

شیوع اختلال روانپزشکی در کودکان و نوجوانان رشت و حومه

* دکتر مریم کوشا (MD)^۱ - دکتر محمدرضا محمدی (MD)^۲ - محبوبه روشندل راد (MSc)^۱ - دکتر علی خالقی (PhD)^۲ - دکتر آمنه احمدی (PhD)^۲ - آزاده

یحیی زاده (MA)^۳ - سجاد مهریار (MA)^۳ - پژمان حبیبی (Bs)^۴ - شمیم خورشیدی (MA)^۵

* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: m-kousha@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۰۲ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۷/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۲/۰۲

چکیده

مقدمه: مشکلات روانشناختی در کودکان و نوجوانان اهمیت زیادی دارد درک بیشتر سبب‌شناسی، تشخیص و درمان و همچنین، پیشگیری، گام نخست مطالعات همه‌گیرشناسی است.

هدف: تعیین شیوع اختلال روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله شهر رشت و حومه و رابطه‌ی اختلال روانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودک و پدر و مادر آنها.

مواد و روش‌ها: این مطالعه طرحی تحلیلی-مقطعی بود که در شهر رشت و نواحی روستایی پیرامون آن انجام شد. جامعه آماری شامل ۱۴۷۶۵۳ نفر از کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله رشت و نواحی روستایی اطراف آن بود که از آنها نمونه‌ای به حجم ۱۰۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها توسط روان‌شناسان بالینی در نسخه فارسی فهرست بازبینی کودکان برای اختلال عاطفی و اسکیزوفرنی، تشخیص کنونی و طول عمر (KSADS-PL)، وارد شدند. برای واکاوی، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS و ویرایش ۱۶ شده و به کمک آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و نسبت شانس تفسیر شدند.

نتایج: شیوع کلی اختلال روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله استان گیلان ۲۰/۷ درصد بود (با ۹۵ درصد فاصله‌ی اطمینان درصد ۲۳/۲۹ - ۱۸/۳۳). اختلال اضطرابی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی (۱/۱۴ درصد) و اختلال اضطراب جدایی (۶/۶ درصد)، اضطراب فراگیر (۵/۹ درصد)، فوبی (۳/۴ درصد) و آگورفوبی (۳/۲ درصد) در این جمعیت شیوع بیشتری داشت.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای اختلالات اضطرابی نیاز به توجه بیشتر و برنامه‌های درمانی دارد.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی / کودکان / نوجوانان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان / دوره ۲۸ شماره ۳ (پیاپی ۱۱۱)، صفحات: ۳۰-۴۴

مقدمه

مشکلات نه تنها برای بهبود ناراحتی فعلی اهمیت دارد، بلکه به بهبود کارکرد در بزرگسالی انجامیده و از دوام بیماری در نسل پس از آنها پیشگیری می‌کند. برنامه‌ریزی خدماتی مؤثر به برآورد ریزبینانه نخست از شیوع بیماری در جمعیت عمومی بستگی دارد (۴). مطالعات اپیدمیولوژی برای بدست آوردن نرخ شیوع اختلال روانپزشکی در کودکان و نوجوانان گام اول است. گرچه به نظر می‌رسد توزیع اختلال روانپزشکی در کودکان و نوجوانان کمابیش وابسته به فرهنگ باشد، با این حال تفاوت‌هایی وجود دارد. بنابراین، مطالعات شیوع در هر فرهنگی نیاز است تا خدمات روانپزشکی مؤثر و مورد نیاز آن جامعه برآورد و فراهم شود (۵).

بر پایه آمارهای جهانی نزدیک ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان دچار مشکل بهداشت روان هستند که آثار آن در طول عمر هم ادامه خواهد یافت. از سوی دیگر، نیازهای بهداشت روان کودکان و نوجوانان بویژه در کشورهای که از نظر اقتصادی در رده‌ی پایین هستند، اغلب نادیده گرفته می‌شود (۱). عوامل تهدیدکننده‌ی حیات در طول عمر نزدیک ۵۰ درصد است و نیمی از آنها پیش از ۱۴ سالگی آغاز می‌شود (۲) که بیشتر موارد هم هیچ درمانی نشده و در صورت درمان هم دیر کرد بسیار دارد (۳).

اختلال روانپزشکی دوران کودکی از عوامل سرشتی است که بر روند رشد طبیعی و سلامت روان در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. پیشگیری، تشخیص به هنگام و درمان این

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. مرکز تحقیقات روانپزشکی و روان‌شناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۴. گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۵. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور رودسر

شهرهای غربی ایران)، شیوع کل اختلال ۲۴/۴ درصد بدست آمد. اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه با ۱۱/۹ درصد، اختلال اضطراب فراگیر با ۱۱/۳ درصد، فوبی اجتماعی با ۶/۲ درصد و اختلال اضطراب جدایی با ۶/۲ درصد در دیگر اختلال‌ها شیوع بیشتری داشت (۹).

سجادی و همکاران مطالعه‌ای مروری با هدف بررسی شیوع و عوامل خطر افسردگی در نوجوانان انجام دادند. نتایج نشان داد که شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک ۴۳/۵۵ درصد، و مقیاس (Symptom Checklist 90) SCL-90/۸۷ درصد و با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان ۱۳/۰۵ درصد بود (۱۰).

ضرابی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۰، مطالعه‌ای با هدف بررسی شیوع آسیب‌شناسی روانی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی رشت انجام دادند. شیوع کلی آسیب‌شناسی روانی در این مطالعه ۱۰/۵ بود. فراوانی نسبی هر کدام از آسیب‌های روانی عبارت بود از: افکار پارانوئیدی (۳۹/۱ درصد)، حساسیت در روابط متقابل (۱۷/۶ درصد)، پرخاشگری (۱۶/۵ درصد)، افسردگی (۱۶/۲ درصد)، اضطراب (۱۳/۳ درصد)، وسواس و اجبار (۱۱/۸ درصد)، روانپزشکی (۱۱/۶ درصد)، شکایت‌های جسمی (۷/۷ درصد) و ترس بیمارگونه (۳/۲ درصد) (۱۱).

در مطالعه‌ای توسط مریکانگاز و همکاران در کودکان ۸ تا ۱۵ ساله آمریکایی (۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴)، نتایج نشان داد که بر پایه (DSM IV) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition: DSM IV، میزان شیوع ۱۲ ماهه‌ی اختلال بیش‌فعالی نقص توجه ۶/۸، اختلال خلقی ۷/۳ درصد، اختلال سلوک ۱/۲ درصد، اختلال پانیک یا اضطراب فراگیر ۷/۰ درصد و اختلال خوردن ۱/۰ درصد بوده است (۱۲).

