ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Depression Symptoms among Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Arefeh Shafaat,
Abdolhakim Tirgari

Psychiatry & Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 13, 2011 ; Accepted November 30, 2011)

Abstract

Background and purpose: Attention Deficit Hyperactivity Disorder is one of the most common psychiatric disorder of children and adolescents .studies show that depression and other psychiatric disorders are common in families having children with ADHD. Maternal depression affects the prognosis of ADHD. Therefore assessment and management of depression in mothers can play an important role in treatment and prognosis of children with ADHD.

Methods: 100 cases of children referred to psychiatric clinic for children were selected .Diagnosis of ADHD were based on DSM-IV-TR and Kaner's parental scale. Beck's questioner was used for assessment of mothers' depression.

Results: Prevalence of mothers' depression was 40 %. (32% = mild, 7%= moderate, 1%=severe). The most common symptoms of depression were lack of energy (77%), decreased libido (70%), lack of self satisfaction (62%), difficulty in making decision (57%), guilt feeling (54%), feeling penalties (42%), loss of interest in other people (30%).

Conclusion: Findings showed that depression in mothers of children with ADHD is more common than general population of women. Correlation between depression and mother's academic level was statistically significant. Mothers with higher academic level, have milder depression than others. there is not a significant statistical difference in mothers' depression between two groups of children who received drug for ADHD and those who did not. The number of depressed mothers in the second group were higher than in the first one though.

Key words: Mothers' depression, ADHD, prevalence

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(Supple 1): 66-72 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و یکم ویژه نامه ۱ اسفند سال ۱۳۹۰ (۷۲-۶۶)

بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کلینیک روان‌پزشکی کو دک و نوجوان شهرستان ساری

عارفه شفاعت

عبد الحکیم تیرگری

چکیده

سابقه و هدف: مطالعات نشان می‌دهد که میزان افسردگی و برخی اختلالات روان‌پزشکی دیگر به میزان بیشتری در مادران با فرزندان مبتلا به ADHD دیده می‌شوند. از آن‌جا که افسردگی مادر بر مدیریت رفتار فرزند مبتلایش تأثیر می‌گذارد تشخیص و درمان به‌موقع افسردگی مادر نقش مهمی در پیش‌آگهی ADHD در فرزند مبتلا دارد. در این پژوهش شیوع علادم افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD ارزیابی می گردد.

مواد و روش‌ها: ۱۰۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه که جهت درمان کودکان مبتلای خود به کلینیک روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. ابتدا کودکان توسط روان‌پزشک کودک و نوجوان معاینه شدند. تشخیص بر اساس معیار DSM-IV-TR و پرسشنامه کانرز (conners parent rating scale) گذاشته شد. پرسشنامه بک (Beck) توسط مادر برای ارزیابی علایم افسردگی در مادر تکمیل شد. اطلاعات دموگرافیک از طریق پرسشنامه جداگانه‌ای از مادر اخذ شد.

یافته‌ها: ۴۰ درصد از مادران این کودکان از درجات مختلف افسردگی رنج می‌برند. ۳۲ درصد افسردگی خفیف، ۷ درصد افسردگی متوسط و ۱ درصد افسردگی شدید. شایع‌ترین علایم افسردگی به ترتیب شامل کاهش انرژی، کاهش میل جنسی، عدم رضایت از خود، عدم توانایی تصمیم‌گیری، احساس گناه، احساس مجازات و بی‌علاقگی نسبت به اطرافیان بوده است. میان افسردگی مادران و تحصیلات ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشته است به‌طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات مادران، افسردگی در آن‌ها کاهش می یابد.

