

تأثیر آموزش مدیریت استرس بر سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه

شکوفه زارعی^۱، فرخنده شریف^۲، علی علوی شوشتی^۳، مهرداد وثوقی^۴

چکیده

مقدمه: بیش فعالی نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه بوده است.

روش: در این پژوهش مداخله‌ای پنجاه و دو مادر کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. محیط انجام پژوهش درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) و بیمارستان حافظ در شهر شیراز در سال ۱۳۹۱ بود. جهت سنجش سلامت روان و استرس از پرسشنامه‌های سلامت عمومی و مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس (DASS-21) استفاده شد که قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله توسط مادران تکمیل شد. مداخله طی ۸ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک بار در هفته انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.16 و روش آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری جهت مقایسه درون گروهی و آزمون تی مستقل جهت مقایسه بین گروهی انجام شد. میانگین نمره استرس، اضطراب، افسردگی و سلامت روان پیش از انجام مداخله در بین دو گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند. پس از مداخله میانگین نمره استرس و سلامت روان بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان داد. به طوری که میانگین نمره استرس در گروه آزمایش $(12/29 \pm 4/32)$ به طور معناداری کمتر از گروه کنترل $(14/77 \pm 3/69)$ بود. همچنین میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمایش $(20/50 \pm 10/56)$ به طور معناداری کمتر از گروه کنترل $(33/70 \pm 12/60)$ بود. یک ماه پس از پایان مداخله تغییر در میانگین نمرات استرس و سلامت روان همچنان برای گروه آزمایش ثابت باقی ماند. تغییر در میانگین نمرات اضطراب و افسردگی برای گروه آزمایش از لحاظ آماری معنادار بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها اثربخشی تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه را تأیید می‌کند.

کلید واژه‌ها: اختلال بیش فعالی نقص توجه، سلامت روان، شناختی- رفتاری، مادران، مدیریت استرس

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۱۱

۱ - کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، گروه بهداشت روان و روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲ - استاد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های روانی جامعه‌نگر، گروه بهداشت روان و روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: fsharif@sums.ac.ir

۳ - استادیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴ - استادیار آمار زیستی، گروه سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

بیش فعالی نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است (۳-۱). علایم اصلی این اختلال شامل بیش فعالی، نقص توجه و تکانشگری است (۳و۲). این علایم بایستی ۶ ماه به طول انجامد، با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پیش از ۷ سالگی ظاهر شده باشد (۵و۴). این اختلال در پسرها به نسبت ۵ به ۱ از دخترها شایع‌تر است (۶).

یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب استرس والدین گردد مشکلات رفتاری-عاطفی کودکان است که یکی از شایع‌ترین این مشکلات، اختلال بیش فعالی نقص توجه می‌باشد (۷). استرس در خانواده به خصوص وقتی که مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضری روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد (۸).

اختلال بیش فعالی نقص توجه با استرس و ناسازگاری در خانواده در ارتباط است (۹). توجه و نظارت والدین بالاخص مادران از این کودکان می‌تواند یک منبع تنیدگی محسوب شود (۱۰). تماس‌های مکرر والدین با معلم کودک بیش فعال خود در ارتباط با بدرفتاری وی، صحبت با والدین دیگر در مورد رفتار کودکانشان، ترک محیط کار به منظور مراقبت از کودک بیش فعال خود و نگرانی در مورد آسیب رساندن کودک به خود فقط اندکی از استرس‌هایی است که به طور معمول توسط والدین این کودکان گزارش می‌شود. مطالعات نیز نشان می‌دهند که مادران کودکان بیش فعال میزان بالاتری از استرس را نسبت به مادران کودکان عادی گزارش می‌دهند (۱۱).

کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری بر سلامت روان والدین خود تأثیر می‌گذارند (۱۲). یافته‌ها نشان می‌دهند که افسردگی مادر با مشکلات رفتاری کودکان ارتباط دارد (۱۳). به عنوان مثال Suwanne و همکاران میزان افسردگی مادران کودکان بیش فعال را ۳۰/۶۲٪، افسردگی متوسط و ۴٪، افسردگی شدید گزارش کردند (۱۴). همچنین نحوه برخورد با مشکلات کودکان بیش فعال بر سلامت روان والدین تأثیر منفی دارد (۱۵).