مولیک و گودمن (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای در مناطق شهری روستایی و زاغه‌نشین بنگلادش بر کودکان ۵ تا ۱۰ ساله دریافتند که میزان اختلال وسواس اجباری بیش از مطالعات انجام شده‌ی پیشین بود، همچنین، در نواحی زاغه‌نشین مشکلات رفتاری بیشتری گزارش شد (۱۳).

مطالعات همه‌گیرشناسی و شناسایی الگوی توزیع بیماری در زمان و مکان، می‌تواند به بهبود خدمات بهداشت و روان در

مطالعات زیادی در این زمینه در داخل و خارج از کشور انجام شده است. محمدی و همکاران در سال ۲۰۱۳، در یک مطالعه در استان‌های تهران، خراسان رضوی، اصفهان، آذربایجان شرقی و فارس، شیوع کلی ۱۰/۵۵ درصد برای اختلال روانپزشکی در جمعیت کودکان و نوجوانان بدست آوردند. آنها دریافتند که بیشترین شیوع مشکلات روانشناختی مربوط به مشکلات سلوک و کمترین آن، مشکلات اجتماعی بوده است. افزون بر آن دریافتند که پسران مشکلات هیجانی کمتری از دختران دارند. روی هم رفته، بین ۱۲ تا ۱۴ ساله‌ها و ۱۵ تا ۱۷ ساله‌های نوجوان یا به بیان دیگر بین دوره‌ی راهنمایی و متوسطه از نظر مشکلات روانشناختی تفاوت معنی‌دار بدست نیاموردند (۶).

علوی و همکاران در سال ۲۰۱۰، در مطالعه‌ای در شهر تهران دریافتند که فراوانی اختلالات روانشناختی در نمونه‌ی کودکان ۱۷/۹ درصد بود. بین کودکان مصاحبه شده، بیشترین شیوع تشخیصی مربوط به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (۸/۶ درصد)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۷/۳ درصد) و اختلال اضطراب جدایی (۵/۹ درصد) بود. بین اختلال روانشناختی در دو جنس تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود نداشت به استثنای شب‌اداری که در پسران و بی‌اشتهایی عصبی که در دختران فراوانی بیشتری داشت (۷).

محرری و همکاران در سال ۲۰۰۹، در مطالعه‌ای بر کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله در مشهد، با استفاده از فرم‌های خود ارزیابی نشان دادند که ۳۴ درصد کودکان مشکلات روانپزشکی دارند. در فرم‌های والد، ۶۷/۷ درصد کودکان و نوجوانان مشکلات روانشناختی داشتند. در فرم‌های خودارزیابی اختلال سلوک ۴۴/۱ درصد، نقص در رفتار اجتماعی ۲۶/۸ درصد، مشکلات هیجانی ۱۵/۹ درصد و بیش‌فعالی ۵/۸ درصد بدست آمد. در فرم والد، نقص در روابط با همسالان ۷۵ درصد، مشکلات هیجانی ۶۹/۶ درصد، اختلال سلوک ۶۴/۵ درصد، نقص در رفتار اجتماعی ۵۲/۷ درصد و بیش‌فعالی ۶/۳ درصد بود. همچنین، در فرم والد نمره‌ی کل مشکلات در کودکان و نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله و کودکان دبستانی بالاتر بود (۸).

در مطالعه‌ی دیگری توسط دودانگی و همکاران در سال ۲۰۱۴ بر ۳۷۹ کودک و نوجوان ۶ تا ۱۸ ساله در پاره (از

گردآوری داده‌ها از نسخه‌ی فارسی (K-SADS) Kiddie- Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) استفاده شد که در بازه‌ی زمانی ۳۰ تا ۴۰ دقیقه پر می‌شد در کل داده‌های گردآوری شده شامل اطلاعات دموگرافی (سن، جنس، سطح تحصیلات، تحصیلات والدین و موقعیت اجتماعی) بود. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ شده و با کمک آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و نسبت شانس تفسیر شدند.

ابزار پژوهش: نسخه فارسی چک‌لیست کودکان برای اختلال عاطفی و اسکیزوفرنی، تشخیص کنونی و طول عمر (KSADS- PL)، مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته‌ی روانپزشکی بر اساس معیارهای DSM IV بود که شامل پنج گروه تشخیصی است: ۱. اختلالات عاطفی شامل اختلالات افسردگی (افسردگی اساسی، دیستایمی) و مانی، هیپومانیا؛ ۲. اختلال پسیکوتیک؛ ۳. اختلالات اضطرابی شامل فوبیای اجتماعی، ترس از فضای باز، فوبیای خاص، اختلال وسواسی اجباری، اختلال اضطراب جدایی، حملات وحشت‌زدگی و اختلال استرس پس از سانحه؛ ۴. اختلال رفتاری درهم‌گسیخته شامل اختلال بیش‌فعالی نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ و ۵. سوء مصرف مواد، اختلالات تیک، اختلالات خوردن و اختلالات دفع (بی‌اختیاری ادرار/ بی‌اختیاری مدفوع) (۱۶). این مصاحبه با پرسش‌هایی درباره‌ی اطلاعات دموگرافی آغاز می‌شود. افزون بر آن، اطلاعاتی درباره‌ی شکایت فعلی و مشکلات پیشین روانپزشکی را هم فراهم می‌کند (۱۷).

تکمیل این پرسش‌نامه مستلزم انجام موارد زیر است: ۱. مصاحبه مقدماتی ساختار نیافته؛ ۲. مصاحبه غربالی تشخیصی؛ ۳. فهرست واریسی تکمیل پیوست‌ها؛ ۴. ضمایم تشخیصی؛ ۵. فهرست چکیده واریسی تشخیص در طول عمر و ۶. مقیاس ارزیابی کلی کودکان. این پرسش‌نامه نخست با هر فرد اطلاع‌دهنده به طور مستقل تکمیل می‌شود، سپس، فهرست خلاصه تشخیص در طول عمر پس از ترکیب تمامی اطلاعات و حل تناقض موجود در گزارش‌های مختلف تهیه می‌شود. اگر دلیلی بر وجود سایکوپاتولوژی فعلی یا گذشته وجود نداشته‌باشد، هیچ بررسی بعدی فراتر از مصاحبه غربالی اولیه