استنتاج: میزان افسردگی در مادران کودکان مبتلا به ADHD در این مطالعه بسیار بیشتر از میزان آن در جمعیت عمومی بوده است. اگرچه میزان مادران مبتلا به افسردگی در گروه گیرنده درمان برای اختلال بیش فعالی و نقص توجه، کمتر بوده است ارتباط معنی‌دار آماری میان مصرف دارو در کودکان و میزان افسردگی در مادران آن‌ها یافت نشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی مادران، ADHD، شیوع

مقدمه

بیش‌فعالی و نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است که ۱۰-۸ درصد از کودکان سنین مدرسه را گرفتار می‌کند. بیش‌فعالی و نقص توجه الگوی پایدار نقص توجه و بیش‌فعالی است که شدیدتر و

مولف مسئول: عارفه شفاعت- ساری: کیلومتر ۵ جاده نکا، مرکز آموزشی درمانی زارع، بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران E-mail: Shafaat_arefeh@yahoo.com

تاریخ دریافت : ۹۰/۳/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۹۰/۷/۱۲ تاریخ تصویب : ۹۰/۹/۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

شایع‌تر از آن است که در کودکان با رشد مشابه دیده می‌شود(۱) علایم اصلی این اختلال شامل بیش فعالی، نقص توجه و تکانشگری می‌باشد که هر کدام بسته به شرایط سنی کودک می‌تواند بارزتر باشد(۲) این بیماری روی عملکرد کودکان در خانواده، اجتماع و مدرسه تأثیر سوء گذاشته و باعث واکنش منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می‌شود. این رفتارها مشکلات جدی برای کودک ایجاد کرده و باعث کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌کفایتی، اختلالات ارتباطی، اضطراب و افسردگی و بزهکاری می‌شود(۳).

پیش آگهی این اختلال در کودکی به میزان آسیب روانی همراه، به‌خصوص اختلال سلوک و ناتوانی اجتماعی و عوامل مربوط به خانواده بستگی دارد. بهترین نتایج ممکن است با بهبود عملکرد اجتماعی کودک، کاهش پرخاشگری و اصلاح هر چه سریع‌تر شرایط خانوادگی به‌دست آید(۴).

براساس تحقیقات انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت ۲۰ درصد زنان جمعیت عمومی در کشورهای در حال توسعه دچار افسردگی هستند(۵). همچنین طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت میزان اختلالات روانی در زنان ایرانی۲۶ درصد می‌باشد(۶). بر اساس گزارش وزارت بهداشت و درمان میزان افسردگی در زنان ایرانی بیش از ۲۲ درصد می‌باشد(۷). در حالی که در مطالعه Mccormick LH (۱۹۵۵) شیوع افسردگی ماژور و مینور در بیماران بدون فرزند مبتلا به بیش فعالی به ترتیب ۶-۴ درصد و ۱۴-۶ درصد است، در حالی که شیوع آن در مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه ۱۷/۹ درصد برای افسردگی ماژور و ۲۰/۵ درصد در افسردگی مینور است(۸).

در مطالعه غنی‌زاده و همکاران، کوموربیدیتی اختلالات روان‌پزشکی در والدین و کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه سنجیده شد. در این پژوهش اختلالات خلقی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی بوده است که میزان افسردگی ماژور در مادران ۴۸/۱ درصد و در پدران ۴۳ درصد بوده است(۹) در مطالعه دیگری در تایلند افسردگی در مادران این کودکان ۳۰/۶۲ درصد افسردگی متوسط و ۴ درصد افسردگی شدید گزارش شده است. در مطالعه SUANNE و همکاران(۱۰) افسردگی و سایر اختلالات سایکولوژیک به میزان بیش‌تری در خانواده‌هایی با فرزندان مبتلا به بیش‌فعالی در مطالعات دیگری نیز گزارش شده است(۹، ۱۳-۱۱).

