

بررسی و مقایسه‌ی افسردگی کودکان تک‌والدی و دو‌والدی در شهر اصفهان طی سال تحصیلی ۹۳-۹۲

دکتر طاهره الهی^۱، محبوبه صادق‌آبادی^۲

نویسنده‌ی مسؤل: زنجان، دانشگاه زنجان، دانشکده‌ی علوم انسانی، گروه روان‌شناسی talahi@znu.ac.ir

دریافت: ۹۳/۵/۲۶ پذیرش: ۹۳/۱۲/۳

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از مهمترین و شایع‌ترین بیماری‌های روانی است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان ابتلا به افسردگی در کودکان خانواده‌های تک‌والدی و دووالدی بر اساس آزمون ترسیم خانواده و پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) و بررسی همگرایی این آزمون‌ها در تشخیص افسردگی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش به روش علی-مقایسه‌ای انجام شد و جامعه آماری آن همه دانش‌آموزان دختر و پسر پایه سوم دبستان در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ شهر اصفهان بودند که از بین آن‌ها ۲۱۷ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه افسردگی کودکان (کواکس، ۱۹۹۲) و آزمون ترسیم خانواده (هال، ۱۹۵۱) بود. دانش‌آموزان ابتدا پرسشنامه افسردگی کودکان را تکمیل کردند و سپس در آزمون ترسیم خانواده مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها: داده‌ها بر اساس جنسیت و نوع خانواده (تک‌والدی و دووالدی بودن) با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، همبستگی پیرسون و آزمون t مورد بررسی قرار گرفت. نتایج همبستگی پیرسون، رابطه معناداری ($R=0.328, P<0.001$) را بین دو آزمون در تشخیص افسردگی نشان داد. میانگین افسردگی کودکان تک‌والدی در پرسشنامه افسردگی کودکان و نیز در آزمون ترسیم خانواده به‌طور معناداری بالاتر از کودکان دووالدی بود. تفاوتی بین میانگین افسردگی دو جنس در پرسشنامه افسردگی کودکان وجود نداشت، در حالی که در آزمون ترسیم خانواده تفاوت معناداری بین پسران و دختران وجود داشت.

نتیجه‌گیری: جدایی از یکی از والدین با احتمال بالای ابتلا به افسردگی در فرزندان همراه است و هر دو آزمون ترسیم خانواده و پرسشنامه افسردگی کودکان همگرا با هم از قدرت تشخیصی بالایی در تشخیص افسردگی کودکان برخوردارند.

واژگان کلیدی: افسردگی، تک‌والدی، دووالدی، آزمون ترسیم خانواده، پرسشنامه افسردگی کودکان

مقدمه

با مجموعه‌ای از نشانه‌ها نه فقط در دوران بزرگسالی بلکه به دوران کودکی نیز قدم گذاشته است و اگرچه در بین نظریه پردازان مختلف در نشانه‌ها و مشابهت ملاک‌های تشخیصی افسردگی کودکی با بزرگسالی و حتی وجود افسردگی در

افسردگی به‌عنوان یک واقعیت شایع بالینی که امروزه توجه محققان و پژوهشگران حیطه‌ی سلامت روان را به خود جلب کرده است، چیزی بیش از یک نشانه است که در جمله "من امروز احساس افسردگی می‌کنم" خلاصه شود. افسردگی

۱- دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه زنجان

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه زنجان

کودکی اختلاف نظر وجود دارد، اما اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهد افسردگی در کودکی، قدری با افسردگی در بزرگسالی تفاوت دارد. این اختلال در قالب مشکلات درونی سازی شده در برابر مشکلات برونی سازی شده قرار می‌گیرد. مشکلات درونی سازی شده الگوهای رفتاری سازش نایافته‌ای هستند که هسته‌ی اصلی آن‌ها اختلال خلق یا هیجان است. میزان شیوع این اختلالات را در دوران کودکی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده‌اند (۱)، در چهارمین نسخه‌ی تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM IV-TR) ملاک‌هایی که برای تشخیص افسردگی کودکان و نوجوانان در نظر گرفته شده است تقریباً مشابه با نشانه‌شناسی بزرگسالان است، با این تفاوت که خلق تحریک‌پذیر و ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار در ملاک‌های تشخیصی افسردگی عمده کودکان لحاظ شده است که جزء ملاک‌های بزرگسالان نیست، و طول مدت نشانه‌ها برای تشخیص کژخویی (خلق افسرده) در کودکان، یک سال در نظر گرفته شده که این مدت در بزرگسالان دو سال است (۲). لوبی در یک سری از مطالعات که با هدف اصلاح ملاک‌های DSM IV-TR برای کودکان پیش دبستانی انجام داد، دریافت که کودکان پیش دبستانی نشانه‌های افسردگی خود را در موضوع بازی و به شکل از دست دادن علاقه به بازی نشان می‌دهند. او همچنین ذکر کرد که تعریف معتبرتر از سندروم افسردگی در کودکان پیش دبستانی نیازمند حضور ۴ نشانه (نه ۵ نشانه)، بیشتر اوقات و نه همه وقت‌ها و همان‌طور که در DSM IV-TR ذکر شده است، بیش از ۲ هفته است (۳). ویس و گاربر در یک فراتحلیل از ۱۶ پژوهش در مورد نشانه‌های افسردگی کودکان سنین مختلف دریافتند که بی‌رغبتی، ناامیدی، پرخوابی، افزایش وزن، کناره‌گیری اجتماعی در کودکان کم سن نادرتر است اما با رشد و بزرگ تر شدن کودک معمول‌تر می‌شود (۴). عوامل ژنتیکی در تعامل با عوامل محیطی که شامل استرس‌های زاید

