

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره بیست‌وهفتم و بیست‌وهشتم - بهار و تابستان ۱۳۸۵
صص ۹۵ - ۱۱۲

مقایسه افسردگی در کودکان و نوجوانان خانواده‌های عادی و خانواده‌های متقاضی طلاق شهر اصفهان

بیژن قربانی^۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه افسردگی در کودکان و نوجوانان خانواده‌های عادی و خانواده‌های متقاضی طلاق شهر اصفهان بود، برای این منظور سؤالی‌هایی در زمینه میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی و خانواده‌های متقاضی طلاق و تفاوت میان میزان افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی و خانواده‌های متقاضی طلاق و همچنین رابطه بین افسردگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خانواده‌های متقاضی طلاق مطرح گردید. جامعه آماری مورد نظر فرزندان ۸ تا ۱۶ سال افرادی بودند که مشکل خانوادگی داشتند و به «مرکز مداخله در خانواده به‌منظور کاهش طلاق اصفهان» مراجعه کردند. نمونه انتخابی ۱۱۷ نفر از فرزندان خانواده‌های متقاضی طلاق بودند. در این پژوهش از ۲ ابزار اندازه‌گیری استفاده شد، یکی پرسشنامه افسردگی (CDI) و دیگری پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی. نتایج پژوهش نشان داد که میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های

عادی ۸ درصد و در کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق ۲۶ درصد است. نتایج تحلیل T نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمره‌های کودکان خانواده‌های عادی و کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق معنادار بوده است. رابطه بین نمره‌های افسردگی کودکان با سابقه طلاق در والدین برابر با ۰/۱۲۹. محاسبه شد که معنادار بوده است. بین میزان افسردگی کودکان و میزان مدت زمان اختلاف بین پدر و مادر ۰/۲۶۹ محاسبه شد که معنادار بود. همچنین رابطه بین نمره‌های افسردگی کودکان با تحصیلات پدر برابر با ۰/۲۲۱ - بود که با ۱۰۰ درصد اطمینان معنادار بود. رابطه بین نمره‌های افسردگی با تحصیلات مادر برابر با ۰/۲۳۵ - بود، که معنادار بود. رابطه بین نمره‌های افسردگی با شغل مادر برابر با ۰/۱۶۲ - بود، که معنادار بود. رابطه بین نمره‌های افسردگی با شغل پدر برابر با ۰/۱۵۵ - بود، که معنادار بود. بین نمره‌های افسردگی با سایر متغیرها؛ تفاوت سنی مادر و پدر، تعداد افراد خانواده، وضعیت اقتصادی، درآمد خانواده و وضعیت مسکن رابطه معنادار وجود نداشت.

کلید واژه‌ها: افسردگی، کودکان، نوجوانان، طلاق.

مقدمه

تقریباً همه افراد درجاتی از غمگینی یا ناشادی که دامنه آن از اندوهگینی تا ناامیدی شدید در نوسان است را تجربه کرده‌اند. افراد مبتلا به افسردگی شدید غالباً اوضاع و احوال خود را برگشت‌ناپذیر پنداشته و معتقدند که نه خود می‌توانند به خودشان کمکی کنند و نه دیگران قادرند که آنها را یاری کنند. این نوع طرز تفکر نشانگان ناامیدی - بی‌پناهی^۱ نام گرفته است (آزاد، ۱۳۷۵). توصیف کودکانی که افسرده تشخیص داده شده‌اند، نشان می‌دهد که آنان چندین مشکل دیگر نیز دارند. نبود تجربه‌های شادی آور، انزوای اجتماعی، کمی اعتماد به نفس، ناتوانی در تمرکز، نارسایی در کارهای مدرسه تغییر در کارهای زیستی (خوردن، خوابیدن و دفع) و دردهای جسمی از جمله عوارض این کودکان است. اعتقاد بر این است که در برخی موارد افسردگی شدید نوجوان را به خودکشی و امی دارد (نلسون و ایزرئیل^۲، ۱۳۷۹).

تشخیص اختلال افسردگی عمده در کودکان با تظاهراتی حاد و بدون نشانه‌های روانی قبلی آسان است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۸). چون کودکان و نوجوانانی که در توصیف وضع هیجانی خود مشکل دارند، ارزیابی افسردگی آنها سخت‌تر است. در حالی که می‌توان ترس را از رفتار، تظاهرات‌های چهره و پاسخ‌های فیزیولوژیایی استنباط کرد. هر چند به نظر می‌رسد که برخی افسردگی‌های دوران کودکی اساس زیستی دارند و شواهدی مبنی بر تغییر در یک جزء ژنتیک وجود دارد ولی آنچه واقعاً به ارث می‌رسد، روشن نیست. اختلال افسردگی عمده در کودک به‌طور متوسط حدود ۷/۵ ماه است (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۳). ویژگی اصلی این اختلال وجود یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که ضمن آن در بیشتر طول روز و تقریباً هر روز، خلق افسرده بوده و بی‌علاقگی و احساس لذت نداشتن، تقریباً در همه فعالیتها وجود دارد. چهار نشانه مهم عبارت‌اند از: تغییر در اشتها یا وزن (عدم افزایش وزن کودک یا نوجوان در حد مطلوب)، خواب، فعالیت روانی - حرکتی و کاهش انرژی همراه با احساس گناه و افکار عودکننده مرگ و یا خودکشی (کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶). ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی عمده در کودکان و نوجوانان مانند بزرگسالان است، ولی نحوه ظهور علائم به مرحله تکاملی فرد بستگی دارد. علائمی که در افسردگی کودکان و نوجوانان ممکن است دیده شوند عبارت‌اند از: شکایت از دردهای جسمی مکرر، غیراختصاصی و مبهم مانند؛ سردرد، دردهای عضلانی یا خستگی، غیبت‌های مکرر از مدرسه یا عملکرد ضعیف در مدرسه، گفت‌وگو در زمینه فرار از خانه، فریاد کشیدن، تحریک‌پذیری یا گریه بی‌دلیل، احساس کسالت یا خستگی، عدم علاقه به بازی با دوستان، سوء مصرف مواد یا الکل، انزوای اجتماعی، ارتباطات ضعیف، ترس از مرگ، حساسیت بیش از حد به طرد شدن یا شکست، رفتارهای بی‌پروا و بدون ملاحظه (داوری، ۱۳۸۱).