خانواده‌های کودکان مبتلا به این اختلال استرس بیشتری را تحمل می‌کنند(۱۴) و ارتباط متقابل بین والدین و فرزندان نسبت به خانواده‌های دیگر بیشتر دچار اختلال می‌باشد. بسیاری از مادران از روش‌های پرخاشگرانه برای کنترل این کودکان استفاده می‌کنند(۱۵) افسردگی مادران استفاده از روش‌های تنبیهی، به‌خصوص نوع جسمی آن را در این کودکان افزایش می‌دهد(۱۶). ارزیابی و درمان افسردگی مادران می‌تواند نقش مهمی در درمان این کودکان و بهبود پیش‌آگهی بیماری برعهده داشته باشد. دیده شده افسردگی مادر پیشگویی کننده‌ی مسائل سلوک در این کودکان است. افسردگی مادر یک عوامل خطر می‌باشد و آموزش فرزند پروری مثبت زودرس به مادران یکی از عوامل محافظتی برای جلوگیری از شکل‌گیری مسائل اختلال سلوک در این کودکان است(۱۷) ارزیابی و مدیریت افسردگی مادران می‌تواند نقش مهمی در درمان این کودکان بر عهده داشته باشد به عبارت دیگر با تشخیص زودرس افسردگی مادران می‌توان از بروز مشکلات بیشتر و اختلالات رفتاری در این کودکان جلوگیری کرد. مطالعه فوق مشکل موردنظر را از دیدگاه اپیدمیولوژیک مورد ارزیابی قرارداده است زیرا اطلاعات اندکی در این زمینه وجود دارد. تنها مطالعه در ایران مربوط به پژوهش غنی‌زاده و همکارانشان می‌باشد که مجموعه اختلالات روان‌پزشکی را در والدین کودکان مبتلا به اختلال فوق ارزیابی نموده‌اند،که البته در مطالعه ایشان کودکان مبتلا، اختلالات روان‌پزشکی دیگری را نیز به‌طور هم‌زمان داشته‌اند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

مطالعه فوق صرفاً به افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه که کمبود دیگری نداشته‌اند، پرداخته است.

هدف از این مطالعه تعیین شیوع علایم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در ایران می‌باشد. تا بتوان بزرگی مشکل را تخمین زده و برای مقابله با آن راهکارهای مناسب در نظر گرفت.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی می‌باشد در این تحقیق گروه‌های نمونه‌ی پژوهش و جامعه‌ی مورد مطالعه شامل مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه بوده که جهت درمان فرزندان خود به کلینیک روان‌پزشکی اطفال مراجعه کرده‌اند. حجم نمونه، بر اساس مطالعات گذشته ۱۰۰ مورد در نظر گرفته شده است. در این مطالعه از ۳ پرسشنامه جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد.

پرسشنامه‌ی(Conner's parent rating scale-revised) که برای تأیید تشخیص بیش فعالی و نقص توجه در این مطالعه از فرم کوتاه و تجدید نظر شده‌ی آن استفاده شد. مجموع پرسش‌هایی که در پرسشنامه‌ی کانرز والدین وجود داشته شامل ۲۷ سؤال بوده که در پاسخ به آن‌ها چهار گزینه وجود داشته است. (۰) اصلاً درست نمی‌باشد، (۱) به‌ندرت درست است، (۲) اغلب درست است و (۳) کاملاً درست است.

۲- پرسشنامه بک جهت تعیین علایم افسردگی در مادران انتخاب شد نمرات تعیین شده بین ۰ و ۶۳ بود. نوع افسردگی بر اساس نمره‌ی بک به صورت زیر بوده است نمره ۱۸- ۹ جهت افسردگی خفیف، نمره ۲۹- ۱۹ جهت افسردگی متوسط و نمره ۶۳- ۳۰ جهت افسردگی شدید.

۳- اطلاعات دموگرافیک کودکان، سابقه درمان دارویی و در مورد مادران سن و سطح تحصیلات، توسط پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود جمع‌آوری گردید.

در ابتدا کودک توسط روان‌پزشک کودک و نوجوان ویزیت شد و تشخیص اختلال براساس DSM-IV-TR صورت گرفت، سپس درصورت عدم دارا بودن معیارهای خروج از طرح وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل هم ابتلایی در محور I,II,III ، عقب ماندگی‌ذهنی یا هوش مرزی در کودک وخانواده‌ی تک والدین بوده است.

