

!! !! !! !! !! !! !!  
فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده  
سال هفتم، شماره ۲۱، زمستان ۱۳۹۱  
!! !!

## ناکارآمدی خانواده، عاملی پیش بین برای افسردگی دختران

منصوره نیکوگفتار<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۲۸

!!

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه ساخت خانواده و افسردگی در دختران نوجوان است. ۱۶۷ نفر از دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی منطقه ۶ آموزش و پرورش با میانگین سنی ۱۳/۵ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه خانواده‌آزما و فهرست افسردگی کودک پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و ...) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری) استفاده شد. نتایج نشان داد که ۶۷/۱ درصد از گروه نمونه فاقد افسردگی، ۲۹/۳ درصد در آستانه افسردگی و ۳/۶ درصد دارای افسردگی هستند. نتایج همچنین همبستگی منفی و معنادار بین افسردگی و نمره کل ساخت خانواده ( $\alpha < 0/05$ ،  $r = -0/159$ ) و زیر مقیاس‌های نقش‌های خانوادگی ( $\alpha < 0/01$ ،  $r = -0/438$ ) و ابراز عواطف ( $\alpha < 0/01$ ،  $r = -0/280$ ) و همبستگی مثبت و معنادار بین افسردگی و حل مشکل ( $\alpha < 0/01$ ،  $r = 0/417$ ) را نشان دادند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز با توجه به ضرایب تأثیر نقش‌های خانوادگی ( $-0/295$ ) و حل مشکل ( $0/242$ ) بیانگر آن بود که ۲۳٪ واریانس مربوط به افسردگی در گروه نمونه به وسیله این دو زیرمقیاس قابل تبیین است. در پایان الزامات موضوع مورد بحث قرار گرفت.

**کلید واژه:** ساخت خانواده، افسردگی، نوجوانان دختر.

## مقدمه

مشکلات سلامت روان را می‌توان به دو مقوله کلی تقسیم کرد: اختلالات درونی‌شده<sup>۱</sup> و اختلالات برونی‌شده<sup>۲</sup> (ایشنباخ و مکانگای، ۱۹۹۶). رفتارهای "بیش" مهار شده<sup>۳</sup> متمرکز بر درون<sup>۴</sup> که علت آشفتگی‌های هیجانی در خود<sup>۵</sup> فرد هستند به عنوان اختلالات درونی‌شده طبقه‌بندی می‌شوند. در مقابل اختلالات رفتاری که موجد تعارض با اطرافیان و متمرکز بر بیرون<sup>۶</sup> از فرد هستند به عنوان اختلالات برونی‌شده شناخته می‌شوند (رینولدز، ۱۹۹۰).

اختلالات درونی‌شده مانند افسردگی و اضطراب بین کودکان و نوجوانان از فراوانی بیشتری برخوردار هستند. اگرچه، نرخ شیوع بر حسب جمعیت، نشانگان یا شدت متفاوت است اما مطابق برآوردهای انجام شده بیش از ۲۵ درصد از نوجوانان حداقل تحت تأثیر نشانگان خفیف افسردگی قرار می‌گیرند (راشن، فورسایر و شتمن، ۲۰۰۲). افزون بر این، برخی از مطالعات (لویسون و ایسائو، ۲۰۰۲) نشان می‌دهد که بیش از ۲۰ درصد از نوجوانان حداقل یک رویداد<sup>۷</sup> افسردگی بالینی را در خلال زندگی خود تجربه خواهند کرد. بنابراین می‌توان اذعان کرد که نوجوانی، دوره‌ای بحرانی برای نوجوانان به‌ویژه دختران به شمار می‌رود (وید، کایرنای و پوالین، ۲۰۰۲).

به‌رغم آنکه محققان به میزان بالای شیوع این اختلالات اشاره کرده‌اند اما گروهی دیگر (برای نمونه رینولدز، ۱۹۹۰) معتقدند آمارها کمتر از میزان واقعی برآورد شده است. چه، این اختلالات نشانگانی ایجاد می‌کنند که همواره قابل

- 
- ۱- Internalizing Disorders
  - ۲- Externalizing Disorders
  - ۳- Over-Controlled
  - ۴- Inner-Directed
  - ۵- Self
  - ۶- Outer-Irected
  - ۷- Pisode

