

شناخت ویژگی‌های کودکان مبتلا به اوتیسم و بیش‌فعالی و سلامت عمومی مادران این کودکان

فاطمه السادات شاه‌نژاد
کارشناس ارشد روانشناسی

شابک: 964-170-001-979

سرشناسه	: شاه‌مرادی، فاطمه‌السادات، ۱۳۶۵ -
عنوان و نام پدیدآور	: شناخت ویژگی‌های کودکان مبتلا به اوتیسم و بیش‌فعالی و سلامت عمومی مادران این کودکان / فاطمه‌السادات شاه‌مرادی.
مشخصات نشر	: تهران : کتاب دانشجو، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	: ۹۶ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۵۰۶۱-۴۷-۵
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: کم‌توجهی در کودکان پرتحرک
موضوع	: Attention-deficit hyperactivity disorder
رده‌بندی کد ره	: ۱۳۹۶ ۱۷ش ۶/۷۷۷/۰۶ RJ۵۰۶
رده‌بندی دی‌ی	: ۶۱۸/۹۲۸۵۸۹
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۰۶۷۳۰

محرر: نشر دانشجو

تهران، خیابان انقلاب، نبش خیابان فخر از، پلاک ۱۳۵۲، تلفن: ۶۶۴۹۳۱۶۵

عنوان کتاب: شناخت ویژگی‌های کودکان مبتلا به اوتیسم و بیش‌فعالی و سلامت

عمومی مادران این کودکان

نویسنده: فاطمه سادات شاه‌مرادی

صفحه‌آرایی: زهرا حسن‌پور

لیتوگرافی: طاووس رایانه

چاپ و صحافی: مبتکران

نوبت چاپ: اول، ۱۳۹۶

تیراژ: ۵۰۰ جلد

قیمت: ۸۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۰۶۱-۴۷-۵

حق چاپ برای مؤلف محفوظ است.

فهرست مطالب

۱۱.....	چکیده
۱۳.....	مقدمه
۱۹.....	فصل اول: اختلال کمبود توجه / بیش فعالی، تکانشگری (ADHD):
۲۷.....	تاریخچه اوتیسم
۲۷.....	اوتیسم:
۲۹.....	فصل دوم: تفاوت بیش فعالی با اوتیسم
۳۰.....	پاسخ به محرک‌ها
۳۲.....	نوروپتیدها
۳۲.....	اکسی توسین و وازوپرسین
۳۴.....	اپوئیدها
۳۵.....	کورتیزول/ACTH
۳۵.....	ملاتونین
۳۶.....	سکرتین

فصل سوم: اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی	۳۷
اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه	۴۲
عوامل روانی - اجتماعی	۴۴
تشخیص	۴۴
ویژگی‌های بالینی	۴۶
آسیب شناس و بررسی آزمایشگاهی	۴۸
تشخیص افتراقی	۴۹
سیر و پیش‌آهنگ	۵۰
تاریخچه ADHD	۵۱
آسیب شناسی	۵۲
مشکلات ناشی از بیش‌فعالی	۵۴
تیزهوشی و بیش‌فعالی	۵۵
آموزش والدین	۵۶
کنترل کودک بر اساس رویکرد رفتاری	۵۹
سلامت	۶۰
سلامت جسمانی:	۶۲
اضطراب:	۶۲
اختلال خواب:	۶۳
رشد اجتماعی و کارکرد اجتماعی:	۶۴
افسردگی:	۶۴
تحقیقات انجام شده در جهان	۶۵

