

Comparing the Mental Health of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and with Normal Children

Farideh Farokhzadi¹, M.A; Mohamad Reza Mohamadi², Ph.D; Ahmad Alipour³, Ph.D
Mohamad Ebrahim Maddahi, Ph.D⁴, Maryam Salmanian⁵, M.A

Received: 18. 12. 14 Revised: 3.3.15 Accepted: 1.6. 15

Abstract

Objective: In this study mental health of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been compared with mental health of parents of healthy children. **Method:** The present study is descriptive (Casual – Comparative). By in access sampling, 400 parents of children with ADHD (200 cases in children, 6-18) and 400 parents of normal children (200 healthy children 18-6 years) were selected. SADS and K-SADS were used for collecting data. SPSS advanced, inferential two-variable tests chi and independent-t test were used for data analysis. **Results:** analysis show that parents of children with ADHD suffer from disorders such as anxiety disorder 15.6%, obsessive exercise disorder 5.1%, obsessive thought disorder 4.6%, antisocial personality disorder / 5.%, Simple phobia disorder / 5.%, Social phobia disorder / 3.%, Schizophrenic disorder / 3.%, panic attacks / 3.%, 1 and physical building disorder / 5.%, more than parents of normal children. Thus, there was significant difference between these disorders in parents of children with ADHD and parents of normal children. **Discussion:** High prevalence of disorders in parents of children with ADHD show that parents of children with ADHD have fewer mental health in compare with parents of normal children.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, mental Health, Parents

مقایسه سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدین کودکان سالم

فریده فرحزادی^۱، دکتر محمدرضا محمدی^۲،
دکتر احمد علیپور^۳، دکتر محمدابراهیم مداحی^۴،
مریم سلمانیان^۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۲۷ تجدیدنظر: ۹۳/۱۲/۱۲ پذیرش نهایی: ۹۴/۳/۱۱

چکیده

هدف: در این پژوهش، سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با سلامت روانی والدین کودکان سالم مقایسه شده است. **روش:** تحقیق حاضر از نوع توصیفی و پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است که با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰۰ نفر از والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (۲۰۰ نفر کودک دارای اختلال ۶-۱۸ سال) و ۴۰۰ نفر از والدین کودکان سالم (۲۰۰ نفر کودک سالم ۶-۱۸ سال) انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (کودکان و بزرگسال) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار پیشرفته SPSS و آزمون‌های استنباطی مجذور خی دو متغیری و t مستقل استفاده گردید. **یافته‌ها:** در تجزیه و تحلیل بدست آمده، فراوانی اختلال اضطراب فراگیر ۱۵.۶٪، اختلال اعمال وسواسی ۵.۱٪، اختلال افکار وسواسی ۴.۶٪، اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۵.۱٪، اختلال فوبی ساده ۵.۱٪، اختلال فوبی اجتماعی ۳.۱٪، اختلال اسکیزوفرنی فرم ۳.۱٪، حملات پانیک ۳.۱٪ و اختلال جسمی‌سازی ۵.۱٪، در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به والدین کودکان عادی بیش‌تر می‌باشد. همچنین شواهد موجود نشان می‌دهد، از آنجا که p در اختلالات اضطراب فراگیر و فوبی ساده برابر با $p < .05$ و همچنین t حاصله نیز در اختلالات فوق از t جدول (۱/۹۶) بزرگ‌تر می‌باشد، لذا می‌توان چنین قضاوت کرد که تفاوت معناداری بین اختلال‌های فوق در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدین کودکان عادی وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** شیوع بالای اختلالات در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان می‌دهد که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارای سلامت روانی کم‌تری نسبت به والدین کودکان سالم می‌باشند.

کلید واژه: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، سلامت روانی، والدین

1. **Corresponding author:** PhD Candidate for General Psychology in Golestan Azad University (Email: Farokhzadi.f@gmail.com)

2. Professor in Tehran University

3. Professor in Payame Nour University

4. Associate Professor in Shahed University

5. PhD Candidate for Medical Sciences in Tehran university

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد گرگان

۲. استاد دانشگاه تهران

۳. استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور

۴. دانشیار دانشگاه شاهد

۵. دانشجوی دکتری پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به عنوان یک مسئله برای روان‌پزشکان، روانشناسان، والدین و معلمان مطرح می‌باشد. زیرا ویژگی رفتاری کودکان مبتلا از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی، معضل اساسی برای والدین، همسالان و متولیان آموزشگاهی به شمار می‌آید و به فرآیند تحول استعدادهای ذهنی و مهارت‌های اجتماعی- عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند. فراوانی مشکلات مختلف تحصیلی، شغلی و غیره در بزرگسالی این کودکان به طور معناداری از جمعیت عادی بیش‌تر است (جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان، ۱۳۸۷). آمار گوناگونی در زمینه نرخ شیوع این اختلال وجود دارد. نرخ شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است، با این وجود، با احتیاط می‌توان گفت که ۳/۷ درصد از کودکان سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند. بطور کلی احتمالاً در هر کلاس عادی یک یا دو کودک دارای اختلال نارسایی توجه وجود دارد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم).

نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم، وجود پنج نشانه مرتبط با تکانشگری، نارسایی توجه یا بیش‌فعالی باید قبل از سن ۱۲ سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان‌شناختی دیده شود. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم ۱۸ نشانه ارایه شده و الزام شده است که حداقل شش نشانه در نارسایی توجه یا بیش‌فعالی/تکانشی باید مشاهده شود تا بتوان این اختلال را در افراد تشخیص داد. به عبارت دیگر، حداقل نشانه‌ها برای تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان ۵ نشانه و برای کودکان،

حداقل ۶ نشانه می‌باشد. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع نارسایی توجه، نوع بیش‌فعال/تکانشگری و نوع ترکیبی (بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳). در تحقیقات، علت آسیب‌شناختی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را حضور اختلال در مناطق جلویی مغز معرفی می‌کنند (سورف، ۲۰۱۰). عوامل ایجادکننده اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دقیقاً معلوم نیست، ولی عواملی که مطرح شده‌اند عبارتند از: ۱- عوامل ژنتیک ۲- عوامل مربوط به رشد ۳- آسیب مغزی ۴- عوامل عصبی- شیمیایی ۵- عوامل عصبی- فیزیولوژیک ۶- عوامل روانی- اجتماعی (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷). فرناندز و همکاران (۲۰۰۸) تجزیه و تحلیل پیچیده‌ای از فعالیت خودکار مغز را در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام دادند. نتایج کاهش فعالیت در لوب قدامی و تأخیر رشد در تکامل کورتکس لب پیشانی مغز را نشان داد.

نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی محسوب می‌شود، این کودکان از مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود برخوردار نیستند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند (کردستانی، ۱۳۹۳).

علاوه بر این، حضور کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در خانواده درخواست‌های مضاعفی را بر والدین و بالاخص مادران این کودکان تحمیل می‌کند و باعث افزایش فشار روانی و انواع مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی و خلق منفی در این والدین می‌شود. کودک دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هویتی منفرد و جداگانه ندارد و کل خانواده را در معرض خطر افزایش عواقب منفی، همچون مشکلات سلامت جسمانی و روانی و تجارب منفی قرار می‌دهد. از دیگر مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، نافرمانی و قانون‌شکنی نیز به عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان، تأثیرات منفی بسیاری بر سیستم خانواده و

می‌تواند سلامت روانی والدین را تحت تأثیر قرار دهد (میعی کرمانی، ۱۳۸۳).

