

بررسی اختلالات کاستی توجه - بیش فعالی، نافرمانی و سلوک در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی

دکتر فرشید شمسایی^۱، هما اوژن^۲، دکتر لیلا جهانگرد^۳، مریم دهقانی^{۴*}، دکتر علیرضا سلطانیان^۵

- ۱- مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۳- مرکز اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۴- کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۵- مرکز تحقیقات مدلسازی بیماریهای غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۹۳/۹/۴

دریافت: ۹۳/۷/۱

چکیده:

مقدمه: ابتلا والدین به بیماری اختلال دوقطبی، عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان را مختل و بر سلامت جسمی و روانی کودکان آنان اثر گذاشته و کودکان را در معرض خطر آسیب‌های روانی قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه مقایسه اختلال کاستی توجه - بیش فعالی، اختلال نافرمانی و اختلال سلوک کودکان سن دبستانی والدین مبتلا به اختلال دوقطبی با والدین سالم می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی از نوع تحلیلی، ۶۲ کودک دبستانی با والد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و ۶۲ کودک دبستانی با والدین سالم با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. محیط پژوهش مرکز آموزشی- درمانی فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۲ بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد علائم مرضی کودک نسخه مربوط به والدین و پرسشنامه اختلالات خلقی بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار *SPSS/18* با استفاده از آزمون‌های کلموگروف- اسمیرنوف، تی دو نمونه مستقل و کای اسکور تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات گروه مطالعه در اختلالات کاستی توجه- بیش فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک بطور معناداری متفاوت از میانگین نمرات گروه شاهد بود ($p < 0/001$).

نتیجه نهایی: یافته‌ها نشان داد که کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی در معرض آسیب‌های روانی متعددی از جمله اختلالات کاستی توجه- بیش فعالی، سلوک و نافرمانی مقابله‌ای قرار دارند. لذا نیاز به مراقبت، درمان و پیگیری بیشتری دارند.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش فعال - کمبود توجه / اختلال دوقطبی / اختلالات روانی / اختلالات سازگاری

مقدمه:

رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری- های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (۲). از جمله اختلال‌های رفتاری، اختلال کاستی توجه- بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. اختلال کاستی توجه- بیش فعالی، یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روان

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی، همراه‌اند. محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند (۱). اختلال‌های

* نویسنده مسئول: مریم دهقانی؛ کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
Email: Maryamd.2010@Gmail.com

انجام شده نشان‌دهنده این امر است که مشکلات رفتاری والدین بر سلامت روانی کودکان تاثیر گسترده‌ای دارد و اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد، به بیان دیگر هر چقدر مشکلات روانی والدین شدیدتر باشد، ظهور اختلالات رفتاری کودکان نیز سریع‌تر خواهد بود (۱۵). دستیابی به جامعه سالم در گروه سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است (۱۶). برخی از یافته‌ها بر اهمیت سلامت روان مادران بر بهزیستی کودک تاکید می‌کنند و چنین بیان می‌نمایند که تعامل منفی بین بیماری‌های والدین و کودکان احتمالاً زمانی است که والدین و کودکان اختلال مشابهی دارند و بیماری روانی یکی از والدین احتمال ابتلاء کودک به بیماری‌های روانی را افزایش می‌دهد (۱۷).

بسیاری از بیماران روانی از نقصهای عمده‌ای در توانایی‌های شناختی، هیجانی و حتی فیزیکی در رنج هستند. یکی از این بیماری‌ها اختلال دوقطبی است که با اختلال در عملکردهای شخصی، شغلی و اجتماعی، قادر به ایفای نقشهای والدی خود نیستند و کودکان چنین بیمارانی در معرض آسیبهای متعددی قرار می‌گیرند (۱۸). این بیماری نه تنها برای خود بیمار ایجاد استرس و نگرانی می‌کند، بلکه خانواده فرد بیمار را نیز دچار نگرانی و گاه آشفتگی‌های شدیدی می‌نماید (۱۹). در این میان کودکان و نوجوانان بیش از سایر جمعیت آسیب پذیر هستند، اما بسیار کمتر از بزرگسالان از حمایت و مراقبت‌های لازم برخوردارند (۲۰). در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران به جمعیت‌های در معرض خطر، مانند کودکان و نوجوانان با والدین مبتلا به اختلال دوقطبی و خطر ابتلاء به اختلالات روانپزشکی در آنان متمرکز شده است (۲۱-۲۴). اثرات روانی-اجتماعی ابتلاء به اختلال دوقطبی در والدین در کنار استعداد ژنتیکی، می‌تواند خطر ابتلاء به اختلالات روانی و مشکلات رفتاری را در فرزندان کودک و نوجوان این افراد تا دو برابر افزایش دهد (۲۲). هنین و همکاران (۲۰۰۵) اعلام نمودند که فرزندان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بطور معناداری نسبت به گروه سالم دارای اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اختلالات رفتاری و فوبیای اجتماعی می‌باشند (۲۵). بر اساس مطالعات گارسیا آمادور و همکاران (۲۰۱۲)، در حدود نیمی