مشاهده نیستند (لانداو، لارنت و استارک، ۱۹۹۳) زیرا ماهیت متمرکز بر درون این اختلالات برخلاف اختلالات برونی‌شده که به سوی بیرون هدایت می‌شوند دیگران را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد و رفتارهای چالش برانگیز برای والدین، اولیای مدرسه و مشاوران به نمایش نمی‌گذارد. در نتیجه، اختلالات درونی‌شده اغلب نادیده گرفته می‌شوند، حتی زمانی که تشخیص هم داده می‌شوند مورد توجه کافی قرار نمی‌گیرند (رینولدز، ۱۹۹۲). علاوه بر این، اختلالات درونی‌شده در کودکی و نوجوانی با مشکلات آتی سلامت روان در بزرگسالی مرتبط شناخته شده است (پاین و همکاران، ۱۹۹۹). نتایج مطالعه پاین و همکاران بر نمونه‌ای متشکل از ۷۷۶ نوجوان با نشانگان افسردگی را که ارزیابی‌های روانپزشکی در سال‌های ۱۹۸۳، ۱۹۸۵ و ۱۹۹۲ در مورد آنها انجام شده بود، نشان داد که نشانگان افسردگی نوجوانی به شدت پیش‌بینی‌کننده افسردگی عمده در بزرگسالی است. در واقع نوجوانان با افسردگی بالینی ۲ تا ۳ برابر بیشتر احتمال داشت که حداقل یک رویداد افسردگی را به عنوان یک بزرگسال تجربه کنند.

براساس مطالعات انجام شده، پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی در نوجوانان عموماً شامل جنسیت زنانه (برای نمونه نولن-هوکسما و گیرگوس، ۱۹۹۴)، افسردگی والدین (بردسلی و همکاران، ۱۹۹۸)، رویدادهای تنش‌زا، شرایط خانوادگی و اجتماعی آشفته، عوامل بین‌فردی (هامن، ۲۰۰۸) و اختلال در نظم شناختی و هیجانی (لاکدالا و همکاران، ۲۰۰۷) می‌شوند. وجود چنین متغیرهایی به عنوان عاملی پیش‌بین برای شروع، عود و دوره افسردگی مازور به‌شمار می‌روند (راتر، کیم کوهن و ماگهان، ۲۰۰۶). نتایج بررسی صادق زاده و سامانی (۱۳۸۹) نشان داد که فرایند و محتوای خانواده یکی از عوامل پیش‌بین افسردگی در نوجوانان است. بر حسب نظر مؤلفان (برای نمونه پوکاکی - تریپودی، ۲۰۰۲) سلامت روان فرد با پیچیدگی هرچه تمام‌تر در بافت پویایی‌های خانواده تنیده شده است و به

عبارت دیگر، بین پویایی‌های ناکارآمد خانواده و افسردگی در کودکان و نوجوانان همبستگی وجود دارد. از این رو در چارچوب سبب‌شناسی، افسردگی در نوجوانان - به عنوان یکی از اختلالات درونی‌شده و متمرکز بر «خود» - سه حیطه خانوادگی عمده مورد تأکید قرار گرفته است (به نقل از زارب، ۱۳۸۶): کارکرد خانواده، ساختار خانواده و فشارهای روانی مزمن در خانواده که نسبت به روابط والدی - فرزندی، بیرونی محسوب می‌شوند.

سنجش کارکرد خانواده شامل تجزیه و تحلیل مهارت‌های مربوط به ارتباطات خانوادگی، مهارت‌های حل مسئله و همچنین مهارت‌های فرزندپروری والدین می‌شود. سنجش ساختار خانواده، به الگوهای خانوادگی گسترده‌تر، از جمله سلسله مراتب اقتدار در خانواده و ترتیبات خانوادگی ناکارآمد و گروه آخر، یعنی فشارهای خانوادگی مزمن به تعیین موقعیت‌های آسیب‌زای خانوادگی مربوط می‌شود.

روابط والد-کودک مانند دیگر روابط توسط پویایی‌های بین‌فردی متقابل قابل تبیین است. افزون بر این، تفاوت‌های فردی مانند خلق‌وخو و تجربیات محیطی فرد همواره به عنوان مکانیزم‌هایی اثرگذار در نظر گرفته می‌شوند تا نشان دهند چگونه افراد این روابط را درونی می‌کنند و یا چگونه این بازنمایی‌های درونی شده بیان خواهند شد. براساس پژوهش‌های انجام شده (دیویس ولنیدزی، ۲۰۰۴) دختران نسبت به پسران در مواجهه با تعارضات درون-والدینی و مشکلات ساختاری خانواده، در معرض خطر بیشتری در زمینه درونی‌سازی مشکلات (اضطراب و افسردگی) قرار دارند. حتی در مواردی که هر دو جنس به یک میزان با تنش مواجه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که با دختران افسردگی به آن پاسخ دهند. براین اساس می‌توان گفت که دختران بیش از پسران در معرض خطر گسترش اختلالات درونی‌شده قرار دارند (رونالد و کارلسون، ۲۰۰۶؛ جاس و