یافته‌ها از این نظر حمایت می‌کند که برای ارزیابی کامل باید تمام نشانه‌ها، تاریخچه پزشکی خانواده و فرد، عملکرد کودک در خانه و مدرسه و ارتباط وی با همسالان بطور دقیق بررسی شود (جانستون و جی مش، ۱۳۸۵). بررسی‌های ژنتیک خانواده، یکی از روش‌های پژوهشی روان‌پزشکی از دیدگاه سبب‌شناسی اختلال می‌باشد (بیدرمن، فارون، کیناک، بنجامین و کرینچر، ۱۹۹۲). درمورد موضوع فراوانی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و سابقه والدین کودکان مبتلا به این اختلال نشان داده شده است که عوامل وراثتی می‌تواند در سبب‌شناسی این اختلال دخالت داشته باشد (صدری کرمانی، شیرازی و لوحه‌سرا، ۱۳۸۵). مطالعات بیدرمن و همکاران (۲۰۰۹)، نشان داد که گوناگونی ژنتیکی با تغییرات مغزی ارتباط دارد و ژن انتقال‌دهنده دوپامین، ژن 10R بر روی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثر دارند و کاهش فعالیت در ژن 10R در سمت چپ مخچه و غشای جانبی و قدامی مغز در سمت راست افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد. بیدرمن و همکاران (۲۰۰۹)، پژوهشی درمورد تأثیر ژن داوطلب شده چندریختی بر روی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام دادند. تجزیه و تحلیل نشان می‌دهد که با ۲۵ سال بررسی طولی، ۷۶٪ از موارد با تکرار ژن داوطلب شده چندریختی ۴۷ در مقایسه با ۶۷٪ موارد بدون تکرار ژن داوطلب شده چندریختی ۴۷، ظهور اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش‌تر تخمین زده می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که ژن داوطلب شده چندریختی 47 با ظهور موارد اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه دارد. اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اختلال‌های اضطرابی انتقال ژنی مستقل در خانواده دارند (بیدرمن، فارون، کیناک، اشتینجارد و تسوانگ، ۱۹۹۱، بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۲). وجود اختلال‌های روان‌پزشکی گوناگون در خانواده‌های مبتلایان به

سلامتی والدین‌شان بر جای می‌گذارد (کردستانی، ۱۳۹۳). از طرفی خانواده و فضای حاکم بر آن نقش مؤثر و تعیین‌کننده‌ای در رشد روانی، شکل‌گیری شخصیت و سلامت روانی اعضای خانواده به ویژه کودکان دارد (جانستون و جی مش، ۱۳۸۵). تاکنون تعاریف متعددی از «سلامت روان» ارائه شده است که همگی بر اهمیت تمامیت و یکپارچگی شخصیت تأکید ورزیده‌اند. گلدشتاین^۲، (به نقل از سارا فینو، ۱۳۸۷) سلامت روانی را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می‌داند. در سال‌های اخیر انجمن کانادایی بهداشت روانی، «سلامت روان» را در سه بخش تعریف کرده است:

الف - بازخوردهای مربوط به خود ب - بازخوردهای مربوط به دیگران ج - توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی. بنابراین امروزه چالش اصلی روانشناسان چگونگی استفاده از این اطلاعات برای حصول سلامت و ارتقای آن است (زنگنه، ۱۳۸۱). در بحث سلامت روان، رابطه مادر و کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم‌تنیده می‌شود که هرگونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می‌گذارد و این تعامل ادامه خواهد یافت. اختلال‌های روان‌شناختی مادر بر رابطه او با فرزندش تأثیر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌نماید (صالحی، سالاری‌فر و هادیان، ۱۳۸۳). در بررسی مقایسه سلامت روانی مادران و کودکان دچار اختلال روان‌پزشکی با کودکان سالم نشان داده شده است که مادران کودکان مبتلا به اختلال روان‌پزشکی از افسردگی و اضطراب بیش‌تر و کارکرد اجتماعی و سلامت روان پایین‌تر برخوردارند (صالحی، سالاری‌فر و هادیان، ۱۳۸۳). در تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، خانواده، کانون شکل‌گیری هویت رفتار است که روابط افراد و اعضای خود را به طور متقابل متأثر می‌سازد. از سویی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با علایم محدودیت میدان توجه و بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی دوران کودکی است که

بود. از طرفی در تخمین مقایسه تنش والدگری مادران مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مادران کودکان بهنجار نشان داده شده است که تنش والدگری (قلمرو والد) و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین تنش والدگری (قلمرو کودک) در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادران کودکان بهنجار تفاوت معناداری دیده می‌شود. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار دارای تنش والدگری بیش‌تری هستند (یونسی، سلطانی‌فر و تیموری، ۱۳۸۸). دافی^۳ و همکاران (۲۰۰۱) بر روی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که والدین آنها دچار اختلال افسردگی دوقطبی بودند، کار کردند. نتایج تحقیقات آنها نشان داد که رابطه معناداری بین خودگزارشی^۴ والدین از افسردگی خود و نارسایی توجه کودکان وجود دارد، اما بین نمره‌های بدست آمده از گزارشات والدین و اندازه‌های قابل‌مشاهده از نارسایی توجه، رابطه‌ای بدست نیامد. خوشابی، فروزان، مرادی و محمدخانی (۱۳۸۵) بر روی عوامل خطر ساز در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تحقیقی انجام دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که عوامل خطر ساز شامل، جنس پسر، خویشاوندی والدین، تاریخچه اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در والدین یا سایر بستگان، تاریخچه اختلالات روانی در والدین یا رتبه اول یا دوم بودن، از عوامل خطر ساز این اختلال هستند. در نتیجه، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با عوامل خطر ساز خانوادگی فراوانی همراه است. پس ضروری است که در برنامه‌ریزی‌های خرد و کلان بهداشت روانی کشور، کودکان مبتلا به اختلالات نارسایی توجه/بیش‌فعالی و خانواده‌های آنان به‌عنوان یک سیستم درگیر مشکل در نظر گرفته شوند. در سال‌های اخیر، در شناخت ماهیت این اختلال پیشرفت‌های چشم‌گیری حاصل

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز می‌تواند بیانگر ارثی بودن اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشد. بر پایه فراوانی این اختلال در خانواده می‌توان زیر گروه‌هایی از اختلال‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در خانواده پیش‌بینی کرد (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۲). بررسی سبب‌شناسی و وراثتی آن ممکن است بیانگر هم‌بودی آن با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی باشد (اسمالي و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از جانستون و جی مش، ۱۳۸۵). از طرفی در بررسی اختلال‌های روان‌پزشکی در خانواده کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شیوع بالای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در خانواده مبتلایان نشان‌دهنده تأثیر عامل ژنتیک قوی اختلال می‌باشد. بیش‌تر بررسی‌های کنترل‌شده خانوادگی، خطر نسبی بالاتر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در خویشاوندان درجه یک و دوی مبتلایان به این اختلال گزارش کرده‌اند (بیدرمن، فارون، کنیاک، لی، تسوانگ، ۱۹۹۰، سادوک، سادوک، ۲۰۰۰، فارون، بیدرمن، ۱۹۹۴، اسکاچار، واچ‌ماس، ۱۹۹۰). در پژوهش‌ها نشان داده شده است که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یک اختلال خانوادگی همراه و مرتبط با افزایش احتمال دیگر اختلالات روانی خانوادگی دیگر است و در خویشاوندان افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلالات افسردگی و نافرمانی مقابله‌ای بیش‌تر بود (بیدرمن و همکاران، ۱۹۸۶).

