میزان اختلالات همایند در دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶

فرشته شکیبایی[۱]، علیرضا ترکان[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی، بیماری بسیار شایع عصر حاضر است و شیوع آن در نوجوانان نیز بالا می‌باشد. این اختلال در تمامی سنین و همه نژادها، هم در زنان و هم در مردان ظاهر می‌شود. افسردگی که شامل اختلالات بالینی، اختلالات خلق و خوی و اختلالات عاطفی می‌شود، نوجوان را دچار آشفتگی فکری، آشفتگی عاطفی، اختلالات رفتاری و حتی بیماری‌های جسمانی می‌کند و نوجوان را مستعد ابتلا به اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات خلقی می‌نماید. همچنین، همایندی اختلال افسردگی، بیش فعالی و وابستگی به مواد شایع است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اختلالات همایند با افسردگی در نوجوانان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که به روش توصیفی صورت گرفت، ۱۶۰۶ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۶ سال مدارس راهنمایی پسرانه و دخترانه (دولتی و غیر انتفاعی) از کل نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۸۷-۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفتند و از بین آن‌ها، ۳۰۳ دانش‌آموز افسرده به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و به همین تعداد نیز دانش‌آموز غیر افسرده انتخاب شد. برای دانش‌آموزان هر دو گروه پرسش‌نامه Kiddie-SADs تکمیل گردید. جهت مقایسه میزان فراوانی اختلالات همایند در بین دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده پسر و دختر، از آزمون χ^2 استفاده گردید.

یافته‌ها: اختلال اضطراب جدایی (Separation anxiety disorder یا SAD)، اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder یا GAD)، اختلال وسواس فکری-عملی، هراس اجتماعی، آگورافوبیا، اختلال بیش فعالی- کم‌توجهی (Attention deficit hyperactivity disorder یا ADHD)، اختلال سلوک (Conduct disorder)، اختلال نافرمانی- مقابله‌ای و اختلال مانیا در بین دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی به طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزان غیر افسرده بود ($P < ۰/۰۰۵$). آزمون Fisher's exact نشان داد که فراوانی نسبی اختلال سوء مصرف مواد مخدر و اختلال استرس پس از سانحه در بین دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: به غیر از دو اختلال سوء مصرف مواد مخدر و استرس پس از سانحه، فراوانی نسبی سایر اختلالات همایند در دانش‌آموزان افسرده به طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزان غیر افسرده می‌باشد. به عبارت دیگر، بین افسردگی با این دسته از اختلالات همایند مورد بررسی ارتباط وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات همایند، افسردگی، دانش‌آموزان

ارجاع: شکیبایی فرشته، ترکان علیرضا. **میزان اختلالات همایند در دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۳): ۴۱۴-۴۰۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۴/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۵

مقدمه

یکی از رایج‌ترین ناراحتی‌های روانی در بین نوجوانان، افسردگی است. با توجه به متون روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان، حدود ۲۰ درصد کل کودکان و نوجوانان دچار اختلالات افسردگی هستند که نوجوان را مستعد ابتلا به اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات خلقی می‌نماید. همچنین، همایندی اختلال افسردگی، بیش فعالی و وابستگی به مواد شایع است و نیاز به شناسایی اختلالات همایند با افسردگی آن‌ها را ایجاب می‌نماید (۱).

شواهد همه‌گیرشناسی اخیر و گزارش کمیسیون بهداشت روانی ریاست جمهوری آمریکا حاکی از آن است که ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان مشکلات روان پزشکی (عاطفی یا رفتاری) را با شدتی تجربه می‌کنند که مستلزم درمان می‌باشد. با این وجود، متأسفانه کمتر از ۲۰ درصد این کودکان و نوجوانان خدمات مشاوره‌ای و درمانی را که شدید به آن محتاج هستند، دریافت می‌کنند (۲).

سطوح بالایی از اختلالات همایند روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانانی که ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی اساسی را بر اساس طبقه‌بندی DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) دریافت کرده‌اند، در آلمان گزارش شده است (۳).

