

## بررسی میزان شیوع و شدت افسردگی در دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر ارومیه

دکترزکیه رستم زاده<sup>۱</sup>، دکتر رحیم خلیل زاده<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت ۸۶/۴/۷، تاریخ پذیرش ۸۶/۶/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلات جوانان و نوجوانان افسردگی است. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها، بی افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است. افسردگی منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می شود. هدف از اجرای این طرح تعیین میزان شیوع و شدت افسردگی در بین دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر ارومیه است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه پیمایشی زمینه ای و از نوع اپیدمیولوژیک به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۳۰۲۳ دانش آموز دبیرستان های شهر ارومیه انجام گرفت. شیوع و شدت افسردگی با استفاده از پرسشنامه آزمون بک انجام و داده ها از طریق تکمیل پرسشنامه جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آمار توصیفی، آزمون مجذور کا، آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون Spearman's rho انجام گرفت.

**یافته ها:** نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می دهد که میزان شیوع کلی افسردگی در بین دانش آموزان دختر شهر ارومیه مورد پژوهش ۶۸/۱٪ بود و شدت افسردگی در آنان به ترتیب افسردگی خفیف برابر ۱۹/۳٪، افسردگی متوسط برابر ۳۲/۵٪ و افسردگی شدید برابر ۱۶/۴٪ بود میزان شیوع افسردگی در بین دانش آموزان به سن، رشته تحصیلی، وضعیت منزل مسکونی از نظر مالکیت، شغل پدر و مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر، درآمد ماهیانه خانواده و ارتباط عاطفی بین والدین بستگی دارد ( $P < 0/05$ ) همچنین شدت افسردگی در دانش آموزان با سن، وضعیت منزل مسکونی از نظر مالکیت، شغل پدر و مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر، میزان درآمد ماهیانه خانواده و ارتباط عاطفی بین والدین ارتباط آماری معنی داری دارد ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** وجود افسردگی در بین جامعه دانش آموزی کشور نشان از عدم توجه جدی اولیای خانه و مدرسه به موضوع داشته و عوارض ناشی از آن می تواند به آینده نسل جوان صدمات جبران ناپذیری وارد نماید. اجرای کارگاه ها و برنامه های آموزشی برای دانش آموزان، والدین و معلمان می تواند در این زمینه کارساز باشد. حضور متخصصان روان شناسی در مدارس به عنوان مشاور خانه و مدرسه یکی از برنامه های موثر حمایتی است که انشاءالله مورد توجه مسئولین نظام آموزشی قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** شیوع، شدت، افسردگی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پنجم، شماره دوم، ص ۱۸ - ۱۲، تابستان ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه - دانشکده پزشکی

