

**ارتباط ویژگی‌های
جمعیت‌شناختی با میزان
شیوع افسردگی در
دانشآموزان دبیرستانی**
نادر منیرپور^{*}، دکتر رخساره یزدان‌دوست^{**}،
دکتر همکاظم عاطف‌وحید^{***}، دکتر علی دل‌اور^{****}، هلن
^{*****} خوسفی

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس و وضعیت اقتصادی خانواده) با میزان شیوع افسردگی در دانشآموزان مقطع متوسطه شهرستان ری بود. بدین منظور 388 نفر (166 پسر و 222 دختر) به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. دامنه سنی این دانشآموزان بین 14 تا 18 سال بود. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (Beck) جمع آوری شد و به کمک روش های آمار توصیفی، تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی شفه (sheffe) و آزمون تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که 28/8 درصد دانشآموزان فاقد

* کارشناس ارشد روان‌شناسی ب‌الینی، انتستیتو روان‌پزشکی تهران. <Monirpoor1357@yahoo.com>

** روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

*** روان‌شناس بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

**** روان‌سنج، عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی.

***** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی.

افسردگی، 27/2 درصد دچار افسردگی خفی ف، 12/6 درصد افسردگی خفیف - متوسط، 19/5 درصد دارای افسردگی متوسط - شدید، 11/6 درصد نیز دچار افسردگی شدید هستند . دختران نسبت به پسران به طور معناداری از افسردگی بیش تری برخوردار بودند . تفاوت معناداری بین سنین مختلف از نظر میزان شدت افسردگی یافت نشد، اما در دختران دانشآموز، این تفاوت معنادار بود ؛ یعنی دختران 17 و 18 ساله نسبت به دختران 15 ساله از افسردگی بیش تری برخوردار بودند . همچنین میزان افسردگی در میان خانواده ها (به لحاظ سطوح مختلف اقتصادی آن ها) تفاوت معناداری وجود داشت ؛ بدین معنا که دانشآموزان متعلق به خانواده های خیلی ضعیف، ضعیف و متوسط در مقایسه با دانشآموزان متعلق به خانواده های با سطوح خوب و خیلی خوب اقتصادی، از افسردگی بیشتری برخوردار بودند . و نتیجه این که میزان شیوع افسردگی در نوجوانان دانش آموز بسیار بالاست و ویژگی های جمعیت شناختی در این میزان نقش مهمی ایفا می کنند.

کلید واژه ها: افسردگی، جنسیت، نوجوانان دانشآموز ، وضعیت

اقتصادی

تاریخ دریافت مقاله: 1383/4/24

تاریخ پذیرش مقاله: 1383/7/5

مقدمه

طبق نتایج گزارش‌های بالینی، افسردگی، معضل و مسئله نخست سلامتی در دنیاست که به سبب توسعه بیش از اند ازه که آن را سرماخوردگی روانی نامیده اند (Burns, 1368).

برای شناخت و پی بردن به آن محدوده سنی که کودکان و نوجوانان طی آن نشانه های اختلالات افسردگونه (Depressive disorders) را تجربه کنند، لازم است مطالعات همه گیرشناسی به عمل آید. تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالات خلقي از شایع ترین اختلالات روانپزشکي دوران کودکي و نوجوانی است، (Speier, Sherak, Hirsch, Cantwell, 1995).

مطالعات همه گیرشناسی در جمعیت عمومي تخمین هاي متفاوتی از شیوع افسردگی اساسی در کودکان و نوجوانان ارائه داده است که دامنه از ۰/۴ تا ۸/۸ درصد را دربرمی‌گیرد.

. (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel, Nelson, Kessler, 1995)

میزان شیوع در طی سالیان زندگی در نوجوانان از ۱۵ تا ۲۰ درصد ارزیابی شده که با میزان آن در جمعیت‌های بزرگسال قابل مقایسه است و این فرض را مطرح می‌کند که افسردگی در بزرگ سالان غالباً در نوجوانی شروع می‌شود (Birmaher and Others, 1995).

