

Avaliação do Stress Parental em Mães de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Evaluation of Parenting Stress in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Rita Santos Silva¹, Susana Corujeira¹, Ana Reis Melo¹, Paulo Almeida^{2,3}, Victor Viana^{2,4}, Micaela Guardiano²

1. Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

2. Unidade de Neurodesenvolvimento, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

3. Instituto Superior da Maia, Portugal

4. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Acta Pediatr Port 2015;46:299-304

Resumo

Introdução: Pretendeu-se identificar os níveis de *stress* nas mães de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade com défice de atenção e verificar se existe uma associação entre o *stress* percecionado por estas mães e o funcionamento familiar.

Métodos: Foram utilizados o índice de *stress* parental, versão reduzida, que caracteriza o *stress* parental total de acordo com três dimensões (dificuldade parental, interação pais / criança e criança difícil), e a escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, que classifica as famílias em equilibradas, meio-termo ou extremas.

Resultados: Participaram neste estudo 89 mães. Obtiveram-se valores médios no questionário índice de *stress* parental acima do percentil 85 (valor de *cutoff*) nas subescalas interação disfuncional criança-pais, criança difícil e no valor de *stress* total. Verificou-se ainda que havia uma forte correlação entre *stress* total e as três subescalas, isto é, mães com níveis mais elevados de *stress* tendem a ter uma maior perceção de dificuldade parental, de interação disfuncional com a criança e de criança difícil. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de família (equilibrada *versus* meio-termo ou extrema, ou monoparental *versus* nuclear) e o *stress* parental.

Discussão: Concluiu-se que as mães das crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção apresentam elevados níveis de *stress*, o qual parece advir fundamentalmente das características da criança, que é percecionada como sendo uma criança difícil, e de uma interação disfuncional entre os pais e a criança. Não parece haver relação entre o nível de *stress* experienciado por estas mães e a funcionalidade ou organização da família.

Palavras-chave: Relações Familiares; Relações Mãe-Filho; *Stress* Psicológico; Transtorno do Défice de Atenção com Hiperatividade

Abstract

Introduction: This study aims to identify parental stress in mothers of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and to determine whether there is an association between parenting stress and specific domains of family functioning.

Methods: The Portuguese versions of the Parenting Stress Index, Short Form, and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale were used. The Parenting Stress Index is composed of a total stress score and three subscales: parental distress, parent-child dysfunctional interaction and difficult child, while the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale classifies families as balanced, mid-range or extreme.

Results: A total of 89 mothers answered the questionnaires. Results on the Parenting Stress Index were above the 85th percentile (cutoff value) in total stress and both parental distress and parent-child interaction subscales. There was also a strong correlation between total stress and the three subscales of Parental Distress, Parent-Child Dysfunctional Interaction and Difficult Child, mea-

ning that mothers with higher stress levels tend to have a stronger perception of parental difficulty.

There seems to be no difference in parental stress level between family types (balanced vs. mid-range or extreme, or single-parent vs. nuclear).

Discussion: Mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder experience higher levels of parenting stress, apparently arising from the child's characteristics and from dysfunctional parent-child interaction. There seems to be no relation between parental stress and family organization.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Family Relations; Mother-Child Relations; Stress, Psychological

Introdução

Entende-se por *stress* parental uma reação psicológica adversa perante as exigências de ser pai ou mãe, a qual suscita sentimentos negativos em relação ao próprio ou

à criança.

Tem sido demonstrado que os pais de crianças com doença crónica, nomeadamente perturbações do neurodesenvolvimento, experienciam maiores níveis de *stress* do que os pais de crianças saudáveis.¹ Assim, têm sido evidenciados altos níveis de *stress* em pais de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA).² Além disso, os pais destes doentes apresentam maior disfuncionalidade familiar e conjugal, maior prevalência de psicopatologia e baixa autoestima e maior noção de baixa eficácia parental.³ Como facilmente se compreende, os sintomas característicos da PHDA afetam a interação destas crianças com os seus pais.³

Por último, nas famílias com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, o nível de *stress* parece ser maior na mãe do que no pai, o que não se verifica nas famílias das crianças sem perturbação física ou psicológica.⁴⁻⁶

Este trabalho pretendeu identificar os níveis de *stress* nas mães de crianças ou adolescentes com PHDA e investigar uma possível relação entre os níveis de *stress* percecionados por estas mães e a dinâmica familiar.

Métodos

População

Foram incluídas mães de doentes com PHDA seguidos na consulta de neurodesenvolvimento de um hospital terciário.