۱- استادیار گروه میکروبیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

۲- استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

سلامت روانی از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از اصول اولیه مراقبت های بهداشت روانی قلمداد می شود (۱). از لحاظ روانشناسی ژنتیک در چرخه تحول آدمی، دوره ای که بین کودکی و بزرگسالی قرار می گیرد به دوره نوجوانی موسوم است (۲). نوجوانی، دوره ای از رشد، همراه با تغییرات برجسته می باشد که شامل عبور شخص از مرحله طفولیت به بزرگسالی است. و طیف سنی ۱۱-۲۰ سال را در بر می گیرد. در طی این دوره، تغییرات فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی صورت می گیرد (۳). رشد شخصیتی و شناختی نوجوان به صورت تغییرات در نحوه تفکر، به صورت انتزاعی، مفهومی و آینده نگر شدن می باشد و بسیاری از نوجوانان در این دوره خلاقیت قابل ملاحظه ای از خود نشان می دهند. طی این دوره، تغییرات فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی صورت می گیرد (۳). رشد شخصیتی و شناختی نوجوان به صورت تغییرات در نحوه تفکر، به صورت انتزاعی، مفهومی و آینده نگر شدن می باشد و بسیاری از نوجوانان در این دوره خلاقیت قابل ملاحظه ای از خود نشان می دهند. نوجوان به تدریج ارزش های گوناگونی را از منابع متفاوت، وارد نظام اعتقادی خود می کند و این نظام اعتقادی برای تطابق با واقعیت های زندگی جدید باید انعطاف پذیری، تغییر و تکامل داشته باشد. وقتی نوجوان احساس استقلال می کند و خانواده پختگی و بالندگی در حال ظهور نوجوان را تشویق و حمایت می کند، او برای این سئوالات که (من کیستم؟ به کجا می روم؟) پاسخی درخور می یابد. تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویش است (۴). این تحول و دگرگونی در مواردی می تواند خطر آفرین باشد و صدمه و آسیبی برای افراد پدید آورد. بگفته یک روان شناس در دوره نوجوانی به احتمال زیاد رنج درونی، فشار عاطفی، نگرانی، ترس، آشفتگی و احساس گناه شدیدتر از دوران های دیگر است (۵). در این دوره نوجوان ها بی نهایت نسبت به عقاید همتهای خود اهمیت قائلند و دائم خود را با دیگران مقایسه می کنند و هرگونه انحراف از الگوهای مورد انتظار، واقعی یا خیالی، ممکن است موجب احساس حقارت، پایین بودن احترام به نفس و از دست دادن اعتماد به نفس گردد (۶).

مساله بیماری روانی در آسیب شناسی نوجوانی حایز اهمیت زیادی است. یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلات جوانان و نوجوانان افسردگی است. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتیاهی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت،

توانایی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است. افسردگی منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می شود (۷). عواملی چون اتفاقات زندگی، شرایط و موقعیت ها، بیماری جسمی، شخصیت، الکل، جنسیت و ژن ها در بروز افسردگی نقش دارند. احتمال ابتلا به افسردگی از سنین کودکی تا کهنسالی وجود دارد اما در اغلب اوقات شروع علائم در نوجوانی و اوایل جوانی است (۹و۸). رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس، میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه جدایی والدین و استحکام روان شناختی فرد، برای هر نوجوان به طور جداگانه ای شکل می گیرد. نکته بسیار مهم این که، بسیاری از آسیب های روانی در دوران بزرگسالی، در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۱۰). سازمان بهداشت جهانی گزارش نمود که ۱۲۱ میلیون نفر از مردم جهان دچار افسردگی می باشند. ابتلا به افسردگی می تواند موجب خودکشی، اعتیاد، کاهش اعتماد به نفس و نتایج حاصل از آن، افت تحصیلی و در مجموع اختلال در عملکردهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه های هنگفتی را به جامعه تحمیل می نماید (۱۱). میزان شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان، و در مجردها، بویه ها و افراد مطلقه بیشتر از متاهلین می باشد (۱۲).

بیش از ۸۰ درصد بیماران افسرده خود را انسانی بی ارزش می دانند، به خصوص در زمینه هایی مثل هوش، موفقیت، اشتها، جذابیت، سلامتی و توانایی که برایشان بیشترین ارزش ها را دارد (۱۳). در کتاب های مرجع، در مورد شیوع بالای افسردگی (۲۰-۱۵٪) و نقش عوامل محیطی، چون وضعیت سکونت، اشتغال، سطح تحصیلات و ... در ایجاد آن تاکید شده است (۸). کشور ما، کشوری جوان می باشد و بیش از نیمی از جمعیت آن را افراد زیر ۱۸ سال تشکیل می دهند. در این میان دانش آموزان دبیرستانی که بالغ بر دو میلیون نفر می باشند، به عنوان متصدیان آینده جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردارند و بررسی مشکلات آنان و اقدام برای رفع آن ها انعکاس بسیار مثبتی بر کارکرد جامعه خواهد گذاشت (۱۴). طبق تحقیقات صورت گرفته حدود ۲۰ درصد دانش آموزان ایرانی افسرده هستند. بررسی دانش آموزان به لحاظ اهمیت آن از نظر بنیادی و کاربردی مورد توجه بسیاری از روان شناسان، مشاوران و علمای تعلیم و تربیت و متخصصان بهداشت روانی و سایر افرادی که به نحوی با دانش آموزان سر و کار دارند قرار گرفته است. کوشش در دستیابی به یافته هایی در این راه می تواند راهبردهای مهمی برای مراکز آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی به همراه داشته باشد و اطلاعات مهمی در