و فقدان حمایت اجتماعی است، ممکن است در آغاز فرد را از نظر بیولوژیکی نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر نماید و این آسیب‌پذیری مراحل افسردگی را تسریع و از بهبود آن جلوگیری کند (۵). کسانی که شکست معناداری در روابط بین شخصی و دستیابی به اهدافشان داشته‌اند، به احتمال بیشتری وقتی در حیطه‌های بعدی تحول‌شان در زمینه تحصیل و کار شکست را تجربه کنند، افسرده می‌شوند (۶). رشیدی زاویه در تحقیق خود عنوان می‌کند که افسردگی در دانشجویانی که در طول یک سال گذشته اتفاق (اتفاقات) عمده‌ای برایشان رخ داده بود بیش از دو برابر افرادی بود که در همان مدت زمان اتفاق عمده‌ای برایشان رخ نداده بود (۷). اعتقادات مذهبی نیز در این بین نقش انکارناپذیر دارد و پایبندی به فرایض دینی نقش پیش‌گیری‌کننده‌ای در بسیاری از اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و غیره دارد (۸). تغییرات خانوادگی نیز با افزایش ریسک مشکلات رفتاری، هیجانی و مشکلات سلامتی و تحصیلی مرتبط است (۹). یکی از تغییرات خانوادگی مهم، جدایی است که در پیدایش افسردگی به آن اهمیت بسیار داده شده و پژوهشگران گوناگون بر آن تأکید کرده‌اند. جدایی والدین نه تنها بر بهزیستی فردی کودکان تأثیر می‌گذارد بلکه در نگرش اجتماعی آن‌ها نیز تأثیر دارد (۱۰). اختلالات روانی به میزان بیشتری در خانواده‌های تک‌والد وجود دارد به خصوص در کودکانی که در همه دوران کودکی فاقد پدر بوده‌اند (۱۱). به‌طور کلی رابطه میان اختلالات والدین و اختلال رفتار کودکان، در مورد افسردگی نیز صادق است. برای مثال، مقایسه میان کودکان نوروتیک افسرده و غیر افسرده ۵ تا ۱۶ ساله نشان می‌دهد، احتمال این که گروه افسرده قبل از ۸ سالگی والدینشان را از دست داده باشند بیشتر است (۱۲). میزان شیوع افسردگی کودکی در ایران به دلیل عدم وجود تحقیقات مبتنی بر نمونه‌گیری صحیح در کل کشور به‌طور دقیقی مشخص نیست، اما پژوهش‌هایی در این خصوص انجام شده است. برای مثال میزان شیوع افسردگی

در نمونه‌ای با حجم ۱۰۵۴ نفر از کودکان ۹ تا ۱۱ ساله ی شهر تهران که با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان (CDI) انجام شد، ۱۸ درصد اعلام گردید و تفاوت معناداری بین دختر و پسر دیده نشد (۱۳). در پژوهش دیگری که با حجم ۳۶۴ نفر از دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله‌ی شهر تبریز و با استفاده از تست افسردگی CES-DC انجام شد، نتایج داده‌ها ضریب افسردگی ۷۵/۸۲ درصد از دانش‌آموزان را بالای ۱۵ نشان داد که نشانگر سطوح قابل ملاحظه‌ی افسردگی در دانش‌آموزان دختر می‌باشد (۱۴). امروزه ارزیابی افسردگی کودکان با وجود ابزارهای گوناگونی که در این زمینه ساخته شده مقوله‌ای پیچیده و دشوار است. مصاحبه‌های سازمان یافته، پرسشنامه‌های گزارش شخصی، مقیاس‌های درجه‌بندی همسالان، معلمان و والدین و همچنین ابزارهای فرافکن که عمدتاً نقاشی کودکان را در چهره‌ای برای پی بردن به هیجان‌های آن‌ها قرار داده‌اند، از جمله روش‌های ارزیابی کودکان به شمار می‌آیند. با وجود این، داده‌هایی که به وسیله‌ی منابع گوناگون تهیه می‌شوند، تطابق و هماهنگی محدودی را نشان می‌دهند (۱۵). یکی از ابزارهای خودگزارش‌دهی معتبری که به‌طور گسترده در سنجش نشانگان افسردگی کودکان استفاده می‌شود، پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان (CDI) است (۱۶). آزمون ترسیم خانواده (DAF) نیز از جمله ابزارهای فرافکنی است که در این زمینه کاربرد دارد و در بین تست‌های متداول شخصیت که در مراکز روانشناختی و روان‌پزشکی کاربرد دارد از جایگاه خاصی برخوردار است. از دهه ۴۰ - ۱۹۲۰ به بعد، متخصصان بالینی به کاوش در امکانات بالینی نقاشی‌های فرافکنانه پرداخته‌اند (۱۷). در سال‌های اخیر علائق جدیدی به استفاده از نقاشی کودکان به وجود آمده است که این توجه نه فقط به خاطر ارزش فرافکنانه آن‌ها بلکه به دلیل اهمیت آن‌ها در فرایند درمان یا مداخلات درمانی است (۱۸). استفاده از این ابزار با وجود انتقاداتی که بر آن وارد شده تداوم دارد. این انتقادات

