

## مقایسه افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دبستانی با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

تورج سپهوند (Ph.D)

گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۳

T-sepahvand@araku.ac.ir

\* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۶۶۹۷۲۷۱۴

### چکیده

هدف: اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً شایع‌ترین اختلالی است که با اختلال روانی دیگری از جمله افسردگی هم‌رخدادی بالایی دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه افسردگی و مؤلفه‌های در کودکان دبستانی با و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه دارای طرح علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان ابتدایی (پایه چهارم تا ششم) استان مرکزی بود. برای انتخاب نمونه، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ابتدا پرسش‌نامه‌های اضطراب فراگیر و افسردگی در مورد ۳۰۰ نفر از این کودکان اجرا شد. سپس بر اساس نمره برش مقیاس اضطراب فراگیر (نمرات ۱۰ یا بالاتر)، دو گروه کودکان دارای اضطراب فراگیر (۳۹ نفر) و بدون اضطراب فراگیر (۴۰ نفر) انتخاب و از لحاظ افسردگی مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره، تفاوت معناداری را در ترکیب خطی مؤلفه‌های افسردگی دو گروه نشان داد ( $P=0/016$ ). تحلیل واریانس تک‌متغیری نیز نشان داد که کودکان دارای اضطراب فراگیر در مؤلفه‌های خلق منفی و عزت نفس منفی، افسردگی بیش‌تری نسبت به کودکان بدون اضطراب فراگیر داشتند، اما در مؤلفه‌های مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی و بی‌لذتی به طور معناداری با آن‌ها متفاوت نبودند. آزمون تی مستقل نیز تفاوتی در میزان افسردگی کلی دو گروه نشان نداد. نتیجه‌گیری: با توجه به آسیب‌پذیری بیش‌تر کودکان دارای اضطراب فراگیر در برابر افسردگی، این کودکان به میزان بیش‌تری نیازمند شیوه‌های خاص پیشگیری و درمان اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی همراه آن هستند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اضطراب، مدرسه‌ها، کودک

### مقدمه

مرگ یا خودکشی همراه است [۷]. هر چند نشانه‌های افسردگی در طی زمان افزایش می‌یابد، اولین نشانه‌های افسردگی اساسی در حدود سنین ۱۲-۱۱ سالگی ظهور می‌کند و نشانه‌های با شدت کم‌تر می‌تواند در کودکانی به سن ۸-۷ سالگی هم مشاهده شود [۸].

به نظر می‌رسد اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان اغلب هم‌زمانی و هم‌رخدادی فراوانی دارند [۹]. به عنوان مثال، در یک مطالعه [۱۰] نرخ هم‌رخدادی افسردگی با اختلالات اضطرابی در طول عمر کودکان و نوجوانان ۱۵/۹٪ تا ۶۱/۹٪ تخمین زده شده است.

اختلال اضطراب فراگیر با هم‌رخدادی، آسیب و ناتوانی قابل‌توجهی همراه است [۱۱]. این اختلال، علت بخش بسیار مهمی از اختلالات روانی بوده، هم‌رخدادی آن بیش از نیمی از شرایط روان‌پزشکی و پزشکی را پیچیده کرده، و با ناتوانی و هزینه‌های پزشکی قابل‌توجهی همراه است [۱۲]. از آن‌جا که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر شدت هیجانی و واکنش

افسردگی و اضطراب مشکلات جدی مربوط به سلامت هستند که می‌تواند تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار دهند. این اختلالات معمولاً در مراکز مراقبت بهداشتی کم‌تر شناسایی می‌شوند [۱]، در حالی که تخمین زده می‌شود شیوع جهانی آن‌ها در کودکان به ترتیب ۶/۵٪ و ۲/۶٪ بوده [۲]، و نرخ آن‌ها در حال افزایش است [۳]. اختلال اضطراب فراگیر یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که شامل اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار دلواپسانه) در مورد برخی از رویدادها یا فعالیت‌هاست و در کودکان مبتلا بیش‌تر شامل دلواپسی شدید درباره توانایی یا کیفیت عملکردشان است [۴]. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی در بین کودکان و نوجوانان است [۵] که به طور متوسط دارای نرخ شیوع بین ۲/۲٪ تا ۳/۶٪ در آن‌هاست [۶]. افسردگی نیز نوعی اختلال خلقی است که با از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها، و افکار