Material

Além de um questionário sócio-demográfico concebido para este fim pela equipa de investigação, foram utilizados dois instrumentos de avaliação:

- Índice de *stress* parental (*parenting stress index*, PSI);
- Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (*family adaptability and cohesion evaluation scales*, FACES III).

Índice de *stress* parental (PSI)

Para avaliar o *stress* parental foi utilizada a adaptação portuguesa do índice de *stress* parental publicado em 1995 por Richard Abidin.⁷ Este instrumento é constituído por 36 itens, cada um com cinco possibilidades de resposta - desde “discordo completamente” até “concordo completamente” -, distribuídos por três subescalas distintas:

- Dificuldade parental;
- Interação disfuncional mãe / pai - criança;
- Criança difícil.

A subescala dificuldade parental avalia aspetos pessoais da mãe (ou do pai) que influenciam a capacidade para responder adequadamente às exigências da parentalidade (por exemplo, “Acontece-me ir comprar roupa e não gostar de me ver com nada”). A subescala interação disfuncional mãe / pai - criança avalia a perceção da criança como não correspondendo às expectativas dos pais (por exemplo, “Faz coisas que me aborrecem só para me chatear”). A subescala criança difícil diz respeito a aspetos do temperamento da criança que tornam a parentalidade mais fácil ou mais difícil (por exemplo, “Exige mais de mim do que a maioria das crianças”). O instrumento faculta ainda um resultado para a escala total, o qual indica o nível global de *stress*. Tanto para a escala total como para qualquer uma das subescalas, resultados mais elevados correspondem a níveis mais altos de *stress*. Considera-se que existem níveis elevados de *stress* quando a pontuação em qualquer uma das subescalas é superior ao percentil 85 (P85) (*cutoff* > 36 para a subescala dificuldade parental, > 27 para a subescala mãe / pai - criança, > 36 para a subescala criança difícil e > 86 para a escala total).

Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES III)⁸

A versão portuguesa da escala FACES III foi utilizada para avaliar a organização familiar.^{8,9} É constituída por 20 itens que avaliam o funcionamento familiar em duas dimensões:⁹

- Adaptabilidade;
- Coesão.

A escala da adaptabilidade avalia a capacidade da família mudar a sua estrutura de poder, as regras e o papel das relações em resposta a diferentes situações e classifica a família em rígida, estruturada, flexível ou caótica. Uma família estruturada tem uma liderança democrática, que inclui as crianças, com ajustamentos dos papéis e das regras familiares sempre que necessário. Por sua vez, uma família flexível possui uma liderança igualitária, incluindo ativamente as crianças, e tem regras e papéis partilhados e apropriados às idades. Nas famílias rígidas, um dos membros controla a dinâmica familiar, havendo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras. Em relação às famílias caóticas, as regras não estão bem definidas e ocorrem frequentes trocas de papéis entre os indivíduos, sem adequação às circunstâncias.¹⁰ São classificadas como mais funcionais as famílias estruturadas e as flexíveis.

A escala da coesão, definida como a ligação emocional que se estabelece entre os membros de uma família, permite classificar a família em desmembrada, separada, ligada e emaranhada. São considerados funcionais os

tipos separado e ligado. Uma família com uma relação separada apresenta alguma separação emocional (mas não extrema), ao contrário de uma relação ligada, em que se atribui maior importância ao tempo passado em família, pelo facto de haver uma maior proximidade emocional entre os membros.⁸ O mesmo não sucede nos níveis mais extremos (desmembrado e emaranhado), considerados como desequilibrados. Uma relação desligada / desmembrada é caracterizada por uma separação emocional entre os membros da família. Por seu lado, uma família emaranhada caracteriza-se por uma extrema ligação emocional e uma grande dependência entre os membros, sem possibilidade de individualização.¹⁰

Este instrumento permite classificar as famílias em três tipos:

- Equilibrada;
- Meio-termo;
- Extrema.

A família equilibrada tem níveis médios de coesão (estruturada ou flexível) e adaptabilidade (separada ou ligada), sendo por isso mais funcional, enquanto a família meio-termo tem uma das dimensões média e a outra extrema e a família extrema pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade extremos.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS® versão 22. Foi utilizado o teste t de *Student* para comparação dos resultados obtidos a uma amostra e o coeficiente de correlação de Pearson para o estudo da relação linear entre variáveis. Procedeu-se ao cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach com vista a determinar a consistência interna para o PSI.

