

## بررسی شیوع نشانه های افسردگی کودکان دبستانی ۹ تا ۱۱ ساله در تهران و رابطه آن با عملکرد خانواده

\*دکتر عاطفه سلطانی فرا، دکتر مهدی بینا<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>استادیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، <sup>۲</sup>دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
- فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان

### خلاصه

**مقدمه:** در دهه قبل هم زمان با افزایش شیوع افسردگی در سنین پایین تر توجه زیادی به تشخیص و درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان جلب شده است. پژوهش های زیادی درباره شیوع نشانه های افسردگی در کودکان کشورهای غربی صورت گرفته است اما چنین تحقیقاتی در کشورهای غیر غربی اندک هستند. اهداف این پژوهش بررسی شیوع نشانه های افسردگی در کودکان دبستانی تهران و ارزیابی رابطه آن با بعضی ویژگی های خانوادگی مانند تحصیلات والدین و عملکرد خانواده از نظر تعداد دعواها، جو هیجانی و رضایت از زناشویی در والدین می باشد.

**روش کار:** روش نمونه گیری به صورت طبقه بندی خوشه ای دو مرحله ای می باشد. یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه در هر منطقه جغرافیایی تهران (شرق، غرب، شمال، جنوب و مرکز) و در هر مدرسه تعدادی از دانش آموزان کلاس های سوم، چهارم و پنجم (۹-۱۱ سال) به صورت تصادفی برگزیده شدند. تعداد کل نمونه ۱۰۵۴ نفر (۵۲۱ دختر، ۵۳۳ پسر) بود. ارزیابی نشانه های افسردگی با پرسش نامه افسردگی کودکان (CDI) انجام شد و متغیرهای خانوادگی با پرسش نامه ای که برای والدین این کودکان تنظیم شده بود، ارزیابی گردید. با تماس های مکرر حدود ۸۹۶ نفر از والدین، این پرسش نامه را تکمیل کردند. نتایج CDI و پرسش نامه والدین مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** با در نظر گرفتن حد برش ۲۰،۱۸ درصد کل نمونه، آزمون مثبت افسردگی (نمره مساوی یا بزرگتر از ۲۰) داشتند. میانگین نمرات و درصد آزمون مثبت در پسران (۱۹٪) کمی بیش از دختران (۱۷٪) بود ولی تفاوت به حد معنادار نرسید. میانگین نمره کل CDI با بعضی متغیرهای خانوادگی و عملکرد خانواده از نظر تعداد دعواها، جو هیجانی و رضایت از زناشویی رابطه معنادار داشت.

**بحث:** در این پژوهش، کودکان دبستانی تهران مشابه تحقیقات انجام شده در کشورهای مصر و روسیه میزان های بالاتری از نشانه های افسردگی را نسبت به مقادیر گزارش شده در کشورهای غربی (۱۰٪) گزارش کردند. نمرات افسردگی در پسران کمی بالاتر از دختران بوده که در این گروه سنی قابل انتظار است. گرچه باید به خاطر داشت که نمره بالای CDI لزوما مترادف با وجود اختلال افسردگی از نظر شدت و طول مدت علائم نمی باشد، اما رابطه معنادار بین نمرات افسردگی و عملکرد خانواده از نظر تعداد دعواها، جو هیجانی و رضایت از زناشویی، اهمیت در نظر گرفتن این عوامل را در طرح ریزی برنامه های پیشگیرانه برای افسردگی کودکان نشان می دهد.

**واژه های کلیدی:** افسردگی، کودکان دبستانی، عملکرد خانواده، ایران

### مقدمه

اختلالات افسردگی در سنین کودکی و نوجوانی، از اختلالات شایع روان پزشکی در این رده سنی محسوب می شوند.

در دهه گذشته با بروز فزاینده این اختلالات در سنین پایین تر، توجه زیادی به تشخیص و درمان افسردگی در کودکان و نوجوان معطوف شده است (۱).

<sup>۱</sup>آدرس مؤلف مسئول: مشهد- بلوار حر عاملی- نرسیده به میدان بوعلی-

بیمارستان روان پزشکی ابن سینا

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۷۲۱ Email: asoltani12@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۲/۲۹ تاریخ تایید: ۸۶/۵/۹

مصر (۲۶٪ و ۲۰٪) درصد آزمون مثبت بسیار بالاتر از کشور های غربی بوده است (۸،۷). عوامل مختلفی، از جمله عوامل اقتصادی و اجتماعی در این امر دخیل می باشند.

