

ارتباط الگوی رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی در نوجوانان

علی ضرغام بروجنی* ، محسن یزدانی** ، احمدرضا یزدان نیک***

چکیده:

افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی در جوامع امروزی به شمار می رود که در بین نوجوانان نیز بسیار رایج است. صاحب نظران علوم اجتماعی و روان شناسی بر این باورند که اگر خانواده ها، در زمینه های مختلف فرهنگی، تربیتی و اجتماعی دارای عملکرد درستی باشند ، می توانند افرادی سالم و بهنجار به جامعه تحویل دهند، در غیر این صورت اختلالات روانی و تعارضات شخصیتی در جامعه بویژه در کودکان و نوجوانان نمایان خواهد شد. لذا کیفیت روابط والدین با نوجوانان در ایجاد و تداوم افسردگی، ناامیدی و خودکشی آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط الگوهای رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی نوجوانان صورت گرفته است.

این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی مقطعی است که در ۱۵ دبیرستان واقع در نواحی مختلف آموزش و پرورش شهر اصفهان انجام شده است. در این بررسی، اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید، سپس الگوی روابط نوجوانان و والدین از نظر عاطفی بودن و میزان کنترل اعمال شده بر رفتار نوجوان(از دیدگاه خود نوجوان) به هفت گروه تقسیم شد. نمونه این پژوهش را ۳۲۳ نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله تشکیل می دادند.

نتایج نشان داد که شیوع افسردگی بالینی در بین نوجوانان حدود ۴۳/۴٪ و شیوع افکار خودکشی ۳۲/۷٪ بوده است. بیشترین میانگین نمره افسردگی (۲۷/۰۷) و بیشترین شیوع افکار خودکشی (۵۸/۳٪) در نوجوانانی دیده شده که رفتار والدین خود را سخت گیرانه ارزیابی کرده بودند، همچنین کمترین میانگین نمره افسردگی (۱۰/۴) و کمترین شیوع افکار خودکشی (۱۱/۶٪) در نوجوانانی بود که والدین دموکرات منش داشتند. همچنین مشاهده شد که با عاطفی تر شدن روابط و کاهش کنترل در روابط والد- نوجوان، میانگین نمره افسردگی و فراوانی افکار خودکشی کاهش می یابد. رفتار والدین با نوجوانان نقش مهمی در سلامت روانی آنها ایفا می کند. نوجوان در پی کسب استقلال و ورود به دنیای بزرگسالان نیاز به آزادی عمل و حمایت روانی و تأیید عاطفی از جانب والدین دارد. که دادن آزادی بیشتر به نوجوان و ارائه رفتاری که نوجوان از آن احساس دوست داشته شدن، محبت و مورد حمایت بودن. از جمله این رفتارهاست.

واژه های کلیدی: والدین ، نوجوانی ، افسردگی و خودکشی

مقدمه:

چهارمین علت اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می شود (۱۲). سازمان بهداشت جهانی پیش بینی نموده است که در سال ۲۰۲۰ میلادی دومین مشکل بهداشتی عمده پس از بیماری اسکیمیک قلب، افسردگی می باشد (۱۵). در سال های اخیر سن شروع افسردگی کاهش

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در جوامع انسانی بشمار می رود. طبق گزارش اداره بهداشت روان وزارت بهداشت حدود ۷ تا ۸ درصد جمعیت کشور دچار این اختلال می -باشند (۱). در سطح جهانی نیز آمارها حاکی از ابتلا حدود ۳۴۰ میلیون نفر از مردم به این اختلال است (۱۴) و

* عضو هیأت علمی (مربی) گروه اطفال دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تلفن ۷۹۲۲۹۴۳-۰۳۱۱ (مؤلف مسئول)

** عضو هیأت علمی (مربی) گروه روانپرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** عضو هیأت علمی (مربی) گروه داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

یافته و در بین کودکان و نوجوانان نیز بسیار شایع شده است. بطوری که در برخی مطالعات، میزان شیوع این اختلال در بین نوجوانان ۲۰-۱۵٪ گزارش شده است (۱۳).

Kessler و همکاران در مطالعه خود بر روی نوجوانان آمریکایی، شیوع افسردگی در دوره نوجوانی را ۲۵٪ گزارش نموده اند (۱۶).

