

بررسی میزان شیوع افسردگی دانش آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه در شهرستان شهرضا

اسحق رحیمیان بوگر^۱

دکتر محمود نجفی^۲

دکتر کتایون خوشابی^۳

فرشته حیدری^۴

مریم حیدری^۵

تاریخ پذیرش:

تاریخ وصول:

مقدمه

نوجوانی دوره شاخص زندگی و دوره‌ای پویا و چالش برانگیز است که در آن تغییرات بارز فیزیولوژیکی و روانشناختی رخ می‌دهد. اختلالات روانپزشکی در این دوره یکی از نگرانی‌های رایج سلامت عمومی است و ممکن است منجر به پیامدهای جدی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، سوءمصرف مواد و اقدام به خودکشی گردد (آل- گلبان^۶، ۲۰۰۷). شواهد علمی نشان می‌دهد که شناسایی و درمان مناسب اختلالات روانی در نوجوانی می‌تواند عملکرد سازگارانه را بهبود بخشد و در اغلب اوقات به عنوان یک سپر در برابر آسیب‌های طولانی مدت بعدی عمل کند (آل- گلبان، ۲۰۰۷). به علاوه، مدرسه به عنوان یک موقعیت مهم برای ارتقاء سلامت و بهزیستی دانش آموزان عمل می‌کند (هاوت^۷ و همکاران، ۲۰۰۵).

۱- دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، مربی دانشگاه سمنان

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه سمنان

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴- کارشناس ارشد روان‌سنجی، روان‌سنج مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی

۵- کارشناس ارشد مشاوره، مسئول مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی

6. Al-Gelban

7. Haavet

هارینگتون و کلارک^۱ (۱۹۹۸) گزارش کرده‌اند که ۶۰٪ نوجوانان علایم افسردگی را تجربه می‌کنند. باند^۲ و همکاران (۲۰۰۵) بر اهمیت اثر متعامل عوامل خطر^۳ و عوامل محافظت‌کننده^۴ فردی، خانوادگی و مدرسه در علایم افسردگی تأکید می‌ورزند و بروز افسردگی را حاصل همبودی عوامل خطر در این سه موقعیت می‌دانند. این اعتقاد وجود دارد که عوامل خطر در یکی از این موقعیت‌ها بر پدیدآیی علایم افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات رفتار ایذایی در موقعیت دیگر اثر می‌گذارد.

به طور کلی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین ۱۰٪ تا ۱۵٪ از کودکان و نوجوانان در هر زمانی برخی از حالات خلق افسرده را تجربه می‌کنند (پاکستون^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). شیوع طول عمر^۶ خلق افسرده در دانش‌آموزان دبیرستانی بالا و به میزان ۲۵٪ گزارش شده است (پاکستون و همکاران، ۲۰۰۷). میزان افسردگی و خلق افسرده همانند بزرگسالان در نوجوانان دختر دو برابر بالاتر از نوجوانان پسر است (پاکستون و همکاران، ۲۰۰۷). علاوه بر میزان شیوع بالای افسردگی در نوجوانان، آنچه اهمیت بیشتری دارد، ارتباط افسردگی با خودکشی در این سنین است (پاکستون و همکاران، ۲۰۰۷). از این گذشته، خلق افسرده در نوجوانی خطر عود مشکلات سلامت روانی را در بزرگسالی بالا می‌برد (پاکستون و همکاران، ۲۰۰۷). در این زمینه واسیت^۷ (۱۹۹۸) در پژوهش خود نتیجه گرفت که وجود افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی موجب کم شدن رغبت و انگیزه فراگیری تحصیلات بالاتر و ورود به دانشگاه می‌شود (به نقل از کبیرزاده، ۱۳۸۰).

پژوهش‌های ملی و فراملی در جوامع مختلف در مورد سلامت روانی نوجوانان نشان می‌دهد که میزان افسردگی در همه جمعیت‌های نوجوانی به طور برابری وجود ندارد (پاکستون و همکاران، ۲۰۰۷). میزان خلق افسرده در نوجوانان برخی گروه‌های قومی یا برخی از خرده گروه‌های اجتماعی بالاتر است (پاکستون و همکاران، ۲۰۰۷). برای مثال،

1. Harrington & Clark
2. Bond
3. risk factors
4. protective factors
5. Paxton
6. lifetime prevalence
7. Wasit

فلمنگ و آکسفورد^۱ (۱۹۹۰) گزارش نمودند که در ۲ پژوهش از ۵ پژوهشی که نژاد در آنها بررسی شده بود، نوجوانان آمریکایی آفریقایی در مقایسه با نوجوانان سفیدپوست آمریکایی افسردگی بالاتری داشتند.

بسیاری از بررسی‌هایی که خلق افسرده را در مناطق شهری و روستایی با هم مقایسه کرده‌اند، میزان شیوع بالاتر افسردگی را در شهرهای بزرگ در مقایسه با محیط‌های روستایی نشان داده‌اند. با این وجود، در این زمینه نتایج معکوس نیز زیاد است (کیون^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). برخی از نظریه‌پردازان استدلال می‌نمایند که منابع محدود و فقدان دستیابی به مراقبت بهداشتی در جمعیت‌های روستایی مانعی بر سر راه مراقبت سلامت روانی ایجاد می‌نماید، که به طور بالقوه منجر به میزان‌های بالاتر خلق افسرده در آنان می‌گردد (کیون و همکاران، ۲۰۰۳). اسکرائدلی^۳ و همکاران (۱۹۹۹) نیز دریافتند که خلق افسرده با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود و میزان افسردگی در دوره کودکی پایانی پایین‌تر از دوره نوجوانی است.

تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالات خلقی از جمله افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی و نوجوانی است (اسپیر^۴ و همکاران، ۱۹۹۵). برآورد شده است که بین ۴/۵ تا ۹/۳٪ زنان و ۲/۳ تا ۳/۲٪ مردان در برهه‌ای از زمان به اختلال افسردگی دچار هستند (کیبرزاده، ۱۳۸۰). در پژوهش پاکستون و همکاران (۲۰۰۷) ۲۸/۶٪ کل نوجوانان دبیرستانی، ۲۶/۸٪ دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۴ ساله، ۲۹/۲٪ دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۶ ساله، ۳۵/۴٪ درصد دانش‌آموزان دختر و ۲۱/۹٪ دانش‌آموزان پسر، ۲۸٪ دانش‌آموزان شهری و ۲۷/۶٪ دانش‌آموزان روستایی افسرده بودند. روبرت^۵ و همکاران (۱۹۹۷) نیز شیوع افسردگی اساسی را در نوجوانان پسر ۷/۶٪ و در نوجوانان دختر ۸/۹٪ بدست آوردند.