از عوامل مهمی که در بروز افسردگی کودکان موثر می باشند عوامل خانوادگی هستند (۹). پژوهش کاسلو و همکاران نشان داد که کودکان افسرده، دارای ادراک منفی تری از خانواده بوده، مادران آن ها، افسردگی مزمن تری نسبت به مادران دیگر کودکان داشتند، همچنین والدین کودکان افسرده رضایت کمتری از زناشویی ابراز کردند (۱۰). تحقیق وانگ در سال ۲۰۰۱ نیز ارتباط میان افسردگی نوجوانان را با میزان رضایت زناشویی والدین آن ها نشان داد (۱۱).

کاسلو و همکارانش (۱۹۹۴) با مرور وسیع مطالعات درباره کودکان افسرده و خانواده های آن ها، چندین متغیر خانوادگی را که با افسردگی کودکان مرتبط است مشخص کرده اند. این متغیرها عبارتند از: اختلالات روانی والدین، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، طلاق، وقایع منفی زندگی و حمایت اجتماعی پایین به ویژه افسردگی والدین احتمال بروز افسردگی را در کودکان آنها افزایش می دهد که علت آن می تواند آسیب پذیری ژنتیک، تعامل غیر انطباقی والد-کودک و تعارض های زناشویی در اثر افسردگی باشد. این مطالعه نشان داد که خانواده های دارای کودکان افسرده نسبت به خانواده های سالم انسجام کمتری داشته، ارتباط موثر کمتر و این والدین دارای وابستگی ایمن نبوده، روابط آن ها با تعارض بیشتری مشخص می شد (۱۲).

در مورد نقش عوامل خانوادگی در بروز افسردگی کودکان، در مطالعه ای توسط پاتن و همکارانش (۱۹۹۷) در کالیفرنیا، نشانه های افسردگی در فرزندان والدین حمایت کننده کمتر از فرزندان والدین غیر حمایت کننده بود (۱۳). یک پژوهش طولی (۲۰۰۶) برای بررسی تعامل عوامل ژنتیک و محیطی در دوقلوها نشان داد که تعارضات خانوادگی در کودکان با سابقه خانوادگی افسردگی احتمال بروز نشانه های افسردگی را در آن ها افزایش می دهد (۱۴).

افسردگی در دوران کودکی در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب احتمال سوء مصرف مواد، رفتار خودکشی و اختلال عملکرد روان شناختی، اجتماعی و تحصیلی کودک را افزایش می دهد (۲). اهمیت ارزیابی و درمان نشانه های افسردگی در دوران کودکی در مطالعه آرنون و همکارش بررسی شده است. محققان در این مقاله نشان دادند که گزارش نشانه های افسردگی در سن ۱۱-۱۰ سالگی با استفاده از پرسش نامه افسردگی کودکان<sup>۱</sup> (CDI)، پیش گویی کننده نشانه های روان پزشکی (به خصوص پرخاشگری)، عملکرد انطباقی ضعیف و اعتماد به نفس پایین در دوران جوانی می باشد (۳). هر چه سن شروع افسردگی پایین تر باشد، پیش آگهی ضعیف تر است (۴). در هر زمان ۱۵-۱۰٪ کودکان در جمعیت عمومی سطوح متوسط تا شدید نشانه های افسردگی را گزارش می کنند (۵).

در بسیاری از پژوهش ها در باره نشانه های افسردگی در کودکان ابزارهای خود سنجی مورد استفاده قرار گرفته است، زیرا تحقیقات اهمیت ارزیابی مستقیم و با ابزارهای خود سنجی را در این اختلالات نشان داده اند. به عنوان نمونه در پژوهشی به منظور بررسی شباهت ها و تفاوت ها در گزارش نشانه شناسی افسردگی در کودکان و مادران آن ها پژوهشگر به این نتیجه رسید که ارزیابی مستقیم خود کودکان اطلاعات دقیق تری از افسردگی کودکان به دست می دهد تا گزارش والدین آن ها (۶).

مطالعات زیادی درباره شیوع نشانه های افسردگی در کودکان و نوجوانان در جوامع غربی انجام شده است، اما این پژوهش ها در جوامع غیرغربی اندک است. در تحقیقات جدید توجه به این پرسش جلب شده است که آیا شیوع و ماهیت نشانه های افسردگی در جوامع مختلف یکسان است یا خیر. با استفاده از حد برش ۲۰ که اکثر محققان و مؤلف CDI بر آن توافق دارند شیوع آزمون مثبت (مساوی یا بالاتر از حد برش) در جمعیت عمومی در کشورهای غربی حدود ۱۰٪ بوده است. مطالعات بسیار کمی در کشورهای غیرغربی برای بررسی این موضوع انجام گرفته است. در دو مطالعه در روسیه و

1. Children's Depression Inventory (CDI)

ابزارهای سنجش: برای ارزیابی نشانه های افسردگی از پرسش نامه افسردگی کودکان CDI و برای بررسی متغیرهای خانوادگی از پرسش نامه ای برای والدین استفاده شد.

