همه‌گیر شناسی افسردگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶

فرشته شکیبایی [۱]، مریم اسماعیلی [۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی بیماری بسیار شایع عصر حاضر است و در تمامی جهان روندی فزاینده دارد. افسردگی در تمام سنین و همه نژادها، هم در زنان و هم در مردان ظاهر می‌شود. بر اساس متون روان‌شناسی مرضی حدود ۲۰ درصد کل کودکان و نوجوانان دچار حالات افسردگی بوده و نیازمند به دریافت خدمات تخصصی روان‌پزشکی و روان‌درمانی هستند. بعضی از پژوهشگران بر این باور هستند که اختلالات افسردگی در نوجوانان بسیار کمتر از حد واقعی آن مورد تشخیص و درمان قرار می گیرند. با توجه به تأثیرافسردگی بر نحوه عملکرد نوجوانان و نیاز به تحقیقات بیشتر به منظور اطلاع از میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان این مطالعه طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه به‌صورت توصیفی تحلیلی بر روی تعداد ۱۶۰۶ دانش آموز ۱۱ تا ۱۶ ساله مدارس راهنمایی پسرانه و دخترانه (دولتی و غیرانتفاعی) نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۸۷-۱۳۸۶ و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بود. از کلیه دانش‌آموزان پرسش‌نامه افسردگی (ماریاکواکس) تکمیل و اطلاعات توسط SPSS مورد تحلیل کای اسکویرقرار گرفت.

یافته‌ها: از کل۱۶۰۶دانش آموز نوجوان،۳۵۳نفر ۲۲ درصد افسرده شناخته شدند.در این مطالعه میانگین نمره به‌دست آمده برابر ۱۳/۴۶ و انحراف معیار ۷/۳۲بود. شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر۲۴/۲ درصد که به‌طور معنی‌داری بیشتر از دانش آموزان پسر(۱۹/۸ درصد) بود (p=۰/۰۳۵).

بین میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مدارس دولتی و غیرانتفاعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد(p=۰/۰۱۶). کمترین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۱ و بیشترین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۴ می‌باشد (p<۰/۰۰۱) .نمره افسردگی هر دانش‌آموز نیز وجود داشته ولی آنچه در این پژوهش مهم ومورد نظر بود شیوع افسردگی بود ونه شدت افسردگی ودر نتیجه بود ونبود افسردگی ملاک بوده که بدین ترتیب یک متغیر اسمی محسوب می‌شود. کای اسکویر در مواردی بکار برده می‌شود که متغییرها دارای مقیاس اسمی باشند. به عبارت دیگر با توجه به این‌که درجداول داشتن یا نداشتن افسردگی مطرح است وتفاوت بین افراد از نظر این ویژگی بررسی شده است نیاز به یک امار غیر پارامتریک یعنی کای اسکویر دارد.

از آزمون تی هم با وارد کردن نمره‌های افسردگی استفاده شد ولی نتایج گیج‌کننده به‌دست آمد و به‌دلیل ذکر شده در بالا ازآزمون تی صرف نظر شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد در نوجوانان ایرانی میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی ازبعضی کشورها بیشتر با یعضی ازکشورها برابر بوده است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی -نوجوان –شیوع

ارجاع: شکیبایی فرشته، اسماعیلی مریم. **همه‌گیرشناسی افسردگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ۲۸۴-۲۷۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۷

۱- دانشیار ، مرکز تحقیقات علوم رفتاری،گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران(نویسنده مسؤول)

Email: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

مقدمه

اختلال افسردگی از قدیمی‌ترین و شایع‌ترین انواع اختلالات روانی می‌باشد (۱). وجود یا عدم وجود افسردگی، ویژگی‌ها و شیوع آن در کودکان و نوجوانان سال‌های متمادی مورد بحث بوده است (۳-۲). تا دو دهه قبل تصور می‌شد افسردگی در کودکان و نوجوانان وجود ندارد یا بسیار اندک است.برخی از محققین استدلال کرده‌اند که افسردگی مستلزم وجود مجموعه‌ای از ساختارهای روانی خاص بزرگسالان است و این اختلال تا سال‌های پایان نوجوانی شکل نمی‌گیرد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان نیز می‌توانند همانند بزرگسالان از افسردگی رنج ببرند (۳). اکنون توافق همگانی بر این است که افسردگی پیش از دبستان نیز اتفاق می‌افتد. هم‌چنین تشابهات زیادی بین ویژگی‌های افسردگی درسنین پایین (پیش از دبستان) و دوران بزرگسالی مشاهده گردیده است (۴). معمولاً افسردگی در کودکان و نوجوانان با همان ملاک‌های افسردگی بزرگسالان تشخیص داده می‌شود اما نسبت به بزرگسالان در طول زمان از ثبات کمتری برخوردار است (۵).

تخمین شیوع تجمعی (Cumulative prevalence) افسردگی دربین نوجوانان بین ۱۴ تا ۲۶ درصد است (۶).

افسردگی یک اختلال عودکننده است و حدود ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان یک دوره دوم افسردگی را در طی ۲ سال بعد و حدود ۷۵ درصد طی ۵ سال بعدی تجربه می‌کنند و اغلب موارد افسردگی عودکننده در بزرگسالان دارای شروع در حین نوجوانی بوده است (۷).