راتکلیف، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش منیرپور و همکاران (۱۳۸۳) نیز نشان داد که دختران در مقایسه با پسران از افسردگی بیشتری برخوردارند و نسبت دختران افسرده به پسران افسرده تقریباً ۲ به ۱ در افسردگی متوسط تا شدید و ۴ به ۱ در افسردگی شدید است. از سوی دیگر، بدون تردید نوجوانی یکی از پرماجرترین دوره‌های زندگی آدمی است دگرگونی‌های بی‌سابقه و سریعی که در این دوران رخ می‌دهد اعم از تحول در جنبه‌های جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی، نوجوانی را به موقعیتی دوگانه برای رشد یا آسیب تبدیل کرده است (سامانی و فولادچنگ، ۱۳۸۵). به همین مناسبت، اوایل نوجوانی برای دختران بیش از پسران استرس‌زاست چه، رشد دختران زودتر از پسران آغاز می‌شود و از این رو بیشتر احتمال دارد چند تغییر انتقالی را به صورت همزمان تجربه کنند. مثلاً ورود به دوره‌ی راهنمایی و عبور از اولین مراحل بلوغ که کم و بیش در یک زمان آغاز می‌شود (میکوچی، ۱۳۸۴).

از این رو پژوهش حاضر، به طور خاص دختران را به عنوان جامعه هدف خود برگزیده و به بررسی نقش ناکارآمدی خانواده بر افسردگی نوجوانان پرداخته است.

### روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های همبستگی است، تعداد ۱۶۰ نفر دانش‌آموز دختر مقطع راهنمایی که در سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ در مدارس دولتی منطقه ۶ آموزش و پرورش شهر تهران مشغول به تحصیل بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه مورد نظر از بین مدارس منطقه ۶ یک مدرسه راهنمایی دخترانه به طور تصادفی انتخاب شد. سپس از بین تمامی دانش‌آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم راهنمایی این مدرسه ۶۰ نفر و در مجموع ۱۸۰ نفر (با احتساب احتمال ریزش نمونه) به طور تصادفی برگزیده شدند. با حذف دانش‌آموزان پسر تاثیر جنسیت

کنترل شد. ۱۷ تن از پاسخ دهندگان به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب، نمونه نهایی مورد پژوهش از ۱۸۰ به ۱۶۷ نفر تقلیل یافت. میانگین سنی کل پاسخ‌دهندگان ۱۳/۵ سال با دامنه ۱۱ تا ۱۸ سال و انحراف استاندارد ۰/۹۸ بود.

فهرست افسردگی کودک<sup>۱</sup> (CDI)، یک ابزار خود-گزارشی است که توسط کوکس (۱۹۹۲) برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله تدوین شده است و نشانه‌های افسردگی را مانند خلق پایین، ناتوانی در لذت بردن، رفتارهای بین فردی، ارزیابی خود و مسائل تحصیلی را با ۲۷ ماده می‌سنجد. پاسخ‌ها براساس یک شاخص ۳ درجه‌ای از نوع مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از نمره صفر (گاهی) تا نمره ۲ (همواره) مشخص می‌شوند. کمترین و بیشترین نمره پرسشنامه به ترتیب صفر و ۵۴ است. براین اساس، نمره بالا در این آزمون بیانگر میزان بالای افسردگی است. از این پرسشنامه در تحقیقات داخلی به دفعات استفاده شده است. کوکس (۱۹۹۲) ضریب اعتبار آن را برابر با ۰/۸۶ و فریگو و همکاران (۲۰۰۱) نیز ضریب همسانی درونی CDI را ۰/۸۰ گزارش کردند. پژوهش تقوی و مزیدی (۱۳۸۴) درباره ۹۱۸ دانش‌آموز نشان داد که این آزمون از پایایی درونی رضایت‌بخشی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

آزمون خانواده آزمای (FAD)<sup>۲</sup>: نسخه اصلی این آزمون با ۶۰ سؤال توسط گروه مک‌مستر (اپستین، بالدوین و بیشاپ<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) طراحی و تدوین شده است. در تحقیق حاضر از نسخه ایرانی (FAD-I)، نجاریان (۱۳۷۴) استفاده شده است. این آزمون شامل ۴۵ گزاره است که میزان سلامت و کارایی

۱- Child Depression Inventory (CDI)