راتر و همکاران حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد کودکان ۱۰ ساله مدارس را با حالت‌های غمگینی یا افسردگی تشخیص دادند. افسردگی بین کودکان که مورد توجه بالینی قرار می‌گیرند حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد مراجعه‌کنندگان بخش‌های سرپایی بهداشت روانی کودک را شامل می‌شود (نقل از ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۳). با توجه به نظر ریسینک و همکاران^۱، ۱۹۷۷ و شوکیت^۲، ۱۹۷۷ در برخی از موارد تخمین زده می‌شود نشانگان

شیوع متوسط تا شدید افسردگی (نه تشخیص بالینی) ۲۰ تا ۳۲ درصد باشد (نقل از کیونینگ‌هن، ۱۹۹۸). کامر (۱۹۹۸) گزارش ۲ درصدی از کودکان افسرده‌زیر ۱۷ سال را ارائه می‌دهد. همچنین براساس مطالعه همه‌گیرشناسی حدود ۲/۵ درصد از کودکان و ۸/۳ درصد نوجوانان در آمریکا از افسردگی رنج می‌برند (نقل از داوری، ۱۳۸۱).

در دوران کودکی، پسران و دختران به‌طور یکسان در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند، ولی در نوجوانی این احتمال در دختران ۲ برابر می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۴۴ و داوری، ۱۳۸۱).

راتر (۱۹۸۶) با تحلیل عاملی که بر روی گروهی از نوجوانان انجام داد، نشان می‌دهد که عامل سن و جنس بر افسردگی کودک تأثیر می‌گذارد. همچنین پترسون این میزان را در نوجوانان ۷ درصد و در محدوده‌زیر ۱۱ سال بین دو جنس مساوی می‌داند، ولی در ۱۶ سالگی افسردگی دخترها را ۲ برابر پسرها گزارش می‌کند (نقل از کامر، ۱۹۹۸). در پژوهش مارتین و همکاران (۱۹۹۵) علت اینکه افسردگی در دختران بیشتر از پسران دیده می‌شود توضیح داده شد. نتایج نشان داد که ۲ عامل در مقیاس درک استرس (PSS) یافت می‌شود که منعکس‌کننده ادراک درماندگی و توانایی تقلید بود. در زنان تنها عامل ادراک درماندگی، با افسردگی مرتبط بود، اما در مردان هر دو عامل با افسردگی رابطه داشت. همچنین در هر دو جنس، نگرش‌های معیوب با افسردگی، رابطه معنادار داشت، در حالی که حوادث بد زندگی با افسردگی رابطه معناداری نداشت.

داشتن سابقه اختلال در خانواده میزان خطرپذیری را افزایش می‌دهد. اغلب والدینی که تجربه اختلال افسردگی در سنین پایین را داشته‌اند، یا در نوجوانی بیمار شده‌اند یا یکی از آنها افسرده باشد احتمال افسردگی در کودکان را افزایش می‌دهند (هارینگتون و همکاران، ۱۹۹۷). نوجوانانی که افسرده می‌شوند، اغلب در خانواده خود تاریخچه افسردگی دارند، هر چند همبستگی این مورد در مورد کودکان زیاد بالا نیست. سایر عوامل خطرپذیری عبارت‌اند از: تنش، سیگار کشیدن، از دست دادن یکی از والدین یا فرد مورد علاقه، به هم خوردن یک رابطه عاطفی، وجود اختلال‌های توجهی، سلوک یا یادگیری، بیماری‌های مزمن مانند دیابت، اختلال در تمرکز، افکار روشن در مورد مرگ یا خودکشی.

در کل نسبت همپوشی نشانه‌های افسردگی عمده در کودکان و نوجوانان بالاست (کواکس و همکاران، ۱۹۸۴). پدیده‌هایی که اغلب عودکننده هستند (لیوین-سوهن و

