

Research Paper

Prevalence of Mental Disorders in Primary School Students of Golestan Province in 2014

Mahnaz Babaei*¹

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran

Citation: Babaei M. Prevalence of mental disorders in primary school students of Golestan province in 2014. J Child Ment Health. 2021; 8 (3):58-72.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1166-en.html>



doi:10.52547/jcmh.8.3.58
20.1001.1.24233552.1400.8.3.9.2

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Prevalence,
mental disorders,
students,
primary school

Background and Purpose: There exists a risk of developing a mental disorder for humans at any time and place; therefore, recognizing these disorders and their prevalence and incidence seems necessary. Thus, the present study is conducted to investigate the prevalence of mental disorders in primary school students in Golestan province.

Method: This research was cross-sectional. The statistical population included all male and female primary school students of Golestan province in the academic year 2013-2014; from which, a sample of 843 individuals were selected by the multi-stage cluster sampling method. The research instruments included the Child Symptom Inventory (CSI-4; Sprafkin et al., 2002). Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage) and the chi-square statistical method.

Results: The results showed that the most common disorder in the studied students is the mild mood disorder (29%) and the severe depression disorder (0.3%) has the lowest prevalence. Moreover, in the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD; from three types of inattentive, hyperactive-impulsive, and combination), oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD), specific phobia, obsessive thoughts, motor tics, vocal tics, separation anxiety, enuresis, and urinary and fecal incontinence between the genders (boys and girls), there were significant differences ($p < 0.01$); but in the prevalence of generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD), schizophrenia, major depression, mild mood disorder, Asperger's syndrome, and social phobia, no significant difference was observed between girls and boys ($p > 0.05$).

Conclusion: Mental disorders, including mild mood disorders, are highly prevalent in primary school students in Golestan province, and environmental factors such as the presence of different ethnic groups, economic and social conditions, and the emotional atmosphere of the family, play an important role in the development of mental disorders in children.

Received: 4 Jul 2021

Accepted: 5 Oct 2021

Available: 9 Dec 2021

* **Corresponding author:** Mahnaz Babaei, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran

E-mail: Dr.mbabaei2@gmail.com

Tel: (+98) 1732304001

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

It is essential to pay attention to the physical and mental health of children as potential assets of society (2). The devastating consequences of children's mental disorders in various dimensions, like abnormal development of some physical and mental functions, are undeniable. Kutcher, Hampton, and Wilson (5) believe that mental disorders are common in children and adolescents, and there isn't much service for them. Out of 23 studies, findings showed that mental disorders like depression, anxiety disorders, mood disorders, suicide, schizophrenia, substance abuse disorders, neurodevelopmental disorders, dementia and other mental health problems have high prevalence in children. girls are more likely to develop emotional disorders and boys are more likely to develop behavioral disorders (6-8). Srinath, Kandasamy, and Golhar (9) believe that children and adolescents have significant mental health problems, high needs, but very limited mental health resources, and an 8-12 month study in 51 Asian countries showed that prevalence of mental disorders in children is 10 to 20%. Also in Iran, Haghbin et al. (3) reported the overall prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in North Khorasan province to be 16.3%; Arman et al. (2) reported that the prevalence in children and adolescents in Isfahan province to be 18.14%, and Jalilian et al. (14) reported behavioral and mental disorders in children to be 16.1%. Studying psychological problems in children and adolescents has always been considered by psychologists. Solving problems of these age groups is not only therapeutic but also a form of prevention; because, awareness of the diversity of these disorders can be useful in planning and decision-making for intervention programs (30). Therefore, in Golestan province, due to the lack of a comprehensive study on the prevalence of mental disorders in children, a study was conducted to investigate the prevalence of mental disorders in primary school students in Golestan province.

Method

This study was cross-sectional. The statistical population included all primary school students in Golestan province in 2014-2015. The cluster sampling method was performed as follows: From the three geographical areas of Golestan province (East, West, Center), three cities of Gonbad, Gorgan and Bandar Gaz were selected. From the statistical population (about 51000 people), according to Cochran's formula, 843 people were selected. To collect data, the parent version of the Child Symptom Inventory was used. It should be noted that the validated version of these tests in Iran has been used to conduct this research. Given that, the inclusion criteria were obtaining the necessary permits to enter school, and the cooperation of educators, parents and students. but the exclusion criteria were non or incomplete response of the parents to the questionnaire. The age range of the students in this study was 7 to 11 years, and the age of their parents was 25 to 50 years. The age range

of parents of 30 to 40 years (57%) had the highest frequency, and the age range of 30 to 25 (19%) had the lowest frequency. Also, in terms of academic level, most parents had diploma and below-diploma education (48%), and the fewest of them had a master's degree or higher (16%). In order to conduct the research, by a recommendation letter from the university for conducting a research work, the necessary coordination was made with the relevant units of the Ministry of Education of the studied cities. With coordination, the questionnaires were provided to the parents through their children and The ethical codes were also considered with the informed consent of the parents. In addition, it was ensured that students' information would remain confidential. Data obtained from the questionnaires were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, central tendency and dispersion index) and chi-square in SPSS-16 software.

Results

The results of this study are based on the data collected from a sample of 843 people (408 boys) and (435 girls) of primary school students in Golestan province from three cities of Gorgan, Gonbad and Bandar Gaz. The percentage and chi-square of the studied groups are as follows: Findings showed that there were statistically significant difference between girls and boys in Golestan province regarding attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (the inattentive type) (girl 0.68%, boy 3.43%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 7.377$), regarding ADHD (the hyperactive-impulsive type) (girl 3.21%, boy 7.10%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 5.686$), ADHD (the combination type) (girl 1.37%, boy 3.18%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 2.706$), oppositional defiant disorder (ODD; girl 5.5%, boy 8.82%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 3.792$), conduct disorder (CD; girl 1.60%, boy 5.88%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 9.876$), generalized anxiety disorder (GAD; girl 4.36%, boy 3.67%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.460$), specific phobia disorder (girl 20.68%, boy 26.22%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 2.193$), obsessive thoughts disorder (girl 23.21%, boy 16.91%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.101$), motor tics disorder (girl 1.60%, boy 0.49%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 2.771$), vocal tics disorder (girl 1.37%, boy 2.20%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 0.638$), autism spectrum disorder (ASD; girl 2.06%, boy 1.22%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 1.132$), separation anxiety disorder (girl 15.63%, boy 9.80%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 8.238$), enuresis disorder (girl, 2.75%, boy 0.98%, $P < 0.01$, $\chi^2 = 4.022$), and urinary and fecal incontinence (girl 1.14%, boy 0.49%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.962$). But in the prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD; girl 22.03%, boy 21.07%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.055$), post-traumatic stress disorder (PTSD; 19.77% girl, 21.07% boy, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.004$), schizophrenia (girl 2.29%, boy 2.45%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.000$), major depressive disorder (girl 0.22%, boy 0.24%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.343$), mood disorder (girl 28.96%, boy 29.41%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.152$), Asperger's disorder (girl 6.86%, boy 7.84%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.327$), social phobia disorder (girl 4.59%, boy 4.90%, $P < 0.05$, $\chi^2 = 0.001$), no significant difference was found between the female and male children in Golestan Province ($p > 0/05$).

Conclusion

The results showed that the most prevalent mental disorder in the studied children is mild mood disorders, and major depressive disorder has the least prevalence. Furthermore, results showed that ADHD (the inattentive type), ADHD (hyperactive-impulsive type), ADHD (combination type), ODD, CD, specific phobia disorder, obsessive thoughts, motor tics disorder, vocal tics disorder, ASD, separation anxiety disorder, enuresis disorder, and urinary and fecal incontinence differed significantly between both genders (male and female), which is in line with the results of the studies of Arman et al. (2), Hosssain et al. (6), and Mullick and Islam (8). But in the rate of GAD, obsessive disorder, PTSD, schizophrenia, major depression, mild mood disorder, Asperger's and social phobia disorder, no significant different was observed between male and female children, in line with the results of the study of Haghbin et al (3). It seems that environmental and regional conditions like existence of different ethnic groups, unfavorable economic and social conditions and emotional atmosphere of family are the most important factors in occurrence and prevalence of mental disorders in children in Golestan province. Lack of high generalizability due to spatial and temporal limitations, addressing a specific age range and lack of control over some variables were also among the limitations

of this study. We suggest future researchers to pay attention to the family context, and educational and cultural issues; physical and social health, effective education, avoiding any punitive behavior and transmitting and establishing correct behavioral concepts also should be considered.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is extracted from the intra-organizational research proposal approved in the 53rd session of the Research and Technology Council dated 2011/11/1 with a final approval for the completed research project in the 110th session of the Research and Technology Council at Golestan University dated 2015/2/2.

