

بررسی نقش خانواده در کمبود افسردگی کودکان و نوجوانان

Examining the role of the family in the lack of depression in children and adolescents

Hossein Sohrabi Forozan

Bachelor of Counseling and Guidance Education,
Shahid Rajaei Campus University, Qazvin, Iran.

Email: hosseinsohrabi0123@gmail.com

حسین سهرابی فروزان*

کارشناسی آموزش مشاوره و راهنمایی، دانشگاه پردیس شهید
رجایی، قزوین، ایران.

Abstract

Childhood and adolescence are one of the most important periods of life, where the family plays a significant role in their behavior. Depression in today's society among children and teenagers has become a serious issue, today's child and teenager society needs support from the family more than in the past, neglecting this issue not only causes depression in them but also It can cause irreparable consequences in the rest of their life. Since rejection from the society and especially in the family is one of the important factors among children and teenagers, therefore the role of the family in improving this issue can be very key and important. For this reason, the purpose of this research is to investigate the role of the family in the lack of depression in children and adolescents. The current research method is of qualitative type and also by using reliable scientific articles and magazines and searching for different sources in reliable sites and library study.

Keywords: depression, family, childhood, adolescence.

چکیده

دوره های کودکی و نوجوانی یکی از دوره های مهم زندگی هستند که خانواده نقش بسزایی بر رفتار آن ها دارند. افسردگی در جامعه امروز در بین کودکان و نوجوانان به یک مسئله جدی تبدیل شده است جامعه کودک و نوجوان امروز بیش از گذشته به حمایت از جانب خانواده نیازمند است که غفلت از این موضوع نه تنها موجبات افسردگی را در آن ها به وجود می آورد بلکه می تواند طبعات جبران ناپذیری را در ادامه مسیر زندگی آنان به وجود آورد. از آنجایی که طرد شدن از جامعه و به ویژه در خانواده از جمله عوامل مهم در بین کودکان و نوجوانان می باشد و به همین سبب نقش خانواده در بهبود این موضوع می تواند بسیار کلیدی و مهم باشد. به همین دلیل هدف از انجام این پژوهش بررسی نقش خانواده در کمبود افسردگی در کودکان و نوجوانان می باشد. روش پژوهش حاضر از نوع کیفی و نیز با استفاده از مقالات و مجلات معتبر علمی و جست و جوی منابع مختلف در سایت های معتبر و مطالعه کتابخانه ای می باشد.

واژه های کلیدی: افسردگی، خانواده، کودکی، نوجوانی.

مقدمه

خانواده یکی از واحدهای مهم و تعیین کننده سرنوشت افراد هر جامعه است و رفتارهای والدین در این واحد از عوامل بسیار مؤثر بر وضعیت فرزندان آنها می باشد. در بسیاری از موارد رفتار والدین به صورت پرخاشگری با هم دیگر یا با فرزندان می باشد و این نحوه رفتار می تواند عواقب ناخواسته زیادی مانند افسردگی و اضطراب در فرزندان را ایجاد کند (ویتولو، ۲۰۰۵). اختلال افسردگی از قدیمی ترین و شایع ترین انواع اختلالات روانی می باشد (احدی، ۲۰۰۳). وجود یا عدم وجود افسردگی، ویژگی ها و شیوع آن در کودکان و نوجوانان سال های متمادی مورد بحث بوده است (راتر، ۱۹۹۸). تا دو دهه قبل تصور می شد افسردگی در کودکان و نوجوانان وجود ندارد یا بسیار اندک است. برخی از محققین استدلال کرده اند که افسردگی مستلزم وجود مجموعه ای از ساختارهای روانی خاص بزرگسالان است و این اختلال تا سال های پایان نوجوانی شکل نمی گیرد. مطالعات اخیر نشان داده اند که کودکان و نوجوانان نیز می توانند همانند بزرگسالان از افسردگی رنج ببرند (فانگ، ۲۰۰۶). اکنون توافق همگانی بر این است که افسردگی پیش از دبستان نیز اتفاق می افتد. هم چنین تشابهات زیادی بین ویژگی های افسردگی در سنین پایین (پیش از دبستان) و دوران بزرگسالی مشاهده گردیده است (فستا، ۲۰۱۱). معمولاً افسردگی در کودکان و نوجوانان با همان ملاک های افسردگی بزرگسالان تشخیص داده می شود اما نسبت به بزرگسالان در طول زمان از ثبات کمتری برخوردار است (برنن، ۲۰۱۳). افسردگی یک اختلال عودکننده است و حدود ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان یک دوره دوم افسردگی را در طی ۲ سال بعد و حدود ۷۵ درصد طی ۵ سال بعدی تجربه می کنند و اغلب موارد افسردگی عودکننده در بزرگسالان دارای شروع در حین نوجوانی بوده است. افسردگی جزء اختلالات عاطفی یا اختلالات خلق و خوی قرار داده می شود و نوجوان دچار آشفتگی فکری، عاطفی، رفتاری و حتی بیماری های جسمانی می گردد. در کودکان و نوجوانان افسردگی با ویژگی های بالینی مانند تحریک پذیری، کاهش علاقه و لذت در تمام یا تقریباً تمام فعالیت ها، کاهش قابل ملاحظه وزن بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (در کودکان نرسیدن به وزن مورد نظر)، کم خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز، کندی یا تندی روانی-حرکتی تقریباً هر روز، احساس خستگی یا فقدان نیرو، احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط و نامناسب، کاهش توانایی برای تفکر و تمرکز، بلا تصمیمی، افکار تکرارشونده، خودکشی اطلاق می شود (کوپر، ۱۹۹۳). شیوع افسردگی در اواخر قرن اخیر به طور چشمگیری در بعضی از جوانان رو به افزایش است (گراهام، ۲۰۰۲).

