



مقایسه‌ی سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی با گروه گواه

دکتر منصور صالحی*، محمدحسین سالاری فر**، مینا هادیان***

چکیده

هدف: در این پژوهش سلامت روانی مادران دارای کودکان دچار اختلال روانپزشکی با سلامت روانی مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی مقایسه شده است.

روش: با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس ۵۷ نفر از مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی و ۵۶ نفر از مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی انتخاب و از نظر برخی متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر هم‌تاسازی شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌کار برده شد و تحلیل داده‌ها به‌کمک تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی در خرده‌آزمون‌های نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتر از میانگین نمرات مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی است و این تفاوت در نشانگان اضطرابی بیشتر می‌باشد.

نتیجه: مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی در مقایسه با مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی از افسردگی و اضطراب بیشتر و کارکرد اجتماعی و سلامت جسمانی پایین‌تری برخوردارند.

GHQ-28

:

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین خیابان بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).
E- mail: mansalehi@yahoo.com

** کارشناس ارشد روانشناسی، تهران، خیابان نصرت شرقی، پلاک ۳۶۴، مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی توحید.

*** کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری، تهران، خیابان نصرت شرقی، پلاک ۳۶۴، مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی توحید.

وارنر^{۱۷}، ویکراماراتنه^{۱۸} و وایزمن^{۱۹} (۱۹۹۹) نیز نشان داد که دختران مادران با سابقه‌ی افسردگی، از عزت‌نفس پایین‌تری برخوردارند و احتمال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در آنان بیشتر است.

وضعیت سلامت بدنی کودک نیز بر رفتار و عملکرد مادر تأثیر می‌گذارد. در این راستا هودز^{۲۰}، گارالد^{۲۱}، روز^{۲۲} و شوارتز^{۲۳} (۱۹۹۹) در مادران کودکان دچار صرع تمایل بیشتری به ابراز پرخاشگری و خشم نسبت به فرزند مبتلا به صرع خود گزارش نمودند. استری‌سند^{۲۴} و رودریگو^{۲۵}، هوک^{۲۶}، گراهام-پل^{۲۷} و برلانت^{۲۸} (۲۰۰۰) نیز دریافتند، مادران کودکانی که نیاز به پیوند مغز استخوان دارند، برای کاهش میزان اضطراب خود، نیاز بیشتری به مشاوره و روان‌درمانی دارند.

وانس^{۲۹}، مورس^{۳۰}، جنی^{۳۱} و ایزر^{۳۲} (۲۰۰۱) گزارش نمودند که کودکان دارای زندگی دشوار، مادران افسرده‌تری دارند. شو^{۳۳}، لانگ^{۳۴} و چنگ^{۳۵} (۲۰۰۰) در پژوهشی تأثیر کودکان درخودمانده^{۳۶} را بر سلامت روانی مادران بررسی کردند و دریافتند که مادران دارای کودکان درخودمانده در مقایسه با مادران کودکان دچار سایر بیماری‌ها، استرس‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر در معرض افسردگی و اضطراب هستند.

در بحث سلامت روان، رابطه‌ی مادر و کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم تنیده می‌باشد که هر گونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می‌گذارد و این تعامل ادامه خواهد یافت. اختلال‌های روان‌شناختی مادر بر رابطه‌ی او با فرزندش تأثیر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌نماید.

به دلیل اهمیت رابطه‌ی مادر-کودک، در بسیاری از پژوهش‌ها وضعیت روان‌شناختی مادر و تأثیر آن بر کودک مورد بررسی قرار گرفته است. بوسکوئت^۱ و اگلند^۲ (۲۰۰۱) و جونز^۳، فورهند^۴، برودی^۵ و آرمی‌ستید^۶ (۲۰۰۲) در بررسی‌های خود دریافتند که وضعیت روانی مادر و دید مثبت مادرانه، اثر مهمی بر چگونگی نگهداری از کودک دارد. هامن^۷ و همکاران (۱۹۸۷) در پژوهشی دریافتند که کودکان مادران دچار اختلال خلقی (به‌ویژه اختلال خلقی یک قطبی)، به میزان بالایی تشخیص اختلال‌های روانپزشکی را دریافت کرده‌اند. زیما^۸، ولز^۹، بنجامین^{۱۰} و دوان^{۱۱} (۱۹۹۶) گزارش کردند که مادران دارای اختلال روانپزشکی، به‌طور معنی‌داری بیشتر از مادران بدون اختلال، کودکانی با مشکلات رفتاری یا افسردگی خواهند داشت.