نتایج پژوهشی که بر روی دانشجویان تبریز، سراب و اردبیل انجام شد، نشان داد که نگرانی آلودگی و از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی بیشترین

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: علیرضا ترکان Email: torkanalireza@ymail.com

www.mui.ac.ir

همایندی را با افسردگی داشت و نوع وارسی کمترین همایندی را با افسردگی نشان داد (۴). در مطالعه‌ای بر روی ۱۹۰ بیمار مبتلا به افسردگی، ۲۵/۸ درصد آن‌ها در حال حاضر افسرده بودند و ۷۴/۲ درصد آن‌ها سابقه افسردگی داشتند. ۸۰ درصد آن‌ها را زنان تشکیل دادند و میانگین سنی ۵۰ سال داشتند. ۶۷ بیمار (۳۵/۳ درصد) دارای یکی یا بیشتر اختلالات روان‌پزشکی همایند بودند (۵).

در مطالعه‌ای بر روی ۴۲۴ نفر از دانش‌آموزان ۱۶ تا ۱۹ ساله کالج بریتانیا، شیوع افسردگی ۶/۸ درصد، سوء مصرف الکل ۸/۲ درصد و سوء مصرف مواد ۹/۴ درصد بود. سوء مصرف الکل تنها همراه با افسردگی بود، اما سوء مصرف مواد همراه با افسردگی و سایر تشخیص‌های روان‌پزشکی می‌باشد (۶). میزان افسردگی با سن افزایش می‌یابد و همایندی اختلالات روان‌پزشکی همراه با افسردگی بسیار شایع است و می تواند پیامدهای طولانی مدت را برای مبتلایان ایجاد کند (۷). در یک نمونه بالینی از میان بالغان شهر تهران، ۲۶۱ بیمار مبتلا به افسردگی (۱۵۳ نفر) و مضطرب (۱۰۸ نفر) و ۲۶۱ نفر فرد سالم همتا شده از نظر افسردگی و اضطراب، مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ۵۵/۶ درصد بیماران مبتلا به افسردگی و ۵۸/۳ درصد دارای اختلال اضطرابی و افسردگی بودند؛ یعنی بخش عمده‌ای از بیماران مبتلا به افسردگی علایم اضطرابی را تجربه کرده‌اند. از سوی دیگر، بخش عمده‌ای از بیماران اضطرابی علایم افسردگی را گزارش داده‌اند (۸).

نتایج مطالعه‌ای بر روی نوجوانان مبتلا به افسردگی که دارای سابقه اضطراب در دوران کودکی نیز بودند، نشان داد که فراوان ترین اختلال همایند با افسردگی، اختلال اضطراب جدایی اساسی بوده است و اختلال اضطراب به لحاظ زمانی از افسردگی جلوتر بود و اغلب پس از بهبودی افسردگی همچنان باقی می‌ماند (۹). مطالعه‌ای به منظور بررسی شیوع اختلالات همایند در دوقلوهای ۱۵ ساله که دارای افسردگی بودند، در مقایسه با گروه شاهد که سابقه هیچ گونه اختلالی نداشتند، صورت گرفت. نتایج نشان داد که اختلال بیش فعالی- کم‌توجهی (Attention deficit hyperactivity disorder یا ADHD)، اختلالات اضطرابی، اختلال سلوک (Conduct disorder) و سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان گروه مبتلا به افسردگی به ترتیب بیش از سایر اختلالات بوده است. همچنین، نتایج برای دختران و پسران یکسان بود (۱۰). تعداد اندک مطالعات درباره اختلالات روان‌پزشکی همایند با افسردگی در نوجوانان در سایر کشورها و کشور ما، نیاز به تحقیقات بیشتر برای تعیین شیوع اختلال افسردگی و اختلالات همایند روان‌پزشکی را ایجاب می‌کند. شناسایی و تعیین شیوع اختلالات همایند با افسردگی می‌تواند از نادیده گرفته شدن مشکلاتی مانند ضعف عملکرد آموزشگاهی و اجتماعی، سوء مصرف مواد مخدر، اختلال سلوک، رفتارهای بی‌اعتنایی مقابله‌ای پیشگیری کند و مداخله‌های سریع و به موقع را میسر نماید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه را ۶۰۶ دانش‌آموز (۳۰۳ نفر مبتلا به افسردگی و ۳۰۳ غیر افسرده) ۱۱ تا ۱۶ ساله مدارس راهنمایی پسرانه و دخترانه (دولتی و غیر انتفاعی) نواحی پنج گانه شهر اصفهان تشکیل داد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای- تصادفی صورت گرفت. برای ۳۰۳ نفر از دانش آموزانی که در فاز قبلی پژوهش (فاز ۱ طرح گرانت) با استفاده از پرسش‌نامه CDI (Children depression inventory) برای آنان تشخیص افسردگی داده شده بود و به همان تعداد (۳۰۳ نفر) نیز از دانش‌آموزان غیر افسرده به عنوان گروه شاهد تحقیق انتخاب شدند. بدین صورت که در ابتدا از هر ناحیه آموزش و پرورش یک مدرسه و از هر مدرسه چند کلاس انتخاب شد و سپس، از این چند کلاس تعدادی دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب گردید. روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه CDI و پرسش‌نامه Kiddie-SADS بود.

