

فراوانی نشانه های افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان

پژوهشگران: خدیجه جهانگشت^۱، شهلا اسیری^{۲*}، صدیقه پاک سرشت^۳، احسان کاظم نژاد لیلی^۴

۱) گروه پرستاری، بیمارستان امام سجاد رامسر، رامسر، ایران

۲) گروه پرستاری، دانشجوی دکتری، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳) گروه مامایی (ارتقاء سلامت زنان و بهداشت جامعه)، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴) آمار حیاتی، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۳/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانشناختی در کودکان و نوجوانان است. از دهه قبل، همزمان با افزایش شیوع افسردگی در سنین پایین-تر توجه زیادی به تشخیص و درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان جلب شده است.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین فراوانی نشانه های افسردگی در کودکان مقطع راهنمایی و ارتباط آن با برخی عوامل فردی و خانوادگی می باشد.

روش کار: این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی و روش نمونه گیری از نوع تصادفی به صورت خوشه ای چند مرحله ای بود. به این ترتیب که ابتدا نواحی ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر رشت به عنوان دو خوشه اصلی در نظر گرفته شد. در مرحله دوم در هر خوشه به طور جداگانه بر اساس جنسیت (مدارس دخترانه - پسرانه)، نوع مدرسه (دولتی - غیردولتی) و پایه تحصیلی (ششم، هفتم و سوم راهنمایی)، جمعاً ۲۴ طبقه در دو ناحیه ۱ و ۲ محاسبه گردید. تعداد کل نمونه ۶۱۸ نفر بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی تعیین گردید. با توجه به اینکه کل هر کلاس خوشه در نظر گرفته شد، تعداد نمونه ها به ۷۷۵ نفر (۳۱ خوشه) افزایش یافت که در نهایت ۷۵۳ نفر از والدین فرم تکمیل شده را برگرداندند.

ابزار تحقیق شامل پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان (Children Depression Inventory (CDI و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (فردی - خانوادگی) بود. پرسشنامه همراه با پاسخ نامه و از طریق پرسشگران آموزش دیده در اختیار آزمودنی ها قرار داده شد و از آنان خواسته شد آنچه را در همان لحظه احساس می کنند با صداقت و دقت جواب دهند. پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان قبلاً روانسجی شده و بهترین نقطه برش برای آن در ایران، ۲۲ تعیین شده است. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آمار استنباطی (آزمون های مجذور کای، رگرسیون لجستیک و تی-مستقل)، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۳۷/۶٪) ۱۳ سال سن داشتند. فراوانی دخترها ۳۹۸ نفر (۵۲/۹٪) و پسرها ۳۵۵ نفر (۴۷/۱٪) بود. فراوانی کودکان در کلاس های ششم، هفتم و سوم راهنمایی به ترتیب ۲۶۸، ۲۴۹ و ۲۳۶ نفر بود. ۷۰/۸ درصد از کودکان در مدارس دولتی و ۲۹/۲ درصد در مدارس غیردولتی مشغول به تحصیل بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای پیشرفت تحصیلی مثبت (۶۴/۱٪) و فاقد پدر و مادر با سابقه افسردگی (به ترتیب ۸۷٪ و ۸۷/۹٪) بودند.