ولنر^{۱۲} و رایس^{۱۳} (۱۹۸۸) تأثیر افسردگی والدین را بر کودکان سنین مدرسه مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان دادند که افسردگی مادر و می‌بارگی پدر با افزایش احتمال افسردگی در کودک رابطه دارد. افزون بر آن، می‌باره‌بودن مادر و طلاق والدین، به‌طور معنی‌داری با اختلال سلوک در فرزندان ارتباط داشت. راتر^{۱۴} و کویتون^{۱۵} (۱۹۸۴) اختلال روانپزشکی پدر و مادر و تأثیر آن را بر کودکان در یک پژوهش چهار ساله‌ی آینده‌نگر، مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی این بود که کودکان بیماران دچار اختلال‌های روانپزشکی دامنه‌ی گسترده‌ای از هیجان مداوم و اختلال‌های رفتاری دارند. بررسی میلی^{۱۶}،

1- Bosquet	2- Egeland
3- Jones	4-Forehand
5- Brody	6- Armistead
7- Hammen	8-Zima
9- Wells	10- Benjamin
11- Duan	12-Welner
13- Rice	14- Rutter
15- Quinton	16- Miller
17-Warner	18-Wickramaratne
19-Weissman	20-Hodes
21- Garralda	22-Rose
23- Schwartz	24- Streisand
25-Rodrigue	26-Houck
27- Graham-Pole	28- Berlant
29-Vance	30- Morse
31- Jenney	32- Eiser
33- Shu	34- Lung
35- Chang	36- autistic

نظر به اهمیت وضعیت روان شناختی مادر در سلامت روانی کودک و کمک به ارتقای سطح سلامت مادران، آگاهی از سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی ضرورت دارد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی میزان سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی با مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی است.

این بررسی از نوع پژوهش‌های توصیفی-مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۵۷ نفر از مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی در محور I یا II (DSM-IV)^۱ بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روانپزشکی مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توحید انتخاب شده‌اند. این افراد برپایه‌ی نظریه‌ی روانپزشک و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV دچار اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده‌اند. توزیع فراوانی کودکان دچار اختلال‌های روانپزشکی برحسب گروه سنی و جنس در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی کودکان دچار اختلال روانپزشکی برحسب سن و جنس

جنس	گروه سنی (سال)		
	۱۱-۱۵	۶-۱۰	۱۶-۲۰
دختر	۱۰	۱۴	۱۱
پسر	۷	۹	۶
جمع	۱۷	۲۳	۱۷

۵۶ نفر از مادران کودکان بدون شکایت روان‌شناختی که سابقه‌ی مراجعه به روانپزشک نداشتند نیز به‌عنوان گروه گواه به روش در دسترس انتخاب شدند. این گروه از مادران از مراجعه‌کنندگان به بخش بینایی‌سنجی مرکز یادشده انتخاب و از نظر برخی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن و میزان تحصیلات) با مادران گروه اول هم‌تاسازی شدند. هیچ‌یک از مادران دو گروه به تشخیص روانپزشک دارای علائمی از پسیکوز نبودند. ابزار پژوهش در این بررسی فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)^۲ بود که توسط گلدبرگ^۳ و هیلیر^۴ (۱۹۷۹) معرفی شده است. این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس فرعی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی) است.

چونگ^۵ و اسپیرز^۶ (۱۹۹۴)، به نقل از نور بالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، (۱۳۸۰) پایایی و روایی GHQ-28 را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که این پرسش‌نامه می‌تواند با حساسیت ۸۲/۸٪ و ویژگی ۸۷/۵٪ در ۸۵٪ موارد، اختلال روانپزشکی (به‌جز پسیکوز) را به درستی تشخیص دهد و ضریب پایایی آن را به روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۵ گزارش نمودند. هم‌چنین پالاهنگ، نصر اصفهانی، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۵)، ضریب پایایی آن را ۰/۹۱ محاسبه نمودند.

به منظور مقایسه‌ی وضعیت روان شناختی دو گروه از مادران، روش نمره گذاری لیکرت (۳-۲-۱-۰) به‌کار گرفته شد. گردآوری داده‌ها با تکمیل پرسش‌نامه به‌صورت انفرادی توسط مادران و با نظارت دو نفر کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری و روانشناسی انجام شد. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس چند متغیره^۷ بهره گرفته شد.

توزیع فراوانی کودکان دچار اختلال‌های روانپزشکی برحسب نوع اختلال در جدول ۲ ارائه گردیده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

2- General Health Questionnaire-28

3- Goldberg 4- Hillier

5- Cheung 6- Spears

7- Multivariate ANOVA

میانگین نمرات مادران کودکان دارای اختلال در محور I یا II بالاتر از مادران کودکان بدون شکایت روان‌شناختی است.