در زمینه اعتبار و روایی و عدم توافق در نمره‌گذاری و همچنین مبتنی بودن آن بر پایه تفسیر است (۱۹). گرچه وجود چنین مشکلاتی نمی‌تواند مانع از توجه روانشناسان بالینی به نقاشی به عنوان ابزاری فرافکن شود زیرا در ارزیابی‌های تشخیصی که در مورد کودکان به کار می‌رود نگرانی از بیان آنچه کودک را رنج می‌دهد کاربرد مصاحبه و پرسشنامه‌ها را در این گروه سنی کم‌رنگ می‌کند و نقاشی به عنوان ابزاری که به طور ناخودآگاه تعارضات درونی کودک را نمایان می‌سازد، مورد توجه قرار می‌گیرد. با وجود تحقیقات بسیاری که در حوزه همبستگی ابزارهای عینی صورت گرفته است، در زمینه همگرایی ابزارهای عینی و فرافکن پژوهش‌ها معدود و اندک است. یکی از پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده است، همبستگی بین نمرات آزمون گودیناف - هریس رابا آزمون هوش وکسلر (WISC-R) نشان می‌دهد (۲۰). وجود چنین همگرایی‌هایی می‌تواند موجب گسترش استفاده از آزمون‌های ترسیمی در ارزیابی‌های مربوط به کودکان شود. اجرای آسان و علاقه‌ی کودک به نقاشی نیز مبین مطلوب بودن این ابزار نسبت به ابزارهای عینی است. بنابراین با توجه به اهمیتی که نقاشی در ارزیابی‌های تشخیصی کودکان دارد، می‌توان آن را به عنوان ابزاری مناسب در ارزیابی افسردگی کودکان نیز مورد توجه قرار داد. همگرایی آزمون ترسیم خانواده در تشخیص افسردگی کودکان با ابزارهای معتبر دیگری که به این منظور استفاده می‌شود، می‌تواند دال بر مناسب بودن این ابزار در تشخیص افسردگی کودکان باشد. آنچه مسلم است خانواده محل اولیه تکوین شخصیت کودک و زمینه‌ساز تحول و تکامل بعدی او می‌باشد، از این حیث حضور مستمر هر دو والد در خانواده و مشارکت فعالانه‌ی آن‌ها در قبول مسوولیت‌های معین و فراهم نمودن شرایط جهت رشد و پرورش کودک بسیار حایز اهمیت است. اگر حضور یکی از والدین در اثر طلاق، مرگ و غیره در خانواده قطع شود آثار زیانبار عمیقی بر ذهن و روان کودک باقی می‌گذارد. با توجه به اهمیت این

است که برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی، نظیر گریه کردن، افکار خودکشی و توانایی تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده است. به عنوان نمونه یکی از سوالات این پرسشنامه شامل این سه جمله است: «گاهی اوقات غمگین هستم. بیشتر اوقات غمگین هستم. همیشه غمگین هستم». کودک یکی از سه جمله که بیانگر احساسات و افکار و رفتار او در طول دو هفته گذشته است را انتخاب می‌کند. سوالات از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره صفر بیانگر فقدان نشانه، نمره ۱ یک بیانگر نشانه‌ی متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه‌ی آشکار است، در نتیجه دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۵۴ می‌باشد که نمرات بالاتر نشانه‌ی افسردگی بیشتر است. بهترین نمره‌ی برش بر اساس پژوهش محمدی و همکاران (۲۱) نمره ۲۲ است. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۰ می‌باشد (۲۲).

اجرای آزمون ترسیم خانواده با استفاده از یک کاغذ A4، مداد رنگی دوازده رنگ و مداد پاک‌کن انجام می‌شود. از دانش‌آموزان خواسته می‌شود یک خانواده را ترسیم کنند. مدت زمان لازم برای اتمام نقاشی ۲۰ دقیقه است و همانطور که در اجرای این آزمون معمول است اشاره‌ای به این که خانواده خود را ترسیم کنند، نمی‌شود. از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که ترتیب اولویت ترسیم اشخاص را مشخص کند. در هنگام تحویل نقاشی‌ها از کودک خواسته می‌شود خود و اشخاصی که در نقاشی حضور دارند را شناسایی کنند و سؤالاتی از قبیل: چه کسی از همه خوشبخت‌تر است؟ چه کسی کمتر خوشبخت است؟ تو دوست داری جای چه کسی باشی؟ چرا دوست داری جای این شخص باشی؟ پرسیده می‌شود. خدایاری فرد اعتبار آزمون ترسیم خانواده در نمونه ایرانی ($n=100$) را ۰/۸۳ گزارش کرد (۱۵).

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: ابتدا پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان (CDI) در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و

موضوع، پژوهش حاضر به منظور بررسی و مقایسه میزان ابتلا به افسردگی در کودکان خانواده‌های تک‌والدی و دووالدی با استفاده از آزمون‌های ترسیم خانواده و پرسشنامه افسردگی کودکان انجام شد. همچنین با توجه به این که پژوهشگران تطابق و هماهنگی محدودی را بین ابزارهای مختلف سنجش افسردگی کودکان مطرح کرده‌اند، این پژوهش با ذکر این سوال که آیا کودکانی که بر اساس پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) افسرده تشخیص داده می‌شوند در تست ترسیم خانواده نیز دارای نشانه‌های افسردگی هستند، به بررسی تطابق و هماهنگی این دو ابزار در سنجش افسردگی کودکان خانواده‌های تک‌والدی و عادی پرداخته است.