برنامه‌های آموزشی در بهبود سلامت روان والدین کمک شایانی می‌کند. شواهد بسیاری نشان می‌دهد که تعاملات والد و کودک و به سبب آن سلامت روان والدین

و به خصوص مادران وقتی که کودک دارای اختلال بیش فعالی نقص توجه تحت روش‌های مختلف درمان قرار می‌گیرد بهبود می‌یابد. Danforth و همکاران نشان دادند روش‌های مختلف درمانی از جمله دارو درمانی و آموزش والدین، می‌توانند بر بهبود سلامت روان مادران مؤثر باشند (۱۶). از میان برنامه‌های آموزشی، مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری که براساس چهار مؤلفه افزایش آگاهی، ارزیابی، منابع مقابله‌ای و عکس‌العمل‌های مقابله‌ای با استرس می‌باشد، می‌تواند شیوه مؤثرتر و پایدارتری در مواجهه با استرس و کاهش آن باشد. مداخله شناختی- رفتاری در مدیریت استرس، فرد را با استرس و نوع مقابله با آن آشنا می‌کند و می‌تواند با خنثی کردن برخی از تأثیرات استرس‌زاهای پاسخ‌های استرس، به عملکرد روان‌شناختی و فیزیولوژیک بهتر فرد کمک نماید. این مداخله می‌تواند از طریق افزایش حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس، مقابله سازگارانه و حمایت اجتماعی، مؤثر باشد (۱۷).

طبق نتایج تحقیقات Blumenthal و همکاران، استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس باعث می‌شود که فرد بتواند با موقعیت استرس‌زا بهتر برخورد کند و به کنترل بیشتر وضعیت جسمانی و روانی خویش دست یابد و در نتیجه سلامت وی بهبود یابد (۱۸).

با وجود تأثیر بدرفتاری کودکان بر سلامت روان اعضای خانواده توجه کافی به برنامه‌های مداخلاتی جهت بهبود سلامت روان خانواده کودکان با مشکلات رفتاری وجود ندارد (۱۹). طبق تحقیقاتی که تاکنون به عمل آمده چنین پژوهشی با این شیوه رویکردی انجام نگردیده است و یا بعضی تحقیقات پیگیری نداشته‌اند، لذا پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه انجام گردید.

روش مطالعه

این پژوهش تجربی بر روی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه انجام شد. مادران در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های

عاطفی، بیش فعالی، مشکلات با همسالان، کسب نمره افسردگی اضطراب استرس در محدوده متوسط تا بسیار شدید، دارای فرزند بیش فعال در سنین ۶ تا ۱۲ سال، فاقد بیماری‌های روانی (با توجه به فرم خودگزارشی) را دارا باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه (مانند تکمیل پرسشنامه به صورت ناقص)، دریافت مداخلات آموزشی مشابه قبل از این مطالعه (دریافت مداخلات آموزشی مشابه در هر زمان قبل از پژوهش) و وجود بیماری‌های روانی یا جسمی در یکی از اعضای خانواده که از دنبال کردن تمرینات در خانه جلوگیری کند. از مجموع مادران کودکان بیش فعال که پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، ۴ نفر (۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل) قبل از اتمام مداخله به دلایلی غیرمرتبط با پژوهش از مطالعه خارج شدند.

جهت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نپذیرفت.

این پژوهش تحت نظر موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت. اجازه کتبی از مادران گرفته شد. تمام شرکت کنندگان در مورد هدف از مطالعه و کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان که نخواهند مطلع گردیدند و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی محرمانه باقی می‌ماند.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

در این پژوهش از مقیاس توانایی‌ها و مشکلات، مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس و پرسشنامه سلامت عمومی جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شده شامل سن و جنس کودک، سن، شغل و سطح تحصیلات مادر، تعداد خواهر و برادر، ترتیب تولد و سابقه بیماری جسمی یا روانی در خانواده بود.