روش اجرا

در فاز قبلی طرح گرانت، نام و نام خانوادگی کلیه دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده در پرونده‌های آن‌ها ثبت شده بود. با مراجعه به هر کدام از مدارس جهت تسریع در انجام کار، تعدادی دانش‌آموز افسرده و به همان تعداد از دانش‌آموزان غیر افسرده همکلاسی آن‌ها به طور تصادفی انتخاب شدند. از این‌رو، حجم نمونه مورد مطالعه ۶۰۶ دانش‌آموز بود و پرسش‌نامه‌های Kiddie-SADS توسط کارشناسان ارشد روان شناسی بر روی آنان اجرا شد. نمره‌های حاصل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها محاسبه و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

دانش آموزانی که برای آنان در فاز ۱ طرح گرانت تشخیص افسردگی داده شده بود، دانش‌آموزانی که به بیماری‌های شدید جسمی (بیماری‌های قلبی، تشنج و...) مبتلا نبودند و رضایت والدین، از جمله معیارهای ورود برای شرکت در پژوهش بود. عدم رضایت والدین از ادامه مطالعه و در صورتی که دانش آموزی بنا به دلایلی (تغییر مدرسه و یا مهاجرت به شهر دیگر) قابل دسترسی نبود، از پژوهش خارج می‌شد.

برای بررسی میزان فراوانی اختلالات همایند از پرسش‌نامه Kiddie-SADS استفاده شد. ضریب Cronbach's alpha این پرسش‌نامه، ۰/۶۹ و دارای ضریب پایایی ۷۸ درصد می‌باشد (۱۱). پرسش‌نامه Kiddie-SADS دارای مجموعه سؤالاتی است که تعدادی از اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان را بررسی می‌کند و برای سنجش هر یک از اختلالات تعدادی سؤال در پرسش نامه وجود دارد. لازم به ذکر است که عدد حاصل از سنجش مجموع علایم مربوط به هر اختلال برای هر یک از این اختلالات متفاوت می‌باشد.

جهت مقایسه میزان اختلالات همایند در دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده نواحی پنج‌گانه از آزمون χ^2 استفاده گردید. لازم به ذکر است که کلیه تجزیه و تحلیل آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) صورت گرفت.

تعریف واژه‌ها

افسردگی (Depression): بر اساس ملاک‌های تشخیص‌گذاری DSM-IV برای اختلال افسردگی اساسی.

دیگر اختلالات مورد بررسی در این پژوهش بر اساس ملاک‌های تشخیص‌گذاری DSM-IV تعریف و تشخیص‌گذاری شد.

همایندی: همایندی در اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان یک اصل است. در تمام موارد ما شاهد همایندی هستیم. با توجه به این که وجود اختلالات هم‌زمان در تظاهر علایم، پاسخ به درمان و سیر بیماری تأثیر گذار است. لازم است که در بررسی هر اختلال به وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی

همزمان به وجود آمده نیز توجه شود (۱۲).

در پژوهش حاضر، همایندی اختلالات روان‌پزشکی نوجوانان بررسی گردید تا میزان فراوانی این اختلالات را در نوجوانان افسرده و غیر افسرده نشان دهد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر به منظور بررسی فراوانی نسبی اختلالات همایند در دانش آموزان مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ انجام شد. در این مطالعه، تعداد ۶۰۶ دانش آموز (۳۰۳ افسرده و ۳۰۳ غیر افسرده) ۱۱ تا ۱۶ ساله مدارس راهنمایی پسرانه و دخترانه (دولتی و غیر انتفاعی) از کل نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. برای تمام دانش آموزان پرسش نامه افسردگی Kiddy-SADs تکمیل گردید و نمره‌های حاصل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای هر دانش‌آموز محاسبه شد. نتایج فراوانی اختلالات همایند دانش‌آموزان در جدول ۱ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، فراوانی نسبی اختلالات همایند در دانش آموزان افسرده ۱۱ تا ۱۶ ساله مقطع راهنمایی شهر اصفهان برابر با ۱۳/۴۶ درصد بود. فراوانی نسبی اختلالات همایند در بین دانش آموزان افسرده به طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزان غیر افسرده به دست آمد. همچنین، فراوانی نسبی اختلالات همایند در بین دانش آموزان افسرده پسر به طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزان افسرده دختر بود.