نوجوانی یکی از دوره های بحرانی زندگی انسان است که برخی از روان شناسان این دوره را دوره آشوب و استرس توصیف نموده اند و معتقدند اگر نوجوان این دوره را بدون مشکل سپری نماید، به بزرگسال سالمی تبدیل خواهد شد و نقش خود را خوب ایفا خواهد کرد، اما اگر در این گذر دشواریهایی به وجود آید بهداشت روانی نوجوان از مسیر اصلی منحرف و به بیراهه کشیده می شود (۳).

بدین جهت والدین بایستی از تغییرات این دوره آگاه باشند و شرایط خانواده را به گونه ای فراهم سازند که فرزند نوجوان آنها بتواند آزادانه احساسات و نگرانی های خویش را بدون احساس ترس یا طرد شدن با آنها در میان گذارد، در غیر این صورت احساس عدم امنیت در نوجوان پدید خواهد آمد که مهمترین علت بروز ناهنجاریهای رفتاری و عاطفی از جمله افسردگی می باشد (۵).

پژوهش هایی که اخیراً درباره دگرگونی کیفی و عملکردی روابط والد-کودک، از پیش از بلوغ تا پایان نوجوانی انجام شده است، تغییراتی در دیدگاههای روانشناسان در مورد چگونگی این روابط و ارتباط آن با آسیب شناسی روانی نوجوانان بوجود آورده است (۷).

بر اساس تئوری های جدید که بر پایه نظریات Bowlby بنا شده است، روابط والد-نوجوان در خانواده هایی که بخوبی عمل می کنند، فضای باز بیشتری برای ظهور استقلال و هویت فردی نوجوان ایجاد کرده است و در عین حال حمایت مداوم و

تأیید لازم را برای او فراهم می آورد و زمینه ساز سلامت روانی وی خواهد بود (۱۷). طبق شواهد، بیشترین اختلاف های والدین و فرزندان در دوره نوجوانی فرزند پیش می آید. و یکی از مسائل عمده این دوره مشکل مناسبات و روابط آنها با والدین است (۳).

پژوهش های انجام شده در مورد افراد متعلق به خانواده های از هم گسیخته نشان می دهد که اینگونه افراد در مقایسه با افراد متعلق به محیط های خانوادگی گرم و صمیمی احتمالاً دارای مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری بیشتری می باشند، از سوی دیگر از هم گسیختگی خانواده ها، الگوهای ارتباطی نامناسب بین والدین و عدم توجه کافی آنها به فرزندان و پدیده هایی از این قبیل می تواند منجر به پیدایش بی اعتمادی، اضطراب، تنش و سرانجام افسردگی در فرزندان شود (۲).

به عبارت دیگر محیط خانوادگی زیان آور در افزایش خطر افسردگی و خودکشی نوجوانان بسیار مؤثر است. نقش مادر بویژه در سالهای ابتدایی زندگی کودک مؤثر است در حالیکه پدران ممکن است تأثیر بیشتری در سنین نوجوانی فرزندان خود داشته باشند، حتی یافته ها حاکی از آن است که نوجوانان دختر نسبت به تأثیر عدم مراقبت مادر بیشتر حساس هستند، در صورتیکه نوجوانان پسر نسبت به کاهش مراقبت از جانب پدران خود آسیب پذیرتر می باشند.

از دیگر عوامل خانوادگی که ممکن است خطر افسردگی نوجوانان را افزایش دهد، می توان کاهش حمایت اجتماعی، طلاق والدین و خانواده های پر فرزند را نام برد (۱۸).

افسردگی در نوجوانان ممکن است خود را به صورت تحریک پذیری و پرخاشگری نشان دهد، از بین عوامل خطر ساز روانی اجتماعی ایجاد کننده پرخاشگری نوجوانان، شرایط خانوادگی نقش

امروزه عوامل زمینه ساز بالقوه افسردگی نوجوانان شناسایی شده اند اما پژوهش کافی در زمینه نقش روابط بین فردی در ایجاد و ادامه افسردگی آنها انجام نشده است بنابراین درک ماهیت روابط والد-کودک افسرده می تواند به توسعه نظریه های ادراکی در مورد افسردگی دوران نوجوانی کمک نماید. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط الگوهای رفتاری والدین (برحسب دو جنبه عاطفه و کنترل) با افسردگی و افکار خودکشی در فرزندان نوجوان آنها انجام شده است.

