

افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد

دکتر ابراهیم عبدالهیان*، دکتر شفق یزدانی فارابی**، دکتر رضا امیری مقدم***

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان دبستانی شهر مشهد انجام شده است. **روش:** در این بررسی ۲۰۷۱ نفر (۱۰۴۹ پسر، ۱۰۲۲ دختر)، کودکان کلاسهای چهارم و پنجم (۱۰-۱۲ ساله) در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۱۳۷۹ با بهره‌گیری از آزمون CDI در مناطق هفتگانه آموزش و پرورش شهر مشهد مورد ارزیابی قرار گرفتند، که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای - تصادفی انتخاب شده بودند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش به کمک آزمونهای ناپارامتریک به روش کلموگروف - اسمیرنوف و روش مان ویتنی - ویلکاکسون و کروسکال والیس و همچنین ضرایب همبستگی خطی انجام شد. **یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که فراوانی افسردگی با خط برش ۲۰ در این شهر، ۱۰/۳٪ بود و میزان شیوع افسردگی در دختران بیشتر از پسران بود (دختران ۱۳/۱٪، پسران ۷/۶٪). همچنین متغیرهایی چون طلاق والدین، تغییر محل سکونت، تغییر مدرسه، سطح اجتماعی - اقتصادی خانواده، تعداد افراد خانواده، سابقه بیماری عصبی - روانی در خانواده، فوت بستگان، در بروز افسردگی کودکان مؤثر نشان داده شد. **نتیجه:** نتایج گویای آن است که در برنامه‌های پیشگیری باید کودکان به عنوان گروه هدف مورد توجه قرار گیرند. افزون بر این بکارگیری آزمونهای غربالگری در شناسایی کودکان افسرده به مسئولین درمانی کمک می‌کند تا در پیشگیری ثانویه نیز نقش مؤثرتری داشته باشند.

کلید واژه: افسردگی، کودکان، پرسشنامه افسردگی کودکان، مشهد، شیوع

مقدمه

اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است. گرچه از زمانهای گذشته غمگینی و یأس در کودکان و نوجوانان پدیده‌ای شناخته شده به شمار می‌رفت، امروزه روشن شده است که اختلال پایدار خلق در کودکان با هر

اختلال افسردگی کودکان یکی از بیماریهای مهم روانپزشکی می‌باشد که به علت تأثیر چشمگیر آن بر موفقیت تحصیلی، رشد شناختی و کارکردهای

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد. مشهد، میدان بوعلی، خیابان حر عاملی، بیمارستان ابن سینا (نویسنده مسئول).

** دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

*** دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

سنی و در هر شرایطی ممکن است بروز کند (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۹۹۸).

اختلالهای خلقی با افزایش سن، افزایش می‌یابند و در گروههای سنی مختلف میزان شیوع آن در افراد ارجاع شده به دلایل روانپزشکی بسیار بالاتر از جمعیت عمومی است. اختلالهای خلقی در کودکان سنین پیش دبستانی بسیار نادر است و میزان اختلال افسردگی عمده در سنین پیش دبستانی حدود ۰/۳٪ برآورد می‌شود که این میزان در درمانگاه‌ها ۰/۹٪ است. در کودکان دبستانی میزان شیوع اختلال افسردگی عمده نزدیک به ۲٪ است، در کودکان دبستانی افسردگی در پسرها شایعتر از دخترها است (همان جا).

هرچند ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلالهای خلقی تقریباً برای همه گروه‌های سنی یکسان است، اما نمودهای خلق آشفته در کودکان بسته به سن آنها متفاوت است. کودکان کوچک‌تر اغلب نشانه‌هایی را بروز می‌دهند که در سنین بالاتر شیوع کمتری دارد. این نشانه‌ها عبارتند از:

توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی، ظاهر غمگین، کناره‌گیری و عزت نفس پایین. نشانه‌های زیر بدون توجه به سن و وضعیت رشد به طور یکسان ظاهر می‌شوند: افکار خودکشی، خلق افسرده یا تحریک پذیر، بی‌خوابی و کاهش توانایی تمرکز.

