

بررسی نقش خانواده در کمبود افسردگی کودکان و نوجوانان

حسین سهرابی فروزان

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

hosseinsohrabi0123@gmail.com

محمدحسین آران

aranh636@gmail.com

دانش آموز پایه هشتم، دبیرستان شهید جمشیدی، قزوین، ایران

محمد مهدی آران

دانش آموز پایه هشتم، دبیرستان شهید جمشیدی، قزوین، ایران

mohamadmahdyan@gmail.com

ابوالفضل مقیم بیگی

دانش آموز پایه هشتم، دبیرستان شهید جمشیدی، قزوین، ایران

abolfazlmogim9098@gmail.com

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 طبقات 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 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.

واژگان کلیدی: افسردگی، خانواده، کودکی، نوجوانی

مقدمه

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 (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 تظاهراتش 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
۷. 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. هدم تمرکز حواس به ویژه در هنگام مطالعه و مشاهده فیلم
۱۲. تغییر در عادات خواب و پرخوری 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

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 فرزندان 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 (تزواریان، 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 تقریبا 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 بیشترین 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 برای 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 نمی کند و به گسستگی می گراید. 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 نمی رسد. 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 می دانند. مینوچین که یکی از نظریه پردازان 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 نقش های ویژه و اداره خانواده اعلام می کند (زیمون، ۱۳۷۹).

به اعتقاد روانشناسان، آرامش و اطمینانی که برای پدر و مادر و حتی اعضای دیگر خانواده در محیط خانواده بهنجار ایجاد می شود، در هیچ جایی حاصل نمی گردد و محیط آن، امن ترین و رضایت بخش ترین بستر برای ارضای نیازهای روانی، به ویژه تأمین آرامش روانی می باشد. محبت، غمخواری و پذیرش یکدیگر که از مهم ترین مؤلفه ها و ضروریات زندگی اجتماعی است، به بهترین وجهی در خانواده تأمین می شود (بورنستین، ۱۳۸۰).

نتیجه گیری

دوره کودکی و نوجوانی افراد در تفکر، اندیشه، عاطفه، احساس، رفتار و کردار تغییر می کند و نوجوان می خواهد بداند کهاو 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 اهمیت را در راهنمایی فرزندشان 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 محیطی 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 تاثیرات زیادی بر روی بچه ها دارند به همین علت مشاور و خود والدین باید کمک کنند تا افسردگی کودکا و نوجوان

ادامه دار نباشد اصطلاحاً عوامل نگه دارنده یا تداوم بخش حذف شوندند مشاور باید با والدین صحبت کرده که این نوع افکار و اظهارات منفی در خصوص فرزندان خود را نداشته باشند.

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 ۲۹-۲۵.
۲. ف. چ، بورنستین، روش‌های درمان مشکلات زناشویی، ۱۳۸۰، صص ۱۲-۱۳.
۳. ف. ج، زیمون، مفاهیم و تئوری‌های کلیدی در خانواده درمانی، ۱۳۷۹، صص ۲۳۵.
۴. کشفی، سید سعید (۱۳۸۷) نقش پلیس در داری کودکان و نوجوانان. فصلنامه دانش انتظامی. سال دهم. شماره اول.
۵. 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.
۶. محمدبن حسن حرّ عاملی، وسائل الشیعه، ج ۲۰، صص ۳۹.
۷. محمدبن حسن حرّ عاملی، وسائل الشیعه، ۱۴۱۲، ج ۲۰، صص ۱۸.
۸. 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.
۹. محمدباقر مجلسی، بحارالانوار، ج ۹۳، صص ۳۲۴.
۱۰. میرزا حسین نوری، مستدرک الوسائل، ۱۴۰۸، ج ۱۴، صص ۱۵۰.
۱۱. میرزا حسین نوری، مستدرک الوسائل، ج ۱۴، صص ۱۵۳.
۱۲. نجاریان، بهمن. ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس افسردگی کودکان به وسیله تحلیل عوامل. پژوهش‌های روانشناختی. دوره سوم شماره ۳ و ۴، ۱۳۷۳، صفحات ۲۴ تا ۴۳.
13. American psychiatric association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC:Author.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., Bishop, D. S. (2012). Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach. Routledge.

چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

18. 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.
19. Winek, J. L. (2010). *Systemic family therapy: From theory to practice*. Los Angeles: CA: Sage.