همکاران، ۱۹۹۴). به علاوه در جوانان دچار اختلال دیس‌تایمیک احتمال رشد افسردگی عمده زیاد می‌شود (کلین و همکاران، ۲۰۰۰). تشخیص سریع و درمان فوری افسردگی مدت آن را کاهش می‌دهد و با عملکرد اولیه به افراد کمک می‌کند. پژوهش‌های NIMH باعث رشد و تکامل آزمون‌ها و مصاحبه‌هایی گردید که از خودکشی در کودکان و نوجوانان پیشگیری می‌کند. درمان و تشخیص‌های جدید شامل ارزیابی دقیق افکار خودکشی و عوامل افزایش‌دهنده مرگ در جوانان (استفاده از اسلحه‌های گرم) می‌باشد (نقل از برنت و همکاران، ۱۹۹۹). در پژوهش‌های دانلی و ویلسون (۱۹۹۴) با تحلیل عاملی نمره‌های پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) که بر روی کودکان ۱۱ تا ۱۵ ساله به اجرا در آمد مشخص شد، که افسردگی یا حداقل اساس آن که با پرسشنامه افسردگی کودکان اندازه‌گیری می‌شود، چند بعدی است. تحلیل عاملی ۶ عامل؛ خلق افسرده، رفتار بیرونی، خودانگاره یا پندار منفی، نداشتن رفتار مثبت، نشانه‌های بدنی و احساس گناه که ۲ عامل آخر پایایی ضعیفی دارند را به دست آورد. ارنارسون و همکاران (۱۹۹۴) برای بررسی خصوصیت‌های روان‌سنجی در برگردان فرم ایسلندی پرسشنامه، افسردگی کودکان و با استفاده از ابزاری برای بررسی شیوع نشانه‌های افسردگی، کودکان ۵ تا ۹ ساله را از مناطق مختلف پایتخت ریکیاویک بررسی کردند. نمره‌های پرسشنامه افسردگی کودکان کمتر از نمره‌های دیگر مطالعات صورت گرفته در مناطق آنگلوساکسون بود. تحلیل ANOVA شامل تفاوت چشمگیر در دوره‌های تحصیلی بود، اما تفاوتی در دو جنس مشاهده نشد و تعامل بین دو جنس و دوره تحصیلی مشاهده نشد، پایایی پرسشنامه افسردگی کودکان رضایت‌بخش بود و ساختار عاملی که کوآکس به دست آورده بود مجدداً تکرار نشد. الیاسی (۱۳۷۰) طی تحقیقی که بر روی ۲۱۷ دانش‌آموز کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهرستان سنندج انجام داد، به این نتیجه رسید که میزان افسردگی کودکان در دختران بیشتر از پسران بود. توافق والدین در رشد و تکامل کودک تأثیر زیادی دارد. کودکانی که در خانواده آرام و سازگار زندگی می‌کنند، اختلال‌های رفتاری و نابهنجاری در آنها به مراتب کمتر از کودکانی است که در خانواده‌های پرتنش به سر می‌برند (کونل، ۱۹۹۳). آفر^۱ و همکاران (۱۹۸۶) ویژگی‌های خاص اجتماعی و خانوادگی را مهم می‌دانند و اظهار می‌دارند

نوجوانان امروزی، گرچه عموماً خوشحال‌اند، اما از قرار معلوم، در مقایسه با نوجوانان دهه‌های قبل، احساس اطمینان و اعتماد کمتری دارند، حساس‌ترند و نسبت به خانواده کم‌عاطفه‌ترند (نقل از کامر، ۱۹۹۸). پیش از جدایی کامل پدر و مادر میزان اختلاف‌ها در درون خانواده به اوج خود می‌رسد. در خانواده‌هایی که اختلاف رفتاری در میان والدین شدید می‌شود، میزان بزهکاری کودکان افزایش می‌یابد. در واقع به نظر می‌رسد که گسستگی، عدم توافق، مرافعه و پرخاشگری در این خانواده‌ها بیشتر از خانواده‌های کودکان مضطرب و گوشه‌گیر است (نلسون و ایزابل، ۱۳۷۹).

افسردگی اختلال بسیار رایج در کودکان خانواده‌های طلاق است. شیوع افسردگی در این کودکان در مقایسه با کودکان عادی بیشتر است. فریاس (۱۹۹۲) طی پژوهشی با عنوان ساختار خانوادگی و افسردگی با استفاده از دو گروه کودک (گروه تک‌والدی و گروه دارای هر دو والد) نشان داد که کودکانی که والدین آنها از هم جدا شده بودند بیشتر از گروه دارای هر دو والد دچار افسردگی شده بودند. کندلر و همکاران (۱۹۹۲) طی پژوهشی با افرادی که نمره افسردگی بالا کسب کرده بودند، مصاحبه و تاریخچه آنها را با افراد سالم مقایسه کردند، نتایج نشان داد که بین افسردگی و تاریخچه افرادی که والدین آنها از هم جدا شده بودند رابطه معناداری وجود داشت. به‌طور کلی کودکان طلاق از نظر کنش‌های اجتماعی در مقایسه با کودکان عادی، مشکل دارند. این کودکان حس سازگاری کمی دارند و بیشتر مستعد بیماری روانی و مشکل روانی هستند. یکی از راه‌های عمده‌ای که ناسازگاری والدین با یکدیگر می‌تواند تأثیرات منفی روی کودک بگذارد، ارتباط ناکافی آنان با کودک است. با وجود این جدایی و ارتباط ناکافی، الزاماً موجب اختلال در رفتار نخواهد شد. رویدادهای خوشایند در محیط منزل، یا حضور گرم پدر یا مادر در خانه، می‌تواند از پیامدهای منفی ناسازگاری بکاهد (نلسون و ایزرئیل، ۱۳۷۹). این مسأله ضعف مهارت‌های اجتماعی را برای کودک به همراه می‌آورد. پورشه‌سواری (۱۳۷۹) در پژوهشی که در مورد بررسی تأثیرات روان‌شناختی طلاق بر کودکان انجام داد، مشخص کرد که کودکان طلاق به‌طور مشخص در ۴ سطح اضطراب، افسردگی، مشکل‌های رفتاری و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف‌تر از کودکان عادی هستند. افسردگی شایع‌ترین پاسخ والدین جدا شده به طلاق است. ممکن است والدین به غیر از افسردگی دچار مشکل‌های دیگر نیز باشند و به شکل پیوسته مشکل آنها بر روی کودکان تأثیر بگذارد. وایسمن و بوید (۱۹۸۵) معتقدند کودکانی را که مادران

افسرده تربیت می‌کنند به نسبت ۲ تا ۳ برابر، بیشتر در معرض خطر ابتلای به افسردگی هستند. این کودکان نه تنها در معرض خطر اختلال‌های افسردگی اند، بلکه از نظر علت‌شناسی بالینی افسردگی نیز دچار رفتار پرخاشگرانه، اضطراب، علایم رفتاری و جسمانی، اختلال تمرکز و توجه، خلق و خوی مشکل‌آفرینی، دلبستگی نامطمئن، احساس‌های متغیر و بی‌ثباتی هیجانی و در نهایت بی‌لیاقتی اجتماعی‌اند (نقل از سالاری، ۱۳۷۳).