-
1. Fleming & Oxford
 2. Quine
 3. Schraedly
 4. Speier
 5. Roberts

بررسی‌ها درباره میزان شیوع افسردگی نوجوانان و دانش‌آموزان نتایج متفاوتی داشته‌اند. به طور کلی، در میان نوجوانان، حدود ۵٪ از جمعیت کلی آنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند. در میان کودکان و نوجوانان بستری شده و یا در جمعیت بالینی این میزان بالاتر و به اندازه ۲۰٪ کودکان و ۴۰٪ نوجوانان می‌رسد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). بررسی‌های همه‌گیرشناسی انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که میزان بروز افسردگی در کودکان پیش از مدرسه ۰/۹٪، در کودکان سن مدرسه ۱/۹٪ و در نوجوانان ۴/۷٪ بوده است (کاشانی و شرمین^۱، ۱۹۸۸؛ به نقل از سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۱). فینچ^۳ و همکاران (۱۹۸۵) در بررسی ۱۴۶۳ نفر دانش‌آموز ۷ تا ۱۶ ساله (۷۵۸ نفر دختر و ۷۰۵ نفر پسر) میزان بروز افسردگی را در دختران بیشتر از پسران گزارش نمودند. رصافیانی (۱۳۸۰) نشان دادند که ۲۸/۸٪ از این دانش‌آموزان دارای افسردگی خفیف، ۹/۶٪ دارای افسردگی متوسط، ۳/۳٪ دارای افسردگی شدید و ۱/۳٪ دارای افسردگی عمیق بودند. در پژوهش محمدی و آقایی (۱۳۸۳) بر روی دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌های راهنمایی و دبیرستان شهرستان خمینی شهر اختلال افسردگی دومین اختلال شایع با ۱۲٪ شیوع بعد از اختلال جسمانی سازی (۱۶/۷٪ شیوع) بدست آمد. همچنین میزان افسردگی در دوره دبیرستان بیشتر از دوره راهنمایی بود و این میزان در دختران بیشتر از پسران مشاهده گردید. در پژوهش کبیرزاده (۱۳۸۰) در کل میزان افسردگی دانش‌آموزان دوره متوسطه نجف‌آباد در حد خفیف بود، همچنین بین افسردگی و وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان رابطه معنی‌دار بدست آمد و میزان افسردگی در دختران بیش از پسران بود. دختران در نوجوانی از استعداد بیشتری برای ابتلاء به اختلالات خلقی از جمله افسردگی برخوردارند. احتمالاً این تفاوت از عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی ناشی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۱۹۹۸).

1. Kashani & Sherman
2. Sadock, B, J; Sadock
3. Finch
4. American Psychiatric Association

بنابراین، بررسی شیوع اختلال افسردگی دانش‌آموزان به منظور اجرای مداخلات درمانی و ترمیمی به موقع و پیشگیری زودهنگام از عوارض حاصله از این اختلالات مثل افت تحصیلی ضروری است. به عبارتی به منظور برنامه‌ریزی‌های لازم و دقیق در امر پیشگیری از اختلالات روانی و تبعات حاصل از آن، آگاهی اولیه از میزان شیوع اختلالات به خصوص در مکان‌های انجام نشده و با توجه به نیازهای آموزشی و پرورشی ضروری است. لذا پژوهش حاضر در این راستا و با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر دوره راهنمایی و متوسطه شهری و روستائی شهرستان شهرضا و همچنین مقایسه میزان شیوع افسردگی به تفکیک جنسیت، پایه تحصیلی و محل سکونت (شهری و روستائی) در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام شده است. سؤالات و فرضیه پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر دوره راهنمایی شهری و روستائی شهرستان شهرضا در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ چقدر است؟ ۲- میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر دوره متوسطه شهری و روستائی شهرستان شهرضا در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ چقدر است؟ ۳- میزان شیوع افسردگی به تفکیک جنسیت، پایه تحصیلی، و محل سکونت (شهر و روستا) در دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ متفاوت است.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی همه‌گیرشناسی است. با توجه به اینکه میزان شیوع و شناسایی موارد افسرده از اهداف پژوهش بود، از روش زمینه‌یابی از نوع مقطعی استفاده شد. جامعه مورد مطالعه پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان پسر و دختر دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ بود. جهت بررسی میزان شیوع افسردگی حجم نمونه‌ای معادل ۱۰۰۸ نفر از دانش‌آموزان براساس آمار کلی دانش‌آموزان این شهرستان در این دو مقطع و بر طبق نظر کارشناسان آموزش و پرورش به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم (با توجه به جنسیت، مقطع و پایه تحصیلی) از

میان دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و دبیرستان شهر و روستای شهرستان شهرضا انتخاب شدند. بدین صورت که از بین مدارس راهنمایی و دبیرستان شهر و روستای شهرستان شهرضا بطور تصادفی ۲۴ مدرسه (۱۲ مدرسه راهنمایی «۶ مدرسه دخترانه و ۶ مدرسه پسرانه» و ۱۲ دبیرستان «۶ دبیرستان پسرانه و ۶ دبیرستان دخترانه») و از هر مدرسه و دبیرستان بطور تصادفی ۴۲ نفر از دانش‌آموزان (متناسب شده با توجه به جنس، دوره و پایه تحصیلی) انتخاب شدند. سپس تعداد ۱۰۰۸ پرسشنامه استاندارد شده بک برای آنها تکمیل گردید که پرسشنامه‌های ۴۸ نفر از آنان ناقص بوده و به منظور جلوگیری از خدشه‌دار ساختن نتایج کنار گذاشته شد. در نهایت پرسشنامه‌های ۹۶۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