Resultados

A amostra foi constituída por 89 mães e as suas características sociodemográficas estão referidas na Tabela 1. Relativamente à classificação das famílias de acordo com o instrumento FACES III, descrita na Tabela 2, verificou-se que a maioria era meio-termo, ou seja, numa das dimensões coesão ou adaptabilidade a família era média e na outra era extrema. Quanto à coesão, a maioria era separada (43%) e no que diz respeito à adaptabilidade a maioria era caótica (35%).

Quanto ao *stress* parental, comparando a amostra estudada, constituída por mães de crianças com PHDA e a amostra normativa do teste t para uma amostra, constatou-se existir maior noção de dificuldade parental ($p < 0,05$), maior disfuncionalidade criança - pais ($p < 0,05$) e maior perceção de que a criança é difícil ($p < 0,05$).

O índice de *stress* total também foi elevado ($p < 0,05$). Tal como se pode observar na Tabela 3, a pontuação média obtida foi superior ao *cutoff* (ou seja, superior ao percentil 85) na subescala interação criança / pais, na subescala criança difícil e no *stress* total.

A consistência interna das três subescalas foi boa (alfa de Cronbach 0,85 para a subescala pais, 0,74 para a subescala interação, 0,84 para subescala criança e 0,90 para o valor de *stress* total).

Verificou-se que para o *stress* parental contribuem as três subescalas, havendo uma forte correlação entre *stress* total e dificuldade parental ($r = 0,80$; $p < 0,05$), *stress* total e interação disfuncional pais / criança ($r = 0,82$; $p < 0,05$) e *stress* total e criança difícil ($r = 0,84$;

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada

Mães	
Idade (média ± DP)	38,7 ± 6,3 anos
Escolaridade [% (nº)]	
4º ano	19% (17)
6º ano	25% (22)
9º ano	29% (26)
12º ano	17% (15)
Ensino superior	10% (9)
Estado civil [% (nº)]	
Solteira	3% (3)
Casada / união de facto	72% (64)
Divorciada	23% (21)
Viúva	1,1% (1)
Crianças	
Idade média (média ± DP)	10,4 ± 2,7 anos
Sexo [% (nº)]	
Masculino	74% (66)
Feminino	26% (23)
Irmãos [% (nº)]	
Sim	58% (52)
Não	42% (37)
Família	
Tipo [% (nº)]	
Nuclear	69% (61)
Reconstruída	7% (6)
Alargada	7% (6)
Monoparental	18% (16)

DP - desvio padrão; nº - número.

$p < 0,05$), conforme demonstrado na Tabela 4. Ou seja, mães com nível mais elevado de *stress* tendem também a ter um nível mais elevado de percepção de dificuldade parental, de interação disfuncional com a criança e de noção de criança difícil.

Quando comparadas as famílias equilibradas com as famílias extremas ou meio-termo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas no índice de *stress* total ($p = 0,33$) nem em nenhuma das subescalas [dificuldade parental ($p = 0,29$); interação disfuncional

pais - crianças ($p = 0,39$); criança difícil ($p = 0,79$)].

Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas quando foi comparado o *stress* parental (ou qualquer uma das subescalas) com a coesão ou a adaptabilidade familiares.

Quando comparadas as famílias monoparentais com as famílias nucleares, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no índice de *stress* parental total ($p = 0,26$) nem em nenhuma das subescalas [dificuldade parental ($p = 0,22$); interação disfuncional pais - crianças ($p = 0,46$); criança difícil ($p = 0,50$)].

Não se verificou nenhuma relação entre *stress* parental e escolaridade materna ($p = 0,47$).

Tabela 2. Classificação das famílias de acordo com o FACES III

Tipo [% (nº)]	
Equilibradas	33,7% (30)
Meio-termo	57,3% (51)
Extremas	9% (8)
Coesão [% (nº)]	
Desmembradas	26% (23)
Separadas	42,7% (38)
Ligadas	28,1% (25)
Emaranhadas	3,4% (3)
Adaptabilidade [% (nº)]	
Rígidas	10,1% (9)
Estruturadas	22,5% (20)
Flexível	32,6% (29)
Caóticas	34,8% (31)

FACES III - escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar; nº - número.

Discussão

Os resultados obtidos estão de acordo com o previsto e mostram que as mães das crianças com PHDA apresentam níveis de *stress* parental elevados. Tal como se pode observar na Tabela 3, a pontuação média obtida foi superior ao *cutoff* (ou seja, superior ao P85) na subescala interação, na subescala criança difícil e no *stress* total. Estes resultados parecem apontar que (embora não estatisticamente significativo) estas mães estão sujeitas a altos níveis de *stress* e, por outro lado, que esse *stress* advém fundamentalmente das características da criança e de uma interação pais / criança disfuncional. Assim, as mães de crianças com PHDA percebem os seus filhos como crianças mais problemáticas ou mais difíceis e têm uma grande noção da disfuncionalidade da sua interação com elas.