تأثیراتی که طلاق بر روی شرایط تربیتی کودکان دارد، موجب بالا رفتن آمار و ارقام اختلال‌ها می‌شود. در هنگام یا بعد از جدایی والدین میزان شیوع مشکل‌های رفتاری و روانی در کودکان بالا می‌رود. معمولاً جدایی پدر و مادر، کودک را با بدسرپرستی یا بی‌سرپرستی مواجه می‌سازد. سرپرستی بد و بی‌سرپرستی در کودکان طلاق بسیار بیشتر از کودکان عادی است. طی پژوهشی که گارلند و همکاران (۲۰۰۱) انجام دادند، از بین پنج حوزه مراقبت از کودکان بی‌سرپرست که شامل مرکز سوء مصرف الکل و مواد مخدر (AD)، رفاه کودکان (CW)، دادگاه نوجوانان (JJ)، سلامت روان (MH) و مدارس عمومی برای کودکانی که پریشانی هیجانی شدید دارند (SED) در ساندیگو و کالیفرنیا به این نتایج دست یافتند که ۵۴ درصد از کودکان ۶ ساله و بالاتر گرفتار یکی از اختلال‌های رفتاری هستند. از این میزان به ترتیب بیشترین مبتلایان (۵۰ درصد) دچار اختلال رفتار ایدایی و اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه (ADHD)، ۱۰ درصد اختلال اضطراب و ۷ درصد اختلال خلقی بوده‌اند.

مصلحی (۱۳۷۳) در پژوهشی نشان داد که؛ علی‌رغم عدم وجود تفاوت بین میانگین مقیاس‌های پرسشنامه MMPI بین دو گروه دختران بی‌سرپرست نسبت به دختران عادی در مقیاس‌هایی که آشفتگی فکری افسردگی، ناسازگاری‌های اجتماعی، سوء ظن و بدبینی، گوشه‌گیری، افکار عجیب و غریب و احساس عدم امنیت را اندازه‌گیری می‌کند نمره‌های بالایی آوردند. همچنین تفسیر تعدادی از نیم‌رخ‌های روانی دختران بی‌سرپرست نشان می‌دهد که آنان احتمالاً دچار اختلال‌های روانی از جمله اختلال شخصیت و اختلال رفتاری هستند.

افسردگی ممکن است در اعتماد به نفس کودکان نیز تأثیر منفی داشته باشد. طی پژوهشی رابطه بین افسردگی و عزت‌نفس در دانش‌آموزان فاقد و واجد پدر بررسی شد که در آن ۱۶۷ دانش‌آموزان فاقد پدر شهرستان رودبار به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۶۶

دانش‌آموز واجد پدر از همان شهر به‌عنوان گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد میزان افسردگی در دانش‌آموزان فاقد پدر بیشتر از دانش‌آموزان واجد پدر است. میزان عزت‌نفس دانش‌آموزان فاقد پدر کمتر از دانش‌آموزان واجد پدر است. بین عزت‌نفس و افسردگی همبستگی معکوس وجود دارد (یحیانی، ۱۳۷۳). کودکان از فقدان پدر رنج می‌برند و احساسات و عواطف ناخوشایند خود را به وسیله واکنش‌های نابهنجار مانند افسردگی، پرخاشگری، واپس‌روی... نشان می‌دهند (بخشی، ۱۳۷۱). به نظر می‌رسد که جدایی والدین احتمال افسردگی را در فرزندان بالا می‌برد که این احتمال بیشتر از هر حادثه ناراحت‌کننده دیگری است. گولدن (۱۹۹۰) در پژوهش خود مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و پرسشنامه افسردگی بک را روی دانش‌آموزان نوجوان که دچار حادثه شده بودند و دانش‌آموزانی که دچار بحران نشده بودند مورد ارزیابی قرار داد. دانش‌آموزانی که در مقیاس افسردگی بک نمره بالایی آورده بودند، در مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ نمره‌های کمتری آوردند، ولی هیچ‌گونه تفاوت معناداری در افسردگی و عزت‌نفس دانش‌آموزانی که در زندگی دچار بحران شده بودند و گروه گواه به‌دست نیامد.

سؤالهای پژوهش

- ۱- میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی چقدر است؟
- ۲- میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق چقدر است؟
- ۳- تفاوت میان میزان افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی و خانواده‌های متقاضی طلاق چگونه است؟
- ۴- رابطه بین افسردگی و ویژگیهای جمعیت‌شناختی خانواده‌های متقاضی طلاق چگونه است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش فرزندان ۸ تا ۱۶ سال افراد دارای مشکل خانوادگی بودند که به مرکز مداخله در خانواده اصفهان به‌منظور کاهش طلاق در ۶ ماه اول سال ۸۳ مراجعه کردند. نمونه انتخابی ۱۱۷ نفر از فرزندان متقاضی طلاق بودند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه در دسترس بود. روش کار به این ترتیب بود که از افراد مراجعه‌کننده دارای فرزند که تمایل به همکاری داشتند خواسته شد که

یک پاکت را که شامل پرسشنامه بود به فرزندان خود بدهند و پس از تکمیل آن را به پژوهشگر برگردانند. دومین نمونه پژوهش شامل گروهی از فرزندان والدینی بود که مشکل خانوادگی نداشتند، این نمونه به صورت تصادفی از مدارس ناحیه ۵ آموزش و پرورش انتخاب شدند.