در ایران نیز مطالعاتی در زمینه شیوع افسردگی در نوجوانان انجام شده است. نتایج به دست آمده از مطالعه شجاعی زاده و رصافیانی در ۱۳۸۰ که با استفاده از مقیاس افسردگی زونگ بر روی ۲۴۰ دانشآموز مقطع پیش‌دانشگاهی شهر کازرون به عمل آمد، نشان داد که ۲۸/۸ درصد از این دانش‌آموزان دارای افسردگی خفیف، ۹/۶ درصد دارای افسردگی متوسط، ۳/۳ درصد دارای افسردگی شدید و ۱/۳ درصد دارای افسردگی عمیق بودند.

هم‌چنین، احمدی ۱۵۰ نفر از دانشجویان سال اول

تا آخر دانشگاه‌های مختلف را با آزمون افسردگی بک تحت بررسی قرار داد . نتایج به دست آمده از این بررسی نشان داد که 44/66 درصد این دانشجویان دارای افسردگی خفیف، 8/66 درصد دارای افسردگی متوسط، و 1/33 درصد دارای افسردگی نسبتاً شدید بودند (احمدی، 1372).

اگرچه تخمین حاصل از این داده‌ها دامنه وسیعی را دربرمی‌گیرد، اما به هر حال افسردگی در کودکان و نوجوانان یک معضل بهداشت روانی مهم است که در حال گسترش و شیوع است . این در حالی است که تلاش‌های صورت گرفته با درمان این مشکل متناسب نبوده است (علقه‌بند راد و فرهی، 1380). عوامل بی‌شماری با شروع، مدت و عود افسردگی زودرس، در ارتباط هستند . از جمله این عوامل، می‌توان از شاخص‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس و وضعیت اقتصادی – اجتماعی نام برد (دانشمنفرد، 1380).

به نظر می‌رسد تفاوت‌های مربوط به جنس در میزان شیوع افسردگی مؤثر باشند. دختران در نوجوانی از استعداد بیشتری برای ابتلاء به اختلالات خلقي و افسردگون برخوردارند.

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که احتمال ابتلای زنان به افسردگی دو برابر مردان است هم‌چنین میزان وقوع افسردگی در دختران در مقایسه با پسران تقریباً دو به یک است . احتمالاً این تفاوت از عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی ناشی می‌شود (AACAP, 1998).

شرایط سخت اقتصادی نیز تأثیر خود را از طریق ایجاد خلق و رفتار تحریک پذیر و افسرده در والدین، و در نتیجه ایجاد استرس در فرزندان اعمال می‌کند. در چنین شرایطی احتمالاً تعاملات منفی والد – فرزند به وجود می‌آید که با احساس

افسردگی، انزوا و تنها‌یی بیش تر فرزندان همراه است (Lempers, Clark-Lempers, 1997). شرایط محیطی آزارنده و مزمن در زندگی (نظیر فقر) میتواند بر احساس افراد در خصوص خود، دنیا و آینده شان تأثیر بگذارد (Gorber, Flynn, 2001).

- پژوهش حاضر در جست وجوی پاسخ این سؤالات دانشآموزان نوجوان شهرستان ری است:
- (الف) آیا شیوع افسردگی در بین نوجوانان از میزان بالایی برخوردار است؟
 - (ب) آیا شدت افسردگی در سنین نوجوانی متفاوت است؟
 - (ج) آیا شدت افسردگی در دختران نوجوان بیش تر از پسران نوجوان است؟
 - (د) آیا شدت افسردگی در خانوارهای کم درآمد بیشتر از خانوارهای پردرآمد است؟