فرم گزارش والدین پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات توسط گودمن در سال ۱۹۹۷ در انگلستان طراحی و شامل ۵ زیرمقیاس است: مشکلات رفتاری، مشکلات عاطفی، بیش فعالی، مشکلات با همسالان و رفتار موافق جامعه. از این ۵ زیرمقیاس چهار زیرمقیاس مرتبط با مشکلات (مشکلات رفتاری، مشکلات عاطفی، بیش فعالی، مشکلات با همسالان) و یک مقیاس توانایی (رفتار موافق جامعه) است. هر کدام از این زیرمقیاس‌ها شامل ۵ ماده و نمره کامل مشکلات حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به جز رفتار موافق جامعه است. هر سؤال ۳ گزینه

روان‌پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱ بود. حجم نمونه با توجه به نوع و هدف مطالعه و توسط مشاوری آماری با استفاده از خطای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برابر با ۲۶ نفر در هر جمعیت تعیین گردید. نمونه موردنظر ۵۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده، به صورت تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در طول ۸ هفته برگزار شد. در این پژوهش افراد شرکت‌کننده در برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در چهار گروه مداخله‌ای هفت یا هشت نفری که محتوای یکسانی را دریافت می‌کردند، قرار گرفتند.

جهت تنظیم طرح مداخله از مدل شناختی رفتاری مدیریت استرس ارایه شده توسط آنتونی و همکاران (۲۰۱۰) و سیدجواد آل محمد و همکاران (۱۳۹۰) که شامل نیازسنجی از مادران کودکان بیش فعال، آموزش به مادران درباره اختلال بیش فعالی، شناخت استرس و تأثیرات آن و آموزش تکنیک آرامسازی بنسون، تفکرات منفی و تحریفات شناختی، جایگزینی افکار منطقی، مقابله کارآمد و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، مدیریت خشم و جمع‌بندی مطالب بود، استفاده شد. در طول جلسات جهت حفظ و نگهداری توجه مادران از وسایل دیداری کمکی مانند پاورپوینت، نمودار و تصاویر در ارتباط با کودکان بیش فعال استفاده شد. جلسات به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی انجام گردید، به این صورت که ۳۰ دقیقه اول هر جلسه به بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام تکنیک آرمیدگی و بررسی تکالیف خانگی اختصاص داده شد. جلسه با بیان مطالب جدید، سؤالات مادران در ارتباط با این مطالب، صحبت‌های آنان درباره موقعیت‌هایی پیش آمده مرتبط با مطالب گفته شده در طول جلسه و دادن تکالیف جدید همراه بود. در انتهای جلسات کتابچه آموزشی مربوط به آن جلسه به مادران داده می‌شد.

برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری توسط روان‌پرستار و متخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان هدایت می‌شد. در این پژوهش مادرانی شرکت داشتند که معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب حداقل نمره برش (حداقل نمره برش ۱۷) پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در مقیاس‌های مشکلات رفتاری، مشکلات

است. نمره برش براساس روش نمره‌گذاری لیکرت برابر با ۲۳ گزارش شد. در مطالعه یعقوبی، اعتبار (حساسیت و ویژگی) این پرسشنامه پس از تجزیه و تحلیل نتایج به ترتیب برابر ۸۶/۵٪ و ۸۲٪ به دست آمده است. ضریب پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمده که در سطح ۹۹٪ معناداری است (۲۳).

تجزیه و تحلیل آماری

فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.16 انجام گرفت. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه با استفاده از آزمون مجذور کای مقایسه گردیدند. قبل از انجام تحلیل آماری نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که هیچ یک از متغیرها انحرافی از توزیع نرمال نداشتند، آزمون‌های پارامتری جهت تحلیل داده‌ها انتخاب شدند. جهت مقایسه درون گروهی از روش آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری تک نمونه‌ای استفاده شد. جهت مقایسه بین گروهی نیز از آزمون تی مستقل استفاده گردید. همگن بودن واریانس با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع مادران کودکان بیش فعال که پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، ۴ نفر (۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل) قبل از اتمام مداخله به دلایلی غیرمرتبط با پژوهش از مطالعه خارج شدند. در هر دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد. میانگین سن کودکان در گروه آزمایش $8/85 \pm 1/61$ و گروه کنترل $9/03 \pm 1/60$ بود ($p=0/905$). میانگین سن مادران نیز در گروه آزمایش $33/51 \pm 7/00$ و گروه کنترل $34/59 \pm 5/67$ تفاوت معناداری نداشتند ($p=0/806$). بیشتر مادران تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. از مجموع ۵۲ کودک ۷۶/۵٪ پسر بودند. اکثریت مادران در هر دو گروه خانهدار بودند. هیچ یک از مادران سابقه بیماری جسمی یا روانی خاصی نداشتند. میانگین نمرات استرس و سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب در شکل‌های ۱ و ۲ نمایش داده شده‌اند. همچنین میانگین نمرات سلامت روان و

