

Research Paper

The Lived Experiences of Iranian Adolescents With Parents Suffering From Depression




*Masoud Baghbani¹ , Javad Mesrabadi² 

1. Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.



Citation Baghbani, M., & Mesrabadi, J. (2025). [The Lived Experiences of Iranian Adolescents With Parents Suffering From Depression (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 6(3), 406-423. <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.352.2>

 <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.352.2>

Received: 09 Mar 2025

Revised: 16 May 2025

Accepted: 07 Sep 2025

Available Online: 01 Oct 2025

ABSTRACT

Background and Aim Parental depression, regardless of its individual effects can negatively affect the family functioning and exposes children to psychological, social, and emotional problems. The present study aimed to explore the lived experiences of Iranian adolescents having a parent with depressive disorder.

Research Methods This is a qualitative study based on descriptive phenomenology. Participants were 12 adolescents aged 12 to 17 years, whose parents had been clinically diagnosed with depression, referred to local health and counseling centers in Mahabad, Iran, in 2024. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Colaizzi's seven-step method.

Results Based on the data analysis, five main themes were extracted: living environment (confusion, anger/aggression, loneliness, and communication difficulties), impact of parental depression on aspects of life (feeling guilty, caregiving/support, and learned helplessness), reactions to parental depression (empathy, encouragement, stress/worry, and disappointment), lack of life skills (low self-esteem, poor assertiveness, and indecisiveness), and psychological consequences of parental depression (fear, low mood, and social isolation).

Discussion Iranian adolescents having a parent with depression are exposed to emotional, relational, and social challenges that affect their psychological health and quality of life. Understanding their experiences can help in designing supportive and preventive interventions tailored to their real needs.

Keywords Depression, Parents, Lived experience, Phenomenology, Children

* Corresponding Author:

Masoud Baghbani

Address: Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Tel: +98 (919) 9183438

E-Mail: m.baghbani711@yahoo.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Parental depression is a pervasive public-health concern that extends beyond individual suffering and can disrupt family functioning and put children at elevated risk for emotional, behavioral, and social problems.

Although quantitative studies have documented associations between parental depressive symptoms and offspring outcomes—ranging from internalizing/externalizing disorders to poorer cognitive, academic, and social functioning—less is known about how children themselves experience living with a parent who has a clinically diagnosed depressive disorder. Most existing qualitative studies have been conducted in Western countries and may not capture culturally specific patterns of experience in non-Western societies. In Iran, limited qualitative research has explored the lived experience of adolescents exposed to parental depression. The present study therefore aimed to explore how Iranian adolescents aged 12–17 perceive and experience living with a parent diagnosed with depressive disorder. This research sought to find the core concepts that characterize these adolescents' lived experience and generate insights to help in developing culturally sensitive preventative and supportive interventions tailored to the needs of affected children and families in Iran.

Research Methods

This is a qualitative research using the interpretative phenomenological analysis based on Colaizzi's seven-step method. The study population consisted of all children and adolescents aged 12–17 years, who had at least one parent with depressive disorder diagnosed by a psychiatrist, referred to local health and counseling centers in Mahabad, Iran, in 2024. Using purposeful sampling, 12 participants were recruited after reaching data saturation through semi-structured interviews. The semi-structured interviews were based on Heideggerian hermeneutic phenomenology. Inclusion criteria were age 12–18 years, parental diagnosis of depression based on the DSM-5 criteria, and informed consent. Exclusion criteria were severe psychiatric disorders or unwillingness to continue participation. All interviews were conducted in a confidential and supportive setting, each lasting 40–80 minutes, and were transcribed verbatim. Data were analyzed in MAXQDA software, version 2022. To ensure the data trustworthiness, four criteria of credibility, dependability, confirmability and transferability were applied.

Results

Twelve participants (7 girls and 5 boys) aged 12–17 years were interviewed. Data analysis revealed five main themes and several subthemes that described the lived experiences of children. The first major theme, "living environment," included the subthemes of confusion, anger/aggression, loneliness, and communication difficulties; demonstrating the chaotic and emotionally tense atmosphere at home. The second theme, "impact of parental depression on life", encompassed the subthemes of feeling guilty, caregiving/support, and learned helplessness; showing how children internalize their parents' struggles. The third theme, "reactions to parental depression," included the subthemes of empathy, encouragement, stress/worry, and disappointment; reflecting both emotional engagement and psychological burden. The fourth theme, "lack of life skills," included the subthemes of low self-esteem, poor assertiveness, and indecisiveness; indicating the long-term developmental effects of growing up with a depressed parent. The fifth and final theme, "psychological consequences of parental depression," included the subthemes of fear, low mood, and social isolation. Overall, the findings indicate that living with a parent suffering from depression profoundly affects children's emotional stability, interpersonal relationships, and self-perception, leading to a persistent sense of insecurity and emotional exhaustion.

Conclusion

The findings of this study demonstrate that parental depression has far-reaching and multidimensional effects on children, influencing their emotional, behavioral, and cognitive development as well as the overall family dynamic. The lived experiences of Iranian adolescents revealed that a depressive disorder in one parent transforms the home environment into a space characterized by tension, irritability, emotional distance, and disrupted communication. This emotional climate often leads children to internalize feelings of guilty and responsibility for their parent's suffering, thereby reinforcing learned helplessness and diminished resilience. Emotional reactions toward the depressed parent ranged from empathy and support to frustration, anxiety, and social withdrawal. The children also reported deficiencies in life skills, assertiveness, and self-esteem, largely due to inconsistent or authoritarian parenting styles commonly associated with depressive symptomatology. Importantly, the psychological manifestations in children—such as persistent low mood, social isolation, and difficulties in emotional regulation—reflect the intergenerational transmission of emotional disturbance.

Despite the insightful findings, the study's sample size limits their generalizability. Nevertheless, the implications are significant. Educational and mental health programs for depressed parents should aware them of how their emotional states can affect their children. Furthermore, early screening and the implementation of family-centered psychosocial interventions can reduce the emotional and behavioral consequences of parental depression and promote resilience among affected children.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Participation in this study was voluntary. Before the interviews, participants received information about the study objectives and procedures. A written informed consent from parents or legal guardians. All participants' information was kept confidential to protect their privacy.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

The authors contributed equally to the preparation of this work. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants and parents for their valuable time and cooperation in this study.



مقاله پژوهشی

پدیدارشناسی تجربه زیسته فرزندان دارای والدین با اختلال افسردگی

*مسعود باغبانی^۱، جواد مصرآبادی^۲

۱. گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.



Citation Baghbani, M., & Mesrabadi, J. (2025). [The Lived Experiences of Iranian Adolescents With Parents Suffering From Depression (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 6(3), 406-423. <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.352.2>

 <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.352.2>

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۹ اسفند ۱۴۰۳

تاریخ اصلاح: ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۶ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۴

زمینه و هدف افسردگی صرف‌نظر از تأثیرات فردی، پیامدهای گسترده‌ای بر ساختار خانواده دارد و به‌ویژه فرزندان را در معرض آسیب‌های روانی، اجتماعی و هیجانی قرار می‌دهد. این اختلال می‌تواند موجب تضعیف پویایی خانواده و اختلال در کیفیت روابط میان فردی شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته فرزندان نوجوان والدین مبتلا به اختلال افسردگی انجام شده است تا از این طریق، ابعاد مختلف تأثیرات روان‌شناختی و رفتاری این وضعیت بر فرزندان درک شود.

روش پژوهش مطالعه حاضر با رویکردی کیفی و مبتنی بر روش پدیدارشناسی توصیفی انجام شد، چراکه هدف آن تمرکز بر درک عمیق از تجربه زیسته فرزندان در مواجهه با والد مبتلا به اختلال افسردگی بود. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۱۲ نفر از فرزندان ۱۲ تا ۱۷ ساله والدین مبتلا به افسردگی بودند که از میان مراجعان مراکز بهداشت و درمان (بخش مشاوره) شهر مهاباد و به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، داشتن حداقل یکی از والدین با تشخیص بالینی افسردگی بود. داده‌های گردآوری‌شده از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته، با استفاده از رویکرد تحلیل هفت‌مرحله‌ای کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها در فرایند تحلیل داده‌ها، پنج مضمون اصلی از مصاحبه با شرکت‌کنندگان استخراج شد که عبارت‌اند از: فضای زندگی، تأثیر افسردگی والد بر جنبه‌های مختلف زندگی فرزند، واکنش‌های فردی به وضعیت والد افسرده، کمبود مهارت‌های زندگی و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از افسردگی والد بر فرزند.

نتیجه‌گیری تجربه زیسته فرزندان والدین مبتلا به افسردگی سرشار از چالش‌های عاطفی، ارتباطی و اجتماعی است که بر رشد روانی و کیفیت زندگی آن‌ها اثرگذار است. شناخت این تجارب می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات حمایتی و پیشگیرانه متناسب با نیازهای واقعی این کودکان فراهم آورد. چنین رویکردی، ضمن کاهش پیامدهای منفی افسردگی والدین، به ارتقای سلامت روانی خانواده نیز کمک می‌کند.

کلیدواژه‌ها افسردگی، والدین، تجربه زیسته، پدیدارشناسی، فرزندان

* نویسنده مسئول:

مسعود باغبانی

نشانی: تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۹) ۹۱۸۳۴۳۸

رایانامه: m.baghbani711@yahoo.com

Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

افسردگی منجر می‌شود (کندال و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱؛ شادرینا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۸؛ سیلبرگ و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۰؛ موحدنژاد و همکاران، ۱۴۰۱).

عوامل محیطی، چه داخلی مانند بیماری‌های مزمن یا داروها و چه خارجی مانند استرس‌های اجتماعی، تغییرات اقتصادی و فرهنگی، مهاجرت و شهرنشینی، نیز در ایجاد افسردگی نقش دارند، اگرچه همیشه در همه موارد دخیل نیستند (کانتیپودی^{۱۵}، ۲۰۲۳). رویدادهای زندگی که تغییرات مهم و استرس‌زایی در فرد ایجاد می‌کنند نیز بر بروز و نوع علائم افسردگی تأثیر دارند. به‌عنوان مثال، افسردگی ناشی از فقدان با غم و اندوه شدید و احساس گناه همراه است، درحالی‌که افسردگی ناشی از شکست معمولاً با خستگی و افزایش خواب تظاهر می‌کند. نهایتاً، پاسخ‌های بیولوژیکی و تغییرات بیوشیمیایی در بدن، مسیر نهایی مشترک عوامل متعدد اتیولوژیک در افسردگی هستند (هانر و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۴). بااین‌حال، برای اهداف بالینی، بررسی دقیق همه عوامل نظری اهمیت کمتری نسبت به تشخیص و مداخله به‌موقع دارد؛ بنابراین ارزیابی بیماران افسرده باید شامل عوامل خانوادگی، محیطی، اجتماعی و فیزیولوژیکی باشد تا سهم هر کدام در ایجاد افسردگی مشخص شود (هانر و همکاران، ۲۰۲۴).