چنین تفاوت‌هایی بر مبنای مؤلفه‌های افسردگی، جنبه‌ای جدید در این مطالعات بوده و ضرورت انجام این پژوهش را برجسته می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی افسردگی کودکان دبستانی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر به مقایسه افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب فراگیر و بدون اضطراب فراگیر پرداخته است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه دارای طرح علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی (پایه چهارم تا ششم) استان مرکزی در سال‌های تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود که ۳۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به لزوم شناسایی دو گروه کودکان دارای اضطراب فراگیر و بدون اضطراب فراگیر، ابتدا پرسش‌نامه‌های اضطراب فراگیر و افسردگی در مورد این کودکان اجرا شد. سپس، به صورت هدفمند کودکانی که نمرات آن‌ها در پرسش‌نامه اضطراب فراگیر ۱۰ یا بیشتر بود به‌عنوان گروه دارای اضطراب فراگیر (۳۹ نفر) شناسایی شدند. آن‌گاه تقریباً به همان تعداد نیز از کودکانی که نمره آن‌ها در این پرسش‌نامه کم‌تر از ۱۰ بود به‌عنوان گروه بدون اضطراب فراگیر (۴۰ نفر) انتخاب شدند. معیارهای ورود جهت انتخاب افراد نمونه این بود که (۱) دانش‌آموزان مقطع ابتدایی (پایه چهارم تا ششم) باشند، (۲) مایل به شرکت در پژوهش باشند، (۳) بر اساس نمره اضطراب فراگیر در دو گروه از یک‌دیگر متمایز باشند، (۴) هیچ‌گونه بیماری یا معلولیت شناخته شده و ناتوان‌کننده‌ای در سابقه آن‌ها گزارش نشده باشد. معیارهای خروج هم این بود که پرسش‌نامه‌های اجرا شده توسط آن‌ها ناقص باشند و یا معیارهای ورود ذکر شده در مورد آن‌ها صدق نکرده باشد. در نهایت، دو گروه مورد بررسی از لحاظ افسردگی و مؤلفه‌های آن با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) مورد مقایسه قرار گرفتند. داده‌های حاصل از این دو گروه با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد:

۱. سیاهه افسردگی کودکان (*Children's Depression Inventory*): این پرسش‌نامه توسط کوکس و بک [۲۰] برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ سوال است که هر سؤال شامل سه جمله است و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی کودکان در دو هفته گذشته به کار می‌رود. پنج خرده‌مقیاس آن شامل خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و

منفی بیش‌تری نسبت به هیجان‌ات غمگین دارند [۱۳]، احتمالاً شایع‌ترین اختلالی است که با اختلال روانی دیگری از جمله افسردگی هم‌رخدادی [۵،۷،۱۴] و ارتباط قوی [۱۵] دارد و حتی در مواردی مانند کودکان چپ‌برتر که بیش‌فعالی آهیانه‌ای راست با اضطراب هم‌پوش همراه بوده و با اثرات افسردگی تعامل می‌کند [۱۶] ممکن است میزان هم‌رخدادی بیش‌تری مشاهده شود. با وجود این، حقیقت امر این است که اضطراب سن شروع زودتری دارد [۱۷] و ممکن است زمینه‌ای برای افسردگی باشد. هر چند دلایل دیگری مانند نشانه‌ها و آیتم‌های ارزیابی مشابه و یا عوامل علت‌شناختی مشترک اضطراب و افسردگی [۱۸] نیز در هم‌رخدادی آن‌ها دخیلند.