افسردگی آنقدر شایع است که سرماخوردگی روان نام گرفته است. همه مردم افسردگی افسردگی خفیف یا کوتاه مدت را تجربه می کنند اما شکل های شدید تر این اختلال به ویژه در کودکان و نوجوانان می تواند فلج کننده باشد. تشخیص دقیق اختلال افسردگی توسط متخصص و با توجه به شدت و مدت زمان علائم صورت می گیرد. یکی از اختلالات رایج در کودکان و نوجوانان افسردگی می باشد. شیوع افسردگی در سطح جوامع بشری به حدی است که برخی مانند سلیگمن آن را سرماخوردگی روانی معرفی کرده اند همچنین بک، کلارک و آلفورد ابراز داشته اند که بسته به این که افسردگی چگونه تعریف می شود و ارزیابی شود میزان شیوع آن از ۶/۲ درصد تا ۷/۱۲ درصد متفاوت است علاوه بر این، عوامل دیگری مانند دامنه سنی، ملاک های تشخیصی، ابزارهای اندازه گیری و ویژگی های گروه نمونه مورد مطالعه در تنظیم آمارهای متفاوت درباره شیوع اختلال افسردگی دخالت دارند (نجاریان، ۱۳۷۳). تا اواخر سال ۱۹۷۰ میلادی عمده پزشکان و روانشناسان افسردگی را مخصوص بزرگسالان می دانستند (نجاریان، ۱۳۷۳). ولی بعدها تحقیقات جدیدی تری آمد و نشان داد که چیزی در حدود ۲ درصد تا بیش از ۵۰ درصد جمعیت از کودکان و نوجوانان از افسردگی رنج می برند (عبداللهیان و همکاران، ۱۳۸۳). ولی رفتار افسردگی در کودکان و نوجوانان ممکن است با بزرگسالان تفاوت داشته باشد. بررسی های همه گیری شناختی انجام شده در آمریکا نشان داد که میزان بروز افسردگی در کودکان پیش دبستانی ۰/۹ درصد، در کودکان سنین مدرسه ابتدایی ۱/۹ درصد و نوجوانان ۴/۷ درصد بوده است (عبداللهیان، ۱۳۸۱). عبداللهیان و همکاران با مطالعه ۲۰۷۱ کودک کلاس چهارم و پنجم دبستان در سال ۱۳۸۱

شیوع این اختلال را در شهر مشهد ۱۳/۱ درصد برای دختران و ۷/۶ درصد برای پسران بیان کرده اند (عبداللهیان، ۱۳۸۱). ظهیرالدین و همکاران در بررسی خود در شهر فیروزکوه ۷۳ درصد دانش آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش آموزان پسر را افسرده گزارش کرده اند. ظهیرالدین و همکاران، ۱۳۸۳). شیوع افسردگی در سطح جوامع بشری به حدی است که برخی مانند سلیگمن آن را به عنوان نوعی سرما خوردگی روانی معرفی کرده اند یک کلارک و الفورد ابراز داشته اند که بسته به اینکه افسردگی چگونه ارزیابی و تعریف شود میزان شیوع آن از ۲/۶ درصد تا ۱۲۷ درصد متفاوت است. علاوه بر این عوامل دیگری مانند دامنه سنی ملاک های تشخیصی، ابزارهای اندازه گیری و ویژگی های گروه نمونه مورد مطالعه در تنظیم آمارهای متفاوت درباره شیوع اختلال افسردگی دخالت دارند (نجاریان، ۱۳۷۳).

در این حوزه تحقیقات زیادی صورت گرفته است که علائم افسردگی را در کودکان و نوجوانان شناسایی کنند و مهم است که والدین این علائم و نشانه ها را شناسایی کنند و در صورتی که این علائم را در فرزند خود مشاهده کردند بهترین راهکار مداخله کردن می باشد. تغییرات خلقی در کودکان و نوجوانان ممکن است به آن شکلی که در بزرگسالان مشاهده می شود خیلی دیده نشود. در بزرگسالان افراد افسردگی و غمگینی مربوط به خود را نشان می دهند اما در کودکان و نوجوانان تظاهرات متفاوت است.

عمده مداخلات و نشانه های افسردگی که در اغلب کودکان و نوجوانان مشاهده می شود بدین شرح است:

۱. گریستن (اشک ریختن) و غمگینی مداوم که این مورد مربوط به نشانه های رفتاری می باشد.
۲. نامیدی که در همه سنین که افراد افسردگی دارند پدیده ای غالب است.
۳. افزایش کج خلقی، عصبانیت و خصومت که به نوعی کودک و نوجوان را در لبه پرتگاه قرار می دهد.
۴. کاهش علاقه یا عدم لذت بردن از فعالیت هایی که کودکان و نوجوانان در گذشته نسبت به آن ها علاقه مند بودند.
۵. اشتغال بیش از اندازه به آهنگ ها و اشعار پوچ گرایانه
۶. ارتباطات ضعیف با اعضای خانواده و دوستان و دوستان که به نوعی یک حالت کناره گیری اجتماعی را متحمل می شوند
۸. حساسیت زیاد نسبت به هدم پذیرش یا شکست که به هیچ عنوان تحمل شکست را ندارند.
۹. وجود افکار یا اظهارات خودکشی گرایانه و خود ویران گرایانه
۱۰. شکایت های مکرر از دردهای جسمانی
۱۱. عدم تمرکز حواس به ویژه در هنگام مطالعه و مشاهده فیلم
۱۲. تغییر در عادات خواب و پر خوری و کم خوری که در کودکان و نوجوانان می شود.
۱۳. خستگی مداوم و انرژی کم
۱۴. عزت نفس پایین و احساس گناه
۱۵. کوشش در جهت فرار از منزل
۱۶. خود را ملامت کردن
۱۷. ناراحت، بی قرار و اشک آلود به نظر رسیدن
۱۸. خود را ملامت کردن
۱۹. اختلال خواب
۲۰. عملکرد ضعیف در مدرسه

