Original Article

Depression prevalence and its correlation with the psychosocial need satisfaction among Kashan high-school female students

Sooky Z[1], Sharifi Kh[2*], Tagharrobi Z[2], Akbari H[3], Mesdaghinia A[4]

1- Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran
2- Department of Health Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran
3- Department of Biostatistics and Public Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran
4- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran

Received November 1, 2009; Accepted July 28, 2010

Abstract:

Background: The prevalence of depression among teenagers is %10-%70. Among the different risk factors, insufficient satisfaction of psychosocial needs is notable. Hence, the present study was carried out for evaluating the prevalence of depression among this age group and also determining its correlation with psychosocial need satisfaction (PSNS) by their parents.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 762 female high school students in Kashan province during the year 2006. Sampling was done using random clustering method from different grades among the public and private schools. The Beck depression test, PSNS questionnaire as well as the relevant demographic data were collected. Data was analyzed using ANOVA, Chi-square and Pearson correlation coefficient tests.

Results: The prevalence of depression in our study was %53.5. The frequency of undesired PSNS by parents was %27.8. While there was a significant correlation between depression and PSNS of teenagers met by parents (P=0.01) or also father's education (P=0.05), but no significant correlation was seen between depression and the student's age, parent's age, job, mother's education and also the years of parent education.

Conclusions: Inclusion of regular meetings in psychosocial health program by parents is recommended for relief of depression.

Keywords: Social support, High School students, Depression

* **Corresponding Author.**
Email: sharifi81k@yahoo.com
Tel: 0098 912 153 0067
Fax: 0098 361 555 6633

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Autumn, 2010; Vol 14, No 3, Pages 256-263

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

بررسی شیوع افسردگی و همبستگی آن با میزان ارضاء نیازهای روانی– اجتماعی توسط والدین در دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کاشان در سال ۱۳۸۵

زهرا سوکی [۱]، خدیجه شریفی [۲*]، زهرا تقربی [۲]، حسین اکبری [۳]، الهه مصداقی نیا [٤]

خلاصه

سابقه و هدف: شیوع افسردگی در نوجوانان۱۰ تا ۷۰ درصد می‌باشد و عوامل خطر ساز متعددی از جمله عدم ارضای نیازها برای این اختلال مطرح است؛ لذا برآن شدیم تا شیوع افسردگی و همبستگی آن با میزان ارضاء نیازهای روانی–اجتماعی دانش آموزان دختر توسط والدین ایشان را در شهر کاشان بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی توصیفی روی ۷٦۲ دانش آموز دختر شهر کاشان در سال ۱۳۸۵ انجام شد. نمونه گیری به صورت خوشه‌ای–تصادفی از کلیه مدارس روزانه دولتی و غیرانتفاعی انجام گردید. تست افسردگی بک، پرسشنامه ارضاء نیازهای روانی اجتماعی و ویژگی‌های دموگرافیک توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. داده‌ها پس از استخراج توسط آزمون-های آنالیز واریانس، مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون آنالیز شدند.

نتایج: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد ۵۳/۵ درصد از نمونه‌های پژوهش افسرده بودند. میزان نامطلوب ارضاء نیازهای روانی–اجتماعی نوجوانان توسط والدین ۲۷/۸ درصد بوده است و رابطه آماری معنی‌دار بین افسردگی با ارضاء نیازهای روانی اجتماعی نوجوان توسط والدین (P=۰/۰۱) و تحصیلات پدر (P=۰/۰۵) مشاهده شد. همچنین، رابطه آماری معنی‌دار بین افسردگی دانش آموز با سن دانش آموز، سن و شغل والدین، تحصیلات مادر و سال تحصیلی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد توجه والدین به ارضاء نیازهای روانی–اجتماعی نوجوان دختر سبب کاهش افسردگی در آنان می‌شود و بهتر است در برنامه‌های آموزشی انجمن اولیاء و مربیان مدارس به آن پرداخته شود.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، نوجوانی، افسردگی

فصلنامه علمی – پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۹، صفحات ۲٦۳-۲٥٦

مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقالی بین کودکی و بزرگ سالی است که با بلوغ آغاز می‌شود [۱]. با ورود به این دوره تحولات بسیار عمیقی از نظر زیست–روانی و اجتماعی در افراد به وجود می‌آید که موجب بهم خوردن تعادل و توازن جسمانی و روانی آنان می-شود [۲]. نوجوانان برای تبدیل شدن به یک فرد بزرگ‌سال وظایف رشدی و نیازهای مختلفی از جمله هویت یابی، استقلال، ارتباط با همسالان، عضوی از گروه بودن و احراز هویت، توجه، احترام، عزت نفس، تشویق و راهنمایی، سرگرمی و شرکت در بحث‌های خانوادگی دارند [۳].

یکی از جدی‌ترین مشکلاتی که نوجوانان ممکن است در انطباق با تکالیف رشدی و نیازهای این مرحله تکاملی با آن مواجه شوند، افسردگی است [٤]. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در بین اقشار مختلف جامعه با میزان ابتلای ۲۰-۱۵ درصد در طول زندگی است، اما در دوره نوجوانی میزان ابتلا به افسردگی به ۷۰-۱۰ درصد می‌رسد [۱۰-۵]. میزان ابتلا دختران به افسردگی ۲ برابر پسران است [۸،۱۳-۱۱]. ابتلا به افسردگی در دوره نوجوانی یک معضل روانی در حال گسترش است که می‌تواند موجب خودکشی، اعتیاد، شروع زودرس کسب تجارب جنسی، افسردگی بزرگ‌سالی، بزهکاری، افت تحصیلی، اعتماد به نفس پایین و نتایج حاصل از آن و در مجموع اختلال در عملکردهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود [١٤]. پژوهش‌های انجام شده در زمینه عوامل مرتبط با افسردگی دوره نوجوانی به مسائل مختلفی چون تغییرات مورفولوژی، تغییرات هورمونال، عملکرد والدین، سابقه افسردگی در خانواده، محرومیت و ناکامی، تعارض [١٦-١] و شاخص‌های جمعیت شناختی نظیر سن، جنس و وضعیت اقتصادی–اجتماعی [۱۷،۹،۸] اشاره دارند. یکی از این عوامل مرتبط با افسردگی نوجوانان، عملکرد والدین است. والدین از

[۱] مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] مربی، گروه مدیریت بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۳] مربی، گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۴] استادیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نشانی نویسنده مسوول:**
کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی ، بیمارستان شهید بهشتی

تلفن: ۰۹۱۲ ۱۵۳۰۰۶۷ **دورنویس:** ۰۳٦۱ ٥٥٥٦٦۳۳

پست الکترونیک: sharifi81k@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۱۰ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۸۹/٥/٦

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

مهمترین عواملی هستند که می‌توانند به نوجوانان کمک کنند تا از عهده آنچه لازمه مستقل شدن است، برآیند و تبدیل به بزرگ‌سالی توانا، متکی به خود و دارای تصویر مثبت از خود شوند. فراهم کردن وسایل زندگی، مدرسه و تغذیه به تنهایی برای ارضای نیاز نوحوانان کافی نمی‌باشد، بلکه باید به علائق و نیازهای آنها نیز توجه نمود [۱۸]. در اکثر اوقات والدین نیازهای نوجوانان را در مقام یک شخصیت مستقل درک نمی‌کنند و نسبت به ارضاء نیازهای روانی-اجتماعی نوجوانان‌شان در حد مطلوب کم توجهند [۱۹] و این کم‌توجهی در مورد دختران نوجوان چشمگیرتر است [۲۰]. نشانه‌های افسردگی در فرزندان والدین حمایت کننده کمتر از فرزندان والدین غیر حمایت کننده است. یک پژوهش طولی برای بررسی تعامل عوامل ژنتیک در دوقلوها نشان داد که تعارضات خانوادگی در کودکان با سابقه خانوادگی افسردگی، احتمال بروز نشانه‌های افسردگی در آنها افزایش می‌دهد [۲۱]. نتایج پژوهش انجام شده توسط رخشانی و همکاران در زاهدان در سال ۱۳۸۲ نشان داد که ۲۰ درصد پدران در طی شبانه روز ارتباطی با نوجوان خود برقرار نمی‌کردند و ۸۱ درصد آنها دوستان فرزندان نوجوان خود را در مدرسه نمی‌شناختند [۲۲]. نتایج پژوهش Sakiha در ژاپن نشان داد حمایت‌های عاطفی-اجتماعی و اعتماد به نفس بالا می‌تواند از علایم افسردگی پیش گیری کند [۲۳]. یافته‌های برخی مطالعات نشان می‌دهند که میزان شبکه حمایت اجتماعی عامل ضعیفی برای پیش بینی سلامتی تلقی می‌شود؛ در حالی که میزان حمایت ادراک شده پیش بینی کننده مناسبی برای سلامتی به شمار می‌رود [۱۶] و همچنین در مطالعه Liu در نوجوانان تایوانی مشخص شد که حمایت اجتماعی بالا در خانواده نشانه های افسردگی در پسران را افزایش می دهد [۲۴]. باتوجه به آسیب‌پذیری بیشتر دختران در مقابل افسردگی [۱۴،۱]، تفاوت در میزان توجه به ارضای نیازهای روانی اجتماعی نوجوانان از طرف والدین [۲۲] و تفاوت و تناقض در تاثیر عدم ارضای نیازهای روانی اجتماعی نوجوانان توسط والدین در ایجاد افسردگی [۲۴،۱۶]، پژوهش‌گران مطالعه حاضر بر آن شدند تا شیوع افسردگی و همبستگی آن با میزان ارضاء نیازهای دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کاشان در سال ۱۳۸۵ توسط والدین را بررسی نموده و میزان ارضای نیازهای روانی اجتماعی را در افراد افسرده و غیر افسرده مورد مقایسه قرار دهند. امید است نتایج این پژوهش بتواند جامعه پزشکی را در امر آموزش جامعه و خانواده‌ها به ویژه والدین را در امر توجه به نیازهای نوجوانان یاری نماید.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی است که روی ۷۶۲ نفر دانش آموز مقطع دبیرستان در سال ۱۳۸۵ انجام شد. برای نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای، از ۱۴ دبیرستان و هنرستان دخترانه شهر کاشان به طور تصادفی ۷ دبیرستان انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی و متناسب با رشته و سال تحصیلی در صورت داشتن مشخصات پژوهش (در قید حیات بودن والدین، عدم جدایی والدین و زندگی نوجوان با هر دو والد) ۷۶۲ نمونه انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. از پرسشنامه‌های افسردگی Beck، ارضای نیاز روانی اجتماعی نوجوانان توسط والدین (psycho social need satisfaction; PSNS) و ویژگی‌های دموگرافیک جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. جهت تعیین افسردگی از تست استاندارد The BECK (BDI) شامل ۱۳ حیطه استفاده شد. نمونه های مورد بررسی در هر حیطه یکی از پاسخ‌ها را که با نمرات صفر، ۱، ۲ یا ۳ مشخص شده است، انتخاب کردند. مجموع نمرات به دست آمده از ۱۳ حیطه بدین صورت دسته بندی شد؛ نمره ۴-۰ نمونه‌ها فاقد افسردگی، ۷-۵ افسردگی خفیف، ۱۵-۸ افسردگی متوسط و ۱۶ به بالا افسردگی شدید. ساردویی برای هنجاریابی پرسشنامه افسردگی Beck در جمعیت نوجوان این پرسشنامه را در نمونه‌ای متشکل از ۹۰۰ نفر از دانش آموزان دبیرستان‌های شهر تهران اجرا کرد. بر مبنای نتایج این پژوهش پرسشنامه قادر به تفکیک موارد افسرده از غیر افسرده بود. ضریب آلفا برای ثبات درونی ۰/۷۹ گزارش شد. در بازآزمایی، همبستگی بین BDI در اجرای بار اول و دوم ۰/۸۶ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود [۲۵،۲۶]. جهت تعیین میزان ارضای نیاز پرسشنامه‌ای حاوی ۳۱ سوال که روایی آن از طریق نظر اعضای هیئت علمی و پایایی آن توسط آزمون مجدد (r=۰/۹) سنجیده شده بود، به کار رفت. واحدهای مورد بررسی برای پاسخ-گویی به هر سوال یکی از گزینه‌های هیچ، کم، متوسط و زیاد را انتخاب نمودند که به ترتیب نمرات صفر، ۱، ۲ و یا ۳ به آن سوال تعلق گرفت. جمع کل نمرات ۳۱ سوال بدین گونه دسته‌بندی شد؛ نمره صفر نشان دهنده میزان ارضای نیاز هیچ، ۳۱-۱ ارضای نیاز کم، ۶۲-۳۲ ارضای نیاز متوسط و ۹۳-۶۳ ارضای نیاز زیاد. همچنین سوالاتی در زمینه مشخصات دموگرافیک شامل؛ سال تحصیلی، سن دانش آموز، سن، شغل و تحصیلات والدین و ... مطرح شد. پرسشنامه‌های مذکور پس از بیان اهداف پژوهش به واحدهای پژوهش و کسب موافقت آگاهانه و اطمینان به آنان مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، بین واحدهای پژوهش توزیع و توسط آنان تکمیل شد. جهت سنجش تاثیر ارضای نیاز و عوامل

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

دموگرافیک افراد به دو گروه غیر افسرده (نمره تست Beck ٤ و کمتر) و افسرده (نمره تست Beck ٥ و بالاتر) تقسیم شدند و در ارتباط با ارضای نیاز روانی اجتماعی نوجوان توسط والدین، نمره بالاتر از ٦٢ (کسب بیش از دو سوم نمره پرسشنامه ارضای نیاز) به عنوان ارضای نیاز مطلوب و نمره ٦٢ و پایین‌تر به عنوان ارضای نیاز نامطلوب تلقی شد. داده‌های پژوهش به کمک روش آماری توصیفی و آزمون آماری آنالیز واریانس و تست تعقیبی توکی، مجذور کای جهت بررسی عوامل مرتبط با افسردگی و به منظور بررسی رابطه ارضای نیاز با افسردگی با سطح معنی داری ٥ درصد آنالیز شد. OR و CI مربوطه در محاسبات منظور گردید و به منظور محاسبه همبستگی بین نمرات ارضای نیاز و افسردگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش ٧٦٢ نوجوان دختر با محدوده سنی ١٧-١٤ سال مورد بررسی قرار گرفتند. ٥٣/٥ درصد (٤٠٨ نفر) از واحدهای مورد بررسی افسرده بودند (٣٦/٢٧ درصد خفیف، ٤٤/٨٥ درصد متوسط و ١٨/٨٨ درصد شدید). میزان ارضای نیاز نوجوانان توسط والدین؛ ٧٢/٢ درصد مطلوب و ٢٧/٨ درصد نامطلوب (٢/١ درصد کم و ٢٥/٧ درصد متوسط) بوده است. نتایج آنالیز واریانس انجام شده در مورد میانگین میزان ارضای نیاز در گروه‌های مختلف نشان داد میانگین میزان ارضای نیازهای روانی اجتماعی در نمونه‌های غیر افسرده؛ ١٠/٧٢٣±٧٣/٩٥ و در گروه افسردگی خفیف؛ ١١/٢٧± ٧٠/٨٥، متوسط؛ ١٣/٢٧±٦٣/٥٧ و شدید؛ ١٦/٢٦± ٥١/١٨ بود. نتایج آزمون تعقیبی توکی مبین اختلاف معنی‌دار در هر چهار گروه با یکدیگر بوده است. همان گونه که جدول شماره ١ نشان می‌دهد افسردگی نوجوانان با تحصیلات پدر ارتباط معنی‌دار آماری نشان می‌دهد و با افزایش تحصیلات پدر میزان افسردگی به نسبت در نوجوانان کاهش نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش نشان داد میزان ارضای نیاز مطلوب در گروه افسرده ٥٩/٦ درصد و گروه غیر افسرده ٨٦/٧ درصد بوده است و رابطه آماری معنی‌دار بین ارضای نیاز و افسردگی مشاهده شد. OR=٤/٤٣ (٣/١<CI<٦/٤) (جدول شماره ٢). نتایج مطالعه حاضر همبستگی منفی معنی‌دار آماری با P=٠/٠١ (r= -٠/٥٣٤) بین افسردگی و PSNS را نشان داد (نمودار شماره ١).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده شیوع بالای افسردگی (٥٣/٥ درصد) در نوجوانان بود. مطالعه ظهیرالدین و همکاران شیوع افسردگی در نوجوانان دانش آموز دختر در فیروزکوه را ٧٣ درصد نشان داد [٢٧]. مطالعه Adewuya و Alogun [٢٨] علایم افسردگی را در نوجوانان دانش آموز ٩ درصد، پژوهش O'Farrell و همکاران [٢٩] افسردگی شدید در دانش آموزان ایرلندی را ٢٠/٨ درصد، منیرپور ٧٠/٩ درصد [٨] و پژوهش رستم زاده [٣٠] ١٦/٤ درصد در دانش آموزان دختر نشان داد. همچنین مطالعه Biros شیوع ٢٠ درصد برای افسردگی متوسط تا شدید [٣١]، Chiung-yu ١٣/٤ درصد [٣٢] و مطالعه Huang-chi ١٢/٣ درصد را نشان داد [٣٣]. تفاوت در گوناگونی روش‌های ارزیابی افسردگی و تفاوت در ملاک تشخیص افسردگی و شیوه‌های فرزند پروری متفاوت تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اقتصادی می‌تواند از علل وجود تفاوت در فراوانی افسردگی نوجوانان باشد. در مطالعه حاضر ارضای نیازهای ٢٧/٨ درصد از نمونه‌های پژوهش در حد نامطلوب بوده است. پژوهش انجام شده توسط بیاتی نشان داد که ٧٠/٤ درصد از دانش آموزان ارضای نیاز در حد نامطلوب داشتند [٣٤]. همچنین، پژوهش نصیری نشان داد که ١٨ درصد از نوجوانان اظهار داشتند که به ندرت به استقلال نوجوانان احترام گذاشته و ٤/٣ درصد از نوجوانان اظهار کردند روش‌های نظارت بدون خشم و اصولی هرگز از سوی والدین به کار گرفته نمی‌شود. ٥٩/٢ درصد از نوجوانان اظهار نمودند که نوجوان باید بدون چون و چرا نصیحت‌ها را گوش کند و در ١٩/٦ درصد از موارد به ندرت به نوجوان اجازه اظهار نظر داده می‌شود [١٥]. یافته‌های پژوهش مبین ارتباط معنی دار آماری بین افسردگی نوجوانان با تحصیلات پدر بود و با افزایش تحصیلات پدر به نسبت میزان افسردگی در نوجوانان کاهش نشان داد. مطالعه رفعتی بین تحصیلات پدر و وضعیت سلامت روان دانشجو (شامل سلامت عمومی، افسردگی، برون گرایی و درون گرایی روان نژندی) رابطه معنی دار آماری نشان نداده است [١٠] اما یافته‌های مطالعه رستم زاده [٣٠] و ظهیرالدین [٢٧] بیان گر رابطه مثبت بین این دو فاکتور بود. این یافته نیاز به مطالعه بیشتری دارد. احتمالا در برخی مناطق کشورمان پدر نقش کلیدی تری در تربیت و مدیریت خانه و مداخله و برآورده کردن نیازهای اعضای خانواده به عهده دارد و تحصیلات پدر می‌تواند موجب شناخت بیشتر نوجوانان و نیازهای و ارضای این نیازها می‌گردد. پایان نوجوانی زمانی است که نوجوان از یک سو با تکالیف دوران جوانی و بزرگسالی نظیر انتخاب شغل و پذیرش نقش‌های اجتماعی تازه روبه رو می‌شود و از سوی دیگر دوره رشد زیست شناختی به اوج خود می‌رسد. این دوره که دوره انتقال به اوایل بزرگسالی است در برگیرنده انواعی از اتفاقات مهم و در عین حال استرس زا است و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

لزوم انطباق با این تغییرات و اتفاقات مهم ضمن وارد کردن استرس زیاد به نوجوان ممکن است آنها را با افسردگی بیشتری مواجه کند.

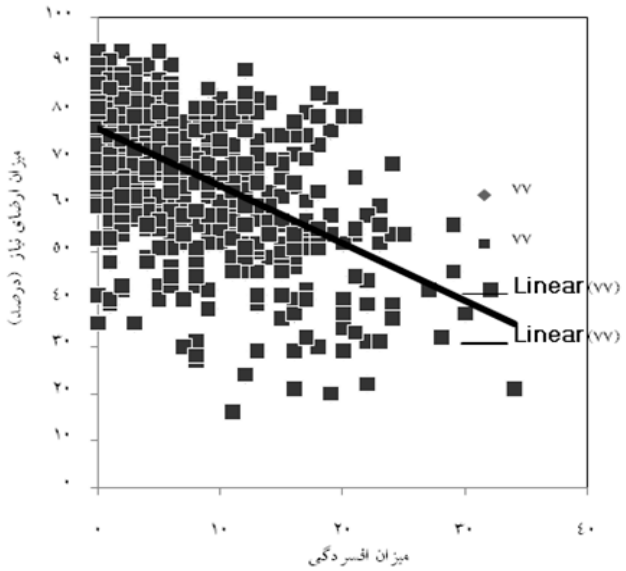
جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نمونه های پژوهش بر حسب ویژگی فردی و وجود افسردگی

ویژگی		افسردگی ندارد	افسردگی دارد	نتیجه آزمون
سن	۱٤	(٤۳/۷)۳۸	(٥٦/۳)٤۹	۰/۸۳٤
	۱٥	(٤٦/۱)۸۳	(٥۳/۹)۹۷	
	۱٦	(٤٥/٤)۱۰۹	(٥٤/٦)۱۳۱	
	۱۷	(٤۸/٦)۱۲٤	(٥۱/٤)۱۳۱	
سن پدر	<۳۷	(۳۷/۷)۲۳	(٦۲/۳)۳۸	۰/۲٥٥
	۳۸-٤٥	(٤۸/۷)۱۸۳	(٥۱/۳)۱۹۳	
	>٤٥	(٤٥/٥)۱٤۸	(٥٤/٥)۱۷۷	
سن مادر	<۳۰	(٤۱/۷)٥	(٥۸/۳)۷	۰/٥۰۰
	۳۰-۳۷	(٤۹/۳)۱٤۱	(٥۰/۷)۱٤٥	
	۳۸-٤٥	(٤٦/۱)۱٥٥	(٥۳/۹)۱۸۱	
	>٤٥	(٤۱/٤)٥۳	(٥۸/٦)۷٥	
تحصیلات پدر	ابتدایی و بی‌سواد	(۳۸/۹)۷٥	(٦۱/۱)۱۱۸	۰/۰۱۷
	راهنمایی	(٤۹/٥)۱۰۸	(٥۰/٥)۱۱۰	
	متوسطه و دیپلم	(٤٤/۱)۹۰	(٥٥/۹)۱۱٤	
	دانشگاهی	(٥٥/۱)۸۱	(٤٤/۹)٦٦	
تحصیلات مادر	ابتدایی و بی‌سواد	(٤۳/٥)۱٤۳	(٥٦/٥)۱۸٦	۰/۰۹
	راهنمایی	(٥۱/۱)۱۱٦	(٤۸/۹)۱۱۱	
	متوسطه و دیپلم	(٤۱/۷)٥۸	(٥۸/۳)۸۱	
	دانشگاهی	(٥٥/۲)۳۷	(٤٤/۸)۳۰	
شغل پدر	آزاد	(٤٥/٥)۱۷۰	(٥٤/٥)۲۰٤	۰/۳٥٦
	کارگر	(٤۱/۳)٥۲	(٥۸/۷)۷٤	
	کارمند	(٤۹/۷)۸۰	(٥۰/۳)۸۱	
	معلم	(٥۹/٤)۱۹	(٤۰/٦)۱۳	
	غیره	(٤۷/۸)۳۳	(٥۲/۲)۳٦	
شغل مادر	خانه دار	(٤٦/۱)۳۱٥	(٥۳/۹)۳٦۹	۰/٥٥۰
	شاغل	(٥۰)۳۹	(٥۰)۳۹	
سال تحصیلی	اول	(٤۰/٥)۱۰٤	(٥۹/٥)۱٥۳	۰/۰۸۲
	سوم	(٥۱/۱)۹٦	(٤۸/۹)۹۲	
	دوم	(٤٦/٤)۸۳	(٥۳/٦)۹٦	
	پیش دانشگاهی	(٥۱/٤)۷۱	(٤۸/٦)٦۷	

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی وضعیت ارضای نیازهای روانی اجتماعی نوجوانان بر حسب افسردگی

وضعیت ارضای نیازها	افسردگی ندارد	افسردگی دارد	نتیجه آزمون
مطلوب	(۸٦/۷)۳۰۷	(٥۹/٦)۲٤۳	$P\leq$۰/۰۰۱
نامطلوب	(۱۳/۳)٤۷	(٤۰/٤)۱٦٥	OR=٤/٤۳ CI **95%**: (۳/۰۷-٦/۳۹)
جمع	(۱۰۰)۳٥٤	(۱۰۰)٤۰۸	

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]



نمودار شماره ۱- نمودار پراکنش میزان وضعیت ارضای نیازهای روانی اجتماعی و میزان افسردگی نوجوانان

به نظر می‌رسد که با توجه به بالاتر بودن سطح اجتماعی-اقتصادی والدین تحصیل کرده و نیز کیفیت بهتر تعاملات بین والدین و والد-کودک در این گروه‌ها و از طرف دیگر نقش کمکی این والدین به دانش آموز برای فراگیری دروس و بهبود وضعیت تحصیلی آنان سبب کاهش فشار روانی و افسردگی در نوجوانان شود. 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. نتایج این مطالعه ارتباط آماری معنی دار بین افسردگی با سن دانش آموز، سن والدین، تحصیلات مادر، شغل والدین و سال تحصیلی نشان نداد. همان گونه که یافته ها نشان داد همبستگی منفی معنی‌دار آماری بین میزان ارضای نیاز و افسردگی با مشاهده شد و نسبت شانس افسردگی در گروهی که ارضای نیاز در حد نامطلوب داشته است ٤/٤٣ برابر گروهی که ارضای نیاز در حد مطلوب داشته است بود. پژوهش پور محمدی تجریشی نیز نشان داد که بین حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی رابطه منفی معنی دار آماری وجود دارد [١٦]. نتایج مطالعه Piko در نوجوانان مجارستانی نشان داد که حمایت‌های اجتماعی نوجوانان از ناحیه والدین هم جنس سبب کاهش افسردگی می‌شود [٣٥]. اما مطالعه Liu در نوجوانان تایوانی نشان داد که حمایت بالا در خانواده نشانه های افسردگی را در پسرها در مقایسه با دخترها افزایش می‌دهد [٢٤]. شاید نوجوانان پسر در مقایسه با دخترها برای کسب خود مختاری و استقلال اشتیاق بیشتری نشان می‌دهند و حمایت اجتماعی مانعی برای دستیابی به این منظور تلقی می‌شود. البته منطقی به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی، رفتارهای سلامتی را تحت تاثیر قرار دهد ولی در این مورد که حمایت اجتماعی به طور کامل ارتباط بین روابط صمیمی و سلامتی را تبیین می کند تردید وجود دارد. مطالعه کوروش نیا نیز نشان داد که جهت گیری گفت و شنود خانواده پیش بینی کننده معنی دار اضطراب و افسردگی فرزندان است و اضطراب و افسردگی آنان را به طور منفی پیش بینی می‌کند [٣٦]. پژوهش بخشایی نیز نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی همبستگی منفی معنی دار آماری در هر دو گروه افسرده و غیر افسرده وجود دارد [٣٧]. به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و همسایگان) هنگام بروز استرس (همانند بلوغ) مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از بروز نشانه های افسردگی پیشگیری کرده و یا شدت نشانه های روان شناختی را تعدیل می‌کند.

نتیجه گیری

نظر به شیوع بالای افسردگی در نوجوانان دختر کاشان در مقایسه با سایر نقاط کشور، نیاز به ارزیابی علل ایجادی و عوامل مرتبط با آن می باشد. پژوهش حاضر نشان داد میزان توجه والدین به نیازهای روانی- اجتماعی نوجوانان به عنوان یکی از عوامل, ارتباط معکوس با وجود افسردگی دارد. به نظر می رسد می توان با یاری جستن از ارگان‌های ذیربط همانند انجمن اولیا و مربیان والدین را در این مورد آگاه نمود و آموزش داد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

تشکر و قدر دانی

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری بی‌شائبه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به جهت تامین بودجه تحقیق حاضر و نیز کارکنان آموزش و پرورش کاشان در تسهیل مراحل اجرای پژوهش قدردانی نمایند.

References:

[1] Tabebordbar F, Razavieh AA. Relationship between encounter strategies, social support and academic achievement among adolescence. ***Studies in Education*** 2004; 5(1): 0-21. [in Persian]

[2] Pahlavanzadeh S, Bashardust NA. The rate of knowledge of teachers about affectional characteristics of adolescence in boy high schools of Isfahan. ***Journal of Research in medical sciences (jrms)*** october-november 2003; 8(4): 121-3. [in Persian]

[3] Ravanbakhsh MH. Abnormal behavior of the adolescent and family. ***Journal of Psychology (Tabriz university)*** fall-winter 2006; 1(2-3): 145-74. [in Persian]

[4] Agha Mohammadian HR. A study of the social biological characteristics of female young adult student in Mashhad. ***Studies in education*** 2003; 4(2): 125-44. [in Persian]

[5] Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive text book psychiatry*. 7th ed. Lipincott Williams and Wilkins; 2004. p. 1299.

[6] Behrman R, Mkliegman R, Text book of pediatric. 17th ed. W.B. Saunders Company; 2000. p. 647.

[7] Molabaghery M, Jalalmanesh S, Zeraty H. Considering the rate symptoms of Depression of the adolescents and its relation with the marital satisfaction of their mothers in township of Tuyserkan in 2004. ***The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*** 2006; 29-30(8): 43-50. [in Persian]

[8] Monirpoor N, Yekeh Yazdandoust R, Atef Vahid MK, Delavar A, Khoosfi H. The relation between demographic characteristics and prevalence rate in depression among adolescent undergraduate students at ray city. Social Welfare fall 2004; 4(14):178-93. [in Persian]

[9] Shojaei Zadeh D, Rasafiyani HR. A study on depression among pre-university students, Kazeron city 1379-80. ***Journal of Rehabilitation*** 2002; 2(6-7): 29-32. [in Persian]

[10] Rafati F, Sharif F, Ahmadi J, Shafiei N. The effect of psychological status of students on their academic progress. ***Journal of Shahid Sadoughi University of medical sciences and health services*** 2003; 3(11): 86-80. [in Persian]

[11] Gyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretic model. ***Arch – Gen psychiatry***. 2000; 57 (1): 21-7.

[12] Moldenauer Z, Melny R, Bemadetle M. Use of antibiderpressants in the treatment of child and adolescent depression: Are the Effective. ***Pediatr Nurs*** 1999; 25(6): 643-4.

[13] Bonn L. Depression in adolescents: epidemiology, clinical manifestation, and diagnosis. ***Am Acad Child Adolesc Psychiatry*** 2004; 36: 661.

[14] Kennebeck S, Bonin L. Epidemiology and risk factors for suicidal behavior in children and adolescents. ***Youth risk behavior*** 2005; 51: 27-30.

[15] Nasiri M, Tefagh M, Maghsudi J, Hassan Zadeh A. Cornparative investigation of adolescent's communicational problems with parents from the points of view of these two groups. ***Shahrekord University of medical sciences journal*** 2001; 3(2): 31-9. [in persian]

[16] Pourmohammad Rezaei Tajrishi M. Mirzamani Bafghi SM. The relationship among brain/behavioral systems, social support and depression. **S*ocial welfare fall*** 2007; 7(26): 223-45. [in persian]

[17] Soltanifar A, Bina M. Depressive symptomatology in school children of Tehran-Iran (9-11 years old) and its relation to function of their families. ***The quarterly journal of fundamentals of mental health*** 2007; 9(33-34): 7-14. [in Persian]

[18] Hamidi F. A gender comparative study on the needs of youth in deprived regions of Iran. ***Women's research (pazhuhish-i zanan)*** summer 2005; 3(2): 159-79. [in persian]

[19] Sharifi Kh. Barresiye mizane erzae nizhaye jesmi- ravani ejtemaiye nojavanane dokhtare dabirestanhaye Tehran tavassote valedane anan, [thesis], Tehran. Tarbiyyat modarres university. 1992. [in Persian]

[20] Ghasemi Toudeshkachoei GhR, Asadollahi GhA, Najmi B. Evaluating the relationship between the family's function and social acceptance of teenagers. ***Journal of Research In Medical Sciences*** 1998; 4(2): 251-43. [in Persian]

[21] Rice F, Harold G, Shelton K, Thapar A. Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescence depression. ***J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*** 2006; 45(7): 841-8.

[22] Rakhshani F, Ansari Moghaddam A, Rakhshani M. Chegunegiye ertebate valedain ba farzandane nojavane khod dar manateghe hashyiyeh va markaze shahre zahedan dar zaminehayeh mokhtalef**.** ***Journal of research in behavioural sciences*** 2003; 1(1). [in Persian]

[23] Sakiha Ra, takakura M. Psychological correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. ***Adolesc Health*** 2001; 28 (1): 82-9.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

[24] Liu YL. The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents' depressive tendency. ***Adolescence*** 2002; 37(148): 823-34.
[25] Naseh A. Treating depression: combining group cognitive-behavior therapy (CBT), parent scale training(PST), and joint parent-adolescent session(JPAS). ***The quarterly of Iranian psychologists*** 2007; 3(12): 323-32. [in Persian]
[26] Sarduii A. Moghaddamehi bar hanjaryabiye porseshnameye tajdide nazarshodeye afsordegiye beck, [thesis] Tehran. allameh tabatabaii university. 1995. [in Persian]
[27] Zahiroddin AR, Hosseini SM, Semnani Y. Prevalence of depression and its related factors in high school students of Firouzkouh. ***Pejouhandeh quarterly research journal*** 2004; 37(9): 61-4. [In Persian]
[28] Adewuya AO, Ologun Ya, Factors associated with depressive symptoms in Nigerian adolescents. ***Adolese Health*** 2006; 39 (1): 105-10.
[29] O' Farrell A, Flandagan E, Bed Ford D, James D. Howell F. Factors associated with self–reported depression and self – esteem among scholl – going adolescents from a geongraphically defined region in loeland. ***J Med Sci*** 2005; 174 (4): 17-22.
[30] Rostamzadeh Z, Khalilzadeh R. Survey prevance and intensity rate depression in uremia girl's high school students. ***Journal of Urmia nursing and midwifery faculty*** 2007; 2(5): 56-62. [in Persian]
[31] Biros MH, Hick K, Cen YY, Mann J, Gaetz A, Hansen R, et al. Occult depressive symptoms in adolescent emergency department patients. ***Arch Pediatr Adolesc Med*** 2008; 162(8): 769-73.
[32] Chiung-Yu Huang, Su-Er Guo. Stress, perceived support, resourcefulness and depressive symptoms in Taiwanese adolescents. ***J Clin Nurs*** 2009; 18 (23): 3271–9.
[33] Huang-Chi Lin, Tze-Chun Tang, Ju-Yu Yen, Chin-Hung Ko, Chi-Fen Huang, Shu-Chun Liu, et al. Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. ***Psychiatry Clin Neurosci*** 2008; 62(4): 412–20.
[34] Bayati A, Abasi P. Study of satisfaction rate of physical and psychosocial needs of third grade girl students in Arak secondary school by their parents. ***Rahavard danesh, journal of Arak university of medical sciences*** 2002; 18(5): 17-22. [in Persian]
[35] Piko BF, Kovacs E, Fitzpatrick K M. What makes a difference? Understanding the role of protective factors in Hungarian adolescents. depressive symptomatology ***Eur Child Adolesc Psychiatry*** 2009; 18(10): 617-24.
[36] Kouroshnia M, Latifian M. Relationship between dimension of family communication patterns and children's level of anxiety and depression. ***Journal of Family Reasearch*** 2008; 10: 587-600. [in Persian]
[37] Rakhshani NM, Birashk B, Atef Vahid MK, Bolhari J. Correlation of social support and negative life events with depression. ***Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*** 2003; 34(9): 49-55. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]