J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/05/16 *Accepted:2024/09/06*

Prevalence of Anxiety and Depression in Adolescent Girls in Lahijan and Associated Demographic Factors

Fatemeh Yaghoobi Siahgoorabi (M.A.s)[1], Sajjad Rezaei (Ph.D.)[2], Azra Zebardast (Ph.D.)[3]

1.M.A. Student of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2.Corresponding Author:Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. E-mail: Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir Tel: 09113390785

3.Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Abstract

Introduction: Anxiety and depression are common mental health disordersthat threaten physical and mental health and quality of life of adolescents and cause defects in their performance.. This study aims to determine the prevalence of anxiety and depression among adolescent girls in Lahijan, along with the associated demographic factors.

Methods: This analytical-cross-sectional survey involved 291 girls aged 15 to 18, selected through convenience sampling method from public all-female' high schools in Lahijan in early 2024. Youth Anxiety Measure for DSM-5 and Kutcher Adolescent Depression Scale were the research tools. Data analysis was conducted using SPSS-26, independent t-tests, univariate and multivariate analyses of variance.

Results: The prevalence rates of anxiety and depression among girls were 3/8% and 3/1%. Girls with physical illnesses exhibited higher levels of major depression, suicide, overall depression score, overall anxiety score, and panic compared to their healthy peers(P<0/05). Those with mental disorders reported higher levels of major depression, suicide, overall depression score, selective mutism, and panic compared to those without such disorders(P<0/05). 11th-grade girls demonstrated higher levels of separation anxiety, generalized anxiety, and overall anxiety score than 10th-grade girls(P<0/05). No significant differences were observed in anxiety and depression among girls from different fields of study(mathematics, empirical sciences, and humanities)(P>0/05).

Conclusion: The study revealed a relatively low prevalence of anxiety and depression, which was associated with the girls' histories of physical and mental disorders, as well as their educational grade. These findings hold significant implications for school administrators and health professionals**.**

Keywords: Prevalence, Anxiety, Depression, Adolescent

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

This Paper Should be Cited as:
Author: Fatemeh Yaghoobi Siahgoorabi, Sajjad Rezaei, Azra Zebardast. Prevalence of Anxiety and Depression in Adolescent Girls in Lahijan and Associated Demographic Factors…..…….Tolooebehdasht Journal. 2024;23(3)1-15.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و سوم
شماره سوم
مرداد و شهریور
شماره مسلسل:۱۰۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۲/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰

شیوع اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان لاهیجان و عوامل جمعیتی همراه

نویسندگان: فاطمه یعقوبی سیاهگورابی[۱]، سجاد رضائی[۲]، عذرا زبردست[۳]

۱.دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲.نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تلفن همراه: ۰۹۱۱۳۳۹۰۷۸۵ Email:Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir

۳.استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

چکیده

مقدمه: اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی هستند که سلامت جسم و روان و کیفیت زندگی نوجوانان را تهدید کرده و سبب نقص در عملکردهای آنان می‌شوند. هدف، تعیین شیوع اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان لاهیجان و عوامل جمعیتی همراه بود.

روش بررسی: طی یک مطالعه زمینه‌یابی و مقطعی-تحلیلی ۲۹۱ دختر ۱۸-۱۵ ساله با روش نمونه‌گیری دردسترس از میان دانش‌آموزان مدارس متوسطه‌دوم دخترانه دولتی لاهیجان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انتخاب شدند. ابزارها پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی‌بر DSM-5 و مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر بود. داده‌ها با استفاده از SPSS-26 و آزمون‌های t مستقل، تحلیل واریانس یک و چندمتغیری پردازش شدند.

یافته‌ها: شیوع اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان به‌ترتیب ۳/۸ ٪ و ۳/۱ ٪ بود. دختران واجد سابقه بیماری جسمانی سطوح بالاتری از افسردگی اساسی، خودکشی، نمره‌کل افسردگی، نمره‌کل اضطراب و پانیک را نسبت به دختران فاقد سابقه داشتند(P<۰/۰۵). دختران واجد سابقه اختلال روانی نسبت‌به دختران فاقد سابقه سطوح بالاتری از افسردگی اساسی، خودکشی، نمره‌کل افسردگی، سکوت انتخابی و پانیک را گزارش کردند(P<۰/۰۵). دختران پایه یازدهم سطوح بالاتری از اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و نمره‌کل اضطراب را نسبت‌به دختران پایه دهم تجربه می‌کردند(P<۰/۰۵). از نظر اضطراب و افسردگی بین دختران رشته‌های ریاضی-فیزیک، تجربی و انسانی تفاوت معناداری مشاهده نشد(P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: شیوع اضطراب و افسردگی نسبتاً کم بود و با سابقه بیماری جسمانی و اختلال روانی و پایه تحصیلی به‌دلایلی که موردبحث قرار می‌گیرد، رابطه دارد. این نتایج برای مدیران و کارشناسان بهداشت مدارس حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: شیوع، اضطراب، افسردگی، نوجوان

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد می‌باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

نوجوانی مرحله‌ای خاص از زندگی است که در آن نوجوان تغییرات و تحولات همه‌جانبه جسمانی، شناختی، روانی، اجتماعی و غیره را تجربه می‌کند(۱). از این رو نوجوانان در این دورهٔ سنی، بسیار آسیب‌پذیر و در معرض خطر ابتلا به بسیاری از اختلالات روانی هستند(۲). از شایع‌ترین اختلالات روانی در دوره نوجوانی، می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد.