بر اساس آنچه انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا (The Anxiety and Depression Association of America, ADAA) در سال ۲۰۱۴ عنوان می‌کند اختلالات اضطرابی می‌تواند باعث جلوگیری کودکان از دوست‌یابی، دست بالا آوردن (صحبت کردن) در کلاس درس، و شرکت در یک فعالیت کلاسی یا اجتماعی شود. اگر این مشکل بدون شناخت و درمان باقی بماند، کودکان مبتلا در معرض خطر بالاتری برای عملکرد ضعیف در مدرسه، از دست دادن تجارب اجتماعی مهم، و حتی درگیری در سوء‌مصرف مواد [۱] و در کل افسردگی قرار می‌گیرند. اضطراب حتی با اختلالاتی همچون اتیسم هم‌بودی داشته و با مشکلاتی همچون فقدان مهارت‌های اجتماعی و نقایص تنظیم هیجان موجود در این اختلال مرتبط است [۱۹] که خود عواملی مهم در ارتباط با افسردگی هستند. با وجود چنین وضعیتی، شناسایی اختلالات اضطرابی و افسردگی در کودکان و نوجوانان به خوبی انجام نمی‌شود. از طرف دیگر، به علت زمان زیادی که آن‌ها در مدرسه صرف می‌کنند ممکن است تصور شود که علائم اضطراب و افسردگی را بیش‌تر در طول ساعات مدرسه نشان می‌دهند و چون در خانه بیش‌تر مشغول غذا خوردن، تلویزیون تماشا کردن، بازی کردن، یا انجام تکالیف هستند خیلی کم‌تر این اختلالات را نشان می‌دهند. بدین ترتیب، آغاز اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان ممکن است بعضی وقت‌ها هم در خانه و هم در مدرسه بدون توجه بماند [۱] و آثار مخربی بر آن‌ها داشته باشد. این موضوع به‌ویژه در مورد اختلال اضطراب فراگیر که شروع نسبتاً زودرسی داشته و ممکن است زمینه شکل‌گیری افسردگی در کودکان باشد از اهمیت پژوهشی بالایی برخوردار است. اگرچه اضطراب و افسردگی کودکان در موارد زیادی مورد بررسی قرار گرفته است، اما بیش‌تر پژوهش‌های قبلی با وجود مشخص نمودن هم‌رخدادی و ارتباط افسردگی با اختلال اضطراب فراگیر، مؤلفه‌های افسردگی را به خوبی در کودکان دارای اضطراب فراگیر و بدون اضطراب فراگیر بررسی نکرده‌اند. پرداختن به

(SCL-90) به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۳ بوده است که روایی همگرایی مناسب آن را نشان می‌دهد [۲۵].

#### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه بخشی از یک پژوهش است که با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1397.298 در دانشگاه علوم پزشکی اراک ثبت و در دانشگاه اراک انجام شده است.

در این پژوهش برای رعایت اصول اخلاقی، ضمن بیان هدف کلی پژوهش، رضایت آزمودنی‌ها جهت مشارکت در پژوهش جلب شد، و به آن‌ها از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات نیز اطمینان داده شد. هم‌چنین، تلاش شد که آسیبی به سلامت روانی یا جسمانی شرکت‌کنندگان وارد نشود.

### نتایج

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید. بر این اساس، دو گروه کودکان دارای اضطراب فراگیر ( $n=39$ ، میانگین سنی  $10/74 \pm 2/42$  و میانگین نمرات اضطراب فراگیر  $1/83 \pm 14/33$ ) و کودکان بدون اضطراب فراگیر ( $n=40$ ، میانگین سنی  $10/83 \pm 1/52$  و میانگین نمرات اضطراب فراگیر  $6/83 \pm 1/20$ ) مورد تحلیل قرار گرفت. در گروه دارای اضطراب فراگیر ۱۹ نفر (۴۹٪) دختر و ۲۰ نفر (۵۱٪) پسر بودند. در گروه بدون اضطراب فراگیر نیز ۱۷ نفر (۴۳٪) دختر و ۲۳ نفر (۵۷٪) پسر بودند. ابتدا، عدم تفاوت سنی و میزان اضطراب فراگیر این دو گروه با استفاده از آزمون  $t$  برای مقایسه دو گروه مستقل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو گروه مورد بررسی از لحاظ سن تفاوت معناداری وجود نداشت ( $t_{77} = 0/179$  و  $P = 0/858$ )، اما بین میزان اضطراب فراگیر آن‌ها تفاوت معناداری وجود داشت ( $t_{77} = -21/68$  و  $P = 0/001$ )، به طوری که به عنوان دو گروه کاملاً متمایز در میزان اضطراب فراگیر، از لحاظ افسردگی و مؤلفه‌های آن با هم مقایسه شدند. جدول ۱ خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات دو گروه کودکان با و بدون اضطراب فراگیر را در متغیرهای افسردگی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد.

ابتدا مؤلفه‌های افسردگی در کودکان دارای اضطراب فراگیر و بدون اضطراب فراگیر مقایسه شد. از آن‌جا که دو گروه مستقل از لحاظ پنج مؤلفه افسردگی، به عنوان متغیرهای وابسته در مقیاس فاصله‌ای، مورد مقایسه قرار گرفتند، برای بررسی تفاوت دو گروه از لحاظ ترکیب خطی این متغیرها، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) استفاده گردید.