در یک پژوهش بر روی جمعیت ۳۱۹۹ نفره از کشور بریتانیا، اختلال وسواس فکری- عملی ۴/۷ درصد بود (۱۳)؛ در حالی که در پژوهش حاضر ۲۹/۵ حاصل شد. هراس اجتماعی ۳/۷ بود که در پژوهش حاضر ۱۲/۲ به دست آمد. گذر هراسی نیز در آن پژوهش ۵/۸ بود که در پژوهش حاضر ۱۰/۵ بود. اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder یا GAD) در آن پژوهش ۵/۳ گزارش شد و در پژوهش حاضر ۳۰/۶ بود. (Separation anxiety disorder یا SAD)، ADHD و اختلال نافرمانی- مقابله‌ای در آن پژوهش گزارش نشد. با توجه به تفاوت سنی پژوهش مذکور با تحقیق حاضر، می توان گفت که آمار اختلالات در پژوهش حاضر بالاتر گزارش شد که مربوط به شاخص سن (نوجوانی) بود؛ چرا که اختلالات همایند در افسردگی با افزایش سن رو به کاهش می‌رود. دوم این که تفاوت‌ها می‌تواند بستگی به موقعیت جغرافیایی و فرهنگی متفاوت داشته باشد. همچنین، اختلال شخصیت ضد اجتماعی در آن مطالعه ۱/۱ و اختلال سلوک در پژوهش حاضر ۱۸/۴ به دست آمد که این نیز می‌تواند به عوامل بیان شده مرتبط باشد. بر عکس، اختلال استرس پس از سانحه در آن مطالعه ۴/۲ و در مقابل ۱/۷ در پژوهش حاضر بود که می‌تواند حاکی از آن باشد که استرس‌های زندگی، فرد را در طول زمان دچار این اختلال می‌نماید.

اختلال نافرمانی علت مهمی برای ارجاع به خدمات بهداشت روانی نوجوانان است و سابقه اختلال و حق تقدم زمانی شروع اختلال با اختلالات همایند دیگر بررسی شد. اختلال نافرمانی- مقابله‌ای و ۱۸ اختلال همایند در طول زندگی بررسی گردید. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، شیوع اختلال نافرمانی- مقابله‌ای در طول زندگی ۱۰/۲ درصد برآورد شد. شیوع اختلال نافرمانی- مقابله‌ای برای پسران ۱۱/۲ درصد و برای دختران ۹/۲ درصد بود که ۹۲/۴ درصد آن‌ها ملاک‌ها را برای یک بار در طول زندگی خود دریافت خواهند کرد. بر اساس طبقه‌بندی DSM-IV، اختلال نافرمانی- مقابله‌ای با اختلال خلق ۴۵/۸ درصد، اضطراب ۶۲/۳ درصد، کنترل تکانه‌ها ۶۸/۲ درصد و با سوء مصرف مواد مخدر ۴۷/۲ درصد همایندی دارد (۱۳).

مطالعه‌ای ارتباط ADHD و اختلال افسردگی اساسی (Major depressive disorder یا MDD) را بر روی ۱۹۴ پسر و ۵۲ دختر بررسی نمود. ۱۸۴ نفر آن‌ها دارای ADHD و ۹۸ نفر دیگر گروه شاهد بودند. ارتباط قوی بین دو اختلال، یعنی ADHD با یا بدون همایندی با اختلال سلوک و اختلال نافرمانی- مقابله‌ای و افسردگی در هر دو گروه نوجوانان وجود داشت. میزان همایندی اختلال سلوک و اختلال نافرمانی- مقابله‌ای با سطوح افسردگی در نوجوانان بیشتر از کودکان است (۱۴).