(۱) روش

این پژوهش از نوع رویدادی و یک مطالعه همه‌گیرشناصی است. آزموده‌های این پژوهش 388 نفر (166 پسر و 222 دختر) از دانشآموزان مقطع متوسطه شهرستان ری هستند. برای نمونه‌گیری ابتدا با در نظر گرفتن جنس (دختر و پسر)، نوع مدرسه (دبیرستان، پیش‌دانشگاهی، کار و دانش، و فنی و حرفه‌ای)، کلاس و رشته تحصیلی، نمونه گیری تصادفی به عمل آمد و سپس با روش نمونه گیری خوش‌ای 9 مدرسه شامل 5 مدرسه پسرانه (2 دبیرستان، 1 پیش‌دانشگاهی، 1 کار و دانش و 1 فنی و حرفه‌ای) و 4 مدرسه دخترانه (1 دبیرستان، 1 پیش‌دانشگاهی، 1 کار و دانش و 1 فنی و حرفه‌ای) به صورت تصادفی انتخاب شد. در هر مدرسه نیز کلاس‌ها و سپس دانش آموزان لازم برای پژوهش، به صورت تصادفی انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این دانش آموزان در جدول

شماره 1 آمده است.

جدول 1: فراوانی سطوح متغیرهای جمعیتشناختی

متغیرهای جمعیتشناختی	سطوح متغیرها	فراآنی	درصد
جنسیت	دختر	222	57/21
	پسر	166	42/79
سن	14 ساله	11	2/8
	15	77	19/8
	16	108	27/8
	17	116	29/8
	18	76	19/5
وضعیت اقتصادی خانواده	خوب	16	4/1
	خوب	132	33/9
	متوسط	210	54
	ضعیف	23	5/9
	خیلی ضعیف	7	1/8

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیتشناختی

این پرسشنامه حاوی سؤالاتی است که برخی از آن‌ها در باب سن، جنس و وضعیت اقتصادی خانواده است که محققان این پژوهش تهیه کرده‌اند. در این پرسشنامه وضعیت اقتصادی خانواده‌ها در 5 سطح دسته‌بندی شد. که عبارت بودند از خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف؛ و برحسب نگرش دانشآموزان تعیین می‌شد.

(B) پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

یکی از ابزارهای اندازه گیری مقدار و شدت

افسردگی، «پرسشنامه افسردگی بک» است که استفاده آن از طرف روان شناسان و روان پزشکان در سراسر دنیا بسیار رایج است. این مقیاس بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده که هیچ نظریه سبب شناختی را برای افسردگی در نظر نگرفته است. این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ معرفی شد (شورکی، ۱۳۷۹).

این آزمون ۶ مورد از ۹ ملاک DSM-IV در زمینه افسردگی اساسی را دربرمی گیرد. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه بندی روان پزشکی هامیلتون ۰/۷۳، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ ۰/۷۶، مقیاس افسردگی MMPI-D ۰/۷۶ است (دانشمنفرد، ۱۳۸۰).

پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گروه از عبارات است که شدت علایم افسردگی را در زمینه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی ارزیابی می‌کنند. برای هر یک از ماده‌ها ۴ گزینه وجود دارد که دامنه درجه بندی آن از صفر (عدم وجود) تا ۳ (شدید) است. بنابراین نمرات کلی، محدوده ای بین صفر تا ۶۳ را دربرمی‌گیرد. نقطه برش در تحقیقات، بنا بر نوع تحقیق متفاوت بوده و در این تحقیق از نقطه برش ۹-۰ عدم استفاده شده است که در آن نمرات ۰-۹ افسردگی، ۱۰-۱۵ افسردگی خفیف، ۱۶-۱۹ افسردگی خفیف - متوسط، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط - شدید، و ۳۰ به بالا افسردگی شدید را نشان می‌دهند (حناسابزاده، ۱۳۷۸).

بک در سال ۱۹۷۲ گزارش داد که پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن - براون در حدود ۰/۹۳ است. اعتبار بازآزمایی آن بر حسب فاصله دو آزمون و جمعیت تحت مطالعه، از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ بوده است. بررسی اعتبار محتوا ای همزمان و افتراقی، همچنین تحلیل عاملی نتایج مطلوبی ف راهم آورده

است (دانشمنفرد، 1380). در ایران نیز، پورشه باز در 1372 آزمون افسردگی بد را در یک نمونه 116 نفری آزمایش و بررسی کرد. ضریب همبستگی نمرات دو بخش با نمرة کل آزمون، بین 0/23 تا 0/68، و ضریب همسانی درونی مقیاس 0/85 بود. پایایی تنصیف مقیاس با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون 0/81 بود. همچنین در تحقیق دیگری که یزدان دوست در 1988 در ایران بر روی 375 نفر از افراد عادی جامعه با روش بازآزمایی 4 ماهه صورت داد، پایایی آزمون 0/49 گزارش شده است (حنابزاده، 1378).