پس از توضیح راجع به طرح تحقیقاتی برای مادران کودکان و کسب رضایت از آن‌ها وارد طرح شدند. در ابتدا پرسشنامه‌ی کانرز والدین ۲۷ سؤالی توسط مادر تکمیل شد، سپس پرسشنامه‌ی بک ۲۱ سوالی توسط مادر با توجه به علایم دریک ماه اخیر تکمیل شد. ارزیابی و نمره‌گذاری و تفسیر پرسشنامه‌های تکمیل شده‌ی کانرز توسط مؤسسه‌ی علوم شناختی انجام شده است.

اطلاعات پس از ارزیابی نتیجه‌ی پرسشنامه‌ها توسط نرم‌افزار SPSS آنالیز گردید و برای توصیف جمعیت از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد و برای مقایسه داده‌های کمی در دو گروه از T-test و در سه گروه از ANOVA استفاده شد. همچنین برای مقایسه داده‌های کیفی در دو گروه یا بیشتر از Chi- square و برای تعیین ارتباط داده‌های کمی از همبستگی پیرسون Person correlation استفاده شد و $p<۰/۰۵$ برای معنی‌داری نتایج در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام بوده و از مادران درخواست شد در صورت تمایل در این تحقیق شرکت کنند و پس از اخذ رضایت‌نامه از آن‌ها اطلاعات دریافت شد. اطلاعات فردی پرسشنامه پس از تکمیل کاملاً محرمانه ماند.

یافته ها

۸۱ درصد از کودکان شرکت‌کننده در این مطالعه پسر و ۱۹ درصد دختر بودند (جدول شماره ۱).

متوسط سن کودکان پسر ۷/۸۱ با انحراف معیار ۲ و متوسط سن دختران ۸/۳۱ با انحراف معیار ۲/۲ بوده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

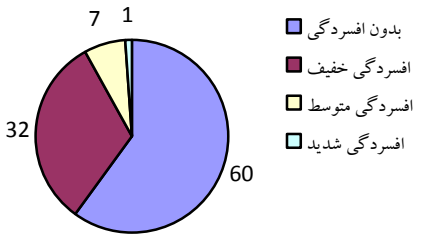
است. کمترین سن در گروه کودکان ۳ سال و بالاترین آن نیز ۱۲ بود. میانگین سنی مادران ۳۳/۱ با انحراف معیار ۵/۱ کمترین سن مادران در این نمونه آماری ۲۱ سال و بیشترین آن ۵۰ سال بوده است. بیشترین درصد فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم با ۵۶ درصد و کمترین فراوانی مربوط به بالاتر از دیپلم با ۲۱ درصد بوده است. همچنین ۲۳ درصد از مادران دارای مدرک زیر دیپلم بوده‌اند (جدول شماره۱). ۳۸ درصد کودکان مورد مطالعه تحت درمان جهت بیش فعالی بودند و ۶۲ درصد هم تحت درمان دارویی نبودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی های دموگرافیک گروهای مورد مطالعه

	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنس کودکان	پسر	۸۱	۸۱
	دختر	۱۹	۱۹
سن کودکان	۵-۳ سال	۸	۸
	۸-۶ سال	۶۱	۶۱
	۱۲-۹ سال	۳۱	۳۱
سن مادران	۳۰- ۲۰	۳۴	۳۴
	۴۰- ۳۱	۵۸	۵۸
	۵۰- ۴۱	۸	۸
مصرف دارو جهت بیش فعالی	دارد	۳۸	۳۸
	ندارد	۶۲	۶۲
سطح تحصیلات مادران	زیردیپلم	۲۳	۲۳
	دیپلم	۵۶	۵۶
	لیسانس	۲۱	۲۱

با توجه به نمره‌گذاری بک، ۴۰ درصد از مادران از درجات مختلف افسردگی رنج می‌برند، که از این میزان ۳۲ نفر دارای افسردگی خفیف و ۷ نفر دارای افسردگی متوسط و ۱ نفر دارای افسردگی شدید بوده‌اند. شایع‌ترین نوع افسردگی، افسردگی خفیف بوده است (نمودار شماره ۱).