Funding: No financial support has been received from any organization or individual.

Authors' contribution: In this research, the author was the coordinator of the project.

Conflict of interest: This study does not conflict with the financial and professional interests of any individual or organization.

Acknowledgments: The author of the article considers it necessary to appreciate all the esteemed officials of Golestan University, Department of Education of Golestan Province, students and their families and all the colleagues and students who had the necessary cooperation in the process of implementing and completing the project.

مقاله پژوهشی

شیوع اختلالات روانی در دانش آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان در سال ۱۳۹۳

مهناز بابائی*

۱. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران

مشخصات مقاله	چکیده
کلیدواژه‌ها: شیوع، اختلالات روانی، دانش آموزان، مقطع ابتدایی	زمینه و هدف: خطر ابتلاء به اختلال روانی در هر زمان و مکان برای انسان وجود دارد، از این رو شناخت این اختلالات و میزان شیوع و بروز آنها بسیار لازم به نظر می‌رسد و پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلالات روانی در دانش آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان انجام شده است. روش: روش پژوهش توصیفی مقطعی است و جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی استان گلستان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. همچنین حجم نمونه ۸۴۳ دانش آموز از جامعه مذکور بوده است که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. جهت جمع‌آوری داده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (اسپیرافکین و همکاران، ۲۰۰۲) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و آزمون مجذور کا انجام شد. یافته‌ها: نتایج به‌دست آمده نشان داد شایع‌ترین اختلال در دانش آموزان مورد مطالعه، اختلال خلقی خفیف (۲۹ درصد) است و اختلال افسردگی شدید (۰/۳ درصد) کمترین میزان شیوع را دارد. همچنین در میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (از سه ریخت غلبه بر نارسایی توجه، غلبه بر فزون‌کنشی، و ترکیبی)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری، ترس مرضی خاص، افکار وسواسی، تیک حرکتی، تیک صوتی، درخودماندگی، اضطراب جدایی، بی‌اختیاری ادرار و دفع بین دو جنس (پسر و دختر) تفاوت معنادار وجود دارد (۰/۰۱ < p)، اما در میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر، اعمال وسواسی، تنیدگی پس از سانحه، اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، اختلال خلقی خفیف، آسپرگر، و اختلال ترس مرضی اجتماعی بین کودکان دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده نشده است (۰/۰۵ > p). نتیجه‌گیری: اختلالات روانی، از جمله اختلال خلقی خفیف در دانش آموزان ابتدایی استان گلستان شیوع بالایی دارد و عوامل محیطی مانند وجود اقوام مختلف، شرایط اقتصادی و اجتماعی و جو عاطفی خانواده در بروز اختلالات روانی کودکان این منطقه نقش مهمی دارند.
دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۴/۱۳	
پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۷/۱۵	
منتشر شده: ۱۴۰۰/۰۹/۱۸	

* نویسنده مسئول: مهناز بابائی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران

رایانامه: Dr.mbabaei2@gmail.com

تلفن: ۰۱۷-۳۲۳۰۴۰۰۱

مقدمه

بر اساس تعریف ارایه شده از سوی سازمان سلامت جهانی، سلامتی مفهومی چندبعدی بوده و اهمیت جنبه‌های روانی و اجتماعی آن کمتر از بعد جسمی نیست (۱) و توجه به سلامت جسمی و روانی کودکان به عنوان سرمایه‌های بالقوه جامعه، بسیار حائز اهمیت است (۲). دوره کودکی به عنوان مرحله حیاتی و مهم شناخته شده است که پایه‌های شخصیتی بزرگسالی را شکل می‌دهد و اغلب اختلالات و مشکلات رفتاری، ناشی از نادیده گرفتن دوران حساس کودکی و عدم راهنمایی درست در روند تحول آن است (۳). بیماری‌های روانی کودکان با توجه به احتمال باقی ماندن تا بزرگسالی و طولانی بودن دوره آنها در صورت شیوع، اهمیت ویژه‌ای دارند (۴) و پیامدهای مخرب حاصل از اختلالات روانی^۱ کودکان در ابعاد گوناگون همانند تحول نابهنجار برخی از کارکردهای جسمی و روانی، و افت تحصیلی غیرقابل انکار است.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده درباره همه‌گیرشناسی^۲ اختلالات روانی در کودکان خارج و داخل کشور ایران نشان‌دهنده آن است که میزان شیوع اختلالات روانی در کودکان رو به افزایش است. کاتچر، همپتون و ویلسون (۵) معتقدند اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان، شایع و خدمات برای آنها بسیار کم است. از مجموع ۲۳ بررسی انجام شده یافته‌ها نشان داد اختلالات روانی از جمله افسردگی^۳، اختلالات اضطرابی^۴، اختلالات خلقی^۵، خودکشی^۶، اسکیزوفرنی^۷، اختلالات سوء مصرف مواد^۸، اختلالات عصبی-تحولی^۹، دمانس^{۱۰} و سایر مشکلات بهداشت روانی، شیوع بالایی در کودکان دارند و دخترها بیشتر به اختلالات هیجانی^{۱۱} و پسرها بیشتر به اختلالات رفتاری^{۱۲} مبتلا هستند (۸-۶). اسرینت، کنداسمی و گولار (۹) معتقدند کودکان و نوجوانان به طور معناداری مشکلاتی در زمینه سلامت روانی دارند، نیازهای آنها زیاد، اما منابع سلامت روان‌شان بسیار محدود است و بررسی ۸ تا ۱۲ ماهه آنها در

۵۱ کشور آسیایی نشان داد شیوع اختلالات روانی در کودکان، ۱۰ تا ۲۰ درصد است. همچنین میریکانگاس، پینگ، بوراستین، اسونسون و اونه ولی (۱۰)، در بررسی شیوع اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان آمریکا، ۳۰۴۲ شرکت‌کننده ۸-۱۵ ساله را در ۱۲ ماه بررسی کردند و بر اساس پنجمین ویرایش ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۱۳} نشان دادند که ۸/۶ درصد کودکان، دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^{۱۴}، ۳/۷ درصد اختلالات خلقی، ۲/۱ درصد اختلال رفتار هنجاری^{۱۵}، ۰/۷ اختلال هراس^{۱۶} یا اختلال اضطراب فراگیر^{۱۷} و ۰/۱ درصد از اختلال خوردن رنج می‌برند. پسرها ۱/۲ درصد بیشتر از دخترها به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی مبتلا بودند و دخترها در مقایسه با پسرها اختلالات خلقی بیشتری از خود نشان دادند و تفاوت معناداری در شیوع اختلال اضطرابی و اختلال رفتار هنجاری بین دو جنس مشاهده نشد. نتایج حاصل از دیگر پژوهش‌ها نیز حاکی از تنوع و افزایش اختلالات روانی در کودکان است. برای مثال ایراسکینی و همکاران (۱۱) در کودکان سنین ۱۷-۵ سال، فراوانی اختلال رفتار هنجاری را ۵ درصد، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۵/۵ درصد، اختلال طیف اوتیسم^{۱۸} ۱۶/۱ درصد، افسردگی ۶/۲ درصد، اختلال خوردن^{۱۹} ۴/۴ درصد، و اضطراب را ۳/۲ درصد گزارش کردند. در پژوهش باریکن و همکاران (۱۲) نیز اضطراب ۵/۲ درصد، نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۳/۷ درصد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^{۲۰} ۳/۳ درصد، مصرف مواد ۳/۳ درصد، اختلال رفتار هنجاری^{۲۱} ۱/۳ درصد، و افسردگی ۱/۳ درصد از شایع‌ترین اختلالات روانی مشاهده شده در شرکت‌کنندگان بود. همچنین نتایج پژوهش کوسی منسا، دونیر، وی ماکور، اوژینت وی و اوینگ بودوم (۱۳) نشان داد که شیوع اختلالات روانی در کودکان، ۷/۲۵ درصد است. در ایران حقی‌بین (۳) شیوع کلی اختلالات روانپزشکی بین کودکان را ۱۶/۳ درصد؛ آرمان و همکاران، اختلالات روانپزشکی در کودکان و