عزت نفس منفی است. این پرسش‌نامه نسبت به پرسش‌نامه افسردگی بک شامل چند گزینه اضافی در ارتباط با حوزه مدرسه و روابط اجتماعی و روابط با هم‌تاها است و نسبت به آن برای زبان کودکان ۸ تا ۱۳ ساله مناسب‌تر است [۲۰]. سوالات شامل سه گزینه است که از لحاظ شدت از صفر تا دو نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل بین ۰ تا ۵۴ به دست می‌آید که نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیش‌تر است [۲۱]. نمره ۱۹ و بالاتر فرض می‌شود در دامنه بالینی افسردگی باشد [۲۲]. پایایی این پرسش‌نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۱]. در ایران نیز پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۲ و روایی همگرایی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند [۲۳].

#### ۲. مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (Brief Scale of

*Generalized Anxiety Disorder GAD-7*): این ابزار یک مقیاس اضطراب هفت سؤالی است که توسط اسپیتزر و همکاران [۲۴] برای شناسایی موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر و ارزیابی شدت نشانه‌های این اختلال ساخته شده است. از آزمودنی‌ها سؤال می‌شود که در طول دو هفته گذشته چه مدت توسط هر یک از نشانه‌های آن ناراحت شده‌اند. گزینه‌های پاسخ شامل اصلاً، چندین روز، بیش‌تر از نیمی از روزها و تقریباً هر روز هستند که به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل مقیاس از طریق جمع نمرات سوالات آن به دست می‌آید و دامنه‌ای بین صفر تا ۲۱ دارد. یک آیتم نیز برای ارزیابی مدت نشانه‌های اضطرابی و سنجش میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی فرد در این مقیاس گنجانده شده است. این مقیاس یک ابزار مفید و مؤثر برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر و ارزیابی شدت آن در پژوهش و عمل بالینی است. نقطه برش آن، نمره ۱۰ یا بیش‌تر است که یک نقطه برش منطقی را برای شناسایی موارد دارای اختلال اضطراب فراگیر ارائه می‌کند. ثبات درونی GAD-7 برابر ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۸۳ بوده است. مقایسه نمرات به دست آمده از مقیاس‌های خودگزارشی با نمرات به دست آمده از نسخه‌های مقیاس‌های یکسان اجرا شده توسط متخصصان سلامت روان نتایج مشابه و هم‌بستگی ۰/۸۳ را نشان داد که روایی وابسته به طرز عمل خوب آن را نشان می‌دهد. روایی همگرایی این مقیاس نیز از طریق محاسبه هم‌بستگی آن با دو پرسش‌نامه اضطراب بک و خرده‌مقیاس اضطراب چک‌لیست نشانه بالینی (SCL-90) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است [۲۴]. در ایران نیز همسانی درونی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. هم‌بستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب حالت اشیپلبرگر، مقیاس اضطراب صفت اشیپلبرگر و خرده‌مقیاس اضطراب چک‌لیست نشانه بالینی

نتایج حاصل از اجرای مانوا نشان‌دهنده تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته در دو گروه مورد بررسی بود ( $F_{۷,۳۵}=۳/۰۱۵$ ،  $P=۰/۰۱۶$  و  $F_{۷,۳۵}=۳/۰۱۵$ ) و  $P=۰/۰۱۶$  و  $F_{۷,۳۵}=۳/۰۱۵$ ). بنابراین، در ادامه از آزمون‌های تک متغیری تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۲ ارائه گردیده است. قبل از اجرای این آزمون‌ها، آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس‌های نمرات مؤلفه‌های افسردگی در سطح ( $P<۰/۰۵$ ) در دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری نداشتند.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد در مؤلفه‌های خلق منفی و عزت‌نفس منفی تفاوت معناداری بین دو گروه مورد بررسی وجود داشت، اما در مؤلفه‌های مشکلات بین فردی، ناکارآمدی و بی‌لذتی تفاوت معناداری بین آن‌ها نبود. با مراجعه به جدول ۱ مشخص می‌شود که کودکان دارای اضطراب فراگیر در مؤلفه‌های خلق منفی و عزت‌نفس، افسردگی بیش‌تری نسبت به کودکان بدون اضطراب فراگیر داشتند. علی‌رغم تفاوت مؤلفه‌های ذکر شده در دو گروه مورد بررسی، آزمون تی برای مقایسه دو گروه مستقل در نمره کل افسردگی نشان داد که دو گروه مذکور از لحاظ نمره کل افسردگی تفاوت معناداری با یک‌دیگر نداشتند ( $t_{۷۷}=-۱/۹۲$  و  $P=۰/۰۵۹$ ).