۲- Family Assessment Devece

۳- Epstein, Baldwin & Bishop

خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی در واکنش به این گزاره‌ها، میزان انطباق خصوصیات توصیف شده را با شرایط خانواده خود بر یک مقیاس لیکرت چهار طبقه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم) مشخص می‌کند. خرده مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: نقش‌های خانوادگی، حل مشکل و ابراز عواطف. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاسها و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و ۰/۹۳ گزارش شده است (نجاریان، ۱۳۷۴). همچنین در سنجش روایی پیش‌بین، آزمون FAD-I موفق به پیش‌بینی ۲۲٪ از واریانس ( $R=0/47$ ) برای مردان و ۱۷٪ از واریانس ( $R=0/41$ ) برای زنان شد (همان منبع). در پژوهش حاضر اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۶۶ و برای زیرمقیاس نقش‌ها ۰/۸۹، حل مشکل ۰/۷۵ و ابراز عواطف ۰/۵۸ به دست آمد. حداکثر امتیاز در این مقیاس ۱۸۰ نمره است. نمره میانگین این مقیاس ۱۲۷/۸۱ با انحراف استاندارد ۱۸ است. یک انحراف معیار پایین‌تر و بالاتر از میانگین ملاک کارآمدی و ناکارآمدی ساخت و کارکرد خانواده در این آزمون منظور شده است. از این رو، نمره پایین‌تر از ۱۰۹/۸۱ ساختار خانواده ناکارآمد محسوب می‌شود. این معیار در مورد خرده مقیاسها نیز به کار رفته است.

#### یافته‌ها

جدول (۱) بیانگر توزیع فراوانی گروه نمونه براساس شدت افسردگی است و نشان می‌دهد که ۶۷/۱ درصد (۱۱۲ نفر) از گروه نمونه فاقد افسردگی، ۲۹/۳ درصد (۴۹ نفر) در آستانه افسردگی و ۳/۶ درصد (۶ نفر) دارای افسردگی هستند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی گروه نمونه براساس شدت افسردگی

درصد	فراوانی	آماره‌ها
		شدت افسردگی
۶۷/۱	۱۱۲	(۱) ۸-۰ (سالم)
۲۹/۳	۴۹	(۲) ۱۹-۹ (در آستانه افسردگی)
۳/۶	۶	(۳) ۲۰ به بالا (افسرده)
۱۰۰	۱۶۷	کل

میانگین، انحراف معیار و همبستگی نمره کل و زیرمقیاس‌های ساخت خانواده و افسردگی در جدول (۲) آمده است. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس «نقش‌های خانوادگی» به ترتیب ۶۲/۴۷ و ۱۰/۸۴، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس «حل مشکل» به ترتیب ۳۲/۸۸ و ۹/۸۴، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس «ابراز عواطف» به ترتیب ۲۱/۳۷ و ۳/۹۱ و میانگین و انحراف معیار نمره کل ساخت خانواده ۱۱۶/۷۳ و ۱۱/۰۱ به دست آمد. همچنین، همبستگی بین نمره کل و زیرمقیاس‌های ساخت خانواده و افسردگی از ۰/۱۵۹ تا ۰/۴۱۷ متغیر است که اولین ضریب همبستگی، رابطه منفی بین نمره کل ساخت خانواده و افسردگی را نشان می‌دهد ( $P < ۰/۰۵$ ) و همبستگی ۰/۴۱۷ مربوط به رابطه افسردگی و حل مشکل است. به عبارت دیگر افسردگی با نمره کل ساخت خانواده و زیرمقیاس‌های نقش‌های خانوادگی، ابراز عواطف رابطه معنادار منفی و با حل مشکل رابطه معنادار مثبت دارد.

**جدول شماره ۲- میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین نمره کل و زیرمقیاس‌های ساخت خانواده و افسردگی**

انحراف معیار	میانگین	۵	۴	۳	۲	۱		
۱۰/۸۴	۶۲/۴۷					۱	نقشه‌ای خانوادگی	۱
۹/۸۴	۳۲/۸۸				۱	-۰/۵۹۱** ۰/۰۰۰	حل مشکل	۲
۳/۹۱	۲۱/۳۷			۱	-۰/۲۸۸** ۰/۰۰۱	۰/۴۲۷** ۰/۰۰۰	ابراز عواطف	۳
۱۱/۰۱	۱۱۶/۷۳		۱	۰/۵۲۶** ۰/۰۰۰	۰/۲۰۹** ۰/۰۲۱	۰/۶۲۳** ۰/۰۰۱	نمره کل ساخت خانواده	۴
۵/۲۱	۷/۴۱	۱	-۰/۱۵۹* ۰/۰۴۱	-۰/۲۸۰** ۰/۰۰۰	۰/۴۱۷** ۰/۰۰۰	-۰/۴۳۸** ۰/۰۰۰	افسردگی	۵