خلق کودکان به ویژه در برابر چندین عامل فشار روانی - اجتماعی مانند اختلافهای خانوادگی مزمن، سوء رفتار با کودک و شکست های تحصیلی آسیب‌پذیر است (همان جا).

بررسیهای همه گیر شناسی انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که میزان بروز افسردگی در کودکان پیش از مدرسه ۰/۹٪، در کودکان سن مدرسه ۱/۹٪ و در نوجوانان ۴/۷٪ بوده است (کاشانی^۳ و شرمان^۴، ۱۹۸۸ - به نقل از لوویس^۵، ۱۹۹۶).

هامن^۶ و همکاران (۱۹۹۱)، به نقل از همان جا) ارتباط معنی‌داری را میان افسردگی در مادر و کودک گزارش

کردند. آنان نشان دادند که کودکان مادران مبتلا به اختلالهای خلقی بیش از کودکان مادران سالم در رویارویی با فشار روانی، دچار افسردگی می‌شوند.

گروهی از پژوهشگران نشانه‌های افسردگی را در کودکان واکنشی نسبت به تغییرات محیطی و بحرانهای خانوادگی معرفی کرده‌اند. (لفکویتز^۷ و بورتون^۸، ۱۹۷۸؛ به نقل از لوویس، ۱۹۹۶).

پوزنانسکی^۹ و زرول^{۱۰} (۱۹۷۰)، به نقل از لوویس، (۱۹۹۶) پرخاشگری والدین، مقررات تنبیهی، اختلافات زناشویی و سپربلا قرار دادن یا طرد کردن را در خانواده‌های کودکان افسرده گزارش کرده‌اند.

در پژوهشهای انجام شده در کودکان مبتلا به افسردگی برخی عوامل پیش بینی کننده خطر در آنها مطرح شده است که شناخت این عوامل و پرداختن به آنها می‌تواند راهکاری برای پیشگیری اولیه در بروز افسردگی کودکان برای برنامه ریزان اجتماعی و بهداشتی فراهم آورد. افزون بر این بکارگیری آزمونهای غربالگری در شناسایی کودکان افسرده به مسئولین درمانی کمک می‌کند تا در پیشگیری ثانویه نیز نقش مؤثرتری داشته باشند.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مقطعی^{۱۱} است که بر روی ۲۰۷۱ دانش آموز کلاسهای چهارم و پنجم دبستان (۱۲-۱۰ ساله) در سال تحصیلی (۷۹-۱۳۷۸) در نواحی هفتگانه شهر مشهد که به روش نمونه‌گیری تصادفی - خوشه‌ای انتخاب شده بودند به کمک پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI)^۱ انجام گردید. یک پرسشنامه جمعیت شناختی دارای پرسشهایی در

1- Kaplan

3- Kashani

5- Lewis

7-Lefkowitz

9- Poznanski

11- cross sectional

2- Sadock

4- Sherman

6- Hammen

8- Burton

10- Zrull

است همانند: خلق منفی پایین، لذت نبردن، آشفتگیهای خواب و خوراک، خودانگاره منفی، آشفتگی رفتار با همتاها یا در مدرسه.

اگر چه نشان داده شده است که CDI را می‌توان برای سنجش نشانه‌های افسردگی به کار برد اما نباید به تنهایی برای تشخیص این اختلال از آن بهره گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰۷۱ دانش آموز دختر و پسر از نواحی هفتگانه آموزش و پرورش مشهد بررسی شدند. جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش را بر حسب ناحیه آموزش و پرورش و جنسیت نشان می‌دهد. همان طور که جدول نشان می‌دهد، ۱۰۲۲ نفر از آزمودنیهای پژوهش (۴۹/۳٪) را دخترها و بقیه را پسرها تشکیل می‌دهند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر

حسب جنس و نواحی آموزش و پرورش		
جنس	فراوانی	درصد
دختر	۱۰۲۲	۴۹/۳
پسر	۱۰۴۹	۵۰/۷
نواحی آموزش و پرورش		
یک	۲۸۴	۱۳/۷
دو	۳۲۷	۱۵/۸
سه	۲۸۷	۱۳/۹
چهار	۳۰۵	۱۴/۷
پنج	۲۶۷	۱۲/۹
شش	۳۰۷	۱۴/۸
هفت	۲۹۴	۱۴/۲

همچنین ۸۴۹ نفر (۴۱٪) در کلاس چهارم و بقیه در کلاس پنجم مشغول تحصیل بوده‌اند. در مورد شغل

زمینه‌های جنسیت، سطح اجتماعی-اقتصادی، وجود سابقه بیماری روانی در بستگان دانش آموز، وجود سابقه فوت بستگان در یکسال اخیر، تغییر محل سکونت، تغییر مدرسه، جمعیت خانواده، رتبه تولد کودک در خانواده، شغل پدر، شغل مادر، ناحیه آموزش و پرورش، وضعیت سرپرستی (تک سرپرستی به علت فوت یا طلاق و یا...) نیز به کار گرفته شد.

این بررسی بر روی دانش آموزان ۲۸ مدرسه (۱۴ مدرسه دخترانه، ۱۴ مدرسه پسرانه) انجام گردید.

برای اجرای پژوهش پس از ترجمه و تنظیم پرسشنامه مربوطه یک سؤال که در مورد خودکشی بود به پیشنهاد آموزش و پرورش حذف گردید و پس از توضیحات لازم برای دانش آموزان، پرسشنامه‌ها توزیع شده و پس از تکمیل گردآوری گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کلموگروف - اسمیرنوف، روش مان ویتنی - ویلکاکسون، کروسکال والیس) و همچنین ضرایب همبستگی خطی به کار برده شد و به کمک نرم افزارهای SPSS و EXCEL مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

گفتنی است که CDI (پرسشنامه افسردگی کودکان)، عمومی‌ترین پرسشنامه برای بررسی افسردگی در کودکان می‌باشد که بوسیله ماریاکواکس^۲ بر اساس پرسشنامه افسردگی بک^۳ (ویژه بزرگسالان) تدوین شده است.

فرم طولانی دارای ۲۷ ماده سه گزینه‌ای است که هر گزینه از صفر تا ۲ نمره گذاری می‌شود و به این ترتیب نمرات به دست آمده از صفر تا ۵۴ می‌باشد. فرم کوتاه (CDI-S) ۱۰ ماده دارد که برای کودکان و نوجوانان ۷-۱۷ سال مناسب است و تنها به سه کلاس سواد خواندن نیاز دارد و می‌تواند پایین‌ترین میزان افسردگی را در دوران کودکی اندازه‌گیری نماید. برای هر ماده کودکان یکی از سه جمله‌ای که افسردگی خفیف، متوسط و یا شدید را منعکس می‌کند انتخاب می‌کنند. ماده‌ها مربوط به نشانه‌های افسردگی در دو هفته اخیر

1- Children Depression Inventory (CDI)

2- Maria Kovacs 3- Beck

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین فراوانی در نمره کل آزمون مربوط به نمره کل ۴ بود (۱۵۹ نفر) و کمترین فراوانی مربوط به نمره‌های کل ۳۳، ۳۸، ۴۱، ۴۲ و ۴۵ می‌باشد.

در زمینه وضعیت اقتصادی خانواده کمترین فراوانی مربوط به پایین‌ترین سطح اقتصادی - اجتماعی، (۳۹ نفر (۱/۹) و بیشترین فراوانی مربوط به سطح اقتصادی اجتماعی بالاتر از متوسط، ۴۷۷ نفر (۲۳٪) می‌باشد.