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی اختلالات همایند در بین دانش‌آموزان افسرده و غیر افسرده

نوع اختلال همایند	افسرده (۳۰۳ نفر)	غیر افسرده (۳۰۳ نفر)	مقدار P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
اختلال وسواس فکری- عملی	۶۲ (۱۷/۶)	۱۰۴ (۲۹/۵)	< ۰/۰۰۱
ترس اجتماعی	۲۶ (۷/۴)	۴۳ (۱۲/۲)	۰/۰۳۰
آگورافوبیا	۱۷ (۴/۸)	۳۷ (۱۰/۵)	۰/۰۰۵
اختلال استرس پس از سانحه	۶ (۱/۷)	۶ (۱/۷)	> ۰/۹۹۹
SAD	۴۹ (۱۳/۹)	۸۰ (۲۲/۷)	۰/۰۰۳
GAD	۵۴ (۱۵/۳)	۱۰۸ (۳۰/۶)	۰/۰۰۱
اختلال مانیا	۵۰ (۱۴/۲)	۹۸ (۲۷/۸)	۰/۰۰۱
ADHD	۷۲ (۲۰/۴)	۱۲۹ (۳۶/۵)	۰/۰۰۱
اختلال نافرمانی- مقابله‌ای	۵۹ (۱۶/۷)	۱۰۵ (۲۹/۷)	۰/۰۰۱
اختلال سلوک	۳۴ (۹/۶)	۶۵ (۱۸/۴)	۰/۰۰۱
اختلال سوء مصرف مواد مخدر	-	۲ (۰/۶)	F = ۰/۲۵

SAD: Separation anxiety disorder; GAD: Generalized anxiety disorder; ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder

www.mui.ac.ir

در کودکان دارای اختلال دو قطبی، الگوهای همسانی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری با مقیاس CBCL (Child behavior checklist) ارزیابی گردید. برآورد نیمرخ شیوع اختلال دو قطبی با مقیاس CBCL در آلمان بر روی ۲۸۵۶ کودک و نوجوان ۱۸-۴ ساله میان جمعیت عادی نشان داد که ۰/۷ درصد از افراد نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد ملاک‌های اختلال دو قطبی با مقیاس CBCL را دریافت می‌کنند (۳)؛ در حالی که در پژوهش حاضر فراوانی اختلال مانیا به دنبال افسردگی ۲۷/۹ درصد و در گروه غیر افسرده ۱۴/۲ درصد بود.

در مطالعه‌ای ADHD و دیگر اختلالات همایند بر روی ۴۵۷ نوجوان ۱۶ تا ۱۸ ساله بررسی شد. نتایج نشان داد که ADHD یک اختلال شایع عصبی- رفتاری در بین نوجوانان است که به طور معنی‌داری با اختلالات روان‌پزشکی از قبیل اختلال سلوک، اختلال نافرمانی- مقابله‌ای و MDD همایندی دارد و نیازمند آموزش‌ها و رفتارهای خاصی برای این نوجوانان می‌باشد (۱۵).

در یک پژوهش بر روی ۱۰۳۷ نفر، افراد از ابتدای دوران جنینی تا ۳۲ سالگی از لحاظ ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی پیگیری شدند. آزمودنی‌ها علایم اضطراب و افسردگی را در گروه‌های سنی ۱۱، ۱۳ و ۱۵ سال دریافت کردند. ۳۷ درصد افراد دارای افسردگی بودند، اما افسردگی با اضطراب در ۳۲ درصد افراد شایع بود. ۷۲ نفر از افراد مضطرب یک سابقه افسردگی داشتند. ۴۸ درصد از افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب را تجربه کردند. در دوران بزرگسالی، ۱۲ درصد آنان همایندی MDD و GAD داشتند (۱۶). در پژوهش حاضر، ۳۰/۶ درصد همایندی بود. تفاوت موجود می‌تواند مربوط به فرهنگ، جغرافیا و یا گذشت زمان باشد. ۶۶ درصد از نمونه‌ها دارای MDD و ۴۷ درصد دارای اختلال اضطراب فراگیر بودند. ۶۴ درصد از خدمات سلامت روان و ۴۷ درصد از داروهای روان‌پزشکی استفاده کرده بودند. ۰/۸ درصد در بیمارستان بستری شده بودند. ۱۱ درصد برای خودکشی اقداماتی انجام داده بودند. در این همایندی، در یک سوم موارد اختلالات افسردگی، در یک سوم موارد اضطراب، در یک سوم موارد افسردگی و اضطراب اتفاق می‌افتد. بین دو اختلال MDD و GAD ارتباط قوی وجود داشت (۱۶).