\*\*  $P < ۰/۰۱$       \*  $P < ۰/۰۵$



برای دستیابی به توان پیش‌بینی افسردگی بر مبنای ساخت خانواده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد که نتایج این تحلیل در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

**جدول شماره ۳- تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی افسردگی براساس ساخت خانواده و زیرمقیاس‌های آن**

شاخص آماری	R	R <sup>2</sup>	درجه آزادی	F	سطح معناداری
مقدار	۰/۴۸۰	۰/۲۳۰	۱ و ۱۶۴	۲۴/۵۶	۰/۰۰۰۱

**جدول شماره ۴- ضرایب رگرسیون گام به گام افسردگی در ساخت خانواده**

متغیرهای پیش بین	Bضریب	B	T	سطح معناداری
نقش‌های خانوادگی	-۰/۱۴۲	-۰/۲۹۵	-۳/۴۷	۰/۰۰۱
حل مشکل	۰/۱۲۸	۰/۲۴۲	۲/۸۵	۰/۰۰۵

تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که نقش‌های خانوادگی ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ,  $P < ۳/۴۷$ ) و حل مشکل ( $T = ۲/۸۵$ ,  $P < ۰/۰۰۵$ ) پیش‌بینی‌کننده افسردگی است. به عبارت دیگر، ساخت خانواده و زیرمقیاس‌های آن به عنوان متغیرهای پیش‌بین و افسردگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شد. براساس این نتایج میزان F مشاهده شده، معنادار است ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ) و ضرایب تأثیر نقش‌های خانوادگی ( $-۰/۲۹۵$ ) و حل مشکل ( $۰/۲۴۲$ ) با توجه به آماره‌های T نشان می‌دهند که ۲۳٪ از واریانس مربوط به افسردگی در گروه نمونه به وسیله این دو زیرمقیاس قابل تبیین است ( $R^2 = ۰/۲۳$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه پیش‌بینی‌کنندگی ناکارآمدی خانواده با افسردگی در نوجوانان بود. به منظور واریسی فرضیه‌ها از روش آماری رگرسیون

گام به گام استفاده شد. نتایج این تحلیل، رابطه منفی بین نقش‌های خانوادگی و افسردگی را مورد تأیید قرار داد. هماهنگ با یافته‌های پژوهش حاضر، بررسی کاسلو- نادین، دیرینگ و راکازین (۱۹۹۴) نشان داد خانواده‌های دارای کودکان افسرده نسبت به خانواده‌های سالم انسجام و ارتباط کمتری دارند. کارکردهای ضروری خانواده شامل نقش‌هایی است که باید در جهت کارآمدی بیشتر خانواده اجرا شوند (به نقل از بارکر، ۱۳۷۵). آرفورد<sup>۱</sup> (به نقل از زارب، ۱۳۸۶) میزان کارآمدی و انسجام در خانواده را بر حسب شاخص‌های زیرقابل ارزیابی می‌داند: مدت‌زمان صرف‌شده برای فعالیت‌های مشترک؛ میزان نسبتاً پایین انزوای اجتناب، گریز و فعالیت‌های انفرادی؛ میزان زیاد تعاملات صمیمانه و گرم (در مقابل تعاملات خشونت‌آمیز و انتقادی)؛ روابط کامل‌تر بین اعضا و علاقه‌مندی به یکدیگر (در مقابل ارزیابی انتقادی از اعضای خانواده)؛ احساس اعضای خانواده از وجود عواطف بین یکدیگر؛ رضایت‌مندی از گروه خانواده و خوش‌بینی از پایداری آن در آینده. براین اساس می‌توان گفت ارتباطات موجود بین اعضای خانواده به عنوان اساسی‌ترین سازوکار درک بسیاری از رفتارهای روانی- اجتماعی از جمله اضطراب و افسردگی قلمداد می‌شود. در این زمینه مطالعه کوروش‌نیا و لطیفیان (۱۳۸۶) نشان داد که در چارچوب الگوهای ارتباطی خانواده، جهت‌گیری گفت و شنود پیش‌بینی‌کننده معنادار و منفی افسردگی فرزندان است. زیرا فرزندان خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت‌وشنود زیاد، احتمالاً مهارت‌های ارتباط پیشرفته‌تری دارند که برپایه آن می‌توانند درباره نقش‌ها و انتظارات خود به‌طور مؤثری با دیگران گفتگو کنند و همچنین از مهارت‌های حل مسئله کارآمدتری برخوردارند که باعث می‌شود در موقعیت‌های مختلف، عملکرد مناسبی داشته باشند و در برابر مشکلات بیشتر تاب بیاورند و دستخوش عواطف منفی نشوند.