آن دسته از افرادی که در دوره‌ی نوجوانی و جوانی به بیماری افسردگی مبتلا شده‌اند آمادگی بیشتری برای افسرده شدن مجدد را دارند ولی ممکن است در دوره‌ی بلوغ و نوجوانی به افسردگی آنان توجه کمتری شده باشد (۸). افسردگی جزء اختلالات عاطفی یا اختلالات خلق و خوی قرار داده می‌شود و نوجوان دچار آشفتگی فکری، عاطفی، رفتاری و حتی بیماری‌های جسمانی می‌گردد (۹).

در کودکان و نوجوانان افسردگی با ویژگی‌های بالینی مانند: تحریک‌پذیری، کاهش علاقه و لذت در تمام یا تقریبا تمام فعالیت‌ها، کاهش قابل ملاحظه وزن بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (درکودکان نرسیدن به وزن مورد نظر)، کم‌خوابی یا پرخوابی تقریبا هر روز، کندی یا تندی روانی-حرکتی تقریبا هر روز، احساس خستگی یا فقدان نیرو تقریبا هر روز، احساس بی‌ارزشی یا احساس‌گناه مفرط و نامناسب، کاهش توانایی برای تفکر و تمرکز، بلاتصمیمی، افکار تکرارشونده، خودکشی اطلاق می‌شود (۱۰).

شیوع افسردگی در اواخر قرن اخیر به طور چشمگیری در جوانان رو به افزایش نهاده است (۱۱، ۸). بعضی از پژوهشگران بر این باور هستند که اختلالات افسردگی در نوجوانان بسیار کمتر از حد واقعی آن مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرند (۱۲).

نتایج برخی بررسی‌ها نشان داده است که ۲۰ درصد دانش‌آموزان به طور عمیق دچار غمزدگی یا دچار بعضی از انواع‌بیماری‌ها و یا اختلالات روانی می‌باشند. در دنیایی که ما درآن زندگی می‌کنیم، میزان تعارضات و کشمکش‌های زندگی افزایش یافته است و بسیاری از جوانان آمادگی برخورد و سازش با این فشارهای روانی را ندارند .شیوع افسردگی تا قبل از بلوغ در بین دختران و پسران برابر است. اما ازاوسط نوجوانی شیوع افسردگی در دخترها بیشتر می‌شود (۸).

حدود ۲۰ درصد نوجوانان دارای یک دوره افسردگی (متوسط هر دوره ۶ تا ۸ ماه) تا سن ۱۸ سالگی خواهند بود (۱۳).

تحقیقات انجام شده روی کودکان و نوجوانان بیانگر شیوع افسردگی با شدت متوسط یا شدید در ۲/۳ تا ۵/۹ درصد کودکان و نوجوانان می‌باشد. تخمین زده می‌شود که ۷ درصد کودکان قبل از بلوغ ، ۲۸ درصد بیماران کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان و ۲۷ درصد بیماران نوجوان بستری در بخش روان‌پزشکی دارای افسردگی هستند (۱۴).

محققین مؤسسه بین‌المللی بهداشت روانی آمریکا (H I M H یا Hunter Institute of Mental Health) معتقد هستند که علایم افسردگی حدودا در ۸ درصد از نوجوانان مشهود است (۱۵) .

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

یافته‌هایی که اخیرا از یک مطالعه در ایالات متحده به دست آمده است نشان می‌دهد ۲۰ درصد نوجوانان ملاک‌های وقوع افسردگی عمده در زمان حال یا گذشته را داشته‌اند (۱۶).

در مطالعه کارولینای جنوبی، ایالات متحده آمریکا ۴۰۲۳ نوجوان سنین ۱۲ تا ۱۷ سال به صورت تلفنی مورد مصاحبه قرار گرفتند. شیوع شش ماهه دوره افسردگی اساسی (MDD یا Major depression disorder) ۷/۴ درصد برای پسران و ۱۳/۹ درصد برای دختران بود (۱۷).

یافته‌های مطالعه‌ای به روش مقطعی در مریلند ایالات متحده آمریکا بر روی ۲۰۲۹۱ نوجوان نشان داد که تقریباً نیمی از آن‌ها ۴۷/۲ درصد ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی (MDD) را دریافت کردند (۱۸).

مطالعه Levinson و همکاران که نمونه‌ها به صورت تصادفی از بین ۱۷۱۰ دانش‌آموز دبیرستانی ایالت اورگون انتخاب شده بودند، درصد دوره‌های افسردگی تک‌قطبی در دختران ۲۲/۳ درصد و در پسران ۱۱/۴ درصد بوده است. درصد دختران با دو حمله یا بیشتر ۴/۹ درصد و پسران با دو حمله یا بیشتر ۱/۶ درصد بود نشان داد (۷).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در ایالات متحده آمریکا بر روی ۱۰۲۴ نوجوان بازداشت شده انجام گرفت پرسش‌نامه‌هایی مانند پرسش‌نامه سلامت بیماران (PHQ یا Patient Health Questionnaire) و (BDI یا Beck Depression Inventory) مقیاس افسردگی بک را کامل کردند.