حداقل در کودک و نوجوان باید ۵ ویژگی وجود داشته باشد. بین ۲ هفته تا یک ماه می توان احتمال افسردگی را اظهار داشت. به همین خاطر است که نقش خانواده در کم شدن و بهبود افسردگی فرزندانشان بسیار پر رنگ و حیاتی می باشد. دوران نوجوانی دوره گذرایی است که در آن افراد تغییرات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی بسیاری را در طول فرایند رشد

خود از کودکی به بزرگسالی تجربه می کنند و موضوعاتی مثل بلوغ زیستی و اجتماعی، اضافه شدن نقش های بزرگسالی و فعالیت های استرس زایی که زندگی فرد را تهدید می کنند تاثیرات مهمی در ایجاد مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی برای کودکان و نوجوانان در بر دارد (تزواران، ۲۰۱۲). اختلال افسردگی اساسی با یک یا چند برهه ی افسردگی اساسی مشخص می شود. افسردگی اساسی در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) به عنوان «یک دوره ی حداقل دو هفته ای که در جریان آن یکی از دو علامت خلق افسرده یا فقدان علاقه یا لذت در تقریباً همه فعالیت ها وجود دارد» تعریف می شود (۷، ۳۲۰). قمری بیان داشته است که حدود ۱۰ درصد از دانش آموزان نوجوان ایرانی از برخی نشانگان روانشناختی رنج می برند و آنچه بیش از همه مشاهده شده و مورد توجه قرار گرفته است اضطراب و افسردگی است (قمری، ۲۰۱۲). افسردگی در غالب اوقات با علائمی همچون خلق پایین (ناراحتی) نمایان می شود، با این حال چنین اختلالی در کودکان و نوجوانان با خلق تحریک پذیر، افزایش یا کاهش بدون اختیار وزن، اختلال در خواب (ناتوانی طولانی مدت در به خواب رفتن یا در خواب ماندن)، بی قراری، کندی حرکتی، احساس بی ارزشی، مشکل در تمرکز، افکار مکرر در مورد مرگ یا خودکشی مشخص می شود. (رومرو، ۲۰۱۴) امروزه در سبب شناسی اختلالات روانی در کنار نظریات درون فردی، نظریات بین فردی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است و همانگونه که گاروف، هینونین، پسون و آلمکویست (گاروف، ۲۰۱۲) بیان داشته اند، امروزه مطالعاتی که در حوزه اختلالاتی همچون افسردگی انجام می شوند همگی به اتفاق از مدل بیماری پذیری ارثی- استرس حمایت می کنند. بر اساس این مدل عوامل ژنتیکی، کودکان و نوجوانان را در برابر اختلالات روانی مانند افسردگی آسیب پذیر می کنند و تعامل این عوامل با عوامل محیطی ممکن است منجر به نمایان شدن این اختلالات بشود یا نشود. اگر چه عوامل محیطی دامنه بسیار گسترده ای دارد، با این حال گاروف و همکاران (گاروف، ۲۰۱۲) معتقدند خانواده هایی که در آن ها آسیب روانی والدین، تعارضات شدید، تعاملات ناکارآمد، خشونت خانگی و بدرفتاری با کودکان و نوجوانان به چشم می خورد. در آموزه ها و تعالیم اسلامی برای این حسّ مسئولیت و تلاش در راه رفاه، بالندگی و پیشرفت معنوی خانواده، پاداش در نظر گرفته شده و حتی به منزله برترین کارها، یعنی جهاد در راه خدا قرار گرفته است (مجلسی، ص. ۲۲۲). خانواده سالم علاوه بر اینکه زمینه ترقی معنوی، کسب ثواب، (عاملی، ۱۴۱۲) دوری از گناه، (نوری، ۱۴۰۸) شادی، نشاط (عاملی، ص. ۳۹) و امنیت می گردد، زمینه ساز تربیت و تولید نسلی صالح و مطیع پروردگار شده و به این وسیله نیز برکات و الطاف الهی را به طرف خانه و خانواده سرازیر می کند. پیامبر گرامی صلی الله علیه و آله درباره تولید نسل و تربیت فرزند می فرمایند:

ازدواج کنید و خانواده تشکیل دهید تا صاحب فرزند شوید. به درستی که من به زیادی شما در روز قیامت بر امت های دیگر افتخار می کنم (نوری، ص. ۱۵۳).