۱- Arford

همچنین نتایج مطالعه پورتنس و همکاران (۱۹۹۲) در زمینه کارایی خانواده و سازگاری کودکان پس از طلاق، بیانگر آن بود که عواملی مانند نقش‌های خانوادگی، مهار رفتار و مشارکت عاطفی بیشترین نقش را در تسهیل سازگاری عاطفی- اجتماعی کودکان داشتند. افزون بر این، نتایج پژوهش کاف و همکاران (۲۰۰۵) بیانگر آن بود که بین ساختار خانواده و رفتار والدینی با اختلالات خلق در نوجوانان رابطه وجود دارد. رفتار والدینی، خود مجموعه پیچیده‌ای از فرایندهای رفتاری و روانشناختی است که توسط عوامل چندگانه تعیین می‌شود، برخی از این عوامل عبارتند از: ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی والدین، عوامل عصبی-زیستی والدینی، آثار بین نسلی بر تربیت فرزندان، آثار دینی و فرهنگی، خلق کودک، کیفیت ارتباط زناشویی که به طور بالقوه به اندازه عوامل اجتماعی مؤثر مانند شبکه‌های حمایت اجتماعی، استخدام و منابع اقتصادی مرتبط و نظایر آن وابسته است. گادوستون و همکاران (۱۹۹۹) در نمونه‌ای متشکل از گروهی از زنان با تشخیص افسردگی اساسی، دریافتند که در خانواده‌های آنان به‌طور قابل ملاحظه‌ای اختلالات کارکردی و ساختاری وجود داشته است. نتایج مطالعه جرمی، کوین و استارک (۲۰۰۳) با عنوان "مقایسه محیط خانوادگی نوجوانان با اختلالات رفتاری یا افسردگی"، نشان داد که بین کشمکش خانوادگی و میزان افسردگی و اختلالات رفتاری نوجوانان رابطه‌ای معنادار وجود دارد.

یکی دیگر از یافته‌های جالب توجه این پژوهش به رابطه مثبت، زیر-مقیاس حل مشکل و افسردگی دلالت داشت. مطالعات انجام شده، نشان دهنده اثرات خلق بر توانایی پردازش اطلاعات است به طوری که خلق مثبت موجب افزایش پردازش اکتشافی<sup>۱</sup> و خلق منفی موجب افزایش پردازش سازمان یافته<sup>۲</sup> می‌شود. برای نمونه،

۱- Heuristic Processing

۲- Systematic Processing

بلیس و همکاران (۱۹۹۰) در بررسی خود دریافتند که افراد با خلق مثبت در مقایسه با افرادی که در وضعیت خلقی خنثی یا منفی به سر می‌برند رغبت کمتری به شرکت در بحث‌های پیچیده دارند. همچنین مطالعه دیگری (بلیس و همکاران، ۱۹۹۶) نشان داد که افراد در وضعیت خلق مثبت به استفاده از اطلاعات عمومی و کلی تمایل دارند حال آنکه در وضعیت خلقی منفی به احتمال بیشتر به رویکرد حل مسئله متوسل می‌شوند. هماهنگ با یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات اشاره شده، بلیس و همکاران (۱۹۹۶) گزارش دادند که خلق منفی نسبت به حل مسئله نیاز ایجاد می‌کند.

درخصوص اینکه چرا دختران نوجوان در مقایسه با پسران کنش‌وری روانشناختی منفی‌تر و به‌ویژه افسردگی بیشتری گزارش می‌کنند می‌توان برحسب پژوهش‌های انجام شده به عوامل متعددی نظیر شروع زودتر بلوغ، نارضایتی تصویر بدن<sup>۱</sup>، آسیب‌پذیری نسبت به رویدادهای تنش‌زا و وجود کاستی‌هایی در توانایی‌های مقابله‌ای اشاره کرد (گاربر، ۲۰۰۶؛ جی، کانگر و الدر، ۲۰۰۱؛ هایوارد و ساندبورن، ۲۰۰۲؛ سویتینگ و وست، ۲۰۰۳). همچنین شاید بتوان براساس مطالعه هیرداهی، کورمو و ویشتروم (۲۰۰۴) بخشی از این تفاوت‌ها را به تفاوت‌های وابسته به جنس در ارتباط با سبک‌های خود گزارشی نسبت داد.

