندپروری است. در ادبیات روان‌شناسی، اطلاعات محدودی درباره فرزندپروری و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد. مددکاران اجتماعی از جمله افرادی هستند که درمان‌های روانی-اجتماعی را در اختیار والدین نوجوانان مبتلا به این اختلال قرار می‌دهند.

با این حال، در ادبیات مددکاری اجتماعی و ادبیات چند رشته‌ای دیده نمی‌شود. علاوه بر آن، اثربخشی این مداخله‌ها نیز در اکثر موارد، آزمایش نشده است.

افرادی که با نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدین آنها سر و کار دارند، با چالشی روبه‌رو هستند که ارزیابی مداخله‌ها و انتشار نتایج آنهاست. پرسش‌های اساسی پیش‌رو این هاست: کدام مؤلفه از میان مداخله‌های روانی-اجتماعی، اساسی است، نتایج آنها چیست و احتمالاً چه کسی بیشترین استفاده را از آن می‌برد؟

از طرق مختلفی مانند فیلم‌های ویدئویی، جزوه‌ها، کتاب‌های نوشته شده برای والدین مانند کتاب الکساندر-رابرتز^{۳۳} (۱۹۹۵) یا کتاب وندر^{۳۵} (۱۹۸۷) و انواع وبسایت‌ها دریافت کنند.

نظریه خودکارآمدی نشان می‌دهد مداخله‌هایی که برای بهبود دانش و مهارت‌های انطباقی به کار گرفته می‌شوند، کافی نیستند. آنچه اهمیت دارد، تنها این نیست که به والدین کمک کنیم تا مهارت‌های انطباقی و شایستگی خود را بهبود بخشند (مثلاً از طریق آموزش مهارت‌های حل تعارض) بلکه حمایت از آنان است تا خود را شایسته و توانمند ببینند. شرکت در آموزش‌ها یا گروه‌های حمایتی می‌تواند والدین نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی را برای بهبود خودکارآموزی، یاری نماید. با در نظر گرفتن اثرهای منزوی‌کننده‌ی مشکلات ناشی از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ضروری است تا شبکه‌ی حمایتی اجتماعی مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و به عنوان کانون بالقوه مداخله‌ها در نظر گرفته شود. برای مثال، ارزیابی خدمات به خانواده گسترده سبب می‌شود تعارض با آن در مورد رفتار نوجوان و درمان این اختلال کاهش یابد. بنابراین، این کار، منبع جدیدی در کاهش فشار روانی والدین به شمار می‌رود. این مورد به والدین کمک می‌کند تا به یک منبع حمایتی یعنی خانواده گسترده، دسترسی پیدا کنند. اغلب والدین حمایت والدین دیگر را مفید می‌دانند. سازمان کودکان (و بزرگسالان) دارای اختلال نارسایی توجه،

زیر نویس ها:

- | | |
|---|--|
| 1. Lynn McCleary | 18. Webster & Stratton |
| 2. parenting style | 19. Lazarus & Folkman |
| 3. stress | 20. Hatfield & Leftly |
| 4. coping theory | 21. Alexander0Robets |
| 5. Kazdin , Siegel , Bass | 22. self-efficacy |
| 6. Anastopoulos, Guevremont, Shelton, Dupaul | 23. Bandura |
| 7. Biederman et al | 24. Doherty |
| 8. Breen, Barkley | 25. attribution theory |
| 9. Faigel, Sznajderman, Tishby, Turel, Pinus | 26. Robin |
| 10. disruptive behavior disorders | 27. Parenting Stress Index |
| 11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | 28. Schachar, Taylor, Wieselberg, Torley, Rutter |
| 12. American Psychiatric Association | 29. Fischer, Edelbrock, Smalish |
| 13. hyperactivity | 30. Oppositional defiant disorder |
| 14. impulsivity | 31. parenting learned helplessness |
| 15. Hechtman | 32. Ridley |
| 16. Abidin & Bruke | 33. Howe & Baden |
| 17. Mash & Jhonston | 34. Alexander-Roberts |
| | 35. Wender |

منبع:

McCleary, Lynn. (2002). "Parenting adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Analysis of the literature for Social Work Practice". Health & Social Work / Volume27, Number4.