غنی‌زاده، محمدی و معینی (۲۰۰۸) بر روی هم‌پوشی اختلالات روانی و اختلالات روانی مربوط به والدین در نمونه‌ای از کودکان ایرانی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کار کردند. نتایج تحقیق نشان داد که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، حداقل دارای یک اختلال روانی همراه دیگر هستند. معمولاً احتمال نافرمانی مقابله‌ای در پسرها و اختلال اضطراب در دخترها وجود دارد و معمول‌ترین اختلال روانی در والدین اختلالات خلقی

شده است. مطالعات مولکولی و رفتاری نشان می‌دهد که ژن‌ها در این اختلال نقش دارند (فاراون و همکاران، ۱۹۹۱، کونتسی، اسپتونسون، ۲۰۰۰، سانوها و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از جانستون و جی مش، ۱۳۸۵) درمورد نقایص مربوط به شناخت این اختلال نظریه‌های متعددی ارائه شده است (هرچند پیشرفت‌هایی در فهم ماهیت شناختی و زیستی این اختلال انجام شده، اما نظریه و پژوهش نظام‌دار و قاطعی درمورد جنبه‌های اجتماعی و بین‌فردی آن ارائه نشده است). اگرچه خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بیش از یک ربع قرن مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (باتل و لیس، ۱۹۷۲، کمپل، ۱۹۷۳، به نقل از جانستون و جی مش، ۱۳۸۵). اما اخیراً توجه به این موضوع کاهش یافته است و بسیاری از سؤال‌های مربوط به خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بی‌پاسخ مانده است. همچنین در سطح توصیفی، میزان مشکلاتی که این خانواده‌ها در حیطه‌های روابط خانوادگی و ناسازگاری والدین تجربه می‌کنند، نامشخص است. عدم همسانی در نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که عوامل متعددی درمورد رابطه بین اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تعامل‌های والد - کودک مؤثر است و تبیین ویژگی‌های کودکان و خانواده‌ها که تحت تأثیر عوامل مختلفی است، به صورت یک چالش باقی مانده است، (جانستون و جی مش، ۱۳۸۵).

با توجه به اینکه در زمینه میزان شیوع اختلال اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اختلالات همراه با آن در خانواده‌های ایرانی بررسی اندکی انجام شده است. لذا در پژوهش حاضر به بررسی فراوانی نسبی این اختلال، هم‌بودی آن با سایر اختلالات در والدین کودکان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مقایسه آن با والدین کودکان سالم می‌پردازیم.

روش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی و پس‌رویدادی (علی-

مقایسه‌ای) است که دارای دو گروه و یک متغیر است. جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش مبنی بر مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدین کودکان سالم می‌باشد. جامعه آماری، والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدین کودکان سالم است.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری:

در این پژوهش، جامعه، والدین کودکان ۶-۱۸ سال شهر تهران بوده است که شرکت‌کننده‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بدین صورت که ۴۰۰ نفر از والدین کودکان ۶-۱۸ سال دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و ۴۰۰ نفر از والدین کودکان سالم از میان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان روزبه، کلینیک تخصصی روان‌پزشکی کودکان محمدی و مدارس منطقه ۳ و ۵ آموزش و پرورش شهر تهران در پژوهش مشارکت کردند. کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر پایه نظریه روان‌پزشک و ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم و پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (کودکان) تشخیص داده شده‌اند. جهت تشخیص سلامت روانی و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی والدین از مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (بزرگسال) استفاده گردید.

ابزار پژوهش

برای گردآوری داده‌های پژوهش، پرسش‌نامه‌های زیر به کار برده شد:

پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (بزرگسال): یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته با پایایی بالاست که وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه برای افراد ۱۸ سال به بالا به کار می‌رود و طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌پزشکی و سلامت روانی را بر پایه معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی،

ویراست پنجم ارزیابی می‌کند. این آزمون ویژگی بالا و حساسیت پایینی دارد (اسمائی و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از حبرانی، علاقه‌بندراد و محمدی، ۱۳۸۲).

پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (کودکان): این پرسش‌نامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می‌کند و برای افراد ۶-۱۸ سال به کار می‌رود و بر پایه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم، اختلال‌ها را می‌سنجد و توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود. طیف اختلال‌هایی که توسط آزمون سنجیده می‌شود شامل، اختلال خلقی، پس‌یکوز، اختلال اضطرابی، اختلال خوردن، اختلال‌های دفعی، اختلال‌های رفتاری، ایدایی، تیک، سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا می‌باشد. این تست ویژگی بالا ولی احتمالاً حساسیت پایینی دارد. (آمبریوزینی^۵ ۲۰۰۰ به نقل از محمدی، علیپور، فرخزادی و رستمی، ۲۰۱۲).

روش

پس از تهیه پرسش‌نامه‌ها و تأیید روایی و اعتبار آنها با مراجعه به بیمارستان روزبه، کلینیک تخصصی یکی از مولفان و مدارس منطقه ۳ و ۵ شهر تهران، بعد از تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودک توسط فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان طبق ضوابط تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم، جهت پر کردن

پرسش‌نامه نیمه‌ساختار یافته اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (کودکان و والدین) با والدین و کودک مصاحبه شد و یادآوری گردید که اطلاعات محرمانه می‌باشد.

یافته‌ها

۱- اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالان

در این قسمت، اطلاعات و شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد افراد نمونه آماری استخراج شده مربوط به پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیای والدین افراد نمونه آماری است که اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالان مانند مشکلات روان‌پزشکی، دوره‌های افسردگی اساسی و خفیف، دوره‌های سندرم منی و هیپومانیک، سوء مصرف مواد یا وابستگی، دوره‌های پس‌یکوز، اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس، اختلال فوبی، شخصیت ضداجتماعی، اختلال جسمی‌سازی، رفتار خودکشی، اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا، اختلالات تجزیه‌ای، صرع، زوال عقل، کم‌توانی ذهنی و اختلالات روانی دیگر را می‌سنجد که در جدول زیر ارائه می‌شود.

براساس دستورالعمل مربوط به طبقه‌بندی افراد در دو گروه سالم و افراد دارای اختلال، فراوانی، درصد افراد نمونه آماری، میانگین و انحراف معیار استخراج به ترتیب درجدول زیر گزارش می‌گردد.