این پژوهش همسو با مطالعات دیگر، ضمن تأکید بر نقش ناکارآمدی خانواده بر افسردگی نوجوانان، همچنین ضرورت انجام مداخلات لازم برای افزایش سطح کارآمدی خانواده‌ها در جهت درمان و بهبود افسردگی در نوجوانان را مورد توجه قرار می‌دهد. حجم اندک گروه نمونه و منحصر کردن گروه نمونه به دختران از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با استفاده

از ابزارهای تشخیصی دقیق‌تر به منظور تفکیک انواع افسردگی خفیف و عمده در حجمی وسیع‌تر و بر حسب جنس انجام شود.

### منابع

- ۱- بارکر؛ فیلیپ، (۱۳۷۵)، **خانواده درمانی پایه**، ترجمه محسن دهقانی و زهره دهقانی، تهران، انتشارات رشد.
- ۲- تقوی؛ سیدمحمد رضا، مزیدی؛ محمد، (۱۳۸۴)، بررسی روایی و پایایی مقیاس خودسنجی افسردگی (DSRS) برای دانش‌آموزان ایرانی، **پژوهش‌های روانشناختی**، دوره ۸، شماره ۱ و ۲، صص ۲۳-۳۹.
- ۳- ثنایی؛ باقر، (۱۳۷۹)، **مقیاس سنجش خانواده و ازدواج**، تهران، انتشارات بعثت.
- ۴- زارب؛ ژانت، (۱۳۸۶)، **ارزیابی و شناخت- رفتار درمانی نوجوانان**، مترجمان، محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی، تهران، انتشارات رشد.
- ۵- سامانی؛ سیامک، فولادچنگ؛ محبوبه، (۱۳۸۵)، **روانشناسی نوجوانی**، شیراز، نشر ملک سلیمان.
- ۶- صادق‌زاده؛ مرضیه، سامانی؛ فاطمه، (۱۳۸۹)، پیش‌بینی استرس، اضطراب و افسردگی نوجوانی براساس دو بعد از مدل فرایند و محتوای خانواده، **مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی**، شماره ۲، صص ۶۱-۷۴.
- ۷- کورش‌نیا؛ مریم، لطیفیان؛ مرتضی، (۱۳۸۶)، بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان، **خانواده پژوهی**، سال سوم، شماره ۱۰، ۵۸۷-۶۰۰.
- ۸- منیرپور؛ نادرپور؛ یزدان‌دوست؛ رخساره؛ عاطف وحید، محمدکاظم، دلاور؛ علی، خوسفی؛ هلن، (۱۳۸۳)، **رفاه اجتماعی**، دوره ۴، شماره ۱۴، صص ۱۷۸-۱۹۳.
- ۹- میکوچی؛ ژوزف، (۱۳۸۴)، **نوجوان در خانواده‌درمانی**، ترجمه، فریده همتی، تهران، انتشارات رشد.
- ۱۰- نجاریان؛ فرزانه، (۱۳۷۴)، **عوامل مؤثر در کارایی خانواده: بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سنجش خانواده**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

- ۱- Achenbach, T.M., & McConaughy, S.H. (۱۹۹۶). Relations between DSM-IV and empirically based assessment. **School Psychology Review**, ۲۵(۳), ۳۲۹-۳۴۱.
- ۲- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. (۱۹۹۸). Children of affectively ill parents: A review of the past ۱۰ years. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, ۳۷, ۱۱۳۴-۱۱۴۱.
- ۳- Bless, H., Bohner, G., Schwarz, N., & Strack, F. (۱۹۹۰). Mood and persuasion: A cognitive response analysis. **Personality and Social Psychology Bulletin**, ۱۶, ۳۳۱-۳۴۵.
- ۴- Bless, H., Clore, G. L., Schwarz, N., Golisano, V., Rabe, C., & Wolk, M. (۱۹۹۶). Mood and the use of scripts: Does a happy mood really lead to mindlessness? **Journal of Personality and Social Psychology**, ۷۱, ۶۶۵-۶۷۹.
- ۵- Cuffe, S.P. ; McKeown, R.E. ; Addy, C.L. & Carrison, C.Z. (۲۰۰۵). Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. **Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** Baltimore. Vol.۴۴, Iss. ۲; pg. ۱۲۱.
- ۶- Davies, P.T., & Lindsay, L.L. (۲۰۰۴). Interparental conflict and adolescent adjustment: Why does gender moderate early adolescent vulnerability? **Journal of family psychology**, ۱۸, ۱۶۰-۱۷۰.
- ۷- Frigeria, A., Pesenti, S., Molteni, M., Snider, S., Battaglia, M. (۲۰۰۱). Depression symptom as measured by CDI in a population of northern Italian children. **European Psychiatry**, ۱۶(۱), ۳۳-۳۷.
- ۸- Garber, J. (۲۰۰۶). Depression in children and adolescents. Linking risk research and prevention. **American Journal of Preventive Medicine**, ۳۱, ۱۰۴e۱۲۵.
- ۹- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (۲۰۰۱). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. **Developmental Psychology**, ۳۷, ۴۰۴e۴۱۷.