کودکان و نوجوانان با درک بیشتر علت‌ها، پیشرفت و سیر اختلال روانپزشکی کمک کند. هدف این مطالعه بررسی شیوع اختلال روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مناطق شهری و روستایی شهرستان رشت بود تا بتوان با برنامه‌ریزی مناسب گام نخست را برای کاهش این مشکلات برداشت. شناسایی دقیق مشکلات روانپزشکی با ابزار مناسب برای فراهم سازی خدمات مؤثر و مورد نیاز جامعه گامی در جهت پیشگیری، درمان و نوتوانی اختلال روانپزشکی به شمار آورده می‌شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی تحلیلی مقطعی، بخشی از مطالعه‌ی IRCAP Epidemiology of psychiatric disorders in iranian children and adolescents (IRCAP) بود (۱۴)، که در شهر رشت و نواحی روستایی پیرامون آن انجام شده‌است. جامعه آماری در بردارنده ۱۴۷۶۵۳ نفر از کودکان و نوجوانان شهر رشت و روستاهای اطراف بود که از این تعداد ۷۴۹۴۶ نفر پسر و ۷۲۷۰۷ نفر دختر بودند. نسبت جمعیت شهر به روستا نزدیک ۳/۶ برابر بود (۱۵). کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله که دست‌کم یک سال در این مناطق زندگی کرده‌بودند می‌توانستند در مطالعه شرکت کنند. افراد مبتلا به بیماری‌های شدید طبی از مطالعه حذف شدند. ۱۰۲۴ کودک و نوجوان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری به این صورت بود که نخست ۱۷۰ بلوک به طور تصادفی براساس کدپستی توسط اداره پست استان انتخاب شد. از هر سرخوشه، ۶ مورد انتخاب شدند که از هر جنس ۳ مورد در ۳ گروه سنی مختلف (۶-۹، ۱۰-۱۴ و ۱۵-۱۸) بودند (برای اطمینان از رسیدن به نمونه‌ای با حجم مورد انتظار (۱۰۲۰)، یک بلوک بیشتر نیز در نمونه‌گیری وارد شد). در صورتی که در کد پستی انتخابی حضور نداشتند، روز پس از آن یا در نشست بعد روان‌شناسان دوباره به همان کد پستی مراجعه می‌کردند. در صورتی که فرد ثبت شده از مطالعه خارج می‌شد (به سبب همکاری نکردن یا در دسترس نبودن)، فرد دیگری از همان خوشه با مشخصات سنی - جنسی مورد نظر از پلاک مجاور وارد مطالعه می‌شد. داده‌ها توسط ۸ نفر از روان‌شناسان بالینی که در ۴ گروه دو نفره حضور یافته بودند، تکمیل شد. محل گفتگو در منزل افراد شرکت کننده بود. برای

رایگان نداشتند که در آن صورت به روانپزشک کودک و نوجوان دیگری ارجاع داده می‌شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۲۴ کودک و نوجوان شرکت داشتند. ۵۰۰ نفر (۴۸/۸ درصد) پسر و ۵۲۴ نفر (۵۱/۲ درصد) دختر بودند. دامنه‌ی سنی شرکت‌کننده‌ها ۶ تا ۱۸ سالگی بود. ۷۳/۵ درصد از آنها ساکن شهر رشت و ۲۶/۵ درصد در نواحی روستایی اطراف ساکن بودند. تحصیلات والدین در بیشتر شرکت‌کنندگان دیپلم بود (۳۰/۱ درصد در پدران و ۳۶/۹ درصد در مادران). بیشتر پدران شاغل در بخش‌های خصوصی یا دولتی (۹۸/۹ درصد) و بیشتر مادران (۸۱/۶ درصد) خانه‌دار بودند. مشخصات دموگرافی شرکت‌کننده‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. شیوع اختلالات روانپزشکی بر اساس نسخه فارسی چک‌لیست کودکان برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی، تشخیص کنونی و طول عمر (KSADS- PL)، در پسرها ۲۲/۲ درصد و در دخترها ۱۹/۳ درصد بوده است. با فاصله‌ی اطمینان ۰/۹۵ درصد شیوع اختلالات روانپزشکی در دو جنس اختلاف معنی‌دار نداشت ($P = 0/25$). شیوع بیماری در سه گروه سنی متفاوت و بیشترین شیوع مربوط به دامنه‌ی سنی ۱۰ تا ۱۴ سالگی بود (۲۳/۳ درصد). با این حال تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱).

جدول ۲ نتایج رگرسیون لجستیک را در کل جمعیت نشان می‌دهد. همان‌طور که دیده می‌شود نسبت شانس اختلالات روانپزشکی در کل جمعیت مرتبط با جنس (برای دختران) ۰/۸۳ درصد با $p = 0/25$ بود. نسبت شانس اختلالات روانپزشکی در کل جمعیت مرتبط با سن در گروه سنی ۱۰ تا ۱۴ ساله ۱/۲۵ با $p = 0/23$ بود. بر اساس داده‌های جدول ۱ شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در شهر رشت ۲۱/۲ درصد و در نواحی روستایی ۱۹/۲ درصد بود. نسبت شانس (با فاصله‌ی اطمینان ۰/۹۵ درصد) اختلالات روانپزشکی در کل جمعیت مرتبط با محل زندگی برای نواحی روستایی ۰/۶۶ با $p = 0/05$ بود. شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در پدران با تحصیلاتی در حد راهنمایی و دبیرستان ۲۵/۴ درصد و در مادرانی با این سطح تحصیلات ۲۴/۲ درصد

بایسته نخواهد بود. بیشتر موارد پرسش‌نامه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ۰ نشانگر آن است که اطلاعات کافی نیست؛ نمره ۱ نشان می‌دهد که نشانه‌ها وجود ندارند؛ نمره ۲ معرف سطوح زیرآستانه‌ای علایم و نمره ۳ نشان‌دهنده معیار آستانه‌ای است. موارد باقیمانده از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. ۰ بیانگر نبودن اطلاعات، ۱ نشان دهنده نداشتن علایم و ۲ معرف وجود علایم است. هنگامی که علایم زیرآستانه‌ای کافی برای تشخیص اختلال وجود ندارد در موارد خاص می‌توان سؤالات بیشتری پرسید. نمره‌های زیرآستانه‌ای علایم پسیکوتیک یا خوشه‌های سایر علایم مرتبط با یک اختلال مشخص باید با توجه به نظر پزشک حاضر یا سرپرست تحقیق تکمیل شوند. غنی‌زاده و همکاران روایی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه را ۰/۸۱ و اعتبار درونی را با استفاده از آزمون بازآزمون ۰/۶۹ گزارش کردند. حساسیت و تشخیص نسخه فارسی KSADS- PL بالا ارزیابی شده است (۱۸). در مطالعه‌ی پلانزیک و همکاران، ضرایب کاپا برای اختلالات عاطفی ۰/۹۳ ($p < 0/001$)، اختلالات اضطرابی ۰/۹ ($p < 0/001$)، برای اختلال بیش‌فعالی نقص توجه و اختلالات رفتاری ۰/۹۴ ($p < 0/001$) بدست آمد (۱۹). این پرسش‌نامه توسط روان‌شناس از راه مصاحبه با والدین و کودک در بازه‌ی زمانی ۳۰ تا ۴۰ دقیقه تکمیل شد. هنگامی که پرسش‌نامه در مورد کودکان پیش دبستانی به کار می‌رفت، مصاحبه ابتدا با والدین انجام شد ولی در مورد نوجوانان، با خود آنها آغاز شد. زمانی که میان منابع متعدد اطلاعات اختلاف وجود داشت، پرسشگر مجبور بود که از بهترین داوری بالینی خود استفاده کند.