این بررسی میزان شیوع افسردگی را در دختران به طور معنی‌داری بیشتر از پسران ($P < 0/001$) نشان داد. تفاوت معنی‌داری از نظر میزان شیوع در میان کلاسهای چهارم و پنجم دیده نشد. این بررسی همچنین رابطه معنی‌داری میان افسردگی و شغل پدر و مادر نشان داد ($P < 0/001$). بیشترین میزان افسردگی در کودکانی دیده شد که پدرشان بیکار بوده و کمترین میزان افسردگی در کودکانی بود که مادرانشان مشاغل تخصصی داشته و یا کارمند بودند.

این بررسی میان رتبه تولد و افسردگی رابطه معنی‌داری نشان داد ($P < 0/001$). همچنین نشان داده شد که هرچه شمار فرزندان بیشتر باشد نمره افسردگی افزایش می‌یابد.

میان شمار اعضاء خانواده و نمره کل پرسشنامه همبستگی معنی‌دار مثبت به دست آمد. به بیان دیگر هر چه شمار اعضاء خانواده افزایش یابد افسردگی بیشتر می‌شود. میان متغیر مدرسه و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود داشت یعنی افسردگی در آنهایی که تغییر مدرسه داشته‌اند به طور معنی‌داری بیشتر از گروهی است که تغییر مدرسه نداشته‌اند ($P < 0/005$).

میزان افسردگی در دانش‌آموزانی که سابقه بیماری عصبی - روانی در خانواده داشته‌اند به طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزانی بوده است که چنین سابقه‌ای نداشته‌اند ($P < 0/001$).

دانش‌آموزانی که سابقه فوت بستگان در یکسال اخیر را داشته‌اند به طور معنی‌داری ($P < 0/001$) افسرده‌تر از دانش‌آموزانی بودند که چنین سابقه‌ای نداشته‌اند و

پدر کمترین فراوانی مربوط به گروه شاغل به تحصیل و بیشترین آن مربوط به گروه کارگر ماهر بوده است. در مورد شغل مادر بیشترین فراوانی مربوط به گروه خانه‌دار و کمترین فراوانی مربوط به گروه کارگر ماهر بوده است.

یافته‌های پژوهش در مورد رتبه تولد آزمودنیها در خانواده که از ۱ تا ۱۵ می‌باشد نشان داد که بیشترین فراوانی در اولین و دومین فرزند بوده و کمترین فراوانی مربوط به فرزند ۱۱، ۱۲ و ۱۵ می‌باشد.

جمعیت خانواده نیز از ۳ نفر تا ۱۷ نفر بوده است که کمترین فراوانی مربوط به خانواده‌های ۱۴ تا ۱۶ و ۱۷ نفری بوده و بیشترین فراوانی را خانواده‌های ۵ نفری داشته‌اند.

در مورد تغییر مدرسه، فراوانی دانش‌آموزانی که تغییر مدرسه داشته‌اند ۱۳۸۰ نفر (۶۶/۶٪) و فراوانی آنهایی که تغییر مدرسه نداشته‌اند ۶۸۴ نفر (۳۳٪) می‌باشد.

در مورد تغییر محل سکونت، فراوانی دانش‌آموزانی که تغییر محل سکونت داشته‌اند ۷۱۶ نفر (۳۴/۶٪) و فراوانی آنهایی که تغییر محل سکونت نداشته‌اند ۱۳۳۶ نفر (۶۴/۵٪) می‌باشد.

فراوانی دانش‌آموزانی که سابقه بیماری عصبی - روانی در خانواده داشته‌اند، ۱۸۰ نفر (۸/۷٪) و آنهایی که چنین سابقه‌ای نداشته‌اند ۱۸۷۱ نفر (۹۰/۳٪) می‌باشد.

یافته‌های مربوط به وجود فوت در بستگان درجه یک، درجه دو و درجه سه دانش‌آموزان نشان داد که ۹۴۱ نفر (۴۵/۴٪) دارای چنین سابقه‌ای بوده‌اند و ۱۱۰۱ نفر (۵۳/۲٪) چنین رخدادی را در یکسال اخیر گزارش نکرده‌اند. وضعیت سرپرستی خانواده (وجود پدر و مادر، تک سرپرستی به علت طلاق، فوت) نیز مورد بررسی قرار گرفت که کمترین فراوانی مربوط به گروهی بود که نه پدر داشتند و نه مادر (۶ نفر) و بیشترین فراوانی مربوط به گروهی بود که هم پدر داشتند و هم مادر (۱۹۱۲ نفر).