جدول ۱. خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات کودکان دو گروه در متغیرهای افسردگی و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه دارای اضطراب فراگیر		گروه بدون اضطراب فراگیر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خلق منفی	۵/۶۷	۱/۷۵	۴/۷۰	۱/۴۹
مشکلات بین فردی	۳/۰۰	۱/۸۲	۳/۰۵	۱/۳۴
ناکارآمدی بی‌لذتی	۲/۸۷	۱/۴۵	۲/۷۸	۱/۲۹
عزت نفس منفی	۶/۵۴	۳/۰۲	۶/۲۵	۲/۵۹
افسردگی کل	۴/۰۵	۱/۲۸	۳/۳۰	۱/۲۵
	۲۲/۱۳	۵/۱۴	۲۰/۰۸	۴/۳۷

بررسی مفروضه‌های مانوا نشان داد که بین ماتریس‌های کواریانس دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $\text{Box's } M=۱۷/۳۰۷$  و  $P=۰/۳۷۶$ )، بنابراین، مفروضه برابری ماتریس‌های کواریانس دو گروه برقرار بود. آزمون کرویوت بارتلت نیز نشان داد که هم‌بستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود داشت ( $\text{Approx. Chi-Square}=۱۳۲/۶۶۵$ ) و  $P=۰/۰۰۱$  و مفروضه هم‌بستگی بین متغیرهای وابسته نیز برقرار بود. بنابراین، حداقل پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیره وجود داشت و این آزمون برای بررسی تفاوت گروه‌های مورد بررسی، اجرا گردید.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	مجذور اتای تفکیکی	توان آماری
خلق منفی	۱۸/۴۵۲	۱۸/۴۵۲*	۶/۹۹۷	۰/۰۸۳	۰/۷۴۳
مشکلات بین فردی	۰/۰۴۹	۰/۰۴۹	۰/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
ناکارآمدی بی‌لذتی	۰/۱۸۵	۰/۱۸۵	۰/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۱
عزت نفس منفی	۱/۶۴۳	۱/۶۴۳	۰/۲۰۸	۰/۰۰۳	۰/۰۷۴
	۱۱/۱۴۶	۱۱/۱۴۶*	۷/۰۱۷	۰/۰۸۴	۰/۷۴۴

\*تفاوت در سطح  $p<۰/۰۵$  معنی‌دار است.

گرچه تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان اغلب هم‌زمانی و هم‌پوشانی فراوانی دارند [۹،۱۰] و در مورد اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی نیز تحقیقات حاکی از هم‌رخدادی [۵،۷،۱۴] و ارتباط قوی [۱۵] بین آن‌هاست، و بر این اساس انتظار می‌رفت که در پژوهش حاضر نیز کودکان دارای اضطراب فراگیر، افسردگی بالاتری داشته باشند، اما نتایج این پژوهش از لحاظ افسردگی کلی و نیز مؤلفه‌های مشکلات بین فردی، ناکارآمدی و بی‌لذتی

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دبستانی دارای اضطراب فراگیر و بدون اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش آشکار کرد که کودکان دارای اضطراب فراگیر در مؤلفه‌های خلق منفی و عزت‌نفس منفی، افسردگی بیش‌تری نسبت به کودکان بدون اضطراب فراگیر داشتند، اما در مؤلفه‌های مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و نیز افسردگی کل تفاوت معناداری با آن‌ها نداشتند.

[۱۷،۲۶] عواقب منفی اضطراب باعث افزایش خطر ابتلا به افسردگی می‌شود. بنابراین، تجربه اضطراب کودکی ممکن است منبع هم‌رخدادی و نرخ‌های بالای اضطراب و افسردگی هم‌زمان در کودکی و نوجوانی باشد [۱۸]. اضطراب کودکی ممکن است از طریق مکانیزم‌های متفاوتی افسردگی‌زا باشد. به عنوان مثال، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی ناشی از اضطراب می‌تواند طرد توسط همسالان را تشدید کند، که به احساسات تهایی، خودارزشمندی پایین و غم منجر می‌شود [۲۷]. علاوه بر این، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر شدت هیجانی و واکنش منفی بیشتری را نسبت به هیجان‌ات غمگین نشان می‌دهند [۱۳]، و به همین دلیل احتمالاً شایع‌ترین اختلالی است که با اختلال روانی دیگری از جمله افسردگی هم‌رخدادی [۷] و ارتباط قوی [۱۵] دارد.