Tabela 3. Valores de corte (*cutoff*), média e desvio padrão nas subescalas do PSI

Subescala PSI	<i>Cutoff</i> (valores > P85)	Média	Desvio padrão	p*
Dificuldades parentais	33	30,9	8,9	< 0,05
Interação disfuncional	26	29,6	7,7	< 0,05
Criança difícil	33	34,6	9,2	< 0,05
<i>Stress</i> total	86	95,1	21,1	< 0,05

PSI - índice de *stress* parental.

* Valor de p após aplicação do teste t de Student para uma amostra.

Tabela 4. Coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas (e *stress* total) do PSI.

	Dificuldade parental	Interação disfuncional pais-criança	Criança difícil
Interação disfuncional pais-criança	0,492 **		
Criança difícil	0,464 **	0,574 **	
<i>Stresse</i> total	0,801 **	0,820 *	0,839 **

PSI - índice de *stress* parental.

* $p < 0,05$, ** $p \leq 0,01$

A subescala dificuldades parentais é a única cujo valor médio se encontra abaixo do P85, pelo que se pode deduzir que, nesta amostra, as características pessoais da mãe são as que têm menos influência no *stress* por elas vivenciado.

De facto, estes resultados são consistentes com o descrito por outros autores. Mães de crianças com PHDA relatam maior número de problemas comportamentais nos seus filhos e disto estão dependentes maiores níveis de *stress*.⁵ As mães destas crianças são mais deprimidas, socialmente isoladas, restritivas no seu papel parental, menos vinculadas aos seus filhos, sentindo-se menos competentes para lidar com eles.^{4,5}

Quando se comparam os resultados da amostra deste trabalho com os obtidos noutros estudos, em que foi também utilizada a versão reduzida do PSI, constata-se que o *stress* das mães das crianças com PHDA é maior do que o que é observado em mães de crianças com outras perturbações. Por exemplo, o estudo do *stress* parental em mães de crianças com neurofibromatose tipo 1 identificou uma pontuação média de 21,9 na subescala interação, 26 na subescala criança difícil e 84,5 no *stress* total¹¹ (vs 29,6, 34,6 e 95,1, respetivamente, na amostra do presente trabalho). Também se verificam níveis de *stress* francamente mais elevados relativamente aos de mães de prematuros com idade gestacional inferior a 30 semanas, em que o *stress* total foi de 70,3¹² (vs 95,1). Inclusivamente, quando comparada com os níveis de *stress* de um grupo de pais de crianças com doenças oncológicas, a amostra estudada apresenta maiores níveis de *stress*. Por exemplo, na amostra de pais de crianças com tumores cerebrais, a subescala criança difícil tem um valor médio de 17,3,¹³ enquanto na amostra estudada tem um valor médio de 34,6. As mães de filhos com PHDA apresentam ainda níveis maiores de *stress* do que as de uma outra amostra constituída por pais de crianças com deficiências físicas, tanto no valor médio de *stress* total (91 nessa população vs 95,1) como na subescala interação (27 nessa população vs 29,6).¹⁴ Ou seja, as mães de crianças com PHDA experienciam níveis muito altos de *stress*, sendo os mesmos mais elevados do que os observados em mães de crianças portadoras de doenças orgânicas, prematuros ou doentes oncológicos.

Níveis elevados de *stress* parental podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional,¹⁵ a qual, por sua vez, pode atuar como fator de risco no aparecimento, amplificação e manutenção dos sintomas da PHDA,³ levando a um ciclo vicioso com consequências negativas, tanto no desenvolvimento da criança como no funcionamento familiar. É pois fundamental que os pais encontrem, nas consultas de neurodesen-

volvimento, um espaço onde possam apresentar as suas dificuldades na interação com a criança, de forma a desenvolver as estratégias mais adequadas de prevenção de *stress* e de promoção de competências na prática parental.

Na amostra estudada, verificou-se que o nível de *stress* é semelhante quando a família é monoparental ou quando as mães vivem com o cônjuge. Também não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre os níveis de *stress* de mães integradas em famílias classificadas pelo FACES III como equilibradas ou em famílias meio-termo ou extremas. No entanto, de acordo com os resultados deste trabalho, o *stress* das mães das crianças com PHDA parece ser independente da maior ou menor rigidez parental.