رویکردهای درمان افسردگی شامل داروها^{۱۷}، درمان تشنج الکتریکی^{۱۸}، روان‌درمانی بین‌فردی^{۱۹}، درمان شناختی رفتاری^{۲۰} و گروه‌درمانی^{۲۱} است که به‌تنهایی یا در ترکیب ممکن است علائم را کاهش دهند، اما به تأثیر افسردگی بر عملکرد خانواده و بالعکس توجه کمی دارند (پاپ^{۲۲}، ۲۰۰۰). افسردگی به‌عنوان مشکلی پیچیده باید در زمینه روابط، فرهنگ، رویدادهای زندگی و زیست‌شناسی فرد درک شود. درگیر شدن خانواده با بیماری فرد افسرده در ابتدا همراه با حمایت است، اما به مرور «فشار نقش» ایجاد می‌شود که به دوری عاطفی و افزایش انزوا منجر می‌گردد و این چرخه باعث تشدید افسردگی می‌شود (ماسکرافت و بول^{۲۳}، ۲۰۰۰؛ ساندبرگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویفن^{۲۴}، ۲۰۰۵؛ رایبن و بارگس^{۲۵}، ۲۰۰۲). علائم افسردگی والدین می‌تواند توانایی آن‌ها را در پاسخ‌دهی و گرم بودن نسبت به فرزندان کاهش دهد و باعث رفتارهای خشن یا بی‌تفاوت شود که اثر مخربی بر رشد و سلامت

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و سومین علت بیماری در جهان است که با افزایش بروز و بار اقتصادی قابل توجهی همراه است (مک اینتایر و همکاران^۲، ۲۰۲۳). این اختلال معمولاً از نوجوانی تا دهه چهل زندگی رخ می‌دهد و حدود ۴۰ درصد از افراد اولین دوره افسردگی خود را قبل از ۲۰ سالگی تجربه می‌کنند. افسردگی و تنهایی رابطه متقابل و پیچیده‌ای دارند؛ افراد تنها بیشتر در معرض افسردگی‌اند و افسردگی نیز تنهایی را تشدید می‌کند (آچتربرگ و همکاران^۳، ۲۰۲۰). غم برخلاف افسردگی، یک پاسخ طبیعی و هشداردهنده نسبت به فقدان یا ناکامی است که به مقابله با شرایط دشوار کمک می‌کند، اما اگر شدت و مدت آن زیاد شود و عملکرد روزانه را مختل کند، به افسردگی بالینی تبدیل می‌شود (تاپار^۴، ۲۰۲۲؛ دالی و همکاران^۵، ۲۰۲۱؛ بک^۶، ۱۹۹۶).

کلمه «افسردگی» اغلب گیج‌کننده است، زیرا هم برای توصیف یک احساس و هم یک بیماری بالینی به کار می‌رود که این دو کاملاً متفاوت‌اند (مروهه و همکاران^۷، ۲۰۲۳). برخی از پزشکان برای تمایز، اصطلاح «افسردگی بالینی»^۸ را به کار می‌برند. افسردگی شایع‌ترین مشکل روان‌پزشکی است که پزشکان عمومی با آن مواجه می‌شوند، اما اغلب نادیده گرفته یا درمان نمی‌شود (آچتربرگ و همکاران، ۲۰۲۲). شیوع افسردگی در زنان تقریباً ۲ برابر مردان است. هرچند خودکشی در مردان بیشتر، اما اقدام به خودکشی در زنان شایع‌تر است. افسردگی می‌تواند در هر سنی رخ دهد و در هر گروه سنی ویژگی‌های خاص خود را دارد (مک اینتایر و همکاران، ۲۰۲۳).

افسردگی به‌عنوان اختلالی چندعاملی شناخته می‌شود و هیچ عامل واحدی نمی‌تواند آن را توضیح دهد (کووی و همکاران^۹، ۲۰۲۴). عوامل ژنتیکی نقش مهمی در آسیب‌پذیری نسبت به «اختلالات طیف افسردگی» دارند که شامل اختلالات مرتبط مانند اعتیاد، سوءمصرف مواد و شخصیت ضداجتماعی در مردان و اختلالات جسمانی و تجزیه‌ای در زنان است (رئوف و فریز^{۱۰}، ۲۰۲۴). همچنین، ارتباط ژنتیکی قوی بین اضطراب فراگیر^{۱۱} و افسردگی وجود دارد (رئوف و فریز، ۲۰۲۴). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند تعامل عوامل ژنتیکی با استرس‌های زندگی به بروز

12. Kendall, K & et al.
13. Shadrina, M & et al.
14. Silberg, J & et al.
15. Kantipudi, V.
16. Haehner, P & et al.
17. Medications
18. Electroconvulsive Therapy
19. Interpersonal Psychotherapy
20. Cognitive Behavioral Therapy
21. Group Therapy
22. Papp, P.
23. Muscroft M & Bowl, R.
24. Sandberg, J Miller & et al.
25. Rubin K & Burgess K.

1. Depression
2. McIntyre, R& et al.
3. Achterbergh, L & et al.
4. Thapar, T.
5. Daly, M & et al.
6. Beck, C
7. Marwaha, S & et al.
8. Clinical Depression
9. Cui, L & et al.
10. Rauf, T & Freese, J.
11. Generalized Anxiety

را نیز شکل می‌دهد (مان و لی^{۴۴}، ۲۰۲۳). برای نمونه، مادران افسرده کمتر از زبان عاطفی و ارتباط چشمی با نوزادان استفاده می‌کنند و فعالیت‌های والدینی مانند خواندن داستان برای کودک نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. یکی از نگرانی‌های مهم، انزوایی است که برای والدین و کودکان ایجاد می‌شود و شبکه‌های اجتماعی آن‌ها را محدود می‌کند (هامن و همکاران^{۴۵}، ۲۰۱۲؛ رجبی و همکاران، ۱۴۰۰؛ خامن و احمدی قطاب^{۴۶}، ۱۳۸۹).

مطالعات نشان می‌دهند افسردگی والدین، حتی پیش از تولد، با مشکلات رفتاری، سلامت کلی پایین و عملکرد تحصیلی ضعیف کودکان مرتبط است و می‌تواند مراقبت‌های ضروری والدین مانند واکسیناسیون و ایمنی کودک را مختل کند (شورای تحقیقات ملی^{۴۷}، ۲۰۰۹). افسردگی والدین یک مسئله جهانی است که در کشورهای مختلف با سطوح درآمدی متفاوت تأثیرات منفی بر کودکان دارد (واجس و همکاران^{۴۸}، ۲۰۰۹). علاوه بر افسردگی شدید، سطوح پایین‌تر علائم افسردگی والدین نیز می‌تواند پیامدهای منفی برای کودکان داشته باشد. علائم پایین‌تر از حد بالینی افسردگی مادر در اوایل کودکی، با افزایش علائم درونی و بیرونی در کودکان در دوران کودکی میانی مرتبط است. همچنین، افسردگی هر دو والد به‌طور مشابه تأثیر منفی بر کودکان دارد (لوئیس و همکاران^{۴۹}، ۲۰۱۷).

ازسوی دیگر، اعضای خانواده و شریک زندگی فرد افسرده اغلب احساس دوری و انزوا می‌کنند؛ چراکه زنان ۲ برابر مردان افسردگی را تجربه می‌کنند (بکرم، ۲۰۰۱؛ مک فارلین، ۲۰۰۳؛ شولور و همکاران^{۵۰}، ۲۰۰۳؛ سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۳). ویفن (۲۰۰۵) نشان داد افسردگی در یک عضو خانواده می‌تواند مشکلات عاطفی را در سایر اعضا افزایش دهد، تعاملات والد-فرزند را محدود کند و رضایت زناشویی را کاهش دهد. خلق افسرده والدین همچنین باعث فرسودگی روانی اعضای خانواده می‌شود. مطالعه فراتحلیل کاتز و همکاران^{۵۱} (۱۹۹۹) تأیید کرد که خلق افسرده اثر مسری درون خانواده دارد.

افسردگی والدین زمینه‌ساز انواع اختلالات روانی در فرزندان است و ارزیابی زودهنگام علائم برای پیشگیری و مداخله اهمیت زیادی دارد (کوروس و همکاران^{۵۲}، ۲۰۲۰). یکی از راهکارها، مطالعه کیفی و به‌ویژه رویکرد پدیدارشناسانه برای درک تجربه زیسته فرزندان والدین افسرده است که می‌تواند ابعاد ناشناخته پیامدهای روانی-اجتماعی این اختلال را روشن

روان کودکان دارد (گودمن و همکاران^{۲۶}، ۲۰۲۰؛ رودریگز^{۲۷}، ۲۰۲۱؛ کانگ و همکاران^{۲۸}، ۲۰۲۰؛ داونداسکارا^{۲۹}، ۲۰۲۱؛ بارکر^{۳۰}، ۲۰۱۳؛ لورکا و همکاران^{۳۱}، ۲۰۱۶؛ هاشمی و کشاورز، ۱۴۰۳؛ ماکووا^{۳۲}، ۲۰۱۴). فرزندان والدین افسرده در معرض خطر بیشتری برای مشکلات سلامت روانی مانند اضطراب، سوءمصرف مواد و بیش‌فعالی هستند (ویس و لیونگ^{۳۳}، ۲۰۲۱؛ لیب و همکاران^{۳۴}، ۲۰۰۲؛ لسین^{۳۵}، ۲۰۰۳؛ مسعودی، ۱۳۹۹) و همچنین سلامت جسمانی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد، به‌گونه‌ای که مراجعه این کودکان به اورژانس بیشتر است (فلین و همکاران^{۳۶}، ۲۰۰۴).