متوسط نمره بک برای افسردگی مادران ۹/۰۸ با انحراف معیار ۷/۷ بوده است. کمترین نمره بک ۰ و بیشترین آن ۴۸ بود. میانگین سنی مادران در گروه افسرده ۳۳/۹ با انحراف معیار ۵/۴ بوده و در گروه غیر افسرده ۳۲/۱ با انحراف معیار ۳/۸ بوده است که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (جدول شماره ۲).



نمودار شماره ۱: میزان افسردگی مادران

جدول شماره ۲: مقایسه مادران افسرده وغیر افسرده از نظر جنس کودک، تحصیلات مادر و درمان دارویی کودکان در شهر ساری در سال ۸۹

	مادران افسرده		مادران غیر افسرده	
میانگن سنی مادران	۵/۴ ± ۳۳/۹		۳/۸ ± ۳۲/۱	
جنس کودکان p=۰/۱۱۴	پسر	٪۳۳ N=۳۳	پسر	٪۴۸ N=۴۸
	دختر	٪۷ N=۷	دختر	٪۱۲ N=۱۲
سطح تحصیلات مادران p=۰/۰۲	زیردیپلم	٪۱۷ N=۱۷	زیردیپلم	٪۶ N=۶
	دیپلم	٪۲۸ N=۲۸	دیپلم	٪۳۸ N=۳۸
	بالای دیپلم	٪۵ N=۵	بالای دیپلم	٪۱۶ N=۱۶
درمان دارویی کودکان p=۰/۷۰۶	بدون درمان	٪۲۷ N=۲۷	بدون درمان	٪۳۵ N=۳۵
	با درمان	٪۱۳ N=۱۳	با درمان	٪۲۵ N=۲۵

بین جنسیت کودکان و افسردگی مادران ارتباط معنی‌داری وجود نداشته است (p= ۰/۱۱۴ =p).

مشخص شد که با افزایش سطح تحصیلات میزان افسردگی کاهش می‌یابد. و ارتباط بین گروه‌های دیپلم و پایین‌تر از دیپلم از نظر آماری معنی‌دار بوده است (p=۰/۰۲).

ارتباط بین میزان افسردگی و تحت درمان بودن کودکان نیز از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (p=۰/۷۰۶) (جدول شماره ۲).

شایع‌ترین علایم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی به ترتیب شامل ۱-کاهش انرژی، ۲- کاهش میل جنسی، ۳- عدم رضایت از خود، ۴- عدم قدرت در تصمیم‌گیری، ۵- احساس گناه، ۶- احساس مجازات و ۷- بی علاقگی نسبت به اطرافیان (جدول شماره ۳).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی علایم افسردگی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه در شهرستان ساری سال ۱۳۸۹

	مادران افسرده N=۴۰ تعداد (درصد)	مادران غیرافسرده N=۶۰ تعداد (درصد)	مادران افسرده و غیر افسرده N=۱۰۰ تعداد (درصد)
کاهش انرژی درفعالیت های روزانه p=۰/۰۰۱	۳ (۷۷/۵)	۲۷ (۴۵)	۵۸ (۵۸)
عدم توانایی تصمیم گیری p=۰/۰۰۱	۲۳ (۵۷/۵)	۱۲ (۲۰)	۳۵ (۳۵)
بی علاقگی نسبت به اطرافیان p=۰/۰۴۵	۱۲ (۳۰)	۱۰ (۱۶/۶)	۲۲ (۲۲)
احساس عدم رضایت ازخود p=۰/۰۰۱	۲۵ (۶۲/۵)	۱۴ (۲۳/۳)	۳۹ (۳۹)
احساس مجازات p=۰/۰۰۱	۱۷ (۴۲/۵)	۵ (۸/۳)	۲۲ (۲۲)
احساس گناه p=۰/۰۰۲	۲۲ (۵۵)	۱۴ (۲۳/۳)	۳۶ (۳۶)
کاهش میل جنسی p=۰/۰۰۱	۲۸ (۷۰)	۲۴ (۴۰)	۵۲ (۵۲)

بحث

نتایج جدول دموگرافیک بیان می‌کند که ۸۱ درصد از کودکان مورد مطالعه پسر و ۱۹ درصد نیز دختر بوده‌اند که این میزان تقریبا ۴ به ۱ می‌باشد.که این مورد مطابق با مطالعه‌ی Shin و سایر مطالعات انجام شده می‌باشد.