اختیار همه کسانی که به نوعی با آموزش و پرورش ارتباط دارند قرار دهد (۱۵).

## مواد و روش کار

این تحقیق از نوع پیمایشی زمینه ای بوده و نوع مطالعه آن اپیدمیولوژیک به روش توصیفی- مقطعی می باشد. نمونه گیری به شیوه آسان و سرشماری بوده و کلیه دختران دبیرستان های ناحیه یک و دو شهر ارومیه مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای همراه با یک پاسخ نامه تهیه و تنظیم شد و از طریق پرسشگران آموزش دیده در اختیار آزمودنی ها قرار داده شد. پرسشگران به پاسخگویان تذکر دادند آنچه را که در همان لحظه احساس می کنند با صداقت و دقت جواب دهند و روی هر سوال زیاد فکر نمایند و تنها احساس خود را بیان کنند. از آنجا که نوشتن نام آزمودنی ها ضروری نبوده است لذا می توان با اعتماد و اطمینان بیشتری به صحت و دقت جواب های آزمودنی ها نگاه کرده و بر آن تکیه نمود. پرسشنامه شامل دو قسمت بود: قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن، رشته تحصیلی، نوع مدرسه، نوع محل سکونت، نوع دین، شغل والدین و ... بود که به صورت مصاحبه تکمیل شد و قسمت دوم حاوی پرسشنامه آزمون بک<sup>۱</sup> است که توسط خود دانش آموز تکمیل شد. پرسشگران آموزش دیده پس از دریافت پرسشنامه تکمیل شده آن را بازبینی کرده و چنانچه پاسخگو به تمام سئوالات پاسخ داده باشد آن ها را جمع آوری و جهت ورود اطلاعات به بانک اطلاعات کامپیوتری به مجریان طرح تحویل دادند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از برنامه نرم افزار آماری SPSS و آزمون آمار توصیفی (محاسبه فراوانی- درصد فراوانی- رسم نمودار و جدول و محاسبه شاخص های پراکندگی) و روش های آمار توصیفی استنباطی شامل میانگین و انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی که برای بیان مشخصات واحدهای تحت پژوهش و تعیین میزان افسردگی آنان انجام شد. جهت بررسی روابط متغیرها با شیوع افسردگی از آزمون مجذور کا و از آزمون اسپیرمن<sup>۲</sup> ( برای تست وجود یا عدم وجود تفاوت معنا دار آماری بین شیوع و شدت افسردگی و سن، شغل والدین، میزان تحصیلات والدین، وضعیت سکونت، روابط عاطفی خانواده، میزان درآمد ماهیانه خانواده، تعداد