اضطراب مفهومی چندبعدی است که دارای سطوح مختلف پدیده‌های بدنی، شناختی، عاطفی یا هیجانی و بین فردی می‌باشد. ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی اضطراب درونی یا تجربه ترس، واکنش‌پذیری جسمانی و اغلب رفتار اجتنابی است(۳،۴). اختلالات اضطرابی با ترس یا دلهره مضطرب‌کننده در پاسخ به یک تهدید ادراک شده مشخص می‌شود(۳). اضطراب گاهی نیز به‌عنوان احساس درونی تنش، دلهره، عصبی بودن، نگرانی و با فعال شدن (برانگیختگی) و تخلیهٔ دستگاه عصبی خودمختار شناخته می‌شود(۵). به گزارش سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، در سال ۲۰۱۹ در سراسر جهان ۳۰۱ میلیون نفر با یک اختلال اضطرابی زندگی کرده که ۵۸ میلیون نفر آن‌ها را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند(۶).

مطالعات انجام شده در مورد شیوع اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند که مشکلات روانیِ حدود ۵ تا ۱۰ ٪ نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی مطابقت دارد و این مشکلات می‌توانند روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آن‌ها را مختل نمایند. در مرور نظامدار زرافشان و همکاران (۲۰۱۵) بر پژوهش‌های ایرانی نیز نرخ شیوع اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان ایرانی ۶/۸ تا ۸۵ ٪ گزارش شده است(۷).

تغییرات هورمونی و افزایش استرس روانی-اجتماعی در زمان بلوغ، ممکن است در سبب‌شناسی و بروز اختلالات اضطرابی نقش مهمی ایفا کند. در دوران بلوغ است که تفاوت‌های جنسیتی در شیوع اضطراب با نرخ بالاتری در میان دختران شروع به بروز می‌کند(۳). بسیاری از نوجوانان دارای سطح اضطراب متوسط و بالا هستند و بیشترین میزان اضطراب در سنین ۱۶ تا ۱۷ سالگی وجود دارد. همچنین میزان شیوع اختلالات اضطرابی در دختران تقریباً دو برابر بیشتر از پسران است(۸، ۹).

افسردگی یکی دیگر از شایع‌ترین اختلالات روانی و خلقی است که اغلب در نوجوانی شروع شده و سلامت روان و کیفیت زندگی بسیاری از افراد، به‌خصوص نوجوانان را به خطر می‌اندازد(۱۰). افسردگی یک اختلال چندوجهی و شایع است که عمیقاً بر افکار، احساسات و رفتارهای افراد اثر می‌گذارد(۱۱). افسردگی در دوران کودکی و نوجوانی تأثیر زیادی بر تحول اجتماعی و فردی دارد و با کاهش در عملکرد تحصیلی، بدتر شدن عملکرد اجتماعی، مشکلات در روابط با اعضای خانواده و گروه‌های همسالان و افزایش خطر آسیب به خود و افکار و رفتارهای خودکشی همراه است(۱۲). افسردگی سبب کاهش شدید میل به فعالیت‌های روزمره و فعالیت محدود، از دست دادن علاقه و لذت، خلق پایین فراگیر و کاهش انرژی شده و افکار نیز در افسردگی با فقدان، شکست، غم و اندوه مرتبط هستند(۱۳). با این وجود، کودکان و نوجوانان علائم جسمانی بیشتری مانند سردرد یا معده‌درد دارند و تحریک‌پذیری و بی‌حوصلگی به عنوان نشانه‌های خلقی غالب برجسته می‌شوند(۱۲).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

CC BY-NC 4.0

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در ۲۰۲۳، اختلالات افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلات روانی در سراسر جهان است(۱۴)؛ به طوری که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و شیوع آن حداقل یک بار در طول زندگی، در جمعیت عمومی حدود ۲۰٪ است(۱۵). شیوع این اختلال عموماً در کودکان پایین است و در نوجوانی به طور چشمگیری به شیوعی نزدیک به بزرگسالان افزایش می‌یابد و از ۳٪ در اوایل نوجوانی (۱۳ سالگی) به ۱۷٪ در پایان نوجوانی (۱۸ سالگی) می‌رسد و بیشترین نسبت جنسیتی را دارد؛ به طوری که شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان برآورد شده است (۱۶ ،۱۰). کریمی و همکاران (۲۰۲۱) در مرور نظامند و فراتحلیل خود شیوع افسردگی را در دانش‌آموزان ایرانی ۳۷٪، در دانش‌آموزان دختر ۴۵٪ و در پسران ۲۸٪ گزارش کردند. شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید در دانش‌آموزان به ترتیب ۳۱، ۱۸ و ۱۱ درصد بود. همچنین شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ابتدایی ۱۲٪ ، در دانش‌آموزان راهنمایی ۳۲ ٪، در دانش‌آموزان دبیرستانی ۴۷٪ و در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی ۴۶٪ بود(۱۷).

با توجه به اهمیت شناسایی، تشخیص و درمان اختلالات اضطراب و افسردگی در میان نوجوانان، به ویژه دختران نوجوان، و مطالعات اندک انجام شده در این زمینه در استان گیلان، هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان لاهیجان و عوامل جمعیتی همراه بود.