کد اخلاق این پژوهش IR.NIMAD.REC.1395.001 است. از افراد شرکت‌کننده در طرح رضایت گرفته شد (رضایت کودکان زیر ۱۵ سال از والدین و رضایت ۱۵ تا ۱۸ ساله‌ها از والدین و نیز خود نوجوان). اطلاعات بدست آمده از کودک یا نوجوان و خانواده‌های آنها کاملاً محرمانه بود. اگر کودک یا نوجوانی دارای اختلال روانپزشکی تشخیص داده می‌شد، توسط روانپزشک همکار طرح بدون هزینه درمان می‌شد. مگر این که والدین گرایشی به استفاده از درمان

تحصیلات ۰/۸۸ با $p=0/57$ بود. شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در پدران بیکار ۲۷/۳ درصد و نسبت شانس ۱/۴۵ با $p=0/59$ بود.

بود. نسبت شانس اختلالات روانپزشکی در کل جمعیت مرتبط با تحصیلات در پدرانی با تحصیلاتی در حد راهنمایی و دبیرستان ۱/۳۶ با $p=0/20$ و در مادران با این سطح

جدول ۱. فراوانی متغیرهای دموگرافیک در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال استان گیلان و شیوع اختلالات روانپزشکی مرتبط با این متغیرها

معنی داری	کای دو	فاصله اطمینان (٪۹۵)	با اختلال تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)		
۰/۲۵	۱/۳۳۴	۱۸/۷۵-۲۶/۰۵	(۲۲/۲)۱۱۱	(۴۸/۸)۵۰۰	پسر	جنس
		۱۶/۱۲-۲۲/۸۷	(۱۹/۳)۱۰۱	(۵۱/۲)۵۲۴	دختر	
۰/۳۶	۲/۰۹۰	۱۵/۶۷-۲۳/۹۶	(۱۹/۵)۶۸	(۳۴/۱)۳۴۹	۶-۹	سن (سال)
		۱۹/۱۱-۲۸/۰۸	(۲۳/۳)۷۹	(۳۳/۱)۳۳۹	۱۰-۱۴	
۰/۴۸	۰/۵۱۵	۱۵/۴۸-۲۳/۹۱	(۱۹/۳)۶۵	(۳۲/۸)۳۳۶	۱۵-۱۸	
		۱۸/۴۸-۲۴/۳۱	(۲۱/۲)۱۶۰	(۷۳/۵)۷۵۳	شهری	محل اقامت
۰/۲۴	۶/۸۴۵	۱۹/۹۵-۲۴/۳	(۱۹/۲)۵۲	(۲۶/۵)۲۷۱	روستایی	
		۴/۷-۴۴/۸۱	(۱۶/۷)۲	(۱/۲)۱۲	بیسواد	تحصیلات پدر
۰/۲۴	۶/۸۴۵	۱۴/۷۲-۲۷/۱۹	(۲۰/۳)۳۲	(۱۶/۴)۱۵۸	ابتدایی	
		۲۰/۳۹-۳۱/۱۶	(۲۵/۴)۶۳	(۲۵/۷)۲۴۸	راهنمایی و دبیرستان	
۰/۱۰	۹/۳۱۱	۱۵/۱۸-۲۴/۲۴	(۱۹/۳)۵۶	(۳۰/۱)۲۹۰	دیپلم	
		۱۳/۸-۲۴/۵۷	(۱۸/۶)۳۷	(۲۰/۶)۱۹۹	لیسانس	
۰/۸۵	۰/۳۳۰	۶/۰۸-۲۳/۲۵	(۱۲/۳)۷	(۵/۹)۵۷	فوق لیسانس و بالاتر	
			(۷)۱۵	(۵/۸)۶۰	نامعلوم	
۰/۸۵	۰/۳۳۰	۴/۰۱-۳۹/۹۵	(۱۴/۳)۲	(۱/۴)۱۴	بیسواد	تحصیلات مادر
		۲۱/۲۸-۳۵/۴۴	(۲۷/۸)۴۲	(۱۵/۱)۱۵۱	ابتدایی	
۰/۱۰	۹/۳۱۱	۱۹/۱۳-۳۰	(۲۴/۲)۵۷	(۲۳/۶)۲۳۶	راهنمایی و دبیرستان	
		۱۵/۰۵-۲۲/۹۹	(۱۸/۷)۶۹	(۳۶/۹)۳۶۹	دیپلم	
۰/۸۵	۰/۳۳۰	۱۳/۰۹-۲۳/۹۶	(۱۷/۹)۳۴	(۱۹)۱۹۰	لیسانس	
		۶/۸۸-۲۸/۴۴	(۱۴/۶)۶	(۴/۱)۴۱	فوق لیسانس و بالاتر	
۰/۸۵	۰/۳۳۰		(۰/۹)۲	(۲/۲)۲۳	نامعلوم	
		۱۶/۱۵-۲۵/۶۹	(۲۰/۵)۵۶	(۲۸/۳)۲۷۳	شاغل در بخش دولتی	شغل پدر
۰/۸۵	۰/۳۳۰	۱۷/۴۱-۲۳/۴۴	(۲۰/۳)۱۳۸	(۷۰/۶)۶۸۱	شاغل در بخش خصوصی	
		۹/۷۴-۵۶/۵۶	(۲۷/۳)۳	(۱/۱)۱۱	بیکار	
۰/۱۳	۴/۱۴۴		(۷)۱۵	(۵/۷)۵۹	نامعلوم	
		۸/۶۸-۲۱/۸۵	(۱۴)۱۵	(۱۰/۷)۱۰۷	شاغل در بخش دولتی	شغل مادر
۰/۱۳	۴/۱۴۴	۱۱/۱۵-۲۸/۲۳	(۱۸/۲)۱۴	(۷/۷)۷۷	شاغل در بخش خصوصی	
		۱۹/۴۲-۲۵/۱	(۲۲/۱)۱۸۱	(۸۱/۶)۸۱۸	بیکار (خانه‌دار)	
			(۰/۹)۲	(۲/۱)۲۲	نامعلوم	
		۱۸/۳۳-۲۳/۲۹	(۲۰/۷)۲۱۲	(۱۰۰)۱۰۲۴	جمع کل	