نتایج بیانگر فراوانی نشانه های افسردگی در ده درصد نمونه ها بود. وجود نشانه های افسردگی در پسران در ۸/۵ درصد و در دختران در ۱۱/۳ درصد، بر حسب پایه های کلاسی در پایه های ششم، هفتم، سوم راهنمایی به ترتیب ۱۱/۶، ۵/۲ و ۱۳/۱ درصد، در مدارس دولتی و غیردولتی به ترتیب ۱۲/۲ و ۴/۵ درصد، بر حسب داشتن و نداشتن پیشرفت تحصیلی به ترتیب ۱۰/۶ و ۸/۹ درصد، بر حسب سابقه افسردگی پدر و مادر به ترتیب ۲ و ۷/۷ درصد و بر حسب وجود بیماری های مزمن در پدر و مادر به ترتیب ۷/۹ و ۱۰/۵ درصد بوده است. از نظر درآمد ماهیانه، خانواده های با درآمد ماهیانه کمتر از پانصد هزار تومان، بیشترین (۱۴/۴٪) میزان افسردگی را داشته اند. بیشترین میزان نشانه های افسردگی در کودکان از نظر تحصیلات پدر و مادر به ترتیب با سطح تحصیلی بی سواد و دیپلم (۱۲/۳٪ و ۴/۸٪) بوده است. بیشترین میزان نشانه های افسردگی در کودکان از نظر شغل پدر و مادر به ترتیب با مشاغل بیکار و خانه دار ۱۹ و ۱۰/۳ درصد بوده است. بیشترین میزان نشانه های افسردگی (۱۰/۹٪) در کودکان از نظر وضعیت سکونت، در خانواده هایی با مسکن استیجاری بوده و بیشترین میزان افسردگی (۳۳/۳٪) در کودکان از نظر ساختار خانواده، در خانواده هایی با فوت مادر بوده است.

نتایج نشان داد نشانه های افسردگی با پایه کلاسی (p=۰/۰۰۸)، نوع مدرسه (p=۰/۰۰۱) و عدم سابقه افسردگی در پدر (p=۰/۰۰۵)، از لحاظ آماری دارای ارتباط معنی دار می باشد. بطوریکه میزان نشانه های افسردگی در پایه سوم راهنمایی بیشترین مقدار بوده است. دانش آموزان مدارس دولتی نشانگان افسردگی بیشتری نسبت به دانش آموزان مدارس غیردولتی داشتند (odds ratio: ۲/۵، ۵/۱ - ۱/۳ : CI/۹۵) دانش آموزانی که دارای پدری با سابقه افسردگی بودند، از علائم و نشانه های افسردگی کمتری برخوردار بودند (۲٪ در برابر ۱۱٪).

نتیجه گیری: گرچه وجود نشانگان افسردگی بر اساس ابزار مورد استفاده در این تحقیق لزوماً مترادف با وجود اختلال افسردگی از نظر شدت و طول مدت علائم نمی باشد، اما رابطه معنادار بین نمرات افسردگی و بعضی از عوامل فردی و خانوادگی اهمیت در نظر گرفتن این عوامل را در طراحی برنامه های پیشگیری کننده برای افسردگی کودکان نشان می دهد.

کلیدواژه: افسردگی، دانش آموزان، کودک

مقدمه

مدرسه و خانه، خودکشی، خلق آشفته، لذت نبردن، عملکرد نباتی، خودارزیابی پایین، ناامیدی و مشکلات بین فردی می‌باشد (۴،۱۲). عملکرد ذهنی و تحصیلی ضعیف، تضعیف ایفای نقش، افزایش تناقض با والدین و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی از پیامدهای افسردگی می‌باشند (۱۳). در تحقیقات مختلف نرخ شیوع افسردگی بین ۱۰ تا ۳۰ درصد برآورد شده است (۱۴). عوامل متعددی می‌توانند در بروز افسردگی نقش داشته باشند که می‌توان به سن، جنس، پایه تحصیلی، نوع مدرسه، عملکرد تحصیلی، بعد خانوار، رتبه تولد، شغل و میزان تحصیلات والدین، وضعیت سکونت، سابقه اختلال روانی در والدین و ساختار خانواده اشاره نمود (۲۳-۱۵). شناسایی نوجوانان دارای زمینه افسردگی، عوامل خطر پیش‌بینی کننده افسردگی در نوجوانان ضروری است تا از بروز بیماری‌های جدی، هزینه‌های بالا و مرگ و میر ناشی از خودکشی در این افراد جلوگیری شود (۱۷). کشور ما، کشوری جوان است که و بیش از نیمی از جمعیت آن را افراد زیر ۱۸ سال تشکیل می‌دهند در این میان بررسی مشکلات و اقدام به رفع آنها در میان دانش‌آموزان نوجوان که ۲۵ درصد از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده‌اند به عنوان متصدیان آینده جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱،۷،۲۰). از این رو این مطالعه با هدف تعیین فراوانی نشانه‌های افسردگی در نوجوانان و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر رشت انجام شده است.

