مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۸، دوره ۲۱، صفحه ۳۱۹-۳۱۴

شیوع‌شناسی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان استان مازندران

مهدیه نصیری (MSc)[۱]، محمدرضا محمدی (MD)[۲]، نسترن احمدی (MD)[۳]، سید سلمان علوی (MD)[۲]، حسین رضازاده (MSc)[۴]، فاطمه استوار رستمی (MSc)[۵]، حسین نادری(MSc)[۶]، فاطمه ثنایی مقدم (MSc)[۵]، زهرا رحیمی پاشاکلائی (MSc)[۵]، محمد علی برزگر دامادی (MSc)[۵]، رضا امیری تالارپشتی (MSc)[۷]، سیدحمزه حسینی (MD)[۸*]

۱-دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۲-مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، بیمارستان روزبه تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳-مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۴-دانشگاه علامه طباطبایی، ایران، تهران
۵-دانشگاه آزاد واحد ساری، ایران
۶-دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران
۷-دانشگاه آزاد واحد رودهن، ایران
۸-مرکز تحقیقات روانپزشکی و رفتاری، موسسه اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

دریافت: ۹۷/۴/۱۷، اصلاح: ۹۷/۹/۱۳، پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: اطلاعات جدید در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان برای برنامه‌ریزی و مدیریت نظام سلامت ضروری می باشد. علیرغم اهمیت شناخت وضعیت سلامت جمعیت کودکان و نوجوانان، تاکنون وضعیت شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایران مورد بررسی نظام‌دار قرار نگرفته است. این مطالعه که بخشی از پیمایش ملی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایران (IRCAP) است، بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان استان مازندران می پردازد.

مواد و روش‌ها: طی یک پیمایش مقطعی، ۱۰۵۱ کودک و نوجوان ساکن مازندران در سنین ۱۸-۶ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. علاوه بر اطلاعات جمعیت‌شناختی، برای بررسی اختلالات روانپزشکی محور یک DSM-IV، از فرم فارسی مصاحبه اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی کودکان و نوجوانان (K-SADS PL) استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع کلی اختلالات روانپزشکی ۱۸ (۱۵/۷۸-۲۰/۴۲)، اختلالات خلقی ۲ (۱/۳۸- ۳/۱۵)، اختلالات سایکوتیک ۰/۱ (۰/۰۲-۰/۵۵)، اختلالات اضطرابی ۱۰/۴ (۸/۶۷-۱۲/۳۶)، اختلال اضطراب جدایی ۴/۶ (۳/۴۶-۶/۰۱)، PTSD ۰/۳ (۰/۱-۰/۸)، اختلالات رفتاری ۵/۱ (۳/۹۶-۶/۶۵)، ADHD ۲/۹ (۲/۰۹-۴/۱۶)، اختلال سلوک ۲/۰ (۰/۱-۰/۸)، اختلالات عصبی رشدی ۲/۱ (۱/۳۸-۳/۱۵) و عقب ماندگی ذهنی ۰/۸ (۰/۴-۱/۴۹) درصد می‌باشد. ۴۲/۹ درصد موارد دارای اختلالات افسردگی، به اختلالات اضطرابی هم مبتلا هستند. ۱۷/۴ درصد موارد اختلالات اضطرابی، با اختلالات رفتاری همراه است.

نتیجه گیری: براساس نتایج این مطالعه اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مازندران شیوع قابل توجهی دارد. اختلالات اضطرابی شایع‌ترین و اختلالات سایکوتیک کم‌شیوع‌ترین گروه اختلالات روانپزشکی هستند. اختلال اضطراب جدایی شایع‌ترین و اختلال استرس پس از سانحه کم‌شیوع‌ترین اختلال اضطرابی است. اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شایع‌ترین و اختلال سلوک کم‌شیوع‌ترین اختلال رفتاری است. در میان اختلالات روانپزشکی، بیشترین همبودی بین اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابی دیده می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روانپزشکی، کودکان، نوجوانان، مازندران.