همچنین مطالعات روان‌سنگی انجام شده حاکی از نتایج مطلوب کاربرد این آزمون بر روی نوجوانان است. (Harrington, 1993)

DBI در حال تبدیل شدن به یک ابزار ارزیابی رایج برای سنجش افسردگی در نوجوانان است. یکی از امتیازات آن این است که به طور گستردگی در خصوص بزرگسالان نیز به کار رفته است. در نتیجه، این امر مقایسه کاربرد آن را بین سنین مختلف تسهیل می‌کند (Harrington, 1993).

(2) یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که 28 درصد دانشآموزان فاقد افسردگی، 27/2 درصد دارای افسردگی خفیف، 19/5 درصد دارای افسردگی خفیف تا متوسط، 12/6 درصد دارای افسردگی متوسط تا شدید، 11/6 درصد افسردگی شدید دچار هستند. شیوع افسردگی در دختران و پسران به این شرح است:
پسران: 34/3 درصد فاقد افسردگی، 31/9 درصد دارای افسردگی خفیف، 3/16 درصد دارای افسردگی

خفیف تا متوسط، 12/7 درصد دارای افسردگی متوسط تا شدید، و 4/8 درصد دارای افسردگی شدید.

دختران: 24/7 درصد فاقد افسردگی، 23/9 درصد دارای افسردگی خفیف، 9/9 درصد دارای افسردگی خفیف تا متوسط، 24/8 درصد دارای افسردگی متوسط تا شدید، 16/7 درصد دارای افسردگی شدید.

در این پژوهش ارتباط میان علیم افسردگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی جنس، سن و وضعیت اقتصادی تحت بررسی قرار گرفت که نتایج آن به این شرح است:

2-1) بررسی ارتباط جنسیت و افسردگی

برای مقایسه افسردگی مابین دختران و پسران دانشآموز، میانگین نمرات افسردگی دانش آموزان دختر و پسر با آزمون t مستقل مقایسه شد، که نتایج آن در جدول شماره 2 آمده است.

جدول 2: تعداد نمونه، میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های افسردگی دختران و پسران دانشآموز

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون
دختر	222	17/78	10/60	4/35
پسر	166	13/42	8/52	

P<0/001

همان‌طور که جدول شماره 2 نشان می‌دهد تفاوت معناداری ($P<0/001$) بین دختران و پسران در میانگین نمره‌های افسردگی وجود دارد. دختران نسبت به پسران از افسردگی بیش تری برخوردار هستند.

2-2) ارتباط سن و افسردگی

برای مقایسه افسردگی بین نوجوانان دانش آموز

سنین مختلف (14، 15، 16، 17 و 18 سال) از تحلیل واریانس یا کطرفه و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره 3 نشان داده شده است، بین سنین مختلف (بدون در نظر گرفتن جنسیت نوجوانان دانش آموز) از نظر افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین بین پسران سنین مختلف نیز تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین دختران سنین مختلف از نظر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره 3) و تفاوت معنادار واقعی، بین دانشآموزان دختر 15 ساله با دانشآموزان دختر 17 و 18 ساله است، و بین سنین دیگر تفاوت واقعی وجود ندارد (جدول شماره 4). این امر تلویحاً حاکی از تفاوت افسردگی بین اواسط و اوایل نوجوانی است، و همان طور که در جدول شماره 4 نشان داده شده است افسردگی دختران دانشآموز 17 و 18 ساله بیشتر از دختران دانشآموز 15 ساله است.

