

ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی

نادر منیرپور*، دکتر رخساره یزدان‌دوست**،
دکتر کاظم عاطف وحید***، 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 ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسشنامه افسردگی بک (Beck) جمع‌آوری شد و به کمک روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی شفه (sheffe) و آزمون t تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که 28/8 درصد دانش‌آموزان فاقد

-
- * کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران. <Monirpoor1357@yahoo.com>
- ** روان‌شناس 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 آن‌ها) 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
 بیش تری 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 می‌کنند .

کلید واژه‌ها: 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 نامیده‌اند (Burns, 1368).

برای شناخت و پی بردن به آن محدوده سنی که کودکان و نوجوانان طی آن نشانه‌های اختلالات افسرده‌گونه (Depressive disorders) را تجربه کنند، لازم است مطالعات همه‌گیرشناسی به عمل آید. تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالات خلقی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی و نوجوانی است (Speier, Sherak, Hirsch, Cantwell, 1995).

مطالعات همه‌گیرشناسی در جمعیت عمومی تخمین‌های متفاوتی از شیوع افسردگی اساسی در کودکان و نوجوانان ارائه داده است که دامنه‌ی آن از 0/4 تا 8/8 درصد را دربرمی‌گیرد.

(Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel, Nelson, Kessler, 1995). میزان شیوع در طی سالیان زندگی در نوجوانان از 15 تا 20 درصد ارزیابی شده که با میزان آن در جمعیت‌های بزرگسال قابل مقایسه است و این فرض را مطرح می‌کند که افسردگی در بزرگسالان 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 شجاعی‌زاده و رصافیانی در 1380 که با استفاده از مقیاس افسردگی زونگ بر روی 240 دانش‌آموز مقطع پیش‌دانشگاهی شهر کازرون به عمل آمد، نشان داد که 28/8 درصد از این دانش‌آموزان دارای افسردگی خفیف، 9/6 درصد دارای افسردگی متوسط، 3/3 درصد دارای افسردگی شدید و 1/3 درصد دارای افسردگی عمیق بودند.

هم‌چنین، احمدی 150 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 (علاقه‌بند 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 خلقی و افسرده‌گون 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 تحریک‌پذیر 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 جستجوی پاسخی به 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؟

1 روش

این پژوهش از نوع رویدادی و یک مطالعه همه‌گیرشناسی 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، نمونه‌گیری تصادفی به عمل آمد و سپس با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای 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 دانش‌آموزان لازم برای پژوهش، به صورت تصادفی انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این دانش‌آموزان در جدول

شماره 1 آمده است.

جدول 1: فراوانی سطوح متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیرهای جمعیت‌شناختی	سطوح متغیرها	فراوانی	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	خیلی 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.

ب) پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

یکی از ابزارهای اندازه‌گیری مقدار و شدت

افسردگی، «پرسش‌نامه افسردگی بک» است که استفاده آن از طرف روان‌شناسان و روان‌پزشکان در سراسر دنیا بسیار رایج است. این مقیاس بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده که هیچ نظریه سبب‌شناختی را برای افسردگی در نظر نگرفته است. این پرسش‌نامه اولین بار در سال 1961 معرفی شد (شورکی، 1379).

این آزمون 6 مورد از 9 ملاک DSM-IV در زمینه افسردگی اساسی را دربرمی‌گیرد. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه بندی روان‌پزشکی هامیلتون 0/73، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ 0/76، مقیاس افسردگی MMPI-D 0/76 است (دانش‌منفرد، 1380).

پرسش‌نامه افسردگی بک شامل 21 گروه از عبارات است که شدت علایم افسردگی را در زمینه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی ارزیابی می‌کنند. برای هر یک از ماده‌ها 4 گزینه وجود دارد که دامنه درجه بندی آن از صفر (عدم وجود) تا 3 (شدید) است. بنابراین نمرات کلی، محدوده ای بین صفر تا 63 را دربرمی‌گیرد. نقطه برش در تحقیقات، بنا بر نوع تحقیق متفاوت بوده و در این تحقیق از نقطه برش 10 استفاده شده است که در آن نمرات 0-9 عدم افسردگی، 10-15 افسردگی خفیف، 16-19 افسردگی خفیف - متوسط، 20-29 افسردگی متوسط - شدید، و 30 به بالا افسردگی شدید را نشان می‌دهند (حناسبزاده، 1378).

بک در سال 1972 گزارش داد که پایایی این پرسش‌نامه با روش اسپیرمن - براون در حدود 0/93 است. اعتبار بازآزمایی آن بر حسب فاصله دو آزمون و جمعیت تحت مطالعه، از 0/48 تا 0/86 بوده است. بررسی اعتبار محتوایی همزمان و افتراقی، همچنین تحلیل عاملی نتایج مطلوبی فراهم آورده

است (دانش‌منفرد، 1380).

در ایران نیز، پورشهباز در 1372، آزمون افسردگی بک را در یک نمونه 116 نفری آزمایش و بررسی کرد. ضریب همبستگی نمرات دو بخش با نمره 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 (حناسابزاده، 1378).