روش بررسی

روش پژوهش، جامعه‌ی آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی کودکان دختر و پسر پایه سوم دبستان در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ شهر اصفهان بود. نمونه‌ای به تعداد ۲۱۷ نفر (۱۱۱ پسر و ۱۰۶ دختر) از میان دانش‌آموزان پایه‌ی سوم دبستان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به این صورت که از بین ۵ ناحیه‌ی آموزشی و پرورش اصفهان، ناحیه‌ی ۴ و از بین مدارس ناحیه‌ی ۴، ۸ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. برای همسانی مناطقی که آزمودنی‌ها از آن انتخاب شدند ابتدا ۴ مدرسه‌ی پسرانه از ناحیه‌ی ۴ شهر اصفهان به طور تصادفی انتخاب و سپس نزدیک ترین مدرسه‌ی دخترانه به هر یک انتخاب شد.

ابزار سنجش: در این پژوهش از پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان (کواکس ۱۹۹۲) و آزمون ترسیم خانواده (هال، ۱۹۵۱) استفاده شد. بر اساس نتایج تحقیقات متعدد (۲۱ و ۲۲) پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برای تشخیص افسردگی در کودکان برخوردار است. این پرسشنامه شامل ۲۷ سوال، و هر سوال شامل سه جمله

توضیحات لازم برای پاسخ به آن داده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های افسردگی، آزمون ترسیم خانواده طبق دستورالعمل اجرای آزمون انجام شد. پس از بررسی پرسشنامه‌های افسردگی کودکان (CDI) کودکانی که نمره ۲۲ و بالاتر گرفتند به عنوان کودکان افسرده شناسایی شدند. در بررسی ترسیم خانواده معیارهای افسردگی بر اساس آنچه در کتاب‌های نقاشی کودکان کاربرد آزمون ترسیم خانواده در کلینیک (۲۳) و ارزیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمون‌های ترسیمی (۲۴) به عنوان ملاک‌های افسردگی رایج شده است، در نظر گرفته شد که شامل ۱- حذف خود ۲- بی‌ارزنده‌سازی خود ۳- واکنش واپس‌گرا (همسان‌سازی با فرد کوچکتر) ۴- ترسیم در ناحیه پایین صفحه ۵- فقدان عوامل پیرامونی ۶- استفاده زیاد از مدادپاک‌کن ۷- کندی و از سرگیری کار ۸- حالت چهره ۹- ترسیم به صورت کمرنگ و سایه‌دار ۱۰- فقدان رنگ ۱۱- استفاده از رنگ‌های سرد و تیره ۱۲- ترسیم به طور افراطی بزرگ یا کوچک و ۱۳- استفاده زیاد از خطوط اریب بود؛ به این ترتیب آزمودنی به ازای وجود هر یک از این نشانه‌ها یک نمره می‌گرفت. نمرات

۰ تا ۳، فاقد افسردگی، ۴ تا ۶، افسرده و نمره ۷ و بالاتر، دارای افسردگی شدید در نظر گرفته شد. این آزمون در تحقیقات مختلف به طور معتبر و پایا برای تشخیص افسردگی کودکان استفاده شده است (۲۵). شرایط خاص خانوادگی که منجر به زندگی کودک بایکی از والدین می‌شود، از قبیل طلاق والدین، مرگ یک یا هر دو والد و غیره از طریق سووال از معلمان و مدیران مدرسه بررسی شد و کودکان تک‌والدی شناسایی شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش که با هدف مقایسه میزان افسردگی در کودکان خانواده‌های تک‌والدی و عادی و بررسی همگرایی آزمون ترسیم خانواده با پرسشنامه افسردگی کودکان انجام شد گروه نمونه‌ای به تعداد ۲۱۷ نفر شرکت داشتند که ۱۱۱ نفر پسر و ۱۰۶ نفر دختر بودند. اطلاعات توصیفی گروه نمونه در پرسشنامه افسردگی کودکان و آزمون ترسیم خانواده به تفکیک جنسیت و وضعیت خانوادگی آن‌ها بررسی و در جدول ۱ رایج شده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی مربوط به گروه نمونه در آزمون‌های افسردگی

		پرسشنامه افسردگی کودکان				آزمون ترسیم خانواده			
		۰-۲۱		۲۲-۵۴		۰-۳		۴-۶	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
تک‌والدی	دختر	۳	۲۳/۱	۴	۳۰/۸	۶	۴۶/۲	۱	۷/۷
	پسر	۲	۱۵/۴	۴	۳۰/۸	۳	۲۳/۱	۳	۲۳/۳
	کل	۵	۳۸/۵	۸	۶۱/۵	۹	۶۹/۲	۴	۳۰/۸۴
دو والدی	دختر	۹۴	۴۶/۱	۱۰	۴/۹	۹۴	۴۶/۱	۱۰	۴/۹
	پسر	۸۸	۴۳/۱	۱۲	۵/۹	۹۵	۴۶/۶	۵	۲/۵
	کل	۱۸۲	۸۹/۲	۲۲	۱۰/۸	۱۸۹	۹۲/۶	۱۵	۷/۴
کل کودکان	دختر	۹۷	۴۴/۷	۱۴	۶/۵	۱۰۰	۴۶/۱	۱۱	۵/۱
	پسر	۹۰	۴۱/۵	۱۶	۷/۴	۹۸	۴۵/۲	۸	۳/۷
	کل	۱۸۷	۸۶/۲	۳۰	۱۳/۸	۱۹۸	۹۱/۲	۱۹	۸/۸