پزشک و مشاور اطفال است و علائم نامناسبی مانند کاستی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری دارد (۳). در صورت ناشناخته ماندن این اختلال عوارضی چون شکست تحصیلی، طرد از سوی همسالان و رشد نایافتگی عزت نفس در کودک مبتلا پیش خواهد آمد؛ بنابراین، نکته قابل توجه این است که اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی باید بموقع شناسایی و قبل از تضعیف عملکرد تحصیلی کودک تشخیص داده شود (۴). اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوعی اختلال شایع روانپزشکی است که حداکثر تا اوایل نوجوانی با الگوی رفتاری مکرر منفی‌گرایانه خصومت و لجبازی در برابر مظاهر قدرت، مشخص می‌شود و دست کم باید ۶ ماه ادامه داشته باشد (۵). اختلال سلوک، مجموعه‌ای از رفتارهای ضداجتماعی پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است (۶). تخمین زده شده است که اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی در ایالات متحده ۵- ۳/۵ درصد از کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۷). در واقع طبق نتایج مرکز کنترل بیماری‌ها در ایالات متحده، برای تقریباً ۴/۴ میلیون نفر از کودکان ۱۷- ۴ ساله تشخیص این اختلال داده شده است (۸). ویکس - نلسون و ایزرائیل (۲۰۰۳) میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین کودکان و نوجوانان را در مورد اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه ۳ تا ۵ درصد، لجبازی و نافرمانی ۵ تا ۱۰ درصد، و اختلال سلوک را ۱ تا ۱۶ درصد، گزارش کرده‌اند (۹). در ایران نیز پژوهشهای چندی برای تعیین میزان شیوع اختلالات رفتاری - هیجانی صورت گرفته است مهرابی (۱۳۸۴)، در پژوهشی که در شهر اصفهان انجام داد، دریافت که ۱۳/۲ درصد دانش آموزان دوره ابتدایی، دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند (۱۰). مقدم و همکاران (۱۳۸۱) نیز میزان شیوع اختلالات رفتاری را در بین دانش آموزان دبستانی شهرستان قروه، ۲۰/۴ درصد برآورد کرده‌اند (۱۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز از شایعترین اختلالات روانی رفتاری است که باشیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه، بروز می‌کند (۱۲، ۱۳). در بررسی رومزپور شیوع اختلال‌های سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی ۱۹/۸ درصد گزارش گردیده است (۱۴) همچنین مشخص شده است که ۲۱-۱۵ درصد از کودکان در سال‌های اولیه مدرسه دچار مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شوند. مطالعات

از کودکان والدین دوقطبی دارای اختلالات روانی بودند (۲۶).

در ایران نیز گزارش‌هایی مبنی بر وجود برخی اختلالات روانپزشکی در کودکان والدین دوقطبی وجود دارد. اما هنوز در زمینه خاص بروز اختلال کاستی توجه-بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان والدین دوقطبی پژوهشی صورت نگرفته است. با توجه به این نکته و با عنایت به این مهم که یافته‌های این پژوهش می‌تواند کمکی در جهت کاهش آسیب‌های وارده به خانواده بیماران دوقطبی و افزایش سمت و سوی درمان فردی متمرکز بر بیمار به سوی درمان خانوادگی متمرکز بر همه اعضای خانواده و پیشگیری از ابتلای سایر افراد، باشد. در بیشتر مطالعات انجام شده، این اختلال به طور مستقیم مورد مطالعه قرار گرفته و اثرات غیر مستقیم آن مانند تأثیرات ناشی از افراد مبتلا به این بیماری بر روی سایر افرادی که با آنها در ارتباط هستند کمتر شناخته شده است. با توجه به اینکه، مراقبت از کودکان در سن دبستان توسط پرستاران از اولویت‌های مراقبت بهداشتی در حیطه سلامت روان است و همچنین پرستاران به عنوان یکی از مهم‌ترین اعضای تیم سلامت، نقش‌های مختلفی در ارتقاء سلامت همه گروه‌های اجتماعی از جمله کودکان دارند، بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر به بررسی میزان شیوع اختلال کاستی توجه-بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان بیماران دوقطبی و مقایسه آن با گروه سالم در بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی- درمانی فرشچیان همدان می‌پردازد تا با ارائه مداخلات مناسب پرستاری برای کودکان سن دبستان در بعد بهداشت روان که یکی از نقش‌های پرستاران می‌باشد، از ابتلای آنان به اختلالات روانی در سنین بزرگسالی پیشگیری کند.

روش کار:

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی از نوع تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه کودکان سن دبستانی می‌باشد که حداقل یکی از والدین آنها از مهر تا بهمن ۱۳۹۲ به مرکز آموزشی- درمانی فرشچیان شهر همدان مراجعه کرده‌اند. نمونه پژوهش با استناد به نتایج مطالعه درخشان پور و همکاران (۱۳۸۸) (۲۷) با در نظر گرفتن فراوانی نسبی اختلالات روانپزشکی در گروه مورد

($p=0/514$) و گروه کنترل ($p=0/206$)، با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۹۰ درصد، تعداد حداقل ۱۱۲ نفر در دو گروه ۵۶ نفری محاسبه شد که برای حصول به نتایج مطمئن تر ۱۲۴ کودک سن دبستانی، شامل ۶۲ کودک والد مبتلاء به اختلال دوقطبی نوع یک و ۶۲ کودک با والد سالم، در دو گروه، به عنوان گروه مورد و شاهد انتخاب و با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه در گروه مورد شامل ۱- دارا بودن کودک سنین ۱۲-۶ ساله، ۲- ابتلای یکی از والدین به اختلال دوقطبی نوع یک بر اساس معیار تشخیصی *DSM-IV*، ۳- عدم ابتلای کودک به عقب ماندگی ذهنی، ۴- عدم ابتلای کودک به بیماری مزمن جسمی بود. معیارهای ورود به مطالعه در گروه شاهد شامل ۱- عدم وجود هرگونه سابقه اختلال روانپزشکی و مصرف داروهای روانی در والدین کودکان منتخب در این گروه ۲- دارا بودن کودک سنین ۱۲-۶ ساله، ۳- عدم ابتلای کودک به عقب ماندگی ذهنی، ۴- عدم ابتلای کودک به بیماری مزمن جسمی بود. به منظور همگن‌سازی نمونه‌های مورد مطالعه، کودکان از نظر سن، جنس و مقطع تحصیلی و والدین نیز از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات همسان سازی شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل ۳ پرسشنامه: الف- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، ب- پرسشنامه استاندارد علائم مرضی کودکان (*CSI-4*)، ج- پرسشنامه اختلالات خلقی (*MDQ*) بود.