جدول 3: مجموع مجذورات، درجه آزادی، میانگین مجذورات، نسبت F برای مقایسه میانگین‌های نمرات افسردگی در دانشآموزان سنین مختلف، دانشآموزان پسر با سطوح سنی مختلف، و دانشآموزان دختر با سطوح سنی مختلف

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات	تحلیل آماری گروههای سنی
2/10	207/62 98/77	4 383 387	830/48 37830/87 38661/36	بین گروه‌ها درون گروه‌ها	دانشآموزان سنین مختلف

				کل	
0/376	27/72 73/78	4 161 165	110/89 11879/58 11990/48	بین گروه‌ها درون گروه‌ها کل	دانشآموزان پسر با سنین مختلف
4/02	428/8 106/67	4 217 221	1715/2 23148/42 24863/62	بین گروه‌ها درون گروه‌ها کل	دانشآموزان دختر با سنین مختلف

P<0/01

جدول 4: نتایج آزمون شفه، اختلاف میانگین‌های نمرات افسردگی سطوح مختلف سنی دانشآموزان دختر

18	17	16	15	14	گروه‌ها
-0/32	0/55	1/22	6/65	0	14
-6/98	-6/09	-5/43	0		15
-1/54	-0/66				16
-0/88	0				17
0					18

P<0/05

3-2) ارتباط وضعیت اقتصادی خانواده با افسردگی

برای بررسی ارتباط افسردگی با وضعیت های مختلف اقتصادی خانواده‌ها (خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف) از تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

همان‌طور که در جدول شماره 5 نشان داده شده است، بین دانش‌آموزانی با سطوح مختلف اقتصادی خانوادگی تفاوت معناداری در سطح P<0/001 از نظر

افسردگی وجود دارد، و تفاوت واقعی، در سطوح اقتصادی خانوادگی خیلی ضعیف، ضعیف و متوسط با سطوح خوب و خیلی خوب است. همان‌طور که در جدول 6 نشان داده شده است، دانش آموزانی با سطوح اقتصادی خانوادگی خیلی ضعیف، ضعیف و متوسط در مقایسه با دانش آموزانی با سطح اقتصادی خانوادگی خوب و خیلی خوب از افسردگی بیشتری در سطح معنی‌دار $P<0.001$ برخوردارند.

جدول 5: مجموع مجذورات، درجه آزادی، میانگین مجذورات و نسبت F برای مقایسه میانگین‌های افسردگی در نوجوانان دانش آموز با سطوح اقتصادی مختلف خانوادگی

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات
12/71	1132/65 89/11	4 383 387	4530/61 34130/74 38661/36	درون گروه‌ها بین گروه‌ها جمع

$P<0.001$

جدول ۶: تفاوت میانگین‌های نمرات افسردگی بین دانشآموزانی با سطوح اقتصادی مختلف خانوادگی

۵	۴	۳	۲	۱	گروه‌ها
20/15***	-10/04*	-0/58	-0/23	0	1
-19/91***	-9/81***	-0/35	0		2
-19/56***	-9/46***	0			3
-10/10	0				4
0					5

*** P<0/001

* P<0/05

(3) بحث و نتیجه‌گیری

همچنان که بیان شد هدف اصلی این پژوهش بررسی میزان شیوع افسردگی و رتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس و وضعیت اقتصادی خانواده در نوجوانان مقطع متوسطه شهرستان ری بود. در کل، یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات همه گیرشناصی که در جمعیت عمومی تخمین‌های متفاوتی از شیوع عالیم افسردگی در کودکان و نوجوانان ارائه داده و دامنه‌ای از 0/4 تا 8/0 درصد را دربرمی‌گیرد (Birmaher and Others, 1995) و نیز نتایج مطالعاتی که دامنه ای از 2/6 تا 39 درصد در یک نمونه نوجوان را در بر می‌گیرد، (Speior and Others, 1995) ناهمانگ است.

همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش شجاعی‌زاده و رصافیانی در 1380 که شیوع افسردگی در نوجوانان دانش‌آموز شهر کازرون را 43 درصد گزارش کردند، و نیز با یافته‌های پژوهش احمدی که میزان شیوع افسردگی در دانشجویان ایران را 54/5 درصد گزارش کرد، ناهمخوان است. این در حالی است که میزان شیوع افسردگی در نوجوانان دانشآموز مطالعه شده در این پژوهش 70/9 درصد است که

نشاند هنده روند روبه رشد افسردگی در نوجوانان ایرانی است.