جدول ۱- شاخص‌های آماری اختلال‌های مطرح شده در پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیای والدین کودکان عادی و کودکان

بیش‌فعال

اختلال	کودکان عادی		کودکان بیش‌فعال		کودکان عادی		کودکان بیش‌فعال	
	طبیعی	دارای اختلال	طبیعی	دارای اختلال	طبیعی	دارای اختلال	طبیعی	دارای اختلال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
افسردگی اساسی	۳۲۷	۸۲.۹	۶۷.۵	۱۷.۱	۳۳۸	۸۴.۷	۶۱	۱۵.۳
افسردگی اساسی تک دوره	۳۲۷	۸۲.۸	۶۸	۱۷.۲	۳۳۵	۸۴.۰	۶۴	۱۶.۰
افسردگی اساسی راجعه	۳۲۷	۸۲.۸	۶۸	۱۷.۲	۳۴۹	۸۷.۵	۵۰	۱۲.۵
افسردگی خویی	۳۲۱	۸۱.۳	۷۴	۱۸.۷	۳۳۹	۸۴.۹۵	۶۰	۱۵.۰۵
افسردگی خفیف	۳۵۹	۹۰.۸۵	۳۶	۹.۱۵	۳۷۱	۹۲.۹۵	۲۸	۷.۰۵
هائپومانیک	۳۸۹	۹۸.۶	۵.۵	۱.۴	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۰.۳
مانیک	۳۸۹	۹۸.۶	۵.۵	۱.۴	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۰.۳

اختلال دو قطبی مانیک	۳۹۱	۹۹.۰	۴	۱.۰	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۳	۲.۷۴	۰.۳۶	۱.۶۵	۰.۰۸
اختلال دو قطبی افسرده	۳۹۰	۹۸.۷	۵	۱.۳	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۳	۲.۶۰	۰.۳۵	۱.۵۵	۰.۰۸
اختلال دو قطبی نوع ۱- دوره مانیک منفرد	۳۹۰	۹۸.۷	۵	۱.۳	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۳	۶.۲۰	۰.۶۰	۱.۵۵	۰.۰۸
اختلال دو قطبی نوع ۱- دوره مانیک جدید	۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۳	۰.۳۵	۰.۳۲	۲.۱۳	۲.۱۱
اختلال دو قطبی نوع ۱- دوره افسردگی جدید	۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۳	۰.۳۵	۰.۳۲	۲.۱۳	۲.۱۱
اختلال دو قطبی نوع ۲	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۹	۱۰۰.۰			۰.۳۲	۰.۰۳	۰.۹۶	۰.۰۹
اختلال افسردگی اساسی	۳۹۲	۹۹.۳۵	۲.۵	۰.۶۵	۳۹۸	۹۹.۷	۱	۰.۳	۰.۲۲	۱.۰۲	۰.۵۱	۱.۰۵
اختلال دو قطبی نوع ۲ با نمای سایکوتیک	۳۹۱	۹۹.۰	۴	۱.۰	۳۹۷	۹۹.۵	۲	۰.۵	۲.۶۱	۰.۳۸	۱.۸۲	۰.۱۶
اختلال دو قطبی نوع ۱ با نمای سایکوتیک	۳۷۹	۹۵.۹	۱۶	۴.۱	۳۸۹	۹۷.۵	۱۰	۲.۵	۹.۴۱	۴.۵۰	۸.۸۰	۳.۹۲
اختلال اسکیزوفرنیا اکتیو	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۹	۱۰۰.۰			۰.۳۲	۰.۰۴	۰.۵۷	۰.۰۷
اسکیزوفرنیا (نوع ۱)	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۹	۱۰۰.۰			۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
اختلال هذیانی	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۹	۱۰۰.۰			۰.۴۲	۰.۰۵	۰.۷۷	۰.۰۸
اختلال سایکوتیک	۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۳۹۷	۹۹.۵	۲	۰.۵	۰.۵۷	۰.۰۷	۱.۱۹	۰.۱۴
اسکیزوفرنی فرم	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۸	۹۹.۷	۱	۳	۰.۳۲	۰.۰۴	۰.۴۱	۰.۰۶
اختلال سایکوتیک کوتاه مدت	۳۸۵	۹۷.۵	۱۰	۲.۵	۳۹۱	۹۸.۰	۸	۲.۰	۳.۲۰	۰.۵۱	۳.۵۰	۰.۴۹
حملات پانیک	۳۸۵	۹۷.۵	۱۰	۲.۵	۳۹۱	۹۸.۰	۸	۲.۰	۳.۰۷	۰.۵۰	۳.۱۲	۰.۴۴
حملات پانیک با گذر هراسی	۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۳۹۲	۹۸.۲	۷	۱.۸	۲.۲۵	۰.۱۹	۱.۰۹	۰.۱۵
اختلال اضطراب فراگیر	۳۵۸	۹۱.۸	۳۲	۸.۲	۳۱۲	۷۸.۲	۸۷	۲۱.۸	۹.۶۸	۲.۸۹	۱۰.۵۰	۹.۴۲
اختلال افکار وسواسی	۳۷۷	۹۵.۴			۳۷۷	۹۵.۴	۱۸	۴.۶	۱.۸۳	۰.۵۴	۲.۱۴	۰.۷۹
اختلال اعمال وسواسی	۳۷۵	۹۴.۹			۳۷۵	۹۴.۹	۲۰	۵.۱	۲.۹۷	۰.۵۸	۱.۴۷	۰.۵۳
گذر هراسی	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۵	۱۰۰.۰			۰.۲۶	۰.۰۴	۰.۳۳	۰.۰۳
فوبی اجتماعی	۳۹۴	۹۹.۷			۳۹۴	۹۹.۷	۱	۳	۱.۰۰	۰.۱۵	۱.۵۱	۰.۱۰
فوبی ساده	۳۹۳	۹۹.۵			۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۱.۰۳	۰.۱۹	۱.۸۴	۰.۴۲
حملات پانیک بدون گذر هراسی	۳۹۴	۹۹.۷			۳۹۴	۹۹.۷	۱	۳	۰.۵۷	۰.۰۸	۰.۹۳	۰.۱۳
شخصیت ضد اجتماعی	۳۹۳	۹۹.۵			۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۲.۴۵	۰.۱۶	۱.۳۶	۰.۱۱
جسمی سازی	۳۹۳	۹۹.۵			۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۱.۴۷	۰.۲۴	۰.۹۰	۰.۰۹
خودکشی	۳۸۹	۹۸.۵					۶	۱.۵	۰.۲۵	۰.۰۳	۰.۲۰	۰.۰۲
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا	۳۹۳	۹۹.۵			۳۹۳	۹۹.۵	۲	۰.۵	۴.۳۱	۰.۹۰	۲.۷۲	۰.۴۵
اختلال تجزیه‌ای	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۵	۱۰۰.۰	۱.۳۳	۰.۳۳	۰.۲۶	۰.۰۳	۰.۰۵	۰.۰۰
مسخ شخصیت	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۵	۱۰۰.۰			۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
صرع	۳۹۵	۱۰۰.۰							۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
زوال عقل	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۵	۱۰۰.۰			۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
کم توانی ذهنی	۳۹۵	۱۰۰.۰			۳۹۵	۱۰۰.۰			۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۵۰	۰.۰۳