Há estudos que indicam que as famílias com crianças com perturbação do neurodesenvolvimento parecem classificar-se mais frequentemente em níveis extremos de funcionamento familiar.¹⁶

Existem algumas explicações possíveis para a ausência, na amostra estudada, de diferenças estatisticamente significativas entre funcionalidade da família e *stress* parental. Por um lado, o nível de *stress* é muito elevado em todas estas mães. Por outro lado, pode-se presumir que as mães pertencentes a famílias equilibradas sejam exatamente aquelas que, por terem maiores expectativas face aos seus filhos e às suas funções parentais, experienciam maiores níveis de *stress* quando estas expectativas não são satisfeitas. Mães com uma atitude mais autoritária poderão sentir-se mais impotentes e perturbadas face ao comportamento dos filhos com PHDA, tal como já foi demonstrado.¹ Pelo contrário, mães pertencentes a famílias desmembradas, emaranhadas, rígidas ou caóticas poderão experimentar menores níveis de *stress*. Além disso, o *stress* parental não parece estar relacionado com a constituição da família (monoparental *versus* nuclear), podendo sim estar relacionado com as redes de apoio social de que cada mãe dispõe e que não foram avaliadas neste estudo.

Este estudo tem algumas limitações. Não foi realizada a comparação entre os doentes adequadamente medicados e os doentes com má adesão ao psicostimulante e está demonstrado que o tratamento com metilfenidato reduz os níveis de *stress* parental.¹⁷ Outra limitação é não ter sido feita a comparação entre *stress* nas mães de crianças com diferentes subtipos de PHDA (hipercinético, desatento ou combinado).

Em resumo, as mães das crianças com PHDA apresentam elevados níveis de *stress*. Estas mães percecionam os seus filhos como crianças difíceis e têm uma grande noção da disfuncionalidade da sua interação com eles. Níveis elevados de *stress* correlacionam-se com noção

de parentalidade difícil e de criança difícil. Não parece haver diferenças entre o nível de *stress* experienciado pelas mães de crianças com PHDA e o tipo de família, no que diz respeito quer à coesão e adaptabilidade familiares, quer ao tipo de família (nuclear *versus* mono-parental).

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Rita Santos Silva
ritasantosilva@gmail.com

Recebido: 23/10/2014

Aceite: 07/05/2015

Referências

1. Woolfson L, Grant E. Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child Care Health Dev* 2006;32:177-84.
2. Rockhill C, Violette H, Vander Stoep A, Grover S, Myers K. Caregivers' distress: Youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders assessed via telemental health. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013;23:379-85.
3. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit / hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001;4:183-207.
4. Goldstein LG, Harvey EA, Friedman-Weieneth JL. Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:125-36.
5. Pimentel MJ, Vieira-Santos S, Santos V, Vale MC. Mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Atten Defic Hyperact Disord* 2011;3:61-8.
6. Oelofsen N, Richardson P. Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil* 2006;31:1-12.
7. Santos SV. Forma reduzida do parenting stress index (PSI): Estudo Preliminar. Programa e resumos da Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. 2008; Universidade do Minho; Braga.
8. Olson D. Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Process* 1986;25:337-51.
9. Curren R, Dourado F, Roma-Torres A, Barros H, Palha A, Almeida L. Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatr Clin* 1999;20:213-7.
10. Olson D. FACES IV and the circumplex model: Validation study. *J Marital Fam Ther* 2011;37:64-80.
11. Esposito M, Marotta R, Roccella M, Gallai B, Parisi L, Lavano SM, et al. Pediatric neurofibromatosis 1 and parental stress: A multicenter study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:141-6.
12. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M, Gibbons K. Parenting stress in mothers of very preterm infants: Influence of development, temperament and maternal depression. *Early Hum Dev* 2013;89:625-9.
13. An KJ, Joung YS, Sung KW, Kim JH. Health-related quality of life and cognitive functioning at on- and off-treatment periods in children aged between 6-13 years old with brain tumors: a prospective longitudinal study. *Yonsei Med J* 2013;54:306-14.
14. Hung JW, Wu YH, Yeh CH. Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psychooncology* 2004;13:898-903.
15. Crnic K, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. *Child Dev* 1990;61:1628-37.
16. Michaels CR, Lewandowski LJ. Psychological adjustment and family functioning of boys with learning disabilities. *J Learn Disabil* 1990;23:446-50.
17. Hwang JW, Kim B, Kim Y, Kim TH, Seo WS, Shin DW, et al. Methylphenidate-osmotic-controlled release oral delivery system treatment reduces parenting stress in parents of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Hum Psychopharmacol* 2013;28:600-7.