در این تحقیق مشخص شد که ۴۰ درصد از مادران از افسردگی رنج می‌برند که از این میزان ۳۲ نفر دچار افسردگی خفیف و ۷ نفر دارای افسردگی متوسط و ۱ نفر دچار افسردگی شدید بوده‌اند. بیشترین فراوانی در بین افسردگی‌ها مربوط به افسردگی خفیف بوده است، که این موضوع نیز مطابق با مطالعات صورت گرفته توسط Shin و Fortes بوده است. البته در این دو مطالعه درصدی برای افسردگی ذکر نشد. در مطالعه‌ای که توسط Mccormic انجام شد میزان افسردگی را در این مادران تا حدود ۱۷/۹ درصد برای افسردگی ماژور و ۲۰/۵ درصد برای افسردگی مینور گزارش کرده است. در مطالعه فوق تعداد نمونه ۵۹ مورد از کودکان مبتلا به بیش‌فعالی بود که کمتر از مطالعه‌ی حاضر بوده است. دلیل این اختلاف شاید به علت تشخیص افسردگی دردو مطالعه بوده باشد. تشخیص افسردگی در مطالعه‌ی ما بر اساس پرسشنامه‌ی بک بوده است ولی در مطالعه‌ی بیان شده بر اساس مصاحبه با مادران و معیار DSM-IV بوده است و از طرفی شاید علت این اختلاف رابابد در متفاوت بودن جوامع مورد مطالعه جستجو کرد.

در مطالعه‌ای که توسط غنی زاده و همکارانش در بیمارستان حافظ شیراز با عنوان اختلالات روان‌پزشکی در والدین کودکان مبتلا به بیش فعالی انجام شد شیوع افسردگی ۴۰/۱ درصد در مادران و ۳۴/۶ درصد در پدران محاسبه شده که این آمار منطبق با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد که می‌تواند به دلیل شباهت در عوامل مربوط به جامعه باشد. نتایج به‌دست آمده در تایلند نیز به نتایج این مطالعه نزدیک است (۳۰ درصد برای افسردگی متوسط و ۴ درصد برای افسردگی خفیف).

اختلاف آماری معنی‌داری از نظر سنی بین مادران افسرده و غیر افسرده وجود نداشته است.

میان افسردگی و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری یافت شده است، به‌گونه‌ای که با افزایش سطح تحصیلات مادران افسردگی در آن‌ها کاهش می‌یابد و افرادی که تحصیلات کمتری دارند نمره‌ی بک بالاتری را به خود اختصاص داده‌اند،که شاید به این دلیل باشد که مادران با سطح تحصیلات بالاتر با شناسایی زودرس علایم بیش‌فعالی در کودکان، مراجعه پزشکی داشته‌اند و درصدد درمان کودکان خود هستند و همچنین ممکن است از مهارت سازگاری بیشتری برخوردار بوده، مشکلات کودک را به‌عنوان یک اختلال قابل درمان می‌پذیرند و نه نشانه‌ای از بی کفایتی خود، که این به نوبه خود نقش مهمی در پیشگیری از افسردگی مادر دارد.

اگرچه میزان مادران مبتلا به افسردگی در گروه کودکان گیرنده درمان برای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کمتر بوده است اما ارتباط معنی‌دار آماری میان مصرف دارو جهت درمان اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان و میزان افسردگی در مادران یافت نشد. پس سایر عوامل دخیل در افسردگی مادران باید مورد توجه قرار گیرد و در مطالعات بیشتری به آن پرداخته شود. شاید این موضوع به داشتن فرزندی با بیماری مزمن مربوط باشد و دقیقاً با علایم اختلال بیش فعالی و نقص توجه ارتباط نداشته باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

این مطالعه نشان داد که علایم افسردگی در مادران کودکان بیش فعال بیشتر در زمینه‌ی کاهش انرژی در انجام کارهای روزانه، کاهش میل جنسی، احساس عدم رضایت از خود، عدم قدرت درتصمیم‌گیری، احساس گناه و احساس مجازات و بی‌علاقگی نسبت به اطرافیان بوده است.