ابزار این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک بود که به دلیل حساسیت (۶۸٪) و ویژگی (۸۸٪) قابل قبول آن و نیز سهولت کاربرد و استفاده گسترده آن در مطالعات همه‌گیرشناسی افسردگی که امکان مقایسه یافته‌های پژوهش را با پژوهش‌های انجام شده دیگر فراهم می‌نماید، در این پژوهش نیز مورد استفاده قرار گرفت (کیبزرزاده، ۱۳۸۰). پرسشنامه استاندارد بک شامل ۲۱ گروه سؤالات چهارجوابی است که هر گروه بیان‌کننده حالتی در فرد است. سؤالات از صفر تا ۳ نمره می‌گیرند که در این آزمون حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ است. در پرسشنامه افسردگی بک نمره ۰ تا ۹ نشانه بهنجار بودن، نمره ۱۰ تا ۱۵ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۳ نشانه افسردگی متوسط، نمره بالاتر از ۲۴ نشانه افسردگی شدید و نمره ۴۰ به بالا افسردگی خیلی شدید تلقی می‌شود. اعتبار دو نیمه پرسشنامه بک ۰/۹۳ و روایی این مقیاس ۰/۷۳ است (نریمانی و روشن، ۱۳۸۱). پایایی آزمون بک به روش آزمون-باز آزمون حدود ۰/۷۵ و روایی آن به روش تنصیف ۰/۹۰ گزارش شده است (بامبری و همکاران، ۱۹۷۶، به نقل از یعقوبی نصر آبادی و همکاران، ۱۳۸۲). پژوهش‌های مطرح حاکی از روایی و پایایی این ابزار پژوهشی می‌باشند.

داده‌های پژوهش به کمک آمار توصیفی در پاسخ به سؤالات پژوهش و آماره استنباطی
 خی دو برای آزمون فرضیه تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

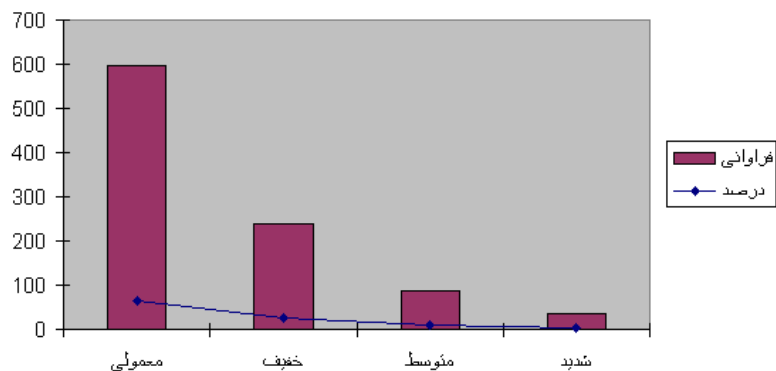
جدول ۱ آمار توصیفی مربوط به میزان شیوع افسردگی در کل دانش‌آموزان دوره‌های
 راهنمایی و متوسطه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میزان شیوع افسردگی در کل دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه

گروه	فراوانی	درصد
بهنجار	۵۹۷	۶۲/۲
افسردگی خفیف	۲۴۰	۲۵/۰
افسردگی متوسط	۸۷	۹/۱
افسردگی شدید	۳۶	۳/۸
کل	۹۶۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول ۱ قابل مشاهده است از کل دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی
 و متوسطه تعداد ۵۹۷ نفر (۶۲/۲٪) بهنجار، ۲۴۰ نفر (۲۵٪) افسرده خفیف، ۸۷ نفر (۹/۱٪)
 افسرده متوسط، و ۳۶ نفر (۳/۸٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۲/۹٪ کل
 دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا دارای افسردگی متوسط و
 شدید بودند. نمودار ۱ نیز میزان شیوع افسردگی در کل دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و
 متوسطه را نشان می‌دهد.

پرتال جامع علوم انسانی



نمودار ۱. میزان شیوع افسردگی در کل دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه

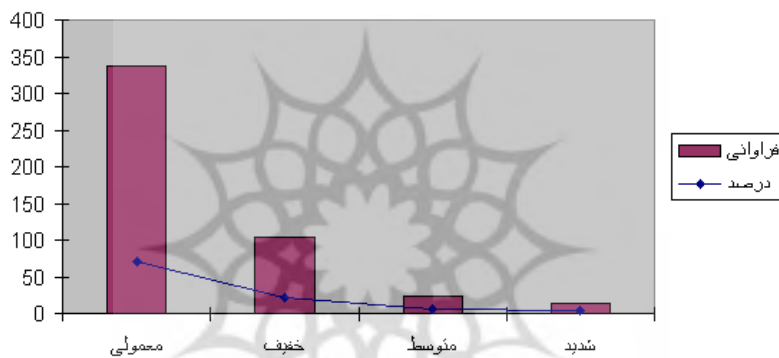
جدول ۲ آمار توصیفی (فراوانی و درصد) مربوط به مقایسه میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر شهرستان شهرضا را نشان می‌دهد.

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به مقایسه میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر

جنسیت	گروه	فراوانی	درصد
پسر	بهنجار	۳۳۸	۷۰/۴
	افسردگی خفیف	۱۰۴	۲۱/۷
	افسردگی متوسط	۲۴	۵
	افسردگی شدید	۱۴	۲/۹
	کل	۴۸۰	۱۰۰
دختر	بهنجار	۲۵۹	۵۴
	افسردگی خفیف	۱۳۶	۲۸/۳
	افسردگی متوسط	۶۳	۱۳/۱
	افسردگی شدید	۲۲	۴/۶
	کل	۴۸۰	۱۰۰

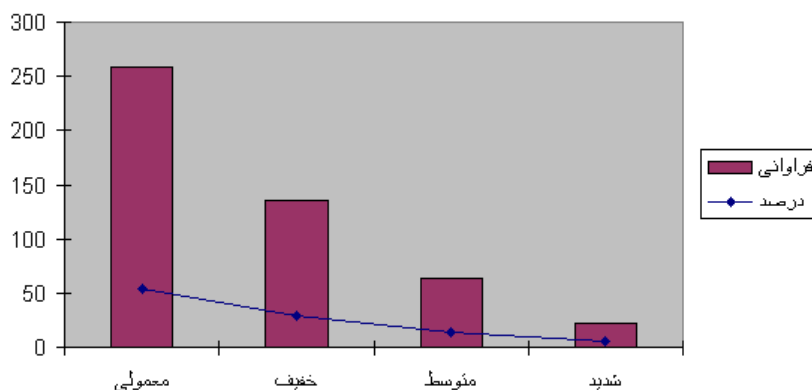
همانگونه که در جدول ۲ قابل مشاهده است، از میان دانش‌آموزان پسر تعداد ۳۳۸ نفر (۷۰/۴٪) بهنجار، ۱۰۴ نفر (۲۱/۷٪) افسرده خفیف، ۲۴ نفر (۵/۰٪) افسرده متوسط، و