12. Behavioral disorders
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
14. Attention Deficit / Hyperactivity disorder
15. Conduct disorder
16. Panic disorder
17. Generalized anxiety
18. Autism spectrum disorder
19. Eating disorder
20. Oppositional defiant disorder
21. Conduct disorder

1. Mental disorders
2. Epidemiology
3. Depression
4. Anxiety disorders
5. Mood disorders
6. Suicide
7. Schizophrenia
8. Substance abuse disorders
9. Neurodevelopmental disorders
10. Dementia
11. Emotional disorders

نوجوانان استان اصفهان را ۱۴/۸ درصد (۲)؛ و جلیلیان و همکاران، اختلالات رفتاری و روانی را در نمونه مورد مطالعه ۱۶/۱ درصد و میزان شیوع اختلالات روانی در پسران را بیشتر از دختران گزارش کردند (۱۴). میزان شیوع اختلالات روانی در کودکان در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما رو به افزایش است. شاید بتوان دلیل این افزایش را تا اندازه‌ای به رشد روزافزون جمعیت، دگرگونی‌ها و حوادث اجتماعی و فرهنگی، گسترش شهرنشینی، زندگی در خانواده‌های ناکارآمد و مشکلات اقتصادی نسبت داد. کودکان و نوجوانان در طی مراحل تحولی، تغییرات سریعی دارند و عوامل خطرآفرین مانند محرومیت روانی، اجتماعی، و عوامل ناکارآمدی خانواده ممکن است آنها را در مسیری قرار دهد که متفاوت از مسیر تحول بهنجار باشد (۳). لسین اسکینی و همکاران (۱۵) معتقدند عوامل خطرآفرین بالقوه به خصوصیات فردی کودک (جنسیت، ضعف سلامت عمومی، و تجارب تنش‌آور در زندگی) خانواده (خانواده مجرد، شیوه والدگری، جو نامساعد خانواده، و مشکلات انضباطی)، نگرانی‌های مربوط به استفاده از تلویزیون یا رایانه مربوط می‌شود. در این مورد می‌توان به نتایج مطالعه داگودورج و همکاران (۱۶) در کودکان سنین مدرسه بین سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۶ در مغولستان اشاره کرد. ۱۰۶۴ کودک و مادر در این پژوهش شرکت داشتند. یافته‌ها نشان داد ۹/۵ درصد کودکان به لحاظ رفتاری، نابهنجار عمل می‌کنند. همچنین بین علائم افسردگی، سیگار کشیدن اعضای خانواده و مصرف الکل مادر با بروز مشکلات روان‌شناختی کودکان همبستگی وجود داشت. در تأیید دگرگونی‌های اجتماعی به عنوان عامل تشدیدکننده شیوع اختلالات روانی در کودکان می‌توان به نتایج مطالعه ما و همکاران (۱۷) در بررسی شیوع اختلالات روانی در کودکان، در دو کشور چین و ترکیه در دوره پاندمی کرونا اشاره کرد. افسردگی ۲۹ درصد، اضطراب ۲۶ درصد، اختلالات خواب ۴۴ درصد، و اختلال تنیدگی پس از سانحه ۴۸ درصد در گروه مطالعه گزارش شده است.

پژوهش‌های انجام شده تأثیر عوامل اقتصادی، فقر و محرومیت را در افزایش شیوع اختلالات روانی در کودکان تأیید کردند. از جمله ابل، هپ، اسویفت، پارسی و اشکوروفت (۱۸) در مطالعه‌ای ضمن استخراج

اطلاعات مربوط به تشخیص، علائم و درمان اختلالات روانی در کودکان، در مناطق محروم، شیوع اختلالات روانی در کودکان را بیشتر گزارش کردند. همچنین فکادو، الیم و هاگلف (۱۹) در مطالعه شیوع مشکلات سلامت روانی در کودکان کار ۱۵-۵ ساله اتیوپی نشان دادند اختلالات خلقی، اضطرابی، هیجانی، و رفتاری در کودکان کار نسبت به کودکان گروه‌های دیگر، بیشتر است. ایزلیتا و همکاران (۲۰) نیز شیوع اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان مناطق فقیرنشین اسپانیا را بر اساس مصاحبه تشخیصی و کارکردی در جمعیت ۱۳-۹ ساله، ۳۰ تا ۶۰ درصد برای کودکان و برای نوجوانان ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش کردند.

به نظر می‌رسد یکی دیگر از دلایل افزایش اختلالات روانی کودکان در جهان، مهاجرت و مشکلات ناشی از آن باشد. تفاوت‌های قومی در کشور میزبان، سبب بروز افزایش اختلالات روان‌پزشکی در میان مهاجران و پناهندگان می‌شود. همچنین مهاجران و پناهندگان در کشورهای میزبان، اغلب از خدمات چشمگیری در زمینه بهداشت روانی برخوردار نیستند؛ در نتیجه شیوع اختلالات روانی در این کودکان بالا است. شواهد مطالعه بران سارد و همکاران (۲۱) در بررسی شیوع اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان پناهجو، بیانگر وجود اختلال رفتار هنجاری ۲۰ درصد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۱۲ درصد، نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۱۱ درصد، اختلال اضطرابی و افسردگی ۱۸ درصد، و تنیدگی پس از سانحه ۱۱ درصد بوده است. مصداق پژوهشی دیگر در مورد کودکان پناهنده و پناهجو، یافته‌های کی ان، سومر، فایوستمن، اسپچنیدر و کرکزال (۲۲) است که اختلال تنیدگی پس از سانحه ۱۹ تا ۵۲ درصد، افسردگی بین ۱۰/۳ تا ۳۲/۸ درصد، اختلالات اضطرابی بین ۸/۷ تا ۳۱/۶ درصد، و مشکلات رفتاری و هیجانی بین ۱۹/۸ تا ۳۵ درصد از جمله اختلالات شایع گزارش شده است. بلک موری و همکاران (۲۳) نیز از جمله پژوهشگران دیگری بودند که اختلالات روانی ۷۷۹ کودک و نوجوان پناهجو در ۵ کشور را مورد بررسی و نشان دادند که تنیدگی پس از سانحه ۲۲/۷۱ درصد، افسردگی ۱۳/۸۱ درصد، اختلال اضطرابی ۱۵/۷۷ درصد، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۸/۶ درصد، و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۱/۶۹ درصد در کودکان شرکت‌کننده در پژوهش، شیوع دارد. به طور کلی شواهد اغلب پژوهش‌ها حاکی از آن است که

اختلالات روانی در کودکان در طبقه اقتصادی و اجتماعی پایین، در بین افراد فاقد پیوندهای اجتماعی مناسب و در بین خانواده‌های آشفته، شایع‌تر است (۲۴-۲۶). سلامت روان کودک و بهزیستی روان‌شناختی وی از الزامات تعالی و ارتقای انسان بوده و مورد توجه جامعه کنونی است. کودک نیز مانند افراد بزرگسال به دلیل عوامل پیچیده ژنتیکی، اکتسابی، تربیتی، روانی و نظایر آن ممکن است دچار اختلال‌های روانی شود (۲۷). در واقع داشتن آمادگی ارثی و محیط اولیه کودک تأثیر متقابلی در شکل‌گیری اختلالات روانی در کودکان دارند (۲۹ و ۲۸).