- تحقیقات انجام شده در ایران: ۷۰
- انواع اختلالات نافذ رشد چیست؟ ۷۳
- اختلال اوتیستیک: ۷۳
- اختلال آسپرگر: ۷۳
- اختلال رت ۷۳
- اختلال نافذ رشد غیر اختصاصی ۷۴
- علام ۷۴
- طبقه‌بندی اسنایدن ۷۵
- علائم مثبت منفی ۷۶
- علل ۷۶
- ژنتیک ۷۷
- محیط زیست ۷۷
- سوء مصرف مواد مخدر ۷۸
- عوامل رشد و پیشرفت ۷۸
- مکانیسم‌ها ۷۹
- روانی ۷۹
- عصب شناسی ۸۰
- علت اوتیسم چیست؟ ۸۱
- اوتیسم یک بیماری روانی نیست ۸۳
- علائم اوتیسم چیست؟ ۸۳
- باورهای غلط درباره اوتیسم: ۸۴

- ۸۵..... باورهای دیگر:
- ۸۵..... تشخیص اوتیسم
- ۸۶..... تشخیص زودهنگام:
- ۸۶..... روش‌های تشخیص:
- ۸۹..... سخنی با والدین گرامی
- ۸۹..... اختلال بینایی
- ۸۹..... اختلال شنوایی
- ۹۰..... روش‌های آموزش در این اختلال:
- ۹۰..... صرع
- ۹۰..... کودکان بیش‌فعال، بیش‌حرکت
- ۹۰..... فلج مغزی
- ۹۱..... خلاصه
- ۹۲..... پیشنهادات پژوهشی
- ۹۵..... منابع

مقدمه

خانه‌ای که مکانی است که کودک با همه تجارب خویش به آن باز می‌گردد، برآلام و دردهایش مرهم می‌نهد و در آن، از افتخارات و موفقیت‌هایش سخن به میان می‌آید (نوابی نژاد، ۱۳۷۳).

خانواده، شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرآیندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس‌شگرفی بر یکدیگر داشته باشند. با تأمل در بنیات روابط والدین و بخصوص روابط مادر و کودک و موشکافی در آن می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک پی برد. در دهه‌های اخیر روانشناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبینش داشته‌اند. آنها واکنشهای متقابل را، اساس رشد عاطفی و شناختی کودک ذکر کرده‌اند (بالی، ۱۹۶۹؛ فروید^۱، ۱۹۶۴؛ واتسون^۲، ۱۹۲۸). بهرنز (۱۹۵۴)، برای توضیح این شخصیتی متعادل در اطفال بر کیفیت رفتار مادر و ویژگیهای شخصیتی وی و نیز چگونگی ایفای نقش مادرانه تأکید دارد. او پیشنهاد می‌کند که رفتار اجتماعی و رشد شخصیت کودک، به طرز رفتار مادر و ساختمان منش او بستگی دارد. (ایمان زاده، ۱۳۷۷).

خانواد نخستین نهادی است که کودک بعنوان یک موجود اجتماعی با آن ارتباط برقرار می‌کند. بر اساس دیدگاه‌های رشدی، کودک، خانواده را بعنوان یک محیط فیزیکی - اجتماعی و روانی، مدتها قبل از تولد خود شکل می‌دهد و متقابلاً توسط آن

شکل می‌پذیرد و یک تعامل متقابل بین آنها بوجود می‌آید، از این رو خانواده اصلی ترین و بنیادی ترین نقش را در فرآیند رشد کودک دارد (چلبیانلو، ۱۳۸۴).

مادر نزدیک ترین فرد به نوزاد از اوان تولد است. این تکیه گاه پر قدرت که مهم ترین منبع تامین کننده نیازهای جسمی و روانی کودک می‌باشد، قادر است با دریای بیکران محبت‌های خود زمینه ساز عشق و دوستی در فرزند خویش باشد. همانطوری که واکنشهای مادر قدرت اثر گذاری بسیاری بر کودک دارد، رفتارها و خلق و خوی کودک نیز می‌تواند بر رفتار و عواطف مادر نسبت به فرزندش تاثیر فراوان داشته باشد. کودکان نیز بحال به دلیل مشکلاتی چون پر تحرکی، بی قراری و کم توجهی، تکانشگری تأثیرات بی‌قوی بر روابط خود با سایر اعضاء خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند. وجود این گونه رفتارها در کودک، به بروز واکنشهایی چون پر خاشگیری، تنبیهات، معاش و احساس خصومت از جانب والدین (نسبت به کودک) می‌انجامد. این عکس العملها در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می‌گردد و به این ترتیب چرخه معیوبی بوجود می‌آید که به شکلی که تدریجاً تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (ایمان‌زاده، ۱۳۷۰).