الف) پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل اطلاعاتی در مورد مشخصات فردی کودک و والدین مانند سن، جنس، رتبه تولد کودک، مقطع تحصیلی، سطح تحصیلات والدین، وضعیت تاهل والدین، شغل والدین، نسبت فرد بیمار با کودک (مادر یا پدر)، سابقه داشتن بیماری روانی، سابقه مصرف داروی اعصاب و روان و یا بیماری دیگر، تعداد دفعات بستری در بخش روانپزشکی بود.

ب) پرسشنامه استاندارد علائم مرضی کودکان (*CSI-4*): این پرسشنامه از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلالهای روانپزشکی است که بر اساس ملاکهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین، لانی،

همکاران (۲۰۰۰) طراحی و ساخته شده است (۳۱). این پرسشنامه از سه قسمت تشکیل شده است که قسمت اول شامل ۱۳ سوال است و بیماران را از نظر علائم و نشانه‌های مانیا یا هایپومانیا در طول زندگی غربالگری می‌کند. قسمت دوم پرسشنامه (سوال شماره ۲)، وجود علائم و رفتارهای مانیا یا هایپومانیا را به طور هم‌زمان با تعیین بله/خیر مشخص می‌کند و بالاخره قسمت سوم پرسشنامه (سوال شماره ۳) سطح ایجاد اختلال موجود در عملکرد کلی را بررسی می‌کند. غربالگری توسط این پرسشنامه در صورتی مثبت تلقی می‌شود که سه مورد زیر به طور توأم وجود داشته باشد: ۱- بیمار به هفت مورد یا بیشتر از پرسش‌های قسمت اول پاسخ بلی بدهد. ۲- بیمار به پرسش شماره ۲ پاسخ بلی بدهد. ۳- بیمار به پرسش شماره ۳ پاسخ متوسط یا شدید بدهد (۳۲). در مطالعه‌ای توسط مسائلی و همکاران (۱۳۹۱)، پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آزمون کرونباخ آلفا، ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۳).

روش انجام کار: محقق با کسب مجوزهای لازم از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ریاست محترم مرکز آموزشی-درمانی فرشچیان، با هماهنگی و معرفی‌نامه دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت انتخاب گروه مورد دو بار در هفته به درمانگاه روانپزشکی، بخش‌های روانپزشکی مردان یک و دو، روانپزشکی زنان و روانپزشکی کودکان (در این مرکز در مواقع پر بودن ظرفیت تخت‌های بخش روانپزشکی زنان، برخی از این بیماران در بخش روانپزشکی کودکان بستری می‌شدند) مرکز آموزشی درمانی فرشچیان همدان مراجعه نموده، و از بین بیماران دوقطبی نوع یک که در این مرکز از مهر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۲ بستری بودند و بر اساس معیارهای تشخیصی *DSM-IV* و نظر متخصص روانپزشک، تحت درمان قرار داشتند، در صورت داشتن کودک سن دبستان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه شناسایی و انتخاب می‌شدند و سپس از والد سالم آنها که توانایی ارزیابی مناسب و جامعی از کودک را داشت دعوت به عمل می‌آمد تا در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، پس از اخذ رضایت-

یونیتات و گادو (*SLUG*) را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (*DSM-III*) تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (*DSM-III-R*) در سال ۱۹۸۷ نسخه *CSI-3R* آن نیز ساخته شد، تا اینکه *CSI-4* در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی توسط گادو و اسپیر افکین تجدید نظر شد. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر، از فرم والدین استفاده شده است. فرم والدین دارای ۹۷ سوال است که در پژوهش حاضر از گروه *A, B, C* پرسشنامه اصلی که دارای ۴۱ عبارت بصورت چهار گزینه‌ای لیکرت است، استفاده شد که سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه - بیش فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (*ODD*) و اختلال سلوک را می-سنجد.

برای پرسشنامه *CSI-4* دو روش نمره‌گذاری، شامل نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره‌گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی، طراحی شده است (۲۸). در پژوهش حاضر از شیوه نمره‌گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب=۲، بیشتر اوقات=۳) نمره‌گذاری می‌شود و سپس از حاصل جمع نمرات هر سوال نمره شدت بدست می‌آید. پرسشنامه علائم مرضی کودکان در مطالعات متعددی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است که پایایی آن ۰/۸۵ و ۰/۹۰ (۲۸، ۲۹) و میزان همبستگی درونی ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر رویی پرسشنامه با نظر پنج نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان تایید شد همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

ج- پرسشنامه اختلالات خلقی (MDQ):

در این مطالعه جهت بررسی وضعیت سلامت روانی والدین گروه شاهد از پرسشنامه استاندارد اختلالات خلقی استفاده نمودیم. پرسشنامه اختلالات خلقی، یک وسیله غربالگری مفید جهت تشخیص طیف اختلالات دوقطبی است که توسط هیرشفیلد و

مقطع تحصیلی پنجم و ششم ابتدایی (۳۸/۸٪) مشغول به تحصیل بودند. همچنین در گروه شاهد نیمی از کودکان دختر (۵۰٪)، نیمی پسر (۵۰٪)، فرزند اول یا دوم خانواده (۹۰/۳٪) و در مقطع تحصیلی پنجم و ششم ابتدایی (۳۷٪) مشغول به تحصیل بودند. در گروه مطالعه مدت شروع بیماری در والد مبتلا به اختلال دوقطبی حداقل ۱۲ ماه و حداکثر آن ۲۱۶ ماه و میانگین آن ۴۵/۲ ± ۷۸/۹ ماه، میانگین دفعات بستری ۲/۲ ± ۲/۲۴ مرتبه که بیشترین تعداد دفعات بستری یک و دو مرتبه (۳۰/۶٪) بوده است. اکثریت والدین مبتلا به اختلال دوقطبی را پدران (۵۱/۶٪) تشکیل می‌دادند. میانگین سنی والدین در گروه مطالعه ۵/۳۵ ± ۳۸/۵۸ سال و در گروه شاهد ۴/۷۱ ± ۳۶/۲۴ سال بود. از نظر سطح تحصیلات والدین، گروه مطالعه (۸/۹٪) و گروه شاهد (۵/۶٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه مطالعه اکثریت پدران شاغل (۸۳/۸٪) و اکثریت مادران خانه‌دار (۹۵/۱٪)، همچنین در گروه شاهد نیز اکثریت پدران (۹۵/۲٪) شاغل و اکثریت مادران (۹۳/۳٪) خانه‌دار بودند. فرزندان گروه مطالعه و شاهد از نظر جنس، میانگین سنی، تحصیلات همسان بودند و از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند. همچنین بین والدین مورد بررسی در دو گروه نیز از نظر جنس، میانگین سنی، شغل و تحصیلات تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۱).