بررسی مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان، همواره مورد توجه روان‌شناسان بوده است. حل مشکلات این گروه‌های سنی نه تنها جنبه درمانی دارد، که نوعی پیشگیری محسوب می‌شود؛ زیرا آگاهی از میزان تنوع این اختلالات می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها برای برنامه‌های مداخله‌ای مفید باشد (۳۰). با توجه به اولویت اقدامات پیشگیرانه، اطلاع و شناخت از مشکلات و اختلالات شایع در بین کودکان، مستلزم ارزیابی نوع و میزان اختلالات روانی است، چه در غیر این صورت اقدامات انجام شده نتیجه مطلوب را در بر نخواهد داشت. برای پی بردن به این مسئله، انجام مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی می‌تواند در یافتن عوامل بیماری‌ها، برنامه‌ریزی مناسب و توزیع عادلانه امکانات و ایجاد مراکز بهداشت روانی و خدمات درمانی و ملاحظات بعدی مؤثر باشد. مطابق با نتایج نظام‌مند و فراتحلیل‌های انجام شده، شیوع بالایی از اختلالات رفتاری و روانی در کودکان گزارش شد که نشان می‌دهد جمعیت قابل‌ملاحظه‌ای از کودکان در کشور ایران نیازمند توجه و حمایت بیشتر و مؤثر در زمینه بهداشت روان و سیاست‌گذاری سلامت کارآمد از طرف سیاست‌گذاران سلامت هستند (۳۱). بنابراین در استان گلستان به جهت فقدان پژوهشی جامع درباره شیوع‌شناسی اختلالات روانی در کودکان و آسیب‌پذیری این قشر عظیم به جهت تنوع اقوام، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، این مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش این پژوهش توصیفی مقطعی است. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ است. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای و بدین شرح انجام شد. از مناطق جغرافیایی سه گانه استان گلستان (شرق، غرب، مرکز) ۳ شهر گنبد، گرگان، و بندرگز انتخاب شدند. از هر شهر ۴ مدرسه ابتدایی (دخترانه و پسرانه) و از هر مدرسه ۶ کلاس انتخاب شدند. بندرگز ۲۶۲ نفر (۱۲۹ پسر و ۱۳۳ دختر)، گنبد ۲۴۷ نفر (۱۱۹ پسر و ۱۲۸ دختر) و گرگان ۳۳۴ نفر (۱۶۰ پسر و ۱۷۴ دختر). حجم نمونه با توجه به جامعه آماری (حدود ۵۱ هزار نفر) بر اساس فرمول کوکران ۸۴۳ نفر بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها و برای تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در کودکان از فرم والدین پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی استفاده شد. لازم به ذکر است شرایط ورود به مطالعه شامل رضایت کادر اداری و مربیان، والدین و دانش‌آموزان، برخورداری دانش‌آموزان از هوش بهنجار؛ و شرط خروج از مطالعه شامل عدم پاسخ‌گویی یا تکمیل ناقص والدین به پرسشنامه بود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان دانش‌آموز در این پژوهش ۷ تا ۱۱ سال و سن والدین آنها در دامنه ۲۵ تا ۵۰ سال بود. دامنه سنی والدین ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۷ درصد) دارای بیشترین فراوانی و دامنه سنی ۳۰ تا ۲۵ (۱۹ درصد) دارای کمترین فراوانی بود. همچنین به لحاظ سطح تحصیلات، بیشتر والدین دارای تحصیلات در سطح دیپلم و زیر دیپلم (۴۸ درصد) و کمترین آنها دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر (۱۶ درصد) بودند. لازم به ذکر است اجرای این پژوهش فقط در جامعه شهری انجام شد.

ب) ابزار: پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان از ابزارهای غربالگری رایج برای شایع‌ترین انواع اختلالات روانپزشکی در کودکان است که گویه‌های آن براساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپیرافکین، لانی، یونیتات و گادو را اسپیرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی

سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه شد و بعدها به دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷، نسخه بعدی این پرسشنامه نیز تدوین شد. سپس بر اساس ویرایش چهارم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها در سال ۱۹۹۴ و انتشار ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، پرسشنامه علائم مرضی کودکان با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش این پرسشنامه دارای دو فرم والدین و معلمان است که در مقایسه با مقیاس‌ها و شیوه‌های دیگر، کارآمدی خود را نشان داده است و همچنین عبارات آن نیز بسیار ساده و قابل فهم است.

در پژوهش حاضر از فرم والدین این پرسشنامه استفاده شده است که دارای ۹۷ گویه است. دو شیوه نمره‌گذاری برای این پرسشنامه طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی. در روش غربال‌کننده، شیوه نمره‌گذاری با جمع کردن تعداد گویه‌هایی که با گزینه‌های گاهی/اوقات و بیشتر/اوقات، پاسخ داده شدند به دست می‌آید. در روش نمره‌گذاری شدت علامت، گزینه‌های هیچ‌گاه، به‌ندرت، گاهی/اوقات، و بیشتر/اوقات به ترتیب با کدهای ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند که از حاصل جمع نمرات گویه‌ها، نمره شدت علامت به دست می‌آید (۳۲).

پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی آن محاسبه شده است. در پژوهشی که توسط اسپرافکین و همکاران (۳۳) انجام شد اعتبار همسانی درونی رضایت‌بخش، اعتبار بازآزمایی و همچنین ثبات در طول دوره ۴ ساله، تأیید شده است. پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با چک‌لیست رفتار کودک^۱ و مصاحبه تشخیصی کودکان، همبستگی مثبت نشان داد که حاکی از روایی همگرا است. همچنین همبستگی منفی این پرسشنامه با فرم اصلاحی والدین، روایی واگرایی آن را تأیید کرد (۳۳). مطالعه‌ای توسط دوین سنت و گادو برای مقایسه سه نشانگان مجزا بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان انجام شد. محاسبه نقطه برش برای تمایز کودکان با اختلال طیف اتیسم از کودکان با اختلال نارسایی توجه/

فزون‌کنشی، حساسیت، ویژگی، قدرت پیش‌بینی مثبت از خوب تا عالی نشان داده شدند. همچنین نقطه برش فرم والدین به فرم معلم، برتری داشت (۳۴). در ایران، روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در پژوهش محمد اسماعیل و علی‌پور (۳۵) مورد تأیید ۹ نفر از روانپزشکان قرار گرفته است. همچنین در این بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شامل اعتبار و روایی آزمون مورد بررسی قرار گرفت و همبستگی درونی مقیاس‌ها از طریق آلفای کرونباخ به‌دست آمد که این میزان برای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی از نوع غلبه بر نوع فزون‌کنشی (۰/۷۶)، نوع نارسایی توجه (۰/۷۶)، نوع ترکیبی (۰/۸۱)، نافرمانی مقابله‌ای (۰/۶۷)، اختلال رفتار هنجاری (۰/۷۱)، اختلال درخودماندگی (۰/۶۱) و اختلال آسپرگر (۰/۶۴) برآورد شد و روایی وابسته به ملاک، روایی وابسته به محتوا، و روایی تفکیکی (گروه بهنجار و بالینی) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از اعتبار و روایی مناسب ابزار بود (۳۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ به‌دست آمد که حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه است.