تفاوت‌هایی که در زمینه ارائه و ثبت میزان شیوع به چشم می‌خورد، در درجه اول ناشی از روش‌های گوناگون ارزیابی افسردگی و تفاوت ملک‌های تشخیص افسردگی است. علت دیگری که می‌توان ذکر کرد، اختلاف‌های نظری در زمینه تعیین مرز سنی دوره کودکی و نوجوانی است. به علاوه، روش‌های ارزیابی غیراستاندارد، سبب بروز آمار متفاوت میزان شیوع در این زمینه شده است؛ به طوری که رینولدز در مروری که بر مطالعات انجام داده است، شیوع افسردگی را بین ۱۹ تا ۵۹ درصد در جمعیت عمومی بزرگ سال گزارش کرده است (جناسبزاده، 1379).

یافته‌های این پژوهش در خصوص رابطه جنسیت با افسردگی، حاکی از تفاوت معنادار میان دختران و پسران نوجوان تحت مطالعه است؛ یعنی دختران از افسردگی بیشتری در مقایسه با پسران برخوا ردارند و نسبت دختران افسردگی به پسران افسردگی، تقریباً ۲ به ۱ در افسردگی متوجه تا شدید، و ۴ به ۱ در افسردگی شدید است. این یافته‌های دیگر مربوط به ارتباط بین جنسیت و افسردگی (AACAP, 1998) هماهنگ است.

در تبیین این تفاوت در میزان شیوع بر پایه جنسیت، می‌توان به عواملی مانند تفاوت در ابزارها و روش‌های مختلف اندازه‌گیری از یک سو و تفاوت جامعه و نمونه آماری از سوی دیگر اشاره کرد هرچند در توجیه تفاوت افسردگی میان دختران و پسران می‌توان به عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی اشاره کرد. در واقع این فرض که دختران در مقایسه با پسران بیش تر در معرض عوامل خطر برای بروز افسردگی قرار دارند، مطرح

می‌شود. به عنوان مثال حتی در خصوص دخترانی که هنوز به نوجوانی نرسیده اند نیز این احتمال که در رویارویی با مشکلات، شیوه ای متمرکز برخود و نشخوارگونه اتخاذ کنند بیش تر است. به علاوه دوران بلوغ که با پیامدهای زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی نیز همراه است، در دختران زودتر آغاز می‌شود. همچنین آن‌ها نگرانی بیشتری را در خصوص «تصویر بدن» خود در دوران نوجوانی تجربه می‌کنند و احتمال بیش تری وجود دارد که مورد سوء استفاده و آزار جنسی قرار گیرند. آن‌ها احتمالاً در مقایسه با پسران فشار بیش تری را در خصوص مطابقت با نقش‌های اجتماعی محدودکننده، متحمل می‌شوند (AACAP, 1998).

در باب ارتباط بین سن و افسردگی، تفاوت معناداری میان نوجوانان دانش آموز در کل یافته نشد، همچنین این تفاوت، در میان دانشآموزان پسر گروه‌های سنی 14، 15، 16، 17 و 18 ساله معنادار نبود.

اما بین دختران 17 و 18 ساله با دختران 15 ساله، تفاوت در میزان افسردگی، کاملاً معنادار بود؛ یعنی دختران 17 و 18 ساله در مقایسه با دختران 15 ساله به افسردگی بیش تری چهار بودند. در واقع می‌توان گفت در جامعه تحت مطالعه این پژوهش، دختران در سنین اوآخر نوجوانی افسردگی بیشتری را نسبت به سنین اواسط نوجوانی تجربه می‌کنند.