نیازهای گوناگون کودک و چگونگی تأمین آن از جانب خانواده در روند سلامت روانی و رشد تکامل جسمی و روحی کودک نقش تعیین کننده‌ای دارد (هاشمیان، ۱۳۷۷).

اگر شخصیت انسانی را بنایی در نظر بگیریم، باید پذیرفت که اسکلت فلزی آن در دوران کودکی بنا می‌شود و آنچه بعدها به آن افزوده می‌شود، حواصی و سازه‌های اسکلت فلزی یا ستونهای اصلی شکل می‌گیرد (سرمد، ۱۳۷۵).

به هر جهت، در محیط خانواده که به واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنشهای میان اعضاء تأثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد. لذا در چنین محیطی صحبت از تأثیر یک سویه افراد (چه والد و چه کودک) بر دیگری خطا است. نمی‌توان صرفاً از مشکلات کودک سخن راند حال آنکه روشن است او در یک سیستم تعاملی رشد می‌یابد. مطرح نمودن اختلالات شخصیتی و رفتاری مادر به عنوان

علت مشکل کودک نیز، نادرست است. واضح است که مادر از بابت کج خلقی‌ها، ناسازگاریها و سرکشی‌های فرزندش بیشترین آسیب را متحمل می‌شود به خصوص در خانواده‌هایی که دارای کودکان با اختلال کمبود توجه بیش فعالی هستند. لذا برای کاهش آسیبهای روانی والدین، بخصوص مادران و ایجاد نگرش مثبت تر و آمادگی بیشتر برای مواجهه با مشکلات کودکان و در نتیجه تأمین آرامش و سلامت عمومی اعضای خانواده و بخصوص مادران و کودکان، آموزش مادران را امری ضروری و لازم می‌دانیم. در این کتاب برآنیم تا با شناساندن ویژگی‌های کودکان دارای اختلال بیش فعالی و به وسیله آموزش مناسب به والدین به خصوص مادران گامی مؤثر در جهت سلامت عمومی خانواده و کودک برداریم. بدیهی است شناخت از وضعیت روانی کودک مبتلا به اختلال چگونگی برخورد با این کودکان به آرامش در درون خانواده کمک خواهد کرد.

روابط مادر و کودک به دلیل نیازهای منحصر به فرد آن همواره مورد توجه متخصصان بوده است. عمق و گستردگی آن برند بصورتی است که هر یک از طرفین قادرند در کاستن یا افزودن مشکلات دیگری نقش حیاتی ایفا کنند. بررسیهای متعدد در زمینه تعامل کودکان بیش فعال و مادران آنها، نشانگر مشکلات ارتباطی میان آنان و شیوه‌های تربیتی ترجیحاً تنبیهی است. مش و جانسون (۱۹۸۱)، گزارش می‌دهند که مادران کودکان بیش فعال دارای عزت نفس پایین تر، احساس گناه فزاینده و احساس انزوای بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی هستند. برین و بارکار خود به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان بیش فعال، احساس استرس مادرانه بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند (ایمان زاده، ۱۳۷۷).