مواد و روشها:

این پژوهش یک مطالعه همبستگی مقطعی است که به منظور بررسی الگوی رفتاری والدین و ارتباط آن با میزان افسردگی فرزندان نوجوان آنان انجام شده است. با روش نمونه گیری خوشه ای تعداد ۳۲۳ نفر دانش آموز (۱۵۹ پسر و ۱۶۴ دختر) واجد شرایط شرکت در پژوهش از بین دانش آموزان دبیرستانهای دولتی شهر اصفهان انتخاب شدند. واحدهای پژوهش بین ۱۴ تا ۱۷ سال سن داشتند و طبق اطلاعات به دست آمده در طول شش ماه گذشته دچار بیماری یا حادثه منجر به آسیب شدید جسمی، یا تنش شدید روانی نشده بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش بود که بخش اول و سوم با پژوهش اصلی مشترک بود. بخش اول پرسشنامه، دارای ۱۹ سوال جهت بررسی برخی ویژگی های فردی و خانوادگی پاسخگویان بود. بخش دوم پرسشنامه، معیار الگوی رفتاری والدین از دیدگاه نوجوانان، شامل ۳۷ گویه مثبت و منفی بود که دو جزء "عاطفه" و "کنترل" را در رفتار والدین بررسی می کرد و آزمودنی از یک مقیاس Likert ۴ نمره ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) برای پاسخ به هر گویه استفاده می نمود.

فوق العاده ای را بازی می کنند که می توان به عواملی نظیر تنبیه بیش از حد از جانب والدین، رابطه عاطفی آشفته والدین نسبت به کودک، ناهماهنگی خانوادگی، پایین بودن سطح استاندارد زندگی، جدایی زودرس از والدین، تجارب سوء رفتار نظیر خشونت فیزیکی و سوء رفتار جنسی نسبت به نوجوان اشاره نمود (۶).

امروزه در جهان، آمار خودکشی نوجوانان نیز رو به افزایش است. در طول ۳۰ سال گذشته موارد خودکشی نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله آمریکایی به دو برابر رسیده است. در استرالیا، این آمار برای دختران نسبتاً ثابت مانده اما در پسران به دو برابر افزایش یافته است. طبق گزارش کمیته نوجوانی آمریکا در سال ۲۰۰۰، خودکشی سومین عامل اصلی مرگ و میر نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله است (۸). اگرچه خوشبختانه خودکشی موفق هنوز نسبتاً ناشایع است اما افکار خودکشی، کوشش برای خودکشی و سایر رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان دنیا شایع است.

Donald و همکاران در مطالعه ای که بر روی نوجوانان ۱۵-۲۴ ساله انجام دادند، مشاهده نمودند که یک سوم آنها افکار خودکشی داشته و ۱/۲٪ آنها نیز حدود چهار هفته قبل از مطالعه برای کشتن خود طرح داشته اند و همچنین ۶/۹٪ (۴/۲٪ پسران و ۹٪ دختران) نیز اقدام به خودکشی داشته اند (۹).

عوامل زمینه ساز افکار خودکشی همچون احساس ناامیدی، افسردگی، بی پناهی، سرخوردگی و نظایر آن در نوجوانان زیاد دیده می شود که خود حاصل عوامل دیگری هستند. کوشش برای یافتن این عوامل ادامه دارد و بخصوص توجه به نقش خانواده و والدین رو به افزایش است. با توجه به اینکه، بیش از یک سوم جمعیت کشور را جوانان و نوجوانان یعنی نیروی پویای جامعه تشکیل می دهند؛ باید نگرش، مشکلات و مسائل آنان را شناسایی نمود و زبان صحیح ارتباط با ایشان را پیدا کرد.

(سخت گیر)، کم عاطفه کنترل متوسط، و کم عاطفه کم کنترل (بی تفاوت)؛ که در عمل گروه‌های "پر عاطفه پرکنترل" و "کم عاطفه کم کنترل"، خالی بودند و آنالیز آماری روی ۷ گروه باقی مانده صورت گرفت، این گروه‌ها بین ۱۵ تا ۸۶ عضو داشتند (جدول شماره ۱).