افسردگی والدین بر رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی کودکان نیز تأثیرگذار است (الیوت، ۲۰۰۹؛ نای، ۲۰۱۰؛ پاپ، ۲۰۰۰؛ ولتی^{۳۷}، ۲۰۱۱). برای مثال، لتورنو و همکاران^{۳۸} (۲۰۱۳) نشان دادند افسردگی مادر در سال‌های اولیه زندگی کودک با مشکلات زبانی و بی‌توجهی کودکان مرتبط است و سیلورستاین و همکاران^{۳۹} (۲۰۰۶) نیز کاهش مهارت‌های تحصیلی در کودکان مادران افسرده را گزارش کردند. در زمینه عملکرد اجتماعی-عاطفی، فرزندان والدین افسرده مشکلاتی مانند تحریک‌پذیری، همکاری کمتر و طرد شدن توسط همسالان دارند و مادران افسرده، مشکلات رفتاری بیشتری مانند بزهکاری و بیش‌فعالی را در فرزندانشان مشاهده می‌کنند.

مطالعات جاکوب و جانسون^{۴۰} (۲۰۰۱) نشان داد افسردگی هریک از والدین با مشکلات سازگاری کودکان ارتباط دارد. پدران افسرده باعث سرکوب ابراز دیدگاه‌های مثبت و تأثیر منفی بر تعاملات زناشویی می‌شوند و مادران افسرده تعامل منفی‌تری با فرزندان دارند که می‌تواند رشد فیزیولوژیکی، سلامت جسمی و مهارت‌های اجتماعی کودک را مختل کند (بورک^{۴۱}، ۲۰۰۳؛ ویفن، ۲۰۰۵؛ کولیشا و همکاران^{۴۲}، ۲۰۱۶؛ راکو و همکاران^{۴۳}، ۲۰۰۹). همچنین افسردگی والدین نه تنها درک آن‌ها از جهان را تغییر می‌دهد بلکه تجربه کودک از دنیای درونی و بیرونی

26. Goodman, S & et al.
27. Rodrigues, M.
28. Kang, S.
29. Daundasekara, S & et al.
30. Barker, E.
31. Lorca, A & et al.
32. Makuwa, M.
33. Weiss S & Leung, C.
34. Lieb, R & et al.
35. Lesesne, C.
36. Flynn, H & et al.
37. Elliot G, Nay R, Papp P, Welty J.
38. Letourneau, N & et al.
39. Silverstein, M & et al.
40. Jacob, T & Johnson, S.
41. Burke, E.
42. Collishaw, S.
43. Rakow & et al.

44. Mun I & lee J.
45. Hammen, C.
46. Khamen, A. & AhmadiGatab, T.
47. National Research Council
48. Wachs, T & et al.
49. Lewis, G & et al.
50. Becerman M, MacFarlane, Scholevar & et al.
51. Katz et & a.l
52. Kouros, C & et a.l

همچنین، رینگوت و همکاران^{۵۹} (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای تحت عنوان «افسردگی و بهزیستی کودک» گزارش کردند که افسردگی مادران و پدران هر دو بر رفاه فرزندان تأثیر می‌گذارد.

بنابراین، باتوجه به پیامدهای گسترده افسردگی والدین کودکان و کمبود مطالعات کیفی که به تبیین تجربه زیسته کودکان در این شرایط بپردازد، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد و این تحقیق می‌کوشد به این پرسش پاسخ دهد که تجربه‌های زیسته فرزندان والدین مبتلا به اختلال افسردگی از زندگی با این شرایط چه ابعاد و معانی‌ای را دربر می‌گیرد و آنان چگونه این تجربه‌ها را توصیف می‌کنند؟

روش پژوهش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری و با استفاده از روش تحلیل کلایزی^{۶۰} است. این روش یکی از رویکردهای پدیدارشناسی توصیفی است که با هدف استخراج معانی بنیادین تجربه‌های زیسته طراحی شده و شامل مراحل نظام‌مند از خواندن مکرر داده‌ها، شناسایی جملات معنی‌دار، تدوین معانی، سازمان‌دهی خوشه‌های موضوعی و تأیید یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان است (شوشا^{۶۱}، ۲۰۱۲).

جامعه آماری شامل کلیه کودکان و نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله ساکن شهر مهاباد در سال ۲۰۲۴ بود که حداقل یکی از والدین آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص‌گذاری شده توسط روان‌پزشک بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند^{۶۲} انجام شد. در مجموع ۱۲ نفر از کودکان و نوجوانان دارای والد مبتلا به افسردگی، از میان مراجعان به بخش مشاوره مراکز بهداشت و درمان شهرستان مهاباد انتخاب شدند. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها^{۶۳} ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود که توسط پژوهشگر انجام شد. چارچوب نظری مصاحبه بر مبنای رویکرد پدیدارشناسی هایدگری و تحلیل هفت‌مرحله‌ای کلایزی طراحی شد.

ملاک‌های ورود به مصاحبه شامل داشتن سن بین ۱۲ تا ۱۸ سال، ابتلای یکی از والدین به اختلال افسردگی براساس تشخیص روان‌پزشک مطابق با معیارهای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^{۶۴} و تمایل شرکت‌کنندگان به حضور در مصاحبه همراه با ارائه رضایت آگاهانه است (در مورد افراد

سازد. پدیدارشناسی رویکردی کیفی است که هدف آن بررسی و توصیف دقیق تجربه‌های زیسته افراد، به‌منظور درک معنا و ماهیت پدیده از دیدگاه کسانی است که آن را تجربه کرده‌اند. این رویکرد بر این فرض استوار است که واقعیت از طریق تجربه‌های آگاهانه افراد شکل می‌گیرد و محقق باید با کنار گذاشتن پیش‌فرض‌ها به ماهیت ناب پدیده دست یابد (کرسول^{۵۳}، ۲۰۱۳).

اکثر تحقیقات موجود درباره افسردگی والدین رویکرد کمی دارند و بر شدت علائم، شیوع مشکلات روانی و شاخص‌های عملکردی کودکان تمرکز می‌کنند، اما نمی‌توانند پرسش‌های پیچیده‌تری مانند تجربه زیسته کودکان و معنای روزمره افسردگی والدین را پاسخ دهند. فقدان مطالعات کیفی و پدیدارشناسانه، شکاف نظری و عملی مهمی ایجاد کرده است. بیشتر پژوهش‌ها در کشورهای غربی انجام شده‌اند که به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، ساختار خانواده و نقش‌های جنسیتی، نتایج آن‌ها به جامعه ایرانی قابل تعمیم نیست. در ایران نیز پژوهش‌های کیفی محدود و مطالعات کمی غالباً به علائم و پیامدهای ظاهری پرداخته‌اند؛ بنابراین ابعاد عاطفی، روانی، اجتماعی و معنایی تجربه فرزندان کمتر شناخته شده است. این خلأ نیازمند پژوهشی پدیدارشناسانه برای کشف تجربیات درونی و منحصربه‌فرد این کودکان است.

همان‌طور که گفته شد در این زمینه تاکنون پژوهشی با این عنوان در داخل ایران انجام نشده و در خارج از کشور نیز تحقیقات معدودی وجود دارد. وانوسوا^{۵۴} (۲۰۲۳) در پژوهش خود با عنوان «افسردگی والدین و احساسات منفی کودکان» به این نتیجه رسید که افسردگی والدین می‌تواند در توانایی آنان برای پاسخگویی به فرزندان نشان تداخل ایجاد کند و به این ترتیب رشد تاب‌آوری عاطفی^{۵۵} کودکان را تضعیف نماید. کیم و همکاران^{۵۶} (۲۰۲۴) نیز در پژوهش خود با عنوان «ارتباط افسردگی والدین با بهزیستی روان‌شناختی و رفتارهای سلامت کودکان و نوجوانان» نشان دادند نوجوانانی که والدینشان افسردگی را تجربه کرده‌اند، نسبت به همسالانی که والدین سالم دارند، سلامت روان ضعیف‌تری داشته‌اند. این یافته‌ها بر ضرورت حمایت از سلامت روان نوجوانان در خانواده‌های تحت تأثیر افسردگی والدین تأکید می‌کند. همچنین، هانینگتون و همکاران^{۵۷} (۲۰۱۰) در تحقیق خود با عنوان «افسردگی والدین و خلق‌وخوی کودک» به این نتیجه رسیدند که افسردگی والدین می‌تواند اثرات منفی بر خلق‌وخوی فرزندان داشته باشد. یافته‌های اولفسون و همکاران^{۵۸} (۲۰۰۳) نیز در پژوهشی با عنوان «افسردگی والدین و مشکلات روانی کودک» نشان داد فرزندان والدین افسرده در معرض افزایش خطر ابتلا به طیف وسیعی از مشکلات روانی هستند و افسردگی والدین با افزایش استفاده از خدمات بهداشت روان کودک و هزینه‌های مربوطه مرتبط است.

59. Ringoot, A & et al.

60. Colaizzi's Method

61. Shosha, G.

62. Purposive Sampling

63. Data Saturation

64. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)

53. Creswell, J.

54. Vanousova, N.

55. Emotional resilience

56. Kim, S & et al.

57. Hanington, L & et al.

58. Olsson, M & et al.

شد. سپس با بررسی پرونده‌های درمانی در مراکز مشاوره، افراد واجد ملاک‌های ورود شناسایی گردیدند. پیش از انجام مصاحبه‌ها، اهداف پژوهش، شیوه انجام مصاحبه، اصول محرمانگی اطلاعات و حق انصراف در هر زمان برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان (و والدین افراد زیر ۱۸ سال) دریافت شد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و امن انجام شد و با اجازه شرکت‌کنندگان، ضبط صوتی شدند. مدت‌زمان هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۸۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌گر با استفاده از پرسش‌های باز و نیمه‌ساختاریافته، فضایی امن و غیرقضاوت‌گرانه برای بیان احساسات و تجربیات فراهم کرد. در موارد ابهام، سؤالات پیگیری مطرح شد و به زبان بدن، لحن و آهنگ گفتار شرکت‌کنندگان توجه شد.

پس از اتمام مصاحبه‌ها، فایل‌های صوتی به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و با روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی تحلیل گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا^{۶۶}، نسخه ۲۰۲۲ انجام شد. به‌منظور اطمینان از کیفیت پژوهش، معیارهای اعتبار^{۶۷}، قابلیت اعتماد^{۶۸}، تأییدپذیری^{۶۹} و انتقال‌پذیری^{۷۰} مورد توجه و رعایت قرار گرفتند. مراحل تحلیل داده‌ها در این پژوهش شامل چند گام متوالی بود. ابتدا متن مصاحبه‌ها چندین بار به‌صورت عمیق خوانده شد تا درکی کلی از داده‌ها حاصل شود. سپس عبارات معنی‌دار از متن استخراج و معانی اولیه برای هر عبارت تدوین گردید. در گام بعد، معانی مشابه در قالب خوشه‌ها و مضامین سازمان‌دهی شدند. این مضامین در مرحله بعد در یک توصیف جامع از پدیده ادغام گردیدند و ساختار بنیادی تجربه زیسته شرکت‌کنندگان تدوین شد. درنهایت، برای اطمینان از اعتبار نتایج، یافته‌ها به شرکت‌کنندگان بازنمایی و تأیید نهایی آنان اخذ گردید.