روش کار

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی و روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. به این ترتیب که ابتدا نواحی ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر رشت به عنوان دو خوشه اصلی در نظر گرفته شد. در مرحله دوم در هر خوشه به طور جداگانه بر اساس جنسیت (مدارس دخترانه - پسرانه)، نوع مدرسه (دولتی - غیردولتی) و پایه تحصیلی (ششم، هفتم و سوم راهنمایی)، جمعاً ۲۴ طبقه در دو ناحیه ۱ و ۲ محاسبه

نوجوانی دوره‌ای از رشد است که با تغییرات برجسته‌ای همراه می‌باشد که این دوره عبور از مرحله طفولیت و آمادگی برای بزرگسالی است و طیف سنی ۱۱-۲۰ سال را دربر می‌گیرد (۲،۱). از لحاظ روانشناسی ژنتیک، در چرخه تحول آدمی دوره‌ای که بین کودکی و بزرگسالی قرار می‌گیرد به دوره نوجوانی موسوم است (۳). اضطراب خاص این دوران به دلیل تحول در ملاک‌های ارزشی و مشکل چگونگی برخورد با فشار غریز، برای نوجوان اجتناب‌ناپذیر است (۴) و احتمال بروز رنج درونی، فشار عاطفی، نگرانی، ترس، آشفتگی و احساس گناه، شدیدتر از دوره‌های دیگر است (۵). تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویشتن است (۶،۱). ویژگی‌های رشدی این مرحله می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع اختلالات رفتاری و بیماری‌های روانی باشد (۴). سلامت روانی از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از اصول اولیه مراقبت‌های بهداشت روان در نوجوانان قلمداد می‌شود (۷). مساله بهداشت روان و آسیب‌شناسی روانی در دوره نوجوانی دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد (۱،۲،۸،۹). یکی از شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین مشکلات نوجوانان، افسردگی است (۵). افسردگی شایع‌ترین بیماری روانی قرن اخیر است و در حال حاضر جدی‌ترین بیماری قرن تلقی می‌شود بطوریکه در میان ده علت اصلی ناتوانی در سطح جهان، رتبه اول را به خود اختصاص می‌دهد، از این رو قرن حاضر را قرن افسردگی می‌نامند (۱،۹). افسردگی در کودکان و نوجوانان به دلیل ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره، شیوع آن موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد. افسردگی، افت فراگیر خلق است که با احساس ناکارآمدی، خلق منفی، عزت‌نفس منفی، بی‌لذتی و مشکلات بین فردی همراه بوده (۹) و سبب افت تحصیلی، مشکلات جسمی و اجتماعی می‌شود که و در آینده نوجوانان تأثیر مخربی بر جای می‌گذارد (۱۱ - ۹). مهمترین علائم افسردگی نوجوانان شامل: کندی روانی - حرکتی، احساس بی‌ارزشی، بدبینی به آینده، سوء مصرف مواد، عملکرد تحصیلی پایین، فرار از

نتایج :

تعداد دانش‌آموزان مورد ارزیابی ۷۷۵ نفر بودند که والدین ۷۵۳ کودک، فرم مخصوص والدین را تکمیل کردند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۳۷/۶٪) ۱۳ سال سن داشتند. فراوانی دخترها ۳۹۸ نفر (۵۲/۹٪) و پسرها ۳۵۵ نفر (۴۷/۱٪) بود. فراوانی کودکان در کلاس‌های ششم، هفتم و سوم راهنمایی به ترتیب ۲۶۸، ۲۴۹ و ۲۳۶ نفر بود.