این جدول نشان می‌دهد که از بین اختلالات موجود، میانگین افسردگی اساسی و همچنین افسردگی اساسی تک دوره در بین والدین کودکان عادی افراد نمونه آماری بیشتر و بالاتر از سایر اختلال‌هاست. همچنین اختلال اضطراب فراگیر، در بین والدین کودکان بیش‌فعال بیشتر و بالاتر از سایر اختلال‌هاست.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، از بین اختلالات موجود، تعداد و درصد افرادی که به افسردگی اساسی و همچنین افسردگی اساسی تک دوره مبتلا می‌باشند، در بین والدین کودکان عادی، افراد نمونه آماری بیشتر و بالاتر از سایر اختلال‌هاست. همچنین تعداد اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اعمال وسواسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال فوبی ساده، اختلال فوبی اجتماعی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال اگروفوبیا، اختلال پانیک، اختلال جسمی-ساز، اختلال خودکشی، اختلال استرس پس از رویداد و اختلال تجزیه‌ای در بین والدین کودکان بیش‌فعال بیشتر و بالاتر از سایر اختلال‌هاست.

بخش استنباطی:

جدول ۲- نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسش نامه اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنیای والدین

برای اختلالات خلقی						
اختلال		F	sig	نسبت t	درجه آزادی	سطح معناداری
تفاوت میانگین ها						
بیشترین	کمترین					
مقدار	مقدار					p
۱.۸۷	-۰.۶۷	۳.۳۱۳	.۰۶۹	.۹۳۳	۷۹۲	.۳۵۱
۱.۸۷	-۱.۰۸	.۷۶۲	.۳۸۳	.۵۲۹	۷۹۲	.۵۹۷
۹.۴۹	۲.۲۹	۳۷.۴۸۴	.۰۰۰	۳.۲۰۹	۷۹۲	.۰۰۱
۹.۴۹	۲.۲۹	۳۷.۴۸۴	.۰۰۰	۳.۲۰۹	۷۹۲	.۰۰۱
۱.۴۹	-۰.۲۸	۸.۳۴۸	.۰۰۴	۱.۳۵۱	۷۹۲	.۱۷۷
۱.۵۱	-۰.۲۷	۸.۷۸۵	.۰۰۳	۱.۳۷۳	۷۹۲	.۱۷۰
۱.۹۱	-۱.۱۶	.۵۴۷	.۴۶۰	.۴۷۶	۷۹۲	.۶۳۴
۰.۵۸	-۰.۰۲	۱۲.۸۵۶	.۰۰۰	۱.۸۱۹	۷۹۲	.۰۶۹
۰.۵۸	-۰.۰۲	۱۲.۸۵۶	.۰۰۰	۱.۸۱۹	۷۹۲	.۰۶۹
۰.۵۷	-۰.۰۳	۱۲.۴۳۴	.۰۰۰	۱.۷۹۱	۷۹۲	.۰۷۴
۰.۵۷	-۰.۰۳	۱۲.۴۳۴	.۰۰۰	۱.۷۹۱	۷۹۲	.۰۷۴
۰.۵۷	-۰.۰۳	۱۲.۴۳۴	.۰۰۰	۱.۷۹۱	۷۹۲	.۰۷۴
۰.۶۰	-۰.۰۳	۱۱.۹۸۵	.۰۰۱	۱.۷۶۰	۷۹۲	.۰۷۹
۰.۵۷	-۰.۰۳	۱۲.۴۳۴	.۰۰۰	۱.۷۹۱	۷۹۲	.۰۷۴
۱.۱۵	-۰.۱۱	۱۰.۲۱۸	.۰۰۱	۱.۶۳۲	۷۹۲	.۱۰۳
۰.۰۶	-۰.۰۳	۱.۳۷۳	.۲۴۲	.۵۷۸	۷۹۲	.۵۶۳
۰.۰۶	-۰.۰۳	۱.۳۷۳	.۲۴۲	.۵۷۸	۷۹۲	.۵۶۳

چنین قضاوت کرد که تفاوت معنی داری بین اختلال های فوق الذکر در والدین کودکان بیش فعال بیشتر و بالاتر از این اختلالات در والدین کودکان عادی مشاهده می شود، ولی این تفاوت در سایر اختلالات معنادار نیست.

اطلاعات جدول ۲ نشان می دهد، از آنجا که p (سطح معنی داری در دو دامنه) مربوط اختلال های افسردگی اساسی تک دوره، افسردگی اساسی راجعه، آلفای ۰/۰۵ کوچکتر هستند و به عبارت دیگر p برابر با ($p < 0/05$) و همچنین t حاصله نیز در اختلالات فوق از t جدول (۱/۹۶) بزرگتر می باشند، لذا می توان

جدول ۳- نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسش نامه اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنیای والدین برای اختلالات سایکوتیک

تفاوت میانگین ها	سطح معناداری	درجه آزادی	نسبت	sig	F	اختلال
بیشترین مقدار	کمترین مقدار	p	t			
۰.۰۵	-۰.۱۵	.۲۸۳	۷۹۲			
۰.۰۵	-۰.۱۵	.۲۸۳	۷۹۲	۰.۳۳	۴.۵۶۹	اختلال افسردگی اساسی با نمای ایکوتیک جدید
۰.۰۵	-۰.۱۵	.۲۸۳	۷۹۲	۰.۳۳	۴.۵۶۹	اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک قدیم
۰.۰۲	۰.۰۰	.۰۹۹	۷۹۲	.۰۰۱	۱۱.۰۷۲	اختلال دو قطبی نوع ۲ با نمای سایکوتیک
۰.۵۳	-۰.۱۰	.۱۷۵	۷۹۲	.۰۰۹	۶.۹۳۶	اختلال دو قطبی نوع ۱ با نمای سایکوتیک

از t جدول (۱/۹۶) کوچکتر می باشند، لذا می توان چنین قضاوت کرد که تفاوت معنی داری بین اختلال های فوق الذکر در والدین کودکان بیش فعال بیشتر و بالاتر از این اختلالات در والدین کودکان

اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد، از آنجا که p (سطح معنی داری در دو دامنه) مربوط اختلال های فوق از آلفای ۰/۰۵ بزرگتر هستند و به عبارت دیگر p ($p > 0/05$) و همچنین t حاصله نیز در اختلالات فوق

عادی مشاهده نمی‌شود و این تفاوت در اختلالات معنادار نیست.