با توجه به نتایج آزمون تی مستقل، میانگین اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای در کودکان با والد مبتلا به اختلال دوقطبی و والدین سالم از نظر آماری تفاوت معنادار داشتند ($p < 0/001$). میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی در گروه مورد ۱۰/۳ ± ۳۹/۵ و در گروه شاهد ۶/۱ ± ۲۶/۲، اختلال سلوک در گروه مورد ۴/۲ ± ۱۸/۲ و در گروه شاهد ۱/۱ ± ۱۵/۶، اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه مورد ۵/۷ ± ۱۸/۳ و در گروه شاهد ۳/۱ ± ۱۱/۸ بود (جدول ۲).

بحث:

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی بالاتر از کودکان والدین سالم بود.

نامه‌ی کتبی آگاهانه، پرسشنامه‌های مشخصات فردی و بررسی علائم مرضی کودکان را در حضور پژوهشگر در اتاق بخش، درمانگاه و یا در ساعات ملاقات در محوطه بیمارستان طی مدت حدود بیست دقیقه تکمیل کنند. واحدهای پژوهش در گروه شاهد که شامل کودکان سن دبستانی با والدین سالم بودند نیز از مراجعین به تمامی درمانگاه‌های جسمی مرکز آموزشی-درمانی فرشچیان شهر همدان به استثنای درمانگاه روان‌پزشکی انتخاب شدند. بدین ترتیب که با حضور در درمانگاه‌های جسمی مرکز آموزشی-درمانی فرشچیان، با والدین سالم مراجعه‌کننده به این درمانگاه‌ها در مورد پژوهش صحبت به عمل آمده و در صورتی که دارای فرزند سن دبستانی بودند و تمایل به حضور در مطالعه را داشتند، پس از اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه، سلامت روان آن‌ها توسط پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، عدم سابقه بیماری روان-پزشکی، عدم مصرف داروهای روانی و با استفاده از پرسشنامه اختلالات خلقی (MDQ) تایید گردید. بعد از تایید عدم وجود اختلال روانپزشکی در والدین، در مرحله بعد پرسشنامه علائم مرضی کودک در اختیار آنان قرار گرفت تا در حضور پژوهشگر تکمیل کنند. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS/18 تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌های کمی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با فرض برقراری نرمالیتی داده‌های جمع‌آوری شده از آزمون تی-مستقل برای مقایسه میانگین نمرات در دو گروه استفاده گردید. همچنین از آزمون کای‌اسکوئر برای بررسی معنی‌داری تفاوت توزیع فراوانی متغیر دموگرافیکی در دو گروه مطالعه و شاهد استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها:

بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه مطالعه ۱/۶ ± ۹/۶ سال و در گروه شاهد ۱/۹ ± ۹/۵ سال با دامنه تغییرات ۶ تا ۱۲ سال بود. اکثریت واحدهای پژوهش در گروه مطالعه دختر (۵۱/۶٪)، فرزند اول یا دوم خانواده (۸۳/۹٪) و در

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک والدین و فرزندان در دو گروه مورد و شاهد

نتایج آزمون آماری	شاهد n(%)	مورد n(%)	رده	متغیر
$\chi^2=0.468$ $df=4$ $p=0.977$	۱۹(۳۰/۶)	۱۷(۲۷/۴)	ابتدایی	تحصیلات پدر
	۱۷(۲۷/۴)	۱۷(۲۷/۴)	راهنمایی	
	۲۱(۳۳/۹)	۲۲(۳۵/۵)	دیپلم	
	۴(۶/۵)	۴(۶/۵)	فوق دیپلم	
$\chi^2=2.98$ $df=4$ $p=0.56$	۱(۱/۶)	۲(۳/۲)	لیسانس	تحصیلات مادر
	۲۰(۳۲/۳)	۱۸(۲۹)	ابتدایی	
	۱۷(۲۷/۴)	۲۲(۳۵/۵)	راهنمایی	
	۲۳(۳۷/۱)	۱۷(۲۷/۴)	دیپلم	
$\chi^2=3.11$ $df=7$ $p=0.874$	۱(۱/۶)	۳(۴/۸)	فوق دیپلم	مقطع تحصیلی کودک
	۱(۱/۶)	۲(۳/۲)	لیسانس	
	۲(۳/۲)	۲(۳/۲)	پیش دبستانی	
	۱۰(۱۶/۱)	۷(۱۱/۳)	اول	
	۹(۱۴/۵)	۶(۹/۷)	دوم	
	۹(۱۴/۵)	۱۵(۲۴/۲)	سوم	
	۸(۱۲/۹)	۷(۱۱/۳)	چهارم	
$\chi^2=11.15$ $df=3$ $p=0.01$	۱۱(۱۷/۷)	۱۲(۱۹/۴)	پنجم	رتبه تولد کودک
	۱۱(۱۷/۷)	۱۲(۱۹/۴)	ششم	
	۲(۳/۲)	۱(۱/۶)	بالتر	
	۲۷(۴۳/۵)	۲۰(۳۲/۳)	اول	
$\chi^2=0.032$ $df=1$ $p=0.857$	۳۱(۵۰)	۳۰(۴۸/۴)	پسر	جنسیت کودک
	۳۱(۵۰)	۳۲(۵۱/۶)	دختر	
$\chi^2=2.53$ $df=1$ $p=0.075$	۵۹(۹۵/۲)	۵۲(۸۳/۸)	شاغل	شغل پدر
	۳(۴/۸)	۱۰(۱۶/۱)	غیر شاغل	
$\chi^2=0.433$ $df=1$ $p=0.555$	۶(۹/۷)	۳(۴/۸)	شاغل	شغل مادر
	۵۶(۹۰/۳)	۵۹(۹۵/۱)	غیر شاغل	
$t=1.23$ $df=122$ $p=0.2$	۴۰/۱±۵/۶	۴۱/۴±۶/۱	(mean±sd)	سن پدر (سال)
$t=1.64$ $df=122$ $p=0.1$	۳۳/۴±۴/۹	۳۵/۷±۴/۹	(mean±sd)	سن مادر (سال)
$t=0.348$ $df=122$ $p=0.7$	۹/۵±۱/۹	۹/۶±۱/۹	(mean±sd)	سن کودک (سال)