۱۴ نفر (۲/۹٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۷/۹ درصد (افسردگی متوسط و شدید) دانش آموزان پسر دارای افسردگی بودند. همین طور، همانگونه که در جدول ۲ قابل مشاهده است از میان دانش آموزان دختر نیز تعداد ۲۵۹ نفر (۵۴/۰٪) بهنجار، ۱۳۶ نفر (۲۸/۳٪) افسرده خفیف، ۶۳ نفر (۱۳/۱٪) افسرده متوسط، و ۲۲ نفر (۴/۶٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۷/۷ درصد (افسردگی متوسط و شدید) دانش آموزان دختر دارای افسردگی بودند. نمودار ۲ میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان پسر شهرستان شهرضا را نشان می دهد.



نمودار ۲. میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان پسر

نمودار ۳ نیز میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان دختر شهرستان شهرضا را نشان می دهد.



نمودار ۳. میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر

به علاوه، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که از میان دانش‌آموزان پسر شهری دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا تعداد ۱۶۹ نفر (۷۰/۴٪) بهنجار، ۵۲ نفر (۲۱/۷٪) افسرده خفیف، ۱۳ نفر (۵/۴٪) افسرده متوسط، و ۶ نفر (۲/۵٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۷/۹٪ دانش‌آموزان پسر شهری دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش‌آموزان پسر روستایی دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا تعداد ۱۶۹ نفر (۷۰/۴٪) بهنجار، ۵۲ نفر (۲۱/۷٪) افسرده خفیف، ۱۱ نفر (۴/۶٪) افسرده متوسط و ۸ نفر (۳/۳٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۷/۹٪ دانش‌آموزان پسر روستایی دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا دارای افسردگی بودند.

از میان دانش‌آموزان دختر شهری دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا تعداد ۱۳۹ نفر (۵۷/۹٪) بهنجار، ۶۶ نفر (۲۷/۵٪) افسرده خفیف، ۲۷ نفر (۱۱/۳٪) افسرده متوسط و ۸ نفر (۳/۳٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۴/۶٪ دانش‌آموزان دختر شهری دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا دارای افسردگی بودند.

از میان دانش‌آموزان دختر روستایی دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا تعداد ۱۲۰ نفر (۵۰/۰٪) بهنجار، ۷۰ نفر (۲۹/۲٪) افسرده خفیف، ۳۶ نفر (۱۵/۰٪) افسرده

متوسط، و ۱۴ نفر (۵/۸٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۸/۲۰٪ دانش آموزان دختر روستایی دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا دارای افسردگی بودند.

از میان دانش آموزان پسر دوره راهنمایی شهری تعداد ۸۲ نفر (۶۸/۳٪) بهنجار، ۲۶ نفر (۲۱/۷٪) افسرده خفیف، ۹ نفر (۷/۵٪) افسرده متوسط، و ۳ نفر (۲/۵٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۰٪ دانش آموزان پسر دوره راهنمایی شهری دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش آموزان پسر دوره راهنمایی روستایی تعداد ۸۲ نفر (۶۸/۳٪) بهنجار، ۲۹ نفر (۲۴/۲٪) افسرده خفیف، ۴ نفر (۳/۳٪) افسرده متوسط، و ۵ نفر (۴/۲٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۷/۵٪ دانش آموزان پسر دوره راهنمایی روستایی دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهری تعداد ۶۸ نفر (۵۶/۷٪) بهنجار، ۳۳ نفر (۲۷/۵٪) افسرده خفیف، ۱۴ نفر (۱۱/۷٪) افسرده متوسط، و ۵ نفر (۴/۲٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۹/۱۵٪ دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهری دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش آموزان دختر دوره راهنمایی روستایی تعداد ۶۴ نفر (۵۳/۳٪) بهنجار، ۳۸ نفر (۳۱/۷٪) افسرده خفیف، ۹ نفر (۷/۵٪) افسرده متوسط، و ۹ نفر (۷/۵٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۵٪ دانش آموزان دختر دوره راهنمایی روستایی دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش آموزان پسر دوره متوسطه شهری تعداد ۸۷ نفر (۷۲/۵٪) بهنجار، ۲۶ نفر (۲۱/۷٪) افسرده خفیف، ۴ نفر (۳/۳٪) افسرده متوسط، و ۳ نفر (۲/۵٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۵/۸٪ دانش آموزان پسر دوره متوسطه شهری دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش آموزان پسر دوره متوسطه روستایی تعداد ۸۷ نفر (۷۲/۵٪) بهنجار، ۲۳ نفر (۱۹/۲٪) افسرده خفیف، ۷ نفر (۵/۸٪) افسرده متوسط، و ۳ نفر (۲/۵٪) افسرده شدید

بودند. به عبارت دیگر، ۸/۳٪ دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه روستایی دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهری تعداد ۷۱ نفر (۵۹/۲٪) بهنجار، ۳۳ نفر (۲۷/۵٪) افسرده خفیف، ۱۳ نفر (۱۰/۸٪) افسرده متوسط، و ۳ نفر (۲/۵٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۳/۳٪ دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهری دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

از میان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه روستایی تعداد ۵۶ نفر (۴۶/۷٪) بهنجار، ۳۲ نفر (۲۶/۷٪) افسرده خفیف، ۲۷ نفر (۲۲/۵٪) افسرده متوسط، و ۵ نفر (۴/۲٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۲۶/۷٪ دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه روستایی دارای افسردگی متوسط و شدید بودند.