در تبیین این مساله که چگونه نتایج پژوهش حاضر در مورد افسردگی کل و برخی از مؤلفه‌های آن با پژوهش‌های دیگران همخوان نیست می‌توان گفت که این مطالعه روی افراد دارای نشانگان غیربالینی اضطراب و افسردگی انجام شده است که ممکن است با مطالعات انجام شده روی موارد بالینی اضطراب فراگیر و افسردگی نتایج متفاوتی داشته باشد. ضمناً تعدادی از مطالعات قبلی در مورد کودکان سنین بالاتر و نوجوانان انجام شده است که ممکن است نتایج آن‌ها با پژوهش حاضر که در مورد کودکان کم‌سن‌تر و پیش‌نوجوانی انجام شده است متفاوت باشد. همچنین عدم استفاده از ابزارهای مشترک جهت سنجش افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر در کودکان ممکن است بیانگر تفاوت نتایج حاصل با مطالعات قبلی باشد. علاوه بر این، با توجه به سن نسبتاً پایین و کامل نشدن مراحل رشد ذهنی و هیجانی این کودکان، بررسی‌ها و تبیین‌های بیش‌تری لازم است تا نتیجه‌گیری مطمئن‌تری به عمل آید. این تحقیقات باید با تاکید بر جنبه‌های جدید این مطالعه به‌ویژه پرداختن به مؤلفه‌های افسردگی در کودکان دارای اضطراب فراگیر و بدون اضطراب فراگیر انجام شود تا تفاوت‌های موجود بر حسب جزئیات بیش‌تر افسردگی در این دو گروه کودکان مشخص شود.

محدودیت عمده این پژوهش دشواری دستیابی به تعداد کافی کودکانی بود که دارای علائم اضطراب فراگیر باشند. محدودیت دیگر دشواری در کنترل همه متغیرهای مزاحم و جدا کردن نقش آن‌ها از اضطراب فراگیر کودکان در ارتباط با افسردگی بود. به عبارتی، به دلیل انجام این پژوهش به صورت علی-مقایسه‌ای، امکان بیان روابط علی قطعی بین اضطراب فراگیر کودکان و افسردگی آن‌ها وجود نداشت؛ بنابراین بهتر است در بررسی‌های آتی این محدودیت‌ها نیز مورد نظر قرار

به‌گونه‌ای نبود که حاکی از همسویی با پژوهش‌های قبلی باشد و تنها در مؤلفه‌های خلق منفی و عزت‌نفس منفی بیانگر نتایجی احتمالاً همسو با پژوهش‌های قبلی بود. واژه احتمالاً هم از این بابت مطرح می‌شود که تحقیقات مشخص و برجسته‌ای در مورد تفاوت کودکان دارای اضطراب فراگیر و عادی از لحاظ خرده‌مقیاس‌های افسردگی یافت نشد که با اطمینان آن‌ها را مقایسه کرد. البته بعضی از این تحقیقات همانند آنچه توسط انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا در سال ۲۰۱۴ انجام شده نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی می‌تواند باعث مشکلاتی در دوست‌یابی کودکان، صحبت کردن در کلاس درس، و شرکت در فعالیت‌های کلاسی یا اجتماعی [۱] و یا دیگر مشکلاتی شوند، که به نوعی بیانگر بعضی از مؤلفه‌های افسردگی مانند عزت‌نفس و خلق منفی هستند و نتایج مربوط به مؤلفه‌های مذکور در پژوهش حاضر را تایید می‌کنند.