آزمون‌های آماری مورد استفاده شامل تجزیه پراش یک طرفه One Way ANOVA همراه با آزمون Duncan برای مقایسه میانگین نمره افسردگی در گروه‌های مختلف الگوی رفتار والدین، و نیز آزمون تی برای تعیین ارتباط متغیرهای دیگر با افسردگی بود و آزمون مجذور کای همراه با جدول تقاطعی Crosstab برای مشاهده شیوع افسردگی و افکار خودکشی و ارتباط آن با برخی متغیرهای دیگر مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج:

توزیع سنی نمونه پژوهش عبارت بود از: ۱۵/۲ درصد ۱۴ ساله، ۳۴/۴ درصد ۱۵ ساله، ۲۸/۵ درصد ۱۶ ساله، و ۲۲ درصد ۱۷ ساله و میانگین سن ۱۵/۵۷ بود. بیشترین فراوانی (۴۸/۳٪) کلاس اول، ۲۶/۷٪ کلاس دوم، و ۲۵/۱٪ کلاس سوم دبیرستان بوده‌اند. ۹۲/۹٪ آنها با هردو والد، ۱/۵٪ با پدر، و ۵/۶٪ با مادر خود زندگی می‌کردند. ۴۳/۳٪ افراد مورد مطالعه افسردگی بالینی (بالتر از متوسط) نشان دادند. شیوع افسردگی در دختران بیشتر بود یعنی ۵۵/۵٪ دختران و ۳۰/۸٪ پسران به افسردگی متوسط یا بالاتر مبتلا بودند. میانگین نمره افسردگی در کل نمونه ۱۷/۱۵ بود.

تغییرات میانگین نمره افسردگی در گروه‌های مختلف الگوی رفتار والدین نشان داد که با کم شدن عاطفه و افزایش کنترل در رفتار والدین با نوجوانان، میانگین نمره افسردگی افزایش می‌یابد. آزمون آماری تجزیه پراش یک طرفه با $p=0.001$ تفاوت

این پرسشنامه از چک لیست بررسی و شناخت جوانان Youth Assessment Checklist مربوط به خدمات بهداشت روانی کودکان و نوجوان (این پرسشنامه از طریق مکاتبه با مؤسسه Child and Adolescent Mental Health Service، کشور استرالیا در سال ۱۹۹۶ به دست آمده است). و پس از اصلاحات لازم، آزمون-بازآزمون بر روی ۱۲ نفر نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله انجام شد که ضریب ثبات معادل ۰/۹۱ برای آن به دست آمد. پس از اجرای پژوهش نیز آلفا کرونباخ در مورد کل نمونه (۳۲۳ نفر) محاسبه شد که ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۸۲ بود.

قسمت سوم پرسشنامه را آزمون افسردگی Beck تشکیل می‌داد که شامل ۲۱ گویه چهارگزینه‌ای است و برگردان فارسی این آزمون نیز در ایران مورد اعتباریابی و هنجارگیزی قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است. برای بررسی افکار خودکشی، به دلیل عدم موافقت مسئولین آموزش و پرورش با سؤالات بیشتر در این زمینه، به سوال شماره ۸ همین آزمون بسنده شد.

داده‌های خام به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS کدگذاری مجدد شد و نمره اجزای الگوی رفتاری والدین، و افسردگی محاسبه شد و سپس تجزیه و تحلیل اطلاعات صورت گرفت. به منظور نائل شدن به درک بهتری از الگوی رفتاری والدین، نمره اجزای آن (عاطفه و کنترل) به سه گروه "قوی"، "متوسط"، و "ضعیف" تقسیم شد. طوری که تعداد افراد گروهها براساس تقسیم بندی هر یک از دو متغیر "عاطفه" و "کنترل" با یکدیگر مساوی باشد. از ترکیب ۳ گروه هر دو متغیر، ۹ حالت امکان پذیر است: پر عاطفه پر کنترل (وسواسی)، پر عاطفه کنترل متوسط، پر عاطفه کم کنترل (دموکراتیک)، عاطفه متوسط پرکنترل، عاطفه متوسط کنترل متوسط (میانه رو)، عاطفه متوسط کم کنترل، کم عاطفه پرکنترل

دقیق فیشر ارتباط ضعیف معنی داری بین جنس و فراوانی افکار خودکشی نشان داد ($p=0.049$).

ارتباط معنی داری بین افکار خودکشی و سایر ویژگی‌های فردی مشاهده نشد. اما آزمون مجذور کای ارتباط معنی داری را بین الگوی رفتاری والدین و افکار خودکشی نشان داد ($p=0.001$). در جدول شماره ۱ فراوانی نسبی افکار خودکشی در گروه‌های مختلف الگوی رفتاری والدین آمده است. مشاهده می‌شود که با افزایش کنترل و کاهش عاطفه در روابط والدین با نوجوانان، فراوانی نسبی افکار خودکشی افزایش یافته است.