جدول ۲. مقایسه میانگین اختلالات کاستی توجه - بیش فعالی، لجبازی و نافرمانی، سلوک در کودکان سن دبستانی والدین مبتلا به اختلال دوقطبی با والدین سالم.

p-value	آماره آزمون	شاهد		مورد		نام اختلال
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0.001$	$t=8.758$ $df=99.1$	۶/۱	۲۶/۲	۱۰/۳	۳۹/۵	کاستی توجه - بیش فعالی
$p < 0.001$	$t=7.850$ $df=94.9$	۳/۱	۱۱/۸	۵/۷	۱۸/۳	لجبازی و نافرمانی
$p < 0.001$	$t=4.697$ $df=69.3$	۱/۱	۱۵/۶	۴/۲	۱۸/۲	سلوک

بر روی کودکان داشته باشد و دلیلی بر بروز اختلالات روانی از جمله مشکلات رفتاری در کودکان با والدین مبتلا به بیماری‌های روانی باشد که مطالعه حاضر با این مطالعات همخوانی دارد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر و یافته‌های مشابه سایر پژوهشگران مبنی بر شیوع اختلالات روانی در فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی با توجه به مبانی نظری می‌توان گفت، وجود بیماری روانی در خانواده، سلامت روانی سایر اعضای خانواده را نیز با مخاطره مواجه می‌سازد و پذیرش این واقعیت که عضوی از خانواده مبتلا به بیماری روانی شده است مشکل است و برخی دچار بحران اضطراب می‌گردند. آن‌ها به سختی قادرند درباره بیماری خود حرف بزنند و توانایی پذیرش این واقعیت را ندارند و غالباً خانواده، مراقبت کننده اصلی بیمار است و به همین دلیل تحت فشار ممتد و روزمره قرار دارد. در خانواده فرد مبتلا به اختلال روانی تغییراتی روی می‌دهد که سبب می‌شوند سایر افراد خانواده نیز نتوانند به حداکثر توانایی خود در زمینه شغلی، اجتماعی و یا فعالیت‌های تفریحی دست یابند. این خانواده‌ها اغلب مجبورند که قسمت عمده‌ای از وقت خود را صرف مراقبت از عضو مبتلا کنند. و از سویی دیگر احتمال عود بیماری باعث تغییرات ناگهانی در زندگی اعضای خانواده می‌گردد (۳۸).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته پژوهشگران مختلف از جمله ماسی و همکاران (۲۰۰۱ و ۲۰۰۶)، هنین و همکاران (۲۰۰۵)، بشیر و همکاران (۱۹۸۷)، گیلز و همکاران (۲۰۰۷)، ریچارت و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی می‌باشد. هنین و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای به بررسی اختلالات روانی در فرزندان والدین اختلال دوقطبی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که فرزندان افراد بیمار، به‌طور معناداری نسبت به گروه سالم دارای اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات رفتاری و فوبیای اجتماعی می‌باشند (۲۵). گیلز و همکاران (۲۰۰۷) نیز در بررسی‌های خود بیشترین اختلالات روانی در کودکان با والدین بیمار را بروز رفتار پرخاشگرانه، اختلال اضطرابی، افسردگی و مشکلات توجه اعلام نمودند (۳۹). ریچارت و همکاران در سال (۲۰۰۴) اختلالات مشابهی را در زیر مقیاس‌های اضطراب-افسردگی و رفتار پرخاشگرانه گزارش نمودند (۴۰)، که نتایج پژوهش کنونی با این گزارشات همخوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته بسیاری از پژوهشگران از جمله گارسیا آمادور و همکاران (۲۰۱۲)، کارولین و همکاران (۲۰۰۹)، هنین و همکاران (۲۰۰۵)، درخشان‌پور و همکاران (۱۳۸۸)، پناغی و همکاران (۱۳۸۸)، موسوی و همکاران (۱۳۸۸) همسو و همخوان می‌باشد. به عنوان مثال آمادور و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی این مساله پرداختند که " آیا بیماری دوقطبی والدین، پیشگوی خوبی برای بیماری روانی در فرزندان است؟" و دریافتند که ۳۰ درصد از کودکان دارای والدین با اختلال دوقطبی از اختلال کاستی توجه - بیش فعالی رنج می‌برند (۲۶). هم‌چنین درخشان‌پور و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه-ای تحت عنوان " اختلالات روانپزشکی و سطح عملکرد در فرزندان مبتلایان به بیماری دوقطبی" به این نتیجه رسیدند که دوگروه در اختلال کاستی توجه- بیش فعالی تفاوت قابل توجهی دارند. در گروه مورد میزان ابتلا ۳۲/۴ درصد و در گروه شاهد میزان ابتلا ۷/۹ بوده است (۲۷). در پژوهشی مشابه، کارولین و همکاران (۲۰۰۹) گزارش کردند که فرزندان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به طور معناداری نسبت به گروه دیگر دارای استرس مزمن و زندگی توأم با حوادث استرس‌زا می‌باشند (۳۴). پناغی و همکاران (۱۳۸۸) نیز دریافتند مشکلات رفتاری، هیجانی و اضطراب در فرزندان مبتلایان به اختلال دوقطبی به طور معناداری بیشتر از فرزندان افراد سالم است (۳۵). همچنین در مطالعات مشابهی تحقیق موسوی و همکاران (۱۳۸۸) بر روی ۱۰۰ کودک با مادران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و والدین سالم در مرکز روانپزشکی بندرعباس نشان داد که مقیاس شکایات جسمانی، اضطراب و افسردگی، مشکلات اجتماعی، برون‌گرایی و درون‌گرایی در کودکان با مادران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بطور معناداری بالاتر از گروه شاهد می‌باشد (۳۶). همچنین معصومی و همکاران (۱۳۸۲) یک مطالعه مقایسه‌ای بر روی ۱۰۰ فرزند خانواده دارای یک والد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیک انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که اسکیزوفرن در والدین می‌تواند بر حالت‌های هیجانی و رفتاری فرزندان تاثیر بگذارد (۳۷). اگر چه در دو مطالعه بالا والدین شیذوفرنی و وسواس-جبری، و در مطالعه حاضر کودکان با والدین مبتلا به اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما هر سه مطالعه نشان می‌دهند که بیماری روانی والدین به هر شکلی می‌تواند اثرات متفاوتی