مطالعات در زمینه اختلال استرس پس از حادثه با MDD سطوح بالایی از همایندی را نشان می دهد. یک دلیل پیشنهاد شده برای همایندی این دو اختلال، وجود همپوشانی نشانگان این دو اختلال می‌باشد (۱۷).

پیامدهای کوتاه مدت SAD بر روی ۱۶۱ نفر از ۲۰۶۱ دوقلوی ۸ تا ۱۷ ساله با یک جامعه دیگر همسان شده، بررسی شد. با والدین این کودکان و نوجوانان در مورد سابقه ابتلا به اختلالات روان پزشکی مصاحبه گردید. نتایج مصاحبه ۱۸ ماه پیگیری شد. آزمون رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی و پیامدهای پایدار SAD به کار رفت. شیوع اختلال نافرمانی- مقابله‌ای و شیوع نگرانی در نوجوانان دارای SAD به طور معنی‌داری بالاتر بود. SAD به طور معنی‌داری یک احتمال خطر برای ابتلا به افسردگی است؛ به ویژه برای افرادی که دارای یک سابقه اختلال نافرمانی- مقابله‌ای یا نشانه‌های ضعیفی از ADHD باشند (۹).

اختلال وسواس فکری- عملی و SAD از اختلالات شایع در میان کودکان و نوجوانان از لحاظ آسیب شناسی روانی است. ادبیات پژوهشی در مورد اختلال وسواس فکری- عملی نشان می دهد که این اختلال در نوجوانان بسیار شایع است. وسواس‌های فکری شامل ترس، دل‌مشغولی‌ها، جدایی، اجبارها و درگیر کردن افراد خانواده در مناسک شایع است. داده‌های حاصل از پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که شروع این اختلال در نوجوانان، در اوایل دوران بلوغ است. اختلال وسواس فکری- عملی با اختلالات اضطرابی، خلق، اختلال نافرمانی- مقابله‌ای و ADHD همایند است (۱۸).

اگرچه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که SAD با اختلالات روان‌پزشکی همایند است، اما نتایج مطالعه‌ای بر روی ۵۷۷ نفر حاکی از آن بود که MDD فراوان‌ترین اختلال همایند با SAD بوده است. بیماران دارای هر دو اختلال SAD و MDD سابقه ضعف در عملکرد ضوابط اجتماعی، سابقه دوره های افسردگی، سابقه خودکشی، زودتر (از زمان) خارج شدن از محل کار، سوء مصرف و وابستگی به الکل را داشتند. سن شروع افسردگی در بیماران دارای SAD پایین بود. SAD شایع‌ترین اختلالات روانی در طول زندگی افراد و دامنه آن از ۱۲ تا ۱۴ درصد متغیر می‌باشد. شروع SAD در یک گروه بیمار در سن ۱۳ سالگی و در ۹۰ درصد در سن ۲۳ سالگی بود و اختلالی است که احتمال وقوع خطر افسردگی را افزایش می‌دهد (۱۹).

در ادبیات پژوهشی بیماران نوجوان، بین افسردگی، سیگار کشیدن و مشکلات نوشیدن رابطه وجود دارد. با سیگار کشیدن، احتمال خطر سوء مصرف مواد مخدر در زندگی نوجوانان افزایش می یابد. نتایج پژوهشی که بر روی ۲۶۷ نوجوان، تعداد سیگار، نوع ماده مصرفی (مخدر) و مقدار مشروبات الکلی بررسی شد، نشان داد که ۵۱ درصد مبتلایان به MDD، مصرف سیگار و مشروبات الکلی در دامنه ۱۹/۹ درصد داشتند که تا ۲۴ درصد نیز افزایش می یابد. اختلال MDD با اختلالات اضطرابی همایند است و به همین دلیل اغلب احتمال خطر مصرف الکل را ۲/۶۱ تا ۲/۸۱ درصد بالا می‌برد (۲۰).