۷۰/۸ درصد از کودکان در مدارس دولتی و ۲۹/۲ درصد در مدارس غیردولتی مشغول به تحصیل بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای پیشرفت تحصیلی مثبت (۶۴/۱٪) و فاقد پدر و مادر با سابقه افسردگی (به ترتیب ۸۷٪ و ۸۷/۹٪) و بیماری مزمن (به ترتیب ۸۴/۹٪ و ۸۲/۳٪) بودند. ۶۷/۵ درصد از خانواده‌ها در آمد ماهیانه ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان داشتند.

از نظر تحصیلات پدر بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم (۴۲/۱٪) و کمترین مربوط به فوق لیسانس (۱/۵٪) و از نظر تحصیلات مادر بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم (۳۸٪) و کمترین مربوط به فوق لیسانس (۱/۵٪) بود. همچنین یافته می کردند. وجود نشانه های افسردگی به ترتیب در پسران در ۸/۵ درصد و در دختران در ۱۱/۳ درصد موارد، بر حسب پایه های کلاسی در پایه‌های ششم، هفتم، سوم راهنمایی به ترتیب ۱۱/۶، ۵/۲ و ۱۳/۱ درصد، در مدارس دولتی و غیردولتی به ترتیب ۱۲/۲ و ۴/۵ درصد، بر حسب داشتن و نداشتن پیشرفت تحصیلی به ترتیب ۱۰/۶ و ۸/۹ درصد، بر حسب سابقه افسردگی پدر و مادر به ترتیب ۲ و ۷/۷ درصد و بر حسب وجود بیماری‌های مزمن در پدر و مادر به ترتیب ۷/۹ و ۱۰/۵ درصد بوده است. از نظر درآمد ماهیانه، خانواده‌هایی که درآمد ماهیانه کمتر از پانصد هزار تومان داشتند بیشترین میزان افسردگی را داشته‌اند (۱۴/۴٪). بیشترین میزان نشانه‌های افسردگی در کودکان از نظر تحصیلات پدر و مادر به ترتیب با سطح تحصیلی بی سواد و دیپلم (۱۲/۳٪ و ۴/۸٪) درصد بوده است. بیشترین میزان نشانه های افسردگی در کودکان از نظر شغل پدر و مادر به ترتیب با مشاغل بیکار و خانه‌دار ۱۹ و ۱۰/۳ درصد بوده است. بیشترین میزان نشانه های افسردگی در کودکان از نظر وضعیت سکونت، در خانواده‌هایی با مسکن استیجاری (۱۰/۹٪) بوده است. بیشترین میزان افسردگی در کودکان از نظر ساختار خانواده، در خانواده‌هایی با فوت مادر بوده است (۳۳/۳٪). با در نظر گرفتن حد برش ۲۲ ابزار مورد

گردید. تعداد کل نمونه ۶۱۸ نفر بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی، ویژگی‌های روان سنجی پرسش نامه افسردگی کودکان، با اطمینان ۹۵ درصد و حد اشتباه برآورد ۷۵ درصد نمره و در نظر گرفتن Design Effect روش نمونه-گیری خوشه ای برابر با ۲ و با در نظر گرفتن میانگین نمره افسردگی ۱۲/۱۴ تعیین گردید (۲۲). در مرحله بعدی با استفاده از لیست اسامی مدارس دولتی و غیردولتی نواحی یک و دو آموزش و پرورش شهر رشت تعداد ۱۰ مدرسه در هر ناحیه و جمعاً ۲۰ مدرسه به صورت تصادفی منظم انتخاب گردید و در هر مدرسه یک یا دو کلاس از هر پایه به صورت تصادفی انتخاب شد. با توجه به اینکه کل هر کلاس خوشه در نظر گرفته شد، تعداد نمونه‌ها به ۷۷۵ نفر (۳۱ خوشه) افزایش یافت که در نهایت ۷۵۳ نفر از والدین فرم تکمیل شده را بر گرداندند.

ابزار تحقیق شامل پرسش نامه افسردگی کودکان و

نوجوانان Children Depression Inventory (CDI)

و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (فردی - خانوادگی) بود. پرسشنامه همراه با پاسخنامه و از طریق پرسشگران آموزش دیده در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شد و از آنان خواسته شد آنچه را در همان لحظه احساس می‌کنند با صداقت و دقت جواب دهند و تنها احساس خود را در مورد هر سؤال بیان کنند.