روش بررسی

در ضمن یک مطالعه زمینه‌یابی به منظور تعیین شیوع اضطراب و افسردگی، یک طرح مقطعی-تحلیلی نیز برای آشکار ساختن عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با اضطراب و افسردگی به کار گرفته شد. جامعه آماری، کلیه دختران نوجوانان مقطع متوسطه دوم مدارس دولتی شهرستان لاهیجان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. حجم نمونه ۲۹۱ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانش‌آموزان مدارس دخترانه دولتی انتخاب شدند. به‌منظور تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد نسبت صفات کیفی(۱۸) استفاده شد. در این فرمول میزان شیوع اختلال افسردگی برآورد شده ۶۵٪ (P=۰/۶۵) از یک مطالعه مشابه در یک جامعه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی در ایران(۱۹) جایگذاری شد و سطح اطمینان ۹۵٪ (z=۱/۹۶) خطای قابل تحمل (d^2) ۰/۰۶ (به میزان یک دهم شیوع برآوردشده در مطالعه نامبرده)، درنظرگرفته شد. مقدار حجم نمونه ۲۴۱/۶۶ نفر برآورد شد که برای دقت بیشتر و با درنظر گرفتن میزان افت ۲۰ ٪ حجم نمونه نهایی به ۲۹۰ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{3/84 \times 0/65(1-0/65)}{(0/06)^2} = 241/66$$

$$241/66 + 20\%\ \text{dropout} \cong 290$$

تمام شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه همکاری کردند؛ همچنین به آن‌ها نسبت به گمنام و محرمانه بودن اطلاعات‌شان اطمینان داده شد. ملاک ورود سن ۱۵ تا ۱۸ سال (دانش‌آموز متوسطه دوم) و ملاک خروج پاسخگویی ناقص به سوالات بود. از پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM-5 (Youth Anxiety Measure for DSM-5) جهت سنجش نشانه‌های اضطراب استفاده شد. این ابزار خودگزارشی توسط

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

موریس و همکاران (۲۰۱۷) برای سنجش علائم اضطراب مبتنی بر کتاب DSM-5 در کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ سال طراحی شد(۲۰). بخش اول این پرسشنامه (۲۸ گویه) اختلالات اضطرابی اصلی را ارزیابی کرده و ۵ زیرمقیاس شامل اختلال اضطراب جدایی (۶ گویه)، سکوت انتخابی (۴ گویه)، اختلال اضطراب اجتماعی (۶ گویه)، اختلال اضطراب فراگیر (۶ گویه)، اختلال وحشتزدگی(پانیک) (۶ گویه) دارد. بخش دوم (۲۲ گویه) نیز ۵ زیرمقیاس دارد که انواع مختلف هراس‌ها (فوبیاها) شامل هراس حیوانات، محیط طبیعی، جراحت، تزریق، خون، هراس‌های موقعیتی و هراس‌های دیگر را شامل می‌شود. نمره‌گذاری گویه‌ها به‌صورت مقیاس لیکرت ۴ نمره‌ای، شامل هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) بوده و دامنهٔ نمره بخش اول ۰ تا ۸۴، دامنهٔ نمره بخش دوم ۰ تا ۶۶ و دامنه نمره کل ۰ تا ۱۵۰ است. نمرهٔ کلی و نمرهٔ زیرمقیاس‌ها با جمع نمرات گویه‌ها به‌دست می‌آید که نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ سطوح بالاتر اضطراب می‌باشد. پایایی و روایی این پرسشنامه در مطالعه میکاییلی‌منیع و آبخیز (۱۳۹۹) تایید شده است(۷). در پژوهش حاضر، تنها از بخش اول این پرسشنامه استفاده شد؛ و افرادی که نمره کل آن‌ها در این پرسشنامه، ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین بود به‌عنوان افراد مضطرب شناسایی شدند.

جهت سنجش نشانه‌های افسردگی، از مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر (Kutcher adolescents depression scale) استفاده شد. فرم ۱۱ سوالی این مقیاس خودگزارشی توسط کوتچر (۲۰۰۲) به‌منظور تشخیص و اندازه‌گیری شدت افسردگی نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ ساله ساخته شد. این ابزار دو خرده‌مقیاس افسردگی اساسی (گویه‌های ۱ تا ۹) و عامل خودکشی (گویه‌های ۱۰ و ۱۱) دارد. نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای، شامل بندرت (۰)، بعضی اوقات (۱)، بیشتر اوقات (۲) و همیشه (۳) بوده و دامنهٔ نمره ۰ تا ۳۳ است. پایایی (بالای ۰/۷۰) و روایی این پرسشنامه در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۹۴) تایید شده است(۲۱). در پژوهش حاضر افرادی که نمره کل آن‌ها در این پرسشنامه، ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین بود به‌عنوان افراد افسرده غربال شدند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها پس از دریافت کد اخلاق پژوهش، از آموزش و پرورش شهرستان لاهیجان معرفی‌نامه‌ای جهت کسب اجازه برای ورود به مدارس دخترانه متوسطه دوم اخذ گشت. پس از هماهنگی با مسئولین مدارس و ورود به کلاس‌ها، به شرکت‌کنندگان درباره هدف و اهمیت پژوهش توضیح و درمورد گمنامی داده‌ها و اصل رازداری اطمینان داده شد. شرکت‌کنندگان پس از تکمیل کتبی مشخصات و موارد خودگزارشی (مانند رشته و پایه تحصیلی، سابقه بیماری جسمانی و سابقه اختلال روانی)، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در پایان داده‌ها جهت انجام تحلیل‌ها جمع‌آوری گردید.

جهت تحلیل داده‌ها، از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. با توجه به اینکه مقادیر کجی و کشیدگی تمام متغیرها در دامنهٔ ۳- تا ۳+ قرار داشتند، بنابراین توزیع داده‌ها نرمال بودند و از آزمون‌های آماری پارامتریک یعنی آزمون‌های تی‌مستقل، تحلیل واریانس یک و چند متغیری استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز در تمام تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتایج شیوع‌سنجی (براساس دو انحراف معیار بالاتر از میانگین)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

در دختران مورد مطالعه نشان داد شیوع اضطراب ۳/۸ ٪ (۱۱ نفر) و شیوع افسردگی ۳/۱٪ (۹ نفر) بود. دامنه سنی شرکت کنندگان این مطالعه بین ۱۵ تا ۱۸ سال بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ گزارش شده است. در ادامه یافته‌های تحلیل‌های آماری گزارش شده‌اند. نتایج آزمون‌های تی‌مستقل پس از بررسی همسانی یا عدم همسانی واریانس داده‌ها (با توجه به نتایج آزمون لوین) گزارش شده‌اند.