ج) روش اجرا: این پژوهش با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه گلستان مبنی بر انجام یک طرح پژوهشی آغاز شد و سپس هماهنگی‌های لازم با واحدهای مربوطه ادارات آموزش و پرورش شهرهای مورد مطالعه به عمل آمد. ۴ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد روان‌شناسی به مدارس منتخب مراجعه کرده و بعد از تبیین و توضیح در مورد فرایند مطالعه برای مسئولان مدارس و با هماهنگی آنها، پرسشنامه‌ها از طریق فرزندان در اختیار والدین قرار گرفت و با رضایت و توضیح کامل تمامی جوانب این مطالعه، پرسشنامه مورد نظر توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل شد. همچنین اطمینان داده شد که اطلاعات دانش‌آموزان کاملاً محرمانه خواهد ماند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و مجذور کا با نرم‌افزار SPSS-16 تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از این پژوهش حاصل اطلاعات جمع‌آوری شده از نمونه ۸۴۳ نفری (۴۰۸ پسر) و (۴۳۵ دختر) از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان از سه شهر گرگان، گنبد و بندرگز است. درصد و مجذور کای گروه‌های مورد مطالعه بدین شرح است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین کودکان دختر و پسر استان گلستان در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نوع نارسایی توجه (دختر ۰/۶۸ درصد، پسر ۳/۴۳ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۷/۳۷۷$)، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نوع فزون‌کنشی (دختر ۳/۲۱ درصد، پسر ۷/۱۰ درصد، $P < ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۵/۶۸۶$)، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نوع مرکب (دختر ۱/۳۷ درصد، پسر ۳/۱۸ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۲/۷۰۶$)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (دختر ۵/۰۵ درصد، پسر ۸/۸۲ درصد، $P < ۰/۰۵$)، اختلال رفتار هنجاری (دختر ۱/۶۰ درصد، پسر ۵/۸۸ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۹/۸۷۶$)، اختلال اضطراب فراگیر (دختر ۴/۳۶ درصد، پسر ۳/۶۷ درصد، $P < ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۴۶۰$)، اختلال ترس مرضی خاص (دختر ۲۰/۶۸ درصد، پسر ۲۶/۲۲ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۲/۱۹۳$)، اختلال افکار وسواسی (دختر ۲۳/۲۱ درصد، پسر ۱۶/۹۱ درصد، $P < ۰/۰۵$)،

$\chi^2 = ۰/۱۰۱$)، اختلال تیک حرکتی (دختر ۱/۶۰ درصد، پسر ۰/۴۹۲ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۲/۷۷۱$)، اختلال تیک صوتی (دختر ۱/۳۷ درصد، پسر ۲/۲۰ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۰/۶۳۸$)، اختلال اوتیسم (دختر ۲/۰۶ درصد، پسر ۱/۲۲ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۱/۱۳۲$)، اختلال اضطراب جدایی (دختر ۱۵/۶۳ درصد، پسر ۹/۸۰ درصد، $P < ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۸/۲۳۸$)، اختلال شب‌اداری (دختر ۲/۷۵ درصد، پسر ۰/۹۸ درصد، $P < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۴/۰۲۲$) و اختلال بی‌اختیاری ادرار و دفع (دختر ۱/۱۴ درصد، پسر ۰/۴۹ درصد، $P < ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۹۶۲$) تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود دارد؛ اما در اختلال اعمال وسواسی (دختر ۲۲/۰۳ درصد، پسر ۲۱/۰۷ درصد، $P > ۰/۰۵$)، اختلال تنیدگی بعد از سانحه (دختر ۱۹/۷۷ درصد، پسر ۲۱/۰۷ درصد، $P > ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۰۰۴$)، اختلال اسکیزوفرنی (دختر ۲/۲۹ درصد، پسر ۲/۴۵ درصد، $P > ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۰۰۰$)، اختلال افسردگی شدید (دختر ۰/۲۲ درصد، پسر ۰/۲۴ درصد، $P > ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۳۴۳$)، اختلال خلقی (دختر ۲۸/۹۶ درصد، پسر ۲۹/۴۱ درصد، $P > ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۱۵۲$)، اختلال آسیب‌گر (دختر ۶/۸۶ درصد، پسر ۷/۸۴ درصد، $P > ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۳۲۷$)، اختلال ترس مرضی اجتماعی (دختر ۴/۵۹ درصد، پسر ۴/۹۰ درصد، $P > ۰/۰۵$ ، $\chi^2 = ۰/۰۰۱$)، تفاوت معناداری بین کودکان دختر و پسر استان گلستان مشاهده نشده است.

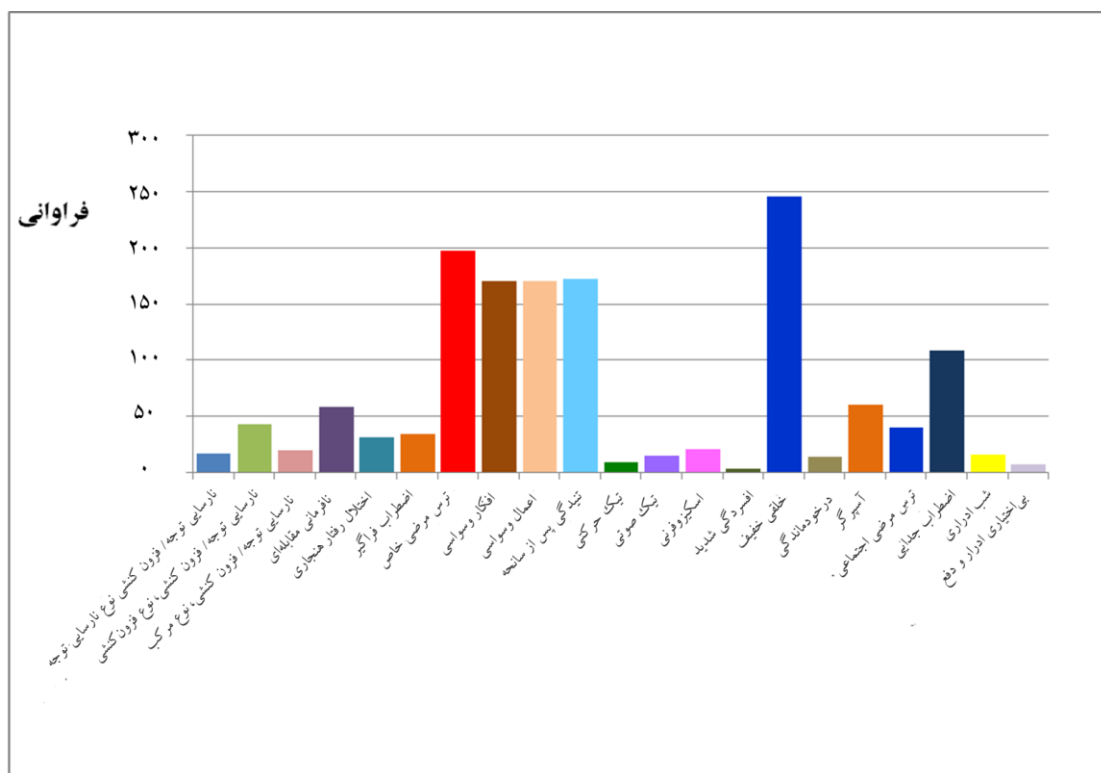
جدول ۱: داده‌های توصیفی شیوع اختلالات روانی در گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک جنس