رضایت دانش‌آموزان و والدین و جهت ورود به مطالعه به صورت شفاهی و کتبی کسب شد و به آنها این اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند. قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک توسط والدین تکمیل و قسمت دوم حاوی پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان (CDI) توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان قبلاً روانسجی شده (۲۱) و بهترین نقطه برش برای آن در ایران، ۲۲ تعیین شده است (۲۴).

داده‌ها تحت نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی (آزمون‌های مجذور کای، رگرسیون لجستیک و تی مستقل)، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

استفاده جهت تعیین نشانه‌های افسردگی نتایج مؤید آن بود که ده درصد از نمونه‌ها دارای نشانه‌های افسردگی بودند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد، ۱۰ درصد نمونه‌ها، آزمون مثبت افسردگی داشتند. مطالعه Budur نشان داد که از میان نمونه‌ها ۹/۹ درصد، دارای نشانه‌های افسردگی می‌باشند (۲۳). همچنین مطالعه ELmissiry نشان داد که ۱۵/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش دارای نشانه‌های افسردگی می‌باشند (۲۰). این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت عوامل مختلف فرهنگی، اقتصادی، آب و هوایی و غیره باشد. در این مطالعه کودکانی که در مدارس دولتی مشغول به تحصیل بودند، نسبت به دانش‌آموزان مدارس غیردولتی، بیشتر در معرض افسردگی قرار داشتند. مطالعه‌ای که توسط جان بزرگی انجام شد نشان داد که افسردگی بر اساس نوع مدرسی که دانش‌آموزان در آن تحصیل می‌کردند متفاوت بود، بطوریکه شیوع افسردگی در دانش‌آموزانی که در مدارس دولتی تحصیل می‌کردند، بیشتر بود (۲۱). کسانی که در مدارس غیردولتی مشغول به تحصیل می‌باشند، احتمالاً از تقویت‌کننده‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند و با امید و انگیزه بیشتری به تحصیل ادامه می‌دهند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش عبدالهیان که طبقه اجتماعی را در میزان بروز افسردگی کودکان مؤثر می‌داند، هم‌خوانی دارد (۷).

دانش‌آموزانی که پدرشان سابقه افسردگی نداشتند، نسبت به دانش‌آموزان دارای پدری با سابقه افسردگی، احتمال بروز نشانه‌های افسردگی بیشتر می‌باشد. مطالعه عبدالهیان و همکاران نشان داد میزان افسردگی در دانش‌آموزانی که سابقه بیماری روانی در خانواده داشته‌اند به طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزانی بوده است که چنین سابقه‌ای نداشته‌اند (۷). مطالعه‌ای که توسط ELmissiry انجام شد نشان داد که بین افسردگی و سابقه اختلال روانی در والدین ارتباط معنادار وجود دارد (۲۰). البته یکی از موضوعات مهم نقش روابط والدین و عملکرد خانواده در بهداشت روانی کودکان و به ویژه پیشگیری از افسردگی آنان است. تعامل و روابط نادرست