نتایج آزمون تی‌مستقل جهت مقایسه و بررسی اضطراب و افسردگی در دو گروه دختران نوجوان واجد و فاقد سابقه بیماری جسمانی، در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج این آزمون نشان داد بین دو گروه واجد و فاقد سابقه بیماری جسمانی از نظر افسردگی اساسی، خودکشی و نمره کل افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). به این معنا که افراد واجد سابقه بیماری جسمانی سطوح افسردگی بالاتری را نسبت به گروه دیگر گزارش کردند. همچنین تفاوت معناداری بین این دو گروه از نظر پانیک/حملات وحشتزدگی و نمره کل اضطراب وجود داشت که نشان‌دهندهٔ سطوح بالاتر این دو مولفه در گروه واجد سابقه بیماری جسمانی است (P<۰/۰۵). درخصوص سایر متغیرها تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

مطابق با جدول ۳، نتایج آزمون تی‌مستقل برای مقایسه میانگین اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان واجد و فاقد سابقه اختلال روانی نشان داد بین دو گروه واجد و فاقد سابقه اختلال روانی از نظر افسردگی اساسی، خودکشی و نمره کل افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)؛ بدین معنی که افراد واجد سابقه اختلال روانی سطوح افسردگی بالاتری را نسبت به افراد فاقد این سابقه گزارش کردند. علاوه بر این، تفاوت معناداری بین این دو گروه از نظر سکوت انتخابی و پانیک/حملات وحشت‌زدگی وجود داشت؛ یعنی افراد واجد سابقه بیماری جسمانی از سطوح بالاتری از سکوت انتخابی و پانیک/حملات وحشت‌زدگی رنج می‌برند (P<۰/۰۵). درخصوص سایر مولفه‌های اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری بین دو گروه واجد و فاقد سابقه اختلال روانی مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

در خصوص پایه تحصیلی، داده‌های شرکت‌کنندگان پایه های دهم و یازدهم مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های شرکت-کنندگان پایه دوازدهم به‌دلیل حجم کم این گروه (۹ نفر) و نرسیدن به حد نصاب ۳۰ نفر از تحلیل‌ها خارج شد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تی‌مستقل برای مقایسه میانگین اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان پایه دهم و یازدهم نشان داد بین دو گروه پایه دهم و یازدهم از نظر اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر و نمره کل اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). به عبارت دیگر دختران پایه یازدهم سطوح بالاتری از این سه مولفه را نسبت به دختران پایه دهم تجربه می‌کنند. درخصوص سایر متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری بین دو گروه پایه دهم و یازدهم مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

درنهایت درخصوص رشته تحصیلی، نتایج دو آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (یک آزمون برای زیرمقیاس های اضطراب و یک آزمون برای زیرمقیاس های افسردگی) و نیز دو آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیری (برای اضطراب کل و نیز

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

افسردگی کل) نشان داد بین سه گروه دختران رشته‌های ریاضی، تجربی و انسانی از نظر مولفه‌های مورد مطالعه (اضطراب و افسردگی) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). جداول این تحلیل‌ها به‌دلیل عدم معناداری نتایج گزارش نشده‌اند.

جدول ۱: داده‌های توصیفی و مشخصات جمعیت شناختی دختران نوجوان

متغیر	زیرگروه‌ها	فراوانی (درصد)
سابقه بیماری جسمانی	بله	۲۹ (۱۰)
	خیر	۲۵۷ (۸۸/۳)
سابقه اختلال روانی	بله	۱۵ (۵/۲)
	خیر	۲۷۰ (۹۲/۸)
پایه تحصیلی	دهم	۱۱۶ (۳۹/۹)
	یازدهم	۱۶۶ (۵۷)
	دوازدهم	۹ (۳/۱)
رشته تحصیلی	ریاضی	۴۴ (۱۵/۱)
	تجربی	۸۸ (۳۰/۲)
	انسانی	۱۵۹ (۵۴/۶)

جدول ۲: مقایسه میانگین اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان واجد و فاقد سابقه بیماری جسمانی

متغیر	واجد سابقه بیماری جسمانی (N=۲۹)		فاقد سابقه بیماری جسمانی (N=۲۵۷)		t	df	p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
افسردگی اساسی	۱۳/۳۱	۷/۰۵	۹/۵۲	۵/۸۲	۲/۷۹	۳۲/۴۵	۰/۰۰۹
خودکشی	۱/۶۵	۱/۳۷	۰/۷۴	۱/۱۷	۳/۹۲	۲۸۴	<۰/۰۰۱
افسردگی کل	۱۴/۹۶	۷/۹۷	۱۰/۲۸	۶/۵۴	۳/۰۵	۳۲/۳۹	۰/۰۰۵
اضطراب جدایی	۴/۳۳	۳/۳۵	۳/۶۹	۲/۸۰	۱/۰۰	۳۲/۵۵	۰/۳۲۵
سکوت انتخابی	۳/۳۲	۲/۸۷	۲/۵۲	۲/۲۰	۱/۷۹	۲۸۴	۰/۰۷۴
اضطراب اجتماعی	۵/۴۲	۳/۶۷	۵/۰۵	۳/۷۷	۰/۵۰	۲۸۴	۰/۶۱۶
پانیک	۵/۰۱	۴/۰۶	۳/۴۲	۳/۴۶	۲/۳۰	۲۸۴	۰/۰۲۲
اضطراب فراگیر	۸/۸۸	۴/۳۸	۷/۵۶	۳/۹۷	۱/۶۷	۲۸۴	۰/۰۹۶
اضطراب کل	۲۶/۴۹	۱۳/۲۵	۲۱/۹۳	۱۱/۷۱	۱/۹۶	۲۸۴	۰/۰۵۱