نتایج به‌دست آمده از مقیاس افسردگی بک نشان داد ۲۵ درصد (۲۶۱ نفر) دارای افسردگی متوسط ، ۲۲ درصد (۲۲۳ نفر) دارای افسردگی شدید و نتایج به‌دست آمده از پرسش‌نامه سلامت بیماران (PHQ) نشان داد، ۹/۷۷ درصد (۱۰۰ نفر) دارای افسردگی اساسی بودند (۱۹).

در پژوهش‌هایی که انجمن همه‌گیرشناسی از طریق مصاحبه تشخیص بین‌المللی مرکب (CIDI یا Composite International Diagnostic Interview) سازمان بهداشت جهانی به‌صورت رو در رو در بیش از ۳۷۰۰۰ نفر انجام داد، شیوع در طول زندگی برآورد شد، بدون رعایت ملاک‌های تشخیص‌گذاری DSM -IV یک دوره افسردگی اساسی در موارد بسیار گوناگون از ۳ درصد در ژاپن به ۱۶/۹ درصد در آمریکا بوده است و اکثریت در حدود ۸ تا ۱۲ درصد بودند (۲۰).

داده‌های یک مطالعه طولی در جامعه شهروندان فلاندی ۷۶۱ پسر و ۸۸۶ دختر نشان داد که از ۱۱۶ دختر ۱۳ درصد و از ۶۹ پسر ۹ درصد دارای افسردگی بودند (۲۱).

طبق بررسی مؤسسه سلامت کاتالان (Catalan Health Institute) کشور اسپانیا بر روی ۹۰۶ بیمار که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند شیوع افسردگی ۱۴/۳درصد برای افسردگی اساسی و ۴/۸درصد برای دیس تایمی بود (۲۲).

در کشور تایلند بررسی شیوع افسردگی روی ۸۱ کودک و نوجوان (۳۹ پسر و ۴۲ دختر با حدود سنی ۹/۳ تا ۱۵/۳ سال) شیوع افسردگی را ۳۴/۶ درصد نشان داد. نشانگان افسردگی به تنهایی ۷/۴ درصد، اختلال سازگاری با خلق افسرده ۱۷/۳ درصد، دیس تایمی ۶/۲ درصد، افسردگی اساسی ۳/۷ درصد و دختران نسبت به پسران نشانگان افسردگی شدیدتری داشتند (۲۳).

مطالعه اپیدمیولوژیک در تایوان بر روی ۲۴۴۰ دانش‌آموز در گروه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال که توسط ابزار غربالگری اختلالات افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۱۷۸ نفر آنان به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و علاوه بر مصاحبه رو در رو ،برای آنان (kiddie –SADs یا schedule for affective Disorders and schizophrenia) اجرا شد و نتایج شیوع افسردگی را ۲/۴ درصد و دیس تایمی را ۳ درصد براورد کرد (۲۴).

در یک مطالعه متاآنالیز از ۴۱۲ مرکز مراقبت اولیه، تعداد ۱۵۰۸۱ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. اکثریت آزمودنی‌ها ملاک‌های افسردگی متوسط یا شدید را دریافت کردند و ۵۱ درصد دارای افسردگی مزمن و یک دوره عود افسردگی بودند. ۵۵ درصد بیماران از لحاظ بالینی به طور معنی‌دارای اختلال افسردگی اساسی بودند، اگر چه ۱۶درصد پسرها و ۱۹ درصد دخترها حداقل یک تشخیص دریافت کردند (۲۵).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

حتی برخی از براوردهای آماری در ایران حاکی از آن است که افسردگی رایج‌ترین مشکل روانی نوجوانان است و نزدیک به ۲۰ الی ۳۵ درصد از نوجوانان به افسردگی خفیف ، ۱۲ الی ۱۵ درصد به افسردگی متوسط و ۵ درصد به افسردگی شدید مبتلا هستند (۲۶).

در مطالعه جلیلی در روستای دره زرشک از توابع یزد میزان شیوع افسردگی ۴۶ درصد (در زنان ۲/۴ برابر مردان) گزارش شده است. در یک مطالعه همه‌گیرشناسی توسط داویدیان و همکاران در شهرستان رودسر میزان افسردگی ۳/ ۲۴ درصد (در زنان ۳ برابر مردان) گزارش شده است (۱۱)

با توجه به شیوع فراوان و عواقب جدی افسردگی از قبیل تأثیرات منفی آن بر عملکردهای تحصیلی- خانوادگی- شغلی- اجتماعی در دوران نوجوانی و احتمال زیاد عود آن در دوره بزرگسالی، افسردگی به عنوان یک مسأله مهم بهداشت روانی در همه سنین در جوامع مختلف می‌باشد و تحقیق و تفحص در زمینه اپیدمیولوژی را ایجاب می‌کند (۶-۵، ۱).