مقدمه

طی دهه‌های اخیر، شمار کودکان و نوجوانانی که تشخیص‌های روانپزشکی دریافت می‌کنند در حال افزایش است (۳-۱). اهمیت اطلاعات جدید در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان برای برنامه‌ریزی و مدیریت نظام سلامت، پژوهش‌های متعددی را در جهان به راه انداخته است (۵و۴). در یک پیمایش ملی در امریکا، شیوع طول عمر اختلالات اضطرابی ۳۱/۹٪، اختلالات رفتاری ۱۹/۱٪، اختلالات خلقی ۱۴/۳٪ و اختلالات مصرف مواد ۱۱/۴٪ گزارش شده است. همچنین بر اساس این پیمایش، حدود ۴۰٪ از نوجوانانی که به یک دسته از اختلالات مبتلا هستند، دارای اختلالات همراه نیز هستند (۴). در پیمایشی در

این مقاله حاصل طرح مشترک تحقیقاتی به شماره ۹۴۰۹۰۶ مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی (نیماد) و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر سیدحمزه حسینی
آدرس: ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، موسسه اعتیاد، مرکز تحقیقات روانپزشکی و رفتاری. تلفن: ۳۳۲۱۰۳۱۵-۰۱۱
E-mail: hosseinish20@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.48.3]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.314]

اوگاندا، شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۳۸/۵٪، اختلالات افسردگی ۱۱/۶٪، اختلالات سایکوتیک ۲/۲٪، اختلالات اضطرابی ۲۷/۶٪، اختلالات مصرف مواد و الکل ۱/۸٪، اختلالات رفتاری و تحولی ۴٪ و اختلالات خوردن ۰/۹٪ گزارش شده است (۶).

در زمینه‌یابی شیلی شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۳۸/۳٪ گزارش شده است؛ شیوع در دختران بیشتر از پسران، و در کودکان بیشتر از نوجوانان بوده است. شیوع اختلالات اضطرابی ۱۸/۵٪، اختلالات خلقی ۶/۱٪، اختلالات رفتار ایذایی ۲۱/۸٪، اختلالات مصرف مواد ۴/۸٪ و اسکیزوفرنی ۰/۲٪ گزارش شده است (۷).

Wagner و همکاران (۲۰۱۷) در اتریش، شیوع نقطه‌ای و طول عمر اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان را به ترتیب ۲۳/۹٪ و ۳۵/۸٪ گزارش کرده‌اند. شیوع طول عمر اختلالات اضطرابی ۱۵/۶٪، اختلالات عصبی–رشدی ۹/۳٪ و اختلالات افسردگی ۶/۲٪ بوده است. ۴۷٪ از نوجوانان، اختلالات همراه هم دارند. (۵). Polanczyk و همکاران (۲۰۱۵) با متاآنالیز نتایج حاصل از ۴۱ پژوهش در ۲۷ کشور از جهان، شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان را ۱۳/۴٪، اختلالات اضطرابی ۶/۵٪، اختلالات افسردگی ۲/۶٪، اختلال افسردگی اساسی ۱/۳٪، ADHD ۳/۴٪، اختلالات ایذایی ۵/۷٪، اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۳/۶٪ و اختلال سلوک را ۲/۱٪ برآورد کرده‌اند (۳). در ایران، Namdari و همکاران در خرم‌آباد شیوع ADHD را ۳/۱۷٪ (در پسران ۴/۹٪ و دختران ۱/۵٪) گزارش کرده‌اند (۸). Bagheri و همکاران در مشهد، شیوع کلی اختلالات روانپزشکی را ۱۴/۲٪ گزارش کرده‌اند.

آنها شایع‌ترین اختلال را ADHD با شیوع ۷/۸٪ درصد و ODD با ۶/۳٪ عنوان کرده‌اند؛ همچنین به جز کم‌خوری عصبی که در دختران بیشتر است، تفاوت معنی داری در شیوع اختلالات روانپزشکی بین دو جنس مشاهده نشد (۱۰). Zarea و همکاران در همدان، شیوع ADHD را ۸/۶۲٪ (در پسران ۱۲/۵۵٪ و دختران ۴/۵۳٪) گزارش کرده‌اند (۱۱). Heidarizadeh و همکاران نیز در کرمانشاه، شیوع کلی اختلال اضطراب اجتماعی را ۱۸/۸۰٪ (در پسران ۱۶/۳۵٪ و دختران ۲۱/۳۰٪) گزارش نموده‌اند (۱۵).