66. MAXQDA
67. Credibility
68. Dependability
69. Confirmability
70. Transferability

زیر ۱۸ سال، رضایت والد یا قیم قانونی الزامی است).

در مقابل، ملاک‌های خروج از مصاحبه شامل وجود اختلال روان‌پزشکی شدید در فرزند (براساس خوداظهاری یا پرونده پزشکی) و نیز قطع همکاری یا عدم تکمیل فرایند مصاحبه می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق مبتنی بر چارچوب پدیدارشناسی تجربه زیسته بود. راهنمای مصاحبه با توجه به هدف پژوهش و مرور مطالعات پیشین تدوین گردید. برای بررسی روایی محتوایی، نسخه اولیه سؤالات در اختیار سه نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی و روش تحقیق کیفی قرار گرفت تا میزان تناسب، وضوح و شفافیت هر سؤال را ارزیابی کنند. براساس پیشنهادها، اصلاحات لازم اعمال شد. نتایج ارزیابی متخصصان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

به‌منظور بررسی پایایی داده‌ها، از روش توافق درون‌کدگذار و بین‌کدگذار^{۶۵} استفاده شد که میزان توافق بیش از ۸۰ درصد به‌دست آمد؛ این میزان بیانگر ثبات و اعتمادپذیری مطلوب داده‌هاست. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه عبارت بودند از:

«۱. زندگی با والد مبتلا به اختلال افسردگی را چگونه توصیف می‌کنید؟»

۲. این اختلال چه تأثیری بر زندگی شما داشته است؟

۳. چه پیامدهایی در زمینه روانی در اثر این اختلال در خود

تجربه کرده‌اید؟»

شیوه اجرا

ابتدا با مراجعه به اداره شبکه بهداشت و درمان مهاباد و گفت‌وگو با مسئولان مربوطه، مجوز انجام مصاحبه با افراد واجد شرایط اخذ

65. Inter- and Intra-Coder Agreement

جدول ۱. روایی محتوایی سؤالات مصاحبه

شماره سؤال	محتوای سؤال مصاحبه	میزان تناسب	میزان وضوح	نظر نهایی متخصصان
۱	زندگی با والد مبتلا به اختلال افسردگی را چگونه توصیف می‌کنید؟	بسیار مناسب	واضح	تأیید شد.
۲	این اختلال چه تأثیری بر زندگی شما داشته است؟	مناسب	بسیار واضح	تأیید شد.
۳	چه پیامدهایی در زمینه روانی در اثر این اختلال در خود تجربه کرده‌اید؟	مناسب	نسبتاً واضح	با اصلاح جزئی تأیید شد.
۴	در مواجهه با رفتارهای والد افسرده چه احساس یا واکنشی دارید؟	بسیار مناسب	واضح	تأیید شد.
۵	چگونه با شرایط ناشی از افسردگی والد خود کنار می‌آیید؟	مناسب	واضح	تأیید شد.

یافته‌ها

روایی تحلیل، فرایند کدگذاری توسط پژوهشگران مستقل بازبینی شد و اختلاف‌نظرها تا حصول توافق رفع گشت. نتایج تحلیل در قالب مضامین اصلی و زیرمضامین مرتبط طبقه‌بندی شده و در **جدول شماره ۳** به صورت ساختاریافته ارائه می‌گردد.

در **جدول شماره ۳**، یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها شامل ۵ مضمون اصلی و ۱۷ زیرمضمون ارائه شده است. مضامین اصلی شناسایی شده عبارت‌اند از: فضای زندگی^{۷۱}، تأثیر افسردگی والد بر زندگی فرد^{۷۲}، عکس‌العمل فرد در برابر افسردگی والد^{۷۳}، فقدان مهارت‌های زندگی^{۷۴}، و اثرات روان‌شناختی افسردگی والد بر فرزند^{۷۵}. هریک از این مضامین دارای زیرمضامین مرتبطی هستند که ابعاد مختلف تجربه زیسته فرزندان را نشان می‌دهند. برای مضمون نخست یعنی فضای زندگی، چهار زیرمضمون شامل آشفتگی^{۷۶}، پرخاشگری و عصبانیت^{۷۷}، احساس تنهایی^{۷۸} و موانع و مشکلات ارتباطی^{۷۹} استخراج شد. مضمون دوم، تأثیر افسردگی والد بر زندگی فرد، شامل احساس گناه^{۸۰}، مراقبت و پشتیبانی^{۸۱}

در این پژوهش، ۱۲ نفر از کودکان و نوجوانان در بازه سنی ۱۲ تا ۱۷ سال شرکت کردند. از میان شرکت‌کنندگان، ۷ نفر دختر و ۵ نفر پسر بودند. پایه تحصیلی آنان از ششم ابتدایی تا یازدهم متوسطه متغیر بود. شرکت‌کنندگان همگی از فرزندان والدینی بوده‌اند که مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شده‌اند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به سن، جنس، جایگاه تولد و تحصیلات شرکت‌کنندگان در **جدول شماره ۲** ارائه شده است

جدول شماره ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در **جدول** مشاهده می‌شود، در این مطالعه ۱۲ نفر از فرزندان دارای والد مبتلا به اختلال افسردگی مشارکت داشتند که شامل ۶ دختر و ۶ پسر بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۲ تا ۱۷ سال بود و از پایه‌های ششم تا یازدهم تحصیل می‌کردند. جایگاه تولد آنان در خانواده بین فرزند اول تا سوم متغیر بود. این تنوع در سن، جنسیت و جایگاه تولد، امکان بررسی تجربه‌های زیسته متنوع‌تری را در ارتباط با زندگی با والد مبتلا به افسردگی فراهم ساخت.

تحلیل کیفی داده‌ها براساس روش پدیدارشناسی کلاسیک انجام شد تا تجربه‌های زیسته فرزندان والدین مبتلا به اختلال افسردگی به صورت عمیق شناسایی و تبیین گردد. پس از بازخوانی مکرر متن مصاحبه‌ها، استخراج معانی اساسی، کدگذاری و ترکیب کدها، مضامین اصلی و فرعی (زیرمضمون‌ها) شکل گرفتند. برای تضمین

- 71. Living environment
- 72. Impact of parental depression on individual life
- 73. Individual Reactions to Parental Depression
- 74. Lack of Life Skills
- 75. Psychological Effects of Parental Depression on the Child
- 76. Distress
- 77. Aggression
- 78. Loneliness
- 79. Communication barriers and difficultie
- 80. Guilt
- 81. Care and support

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان	سن	جنسیت	جایگاه تولد	تحصیلات
۱	۱۴	دختر	۲	هشتم
۲	۱۶	دختر	۱	دهم
۳	۱۴	دختر	۲	هشتم
۴	۱۵	دختر	۲	نهم
۵	۱۷	دختر	۲	یازدهم
۶	۱۷	دختر	۱	یازدهم
۷	۱۳	پسر	۲	هفتم
۸	۱۲	پسر	۳	ششم
۹	۱۶	پسر	۱	دهم
۱۰	۱۲	پسر	۲	ششم
۱۱	۱۳	پسر	۳	هفتم
۱۲	۱۵	دختر	۲	نهم

جدول ۳. مضامین اصلی و فرعی استخراج شده از داده‌ها

مضمون اصلی	زیر مضمون
فضای زندگی	آشفته‌گی پر خاشگری و عصبانیت احساس تنهایی موانع و مشکلات ارتباطی
اثرات افسردگی والد بر زندگی فرد	احساس گناه مراقبت و پشتیبانی درماندگی آموخته شده
عکس‌العمل فرد در برابر افسردگی والد	همدلی تشویق استرس و نگرانی ناامیدی
فقدان مهارت‌های زندگی	اعتماد به نفس پایین نبودن جرأت‌ورزی تصمیم‌گیری
اثرات روانشناختی افسردگی والد بر فرزند	ترس خلق پایین گوشه‌گیری

آشفته‌گی

شرکت‌کنندگان زندگی با والد دارای اختلال، افسردگی را فضایی مملو از آشفته‌گی و پریشانی توصیف کردند.

به‌عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد: «زندگی با مامان افسرده‌ام مثل زندگی توی یه جهنمه. هیچ چیز سر جاش نیست، نه موقع خوابمونه معلومه، نه وقت غذا خوردن. همه چی قاطیه، مثلاً خونه‌مون که لباسا و وسایلا هر کدوم یه گوشه افتادن و کسی نیست جمعشون کنه. ذهن منم شده مثل همون خونه؛ شلوغ، سردرگم و بی‌نظم. ولی چون مامان مریضه، حتی جرئت نمی‌کنیم چیزی بگیریم یا اعتراض کنیم».

پر خاشگری

فرزندان والدین افسرده فضای خانه را سراسر خشم و عصبانیت توصیف می‌کنند.

شرکت‌کننده شماره ۵ تجربه‌اش را چنین توصیف می‌کند. «توی خونه با یه حرف کوچیک دعوا راه می‌افته. بعضی وقتا اون قدر عصبی می‌شم که سر مامانم داد می‌زنم و حرف‌هایی می‌زنم که بعدش پشیمون می‌شم، مثلاً اینکه کاش راحت می‌شدیم از این وضع. چون نمی‌دونم با این همه ناراحتی و خشم چی کار کنم».

احساس تنهایی

مضمون بعدی که استخراج شد احساس تنهایی بود.

درماندگی آموخته شده^{۸۲} است. مضمون سوم، عکس‌العمل فرد در برابر افسردگی والد، دارای چهار زیرمضمون همدلی^{۸۳}، تشویق^{۸۴}، استرس و نگرانی^{۸۵} و ناامیدی^{۸۶} می‌باشد. مضمون چهارم، فقدان مهارت‌های زندگی، سه زیرمضمون اعتماد به نفس پایین^{۸۷}، نبودن جرأت‌ورزی^{۸۸} و دشواری در تصمیم‌گیری^{۸۹} را دربر می‌گیرد. در نهایت، مضمون پنجم یعنی اثرات روان‌شناختی افسردگی والد بر فرزند شامل سه زیرمضمون ترس و اضطراب^{۹۰}، خلق پایین^{۹۱}، و گوشه‌گیری^{۹۲} است. این مضامین و زیرمضامین، بازتاب‌دهنده جنبه‌های گوناگون چالش‌ها و واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان والدین مبتلا به افسردگی هستند.