اعضای خانواده و ....) استفاده شد. برای اندازه گیری میزان شیوع و شدت افسردگی در دانش آموزان از پرسشنامه آزمون افسردگی بک<sup>۳</sup> استفاده گردید. در پاسخ نامه نمرات به ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ نوشته شده بود. پاسخگو، شماره پاسخ انتخابی خود را در جدول پاسخنامه علامت گذاری می کرد. برای محاسبه نتایج، روانشناس یا پزشک باید نمراتی را که با علامت گذاری مشخص شده است (فقط یک پاسخ از هر مقوله) با یکدیگر جمع کند. چنانچه دانش آموزی در یک یا چند مقوله، بیش از یک پاسخ را علامت گذاری کرده بود، فقط پاسخی را که دارای بالاترین نمره است به حساب آورده و بقیه علامت گذاری ها نادیده گرفته می شد. از آنجا که در هر مقوله بالاترین نمره ۳ بود بنابراین بیشترین نمره مقیاس ۳۹ بود. باید در نظر داشت که در این مقیاس اختصاری بر خلاف مقیاس اولیه، ترتیب مواد تست در هر مقوله از لحاظ درجه وخامت افسردگی به صورت متنازل است. هیچ یا کمترین حد افسردگی (۰-۴)، خفیف (۵-۷)، متوسط (۸-۱۵) و وخیم (۱۶ و به بالا) ترتیب نمرات مبتنی بر تحلیل توزیع فراوانی مقیاس اختصاری بود. لازم به تاکید است که برای تخمین درجه افسردگی یک فرد، ردیف نمرات این جدول بر نمونه وسیعی از آزمودنی ها مبتنی است، ولی چنانچه مجری خواهان ارزشیابی دقیق تری از میزان وخامت بیماری باشد، می تواند اقدام به واری های بیشتری نماید. علاوه بر این به اعتقاد بک، میان بره های گوناگون می توانند، مجری را در باره وخامت احتمالی بیماری آگاه سازند، بدون آنکه نیازی به بررسی تاریخچه سوابق فردی و آزمایش تعیین وضع روانی هر بیمار باشد.

## یافته ها

در این تحقیق ۳۰۲۳ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستان های شهر ارومیه در زمینه شیوع و شدت افسردگی مورد مطالعه قرار گرفتند که نتایج به شرح زیر ارائه می شود:

میانگین سن مشارکت کنندگان در پژوهش ۱۵/۷ سال با انحراف معیار ۱/۰۶ سال بود. توزیع فراوانی دانش آموزان برحسب سن آنان نشان داد که در فاصله سنی ۱۳ تا ۲۲ سال قرار دارند. از تعداد ۳۰۲۳ نفر دانش آموز فقط ۹۶۴ نفر (۳۱/۹ درصد) بدون افسردگی بودند. یعنی میزان شیوع کلی افسردگی برابر ۶۸/۲٪ می باشد که از این تعداد ۵۸۲ نفر (۱۹/۳٪) دارای افسردگی خفیف، ۹۸۲ نفر (۳۲/۵٪) دارای افسردگی متوسط و ۴۹۵ نفر

1. Beck

2. Spearman's rho

3. Beck depression inventory

(۱۶/۴٪) دارای افسردگی شدید (وخیم) بودند (جدول شماره ۱ و ۲).

**جدول شماره ۱- فراوانی افسردگی در دانش آموزان دختر دبیرستان های شهر ارومیه**

افسردگی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
غیر افسرده	۹۶۴	۳۱/۹
افسرده	۲۰۵۹	۶۸/۱
جمع کل	۳۰۲۳	۱۰۰

**جدول شماره ۲- شدت افسردگی در بین دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر ارومیه**

درجه یا شدت افسردگی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
بدون افسردگی	۹۶۴	۳۱/۸
افسردگی خفیف	۵۸۲	۱۹/۳
افسردگی متوسط	۹۸۲	۳۲/۵
افسردگی شدید	۴۹۵	۱۶/۴
جمع	۳۰۲۳	۱۰۰