بررسی مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در زمینه اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در ایران، نشانگر وجود نقص‌هایی است که مقایسه نتایج و تعمیم آنها به جامعه را به دلیل شیوه‌های پژوهشی متفاوت، نمونه‌های کوچک، نمونه‌گیری‌های غیرتصادفی، استفاده از ابزارهای متفاوت و غیر استاندارد، پرسشنامه‌هایی که والدین پاسخ می‌دهند و یا خودگزارشی هستند در برابر مصاحبه بالینی، بررسی تعداد معدودی از اختلالات و مشکلات، مطالعه انواع متفاوت شیوع (نقطه‌ای یا طول عمر)، در نظر گرفتن فواصل اطمینان گسترده در تحلیل آماری و سایر مشکلات روش‌شناختی با اشکال مواجه می‌سازد(۹).

با توجه به کمبود اطلاعات دقیق و به روز در خصوص شیوع اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در کشور، پیمایش ملی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایران (IRCAP) بر آن است که برآوردی دقیق، استاندارد، سراسری و هماهنگ از اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در ایران به دست آورد. این مطالعه به عنوان بخشی از این پیمایش ملی به بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان در سطح استان مازندران می پردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پیمایشی مقطعی و قسمتی از یک طرح ملی با کد اخلاق IR.NIMAD.REC.1395.001، تحت حمایت مؤسسه ملی رشد پژوهش‌های پزشکی (NIMAD) است که در همه مراکز استان‌های کشور اجرا شده و شیوع اختلالات روانپزشکی را کودکان و نوجوانان سنین ۶ تا ۱۸ سال بررسی می‌کند. بنابراین حجم نمونه حاضر نیز بنا به نیاز این طرح در نظر گرفته شده است. با فرض شیوع اختلالات روانپزشکی برابر ۰/۳، خطای نوع اول ۰/۰۵، خطای پذیرفته شده ۰/۰۵، و اثر نمونه گیری خوشه‌ای معادل با ۱/۲، حجم نمونه نهایی در هر استان به ۹۹۰ (۱۰۰۰) نفر و در کل کشور به ۳۱۰۰۰ نفر می‌رسد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. خوشه‌ها و نمونه‌ها به صورت تصادفی بر طبق کد پستی انتخاب شدند. ۱۶۷ خوشه و از هر خوشه ۶ نمونه از هر دو جمعیت شهری و روستایی انتخاب شد. ملاک ورود به پژوهش قرار داشتن کودک در محدوده سنی ۶ تا ۱۸ سال بود. ملاک خروج از پژوهش عدم همکاری خانواده یا هر مشکلی بود که مانع کسب اطلاعات کافی برای ارزیابی روانشناختی کودک شود. پژوهش حاضر با بوده است.

ابزار پژوهش علاوه بر پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس، مصاحبه با برنامه اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی کودکان و نوجوانان (K- -PL SADS) می‌باشد که مصاحبه‌ای نیمه‌ساختار یافته است. به منظور ارزیابی اپیزودهای فعلی و قبلی بیماری‌های روانپزشکی در کودکان و نوجوانان (۱۸–۶ سال) براساس DSM-IV طراحی شده است(۱۲). تشخیص‌های اولیه کلیه اختلالات روانپزشکی محور یک را در بر می‌گیرد (۱۳).