کارکرد خانواده به عنوان راهکارهایی تعریف می شود که اعضای خانواده برای تعامل، واکنش و رفتار با یکدیگر بر می گزینند و متغیرهایی همچون سبک های ارتباطی، سنت ها، نقش ها، مرزها، میزان نفوذ پذیری، انعطاف پذیری، انطباق و تاب آوری را در بر می گیرد (وینیک، ۲۰۱۰). یکی از معروف ترین مدل هایی که در حوزه کارکرد خانواده وجود دارد، مدل کارکرد خانواده مک مستر می باشد که بر اساس رویکرد سیستم های خانواده طراحی شده است. این مدل در اوایل دهه ۱۹۶۰ اوسط اپستین، بی شاپ و لوین در دانشگاه مک مستر شکل گرفت (بیرامی و همکاران، ۱۳۸۹). مدل مک مستر تمام جنبه های کارکرد خانواده را پوشش نمی دهد، با این حال بر جنبه هایی از کارکرد خانواده تاکید دارد که بیش ترین تاثیر را بر سلامت عاطفی (هیجانی) و جسمانی با مشکلات اعضای خانواده دارند (رایان، ۲۰۱۲) و بر اساس این مدل، کارکرد اصلی خانواده عبارت است از فراهم آوردن زمینه های رشد اجتماعی، روانشناختی و زیست-شناختی اعضای خانواده و حفظ آن ها از آسیب های گوناگون است. نوجوانان دارای طبعی انعطاف پذیر و قابل اصلاح و تربیت هستند و چنانچه در اقدامات حمایتی و هدایتی از آنان سهل انگاری شود، به سمت ارتکاب جرایم دیگر سوق داده می شوند (کشفی، ۱۳۸۷). اگر جایگاه و حوزه اختیارات و

وظایف افراد در یک سازمان و اداره یکسان باشد، آن سازمان به اهداف خود نیل پیدا نمی‌کند و به گسستگی می‌گراید. اگر در خانواده نیز به عنوان یک اداره و جامعه کوچک، سلسله مراتب وجود نداشته باشد و جایگاه افراد تعیین نگردد، آن خانواده به سامان مطلوبی نمی‌رسد. بسیاری از کارشناسان خانواده همانند مینوچین و جی هی لی وجود سلسله مراتب روشن و صریح درون خانوادگی را از مسائل ضروری در کارآیی خانواده می‌دانند. مینوچین که یکی از نظریه‌پردازان و متخصصان خانواده و خانواده درمانی است، اعتقاد دارد که معیار سلامتی و بهنجاری خانواده این است که هر کس در جایگاه و نقش متناسب با خود قرار داشته باشد. ایشان هدف از روش درمانی خود در خانواده را، نشان دادن والدین و همسران در پست فرمان کنترل خانواده و ایفای نقش‌های ویژه و اداره خانواده اعلام می‌کند (زیمون، ۱۳۷۹).

به اعتقاد روانشناسان، آرامش و اطمینانی که برای پدر و مادر و حتی اعضای دیگر خانواده در محیط خانواده بهنجار ایجاد می‌شود، در هیچ جایی حاصل نمی‌گردد و محیط آن، امن‌ترین و رضایت‌بخش‌ترین بستر برای ارضای نیازهای روانی، به ویژه تأمین آرامش روانی می‌باشد. محبت، غمخواری و پذیرش یکدیگر که از مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ضروریات زندگی اجتماعی است، به بهترین وجهی در خانواده تأمین می‌شود (بورنستین، ۱۳۸۰).

حال سوالی که مطرح می‌شود این است که چگونه هیجانات دوران بلوغ و نوجوانی را کنترل کنیم؟

در پاسخ به این سوال میتوان گفت آنچه نوجوانان به آن نیاز دارند، ابزارهای پایدار و با دسترسی آسان است که به آن‌ها کمک می‌کند تا احساسات خود را بدون ناامیدی، خشم، ترس یا سردرگمی بیاموزند. مدیریت هیجانات چه از نوع مثبت و چه منفی، یکی از مهارت‌هایی است که به فرد کمک می‌کند به خودش و اطرافیان کمتر آسیب بزند و از طرفی باعث رشد بهتر خودش شود. خبر خوب این است که این ابزارها برای هر نوجوانی در دسترس هستند. به جای یک فرمول مخفی یا یک داروی درمانگر، کلید ایجاد عادات ساده و روزمره است که از مثبت بودن و تعادل حمایت می‌کند. یکی از روش‌های بسیار مناسب استفاده از تکنیک مدیتیشن و ذهن آگاهی است. توانایی آرام کردن ذهن و جلوگیری از جریان افکار سرگردان و منفی فواید متعددی برای سلامت روان دارد. نوجوانان می‌توانند با یادگیری نحوه مراقبه با مربی شروع کنند. سپس آن‌ها می‌توانند عادت کنند که هر روز چند لحظه برای تمرین این مهارت وقت بگذارند. یک مطالعه مروری در جان‌هاپکینز نشان داد که تأثیر مدیتیشن بر علائم اضطراب و افسردگی دقیقاً مشابه تأثیر داروهای ضد افسردگی است.

روش دیگر ورزش می‌باشد که یک راه عالی برای نوجوانان است تا هیجانات و انرژی خود را رها کنند و روی چیزی غیر از افکار خود تمرکز کنند. فعالیت بدنی نوجوانان را از فکر و خیال خارج می‌کند. در نتیجه، آن‌ها را مجبور می‌کند در لحظه حال باشند. ورزش باعث آزاد شدن اندورفین می‌شود که یک تقویت‌کننده طبیعی خلق و خو است. علاوه بر این، فعالیت‌های بدنی باعث ایجاد حس موفقیت می‌شود که اعتماد به نفس نوجوانان را افزایش می‌دهد. این تحقیق نشان می‌دهد که فعالیت بدنی چقدر می‌تواند در مبارزه با افسردگی موثر باشد. یک بررسی تحقیقاتی در سال ۲۰۱۲ به طیف وسیعی از مطالعات نشان داد که تمرینات هوازی یا تمرینات قدرتی می‌تواند به طور قابل توجهی علائم افسردگی را کاهش دهد.