جدول ۴- نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیای والدین برای اختلالات اضطرابی

اختلال	F	sig	نسبت t	درجه آزادی	سطح معناداری p	تفاوت میانگین‌ها	
						کمترین مقدار	بیشترین مقدار
حملات پانیک	.۰۲۵	.۸۷۳	.۰۹۵	۷۹۲	.۹۲۴	-.۰۴۴	.۰۴۹
حملات پانیک با گذر هراسی	.۲۴۹	.۶۱۸	.۲۶۲	۷۹۲	.۷۹۳	-.۰۳۷	.۰۴۹
اختلال اضطراب فراگیر جدید	۲۲.۳۵۲	.۰۰۰	-۳.۰۳۷	۷۸۷	.۰۰۲	-۱۴.۹۸	-۳.۲۲
اختلال اضطراب فراگیر قدیم	۱۰۷.۰۸۲	.۰۰۰	-۵.۰۶۶	۷۸۷	.۰۰۰	-۵.۵۰	-۲.۴۳
اختلال افکار وسواسی	۱۱.۸۳۵	.۰۰۱	-۱.۷۷۱	۷۹۲	.۰۷۷	-.۰۵۳	.۰۰۳
اختلال اعمال وسواسی	.۵۹۷	.۴۴۰	.۲۷۶	۷۹۲	.۷۸۲	-.۰۲۸	.۰۳۷
گذر هراسی	.۹۰۹	.۳۴۱	.۴۸۸	۷۹۲	.۶۲۶	-.۰۰۳	.۰۰۵
فوبی اجتماعی	۱.۱۴۶	.۲۸۵	.۵۶۶	۷۹۲	.۵۷۲	-.۰۱۳	.۰۲۳
فوبی ساده	۱۱.۲۲۲	.۰۰۱	-۲.۱۰۹	۷۹۲	.۰۳۵	-.۰۴۳	-.۰۰۲
حملات پانیک بدون گذر هراسی	۴.۰۸۸	.۰۴۴	-.۹۸۹	۷۹۲	.۳۲۳	-.۰۱۶	.۰۰۵

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، از آنجا که p (سطح معنی‌داری در دو دامنه) مربوط اختلال‌های اضطراب فراگیر (جدید و قدیم) و فوبی ساده، از آلفای ۰/۰۵ کوچکتر هستند و به عبارت دیگر، p برابر با ($p < 0/05$) و همچنین t حاصله نیز در اختلالات فوق از t جدول (۱/۹۶) بزرگتر می‌باشند، لذا می‌توان

جدول ۵- نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیای والدین برای سایر اختلالات

اختلال	F	sig	نسبت t	درجه آزادی	سطح معناداری p	تفاوت میانگین‌ها	
						کمترین مقدار	بیشترین مقدار
شخصیت ضداجتماعی	.۴۵۱	.۵۰۲	.۳۳۲	۷۹۲	.۷۴۰	-.۰۲۳	.۰۳۲
جسمی‌سازی	۱۲.۵۶۷	.۰۰۰	۱.۷۶۳	۷۹۲	.۰۷۸	-.۰۰۲	.۰۳۲
خودکشی	۱.۷۰۳	.۱۹۲	.۶۵۲	۷۹۲	.۵۱۵	-.۰۰۲	.۰۰۴
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا ۱	۱۱.۴۲۶	.۰۰۱	۱.۷۰۸	۷۹۲	.۰۸۸	-.۰۰۷	۱.۰۴
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا ۲	۱۱.۱۰۷	.۰۰۱	۱.۶۸۳	۷۹۲	.۰۹۳	-.۰۰۷	.۰۹۱
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا ۳	۱۶.۶۵۸	.۰۰۰	۲.۰۳۹	۷۹۲	.۰۴۲	.۰۰۲	.۰۹۳
سرگردانی تجزیه	۴.۰۶۱	.۰۴۴	۱.۰۰۵	۷۹۲	.۳۱۵	.۰۰۰	.۰۰۱
یاد زدودگی تجزیه‌ای	۱۴.۷۸۷	.۰۰۰	۱.۹۰۸	۷۹۲	.۰۵۷	.۰۰۰	.۰۱۳
کم توانی ذهنی	۳.۹۸۰	.۰۴۶	-.۹۹۵	۷۹۲	.۳۲۰	-.۰۰۷	.۰۰۲

اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد، از آنجا که p (سطح معنی‌داری در دو دامنه) مربوط به اختلال پس از رویداد آسیب‌زا، از آلفای ۰/۰۵ کوچکتر هستند و به عبارت دیگر p برابر با ($p < 0/05$) و همچنین t حاصله نیز در اختلالات فوق از t جدول (۱/۹۶) بزرگتر می‌باشد، لذا می‌توان چنین قضاوت کرد که تفاوت معنی‌داری بین اختلال‌های فوق‌الذکر در والدین کودکان بیش‌فعال بیشتر و بالاتر از این اختلالات در والدین کودکان عادی مشاهده می‌شود، ولی این تفاوت در سایر اختلالات معنادار نیست. بنابر شواهد

بلا می‌توان قضاوت نمود که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مقایسه با والدین کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، سلامت روانی کم‌تری دارند

بحث و نتیجه گیری

هدف این تحقیق، مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدین کودکان سالم است. نتایج در پژوهش حاضر نشان داد که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از سلامت روان کم‌تر برخوردارند.

بیشتر بررسی‌های کنترل شده خانوادگی، خطر نسبی بالاتر اختلال نارسایی توجه بیش را در خویشاوندان درجه یک و دو مبتلایان به این اختلال گزارش کرده‌اند (بیدرمن، فارون کیناک، نی، تسوانگ، ۱۹۹۰، سادوک، سادوک، ۲۰۰۰، فارون، بیدرمن ۱۹۹۴، اسکاچار، و اچماس، ۱۹۹۰). در بررسی‌های مختلف (بیدرمن و همکاران ۱۹۹۲، دالکون و همکاران ۱۹۹۷) خطر بیماری‌زایی برای اختلال نارسایی توجه ۲۵٪، در مقایسه با خطر نزدیک به ۵٪ در خویشاوندان گروه گواه اختلال روان‌پزشکی برآورده شده است (جانستون و جی مش، ۱۳۸۵). والس و همکاران (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان بیماران دوقطبی شامل اختلال افسردگی، نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اختلال دوقطبی بود. در پژوهش حاضر نیز والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از سلامت روان کم‌تر برخوردارند و با نتایج این پژوهش هم‌سویی دارد. از طرفی بیدرمن و همکاران (۱۹۸۶) پژوهشی تحت عنوان «مطالعه خانواده‌های بیماران دارای اختلال نارسایی توجه و گروه کنترل» انجام دادند. در بررسی خانوادگی اختلال نارسایی توجه، اطلاعاتی از خانواده‌های درجه اول از ۲۲ کودک دارای اختلال نارسایی توجه و ۲۰ کودک عادی جمع‌آوری شد. احتمال شیوع برای اختلال نارسایی توجه در گروه اول ۳۱/۵٪ بود که این میزان به طور قابل توجهی ۵/۷ درصد بیش‌تر از گروه عادی بود. در خانواده‌های گروه دارای اختلال نارسایی توجه، احتمال وجود اختلالات افسردگی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیش‌تر بود. این یافته‌ها اشاره می‌کند که اختلال نارسایی توجه یک اختلال خانوادگی همراه و مرتبط با افزایش احتمال دیگر اختلالات روانی خانوادگی دیگر است. در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از سلامت روان کم‌تر برخوردارند. کولاکوسکی^۶، لیوسکا^۷ و ولانسی^۸ (۱۹۹۸) روی رابطه افسردگی و اضطراب در مادران

دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کار کردند و به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی فاقد چنین اختلال، افسردگی و اضطراب بیش‌تری را متحمل می‌شوند که در پژوهش حاضر نیز اختلال اضطراب فراگیر در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش‌تر می‌باشد و با نتایج این پژوهش هم‌سویی دارد. صالحی، سالاری‌فر و هادیان (۱۳۸۳) در بررسی مقایسه سلامت روانی مادران و کودکان دچار اختلال روان‌پزشکی با کودکان سالم به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان مبتلا به اختلال روان‌پزشکی از افسردگی و اضطراب بیش‌تر و کارکرد اجتماعی و سلامت روان پایین‌تر برخوردارند که در پژوهش حاضر نیز اختلال اضطراب فراگیر در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش‌تر می‌باشد و با نتایج این پژوهش هم‌سویی دارد.