۱- پرسش نامه افسردگی کودکان (CDI): این پرسش نامه که یک ابزار خودسنجی افسردگی برای سنین ۱۷-۷ سالگی و دارای ۲۷ جزء می باشد توسط خانم ماریاکوواکس (۱۹۷۷) تهیه و تنظیم شده است. این ابزار محدوده نشانه های افسردگی شامل خلق پایین، توانایی لذت بردن، عملکردهای نباتی، ارزیابی خود و رفتارهای بین فردی را می سنجد. هر جزء CDI سه انتخاب یا گزینه دارد، که از صفر تا ۲ نمره گذاری شده است. کودک باید پاسخی را که به بهترین صورت حالت وی را در طی دو هفته گذشته توصیف می کند انتخاب کند. نمره کل CDI بین صفر تا ۵۴ است. این مقیاس در مراحل مختلف و توسط محققان بسیار، مورد بررسی و آزمایش قرار گرفته است و روایی و پایایی آن در پژوهش های مختلف اثبات شده است (۱۷،۱۶).

آزمون مثبت به معنای نمره برابر یا بالاتر از حد برش و آزمون منفی به معنای نمره پایین تر از حد برش می باشد. در تحقیقات مختلف، حد برش های متفاوت از ۱۰ تا ۲۰ تحت بررسی قرار گرفته اند. نتایج به دست آمده در پژوهش های مختلف نشان می دهد که مناسب ترین حد برش در جمعیت عمومی نمره ۲۰ می باشد (۱۶).

برای استفاده از این آزمون، پرسش نامه اصلی ترجمه شد و متن ترجمه از نظر قابل فهم بودن و رسا بودن کلمات نخست توسط اساتید روان پزشکی بازبینی گردید. سپس پرسش نامه به چند نفر از دانش آموزان مقاطع سوم، چهارم و پنجم داده شد تا اشکالات موجود احتمالی مشخص گردد.

۲- پرسش نامه والدین: این پرسش نامه برای جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، میزان تحصیلات پدر و مادر، نیز اطلاعاتی درباره عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوای، جویجانی و رضایت والدین از زناشویی توسط ۶ پرسش از پرسش نامه والدین به دست آمد.

در مطالعه دیگر که به صورت طولی و با پیگیری ۲۰ ساله صورت گرفت (۲۰۰۶) اختلافات و تعارضات خانوادگی از عوامل خطر زا برای اختلالات افسردگی در فرزندان والدین غیر افسرده بوده است (۱۵). با توجه به مطالب فوق و با در نظر گرفتن شیوع بالای افسردگی در رده سنی کودکان و نوجوانان و خطرات ناشی از آن، پیشگیری اهمیت حیاتی دارد. از آن جا که برای برنامه ریزی اقدامات پیشگیرانه، وجود اطلاعات در مورد همه گیر شناسی و عوامل مرتبط با نشانه ها اهمیت زیادی دارد و با توجه به کمبود پژوهش های معتبر در این زمینه در کشور ما این تحقیق طرح ریزی و اجرا گردید.

## روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی است. هدف بررسی فراوانی مقطعی نشانه های افسردگی در سطح دبستان های مناطق ۵ گانه تهران در هر دو جنس در سنین ۹ تا ۱۱ سال و بررسی رابطه آن با بعضی متغیرهای خانوادگی مانند تحصیلات والدین و عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوای، جویجانی و رضایت والدین از زناشویی می باشد.

نحوه انتخاب نمونه و تعداد افراد آن ها: جامعه مورد مطالعه کودکان دبستان های تهران در پایه های سوم، چهارم و پنجم و والدین آن ها می باشند. روش نمونه گیری به صورت طبقه بندی خوشه ای دو مرحله ای می باشد به این صورت که در هر یک از مناطق جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب و مرکز تهران ۲ مدرسه (یکی پسرانه و یکی دختران) به صورت تصادفی (در مناطقی که به صورت تصادفی برگزیده شده بودند) انتخاب شدند. قرار شد بررسی بر روی کلاس های سوم، چهارم و پنجم صورت گیرد تا دانش آموزان درک و همکاری بهتری در انجام آزمون CDI داشته باشند. بنابراین در هر مدرسه از پایه های سوم، چهارم و پنجم یک یا دو کلاس از هر پایه به صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه ها حدود ۵۱۴ نفر با راهنمایی مشاور آماری تعیین شده بود. یعنی تعداد نمونه در هر منطقه، حدود ۱۲۰ نفر لازم بود.