جدول ۲- درصد افسردگی در کل (با نمره مساوی یا بیشتر) به تفکیک جنس در خطوط برش مختلف (از ۱۰ تا ۲۰)

خط برش	پسران (درصد)	دختران (درصد)	کل (درصد)
۱۰	۳۸/۹	۴۷/۷	۴۳/۲
۱۱	۳۳/۷	۴۲/۷	۳۸/۱
۱۲	۲۹/۵	۳۷/۸	۳۳/۶
۱۳	۲۵/۹	۳۵/۱	۳۰/۵
۱۴	۲۲/۷	۳۱	۲۶/۸
۱۵	۱۸/۸	۲۶/۹	۲۲/۸
۱۶	۱۵/۵	۲۳/۳	۱۹/۴
۱۷	۱۳/۱	۲۰/۱	۱۶/۵
۱۸	۱۰/۷	۱۷/۲	۱۳/۹
۱۹	۹/۱	۱۴/۷	۱۱/۸
۲۰	۷/۶	۱۳/۱	۱۲

فینچ^۱ و همکاران (۱۹۸۵) در بررسی ۱۴۶۳ نفر دانش آموز ۷ تا ۱۶ ساله (۷۵۸ نفر دختر و ۷۰۵ نفر پسر) میزان افسردگی را در پسران بیشتر از دختران گزارش نمودند. همچنین هانتلی^۲ و همکاران (۱۹۸۷) در بررسی دانش آموزان ۶ تا ۱۰ ساله دریافتند که میزان افسردگی پسران بیشتر از دختران است.

اما در بررسیهای انجام شده توسط سلیگمن^۳ و همکاران (۱۹۸۴) بر روی دانش آموزان ۸ تا ۱۳ ساله؛ ورچل^۴ هوگز^۵، هال^۶، استانتون^۷ و استانتون (۱۹۹۰) در بررسی دانش آموزان کلاسهای پنجم و ششم دبستان و نهم دبیرستان؛ ورچل نولان^۸ و ویلسون^۹ (۱۹۸۷) در بررسی دانش آموزان کلاسهای ۳ تا ۱۲ میزان افسردگی در دختران را بالاتر از پسران گزارش نمودند که همسویا یافته‌های بررسی حاضر است.

1- Finch
3- Seligman
5- Hughes
7- Stanton
9- Willson

2- Huntly
4- Worchel
6- Hall
8- Nolan

هرچه نسبت فرد فوت شده نزدیک تر بود، میزان افسردگی بیشتر بوده است ($P < 0/05$). همچنین پایین‌ترین میزان افسردگی در گروهی دیده شد که هم پدر و هم مادر وجود داشتند و بیشترین میزان افسردگی مربوط به گروهی بود که پدر و نامادری داشتند و یا پدر به تنهایی سرپرستی را به عهده داشت ($P < 0/001$).

رابطه معنی داری بین میزان افسردگی و وضعیت اقتصادی خانواده ($P < 0/01$) به دست آمد. به بیان دیگر با بدتر شدن وضعیت اقتصادی، میزان افسردگی نیز بیشتر شده است. در جدول ۲ درصد فراوانی افسردگی بر حسب نقطه برش‌های مختلف برای کل آزمودنیها و به تفکیک جنس نشان داده شده است. برای نمونه اگر خط برش را ۲۰ فرض نماییم درصد افسردگی ۱۰/۳٪ می‌باشد که برای دختران ۱۳/۱٪ و برای پسران ۷/۶٪ است. گفتنی است که خط برش یاد شده بر پایه پیشنهاد سازنده آزمون CDI به کار گرفته شده است.