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

CC BY-NC 4.0

جدول ۳: مقایسه میانگین اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان واجد و فاقد سابقه اختلال روانی

متغیر	واجد سابقه اختلال روانی (N=۱۵)		فاقد سابقه اختلال روانی (N=۲۷۰)		t	df	p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
افسردگی اساسی	۱۶/۷۳	۴/۷۶	۹/۵۲	۵/۹۰	۴/۶۴	۲۸۳	<۰/۰۰۱
خودکشی	۲/۰۷	۱/۵۳	۰/۷۵	۱/۱۶	۴/۱۷	۲۸۳	<۰/۰۰۱
افسردگی کل	۱۸/۸۰	۵/۶۲	۱۰/۳۰	۶/۶۳	۴/۸۶	۲۸۳	<۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	۲/۴۷	۲/۵۶	۳/۸۳	۲/۸۶	−۱/۸۱	۲۸۳	۰/۰۷۲
سکوت انتخابی	۳/۷۱	۲/۲۶	۲/۵۳	۲/۲۸	۱/۹۳	۲۸۳	۰/۰۵۴
اضطراب اجتماعی	۵/۷۴	۴/۷۳	۵/۰۵	۳/۷۱	۰/۶۸	۲۸۳	۰/۴۹۵
پانیک	۶/۳۵	۵/۱۴	۳/۴۲	۳/۴۰	۲/۱۸	۱۴/۶۹	۰/۰۴۶
اضطراب فراگیر	۹/۵۳	۵/۳۷	۷/۶۱	۳/۹۳	۱/۳۷	۱۴/۸۴	۰/۱۹۲
اضطراب کل	۲۷/۷۳	۱۵/۰۵	۲۲/۰۹	۱۱/۷۲	۱/۷۸	۲۸۳	۰/۰۷۶

جدول ۴: مقایسه میانگین اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان پایه دهم و یازدهم

متغیر	پایه دهم (N=۱۱۶)		پایه یازدهم (N=۱۶۶)		t	df	p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
افسردگی اساسی	۹/۵۸	۶/۳۶	۱۰/۳۳	۵/۸۱	−۱/۰۳	۲۸۰	۰/۳۰۳
خودکشی	۰/۹۰	۱/۲۵	۰/۸۲	۱/۲۱	۰/۵۲	۲۸۰	۰/۶۰۴
افسردگی کل	۱۰/۵۰	۷/۱۹	۱۱/۱۷	۶/۵۶	−۰/۸۱	۲۸۰	۰/۴۱۶
اضطراب جدایی	۳/۰۸	۲/۶۷	۴/۱۴	۲/۹۳	−۳/۱۰	۲۸۰	۰/۰۰۲
سکوت انتخابی	۲/۵۶	۲/۲۹	۲/۶۸	۲/۳۰	−۰/۴۵	۲۸۰	۰/۶۵۳
اضطراب اجتماعی	۴/۸۸	۳/۹۵	۵/۳۵	۳/۶۲	−۱/۰۳	۲۸۰	۰/۳۰۳
پانیک	۳/۵۸	۳/۵۸	۳/۷۳	۳/۵۸	−۰/۳۴	۲۸۰	۰/۷۳۷
اضطراب فراگیر	۷/۱۵	۴/۱۱	۸/۲۰	۳/۹۸	−۲/۱۶	۲۸۰	۰/۰۳۲
اضطراب کل	۲۰/۵۴	۱۲/۳۵	۲۴/۱۶	۱۱/۵۱	−۲/۵۲	۲۸۰	۰/۰۱۲

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

CC BY-NC 4.0

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد شیوع اضطراب ۳/۸٪ و شیوع افسردگی ۳/۱٪ در دختران مورد مطالعه بود. زرافشان و همکاران (۲۰۱۵) شیوع اختلالات اضطرابی را در کودکان و نوجوانان ایرانی ۶/۸ تا ۸۵ ٪، درخشانپور و همکاران (۱۳۹۹) شیوع اختلال اضطراب در کودکان و نوجوانان شهر گرگان را ۴/۸ ٪، نصیری و همکاران (۱۳۹۸) شیوع اختلالات اضطرابی را در کودکان و نوجوانان مازندران ۱۰/۴ ٪ و موحدی راد و همکاران (۱۳۹۱) شیوع اضطراب آشکار را در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه مشهد ۲۲/۸ ٪ برآورد کردند(۲۴ ،۲۳ ،۲۲ ،۷). عبدالکریمی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که استرس، اضطراب و افسردگی در بیش از ۵۰٪ دانش‌آموزان دختر رفسنجان وجود داشت(۲۵). در پژوهش آرمانی‌کیان و همکاران (۲۰۲۰) شیوع اختلالات اضطرابی ۴/۵ ٪ و شیوع اختلالات خلقی ۰/۴ ٪ در کودکان و نوجوانان زنجانی بود(۲۶). کردی و همکاران (۱۳۹۳) گزارش کردند که شیوع افسردگی ۲۱/۷ ٪ و شیوع اضطراب ۲۴/۳ ٪ در دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های مشهد بود(۲۷). در مطالعه روشن‌چسلی و همکاران (۱۳۸۹) در میان دانش‌آموزان دبیرستانی ماسال، شاندرمن و رضوان‌شهر، اضطراب ۱۶/۷ ٪ و افسردگی ۱۴/۳ ٪ شیوع داشت(۲۸).