نادرست، گاهی اوقات درست، کاملاً درست) را شامل می‌شود. در مطالعه غنی‌زاده و همکاران که در شیراز انجام گرفته است، اعتبار (حساسیت و ویژگی) این پرسشنامه پس از تجزیه و تحلیل نتایج به ترتیب برابر ۹۰٪ و ۶۷٪ به دست آمده است. ضریب پایایی فرم گزارش والدین این پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمده که در سطح ۹۵٪ معناداری است. نقطه برش این پرسشنامه ۱۷ می‌باشد (۲۰ و ۲۱).

مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس توسط لایویوند و لایویوند (۱۹۹۵) در دو فرم ۴۲ سؤالی و فرم کوتاه شده آن که ۲۱ سؤالی می‌باشد، طراحی شده است. کاربرد این مقیاس، اندازه‌گیری نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. نمره‌دهی این پرسشنامه به روش لیکرت می‌باشد یعنی گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره ۲ و گزینه د نمره ۳ می‌گیرد. در این پژوهش از فرم کوتاه شده این مقیاس استفاده شده است که نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند (۲۲).

شدت هر یک از خرده مقیاس‌ها

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۲	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	۲۸	۲۰	۳۳

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ابداع شده که از ۴ مقیاس (افسردگی، اضطراب و احساس آشفتگی روان‌شناختی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم شبه جسمی) تشکیل شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت می‌باشد که به صورت (۰-۱-۲-۳) است یعنی گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره ۲ و گزینه د نمره ۳ می‌گیرد، با این روش حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ خواهد شد. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده

افسردگی- اضطراب- استرس قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و ۱ ماه پس از مداخله در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

مقایسه میانگین نمرات متغیرها (سلامت روان، اضطراب، افسردگی، استرس) در زمان قبل از مداخله هیچ تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد. مقایسه نتایج به دست آمده پس از اتمام برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه در حیطه‌های سلامت روان و استرس بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله نشان داد. کاهش در میانگین نمره استرس و تغییر در نمره سلامت روان فقط برای گروه آزمایش بود. به طوری که نتایج آزمون تی-مستقل نشان داد که میانگین نمره استرس در گروه آزمایش بلافاصله بعد از مداخله (۱۲/۲۹±۴/۳۲) نسبت به قبل از آن (p۱) و میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمایش بلافاصله بعد از مداخله (۲۰/۵۰±۱۰/۵۶) نسبت به قبل از آن (p۲) از لحاظ آماری معنادار بود (p۱=۰/۰۰۰، p۲=۰/۰۰۹).

میانگین نمرات اضطراب (p۱) و افسردگی (p۲) برای گروه آزمایش تنها در یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن از لحاظ آماری معنادار بود (p۱=۰/۰۰۵ و p۲=۰/۰۰۸).

جهت مقایسه درون گروهی از روش آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری تک نمونه‌ای استفاده شد. در گروه آزمایش در طول زمان متغیرهای استرس افسردگی و سلامت روان از لحاظ آماری معنادار بودند که متغیر استرس در بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از آن (p۱) و یک ماه پس از پایان مداخله نسبت به قبل از آن (p۲) (p۱=۰/۰۰۶، p۲<۰/۰۰۱)، متغیر افسردگی تنها در یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن (p=۰/۰۰۴) و متغیر سلامت روان در بلافاصله بعد از مطالعه نسبت به قبل از آن (p۱) و یک ماه پس از پایان مداخله نسبت به قبل از آن (p۲) (p۱<۰/۰۰۱، p۲<۰/۰۰۱) نتایج از لحاظ آماری معنادار بودند. در گروه کنترل تغییرات در طول زمان از لحاظ آماری معنادار نبود.