روند تکمیل پرسشنامه شامل بخش‌های زیر بوده است: ۱) مصاحبه بدون ساختار مقدماتی ۲) مصاحبه غربالگری تشخیصی ۳) چک لیست تکمیلی ضمیمه ۴) ضمیمه‌های تشخیصی ۵) چک لیست خلاصه تشخیص‌های در طول عمر و ۶) مقیاس نمره‌دهی ارزیابی کلی کودک (Children Global Assessment Scale)می باشد. اعتبار و پایایی ترجمه فارسی این پرسشنامه مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (۱۴و۱۳). مصاحبه‌کنندگان کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بودند که برای مصاحبه فوق آموزش دیده و در طی مراحل مختلف، تحت نظارت روانپزشکان محقق بوده‌اند. در ابتدا K-SADS توسط هر یک از افراد مطلع به صورت جداگانه تکمیل شد و پس از جمع بندی اطلاعات و رفع موارد تناقض، چک لیست خلاصه تشخیص‌های طول عمر و مقیاس نمره‌دهی ارزیابی کلی کودک تکمیل گردید. تشخیص‌های نهایی با توجه به اطلاعات حاصل از مصاحبه با والدین، کودک و جمع بندی اطلاعات از تمامی منابع موجود مطرح شده‌اند.

اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS-25 و با محاسبه فراوانی، درصدهای فراوانی، فواصل اطمینان، نسبت‌های شانس (Odd ratios) و سطوح معنی داری برای متغیرهای جمعیت‌شناختی و اختلالات روانپزشکی مورد تحلیل قرار گرفت و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۱۰۵۱ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۵۰/۸٪ آنها دختر هستند. ۳۳/۶٪ در گروه سنی ۶–۹ سال، ۳۳/۴٪ در گروه ۱۴–۱۰ سال و ۳۳ ٪ از گروه ۱۵–۱۸ سال می‌باشند (جدول ۱).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.48.3]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.314]

جدول۱. فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در کودکان و نوجوانان (۱۸-۶ ساله) استان مازندران و شیوع اختلالات روانپزشکی به تفکیک در سطوح این متغیرها

متغیرها	گروه	کل تعداد(درصد)	دارای اختلال تعداد(درصد)	CI-95%
جنسیت	پسر	۵۱۷(۴۹/۲)	۹۷(۱۸/۸)	۲۲/۳۲ -۱۵/۶۳
	دختر	۵۳۴(۵۰/۸)	۹۲(۱۷/۲)	۲۰/۶۶ -۱۴/۲۶
گروه سنی	۹-۶	۳۵۳(۳۳/۶)	۶۷(۱۹)	۲۳/۴ -۱۵/۲۳
	۱۴-۱۰	۳۵۱(۳۳/۴)	۶۴(۱۸/۲)	۲۲/۶۱ -۱۴/۵۴
	۱۸-۱۵	۳۴۷(۳۳/۰)	۵۸(۱۶/۷)	۲۱/۰ -۱۳/۱۵
کل نمونه		۱۰۰(۱۰۵۱)	۱۸۹(۱۸)	۲۰/۴۲ -۱۵/۷۸