به‌طور کلی، تبیین‌های مختلفی برای هم‌رخدادی مشاهده شده بین اضطراب و افسردگی پیشنهاد شده است. الف) به نظر می‌رسد هم در نشانه‌ها و هم در آیم‌هایی که برای ارزیابی این اختلالات متفاوت استفاده می‌شود هم‌پوشانی اساسی وجود دارد. آیم‌های مقیاس‌های خودگزارش‌دهی مربوط به این اختلالات کاملاً مشابه یا حتی یکسان هستند. آشکارترین نمونه از هم‌پوشانی نشانه‌ها نیز بین اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی وجود دارد، که هر دوی آن‌ها شامل خستگی، آشفتگی خواب؛ مشکلات تمرکز، و تحریک‌پذیری (در کودکان) است. ب) عوامل علت‌شناختی مشترکی برای این دو اختلال وجود دارد. ۱- خطر خانوادگی ممکن است نشانگری برای مکانیزم‌های ژنتیکی و یا مکانیزم‌های محیطی مشترک باشد که هم با افسردگی و هم با اضطراب کودکان مرتبطند. ۲- عاطفه‌پذیری منفی یا هیجان‌پذیری منفی نیز که به ساختار شخصیتی روان‌نزدگرایی مرتبط است یک عامل علت‌شناختی مشترک دیگر است. ۳- سوگیری‌های پردازش اطلاعات شامل شناخت‌های منفی و خطاهای پردازش اطلاعات نیز به عنوان یک عامل علت‌شناختی مشترک هم در افسردگی و هم در اضطراب دخیلند. ۴- بسترهای نورونی مانند ناکارآمدی مدار عصبی مشابه مرتبط با تعدیل هیجانی نیز در ایجاد هر یک از اختلالات مذکور دخیل است [۱۸]. فعالیت بخش‌های خاصی از مغز نیز در هم‌رخدادی این دو اختلال دخیل است. به‌عنوان مثال، در مورد کودکان چپ‌برتر که به‌طور طبیعی نیمکره راست خود را به کار می‌گیرند ممکن است بیش‌فعالی آهیانه‌ای راست با اضطراب هم‌پوش همراه باشد که با اثرات افسردگی تعامل می‌کند [۱۶]. ج) از آن‌جا که علائم و اختلالات اضطرابی اغلب قبل از شروع اختلالات خلقی و افسردگی پیش می‌آیند

Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44: 972-986.

<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>

PMid:16175102

[7] Sadock NJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan and Sadock, S synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). Translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand. 2015.

[8] Kovacs M, Feinberg T, Crouse-Novak M, Paulauskas S, Fiklenstein R. Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. Arch Gen Psychiatr 1984; 41: 229-237.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790140019002>

PMid:6367688

[9] Garber J, Weersing VR. Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. Clin Psychol Sci Pract 2010; 17: 293-306.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>

PMid:21499544 PMCid:PMC3074295

[10] Al-Asadi AM, Klein B, Meyer D. Multiple comorbidities of 21 psychological disorders and relationships with psychosocial variables: A study of the online assessment and diagnostic system within a web-based population. J Med Internet Res 2015; 17: e55.

<https://doi.org/10.2196/jmir.4143>

PMid:25803420 PMCid:PMC4392551

[11] Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. Depress Anxiety 2002; 16: 162-171.

<https://doi.org/10.1002/da.10065>

PMid:12497648

[12] Olfson M, Gameroff MJ. Generalized anxiety disorder, somatic pain and health care costs. Gen Hosp Psychiatr 2007; 29: 310-316.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.04.004>

PMid:17591507

[13] Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Delineating emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. Cognit Ther Res 2005; 29: 89-106.

<https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>

[14] Copeland WE, Shanahan L, Erkanli A, Costello EJ, Angold A. Indirect comorbidity in childhood and adolescence. Front Psychiatr 2013; 4: 1-8.

<https://doi.org/10.3389/psyt.2013.00144>

PMid:24204349 PMCid:PMC3816229

[15] Melegari MG, Bruni O, Sacco R, Barni D, Sette S, Donfrancesco R. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and generalized anxiety disorder in children and adolescents. Psychiatr Res 2018; 270: 780-785.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>

PMid:30551325

[16] Heller W, Nitschke JB. The puzzle of regional brain activity in depression and anxiety: The importance of subtypes and comorbidity. Cogn Emot 1998; 12: 421-447.

<https://doi.org/10.1080/026999398379664>

[17] Fichter MM, Quadflieg NN, Fischer UC, Kohlboeck GG. Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the upper bavarian longitudinal community study. Acta Psychiatr Scand 2010; 122: 75-85.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01512.x>

PMid:19922523

[18] Garber J, Weersing VR. Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. Clin Psychol (New York) 2010; 17: 293-306.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>

PMid:21499544 PMCid:PMC3074295

[19] Behzadpour S, Pouretamad HR, Akbari Zardkhaneh S. Conceptualization of comorbid anxiety in autism spectrum disorder: An integrative literature review. Koomesh 2021; 23: 11-19. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/koomesh.23.1.11>

[20] Kovacs M, Beck AT. An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In Schullerbrandt JG, Raskin A. (eds). Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models. New York: Raven Press 1977; 1-25.