بحث:

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بهترین الگوی رفتار والدین با فرزندان نوجوانان از نظر پیشگیری از افسردگی، افکار خودکشی و افزایش سلامت روانی آنها روش دموکراتیک است که در آن والدین طوری رفتار می‌کنند که در عین بذل محبت به فرزند، او را آزاد می‌گذارند تا در مورد خود و آینده اش تصمیم بگیرد و با دخالت‌های بیجا در امور شخصی او احساس تحت کنترل و نظارت مداوم بودن را در وی ایجاد نمی‌کنند. همانطور که در جدول شماره ۱ مشخص است، تعداد نوجوانانی که رفتار والدین خود را چنین ارزیابی کرده‌اند، بیش از سایر گروه‌ها است که این خود نشان دهنده مطلوب بودن الگوی رفتار والدین در بسیاری از خانواده‌های بررسی شده است.

اما از سوی دیگر مشاهده می‌شود که با اختلاف اندکی با این گروه، والدین سخت‌گیر قرار دارند که با نظارت نزدیک و مداوم خود مانع از رفع نیاز نوجوان به کسب استقلال می‌شوند و احتمالاً بیش از تشویق، از روش‌های تنبیهی برای وادار کردن نوجوان به اطاعت استفاده می‌کنند. پژوهش‌های متعدد در زمینه الگوی رفتاری والدین با فرزندان و تاثیر آن

معنی داری در میانگین نمره افسردگی گروه‌های مختلف الگوی رفتار والدین نشان داد (جدول شماره ۱).

آزمون آماری دانکن نیز در سطح $\alpha=0.05$ چهار زیرمجموعه برای گروه‌های الگوی رفتار والدین، براساس میانگین نمره افسردگی در هر گروه پیشنهاد کرد. مجموعه اول که کمترین میانگین نمره افسردگی را داشتند (بین ۱۰/۴۰ الی ۱۴/۵۲) شامل گروه‌های "پر عاطفه کم کنترل" "عاطفه متوسط کم کنترل" و "عاطفه متوسط کنترل متوسط" بود؛ مجموعه دوم گروه‌های "عاطفه متوسط کنترل متوسط" "پر عاطفه کنترل متوسط" و "کم عاطفه کنترل متوسط" را با میانگین افسردگی بین ۱۴/۵۲ تا ۱۷/۵۶ دربر می‌گرفت.

مجموعه سوم با میانگین بین ۱۷/۵۶ تا ۱۹/۹۵ شامل گروه‌های "کم عاطفه کنترل متوسط" و "عاطفه متوسط پر کنترل" بود و مجموعه چهارم تنها گروه "کم عاطفه پر کنترل" با میانگین نمره افسردگی ۲۷/۰۷ را شامل می‌شد.

با در نظر گرفتن نمره افسردگی ۱۷ به بالا بعنوان افسردگی بالینی (۱۸)، و مقایسه درصد این موارد در گروه‌های مختلف الگوی رفتار والدین مشاهده شد که فراوانی نسبی موارد افسردگی در این گروه‌ها نیز به همان ترتیب، روند افزایشی دارد و از ۱۹/۸٪ در گروه دموکرات (پر عاطفه کم کنترل) به ۷۷/۴٪ در گروه سخت‌گیر (کم عاطفه پر کنترل) رسیده بود. آزمون آماری مجذور کای نیز با $p=0.001$ رابطه معنی داری بین این دو متغیر نشان داد.

نتایج پژوهش در مورد افکار خودکشی در نوجوانان نشان داد که ۳۲/۷ درصد نوجوانان مورد مطالعه در طی دو هفته قبل از پژوهش افکار خودکشی داشته‌اند. فراوانی نسبی موارد افکار خودکشی در دختران (۳۷/۷٪) بیش از پسران (۲۷/۵٪) بود. تست

در بروز مشکلات رفتاری و عاطفی نوجوانان صورت گرفته است نتایج مطالعه ای که توسط Field و همکاران بر روی ۲۹ نوجوان دبیرستانی در آمریکا صورت گرفت نشان داد که آزمودنی هایی که نمره افسردگی بالایی داشتند دارای روابط ضعیف تری با والدین خود بوده اند و افکار خودکشی نیز در آنها شایعتر بوده است (۱۰).