جدول ۲: نتایج همبستگی پیرسون CDI و آزمون ترسیم

پرسشنامه افسردگی کودکان آزمون ترسیم خانواده		
همبستگی پیرسون	۱	۳۲۸** %
سطح معناداری		۰/۰۰۰
N	۲۱۷	۲۱۷

N: تعداد آزمودنی

** $P < ۰/۰۰۱$

با توجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) و آزمون ترسیم خانواده رابطه‌ی معنادار ($R=۰/۳۲۸$, $P<۰/۰۰۱$) به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی همگرایی بین دو آزمون در تشخیص افسردگی کودکان است. جهت مقایسه‌ی نمرات افسردگی کودکان تک‌والدی و دووالدی، آزمون t مستقل انجام شد. جدول ۳ نتایج مربوط به آزمون t مستقل گروه‌های تک‌والدی و دووالدی را نشان می‌دهد. در آزمون CDI مقایسه بین گروه‌های تک‌والدی و دووالدی مقدار $t=۲/۹۶۳$ ، ($P<۰/۰۰۳$) را نشان می‌دهد که بیانگر میزان بالاتر افسردگی در گروه تک‌والدی است. مقایسه بین گروه‌های تک‌والدی و دووالدی در آزمون ترسیم خانواده ($P<۰/۰۰۸$)، $t=۲/۶۵۹$ را نشان می‌دهد که در این آزمون نیز گروه تک‌والدی بیشتر واجد افسردگی بودند.

همان‌طور که اطلاعات موجود در جدول نشان می‌دهد، از کل دانش‌آموزان، ۱۳/۸ درصد بر اساس CDI افسرده تشخیص داده شدند که ۶/۵ درصد آن را پسران و ۷/۴ درصد را دختران تشکیل می‌دادند. در بین دانش‌آموزان تک‌والدی ۶۱/۵ درصد بر اساس CDI افسرده تشخیص داده شدند در صورتی که از میان دانش‌آموزان دووالدی ۱۰/۸ درصد در این پرسشنامه افسرده تشخیص داده شدند. در آزمون ترسیم خانواده از کل دانش‌آموزان ۸/۸ درصد دارای نمرات ۴-۶ بودند که افسرده در نظر گرفته شدند که ۵/۱ درصد آن را پسران و ۳/۷ درصد از دختران بود. ۳۰/۸ درصد از کل دانش‌آموزان تک‌والدی بر اساس این آزمون افسرده تشخیص داده شدند که ۷/۷ درصد از پسران و ۲۳/۱ درصد از دختران بودند. ۷/۴ درصد از دانش‌آموزان دووالدی نیز در این آزمون افسرده تشخیص داده شدند که ۴/۹ درصد آن‌ها از پسران و ۲/۵ درصد از دختران بودند. هیچ کدام از افراد گروه نمونه در طبقه‌ی افسردگی شدید (نمره ۷ و بالاتر) قرار نگرفتند. به منظور بررسی همگرایی دو آزمون استفاده شده (پرسشنامه CDI و آزمون ترسیم خانواده) در تشخیص افسردگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که اطلاعات مربوط به آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۳: نتایج مربوط به آزمون t مقایسه افسردگی گروه‌های تک‌والدی و دووالدی

ابزار آزادی	گروه	تعداد	میانگین	سطح معناداری	درجه	مقدار t
CDI	تک‌والدی	۱۳	۱/۰۷۶۹	۰/۰۰۳	۲۱۵	۲/۹۶۳
	دووالدی	۲۰۴	۱۱/۲۵۴۹			
ترسیم خانواده	تک‌والدی	۱۳	۲/۶۱۵۴	۰/۰۰۸	۲۱۵	۲/۶۵۹
	دووالدی	۲۰۴	۱/۷۰۵۹			

مشاهده می‌شود، بر اساس پرسشنامه CDI تفاوت معناداری بین افسردگی دختران و پسران وجود ندارد، در حالی که در

جدول ۴ نتایج مربوط به آزمون t را در مقایسه بین دو گروه دختر و پسر نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۴

آزمون ترسیم خانواده با $t=2/798$, $(P<0/0006)$, پسران بیشتر واجد نشانه‌های افسردگی بودند.

جدول ۴: نتایج مربوط به آزمون t در مقایسه افسردگی بین دو جنس

ابزار	گروه	تعداد	میانگین	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t
CDI	پسر	۱۱۱	۱۲/۰۲۷۰	۰/۵۰۵	۲۱۵	۰/۶۶۸
	دختر	۱۰۶	۱۱/۲۸۳۰			
ترسیم خانواده	پسر	۱۱۱	۱/۹۸۲۰	۰/۰۰۶	۲۱۵	۲/۷۹۸
	دختر	۱۰۶	۱/۵۲۸۳			