محمدی، علیپور، فرخزادی و رستمی (۲۰۱۲) پژوهشی در مورد مقایسه سابقه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و سوءمصرف مواد در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدین کودکان سالم انجام دادند. شیوع بالای اختلالات و سابقه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در خانواده مبتلایان نشانگر احتمال به ارث رسیدن این اختلال می‌باشد و از طرفی نشان می‌دهد که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارای سوءمصرف مواد بیش‌تر و سابقه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش‌تری می‌باشند. در این پژوهش هم نشان داده شد که والدین کودکان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از سلامت روان کم‌تر برخوردارند. در پژوهشی که غنی‌زاده، محمدی و معینی، (۲۰۰۸) تحت عنوان «هم‌پوشی اختلالات روانی مربوط به والدین در نمونه‌ای از کودکان ایرانی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی» انجام دادند. در این

تحقیق، سن میانگین برای کودکان ۸/۷ سال، برای مادران ۴۰/۱ و پدران ۳۴/۶ بود. فقط ۷/۶ درصد از پسران و ۲۱/۷ درصد از دختران اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را بدون اختلالات روانی دیگر داشتند. معمول‌ترین و بیش‌ترین نوع اختلال همراه اختلال رفتاری مخرب، اختلال اضطرابی بود. شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در طول زندگی برای والدین به ترتیب ۴۵/۸٪ و ۱۷/۷٪ بود. مقدار اختلال افسردگی شدید در مادران و پدران به ترتیب ۴۸/۱٪ و ۴۳٪ بود. نتیجه اینکه در نمونه‌های کلینیکی روان‌پزشکی، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی حداقل دارای یک اختلال روانی همراه هستند. معمولاً اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران و اختلال اضطراب در دختران وجود دارد. معمول‌ترین اختلال روانی در والدین، اختلال خلقی بود. در پژوهش حاضر نیز اختلال اضطراب فراگیر و فوبی ساده در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش‌تر از والدین کودکان سالم و اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای و سلوک در کودکان بیش‌فعال بیش‌تر از کودکان عادی می‌باشد. یوسفی، سلطانی و تیموری (۱۳۸۸)، پژوهشی تحت عنوان «مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مادران کودکان بهنجار» انجام دادند. این پژوهش به منظور بررسی سطح تنش والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار انجام شده بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بین تنش والدگری (قلمرو والد) و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادران کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.000$) و نیز بین تنش والدگری (قلمرو کودک) و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادران کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.000$) و همچنین بین تنش والدگری (قلمرو

کودک) در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادران کودکان بهنجار تفاوت معناداری دیده می‌شود ($P < 0.000$). نتیجه پژوهش مذکور این بود که مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار دارای تنش والدگری بیش‌تری هستند که در پژوهش حاضر نیز اختلال اضطراب فراگیر در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش‌تر می‌باشد و با نتایج این تحقیق منطبق است. حبرانی، محمدی و علاء‌بند راد (۱۳۸۲) پژوهشی در مورد اختلال‌های روان‌پزشکی در خانواده کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام دادند. شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در بستگان کودکان مورد بررسی به ترتیب، اختلال‌های افسردگی ۵۱/۷٪، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۴۸/۳٪، اختلال‌های اضطرابی ۴۱/۷٪ و اختلال‌های وسواسی اجباری ۲۵٪ بود. نتیجه این بررسی، شیوع بالای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال‌های خلقی و اضطرابی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌باشد که می‌تواند نشانگر یک زمینه ژنتیکی مشترک بین این اختلال‌ها و زیر گروه‌هایی از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشد که از نظر عوامل خطر، سبب‌شناسی و پاسخ درمانی متفاوت هستند. در این تحقیق نیز درصد اختلال‌های اضطرابی و وسواسی در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بطور معنادار بیش‌تر می‌باشد و با بیش‌تر پژوهش‌ها هم‌سویی دارد.

همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر روشن نمود، درصد فراوانی اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افکار وسواسی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، حملات پانیک بدون گذر هراسی، اختلال جسمی‌سازی، اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا، سرگردانی تجزیه‌ای، یاد زدودگی، خودکشی و کم‌توانی ذهنی در بین والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بیش‌تر از والدین کودکان عادی می‌باشد و

باتوجه به ناهماهنگی برخی از یافته‌های بررسی حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین به نظر می‌رسد که پژوهشی با حجم نمونه بیش‌تر در مناطق مختلف و فرهنگ‌های متفاوت، افزایش اعتبار یافته‌ها را در پی خواهد داشت و نیاز به بررسی بیش‌تر در زمینه سبب شناسی، سیر و پیش‌آگهی اختلال دارد.

تشکر و سپاسگزاری

بدین‌وسیله از همکاری آموزش و پرورش کل استان تهران، آموزش و پرورش منطقه ۵ و ۳، مدیران و کارکنان محترم مدارس (شهادی چشمه، هدایت، فیاض بخش)، مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان روزبه و کلینیک تخصصی روان‌پزشکی کودکان و به ویژه ریاست محترم آن آقای دکتر محمدی و همچنین همه کودکان تحت آزمون و خانواده‌های محترم آنها به جهت همکاری صمیمانه برای انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

یادداشت‌ها

- 1) Diagnostic and statistical Manual of Mental disorder Five Edition. (DSM5)
- 2) Goldstein
- 3) Daffy
- 4) Self - report
- 5) Ambrosini
- 6) Kolakowski
- 7) Liwska,
- 8) Wolanczy

منابع

- بخشایش، ع و میرحسینی، (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی/ایلام، دوره بیست دوم، شماره ششم*.
- جانستون، ش و جی‌مش، آ. (۱۳۸۵). خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (قسمت اول). ترجمه فرشاد قدیری، محمود نجفی، نشریه تعلیم و تربیت/استثنایی، شماره ۵۵-۵۴، ص ۱۶-۳.
- جانستون، ش و جی‌مش، آ. (۱۳۸۵). خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی (قسمت دوم). ترجمه فرشاد قدیری، محمود نجفی، نشریه تعلیم و تربیت/استثنایی، شماره ۵۹، ص ۱۸-۷.
- جنتیان، س، نوری، آ، شفتی، ع، مولوی، ح و سماواتیان، ح. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه بیش. *تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۲*.
- حبرانی، پ، علاقبند راد، ج و محمدی، م. (۱۳۸۲). اختلال‌های روان‌پزشکی در خانواده کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *مجله اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۱*.