جدول ۳ نتایج آزمون خی‌دو جهت بررسی تفاوت میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان بر حسب جنسیت را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون خی‌دو جهت بررسی تفاوت میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان

بر حسب جنسیت

گروه جنس	سالم		دارای اختلال		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پسر	۳۳۸	۷۰	۱۴۲	۳۰	۴۸۰	۱۰۰
دختر	۲۵۹	۵۴	۲۲۱	۴۶	۴۸۰	۱۰۰
کل	۵۹۷	۶۲	۳۶۳	۳۸	۹۶۰	۱۰۰

$$x^2 = ۳۳/۹۸ \quad df = ۱ \quad P < ۰/۰۰۱$$

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد از مجموع ۴۸۰ دانش‌آموز پسر آزمون شده ۳۳۸ نفر (۷۰٪) فاقد اختلال افسردگی بودند و ۱۴۲ نفر (۳۰٪) از آنها علایم افسردگی خفیف به بالا را نشان دادند و از مجموع ۴۸۰ نفر دختر مورد مطالعه ۲۵۹ نفر (۵۴٪) فاقد افسردگی بودند و ۲۲۱ نفر (۴۶٪) از آنها علایم افسردگی خفیف به بالا را نشان دادند. نتایج آزمون خی‌دو حاکی از معنی‌داری تفاوت شیوع افسردگی در دو جنس است.

[$x^2(1) = 33/98$ و $P < 0/001$] به عبارت دیگر، فراوانی شیوع افسردگی در دانش-آموزان دختر بطور معنی داری بیش از دانش آموزان پسر می باشد و افسردگی در آنها بیشتر است ($P < 0/001$). لذا فرضیه فراوانی شیوع افسردگی بر حسب جنسیت تأیید شده و این تفاوت با ارزش خی دو برابر با $33/981$ با درجه آزادی ۱ در سطح $0/001$ معنی دار است. جدول ۴ نتایج آزمون خی دو جهت بررسی تفاوت میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان مقطع راهنمایی متوسطه را نشان می دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون خی دو جهت بررسی تفاوت میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان

مقطع راهنمایی و متوسطه

مقطع	سالم		دارای اختلال		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
راهنمایی	۲۹۶	۶۲	۱۸۴	۳۸	۴۸۰	۱۰۰
متوسطه	۳۰۱	۶۳	۱۷۹	۳۷	۴۸۰	۱۰۰
کل	۵۹۷	۶۲	۳۶۳	۳۸	۹۶۰	۱۰۰

$$x^2 = 5 \quad df = 1 \quad P > 0/05$$

طبق جدول ۴ از مجموع ۴۸۰ دانش آموز دوره راهنمایی ۲۹۶ نفر (۶۲٪) فاقد اختلال افسردگی بودند و ۱۸۴ نفر (۳۸٪) از آنها علایم افسردگی خفیف به بالا را نشان دادند و از مجموع ۴۸۰ نفر دانش آموز دوره متوسطه نیز ۳۰۱ نفر (۶۳٪) فاقد شیوع افسردگی بودند و ۱۷۹ نفر (۳۷٪) از آنها علایم افسردگی خفیف به بالا را نشان دادند. به طور جزئی تر، از میان دانش آموزان راهنمایی تعداد ۲۹۶ نفر (۶۱/۷٪) بهنجار، ۱۲۶ نفر (۲۶/۳٪) افسرده خفیف، ۳۶ نفر (۷/۵٪) افسرده متوسط، و ۲۲ نفر (۴/۶٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۲/۱٪ دانش آموزان راهنمایی دارای افسردگی بودند. همین طور، از میان دانش آموزان متوسطه نیز تعداد ۳۰۱ نفر (۶۲/۷٪) بهنجار، ۱۱۴ نفر (۲۳/۸٪) افسرده خفیف، ۵۱ نفر (۱۰/۶٪) افسرده متوسط، و ۱۴ نفر (۲/۹٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۳/۵٪ دانش آموزان متوسطه دارای افسردگی متوسط و شدید بودند. نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم معنی داری تفاوت شیوع افسردگی در دو مقطع است [$P > 0/05$ و $x^2(1) = 5$].

به عبارت دیگر، فراوانی شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه تفاوت معناداری ندارد. لذا فرضیه تفاوت فراوانی شیوع افسردگی برحسب مقطع تحصیلی تأیید نشد.

جدول ۵ نتایج آزمون خی دو جهت بررسی تفاوت میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان شهری و روستایی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون خی دو جهت بررسی تفاوت میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان شهری و روستایی

گروه سکونت	سالم		دارای اختلال		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شهری	۳۰۸	۶۴	۱۷۲	۳۶	۴۸۰	۱۰۰
روستایی	۲۸۹	۶۰	۱۹۱	۴۰	۴۸۰	۱۰۰
کل	۵۹۷	۶۲	۳۶۳	۳۸	۹۶۰	۱۰۰

$$x^2 = ۳/۰۱ \quad df = ۱ \quad P > ۰/۰۵$$

از مجموع ۴۸۰ دانش‌آموزان شهری ۳۰۸ نفر (۶۴٪) فاقد اختلال افسردگی بودند و ۱۷۲ نفر (۳۶٪) از آنها علایم افسردگی خفیف به بالا را نشان دادند و از مجموع ۴۸۰ نفر دانش‌آموزان روستایی نیز ۲۸۹ نفر (۶۰٪) فاقد افسردگی بودند و ۱۹۱ نفر (۴۰٪) از آنها علایم افسردگی خفیف به بالا را نشان دادند. به طور جزئی‌تر، از میان دانش‌آموزان شهری تعداد ۳۰۸ نفر (۶۴/۲٪) بهنجار، ۱۱۸ نفر (۲۴/۶٪) افسرده خفیف، ۴۰ نفر (۸/۳٪) افسرده متوسط، و ۱۴ نفر (۲/۹٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۱/۲٪ دانش‌آموزان شهری دارای افسردگی متوسط و شدید بودند. همین‌طور، از میان دانش‌آموزان روستایی نیز تعداد ۲۸۹ نفر (۶۰/۲٪) بهنجار، ۱۲۲ نفر (۲۵/۴٪) افسرده خفیف، ۴۷ نفر (۹/۸٪) افسرده متوسط، و ۲۲ نفر (۴/۶٪) افسرده شدید بودند. به عبارت دیگر، ۱۴/۴٪ دانش‌آموزان روستایی دارای افسردگی متوسط و شدید بودند. نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم معنی‌داری تفاوت شیوع افسردگی از لحاظ محل سکونت است [$P > ۰/۰۵$ و $(۱) = ۳/۰۱$]. x^2 به عبارت دیگر،

فراوانی شیوع افسردگی در دانش آموزان شهری و روستایی تفاوت معناداری ندارد. لذا فرضیه تفاوت فراوانی شیوع افسردگی بر حسب محل سکونت نیز تأیید نشد.