شیوع افسردگی در مرور نظام‌مند و فراتحلیل حیدری و همکاران (۲۰۲۴) ۴۸ ٪ (۴۰ تا ۵۵ ٪) در دانش‌آموزان دبیرستانی ایرانی، در مرور نظام‌مند و فراتحلیل بازرگان و همکاران (۲۰۲۳) ۴۷/۲ ٪ در دختران کودک و نوجوان ایرانی، در مرور نظام‌مند و فراتحلیل محمودی و همکاران (۲۰۲۱) ۴۲/۳ ٪ در کودکان و نوجوانان ایرانی، ۴۴ ٪ در دانش‌آموزان دبیرستانی و ۴۲/۱ ٪ در دختران، در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۲۱) ۳۷٪ در دانش‌آموزان ایرانی و ۴۵٪ در دانش‌آموزان دختر، در مطالعه ریاحی و همکاران (۱۳۹۶) ۶۵٪ در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی کوهدشت، در مطالعه شعبان‌پور و همکاران (۱۳۹۶) تا ۴۲/۹٪ در دانش‌آموزان ایرانی، در مطالعه جولایی‌منش و همکاران (۱۳۹۲) ۳۳/۵٪ در نوجوانان شهرستان دزفول، در مطالعه سوکی و همکاران (۱۳۸۹) ۵۳/۵٪ در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی کاشان، گزارش شده است(۳۳-۲۹ ،۲۷ ،۱۹ ،۱۷).

همان‌طور که مشاهده می‌شود، اختلاف زیادی میان شیوع‌های گزارش شده در مطالعات مختلف وجود دارد. این مسأله ممکن است به دلیل تفاوت شرایط محیطی، جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی و ... باشد. علاوه بر این، استفاده از روش‌ها و ابزارهای گوناگون ارزیابی و همچنین تفاوت در ملاک‌های تشخیصی اضطراب و افسردگی می‌تواند تاثیر بسزایی در این مسأله داشته باشد. در پژوهش حاضر، علت نرخ پایین‌تر شیوع این دو اختلال در دختران مورد مطالعه نسبت به سایر پژوهش‌ها، می‌تواند به علت سختگیری نقطه برش تعیین شده (۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین) باشد. به بیان دیگر، در این نقطه برش افرادی که به طور قطعی یا با احتمال خیلی زیاد در واقعیت افسرده یا مضطرب هستند غربال می‌شوند؛ در حالی که در سایر مطالعات افرادی که دارای حتی درجاتی از افسردگی یا اضطراب بودند، به عنوان افسرده یا مضطرب شناسایی می‌شوند.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد دختران واجد سابقه بیماری جسمانی سطوح بالاتری از افسردگی اساسی، خودکشی، نمره کل افسردگی، نمره کل اضطراب و پانیک/حملات وحشت زدگی را نسبت به دختران فاقد سابقه بیماری جسمانی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

داشتند. ناهمسو با این یافته، در پژوهش موحدی‌راد و همکاران (۱۳۹۱) بین میزان اضطراب آشکار در دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه مشهد و سالم بودن از نظر جسمانی رابطه معناداری دیده نشد. با این‌حال، همسو با یافته این مطالعه، پژوهش ملکی و همکاران (۱۳۷۱) نشان داد که وجود بیماری‌های جسمی و روانی سبب افزایش نمرات اضطراب می‌شوند. این یافته با نتایج پژوهش واحدالعین (۱۳۸۵) روی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه تهران نیز همسو است(۲۴).

در تبیین این یافته، وجود بیماری جسمانی می‌تواند به‌طور مستقیم (مثلاً با تاثیر روی کارکردهای مغزی یا شناختی) یا غیرمستقیم (مانند بالا بردن استرس، افزایش آسیب‌پذیری روانی، و بروز عوارض جانبی مصرف دارو)، سلامت روان را تحت‌تاثیر قرار داده و منجر به اضطراب و افسردگی شود. از سوی دیگر، اضطراب و افسردگی نیز با علائم و نشانه‌های فیزیولوژیکی همراه بوده و می‌تواند از طرق مختلف به سلامت جسم آسیب بزند. بنابراین رابطه‌ای دوطرفه/متقابل بین بیماری جسمانی و اضطراب و افسردگی وجود دارد که می‌تواند دلیل وجود اختلالات نام برده شده در دختران واجد سابقه بیماری جسمانی باشد.

طبق یافتهٔ دیگر این مطالعه، دختران واجد سابقه اختلال روانی نسبت به دختران فاقد این سابقه سطوح بالاتری از افسردگی اساسی، خودکشی، نمره کل افسردگی، سکوت انتخابی و پانیک/حملات وحشت‌زدگی را گزارش کردند. در تبیین این یافته، داشتن سابقه اختلال روانی به طور کلی نشان دهندهٔ آسیب‌پذیری بالا و مستعد بودن فرد در ابتلا به اختلالات روانی (مانند اضطراب و افسردگی) است. علاوه بر این، اضطراب و افسردگی از رایج‌ترین اختلال‌های همبود بسیاری از اختلالات روانی هستند. همچنین وجود عوامل محیطی، ژنتیکی، زیستی و... مشترک، خطر ابتلا به اضطراب و افسردگی را در فرد واجد سابقه اختلال روانی افزایش می‌دهد.