تفاوت معناداری از نظر اختلالات اضطراب فراگیر، فوبی ساده و استرس پس از رویداد آسیب‌زا، بین والدین کودکان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدین کودکان عادی وجود دارد و این اختلالات در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به والدین کودکان عادی بیش‌تر می‌باشد. بنابراین، سلامت روانی در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کم‌تر از والدین کودکان عادی می‌باشد. بیش‌تر نتایج حاصله مربوط به این پژوهش با نتایج محققان و پژوهشگران پیشین همسویی دارد. چند اختلال که در والدین عادی بیش‌تر بوده است، ممکن است مربوط به نحوه نمونه‌گیری و نحوه پاسخ دادن والدین و عدم ابراز واقعیت‌ها باشد.

با توجه به شیوع بالای اختلال‌های روان‌پزشکی در خانواده کودکان مبتلا و هم در خود کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان وجود یک زمینه ژنتیکی مشترک بین این اختلال‌ها را یادآور شد. در این پژوهش نیز همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌های در انجام پژوهش و تعمیم نتایج بدست آمده وجود داشت که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

- ۱- یافته‌های پژوهش حاضر از طریق پرسش-نامه‌های خودگزارش‌دهی دانش‌آموزان و والدین در زمینه سلامت روان بدست آمده است که باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم را لحاظ نمود.
- ۲- شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر حاضر، والدین دانش‌آموزان بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پسر منطقه ۳ و دانش‌آموزان دختر منطقه ۵ تهران بودند، لذا نتایج قابل تعمیم به همه دانش‌آموزان کشور نیست.
- ۳- عدم همکاری والدین
- ۴- محدودیت مهم این تحقیق، عدم نمونه‌گیری تصادفی است.

- between ADD and anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, 48, 633-642.
- Biederman, J., Brown, A., B., Valera, E., M., Doyle, A., E. Bush, G. Spencer, T. Monuteaux, M., C. Mick, E. Whitfield- Gabrieli, S. Makris, N. La Violette. P., S. Oscar- Berman, M. Faraone, S., V. & Seidman, L., J. (2009). Effect of dopamine transporter gene (SLC6A3) variation on dorsal anterior cingulate function in attention-deficit/hyperactivity disorder. *AMJ Med Gent B Neuropsychiatr Gent*, 153B(2), 75-365.
- Biederman, J., Faraone, S., V., Keenak, K., Benjamin, J., & Krifcher, B. (1992). Further evidence for family- genetic risk factor of ADIID, *Archive of General Psychiatry*, 49, 728-738.
- Biederman, J., Faraone, S., V., Keenak, K., Knee, D., & Tsuang, M. (1990) Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III-ADD, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.
- Duffy, A., Grof, P., Kutcher, S., Robertson, C. & Martin, A. (2001). Measures of attention and hyper activity symptoms in high-risk sample of children of bipolar parents. *Journal affective disorders*. 159-165.
- Dulcan, M., Dunne, J., Ayres, W., Benson, S., Bemet, W., Bukstein, O., Kinlon, J., Leonard, H., & Licamele, W. (1997). Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents and adults with ADHD, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, (10 supplement) 85S-121S.
- Faraone S. V., & Biderman J. (1994). Genetics of ADHD, *Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 3, 285-301.
- Fernández, A., Ríos-Lago, M., Abasólo, D., Hornero, R., Álvarez-Linera, J., Paul, N., Maestú, F. & Ortiz, T. (2008). The correlation between white-matter microstructure and the Complexity analysis
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M & Moini, R. (2008). comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian with ADHD, *J Atten Disord*, 12(2), 55-149
- Kolakowski, A., Liwska, M. & Wolanczy, T. (1998) State and trait anxiety and depression in mothers of children with ADHD *European psychiatry*. Volum 15, pp. 312s-312s(1).
- Mohammadi, M., Farokhzadi, F., Alipoor, A. & Rostami, R. (2012). Substance Abuse Disorders in the Parents of ADHD Children, and Parents of Normal Children, *Acta Medica Iranica*; 50 (5): 319-327.
- of spontaneous brain activity in attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic implications. *Biol Psychiatry*, 65(7), 7-571.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Philadelphia: Williams & Wilkins. (p. p. 2679 -2693).
- خوشابی. ک. ، فروزان. آ. س. ، مرادی. ش. ، محمدخانی. پ. (۱۳۸۵). بررسی عوامل خطر ساز در اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در کودکان، ششمین همایش سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران.
- زنگنه.ع. (۱۳۸۱). بررسی عوامل مرتبط با بهداشت روانی معلمان و دبیرستان‌های خواف در شهر کرمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه باهنر کرمان.
- سارافینو، ا. (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت، ترجمه الهه میرزایی و همکاران، انتشارات رشد.
- صالحی، م. سالاری‌فر، م و هادیان، م. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روان‌پزشکی با گروه گواه. مجله اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲.
- صدری کرمانی، ک. شیرازی، آ و لوحه‌سرا، ش. (۱۳۸۵). فراوانی اختلال بیش‌فعالی با نارسایی توجه در سابقه والدین کودکان مبتلا به این اختلال، مجله اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۱، ص ۵۸-۵۵.
- کاپلان و سادوک. (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی)، ترجمه دکتر فرزین رضایی، ویراست دهم. کردستانی، د. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و کاهش مشکلات برون‌ریزانه این کودکان. مجله علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۳.
- میعی کرمانی، ص. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه با والدین کودکان عادی شهرستان فارس با ملاحظه وضعیت اجتماعی- اقتصادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- یوسفی، ش، سلطانی‌فر، ع و تیموری، س. (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. مجله اصول بهداشت روانی، شماره ۱۱، ص ۱۲۲-۱۱۵.
- Ambrosini, J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders & schizophrenia for school age children (K-SADS), *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 526-534
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed Washington DC: USA; 2012-2013.
- BIEDERMAN J, MUNIR K, KNEE D et coll. A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. *Psychiatry Res* 1986, 20 : 263-274
- Biederman J, Petty CR, Ten Haagen KS, Small J, Doyle AE, & Spencer T, V. (2009). Effect of candidate gene polymorphisms on the course of attention deficit... *Psychiatry Res*. Dec 30; 170(2-3): 199-203.
- Biederman, J, Faraone, S. V., Keenak, K., Steinjard, R., & Tsuang, M. (1991). Familial association

- Schachar R , & Wachsmuth , R. (1990).
Hyperactivity and parental psychopathology.
Journal Child Psychol Psychiatry. ۳۱:۳۸۱-392.
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Del’Homme, M.,
NewDelman, J., Gordon, E., Kim, T., Liu, A.,
& McCracken, J.T. (2000). Familial clustering
of symptoms and disruptive behavior in
multiplex families with ADHD. *Journal of
American Academy of child & adolescent
psychiatry*, 39, 1135 -1185.
- Soreff , s. (2010). Attention Deficit/ Hyperactivity
Disorder. *Medicine specialties psychiatry child*.
- Wals M. Hillegers, MH. Reichart, CG. Ormel ,J.
Nolen.WA.&Verhulst ,FC.(2001)..Prevalence
of psychopathology in children of abipolar
parent. *J AM Acad child Adolesc
Psychiatry*:1020-1094.