ابزار اندازه‌گیری، بیان ویژگیهای روایی و پایایی: ۱- پرسشنامه افسردگی (CDI): سؤالهای این پرسشنامه از پرسشنامه کواکس (۱۹۸۱) اقتباس شده که آن را کریمی و مولوی (۱۳۸۱) طراحی کردند. نمره‌گذاری پرسشنامه شبیه به پرسشنامه افسردگی بک و به صورت صفر و یک و دو است. پرسشنامه افسردگی ۲۷ سؤال دارد که ۶ عامل را می‌سنجد. ۱- احساس تنهایی که با سؤالهای ۱۹، ۴، ۱۸، ۲ و ۳ اندازه‌گیری می‌شود. ۲- احساس ناراحتی (بیرونی) که با سؤالهای ۷، ۱۰، ۲۱ و ۱۶ اندازه‌گیری می‌شود. ۳- علایم جسمی‌سازی که با سؤالهای ۲۲، ۲۳، ۱۷ و ۳ اندازه‌گیری می‌شود. ۴- خلق افسرده که با سؤالهای ۳، ۱، ۸، ۵ و ۱۹ اندازه‌گیری می‌شود. ۵- نارضایتی از فعالیتها که با سؤالهای ۶، ۷، ۲۷، ۲۰ و ۲۴ اندازه‌گیری می‌شود. ۶- احساس حقارت (خودپنداره منفی) که با سؤالهای ۱۱، ۲۵، ۲۶، ۱۲، ۱۵ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. نقطه برش و تشخیص افراد افسرده نمره بالاتر از ۱۸ است (کریمی، ۱۳۸۱). ضریب پایایی آن نیز در ۲ سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۳ محاسبه شده است که در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱- ضریب پایایی پرسشنامه افسردگی کواکس

تعداد	توسط	سال	ضریب پایایی
۱۲۰	کریمی و مولوی	۱۳۸۱	۰/۸۸
۸۰	قربانی	۱۳۸۳	۰/۸۵

روایی مقیاس افسردگی کودک: برای سنجش روایی مقیاس CDI از روایی همزمان با ارزشیابی دبیران استفاده شد که ضریب روایی ۰/۱۹۲ ($p = ۰/۰۰۳$) را نشان داد که معنادار بود (کریمی، ۱۳۸۱).

۲- پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل سؤالهایی بود که

ویژگی‌های فردی و اجتماعی افراد مانند سن، جنس، تفاوت سنی مادر و پدر، سابقه طلاق در والدین، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، تعداد افراد خانواده، شغل مادر، شغل پدر، وضعیت اقتصادی، درآمد خانواده و وضعیت مسکن را می‌سنجید. این پرسشنامه را خود پژوهشگر با سؤال کردن از والدین تکمیل کرد.

روش پژوهش: روش این پژوهش از نوع پس‌رویدادی است.

روش آماری: روش تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی استفاده از فراوانی، درصد فراوانی و رسم جدول‌ها و نمودارهای مربوط انجام شد و در سطح استنباطی با توجه به سطوح داده‌های به دست آمده از روشهای تحلیل آماری ضریب همبستگی و t استودنت استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

جدول ۲- فراوانی و درصد فراوانی افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی و کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق

خانواده‌های عادی		خانواده‌های متقاضی طلاق		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱۰۸	۹۲	۸۷	۷۴	غیرافسرده
۹۰	۸	۳۰	۲۶	افسرده
۱۱۷	۱۰۰	۱۱۷	۱۰۰	جمع

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی ۸ درصد و در کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق ۲۶ درصد می‌باشد.

تفاوت میان میزان افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی و خانواده‌های متقاضی طلاق در جدول ۳ و نتایج حاصل از تحلیل T در مورد مقایسه بین نمره‌های افسردگی در بین کودکان خانواده‌های عادی و کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق نیز در جدول ۳ و نمودار ۱ ارائه شده است.

جدول ۳- مقایسه بین نمره‌های افسردگی در بین کودکان خانواده‌های عادی و کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق

معناداری	درجه آزادی	تفاوت بین میانگین‌ها	میانگین‌ها	گروه‌ها
***	۲۳۲	۲۲/۸۹	۱۸/۰۶	کودکان خانواده‌های عادی
			۴۰/۹۵	کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق

($P \geq 0.01$ ***)



نمودار ۱- نمره‌های افسردگی در بین کودکان خانواده‌های عادی و کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق

نتایج تحلیل T نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمره‌های کودکان خانواده‌های عادی و کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق معنادار بوده است ($P = 0$). یعنی با ۱۰۰ درصد اطمینان می‌توان گفت که میانگین نمره‌های افسردگی کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق (۴۰/۹۵) بیشتر از افسردگی کودکان خانواده‌های عادی (۱۸/۰۶) بوده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، رابطه بین نمره‌های افسردگی کودکان با سابقه طلاق در والدین برابر با ۰/۱۲۹ محاسبه شد که معنادار بوده است ($P = 0.033$). بین میزان افسردگی کودکان و میزان مدت زمان اختلاف بین پدر و مادر ۰/۲۶۹ محاسبه شد که معنادار بود ($P = 0$)، همچنین رابطه بین نمره‌های افسردگی با

تحصیلات پدر برابر با ۰/۲۲۱- بود که با ۱۰۰ درصد اطمینان معنادار بود، این رابطه منفی بود. رابطه بین نمره‌های افسردگی با تحصیلات مادر برابر با ۰/۲۳۵- بود، که رابطه‌ای معنادار داشت ($P = ۰/۰۰۲$). رابطه بین نمره‌های افسردگی با شغل مادر برابر با ۰/۱۶۲- بود که معنادار بود ($P = ۰/۰۰۴$). رابطه بین نمره‌های افسردگی با شغل پدر برابر با ۰/۱۵۵- بود که معنادار بود ($P = ۰/۰۰۵$). بین نمره‌های افسردگی با سایر متغیرها؛ تفاوت سنی مادر و پدر، تعداد افراد خانواده، وضعیت اقتصادی، درآمد خانواده و وضعیت مسکن رابطه معناداری وجود نداشت.