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته ها ۱۲/۹٪ از کل دانش آموزان دوره های راهنمایی و متوسطه، ۷/۹٪ دانش آموزان پسر شهری دوره های راهنمایی و متوسطه، ۷/۹٪ دانش آموزان پسر روستایی دوره های راهنمایی و متوسطه، ۱۴/۶٪ دانش آموزان دختر شهری دوره های راهنمایی و متوسطه، ۲۰/۸٪ دانش آموزان دختر روستایی دوره های راهنمایی و متوسطه دارای افسردگی (متوسط و شدید) بودند. این یافته با نتایج پژوهش های کسلر^۱ و همکاران (۱۹۹۴)، هونینگ و وانپراگ^۲ (۱۹۹۷)، پاکستون و همکاران (۲۰۰۷)، ابراهیمی (۱۳۸۳)، رصافیانی (۱۳۸۰)، سادوک و سادوک (۲۰۰۳)، محمدی (۱۳۸۲)، جاویدی (۱۳۷۳)، نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) و بیرماهر^۳ و همکارانش (۱۹۹۶) مبنی بر میزان شیوع اختلال افسردگی نزدیک است. به عبارتی درصدهای به دست آمده در پژوهش های انجام شده در مورد میزان شیوع افسردگی تقریباً در یک دامنه قرار دارند و به هم نزدیک هستند. حسینی فرد و همکاران (۱۳۸۳) نیز در مطالعه ای بر روی دانش آموزان دبیرستانی رفسنجان میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را ۲/۴ درصد، اختلال افسردگی به گونه ای دیگر مشخص نشده را ۱/۳ درصد و افسردگی خویی را ۰/۴ درصد گزارش کرده اند. باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) با ۵/۷۵ درصد، جاویدی (۱۳۷۳) با ۸/۷ درصد و نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) با ۹/۸ درصد این اختلال را شایع ترین اختلال روانی گزارش کرده اند. به علاوه، پژوهشی دیگر نشان داد که میزان شیوع ابتلاء به افسردگی در میان کل مراجعه کنندگان به کلینیک مشاوره کودک و نوجوانان اصفهان از سال ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۷۸ با دامنه سنی ۷-۱۸ سال ۲۱/۴۲ درصد است (رایگان، ۱۳۷۹).

1. Kessler
2. Honig & Vanpraag
3. Birmaher

همچنین طبق یافته‌ها، ۱۰٪ دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهری، ۷/۵٪ دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی روستایی، ۱۵/۹٪ دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهری و ۱۵٪ دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی روستایی دارای افسردگی بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های بیرماهر و همکارانش (۱۹۹۶)، هونینگ و وانپراگ (۱۹۹۷)، پاکستون و همکاران (۲۰۰۷)، سادوک و سادوک (۲۰۰۳)، رصافیانی (۱۳۸۰)، کسلر و همکاران (۱۹۹۴)، محمدی (۱۳۸۲)، و ابراهیمی (۱۳۸۳) نزدیک است. همچنین، در رابطه با میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان پسر و دختر دوره متوسطه شهری و روستائی نتایج پژوهش نشان داد که ۵/۸٪ دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهری، ۸/۳٪ دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه روستایی، ۱۳/۳٪ دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهری، و ۲۶/۷٪ دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه روستایی دارای افسردگی بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های هونینگ و وانپراگ (۱۹۹۷)، محمدی (۱۳۸۲)، بیرماهر و همکارانش (۱۹۹۶)، سادوک و سادوک (۲۰۰۳)، پاکستون و همکاران (۲۰۰۷)، یعقوبی (۱۳۷۴) و دهقانی (۱۳۸۰) نزدیک است. چندین تبیین برای یافته‌های پژوهش وجود دارد: اولاً همان‌گونه که بیرماهر و همکارانش (۱۹۹۶) معتقدند احتمال دارد تخمین‌های شیوع افسردگی در کودکان و جوانان از شیوع واقعی افسردگی در آنان کمتر باشد. به عبارت دیگر، ممکن است بسیاری از نوجوانان و جوانان، نشانه‌های درونی مهم و اختلال کارکردی جدی داشته باشند، ولی واجد ملاک‌های رسمی اختلال افسردگی اساسی نباشند. ثانیاً ابزارهای خودگزارشی، افسردگی نوجوانان و جوانان را بیش از گزارش‌های والدین یا معلمان و همچنین بیشتر از مصاحبه‌های بالینی سایر متخصصان تخمین می‌زنند. بنابراین، این احتمال وجود دارد که در این تخمین‌ها توسط دانش‌آموزان سوگیری وجود داشته باشد. و بالاخره تشخیص واقعی افسردگی جوانان در سنین راهنمایی و دبیرستان بسیار سخت است، چون بحث بلوغ و رشد جسمی همراه با تفاوت‌های رشدی در حوزه عاطفی در این سنین مطرح است. در تبیینی دیگر، می‌توان گفت که چون به طور کلی استرس‌های نوجوانان (چه از لحاظ تعداد و چه از لحاظ میزان انباشته شدن روی یکدیگر) از استرس‌های

کودکان و بزرگسالان بیشتر است، تخمین میزان بالای اختلال افسردگی آنها و همچنین توجه بیولوژیکی آنها بیشتر است و به این دلیل شیوع اختلال در آنها بالا است.