بحث

گرچه بررسیهای انجام شده در زمینه شیوع اختلال افسردگی اساسی میزان شیوع این اختلال را در پسران دبستانی بیشتر از دخترها گزارش نموده‌اند، اما یافته‌های پژوهش حاضر خلاف آن را نشان داد، یعنی فراوانی افسردگی در کودکان دبستانی (چهارم و پنجم) در شهر مشهد در دخترها بیشتر از پسرها بود. گفتنی است که CDI آزمونی برای غربالگری است نه برای تشخیص گذاری. شاید بتوان گفت در این بررسی سایر تشخیص‌هایی که نشانه افسردگی دارند نیز سنجیده شده است. برای نمونه هم افسردگی اساسی و هم دیس تایمی و اختلال انطباقی با خلق افسرده نیز سنجیده شده است.

بیشتر گزارش نمودند. همچنین میزان افسردگی را با آسیب‌شناسی روانی مادران، یا سابقه طلاق والدین و تعداد فرزندان در خانواده، همانند بررسی حاضر دارای ارتباط معنی‌دار نشان دادند.

فوت بستگان می‌تواند به عنوان عامل فشار روانی دیگری در بروز افسردگی مؤثر باشد، یافته‌های این بررسی نیز ارتباط معنی‌داری را میان این دو نشان داده است. به بیان دیگر در کودکانی که سابقه فوت بستگان را در یک سال گذشته گزارش کرده بودند افسردگی بیشتر بود و با درجه فامیلی فوت بستگان نیز ارتباط معنی‌داری داشت (فامیل درجه یک، دو و سه) که به ترتیب افسردگی کمتر گزارش شده بود.

در ارتباط با رابطه میان افسردگی و رتبه تولد بررسی حاضر نشان داد که با افزایش شمار فرزندان، میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد.

بررسی‌های انجام شده شیوع اختلال افسردگی اساسی در کودکان دبستانی را نزدیک به ۲٪ گزارش نموده‌اند که در منابع مختلف کمی متفاوت است. همچنین اختلال افسرده‌خویی در برخی بررسیها ۲/۵٪ و در برخی دیگر ۱/۷-۰/۶٪ گزارش شده است.

پالیانو-لورنت^۴ و همکاران (۱۹۹۷) در بررسی ۱۲۷۵ دانش‌آموز دختر و پسر ۸ تا ۱۱ ساله، شیوع اختلال افسرده‌خویی را ۶/۱٪، افسردگی اساسی را ۴٪ و میزان کلی اختلالات افسردگی را ۱۰/۱٪ گزارش کرده‌اند. بررسی حاضر نیز یافته‌های مشابهی را نشان داده است. به بیان دیگر اگر خط برش را ۲۰ فرض کنیم که سازنده آزمون CDI پیشنهاد نموده است شیوع افسردگی نزدیک به ۱۰/۳٪ خواهد بود که برای دختران ۱۳/۱٪ و برای پسران ۷/۶٪ می‌باشد. گفتنی است که میزان شیوع افسردگی به دست آمده، کل اختلال‌های افسردگی را دربرمی‌گیرد، نه اختلال افسردگی اساسی به تنهایی، چرا که CDI تست غربالگر بوده و نشانه‌های افسردگی را می‌سنجد.

رینولد^۵ و همکاران (۱۹۸۶) بهره‌گیری از CDI را در اولین و دومین مرحله از فرآیند سه مرحله‌ای غربالگری

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه ارتباط میان وضعیت اجتماعی - اقتصادی و افسردگی نشان داد که با بهتر شدن وضعیت اقتصادی - اجتماعی نمره افسردگی دانش‌آموزان نیز کاهش یافته است، یعنی ارتباط معکوس میان وضعیت اجتماعی - اقتصادی و افسردگی وجود داشته است.