پایان نوجوانی زمانی است که نوجوان از یکسو با تکالیف دوران جوانی و بزرگ‌سالی نظری انتخاب شغل و پذیرش نقش‌های اجتماعی تازه روبه رو می‌شود، و از سوی دیگر دوره رشد زیست‌شناختی به اوج خود می‌رسد. این دوره که دوره انتقال به اوایل بزرگسالی است، در برگیرنده انواعی از اتفاقات

مهم و در عین حال استرس زا است: فارغ التحصیل شدن و جدایی از دوستان دبیرستان، ورود به دانشگاه و ترک خانه (کاپلان و سادوک، 1994، ترجمه پورافکاری، 1379) و لزوم انطباق با این تغییرات و اتفاقات مهم، ضمن وارد کردن استرس زیاد به نوجوانان، ممکن است آنها را با افسردگی بیشتری مواجه کند.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، افسردگی در طبقات اجتماعی - اقتصادی ضعیف بیشتر است. یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه در خصوص ارتباط سطح اقتصادی خانواده با میزان افسردگی است . بررسی انجام گرفته در این پژوهش نتایج مطالعات دیگری را که در آن‌ها به بیشتر بودن افسردگی در طبقات اقتصادی ضعیف اشاره شده است تأیید می‌کند؛ بدین معنی که در این مطالعه نوجوانان دانشآموز متعلق به سطوح اقتصادی خانوادگی خیلی ضعیف، ضعیف و متوسط، در مقایسه با نوجوانان متعلق به سطوح اقتصادی خانوادگی خیلی خوب و خوب افسردگی بیشتری دچار هستند.

- ۱- احمدی، جمشید (1372). بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله دانشجو و پژوهش. شماره دوم. ص ۴-۲.
- ۲- برنز، دیوید (1989). شناخت درمانی افسردگی. ترجمه مهدی قراچه داغی. ۱۳۶۸. تهران: خاتم.
- ۳- پاول و لیندزی (1999). تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگ سالان در روان‌شناسی بالینی. ترجمه محمد رضا نیکخو؛ و هامايك آفاديس يانس، ۱۳۷۹. تهران: سخن.
- ۴- حناس‌بزاده اصفهانی، مریم (1378). بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری روی نگرش‌های ناسالم و علیم افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی (مطالعه تک موردي). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: انتستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۵- دانشمنفرد، فاطمه (1380). بررسی ارتباط نگرش‌های ناکارآمد و بروز نشانه‌های افسردگی در نوجوانان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی تهران، انتستیتو روانپزشکی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۶- شجاعی زاده، داود و رصافیانی، حمیدرضا (1380). بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل م مؤثر بر آن در دانش آموزان پسر مقطع پیش‌دانشگاهی شهرستان کازرون در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۷۹. فصلنامه پژوهشی توان بخشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. شماره ششم و هفتم. ص ۲۹-۳۲.
- ۷- شورکی، مصطفی (1379). رهایی از افسردگی.

منابع
References

- تهران: ارجمند.
- 8- علاقیند راد، جواد و فرهی، حسن شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان (مطالعات موردی بالینی). تهران: بقעה.
- 9- کاپلان و سادوک (1994). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه نصرت اله پورافکاری. 1379. تهران: شهر آب.
- 10- AACAP (1998). "Practice parameters and treatment of children and adolescents with depressive disorders." Journal Of American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, Vol. 37, pp: 635-805.
- 11- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., Nelson, B. (1996). "Children and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I." Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, pp: 427-435.
- 12- Garber, J., Flyn, C. (2001). "Predictors of depressive cognitions in young adolescents." Cognitive Therapy and Research, vol. 25, pp:353-376.
- 13- Harrington, R. (1993). "Depressive disorder in childhood and adolescence." West Sussex. John Wiley & sons LTD.
- 14- Lempers, J. D., & Clark-Lempers, D. S. (1997). "Economic hardship, family relationship, and adolescent distress: evaluation of a stress-distress mediation model in mother-daughter and mother-sons dyads." Adolescence, Vol. 32, pp:339-356.
- 15- Speier, P. L., Sherak, D. L., Hirsch, S., Cantwell, D. P. (1995). **Depression in children and adolescents.** Handbook of Depression. New York, The Guilford Press.