با توجه به این‌که درصد بالایی از جمعیت ایران زیر ۲۰ سال هستند ، تحقیقات بیشتر جهت اطلاع از شیوع اختلال در جمعیت کودک و نوجوان وسپس برنامه‌ریزی و ارایه راهکارهای جدیدی برای کاهش شیوع افسردگی و مشکلات تحصیلی، رفتاری, اجتماعی ناشی از آن (پیشگیری سطح اولیه و ثانویه) در نوجوانان ضرورت دارد. خلاء موجود در پژوهش‌های انجام شده در کشور ما مطالعه بیشتر در این مورد را می‌طلبید تا بتوان در جهت ارتقاء سطح بهداشت جسمانی و روانی ، پیشگیری و درمان نوجوانان افسرده گامی برداشت.

مواد و روش‌ها

روش این تحقیق توصیفی – تحلیلی بود وبر روی دانش‌آموزان شهر اصفهان انجام شد.

جمعیت مورد مطالعه: کلیه دانش آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله مدارس راهنمایی پسرانه و دخترانه دولتی و غیرانتفاعی شهر اصفهان در سال ۸۷-۱۳۸۶ بود.

حجم نمونه:

تعداد نمونه با توجه به رابطه $n=\frac{Z^2P(1-P)}{d^2}$ محاسبه گردید.

n = تعداد نمونه در این پژوهش با توجه به فرمول فوق ۱۵۵۰ نفر بود که پس از شمارش پرسش‌نامه‌ها تعداد نمونه ۱۶۰۶ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند.

Z= ضریب اطمینان ۹۵ درصد یعنی ۱/۹۶ می‌باشد.

P= برآوردی از شیوع افسردگی که تا ۲۰ درصد گزارش شده است و درصد شیوع افسردگی ۲۰ درصد مبنای تعداد حجم نمونه قرار گرفت.

d= میزان دقت است که d=۰/۰۲ در نظر گرفته شده است.

معیارهای ورود به مطالعه:

۱. دانش‌آموزان پسر و دختر مدارس راهنمایی شهر اصفهان
۲. گروه سنی ۱۱ تا ۱۶ سال.

معیارهای خروج از مطالعه:

۱. ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید مانند بیماری‌های قلبی
۲. عدم رضایت والدین از انجام مطالعه
۳. عدم همکاری دانش‌آموز (در این صورت از جمعیت مورد مطالعه فرد دیگری جایگزین می‌شد).

روش انجام کار: ابتدا هماهنگی‌های لازم شامل اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان و کسب تأییدیه و معرفی‌نامه از معاونت درمان دانشگاه و بعد از آن کسب مجوز و معرفی‌نامه از اداره کل آموزش و پرورش به ادارات آموزش و پرورش نواحی پنجگانه صورت گرفت. سپس تعداد دقیق دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله مدارس دولتی و غیر انتفاعی پسرانه و دخترانه در هر کدام از نواحی پنجگانه تعیین شد.

روش نمونه‌گیری:

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. با توجه به مهم بودن نوع مدارس، نوع مدرسه به عنوان طبقه لحاظ شد. سپس در هر طبقه، مدارس به عنوان خوشه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

لحاظ شد و از هر خوشه، تعدادی نمونه به نسبت جمعیت در هر ناحیه استخراج شد.

از مدارس راهنمایی‌دولتی دخترانه ۸۰۳ نفر و پسرانه ۸۰۳ نفر، در مجموع ۱۲۸۸ دانش‌آموز و از مدارس راهنمایی غیرانتفاعی ۳۱۸ دانش‌آموز، و در کل تعداد ۱۶۰۶ انتخاب شدند.

*پرسش‌نامه ماریا کواکس (Maria Kovacs) در ساعات غیر درسی از دانش‌آموزان در مدارس تکمیل گردید. پس از آن نمره هر دانش‌آموز محاسبه گردید .دانش‌آموزانی که نمره ۱۹ و بالاتر دریافت کردند، به عنوان گروه نوجوانان افسرده در نظرگرفته شدند.

ابزار پژوهش:

آزمون افسردگی ماریاکواکس (CDI یا children Depression Inventory) شامل ۲۷ سؤال می‌باشد . هر سؤال دارای ۳ گزینه است. ۱۴ سؤال از ۲۷ سؤال به‌صورت مستقیم و ۱۳ سؤال به‌صورت معکوس ارایه شده است.

نمره از صفر تا ۸ = سالم.

نمره از ۹ تا ۱۹ = در آستانه افسردگی ولی بدون اختلال .

نمره از ۲۰ تا ۵۴ = تشخیص افسردگی می‌گیرد و هرچه نمره بیشتر باشد میزان افسردگی بیشترخواهد بود.

لازم به‌ذکر است نقطه برش در این پژوهش نمره ۱۹در نظر گرفته شد.

آزمون افسردگی ماریاکواکس آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر ۰/۸۱ و پایایی آن به روش دو نیمه کردن برابر ۹۱ درصد می‌باشد (۱۶).

استوار و رضویه روایی واگرای این پرسش‌نامه را از طریق همبستگی آن با مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS_A یا Social Anxiety Scale for Adolescents) ۰/۳۵ گزارش کرده اند (۲۷).

استوار و رضویه پایایی پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی با فواصل زمانی دو هفته‌ای ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۲۸). تجزیه و تحلیل آماری: جهت مقایسه افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر و دختر مدارس دولتی و غیرانتفاعی و مقایسه میزان شیوع افسردگی در نواحی پنجگانه از آزمون کای اسکوئر استفاده گردید. لازم به ذکر است که کلیه تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار spss صورت گرفت.