والدین حتی بدون داشتن سابقه افسردگی خود عامل بسیار مهمی در بروز اختلالات روانی در فرزندان خانواده می‌باشد. آموزش به والدین از طریق رسانه‌های جمعی، در دسترس بودن مراکز مشاوره خانواده و خانواده درمانی در موارد لازم می‌تواند سطح عملکرد خانواده را بهبود بخشد. در ارتباط با سطح تحصیلات مادر، دانش‌آموزان با مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم در مقابل دانش‌آموزان دارای مادر بی‌سواد و زیر دیپلم احتمال بیشتری برای بروز نشانه‌های افسردگی داشتند. ارتباط فرزندان با مادران دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به دانش‌آموزان با مادران بی‌سواد و یا دارای تحصیلات زیر دیپلم، کمتر بود. احتمالاً تحصیلات دانشگاهی مادر با احتمال بیشتر اشتغال آنها و فرصت کمتر برای تعامل با فرزندانشان همراه است و این نکته می‌تواند بر مهیا کردن شرایط برای بروز نشانه‌های افسردگی فرزندان تأثیرگذار بوده باشد. این در حالی است که نتایج مطالعه ملاباقری نشان داد که بین میزان افسردگی نوجوانان و تحصیلات والدین رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد یعنی هرچه میزان تحصیلات والدین کمتر باشد نشانه‌های افسردگی نوجوانان بیشتر است (۱۱). در ارتباط با پایه تحصیلی، کودکان پایه سوم راهنمایی نسبت به دانش‌آموزان پایه ششم و هفتم، نشانه‌های افسردگی بیشتری داشتند که این نتایج با یافته‌های مطالعه دهشیری و همکاران همخوانی دارد (۲۲) وجود شرایط بحرانی‌تر در دوران راهنمایی به دلیل گذر از مرحله کودکی به دوران بزرگسالی، شرایط بلوغ و احتمالاً وجود شرایط بحرانی‌تر در الگوگیری‌های ناکام‌کننده از بزرگسالان را می‌توان از جمله مواردی دانست که می‌توانند در این مورد تأثیرگذار باشند. وضعیت روحی و جسمانی نامناسب دانش‌آموزان و تأثیر آن بر شرکت در مطالعه و نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات و اعتماد و قضاوت بر اساس پاسخ والدین و دانش‌آموزان از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند. امید است که این پژوهش مقدمه‌ای برای تحقیقات گسترده‌تر بعدی در این زمینه باشد و برای طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری‌کننده‌ی کاهش نشانه‌ها و عوارض افسردگی کودکان امکانات مناسب

اختصاص یابد. بهداشت روان دانش‌آموزان مدارس دولتی مورد توجه بیشتر واقع شود. در ضمن بدلیل اینکه مادران در بهداشت روان دانش‌آموزان نقش کلیدی دارند به آموزش آنان توجه بیشتری شود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری می‌باشد و در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد تصویب ۹۰۲۱۲۰ تأیید شده است. با سپاس فراوان از این مرکز و واحدهای مورد پژوهش و آموزش و پرورش شهر رشت که امکان انجام این مطالعه را فراهم نمودند.

جدول شماره (۱): ضرایب رگرسیونی و شانس نسبی عوامل فردی و خانوادگی مرتبط با نشانه‌های افسردگی بر اساس مدل رگرسیون لجستیک

۹۵٪ فاصله اعتماد		شانس نسبی	سطح معناداری	خطای معیار	ضریب رگرسیونی	عوامل مرتبط با نشانه های افسردگی
حد بالا	حد پایین					
۵/۱۱۹	۱/۲۷۲	۲/۵۵۲	۰/۰۰۸	۰/۳۵۵	۰/۹۳۷	مدرسه دولتی در برابر غیر دولتی
۲۲/۲۷۱	۱/۲۶۴	۵/۳۰۵	۰/۰۲۳	۰/۷۳۲	۱/۶۶۹	عدم سابقه افسردگی پدر
			۰/۰۸۴			سابقه افسردگی مادر
			۰/۰۳			سطح تحصیلات مادر
۶/۲۱۸	۰/۴۹۹	۱/۷۶۱	۰/۳۷۹	۰/۶۴۴	۰/۵۶۶	زیر دیپلم در برابر بیسواد
۱۰/۸۲۴	۰/۹۴۵	۳/۱۹۸	۰/۰۶۲	۰/۶۲۲	۱/۱۶۲	دیپلم در برابر بیسواد
۷/۷۲۲	۰/۵۶۹	۲/۰۹۶	۰/۲۶۶	۰/۶۶۵	۰/۷۴۰	دانشگاهی در برابر بیسواد
			۰/۰۱۵			مقطع تحصیلی
۴/۲۳۳	۱/۰۸۴	۲/۱۴۲	۰/۰۲۸	۰/۳۴۸	۰/۷۶۲	ششم در برابر هفتم
۵/۴۴۹	۱/۳۸۰	۲/۷۴۲	۰/۰۰۴	۰/۳۵۰	۱/۰۰۹	هفتم در برابر سوم راهنمایی

References

- 1-Hatami H , Razavi M,Ardabili H.Text Books of public health. Tehran: Arjmand ;.2005.Persian.
- 2-Kaplan E, B Saduk. Synopsis of Psychiatry. Translated by: poorafkari N. Tehran: shahre Ab ; 2001.p. 15.Persian.
- 3-Fathi Ashtiani. Transformation of, self-esteem, anxiety and depression in gifted and normal children. Estedad Magazine. 1991; 17:43--51 .Persian.
- 4-philip rice f. human development:a life-span approach,4th ed,c2001,41-48.
- 5-zaraee m. Prevalence of psychopathology in the case of high school students in Rasht. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2002; I(39):24-36 .Persian.
- 6-Rostamzadeh G. Khalil R. Assess the prevalence and severity of depression in female students of Urmia Journal of Nursing and Midwifery.2008; V(II):1-18. Persian.
- 7-Abdolahiyan A. Depression in school-age children in Mashhad. Journal of Mashhad University of Medical Sciences.2001; 1:1-7 Persian.
- 8-Ampulinin P. The Parma high school epidemiological survey ocd symptoms. Acta psychiatry scand. ;103:441-446.
- 9-Tahmasyan K, Anari A. Modeling self somatic efficacy based on Bandura's agentic model from depression in depressed adolescents. Journal of Family Research .2009; 2(2):83-93 . Persian.
- 10-Gelder M. Oxford psychology. Translated by:poorafkari N . Tehran: Arjmand;2009. Persian.
- 11- Molabaqery M, zeraati H. Evaluation of the association between marital satisfaction and depressive symptoms in adolescents and their mothers Tuysarkan city in 1383. Journal of Mental Health. 2007; 8(29&30): 50-43.Persian.
- 12-Dehshiri G, Najafi M, Sheikhi M. Study on Preliminary psychometric properties of questionnaires for depression in children. Journal of Family Research.2010; 18:1-19.Persian.
- 13-Tahmasyan K, Anari A. The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. Journal of Applied Psychology.2010: 1 (9):1-18 .Persian.
- 14-Magg J, Swearer M. Cognitive-Behavioral Interventions for Depression: Review and Implications for School Personell. Journal of Behavior Disorders. 2005; 30(3):259-276.
- 15- Zarepur A ,Falahi M,Kashani Z;. Study the effect of group play therapy on depression in children with cancer. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2010:14(2) .72-.64. Persian.
- 16-Kavyani H. Variation creating the climate in different seasons of the year in the normal population,original article:2004. Persian.
- 17-cumming E. Maternal Depression and its Relation to Children's Development and Adjustment. Encyclopedia on Early Childhood Development, Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009.
- 18-Egger C. Children's Negative Cognitive Triad as a Vulnerability to Depression: Associations with Parents' Depression, Children's Attributions, and Parents' Attributions for Events in the Child's Life. [Honors thesis]. USA: Texas university; 2011.
- 19-Garber J. Depression in Children and Adolescents Linking Risk Research and Prevention. American Journal of Preventive Medicine.2006; 31(6S1): 104-125.
- 20-ELmissiry M. Screening for depression in a sample of Egyptian secondary school female students. J Affect Disord. 2012 Jan;136(1-2):e61-8. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.031. Epub 2011 Jul 23.
- 21-Janbozorgi M, Hosseini H. Assess the prevalence of depression among school students in Tehran. beheshti University of Medical Sciences. 2004; 10(6):379-383. Persian.
- 22-Dehshiri Gh. Investigating Primary Psychometric Properties of Children's Depression Inventory (CDI). Journal of Family Research. 2009; 5(2):159-177. Persian.
- 23-Budur S. prevalence of depression symptoms in Turkish adolescents. European Journal of General Medicine .2010. Available from: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/49707>
- 24-Mohammadi k,Borjali A,Eskandari H. Clinical Effectiveness of Children's Depression Inventory for Diagnosing Depression Disorder of Children and Adolescents. Journal of Clinical Psychology. 2010; 1(5): 1-9. Persian.