شیوع کلی اختلالات روانپزشکی ۱۸۹ نفر معادل ۱۸٪ (پسران ۹۷ نفر ۱۸/۸٪ و دختران ۹۲ نفر ۱۷/۲٪) است. شیوع در گروه سنی ۶-۹ سال ۶۷ نفر ۱۹٪، در گروه ۱۰-۱۴ سال ۶۴ نفر ۱۸/۲٪ و در گروه ۱۵-۱۸ سال ۵۸ نفر ۱۶/۷٪ است (جدول ۱). شانس ابتلا به اختلالات روانپزشکی در دو جنس و نیز درگروه‌های سنی تفاوت معنی داری ندارد (جدول ۲). شیوع اختلالات خلقی ۲۱ نفر معادل ۲/۰٪، اختلالات سایکوتیک یک نفر معادل ۰/۱٪ و اختلالات اضطرابی ۱۰۹ نفر ۱۰/۴٪ است؛ شایع‌ترین اختلال اضطرابی، اختلال اضطراب جدایی با شیوع ۴۸ نفر ۴/۶٪ و کم‌شیوع‌ترین هم PTSD با ۳ نفر ۰/۳٪ است؛ شیوع اختلالات رفتاری در نمونه حاضر۵۴ نفر ۵/۱٪ است. در میان اختلالات رفتاری، بیشترین شیوع مربوط به ADHD با۳۱ نفر ۲/۹٪ و کمترین شیوع مربوط به اختلال سلوک با۳ نفر ۰/۲٪ می‌باشد. تنها۴ نفر ۰/۴٪ از کل نمونه سیگار می‌کشند. شیوع اختلالات عصبی رشدی در نمونه حاضر۲۲ نفر ۲/۱٪ و عقب‌ماندگی ذهنی ۸ نفر ۰/۸٪ می‌باشد. شیوع مانیا، هیپومانیا، اختلالات مصرف الکل و مواد، اوتیسم، بی‌اختیاری دفع، بی-اشتهایی و پراشتهایی عصبی صفر می‌باشد (جدول ۳). ۴۲/۹ درصد مواردِ دارای اختلالات افسردگی، حداقل به یکی از انواع اختلالات اضطرابی هم مبتلا هستند. ۱۷/۴٪ مواردِ اختلالات اضطرابی، با اختلالات رفتاری همراه است. شایع‌ترین اختلالات همبود برای اختلالات رفتاری، اختلالات اضطرابی هستند (۳۵/۲ درصد). ۱۸/۲٪ مواردِ اختلالات عصبی-رشدی به اختلالات اضطرابی هم مبتلا هستند. در ۱۹٪ مواردِ شب‌ادراری، همبودی اختلالات اضطرابی دیده شده است (جدول ۴). به طور کلی ۴۵/۹٪ کودکان و نوجوانان، همزمان مبتلا به بیش از یک اختلال روانپزشکی هستند.

جدول ۲. شانس ابتلا به اختلالات روانپزشکی در طبقات مختلف متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیرهای جمعیت‌شناختی		نسبت شانس(خام)	CI-95%	P-value	نسبت شانس(اصلاح شده)	CI-95%	P-value
جنسیت	پسر	۱/۰۰ پایه					
	دختر	۰/۹۰	۱/۲۳ -۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۸۹	۱/۲۷-۰/۶۲	۰/۵۲
سن	۹-۶	۱/۰۰ پایه					
	۱۴-۱۰	۰/۹۵	۱/۳۹-۰/۶۵	۰/۸۰	۰/۷۹	۱/۲۳-۰/۵۲	۰/۳۱
	۱۸-۱۵	۰/۸۶	۱/۲۶-۰/۵۸	۰/۴۳	۰/۷۵	۱/۱۷-۰/۴۸	۰/۲۱

جدول ۳. شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان (۱۸-۶ سال) استان مازندران

اختلالات روانپزشکی		تعداد(درصد)	CI-95%
اختلالات افسردگی		۲۱(۲/۰)	۳/۱۵ -۱/۳۸
اختلالات سایکوتیک		۱(۰/۱)	۰/۵۵ -۰/۰۲
اختلالات اضطرابی	پانیک	۸(۰/۸)	۱/۴۹ -۰/۴
	اضطراب جدایی	۴۸(۴/۶)	۶/۰۱ -۳/۴۶
	فوبی اجتماعی	۳۲(۳/۰)	۴/۲۶ -۲/۱۶
	فوبی خاص	۲۹(۲/۸)	۴/۰۴ -۲
	آگورافوبیا	۳۰(۲/۹)	۴/۱۶ -۲/۰۹
	اضطراب فراگیر	۲۸(۲/۷)	۳/۸۲ -۱/۸۵
	وسواس فکری- عملی	۱۴(۱/۳)	۲/۲۲ -۰/۸
	استرس پس از سانحه	۳(۰/۳)	۰/۸ -۰/۱
	کل اختلالات اضطرابی	۱۰۹(۱۰/۴)	۱۲/۳۶ -۸/۶۷
اختلالات رفتاری	نقص توجه- بیش فعالی	۳۱(۲/۹)	۴/۱۶ -۲/۰۹
	نافرمانی مقابله ای	۱۵(۱/۴)	۲/۳۴ -۰/۰۹
	سلوک	۳(۰/۳)	۰/۸ -۰/۱
	تیک	۱۲(۱/۱)	۱/۹۸ -۰/۶۵
	کل اختلالات رفتاری	۵۴(۵/۱)	۶/۶۵ -۳/۹۶
اختلالات عصبی رشدی	عقب ماندگی ذهنی	۸(۰/۸)	۱/۴۹ -۰/۴
	صرع	۱۸(۱/۷)	۲/۶۹ -۱/۰۸
	کل اختلالات عصبی-رشدی	۲۲(۲/۱)	۳/۱۵ -۱/۳۸
مصرف دخانیات		۴(۰/۴)	۰/۹۷ -۰/۱۵
اختلالات دفع	شب ادراری	۴۲(۴)	۵/۳۶ -۲/۹۷
	کل اختلالات دفع	۴۲(۴)	۵/۳۶ -۲/۹۷
کل اختلالات روانپزشکی		۱۸۹(۱۸)	۲۰/۴۲ -۱۵/۷۸