مورد ارزیابی قرار دهد وجود ندارد. تکرار چنین مطالعاتی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف تعمیم این یافته‌ها را پیشرفت خواهد داد.

پیشنهادات و کاربرد یافته‌ها: نویسندگان این مقاله پیشنهاد می‌کنند که برای بررسی اثر ویژه بیماری دوقطبی والدین بر کودکان آنها، فرزندان آنها هم با فرزندان والدین سالم و هم با فرزندان والدین مبتلا به سایر اختلالات روانی غیر از بیماری دوقطبی مقایسه گردند. و با توجه به اینکه این مطالعه نشان داد که بیماری روانی والدین می‌تواند بر حالت‌های روانی و رفتاری فرزندان اثرگذار باشد، لازم است در رویارویی با والدین مبتلا به دوقطبی، فرزندان آنان نیز مورد ارزیابی و انجام مداخله‌های مناسب پیشگیرانه یا درمانی قرار گیرند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری و خدمات پیشگیری بهداشت روان، با هدف ارتقاء سلامت روان کودکان با والدین مبتلا به بیماری دوقطبی به کار گرفته شود و ضرورت توجه به کودکان با والدین اختلال دوقطبی را مورد تاکید قرار دهد، ضمن آن که مشکلات مرتبط با سلامت روانی آن‌ها را آشکار می‌نماید و به کارکنان حرفه سلامت کمک می‌کند که برنامه‌های بهداشت روانی را متناسب با نیازهای این گروه از کودکان آسیب‌پذیر طراحی، برنامه‌ریزی و به اجرا بگذارند.

محدودیت‌های پژوهش: معیار سنجش سالم بودن والدین در گروه شاهد، ارزیابی اولیه توسط پژوهشگر است که بر اساس پرسشنامه اختلالات خلقی (MDQ) و عدم سابقه بیماری روانپزشکی و مصرف داروهای روانی سنجیده می‌شود.

نتیجه نهایی:

خانواده نقش بسیار مهمی در رشد و سلامت روانی کودک ایفا می‌کند. کودکان دارای والدین اختلال دوقطبی از دو جنبه، یکی آسیب‌پذیری وراثتی که از جانب والدین خود به ارث می‌برند و دوم عوامل روانی-اجتماعی که به علت زندگی با والدین مبتلا به بیماری روانپزشکی در پیرامون آن‌ها وجود دارد در خطر هستند. بر اساس نتایج مطالعات دیگر و پژوهش حاضر فرزندان مبتلا به اختلال دوقطبی به عنوان یک گروه در معرض خطر باید مورد توجه قرار گرفته و نسبت به علایم اولیه و پیش درآمد بیماری در آنها آشنا بود و مداخلات به موقع و لازم را انجام داد. بنابراین اختلال دوقطبی والدین می‌تواند بر

با توجه به مطالب بالا می‌توان به این نتیجه رسید که کودکان به عنوان عضوی از خانواده به علت الگوگیری از والدین خود و همچنین تاثیرپذیری از محیطی که در آن رشد و پرورش می‌یابند، در صورتی که تحت سرپرستی بیمار مبتلا به دوقطبی باشند احتمال بروز بیماری‌های روانی در آن‌ها وجود دارد. مطالعات نشان داده که اعضای خانواده بیماران روانی اغلب احساس ناتوانی و تجربه دیسترس، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی دارند (۴۳-۴۱). مثلاً استلی و همکاران (۲۰۱۰) میزان علایم اضطراب و افسردگی را در اعضای خانواده‌هایی که از بیمار روانی مزمن مراقبت می‌کنند بین ۴۰ تا ۵۵ درصد گزارش کردند (۴۴). بر اساس نظر گودمن و همکاران (۱۹۹۰) نیز خطر ابتلا به بیماری‌های روانی در فرزندان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار بالاست (۴۵). لاپالم و همکاران (۱۹۹۷) عنوان کردند اثرات محیطی زندگی با والد مبتلا به اختلال دوقطبی در کنار آسیب‌پذیری ژنتیکی، می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات روانی و مشکلات رفتاری را در فرزندان این بیماران افزایش دهد و سطوح بالاتری از اختلالات رفتاری در کودکان والدین دوقطبی در مقایسه با گروه شاهد گزارش نمودند (۴۶). زیرا با توجه به پژوهش خانجانی و دادستان (۱۳۸۲) مادران نایمن و مضطرب شرایط مراقبتی و پرورشی را ایجاد می‌کنند که لزوماً نشانه‌های مرضی مادر مانند بی‌قراری، تحریک‌پذیری، طرد شدگی، ناامیدی و غم را منعکس می‌کنند. مشکلات هیجانی والدین بر روابط آنها با کودکان تاثیر می‌گذارد و باعث ایجاد دلبستگی مضطربانه می‌شود. نشانه‌های مرضی مادر نیز با کنش‌ها و مسئولیت مراقبتی او برای یک ارتباط عاطفی خوب و سالم با فرزند مداخله می‌کند، در نتیجه احتمال تشکیل دلبستگی توأم با احساس نایمینی در کودک ایجاد می‌شود. این مادران رفتارهایی را مرتکب می‌شوند که بر کیفیت تعامل آنها با کودکان تاثیر می‌گذارد (۴۷).