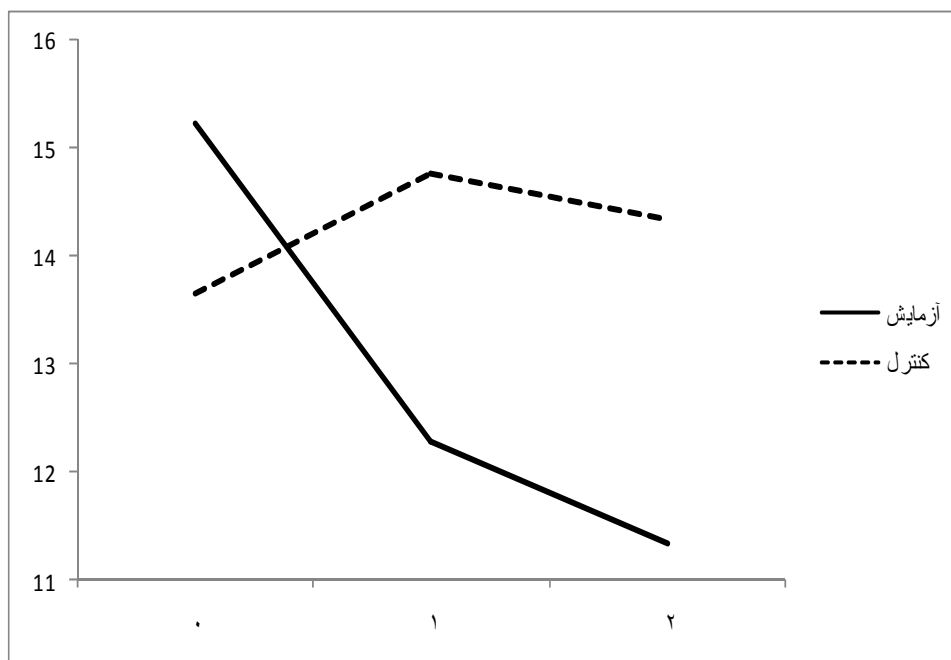
یک ماه بعد از پایان مداخله تغییر در میانگین نمره استرس و سلامت روان همچنان برای گروه آزمایش باقی ماند و نتایج آزمون تی-مستقل برای میانگین استرس

جدول ۱- میانگین نمرات افسردگی- اضطراب- استرس و سلامت روان در مادران کودکان بیش فعال و کنترل مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی و