فضای زندگی

اولین مضمون اصلی مشخص شده، فضای زندگی بود که برای آن چهار مضمون فرعی آشفته‌گی، پر خاشگری، احساس تنهایی، موانع و مشکلات ارتباطی شناسایی شد.

82. Learned helplessness
83. Empathy
84. Encouragement
85. Stress and Worry
86. Hopelessness
87. Low Self-Esteem
88. Lack of Assertiveness
89. Difficulty in decision-making
90. Fear and anxiety
91. Low Mood
92. Social Withdrawal

شرکت کننده شماره ۱ می گوید «بعضی وقتا نمی تونستم برم با دوستانم بازی کنم، چون باید خونم می موندم پیش مامانم. حس می کردم نمی تونم راحت بچگی کنم.»

درماندگی آموخته شده

به گفته شرکت کننده شماره ۵ «احساس می کنم دیگه هیچ انگیزه ای ندارم. حتی توی مدرسه هم وقتی با یه درس یا تکلیف سخت روبه رو می شم، سریع جا می زنم و با خودم می گم نمی تونم. انگار از قبل باورم شده که شکست می خورم. مامانم کاری کرده که فکر کنم یه بازنده ام و هیچ کاری ازم برنمیاد.»

عکس العمل فرد در برابر افسردگی والد

سومین مضمون اصلی مشخص شده، عکس العمل فرد در برابر افسردگی والد که دارای چهار مضمون فرعی بود:

همدلی

عکس العمل بعضی از شرکت کنندگان در برابر والد افسرده، همدلی بود.

گزارش شرکت کننده شماره ۶ بدین نحو بود: «سعی می کردم از مامانم بپرسم چی شده و چرا ناراحته، تا بفهمم حالش خوبه یا نه. می خواستم نشون بدم که برام مهمه. حتی بعضی وقتا فکر می کردم اگه جای اون بودم چه حسی داشتم، تا بتونم حالش رو بهتر بفهمم.»

تشویق

از نگاه شرکت کنندگان دومین مضمون فرعی در رابطه با عکس العمل افراد در رابطه با والد افسرده تشویق می باشد. «سعی می کردم مامانمو خوشحال کنم. حتی وقتی غم رو توی چشماش می دیدم، تلاش می کردم ناراحتیاشو بفهمم. بعضی وقتا می گفتم بریم پیاده روی یا بریم دیدن فامیلا تا حالش بهتر بشه و بهش روحیه بدم.» (شرکت کننده شماره ۸)

استرس و نگرانی

فرزندان والد افسرده از نگرانی صحبت کردند.

شرکت کننده شماره ۱۲ گزارش داد که «وقتی در مدرسه هستم، همش استرس دارم. می ترسم مامانم یه کار بدی با خودش بکنه یا حالش دوباره خیلی بد بشه. این فکرها دست از سرم برنمی دارن و نمی تونم آرام باشم.»

ناامیدی

اکثر شرکت کنندگان از یاس و ناامیدی سخن می گفتند.

شرکت کننده شماره ۷ در رابطه با تجربه داشتن والد افسرده

به گفته شرکت کننده شماره ۸ «وقتی توی خونه هستیم، هیچ کس با کسی حرف نمی زنه. انگار با هم زندگی نمی کنیم، هر کسی توی دنیای خودش گیره، مثل زندونیایی که هر کدوم توی یه سلولن. بعضی وقتا فکر می کنم حتی فامیل هامونم دیگه حوصله ما رو ندارن، چون مامانم حالش خوب نیست.»

موانع و مشکلات ارتباطی

موانع و مشکلات ارتباطی یکی از مضمون هایی بود که شرکت کنندگان به آن اشاره می کردند. شرکت کننده شماره ۱۱ می گوید:

«رابطه من با مامانم خیلی سخت شده. اون بیشتر وقتا نمی تونه بگه چی می خواد یا چی نیاز داره. اخلاقش هم بعضی وقتا عوض می شه و نمی دونم چطوری باید کمکش کنم. سخته برام که بفهمم توی دلش چی می گذره. بعضی وقتا وانمود می کنم که می دونم چی می خواد، ولی در واقع نمی دونم و این خیلی برام گیج کننده ست.»

تأثیر افسردگی والد بر زندگی فرد

دومین مضمون اصلی استخراج شده، تأثیر افسردگی والد بر زندگی فرد بود که ۳ مضمون فرعی احساس گناه، مراقبت و پشتیبانی، درماندگی آموخته شده را دربر می گیرد.

احساس گناه

تحلیل تجارب تعداد زیادی از مصاحبه شوندگان نشان داد در بعضی اوقات افراد احساس گناه را تجربه می کنند. «بعضی وقتا مامانم اون قدر گریه می کنه که دیگه طاقت نمیارم و سرش داد می زنم. ولی بعدش خیلی ناراحت می شم. با خودم می گم مامانم مریضه و تقصیر خودش نیست. این بیماریه که باعث شده این طوری بشه، و خودش نمی خواد این شکلی باشه. اون موقعه ست که احساس گناه میاد سراغم و دلم می خواد برگردم و کاری رو که کردم، جبران کنم.» (شرکت کننده شماره ۴)

مراقبت و پشتیبانی

موضوع جالبی که از داده ها به دست آمد، مراقبت و حمایت از مادر بود.

شرکت کننده شماره ۱۰ در جلسه مصاحبه بیان کرد که «تقریباً هر روز مامانم ناراحت می شه و خودش رو توی اتاقش حبس می کنه. وقتی می رم توی اتاقش، خیلی تاریک و گرفته ست. پنجره ها رو باز می کنم تا هوا عوض بشه و سعی می کنم راضیش کنم از تخت بلند شه، چون فکر می کنم اون جووری حالش بدتر می شه. اولش اصلاً گوش نمی ده، ولی وقتی خیلی اصرار می کنم، بلند می شه. این کارا واقعاً منو خسته می کنه.»

ترس

ترس و اضطراب مسئله‌ای بود که که شرکت‌کنندگان با آن دست‌وپنجه نرم می‌کردند.

شرکت‌کننده شماره ۵ از تجربه خود می‌گوید «بیشتر وقتا نگرانم که نکنه خوب نباشم یا کاری رو درست انجام ندم. همیشه از برادرم می‌پرسم که همه‌چی خوبه یا نه. حتی یادمه یه بار که می‌خواستم توی یه کارگروهی در مدرسه شرکت کنم، اون قدر استرس داشتم که چند شب خوابم نمی‌برد.»

خلق پایین

شرکت‌کننده شماره ۱۰ بیان کرد که «توی خونه و حتی وقتی بین بقیه هستم، معمولاً بی‌حوصله‌ام. احساس می‌کنم تنهایی رو بیشتر دوست دارم. حتی وقتی دوستام می‌خندن یا شوخی می‌کنن، من فقط برای این که ناراحت نشن، الکی می‌خندم، ولی ته دلم خوشحال نیستم.»

گوشه‌گیری

گوشه‌گیری زیر مضمونی بود که شرکت‌کنندگان دلیل آن را والد افسرده خود می‌دانستند. «وقتی کسی مارو به جشن یا دوره‌می دعوت می‌کنه، معمولاً یه بهونه میارم که نرم. از شلوغی و سروصدا خوشم نمیاد و ترجیح می‌دم خونه تنها باشم.» (شرکت‌کننده شماره ۳)

بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق هدف پژوهش، بررسی تجربه زیسته فرزندان دارای والدین با اختلال افسردگی بود. بررسی مضامین یافت‌شده در این مطالعه نشان می‌دهد تأثیر افسردگی والدین فراتر از فرد مبتلاست. به عبارت دیگر، این اختلال نه تنها به خود شخص افسرده آسیب می‌زند، بلکه کل خانواده و به‌ویژه فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند موجب اختلال در ساختار خانوادگی و روابط درون‌نظام خانواده شود (دهقان بنادکی، ۱۴۰۲). این نتیجه با بسیاری از مطالعات انجام‌شده در این حوزه از جمله بارکر (۲۰۱۳)؛ کولیشا و همکاران (۲۰۱۶)؛ داونداسکارا و همکاران (۲۰۲۱)؛ گودمن و همکاران (۲۰۲۰)؛ ویس و لیونگ، (۲۰۲۱)؛ لیب و همکاران، (۲۰۰۲)؛ لسین، (۲۰۰۳)؛ هامن و همکاران (۲۰۱۲)؛ هایننگتون و همکاران (۲۰۱۰)؛ کانگ و همکاران (۲۰۲۰)؛ کیم و همکاران (۲۰۲۴)؛ راکو و همکاران (۲۰۰۹)؛ مایرز و همکاران (۲۰۲۳)؛ اولفسون و همکاران (۲۰۰۳)؛ رینگوت و همکاران (۲۰۱۵) هم‌راستا و هم‌سو است.

یافته‌های این پژوهش که بر فرزندان ۱۲ تا ۱۷ ساله تمرکز داشته، نشان داد افسردگی والدین از راه‌های مختلفی بر عملکرد روانی-اجتماعی فرزندان اثر می‌گذارد؛ از جمله در حوزه‌های عاطفی، رفتاری، شناختی و تعاملی. به همین دلیل، این تأثیرات

چنین گفت: «مامانم خیلی وقتایی حال و غمگینه، کاری نمی‌کنه و بیشتر تنه‌است. این باعث می‌شه من ناراحت و ناامید بشم، چون نمی‌دونم باید چی کار کنم یا چطوری کمکش کنم.»

فقدان مهارت‌های زندگی

چهارمین مضمون اصلی استخراج‌شده از تجربه زیسته فرزندان دارای والد افسرده، فقدان مهارت‌های زندگی بود که ۳ مضمون فرعی را دربر می‌گیرد.

اعتمادبه‌نفس پایین

از آنجایی که فرزندان در دوران کودکی و نوجوانی از والدین خود الگوبرداری می‌کنند و اعتمادبه‌نفس کافی را از آن‌ها می‌گیرند. شرکت‌کنندگان دارای والدین افسرده اعلام کردند که اعتمادبه‌نفس کمی دارند و این نشأت گرفته از پیام‌های والد آن‌ها است.

شرکت‌کننده شماره ۷ گفت: «هر وقت می‌خواستم یه کاری بکنم، مامانم می‌گفت نمی‌تونم یا خراب می‌کنی. این باعث شد کم‌کم باور کنم که واقعاً نمی‌تونم هیچ کاری رو درست انجام بدم.»