در رابطه با متفاوت بودن میزان شیوع افسردگی به تفکیک جنسیت، مقطع تحصیلی، و محل سکونت (شهر و روستا) در دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان شهرضا نتایج پژوهش نشان داد که ۷/۹٪ دانش‌آموزان پسر و ۱۷/۷٪ دانش‌آموزان دختر، ۱۲/۱٪ دانش‌آموزان راهنمایی و ۱۳/۵٪ دانش‌آموزان متوسطه و ۱۱/۲٪ دانش‌آموزان شهری و ۱۴/۴٪ دانش‌آموزان روستایی دارای افسردگی بودند. به‌علاوه، بین دو گروه پسران و دختران در میزان شیوع افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد که همسو با یافته روبرت و همکاران (۱۹۹۷) و پاکستون و همکاران (۲۰۰۷)، جان بزرگی و مستخدمین حسینی (۱۳۸۴)، ظهیرالدین و همکاران (۱۳۸۳)، منیرپور و همکاران (۱۳۸۳) است. همچنین در پژوهش حسینی فرد و همکاران (۱۳۸۳) تفاوت معنی‌داری در میزان شیوع اختلال افسردگی در دختران (۳/۱٪) و در پسران (۱/۶٪) گزارش شده است. بدین صورت که شیوع افسردگی در دختران بیشتر از پسران گزارش شده است. همان‌گونه که بیرماهر و همکارانش (۱۹۹۶) معتقد هستند، به دلیل عامل بیولوژیکی خطر افسردگی اساسی برای دختران نوجوان دو یا پنج برابر خطر افسردگی اساسی برای نوجوانان پسر است. احتمال دیگر این است که دختران علاوه بر تجربه بیشتر افسردگی، بیش از پسران احتمال دارد افسردگی شدیدتر و همچنین دوره‌های افسردگی تکرار شونده داشته باشند. پژوهش‌های مختلف تلاش کرده‌اند که دختران را محدودتر و محروم‌تر از پسران معرفی کنند. اما عوامل وابسته به جنسیت مانند جزیی‌نگری و رابطه‌گرا بودن دختران، ویژگی‌های شخصیتی خاص جنسیت، شرایط زندگی اجتماعی و فردی دختران، زودتر آغاز شدن دوران بلوغ در دختران و نگرانی دختران در مورد «تصویر بدن خود» همه از مواردی است که می‌توان آنها را در تبیین پژوهش حاضر دخیل کرد.

در این پژوهش بین دو گروه دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه در میزان شیوع افسردگی تفاوت معناداری یافت نشد. همچنین، بین دو گروه دانش‌آموزان شهری و روستایی نیز در میزان شیوع افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته نیز با نتایج

پژوهش‌های فینچ و همکاران (۱۹۸۵)، حبیبی (۱۳۷۸)، سادوک و سادوک (۲۰۰۳)، پاکستون و همکاران (۲۰۰۷)، و محمدی (۱۳۸۲) مبنی بر عدم تفاوت شیوع افسردگی در مقطع متوسطه و راهنمایی و شهری و روستایی همخوانی دارد. خوشابی و همکاران نیز (۱۳۸۶) در پژوهش خود دریافتند که تفاوت معناداری در میزان شیوع اختلالات رفتاری در مناطق شهری و روستایی وجود ندارد. تحقیق در مورد شیوع اختلالات رفتاری به خصوص اختلال افسردگی به طور خاص در مناطق شهری و روستایی بسیار کم انجام شده است. بنابراین، امکان مقایسه دقیق با سایر تحقیقات نیست. در تبیین این یافته باید به تفاوت ابزارها و روش‌های مختلف اندازه‌گیری از یک سو و تفاوت جامعه و نمونه آماری از سوی دیگر اشاره کرد. شاید بتوان گفت امروزه دیگر برخی از روستاها نیز تا حدی دارای امکاناتی همچون شهرها هستند و شرایط تقریباً برابر است. اما نباید مسایل قومی و فرهنگی را از نظر دور داشت. همچنین در توجیه میزان شیوع بیشتر افسردگی در روستا می‌توان گفت که دانش‌آموزان روستایی به دلیل اینکه در مقایسه با دانش‌آموزان شهری از پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین‌تری برخوردار هستند، در اغلب موارد وقایع منفی بیشتری را تجربه می‌کنند، بیشتر در معرض اختلال افسردگی قرار دارند. به علاوه، همانگونه که کیون و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند در روستاها منابع محدود بوده و میزان دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی پایین‌تر است، بنابراین آنها بیشتر در معرض تجربه خلق افسرده قرار دارند. در تبیین دقیق‌تری، افسردگی را اختلال ناهمگنی می‌دانند که به طرق مختلفی پدید می‌آید و محصول عمل متقابل خصوصیات مستعدساز در جوان، خانواده وی و محیط است. بنابراین، این مجموعه واحد از عوامل خطر که در روستاها و نواحی فقیرنشین حومه شهرها بیشتر دیده می‌شود می‌تواند نوجوان و جوان را به سوی افسردگی سوق دهد. نکته دیگر این است که دانش‌آموزان در روستاها از وضعیت اقتصادی-اجتماعی خوبی برخوردار نیستند و حتی تحصیلات والدین آنها نیز در سطح بالایی نیست. برخی تحقیقات انجام شده نیز حاکی از آن است که بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات والدین با شیوع اختلالات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۶؛ منیر پور و همکاران، ۱۳۸۳). با توجه به این که در ایران حتی مسأله سواد و تحصیلات والدین نیز

می‌تواند شاخصی از طبقه اقتصادی و اجتماعی باشد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که دانش آموزان متعلق به طبقات اقتصادی اجتماعی پایین در مقایسه با دانش آموزان متعلق به طبقات اقتصادی بالاتر از مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری برخوردارند. بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که شیوع اختلال‌های رفتاری از جمله افسردگی در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه بیشتر است.

در مجموع، نتیجه پژوهش بر شیوع بالای افسردگی اشاره دارد. با توجه به محدودیت جامعه این پژوهش، نتایج این پژوهش به جامعه‌های دانش‌آموزی شهرها یا شهرستانهای دیگر، بخصوص شهرها یا شهرستانهایی با ویژگی‌های فرهنگی، قومی و آموزشی بسیار متفاوت با شهرستان شهرضا، قابل تعمیم نیست و لازم است در تعمیم‌دهی نتایج این پژوهش بسیار محتاط بود. همچنین این پژوهش بر مبنای بررسی شیوع افسردگی طراحی گردیده است، لذا شیوع تخمین زده شده به عنوان ملاک قطعی شیوع این اختلال تلقی نمی‌شود. پیشنهاد می‌شود موضوع شیوع و پیشگیری از افسردگی و همچنین پیشگیری از عود آن در بین دانش‌آموزان پسر و دختر دوره‌های راهنمایی و متوسطه این شهرستان و سایر شهرستان‌ها بیشتر مورد توجه برنامه‌ریزان امور مربوط به سلامت روان، پژوهشگران، مربیان، مشاوران و متخصصان بالینی قرار گیرد تا بدین نحو بتوان اقدامات مداخله‌ای را به شیوه‌ای مناسب صورت داد و تصمیمات مناسب در این زمینه اتخاذ نمود.

منابع

ابراهیمی، محمدرضا. (۱۳۸۳). بررسی میزان شیوع علائم افسردگی در دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان فریدن در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۲. سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان، شورای تحقیقات.