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بین میزان شیوع افسردگی و سن  $(\chi^2 = 20.078, df = 7, p = 0.005)$ ، رشتگی تحصیلی  $(\chi^2 = 10.33, df = 4, p = 0.035)$ ، نوع مالکیت منزل مسکونی  $(\chi^2 = 21.9, df = 1, p = 0.000)$ ، شغل پدر  $(\chi^2 = 20.106, df = 6, p = 0.003)$ ، شغل مادر  $(\chi^2 = 13.8, df = 4, p = 0.008)$ ، تحصیلات پدر  $(\chi^2 = 23.3, df = 8, p = 0.003)$ ، تحصیلات مادر  $(\chi^2 = 31.75, df = 8, p = 0.000)$ ، درآمد ماهیانه خانواده  $(r_s = -0.51, p = 0.01)$  و روابط عاطفی والدین  $(\chi^2 = 203.9, df = 4, p = 0.000)$  یک رابطه آماری معنی دار وجود دارد. حال آنکه بین میزان شیوع افسردگی و نوع مدرسه، نوع دین و مذهب، تعداد افراد خانواده دانش آموزان هیچگونه رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد.

در ضمن نتایج مطالعه نشان دادند که بین شدت افسردگی و سن  $(r_s = 0.069, p = 0.001)$  یک رابطه مثبت معنی دار وجود دارد یعنی با افزایش سن، شدت افسردگی نیز افزایش می یابد. همچنین بین شدت افسردگی و نوع مالکیت منزل مسکونی  $(\chi^2 = 29.84, df = 3, p = 0.000)$ ، شغل پدر  $(\chi^2 = 44.53, df = 18, p = 0.000)$ ، شغل مادر  $(\chi^2 = 24.3, df = 12, p = 0.018)$

تحصیلات مادر  $(\chi^2 = 56.1, df = 24, p = 0.000)$ ، درآمد ماهیانه خانواده  $(\chi^2 = 49.7, df = 24, p = 0.002)$ ، روابط عاطفی والدین  $(\chi^2 = 47.394, df = 21, p = 0.000)$  یک رابطه مثبت معنی دار وجود دارد در حالی که بین شدت افسردگی و رشته تحصیلی، نوع مدرسه، نوع دین و مذهب، تعداد افراد خانواده دانش آموزان رابطه آماری معنی داری مشاهده نگردید.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که میزان شیوع کلی افسردگی در بین دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر ارومیه (خفیف، متوسط و شدید روی هم رفته) برابر ۶۸/۱ درصد است. شیوع کلی افسردگی در مطالعه ایلدر آبادی و همکاران (۱۶) ۶۴/۳ درصد، در مطالعه هاشمی و کامکار (۱۷) ۶۹/۲ درصد، در مطالعه ظهور و موسی خانی (۱۸) ۶۱ درصد، در مطالعه آقاخانی و همکاران (۱۹) ۵۳ درصد، در مطالعه شریف و همکاران (۲۰) ۵۹/۸ درصد، در مطالعه فرهادی و همکاران (۲۱) ۷۸ درصد، در مطالعه تاکالورا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۲) ۵۲/۴ درصد در آقایان و ۶۱/۴ درصد در خانم ها گزارش شده است که با نتایج حاصل از مطالعه ما مطابقت دارند.

هم چنین شدت افسردگی در دانشجویان دختر شهر ارومیه به ترتیب، افسردگی خفیف برابر ۱۹/۳٪، افسردگی متوسط برابر ۳۲/۵٪ و افسردگی شدید برابر ۱۶/۴٪ می باشد.

شدت افسردگی در مطالعه کریمی و همکاران (۲۳) به صورت افسردگی خفیف ۸۰/۷ درصد، افسردگی متوسط ۱۵/۸ درصد و افسردگی شدید ۳/۵ درصد، در مطالعه هاشمی و کامکار (۱۷) افسردگی خفیف ۴۱/۲ درصد، افسردگی متوسط ۱۷/۳ درصد و افسردگی شدید ۴/۲ درصد گزارش شده است. در مطالعه ظهور و موسی خانی (۱۸) ۲۲ درصد افسردگی مرزی، ۱۵ درصد افسردگی خفیف، ۱۷ درصد افسردگی متوسط، ۵ درصد افسردگی شدید و ۲ درصد افسردگی خیلی شدید گزارش شده است، در مطالعه نوربالا و همکاران (۱۴) ۱۱/۴ درصد افسردگی مرزی، ۱۲/۶ درصد افسردگی متوسط، ۴/۲ درصد افسردگی شدید و ۰/۴ درصد افسردگی خیلی شدید گزارش شده است، در مطالعه سلیمانی زاده (۲۴) ۳۲/۱ درصد افسردگی خفیف، ۱۱ درصد افسردگی متوسط و

1- Takalura

در این مطالعه بین میزان تحصیلات پدر و مادر و شیوع و شدت افسردگی رابطه معنی دار آماری وجود دارد.