نبود جرات‌ورزی

شرکت‌کننده شماره ۱ گفت: «احساس می‌کنم چون مامانم همیشه ناراحت بود یا بهم انرژی منفی می‌داد، منم کم‌کم یاد گرفتم از خیلی چیزا دوری کنم. بیشتر وقتا تنها می‌مونم، خودمو کنار می‌کشم و نمی‌رم وسط ماجرا. انگار بلد نیستم از خودم دفاع کنم. چند بار به خاطر همین اخلاقم، توی بعضی موقعیت‌ها شکست خوردم و بعدش کلی خودمو سرزنش کردم.»

تصمیم‌گیری

شرکت‌کنندگان بیان کردند که وقتی باید تصمیمی بگیرند، معمولاً دچار سردرگمی و اضطراب می‌شوند.

شرکت‌کننده شماره ۵ گفت: «وقتی می‌خوام یه تصمیم بگیرم، اصلاً نمی‌تونم تمرکز کنم، حس می‌کنم اگه انتخاب کنم، یه چیز بد اتفاق می‌افته. فکر می‌کنم بلد نیستم درست تصمیم بگیرم. شاید به خاطر اینه که خونه‌مون وقتی یه چیزی می‌خواستیم بگیریم یا تصمیمی بگیریم، مامانم زود ناراحت می‌شد، گریه می‌کرد یا می‌ترسید. این باعث شده منم از تصمیم گرفتن بترسم، حتی توی مدرسه یا بین دوستام.»

اثرات روانشناختی افسردگی والد بر فرزند

پنجمین و آخرین مضمون اصلی از تحلیل و بررسی مصاحبه‌ها اثرات روانشناختی والد بر فرزند بود که شامل سه مضمون فرعی ترس و اضطراب، خلق پایین و گوشه‌گیری می‌باشد.

فاصله گرفته و دیوار عاطفی بین خود و فرزندانشان ایجاد می‌کنند که خود باعث افزایش احساس گناه در فرزندان می‌شود (بک، ۱۹۹۶). مطالعات نشان داده‌اند والدین افسرده علاوه بر استفاده بیشتر از القای گناه، به دلیل وضعیت شناختی و عاطفی مغرضانه خود، این احساس را به صورت مکرر و بار سنگین بر دوش فرزندان تحمیل می‌کنند.

راکو و همکاران (۲۰۰۹) بیان کرده‌اند القای گناه مزمن می‌تواند باعث شود فرزندان در تمایز بین مشکلاتی که خود ایجاد کرده‌اند و مشکلاتی که خارج از کنترلشان است، دچار سردرگمی شوند و بار مسئولیت افسردگی والدین را بی‌وقفه بر دوش کنند. **دونالتی و همکاران (۲۰۰۷)** دو نوع القای گناه در والدین افسرده را شناسایی کردند: برانگیختن خودخواهانه که اغراق در فداکاری والدین است و تلاش برای خاموش کردن استقلال فرزندان و تحقیر که شامل ایجاد احساس گناه حتی در زمانی است که کودک مقصر نیست. این پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند القای گناه در دوران کودکی آسیب‌زاتر از بزرگسالی است، زیرا کودکان منابع شناختی و مهارت‌های حل مسئله کافی برای تمایز بین آسیب‌های خودساخته و آسیب‌های بیرونی ندارند (**سابو و لوویبونو، ۲۰۰۴**). پذیرش سرزنش ممکن است تا نوجوانی ادامه یابد و در همراهی با القای گناه بالای مادر افسرده، کودکان ممکن است خود را مقصر اصلی افسردگی والدین بدانند، که این امر می‌تواند به درماندگی آموخته‌شده منجر شود (**دونالتی و همکاران، ۲۰۰۷**). از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد فرزندان که تاب‌آوری و درک بالاتری نسبت به بیماری والد دارند، تا حدی از آسیب‌های ناشی از القای گناه محافظت می‌شوند و تلاش می‌کنند از والد افسرده خود حمایت کنند، به امید بهبود وضعیت والد (**ماکوا، ۲۰۱۴**).

سومین مضمون اصلی عکس‌العمل فرد در برابر افسردگی والد گاهی همدلی و تشویق، و گاهی استرس و ناامیدی است (**ماکوا، ۲۰۱۴**). اگرچه همدلی معمولاً یک ویژگی انطباقی است، فرزندان که به احساسات مادر افسرده خود با سطوح بالایی از حساسیت همدلانه پاسخ می‌دهند، ممکن است به‌ویژه در برابر ایجاد مشکلات درونی از طریق درگیری بیش از حد در احساسات والدین خود آسیب‌پذیر باشند. **ژان و وان ۹۶ (۲۰۱۲)** مسیرهای مجزایی را پیشنهاد کردند که از طریق آن‌ها همدلی می‌تواند سازگار یا ناسازگار باشد. تصور می‌شود تجارب اجتماعی‌پذیری مثبت والدین، خودتنظیمی خوب و حداقل ناملایمات محیطی مسیری سازگار را تسهیل می‌کنند که به موجب آن همدلی، نگرانی‌های دیگر را برمی‌انگیزد که به کنش اجتماعی و پیامدهای روانی اجتماعی مثبت منجر می‌شود. با قرار گرفتن مزمن در معرض افسردگی مادر، پاسخ‌های همدلانه فرزندان برای کمک به مادر، احساسات ناسازگاری همچون اضطراب، غم و اندوه، احساس گناه و سرزنش خود را برمی‌انگیزد و باعث ایجاد رفتارهای نوع

را می‌توان در نحوه برقراری ارتباط فرزندان با دیگران، واکنش به رویدادهای زندگی، شیوه تجربه احساسات و الگوهای فکری آن‌ها مشاهده و تحلیل کرد (**الیوت، ۲۰۰۹؛ نای، ۲۰۱۰؛ پاپ، ۲۰۰۰؛ ولتی، ۲۰۱۱**). واضح است تأثیر افسردگی والدین بر فرزندان نقش بسزایی در نحوه تجربه فرزندان از تعامل خود با والدین دارد. از این نظر، تجربیات این فرزندان که با والد افسرده خود زندگی می‌کنند و یا به نحوی در ارتباط هستند، تأثیر منفی از نظر تعاملی، عاطفی، شناختی و رفتاری دارد. در طی مصاحبه با شرکت‌کنندگان پنج مضمون اصلی از مصاحبه‌ها استخراج گردید. مضمون‌های اصلی شامل فضای زندگی، اثرات افسردگی والد بر زندگی فرد، عکس‌العمل فرد در برابر افسردگی والد، فقدان مهارت‌های زندگی و اثرات روانشناختی افسردگی والد بر فرزند بود.

فضای زندگی، به‌عنوان اولین مضمون اصلی، شامل چهار زیرمضمون آشفتگی، پرخاشگری و عصبانیت، احساس تنهایی و موانع و مشکلات ارتباطی بود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد افسردگی والد تأثیر منفی و قابل توجهی بر فضای زندگی و اتمسفر روانی فرزندان دارد، به‌گونه‌ای که شرکت‌کنندگان احساسات مخرب و منفی متعددی را تجربه کردند. این نتایج با مطالعات **شلتون و هارلود ۹۳ (۲۰۰۸)** همسو است که تأکید کرده‌اند افسردگی والد به ناامنی رابطه بین فرزندان و والدین و اختلال در روابط خانوادگی منجر می‌شود که پیامدهای منفی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی فرزندان دارد. همچنین، یافته‌های ما با پژوهش **ماکوا ۹۴ (۲۰۱۴)** همخوانی دارد که نشان می‌دهد افسردگی والدین فضای ارتباطی میان والد و فرزند را مختل و مشوش می‌کند.

راکو و همکاران (۲۰۰۹) و **گودمن ۹۵ (۲۰۰۲)** در مطالعات خود نشان داده‌اند فرزندان والدین افسرده در مقایسه با فرزندان خانواده‌های غیرافسرده، در هر دو محیط خانه و بیرون، رفتارهای پرخاشیه‌تر، نمرات پایین‌تر در رشد ذهنی و حرکتی، خلق‌وخوهای دشوارتر و دل‌بستگی‌های ایمن کمتری به مادران خود دارند. البته برخی تفاوت‌ها در شدت این تأثیرات میان مطالعات مختلف مشاهده می‌شود که ممکن است ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، ابزارهای سنجش، یا ویژگی‌های جامعه آماری باشد. به‌طور کلی، این همسویی میان مطالعات داخلی و خارجی نشان‌دهنده اثرات چندجانبه افسردگی والد بر فضای زندگی فرزندان است.

مضمون اصلی دوم، اثرات افسردگی والد بر زندگی فرد، شامل دو زیرمضمون احساس گناه و مراقبت و پشتیبانی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد والدین افسرده به دلیل فقدان مهارت‌های فرزندپروری سازگارانه و استفاده مکرر از یادآوری‌های منفی و سبک استناد درونی، احساس گناه را در فرزندان تقویت می‌کنند (**راکو، ۲۰۱۱**). همچنین، گاهی مادران افسرده از لحاظ عاطفی

93. Shelton, K & Harold, G.

94. Makuwa, M.

95. Goodman

96. Zahn, C & Van.

(هامن و همکاران، ۲۰۱۲) و اغلب در برابر علائم والدین احساس مسئولیت می‌کنند **(کوروس و همکاران، ۲۰۲۰)**، باین حال بسیاری از فرزندان والدین افسرده خودشان به افسردگی مبتلا نمی‌شوند **(کولیشا و همکاران، ۲۰۱۶)**. طبق پژوهش‌های متعدد والدین افسرده معمولاً دارای پرخاشگری زیاد و عدم کنترل تکانه هستند **(لورکا و همکاران، ۲۰۱۶)**؛ **هاشمی و کشاورز، ۱۴۰۳** و همین ویژگی والدین یکی از دلایل انزوا و گوشه‌گیری فرزندان می‌باشد **(رابین و بارگس، ۲۰۰۲)**.

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، تأثیرات مخرب اختلال افسردگی والدین می‌تواند سبب ایجاد مشکلات و شرایط سختی برای فرزندان شود؛ مشکلاتی که تنها در حیطه اختلالات اعصاب و روان قرار نمی‌گیرند، بلکه ابعاد هیجانی، رفتاری، تحصیلی و اجتماعی آنان را نیز دربر می‌گیرند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که پژوهش تنها بر تجربه زیسته فرزندان ۱۲ تا ۱۷ ساله والدین مبتلا به افسردگی در یک محدوده جغرافیایی خاص متمرکز بوده و این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی یا مناطق دیگر را محدود سازد. همچنین، استفاده از روش کیفی و نمونه‌گیری هدفمند باعث می‌شود نتایج الزاماً قابل تعمیم به کل جامعه نباشد. علاوه بر این، باتوجه به ماهیت موضوع، برخی شرکت‌کنندگان ممکن است در بیان کامل و دقیق تجربه‌های خود با محدودیت‌هایی مواجه شده باشند.