یافته های مطالعه ای که Patton و همکاران بر روی ۲۰۳۲ نوجوان استرالیایی طی مدت سه سال انجام دادند حاکی از آن است که مراقبت کم والدین و الگوی والدینی کمتر از حد مطلوب با افسردگی نوجوانان ارتباط داشته، و بین کنترل شدید والدین با افسردگی فرزندان نوجوان آنها رابطه ضعیفی وجود داشته است (۱۹).

نتایج مطالعه دیگری که توسط Pavlidis و McCauley بر روی ۴۰ نوجوان آمریکایی که با هدف تعیین ارتباط الگوهای تعامل خانواده با افسردگی صورت گرفت، نشان داد که رفتار نوجوانان افسرده در مقایسه با گروه کنترل تفاوتی نداشته ولی در گروه افسرده کیفیت روابط با والدین مختل بوده است (۲۰).

Field و همکاران در مطالعه دیگری که بر روی ۸۸ نوجوان دبیرستانی در آمریکا با هدف تعیین افکار خودکشی در نوجوانان انجام دادند، مشاهده نمودند که ۱۸٪ آنها گاهی اوقات افکار انتحاری داشته اند و در آنها روابط خانوادگی (نظیر صمیمیت با والدین، کیفیت رابطه با مادر و نزدیکی به خواهران و برادران) در مقایسه با نوجوانانی که این افکار را نداشته اند، متفاوت بوده است (۱۱). چنین بنظر می رسد که برای تضمین بهداشت روانی، کسب هویت و استقلال، سالم ترین راه این است که روابط نوجوانان با والدین دائمی و صمیمی باشد.

فقدان ارزیابی رفتار والدین به صورت "پر عاطفه پر کنترل" و "کم عاطفه کم کنترل" از یافته های دیگر پژوهش است بنظر می رسد عامل

"کنترل" روی قضاوت نوجوانان در مورد رفتار والدینشان تاثیر زیادی داشته باشد یعنی کنترل شدید نوجوان ممکن است باعث شود که او محبت را در رفتار والدینش کم رنگ ببیند، و برعکس آزاد گذاشتن او باعث پررنگ شدن رفتارهای محبت آمیز (هرچند اندک) والدین در نظر او شود جدول شماره ۱ نشان می دهد که تغییرات عامل "کنترل" تأثیر مستقیم بیشتری بر شدت و فراوانی افسردگی و فراوانی افکار خودکشی در نوجوانان داشته است و این اهمیت نیاز به استقلال را در نوجوانان و پیشگیری از افسردگی و خودکشی در آنان را نشان می دهد.

با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می گردد:

از طریق رسانه های همگانی، روزنامه ها، و صدا و سیما، در خلال برنامه های آموزش بهداشت خانواده در قالب فیلم، نمایش، نقاشی متحرک و ... الگوهای صحیح رفتار والدین با نوجوانان آموزش داده شود. به دانشجویان رشته های پرستاری، روانشناسی، علوم تربیتی و نظایر آن روشهای فوق برای استفاده در آموزش خانواده و بهداشت روانی آموزش داده شود.

جزوه های آموزشی در زمینه راه های عملی بهبود رفتار با نوجوانان تهیه و در اختیار اولیای دانش آموزان مدارس راهنمایی و دبیرستان قرار گیرد. پژوهش های بعدی به همین عنوان یا مشابه آن با تعداد نمونه بیشتر و دامنه سنی وسیعتر انجام گردد تا اطلاعات ما در این زمینه در سنین مختلف دقیق تر و کامل تر شود.

در پژوهشهای بعدی الگوی رفتاری هریک از والدین جداگانه بررسی گردد تا مقایسه بین رفتار پدر و مادر و تأثیر هریک از آنان بر سلامت روانی فرزندان میسر شود.