جدول ۳- اطلاعات تحلیل واریانس تأثیر متقابل گروه‌ها در مقیاس‌های فرعی و نمره‌ی کلی GHQ

متغیر	آزمون f	سطح معنی‌داری
نشانگان جسمانی	۷/۰۷	۰/۰۰۱
نشانگان اضطرابی	۲۴/۶۱	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	۲۳/۱۹	۰/۰۰۱
نشانگان افسردگی	۱۶/۶۹	۰/۰۰۱
نمره کلی	۳۰/۵۶	۰/۰۰۱

افزون بر آن، ضرایب تبیین^۱ به‌دست آمده برای هر یک از خرده‌آزمون‌ها به شرح زیر بود:

نشانگان جسمانی ۰/۰۵۱، نشانگان اضطرابی ۰/۱۷۴، کارکرد اجتماعی ۰/۱۶۵، نشانگان افسردگی ۰/۱۲۳ و نمره‌ی کلی GHQ ۰/۲۰۹. با توجه به این یافته‌ها، بالاترین ضرایب تبیین مربوط به خرده‌آزمون‌های اضطراب و کارکرد اجتماعی است.

در این پژوهش، سلامت روان مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی در محور I یا II با مادران کودکان بدون شکایت روان‌شناختی مقایسه شد. یافته‌های به‌دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیره گویای آن است که تفاوت دو گروه از مادران در نمره‌ی کلی GHQ از نظر آماری معنی‌دار است ($p < ۰/۰۰۱$). به بیان دیگر این گروه از مادران از نظر سلامت روان با گروه دیگر تفاوت داشته و از سطح سلامت روانی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند. این یافته با یافته‌های پژوهش مطلع (۱۳۸۲) مبنی بر بالا بودن میزان

می‌دهد بیشترین درصد کودکان دارای اختلال روانپزشکی، دچار اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه بوده‌اند. این بررسی نشان داد که میانگین نمره‌های مادران دارای فرزندان دچار اختلال، در خرده‌آزمون‌های نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتر از مادران کودکان بدون شکایت روان‌شناختی است. این تفاوت در نشانگان جسمانی، ۲/۰۳، در نشانگان اضطراب، ۳/۶۶، در کارکرد اجتماعی، ۲/۵۶ و در نشانگان افسردگی، ۲/۹۷ است. بنابراین بزرگترین تفاوت در نشانگان اضطرابی دیده شد و تفاوت میانگین‌های دو گروه در نمره‌ی کلی برابر ۱۱/۲۲ بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی کودکان دچار اختلال روانپزشکی برحسب نوع اختلال

نوع اختلال	فراوانی (%)
بیش‌فعالی و کمبود توجه	۱۷ (۲۹/۸)
وسواسی- اجباری	۱۱ (۱۹/۳)
افسردگی	۱۲ (۲۱/۱)
اضطرابی	۱۱ (۱۹/۳)
سلوک	۴ (۷/۰)
تیک	۱ (۱/۸)
درخودماندگی	۱ (۱/۸)

برای بررسی تفاوت نمرات به‌دست آمده در دو گروه، داده‌های به‌دست آمده با کمک تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل گردید و تفاوت معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۱$ و $F=۱۰/۱۵$) در دو گروه از مادران کودکان دچار اختلال در محور I یا II و مادران کودکان بدون شکایت روان‌شناختی دیده شد.

تحلیل تأثیر متقابل گروه‌ها در مقیاس‌های فرعی GHQ و نمره‌ی کلی (جدول ۳) نشان داد که تفاوت میان آزمودنی‌های دو گروه یاد شده در نمره‌ی کلی مقیاس و چهار خرده‌آزمون آن معنی‌دار است و

1- explained-coefficient

اختلال‌های روانپزشکی (اختلال عملکرد اجتماعی، اختلال اضطرابی، اختلال شکایت‌های بدنی و اختلال افسردگی) در مادران کودکان مبتلا به ADHD هم‌خوانی داشته و نیز هم‌سو با یافته‌های گوت‌مانسون^۱ و توماسون^۲ (۲۰۰۲) است که مادران کودکان دچار اختلال‌های روانپزشکی را دارای کیفیت زندگی پایین‌تری دانسته و شیوع اختلال‌های روانپزشکی را در آنان بالاتر گزارش نموده‌اند.

تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که این دو گروه از مادران در خرده آزمون نشانگان اضطراب از نظر آماری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($p < 0/001$). به بیان دیگر مادران کودکان دچار اختلال روانپزشکی در مقایسه با مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی از اضطراب بیشتری برخوردارند. ضریب تبیین محاسبه شده برای نشانگان اضطراب برابر ۰/۱۷۴ است. این یافته، با یافته‌های شو و همکاران (۲۰۰۰) مبنی بر تجربه‌ی بیشتر استرس در مادران کودکان در خودمانده در مقایسه با مادران دارای کودکان مبتلا به سایر بیماری‌ها و بالاتر بودن سطح اضطراب و افسردگی در آنان، هم‌خوانی دارد. هم‌چنین با یافته‌های پژوهش لاس^۳، هرسن^۴، کازدین^۵، فرانسیس^۶ و گراب^۷ (۱۹۸۷) که نشان می‌دهد نزدیک به ۸۳٪ از مادران کودکان دچار اختلال اضطراب جدایی یا اضطراب شدید، در طول زندگی خود سابقه‌ی یک اختلال اضطرابی را داشته و بیشتر از نیمی از آنان (۵۷٪) به هنگام مراجعه برای مشکل فرزندشان، دارای یک اختلال اضطرابی بوده‌اند، هماهنگی دارد.

تفاوت نمرات مادران کودکان دچار اختلال با مادران کودکان بدون شکایت روان شناختی در زمینه‌ی کارکرد اجتماعی از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/001$) و ضریب تبیین محاسبه شده برای این نشانگان ۰/۱۶۵ است. به بیان دیگر، مادران کودکان دچار اختلال، از سطح کارکرد اجتماعی پایین‌تری برخوردارند. در این زمینه می‌توان به یافته‌های پژوهش مک‌لوید^۸، جایاراتنه^۹، سبالو^{۱۰} و بورکوئز^{۱۱} (۱۹۹۴)

اشاره کرد. آنان نشان دادند که بی‌کار شدن مادر، باعث افسردگی وی و تنبیه بیشتر نوجوان می‌گردد. از سوی دیگر وجود حمایت اجتماعی باعث کاهش افسردگی مادر، کاهش تنبیه نوجوان و ایفای بهتر نقش مادری می‌شود. افزون بر این، با توجه به پژوهش مافسون^{۱۲}، آیدالا^{۱۳} و وارنر (۱۹۹۴) مبنی بر نقش مداخله‌ی درمانی در عملکرد اجتماعی والدین و کاهش احتمال بروز اختلال عملکرد در کودکان می‌توان گفت که توجه به کارکرد اجتماعی والدین، به‌ویژه مادران ضرورت دارد.

این پژوهش نشان داد که مادران کودکان دچار اختلال با مادران کودکان بدون شکایت روان‌شناختی، در نشانگان افسردگی از نظر آماری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($p < 0/001$). به بیان دیگر مادران کودکان دچار اختلال از افسردگی بیشتری برخوردار بوده‌اند. این یافته با یافته‌های وانس و همکاران (۲۰۰۱) که مادران دارای کودکان با کیفیت زندگی پایین‌تر را افسرده‌تر گزارش نموده‌اند، و نیز با یافته‌های پژوهش ولتر و رایس (۱۹۸۸) که به ارتباط افسردگی مادر با افسردگی کودک اشاره کرده‌اند، هم‌خوانی دارد. هم‌چنین با نتایج پژوهش حبرانی (۱۳۸۰) که شایع‌ترین آسیب‌شناسی روانی را در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD به ترتیب، افسردگی والدین (۴۶٪) و اختلال‌های اضطرابی (۲۵٪) گزارش نموده‌اند، هماهنگی دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌ها (برای نمونه برسلا^{۱۴}، دیویس^{۱۵} و پرابوکی^{۱۶}، ۱۹۸۷؛ وایزمن و جنسن^{۱۷}، ۲۰۰۲؛ موری^{۱۸}، ولگار^{۱۹}،

- | | |
|------------------|--------------|
| 1- Guethmundsson | 2- Tomasson |
| 3- Last | 4- Hersen |
| 5- Kazdin | 6- Francis |
| 7- Grubb | 8- Mcloyd |
| 9- Jayaratne | 10- Ceballo |
| 11- Borquez | 12- Mufson |
| 13- Aidala | 14- Breslau |
| 15- Davis | 16- Prabucki |
| 17- Jensen | 18- Murray |
| 19- Woolgar | |

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Bosquet, M., & Egeland, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: implications for attachment-based interventions. *Human Development*, 3, 173-199.

Breslau, N., Davis, G. C., & Prubucki, K. (1987). Searching for evidence on the validity of generalized anxiety disorder: psychopathology in children of anxious mothers. *Psychiatry Research*, 20, 285-297.