وقتی کودک دارای اختلال باشد، به والدین بخصوص مادران فشار روانی زیادی وارد خواهد شد، چرا که بسیاری از انتظارات آنان درهم ریخته میشود و روشهای تربیتی مرسوم در این کودکان تاثیر چندانی نخواهد داشت. در واقع تربیت فرزندان مسئولیت مهم و دشوار تلقی می‌شود. در این زمینه کانت می‌نویسد: «در بین ابداعات بشر دو تا از بقیه مشکلتر است: هنر مملکت داری و حکومت و هنر تعلیم و

تربیت (شکوهی، ۱۳۷۲). این امر در شرایطی که کودک دارای نشانه‌هایی از بیش‌فعالی - بی‌نظمی - تحریک‌پذیری - بی‌توجهی - تکانشگری بی‌ملاحظاتی و نافرمانی باشد بسیار خسته‌کننده و سخت خواهد بود، چرا که روشهای تربیتی معمول از قبیل آگاه‌سازی، استدلال، سرزنش، برای این دسته از کودکان کارساز نیستند. به همین دلیل بیشتر اوقات والدین، بخصوص مادران کودکان احساس درماندگی کرده و به روشهایی متوسل میشوند که وضعیت کودک را وخیم‌تر می‌کند و از این طریق احساس گناه و آشفتگی بر خانواده حاکم میشود و تعاملات آنان منفی می‌شود و والدین بخصوص مادران بخاطر عدم اطاعت کودک، کنترل شدیدی اعمال می‌نمایند و تعارضات زیادی بین پدر و مادر، خواهر و برادران بوجود می‌آید. علاوه بر این ممکن است ناراحتی‌های زیادی از جمله افسردگی در مادر و رفتارهای ضد اجتماعی (سوء مصرف مواد) در پدر پدید آید. وقتی حضور کودکی با نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه جو عاطفی خانواده را متشنج سازد، والدین با فرزند عادی خود بد رفتاری می‌کنند. (ماس وولف، ۱۹۹۹). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مشکلات این خانواده‌ها صرفاً به موقعیتهایی که کودک مبتلا به O.T.D. مستقیماً با آن درگیر است، محدود نمی‌شود در نتیجه نه تنها اختلال کودک سبب می‌گردد بلکه مشکلاتی در سایر اعضای خانواده بخصوص مادر بوجود می‌آید (گرچی، ۱۳۸۳).

ویژگیهای رفتاری کودک بیش‌فعال به گونه‌ای است که مستلزم صرف انرژی فراوان از طرف مادر است. پر تحرکی، بی‌قراری، بی‌توجهی، خیرات، ضعف تمرکز، ناتوانی در پیروی از دستورالعملها و نیز پیامدهایی چون لجبازی، نافرمانی، منفی کاری و..... توانایی مادر را به مرور به تحلیل می‌برد. در چنین وضعیتی کمک به مادری درمانده و ناامید از طریق آموزش بسیار بدیهی و ضروری است. چرا که یاری و همدلی با او نهایتاً کاستن بار روانی منفی و تامین سلامت عمومی مادر و در نتیجه تغییرات مثبت در روابط مجموع افراد و بویژه کمک به کودک است (ایمان زاده، ۱۳۷۷).

از طریق آموزش الگوهای فکری و رفتاری جدید به مادران کمک می‌کنیم تا دریابند که: مشکلات رفتاری کودک برخاسته از ضعف و ناتوانی او در تربیت و کنترل

فرزند نیست بلکه ناشی از ویژگیهای خاص و منحصر به فرد کودک آنان است و انجام برخی کارها اختلال را در کودک کاهش داده و باعث تامین سلامت عمومی مادران میشود. توجه به این نکته ضروری است که هر چه این خدمات سریعتر ارائه شود، پیش از آنکه طیف مشکلات رفتاری کودک گسترده و متنوع گردد، نتایج آن ثمر بخش تر خواهد بود و سلامت عمومی مادر نیز کمتر به خطر می افتد که این امر لزوم ملاحظات روان شناختی از جمله آموزش شناختی - رفتاری والدین را نشان داده و حتمی می نماید. اختلال که بود توجه بیش فعالی (ADHD) هنوز یکی از شایع ترین موارد ارجاعی به درمانگاههای مشاوره کودک است. مطالعات همه گیر شناسی نشان میدهد که این اختلال در ۳ تا ۵ درصد از کودکان مدرسه ای به وقوع می پیوندد. در نتیجه اختلال کمبود توجه بیش فعالی یکی از اختلالات روانشناختی شایع دوران کودکی است که لازمست بیشترین تحقیقات در مورد آن به عمل آید تا متخصصین بالینی و مشاوران بتوانند به ارزیابی شایسته آن قادر شوند. ملاحظات درمانی مؤثری را بهبود بخشند (کراتوچویل و موریس^۱، ترجمه ناییبان و همکاران، ۱۳۷۸).