وارد گردید. این اطلاعات وارد رایانه شد و نتایج در سیستم نرم افزاری SPSS و با آزمون های ANOVA و t-test مورد تحلیل آماری قرار گرفت. استفاده از حد برش ۲۰ تنها به منظور مقایسه نتایج این تحقیق با پژوهش های مشابه در کشورهای دیگر صورت گرفت و ارتباط متغیرهای تحقیق عموماً با نمره کل CDI بررسی شد.

### نتایج

تعداد دانش آموزان مورد ارزیابی ۱۰۵۴ نفر می باشند و ۸۹۶ نفر از والدین این کودکان، فرم مخصوص والدین را تکمیل کرده اند. از ۸۹۶ فرم مخصوص والدین، پاسخ بعضی از سوالات داده نشده است که در متغیر مربوطه از تعداد کل کم شده است. متغیر اول مربوط به منطقه جغرافیایی می باشد که به ترتیب، به شرق، غرب، شمال، جنوب و مرکز تعلق دارند. تعداد دانش آموزان در این مناطق به ترتیب ۳۵۰، ۲۰۷، ۱۵۸، ۱۷۵ و ۱۶۴ نفر می باشد که همه غیر از منطقه شرق تقریباً مشابه هستند. در منطقه شرق با توجه به همکاری مسئولان مدرسه و پرجمعیت بودن مدارس انتخاب شده تعداد نمونه بیشتری گرفته شد که این تعداد بیشتر در محاسبات مربوط به میانگین نمرات CDI در کل تهران به حساب آمد، یعنی میانگین در هر منطقه محاسبه شد و میانگین کل با توجه به جمعیت هر منطقه به دست آمد. در مقایسه نمرات CDI با متغیرهای خانوادگی هم تعداد بیشتر نمونه از نظر آماری دقت محاسبات را بیشتر می کند جدول شماره (۱).

منبع اطلاعات در ۲۲٪ موارد پدر (۱۹۸ نفر) و در ۷۸٪ موارد مادر (۶۹۸ نفر) بودند. فراوانی دخترها ۵۲۱ نفر و پسرها ۵۳۳ نفر است. تعداد دخترها و پسرهای مورد آزمون تقریباً برابر است. یعنی ۴۹/۳٪ درصد دختر و ۵۰/۷٪ پسر هستند. فراوانی کودکان در کلاس های سوم، چهارم و پنجم در جدول شماره (۲) آمده است. تحصیلات پدر: به ۵ طبقه به صورت بی سواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم و دارای تحصیلات دانشگاهی تقسیم شده است. بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم به میزان ۴۱ درصد و کمترین مربوط به بی سواد به میزان ۱/۹ درصد است.

پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۳ شماره گذاری و با توجه به نظر صاحب نظران نمره کلی به دست آمده به دو دسته کلی خوب و بد تقسیم شد. در گروه خوب، والدین رضایت نسبی تا کامل از وضعیت زناشویی داشته و جوهیجانی خانه را گرم و صمیمی توصیف می کنند و تعداد دعوای آنان کم است. در گروه بد، تعداد دعوای بیشتر، جوهیجانی خانه سرد و بی روح یا پرتنش است و عدم رضایت از وضعیت زناشویی وجود دارد. جهت برآورد روایی در باره این بخش از پرسش نامه از چند تن از روان پزشکان و صاحب نظران در زمینه خانواده درمانی در ایران نظر خواهی شد و برخی از سوالات باز نگری گردید. اعتبار این بخش از پرسش نامه به روش باز آزمایی ۸۸٪ به دست آمد.

نحوه جمع آوری اطلاعات خام: پس از هماهنگی با معلمان کلاس های سوم، چهارم و پنجم، با توجه به تعداد مورد نظر دانش آموزان به طور تصادفی یک یا دو کلاس (در منطقه شرق با توجه به پرجمعیت بودن مدارس و همکاری اولیاء مدرسه، دو کلاس در هر پایه انتخاب شد) انتخاب گردید و برای انجام آزمون به این کلاس ها مراجعه می شد. در کلاس های مختلف زمان پرکردن پرسش نامه متفاوت بود ولی حدوداً بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در هر کلاس طول می کشید.