خلاقیت و بیان هنری، روشی قدرتمند برای نوجوانان برای رهاسازی و مدیریت احساسات است. هنگامی که صحبت کردن در مورد آنچه که از سر می‌گذرانید دشوار است، یافتن راه‌های دیگری برای بیان احساسات خود مفید است. علاوه بر این، خلاقیت حالتی از جریان را القا می‌کند - تجربه جذب کامل توسط یک فعالیت. هنگامی که ما درگیر یک جریان هستیم، امواج مغزی ما به امواج آلفا مرتبط با استراحت و آرامش و امواج تتا که در طول مدیتیشن رخ می‌دهند تغییر می‌کنند. طبق تحقیقات، نوجوانان به ویژه از جریان سود می‌برند.

تشویق به داشتن یک دفتر برای بیان احساسات نوجوانان نوشتن نگرانی‌ها، ناامیدی‌ها و حتی رویدادهای شاد می‌تواند به نوجوان شما کمک کند احساسات قوی خود را به سمت چیزی سازنده هدایت کند. به عنوان مثال، نوجوان شما ممکن است از نوشتن بهترین و بدترین چیزی که هر روز رخ داده است لذت ببرد، یا اگر احساس عصبانیت یا غمگینی می‌کند، ممکن است پس از

پر کردن یک یا دو صفحه با جزئیات اتفاقات و چگونگی آن، احساس بهتری داشته باشد. باعث شد احساس کنند یکی دیگر از گزینه‌های عالی این است که یک دفتر شکرگزاری داشته باشید. این می‌تواند یک لیست در حال اجرا یا یک پاراگراف توصیفی از چیزهایی باشد که نوجوان شما بابت آن‌ها سپاس‌گزار است. این کار به نوجوانان کمک می‌کند تا در چهارچوب ذهنی مثبت تری باقی بمانند.

پیشینه پژوهش

نتایج برخی بررسی‌ها نشان داده است که ۲۰ درصد دانش‌آموزان به طور همین دچار غم زدگی با دچار بعضی از انواع بیماری‌ها و یا اختلالات روانی می‌باشند. در دنیایی که ما در آن زندگی می‌کنیم، میزان تعارضات و کشمکش‌های زندگی افزایش یافته است و بسیاری از جوانان آمادگی برخورد و سازش با این فشارهای روانی را ندارند تحقیقات انجام شده روی کودکان و نوجوانان بیانگر شیوع افسردگی با شدت متوسط با شدید در ۲/۳ تا ۵/۹ درصد کودکان و نوجوانان می‌باشد. تخمین زده می‌شود که ۷ درصد کودکان قبل از بلوغ ۲۸ درصد بیماران کلینیک روان پزشکی کودک و نوجوان و ۲۷ درصد بیماران نوجوان بستری در بخش روان پزشکی دارای افسردگی هستند (لوپس ۲۰۰۱). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در ایالات متحده آمریکا بر روی ۱۰۲۴ نوجوان بازداشت شده انجام گرفت. پرسش‌نامه‌های سلامت بیماران PHQ و مقیاس افسردگی یک را کامل کردند. نتایج به دست آمده از مقیاس افسردگی یک نشان داد ۲۵ درصد دارای افسردگی متوسط ۲۲ درصد دارای افسردگی شدید و نتایج به دست آمده از پرسش‌نامه سلامت بیماران PHQ نشان داد که ۹۷۷ دارای افسردگی اساسی بودند. (کلارک، ۲۰۰۳). در کشور تایلند بررسی شیوع افسردگی روی ۸۱ کودک و نوجوان شیوع افسردگی را ۳۴/۶ درصد نشان داد نشانگان افسردگی به تنهایی ۷/۴ درصد اختلال سازگاری و خلق افسرده ۱۷/۳ درصد بوده است (آراگنوس ۲۰۰۴). سیدر و همکاران (۲۰۱۵)، به بررسی رفتارهای ناکارآمد و خصمانه والدین با کودک در توسعه مسائل رفتاری در خانه و مدرسه پرداخته‌اند. این ۱۳۲ دختر و خانواده آن‌ها در طول مه‌د کودک و کلاس اول به صورت مصاحبه ساختار یافته، انجام گرفته‌نظمی، فریبکاری و رفتار خصمانه موجب بروز مشکلات رفتاری و و یادگیری در خانه و طی مه‌د کودک و کلاس اول می‌شود همچنین گزارش شده است که رشد مشکلات رفتاری در خانه و مه‌د کودک با پیش‌خصومت والدین قابل پیش‌بینی است. جانگ و همکاران (۲۰۱۷)، رابطه سبک‌های والدین و اضطراب اجتماعی و افسردگی کودکان و نوجوانان را در خانواده بررسی کرده است. نتایج نشان داد که پرخاشگری بیش از حد از سوی پدران به طور قابل توجهی بیشتر از مادران توسط کودکان درک شده است. اختلاف معنی‌داری بین گروه‌هایی با اضطراب اجتماعی و افسردگی بالا و گروه‌هایی با اضطراب اجتماعی و افسردگی کم در سبک‌های پژوهش پدر و سبک‌های پرورش مادر مشاهده شد.