باقری یزدی، سیدعباس؛ بولهری، جعفر و شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۱،

حبیبی، سپیده. (۱۳۷۸). بررسی شیوع افسردگی در دختران دبیرستانهای شهرک الوند و صنعتی قزوین و ارتباط آن با تعهد مذهبی. پایان نامه (دکترای حرفه‌ای). دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پزشکی.

حسینی فرد، سید مهدی؛ بیرشک، بهروز و عاطف وحید، محمد کاظم. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال یازدهم شماره ۱، ۷۱-۸۰.

جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

جان بزرگی، مسعود و مستخدمین حسینی، خیرالنساء. (۱۳۸۴). بررسی شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مدارس شهر تهران. پژوهنده. سال دهم، شماره ۶: ۳۷۹-۳۸۳.

خوشابی، کتابون، مرادی، شهرام، شجاعی، ستاره، همتی علمدارلو، قربان، دهشیری، غلامرضا و عیسی مراد، ابوالقاسم. (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام. ویژه‌نامه توانبخشی. دوره هشتم، شماره ۲۹، ۲۸-۳۳.

دهقانی، مجید. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسرانه شهر یزد در سال تحصیلی ۱۳۸۰ - ۱۳۸۱. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دانشکده پزشکی.

رایگان، فیروزه. (۱۳۷۹). تعیین توزیع فراوانی درمان‌های دارویی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی در کلینیک مشاوره‌ای کودکان و نوجوانان اصفهان طی سالهای ۷۸-۷۶، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

رصافیانی، حمیدرضا. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در دانش‌آموزان پسر مقطع پیش‌دانشگاهی شهرستان کازرون در سال تحصیلی ۸۰-۷۹. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دانشکده بهداشت.

ظهیرالدین، علیرضا، حسینی، محمد و سمنانی، یوسف. (۱۳۸۳). بررسی شیوع افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان فیروز کوه. پژوهنده. سال نهم، شماره ۱:

کبیرزاده، مه‌ری. (۱۳۸۰). بررسی میزان افسردگی دانش آموزان دوره متوسطه شهرستان نجف آباد در سال تحصیلی ۷۹-۸۰ و رابطه آن با وضعیت تحصیلی آنان. شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.

محمدی، سعید. (۱۳۸۲). بررسی همه گیرشناسی «شیوع و تنوع» اختلالات روانی دانش آموزان دختر و پسر دوره های راهنمایی و دبیرستان شهرستان خمینی شهر در سال تحصیلی ۸۱ - ۱۳۸۰. شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان اصفهان.

محمدی، سعید و آقایی، اصغر. (۱۳۸۳). بررسی همه گیرشناسی شیوع و تنوع اختلالات روانی دانش آموزان دختر و پسر دوره های راهنمایی و دبیرستان شهرستان خمینی شهر در سال تحصیلی ۸۱ - ۱۳۸۰. نمایه پژوهشی. سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان. جلد چهارم، ۱۰۸-۱۰۵.

منیر پور، نادر؛ یزدان دوست، رخساره؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دلاور، علی و خوسفی، هلن. (۱۳۸۳). ارتباط ویژگیهای جمعیت شناختی با میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی. *رفاه اجتماعی*. ۴ (۱۴): ۱۷۸-۱۹۳.

نریمانی، محمد و روشن، رسول. (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع افسردگی و اثربخشی درمان رفتاری - شناختی در کاهش افسردگی دانش آموزان. *مجله روان شناسی*. ۲۳، سال ششم، شماره ۳، ۲۵۴-۲۴۴.

نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، محمدعلی و یاسمی، سید عباس. (۱۳۸۱). بررسی شیوع اختلال لهای روانپزشکی در شهر تهران. *مجله پژوهشی حکیم*. دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲. یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمدکاظم و احمد زاده، غلامحسین. (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. *مجله اندیشه و رفتار*. سال نهم، شماره ۲، پاییز.

یعقوبی، نوراله. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

Al-Gelban, K. S. (2007). Depression, anxiety and stress among Saudi adolescent school boys. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127(1): 33-37.

- American Psychiatric Association. (1998). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: APA.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., Nelson, B., & Kessler, S. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427–1439.
- Bond, L., Toumbourou, J.W., Thomas, L., Catalano, R. F., & Patton, G. (2005). Individual, Family, School, and Community Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms in Adolescents: A Comparison of Risk Profiles for Substance Use and Depressive Symptoms. *Prevention Science*, 6(2), 73-89.
- Finch, A., J., Saylor, C. F., & Edwards, G. L. (1985). Children's Depression Inventory; sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53,424-425.
- Fleming, J. E., Oxford, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review, *Journal of Youth and adolescence*, 11,403-407.
- Haavet, O.R., Dalen, I, Straand, J. (2005). Depressive symptoms in adolescent pupils are heavily influenced by the school they go to. A study of 10th grade pupils in Oslo, Norway. *European Journal of Public Health*, 16 (4): 400–404.
- Harrington, R., Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life, *European Archives of psychiatry and clinical neurosciences*, 248, 32-45.
- Honig, A., Vanpraag, H. M. (1997). *Depression Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. London: John Wiley & sons press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and twelve-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Paxton, R J., Valois, R F., Watkins, K. W., Huebner, E. S., Drane, J. W. (2007). Sociodemographic Differences in Depressed Mood: Results from a Nationally Representative Sample of High School Adolescents. *The Journal of School Health*, 77(4), 180-186.
- Quine, S, Bernard, D, Booth, M, et al. (2003). Health and access issues Among Australian Adolescents: a rural-urban comparison. *Rural Remote Health*, 245(3). Available at: <http://rrh.deakin.edu.au>.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. Chen, Y. R. (1997). Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *American Journal of Community Psychology*, 25(1), 95-110.
- Sadock, B, J; Sadock, V, A (2003). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. New York: William & willking, Ltd.
- Sadock, B, J; Sadock, V, A (2001). *Pocket Handbook of clinical Psychiatry*. New York: William & willking, Ltd.
- Schraedly, P. K., Gotlib, I. H., Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 25, 98-108.
- Speier, P. L., Sherak, D. L., Hirsch, S., & Cantwell, D. P. (1995). *Depression in children and adolescents Handbook of Depression*. New York, the Guildford Press.