در مطالعه نوریالا و همکاران (۲۵)، ضرابی و همکاران (۳۰) نیز ارتباط آماری معنی داری بین تحصیلات والدین و میزان شیوع و شدت افسردگی گزارش شده است. در حالی که در مطالعه مسعود زاده و دیگران (۲۶) ارتباط آماری معنی داری بین تحصیلات مادر و میزان شیوع و شدت افسردگی گزارش نشده است ولی بین تحصیلات پدر و میزان شیوع و شدت افسردگی نمونه ها ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردیده است.

در این مطالعه، بین تعداد اعضای خانواده و شیوع و شدت افسردگی رابطه معنی دار آماری وجود ندارد.

در مطالعه مسعودزاده و همکاران (۲۶) و رشیدی زاویه و همکاران (۳۱) و ضرابی و همکاران (۳۰) نیز ارتباط آماری معنی داری بین تعداد اعضای خانواده (بعد خانوار) و میزان شیوع و شدت افسردگی گزارش شده است که با نتایج حاصل از این مطالعه مطابقت دارند.

در این مطالعه، بین میزان درآمد خانواده و هم چنین چگونگی ارتباط عاطفی والدین با میزان شیوع و شدت افسردگی رابطه آماری معنی دار وجود دارد که نتایج سایر مطالعات (۲۸ و ۳۱ و ۳۲) با نتایج حاصل از این مطالعه مطابقت دارند.

### منابع

1. Ampulinin P M. The Parma high school epidemiological survey ocd symptoms. Acta psychiatry scand. 2001 Jun; 103:441-446.
- ۲ - فتحی آشتیانی ع، دادستان پ، اژه ای ج، منصور م. (۱۳۷۵) بررسی تحولی تصور از خود، حرمت خود، اضطراب و افسردگی در نوجوانان تیزهوش و عادی. مجله استعدادهای درخشان. شماره ۱۷، نشر سمپاد، به نقل از جواد اژه‌ای، ص ۸۷.
- ۳- حیدری بهلولیان ا، فرزاد سیر ک، اقبالیان م. بررسی عوامل روانی، اجتماعی، آموزشی موثر بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان استان همدان، فصل نامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۱، تابستان ۱۳۷۹، ص ۷۷-۶۸.
4. S, Plizka. Affective disorder in juvenile offenders: A pralimmary. Am J Psychiatry. 2000; Vol 2,157:130-132.
- ۵ - قایمی ع. دنیای نوجوانی دختران، تهران، انتشارات امیری، سال ۱۳۷۰، ص ۱۰۵.

۱/۳ درصد افسردگی شدید گزارش شده است که تمام موارد فوق تاحدودی با نتایج این مطالعه مطابقت دارند.

بین سن واحدهای مورد پژوهش با شیوع و شدت افسردگی رابطه معنی دار آماری وجود دارد. یعنی با افزایش سن شیوع و شدت افسردگی نیز افزایش یافته بود. در برخی مطالعات (۱۴ و ۲۵ و ۲۶) این ارتباط معنی دار گزارش شده است در حالیکه در مطالعات دیگر (۲۷ و ۲۸ و ۲۹) این ارتباط معنی دار نبوده است.

در مطالعه حاضر بین رشته تحصیلی دانش آموزان و شیوع افسردگی رابطه معنی دار آماری مشاهده گردید.