علاوه بر این، در خانواده، گرایش احساسی پدران می‌تواند اضطراب اجتماعی نوجوانان را کاهش دهد، در حالی که پرخاشگری مادران می‌تواند آن را افزایش دهد. در ایران موسوی و همکاران (۱۳۸۸)، ارتباط پرخاشگری والدین با معدل آخرین سال تحصیلی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی را بررسی کرده‌اند. درحالی‌که پرخاشگری پدران رابطه معناداری با معدل دانش‌آموزان نشان نداده است. در نتیجه پرخاشگری والدین، به ویژه مادران، از عوامل مهم و تعیین‌کننده عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان است و لازم است در برنامه‌های بهداشت روانی و ارتقای تحصیلی مدنظر قرار گیرد. یزدان پناه (۱۳۹۴) به بررسی رابطه پرخاشگری والدین و افسردگی دختران ۹-۱۲ سال مدارس ابتدایی شهرستان گیلان غرب پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده وی حاکی آن است که بین افسردگی و پرخاشگری رابطه معنی‌داری وجود دارد و سطح معنی‌داری آن برابر است. بهادران و همکاران (۱۳۹۴)، به بررسی رابطه بین پرخاشگری والدین و افسردگی کودکان مقطع پنجم ابتدایی شهر یاسوج در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق نشان‌دهنده رابطه مستقیم مولفه‌های خشم با افسردگی به صورت معنی‌دار بوده است. همچنین میزان افسردگی در دختران دو برابر پسران و پرخاشگری پدران بیشتر از مادران گزارش گردیده است. با

توجه به این که درصد بالایی از جمعیت ایران زیر ۲۰ سال هستند، تحقیقات بیشتر جهت اطلاع از تاثیر پرخاشگری والدین بر افسردگی کودکان و سپس برنامه ریزی و ارائه راهکارهای جدیدی برای کاهش شیوع افسردگی ناشی از سوء رفتار والدین بر کودکان و مشکلات رفتاری، اجتماعی ناشی از آن ضرورت دارد.

تکنیک هایی برای افسردگی نوجوانان

- والدین یک نوجوان باید این نکته را مدنظر داشته باشند که افسرده بودن و درست و سنجیده رفتار کردن، کار راحتی نیست.
۱. اگر رفتار و اخلاق نوجوان به گونه ای است که مشکوک به افسردگی هستند بهتر است والدین با پزشک مشورت کنند.
۲. خانواده می تواند پناه خوبی برای یک نوجوان افسرده باشد. با فرزندان باید مهربان بود و به او اجازه داد که احساسات و افکارش را با شما در میان بگذارد. روابط خوب و محکم با نوجوانان به شما این امکان را می دهد که در همان مراحل اولیه افسردگی از حال او با خبر شوید و بتوانید سریعتر اقدام کنید.
۳. نوجوان را تشویق کنید مهارت های مورد علاقه اش را یاد بگیرد. همین مهارت ها می تواند به او انگیزه تلاش برای زندگی بدهد. مثلاً اگر نقاشی یا ورزش خاصی را دوست دارد، به او اجازه دهید در آن زمینه پیشرفت کند. همچنین لازم است این اطمینان را در آنها ایجاد کنید که کاملاً طبیعی است گاهی بعضی چیزها را بخوبی یاد نگیرند، و تنها چیزی که برای آموختن نیاز دارند، زمان و تمرین بیشتر است.
۴. موفقیت فرزندان در یک زمینه کوچک را بزرگ کنید و بگذارید مغرور شود. این تشویق به او کمک می کند که استعداد خود را بشناسد و تلاش بیشتری برای کسب موفقیت های بیشتر کند.
۵. از پیش داوری و قضاوت بی موقع خودداری کنید. اجازه دهید نوجوان گام های طبیعی خود را در مسیر رشد بردارد و او را با انتظارات بیش از حد خود یا ایجاد دیگر مسئولیت های خانوادگی به زحمت نیندازید.
۶. با آنها در مورد موضوعاتی نظیر فشار همسالان، انتخاب یک برنامه روزمره، دوستیابی، مسائلی نظیر سیگار کشیدن، مواد مخدر و مسائل جنسی تا حدی که امکان دارد و می تواند برای آنها مفید باشد، صحبت کنید. دوردور او را تحت نظر داشته باشید و با دوستانش هم آشنا باشید.
۷. اجازه دهید فرزندان در هر زمانی که به شما نیاز دارد، حتی اگر خسته هستید، با شما حرف بزنند و مسائلی را به شما بگویند. او را برای آخر هفته منتظر نگذارید، اما در عین حال آنقدر در دسترس نباشید که وقتی برای تنها بودن و خلوت کردن نداشته باشد.

نتیجه گیری

افسردگی می تواند باعث سردرگمی و فراموشکاری شود. مطالعات نشان می دهند که افسردگی یا استرس طولانی مدت می تواند سطوح کورتیزول بدن را بالا ببرد. این می تواند بخشی از مغز را که در ارتباط با حافظه و یادگیری است، کوچک یا تضعیف کند. درمان افسردگی می تواند می تواند مشکلات حافظه ای مربوط به افسردگی را نیز بهبود دهد. دوره کودکی و نوجوانی افراد در تفکر، اندیشه، عاطفه، احساس، رفتار و کردار تغییر می کند و نوجوان می خواهد بداند کجا و کیست و جایگاه او در این دنیا کجا قرار دارد. خانواده می تواند او را راهنمایی کرده و اضطراب و افسردگی به وجود آمده در او را کاهش دهند. افسردگی بیشتر در دوره بلوغ اتفاق می افتد که در این دوره خانواده می تواند نقش حائز اهمیتی را در راهنمایی فرزندان ایفا کنند. به همین خاطر بحث و جدل های نا به جای والدین با فرزندان نه تنها موجب متشنج شدن فضای خانواده می شود بلکه روح و روان کودکان و نوجوانان را دچار آسیب جدی می کند. تحقیقات نشان می دهد که فرزندان از ۶ ماهگی تا ۲۰ سالگی نسبت