نوع اختلال	جنس	بدون اختلال		دارای اختلال		نوع اختلال	جنس	بدون اختلال		دارای اختلال	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد			فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی / نوع نارسایی توجه	پسر	۳۹۴	۹۶/۵۶	۱۴	۳/۴۳	اختلال تیک صوتی	پسر	۳۹۹	۹۷/۷۹	۹	۲/۲۰
	دختر	۴۳۲	۹۹/۳۱	۳	۰/۶۸		دختر	۴۲۹	۹۸/۶۲	۶	۱/۳۷
اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی / نوع فزون‌کنشی	پسر	۳۷۹	۹۲/۸۹	۲۹	۷/۱۰	اختلال اسکیزوفرنی	پسر	۳۹۸	۹۷/۵۴	۱۰	۲/۴۵
	دختر	۴۲۱	۹۶/۷۸	۱۴	۳/۲۱		دختر	۴۲۵	۹۷/۷۰	۱۰	۲/۲۹
اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی / نوع مرکب	پسر	۳۹۵	۹۶/۸۱	۱۳	۳/۱۸	اختلال افسردگی شدید	پسر	۴۰۷	۹۹/۷۵	۱	۰/۲۴
	دختر	۴۲۹	۹۸/۶۲	۶	۱/۳۷		دختر	۴۳۴	۹۹/۷۷	۱	۰/۲۲
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	پسر	۳۷۲	۹۱/۱۷	۳۶	۸/۸۲	اختلال خلقی خفیف	پسر	۲۸۸	۷۰/۵۸	۱۲۰	۲۹/۴۱
	دختر	۴۱۳	۹۴/۹۴	۲۲	۵/۰۵		دختر	۳۰۹	۷۱/۰۳	۱۲۶	۲۸/۹۶
اختلال رفتار هنجاری	پسر	۳۸۴	۹۴/۱۱	۲۴	۵/۸۸	اختلال اوتیسم	پسر	۴۰۳	۹۸/۷۷	۵	۱/۲۲
	دختر	۴۲۸	۹۸/۳۹	۷	۱/۶۰		دختر	۴۲۶	۹۷/۹۳	۹	۲/۰۶
اختلال اضطراب فراگیر	پسر	۳۹۳	۹۶/۳۲	۱۵	۳/۶۷	اختلال آسیب‌گر	پسر	۳۷۶	۹۲/۱۵	۳۲	۷/۸۴
	دختر	۴۱۶	۹۵/۶۳	۱۹	۴/۳۶		دختر	۴۰۷	۹۳/۵۶	۲۸	۶/۸۶
اختلال ترس مرضی خاص	پسر	۳۰۱	۷۳/۷۷	۱۰۷	۲۶/۲۲	اختلال ترس مرضی اجتماعی	پسر	۳۸۸	۹۵/۰۹	۲۰	۴/۹۰
	دختر	۳۴۵	۷۹/۳۱	۹۰	۲۰/۶۸		دختر	۴۱۵	۹۵/۴۰	۲۰	۴/۵۹
اختلال افکار وسواسی	پسر	۳۳۹	۸۳/۰۸	۶۹	۱۶/۹۱	اختلال اضطراب جدایی	پسر	۳۶۸	۹۰/۱۹	۴۰	۹/۸۰

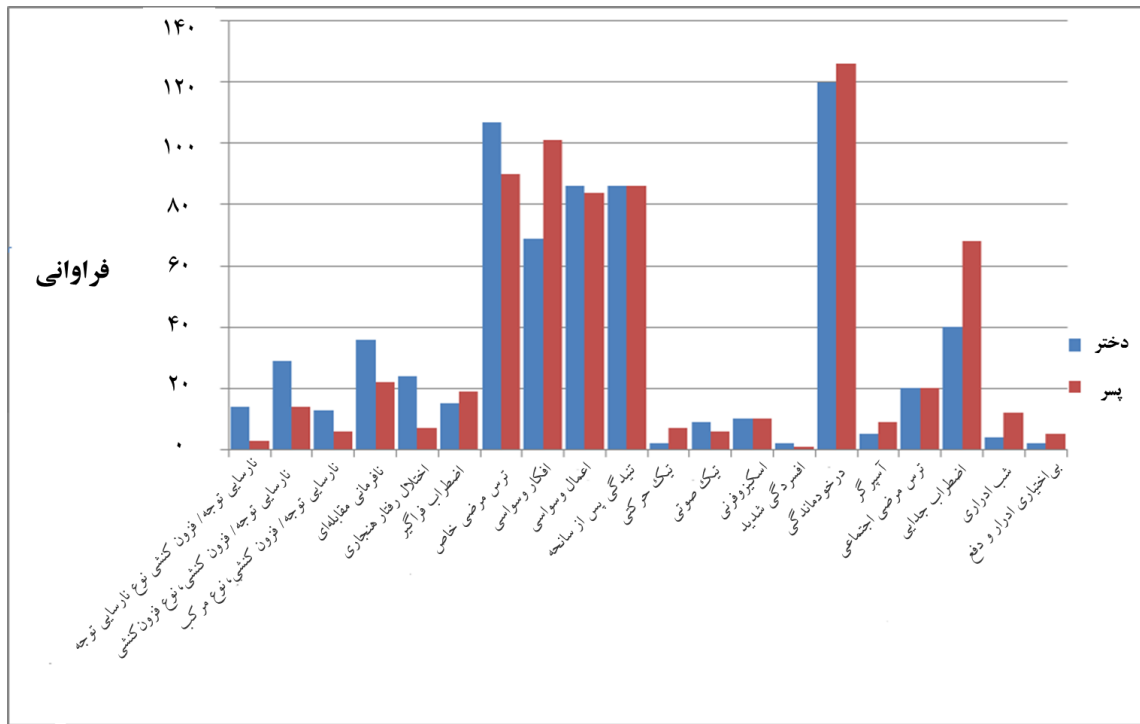
۱۵/۶۳	۶۸	۸۴/۳۶	۳۶۷	دختر	۲۳/۲۱	۱۰۱	۷۶/۷۸	۳۳۴	دختر	اختلال اعمال و سواسی
۰/۹۸	۴	۹۹/۰۱	۴۰۴	پسر	۲۱/۰۷	۸۶	۷۸/۹۲	۳۲۲	پسر	
۲/۷۵	۱۲	۹۷/۲۴	۴۲۳	دختر	۱۱/۰۳	۴۸	۸۸/۹۶	۳۸۷	دختر	
۰/۴۹	۲	۹۹/۵۰	۴۰۶	پسر	۲۱/۰۷	۸۶	۷۸/۹۲	۳۲۲	پسر	اختلال تنیدگی پس از سانحه
۱/۱۴	۵	۹۸/۸۵	۴۳۰	دختر	۱۹/۷۷	۸۶	۸۰/۲۲	۳۴۹	دختر	
					۴۹/۰	۲	۹۹/۵۰	۴۰۶	پسر	اختلال تیک حرکتی
					۱/۶۰	۷	۹۸/۳۹	۴۲۸	دختر	

استان گلستان به طور کلی و در نمودار ۲ فراوانی اختلالات روانی به تفکیک جنس نمایش داده شده است.

همان طور که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد بالاترین شیوع اختلال در کودکان پسر و دختر اختلال خلقی خفیف، و کمترین شیوع اختلال افسردگی شدید است. در نمودار ۱ فراوانی اختلالات روانی در کودکان



نمودار ۱: نمودار ستونی فراوانی اختلالات روانی در کودکان استان گلستان



نمودار ۲: نمودار ستونی فراوانی اختلالات روانی به تفکیک جنس در کودکان استان گلستان

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلالات روانی در دانش آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان بود. نتایج به دست آمده نشان داد که بالاترین میزان شیوع اختلال روانی در کودکان مورد مطالعه، مربوط به اختلال خلقی خفیف و کمترین میزان مربوط به افسردگی شدید است که با یافته‌های مرتبط با تنوع و شیوع اختلالات روانی در کودکان همانند نتایج پژوهش ما و همکاران (۱۷)، فکادو، الیم و هاگلف (۱۹)، ایزپلتا و همکاران (۲۰)، کی ان، سومر، فایوستمن، اسپنیدر و کرکزال (۲۲)، مولوی، محمدی، محمدی مقدم، خالقی و مصطفوی (۲۴) همسو است. همچنین نتایج بیانگر آن بود اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی نوع نارسایی توجه، نوع فزون کنشی، نوع مرکب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری، ترس مرضی خاص، افکار وسواسی، تیک حرکتی، تیک صوتی، درخودماندگی، اضطراب جدایی، شب ادراری و بی‌اختیاری ادرار و دفع در بین دو جنس (پسر و دختر) تفاوت معناداری دارد که با نتایج مطالعات آرمان و همکاران (۲)، مویللیک و ایسلام (۸)،

ایراسکینی و همکاران (۱۱)، همخوان است و اما در میزان ابتلا به اضطراب فراگیر، اعمال وسواسی، تندگی پس از سانحه، اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، اختلال خلقی خفیف، آسپرگر و اختلال ترس مرضی اجتماعی، بین کودکان دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده نشده است که با نتایج پژوهش حق‌بین و همکاران (۳) و میریکانگاس، پینگک، بوراستین، اسونسون و اونه ولی (۱۰) همسو است.