بحث

نتایج پژوهش حاضر در مقایسه بین میانگین افسردگی کودکان تک‌والدی و دووالدی تفاوت معناداری را بین دو گروه، در پرسشنامه افسردگی کودکان و نیز در آزمون ترسیم خانواده نشان داد که این می‌تواند به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر این کودکان به دلیل رخدادهایی باشد که در خانواده به وجود آمده است. زندگی تک والدی با مشکلات زیادی همبسته است که بر زندگی کودکان تاثیر می‌گذارد. اختلالات روانی به میزان بیشتری در خانواده‌های تک‌والد وجود دارد (۱۱). فرای و لیاپی (۲۶) در پژوهش خود عنوان می‌کنند که شایع‌ترین پاسخ اولیه به جدایی والدین احساس طردشدگی، تعارض و ناهماهنگی است. تحقیقات انجام شده حاکی است که کودکان کم سن‌تر ممکن است به طور خاصی نسبت به تغییراتی که در خانواده رخ می‌دهد آسیب‌پذیر باشند (۲۷). کودکان اغلب به دلیل طرد هیجانی، تعارضات و ناهماهنگی در خانواده‌های تک‌والدی دچار استرس می‌شوند (۲۸). والدز عنوان کرد که کودکان اغلب مشکلات جدی ناامنی هیجانی و اضطراب را بعد از طلاق والدین نشان می‌دهند و والرس‌تین و کلی (به نقل از والدز) ذکر کردند که کودکان به‌طور عمده احساسات کمبود، کناره‌گیری هیجانی، خشم و افسردگی را در نتیجه جدایی والدین تجربه می‌کنند (۲۸). علاوه بر این‌ها،

تضعیف پیوندهای والدینی با کودکان در اثر طلاق و مشاجرات قبل از آن و یا جدایی‌های دیگر زمینه را برای ابتلای آن‌ها به افسردگی آماده می‌کند (۲۹). به‌طور کلی مشکلات موجود در خانواده‌های تک‌والدی زمینه را برای افسردگی کودکان فراهم می‌کند. گرچه در برخی از پژوهش‌ها بین زندگی کردن کودک با تک‌والد پدر یا مادر در ابتلا به افسردگی تفاوت‌هایی را بیان کرده‌اند. نتایج تحقیقی در این زمینه نشان می‌دهد که ۲۷/۶ درصد از کودکانی که با تک والد پدر زندگی می‌کردند، نشانه‌های افسردگی داشتند و ۱۵/۱ درصد از کودکانی که با تک‌والد مادر زندگی می‌کردند افسرده بودند (۳۰). در بررسی علل مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان تک‌والد، برخی پژوهش‌ها با تکیه بر نظریه ی دلبستگی بالبی عنوان می‌کنند که با توجه به این که نیاز کودک به یک مراقب بزرگسال، همراه با یک رابطه اطمینان بخش با وی، برای رشد هیجانی و اجتماعی نرمال کودک، ضروری است و بدون آن چنین رشدی اتفاق نخواهد افتاد (۳۱)، نقایص والدگری مناسب که به سبب مشکلات ناشی از فقدان یکی از والدین حادث می‌شود، منجر به اختلال در الگوی دلبستگی می‌شود و مشکلات رفتاری و هیجانی را در کودک به دنبال خواهد داشت، که به شکل اضطراب، افسردگی، ضعف عملکرد تحصیلی، سوء مصرف مواد و غیره بروز

است. دختران به احتمال کمتری خشم خود را نشان می‌دهند و به احتمال بیشتری ناراحتی خود را ابراز می‌کنند (۳۴). فشارهای اجتماعی حامل پیام‌هایی مانند "پسر بزرگ که گریه نمی‌کند"، اگرچه همیشه واضح نیست اما در وقایع هیجانی باعث تفاوت بین دختر و پسر می‌شود و نوعی از بیان هیجانی را در یک جنس تشویق و در دیگری منع می‌کند (۳۵). این در صورتی است که تحقیقات نشان داده‌اند پسران در برابر اثرات فشار خانواده حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر از دختران هستند و از دست دادن والدین، جدایی‌ها و اختلافات والدین برای پسران اثرات مخرب‌تری دارند (۲۹).

بعضی از مطالعات عنوان کردند که والدین نیز اضطراب و غمگینی را در دختران و خشم را در پسران قابل قبول گزارش کرده‌اند (۳۴). چنین انتظاراتی که جامعه نسبت به نقش‌های جنسی در بیان احساسات دارد، می‌تواند در پسران موجب عدم بیان هیجان‌هایی مانند غمگینی، گریه کردن و به‌طور کلی هیجان‌هایی شود که بیان آن در این جنس بازاری شده است و زمانی که از ابزارهای فرافکنی مثل ترسیم خانواده استفاده می‌شود، بیان هیجانی به صورت ناهشیار و بدون محدودیت جلوه‌گر می‌شود و این مساله می‌تواند دلیل وجود تفاوت در میانگین افسردگی بین دو جنس در دو ابزار مورد استفاده در این پژوهش باشد. این یافته همسو با تحقیق کیونگ کیم و هان (۳۶) و اوزابسی (۳۷) تاییدی بر این مطلب است که ابزارهای فرافکن مانند ترسیم خانواده ابزارهایی سودمند در ارزیابی مشکلات درونی‌سازی شده کودکان از جمله افسردگی می‌باشد. چنین نتایجی می‌تواند مبین این باشد که گرچه از زوایای تردیدهایی نسبت به آزمون‌های ترسیمی وجود دارد ولی نمی‌توان از اهمیت آن‌ها در ارزیابی‌های بالینی چشم‌پوشی کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر در بررسی همگرایی آزمون ترسیم

می‌یابد. وجود این مشکلات هیجانی کودک را در آزمون ترسیم خانواده می‌توان بررسی کرد. همان‌طور که پژوهش حاضر نشان می‌دهد، وجود نشانه‌های افسردگی در آزمون ترسیم خانواده ی کودکان تک والدی به‌طور معناداری بیش از کودکان دووالدی است، پژوهش‌های دیگری نیز حاکی از وجود تفاوت‌هایی در این آزمون بین دو گروه است. کودکان تک‌والدی بیشتر از خانواده‌های عادی، واکنش‌های عاطفی خود را نسبت به خانواده و اعضای آن نشان می‌دهند و فهم و شناخت دو گروه از وضع موجود خانواده متفاوت است (۳۲). کودکان تک‌والدی بیشتر در آزمون ترسیم خانواده، حذف خود یا اعضای خانواده، واپس روی، نازرنده‌سازی و مشکلات عاطفی نشان داده‌اند (۳۳).