در بخش کاربردی، براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود آموزش‌های مرتبط با سلامت روان والدین و تأثیر آن بر فرزندان در برنامه‌های فرزندپروری و کارگاه‌های آموزشی والدگری گنجانده شود و مداخلات حمایتی و روان‌شناختی ویژه برای فرزندان والدین افسرده با هدف کاهش اثرات منفی هیجانی، رفتاری و اجتماعی طراحی گردد. همچنین، همکاری میان مراکز بهداشتی، آموزشی و خدمات اجتماعی برای شناسایی زود هنگام این فرزندان و ارائه حمایت‌های هدفمند می‌تواند نقش مؤثری در کاهش پیامدهای منفی ایفا کند.

در بخش پژوهشی، انجام مطالعات کیفی مشابه در گروه‌های سنی دیگر، به‌ویژه جوانان و بزرگسالان، به منظور بررسی تداوم یا تغییر اثرات افسردگی والدین در مراحل مختلف زندگی توصیه می‌شود. گسترش دامنه جغرافیایی نمونه‌گیری به مناطق و فرهنگ‌های متنوع‌تر، انجام پژوهش‌های ترکیبی کیفی و کمی، و ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی و روان‌شناختی در کاهش پیامدهای منفی افسردگی والدین از دیگر مسیرهایی است که می‌تواند به غنای دانش موجود در این حوزه بیفزاید.

دوستانه «پرهزینه» می‌شود. غمگینی، گوشه‌گیری، تحریک‌پذیری و عصبانیت مادران افسرده باتوجه به پیامدهای آن‌ها برای اختلال در فرزندپروری و مراقبت، تهدیدی برای کودکان است **(کلارک، ۹۷ و همکاران، ۲۰۱۳)**، و کودکان بسیار همدل ممکن است به‌ویژه نسبت به شیوه‌های فرزندپروری خشن و گوشه‌گیر مادرشان حساس باشند. همدلی عاطفی منفی و همدلی شناختی شاید به‌وضوح به مسیرهای همدلی ناسازگارانه در کودکان مادران افسرده مرتبط باشد. تمایل به «پذیرفتن» غمگینی و تحریک‌پذیری مادر افسرده ممکن است در رشد مهارت‌های تنظیم هیجان مؤثر کودکان اختلال ایجاد کند و کودکان با این تمایلات همدلی عاطفی منفی ممکن است در واکنش به افسردگی مادرشان مستعد برانگیختگی غیرقابل تنظیم، هوشیاری بیش از حد و خود پریشانی باشند. کودکانی که تمایل به همدلی شناختی دارند ممکن است سعی کنند احساسات مادر و دلایل نوسانات در احساسات او را درک کنند و بنابراین ممکن است مستعد ایجاد پاسخ‌های گناه و سرزنش خود به احساسات او باشند **(دونالتی و همکاران، ۲۰۰۷)**. به این ترتیب، همدلی عاطفی منفی و همدلی شناختی ممکن است مسیرهای همدلی ناسازگاری را ایجاد کند که به مشکلات درونی منجر شود. همچنین طبق پژوهش‌هایی که انجام شده است، افسردگی والد می‌تواند میزان استرس و اضطراب فرزندان را بالا ببرد. در این زمینه می‌توان به تحقیقات، **(کانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ داونداسکارا، ۲۰۲۱؛ بارکر، ۲۰۱۳)** اشاره کرد.

فقدان مهارت‌های زندگی شرکت‌کنندگان دارای والد افسرده از دیگر یافته‌های این پژوهش بود. یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند فرزندان که با والد افسرده زندگی می‌کنند از اعتماد به نفس و عزت نفس کمتری برخوردار هستند، یکی از دلایل آن ارتباط ضعیف والد-فرزندی می‌باشد **(مان و لی، ۹۸، ۲۰۲۳)**. از آنجایی که سبک فرزندپروری بر مهارت جرأت‌ورزی فرزندان تأثیرگذار می‌باشد، معمولاً سبک فرزندپروری والدین افسرده سخت‌گیرانه و مستبدانه است، طبق نتایج تحقیقات فرزندپروری مستبدانه والدین باعث کاهش مهارت جرأت‌ورزی در فرزندان می‌شود **(رجبی و همکاران، ۱۴۰۰؛ خامن و احمدی قطاب، ۱۳۸۹)**. همچنین **مایرز و همکاران ۹۹ (۲۰۲۳)** در تحقیق خود تحت عنوان (انتقال به بزرگسالی در کودکان والدین افسرده) نشان دادند فرزندان والدین افسرده در موقعیت‌های مختلف قدرت تصمیم‌گیری پایینی دارند و نمی‌توانند در نقش رهبری ظاهر شوند.

آخرین مضمون اصلی که از این پژوهش استخراج گردید، اثرات روان‌شناختی افسردگی والد بر فرزند بود که شامل خلق پایین و گوشه‌گیری بود. فرزندان والدین افسرده در معرض خطر بیشتری برای افسردگی و تجربه مداوم عوامل استرس‌زا هستند

97. Clark, C& et al
98. Mun I & lee J
99. Myers, T & et al

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش، رعایت اصول اخلاقی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود. تمامی شرکت‌کنندگان به صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و پیش از آغاز، اطلاعات کاملی درباره اهداف پژوهش، روش اجرا و حقوق خود (از جمله حق انصراف در هر زمان بدون هرگونه تبعات) دریافت نمودند. هویت شرکت‌کنندگان محرمانه نگهداشته شد و داده‌ها به صورت ناشناس تحلیل گردید تا حریم خصوصی آنان به طور کامل حفظ شود.

حامی مالی

این مطالعه دارای کد پژوهشی (CEJ-UAM-00098321) بوده و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگان که با صرف وقت و اشتراک تجربیات ارزشمند خود در این پژوهش مشارکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

- Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Sno, H., & Johnson, S. (2020). The experience of loneliness among young people with depression: A qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry*, 20, 1-23. [DOI:10.1186/s12888-020-02818-3] [PMID]
- Barker, E. D. (2013). The duration and timing of maternal depression as a moderator of the relationship between dependent interpersonal stress, contextual risk and early child dysregulation. *Psychological Medicine*, 43(8), 1587-1596. [DOI:10.1017/S0033291712002450] [PMID]
- Beck, C. T. (1996). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 45(2), 98-104. [DOI:10.1097/00006199-199603000-00008] [PMID]
- Beckerman, N. L. (2001). Couple therapy and depression: Assessment and treatment approaches. *Family Therapy*, 28(1), 19-29. [Link]
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 243-255. [Link]
- Clark, C. L., John, N. S., Pasca, A. M., Hyde, S. A., Hornbeak, K., & Abramova, M., et al. (2013). Neonatal CSF oxytocin levels are associated with parent report of infant soothability and sociability. *Psychoneuroendocrinology*, 38(7), 1208-1212. [DOI:10.1016/j.psyneuen.2012.10.017] [PMID]
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., & Craddock, N., et al. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: A prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57. [DOI:10.1016/S2215-0366(15)00358-2] [PMID]
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE. [Link]
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., & Yu, W., et al. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 30. [DOI:10.1038/s41392-024-01738-y] [PMID]
- Daly, M., Sutin, A. R., & Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017-2018 and March and April 2020. *Journal of Affective Disorders*, 278, 131-135. [DOI:10.1016/j.jad.2020.09.065] [PMID]
- Donatelli, J. L., Bybee, J. A., & Buka, S. L. (2007). What do mothers make adolescents feel guilty about? Incidents, reactions, and relation to depression. *Journal of Child and Family Studies*, 16(5), 695-706. [DOI:10.1007/s10826-006-9130-1]
- Daundasekara, S. S., Beauchamp, J. E., & Hernandez, D. C. (2021). Parenting stress mediates the longitudinal effect of maternal depression on child anxiety/depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 295, 33-39. [DOI:10.1016/j.jad.2021.08.002] [PMID]
- Dehghan Banadaki, S. (2024). Comparison of behavioral problems of children with and without visual impairment aged 3 to 6 years. *Journal of Childhood Health and Education*, 4(4), 143-152. [DOI:10.32592/jeche.4.4.143]
- Elliot, G. C. (2009). *Family Matters: The importance of the mattering to family in Adolescence*. United Kingdom: Wiley-Blackwell. [DOI:10.1002/9781444305784]
- Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., & Blow, F. C. (2004). Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 316-322. [DOI:10.1016/j.genhosppsych.2004.03.009] [PMID]
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington: American Psychological Association. [Link]
- Goodman, S. H., Simon, H. F. M., Shambraw, A. L., & Kim, C. Y. (2020). Parenting as a mediator of associations between depression in mothers and children's functioning: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 427-460. [DOI:10.1007/s10567-020-00322-4] [PMID]
- Haehner, P., Würtz, F., Kritzler, S., Kunna, M., Luhmann, M., & Woud, M. L. (2024). The relationship between the perception of major life events and depression: A systematic scoping review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. [DOI:10.1016/j.jad.2024.01.042] [PMID]
- Hammen, C., Hazel, N. A., Brennan, P. A., & Najman, J. (2012). Intergenerational transmission and continuity of stress and depression: Depressed women and their offspring in 20 years of follow-up. *Psychological Medicine*, 42(5), 931-942. [DOI:10.1017/S0033291711001978] [PMID]
- Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 88-95. [DOI:10.1016/j.infbeh.2009.11.004] [PMID]
- Hashemi, Y., & Keshavarz, S. (2025). The relationship between mothers' emotional intelligence and aggressive behaviors in preschool children: The mediating role of children's emotion regulation. *Journal of Childhood Health and Education*, 6(2). [DOI:10.61838/kman.ijecs.6.3.4]
- Hoseini, S. M., Kakavand, A., & Shiri, E. (2025). [Effectiveness of filial therapy in maternal sensitivity and parental stress of preschool children with emotional and behavioral problems in District 10 of Tehran during the COVID-19 pandemic (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 5(4), 196-213. [DOI:10.32592/jeche.5.4.196]
- Jacob, T., & Johnson, S. (2001). Sequential interactions in the parent-child communications of depressed fathers and depressed mothers. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 38-52. [DOI:10.1037/0893-3200.15.1.38] [PMID]
- Kang, S. Y., Kim, H. B., & Sunwoo, S. (2020). Association between anemia and maternal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 122, 88-96. [DOI:10.1016/j.jpsychires.2020.01.001] [PMID]
- Kantipudi, V. (2023). The Effect of Environmental Factors on Depression. *Journal of Student Research*, 12(4). [DOI:10.47611/jsrhs.v12i4.5663]