جدول شماره ۱: میانگین نمره افسردگی و فراوانی نسبی افکار خودکشی در گروههای الگوی رفتار والدین

الگوی رفتار والدین	کم کنترل	کنترل متوسط	پر کنترل
	تعداد (۸۶ نفر)	تعداد (۱۵ نفر)	تعداد (صفر نفر)
پر عاطفه	میانگین نمره افسردگی	۱۰/۴۰	۱۶/۳۳
	فراوانی افکار خودکشی	%۱۱/۶	%۲۶/۷
	فراوانی افسردگی بالینی	%۱۹/۸	%۴۰
	تعداد (۳۲ نفر)	تعداد (۶۱ نفر)	تعداد (۲۰ نفر)
عاطفه متوسط	میانگین نمره افسردگی	۱۲/۵۶	۱۴/۵۲
	فراوانی افکار خودکشی	%۱۹/۴	%۳۱/۱
	فراوانی افسردگی بالینی	%۲۱/۹	%۳۶/۱
	تعداد (صفر نفر)	تعداد (۲۵ نفر)	تعداد (۸۴ نفر)
کم عاطفه	میانگین نمره افسردگی		۱۷/۵۶
	فراوانی افکار خودکشی		%۲۸
	فراوانی افسردگی بالینی		%۴۸
	تعداد (صفر نفر)	تعداد (۲۵ نفر)	تعداد (۸۴ نفر)
کم عاطفه	میانگین نمره افسردگی		۲۷/۰۷
	فراوانی افکار خودکشی		%۵۸/۳
	فراوانی افسردگی بالینی		%۷۷/۴

منابع :

- ۱- شاه محمدی داود؛ گفتگوی اختصاصی مدیر کل اداره بهداشت روان وزارت بهداشت، روزنامه رسالت شماره ۴۲۵۸، ۲۸ بهمن ۱۳۸۰.
- ۲- شمسایی فرید و چراغی، فاطمه؛ روانپرستاری و بهداشت روان، همدان: نشر دانشگاه علوم پزشکی همدان، چاپ اول، ۶۱، ۱۳۷۶.
- ۳- گنجی حمزه؛ بهداشت روانی، تهران، نشر ارسباران، چاپ اول، ۱۳۳-۱۳۱، ۱۳۷۶.
- ۴- نوربالا ا. ع. و شاددل ف. تعیین شیوع افسردگی و ارتباط آن با شاخصهای دموگرافیک دانش آموزان دبیرستانی تهران (۱۳۷۲-۱۳۷۳)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، طرح تحقیقاتی، ۲۶، ۱۳۷۵.
- ۵- هنری ماسن، پاول و دیگران؛ رشد و شخصیت کودک، ترجمه مهشید یاسایی، تهران، نشر مرکز، چاپ اول، ۶۱۰، ۱۳۷۲.
- 6- Barnow S. Influence of punishment, emotional rejection, child abuse, and broken home on aggression in adolescence, *Psychopathology*, (34):167-173,2001.
- 7- Bronstein H; M. Lamb; M. E. Developmental psychology, New Jersey: L.E.A. Co : 325,1999.
- 8- Committee on Adolescence; Suicide and suicide attempts in adolescents , *Pediatrics*, 105(4):871-74,2000.
- 9- Donald M. Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behavior among a community sample of young people aged 15-24 years, *Aust N Z J Public Health*, 25(5): 426-32,2001.
- 10- Field T. Adolescent depression and risk factors, *Adolescence*, 36(143):91-98,2001.
- 11- Field T. Adolescent suicidal ideation, *Adolescence*, 36(142):241-8,2001.
- 12- Fortinash K. M, Holoday P. Psychiatric mental health nursing , 2nd Edi, Mosby Inc, 2nd ed. 291 , 2000.
- 13- Goodman E; Capitman J. Depressive symptoms and cigarett smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4):748-754, 2000.
- 14- Joclark M. Nursing in the community, 3rd edition Appleton and Lange, 3rd edition :840, 1999.
- 15- Kalaria R. Africa adopts dare to care attitude for mental illness, *Neuro report*, 12(10): 65,2001.
- 16- Kessler RC. Mood disorder in children and adolescents, *Biol Psychiatry*, 49(12):1002-14,2001.

17- Lopez F; G.Gover; M. R. Self-report measures of parent-adolescent attachment and separation-Individualization: a selective review, *Journal of counseling and development*, 71(3): 562-3 , 1993.

18- Parker G; Roy K. Adolescent depression, *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* , (35):572-580 ,2001.

19- Patton GC. Parental affectionless control in adolescent depressive disorder, *Social Psychiatric Epidemiolgy*, 36(10):475-80, 2001.

20- Pavlidis K. Mccauley E. Autonomy and relatedness in family interactions with depressed adolescents, *J Abnorm Child Psychol*, 29(1):11-21,2001.