اما در مطالعه آندرسون و همکاران (۱۹۹۳) افزایشی در میزان سایکوپاتولوژی کودکان والدین مبتلا به اختلالات خلقی در مقایسه با گروه شاهد گزارش نکرده‌اند (۴۸) مطالعه حاضر همسو با یافته‌های این پژوهش نمی‌باشد که تفاوت‌های بین این یافته‌ها می‌تواند به علت تفاوت بین اختلالات خلقی دوقطبی در والدین باشد به علاوه مطالعاتی که کودکان را در فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف

مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان به شماره قرار داد ۹۲۰۸۱۴۲۵۵۶ و مورخ ۱۳۹۲/۰۸/۱۴ و کد اخلاق ۹۳/۳/۵/۱۶/۳۵/۹/۹۳۳ پ به تاریخ ۹۳/۳/۵ می‌باشد. بدینوسیله محققین، نهایت تقدیر و تشکر خود را از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان به دلیل تصویب و تأمین بودجه طرح پژوهشی و اعضای شورای پژوهشی و کلیه شرکت کنندگان که در انجام این تحقیق مساعدت‌های لازم را فراهم نمودند، ابراز می‌نمایند.

References

1. Yosefi F, " Normalization of Rutter scale to evaluate behavioral and emotional problems in girls and boys in Shiraz" *Journal of Humanities and Social Sciences at Shiraz University*, 1,2(25,26), 24-8, 1988.
2. Foroualdinadal A, "The effect of applying realistic disruptive behavior disorders in improving children's social skills" *Master's thesis in clinical psychology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran Psychiatric Institute, 2002.*
3. Biederman J, & Faraone S. V. (2005). "Attention deficit hyperactivity disorder". *Lancet*, 366, 237-248.
4. Karande S. (2005). *Attention deficit/hyperactivity disorder, A Review for Family Physicians. Indian Journal of Medical Sciences*, 59, 546-555.
5. Mohammad esmaeel A. *Evaluation of reliability and validity and to determine cut-off points of failure CSI csi-4 on 14.6-year students in elementary and secondary schools in Tehran. First Congress of Psychology Iran. 2001. (Persian)*
6. Sadok, B., & Sadok, V. A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th ed.)*. Baltimore: Williams and Wilkins.
7. National Institute of Mental Health. *Attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatry* 2008; 38: 308-313.
8. Center for Disease Control and Prevention. *Mental health in the United States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/ hyperactivity disorder Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005; 54: 842-847.
9. Wics-Nelson, R.W; Israel, A.C (2003). *Behavi-*

سلامت روان کودکان تاثیر گذاشته و باعث بروز اختلالات روانی در آنها گردد. کودکان با والدین مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در معرض آسیب‌های روانی متعددی از جمله خطر اختلالات کاستی‌توجه - بیش فعالی، سلوک و نافرمانی مقابله‌ای هستند، که نیاز به مراقبت، برنامه-ریزی، درمان و پیگیری بیشتری دارند. از آنجا که کودکان سرمایه‌های آینده ساز جامعه می‌باشند لازم است ارزیابی دقیقی از آنها بعمل آید و مورد توجه ویژه قرار گیرند.

سپاسگزاری:

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری

or Disorders of Childhood. J: Upper Saddle Revere.

10. Mehrabi H. *Prevalence of behavior disorders in primary school students of Isfahan. The State of Education of Isfahan, 2005.*

11. Moghadam M, Yassami MT, Bina M, Abdolmaleki F, Bagheri Yazdi SA. *Epidemiological study of behavioral disorders in the primary school students of Ghorveh and evaluation of the validity and reliability of Rutter teacher scale in assessment of behavioral disorders in 2001. Scientific journal of Kurdistan university of medical sciences, 2002; 25(7): 7-12.*

12. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision*, Nikkho M & Azaddis. Tehran sokhan Publication, 2002.

13. Kaplan and Sadock. 2001. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 3 Ed Translate by Pourafkari. Tehran. Azadeh. (Persian)*

14. Romezpour Z, "Reliability and validity and preliminary norms Rutter Child Behavior Questionnaire (form teacher) and the prevalence of emotional and conduct disorders in school-age population in Ahwaz", *Master's thesis in clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute, 1995.*

15. Douglas J. *Behavioral problems in children. Trans. Yasaei M. Tehran: Markaze Nashr Publ. 1995; 38.*

16. Sadock B.J. & Sadock V.A., Caplan M.D. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry, 9th editions, John Wiley and Sons, New York. 2003.*