Prevalence of Depression Symptoms and its related Factors in School Students

BY: Jahangasht Kh¹, Asiri SH^{2*}, Pakseresht S³, Kazemnejad-Leili E⁴

1-Department of Nursing, Ramsar Imam Sajjad Hospital, Ramsar, Iran

2-Department of Nursing, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran

3-Department of midwifery, (Women Health Promotion, Community Health), Associate professor, Social determinants of health research center (SDHRC), Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran

4-Bio-statistics, Associate professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2014/06/07

Accepted: 2014/09/01

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common psychiatric disorders in children and adolescents. In the past decade, coinciding with the increased prevalence of depression in younger age, much attention has been attracted to the diagnosis and treatment of depression in children and adolescents.

Objective: This study aimed to determine the prevalence of depression symptoms in guidance school children and assessment of its relation with some personal and family factors.

Methods: This is a cross-sectional descriptive and analytical study which used random multi-stage cluster sampling. First, educational districts 1 and 2 of Rasht city were considered as the two main clusters. In the next stage, in each cluster separately, according to sex (girls' and boys' schools), school type (public, private) and grades (sixth and seventh in primary and third in secondary school), a total of 24 grades in districts 1 and 2 were calculated. The sample size of 618 students was determined based on results of the pilot study. Given that the entire class was considered as a cluster, the number of samples increased to 775 (31 clusters). 753 of all parents returned the completed form.

The research tool included Children Depression Inventory (CDI) and a questionnaire on demographic characteristics (personal-family) which were given to subjects with answer sheets by the researchers. They were asked to answer the questions honestly and accurately according to what they felt at the moment. CDI psychometrics with cut-off 22 had been determined in Iran. The data were analyzed with descriptive and inferential statistics (chi-square, logistic regression and t-test).

Results: Most of subjects were 13 years old (37.6%). Frequency of the girls and boys were 398 (52.9%) and 355 (47.1%), respectively. Moreover, the frequency of the students in sixth and seventh of primary and third grade of secondary school were 249, 268, 236, respectively. 70.8% of the students were at public and 29.2% in private schools. Most of them had educational improvement (64.1%), without parents with history of depression (87% fathers, 87.9% mothers). Results revealed 10% of the subjects with depression symptoms (8.5% in boys, 11.3% in girls) in sixth (11.6%) and seventh grades of primary (5.2%) and third grade of secondary (13.1%) in public (4.5%) and private schools (12.2%). 10.6% of the students had educational improvement. 8.9% lacked it. Depression history was recorded for 2% of fathers and 7.7% of mothers. Moreover, 7.9% of fathers and 10.5% of mothers had chronic diseases. Families with monthly income of less than 150 \$ had the highest percent of depression (14.4%). Most symptoms of depression were seen in children whose parents were illiterate (12.3%) and high school graduate (4.8%). 19% of unemployed fathers and 10.3% of homemaker mothers had children with highest depression symptoms. Students living in a rental house (10.9%) as well as those whose mother's was dead showed the most symptoms (33.3%).

Results indicated that depression symptoms were significantly related to grade ($p=0.008$), type of school ($p=0.001$), and no history of depression in father ($p=0.005$). Third grade of secondary school

students had the highest symptoms. Most of these students were at public than private schools (95% CI, 1.3-5.1- odd ratio: 2.5). Students with father's history of depression had fewer symptoms (2% vs.11%).

Conclusion: Although depression symptoms based on our tool did not necessarily suggest the depression disorder in terms of severity and duration of the symptoms, a significant association was observed between scores of depression and some personal and family factors which insists on considering the importance of these factors in preventive programs for children depression.

Keywords: Depression, Students, Child

*Corresponding Author: Shahla Asiri, Rasht, School of Nursing and Midwifery
Email: shahlaasiri@yahoo.com