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.48.3]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.314]

جدول ۴. میزان همبودی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان استان مازندران

اختلالات	خلقی تعداد(درصد)	سایکوتیک تعداد(درصد)	اضطرابی تعداد(درصد)	رفتاری تعداد(درصد)	عصبی-رشدی تعداد(درصد)	مصرف مواد تعداد(درصد)	دفع تعداد(درصد)
خلقی		۱(۴/۸)	۹(۴۲/۹)	۳(۱۴/۳)	۱(۴/۸)	۰	۳(۱۴/۳)
سایکوتیک	۱		۰	۰	۰	۰	۰
اضطرابی	۹(۸/۳)	۰		۱۹(۱۷/۴)	۴(۳/۷)	۱(۰/۹)	۸(۷/۳)
رفتاری	۳(۵/۶)	۰	۱۹(۳۵/۲)		۲(۳/۷)	۳(۵/۶)	۵(۹/۳)
عصبی-رشدی	۱(۴/۵)	۰	۴(۱۸/۲)	۲(۹/۱)		۰	۱(۴/۵)
مصرف مواد	۰	۰	۰	۳(۷۵)	۰		۰
دفع	۳(۷/۱)	۰	۸(۱۹)	۵(۱۱/۹)	۱(۲/۴)	۰	

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۱۸٪ از کودکان و نوجوانان مازندران، دست کم دارای یک اختلال روانپزشکی هستند. تنها پژوهش قابل مقایسه داخلی در این باره، گزارش Bagheri و همکاران از مشهد است که شیوع کمتر از نمونه حاضر می‌باشد(۱۰). با این حال حجم نمونه آنها تنها ۱۵۰ نفر و خیلی کمتر از نمونه حاضر است که می‌تواند توجیه‌کننده این تفاوت باشد. در مقایسه با پژوهش-های خارجی، اختلالات روانپزشکی در نمونه حاضر نسبت به بعضی پژوهش‌ها مثل زمینه‌یابی اتریش کمتر (۵) و نسبت به بعضی از آنها مثل یک متاآنالیز جهانی بیشتر است (۳)؛ با این حال به خاطر تفاوت‌هایی که میان پژوهش‌های ذکر شده در روش‌ها و ابزارهای پژوهشی وجود دارد، چنین مقایسه‌هایی چندان منطقی به نظر نمی‌رسد. به عنوان مثال نمونه اتریش خیلی بزرگتر از نمونه پژوهش حاضر است و در آن از مصاحبه تلفنی استفاده شده است. همچنین شیوع جهانی گزارش شده توسط Polanczyk و همکاران، حاصل یک متاآنالیز است که پژوهش‌های متعددی را با تفاوت‌های بسیار شامل می‌شود(۳). در پژوهش حاضر، شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در دو جنس تفاوت معنی داری ندارد. از این نظر تفاوت خاصی بین پژوهش حاضر و نتایج پژوهش گذشته دیده نمی‌شود (۱۰). در بعضی پژوهش‌ها هم که تفاوتی بین دو جنس گزارش شده، مربوط به کل اختلالات روانپزشکی نیست و تنها درباره بعضی اختلالات مثل برون‌ریزی و دورن‌ریزی است (۸و۷و۵).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، اختلالات اضطرابی با شیوع ۱۰/۴درصد، شایع-ترین و اختلالات سایکوتیک و اختلالات عصبی-رشدی به ترتیب با شیوع ۰/۱و ۲/۱ درصد، کم‌شیوع‌ترین گروه‌های اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مازندران هستند. در اکثر پژوهش‌ها نیز اختلالات اضطرابی شایع‌ترین هستند؛ با این حال توافق کمتری درباره کم‌شیوع‌ترین اختلالات روانپزشکی دیده می‌شود (۳-۶). همچنین طبق نتایج حاضر، ۴۵/۹٪ از کودکان و نوجوانان مازندران، همزمان مبتلا به بیش از یک اختلال روانپزشکی هستند. اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات همراه می‌باشند. مقایسه میزان همبودی‌ها در پژوهش‌های مختلف دشوار است؛ چرا که صرف نظر از آنهایی که میزان همبودی را گزارش نکرده‌اند، بسیاری از همبودی-های گزارش شده مربوط به شیوع طول عمر است که مقایسه آن با