بارکلی^۲ (۱۹۱۸)، در تحقیقات خود این نتیجه رسید که، در مادران کودکان بیش فعال علائم افسردگی نسبت به گروه کنترل مشهودتر است. او هم چنین دریافت که میزان ناسازگاری زناشویی در والدین کودکان بیش فعال بیش از گروه عادی است. کنول^۳ (۱۹۷۲)، با بررسیهایی که انجام داد نتیجه گرفت که مادران کودکان بیش فعال بیشتر از مادران کودکان عادی دچار الکلیسم و هیستری هستند.

اختلال ADHD اختلال رشدی خویشخوانداری و سلوک اجتماعی است که مزمن و بدون درمان کامل است. در صورت عدم کنترل و مهار اختلال، مشکلات بیشتری را در بزرگسالی به همراه دارد از جمله سوء مصرف الکل - اخراج از مدرسه - شخصیت ضد اجتماعی - دروغگویی و دزدی و رفتارهای بزهکارانه و در صورتیکه درمان طولانی تا نوجوانی ارائه شود امکان خطر ناسازگاری در این افراد کاهش می یابد. لذا با

1. Kratochwill & Morris

2. -Barkley

3. Cantwell

آموزش والدین، بخصوص مادران و ارائه راهکارهای مناسب به آنها می‌توان مشکلات را کاهش و عوارض ناشی از اختلال را کمرنگ کرد (کراتوچویل و موریس، ترجمه نائینان وهمکاران، ۱۳۷۸).

از آنجا که نمی‌توان اختلال نارسائی توجه / فزون جنبشی را به طور کلی درمان کرد، بهترین واژه به کار گرفته شده، مدیریت یا مداخله در مورد این اختلال می‌باشد. آموزش والدین بخصوص مادران به عنوان گام مثبت در جهت کمک به والدین و پیشگیری از مزمن شدن و تبدیل احتمالی آن به انواع اختلالات دیگر، جهت درمان کودکان ADHD می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. در واقع این روش موجب افزایش شناخت والدین از اهمیت اختلال شده و اعتماد به نفس آنان را در مورد نقش والدین افزایش می‌دهد. این روش نه تنها بر روی کودک مورد نظر بلکه بر روی والدین، خواهران و برادران وی نیز مؤثر می‌باشد. بدین صورت که والدین تحت این جلسات آموزشی در نحوه تفکّر خود نسبت به اختلال و نیز شیوه برخورد با کودک تغییر روش می‌دهند (رجبلو، ۱۳۸۵).

در اثر آموزش والدین بخصوص مادران می‌توان میزان عیب جویی - انتقاد - محرومیت - تنبیه و سوء استفاده بالقوه از کودک را کاهش داد که این ملاحظات تا حدودی موجب آرامش و سلامت روان خانواده بخصوص مادران می‌شود که در نتیجه آن، مادران از یک نگرش مثبت و احساس بهتر برخوردار می‌شوند. در زندگی مسئولانه تر عمل میکنند و در نهایت آمادگی بیشتری برای مواجهه و حل مشکلات کودکانشان خواهند داشت، لذا آموزش والدین بخصوص مادران برای راهنمایی کودکان ADHD در خلال سالهای رشد مطمئناً مهم، مفید، ضروری و مورد نیاز است.