جدول ۴- رابطه بین نمره‌های افسردگی و ویژگی‌های دموگرافیک خانواده‌های متقاضی طلاق

ردیف	متغیرها	همبستگی	معناداری
۱	تفاوت سنی مادر و پدر	۰/۰۵۵	۰/۴۱۱
۲	سابقه طلاق در والدین	۰/۱۲۹	*۰/۰۳۳
۳	مدت زمان اختلاف بین پدر و مادر	۰/۲۹۶	**۰
۴	تحصیلات پدر	-۰/۲۲۱	**۰
۵	تحصیلات مادر	-۰/۲۰۱	**۰/۰۰۲
۶	تعداد افراد خانواده	۰/۰۹۹	۰/۳۲۲
۷	شغل مادر	-۰/۱۶۲	**۰/۰۰۴
۸	شغل پدر	-۰/۱۵۵	**۰/۰۰۵
۹	وضعیت اقتصادی	۰/۰۵۳	۰/۵۱۸
۱۰	درآمد خانواده	-۰/۱۰۱	۰/۰۹۹
۱۱	وضعیت مسکن	-۰/۰۱۵	۰/۱۱۳

($P \geq ۰/۰۵$ *) و ($P \geq ۰/۰۱$ **)

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که گفته شد میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های عادی ۸ درصد است. نتایج این پژوهش با نتایج راتر و همکاران نقل از ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۳، ریسینک و دیگران، ۱۹۷۷ و شوکیت، ۱۹۷۷ نقل از کیونینگ‌هن، ۱۹۹۸ و کامر، ۱۹۹۸ متفاوت است. راتر و همکاران حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد کودکان ۱۰ ساله مدارس را با حالت‌های غمگینی یا افسردگی تشخیص دادند (نقل از ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۳). بنا به نظر ریسینک و دیگران، (۱۹۷۷) و شوکیت (۱۹۷۷) در برخی از موارد تخمین زده می‌شود نشانگان شیوع افسردگی متوسط تا شدید (نه تشخیص بالینی) ۲۰ تا ۳۲ درصد باشد (به نقل از کیونینگ‌هن، ۱۹۹۸). کامر (۱۹۹۸) گزارش ۲ درصدی از کودکان افسرده زیر ۱۷ سال را ارائه می‌دهد. همچنین براساس مطالعه همه‌گیرشناسی حدود ۲/۵ درصد از کودکان و ۸/۳ درصد نوجوانان در امریکا از افسردگی رنج می‌برند (نقل از داوری، ۱۳۸۱). با توجه به دیدگاهها و نتایج مختلف میزان شیوع افسردگی در پژوهش‌های مختلف متفاوت است. علت تفاوت بین نتایج به دست آمده با سایر نتایج بستگی به چندین عامل دارد. این عوامل عبارت‌اند از: محیط جغرافیایی، علت‌شناسی تشخیصی و ابزاری، ویژگیهای اقتصادی و فرهنگی، آن‌طور که مشخص گردیده است میزان شیوع افسردگی با توجه به ابزار اندازه‌گیری متفاوت گزارش شده است. علت دیگر ناشی از اختلاف‌های فرهنگی و تفاوت آنهاست، در برخی از فرهنگ‌ها نشانه‌شناسی افسردگی به نشانه‌های تشخیصی متفاوت اشاره دارد که موجب میزان شیوع متفاوت می‌شود، همچنین میزان گزارش‌های داده شده در برخی کشورها بسیار دقیق است که خود عامل گزارش شیوع بیشتر است.

میزان شیوع افسردگی در کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق ۲۶ درصد است. فریاس (۱۹۹۲) اعتقاد دارد، افسردگی اختلال بسیار رایج در کودکان خانواده‌های طلاق است. شیوع افسردگی در این کودکان در مقایسه با کودکان عادی بیشتر است. در این پژوهش آنچنان که مشاهده می‌شود، میزان افسردگی کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق در مقابل کودکان عادی بیشتر از ۳ برابر است. از نتایج می‌توان استنباط کرد که کودکان در خانواده‌های متقاضی طلاق به دلیل شرایط خاص و درگیری مداوم پدر و مادر و نداشتن وضعیت مراقبت مناسب بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند. دلیل احتمالی دیگر، الگوهای نامناسب و دایمی است که ایجاد تنش و ناراحتی را برای کودکان و نوجوانان

این خانواده‌ها افزایش می‌دهد. به احتمال قوی درگیری پدر و مادر آنان را از داشتن رابطه عاطفی مناسب و درست با کودکان باز می‌دارد. نلسون و ایزرئیل اعتقاد دارند ارتباط ناکافی والدین با کودکان از پیامدهای منفی ناسازگاری پیش از طلاق است که بر کودکان تأثیر منفی دارد.