در سایر مطالعات (۱۶ و ۱۷ و ۲۵ و ۲۸ و ۲۹) نیز به ارتباط معنی دار آماری بین رشته تحصیلی و افسردگی تاکید شده است.

در مطالعه حاضر بین نوع مدرسه و میزان شیوع و شدت افسردگی در بین واحدهای مورد پژوهش ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. در حالی که برخلاف نتایج حاصل از این تحقیق، در مطالعه نوریالا و همکاران (۱۴) ارتباط آماری معنی داری بین شیوع و شدت افسردگی با نوع مدرسه گزارش شده است.

در مطالعه حاضر بین نوع مالکیت منزل مسکونی با شیوع و شدت افسردگی رابطه معنی دار آماری وجود دارد که در برخی مطالعات (۱۴ و ۲۶ و ۲۸) به آن تاکید شده است و در برخی دیگر (۱۷ و ۲۹) ارتباط آماری معنی داری بین وضعیت سکونت و افسردگی مشاهده نشده است.

در این مطالعه بین نوع دین و مذهب دانش آموزان و میزان شیوع و شدت افسردگی رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. متأسفانه در سایر مطالعات قابل دسترس محقق، به این نکته پرداخته نشده است، لذا امکان مقایسه یافته های این تحقیق با نتایج سایر تحقیقات ممکن نشد. فقط در مطالعه سلیمانی زاده و آقاملایی (۲۴) به وجود رابطه آماری معنی دار معکوسی بین نگرش مذهبی و شیوع و شدت افسردگی اشاره شده است؛ بدین معنی که هرچه میزان نگرش مذهبی افراد بالاتر باشد میزان شیوع و شدت افسردگی در آنان پایین تر خواهد بود.

در مطالعه حاضر، بین شغل پدر و شغل مادر با میزان شیوع و شدت افسردگی رابطه معنی داری وجود دارد.

در مطالعه دیگری نیز (۲۶) به این موضوع اشاره شده است، در حالی که در مطالعه ملکی و همکاران (۲۸) و نوریالا و همکاران (۲۵) این ارتباط معنی داری نبوده است.

۱۹- آقاخانی ن، بقایی ر. بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۹، ص ۱۵-۱۲.

۲۰- شریف ف، رفعتی ف، احمدی ج، ضیغمی ب. ارتباط میان افسردگی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پرستاری و مامایی، همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۹، ص ۳۴-۳۲.

۲۱- فرهادی ع، امینی ف. بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تاثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۹، ص ۴۲-۳۵.

22. Takakura M, Taira K, Shinya N, Miwa K. Prevalence of depressive symptoms and its relation to demographic variables in high school students. Nippon Koshu Eisei Zesshi, 1996 Aug; 43(8):615-23.

۲۳- کریمی زارچی ع، تولایی س ع، ادیب زاده ع، حسینیلو ش. بررسی شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان پزشکی. مجله پزشکی کوثر، تابستان ۱۳۸۲، شماره ۲۱۸، ص ۲۳۴-۲۳۱.

۲۴- سلیمانی زاده ل، آقا ملایی ت. تعیین ارتباط افسردگی و نگرش به امور مذهبی در دانشجویان پرستاری، مامایی و بهداشت بندر عباس در سال ۱۳۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال پنجم، شماره دوم، تابستان ۱۱/۸۱، ص ۲۵-۱۶.

۲۵- خیرآبادی غ ر، اسیفانی ک، حسینی م ا. بررسی شیوع افسردگی و عوامل مستعد کننده آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۷۶، مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال دوم، شماره ۶، سال ۱۳۷۶، ص ۵۷-۴۸.

۲۶- مسعود زاده ع. بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستان های شهر ساری در سال ۸۱-۸۲. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال چهارم، شماره ۴۵، زمستان ۴/۱۳۸۳، ص ۲۹-۱۸.