در بررسی افسردگی کودکان با توجه به جنسیت آن‌ها تفاوتی بین میانگین افسردگی دختران و پسران در پرسشنامه ی افسردگی کودکان (CDI) وجود نداشت. اگرچه برخی از تحقیقات قبلی شیوع افسردگی را در دختران بیشتر ذکر کرده‌اند، پژوهش‌هایی نیز موجود است که حاکی از عدم تفاوت در شیوع افسردگی بین کودکان دختر و پسر است. همگرا با نتیجه پژوهش حاضر، در تحقیق سلطانی‌فر و بی‌نا (۱۳) در بررسی شیوع افسردگی در کودکان ۹ تا ۱۱ ساله با استفاده از پرسشنامه CDI، اگرچه میانگین نمرات و درصد آزمون مثبت در پسران کمی بیشتر از دختران بود، ولی تفاوت به حد معنادار نرسید اما تحقیق فاضلی مهرآبادی و همکاران (۲۹) میزان افسردگی را در پسران بیشتر از دختران گزارش نمود. گرچه در CDI تفاوت معناداری بین افسردگی دختران و پسران دیده نشد، در آزمون ترسیم خانواده این تفاوت معنادار بود و میانگین افسردگی پسران به‌طور معناداری بیشتر از دختران بود. برای تبیین تفاوت در این دو آزمون می‌توان به نقش‌های جنسی تعریف شده توسط جامعه برای ابراز هیجانی دختران و پسران توجه کرد. تفاوت‌های جنسی در بیان هیجان از زمان پیش‌دبستانی در کودکان قابل مشاهده

به عنوان یک ابزار مناسب در ارزیابی خلقی و اضطرابی بیان شده بود (۳۸) این همگرایی می‌تواند مبین ارزش این ابزار در ارزیابی افسردگی کودکان باشد.

خانواده به عنوان یک ابزار فرافکن و پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) همبستگی معناداری را بین این دو ابزار در تشخیص افسردگی کودکان نشان داد. همان طور که در برخی از تحقیقات قبلی نیز ترسیم خانواده

References

- 1- Mc clintock SM. (2005). Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children. Master of science. The University of Texas southwestern madicall center at Dallas; 2005.
- 2- Halgin RP, Whitbourne SK. Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders. Translated by: Yahya seyed Mohammadi. *Ravan Publications*. 2007.
- 3- Luby J. Affective disorders. In: Delcarmen-Wiggins R, Carter A. Handbook of infant and toddler mental health assessment. New York: Oxford University Press; 2004.
- 4- Carr A. Depression in young people; Description, assessment and evidence based treatment. *J Developmental Neurorehabilitation*. 2008; 11: 3-15.
- 5- Gooder I. Life events; Thir nature and effect. In: Goodyer I, editor. The depressed child and adolescent. Cambrige university pres; 2001, 204-232.
- 6- Blatt S. Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives. Washington, DC: APA; 2004.
- 7- Zavieh R. Study of depression in nursing and midwifery student of Zanjan university of medical sciences. *J Zanjan Unive Med Sci*. 2000; 9: 44-54.
- 8- Kazemi M, Bahrami B. The role of spiritual belief and improment of mental health and prvention of mental disorders. *J Zanjan Unive Med Sci*. 2014; 22: 62-74.
- 9- Dunn J, Oconnor TG, Levy L. Out of the picture: A study of family drawing by children from step-single-parent, and non –step families. *J Clin child and Adolescent psychol*. 2002; 31: 505-15.
- 10- Prokic T, Droukers J. Paper presented at seventh meeting of the European for sociological and demographic study of divorce; 2009.
- 11- Moilanen I, Rantakallia P. The single parent family and the childs mental health. *J Social Science & Medicine*. 1988; 27 (2).
- 12- Nelson R, Israel A. Behavioral disorders of children. Translated by M.T. Monshi Toosi. Astan Ghodse Razavi Publications; 1992.
- 13- Soltanifar A, Bina M. (2007). Depressive symptomatology in school children of Tehran-Iran (9-11 years old) and its relation to function of their families. *J Fundamental of Mental Health*. 2007; 34: 7-14.