دختران پایه یازدهم سطوح بالاتری از اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر و نمره کل اضطراب را نسبت به دختران پایه دهم تجربه می‌کنند. همسو با این یافته، مطالعه سندال و همکاران (۲۰۱۷)، مطالعه عبدالکریمی و همکاران (۱۴۰۰) روی دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم رفسنجان و مطالعه موحدی‌راد و همکاران (۱۳۹۱) روی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه مشهد نشان داد که بین نمره اضطراب و پایه تحصیلی ارتباط معناداری وجود دارد(۲۵،۲۴). نمرات بالاتر اضطراب در دختران پایه یازدهم ممکن است به دلیل نزدیک شدن به کنکور و افزایش نگرانی‌های فرد در خصوص نتایج این امتحان و پیامدهای تحصیلی و شغلی وابسته به آن باشد. وجود نمرات بالاتر اضطراب جدایی نیز این تبیین را تایید می‌کند و احتمالا ناشی از اضطراب جدا شدن از خانواده و تحصیل در دانشگاه‌های دور از محل زندگی است.

در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۳) روی دانش آموزان دختر دبیرستانی مشهد، بین سن و هر یک از اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی مثبتی دیده شد. در مطالعه صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) روی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی همدان و مطالعه مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۳) روی دانش‌آموزان دبیرستانی ساری، تفاوت معنادار از نظر سن بین افسردگی و اضطراب وجود داشت و با افزایش سن، میزان اختلالات افزایش یافت(۲۷). در مطالعه رستم‌زاده و خلیل‌زاده

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

(۱۳۸۶) با افزایش سن، شیوع و شدت افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه ارومیه افزایش یافته بود(۳۴). روشن‌چسلی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی در دبیرستان‌های ماسال، شاندرمن و رضوان‌شهر، نشان دادند که دانش‌آموزان پایه اول از افسردگی بیشتری نسبت به دانش‌آموزان پایه دوم برخوردارند(۲۸). ناهمسو با این نتایج، در مطالعه حاضر ارتباطی بین پایه تحصیلی و افسردگی یافت نشد.

از نظر اضطراب و افسردگی بین سه گروه دختران رشته‌های ریاضی، تجربی و انسانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همسو با این یافته، موحدی راد و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند که رشته تحصیلی در ایجاد اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه مشهد مؤثر نیست(۲۴). اما این یافته ناهمسو با مطالعه مروری شعبان‌پور و همکاران (۱۳۹۶) است که گزارش کردند در چند مطالعه دانش‌آموزان گروه ریاضی-فیزیک کم‌ترین و دانش‌آموزان گروه فرهنگ و ادب بیشترین شیوع علائم افسردگی را داشتند(۳۲). همچنین در مطالعه رستم‌زاده و خلیل‌زاده (۱۳۸۶) بین رشته تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه ارومیه و شیوع افسردگی رابطه معنی‌دار مشاهده گردید(۳۴). در مطالعهٔ نظری (۱۳۸۵) روی دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی کرج نیز دانش‌آموزان رشته ریاضی از اضطراب پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان رشته انسانی و تجربی برخوردار بودند(۲۴).به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان لاهیجان شیوع کمتری نسبت به سایر مناطق ایران دارد. این پژوهش همچنین نشان داد که سابقه بیماری جسمانی، سابقه اختلال روانی و پایه تحصیلی با اضطراب و افسردگی رابطه دارد. با این‌حال میان رشته تحصیلی و اضطراب و افسردگی رابطه معناداری مشاهده نشد.

محدودیت اصلی پژوهش حاضر، حجم نمونه نسبتاً کم بود؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعاتی با جامعه آماری بزرگتر (که مدارس غیردولتی و هنرستان‌ها را نیز در بربگیرد) و حجم نمونه بیشتر انجام شود.

محدودیت دیگر این پژوهش، عدم امکان انجام مصاحبه بالینی و جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارشی بود. درنهایت پیشنهاد می‌شود اقداماتی در خصوص طراحی برنامه‌های پیشگیری و درمان اضطراب و افسردگی و بهبود سلامت روان برای نوجوانان انجام گیرد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر، تمام شرکت‌کنندگان گمنام بودند. هدف و اهمیت پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. ضمن حفظ رازداری، تمام اطلاعات محرمانه نگه داشته شدند. هیچگونه اجباری جهت شرکت در پژوهش وجود نداشت و امکان خروج آزادانه فراهم بود.

از عدم وارد شدن هرگونه آسیب روانی و جسمانی به شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل شد. کد اخلاق در پژوهش به شناسه IR.GUILAN.REC.1402.049 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه گیلان اخذ گشت.

سهم نویسندگان

فاطمه یعقوبی سیاهگورابی: مفهوم‌سازی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، نوشتن متن اولیه مقاله، سجاد رضائی (نویسنده مسئول): طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازنگری و نظارت بر مطالعه و عذرا زبردست: نظارت، بازبینی و بازنگری متن مقاله را بر عهده داشتند.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت مالی قرار نداشت.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را گزارش نمی‌کنند.

تقدیر و تشکر

ضمن سپاس از همکاری مدارس دخترانه متوسطهٔ دوم شاهد، توحید و علامهٔ طباطبایی لاهیجان، از تمام شرکت‌کنندگان این پژوهش و تمام کسانی که ما را در این مسیر یاری کردند کمال تشکر و قدردانی می‌نماییم.

پیشنهاده این پژوهش در تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۶ به‌شمارهٔ ۱۰۷۹۴۹ در دانشگاه گیلان تصویب و ثبت گردید.

References

1-Walsh O, Nicholson AJ. Adolescent health Clinics in Integrated Care. 2022; 14: 100123.

2-Cendrero-Luengo C, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J & et al. Cross-Sectional Descriptive Pilot Study on the Risk of Psychotic Disorders among Adolescents. Children. 2021; 8(10): 916.

3-Hantsoo L, Epperson CN. Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. Focus (American Psychiatric Publishing). 2017; 15(2): 162-72.

4-Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders A Review. JAMA. 2022; 328(24): 2431-45.

5-Spielberger CD. Anxiety. In: Kuper J,editor. Social Problems and Mental Health. 1st ed. London: Routledge Revivals; 2022: 15-9.