۲۷- کریمی زارچی ع، تولایی س ع. بررسی شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان پزشکی، مجله پزشکی کوثر، تابستان ۱۳۸۲، شماره ۲۱۸، ص ۲۳۴-۲۳۱.

۶- کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت الله پور افکاری، تهران، نشر شهر آب- آغاز، سال ۱۳۷۹، ص ۱۵

7. Akiskal H. Mood disorder. In: Kaplan HI.; Sodock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry: From Williams & Wilkins. Baltimore : USA, 7th ed. 2001, Vol 1, 1284-431.

8. Scully I: Psychiatry, 6th ed, Baltimor Williams & Wilkins, 1995:1067-1079.

9. Knesper D, Rtba M, Schwenk T. Primary care psychiatry. Ist ed. Philadelphia. WB Saunders, 1997, 107.

10. Kaplan HI, Sadok BJ. Synopsis of psychiatry 8th ed Philadelphia: Wiliam, wilkins company. 1998:286-9.

11. Druss BG. Health and disability costs of depressive illness in a magor us corporation. American Journal psychiatry vol 157, 2000.

12. Akiskal H. Mood disorder. In Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiarty: From Williams & Wilkins. Baltimore : USA, 2001: 7th ed. Vol 1, 1284-431.

۱۳- صالحی خواه ع. افسردگی از دیدگاه اسلام و علم روز. چاپ اول، تهران: انتشارات شهید حسین فهمیده، ۱۳۷۴، ص ۳۵.

۱۴- نوربالا ا. شاددل ف. بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با شاخص های دموگرافیک در دانش آموزان دبیرستانی تهران، مجله دانشکده پزشکی تهران، شماره ۲ و ۳، تهران ۱۳۷۵، ص ۳۷-۲۶.

۱۵- قهقایی ا. نحوه مقابله با تنیدگی در بین دانش آموزان تیزهوش و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران. ۱۳۷۸، به نقل از اژه ای، جواد، ص ۳۶۳.

۱۶- ایلدرآبادی ا، فیروزکوهی م. بررسی میزان شیوع افسردگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی زابل در سال تحصیلی ۸۱-۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، دوره ششم، شماره ۲/۱۲-۱۵/ تابستان ۱۳۸۳، ص ۳۸.

۱۷- هاشمی ن، کامکار ع. بررسی میزان شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی یاسوج. مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، سال ششم، شماره ۲۱ و ۲۲، بهار و تابستان ۱۳۸۰، ص ۵-۱۲.

۱۸- ظهور ع، موسی خانی ا. شیوع افسردگی در دانشجویان دانشکده بهداشت کرمان و مقایسه آن با سایر دانشگاه های کشور، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۳۸۰، شماره ۱۰، ص ۴۷-۴۳.

- ۲۸- ملکی ح. بررسی میزان و عوامل مرتبط با اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۷۱. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان، شماره ۶، سال ۱۳۷۶، ص ۸۶-۷۲.
- ۲۹- شریفی خ ، سوکی ز. میزان افسردگی و تعیین عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کاشان طی سال تحصیلی ۱۳۷۶-۷۷. فصل نامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۱۶، زمستان ۱۳۷۹، ص ۵۸-۵۴.
- ۳۰- ضرابی ه. شیوع آسیب شناسی روانی در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر رشت، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال دهم، شماره ۳۹ و ۴۰، پاییز و زمستان ۱۳۸۰، ص ۱۴۸-۱۳۶.
- ۳۱- رشیدی زاویه ف. بررسی میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۷۹، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، شماره ۳۶، پاییز ۱۳۸۰، ص ۱۲۶-۱۱۴.
- ۳۲- صالحی ب، پیرهادی م. بررسی میزان افسردگی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان ورودی مهرماه ۱۳۷۹ دانشگاه علوم پزشکی اراک. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال پنجم، شماره چهارم ، زمستان ۱۳۸۱، شماره ۴۱، ص ۶۸-۵۵.