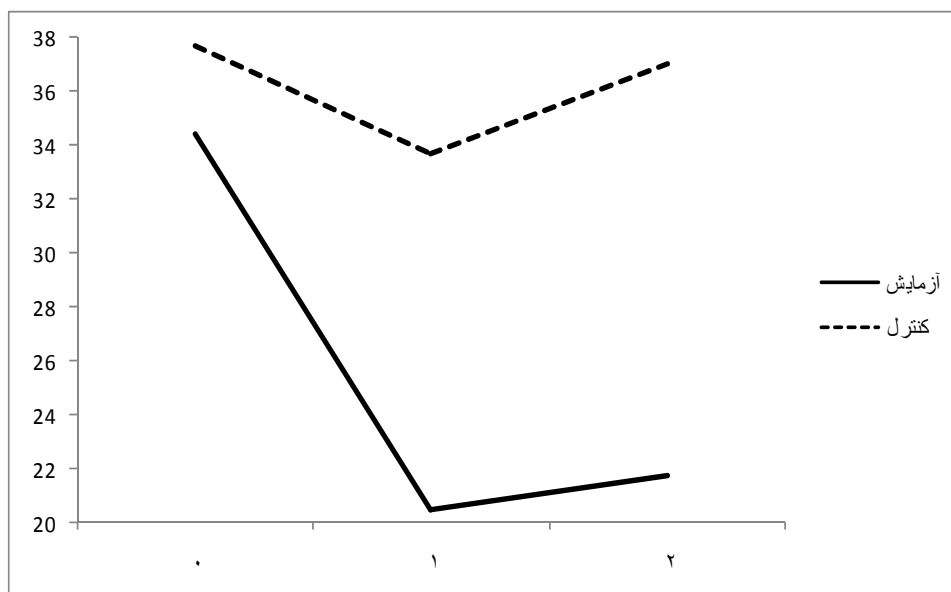
فوق تخصصی امام رضا (ع) در سال ۱۳۹۱

متغیرها	زمان	گروه آزمایش	گروه کنترل	p-value
استرس	قبل از مداخله	۱۵/۲۳±۳/۳۶	۱۳/۶۶±۳/۹۰	۰/۱۱۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۲/۲۹±۴/۳۲	۱۴/۷۷±۳/۶۹	<۰/۰۰۱
	یک ماه بعد از مداخله	۱۱/۳۴±۴/۳۹	۱۴/۳۳±۳/۶۶	<۰/۰۰۱
افسردگی	قبل از مداخله	۱۰/۲۲±۴/۹۷	۱۱/۱۱±۴/۲۲	۰/۴۸۳
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۰/۳۳±۴/۷۲	۱۲/۲۵±۳/۹۸	۰/۴۱۷
	یک ماه بعد از مداخله	۸/۲۹±۴/۴۷	۱۲/۳۵±۳/۸۸	۰/۰۰۸
اضطراب	قبل از مداخله	۸/۱۴±۳/۶۹	۸/۸۸±۵/۵۶	۰/۵۶۷
	بلافاصله بعد از مداخله	۷/۷۴±۴/۵۱	۱۰/۳۷±۵/۰۰	۰/۲۰۵
	یک ماه بعد از مداخله	۶/۵۹±۴/۲۷	۱۱/۲۹±۴/۲۵	۰/۰۰۵
سلامت روان	قبل از مداخله	۳۴/۴۲±۱۳/۲۲	۳۷/۶۶±۱۴/۶۴	۰/۴۷۴
	بلافاصله بعد از مداخله	۲۰/۵۰±۱۰/۵۶	۳۳/۷۰±۱۲/۶۰	۰/۰۰۹
	یک ماه بعد از مداخله	۲۱/۷۳±۹/۴۳	۳۷/۰۳±۱۱/۷۳	۰/۰۰۴

شکل ۱- میانگین نمرات استرس در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله



شکل ۲- میانگین نمرات سلامت روان در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مطالعه



باعث تغییر سلامت روان و کاهش میزان استرس مادران شد.

در ارتباط با این پژوهش مطالعات پژوهشگران دیگر بیشتر در زمینه تعیین روابط میان سلامت روان مادران و مشکلات رفتاری در کودکان، آموزش برنامه مدیریت استرس به والدین و تعیین میزان اضطراب، استرس و افسردگی در

بحث

مطالعه حاضر تأثیر برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه را مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در گروه آزمایش

بر سلامت روان مادران که بر ۹۵ مادر کودک بیش فعال انجام گرفت این نتیجه به دست آمد که روش‌های آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی به کار گرفته شده در درمان اختلال بیش فعالی نقص توجه کودکان سبب ارتقاء سلامت روان مادران در مراحل پس آزمون و پیگیری شد (۲۸). پرنده و همکاران مطالعه‌ای با هدف تدوین برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری و تأثیر این برنامه بر سلامت روان مادران کودکان بیش فعال انجام دادند. نتایج این پژوهش ارتقاء در نمره سلامت روان در بعد احساس خوب بودن روانی و کاهش میانگین نمرات اضطراب و افسردگی را نشان داد (۱۹).

در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی در زمینه سلامت روان و اضطراب، استرس و افسردگی مشاهده نشد. این نتیجه بیانگر این مطلب است که دارو درمانی به تنهایی نمی‌تواند در بهبود رفتارهای کودک بیش فعال و خانواده وی تأثیر مطلوب و طولانی مدت داشته باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. تعداد نمونه‌ها و امکانات نسبتاً کم بود. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری بیش از ۱ ماه و به صورت تکرار شونده در طول زمان در تأیید نتایج این پژوهش به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر مؤثر بودن مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری را در بهبودی سلامت روان و استرس مادران کودکان بیش فعال نشان داد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مادرانی که بیش از یک کودک بیش فعال دارند میزان استرس بالاتری را تجربه می‌کنند. بنابراین پژوهش‌های بعدی در این زمینه بر دوره‌های مدیریت استرس طولانی‌تر و در مادرانی که بیش از یک کودک بیش فعال دارند، پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از قسمتی از پایان‌نامه مربوط به خانم شکوفه زارعی با شماره طرح ۶۴۵۸ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز برای حمایت مالی خود، از مادرانی که در این تحقیق شرکت کردند و از مرکز توسعه مطالعات بالینی بیمارستان نمازی جهت کمک‌های آماری سپاسگزاری می‌نمایند.