به مشاجرات والدین خود حساس می باشند. بررسی ها در خصوص عوامل محیطی در کودکان و نوجوانان نشان داده که کودکان و نوجوانانی که افسرده هستند در مقایسه با کودکان و نوجوانانی که این اختلال را ندارند دل‌بستگی ناایمن تری دارند و به نوعی دنیا پیرامون خود را نگران کننده می بینند عزت نفس و اعتماد به نفس پایینی را دارند و تلاش می کنند به هر شکلی که شده دوستی های خود را حتی با مشاجرات فراوان حفظ کنند. افرادی که روابط اجتماعی پایینی دارند معمولاً دچار افسردگی می شوند و وقایعی همچون جدایی والدین، داغ‌دیدگی، مشکلات تحصیلی را تجربه می کنند کودک و نوجوان را به سمت افسردگی هدایت می کند جدا کردن عوامل محیط و وراثتی امری دشوار و در عین حال نیاز به چنین اقدامی نیست. کودکان و نوجوانانی که افسرده هستند، تا حدودی عزت نفس و خودکار آمدی خود را از دست می دهند والدین باید به آن ها کمک کرده که محدودیت های خود را مشاهده کرده و دست از مقایسه کردن خود بر دارند. کودکان و به ویژه نوجوانان اگر حمایت اجتماعی خود را از دست بدهند والدین باید به طور مجدانه آن را بازسازی کنند. همچنین می توان از افرادی که با نوجوان در ارتباط هستند کمک گرفت و بر روی مسئله کار شده و آن را حل و فصل کرد. به طور کلی والدین تأثیرات زیادی بر روی بچه ها دارند به همین علت مشاور و خود والدین باید کمک کنند تا افسردگی کودکان و نوجوان ادامه دار نباشد اصطلاحاً عوامل نگه دارنده یا تداوم بخش حذف شوند مشاور باید با والدین صحبت کرده که این نوع افکار و اظهارات منفی در خصوص فرزندان خود را نداشته باشند. تحقیقات نشان می دهد، تماشای زیاد تلویزیون اثرات بسیار بدی روی سلامت کودکان دارد و احتمال دچار شدن کودکان به دسته گسترده ای از بیماری ها و مشکلات، از چاقی و بیماری قلبی گرفته تا افسردگی و مشکلات رفتاری و گفتاری افزایش می دهد. بدون تردید یکی از مهم ترین مواردی که باعث می شود که نوجوانان دچار افسردگی شوند وجود فشار های روانی از جانب والدین و همسالان می باشد. مسائل روانی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و فشارهای زندگی می توانند باعث شود که نوجوانان به مواد مخدر روی آورند. آنها ممکن است معتقد باشند که مواد مخدر به طور موقت به آنها کمک می کند تا از مشکلات روانی خود فرار کنند. مادر افسرده ای که فرصت کافی برای روبه رو شدن با مسائل و مشکلات فرزندان خود را ندارند او را طرد کرده و این واکنش مادر یا بچه را به لاک افسردگی فرو می برد یا باعث تشدید لجبازی ها و طولانی شدن دوره خودمحموری اش می شود. والدینی که سلطه گر یا در اصطلاح مستبد هستند بیشتر به فکر برقراری رابطه عمودی هستند کنترلگر و نه تنها شادی کودک را تأمین نمی کنند بلکه این ها را به افسردگی و پرخاشگری سوق می دهند. در نتیجه نقش پررنگ خانواده در کاهش یا افزایش افسردگی کودکان و نوجوانان کاملاً مشهود است.