همبودی حاصل از بررسی شیوع نقطه‌ای، خالی از اشکال نیست. محدودیت پژوهش حاضر کمبود ملاک‌های مناسب داخلی برای مقایسه به خاطر فقدان پژوهش‌های کافی و مناسب در زمینه اپیدمیولوژی روانپزشکی کودک و نوجوان است. با این حال از آنجا که پژوهش حاضر بخشی از یک زمینه‌یابی کشوری است، به همراه گزارش‌های سایر استانهای کشور، می‌تواند تصویر گسترده‌ای از وضعیت شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان کشور ارائه کند و این اشکال را برای پژوهش‌های آینده مرتفع سازد.

بنا بر نتایج پژوهش حاضر، از هر ده کودک و نوجوان مازندرانی، حدود دو نفر مبتلا اختلال روانپزشکی است؛ این شیوع قابل توجه هشداری است برای سیاست-گذاران عرصه سلامت و نشانگر نیاز به افزایش توجه به حوزه سلامت روان و رشد و ارتقای کمی و کیفی خدمات سلامت روان در عرصه‌های پیشگیری و درمان است. عدم توجه به این موضوع در درازمدت منجر به تشدید مشکلات اجتماعی و اقتصادی خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، والدین آنها، نهادها و مؤسساتی که در پیشبرد طرح همکاری نموده‌اند، به‌ویژه مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی (نیماد) (شماره گرنت: ۹۴۰۹۰۶) و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.48.3]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.314]

The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Mazandaran Province

M. Nasiri (MSc)[1], M.R. Mohammadi (MD)[2], N. Ahmadi (MD)[3], S.S. Alavi (MD)[2], H. Rezazade (MSc)[4], F. Ostvar Rostami (MSc)[5], H. Naderi (MSc)[6], F. Sanai Moghadam (MSc)[5], Z. Rahimi Pashakolai (MSc)[5], M.A. Barzegar Damadi (MSc)[5], R. Amiri Talarposhti (MSc)[7], S.H. Hosseini (MD) *[8]

1.Alzahra University, Tehran, I.R.Iran.
2.Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
3.Cardiovascular Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, I.R.Iran
4.Allameh Tabatabei University, Tehran, I.R.Iran
5.Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, I.R.Iran
6.Shahid Beheshti University, Tehran, I.R.Iran
7.Islamic Azad University, Roudehen Branch, I.R.Iran
8.Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 21; 2019; PP: 314-19
Received: July 8th 2018, Revised: Dec 4th 2018, Accepted: Jan 5th 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: New information on the epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents is essential for planning and management of health system. Despite the significance of recognizing the health status of children and adolescents, the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Iran has not been systematically investigated. This study, which is part of the National Survey of Iranian Children and Adolescents (IRCAP), examines the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Mazandaran province, northern Iran.