همچنین مطالعات روان‌سنجی 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 گسترده 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 28/8 درصد دانش‌آموزان فاقد افسردگی، 27/2 درصد دارای افسردگی خفیف، 12/6 درصد دارای افسردگی خفیف تا متوسط، 19/5 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، 16/3 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 علایم افسردگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی جنس، سن و وضعیت اقتصادی تحت بررسی قرار گرفت که نتایج آن به این شرح است:

1-2) 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 (سطح $P < 0/001$) بین دختران و پسران در میانگین نمره های 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 یکطرفه 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 دانش آموزان دختر 15 ساله با دانش آموزان 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 اواخر نوجوانی است، و همان طور که در جدول شماره 4 نشان داده شده است افسردگی دختران دانش آموز 17 و 18 ساله بیش تر از دختران دانش آموز 15 ساله است.

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

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات	تحلیل آماری گروه های سنی
2/10	207/62 98/77	4 383 387	830/48 37830/87 38661/36	بین گروه ها درون گروه ها	دانش آموزان 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

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

P < 0/05

3-2) ارتباط وضعیت اقتصادی خانواده با افسردگی

برای بررسی ارتباط افسردگی با وضعیت های مختلف اقتصادی خانواده ها (خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف) از تحلیل واریانس یک طرفه 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 بیش تری در سطح معنی دار $P < 0/001$ برخوردارند.

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

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

$P < 0/001$

جدول 6: تفاوت میانگین‌های نمرات افسردگی بین دانش‌آموزانی با سطوح اقتصادی مختلف خانوادگی

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

*** P < 0/001

* P < 0/05

3) بحث و نتیجه‌گیری

همچنان که بیان شد هدف اصلی این پژوهش بررسی میزان شیوع افسردگی و ارتباط 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 همه‌گیرشناسی که در جمعیت عمومی تخمین‌های متفاوتی از شیوع علایم افسردگی در کودکان و نوجوانان ارائه داده و دامنه‌ای از 0/4 تا 8/8 درصد را دربرمی‌گیرد (Birmaher and Others, 1995) و نیز نتایج مطالعاتی که دامنه‌ای از 2/6 تا 39 درصد در یک نمونه نوجوان را در بر می‌گیرد، (Speior and Others, 1995) ناهم‌هنگ 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

نشان‌دهنده 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 ملاک‌های 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 19 تا 59 درصد در جمعیت عمومی بزرگ سال گزارش کرده است (حناسازاده، 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 برخوردارند و نسبت دختران افسرده به پسران افسرده، تقریباً 2 به 1 در افسردگی متوسط تا شدید، و 4 به 1 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 بیش‌تر 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 بر خود 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 بیش‌تری وجود دارد که مورد سوء استفاده و آزار جنسی قرار گیرند. آن‌ها احتمالاً در مقایسه با پسران فشار بیش‌تری را در خصوص مطابقت با نقش‌های اجتماعی محدودکننده، متحمل می‌شوند (AACAP, 1998).

در باب ارتباط بین سن و افسردگی، تفاوت معناداری میان نوجوانان دانش‌آموز در کل یافت 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 بیش‌تری دچار بودند. در واقع می‌توان گفت در جامعه تحت مطالعه این پژوهش، دختران در سنین اواخر 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 نظیر انتخاب شغل و پذیرش نقش‌های اجتماعی تازه روبه‌رو می‌شود، و از سوی دیگر دوره رشد زیست‌شناختی به اوج خود می‌رسد. این دوره که دوره انتقال به اوایل بزرگسالی است، دربرگیرنده 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.

- 1- احمدی، جمشید (1372). بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله دانشجو و پژوهش. شماره دوم. ص 2-4.
- 2- برنزه، دیوید (1989). شناخت درمانی افسردگی. ترجمه مهدی قراچه داغی. 1368. تهران: خاتم.
- 3- پاول و لیندزی (1999). تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگ سالان در روان شناسی بالینی. ترجمه مجری نیکخواه و هامایک آوادیس یانس، 1379. تهران: سخن.
- 4- حنا سبزه‌زاده اصفهانی، مریم (1378). بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری روی نگرش های ناسالم و علایم افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی (مطالعه تک موردی). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 5- دانش‌منفرد، فاطمه (1380). بررسی ارتباط نگرش‌های ناکارآمد و بروز نشانه های افسردگی در نوجوانان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی تهران، انستیتو روان پزشکی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 6- شجاعی زاده، داوود و رصافیانی، حمیدرضا (1380). بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مثر بر آن در دانش آموزان پسر مقطع پیش‌دانشگاهی شهرستان کازرون در سال تحصیلی 79-1380. فصلنامه پژوهشی توان بخشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. شماره ششم و هفتم. ص 29-32.
- 7- شورکی، مصطفی (1379). رهایی از افسردگی.

- تهران: ارجمند.
- 8- علاقبند راد، جواد و فرهی، حسن (1380).
شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان
(مطالعات موردی بالینی). تهران: بقیه.
- 9- کاپلان و سادوک (1994). خلاصه روان‌پزشکی علوم
رفتاری و روان‌پزشکی بالینی. ترجمه نصرت‌اله
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., Flynn, 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.