پرسش نامه والدین به والدین کودکان مورد نظر داده می شد که با دعوت به جلسه والدین در مدرسه حضور می یافتند. عده ای از والدین مورد نظر در این جلسات شرکت نمی کردند که پرسش نامه در پاکتی سربسته همراه با نامه ای برای توضیحات لازم در مورد تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات، به کودکان آن ها داده می شد تا به منزل برده و بعد از تکمیل توسط والدین به همان صورت به معلمان خود تحویل دهند. با پیگیری ها و تماس های مکرر با مراقبین بهداشت مدارس و از طریق همکاری آنان، ۸۹۶ نفر از والدین، پرسش نامه مخصوص را تکمیل کردند. سپس اطلاعات به دست آمده از CDI و پرسش نامه مخصوص والدین در ۵ منطقه و برای ۱۰ دبستان یعنی ۱۰۵۴ دانش آموز و ۸۹۶ نفر از والدین آن ها، به صورت کد در آمده و در برگه هایی

**جدول ۱- توزیع فراوانی کودکان ۹-۱۱ ساله دبستانی تهران**

بر اساس مناطق جغرافیایی

منطقه جغرافیایی	فراوانی	درصد
شرق	۳۵۰	۳۳/۲
غرب	۲۰۷	۱۹/۶
شمال	۱۵۸	۱۵/۰
جنوب	۱۷۵	۱۶/۶
مرکز	۱۶۴	۱۵/۶
جمع	۱۰۵۴	۱۰۰

**جدول ۲- توزیع فراوانی کودکان ۹-۱۱ ساله دبستانی تهران**

بر اساس مقطع تحصیلی (کلاس)

مقطع تحصیلی یا کلاس	فراوانی	درصد
سوم	۳۱۷	۳۰/۱
چهارم	۳۴۱	۳۲/۴
پنجم	۳۹۶	۳۷/۶
جمع	۱۰۵۴	۱۰۰

بر اساس پرسش نامه (CDI) افسردگی کودکان از صفر تا ۵۴ نمره گذاری شده است. تعداد کل ۱۰۵۴ نفر می باشد و نتایج نمرات آزمون به صورت میانگین به صورت زیر ارزیابی شد. ۱- کودک در رابطه با نمره کل CDI: میانگین نمرات در دختران ۱۲/۱۷ و در پسران ۱۲/۷۱ بود که از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند. گرچه در پسران میانگین نمرات کمی بالاتر از دختران بوده است ( $P < ۰/۲۸$ ).

۲- کلاس یا مقطع تحصیلی کودک در رابطه با نمره کل CDI: میانگین نمرات CDI در کلاس های سوم، چهارم و پنجم به ترتیب ۱۱/۵، ۱۱/۰۶ و ۱۲/۷۲ بود و از نظر آماری تفاوت معناداری بین کلاس های مختلف پیدا نشد ( $P < ۰/۰۶$ ).

۳- تحصیلات پدر در رابطه با نمره کل CDI: بیشترین میانگین نمره افسردگی در گروه پدران بی سواد و کمترین در گروه با تحصیلات دانشگاهی مشاهده شد. بین میانگین نمرات CDI و تحصیلات پدر رابطه معنادار وجود داشت. به عبارت دیگر هر چه سواد پدر کمتر باشد، میانگین نمرات CDI بیشتر است ( $P < ۰/۰۰۰۰۴$ ).

۴- تحصیلات مادر در رابطه با نمره کل CDI: بیشترین میانگین نمره CDI در گروه مادران بی سواد و کمترین در گروه با تحصیلات دانشگاهی مشاهده شد. بین میانگین نمرات CDI و تحصیلات مادر رابطه معنادار وجود داشت یعنی هر چه تحصیلات مادر کمتر باشد، میانگین نمرات CDI بیشتر است ( $P < ۰/۰۰۰۰۴$ ) جدول شماره (۳).

**جدول ۳- ارتباط تحصیلات والدین با میانگین نمره کل**

افسردگی (CDI) کودک

متغیرها	آمارها	X	SD	P value
تحصیلات پدر	بی سواد	۱۹/۰۵	۸/۳۷	$P < ۰/۰۰۰۰۱$ (ANOVA)
	ابتدایی	۱۴/۵۹	۸/۱۷	
	سیکل	۱۲/۹۰	۸/۳۸	
	دیپلم	۱۲/۴۱	۸/۲۷	
تحصیلات مادر	دانشگاهی	۱۰/۰۵	۷/۱۹	$P < ۰/۰۰۰۰۴$ (ANOVA)
	بی سواد	۱۵/۵۰	۸/۳۶	
	ابتدایی	۱۳/۵۸	۸/۱۶	
	سیکل	۱۳/۲۹	۸/۰۹	
دانشگاهی	دیپلم	۱۱/۴۷	۸/۱۵	۷/۷۱
	دانشگاهی	۱۰/۵۲	۷/۷۱	

تحصیلات مادر: به ۵ طبقه مشابه مورد قبل تقسیم شده است. بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم به میزان ۴۵/۸ درصد و کمترین مربوط به بی سواد به میزان ۳/۶ درصد است. وضعیت زناشویی: به دو صورت زندگی با همسر و زندگی جداگانه می باشد. ۸۷۸ نفر (۹۸/۱٪) زندگی با همسر و ۱۸ نفر (۱/۹٪) زندگی جدا را گزارش کرده اند.

عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوای، جوهرجانی و رضایت والدین از زناشویی: این متغیر از مجموع نمرات چند پرسش از پرسش نامه والدین به دست آمد و دو دسته خوب و بد تقسیم شد. در گروه خوب، والدین رضایت نسبی تا کامل از وضعیت زناشویی داشته و جوهرجانی خانه را گرم و صمیمی توصیف می کنند و تعداد دعوای آنان کم است. در گروه بد، تعداد دعوای بیشتر، جوهرجانی خانه سرد و بی روح یا پرتنش است و عدم رضایت از وضعیت زناشویی وجود دارد. بر این اساس، ۷۳۵ خانواده (۸۳/۶٪) عملکرد خوب و ۱۴۴ خانواده (۱۶/۴٪) عملکرد بد داشتند.

و مصر به دست آمده است که درصد بالاتری از نمرات افسردگی را نسبت به کشورهای غربی نشان می دهند. مثلاً بررسی نشانه های افسردگی در کودکان دبستانی روسیه همانند کشورهای دیگر غیرغربی، درصد بالاتری از نشانه های افسردگی را بر اساس CDI نشان داد و درصد آزمون مثبت در این تحقیق ۲۶٪ گزارش شد. این میزان در مصر حدود ۲۰٪ بود (۸،۷).

دلایل مختلفی می تواند برای این مسئله مطرح شود، از جمله مسائل اقتصادی و مشکلات جوامع در حال توسعه که بسیاری از پژوهش ها بر اهمیت این موارد تاکید داشته اند. مقایسه میزان آزمون مثبت در مناطق جغرافیایی تهران نیز شیوع بیشتر در ناحیه جنوب را نسبت به شمال و مرکز نشان می دهد که می تواند به علت تفاوت در سطح فرهنگی و اقتصادی در خانواده های این مناطق باشد.

برای ارزیابی بیشتر و امکان طرح ریزی اقدامات پیشگیرانه، ما یک سری از عوامل را که امکان ارتباط با نشانه های افسردگی را داشتند بررسی کردیم. از جمله این موضوعات، مسئله مهم عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوای، جویجانی و رضایت والدین از زناشویی بود که دو گروه خوب و بد از این نظر تفاوت معناداری در سطح نشانه های افسردگی کودکان داشتند. یعنی در خانواده هایی که تعداد دعوای پدر و مادر کمتر، جویجانی مثبت بیشتر و رضایت والدین از زندگی زناشویی بیشتر بوده است افسردگی در کودکان کمتر مشاهده شده است. این یافته نیز هماهنگ با مطالعات قبل (۹-۱۱) درباره نقش خانواده در افسردگی کودکان بر اهمیت چگونگی عملکرد خانواده و روابط والدین با یکدیگر در سلامت و بهداشت روانی کودکان تاکید دارد. مثلاً مطالعه کاسلو و همکاران (۱۹۹۰) نشان داد که والدین کودکان افسرده رضایت کمتری از زناشویی ابراز کردند (۱۲). در پژوهش دیگری توسط کاسلو و همکارانش (۱۹۹۴) خانواده های دارای کودکان افسرده نسبت به خانواده های سالم انسجام کمتری داشته، ارتباط موثر کمتری داشتند و روابط والدین با تعارض بیشتری مشخص می شد. افزایش خطر افسردگی کودکان در نتیجه تعارضات خانوادگی در مطالعات آینده نگر نیز تایید شده است (۱۴،۱۵).

عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوای، جویجانی و رضایت والدین از زناشویی در رابطه با نمره کل CDI: با عملکرد بد نمرات افسردگی بالاتری نسبت به گروه با عملکرد خوب خانواده داشتند. بررسی آماری، رابطه معنادار بین عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوای، جویجانی و رضایت والدین از زناشویی با نمره کل CDI نشان داد ( $P < 0/0001$ ). بررسی نمرات آزمون CDI با استفاده از حد برش ۲۰ نیز انجام شد که نتایج زیر به دست آمد: شیوع آزمون مثبت یعنی نمره کل افسردگی بزرگتر یا مساوی حد برش در مناطق جغرافیایی شرق، غرب، شمال و جنوب و مرکز به ترتیب ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۵، درصد بود که در مرکز کمتر از همه و در جنوب بیش از همه به دست آمد. با توجه به جمعیت نمونه در هر منطقه، شیوع کل ۱۸ درصد محاسبه شد. شیوع آزمون مثبت در دختران ۱۷ درصد (۹۱ نفر) و در پسران ۱۹ درصد (۱۰۷ نفر) بود.