METHODS: In a cross-sectional survey, 1051 children and adolescents residing in Mazandaran, aged 6 – 18 years, were selected by multistage cluster random sampling. In addition to demographic data, the Persian version of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version) was used to assess psychiatric disorders based on Axis I of the DSM-IV.

FINDINGS: The overall prevalence of psychiatric disorders is 18% (20.42 – 15.78), mood disorders is 2% (3.15 – 1.38), psychotic disorders is 0.1% (0.2 – 55.02), anxiety disorders is 10.4% (12.8 – 36.67), separation anxiety disorder is 4.6% (6.3 – 01.46), post-traumatic stress disorder (PTSD) is 0.3% (0.8 – 0.1), behavioral disorders is 5.1% (6.3 – 65.96), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is 2.9% (4.16 – 2.09), conduct disorder is 2.0% (0.0 – 8.1), neurodevelopmental disorders is 2.1% (3.1 – 15.38) and mental retardation is 0.8% (1.4 – 49.0). 42.9% of the cases with depressive disorders also have anxiety disorders. 17.4% of anxiety disorders are associated with behavioral disorders.

CONCLUSION: According to the results of this study, psychiatric disorders are considerably common among children and adolescents in Mazandaran. Anxiety disorders are the most common and psychotic disorders are the least common group of psychiatric disorders. Separation anxiety disorder is the most common and post-traumatic stress disorder (PTSD) is the least common anxiety disorder. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common and conduct disorder the least common behavioral disorder. Among psychiatric disorders, the highest comorbidity is between depression and anxiety disorders.

KEY WORDS: *Psychiatric Disorders, Children, Adolescents, Mazandaran.*

Please cite this article as follows:

Nasiri M, Mohammadi MR, Ahmadi N, Alavi SS, Rezazade H, Ostvar Rostami F, Naderi H, Sanai Moghadam F, Rahimi Pashakolai Z, Barzegar Damadi MA, Amiri Talarposhti R, Hosseini SH. The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Mazandaran Province. J Babol Univ Med Sci. 2019;21: 314-19.

* **Corresonding Author**: **S.H. Hosseini (MD)**
Address: Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran
Tel: +98 11 33210315
E-mail: hosseinish20@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.48.3]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.314]

References

1.Olfson M, Blanco C, Wang S, Laje G, Correll CU. National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. JAMA Psychiatry, 2014; *71*(1): 81-90.

2.Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen S N, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015;24(2):173-83.

3.Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde L. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345-65.

4.Merikangas K, He J, Burstein M, Swanson S, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49(10): 980–9.

5.Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(12):1483-99.

6.Kinyanda E, Kizza R, Levin J, Ndyanabangi S, Abbo C. Adolescent Suicidality as Seen in Rural Northeastern Uganda Prevalence and Risk Factors. Crisis. 2011; 32(1):43–51.

7.Vicente B, Saldivia S, La Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Prevalence of psychiatric disorders among Chilean children and adolescents. Rev Med Chile. 2012; 140(4): 447-57.

8.namdari P, Nazari H, Tarrahi MJ, Mohammadi MR. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in elementary school students. Yafte. 2009; 10 (4):44-9. [In Persian]

9.Mohammadi MR, Arman S, Khoshhal Dastjerdi J, 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): 152-9.

10.Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of Mashhad in 2009. J Fundament Mental Health. 2015; 17(3): 247-53.

11.Zarea Bahramabadi M, Ganji K. The study of prevalence of attention deficit /hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. J Learn Disabil. 2014; 3(4): 143-50. [In Persian]

12.Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime version (K-SADSPL): Initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):980-8.

13.Mohammadi M, 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. Iran J Psychiatry. 2017; 12(1): 66-72.

14.Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi Sh, Tehrani-Doost M, Alaghband-Rad J. The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Life-time Version-Persian Version. Child Adolescent Mental Health. 2010; 15(2): 97-102.

15.Farajollahi M, Esmaeili Z. Epidemiology and clinical characteristics of social anxiety disorder in students in Kermanshah, Iran. Iran J Epidemiol. 2017; 13(1): 52-9. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.48.3]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.314]