وجود ارتباط معنی‌دار میان وضعیت سرپرستی (تک سرپرستی) و بروز افسردگی و به بیان دیگر شیوع کمتر افسردگی در کودکانی که هر دو والد حضور داشتند نسبت به کودکانی که پدر وجود داشت ولی نامادری داشتند و یا در کودکانی که مادر نداشتند و پدر تنها والد کودک بود ضمن تأکید بر اهمیت نظام خانواده و سرپرستی آن در بروز افسردگی کودکان همسو با یافته‌های پژوهشی بیر^۱ (۱۹۸۹) در بررسی دانش‌آموزان کلاس پنجم و ششم دبستان است که میزان طلاق را در خانواده‌های ایشان با میزان شیوع افسردگی مرتبط گزارش نمود.

در مورد تغییر محل سکونت و ارتباط آن با افسردگی یافته‌های به دست آمده نیز ارتباط معنی‌داری را میان این دو نشان داد. به بیان دیگر تغییر محل سکونت می‌تواند به عنوان عامل فشار روانی برای کودک در وی ایجاد افسردگی نماید. این یافته پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی عبداللطیف^۲ (۱۹۹۵) که همبستگی چشمگیری را میان میزان افسردگی و گزارش تجارب استرس‌زا به دست آوردند همسو است.

این بررسی نشان داد که ارتباط معنی‌داری میان افسردگی و سابقه بیماری روانی در خانواده وجود دارد، به بیان دیگر در کودکانی که سابقه بیماری روانی-عصبی در خانواده داشته‌اند میزان افسردگی بیشتر بوده است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان بار ژنتیکی اختلال‌های خلقی را مؤثر دانست و دیگر اینکه کودکانی که با پدر و یا مادر افسرده یا بیمار زندگی می‌کنند زیر فشار روانی بوده و کمتر با آنان تعامل دارند. جنسن^۳ و همکاران (۱۹۹۰) نیز در مقایسه ۱۳۴ دانش‌آموز دارای مادران مبتلا به مشکلات روانشناختی با ۱۳۴ دانش‌آموزی که مادران آنها دچار مشکلات یاد شده نبودند، میزان افسردگی را در کودکان گروه اول

1- Beer
3- Jensen
5- Reynold

2- Abdullatif
4- Paliano-Lorente

Madrid school age population; *An. Esp. Pediatrics*, 46, 344-350.

Reynold, W. M. (1986). A model for the screening and identification of depressed children and adolescent in school setting. *Professional School Psychology*, 1, 117-129.

Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abranson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.

Worchel, F., Nolan, B., & Willson, V. (1987). New perspective on child and adolescent depression. *Journal of School Psychology*, 25, 411-414.

Worchel, F. F., Hughes, J. N., Hall, B. M., Stanton, S. B., Stanton, H., & Little, V. Z. (1990). Evaluation of subclinical depression in children using self-peer – and teacher report measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 271-282.

برای شناسایی کودکان دبستانی افسرده بسیار سودمند دانستند. بررسی حاضر نیز نشان داد که این آزمون به عنوان یک ابزار سرند می‌تواند در دبستانها کاربرد داشته باشد.

منابع

Abdullatif, H. I. (1995). Prevalence of depression among middle-school Kuwaiti students following the Iraqi invasion; *Psychological Report*, 77, 643-649.

Beer, J. (1989). Relationship of divorce to self concept, self esteem and grade point average of fifth and sixth grade children: *Psychological Reports*, 65, 1379-1383.

Finch, A. J., Saylor, C. F., & Edwards, G. L. (1985). Children's Depression Inventory; sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 424-425.

Huntley, D. K., Phelps, P. E., & Rehm, L. P. (1987). Depression in children from single – parent families. *Journal of Divorce*, 10, 153-161.

Jensen, P. S., Bloedaul, J., Ussery, T., & Davis, H. (1990). Children at risk factor and child symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 51-59.

Kaplan, H., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8th ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.

Lewis, M. (1996). *Child and adolescent psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Palaino-Lorente, A., Mediano-Covtes, M. L., & Martinez-Arios, R. (1997). Epidemiological study of the symptomatology of childhood depression in