Coverley, C. T., Garralda, M. E., & Bowman, F. (1995). Psychiatric intervention in primary care for mothers whose school children have psychiatric disorder. *British Journal of General Practice*, 45, 235-237.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.

Guethmundsson, O. O., & Tomasson, K. (2002). Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nord Journal of Psychiatry*, 56, 413-417.

Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness, and stress: Risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 736-741.

Hodes, M., Garralda, M. E., Rose, G., & Schwartz, R. (1999). Maternal expressed emotion and adjust-

کوپر^۱ و هیپول^۲، (۲۰۰۱) مبنی بر احتمال بیشتر بروز اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در مادران کودکان افسرده و نقش مداخله‌های روانپزشکی به‌صورت آموزش بهداشت روانی (اصغر نژاد فرید، ۱۳۷۷)، گروه درمانی (مک‌نامی^۳، لیپمن^۴ و هیکز^۵، ۱۹۹۵) و حتی آموزش یک جلسه‌ای به مادران (کوورلی^۶، گارالدا و بومن^۷، ۱۹۹۵) در کاهش استرس، افزایش اعتماد به نفس و عملکرد بهینه‌ی خانواده، می‌توان گفت که برنامه‌های آموزشی برای کاهش اثر اختلال‌های روانی مادران و کودکان بر سلامت روانی یکدیگر ضرورت دارد. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده با کنترل بیشتر متغیرهای مخدوش‌کننده و در سطحی گسترده‌تر سلامت روان این دو گروه از مادران با یکدیگر بررسی و مقایسه شود.

بدین وسیله از همکاری کارکنان مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توحید و کلینیک مرکزی توحید قدردانی می‌نمایم.

اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۷). *بررسی اثربخشی مداخلات بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران*. پایان‌نامه‌ی دکترای روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

پالاهنگ، حسن؛ نصرافهانی، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۱۹-۲۷.

حیرانی، پریا (۱۳۸۰). *تعیین الگوی ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی در خانواده کودکان مبتلا به ADHD*. پایان‌نامه‌ی دکترای فوق تخصصی روانپزشکی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

مطعم، عارفه (۱۳۸۲). *بررسی فراوانی اختلال‌های روانپزشکی در مادران کودکان مبتلا به ADHD*. پایان‌نامه‌ی دکترای تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

1-Cooper
3- McNamee
5- Hicks
7- Bowman

2- Hipwell
4- Lipman
6- Coverley

- ment in children with epilepsy. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40, 1083-1093.
- Jones, D.J., Forehand, R., Brody, G.H., & Armistead, L. (2002). Positive parenting and child psychosocial adjustment in inner-city single-parent African-American families. The role of maternal optimism. *Behavior Modification*, 26, 464-481.
- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A.E., Francis, G., & Grubb, H.J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580-1583.
- McLoyd, V.C., Jayaratne, T.E., Ceballo, R., & Borquez, J. (1994). Unemployment and work interruption among African American single mothers: Effects on parenting and adolescent socioemotional functioning. *Child Development*, 65, 562-589.
- McNamee, J.E., Lipman, E.L., & Hicks, F. (1995). A single mothers' group for mothers of children attending an outpatient psychiatric clinic: preliminary results. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 383-388.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., & Weissman, M. (1999). Self-esteem and depression: ten years follow-up of mothers and offspring. *Journal of Affective Disorders*, 52, 41-49.
- Mufson, L., Aidala, A., & Warner, V. (1994). Social dysfunction and psychiatric disorder in mothers and their children. *Journal of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*, 33, 1256-1264.
- Murray, L., Woolgar, M., Cooper, P., & Hipwell, A. (2001). Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42, 891-897.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Shu, B.C., Lung, F.W., & Chang, Y.Y. (2000). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 16, 308-314.
- Streisand, R., Rodrigue, J.R., Houck, C., Graham-Pole, J., & Berlant, N. (2000). Brief report: parents of children undergoing bone marrow transplantation: documenting stress and piloting a psychological intervention program. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 331-337.
- Vance, Y.H., Morse, R.C., Jenney, M.E., & Eiser, C. (2001). Issues in measuring quality of life in childhood cancer: measures, proxies, and parental mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42, 661-667.
- Weissman, M.M., & Jensen, P. (2002). What research suggests for depressed women with children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 641-647.
- Welner, Z., & Rice, J. (1988). School-aged children of depressed parents: a blind and controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 15, 291-302.
- Zima, B.T., Wells, K.B., Benjamin, B., & Duan, N. (1996). Mental health problems among homeless mothers: relationship to service use and child mental health problems. *Archives of General Psychiatry*, 53, 332-338.