بر اساس یافته‌ها و نتایج به‌دست آمده در این مطالعه، میزان افسردگی در مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی بسیار بیشتر از جمعیت عادی جامعه می‌باشد و این مادران باید تحت مراقبت‌های روتین روان‌پزشکی قرار گیرند. به طوری که معاینات و مصاحبات دوره‌ای روان‌پزشکی جهت بررسی علایم و نشانه‌های افسردگی و دیگر اختلالات روان‌پزشکی صورت گیرد تا با تشخیص و درمان به موقع بیماران از پیدایش مشکلات رفتاری و اختلالات سلوک در کودکان جلوگیری کرد از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم کم نمونه‌ی آماری اشاره کرد. همچنین برای بررسی علایم افسردگی استفاده از مصاحبه بالینی با بیماران روش با ارزش‌تری محسوب می‌شود.

۱- پیشنهاد می‌شود که برای داشتن شیوع دقیق‌تری از افسردگی مادران، مطالعه با تعداد نمونه‌ی بیشتری انجام شود.

۲- با توجه به شیوع بالای افسردگی در این مطالعه، توصیه می‌شود که غربالگری افسردگی در مادران کودکان بیش فعال در کلینیک‌ها انجام شود و درمان مادران افسرده در کنار درمان کودکانشان انجام شود. زیرا با درمان و مدیریت افسردگی در مادران می‌توان به درمان بهتری در این کودکان رسید.

۳- مطالعاتی که میزان افسردگی را در مادران فرزندان مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی و جسمی می‌سنجد، می‌تواند حقایق بیشتری را در مورد علت افسردگی این گروه مادران نشان دهد، زیرا نتایج تفاوت معنی‌داری را بین مادرانی که فرزندان آن‌ها تحت درمان بودند و آن‌هایی که تحت درمان نبوده‌اند، نشان نداده است.

References

1. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry 2003; 2(2): 104-113.
2. Kaplan & sadok. Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2007.
3. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Sahim SH, Mehrangiz L. Prevalence of ADHD in school age children. Iranhan Journal Of Pediatrcs 2007; 17(2): 211-216.
5. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. Dev Psychol 2007; 43(1): 70-82.
6. Gelder Mmayou R, Geddes J. Oxford Text Book Of Psychiatry. 1st ed. Italy: Oxford university press; 2005.
7. http://www.bavariran.com/fa/1389/07/28.
8. http://www.khabaronline.ir/news-38916.aspx.
9. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Fam Med 1995; 27(3): 176-179.
10. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Moini R. Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. J Atten Disord

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

2008; 12(2): 149-155.

11. Suwanne P, Patcharee P, Tanita P, Manus S. A Depression in Mothers of Children with ADHD. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2006; 51(3): 61.
12. Ray GT, Croen LA, Habel LA. Mothers of children diagnosed with attention-deficit/ hyperactivity disorder: health conditions and medical care utilization in periods before and after birth of the child. Med Care 2009; 47(1): 105-114.
13. Segenreich D, Fortes D, Coutinho G, Pastura G, Mattos P. Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. Braz J Med Biol Res 2009; 42(5): 465-469.
14. Lee SJ, Kwon JH, Lee YJ. Personality characteristics of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder as assessed by the Minnesota multiphasic personality inventory. Psychiatry Investig 2008; 5(4): 228-231.
15. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. M J Psychiatry 2008; 165(9): 1148-1154.
16. Shin DW, Stein MA. Maternal depression predicts maternal use of corporal punishment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Yonsei Med J 2008; 49(4): 573-580.
17. Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Pelham WE, Swanson JM, Wigal T, et al. Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. J Abnorm Child Psychol 2007; 35(5): 705-714.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]