یافته‌ها

از بین ۱۶۰۶ دانش‌آموز تعداد۱۲۵۳ نفر (۷۸ درصد) غیرافسرده و تعداد ۳۵۳ نفر (۲۲ درصد) از دانش‌آموزان به عنوان گروه نوجوانان افسرده شناسایی شدند.

نتایج پژوهش حاضر در جداول ۱ و ۲ و ۳ و ۴ آمده است. یافته‌ها حاکی است میانگین نمره در بین کل ۱۶۰۶ دانش‌آموز برابر با ۱۳/۴۶ و انحراف معیار۷/۳۲ بوده است. همان‌طور که در جدول ۲ملاحظه می‌شود شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر ۲۴/۲ درصد و در دانش آموزان پسر ۱۹/۸درصد و در کل دانش‌آموزان (۲۲ درصد) می‌باشد. آزمون کای اسکویر (Chi-square= ۴/۴) این اختلاف را معنی‌دار نشان می‌دهد: یعنی شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر به‌طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزان پسر می‌باشد (p-value=۰/۰۳۵).

نمره افسردگی هر دانش‌آموز نیز وجود داشته ولی آن‌چه در این پژوهش مهم ومورد نظر بود شیوع افسردگی بود ونه شدت افسردگی ودر نتیجه بود ونبود افسردگی ملاک بوده که بدین ترتیب یک متغیر اسمی محسوب می‌شود.

کای اسکویر در مواردی به کار برده می‌شود که متغیرها دارای مقیاس اسمی باشند. به عبارت دیگر با توجه به این که در جداول داشتن یا نداشتن افسردگی مطرح است و تفاوت بین افراد از نظر این ویژگی بررسی شده است نیاز به یک آمار غیر پارامتریک که یعنی کای اسکویر دارد (۲۹).

از آزمون تی هم با وارد کردن نمره‌های افسردگی استفاده شد و لی نتایج گیج‌کننده به دست آمد و به دلیل ذکر شده در بالا از آزمون تی صرف نظر شد .

از جدول ۳ ملاحظه می‌شود شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مدارس دولتی۲۳/۲ درصد و در دانش‌آموزان مدارس غیرانتفاعی ۱۷ درصد می‌باشد. آزمون کای اسکویر این اختلاف را معنی‌دار نشان نمی‌دهد (p-value =۰/۰۱۶).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

میزان شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان نواحی پنجگانه آموزش و پرورش به ترتیب ۱۳/۵ درصد ، ۱۸/۵ درصد، ۲۰/۸ درصد، ۲۸ /۸ درصد و ۲۰/۹ درصد می‌باشد.

آزمون کای اسکویر تفاوت را معنی‌دار نشان می‌دهد. کمترین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۱ و بیشترین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۴ می‌باشد. به‌عبارت دیگر، عدم تفاوت معنی‌دار بین نواحی ۲ و ۳ و ۵. عدم تفاوت معنی‌دار بین نواحی ۲ و ۳ و ۵ با ناحیه ۴ و عدم تفاوت معنی‌دار بین نواحی ۲ و۳ و ۵ با ناحیه ۱ ($p< ۰/۰۰۱$).

جدول ۱. داده‌های توصیفی نمرات پرسش‌نامه افسردگی در بین دانش‌آموزان شهر اصفهان

جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار
دختر	۸۰۳	۱۳/۷۸	۷/۷۲
پسر	۸۰۳	۱۳/۱۴	۶/۹۰
کل	۱۶۰۶	۱۳/۴۶	۷/۳۲

جدول ۲: توزیع فراوانی افسردگی دانش‌آموزان به تفکیک جنس

جنس	افسردگی				جمع	
	دارد		ندارد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دختر	۱۹۴	۲۴/۲	۶۰۹	۷۵,۵	۸۰۳	۱۰۰
پسر	۱۵۹	۱۹/۸	۶۴۴	۲/۸۰	۸۰۳	۱۰۰
جمع	۳۵۳	۲۲	۱۲۵۳	۷۸	۱۶۰۶	۱۰۰

جدول ۳. توزیع فراوانی نمرات افسردگی در بین دانش‌آموزان به تفکیک نوع مدارس

مدارس	افسردگی				جمع	
	دارد		ندارد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دولتی	۲۹۹	۲/۲۳	۹۸۹	۷۶/۸	۱۲۸۸	۱۰۰
غیر انتفاعی	۵۴	۱۷	۲۶۴	۸۳	۳۱۸	۱۰۰
جمع	۳۵۳	۲۲	۱۲۵۳	۷۸	۱۶۰۶	۱۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

جدول ۴. توزیع فراوانی نمرات افسردگی در بین دانش‌آموزان به تفکیک نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان

نواحی	افسردگی				جمع
	دارد		ندارد		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
ناحیه ۱	۲۲	۱۳/۵	۱۴۱	۸۶/۵	۱۶۳
ناحیه ۲	۴۴	۱۸/۵	۱۹۴	۸۱/۵	۲۳۸
ناحیه ۳	۷۶	۲۰/۸	۲۹۰	۷۹/۲	۳۶۶
ناحیه ۴	۱۳۰	۲۸/۸	۳۲۲	۷۱/۲	۴۵۲
ناحیه ۵	۸۱	۲۰/۹	۳۰۶	۷۹/۱	۳۸۷
کل	۳۰۳		۱۳۰۳		۱۶۰۶

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از رایج‌ترین ناراحتی‌های روانی در بین پسران و دختران افسردگی است. نوجوانان افسرده احساس ناامیدی و احساسات منفی شدید دارند. افسردگی در نوجوانان در بعضی موارد بی هیچ زمینه و سببی خود به خود ظاهر میشود. میزان شیوع افسردگی در سنین مختلف متفاوت گزارش شده است (۱).

براساس نتایج پژوهش حاضر شیوع افسردگی در دختران ۱۱ تا ۱۶ سال اصفهان ۲/۲۴ درصد و دردانش‌آموزان پسر ۱۹/۸ درصد و در کل ۲۲ درصد بود. درتحقیق طاهر نشاط‌دوست و همکاران سال ۱۳۸۳ میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان ۱۶/۲ درصد بود (۳۰). درمقایسه شیوع افسردگی درپژوهش حاضررقم بالاتری دارد که ممکن است به دلیل تفاوت ابزار مورد استفاده یعنی ماریاکوواکس در پژوهش حاضر و Feeling & Mood در آن پژوهش باشد و احتمال دارد رشد شیوع افسردگی از سال ۸۳ تا ۸۶ را نشان دهد .

بررسی کودکان دبستان شهر مشهد در سال ۱۳۸۰ توسط ابراهیم عبدالهیان و همکاران میزان شیوع افسردگی در دختران دبستانی را حدود ۱۳/۱ درصد و پسران را ۷/۶ نشان داد.

در مطالعه Kilpartrick و همکاران شیوع اختلال افسردگی در کودکان قبل از بلوغ ۷ درصد تخمین زده شده است (۲۴).میزان شیوع افسردگی درهر دوی این‌ها با هم مشابه وبا پژوهش حاضر متفاوت هستند. این تفاوت احتمال دارد که به‌دلیل تفاوت سن افراد مورد بررسی باشد. افراد مورد مطالعه در آن پژوهش‌ها کودکان دبستانی ودر این پژوهش افراد نوجوان مقطع متوسطه هستند. زیرا با افزایش سن شیوع افسردگی افزایش می‌یابد.

درمطالعه داودیان و همکاران در بالغین شهرستان رودسر شیوع افسردگی ۲۴/۳ درصد و در مطالعه جلیلی روی بالغین روستای دره زرشک از توابع یزد میزان شیوع افسردگی۴۶ درصد (در زنان ۲/۴ برابر مردان) گزارش شده است (۱۱). تفاوت میزان شیوع افسردگی در این دو پژوهش احتمال دارد که به دلیل تفاوت سن افراد مورد بررسی باشد که در پژوهش حاضر درنوجوانان ودرپژوهش‌های فوق‌الذکر در بالغین بوده است. (همان‌طور که گفته شد با افزایش سن شیوع افسردگی افزایش می‌یابد).

نتایج یک مطالعه بر روی ۲۸۵۲ کودک و نوجوان ۶ تا ۱۶ ساله در کشور کانادا که تشخیص افسردگی برای آنان بر اساس DSM-IV بوده ؛ نشان داد که میزان شیوع افسردگی در بین کودکان حدود ۰/۶ درصدو در بین نوجوانان ۱/۸ درصد بوده است (۳۱).

نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا بر روی ۵۴۲۳ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه (کلاس‌های ششم تا هشتم) نشان داد که شیوع اختلال افسردگی اساسی ۸/۴ درصد بوده است (۳۱) که به وضوح با نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر متفاوت است. این تفاوت در آمار شیوع این چند کشور

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

احتمال دارد به علت تفاوت وضعیت اقتصادی- اجتماعی باشد. مطالعه‌ای که توسط Baashar & Shaaban سال ۲۰۰۳به منظور بررسی میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی در ۱۱۰۷ نفر از دختران ۱۲ تا ۱۹ ساله در سودان انجام گرفت؛ نشان داد در فرم کوتاه تست بک با در نظر گرفتن نقطه برش عدد ۱۵ در کل جمعیت ۴/۲ درصد و در نوجوانان دختر ۱۱ درصد دارای افسردگی شدید بودند و با افزایش سن نمره افسردگی نیز افزایش داشته است (۳۲).

میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی طبق آن مطالعه کمتر از ایران بوده است.

نتایج بررسی برروی نشانگان افسردگی در ۵۲۴ نفر از نوجوانان ۱۲- ۱۷ ساله در روسیه نشان داد، حدود شیوع افسردگی از ۱۰ درصد تا ۳۱ درصد متغیر است (۳۳) که با نتایج پژوهش حاضر نزدیک است. در روسیه نیز تحولات اقتصادی – اجتماعی قابل ملاحظه و تغییر درسیستم حاکم بر جامعه رخ داده است .شاید این‌ها بر وضعیت خلقی نوجوانان هم تأثیر داشته است.