به طور معمول اختلال‌های روانی از لحاظ شکل بروز اختلال و ویژگی‌های رفتاری کودکان به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند. اولین گروه شامل اختلال‌های برون‌نمود^۱ است. این اختلال‌ها شامل مجموعه رفتارهای هستند که قابل مشاهده بوده و به سمت بیرون از وجود کودک متجلی می‌شوند؛ مانند فزون کنشی، پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای، عناد و لجبازی، و رفتارهای ضداجتماعی. گروه دوم شامل اختلال‌های درون‌نمود^۲ است، یعنی مجموعه رفتارهایی که قابل مشاهده نبوده و به سمت درون کودک هدایت شده‌اند؛ مانند اختلال اضطراب، افسردگی،

1. Externalizing disorders

2. Internalizing disorder

انزوا و گوشه‌گیری، هراس اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی، فویبای خاص، اختلال وسواسی - بی‌اختیاری، و اختلال اضطراب جدایی (۲۷). یافته‌ها حاکی از تنوع و شیوع بالای اختلالات روانی در کودکان استان گلستان است که به نظر می‌رسد عوامل متعددی در آن نقش داشته باشند که به برخی از آنها اشاره می‌شود. عوامل ژنتیکی از جمله عوامل اثرگذار در ابتلای کودکان به اختلالات روانی است؛ اما باید توجه داشت که عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل زمینه‌ساز عمل می‌کنند که فرد را مستعد ابتلا به اختلال می‌سازند و در نتیجه بروز این اختلال‌ها به دخالت عوامل محیطی و تربیتی بستگی دارد. عامل مهم دیگر جو عاطفی و عملکردی خانواده است. روش‌های تربیتی مانند مراقبت بیش از حد، عدم نظارت بر رفتار کودک و سهل‌انگاری تربیتی، وجود اضطراب در خانواده، مشاجرات مستمر و مشکلات خانوادگی، مرگ یا جدایی والدین به عنوان عوامل شناخته شده‌ای هستند که در بروز اختلال روانی در کودکان نقش مؤثر دارند (۲۸). والدین کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی به طور معناداری بیش از والدین کودکان بهنجار دچار اضطراب و افسردگی هستند؛ چرا که شیوه تعبیر و تفسیر والدین از محرک‌های محیطی، رویدادها و نظام عاطفی شناختی رفتاری و نوع نگرش آنها نسبت به جهان خارج، دیدگاهی را در کودکان ایجاد می‌کند که در شکل‌گیری اختلالات دارای اهمیت است (۲۹). اغلب کودکانی که از اختلالات روانی از جمله اختلال رفتاری و یا مقابله‌ای رنج می‌برند در بافت خانودگی، تربیتی، و فرهنگی ضعیفی به سر می‌برند. وجود رفتارهای نامناسب والدین، نداشتن ارتباط عاطفی صحیح، بی‌سوادی یا کم‌سوادی آنها، خشونت و تنبیه، پرجمعیت بودن برخی از خانواده‌ها، تعارض و جو عدم توافق، نظام قهرآلود خانوادگی و عواملی از این قبیل مواردی هستند که به عنوان یکی از عوامل مستعدساز در بروز اختلالات روانی در کودکان نقش دارند. علاوه بر این نقش عوامل اقتصادی و اجتماعی را نباید از نظر دور نگه داشت. برای مثال فقر و نابسامانی‌های اجتماعی، کودکان را در شرایط تربیتی خاصی قرار می‌دهد که تقریباً غیرممکن است که بتوانند یاد بگیرند چه چیزی ممنوع و چه چیزی ممکن است و چگونه انگیزه‌های سالم خود را توسعه دهند و به رشد ارزش‌هایشان پردازند و نیز برای چنین کودکانی غیرممکن است که

بتوانند در تعلیم و تربیت، موفق باشند و شایستگی‌های لازم و ضروری را برای شرکت مؤثر در جامعه سرشار از فناوری به دست آورند (۲۷). در تبیین یافته‌های دیگر که با تفاوت در میزان و نوع اختلالات روانی در کودکان پسر و دختر مرتبط است می‌توان گفت، میزان شیوع بالای برخی از اختلالات رفتاری و روانی در پسران، نتیجه قابل انتظاری است. به طور کلی قبل از بلوغ، میزان شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیشتر از دختران است و پس از سن بلوغ این میزان تغییر کرده و شیوع اختلالات روانی در دختران بیشتر از پسران می‌شود. شایع‌ترین اختلال در پسران، فزون‌کنشی و اختلال رفتار هنجاری بوده، اما در دختران اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. برخی مشکلات موجود در تحول کودک و ترس‌های خاص کودکی، پس از مدتی از بین می‌روند؛ اما برخی دیگر از این اختلال‌ها، مانند اختلال رفتار هنجاری و فزون‌کنشی، ممکن است تداوم یابند. نوع اختلال بسته به سن ممکن است تغییر یابد. برای مثال اضطراب جدایی در دوره پیش‌دبستانی، در نوجوانی به هراس اجتماعی تبدیل می‌شود. این موضوع به نقش تعدیل‌کننده‌های مختلف محیطی موجود در زندگی کودک بستگی دارد (۲۷ و ۱۴).

سال‌ها است که روان‌شناسان در باب اینگونه گرفتاری‌ها مانند اختلالات روانی در کودکان در حال چاره‌اندیشی هستند و هدف مطالعات‌شان را یافتن طریقی برای آزادسازی کودکان از قیود و موانعی قرار داده‌اند که به صورت عادت‌ها و نگرش‌های نامطلوب راه تکامل طبیعی آنان را سد کرده است. از جمله مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادی برای پیشگیری از ابتلاء کودکان به اختلالات روانی به خصوص در استان گلستان، توجه به بافت خانوادگی، تربیتی و فرهنگی، ارائه الگوهای صحیح تربیتی و اصلاح شیوه‌های تربیتی نامناسب والدین، توجه به جایگاه فرهنگی و اجتماعی و رشد طبقه‌ای و جلوگیری از رشد حاشیه‌نشینی و تغییر سبک زندگی، توجه به سلامت جسمی و اجتماعی و آموزش‌های مؤثر، پرهیز از هرگونه رفتار تنبیهی، ارائه تقویت‌کننده‌های ملایم، ایجاد جوّ سرشار از اطمینان و بیان صمیمانه عقاید خود، احساس و کشف راه‌های جدید در زندگی، انتقال و تثبیت مفاهیم صحیح رفتاری است.

قابل ذکر است این پژوهش با محدودیت‌هایی همچون عدم تعمیم‌پذیری بالا به جهت مطالعه در مکان، زمان و دامنه سنی خاص، عدم

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاقی: این مقاله برگرفته از طرح تصویبی به شماره ۷۱/۲۱۲۵ درون سازمانی در پنجاه و سومین جلسه مورخ ۱۳۹۰/۹/۷ و با تاریخ تصویب نهایی طرح در صد و دهمین جلسه مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۱۱ شورای پژوهش و فناوری دانشگاه گلستان است.

حمایت مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه یا سازمانی انجام شده است. **نقش نویسنده:** در این پژوهش نویسنده مجری طرح پژوهشی بود.

تعارض منافع: این پژوهش با منافع مالی و حرفه‌ای هیچ فرد و سازمانی تعارض ندارد. **تشکر و قدرانی:** از تمامی عوامل و مسئولان محترم دانشگاه، آموزش و پرورش استان گلستان، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها و تمامی همکاران و دانشجویانی که در فرایند اجرا و تکمیل این طرح، همکاری لازم را داشتند صمیمانه تشکر می‌کنم.

کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر همانند وجود بیماری‌های جسمی، طبقات اقتصادی و اجتماعی خاص، و عدم استفاده از سایر ابزارهای تشخیصی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی در نمونه بزرگ‌تر و در قلمرو مکانی وسیع‌تر و گروه‌های سنی دیگر انجام شود و برای جمع‌آوری داده‌ها از سایر ابزارهای تشخیصی همانند مصاحبه‌های بالینی و تشخیص روانپزشک نیز استفاده شود. در سطح به‌کار بسته نیز پیشنهاد می‌شود از نتایج این مطالعه در برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه کوتاه‌مدت و بلندمدت از بروز و شیوع اختلال‌های روان‌شناختی در سطح استان گلستان استفاده شود.

References

- Hiradfar AA, Noorazar S Gh. Frequency of psychological disorders in under 15 years old children with thalassemia major and intermediate in Tabriz childrens hospital. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services, 2021; 42(6): 730-736. [Persian] [\[Link\]](#)
- Arman S, Mohammadi MR, Alavi SS, Khaleghi A, Ghaneian M, Atayi Maqsoodloie S, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in the population 6 to 18 years old Isfahan province in 2017. J Behav Sci, 2019; 17(1): 1-10. [Persian] [\[Link\]](#)
- Haghibin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Golmakani H, Kaviyani F, et al. Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of North Khorasan Province, Iran. JNKUMS. 2018; 10 (1) :117-127 . [Persian] [\[Link\]](#)
- Saberi H. The epidemiology of behavioral and effective disorders among the Primary- level student. Thought & Behavior In clinical psychology, 2008; 2(8):19-34. [Persian] [\[Link\]](#)
- Kutcher S, Hampton MJ, Wilson J. Child and Adolescent mental health policy and plans Canada: An Analytical Review. Can J Psychiatr. 2010; 55(2): 100-7. [\[Link\]](#)
- Hosssain MM, Purohit N, Sultana A, Ma P, Mckyer EL, Ahmad HU. Prevalence of mental disorders in south Asia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Asian J Psychiatr, 2020; 51: 102041. [\[Link\]](#)
- Caqueo-Urizar A, Flores J, Escobar C, Urzua A, Irarrazaval M. Psychiatric disorders in children and adolescents in a middle-income Latin American contry. BMC Psychiatry, 2020; 20(1): 104. [\[Link\]](#)
- Mullick MS, Islam M. The Prevalence of psychiatric disorders among 3-4 year olds in an urban sample in Bangladesh. Asian J of Psychiatr, 2020; 54, 102368. [\[Link\]](#)
- Srinath S, Kandasamy P, Golhar TS . Epidemiology of child and adolescent mental health disorders in Asia. Curr Opin Psychiatry. 2010; 23(4): 330-6. [\[Link\]](#)
- Merikangas KR, Pinghe J, Bursten M, Swanson SA, Avenevoli S. 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. [\[Link\]](#)
- Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA, Scott JG. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016; 26(4): 395-402. [\[Link\]](#)
- Barican JL, Yung D, Schwartz C, Zheng Y, Georgiades K, Waddell C. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2021; 2021;0:1-9. doi:10.1136/ebmental-2021-30027 [\[Link\]](#)
- Kusi mensah K, Donnir G, Wemakor S, Owusuantwi R, Omigbodun A. Prevalence and patterns of mental disorders among primary school age children in Ghana: Correlates with academic achievement. Journal of Child & Adolescent Mental Health. 2019; 31(3): 214-223. [\[Link\]](#)
- Jalilian F, Rakhshani F, Ahmadpanah M, Zinat Motlagh F, Moieni B, Moghimbeigi A et al . Prevalence of Behavioral Disorders and Its Associated Factors in Hamadan Primary School Students. Avicenna J Clin Med. 2013; 19 (4) :62-68 [Persian] [\[Link\]](#)
- Lesinskiene S, Girdzijauskiene S, Gintiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, Heiervang E. (2018). Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. BMC Public Health. 2018; 18: 548. [\[Link\]](#)
- Dagvadorj A, Corsi D, Sumya N, Muldoon K, We wen SH, Takehara K, et al. Prevalence and determinants of mental health problems among children in Mongolia; A population-based birth cohort. Glob Epidemiol. 2019; 1: 1-8. [\[Link\]](#)
- Ma L, Mazidi M, Lik L, Chen S, Kirwan R, Zhou H, Yan N. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2021; 18 (293): 78-89. [\[Link\]](#)
- Abel K, Hope H, Swift E, Parisi R, Ashcroft DM. Prevalence of maternal mental illness among children and adolescents in the uk between 2005 and 2017: a national retrospective cohort analysis. Lancet Public Health. 2019; 4 (6) :291-300. [\[Link\]](#)
- Fekadu D, Alem A, Hagglof BL. The prevalence of mental health problems in Ethiopian child laborers. J Child Psychol Psychiatry. 2006; 47(9):954-9. [\[Link\]](#)
- Ezpeleta L, Guillamon N, Granero R, Osa N , Domenech JM, Moya I. Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish Slum. Soc Sci Med. 2007;64(4): 842-9. [\[Link\]](#)
- Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Boyer L. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system : A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine. 2016; 6 95(7): 2622. [\[Link\]](#)
- Kien CH, Sommer I, Faustmann A, Schneider M, Krczal E. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019; 28(10): 1295-1310. [\[Link\]](#)
- Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasingha S, Fitzgerald G, et al. Systematic review and meta-analysis: the prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seeker. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020; 59(6): 705-714. [\[Link\]](#)
- Molavi P, Mohammadi MR, KHaleghi A, Nadr Mohammadi Moghadam M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ardabil Province: A Population-Based Study . J Ardabil Univ Med Sci. 2018; 18 (2) :240-251. [Persian] [\[Link\]](#)
- Ghobari-Bonab B, Parand A, Hossein Khanzadeh Firoozjah A, Movallali G, Nemati S. Prevalence of Children with

- Behavioral Disorders in Primary Schools in Tehran. JOEC. 2009; 9 (3) :223-238. [Persian] [\[Link\]](#)
26. Wong J, Bayliss DM, Fletcher J, Glauert R. Prevalence of childrens health disorders in survey data compared to population data: a comparison of two prospective cohorts. European Psychiatry. 2012; 28(1):1-5. [\[Link\]](#)
 27. Hamid N. Clinical child & adolescent psychopathology based on DSM-5. third edition. Tehran: Arjmand Publications; 2017. [Persian] [\[Link\]](#)
 28. Farrell LJ, Oar EL, Waters AM, McConnell H, Tiralongo E, Garbharran V, Ollendick T. Brief intensive CBT for pediatric OCD with Cognitive-therapy maintenance. J Anxiety Disord, 2016; 42: 85-94. [\[Link\]](#)
 29. Wiemer J, Pauli P. Fear-relevant illusory correlations in different fears and anxiety disorders: A review of the literature. J Anxiety of Disord, 2016; 42: 113-128. [\[Link\]](#)
 30. Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of Mashhad in 2009. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015; 17(3):247-53. [Persian] [\[Link\]](#)
 31. Mohammadi M, Vaisi Raiegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Abbasi P. Prevalence of Behavioral Disorders in Iranian Children. J Mazandaran Univ Med Sci. 2019; 28 (169) :181-191. [Persian] [\[Link\]](#)
 32. Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar AH, Dezhkam M. Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east iran (1996-1997). IJPCP. 1997; 3 (1 and 2) :40-52. [Persian] [\[Link\]](#)
 33. Sprafkin J, Gadow KD, Salisbury H, Schneider J, Loney J. Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. J Clin Child Adolesc Psychol. 2002;31(4):513-24. [\[Link\]](#)
 34. DeVincent CJ, Gadow KD. Relative clinical utility of three Child Symptom Inventory-4 scoring algorithms for differentiating children with autism spectrum disorder vs. attention-deficit hyperactivity disorder. 2009; 2(6):312-21. [\[Link\]](#)
 35. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A Preliminary Study on the Reliability, Validity and Cut Off Points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). JOEC. 2002; 2 (3) :239-254. [Persian] [\[Link\]](#)