میانگین نمره‌های افسردگی کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق (۴۰/۹۵) بیشتر از افسردگی کودکان خانواده‌های عادی (۱۸/۰۶) بوده است. به احتمال قوی یکی از علت‌های میزان بالای نمره افسردگی در کودکان خانواده‌های متقاضی طلاق افسردگی خود والدین است. والدینی که خود درگیری دایمی را تجربه می‌کنند به نوعی در معرض افسردگی قرار دارند و یا به دلیل افسردگی و عوارض آن دچار مشکل خانوادگی هستند. این والدین افسردگی خود را با انجام رفتارهای مختلف به فرزندان انتقال می‌دهند. نوجوانانی که افسرده می‌شوند، اغلب در خانواده خود تاریخچه افسردگی دارند (هارینگتون و همکاران، ۱۹۹۷)، طبق پژوهش‌های وایسمن و بوید (۱۹۸۵) کودکانی را که مادران افسرده تربیت می‌کنند ۲ تا ۳ برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند. طبق این پژوهش افسردگی شایع‌ترین پاسخ والدین جدا شده یا در حال طلاق است. ممکن است والدین به غیر از افسردگی دچار مشکل‌های دیگر نیز باشند و به شکل پیوسته مشکل آنها بر روی کودکان تأثیر بگذارد (به نقل از سالاری، ۱۳۷۳). شاید انتقال وراثتی افسردگی نیز در میان باشد. با توجه به نتایج پژوهش هارینگتون و همکاران (۱۹۹۷) با داشتن تاریخچه اختلال در خانواده میزان خطرپذیری افزایش می‌یابد. اغلب والدینی که تجربه اختلال افسردگی در سنین پایین را داشته‌اند، یا در نوجوانی بیمار شده‌اند، یا یکی از آنها افسرده‌اند احتمال افسردگی در کودکان را افزایش می‌دهند.

رابطه بین نمره‌های افسردگی کودکان با سابقه طلاق در والدین برابر با ۰/۱۲۹ محاسبه شد که معنادار بوده است ($P = ۰/۰۳۳$). بین میزان افسردگی کودکان و میزان مدت زمان اختلاف بین پدر و مادر ۰/۲۶۹ محاسبه شد که معنادار بود ($P = ۰$). همچنین رابطه بین نمره‌های افسردگی کودکان با تحصیلات پدر برابر با ۰/۲۲۱- بود که با ۱۰۰ درصد اطمینان معنادار بود، این رابطه منفی بود. رابطه بین نمره‌های افسردگی با تحصیلات مادر برابر با ۰/۲۳۵- بود، که رابطه‌ای معنادار داشت ($P = ۰/۰۰۲$). رابطه بین نمره‌های افسردگی با شغل مادر برابر با ۰/۱۶۲- بود که معنادار بود ($P = ۰/۰۰۴$).

رابطه بین نمره‌های افسردگی با شغل پدر برابر با $0/155$ - بود که معنادار بود ($P = 0/005$)، بین نمره‌های افسردگی با سایر متغیرها؛ تفاوت سنی مادر و پدر، تعداد افراد خانواده، وضعیت اقتصادی، درآمد خانواده و وضعیت مسکن رابطه معناداری وجود نداشت.

پژوهش کریمی (۱۳۸۱) نشان داد که بین نمره‌های پرسشنامه افسردگی کواکس با تحصیلات و شغل مادر رابطه معنادار بوده است. همچنین در پژوهش الیاسی (۱۳۷۰) طبقه اجتماعی را با نمره پرسشنامه مورد بررسی قرار داده است که رابطه معنادار نبوده است. با توجه به نتایج پژوهش مبینی بر وجود رابطه بین نمره‌های افسردگی با تحصیلات پدر این طور به نظر می‌رسد که دانش‌آموزانی که دارای پدرانی بودند که تحصیلات بالاتری داشتند نمره‌های افسردگی کمتری را نشان داده‌اند. احتمالاً پدرانی که تحصیلات بالاتری دارند در فرزندپروری موفق‌تر بوده‌اند. طبق پژوهش کندلر و همکاران (۱۹۹۲) افسردگی رابطه معناداری با تاریخچه زندگی فرد دارد. پدرانی که تحصیلات بالاتری دارند، به علت رشد شناختی بهتر نسبت به تربیت و نیازهای کودک مناسب‌تر عمل کرده‌اند. نمره‌های پرسشنامه افسردگی با تحصیلات مادر رابطه معنادار داشته، دلایل قید شده برای تحصیلات پدر در مورد مادر نیز صادق است. البته باید برای بررسی دقیق تأثیر هر کدام از این متغیرها پژوهش جداگانه‌ای انجام شود. تفاوت سنی مادر و پدر، تعداد افراد خانواده، وضعیت اقتصادی، درآمد خانواده و وضعیت مسکن رابطه معناداری با میزان نمره افسردگی کودک نداشته و چنین به نظر می‌رسد که این متغیرها تأثیری در نمره افسردگی کودک ندارد.

پیشنهادها

- انجام پژوهشی طولی که شامل سالهای زندگی پس از طلاق کودکان خانواده‌های مطلقه با خانواده‌های عادی باشد.
- انجام پژوهش در مورد کودکانی که تشخیص بالینی افسردگی در مورد آنها انجام گرفته و مقایسه نتایج تشخیصی پرسشنامه با تشخیص بالینی.
- انجام پژوهش در شهرستان‌های دیگر کشور و مقایسه نتایج آن با نتایج این پژوهش.
- انجام پژوهش در سایر کودکان طلاق و پس از آن و همچنین افزایش حجم نمونه در پژوهش‌های بعدی.