- ۱۰- Gladstone, G., Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., & Astin, M.-P. (۱۹۹۹). Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. **American Journal of psychiatry**, ۱۵۶, ۴۳۱-۴۳۷.
- ۱۱- Hammen, C. (۲۰۰۸). **Stress exposure and stress generation in adolescent depression**. In S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Eds.), *Handbook of adolescent depression*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- ۱۲- Hayward, C., & Sandborn, K. (۲۰۰۲). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. **Journal of Adolescent Health**, ۳۰, ۴۹۵-۵۰۸.
- ۱۳- Heyerdahl, S., Kvernmo, S., & Wichstrøm, L. (۲۰۰۴). Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. **European Child & Adolescent Psychiatry**, ۱۳, ۶۴۷-۶۵۲.
- ۱۴- Jeremy, D.J., ; Kevin, D.; & stark, K. (۲۰۰۳). Comparing the Family environments of adolescents with conduct disorder or depression **Journal of child a family**, vol ۷۲. No ۱, pp. ۷۷-۸۹.
- ۱۵- Jose, P. E., & Ratcliffe, V. (۲۰۰۴). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: gender and age differences in adolescence. **New Zealand Journal of Psychology**, ۳۳, ۱۴۵-۱۵۴.
- ۱۶- Kaslow-Nadin, J. & Deering, G. & Racusin, C.R. (۱۹۹۴). Depressed children and their families. **Clin. Psycho I. Review**. ۱۴(۱): ۳۵-۵۹.
- ۱۷- Kovacs, M. (۱۹۹۲). **Child Depression Inventory**. New York: Multi Health Systems Inc.
- ۱۸- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (۲۰۰۷). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. **Clinical Child and Family Psychology Review**, ۱۰, ۱-۲۴.
- ۱۹- Landau, S., Laurent, J., & Stark, K. (۱۹۹۲). **Conditional probabilities in the diagnosis of depressive and anxiety disorders in children**. Paper presented at the annual meeting of the National Association of School Psychologists, Nashville, TN.

- ۲۰- Lewinsohn, P.M., & Essau, C.A. (۲۰۰۲). **Depression in adolescents**. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), Handbook of depression (pp. ۵۴۱-۵۵۹). New York: Guilford Press.
- ۲۱- Nolen-Hoeksema, S. N., & Girgus, J. S. (۱۹۹۴). **The emergence of gender differences in depression during adolescence**. *Psychological Bulletin*, ۱۱۵, ۴۲۴-۴۴۳.
- ۲۲- Pine, D.S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (۱۹۹۹). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, ۱۵۶, ۱۳۳-۱۳۵.
- ۲۳- Ports, P.R.; Howre, C.; Brown, H. & Eichenbergers, S. (۱۹۹۲). Family function and children's post-divorce adjustment, AM, *Journal of Orthopsychiatry*, ۶۲(۴۰), ۶۱۳-۱۷.
- ۲۴- Potocky-Tripodi, Miriam (۲۰۰۲). **Best Practices for Social Work With Refugees and Immigrants**. Columbia University Press.
- ۲۵- Reynolds, W. M. (۱۹۹۰). Development of a semistructured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychological Assessment*, ۲, ۳۸۲-۳۹۰.
- ۲۶- Reynolds, W. M. (Ed.) (۱۹۹۲). **Internalizing disorders in children and adolescents**. Nueva York: Wiley.
- ۲۷- Ronnlund, M., & Karlsson, E. (۲۰۰۶). The Relation Between Dimensions of Attachment and Internalizing or Externalizing Problems During Adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, ۱۶۷(۱), ۴۷-۶۳.
- ۲۸- Rushton, J.L. ; Forcier, M. & Schecktmann, R.M. (۲۰۰۲). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ; ۴۱(۲): ۱۹۹-۲۰۵.
- ۲۹- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (۲۰۰۶). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ۴۷, ۲۷۶-۲۹۵.
- ۳۰- Sweeting, H., & West, P. (۲۰۰۳). Sex differences in health at ages ۱۱, ۱۳ and ۱۵. *Social Science & Medicine*, ۵۶, ۳۱۵-۳۹.



- ۳۱- Wade, T.J., Cairney, J., & Pevalin, D.J. (۲۰۰۲). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, ۴۱, ۱۹۰-۱۹۸

....