جدول ۲. نتایج رگرسیون لجستیک در کل جمعیت مرتبط با متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها و طبقه‌های آنها	نسبت شانس (crude)	فاصله اطمینان (۹۵٪)	P مقدار	نسبت شانس (adjusted)	فاصله اطمینان (۹۵٪)	P مقدار
جنس	۱					
پسر	۰/۸۳۷	۰/۶۲-۱/۱۳	۰/۲۵	۰/۸۳	۰/۶۰-۱/۱۴	۰/۲۵
دختر	۱					
گروه سنی (سال)	۱					
۶-۹	۱/۲۵۶	۰/۸۷-۱/۸۱	۰/۲۳	۱/۱۸	۰/۸۰-۱/۷۵	۰/۴۰
۱۰-۱۴	۰/۹۹۱	۰/۶۸-۱/۴۵	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۶۱-۱/۳۶	۰/۶۴
۱۵-۱۸	۱					
محل زندگی	۱					
شهری	۰/۸۸	۰/۶۲-۱/۲۵	۰/۴۸	۰/۶۶	۰/۴۴-۰/۹۹	۰/۰۵
روستایی	۱					
تربیت	۱					
بیسواد، ابتدایی	۱/۳۶	۰/۸۵-۲/۱۸	۰/۲۰	۱/۵۸	۰/۹۲-۲/۷۴	۰/۱۰
دبیرستان	۰/۹۶	۰/۵۹-۱/۵۴	۰/۸۶	۱/۲۲	۰/۶۶-۲/۲۶	۰/۵۲
دیپلم	۰/۹۱	۰/۵۴-۱/۵۳	۰/۷۳	۱/۰۸	۰/۵۰-۲/۳۴	۰/۸۴
لیسانس	۰/۵۶	۰/۲۳-۱/۳۴	۰/۲۰	۰/۶۹	۰/۲۳-۲/۱۱	۰/۵۲
فوق لیسانس یا بالاتر	۱					
بیسواد، ابتدایی	۰/۸۸	۰/۵۵-۱/۳۸	۰/۵۷	۰/۷۵	۰/۴۳-۱/۲۹	۰/۳۰
دبیرستان	۰/۶۳	۰/۴۱-۰/۹۷	۰/۰۳۸	۰/۵۱	۰/۲۹-۰/۹۱	۰/۰۲۲
دیپلم	۰/۶۰	۰/۳۶-۰/۹۹	۰/۰۴۸	۰/۶۳	۰/۲۹-۱/۳۵	۰/۲۴
لیسانس	۰/۴۷	۰/۱۹-۱/۲۰	۰/۱۲	۰/۵۷	۰/۱۶-۲/۰۲	۰/۳۹
فوق لیسانس یا بالاتر	۱					
شاغل در بخش دولتی	۰/۹۸	۰/۶۹-۱/۳۹	۰/۹۳	۰/۷۷	۰/۵۰-۱/۱۹	۰/۲۴
شاغل در بخش خصوصی	۱/۴۵	۰/۳۷-۵/۶۵	۰/۵۹	۱/۵۱	۰/۳۵-۶/۵۷	۰/۵۸
بیکار	۱					
شاغل در بخش دولتی	۱/۳۶	۰/۶۱-۳/۰۲	۰/۴۴	۱/۱۲-۰/۴۲	۰/۴۲-۲/۹۳	۰/۸۲
شاغل در بخش خصوصی	۱/۷۴	۰/۹۸-۳/۰۸	۰/۰۵۶	۱/۸۱-۰/۸۸	۰/۸۸-۳/۷۲	۰/۱۱
بیکار (خانه‌دار)						

متغیرهای جمعیت شناختی

شکل ۱ دیاگرام درصد افزایشی شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در استان گیلان را نشان می‌دهد. بر اساس این شکل، بیشترین شیوع مربوط به اختلال اضطراب جدایی (درصد ۶/۶) و پس از آن اختلال نافرمانی مقابله‌ای (درصد ۶/۳) و اضطراب فراگیر (درصد ۵/۹) می‌باشد و کمترین شیوع مربوط به اختلال اوتیسم است (۰/۱).

بر اساس یافته‌های به دست آمده شیوع اختلال روانپزشکی کودک و نوجوان در استان گیلان ۲۰/۷ درصد بود. به بیان دیگر ۲۱۲ نفر از کودکان و نوجوانان دست کم یک تشخیص روانپزشکی در آنها داده شد. روی هم رفته، اختلالات اضطرابی بیشترین شیوع را بین همه‌ی اختلالات داشت (۴/۱ درصد) و در این بین اختلال اضطراب جدایی رایج‌ترین آنها بود (جدول ۳).

جدول ۴ همبودی اختلالات روانپزشکی را با یکدیگر و با دیگر اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد.

جدول ۳. شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان (۶-۱۸ سال) در استان گیلان