مادران کودکان بیش فعال بود که نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد. Musa و Shafiee در مالزی مطالعه‌ای با هدف تعیین سطح استرس، اضطراب و افسردگی در مادران کودکان بیش فعال و ارتباط آن با نشانه‌های بیش فعالی در کودکان انجام دادند که نتایج این پژوهش نشان داد مادران کودکان بیش فعال در مقایسه با گروه کنترل سطوح استرس، اضطراب و افسردگی بالاتری را تجربه می‌کنند و این میزان بالای استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از رفتارهای بیرونی کودکان می‌باشد (۲۴). Lesesne و همکاران در پژوهش خود دریافتند که میان سلامت روان مادران و نتایج رفتاری در کودکان ارتباط وجود دارد (۱۳). نتایج این مطالعات حاکی از آن است که مادران کودکان بیش فعال به آموزشی جامع نیاز دارند تا بتوانند به دنبال افزایش اطلاعات و آگاهی در خصوص اختلال بیش فعالی نقص توجه در نگرش و رفتارشان با کودکان تغییراتی ایجاد کنند (۲۵). همچنین افزایش اطلاعات و آگاهی والدین می‌تواند نگرانی‌ها و اضطراب مادران را کاهش داده و باورهای نادرست و ناکارآمد والدین را اصلاح نماید. این اصلاحات در نهایت زمینه را برای ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی این مادران آماده می‌کند (۲۶). اگرچه پذیرش و درک ویژگی‌ها و رفتارهای کودکان توسط مادران دشوار است، اما مادران پس از شرکت در جلسات آموزشی راحت‌تر توانند رفتار کودک خود را تبیین کنند. در نتیجه مشکلات رفتاری کودکان کاهش و اطاعت از دستورات مادران افزایش می‌یابد و مادران به میزان کمتری، فشار و تنش را احساس می‌کنند (۲۵). همچنین این مطالعات در یافته‌های خود به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش والدین در بهبود روابط والدین و کودکان با اختلال بیش فعالی نقص توجه اشاره کرده‌اند. پژوهش‌ها در افزایش اطلاعات و آگاهی مادران کودکان بیش فعال برنامه‌های آموزشی متفاوتی را به کار بردند. در این میان Edwards و Prithivirajh برنامه مدیریت استرس را برای والدین کودکان بیش فعال توصیه می‌کنند. نتایج حاصل از پژوهش آنان نشان داد که برنامه مدیریت استرس به عنوان یک استراتژی کمکی ارزشمند در مدیریت این اختلال به والدین کودکان بیش فعال کمک می‌کند (۲۷).

در بررسی تأثیر آموزش بر سلامت روان مادران کودکان بیش فعال نتایج مطالعات با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. در پژوهش مفتاق و همکاران با هدف بررسی روش‌های مختلف درمان کودکان دارای اختلال بیش فعالی نقص توجه

منابع

- 1 - Hodgkins P, Sasane R, Meijer WM. Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: incidence, prevalence, and treatment patterns in the Netherlands. *Clinical therapeutics*. 2011;33(2):188-203.
- 2 - 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. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2009;42(5):465-9.
- 3 - Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder. *The Cochrane Library*. 2009.
- 4 - American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013. p.59.
- 5 - Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2001;4(3):183-207.
- 6 - Sadock B, Sadock V. *Synopsis of psychiatry*. 9 ed: Philadelphia:Lippincott Williams andWillkins; 2007. p. 1223-31.
- 7 - Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 1992;20(5):503-20.
- 8 - Yousefi S, Soltanifar A, Teimori S. Comparison of parenting stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and Mothers of children with normal. *Journal of Mental Health*. 2009;2(42):115-22.
- 9 - Barkley RA. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press. 2006.
- 10 - Dadsetan P, Ahmadi A, Hasanabadi H. Parenting Stress and Public Health: Research on the relationship between parenting stress and general health care of mother and housewife with young children. *Journal of Iranian Psychologists*. 2006;2(7):171-84.
- 11 - Johnson JH, Reader SK. Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2002;9(1):51-62.
- 12 - Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(6):703-11.
- 13 - Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*. 2003;111(Supplement 1):1232-7.