منابع

- آزاد، ح. (۱۳۷۵)، *آسیب‌شناسی روانی*، تهران، انتشارات بعثت.
- الیاسی، م.ح. (۱۳۷۰)، «رابطه افسردگی با فقدان والدین، جنس و آفت تحصیلی و طبقه اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی (تهران).
- بخشی، گ. (۱۳۷۱)، «بررسی میزان افسردگی و پرخاشگری در کودکان شاهد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- پورشهسواری، ف. (۱۳۷۹)، «بررسی تأثیرات روان‌شناختی طلاق بر کودکان»، نخستین همایش سراسری علل و پیامدهای طلاق، سازمان بهزیستی استان اصفهان - معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- داوری، ر. (۱۳۸۱)، «افسردگی در کودکان و نوجوانان»، *خبرنامه انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران*، شماره ۱.
- ساراسون، او ب ساراسون. *روان‌شناسی مرضی*، ترجمه ب نجاریان، م اصغری مقدم و م دهقانی، (۱۳۷۳)، تهران، انتشارات رشد.
- سالاری، ع. (۱۳۷۳)، «تأثیر والدین (پدر) بر اختلالات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی (تهران).
- کاشانی، ف و ش وزیری. (۱۳۷۶)، *روان‌شناسی مرضی کودک*، تهران، نشر ارسباران.
- کاپلان، اچ و بی سادوک. *خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی)*، جلد سوم، ترجمه ح رفیعی و ف رضایی، (۱۳۷۸)، تهران، انتشارات ارجمند.
- کریمی، ص. (۱۳۸۱)، «هنجاریابی، پایایی، روایی و تحلیل پرسشنامه افسردگی کوکس (CDI) در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهرستان اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان).
- مصلحی، م. (۱۳۷۳)، «بررسی وضعیت شخصیتی دختران بی‌سرپرست که در شبانه‌روزی‌های سازمان بهزیستی تهران نگهداری می‌شوند و مقایسه آن با دختران تحت سرپرستی والدین براساس میزان آزمون MMPI»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم (تهران).

نلسون، د.ا. و آیزرئیل. اختلالات رفتاری کودکان، ترجمه م.ت. منشی طوسی، (۱۳۷۹)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

یحیانی، ق.ع. (۱۳۷۳)، «بررسی رابطه بین عزت نفس و افسردگی در دانش آموزان فاقد و واجد پدر، دبیرستانهای شهرستان زلزله زده رودبار در سال ۱۳۷۳ - ۱۳۷۲»، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی (تهران).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual Disorders, *Fourth Edition (DMS-IV)*. Washington, DC: *American Psychiatric Press*, (1994).

ARNARSON, E.O., SMARI, J., EINARDOTTIR, H., JONASDOTTIR, E. (1994). The Pravalence of depressive symptoms in Pre adolescent school children inIceland. *Scandinavian Journal of Behavior The rapy*. 2, 3-4, 121-130.

BRENT, D.A., HODER, D. et al. (1997). A clinical Psychothrapy Yrial for Adolescent Depression Comparing Cognaitive, Family, and Supportive Therapy. *Arshives of General Psychiatiy*, 54(9): 877-85.

COMER R.J. (1998). *Abnormal Psychology*. Free man, New York.

CONNELL, H.M. (1993). Effect of Family Break-up and Parent Divorce on Children. *Pediatric Journal*, 1988. 24, No (4): 222-227.

CUNNINGHAN, E. (june, 1999). *A Model of Prediction Adolescent Depressive Syndromes Using Self-evaluation of Coping Style*. University of Melbourne, (Australia). [On line]. Available. URL: <http://WWW.Gsu.edu.htm>: [Accessed 8 May, 2003].

DONNELLY, M., WLLSON, R. (1994). The dimenios of depression in earlyadolescncce. *Personality and Indiridual Difference*. 17, 3, 425-430.

FRIAS, D. (1002). Children Psychiatry. *Anuariode Psicologia*, 52, 1, 121-131.

GARLAND. A.F., HOUGH, R.L., MCCABE, K.M. YEH, M. WOOD, P.A., AARONS, G.A. (2001). Prevalence of Psychiatric Disorders in Youngs Across Five Sectors of Care. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001 Apr. 40(4): 409-18.

GOLDEN, N.H. (1990). Saker-Im: Adolece. helth-Care. *Journal of Psychology*, 11(6): 501-504.

- HARBER, J. (1987). *Comprehensive Psychiatric nursing*. Mc Grow Hill. London.
- HARRINGTON, R., RUTTER, M., WEISSMAN, M.M. et al. (1977). Psychiatric Disorders in the Relatives of Depressed Proband. I Comparison of Prepubertal, Adolscnt and Early Adult Onset Cases. *Journal of Affective Disorders*, 42(1): 9-22.
- KENDLER. (1992). *Archives of General Psychiatry*. 46, 2, 109-116.
- KLEIN, D.N., SCHWARTZ, J.E. et al (2000). Five-year Course and Outcome of Dysthmic Disorder: a Prospective, Naturalistic Follow-up Study. *American Journal of Psychiatry*. 157(6): 931-9.
- KOVACS, M. (1981). Rating Scules to assess depression in Schiil-agedchildren. *Acta Paedopsychiatry*, 46m 503-315.
- KOVACS, M., FEINBERG, T.L., CROUSE-NOVAK, M.A., et al. (1984). Depressive Disorders in Childhood. IA Longitudinal Prospective Study of Characteristics and Recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3): 229-37.
- LEWINSOHN, P.M., CLARKE, G.N., SEELEY, J.R. et al. (1994). Major Depression in Community Adolscents: Age at Onset, Episode Duration, and Time to Recurrence. *Jornal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6): 809-18.
- MARTIN, R.A., KAZARIAN, S.S., BREITER, H.J. (1995). Perceived stress, lifeevents, dysfunctional attitudes, and depression in adolescent psychiatricinpotients. *Journal of Psychopathology and Behavioral*, (17), 1, 81-95.
- RUTTER, M. (1986). The development Psychopthology of depression. InRutter, M, Izard, C & Read, P. (Eds). *Depression in Young people: development: al and cilincaI Perspectives*. NewYork: Guiford press.