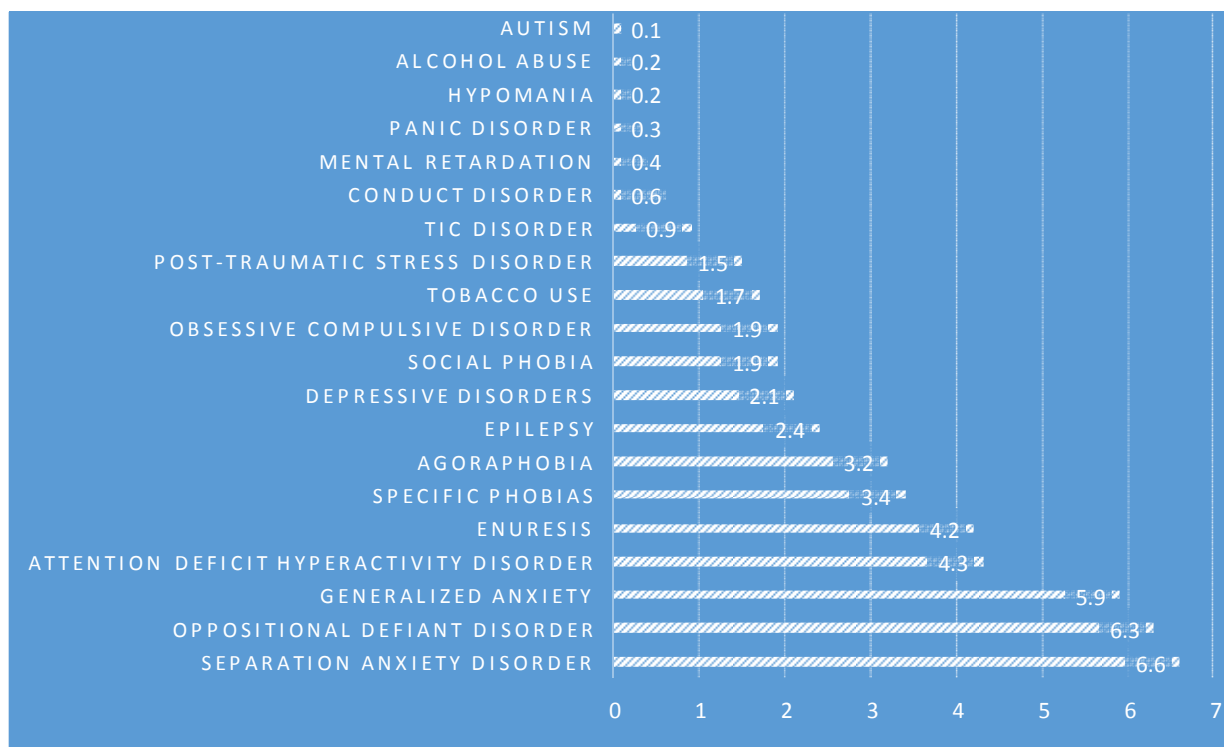
اختلالات روانپزشکی	تعداد (درصد)	فاصله اطمینان
اختلالات خلقی	۲۲ (۲/۱)	۱/۴۲-۳/۲۳
اختلال افسردگی	-	-
مانیا	۲ (۰/۲)	۰/۰۶-۰/۷
هیپومانیا	۲۴ (۲/۳)	۱/۵۸-۳/۴۶
کل اختلالات خلقی	-	-
اختلالات سایکوتیک	۳ (۰/۳)	۰/۱-۰/۸
سایکوز	۳ (۰/۳)	۰/۱-۰/۸
اختلال پانیک	۶۸ (۶/۶)	۵/۲۷-۸/۳۳
اختلال اضطراب جدایی	۱۹ (۱/۹)	۱/۱۹-۲/۸۹
فوبیای اجتماعی	۳۵ (۳/۴)	۲/۴۷-۴/۷۲
فوبیای خاص	۳۳ (۳/۲)	۲/۳-۴/۴۹
آگورفوبیا	۶۰ (۵/۹)	۴/۵۸-۷/۴۷
اضطراب فراگیر	۱۹ (۱/۹)	۱/۱۹-۲/۹۴
اختلال وسواسی اجباری	۱۵ (۱/۵)	۰/۹-۲/۴
اختلال استرس پس از سانحه	۱۴۴ (۱۴/۱)	۱۲/۰۷-۱۶/۳۲
کل اختلالات اضطرابی	۴۴ (۴/۳)	۳/۲۲-۵/۷۲
اختلال بیش فعالی نقص توجه	۶۵ (۶/۳)	۵/۰۱-۸/۰۱
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۶ (۰/۶)	۰/۲۷-۱/۲۸
اختلال سلوک	۹ (۰/۹)	۰/۴۶-۱/۶۶
اختلال تیک	۹۶ (۹/۴)	۷/۷۴-۱۱/۳۲
کل اختلالات رفتاری	۱ (۰/۱)	۰/۰۲-۰/۵۶
اوتیسم	۴ (۰/۴)	۰/۱۵-۱
عقب ماندگی ذهنی	۲۵ (۲/۴)	۱/۶۶-۳/۵۸
صرع	۲۹ (۲/۸)	۱/۹۸-۴/۰۴
کل اختلالات تکاملی	۱۷ (۱/۷)	۱/۰۴-۲/۶۴
مصرف تنباکو	۲ (۰/۲)	۰/۰۶-۰/۷
سوء مصرف الکل	۴۳ (۴/۲)	۳/۱۳-۵/۶۱
بی‌اختیاری ادرار	۰ (۰)	-
بی‌اختیاری مدفوع	۴۳ (۴/۲)	۳/۱۳-۵/۶۱
کل اختلالات دفع	۲۱۲ (۲۰/۷)	۱۸/۳۳-۲۳/۲۹
کل اختلالات روانپزشکی		

* ۲۰/۷ درصد از کودکان و نوجوانانی که حداقل دارای یک اختلال روانپزشکی هستند.

جدول ۴. همبودی اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در استان گیلان

اختلال همراه	اختلالات خلقی	اختلالات سایکوتیک	اختلالات اضطرابی	اختلالات رفتاری	اختلالات تکاملی	اختلالات سوء مصرف مواد	اختلالات دفعی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
اختلال اصلی							
اختلالات خلقی	۰	۰	۱۷ (۷۰/۸)	۱۴ (۵۸/۳)	۱ (۴/۲)	۱ (۴/۲)	۰
اختلالات سایکوتیک	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
اختلالات اضطرابی	۱۷ (۱۱/۸)	۰	۵۰ (۳۴/۷)	۹ (۶/۳)	۰	۰	۱۹ (۱۳/۲)
اختلالات رفتاری	۱۴ (۱۴/۶)	۰	۵۰ (۵۲/۱)	۹ (۹/۴)	۳ (۳/۱)	۰	۱۲ (۱۲/۵)
اختلالات تکاملی	۱ (۳/۴)	۰	۹ (۳۱)	۹ (۳۱)	۰	۰	۲ (۶/۹)
اختلالات سوء مصرف مواد	۱ (۵/۹)	۰	۰	۳ (۱۷/۶)	۰	۰	۳ (۱۷/۶)
اختلالات دفعی	۰	۰	۱۹ (۴۴/۲)	۱۲ (۲۷/۹)	۲ (۴/۷)	۳ (۷)	۰

دیاگرام درصد افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در استان گیلان