17. Sanders MR. *Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. Med J Aust. 2002; 177(7), 87-92.*

18. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-476.
19. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2007; 98(1-2), 11-27.
20. Kaveh MH, Shojaezadeh D, Shamohmmadi D, Eftekhari Ardebili H, Rahimi Forushani A, Bolhari J. Organizing mental health services in schools: assessing teachers, roles. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2002; 1(4): 1-14. (Persian)
21. Gershon E. S, Hamovit J, Guroff J. J, Dibble E, Leckman J. F, Sceery W, Targum S. D, Nurnberge J. I, Goldin L. R., & Bunney W. E. Family study of schizoaffective, bipolar I bipolar II, unipolar and normal control probands. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39, 1157-1167.
22. Lapalme M, Hodgins S, & LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: A meta-analysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997; 42: 623-631.
23. Hammen C, Burge D, Burney E, & Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1990; 47, 1112-1117.
24. Chang K. D, Steiner H, & Ketter T. A. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39, 453-460.
25. Henin A, Biederman J, Mick E, Gary S. Sachs, Dina R. Hirshfeld-Becker et al. Psychopathology in the Offspring of Parents with Bipolar Disorder: A Controlled Study. *Biol Psychiatry*. 2005; 58:554-561.
26. Garcia-Amador M, de la Serna E, Vila M, Romero S, Valenti M, Sánchez-Gistau V, Benabarre A, Vieta E, Castro-Fornieles J. Parents with bipolar disorder: are disease characteristics good predictors of psychopathology in offspring? *Eur Psychiatry*. 2012; 28(4), 240-246.
27. Derakhshanpour F, Arabgol F, Panaghi L, Mazhabdar H. Psychiatric disorders and behavioral functions in offsprings of bipolar parents. *Hormozgan Medical Journal*. 2009; 13: 246-252. (Persian)
28. Mohammad esmaeel A. Evaluation of reliability and validity and to determine cut-off points of failure CSI csi-4 on 14.6-year students in elementary and secondary schools in Tehran. *First Congress of Psychology Iran*. 2001.
29. Nahafi M, Foulad chang M, Alizade H, Mohamadi far A. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and coping defiant disorder in schoolchildren. *Research on Exceptional Children*. 2009; 9 (3), 239-254.
30. Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar A, Dezhkam M. Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east iran (1996-1997). *IJPCP*. 1997; 3 (1 and 2):40-45.
31. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157(11): 1873-1875.
32. Barekatin M, Maracy M, Kheirabadi G. A Study of Factor Structure of the Mood Disorder Questionnaire in a Sample of Iranian Pregnant Women. *Iran J Psychiatry* 2008; 2(2): 30-34.
33. Masaeli N, Afshar H, Molavi H, Azadeh Malekiyan A, Barekatin M. Psychometric properties of the Mood Disorder Questionnaire in Isfahan, Iran. 2012; 10(4): 250-257.
34. Caroline S. Ostiguy, Mark A. Ellenbogen, Anne-Marie Linnen, Elaine F. Walker, Constance Hammen, Sheilagh Hodgins. Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 114. 2009; 74-84.
35. Panaghi L, Hakim Shooshtari M, Sharafi S, Abbasi M. Behavioral and Emotional Problems in Offsprings of Bipolar Parents and the Control Group. *IJPCP*. 2009; 15 (2):201-207. (Persian)
36. Mousavi S.M, Ahmadi M. A Comparative Survey on Children Behavior Problems from Obsessive Compulsive and Healthy Mothers. *J Mazand Univ Med Sci* 2012; 22(86): 94-99. (Persian)
37. Masumi A, Shirazi E. Psychological states of schizophrenic parents. *Original Article*. 2004. (Persian)
38. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: WHO, 2003; 2-8.
39. Giles, L. L., Delbello, M. P., Stanford, K. E., & Strakowski, S. M. Child Behavior Checklist profile

of children and adolescents with and at high risk for developing bipolar disorder. *Child Psychiatry and Human Development*. 2007; 38. 47-55.

40. Reichart CG, Wals M, Hillegers MH, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Journal of affective disorders*. 2004; 78(1):67-71.

41. Asadollahi GhA, Abbasalizadeh A. [A guide book for families with schizophrenic patients]. Isfahan university of medical sciences, 1994. (Persian)

42. Barrowclough C, Tarrier N, Johnston M. Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1996; 22:691-702.

43. Schene AH, Wijngaarden B, Korter MW. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24:609-618.

44. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar

disorder. *J Affect Disord* 2010; 121(1):10-21.

45. Goodman S, & Brumley H. E. Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*. 1990; 26, 31-39.

46. Lapalme M, Hodgins S, & LaRoche, C. Children of parents with bipolar disorder: A metaanalysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997; 42, 623-631.

47. KHanjani Z, Dadsetan P. Survey of the relationship between maternal morbid symptoms of attachment formation and behavior problems in preschool children. *Journal of Psychology*. 2003; 7(3): 233-252. (Persian)

48. Anderson CA, Hammcu CL. Psychosocial outcomes of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women: A longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:448-454.

Original Article

Attention Deficit Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct disorders in children of parents with Bipolar Disorder

F. Shamsaei, Ph.D.¹; H. Ozhan²; L. Jahangard, M.D.³; M. Dehghani, M.Sc.^{4*};
A.R. Soltanian, Ph.D.⁵

1-Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-M.Sc. Student of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3-Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4-Instructor of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

5-Modeling of Noncommunicable Disease Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 23.9.2014

Accepted: 25.11.2014

Abstract

Background: The affliction of parents with bipolar disorder disrupts their personal, family and social functions and affects their children's physical and mental health in addition to exposing them to the risk of psychological trauma. The purpose of the present study is to investigate Attention Deficit Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct disorders in school-aged children of parents afflicted with bipolar disorder and to compare the results with the results obtained for school-aged children of healthy parents.

Methods: In the present analytical, cross-sectional study, 62 school-aged children with a parent afflicted with bipolar disorder and 62 school-aged children with normal parents were sampled through the convenience sampling method. Farshchian teaching hospital of Hamadan became the research environment in 2013-14. The data collection tool was the parent version of the CSI-4 and the Mood Disorder questionnaire. Data were analyzed in SPSS/18 using the Kolmogorov-Smirnov test, the two independent samples t-test and the chi-squared test.

Result: There was a significant difference between the mean scores obtained by the case group in the assessment of Attention Deficit Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct disorders and the mean scores obtained by the control group ($p < 0.001$)

Conclusion: The findings showed that the children of parents with bipolar disorder are exposed to numerous traumas, including the Attention Deficit Hyperactivity disorder, the Oppositional Defiant disorder and the Conduct disorder and therefore require more care, treatment and follow-up.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder / Adjustment Disorders / Bipolar Disorder / Mental Disorders

*Corresponding Author: M. Dehghani; Instructor of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: Maryamd.2010@Gmail.com