یک مطالعه تصادفی به روش مقطعی بر روی نوجوانان کشور ترکیه انجام شد. در این مطالعه نمونه مورد مطالعه متشکل از ۴۲۵۶ دانش‌آموز ۱۰ تا ۲۰ سال بودند که میانگین سنی آن‌ها ۱۴/۵۳ سال بود.کلیه دانش‌آموزان با مقیاس افسردگی بک (BDI) سنجش شدند و ۱۲/۵۵ درصد از افراد مورد مطالعه افسردگی داشتند که در دختران به‌طور معنی‌داری بیشتر از پسران بوده است (۳۴). شیوع افسردگی (۱۲/۵۵ درصد) در نوجوانان کشور ترکیه بیشتر به ما نزدیک بوده است.

شیوع افسردگی اساسی در دخترها وپسرهای نوجوان در این پژوهش و اغلب پژوهش‌ها تفاوت داشته ودر دخترها همانند زن‌ها شیوع افسردگی بالاتر مشاهده شده است. تفاوت هورمونی، اثر زایمان و شیردهی، تفاوت استرسورهای روانی – اجتماعی ومدل رفتاری درماندگی آموخته شده از عوامل مؤثر در افزایش افسردگی دراین جنس ذکر شده است (۱).

بین میزان شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان مدارس دولتی و غیرانتفاعی تفاوت معنی‌داری نمی‌باشد . کمترین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۱ و بیشترین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۴ می‌باشد بین میزان شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان نواحی ۱ و ۴ تفاوت معنی‌داری می‌باشد و میزان شیوع افسردگی در ناحیه‌های ۲ و ۳ و ۵ تفاوت ندارد.

وجود تفاوت معنی‌دار بین میزان شیوع افسردگی در ناحیه ۱ و ۴ می‌تواند به‌دلیل شرایط نامساعد اقتصادی- اجتماعی از جمله فقر اقتصادی، مهاجرپذیر بودن این منطقه، آمار روزافزون مسایل و مشکلات متعدد اجتماعی از جمله اعتیاد و به تبع آن اختلافات خانوادگی می‌تواند از عوامل زمینه‌ساز افزایش معنی‌دار افسردگی در نوجوانان ناحیه ۴ باشد که بیشترین میزان افسردگی در نوجوانان این ناحیه بوده است .

محدودیت ها و پیشنهادات

محدودیت‌های پژوهش:

۱. امتناع بعضی از دانش‌آموزان از دریافت پرسش‌نامه و یا پاسخگویی به پرسش‌نامه به‌طور کامل.
۲. عدم همکاری بعضی از مدیران مدارس درهماهنگ کردن دانش‌آموزان با مجری طرح جهت اجرای تست (به دلیل داشتن امتحان یا کلاس درسی مهم) هنگام مراجعه که محقق مجبور شد در روز و ساعتی که آنان مشخص کردند پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کند.
۳. عدم همکاری بعضی از معلمان جهت دادن اجازه خروج به دانش‌آموزان از کلاس درس، برای تکمیل پرسش‌نامه که سعی شد از کلاس دیگری در همان مدرسه جایگزین شود.

پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی:

۱. طراحی مطالعات وسیع‌تر در سطح استان اصفهان
۲. انجام مطالعاتی در سطح کشور ایران
۳. انجام مداخلات دارویی و درمانی و آموزشی برای دانش‌آموزان افسرده و طراحی راه‌کارهایی که بتواند در کاهش افسردگی نوجوانان ایرانی مثمر ثمر باشد، اقدام شود.
۴. انجام مداخلات آموزشی برای والدین دانش آموزان افسرده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

تشکر و قدردانی

از همکاری خانم مریم ایزدی در انجام هماهنگی‌ها و گردآوری اطلاعات قدردانی می‌شود.