بحث و نتیجه گیری

اختلالات دفع (۲/۴ درصد)، اختلالات تکاملی (۲/۸ درصد) و اختلالات خلقی (۲/۳ درصد) بود. مقایسه‌ی نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی ضربانی و همکاران در سال ۱۳۸۰ نشان می‌دهد که طی ۱۷ سال، شیوع اختلالات روانپزشکی افزایش یافته است. اگرچه در مطالعه‌ی آنها میزان ۱۰/۵ درصد شیوع اختلال نبوده و تنها آسیب‌شناسی را مطرح کرده‌است و همچنین، مطالعه تنها در جمعیت دانش‌آموزان مقطع متوسطه بوده‌است (۱۱). در مطالعه‌ی علوی و همکاران نیز در سال ۲۰۱۰، در تهران فراوانی اختلالات روانشناختی در نمونه‌ی کودکان ۶ تا ۱۱ ساله ۱۷/۹ درصد بود (۷). مایسون و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه‌ی خود که در کودکان و نوجوانان شهر پلوتاس برزیل، دریافتند که شیوع کل اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در این شهر ۱۳/۲ درصد بود (۲۰). محرری و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود در جمعیت کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله به نرخ شیوع ۳۴ درصد رسیدند (۸). مطالعات دیگر نیز به میزان متفاوت نرخ شیوع را بدست آوردند (۴). علت این تفاوت‌ها با دلایل مختلفی همچون تفاوت‌های فرهنگی در مناطق

هدف این مطالعه تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان ۶ تا ۱۸ ساله در استان گیلان بود. نتایج نشان داد که شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در استان گیلان ۲۰/۷ درصد است. همچنین، شیوع اختلالات در شهر رشت ۲۱/۲ درصد و در نواحی روستایی اطراف ۱۹/۲ درصد بود. در مطالعه‌ی ما، بیشترین شیوع مربوط به اختلالات اضطرابی (۱/۴ درصد) بود. در این بین بیشترین فراوانی مربوط به اختلال اضطراب جدایی (۶/۶ درصد)، اضطراب فراگیر (۵/۹ درصد)، فوبیا (۳/۴ درصد)، ترس از فضای باز (۳/۲ درصد)، فوبیای اجتماعی و اختلال وسواسی اجباری (۱/۹ درصد)، اختلال استرس پس از پیشامد (۱/۵ درصد) و پانیک (۰/۳ درصد) بوده‌است. اختلالات رفتاری (۹/۴ درصد) در رتبه‌ی دوم شیوع اختلالات روانپزشکی در گروه کودک و نوجوان در این مطالعه قرار گرفت. اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۶/۳ درصد و اختلال بیش‌فعالی نقص توجه با ۴/۳ درصد در صدر جدول قرار دارند. دیگر اختلالات به ترتیب شیوع شامل

روانپزشکی پرداخته، اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در خانواده‌هایی که سطح درآمد و تحصیلات پایین داشتند بیشتر از سایرین بود (۲۶). بر اساس نتایج به دست آمده، اختلالات خلقی بیشترین همبودی را با اختلالات اضطرابی (۷۰/۸ درصد) و اختلالات رفتاری (۵۸/۳ درصد) دارد. این نتایج همسو با مطالعه‌ی مایسون و همکاران است که دریافتند اختلالات اضطرابی بیشترین همبودی‌ها را با اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات خلقی و مشکلات رفتاری دارد (۲۰). همبودی اختلالات خلقی با اختلالات اضطرابی بسیار رایج است، تا آنجا که بسیاری از نویسندگان این فرضیه را مطرح کردند که اختلالات اضطرابی بخشی از روند تکاملی بوده که در آن اضطراب در اوایل کودکی ظاهر شده و به دنبال آن افسردگی در بزرگسالی نمود پیدا می‌کند (۲۲). همبودی اختلالات رفتاری با اختلالات اضطرابی (۵۲/۱ درصد)، اختلالات تکاملی با اختلالات رفتاری و اضطرابی (۳۱ درصد) و اختلالات دفع با اختلالات اضطرابی (۴۴/۲ درصد) نیز در صدر جدول هستند (جدول ۴). مطالعات اجتماعی در افراد نوجوان نشان داده است که بیشترین همبودی‌ها در اختلالات رفتاری بین اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و اختلال سلوک وجود دارد که پیش‌آگهی بدی مثل اختلال سوءمصرف مواد خواهد داشت (۲۷). همچنین، اختلالات رفتاری با اختلالات خلقی و اضطرابی همبودی زیادی دارند. هرچند که والدین و معلمان گزارش کمتری از مشکلات اضطرابی و خلقی کودکان داده و بیشتر مشکلات رفتاری را اعلام می‌کنند (۲۳). بر اساس مطالعات بردین و همکاران (۲۰۱۷) همبودی‌ها از آن جهت که گمانه تشخیص اولیه و به هنگام مشکلات هیجانی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان افزایش می‌دهد گام اولیه برای درمان و حمایت از آنهاست (۲۸).

تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی و بررسی عوامل خطر دخیل در آن اهمیت و جایگاه ویژه‌ای در پیشگیری، درمان و نتوانی بیماران و همچنین تخصیص خدمات بهداشتی و منابع حمایتی مورد نیاز دارد. در این راستا مطالعه‌ی ما بنا داشت با واریسی شیوع اختلالات در جامعه‌ی کودکان و نوجوانان استان گیلان، به برنامه‌ریزی مناسب برای اقدامات مداخله‌ای و پیشگیرانه کمک کند. چون درصد چشمگیری از

مختلف، تأثیر متغیرهای دموگرافی و روش‌های مطالعه (ابزار پژوهش، نحوه‌ی ارزیابی و مقطع زمانی تحقیق) توجیه‌پذیر است. در مطالعه‌ی مایسون و همکاران نیز بیشترین شیوع اختلالات مربوط به اختلالات اضطرابی (۴/۳ درصد) گزارش شده بود (۲۰). بررسی مروری چندین مقاله که از معیارهای تشخیصی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی DSMIII و DSMIV استفاده کرده بودند، نشان داد که شیوع اختلالات اضطرابی در کودکان زیر ۱۲ ساله از ۲/۶ درصد تا ۱۱/۲ درصد است (۲۱). در این بین، شایع‌ترین اختلال اضطرابی در این گروه سنی، اضطراب جدایی بود. به‌رغم تفاوت در برآورد شیوع که می‌تواند به دلیل تفاوت در روش‌شناسی یا ابزار مورد استفاده باشد، شیوع اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان ۱۵ تا ۲۰ درصد بود (۲۲). در یک مطالعه‌ی ملی بر شیوع طول عمر اختلال روانپزشکی که در نوجوانان ایالات متحده انجام شد، شایع‌ترین اختلال به ترتیب شامل اختلالات اضطرابی ۳۱/۹ درصد، رفتاری ۱۹/۱ درصد، خلقی ۱۱/۳ درصد و سوءمصرف مواد بود (۲۳). محمدی و همکاران در یک مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی که در نوجوانان تهرانی با استفاده از ابزار غربالگری SDQ انجام شد، دریافتند که اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال اضطراب جدایی از شایع‌ترین اختلالات در نوجوانان تهرانی است (۲۴).