- Katz, J., Beach, S. R. H., & Joiner, T. E. (1999). Contagious depression in dating couples. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(1), 1-13. [DOI:10.1521/jscp.1999.18.1.1]
- Kendall, K. M., Van Assche, E., Andlauer, T. F. M., Choi, K. W., Luykx, J. J., & Schulte, E. C., et al. (2021). The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine, 51*(13), 2217-2230. [DOI:10.1017/S0033291721000441] [PMID]
- Khamen, A. B. Z., & AhmadiGatab, T. (2011). Parenting style and self-assertiveness: effects of a training program on self-assertiveness of Iranian high school girls. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1945-1950. [DOI:10.1016/j.sbspro.2011.10.378]
- Kim, S. I., Kim, S. M., Park, S. J., Song, J., Lee, J., & Kim, K. H., et al. (2024). Association of parental depression with adolescent children's psychological well-being and health behaviors. *BMC Public Health, 24*(1), 1412. [DOI:10.1186/s12889-024-18337-9] [PMID]
- Kouros, C. D., Wee, S. E., Carson, C. N., & Ekas, N. V. (2020). Children's self-blame appraisals about their mothers' depressive symptoms and risk for internalizing symptoms. *Journal of Family Psychology, 34*(5), 534. [DOI:10.1037/fam0000639] [PMID]
- Lesesne, C., Visser, S., & White, C. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources. *Pediatrics, 111*(5), 1232-1237. [DOI:10.1542/peds.111.S1.1232] [PMID]
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(3), 223-234. [DOI:10.1016/j.pedn.2012.07.014] [PMID]
- Lewis, G., Neary, M., Polek, E., Flouri, E., & Lewis, G. (2017). The association between paternal and adolescent depressive symptoms: Evidence from two population-based cohorts. *The Lancet Psychiatry, 4*(12), 920-926. [DOI:10.1016/S2215-0366(17)30408-X] [PMID]
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry, 59*(4), 365-374. [DOI:10.1001/archpsyc.59.4.365] [PMID]
- Llorca, A., Malonda, E., & Samper, P. (2016). The role of emotions in depression and aggression. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 21*(5), e559. [DOI:10.1016/S2215-0366(17)30408-X] [PMID]
- MacFarlane, M. M. (2003). Systemic treatment of depression: An integrative approach. *Journal of Family Psychotherapy, 14*(1), 43-61. [DOI:10.1300/J085v14n01_05]
- Makuwa, M. G. (2014). *Exploring Experiences of Adolescents Living with a Depressed Parent*. Pretoria: University of South Africa (South Africa). [Link]
- Marwaha, S., Palmer, E., Suppes, T., Cons, E., Young, A. H., & Uptegrove, R. (2023). Novel and emerging treatments for major depression. *The Lancet, 401*(10371), 141-153. [DOI:10.1016/S0140-6736(22)02080-3] [PMID]
- Masoudi, Z. S., & Shakeri, I. (2021). The Effectiveness of the Treatment Based on acceptance and commitment of depression therapy and cognitive fusion of mothers whom children suffer from Attention Deficit/Hyperactivity Disorders. *Journal of Childhood Health and Education, 2*(1), 15-27. [Link]
- McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., & Goldberg, J. F., et al. (2023). Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry, 22*(3), 394-412. [DOI:10.1002/wps.21120] [PMID]
- Movahednejad, M., Hosseinasab, S. D., & Alivandi Vafa, M. (2023). Investigating the effectiveness of positive parenting group training for parents on the level of aggression, anxiety, and depression of mothers with children aged 4 to 7 years. *Journal of Childhood Health and Education, 4*(2), 25-33. [DOI:10.32592/jeche.4.2.25]
- Mun, I. B., & Lee, S. (2023). The impact of parental depression on children's smartphone addiction: A serial mediation model with parental neglect and children's self-esteem. *Social Science Computer Review, 41*(1), 217-233. [DOI:10.1177/08944393211037579]
- Muscroft, J., & Bowl, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: Implications for professional support. *Counselling Psychology Quarterly, 13*(1), 117-134. [DOI:10.1080/09515070050011105]
- Myers, T. L., Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2023). The transition to adulthood in children of depressed parents: Long-term follow-up data from the family talk preventive intervention project. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 3313. [DOI:10.3390/ijerph20043313] [PMID]
- National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children, England, M. J., & Sim, L. J. (Eds.). (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. National Academies Press (US). [DOI:10.17226/12565] [PMID]
- Nay, W. R. (2010). *Overcoming anger in your relationship. How to break the cycle of arguments, put-downs, and stony silences*. New York: Guilford Press. [Link]
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Pincus, H. A., & Weissman, M. M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care, 41*(6), 716-721. [DOI:10.1097/01.MLR.0000064642.41278.48] [PMID]
- Papp, P. (2000). Gender differences in depression. In P. Papp (Ed.), *Couples on the fault line: New directions for therapists* (pp. 130-151). New York: Guildford. [Link]
- Rajabi Jourshari, R., Mohammadi Arya, A., Alavizadeh, S. M., Entezari, S., Hosseinkhanzadeh, A. A., & Amirzadeh, S. M. (2022). Structural Relationships Between Assertiveness and Parenting Styles With Mediating Self-esteem and Anxiety of Singleton Children. *Iranian Rehabilitation Journal, 20*(4), 539-548. [DOI:10.32598/irj.20.4.1584.1]

- Rakow, A., Forehand, R., Haker, K., McKee, L. G., Champion, J. E., & Potts, J., et al. (2011). Use of parental guilt induction among depressed parents. *Journal of Family Psychology, 25*(1), 147. [DOI:10.1037/a0022110] [PMID]
- Rakow, A., Forehand, R., McKee, L., Coffelt, N., Champion, J., & Fear, J., et al. (2009). The relation of parental guilt induction to child internalizing problems when a caregiver has a history of depression. *Journal of Child and Family Studies, 18*, 367-377. [DOI:10.1007/s10826-008-9239-5] [PMID]
- Rauf, T., & Freese, J. (2024). Genetic influences on depression and selection into adverse life experiences. *Social Science & Medicine, 344*, 116633. [DOI:10.1016/j.socscimed.2024.116633] [PMID]
- Ringoot, A. P., Tiemeier, H., Jaddoe, V. W., So, P., Hofman, A., & Verhulst, F. C., et al. (2015). Parental depression and child well-being: young children's self-reports helped addressing biases in parent reports. *Journal of Clinical Epidemiology, 68*(8), 928-938. [DOI:10.1016/j.jclinepi.2015.03.009] [PMID]
- Rodrigues, M., Sokolovic, N., Madigan, S., Luo, Y., Silva, V., & Misra, S., et al. (2021). Paternal Sensitivity and Children's Cognitive and Socioemotional Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Child Development, 92*(2), 554-577. [DOI:10.1111/cdev.13545] [PMID]
- Rubin, K. H., & Burgess, K. B. (2002). *Parents of aggressive and withdrawn children*. College Park: University of Maryland. [Link]
- Sandberg, J. G., Miller, R. B., & Harper, J. M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations, 51*, 256-264. [DOI:10.1111/j.1741-3729.2002.00256.x]
- Scholevar, G. P., Schwoeri, L. D., & Jarden, H. (2003). Depression and the family. Interpersonal context and family functioning. In G. Prrooz Scholevar (Ed.), *Textbook of family & couples therapy: Clinical applications* (pp. 619-636). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. [Link]
- Shadrina, M., Bondarenko, E. A., & Slominsky, P. A. (2018). Genetics factors in major depression disease. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 334. [DOI:10.3389/fpsy.2018.00334] [PMID]
- Shelton, K. H., & Harold, G. T. (2008). Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology, 22*(5), 712. [DOI:10.1037/a0013515] [PMID]
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal, 8*(27), 31-43. [Link]
- Silberg, J. L., Maes, H., & Eaves, L. J. (2010). Genetic and environmental influences on the transmission of parental depression to children's depression and conduct disturbance: An extended Children of Twins study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(6), 734-744. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2010.02205.x] [PMID]
- Silverstein, M., Augustyn, M., Cabral, H., & Zuckerman, B. (2006). Maternal depression and violence exposure: Double jeopardy for child school functioning. *Pediatrics, 118*(3), 792-800. [DOI:10.1542/peds.2005-1841] [PMID]
- Soleymani, Z., Barzegar, M., Javidi, H., & Kouroshnia, M. (2024). [Explanation of the causal model of marital turmoil based on communication patterns, marital relations, and depression among couples with children under 10 years old (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education, 5*(1), 1-9. [DOI:10.32592/jech.5.1.109] [PMID]
- Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2004). The cognitive content of thought-listed worry episodes in clinic-referred anxious and nonreferred children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 33*(3), 613-622. [DOI:10.1207/s1537442jccp3303_18] [PMID]
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet, 400*(10352), 617-631. [DOI:10.1016/S0140-6736(22)01012-1] [PMID]
- Vanousova, N. (2023). Parental Depression and Children's Negative Emotions: Testing the Mediating and Buffering Role of Parental Responsiveness [PhD dissertation]. Auckland: University of Auckland. [Link]
- Wachs, T. D., Black, M. M., & Engle, P. L. (2009). Maternal depression: A global threat to children's health, development, and behavior and to human rights. *Child Development Perspectives, 3*(1), 51-59. [DOI:10.1111/j.1750-8606.2008.00077.x]
- Weiss, S. J., & Leung, C. (2021). Maternal depressive symptoms, poverty, and young motherhood increase the odds of early depressive and anxiety disorders for children born prematurely. *Infant Mental Health Journal, 42*(4), 586-602. [DOI:10.1002/imhj.21924] [PMID]
- Welty, J. P. (2011). *Psychology of anger: Symptoms, cause and coping*. New York: Nova. [Link]
- Whiffen, V. E. (2005). Disentangling causality in the associations between couple and family process and depression. In W. Pinsoff & J. L. Lebow (Eds.), *Family psychology: The art of the science* (pp. 375-395). Oxford: Oxford University Press. [DOI:10.1093/oso/9780195135572.003.0016]
- Zahn-Waxler, C., & Van Hulle, C. (2012). Empathy, guilt, and depression: When caring for others becomes costly to children. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 321-344). Oxford: Oxford University Press. [DOI:10.1093/acprof:oso/9780199738571.003.0224]