- 14- Shahnazi M, Sadrimehr F, Esmaeeli F. (2008). Epidemiology of depression between female students of state schools in Tabriz. *J Nursing and Midwifery*. 2008; 9: 38-45.
- 15- Khodayarifard M. Abnormal psychology of children and adolescents. Tehran University Publications; 2006.
- 16- Ingram RE. The international encyclopedia of depression. Springer publishing company, LLG; 2009.
- 17- Tomas G. Selik A. Introduction to children s drawing psychology. Translated by M.T. Faramarzi. Publication of Donyaye No; 2003.
- 18- Drissnack M. Children's drawing as facilitators of communication: A meta –analysis. *J pediatric nursing*. 2005; 20: 415-23.
- 19- Dadsetan. P. Assesment of children s personality upon the drawing tests. Roshd Publications; 1997.
- 20- Bridyes R, Dunn J, Oconnor TG. Yong children's representations of their families: A longitudinal fallow up study of family drawing by children living in different family setting. *J Behavioral Development*. 2006; 30: 529-36.
- 21- Mohammadi K, Borjali A, Eskandari H, Delavar A. (2010). Clinical effectiveness of childrens depression inventory for diagnosing depression disorder of children and adolescents. *J Clinical Psychology*. 2010; 5: 1-8.
- 22- Dehshiri GH, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. (2009). Investigating primary psychometric properties of children s depression inventory (CDI). *J Famili Research*. 2009; 18: 159-173.
- 23- Korman L. Children drawings: application of family drawing test in clinic. Translated by P. Dadsetan & M. Mansoor. *Roshd publications*; 2006.
- 24- Dadsetan P, Tehranizadeh M, Tabatabaee K, Azadfallah P, FathiAshtiani, A. Effectiveness of the coping cat therapy program in decreasing internalized symptoms of Iranian children. *J Developmental Psychology*. 2011; 28: 313-22.
- 25- Mazaheri MA, Mehdipour S, Anari A. Family drawing test on hurt children in Bam s earthquake. *J Research in Psychological Health*. 2008; 6: 41-50.
- 26- Fry PS, Leahey M. Children perception of major positive and negative events and factors in single-parent families. *J Applied Development Psychology*. 2003; 4: 371-88.
- 27- De Graw DD. Using the kinetic family drawing (K-F-D) to assess Bowenian dynamics in young adult population. For degree doctor of philosophy. Seton Hall University; 2002
- 28- Valdez CR, Mills CL, Barrueco S, Leis J, Riley NW. A pilot study of a family focused intervention for children and families affected by maternal depression. *J Family Therapy*. 2011; 33: 3-19.
- 29- Fazeli Mehrabadi A, Mohamadi S, Aghababaei N, Izadpanah SH, Panaghi L, Ghadiri F. Parental bonding and mental health: the role of gender. *J Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2011; 30:197-206.

- 30- Ding Lin J, Hsieh Yu, Gong Lin Fu. Modification effect of family economic status and school factors on depression risk of single father family children in Mid-Taiwan. *J Research in Developmental Disabilities*. 2013; 34.
- 31- Prokic T, Dronker J. Parental divorce and attitudes about society of their children. Paper presented at the seventh meeting of the european network for sociological and demographic study of divorce. June 27, 2009.
- 32- Sakerian A. Family drawing for psychological analysis of children living in normal and single parent families. *J Fundamental of Mental Health*. 2009; 11.
- 33- Hosseini S, Moradi H. Comparative study of personality of children living in single parent and normal family. Regional confrance on child and adolescent. Kermanshah university. 2011. available from; <http://www.cilivica.com>
- 34- Chaplin TM, Cole PM, Zahn Wexler C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. *J Emotion*. 2005; 5: 80-88.
- 35- Fivush R, Buckner JP. Gender, sadness, and depression: The development of emotional focus through gendered discourse. In A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. Paris: Cambridge University Press & Editions de la Maison des Sciences de l'Homme; 2000; pp. 232-253.
- 36- Kyung Kim J, Hyun Suh J. Children's kinetic family drawings and their internalizing problem behaviors. *J The Arts in Psychotherapy*. 2013; 40: Issue 2, pp206-215.
- 37- Ozabci N. Quality of life as a predictore of depression. *J Procedia Social Behavioral Sci*. 2010; 2: 2458-2463.
- 38- Beckhit N, Thomas GV, Jolly RP. The of drawing for psychological assessment in Britain: Survey finding. *J Psychology and Psychotherapy: Theory Research Practice*. 2005; 78: 205-217.

A Comparative Study of Children's Depression in Single- Parent and Two- Parent Families in Isfahan City in 2013

Elahi T¹, Sadeghabadi M¹

¹Dept. of Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Elahi T, Dept. of Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

E-mail: Telahi@znu.ac.ir

Received: 17 Aug 2014 **Accepted:** 22 Feb 2015

Background and Objective: Depression is one of the most common and important psychological disorders. The purpose of this study was to compare depression in children of single parent and two-parent families and examine the convergence of Family Drawing test and Children's Depression Inventory (CDI) in diagnosing depression disorders.

Materials and Methods: This study was of causal-descriptive type. Sample included 217 third grade students who were selected randomly. The research instrument was Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992) and Draw-A-Family-test (Hall, 1951). Students completed Children's Depression Inventory and then they were assessed using family drawing test.

Results: Data were analyzed based on gender and family type (single parent and two-parent family) using descriptive methods, Pearson correlation and T test. Results from Pearson correlation indicated a significant correlation ($R=0.328$, $p<0.001$) between two tests. The mean of depression of children with single parent in Children's Depression Inventory and Family Drawing Test was significantly higher than the mean of depression of children with normal families. There was no difference in the mean of depression between girls and boys in Children's Depression Inventory, but a significant difference was observed between two genders in terms of Family Drawing test.

Conclusion: Separation from one of the parents is associated with high risk of depression in children. Both of the aforementioned tests have high analytic value in diagnosis of children's depression.

Keywords: Depression, Single parent, Two- parents, Family Drawing test, Children Depression Inventory