محمدی و همکاران در مطالعه‌ی دیگر خود در سال ۲۰۱۶ که در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله در چند استان کشور انجام دادند، بالاترین میزان شیوع را در اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۴/۴۵ درصد و در اختلال بیش‌فعالی نقص‌توجه ۳/۹۶ درصد بدست آوردند (۲۵). بر اساس داده‌های جدول ۱ که شیوع اختلالات بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد، اختلاف معنی‌داری بین تحصیلات والدین و بروز اختلالات روانپزشکی در فرزندان بدست نیامد. با وجود این، نسبت شانس بروز اختلالات روانپزشکی در فرزندان با افزایش تحصیلات والدین، کاهش می‌یافت. همچنین، نسبت شانس بروز اختلالات روانپزشکی در فرزندان دارای والدین بیکار بیشتر بود (جدول ۲). بر اساس مطالعه‌ی مروری دیگری که به بررسی اثر جایگاه اقتصادی اجتماعی در بروز اختلالات

در مرحله‌ی اول کودک یا نوجوان توسط روان‌شناس بالینی ارزیابی شود و در مرحله‌ی دوم نمونه‌هایی که مثبت غربال شده‌اند توسط روانپزشک کودک برای تشخیص نهایی ویزیت شوند.

سپاسگزاری و سپاسداری

این مطالعه توسط مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی؛ نیماد (شماره گران: ۹۴۰۹۰۶) و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران پشتیبانی و با کمک و همکاری معاونت پژوهشی و پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مرکز آموزشی درمانی شفا در شهر رشت انجام شده است. از همه همکارانی که در این روند به ما یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011;378(9801):1515-25.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
3. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen psychiatry*. 2005;62(6):603-13.
4. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am acad child adolesc psychiatry*. 2003;42(10):1203-11.
5. Bilenberg N, Petersen DJ, Hørder K, Gillberg C. The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in Danish mainstream schools. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(1):59-67.
6. Mohammadi MR, Arman S, Dastjerdi JK, Salmanian M, Ahmadi N, Ghanizadeh A, et al. Psychological problems in Iranian adolescents: application of the self report form of strengths and difficulties questionnaire. *Iran J psychiatry*. 2013;8(4):152.
7. Alavi A, Mohammadi MR, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharai J. Frequency of psychological disorders amongst children in urban areas of Tehran. *Iran J psychiatry*. 2005;10(4):101-10.
8. Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in

کودکان و نوجوانان نواحی مورد پژوهش دچار اختلالات روانپزشکی بوده و این میزان نسبت به سال‌های پیش و همچنین، در جمعیت شهرنشین کمابیش بیشتر است، پیشنهاد می‌شود شرایطی ایجاد شود که والدین آگاهی لازم را در مورد عوامل خطر و زمینه‌ساز بیماری‌ها بدست آورند.

از تنگناهای این پژوهش آن بود که نمونه‌های انتخاب شده محدود به شهر رشت و نواحی روستایی اطراف آن می‌شد و سایر شهرستان‌های استان وارد مطالعه نشده‌بودند. لذا امکان تخمین دقیق شیوع اختلالات فراهم نبود. همچنین، برای ارزیابی، تنها از یک ابزار و به صورت تک مرحله‌ای استفاده شد. لذا پیشنهاد می‌شود برای تخمین دقیق شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان، طرح به صورت جامع در تمام نواحی شهری و روستایی استان گیلان انجام شود. همچنین، ارزیابی در دو مرحله‌ی جداگانه انجام شود. بدین صورت که

منابع

- Children and Adolescents of Mashhad in 2009. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(5):247-53.
9. Dodangi N, Ashtiani NH, Valadbeigi B. Prevalence of DSM-IV TR psychiatric disorders in children and adolescents of Paveh, a western city of Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(7):e16743.
 10. Sajjadi H, Kamal SHM, Raffiey H, Vameghi M, Forouzan AS, Rezaei M. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among iranian adolescents. *Glob J health sci*. 2013;5(3):16.
 11. Zarrabi H, Koosha M, Mohtashame Amiri Z, Kiani SA. Prevalence of psychopathology in high school students in Rasht. *J Guilan Univ Med Sci*. 2001; (39-40):50-55.
 12. Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatr*. 2010;125(1):75-81.
 13. Mullick MSI, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*. 2005;40(8):663-71.
 14. Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in iranian children and adolescents (IRCAP) and Its relationship with social capital, life style and parents' personality disorders: Study protocol. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2017;12(1):66.
 15. Management and Planning Organization of Guilan Province, Deputy of Statistics and Information. <http://sdi.mpgl.ir>
 16. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and

lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.

17. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center. 1996.

18. Ghanizadeh A. ADHD, bruxism and psychiatric disorders: does bruxism increase the chance of a comorbid psychiatric disorder in children with ADHD and their parents? *Sleep Breath*. 2008;12(4):375-80.

19. Polanczyk GV, Eizirik M, Aranovich V, Denardin D, da Silva TL, da Conceição TV, et al. Interrater agreement for the schedule for affective disorders and schizophrenia epidemiological version for school-age children (K-SADS-E). *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(2):87-90.

20. La Maison C, Munhoz TN, Santos IS, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*. 2018;1-13.

21. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin psychol rev*. 2006;26(7):817-33.

22. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental

issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin*. 2009;32(3):483-524.

23. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.

24. Shahrivar Z, Mahmoodi J, Alavi A, Mohammadi MR, Tehranidoost M, Saadat S. Prevalence of psychiatric disorders amongst adolescents in Tehran. *Iran J Psychiatry*. 2008;3(3):100-4.

25. Mohammadi MR, Ahmadi N, Salmanian M, Asadian-Koohestani F, Ghanizadeh A, Alavi A, et al. Psychiatric disorders in Iranian children and adolescents. *Iran J Psychiatry*. 2016;11(2):87.

26. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc sci med*. 2013;90:24-31.

27. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(12):1468-84.

28. Bordin IA, Curto BM, Murray J. Maternal recognition of child mental health problems in two Brazilian cities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(1):63-71.