- 14 - Suwanne P, Patchare P, Tanita P. A Depression in Mothers of Children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2006;51(3):61.
- 15 - Spratt EG, Saylor CF, Macias MM. Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*. 2007;25(4):435.
- 16 - Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2006;37(3):188-205.
- 17 - Antony M, Ironson G, Eshnaiderman N. A Practical Guide stress management program utilizing cognitive-behavioural approach. : Esfahan: Publications Academic Jihad; 2009.
- 18 - Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2005;293(13):1626-34.
- 19 - Parand A, Afroz G, Mansoor M. Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1135-9.
- 20 - Alavi A. Children Mental Health Problems: Parent Report Form of Strength and Difficulties Questionnaire. *Iranian J Psychiatry*. 2008;3(1):27.
- 21 - Ghanizadeh A, Izadpanah A, Abdollahi G. Scale validation of the strengths and difficulties questionnaire in Iranian children. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2007;2(2): 65-71.
- 22 - Samani S, Jekar S. assessment of validity and reliability depression, anxiety stress scale. *journal of social and human of shiraz university*. 2007:7-12.
- 23 - Yaghobi H. screening of mental health: test position and how to determine the cut-off score and validation. *Journal of mental health*. 2008;1:39-51.
- 24 - Musa R, Shafiee Z. Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2007;8(1):20-8.
- 25 - Abedishaporabadi S, Pormohamadrezayetajrishi M, Mohammadkhani P, Farzi M. Effectiveness of positive parenting program on the mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;3(15):63-73.
- 26 - Jafari B, Mosavi R, FathiAshtiani A, Khoshabi K. Effectiveness of positive parenting program on the mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *journal of Family research*. 2011;6(4):498-510.
- 27 - Prithivirajh Y, Edwards SD. An evaluation of a stress management intervention for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Inkanyiso: Journal of Humanities and Social Sciences*. 2011;3(1):32-7.
- 28 - Meftagh D, Mohammadi N, Najimi A. Different methods of treatment of children with attention deficit - hyperactivity on mental health of mothers. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012;4(1):245-51.

The effect of stress management program on mental health of the mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder

Zarei¹ Sh (MSc.) - Sharif² F (Ph.D) - Alavi Shoostari³ A (Ph.D) - Vossoughi⁴ M (Ph.D).

Abstract

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder is one of the most common psychiatric disorders in children. The present study aimed to evaluate the effectiveness of stress management program using cognitive behavior approach on mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Method: In this interventional study, 52 mothers of the children with attention deficit hyperactivity disorder were randomly allocated into two intervention and control groups. The general health questionnaire was used to measure mental health. In addition, depression - anxiety - stress scale (DASS-21) was used to measure stress. The two instruments were completed by mothers at baseline and immediately one month after the intervention. Cognitive-behavioral stress management program was consisted of eight sessions, each held for 90-minute for 8 weeks. This study was conducted in specialty and subspecialty clinic of Imam Reza and Hafez Hospital in Shiraz in 2012.

Results: Data were analyzed with SPSS version 16, repeated measures one-way ANOVA., and independent- samples *t*-test. At the baseline, no significant difference was found among the three groups regarding the means of stress, anxiety, depression, and mental health. However, there was a significant difference immediately after the intervention. In the intervention group, mean score of stress was significantly lower (12.29 ± 4.32) than the control group (14.77 ± 3.69) ($P=0.001$). Also, mean score of mental health in the intervention group (20.50 ± 10.56) was significantly lower than the control group (33.70 ± 12.60) ($P=0.009$). One month after the intervention, mean difference of stress and mental health scores was still significant in the intervention group ($P=0.001$ and $P=0.004$). Moreover, mean difference of anxiety and depression for intervention group was significant ($P=0.005$ and $P=0.008$).

Conclusion: Stress management program had a statistically significant influence on the mental health of mothers of the children with attention deficit hyperactivity disorder.

Key words: Attention deficit disorder with hyperactivity, cognitive-behavior, mental health, mothers, stress management

Received: 2 August 2014

Accepted: 10 January 2015

1 - MSc. in Psychiatric Nursing, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2 - Corresponding author: Professor, Community Based Psychiatric Care Research Center, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

e-mail: fsharif@sums.ac.ir

3 - Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Research Center for Psychiatry and Behavior Science, Department of Psychiatry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4 - Assistant Professor of Biostatistics, Department of Dental Public Health, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran