

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

بررسی و مطالعه میزان شیوع افسردگی در

دانش آموزان سال سوم دبیرستانهای تیزهوشان

یزد

خلاصه

اختلالات خلق دربرگیرنده گروه بزرگی از اختلالات روانی هستند که حالات خلقی پاتولوژیک (خلق بالاتر و پایین تر از حد طبیعی)، اعمال نباتی وابسته به آنها و دیگر اختلالات روان حرکتی تصویر بالینی اصلی آنها را تشکیل می دهد. در این بین انواع افسردگی اختلالات خلق، خصوصاً افسردگی اساسی، گروه بزرگی را شامل می شوند که ممکن است به صورت اپیزودهای منفرد و یا اپیزودهای راجعه منظاهر شوند. بیمارانی که خلق افسرده دارند با کاهش انرژی و علاقه به کار، اشکال در تمرکز، بی اشتها، احساس بی ارزشی یا گناه و افکار مرگ و خودکشی مواجه می شوند که این امر باعث اضمحلال بخش عمده ای از قوای فکری و نیروی کارآمد جامعه می گردد.

بررسی دانش آموزان به لحاظ اهمیت آن از نظر بنیادی و کاربردی مورد توجه بسیاری از روانشناسان، مشاوران و علمای تعلیم و تربیت و متخصصان بهداشت روانی و سایر افرادی که به نحوی با دانش آموزان سروکار دارند قرار گرفته است. با توجه به اینکه وضعیت روحی- روانی دانش آموزان امر مهمی در وضعیت تحصیلی آنان به شمار می آید به غایت یافته های این تحقیق می تواند راهگشای بسیاری از مشکلات وابسته به تحصیل در مراکز آموزشی واقع گردد.

هدف از اجرای این تحقیق تعیین میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان سال سوم دبیرستانهای تیزهوشان یزد و مقایسه آن با دانش آموزان سایر دبیرستانها می باشد. در این تحقیق ۱۳۱ دانش آموز سال سوم دبیرستان دخترانه و پسرانه تیزهوشان (گروه مورد) و ۱۴۳ دانش آموز سال

سوم دبیرستانهای دخترانه فاطمه مشکاه و پسرانه کیخسروی (گروه شاهد) انتخاب شدند. در

مجموع ۲۷۴ دانش آموز به وسیله آزمون Beck مورد ارزیابی قرار گرفتند.

از میان ۱۳۱ نفر گروه مورد ۷۵ نفر (۳/۵۷٪) و از میان ۱۴۳ نفر گروه شاهد ۷۷ نفر (۹/۵۳٪) دچار

افسردگی متوسط و شدید بودند که این اختلاف به وسیله chi-square آزمون گردید و با p-

value = 0.932 این ارتباط معنی دار نشد یعنی از نظر شیوع افسردگی بین دو گروه تفاوت معنی

داری وجود ندارد. با بررسی میزان افسردگی بر حسب جنس، بعد خانوار، وضعیت مالی، شغل مادر

و وضعیت زندگی با والدین نیز رابطه آماری معنی داری بین دو گروه بدست نیامد. این بدان معنی

است که ما با این تعداد نمونه نتوانستیم ارتباطی از این حیث بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده کنیم

و دو گروه از نظر شیوع افسردگی تفاوتی ندارند.

مقدمه :

افسردگی یک سندرم و شامل مجموعه علائمی است که یک علت خاص را نمی توان برای آن پیدا کرد. علائم این بیماری عبارتند از: افسرده بودن خلق و خوی در بیشتر روزها، کاهش آشکار علاقه و میل به هر نوع فعالیتی در زندگی، کاهش وزن، بی خوابی، خستگی و کاهش انرژی، احساس بی ارزشی و گناهکار بودن و کاهش تمرکز و تصمیم گیری و اندیشیدن به مرگ و خودکشی بدون داشتن طرحی برای آن.

این بیماری شایعترین بیماری روانی بعد از اضطراب می باشد با توجه به مواردی نظیر شیوع بالای ابتلا در دوره جوانی و ضربه های روحی عظیمی که به اطرافیان بیمار افسرده و جامعه وارد می شود، غیرفعال شدن و کاهش کارآیی قشر عظیمی از نیروی فعال جامعه و تاثیر منفی بر دیگران و زیان اقتصادی و اجتماعی آن، نیاز به تحقیق در این مورد اهمیت دوچندان دارد.

عامل دیگر اهمیت این تحقیق را می توان در این دانست که اکثر آمار و اطلاعات ما در مورد میزان شیوع افسردگی برگرفته از اطلاعات و تحقیقات در جوامع دیگر خصوصاً جوامع غربی است با توجه به اینکه عوامل موثر بر افسردگی در هر جامعه متفاوت است بنابراین نیازمند به اطلاعات در مورد این بیماری در جامعه خودمان هستیم تا هم عوامل و علل آن را در جامعه خودمان بشناسیم و هم در رفع آن کوشاتر باشیم.

تحقیق در مورد شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانهای تیزهوشان از نیازهای جامعه ماست زیرا چنین دانش آموزانی در آینده عهده دار مسئولیت های خطیر جامعه می شوند و مردم نیز از این

دانش آموزان انتظار بیشتری دارند. بنابراین می بایست از هر نظر، چه روحی و چه جسمی در سطح بالایی قرار داشته باشند که بتوانند آینده سازان خوبی برای کشور باشند و مسئولین و جامعه، باید حداکثر تلاش را برای کاهش و رفع این بیماری در دانش آموزان انجام دهند. عدم شناخت مدیران، معلمان و والدین از ویژگیهای شخصیتی و وضعیت روحی دانش آموزان، بخصوص دانش آموزانی که از توانایی خاصی برخوردارند. همچنین کمبود امکانات در فراهم آوردن فرصتهایی برای شکوفا سازی قابلیتهای آنان و در نهایت فقدان کمکهای ویژه در این راستا همگی از عواملی به شمار می روند که مانع تجلی این قابلیتها خواهد شد.

به یقین عده زیادی در طی این روند قربانی این عدم شناخت ها می شوند که برای آنان ارمغانی جز ابتلا به اختلالات جسمی و روانی در پی نخواهد داشت. بنابراین هر جامعه ای که به بقا و پیشرفت خودش می اندیشد باید استعدادهای درخشان خود را در کانون توجه قرار دهد. نکات فوق لزوم اهمیت بررسیهای دقیق و موشکافانه در مورد نیازهای فردی، ویژگیهای شخصیتی و بیماریهای روحی و روانی این افراد را آشکار می سازد. تا با توجه به نتیجه حاصل از این بررسی ها، پیشنهادهایی در جهت توجه هر چه بیشتر نسبت به آنان ارائه دهیم.

کلیات

حدود ۲۵۰۰ سال است که اختلالات خلق خصوصا فرمهای افسردگی آنها زندگی بشر را متاثر ساخته است. تا آنجا که نه تنها در مدارک طبی قدیم بلکه در آثار هنری همچون داستانها، افسانه ها و نقاشیها می توان ردی از آنها را باز یافت. به عنوان مثال داستان شاه سائول (king saul) و داستان خودکشی آژاکس در ایاد هومر هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند.

بسیاری از آنچه را که امروزه در مورد اختلالات خلق می دانیم توسط رومیان و یونانیان قدیم شرح داده شده است. اولین بار افلاطون ۴۵۰ سال قبل از میلاد اصطلاح ملانوکولی را برای توصیف اختلالات افسردگی و مانیا به کار برد. در سال ۱۹۵۴ میلادی ژول با یاژه فرانسوی جنون دوشکلی (folic double form) را که در آن بیمار دچار افسردگی عمیق به حالت بهت زده می شود تعریف کرد.

در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد، کورنلیوس در کتاب De Medicina افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ بعد از میلاد) و الکساندر ترالز در قرن هشتم نیز بکار بردند.

در سال ۱۸۵۴ ژول فالره جنون ادواری را توصیف نمود. چنین بیمارانی متناوبا حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می کنند.

در سال ۱۸۸۲ کارل کالبام روانپزشک آلمانی با استفاده از اصطلاح «سایکلو تاییمی» مانی و

افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کرپلین در سال ۱۸۹۹ مفهوم بیماری

مانیک-دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاکهای تشخیصی است و امروزه روانپزشکان برای

تشخیص این بیماری از آنها استفاده می کنند همچنین کرپلین افسردگی رجعتی (Involutional

melancholia) را شرح داد که پس از یائسگی در زنها و اواخر بزرگسالی در مردها شروع

می شود و از آن به بعد یکی از معادلهای اختلالات خلقی با شروع دیررس شمرده می شود.^(۵)

اختلالات خلقی شامل اختلالات افسردگی، اختلالات دوقطبی و افسردگی همراه با بیماریهای طبی

یا سوء استفاده از الکل و سایر مواد می باشد.^(۱۸)

خلق آدمی ممکن است طبیعی، بالا یا پایین باشد افسردگی، فروریختن ممتد در خلق پایین است که

با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار خودکشی نمایان می

شود و محدود به زمان و مکان خاصی نیست و واکنشی در برابر استرس است.

اخیرا اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان بیشتر شناسایی و درمان می شوند. بچه های کوچک

افسرده اغلب نشانهایی بروز می دهند که در سنین بالاتر شیوع کمتری دارد. این نشانه ها عبارتند از:

توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی، ظاهر غمگین و کناره گیر و عزت نفس پایین.

نشانه هایی هم هستند که بدون توجه به سن و وضعیت رشدی به صورت یکسان در بیماران ظاهر

می شود و شامل: افکار خودکشی، خلق افسرده یا تحریک پذیر، بی خوابی و کاهش توانایی

تمرکز می شود.

با این حال مسائل رشد بر تظاهر تمام نشانه ها تاثیر می گذارد. برای مثال، نوجوانان غمگین که به طور مکرر افکار خودکشی را بروز می دهند، عموماً قادر به طرح نقشه ای واقعی برای خودکشی یا تبدیل افکارشان به عمل نیستند. خلق نوجوانان مخصوصاً در مقابل چندین عامل استرس زای اجتماعی نظیر اختلاف خانوادگی مزمن، سوء رفتار و مسامحه و شکستهای تحصیلی آسیب پذیر است. اکثر نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده قبلاً قربانی سوء رفتار یا مسامحه بوده اند. جوانان دچار اختلالات افسردگی در محیطهای مسموم ممکن است با کاهش استرس یا بیرون آمدن از آن محیط نشانه های افسردگیشان بهبود یابد. وقتی نوجوان عزیزی را از دست بدهد، داغدیدگی نیز حتی در غیاب اختلال افسردگی غالباً کانون درمان روانپزشکی قرار می گیرد.^(۵)

این پژوهش سعی دارد شیوع افسردگی را در سطح دبیرستانهای تیزهوشان استان یزد مورد بررسی قرار دهد و شیوع افسردگی را در این دانش آموزان با دانش آموزان مدارس عادی مقایسه نماید.

اختلالات خلقی

مشخصه اختلالات خلقی عبارت است از وجود اختلالی در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه. همانطور که گفته شد اختلالات خلقی تقسیم می شوند به:

۱. اختلالات افسردگی
۲. اختلالات دوقطبی
۳. افسردگی همراه با بیماری طبی یا سوء استفاده الکل یا سایر مواد.

اختلالات افسردگی با فقدان اپیزود مانیا یا هیپومانیا از اختلال دو قطبی افتراق می یابند.^(۱۸)

افسردگی (Depression)

افسردگی به صورت خلق افسرده به طور روزمره به مدت لااقل دو هفته توصیف می شود (جدول الف) مشخصه های یک اپیزود بیماری عبارتند از غمگینی (sadness) بی تفاوتی یا بی احساسی (آپاتی)، یا برافروختگی (irritability) که معمولا با تغییر در تعدادی از کارکردهای عصبی-نباتی همراه است از جمله الگوهای خوابیدن، اشتها، وزن، کندی یا سراسیمگی حرکتی، خستگی، اشکال در تمرکز و تصمیم گیری، احساس شوم یا گناه و افکار مرگ یا مردن. بیماران مبتلا به افسردگی درون زاد در تمام فعالیتهای لذت بخش عمیقا احساس عدم لذت می کنند، سحرخیز هستند، احساس می کنند کیفیت حالت خلقی ملالت انگیزشان با غمگینی متفاوت است و اغلب متوجه تغییرات روزانه در خلق خود می شوند (صبحها بدتر است). در عین حال این خصایص شدید به طور متناقضی پیشگویی کننده پاسخ بهتر به درمان ضدافسردگی است. تقریبا ۱۵٪ از کل جمعیت زمانی در طول زندگی خود یک اپیزود افسردگی عمده را تجربه می کنند، و ۸٪-۶٪ از تمام بیماران سرپایی درمانگاههای عمومی معیارهای تشخیصی این اختلال را دارند. معهدا اغلب افسردگی تشخیص داده نمی شود و حتی در موارد بیشتری به طور مناسب درمان نمی شود.

جدول الف. معیارهای حمله افسردگی عمده

الف) حداقل ۵ تا از علائم زیر در یک دوره دو هفته ای وجود داشته باشند، به طوری که تغییر در کارکرد قبلی فرد نمایانگر وجود آنها باشد. حداقل یکی از این علائم (۱) خلق افسرده یا (۲) بی علاقگی یا بی لذتی باشد.

نکته: علائمی را که به وضوح مربوط به یک بیماری طبی عمومی هستند، و هذیانها و توهمهای نامتناسب با خلق را نباید منظور کرد.

(۱) خلق افسرده در قسمت اعظم روز و تقریباً هر روز، طبق گزارش خود بیمار (مثلاً احساس اندوه یا پوچی کند) یا مشاهدات دیگران (مثلاً گریان به نظر برسد) نکته: در اطفال و نوجوانان می تواند به صورت خلق برافروخته (irritable) باشد.

(۲) کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا لذت، در تمام یا تقریباً تمام فعالیتها، در قسمت اعظم روز و تقریباً هر روز (طبق گزارش خود بیمار یا مشاهدات دیگران)

(۳) کاهش قابل توجه در وزن بدن بی آنکه خود فرد رژیم غذایی گرفته باشد، یا افزایش وزن (مثلاً بیش از ۵٪ تغییر وزن در ماه) و یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز. نکته: در اطفال، نرسیدن به وزن قابل انتظار را باید در نظر گرفت.

(۴) بی خوابی یا پر خوابی، تقریباً هر روز

(۵) سرآسیمگی یا کندی روانی- حرکتی، تقریباً هر روز (صرفاً احساس ذهنی بی قراری یا کندی نباشد، بلکه باید برای دیگران قابل مشاهده باشد).

(۶) خستگی یا فقدان کارمابه (انرژی) تقریباً هر روز.

(۷) احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید یا نامتناسب (که می تواند هذیانی باشد) تقریباً هر روز (فرد صرفاً از بابت بیمار بودن خود احساس گناه نکند یا خود را سرزنش نکند)

(۸) کاهش قدرت تفکر یا تمرکز یا بلا تصمیمی تقریباً هر روز (طبق گزارش خود بیمار یا مشاهده دیگران)

(۹) افکار عود کننده راجع به مرگ (نه صرفاً ترس از مردن) افکار مکرر خودکشی بدون داشتن نقشه ای خاص، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه ای خاص برای دست زدن به خودکشی.

ب) علائم مزبور جزء معیارهای یک حمله مختلط نباشد.

پ) این علائم، به لحاظ بالینی، رنج و عذابی چشمگیر یا اختلالی قابل توجه در کارکردهای اجتماعی، شغلی و سایر حوزه های مهم کارکرد ایجاد کرده باشند.

ت) علائم، ناشی از اثرات فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثلاً از مواد مورد سوء مصرف یا از داروها) با یک بیماری طبی عمومی (مثل کمکاری تیروئید) نباشند.

ث) داغدیدگی (bereavement) توجیه بهتری برای علائم نباشد. یعنی به دنبال از دست رفتن یک فرد مورد علاقه، علائم فرد بیش از دو ماه طول بکشند، یا اختلال قابل توجهی در کارکرد، اشتغال خاطر بیمار گونه ای با بی ارزشی، فکر خودکشی، علائم روانپریشانه، یا کندی روانی- حرکتی وجود داشته باشد.

اگر پزشکی به وجود حمله افسردگی شک کند، اولین وظیفه او تعیین این مسئله است که آیا افسردگی یک قطبی است یا دوقطبی، یا این که در زمره ۱۵٪-۱۰٪ از مواردی است که ثانویه به بیماری طبی عمومی یا سوء مصرف مواد می باشد. پزشکان همچنین باید خطر خودکشی را با پرسش مستقیم ارزیابی کنند زیرا بیماران اگر مجبور نباشند از صحبت کردن در مورد چنین افکاری اکراه دارند.

اگر نقشه های اختصاصی برای خودکشی کشف شود، یا عوامل خطر قابل ملاحظه ای وجود داشته باشد (مثل سابقه قبلی اقدام به خودکشی، ناامیدی مفرط، بیماری طبی همزمان، سوء استفاده مواد یا انزوای اجتماعی). بیمار باید برای مراقبت فوری به متخصص روانپزشکی ارجاع شود. تقریباً ۱۵٪ از بیمارانی که بیماری افسردگیشان درمان نشده باشد، اقدام به خودکشی خواهند کرد، و اکثر این بیماران در طول یک ماه قبل از مرگشان به جستجوی کمک از پزشک برمی آیند.

مطالعه فرهنگهای مختلف نشان داده که تظاهرات بیرونی افسردگی مختلف است، اما علائم اصلی مشابه اند. بروز افسردگی با افزایش سن، افزایش می یابد. بدون توجه به سن، شیوع اختلال در زنان تقریباً دوبرابر مردان است. قبلاً اعتقاد براین بود که این تفاوت بروز در دو جنس بازتابی از عوامل اجتماعی- فرهنگی است. اما مطالعات طولی اخیر در مورد دوقلوها نشان دهنده آن است که در زنان بالغ آسیب پذیری نسبت به افسردگی عمده به میزان زیادی منشاء وراثتی دارد و اثر عوامل محیطی موقتی بوده و بر شیوع مادام العمر تاثیری ندارد ارتباط بین فشار روانی، حوادث منفی زندگی، و شروع حملات افسردگی نامشخص است. مطمئناً حوادث منفی زندگی می تواند

افسردگی را تسریع نموده و در بروز آن سهیم باشد اما خود افسردگی می تواند منبع تجارب پرفشار (stressful) باشد.

اختلالات افسردگی یک قطبی معمولاً در اوایل بزرگسالی شروع می شود و احتمال عود آنها در طول عمر وجود دارد. بهترین پیشگویی کننده خطر بروز اختلال در آینده، تعداد حملات قبلی است، اما پیش بینی بعد از یک حمله منفرد قابل اعتماد نیست ۶۰٪-۵۰٪ از بیمارانی که اولین حمله را دارند، لاقلاً یک یا دو حمله بعدی را هم خواهند داشت. بعضی از بیماران حملات متعددی را تجربه می کنند که در طول زمان شدیدتر و مکررتر می شود طول مدت یک حمله درمان نشده به میزان زیادی متفاوت است، در طیفی از چند ماه تا لاقلاً یک سال. الگوی عود و پیشرفت بالینی در یک حمله ایجاد شده متغیر است. در تعداد کمی از بیماران شدت حمله افسردگی ممکن است به سمت علائم روانپزشانه پیشرفت کند. الگوی فصلی افسردگی، که اصطلاحاً اختلال عاطفی فصلی (seasonal affective disorder) نامیده می شود، ممکن است به صورت شروع و فروکش حمله ها در زمانهای قابل پیش بینی در طول سال ظاهر شود این اختلال در زنان شایعتر است و علائمش عبارت است از: بی انرژی بودن، خستگی، افزایش وزن و پرخوابی. شیوع با دور شدن از ناحیه استوایی زمین افزایش می یابد و با تغییر کرونوبیولوژی در معرض نور قرار گرفتن، خلق بهبود می یابد. (۱۰)

تشخیص اختلال افسردگی عمده نوجوانان و جوانان با تظاهرات حاد و بدون نشانه های روانی قبلی آسان است اما در بسیاری از موارد شروع آن تدریجی بوده و در کودکی بروز می کند که سالها

دچار مشکلات بیش فعالی، اختلال اضطراب جدایی یا نشانه های افسردگی متناوب بوده است.

طبق ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای اختلال افسردگی عمده، حداقل باید ۵ نشانه در یک

دوره دو هفته ای وجود داشته و تغییری در کارکرد قبلی فرد ایجاد شود. (جدول الف) از جمله

نشانه های ضروری عبارتند از:

۱. خلق افسرده یا تحریک پذیر

۲. فقدان علاقه یا احساس لذت

نشانه های دیگری که ۴ ملاک تشخیصی دیگر از آنها گرفته شده اند عبارتند از:

- ناتوانی کودک در کسب وزن مورد انتظار

- بی خوابی یا پر خوابی روزانه

- تحریک یا کندی روانی حرکتی

- خستگی روزانه یا فقدان انرژی

- احساس بی ارزشی یا احساس گناه نامتناسب

- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز

- افکار تکرار شونده مرگ.

این نشانه ها باید موجب اختلال اجتماعی یا تحصیلی شوند. نشانه ها برای اینکه مشمول ملاکهای

تشخیصی اختلال افسردگی عمده باشند نباید ناشی از تأثیر مستقل مواد (مانند الکل) باشند. تشخیص

اختلال افسردگی عمده ظرف دو ماه پس از فقدان فردی عزیز گذاشته نمی شود، مگر مواردی که

اختلال بارز کارکردی، اشتغال ذهنی بیمارگونه با بی ارزشی، افکار خودکشی، نشانه های سایکوز یا کندی روانی حرکتی وجود داشته باشد.

دوره افسردگی عمده در کودکان قبل از سنین بلوغ احتمالاً بصورت شکایات بدنی، تحریک روانی حرکتی و توهمات هماهنگ با خلق تظاهر می نماید. فقدان احساس لذت نیز شایع است، ولی فقدان احساس لذت، ناامیدی، کندی روانی حرکتی و هذیان در نوجوانان و بالغین مبتلا به دوره های افسردگی عمده شایعتر از بچه های کوچک مبتلا است. مشکلات اشتها و خواب در بالغین شایعتر از کودکان و نوجوانان افسرده است. در نوجوانان ممکن است رفتار مخفی کارانه یا آشکارا ضداجتماعی و مصرف الکل یا مواد قاچاق دیده شود و تشخیص های اضافی اختلال نافرمانی مقابله جویانه، اختلال سلوک و سوء مصرف یا وابستگی به مواد را توجیه کند.

احساس بی قراری، بداخلاقی، پرخاشگری، بی میلی برای همکاری در جریانات خانوادگی، کناره گیری از فعالیت های اجتماعی و تمایل به ترک منزل همگی در افسردگی نوجوانان شایع است. مشکلات تحصیلی هم ممکن است دیده شود. نوجوانان ممکن است نسبت به ظاهر خود بی توجه بوده و تهییج پذیری آنها افزایش یابد و به خصوص نسبت به طرد شدن در روابط عاشقانه و محبت آمیز حساس باشند.

شروع اختلال خلق زودرس در دوران کودکی و نوجوانی ممکن است شدیدترین نوع اختلال خلق باشد و اغلب در خانواده هایی دیده می شود که در آنها میزان بروز اختلال خلق و سوء مصرف الکل بالا است. این کودکان و نوجوانان احتمالاً دچار عوارض ثانویه ای نظیر اختلال سلوک، سوء

مصرف الکل و سایر مواد و رفتار ضداجتماعی می شوند. اختلال کارکردی مربوط به افسردگی در کودکان عملاً به تمام زندگی روانی- اجتماعی کودک گسترش می یابد، عملکرد و رفتار تحصیلی، روابط با همسالان و روابط خانوادگی تماماً تحت تاثیر قرار می گیرند فقط کودکان و نوجوانان بسیار باهوش و درس خوان که افسردگی آنها از حد متوسط نگذشته باشد قادرند با صرف وقت و انرژی بیشتر مشکلات خود را در یادگیری جبران نمایند.

در غیر این موارد عملکرد تحصیلی بدون استثناء تحت تاثیر ترکیبی از مشکلات تمرکز، کندی تفکر، فقدان علاقه و انگیزه، خستگی، خواب آلودگی، نشخوار ذهنی افسردگی و اشتغالات ذهنی آسیب می بیند. افسردگی کودکان و نوجوانان ممکن است اشتباهات اختلال یادگیری تشخیص داده شوند. مشکلات یادگیری ثانوی بر افسردگی حتی اگر دیرپا باشند پس از بهبود افسردگی به سرعت از بین می روند.

نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده ممکن است دچار توهم و هذیان شوند در اکثر موارد این نشانه های سایکوتیک از لحاظ موضوعی با خلق افسرده هماهنگ هستند، طی دوره افسردگی بروز می کنند، (معمولاً در بدترین زمان آن) و حاوی انواع خاصی از توهمات مختص اسکیزوفرنی نظیر صداهایی که با هم بحث می کنند یا به بیمار اشاره می کنند، نیستند.

توهمات افسردگی معمولاً به صورت صدای واحد است که خطاب به بیمار صحبت می کند و لحن توهمین آمیز یا انتحاری دارد. هذیانهای افسردگی حول موضوعات احساس گناه، بیماری جسمی، مرگ، پوچ گرایی، تنبیه موجه، بی کفایتی شخصی و گاهی گزند آسیب هستند این هذیانها در

سنین پیش از بلوغ نادر بوده که احتمالاً دلیل آن عدم بلوغ شناختی است ولی در نیمی از نوجوانان دچار افسردگی سایکوتیک مشاهده می شوند. اگر نوجوانان مبتلا به اختلال خلق اقدام به خود درمانی با الکل یا سایر مواد غیر مجاز نماید تشخیص اختلال خلق ممکن است بسیار مشکل باشد. در مطالعه ای که اخیراً انجام شد ۱۷٪ نوجوانان مبتلا به اختلال خلق نخستین بار به عنوان سوء مصرف مواد مورد توجه طبی قرار گرفته بودند و فقط پس از دوره سم زدایی نشانه های روانی قابل ارزیابی شد و تشخیص گذاری درست اختلال خلق امکان پذیر شد.^(۱۸)

اپیدمیولوژی افسردگی

تعیین میزان شیوع افسردگی مشکل است و یکی از علل آن تعریف های تشخیصی متفاوتی است که پژوهشگران مختلف به کار برده اند اختلالات خلقی خصوصاً افسردگی یک قطبی از شایعترین اختلالات روانی بالغین است احتمال ابتلا به افسردگی یک قطبی در طول عمر حدود ۱۵٪ است و شاید در زنها این نسبت به ۲۵٪ برسد تخمین زده می شود که فقط ۵۰٪ کسانی که واجد ملاکهای تشخیص افسردگی اساسی هستند تحت درمان قرار می گیرند.

شیوع اختلال دو قطبی I کمتر از اختلال افسردگی اساسی است. (با میزان شیوع حدود ۱٪ در

طول عمر)^(۱۸)

جنس

افسردگی یک قطبی در زنان ۲ برابر مردان است هر چند علل این اختلال معلوم نیست پژوهش ها به روشنی نشان داده است که آنرا می توان به روش های تشخیصی تعصب آمیز ارتباط داد علل این

تفاوت ممکن است در استرس های متفاوت، زایمان، درماندگی آموخته شده (Learned

helplessness) و آثار هورمونی نهفته باشد برعکس اختلال افسردگی اساسی، در اختلال دو

قطبی I شیوع بیماری در زن و مرد تقریباً برابر است.

سن

شروع اختلال دو قطبی I زودتر از اختلال افسردگی اساسی است حدود سن شروع اختلال دو قطبی

I از کودکی (حتی ۵ یا ۶ سالگی) تا ۵۰ سالگی حتی ندرتاً بالاتر، با میانگین ۳۰ سالگی گسترده

است سن متوسط شروع اختلال افسردگی اساسی ۴۰ سالگی است در ۵۰٪ بیماران سن شروع بین

۲۰-۵۰ سالگی است.

افسردگی یک قطبی از نظر توزیع دوپیک (peak) دارد که یکی در سنین ۶۰-۵۰ سالگی و دیگری

بین ۲۰-۳۰ سالگی است در سنین ۳۰-۲۰ سالگی تعداد مردان بیش از زنان مبتلا می باشند و در سن

۶۰-۵۰ سالگی اکثراً زنان مبتلا می باشند.^(۱۷)

وضعیت تاهل

به طور کلی افسردگی یک قطبی در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند یا از همسر خود

طلاق گرفته و یا جدا شده اند بیشتر دیده می شود.^(۱۷)

ملاحظات اجتماعی و فرهنگی

رابطه بین طبقه اجتماعی و افسردگی یک قطبی به اثبات نرسیده است. هر چند که بعضی از

تحقیقات رابطه بین طبقه اجتماعی و افسردگی اساسی را مطرح می کند در گذشته تصور می شد

که بیماری مانیک-دپرسیو اختلال خاص طبقه متوسط بالا و بالای جامعه است. اما در تحقیقات

اخیر این رابطه مشاهده نگردیده است. شیوع افسردگی در بی سوادان شایعتر است.

شیوع اختلالات خلقی از نژادی به نژاد دیگر متفاوت نیست ولی متخصصین ظاهرا میل دارند

اختلالات خلقی را در کسانی که زمینه فرهنگی و نژادی متفاوتی دارند کمتر از معمول تشخیص

دهند. (۳)

بیماریهای جسمی

بعضی بیماریهای جسمی با افسردگی آغاز شده و بعضی تشدیدگر افسردگی هستند. تحقیقات شیوع

افسردگی در بیماران داخلی و بیماران مزمن را بیشتر از دیگر بیماران می داند و تاثیر درمان را در

سیر بیماری موثر می داند. (۱)

اتیولوژی افسردگی

در هر گونه اتیولوژی اختلالات قطبی بایستی عوامل ژنتیک، بیولوژیک، استرس محیطی و حوادث

زندگی، عوامل روان پویایی و عوامل اجتماعی را در محاسبه آن دخالت داد. (۱۸)

۱. عوامل ژنتیک:

حدود ۵۰٪ بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی حداقل یکی از والدین آنها به اختلال خلقی، غالبا از نوع

افسردگی یکی قطبی مبتلا بوده اند. اگر یکی از والدین آنها به اختلال دوقطبی مبتلا باشند احتمال

ابتلا هر یک از فرزندان ۲۷٪ و اگر هر دو والدین مبتلا باشند احتمال ابتلا به ۷۵-۵۰٪ افزایش می

یابد. (۱۸)

۲. عوامل بیولوژیک:

نوراپی نفرین و سروتونین دو ناقل عصبی هستند که کاهش آنها بیش از همه در فیزیوپاتولوژی اختلالات خلقی مطرح می باشد دیده شده که غلظت سروتونین در افرادی که خودکشی کرده اند افزایش یافته است همچنین فعالیت دوپامین در افسردگی کاهش می یابد بعضی از پژوهشگران گزارش کرده اند که غلظت 5HT (۵- هیدروکسی تریپتامین) در ساقه مغز بیماران افسرده پایین تر است ولی مقدار کورتیزول در بیماران افسرده افزایش می یابد. (۱۱)

۳. عوامل روانی - اجتماعی:

الف) عوامل روان پویایی: مطالعات نشان داده است که انسانها با هر گونه الگوی تشخیصی تحت شرایط مناسب ممکن است دچار افسردگی شوند.

ب) فرضیه های شناختی: این فرضیه در سال ۱۹۶۷ به وسیله بک ارائه شد و در آن از اختلال فکر به عنوان عامل اصلی افسردگی ذکر شده است.

شخصیتهای وابسته، وسواسی، جبری و هیستریک در معرض خطر بیشتری قرار دارند افراد افسرده باور کرده اند که در مقابل محیط کاری از دستشان کاری ساخته نیست.

ج) حوادث زندگی و استرس محیطی:

استرس بخصوص حوادث زندگی، بیماریهای جسمی، به طرق مختلف می توانند باعث شروع افسردگی شوند بیماریهای جسمی زیر می توانند ایجاد کننده افسردگی باشند: بدخیمی ها، اختلالات

آندوکراین مثل سندرم کوشینگ، بیماری آدیسون، دیابت، عفونتهای مختلف، تومورهای مغزی،

SLE، اورمی و بیماریهای قلبی عروقی.^(۱۱)

علائم و نشانه های بالینی

خلق افسرده و فقدان علاقه یا عدم احساس لذت علائم افسردگی اساسی می باشد کسانیکه خلق افسرده دارند ممکن است علایم زیر را داشته باشند.

کاهش انرژی و کاهش علاقه به کار، احساس گناه، ناتوانی در کنترل خلق، اشکال در تمرکز فکر، بی اشتها، افکار مرگ و خودکشی، تغییر در سطح فعالیت و تواناییهای شناختی، تغییر در سطح تکلم و خواب و اشتها و اعمال جنسی و غیره.

تقریباً دوسوم بیماران افسرده به خودکشی می اندیشند و ۱۰٪ تا ۱۵٪ آنان به زندگی خود خاتمه می دهند.

تقریباً همه بیماران افسرده (حدود ۹۷٪) از کاهش انرژی که منجر به بروز اشکال در تکمیل تکالیف، اختلال در کار تحصیلی و حرفه ای و کاهش انگیزه برای انجام طرحهای تازه می گردد شکایت می کنند حدود ۸۰٪ این بیماران از اختلال خواب به خصوص زودبیدار شدن از خواب و بیداریهای مکرر شبانه که ضمن آن در مورد مسائل خود می اندیشند رنج می برند بعضی از بیماران دچار بی اشتها و کاهش وزن و عده کمی نیز افزایش اشتها، افزایش وزن و پرخوابی می شوند.

اختلالات در کی به صورت هذیان و توهم در موارد شدید افسردگی به وجود می آید که

افسردگی پسیکوتیک نامیده می شود. (۱۷و۱۸)

علائم افسردگی در کودکان:

در آویختن بیش از حد به والدین، ترس از مدرسه، عملکرد تحصیلی ضعیف، سوء مصرف دارو، رفتار ضد اجتماعی، بی مبالاتی جنسی، فرار از مدرسه و... از علائم افسردگی در کودکان می باشد. (۱۵)

سیر و پیش آگهی افسردگی:

لزوما یک اختلال شخصیتی قبل از بیماری، بابتلا به افسردگی عمده در بیماران به افسردگی وجود ندارد نیمی از بیماران اولین حمله را قبل از ۴۰ سالگی تجربه می کنند یک دوره افسردگی در صورت عدم درمان حدود ۶ تا ۱۳ ماه طول می کشد در حالی که موارد درمان شده حدود ۳ ماه طول می کشد با گذشت زمان، طول دوره ها بیشتر، فاصله بین آنها کمتر و شدت علائم آنها بیشتر می شود بیمار ممکن است در طی ۲۰ سال حدود ۶-۵ دوره را تجربه نماید ۱۰-۵٪ بیماران که در دوره اول تشخیص اختلال افسردگی اساسی پیدا کرده اند پس از ۶ تا ۱۰ سال یک دوره مانیا را تجربه می کنند که این امر پس از حدود ۲ تا ۴ دوره افسردگی اتفاق می افتد اختلال افسردگی اساسی یک بیماری خوش خیم نیست بلکه یک بیماری با سیری مزمن و عود کننده به حساب می آید. (۱۷)

شاخص های پیش آگهی بد در اختلال افسردگی اساسی عبارتند از:

۱. وجود علائم پسیکوتیک

۲. بستری طولانی و متعدد در بیمارستان روانپزشکی

۳. عدم وجود سابقه خانوادگی باثبات

۴. فعالیت اجتماعی غیرمطلوب در ۵ سال اول شروع بیماری

۵. وجود بیماری روانی همراه

۶. وجود اختلال شخصیت قبل از بیماری

۷. شروع سنی دیر هنگام بیماری

۸. سوء مصرف الکل و مواد

کلا سیر بیماری در مردان بدتر از زنان است.^(۱۷)

درمان افسردگی:

موفقیت در درمان بستگی به فاکتورهای مهمی از جمله تشخیص، مدت زمان بیماری و نحوه درمان

بیماری دارد که از این میان تشخیص بیماری مهم تر است.

اولین و مهمترین تصمیم پزشکی، لزوم یا عدم لزوم بستری است وجود خطر خودکشی و دیگر

کشی، کاهش بارز توانایی در مراقبت از خود در جنبه های مختلف، نیاز به آزمایشات تشخیصی،

ضعیف بودن سیستم حمایتی بیمار لزوم بستری را مشخص می نماید.^(۹)

روش های درمانی مشتملند بر:

۱. درمانهای روانی - اجتماعی: موثرترین راه درمان این بیماری روان درمانی به همراه دارو

درمانی مناسب است.

۲. شناخت درمانی: برخی اثر این روش را برابر دارو درمانی می دانند. فواید آن عبارتند از:

نبودن عوارض جانبی داروها و آسانتر بودن پیگیری دراز مدت بیماران

۳. درمان بین فردی: (Inter personal Therapy)

در اختلال افسردگی غیر پسیکوتیک و سرپایی و در موارد اختلال افسردگی شدید به همراه سایر روش ها کاربرد دارد.

۴. رفتار درمانی: در درمان افسردگی خفیف کاربرد دارد و کوتاه مدت است.

۵. روان درمانی تحلیلی: در این روش هدف ما ایجاد تغییر در ساختار شخصیتی و منش فرد

در افسردگیهای غیرپسیکوتیک می باشد.

۶. خانواده درمانی: زمانی که افسردگی زندگی خانوادگی فرد را در معرض خطر قرار داده و

یا وقتی که زندگی خانوادگی بیمار، وی را در معرض ابتلا قرار داده روش مناسبی است.

۷. دارو درمانی: بهترین دارو برای هر بیمار سابقه پاسخ مثبت به همان دارو در خود یا خانواده

بیمار است اگر چنین نبود اساسا متکی بر پروتکل درمان و عوارض جانبی و نوع بالینی

افسردگی دارو را انتخاب می کنیم.

با دارو درمانی اولین علائمی که شروع به بهبودی می یابند اختلالات خواب و اشتها می باشند و

علائمی که در مراحل بعد بهبودی می یابند عبارتند از کمبود انرژی، بی قراری، اضطراب و ناامیدی

و سپس نسبت به علائمی نظیر اختلال تمرکز، درماندگی و کاهش میل جنسی بهبودی مشاهده می

شود. آخرین علامتی که بهبود می یابد احساس افسردگی است.

داروهای ضد افسردگی کلاسیک شامل چند حلقه ایها و سه حلقه ایها (T.C.A.S) مهار کننده های منوآمین اکسیداز و غیر کلاسیک شامل مهار کننده اختصاصی باز جذب سروتونین، بوپروپیون، ترازودون، آلپرازولام و مقلدهای سیماتیک مثل آمفتامین می باشد.^(۱۵)

۸. الکتروشوک (ECT): ندرتا انتخاب اول است.

اندیکاسیونهای الکتروشوک شامل:

(a) عدم پاسخ به دارو درمانی

(b) عدم تحمل روش دارو درمانی

(c) شدت بیماری به حدی باشد که نیاز به پاسخ سریع باشد

(d) گاهی در بیماران افسرده مسن

۹. نور درمانی (PHOTO Therapy) این روش در بیمارانی که دوره های فصلی دارند استفاده می شود.

تست افسردگی بک (Beck)

آزمون بک و سایر آزمونهای مشابه برای ارزیابی و تعیین میزان افسردگی حساب شده و قابل اطمینان می باشند براساس پژوهشهای اخیر آزمونهای نظیر بک بسیار بهتر از مصاحبه حضوری روانپزشک و روانشناس سطح افسردگی را مشخص می کند.

مقیاس به صورت یک پرسشنامه است که در آن ۲۱ گروه سوال موجود می باشد فرد مورد آزمون بایستی سوالات هر گروه را به ترتیب و با دقت کامل بخواند و سپس سوالی را که بهتر از همه

احساس کنونی و حالت درونی وی را بیان می کند یعنی آنچه که درست در زمان اجرای تست احساس می کند را انتخاب کرده و در مربع جلوی آن علامت بزند به هر سوال در بهترین حالت نمره صفر و در شدیدترین حالت نمره ۳ تعلق می گیرد.

برای تفسیر نتایج، نمرات مشخص شده در هر تست توسط آزمودنی را با یکدیگر جمع کرده و چنانچه در یک یا چند مقوله بیش از یک سوال را مشخص کرده باشد فقط یک سوال و آن هم سوالی که بالاترین نمره را دارد به حساب می آورند از آنجا که در هر مقوله پایین ترین نمره صفر و بالاترین نمره ۳ می باشد بنابراین مجموع نمرات از ۰ تا ۶۳ متغییر است و براساس جمع نمرات میزان افسردگی در فرد مشخص می گردد.^(۱)

تعیین درجه افسردگی براساس تست افسردگی بک (Beck)

گروه	جمع نمرات	درجات افسردگی
۱	۰-۱۰	طبیعی
۲	۱۱-۱۶	کمی افسرده
۳	۱۷-۲۰	نیازمند مشورت با روانپزشک
۴	۲۱-۳۰	به نسبت افسرده
۵	۳۱-۴۰	افسردگی شدید
۶	۴۱-۶۳	افسردگی بیش از حد

اگر جمع امتیازات از عدد ۱۱ کمتر باشند (۱۰-۰) فرد طبیعی است و درجاتی از افسردگی ندارد. اگر

جمع امتیازات از عدد ۱۷ کمتر باشد افسردگی حداقل در این زمان خفیف است و اصولاً نباید

اشکالی ایجاد نماید و توجه به بعضی توصیه های لازم و کمک دوستی مورد اعتماد کافی است و

مداخله متخصص امور روانی احتمالاً لازم نیست.

اگر جمع امتیازات بیشتر از ۱۶ باشد افسردگی شدیدتر است و ممکن است فرد با مشکلاتی مواجه

شود. البته به علت اینکه افراد طبیعی نیز گاهی به صورت مقطعی ناراحت و افسرده می شوند اگر

جمع امتیازات بیش از ۲ هفته بالاتر از ۱۶ باقی بماند مشاوره با متخصصین امور روانی لازم می باشد.

کسانی که جمع امتیازات آنها بیش از ۲۰ می باشد روان درمانی و دارو درمانی در این افراد حتماً باید

انجام شود.^(۱)

مروری بر مطالعات انجام شده:

علیرغم وجود برخی نیازهای قوی و خاص برای تیزهوش، باید تذکر داد که فرد تیزهوش از برخی مشکلات حاد انگیزشی و مسایل هیجانی و عاطفی رنج می برد. حوادث زندگی و فشارهایی که در طول زندگی روزمره بر او وارد می شود وی را دچار مسایل جدی روانی می کند هر چه ضریب هوشی آنها بالاتر باشد مشکلات ناسازگاری اجتماعی بیشتر خواهد بود و آزاری که در مدرسه می بینند برایشان گرانتر تمام خواهد شد و منجر به عدم موفقیت تحصیلی می گردد.

آقای ناصرالدین کاظمی حقیقی بیان نمود با وجودی که افراد تیزهوش از توانایی تحصیلی بالاتری برخوردارند ولی به نظر می رسد که توانایی تحصیلی فرد برای رفع اضطراب و افسردگی کفایت نمی کند.

چون بسیاری از دانش آموزانی که از استعداد تحصیلی فوق العاده برخوردارند، اغلب دچار تشویش روانی و ناسازگاری اجتماعی نیز هستند.

تحقیقات آقای فتحی آشتیانی درباره افسردگی نشان دهنده آن است که میزان افسردگی در دانش آموزان مدارس عادی به طور معنی داری بیشتر از دانش آموزان تیزهوش است که البته این نتیجه با نتایج پژوهشهای لام مارک (۱۹۸۸) و برودی (۱۹۸۶) که نتایج آنها نشان دهنده عدم وجود تفاوت بین افراد تیزهوش و عادی است همخوانی ندارد.^(۳)

در مطالعه ای که توسط گالاگر (۱۹۹۰) انجام شد مشاهده شد که تیزهوشان در مقایسه با افراد عادی هنگام مواجهه با موقعیت های تنش زا کمتر دچار اضطراب و نگرانی می شوند.^(۱۴)

در تحقیقی دیگر لام مارک (۱۹۸۸) به این نتیجه دست یافت که هیچ تفاوت معنی داری میان

کودکان تیزهوش و عادی در اضطراب و افسردگی و ویژگیهای شخصیتی ملاحظه نمی شود.

فلدهانس (۱۹۹۳) و رنزولی (۱۹۹۰) در بررسیهای خود نشان دادند که دانش آموزان تیزهوش همانند

دانش آموزان عادی در معرض افسردگی قرار دارند ولی تفاوت معنی داری بین گروه تیزهوش و

عادی در مورد افسردگی وجود ندارد.

مطالعات بیکر (۱۹۹۵) و گالاگر (۱۹۷۵) نشان دهنده میزان کمتری از آسیب پذیری، اختلالات

روانی، بیماریهای عصبی، خودکشی و مسایل شخصیتی در بین تیزهوشان در مقایسه با افراد عادی می

باشد. (۱۲و۱۴)

برنت و کایزر (۱۹۸۵) وضعیتی افسردگی ۱۷۴ تیزهوش ۱۷-۱۴ ساله را بررسی کردند. افراد عادی

نسبت به افراد تیزهوش کمی افسرده تر بودند که البته ارتباط معنی دار نبود. برنت و کایزر دریافتند

که افراد تیزهوش بهتر از افراد عادی قادرند افسردگی را در خویش تشخیص دهند.

شاخصهای عمده این نوع افسردگی در تیزهوشان: علایم مرضی افسردگی، احساس فلاکت و

بیچارگی، درون گرایی، احساس گناه و فشار و استرس شدید بود.

تاملینسون (۱۹۸۶) و دلزل (۱۹۸۶) به مسایل شدید هیجانی و عاطفی و انگیزشی در میان تیزهوشان و

نوابغ تاکید می ورزند که بعضی اوقات سبب زدن به خودکشی شده است و یا حداقل زمینه را

برای خودکشی فراهم می سازد. (۱۹)

عنوان:

بررسی شیوع افسردگی در دانش آموزان سال سوم دبیرستان های تیزهوشان استان یزد در سال

تحصیلی ۸۵-۸۶

بیان مسئله و اهمیت موضوع:

امروزه، بهداشت روانی از اهم مسائل بهداشتی به شمار می آید. با پیشرفت علم پزشکی موفقیت های چشم گیری در زمینه حفظ سلامت بدن، کاهش میزان مرگ و میر و بالا رفتن حد متوسط طول عمر حاصل شده است. لیکن، بی توجهی نسبت به بهداشت روان، سبب گشته است تا مسائل روانی قد علم کنند و بر تعداد موارد اختلالات روانی به طرز بارزی افزوده شود.^(۲)

در فرانسه و کشورهای دیگر اروپا و آمریکا مطالعات باارزشی در مورد جوانان انجام گرفته است، متأسفانه در کشورهای در حال توسعه و ایران به نحو مطلوب در مورد نوجوانان و جوانان مطالعات علمی صورت نگرفته است و از آنجا که شروع بسیاری از بیماریهای روانی در دوره کودکی و از جوانی می باشد توجه خاص به این گروه حائز اهمیت است زیرا به صرف هزینه های نه چندان زیاد می توان در کوتاهترین مدت نتیجه مطلوب را به دست آورد.

از کار افتادگی و ناتوانی هایی که اختلالات روانی به دنبال دارند بسیار سخت، مداوم و مزاحم می باشند. همچنین اختلالات خلقی بخصوص افسردگی در صورت عدم درمان موفقیت آمیز عوارض کوتاه مدت و بلند مدتی را ایجاد می نمایند. که عبارتند از: خودکشی، سوء مصرف مواد به عنوان خوددرمانی، پیدایش اختلالات رفتاری، وقفه یا تاخیر در رشد الگوهای روانی-اجتماعی،

عدم پیشرفت مناسب در تحصیل و... به علاوه، در فهرست بیماریهایی که سبب ناتوانی می شوند، از ده بیماری عمده، چهار بیماری مربوط به اختلالات روانی است. این چهار بیماری عبارتند از: افسردگی، اختلالات خلقی دو قطبی، اسکیزوفرنی و حالات وسواس؛ گفتنی است که افسردگی در راس فهرست ده بیماری قرار دارد.^(۲)

از میان انواع اختلالات روانی، از لحاظ کاستن توانایی های فرد، پنج بیماری از وخیم ترین بیماریها شناخته شده اند. این پنج بیماری عبارتند از: افسردگی، اسکیزوفرنی، زوال عقل، عقب ماندگی ذهنی و صرع.

با توجه به مراتب فوق، سازمان جهانی بهداشت اعلام داشته است که: «مسائل عصبی-روانی مسبب بخش عظیمی از ناتوانی ها و درد و رنج بشر است.»^(۲)

بررسی حالات روانی نوجوانان و جوانان کمک بسیاری در تشخیص هر چه سریعتر بیماری و پیش گیری از عواقب احتمالی ناشی از آن می نماید و مسئولین را در تدوین برنامه های زیربنایی و اصولی جهت ایجاد بستر مناسب، برای رشد استعدادها و سرمایه های جامعه، رفع تعارضات و کمک به داشتن جامعه سالم یاری می دهد.

این تحقیق سعی دارد شیوع افسردگی را در دانش آموزان دبیرستانهای تیزهوشان تعیین نماید. زیرا چنین دانش آموزانی در آینده عهده دار مسئولیت های خطیر جامعه می شوند و مردم نیز از این دانش آموزان انتظار بیشتری دارند. بنابراین می بایست از هر نظر، چه روحی و چه جسمی در سطح

بالایی قرار داشته باشند که بتوانند آینده سازان خوبی برای کشور باشند و مسئولین نیز باید حداکثر

تلاش را برای کاهش و رفع این بیماری در دانش آموزان انجام دهند.

اهداف

الف) هدف اصلی:

تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان سال سوم دبیرستانهای تیزهوشان استان یزد در سال

تحصیلی ۸۶-۸۵

ب) اهداف ویژه:

۱. تعیین و مقایسه میانگین نمره تست Beck در دو گروه مورد بررسی (گروه دانش آموزان

دبیرستانهای تیزهوشان و گروه دانش آموزان دبیرستانهای عادی)

۲. تعیین و مقایسه وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب جنس

۳. تعیین و مقایسه وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب بعد خانوار

۴. تعیین و مقایسه وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب وضعیت زندگی با والدین

۵. تعیین و مقایسه وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب وضعیت مسکن

۶. تعیین و مقایسه وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب شغل مادر

روش اجرا

نوع تحقیق:

این پژوهش از نوع پژوهشهای توصیفی (Descriptive) است که به منظور تعیین میزان شیوع
افسردگی در دانش آموزان سال سوم دبیرستانهای تیزهوشان استان یزد در سال ۸۶-۱۳۸۵ ه. ش
صورت گرفته است.

روش تحقیق:

روش تحقیق از نوع کوهورت گذشته نگر (Historical cohort) می باشد.

جامعه مورد بررسی:

تمام دانش آموزان سال سوم دبیرستان دخترانه و پسرانه تیزهوشان (فرزانگان - شهید صدوقی) به
عنوان گروه مواجهه یافته انتخاب شدند و دانش آموزان سال سوم دبیرستانهای دخترانه فاطمه
مشکاه و پسرانه کیخسروی که نزدیک ترین دبیرستان به دبیرستان تیزهوشان بودند به عنوان گروه
مواجهه نیافته در نظر گرفته شدند.

تعداد نمونه:

تعداد نمونه در گروه مواجهه یافته ۱۳۱ نفر و در گروه مواجهه نیافته ۱۴۳ نفر می باشد.

روش نمونه گیری:

روش نمونه گیری در گروه مواجهه یافته به صورت سرشماری و در گروه مواجهه نیافته به صورت
انتخاب نمونه مبتنی بر هدف می باشد.

روش اخذ اطلاعات:

روش اخذ اطلاعات به صورت پرسشنامه ای بود که از دو پرسشنامه که یکی شامل مشخصات فردی و پرسشنامه دیگر شامل آزمون Beck جهت تعیین درجه افسردگی افراد، استفاده شده است.

الف) پرسشنامه مشخصات فردی:

این پرسشنامه بدون نام و شماره گذاری همراه با تست افسردگی Beck در اختیار دانش آموزان قرار گرفت و شامل سوالاتی در مورد نام دبیرستان محل تحصیل، جنس، وضعیت زندگی با والدین، تعداد افراد خانواده، شغل مادر و وضعیت مسکن بود.

ب) توصیف آزمون Beck:

پرسشنامه افسردگی بک در سال ۱۹۶۱ تدوین شد هدف بک از ایجاد این آزمون دستیابی به یک سیستم عینی تشخیص بوده است این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه از علائم افسردگی است این مقیاس که بین مقیاسهای خود ارزیابی (self report) و درجه بندی مشاهده (observer rating) قرار می گیرد برای اولین بار به عنوان یک مقیاس مصاحبه مورد استفاده قرار گرفت. بدین ترتیب که مصاحبه گر موضوع را برای مرجع می خواند و او هر کدام را که مطابق با وضعیت خود بود انتخاب می کند Beck این پرسشنامه را براساس پنج عامل مرکب از علائم و نشانه های افسردگی به شرح ذیل تنظیم کرد.

عامل ۱: بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خود کشی، بلا تصمیمی و کندی کار

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

عامل ۲: احساس گناه، انتظار تنبیه و سرزنش خود

عامل ۳: گریه کردن، تغییر تصویر بدن، ناخشنودی و غمگینی

عامل ۴: کاهش وزن، شکایت جسمی، خستگی

عامل ۵: زودرنجی، بیخوابی، بی اشتها

در آزمون Beck دو موضوع به عاطفه، یازده موضوع به مسائل شناختی، دو موضوع به رفتارهای

آشکار، پنج موضوع به علائم جسمانی و یک موضوع به علائم درونی اختصاص داده شده است

که تمامی مربوط به علائم افسردگی اساسی است.^(۳)

۲۱ علامت و نگرش افسردگی که در این مقیاس بکار رفته عبارتند از:

۱. خلق	۲. بدبینی	۳. احساس شکست
۴. نارضایتی	۵. احساس گناه	۶. احساس تنبیه
۷. دوست نداشتن خود	۸. اتهام به خود	۹. تمایلات خودکشی
۱۰. گریه کردن	۱۱. زودرنجی	۱۲. کناره گیری اجتماعی
۱۳. بلا تصمیمی	۱۴. تحریف تصویر بدن	۱۵. امتناع از کار
۱۶. اختلال خواب	۱۷. خستگی پذیری	۱۸. بی اشتهايي
۱۹. کاهش وزن	۲۰. اشتغال مربوط به سلامتی و جسمانی	۲۱. کاهش لیپیدو

مطالعات مربوط به فاکتور آنالیز در مورد این پرسشنامه وجود ۳ عامل اولیه افسردگی را نشان می دهد که شامل نگرش منفی نسبت به خود، مشکلات مربوط به عملکرد و شکایات جسمانی است. به هر سوال آزمون از صفر تا سه نمره تعلق می گیرد و جمع نمرات از صفر تا ۶۳ متغیر است

براساس نمرات:

- الف) عدم وجود افسردگی یا حداقل افسردگی نمره ۰-۱۰
- ب) افسردگی خفیف نمره ۱۱-۱۷
- ج) افسردگی متوسط نمره ۱۸-۲۹
- د) افسردگی شدید نمره ۳۰-۶۳

نمره ۱۰ مرز اعتماد است و نمرات ۱۰ به بالا افسرده اند.

آزمون Beck به عنوان یک آزمون معتبر شناخته شده و برای تمام اقشار مختلف اجتماعی قابل

اجرا است. بک مزایای آزمون را اندازه گیری استاندارد، آسانی انجام و مقایسه آسان اطلاعات با

سایر یافته ها از نظر کیفی و کمی به علت میزان عددی آزمون می داند Beck معتقد است وسعت

دامنه امتیازات، سنجش عمق افسردگی را در این تست حساستر کرده است.

ویلا مزیت عمده پرسشنامه را اعتماد آن برای اندازه گیری شدت افسردگی در جمعیت بالینی و

بهنجار می داند. هامیلتون و شاپیرو، مزایای آزمون را اجرای آسان، حساسیت به تغییر بالینی، قابلیت

استفاده وسیع، تمایز خوب، همبستگی بالا با مقیاسهای درجه بندی بالینی و مقیاسهای مشاهده

رفتاری می داند.^(۳)

در این تحقیق برای تعیین درجه افسردگی دانش آموزان از آزمون Beck به همراه پرسشنامه

مشخصات فردی استفاده شد. لازم به ذکر است که سوال ۲۱ آزمون Beck که مربوط به میل

جنسی بود حذف شد. (به ضمیمه رجوع شود) بنابراین در آزمون مورد استفاده در این تحقیق

حداکثر نمره ۶۰ می باشد.

روش انجام کار:

پس از حضور در دبیرستانهای مربوطه و انجام هماهنگی لازم با مسئولین دبیرستان، توضیحاتی به

دانش آموزان در مورد موضوع و هدف تحقیق، ارائه؛ سپس دو پرسشنامه که یکی شامل اطلاعات و

مشخصات فردی و دیگری شامل پرسشنامه آزمون Beck بود در چهار صفحه به دانش آموزان

تحویل داده می شد و دانش آموزان پس از توضیح در مورد طریقه جواب دادن به سوالات با نظارت و راهنمایی مستقیم به سوالات جواب می دادند ضمناً اشکالات و ابهامات احتمالی نیز مرتفع می گردید.

پس از جمع آوری، تمام پرسشنامه ها بررسی گردید و نمره آزمون Beck برای هر پرسشنامه در فرم اطلاعات فردی منظور گردید. از آن پس اطلاعات به جدول مادر منتقل شد و پس از ورود داده ها به رایانه، تجزیه و تحلیل آماری به کمک برنامه spss صورت گرفت. توزیع فراوانی وضعیت افسردگی و میانگین نمره تست Beck در دو گروه مورد مطالعه تعیین و با استفاده از جداول اطلاعات طبقه بندی شد. در صورت لزوم با استفاده از آزمونهای chi-square و Analysis of varians داده ها تحلیل و نسبت به سنجش داده ها اقدام گردید.

متغیرها:

۱. متغیرهای کمی: بعد خانوار- نمره تست Beck
۲. متغیرهای کیفی: دبیرستان محل تحصیل- جنس- وضعیت زندگی با والدین- وضعیت مالی- شغل مادر- وضعیت افسردگی
۳. متغیرهای مستقل: دبیرستان محل تحصیل- جنس- وضعیت زندگی با والدین- وضعیت مسکن- شغل مادر
۴. متغیرهای وابسته: نمره تست Beck (وضعیت افسردگی)

تعاریف و مفاهیم بکار رفته:

cross sectional study

مطالعه مقطعی

Descriptive study

مطالعه توصیفی

M.A.O.I

داروهای مهار کننده منوآمینواکسیداز

T.C.A.S

داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای

Major Depression

افسردگی اساسی

5. H.T

۵. هیدروکسی تریپتامین

photo Thrapy

نوردرمانی

seasonal affective disorder

اختلال عاطفی فصلی

E.C.T(Electrod convulsive therapy

الکتروشوک درمانی

D.SM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder

طبقه بندی تشخیص بیماریهای روانی که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا پایه گذاری شده است

این سیستم کلیه بیماریهای روانی را طبقه بندی کرده و با کرایتری های مشخص بیان کرده است

اهمیت این سیستم سادگی در بیان، تشخیص، درمان و سیر هر بیماری است.

تست افسردگی Beck

تست اصلاح شده ۲۱ سوالی که در سال ۱۹۶۱ توسط بک تدوین گردید موضوع تست بررسی افسردگی است و با احتساب نمرات معینی در نظر گرفته شده برای هر پرسش نمره فرد تعیین و درجه افسردگی براساس معیاری مشخص و گروه بندی معینی تعیین می گردد.

مشکلات اجرای تحقیق:

۱. عدم همکاری بعضی از مدیران سازمانها و دبیرستانهای وابسته به آموزش و پرورش
۲. ایراد گرفتن حراست آموزش و پرورش از سوال ۲۱ تست Beck که مربوط به میل جنسی بود که منجر به حذف این سوال از تست مذکور شد.
۳. پر کردن غیر صادقانه پرسشنامه توسط برخی از دانش آموزان
۴. عدم دقت در جواب دادن به سوالات، جواب ندادن به بعضی سوالات و یا دو جواب برای یک سوال دادن

توصیف آماری و کلی نمونه مورد بررسی:

در این تحقیق ۲۷۴ نفر دانش آموز سال سوم دبیرستان مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۳۱ نفر از دانش آموزان، شاغل به تحصیل در دبیرستان تیزهوشان بودند که در این پژوهش به عنوان گروه مواجهه یافته در نظر گرفته شدند. ۱۴۳ نفر نیز از دانش آموزان دبیرستان های عادی به عنوان گروه مواجهه نیافته انتخاب شدند. همانطور که از جدول شماره (۱) مشخص است در گروه دانش آموزان دبیرستان تیزهوشان بیشتر افراد درجاتی از افسردگی را نشان می دهند (۸۸/۵٪) یعنی در این گروه از دانش آموزان فقط ۱۵ نفر دانش آموز نرمال وجود دارد. (۱۱/۵٪) ۴۱ نفر از دانش آموزان این دبیرستانها دچار افسردگی خفیف (۳۱/۳٪)، ۵۲ نفر دچار افسردگی متوسط (۳۹/۷٪) و ۲۳ نفر دچار افسردگی شدید (۱۷/۶٪) هستند.

در گروه دانش آموزان دبیرستانهای عادی، ۱۹ نفر دانش آموز نرمال وجود دارد (۱۳/۳٪) یعنی بقیه دانش آموزان این دبیرستانها نیز دچار درجاتی از افسردگی هستند (۸۶/۷٪) ۴۷ نفر از دانش آموزان دبیرستانهای عادی دچار افسردگی خفیف (۳۲/۹٪)، ۵۲ نفر دچار افسردگی متوسط (۳۶/۴٪) و ۲۵ نفر نیز دچار افسردگی شدید (۱۷/۵٪) می باشند ارتباط وضعیت افسردگی با محل تحصیل دانش آموزان به وسیله آزمون chi-square آزمون گردید و با $p\text{-value} = 0.932$ این ارتباط معنی دار نمی باشد یعنی تفاوتی از نظر شیوع افسردگی بین دانش آموزان دبیرستانهای تیزهوشان و عادی وجود ندارد.

طبق جدول شماره (۲) میانگین نمره تست Beck در گروه مواجهه یافته (دانش آموزان سال سوم تیزهوشان) کمی بالاتر از گروه مواجهه نیافته (دانش آموزان سال سوم دبیرستان فاطمه مشکاه و کیخسروی) می باشد که ارتباط بین این دو به وسیله آزمون آنالیز واریانس آزمون شد که با p -value=0.581 تفاوت معنی دار نبود.

طبق جدول شماره (۳) شیوع افسردگی در پسران دبیرستان تیزهوشان نسبت به پسران دبیرستان کیخسروی کمی بالاتر بود (۸۴/۴٪ در مقابل ۸۲/۹٪) که البته این ارتباط با آزمون chi-square تست گردید که با p -value=0.884 تفاوت معنی دار نبود.

باز براساس همین جدول شیوع افسردگی در دختران دبیرستان تیزهوشان نسبت به دختران دبیرستان فاطمه مشکاه کمی بالاتر است (۹۲/۵٪ در مقابل ۹۰/۴٪) که البته این ارتباط نیز با آزمون chi-square تست شد که با p -value=0.976 این تفاوت معنی دار نبود.

براساس جدول شماره (۴) شیوع افسردگی در گروه مواجهه یافته که فرزند یکی بودند (۸۴/۲٪) بالاتر از شیوع افسردگی در گروه مواجهه نیافته که فرزند یکی بودند (۷۶/۹٪) می باشد که البته با p -value= 0.740 این تفاوت معنی دار نبود.

براساس همین جدول شیوع افسردگی در دانش آموزان تیزهوش که در خانواده هایی با بعد خانوار متوسط زندگی می کردند (۸۹/۲٪) کمی بالاتر از شیوع افسردگی در دانش آموزان عادی که در خانواده هایی با بعد خانوار متوسط زندگی می کردند (۸۸/۲٪) است که البته با p -value= 0.976 این تفاوت بین دو گروه مورد بررسی از نظر آماری معنی دار نیست.

باز براساس جدول شماره (۴) شیوع افسردگی در گروه مواجهه یافته که در خانواده هایی با بعد خانوار بالا زندگی می کردند (۸۹/۷٪) بالاتر از شیوع افسردگی در گروه مواجهه نیافته که در خانواده هایی با بعد خانوار بالا زندگی می کردند (۸۶/۷٪) می باشد که این ارتباط بین دو گروه مواجهه یافته و مواجهه نیافته با آزمون chi-square تست شد و با $p\text{-value}=0.970$ تفاوت بین دو گروه معنی دار نیست. یعنی در مجموع تفاوت معنی داری از نظر افسردگی بین دو گروه مورد بررسی بر حسب بعد خانوار وجود ندارد.

براساس جدول شماره (۵) دانش آموزان دبیرستان تیزهوشان که خانواده آنان سطح اقتصادی بالایی دارد و دارای منزل شخصی است بیشتر از دانش آموزان گروه مواجهه نیافته که همان شرایط را دارند دچار افسردگی هستند که البته این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.974$)

باز مطابق شماره (۵) دانش آموزان دبیرستان تیزهوشان که خانواده آنان از نظر وضعیت مالی و اقتصادی سطح پایینی دارد و در خانه اجاره ای زندگی می کنند کمی بیشتر از دانش آموزان مدارس عادی با همان شرایط دچار افسردگی هستند (۹۴/۱٪ در مقابل ۸۳/۹٪) ولی باز از نظر آماری تفاوت معنی داری از نظر شیوع افسردگی بین این دو گروه وجود ندارد ($p\text{-value}=0.505$)

براساس جدول شماره (۶) دانش آموزان گروه مواجهه یافته که مادر خانه دار دارند نسبت به دانش آموزان گروه مواجهه نیافته که مادر خانه دار دارند کمتر دچار افسردگی شدید هستند (۱۵/۱٪ در مقابل ۱۶/۲٪) که البته تفاوت ناچیز است و از نظر آماری معنی دار نیست.

باز براساس همین جدول دانش آموزان دبیرستان تیزهوشان که مادر شاغل دارند نسبت به دانش

آموزان مدارس عادی که مادر شاغل دارند کمی بیشتر دچار افسردگی شدید هستند (۲۰/۵٪ در

مقابل ۱۸/۹٪) که این رابطه نیز توسط آزمون chi-square تست شد که با $p\text{-value} = 0.929$ این تفاوت معنی دار نیست.

از نظر وضعیت زندگی با والدین ۲۶۶ نفر از دانش آموزان با هر دو والد زندگی می کردند. ۲ نفر

از دانش آموزان تنها با پدر و ۵ نفر نیز تنها با مادر و یک نفر بدون پدر و مادر زندگی می کرد. از

دو دانش آموزی که با پدر زندگی می کردند هر دو دچار افسردگی شدید بودند (یکی از دانش

آموزان دانش آموز دبیرستان تیزهوشان و دیگری دانش آموز عادی بود)

۵ دانش آموزی که با مادر زندگی می کردند، ۴ نفر دچار افسردگی متوسط و یک نفر دارای

افسردگی شدید بود (۲ دانش آموز از گروه مواجهه یافته و ۳ دانش آموز از گروه مواجهه نیافته

بودند).

دانش آموزی هم که بدون پدر و مادر نزد پدر بزرگ زندگی می کرد دچار افسردگی شدید بود)

این دانش آموز از دانش آموزان دبیرستان عادی بود) به علت جمعیت کم نمونه ها از نظر آماری

رابطه معنی داری بین دو گروه وجود ندارد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی

جمع		گروه مواجهه نیافته		گروه مواجهه یافته		وضعیت افسردگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۲/۴	۳۴	۱۳/۳	۱۹	۱۱/۵	۱۵	نرمال
۳۲/۱	۸۸	۳۲/۹	۴۷	۳۱/۳	۴۱	خفیف
۳۸	۱۰۴	۳۶/۴	۵۲	۳۹/۷	۵۲	متوسط
۱۷/۵	۴۸	۱۷/۵	۲۵	۱۷/۶	۲۳	شدید
۱۰۰	۲۷۴	۱۰۰	۱۴۳	۱۰۰	۱۳۱	جمع

ارتباط وضعیت افسردگی با محل تحصیل دانش آموزان به وسیله آزمون chi-square آزمون

گردید و با $p\text{-value}=0.932$ این ارتباط معنی دار نمی باشد یعنی تفاوت معنی داری از نظر

شیوع افسردگی بین دانش آموزان دبیرستانهای تیزهوشان و عادی وجود ندارد.

جدول شماره (۲): میانگین نمره تست Beck در دو گروه مورد بررسی

گروه	تعداد	میانگین نمره تست Beck	SD	حداقل نمره تست بک	حداکثر نمره تست بک
مواجهه یافته	۱۳۱	۲۱/۵	۱۰/۷	۰	۴۹
مواجهه نیافته	۱۴۳	۲۰/۸	۱۰/۷	۲	۵۱
جمع	۲۷۴	۲۱/۱	۱۰/۷	۰	۵۱

ارتباط بین میانگین نمره تست Beck با محل تحصیل دانش آموزان به وسیله آزمون آنالیز واریانس

آزمون شد که با $p\text{-value} = 0.581$ تفاوت معنی داری بین دو گروه از این نظر وجود ندارد.

جدول شماره ۳: توزیع فروانی وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب جنس

p-value	جمع		گروه مواجهه نیافته		گروه مواجهه یافته		وضعیت افسردگی	جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۸۸۴	۱۶/۴	۲۲	۱۷/۱	۱۲	۱۵/۶	۱۰	نرمال	پسر
	۳۰/۶	۴۱	۳۲/۹	۲۳	۲۸/۱	۱۸	خفیف	
	۳۷/۳	۵۰	۳۴/۳	۲۴	۴۰/۶	۲۶	متوسط	
	۱۵/۷	۲۱	۱۵/۷	۱۱	۱۵/۶	۱۰	شدید	
	۱۰۰	۱۳۴	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۶۴	جمع	
۰/۹۷۶	۸/۶	۱۲	۹/۶	۷	۷/۵	۵	نرمال	دختر
	۳۳/۶	۴۷	۳۲/۹	۲۴	۳۴/۳	۲۳	خفیف	
	۳۸/۶	۵۴	۳۸/۴	۲۸	۳۸/۸	۲۶	متوسط	
	۱۹/۳	۲۷	۱۹/۲	۱۴	۱۹/۴	۱۳	شدید	
	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	۷۳	۱۰۰	۶۷	جمع	

توضیح جدول شماره (۳): شیوع افسردگی در پسران دبیرستان تیزهوشان نسبت به پسران دبیرستان عادی کمی بالاتر است (۸۴/۴٪ در مقابل ۸۲/۹٪) که البته این ارتباط با آزمون chi-square تست گردید که با $p\text{-value}=0.884$ تفاوت معنی دار نیست. شیوع افسردگی در دختران دبیرستان تیزهوشان نسبت به دختران دبیرستان عادی نیز کمی بالاتر است (۹۲/۵٪ در مقابل ۹۰/۴٪) که این تفاوت نیز با $p\text{-value}=0.976$ معنی دار نیست.

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی

بر حسب بعد خانوار

p-value	جمع		گروه مواجهه نیافته		گروه مواجهه یافته		وضعیت افسردگی	بعد خانوار
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۷۴۰	۱۸/۸	۶	۲۳/۱	۳	۱۵/۸	۳	نرمال	۳ نفر
	۱۸/۸	۶	۲۳/۱	۳	۱۵/۸	۳	خفیف	
	۲۵	۸	۱۵/۴	۲	۳۱/۶	۶	متوسط	
	۳۷/۵	۱۲	۳۸/۵	۵	۳۶/۸	۷	شدید	
	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۹	جمع	
۰/۹۷۶	۱۱/۳	۱۹	۱۱/۸	۱۰	۱۰/۸	۹	نرمال	۴ و ۵ نفر
	۳۴/۵	۵۸	۳۴/۱	۲۹	۳۴/۹	۲۹	خفیف	
	۳۹/۹	۶۷	۳۸/۸	۳۳	۴۱	۳۴	متوسط	
	۱۴/۳	۲۴	۱۵/۳	۱۳	۱۳/۳	۱۱	شدید	
	۱۰۰	۱۶۸	۱۰۰	۸۵	۱۰۰	۸۳	جمع	
۰/۹۷۰	۱۲/۲	۹	۱۳/۳	۶	۱۰/۳	۳	نرمال	۶ نفر یا بیشتر
	۳۲/۴	۲۴	۳۳/۳	۱۵	۳۱	۹	خفیف	
	۳۹/۲	۲۹	۳۷/۸	۱۷	۴۱/۴	۱۲	متوسط	
	۱۶/۲	۱۲	۱۵/۶	۷	۱۷/۲	۵	شدید	
	۱۰۰	۷۴	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۲۹	جمع	

ارتباط بین گروه مواجهه یافته و مواجهه نیافته در خانواده های کم جمعیت، خانواده های با جمعیت متوسط و خانواده های با جمعیت متوسط و خانواده های با جمعیت زیاد به وسیله آزمون chi-square به طور جداگانه تست شد. که در هیچ کدام تفاوت معنی دار بین دو گروه مواجهه یافته و مواجهه نیافته وجود ندارد.

جدول شماره (۵): توزیع فراوانی وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی بر حسب

وضعیت مسکن

p-value	جمع		گروه مواجهه نیافته		گروه مواجهه یافته		وضعیت افسردگی	وضعیت مسکن
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۹۷۴	۱۲/۴	۲۸	۱۲/۵	۱۴	۱۲/۳	۱۴	نرمال	خوب (دارای منزل شخصی)
	۳۵	۷۹	۳۵/۷	۴۰	۳۴/۲	۳۹	خفیف	
	۳۵/۴	۸۰	۳۳/۹	۳۸	۳۶/۸	۴۲	متوسط	
	۱۷/۳	۳۹	۱۷/۹	۲۰	۱۶/۷	۱۹	شدید	
	۱۰۰	۲۲۶	۱۰۰	۱۱۲	۱۰۰	۱۱۴	جمع	
۰/۵۰۵	۱۲/۵	۶	۱۶/۱	۵	۵/۹	۱	نرمال	بد (دارای منزل اجاره ای یا رهنی)
	۱۸/۸	۹	۲۲/۶	۷	۱۱/۸	۲	خفیف	
	۵۰	۲۴	۴۵/۲	۱۴	۵۸/۸	۱۰	متوسط	
	۱۸/۸	۹	۱۶/۱	۵	۲۳/۵	۴	شدید	
	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۱۷	جمع	

ارتباط بین گروه مورد و شاهد بر حسب وضعیت مسکن (دارای منزل شخصی - دارای منزل

اجاره ای یا رهنی) به طور جداگانه بوسیله آزمون chi-square تست شد که تفاوت معنی دار از

نظر شیوع افسردگی بین دو گروه بر این اساس نیز وجود ندارد.

جدول شماره(۶): توزیع فراوانی وضعیت افسردگی در دو گروه مورد بررسی

بر حسب شغل مادر

p-value	جمع		گروه مواجهه نیافته		گروه مواجهه یافته		وضعیت افسردگی	شغل مادر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۹۷۵	۱۲/۶	۲۴	۱۳/۳	۱۴	۱۱/۶	۱۰	نرمال	خانه دار
	۳۳/۵	۶۴	۳۳/۳	۳۵	۳۳/۷	۲۹	خفیف	
	۳۸/۲	۷۳	۳۷/۱	۳۹	۳۹/۵	۳۴	متوسط	
	۱۵/۷	۳۰	۱۶/۲	۱۷	۱۵/۱	۱۳	شدید	
	۱۰۰	۱۹۱	۱۰۰	۱۰۵	۱۰۰	۸۶	جمع	
۰/۹۲۹	۱۲/۳	۱۰	۱۳/۵	۵	۱۱/۴	۵	نرمال	شاغل
	۲۹/۶	۲۴	۳۲/۴	۱۲	۲۷/۳	۱۲	خفیف	
	۳۸/۳	۳۱	۳۵/۱	۱۳	۴۰/۹	۱۸	متوسط	
	۱۹/۸	۱۶	۱۸/۹	۷	۲۰/۵	۹	شدید	
	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۳۷	۱۰۰	۴۴	جمع	

ارتباط بین گروه مواجهه یافته و مواجهه نیافته بر حسب شغل مادر (مادر خانه دار- مادر شاغل) به

طور جداگانه به وسیله آزمون chi-square تست شد که تفاوت معنی دار از نظر شیوع افسردگی

بین دو گروه مواجهه یافته و مواجهه نیافته بر این اساس وجود ندارد.

اختلالات خلقی، خصوصاً افسردگی از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند و افسردگی یکی از

شایعترین تظاهرات اختلالات روانی در جوامع بشری می باشد.^(۲)

شیوع افسردگی در جامعه ممکن است به عوامل متعددی بستگی داشته باشد. طیف وسیعی از این

عوامل را می توان نام برد.^(۱) مانند سن، جنس، شغل، درآمد، موقعیت اجتماعی، وضعیت تحصیلی،

وضعیت تاهل، بعد خانوار، وضعیت مسکن، شرایط جغرافیایی و فیزیکی و..... به یاری بررسی های

اپیدمولوژیک می توان عوامل گوناگون و میزان تاثیر آنها را بر بیماری ارزیابی نمود و راههای

پیشگیری از بروز بیماری را یافت و آنها را به کار بست.

با توجه به فاکتورهای فوق و اختلاف آنها در هر جامعه، انتظار می رود در جمعیت های متفاوت

شیوع افسردگی ارقام متفاوتی داشته باشد. لذا لازم به ذکر است که آمار و ارقام به دست آمده در

این پژوهش مختص جمعیت مورد مطالعه است، و قابل تعمیم دادن به گروهها و جوامع دیگر

نمی باشند.

در کتاب روانپزشکی کاپلان و سادوک فقط اختلال افسردگی عمده را ۵٪ در نوجوانان سطح

جامعه اعلام می نماید.^(۱۸)

طبق آمار موجود، شیوع افسردگی عمده در ایران، به طور متوسط ۷/۷٪ جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر

می باشد.^(۲)

در یک مطالعه که در بچه های ۱۶-۱۵ ساله جزیره wight انجام شد، ۱۳٪ خلق افسرده را نشان

دادند.^(۱۶)

در تحقیق حاضر ۲۷۴ نفر دانش آموز سال سوم دبیرستان شرکت داشتند که ۱۳۱ نفر از دانش آموزان، در دبیرستان تیزهوشان مشغول به تحصیل بودند و ۱۴۳ نفر نیز دانش آموز دبیرستان عادی بودند که به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند.

در این مطالعه فقط ۱۱/۵٪ از گروه مورد و ۱۳/۳٪ از گروه شاهد نرمال بودند و بقیه دانش آموزان چه در گروه مورد و چه در گروه شاهد درجاتی از افسردگی را نشان می دادند که به نظر می رسد این ارقام برای بیماری مذکور بالا باشد و این احتمال وجود دارد که نابسامانی های اقتصادی و اجتماعی و تاثیر آن بر اشتغال فکری، ذهنی و فیزیکی والدین و به تبع آن غفلت و عدم توانایی آنها در امر تربیت، منجر به شیوع بالای افسردگی گردیده باشد به طوری که غفلت در تربیت و عدم پاسخ مناسب به نیازهای مادی، روانی و عاطفی فرزند زمینه را برای افسرده خویی وی فراهم نموده است.

در خصوص شیوع افسردگی، بین دانش آموزان دبیرستان تیزهوشان و دانش آموزان مدارس عادی اختلاف قابل توجهی وجود ندارد و این اختلاف جزئی از نظر آماری معنی دار نیست ($p=0.932$ value مطالعات و یافته های بیشتر محققان نیز موید همین مطالب می باشد. یعنی تفاوت معنی داری از نظر افسردگی بین دانش آموزان تیزهوش و عادی وجود ندارد. برای مثال لام مارک در تحقیقی که در سال ۱۹۸۸ میلادی انجام داد به این نتیجه دست یافت که هیچ تفاوت معنی داری میان کودکان تیزهوش و عادی در مورد افسردگی و ویژگیهای شخصیتی ملاحظه نمی شود. (۱۴)

فلهانس و رنزولی نیز در بررسیهای خود نشان دادند که دانش آموزان تیزهوش همانند دانش آموزان عادی در معرض افسردگی قرار دارند ولی تفاوت معنی داری بین گروه تیزهوش و عادی در مورد افسردگی وجود ندارد. (۱۳)

برنت و کایزر وضعیت افسردگی ۱۷۴ تیزهوش ۱۷-۱۴ ساله را بررسی کردند. افراد عادی نسبت به افراد تیزهوش کمی افسرده تر بودند که البته ارتباط معنی دار نبود. برنت و کایزر دریافتند که افراد تیزهوش بهتر از افراد عادی قادرند افسردگی را در خویش تشخیص دهند. (۱۳)

در تحقیقی که توسط اینجانب انجام شد مشخص شد که دانش آموزان دبیرستان تیزهوشان نسبت به دانش آموزان سایر دبیرستانها کمی افسرده ترند (طبق جدول شماره ۱) که البته این تفاوت به وسیله آزمون chi-squar آزمون گردید که با $p\text{-value}=0.932$ این ارتباط معنی دار نشد و به نظر هم نمی رسد که دلیل منطقی برای افسردگی بیشتر دانش آموزان تیزهوشان وجود داشته باشد.

درست است که دانش آموزان تیزهوشان تحت فشار بیشتری قرار دارند و بنا به انتظارات بالایی که خانواده و معلمین از این افراد دارند باید زمان بیشتری را به درس خواندن اختصاص دهند و وقت کمتری برای گردش و تفریح دارند. از طرفی فرد تیزهوش بیشتر زیر ذره بین اطرافیان قرار گرفته و حرکات و رفتارش بیشتر توسط سایرین کنترل می شود و همین امر منجر می شود به اینکه دیگران راحت تر به این افراد برچسب افسرده بودن بزنند. حال اگر از بعد دیگر به مساله نگاه کنیم متوجه می شویم که این افراد به علت هوش و استعداد بالایی که دارند بهتر می توانند با شرایط استرس زا مواجه شوند. در مجموع و با در نظر گرفتن همه جوانب تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد.

پیشنهادها

۱. با توجه به بالا بودن میزان شیوع افسردگی چه در دانش آموزان تیزهوش و چه در سایر دانش

آموزان پیشنهاد می شود ضمن تحقیقات بیشتر در زمینه علت یابی و رفع آن، زمینه بهداشت روانی از طریق واحدهای مشاوره فراهم آید.

۲. هدف دار کردن فعالیت آموزشی، رسیدگی به امور تحصیلی و پر کردن صحیح اوقات فراغت می تواند در کاهش شیوع و شدت افسردگی در دانش آموزان نقش مهمی را ایفا کنند.

۳. کوشش در جهت بهبودی وضعیت اقتصادی و اجتماعی توسط مسئولین ذیربط تا در سایه آن مجالی برای خانواده ها در رسیدگی به امور تربیتی و رفاهی فرزندان حاصل شود.

۴. تلاش در زمینه تقویت نظام خانواده و پیشگیری از طلاق

SUMMARY

(Mood disorders encompass a large group of psychiatric disorders in which pathological moods and related vegetative and psychomotor disturbances dominate the clinical picture.

Among the kinds of depression mood disorders especially the main depression consists a big group.

Which might be such as single episodes or relapsing episodes.

Patients who have depressed moods refer with deficiency in energy and mood, concentration disorders, lack of appetite, worthless feeling and suicidal tendency which lead the patient toward the mental and physical ability which cause a great deal of loss toward the society.

Many of psychiatrists, researchers and specialists are interested about searching on students capabilities. Due to the fact that psychological condition of the students is an important factor affecting their studies, the result of this research can solve many of their problems relating their achievement and studies in school.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooen.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

www.kandooen.com

www.kandooen.com

www.kandooen.com

In this study :131 exceptional talented students of 3rd year high school (girls and boys) and 143 students of 3rd year high school of ftemah meshkat girls and keikhosravi boys high school were selected. Totally 274 students were studied by Beck examination. Among the 131 cases of exceptional talented students of 3rd year high school (case group) 75 person (57.3%) and among the 143 case of control group 77 person (53.9%) were moderat and sever depression.

By comparing the amount of depression with the sex , the crowd of the family , the home condition , mother job and life condition with parents were not statistically meaning ful.

In other words this variables had no significant relations.

منابع و مآخذ

۱. پورافکاری، نصرت ا... ترجمه چکیده روانپزشکی بالینی ها رولد کاپلان- بنیامین سادوک- چاپ سوم انتشارات آزاده - پاییز ۱۳۷۷ - صفحه ۱۰۹-۹۶.
۲. داویدیان، هاراطون- گزیده ای از تازه های پزشکی - سال سوم- شماره چهارم- صفحه ۳۵-۳۳.
۳. فتحی آشتیانی، علی- بررسی تحولی تصور از خود، حرمت خود، اضطراب و افسردگی در نوجوانان تیزهوش و عادی- پایان نامه دکترای روانشناسی-۱۳۷۴- صفحه ۷
۴. قهقایی، اعظم، نحوه مقابله با تنیدگی در بین دانش آموزان تیزهوش و عادی- پایان نامه کارشناسی ارشد- ۱۳۷۸- صفحه ۱۵
۵. کاپلان و سادک- خلاصه روانپزشکی- ۱۹۹۸ - جلد سوم- صفحه ۶۳۰-۶۲۳
۶. کاظمی حقیقی، ناصرالدین- کلیاتی از روانشناسی تیزهوش- مجله استعدادهای درخشان- ۱۳۷۱- جلد اول- صفحه ۵۵ و ۵۶
۷. مجتمدی، سید یوسف- کیانی، کیانوش- قنبر پورمقدم، رضا- دستیابی به اصول بیماریهای روانپزشکی- چاپ اول- انتشارات شهر آب- پاییز ۱۳۷۵- صفحه ۱۹۴-۱۸۰
۸. میرنوب، میرمحمود- رابطه توکل به خدا و رهیافتهای مقابله ای دیگر با اضطراب و افسردگی در دانش آموزان تیزهوش و عادی- پایان نامه کارشناسی ارشد- ۱۳۷۹- صفحه ۲۵
۹. نیکخو، محمدرضا- هامایاک آوادیس یانس- ترجمه اصول روانپزشکی بالینی (راهنمای) تشخیص و درمانی اختلالات روانی) چاپ اول- انتشارات سخن- بهار ۱۳۷۶- صفحه ۱۹۴-۱۶۰

۱۰. ویکتورای، رثوس - اصول طب داخلی هارسیون - اختلالات روانپزشکی - ۱۹۹۸ - صفحه ۴۷-۳۴

11. Antonys fauci- et al- Harrison s- principles of Internal Medicine-
4 th ed- VOL 1. MC Graw Hill U.S.A 1998, 1125- 1300

12. Baker . A: Depression and suicidal ideation among academically
gifted adolescents- Gifted child quarterly- 1995- pp: 218-223

13. Brendt, David and Kaiser , charles: predictors of loneliness in the
gifted adolescent- Gifted child quarterly - 1985- pp:74.77

14. Gallagher,s : the public and professional perception of the
emotional status of gifted children- Journalfor the education of the
Gifted – 1990 –pp: 202.211

15. J Games H.Scully , psychiatry (NMS) 3 rd edition willims and
wikins 1996 Diagnosis and Tretment (83-95).

16. Harkness KL. MD . Monroe MD . the jornal of child psycholog
and psychiatry. 1990 . V: 3 . P: 136.

17. Kaplan Harold IMD , sadock bengamin IMD , synopsis of
psychiatry , Williams and wilkins 1998 , 134- 212.

18. Kaplan Harold IMD , sadock bengamin IMD , Comprehensive
Text book of psechiatry . Williams and wilkins 1998 : 345-450

19. Tomlinson , Delisle : suicide among gifted women – Journal of
Abnormal psychology- 1986 – pp : 123 – 130

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title: با تشکر و سپاس از
Subject:
Author: MEKABIZ
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/11/2012 8:54:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/11/2012 8:54:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 58
Number of Words: 8,672 (approx.)
Number of Characters: 49,431 (approx.)