## بحث

در این تحقیق، شیوع نشانه های افسردگی در پسران کمی بیشتر از دختران بود، گرچه تفاوت معناداری مشاهده نشد. درصد آزمون مثبت با حد برش ۲۰ هم در پسران (۱۹ درصد) کمی بالاتر از دختران (۱۷ درصد) بود. این نتیجه با اکثر تحقیقات قبلی در این گروه سنی هماهنگی دارد. متون روان پزشکی نیز شیوع اختلالات افسردگی را در سنین قبل از نوجوانی در پسران برابر یا کمی بیش از دختران گزارش کرده اند. پژوهش فینچ و همکاران (۱۹۸۵) بر روی ۱۴۶۳ دانش آموز ۷ تا ۱۶ ساله هم نشان داد نمرات پسران در آزمون CDI در مقایسه با دخترها به طور قابل ملاحظه ای بالاتر بود (۱۸). شیوع آزمون مثبت یعنی نمره CDI بزرگتر یا مساوی حد برش که ۲۰ در نظر گرفته شد در پژوهش ما در کل جامعه آماری حدود ۱۸٪ به دست آمد. این درصد نسبت به بسیاری از پژوهش های انجام شده در کشورهای غربی بالاتر است. مثلاً ادلسون و همکاران (۱۹۹۲)، شیوع آزمون مثبت را حدود ۱۰٪ به دست آوردند (۱۹). نتیجه مشابه به تحقیق ما در پژوهش های انجام شده درباره افسردگی کودکان با استفاده از CDI در کشورهای روسیه

عوامل واسطه‌ای مانند وضعیت اقتصادی بهتر یا کیفیت تعاملات بین والدین و والد-کودک در گروه‌های با تحصیلات بالاتر در افسردگی کودک نقش داشته باشد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان به اصول مختلفی برای کمک به طرح ریزی برنامه‌های پیشگیرانه در افسردگی کودکان دست یافت. در مرتبه نخست، شیوع بالای آزمون مثبت در کودکان دبستانی تهران نسبت به پژوهش‌های انجام شده در کشورهای غربی، لزوم اقدامات پیشگیرانه در این مقطع سنی را در جامعه ما نشان می‌دهد. اهمیت ارزیابی و درمان نشانه‌های افسردگی در دوران کودکی در مطالعات مختلف تایید شده است (۱-۳).

یکی از موضوعات مهم نقش روابط والدین و عملکرد خانواده در بهداشت روانی کودکان و به ویژه پیشگیری از افسردگی آنان است. آموزش به والدین از طریق رسانه‌های جمعی، در دسترس بودن مراکز مشاوره خانواده و خانواده درمانی در موارد لازم می‌تواند سطح عملکرد خانواده را بهبود بخشد. امید است که این پژوهش مقدمه‌ای برای تحقیقات گسترده‌تر بعدی در این زمینه باشد و امکانات و سرمایه ملی برای طرح ریزی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه مناسب در جهت کاهش نشانه‌ها و عوارض افسردگی کودکان اختصاص یابد.

از دیدگاه سیستمیک، خانواده می‌تواند افسردگی کودک را تقویت کند یا آن را کاهش دهد. دیدگاه پویایی‌های خانواده می‌گوید یک رابطه دو جانبه بین افسردگی کودک و پویایی‌های خانواده وجود دارد.

موضوع مهم دیگر نقش ساختار خانواده به صورت کامل یا زندگی جداگانه والدین است. گرچه در این پژوهش تعداد زندگی جداگانه کمتر از حد مورد انتظار گزارش شده، نشانه‌های افسردگی در این گروه اختلاف معناداری را با گروه دیگر یعنی خانواده‌های کامل نشان می‌دهد. نقش ساختار خانواده (دو والدی، تک والدی) در رابطه با افسردگی کودکان در پژوهش‌های زیادی بررسی شده است. مثلاً در مطالعه پاتن و همکاران (۱۹۹۷) نوجوانانی که با یک والد زندگی می‌کردند میزان‌های بالاتری از افسردگی داشتند (۱۳).

موضوع دیگر در این پژوهش، رابطه تحصیلات پدر و مادر با نشانه‌های افسردگی در کودک است. نتایج نشان می‌دهد که میزان تحصیلات پدر و مادر رابطه معکوس معناداری با نمرات افسردگی کودکان دارد یعنی هر چه تحصیلات آن‌ها بالاتر باشد، نمرات افسردگی کودک کمتر است. البته مکانیسم تاثیر این عامل مشخص نیست. ممکن است تحصیلات والدین از طریق