[21] Smukher MR, Craighead WE, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. J Abnorm Child Psychol 1986; 14: 25-39.

گرفته و مطالعات تجربی دقیقی برای رفع این محدودیت‌ها طرح شود.

به طور کلی، اضطراب فراگیر کودکان ممکن است زمینه‌ای برای افسردگی آن‌ها به ویژه در مؤلفه‌های خلق منفی و عزت‌نفس منفی باشد. کودکان دارای اضطراب فراگیر، به میزان بیشتری نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر هستند. بنابراین، این کودکان علاوه بر پیشگیری و درمان اضطراب فراگیر نیاز بیشتری به پیشگیری و درمان افسردگی دارند، تا بهبود بیشتری در سلامت آن‌ها ایجاد شود. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان، برنامه‌ها و آموزش‌های خاصی را برای کودکان دارای اضطراب فراگیر به ویژه آن‌هایی که مبتلا به افسردگی هستند پیش‌بینی و اجرا نمایند.

## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه اراک بود که در تاریخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۰ به شماره ۱۵۰۱۷/۹۷ توسط معاونت پژوهشی تصویب و از آن حمایت مالی شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی این دانشگاه سپاس‌گزار می‌گردد.

## مشارکت و نقش نویسندگان

نویسنده مسئولیت ایده و طراحی، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تفسیر نتایج و آماده نمودن مقاله را به عهده دارد.

## منابع

- [1] Alotaibi A. Combating anxiety and depression among school children and adolescents through student counselling in Saudi Arabia. Procedia Soc Behav Sci 2015; 205: 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.006>
- [2] Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015; 56: 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- [3] Charlson F, Van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. Lancet 2019; 394: 240-248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Translated to Persian by: Avadisyan H, Hashemi Minabadi H, Arab Ghahestani D. Tehtan: Roshd. 2015.
- [5] Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. J Anxiety Disord 2020; 34: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102234>
- [6] Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. J

[26] Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatr* 2003; 60: 709-717.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>

PMid:12860775

[27] Gazelle H, Ladd GW. Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Dev* 2003; 74: 257-278.

<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00534>

PMid:12625449

<https://doi.org/10.1007/BF00917219>

PMid:3950219

[22] Kovacs M. *Children's depression inventory: Manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems. 1992.

[23] Dehshiri GR, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. Investigating primary psychometric properties of Children's Depression Inventory (CDI). *J Fam Res* 2009; 5: 159-177. (Persian).

[24] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-1097.

<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

PMid:16717171

[25] Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7). *Clin Psychol Pers* 2011; 3: 41-50. (Persian).

# Comparison of depression and its components in primary school children with and without generalized anxiety disorder

Tooraj Sepahvand (Ph.D)

Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran

\* Corresponding author. +98 9166972714 T-sepahvand@araku.ac.ir

Received: 14 Dec 2020; Accepted: 14 Jul 2021

**Introduction:** Generalized anxiety disorder is probably the most prevalent disorder that has a high comorbidity with another psychological disorder including depression. The aim of present research was to compare depression and its components in primary school children with and without generalized anxiety disorder.

**Materials and Methods:** This research was a study with a causal-comparative design. The statistical population included all of the primary school students (fourth to sixth grade) of Arak province (Iran). Convenience sampling method was used to select the research sample. First, Children Depression Inventory and Generalized Anxiety Scale administered to 300 of these children. Then, based on the cut-off score of generalized anxiety scale (scores of 10 or higher) two groups of children with generalized anxiety disorder (n=39) and without generalized anxiety (n=40) were selected, and compared in terms of depression.

**Results:** The results of multivariate analysis of variance showed a significant difference in the linear composition of components of depression in the two groups. ( $P=0.016$ ). Univariate analysis of variance also showed that children with generalized anxiety disorder were more depressed in the components of negative mood and negative self-esteem than children without generalized anxiety, but were not significantly different from them in the components of interpersonal problems, ineffectiveness and anhedonia. Independent T-test also did not show any difference in total score of depression of the two groups.

**Conclusion:** Due to the greater vulnerability of children with generalized anxiety disorder to depression, these children are more in need of specific methods of prevention and treatment of generalized anxiety disorder and comorbid depression.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Schools, Child

---