منابع

- [۱] بیرامی، منصور، فرنام، علیرضا، قلی زاده، حسین، و ایمانی، مهدی. ۱۳۸۹. مقایسه کارکرد خانوادگی بیماران افسرده اسای با افراد سالم بر اساس مدل مک مستر. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۳۲، شماره ۲، صص ۲۵-۲۹.
- [۲] بهادران، میرزا عباسی، آسمند ف و عارفی مقدم، ع. والدین و افسردگی کودکان مقطع پنجم ابتدایی شهر یاسوج در سال تحصیلی ۹۳-۹۴، اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران تهران، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین
- [3] <https://www.civilica.com/Paper-EPCONF01-EPCONF01100.html>
- [۴] ف. چ، بورنستین، روش های درمان مشکلات زناشویی، ۱۳۸۰، ص ۱۲-۱۳.
- [۵] ف. ج، زیمون، مفاهیم و تئوری های کلیدی در خانواده درمانی، ۱۳۷۹، ص ۲۳۵
- [۶] کشفی، سید سعید (۱۳۸۷) نقش پلیس در داری کودکان و نوجوانان. فصلنامه دانش انتظامی. سال دهم. شماره اول.
- [۷] عبداللهیان، ابراهیم. یزدانی فارانی، شفق. امیری مقدم، رضا. میزان شیوع افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد. اندیشه و رفتار. سال هفتم. شماره ۴. ۱۳۸۱، صفحات ۴۲ تا ۴۸.
- [۸] محمدبن حسن حرّ عاملی، وسائل الشیعه، ج ۲۰، ص ۳۹.
- [۹] محمدبن حسن حرّ عاملی، وسائل الشیعه، ج ۲۰، ص ۱۴۱۲.
- [۱۰] ظهیرالدین علی رضا، حسینی محمد، سمنانی یوسف. بررسی شیوع افسردگی و عوامل همراه در دانش آموزان دبیرستانی شهر فیروزکوه. پژوهنده. سال نهم، ۱۳۸۳، شماره ۱، صفحات ۶۱ تا ۶۵.
- [۱۱] محمدباقر مجلسی، بحارالانوار، ج ۹۳، ص ۳۲۴.
- [۱۲] میرزا حسین نوری، مستدرک الوسائل، ۱۴۰۸، ج ۱۴، ص ۱۵۰.
- [۱۳] میرزا حسین نوری، مستدرک الوسائل، ج ۱۴، ص ۱۵۳.
- [۱۴] موسوی، غ. ابراهیمی، الف. سموعی، و. افشار، ح. (۱۳۸۸). ارتباط پرخاشگری والدین با معدل آخرین سال تحصیلی دانش آموزان مقطع ابتدایی. مجله پژوهش حکیم. زمستان ۸۸، دوره یازدهم، شماره چهارم.
- [۱۵] نجاریان، بهمن. ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس افسردگی کودکان به وسیله تحلیل عوامل. پژوهش های روانشناختی. دوره سوم شماره ۳ و ۴، ۱۳۷۳، صفحات ۲۴ تا ۴۳.
- [۱۶] یزدان پناه، م و رضاقلیان و (۱۳۹۴)، بررسی رابطه پرخاشگری والدین و افسردگی دختران ۹-۱۲ سال مدارس ابتدایی شهرستان گیلانغرب دومین کنفرانس بین المللی اقتصاد مدیریت و فرهنگ ایرانی اسلامی، اردیبهل موسسه پیشگامان فرهیختگان فرهنگ و اندیشه ولیعصر، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان اردبیل.
- [17] Ahadi H, Jomhori F. (2003). Growth Psychology: Adolescent, adulthood, geriatric. Tehran: Pardis Publication; 2003. [In Persian].
- [18] American psychiatric association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- [19] Aragones E, Pinol JL, Labad Masdeu RM. Prevalence and determinantsof depressive disorders in primary care practice in spain. Int J psychiatry med 2004; 34(1): 21-35.
- [20] Brennan J. Y. , Dustin P. W. , Mark I. , Lonnie B. , Amy M. B. , Stephen P. H. W. (2013). Parenting behaviors and childhood anxiety: a psychometric investigation of the EMBU-C. J. Child Fam. Stud. 22 1138-1146. 10.1007/s10826-012-9677-y.
- [21] Cooper PJ, Goodyer I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. Br J Psychiatry 1993; 163:369-74, 379-80.
- [22] Clark GN, (2002). Hornbrook M, Lynch F, Polen M. Evid Based Ment Health 2002; 5(3):78.
- [23] Fang X. Y. , Dai L. Q. , Fang C. , Deng L. Y. (2006). The relationship between parent-adolescent communication problems and adolescents' social adjustments (in Chinese). Psychol. Dev. Educ. 22 47-52.

- [24] Festa C. C. , Ginsburg G. S. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 42 291–306. 10.1007/s10578-011-0215.
- [25] Graham F. (2002). *Cognitive behavioral therapy for child and family*. Trans. Mohammady M, Hashemi Kohanzad H. Tehran: Welfare Publisher; 2002.
- [26] Ghamari, M. (2012). Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social, Sciences*, 2(5), 101-5.
- [27] Garoffa, F. F., Heinonen, K., Pesonena, A., & Almqvist, F. (2012). Depressed youth: treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34, 4–23.
- [28] Lewis M B. (2001). *Child and Adolescent Psychiatry Comprehensives Textbook*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2001: 1221-2.
- [29] Romero, A. J., Edwards, L. M., Bauman, S., & Ritter, M. K. (2014). Preventing Adolescent Depression and Suicide among Latinas, *Resilience Research and Theory*. New York: Springer.
- [30] Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., Bishop, D. S. (2012). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. Routledge.
- [31] Rutter M, Tuma A. H, Lann I. S. (1998). Assessment and diagnosis in child Depressive disorders psychopathology. New York: Guilgor; 1998: 347-76.
- [32] Snyder, J. Cramer, A and Afrank, J. (2015). The Contributions of Ineffective Discipline and Parental Hostile Attributions of Child Misbehavior to the Development of Conduct Problems at Home and School. *Developmental Psychology* Copyright 2015 by the American Psychological Association 2015, Vol. 41, No. 1, 30–41.
- [33] Tezvaran, Z., Akan, H., & Zahmacioglu, O. (2012). Risk of depression and anxiety in high school students and factors affecting it. *Health MED*, 6(10), 3333-9.
- [34] Vitolo YL, elitlich-Bilyk B, Goodman R, (2005). Parental Beliefs and child rearing attitudes and mental Health problems among school children, *Revista de saude publica* 2005; 39(5): 716- 24.
- [35] Winek, J. L. (2010). *Systemic family therapy: From theory to practice*. Los Angeles: CA: Sage.
- [36] Xu, J. Ni, S. Ran, M. and Zhang, C. (2017). The Relationship between Parenting Styles and Adolescents' Social Anxiety in Migrant Families: A Study in Guangdong, China. *Journal Front Psychol.* v. 8; 2017. Published online 2017 Apr 20. doi: [10. 3389/fpsyg. 2017. 00626]