6-Biagi E. A Systematic Review of the Risk and Protective Factors for Pediatric Anxiety Disorders: Focus on Adolescents [Doctoral Dissertation]. Medaille University. 2023.

7-Mikaeli Manee F, Ab Khiz Sh. The Study of the Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5. Journal of Clinical Psycology. 2021; 12(4): 49-62. [Persian]

8-Rezaee F, Fakhraee A, Farmand A & et al. In translation Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5). American Psychiatric Association. 5th ed. Tehran: Arjmand; 2021: 229. [Persian]

9-Racu I, Stanciu M. Experimental research of anxiety in adolescence. UNIVERS PEDAGOGIC. 2022; 3(75): 50-5.

10-Hankin BL. Depression During Childhood and Adolescence. In: DeRubeis RJ, Strunk DR (Eds). The Oxford Handbook of Mood Disorders. Oxford: Oxford University Press; 2017: 276-86.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

CC BY-NC 4.0

11-Raharja B, Samudera EB, Lay F & et al. Expert system for depression detection in teenagers. System Research & Information Technologies. 2022; 2: 143-50.

12-Espada JP, Sánchez-López A, Morales A. Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence: A review of reviews. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2023; 10(1): 68-83.

13-Yuliyana R. Depression In Adolecents. Journal of Health Science and Nursing Studies. 2022; 1: 23-8.

14-Neyazi A, Padhi BK, Mohammadi, AQ & et al. Depression, anxiety and quality of life of Afghan women living in urban areas under the Taliban government: a cross-sectional study. BMJ Open. 2023; 13: e071939.

15-Monferrer M, García AS, Ricarte JJ & et al. Facial emotion recognition in patients with depression compared to healthy controls when using human avatars. Scientific Reports. 2023; 13(1): 6007.

16-Izaki Y. Depression among adolescents: Clinical features and interventions. The journal of medical investigation. 2021; 68(1.2): 22–8.

17-Karimi A, Yadegari N, Sarokhani D & et al. Prevalence of Depression in Iranian School Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Prev Med. 2021; 12: 110.

18-Malek Afzali H, Majdzadeh SR, Fotouhi A & et al. Applied Research Methodology in Medical Sciences .1st ed. Tehran: Tehran University Medical Sciences; 2004: 295-316. [Persian]

19-Riahi F, Izadi-Mazidi M, TashaKori A & et al. Prevalence of Depression among High School Girls in Kuhdasht, Iran. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2017; 16(4): 433-42. [Persian]

20-Muris P, Simon E, Lijphart H & et al. The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and First Psychometric Evidence of a New Scale for Assessing Anxiety Disorders Symptoms of Children and Adolescents. Child Psychiatry and Human Development. 2017; 48(1): 1–17.

21-Habibi M, Hamediniya E, Asgarinejad F & et al. Psychometric Properties of Kutcher Adole Csent’s Depression Scale. Applied Research in Educational Psychology. 2016; 2(2): 15-28. [Persian]

22-Derakhshanpour F, Mohammadi M, Zarafshan H & et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in Gorgan, north of Iran (2019). Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2020; 22(3): 113-20. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

23-Nasiri M, Mohammadi MR, Ahmadi N & et al. The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Mazandaran Province. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2019; 21(1): 314-19. [Persian]

24-Movahedi Rad NKh, Ajvadi H, Ahmadi M & et al. A comparison of prevalence of clear anxiety among the students with different demographic characteristics. Instruction and Evaluation. 2012; 5(17): 131-46.

25-Abdolkarimi M, Sarrafi M, Nejad Torshabi M & et al. Stress, Anxiety and Depression and Related Factors in Secondary School Girls in Rafsanjan in 98. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2021; 7(3): 69-75. [Persian]

26-Armani Kian A, Mohammadi M, Ahmadi N & et al. Epidemiology of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents Aged 6-18 Years in Zanjan Province, Iran (November-February 2016). Jhehp. 2020; 6(4): 177-82.

27-Kordi M, Mohamadirizi S, Shakeri Mt & et al. The Relationship Between Depression, Anxiety, Stress and Health Behaviors in High School Girl Students in Mashhad in Year 2011-2012. Tolooe Behdasht. 2015; 13(5): 56-67. [Persian]

28-Roshan Chesly R, Sharbati A, Rahimi Z. Comparing High School Student's Mental health Considering Their Sex and Location. Journal of Daneshvar Behavior. 2011; 17(45): 71. [Persian]

29-Heidari ME, Naghibi Irvani SS, Pourhoseingholi MA & et al. Prevalence of depressive symptoms and suicidal behaviors among Iranian high school students: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2024; 346: 9–20.

30-Bazargan M, Dehghani A, Ramezani MA & et al. Prevalence of depression among Iranian children and adolescents: An updated systematic review and meta-analysis. Health Science Reports. 2023; 6(10): e1584.

31-Mahmudi L, Karimi P, Arghavan FS & et al. The prevalence of depression in Iranian children: A systematic review and meta-analysis. Asian Journal of Psychiatry. 2021; 58: 102579.

32-Shabanpour T, Rajabi A, Rezaei S & et al. Prevalence and severity of depression in Iranian students. 12th Annual Congress of Medical Students of the Eastern Medical Sciences: 2018 January. Gonabad, Iran. [Persian]

33-Julaei Manesh A, Feizi Manesh B, Azarbeik M. Prevalence and severity of depression in Dezful students. 1st Congress on Child and Adolescent Psychology: 2014 February. Tehran, Iran. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]

34-Rostamzadeh Z, Khalilzadeh R. Investigating the prevalence and severity of depression in female high school students in Urmia city. Nursing and Midwifery Journal. 2007; 5(2): 12-8. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16479]