#### منابع

1. American academy of child and adolescent psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1998- suppl, 37(10): 63s-78s.
2. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, part I. J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1996, 35: 1427-1439.
3. Aronen ET, Soininen M. Childhood depressive symptoms predict psychiatric problems in young adults. Can. J. psychiatry 2000, 45(5): 467-70.
4. Carrison CA, Waller JL, Coffe SP. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. I. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1997, 36: 458-465.
5. Nolen-Hoeksmea S, Girgus JS, Seligman ME. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms. J. Abnormal Psychology, 1992, 101: 405-422.
6. Barret LM, Berney TP, Behate S et al. Diagnosing childhood depression: who should be interviewed-parent or child? British J. Psychiatry, 1991-suppl. 11, 159: 22-27.
7. Chareeb- Ghareeb A, Beshai JA, Arabic version of the Children's Depression Inventory. J of Clin.Child. Psychology, 1989, 18: 322-326.
8. Charman T, Pervova I. Self- reported depressed mood in Russian and UK. schoolchildren. J child. Psychol. Psychiatry, 1996, 37: 879-883.
9. Cicchetti D, Toth SC. The development of depression in children and adolescents. American psychologist, 1998, 53: 224-241.
10. Kaslow- Nadin J, Rehm- Lynn P, Pollack L et al. Depression and perception of family functioning in children and their parents. Am. J. Family Therapy. 1990, 18: 227-235.

11. Wang L, Crane R. The relation between marital satisfaction, marital stability, nuclear triangulation and childhood depression, *Am J. of Family Therapy*. 2001, 29: 337-347.
12. Kaslow- Nadin J, Deering G, Racusin CR. Depressed children and their families. *Clin. Psycho I. Review*. 1994, 14 (1): 35-59.
13. Patten CA, Earkas AJ et al. Depression symptoms in California adolescents family structure and parental support. *J. Adolesc. Health*, 1997, 20: 271-8.
14. Rice F, Harold G, Shelton K, Thapar A. Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescence depression: *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2006, 45(7): 841-848.
15. Pilowsky D, Wickramaratne P, Nomura Y, Weissman M. Family discord, parental Depression and psychopathology in offspring: 20 Year Follow-up. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2006, 45(4): 452-460.
16. Kovacs M. Manual of children's depression inventory. 1992, Multi Health Systems Inc, USA.
17. Timbremont B, Braet C, Dreessen L. Assessing depression in youth; relation between the children's depression inventory and a structured interview, *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol*, 2004 33(1): 149-157.
18. Finch AJ, Saylor CF, Edwards GL. Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children. *K. Consult and clin psychology*, 1985, 53: 424-425.
19. Edelsohn G, Ialongo N, werthamer-Larsson L. Self- reported depressive symptoms in first grade children: developmentally transient phenomena? *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 1992, 31: 280-290.

Abstract

## Depressive symptomatology in school children of Tehran-Iran (9-11years old) and its relation to function of their families

Soltanifar A. MD, Bina M. MD

**I**ntroduction: During the past decade, as depression was becoming increasingly evident at younger ages, a great deal of attention has been directed towards the diagnosis and treatment of depression in children and adolescents. A considerable amount of research has been focused on the prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in western societies, but researches conducted on non western samples are considerably scarce. The purposes of this study were to estimate the levels of self- reported depressive symptomatology in school children of Tehran and to assess its relationship to some characteristics of children's families.

**Methods and Materials:** 1054 children 9-11 years of age (521 girls, 533 boys) were randomly selected from the schools scattered in all five geographical areas of the city of Tehran. (two schools for each area). Assessment of depression was undertaken as a classroom based activity with Children's Depression Inventory (CDI). The CDI is a 27-item self- report inventory measuring depressed mood in children. All children were tested in their classrooms. Demographic and some Characteristics of their families were assessed with a questionnaire that was designed for parents of these children. With frequent contacts, 896 parents completed the questionnaires. The results of CDI and parents questionnaire were statistically analyzed.

**Results:** Considering the standard cut point of CDI (CDI score  $\geq$  20), 18% of the total sample had positive test (equal to or greater than 20). The means of the total CDI scores in boys and girls were not significantly different, but the percent of positive test were slightly higher in boys (19%) than that in girls (17%). The means of the total children's CDI scores were significantly related to the family function in terms of emotional atmosphere of home, the number of marital conflicts and marital satisfaction of parents.

**Conclusion:** In this research, school children of Tehran reported higher levels of depression than children of many western countries (10%) and these levels were comparable to results of similar researches in Russia and Egypt. The scores equal to or above the cut point in the boys were slightly more than those in the girls, which was expected in this range of age. Clearly, it is not being suggested that all children in this sample who scored equal to or above the cut point of the CDI, would meet the DSM-IV criteria for depressive disorders in terms of symptom content and severity. However the high prevalence of self-reported depression in children and the relationship between symptoms of depression and some familial variables indicate the importance of implementing preventive procedures in which these factors should be considered.

**Keyword:** Depression, School children, Family function, Iran