References

1. Ahadi H, Jomhori F. Growth Psychology: Adolescent, adulthood, geriatric. Tehran: Pardis Publication; 2003. [In Persian].
2. Rutter M, Tuma A.H, Lann I.S. Assessment and diagnosis in child Depressive disorders psychopathology. New York: Guilgor; 1988: 347-76.
3. Harrington RC. Depressive disorder in children and adolescents. British Journal of Hospital Medicine1990; 43: 108-12.
4. Harrington RC. Depressive disorder in childhood and adolcence. Chichester: Juhn Willy & sons; 1995.
5. Vaeroy H, Merskey H. The prevalence of current major depression and dysthymia in a Norwegian general practice. Acta psychiatric scand1997; 95(4); 324-8.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007
7. Reinecke M A, Dattilio F M, Artuor F. Cognitive behavioral therapy in child & adolescent. Trans. Alaghband Rad J, Farrahi H. Tehran:Bogheh Publication; 2001
8. Graham F. Cognitive behavioral therapy for child and family. Trans. Mohammady M, Hashemi Kohanzad H. Tehran: Welfare Publisher; 2002.
9. Fleming J E, Offord D R. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1990; 29(4): 571-80.
10. Cooper PJ, Goodyer I. A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. Br J Psychiatry 1993; 163:369-74, 379-80.
11. Comparison of epidemiology of depression in obese 10-18 yr. Old child & adolescent with control group in Esfahan city on 2004. [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2004.
12. Burt VK, Sten K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. J Clin Psychiatry 2002; 63 (Suppl 7): 9-15.
13. Aalto- setala T, Marttunen M, Tuulio- Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders & maladjustment. Evid Based Ment Health. 2003; 6(2):60.
14. Lewis M B. Child and Adolescent Psychiatry Comprehensives Textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2001: 1221-2.
15. Freres DR, Gillham JE, ReivichK, Shatte Aj. Preventing depressive symptoms in middle school students: Penn Resiliecy program. Int J Emerg Ment Health 2002; 4(1): 31-40.
16. Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richrds. Depressive disorders in childhood IV. A longitudinal study of Comorbidity with and risk for anxiety disorders. Arch Gen psychiatry 1999; 46(9): 776-82.
17. Dilsaver Sc, Akikal HS. Preschool- onset mania: Incidence, phenomenology and family history. J Affect Disord 2004; 82(suppl 1):S35- 43.
18. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzbery AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. Br J psychiatry suppl 1998; 34:24-8.
19. Clark GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M. Evid Based Ment Health 2002; 5(3):78.
20. Hodgins S, Faucher B, Zarac A, Ellenbogen M.Children of parents with Bipolar disorder. A population at high risk for major affective disorders.Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002; 11(3):533-53, ix. Review.
21. Lima D. Bipolar disorder and depression in childhood and adolescence. J pediatr (Rioj). 2004; 80(2 Suppl): S 11-20.
22. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR. Ethno cultural differences in prevalence of adolescent depression. Am J Community Psychol 1997; 25(1):95-110.
23. Aragones E,Pinol JL, Labad Masdeu RM. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in spain. Int J psychiatry med 2004: 34(1): 21-35.
24. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and risk factors for depression in children and adolescents. J Med Asso Thai 1997; 80 (5): 303 -10.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

25. Yang H J, Soong WT, Kuo PH, change H L, Chen WJ. Using the Ces-D in a two- phase survey for depressive disorder among nonreferred adolescents in Taipei: A strtum- specific Likelihood ratio analysis. J Affect Disord. 2004;1: 82(3):419-30.
26. Kilpartrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunder BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD major depression, substance abuse / dependence, and Comorbidity: Result from the national surry of adolescents 2003; 71(4): 692-700.
27. Study of epidemiology of child & adolescent psychiatric disturbance in Iran by Kiddie- Sad$_{s.}$ Summery book of articles of 2th international symposium of child & adolescent psychiatric disturbance 2004: 26-29. [In Persian].
28. Ostovar S, Razaviye A. Study of psychometric parameters of social anxiety scale for adolescents (SAS-A) for Iran.Procceding of 5th national seminar of mental health of child & adolescent; 2003 Oct 8-10; Zanjan, Iran; 2003.
29. Ostovar S, khier M, Latifian M. Study of bias of memory cognition in adolescent with social anxiety disorder. Psychology magazine. 2006: 39(3). [In Persian].
30. Molavi h. Practical guide to SPSS 13-14 in behavioral science. Esfahan: Publisher Thought Process; 2008. [In Persian].
31. Neshatdost T, Khademi M. Study of prevalence of depression in middle school of five area of education organization of Esfahan on 2004. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran; Isfahan university: 2006. [In Persian].
32. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. Br J Psychiatry 1989; 155:647-54.
33. Shaaban KM, Baashar TA. A community study of depression in adolescent girls: prevalence and its relation to age. Med PrincPract 2003; 12(4):256-9.
34. Zh NevrolPsikhiatrIm S SKorsakova. Prevalence and clinical manifestations of depression in school adolescent population] 1998; 98(9):33-6.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]

Study of MDD epidemiology in students of middle school (11-16 yrs. old) Of Esfahan city in 2007- 8

Fereshteh Shakibaei [1], Maryam Esmaeili [2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Today depression is more common disorder in all of world. Depression present in all ages & all races in both men & women. Studies show depression has increased prevalence in adolescent. Some researchers believe MDD (that influence function) under diagnosed & treatment in adolescent. More researches are needed to understand MDD prevalence in adolescent. We studied MDD prevalence in adolescent in students of middle school in this research.

Methods and Materials: This descriptive study was done on 1606 pupil of 11-16 old ages boys & girls of middle school of Esfahan city by cluster sampling .CDI questionnaire was done for all of them.(cut off =19).

Findings: The mine of number of all pupil was 13.46 & standard deviation was 7.32.Over all 353pupil (22 percent) has MDD .prevalence rate MDD in girls pupil (24.2 percent) were more than boys (19.8 percent) significantly ($p<0.05$).

Conclusions: This study was showed prevalence of MDD in adolescents of Esfahan is a few above some other area of world.

Keywords: Adolescence, CDI, Prevalence, MDD

Citation: Shakibaei F, Esmaeili M. **Study of MDD epidemiology in students of middle school (11-16 yrs. old) Of Esfahan city in 2007-8.** J Res Behave Sci 2014; 12(2): 274-284

Received: 16.01.2013 Accepted: 16.09.2014

1- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Psychiatry Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran .(corresponding Author) Email: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.12.2]