نتایج تحقیقی بر روی ۱۲۹۵ کودک و نوجوانان ۱۷-۹ ساله نشان داد که بین SAD و اختلالات اضطرابی بعدی رابطه وجود دارد و همچنین، هراس اجتماعی با MDD مرتبط است (۲۱). در یک مطالعه، میزان شیوع آسیب‌شناسی روانی در ۱۵۴ کودک و نوجوان ۶ تا ۱۵ ساله با گروه نمونه‌ای با همین ویژگی‌های جمعیتی، مقایسه شد. افسردگی، ADHD، فوبیای ساده، شب ادراری به ترتیب دارای بالاترین و کمترین میزان شیوع بودند (۲۲).

چندین مطالعه اپیدمیولوژیک در مورد شیوع اختلالات روان‌پزشکی در آمریکای لاتین وجود دارد. داده‌های ارایه شده در مورد اختلالات روان‌پزشکی بر اساس ملاک‌های DSM-III-R، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و همایندی‌ها در سطح کشور شیلی بوده است. مصاحبه تشخیصی بر روی یک نمونه تصادفی شامل ۲۹۷۸ نفر که نماینده چهار شهرستان و ۱۵ سال به بالا بودند، انجام شد. به طور تقریبی یک سوم از جمعیت مورد مطالعه، یک اختلال روان‌پزشکی در طول عمر و ۲۲ درصد یک اختلال در ۱۲ ماه گذشته داشتند. شایع‌ترین اختلالات، ۱۱ درصد ترس از فضای باز (Agoraphobia)، ۱۰/۲ درصد هراس اجتماع (Social phobia)، ۹/۸ درصد فوبیای ساده، ۹/۲ درصد MDD و ۶/۴ درصد وابستگی به الکل بود و از بین آنان، ۳۰/۱ درصد یک اختلال روان‌پزشکی داشتند. بیشتر اختلالات همایند با یک چهارم از اختلالات به تنهایی همراه بود (۲۳).

سه تفاوت مشخص و مهم پژوهش حاضر با تحقیقاتی که پیش‌تر ذکر شد، این است که تحقیق حاضر بر روی نوجوانان انجام گرفت و اغلب تحقیقات ذکر شده در سنین بالاتر می‌باشد. دوم این که در تحقیق حاضر گروه شاهد وجود داشت که از نظر سن و جنس همسان‌سازی صورت گرفت، اما در اغلب پژوهش‌های بعدی گروه غیر افسرده در پژوهش وجود نداشته است. سوم این که تعداد اختلالات همراه مورد

www.mui.ac.ir

بررسی بیش از بسیاری از پژوهش‌ها و به تعداد یازده اختلال بوده است.

بدین ترتیب پیشنهادهایی برای انجام پژوهش‌های بعدی ارایه می‌گردد که از جمله می‌توان به طراحی مطالعات وسیع‌تر در سطح استان اصفهان، انجام مطالعاتی در سطح کشور ایران، انجام مداخلات دارویی، درمانی و آموزشی برای دانش‌آموزان دارای چندین اختلال روان‌پزشکی و انجام مداخلات آموزشی برای دانش‌آموزانی که دارای اختلالات همایند هستند، اشاره نمود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام مطالعه حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Rutter M, Hussain Tuma A, Lann IS. Assessment and diagnosis in child psychopathology. New York, NY: Guilford Press; 1988. p. 347-76.
2. Harrington RC. Depressive disorder in children and adolescents. Br J Hosp Med 1990; 43: 108-12.
3. Holtmann M, Bolte S, Goth K, Dopfner M, Pluck J, Huss M, et al. Prevalence of the child behavior checklist-pediatric bipolar disorder phenotype in a German general population sample. Bipolar Disord 2007; 9(8): 895-900.
4. Mohammadzadeh A, Yaghubi H, Jaafari E. Comorbidity of depression and obsessive compulsive disorder subtypesin non-clinical samples. J Fundam Ment Health 2010; 12(46): 506-13. [In Persian].
5. Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 2014; 10: 2097-103.
6. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. Am J Public Health 1987; 77(2): 178-82.
7. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Tuomisto MT, Marttunen M. Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. Eur Psychiatry 2007; 22(4): 244-51.
8. Kaviani H, Ghasemzadeh H. The Comorbidity of depression and anxiety in a sample of Iranian patients. Tehran Univ Med J 2003; 61(3): 171-7. [In Persian].
9. Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL, Eaves LJ. Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(9): 1107-14.
10. Dalrymple KL, Zimmerman M. Does comorbid Social Anxiety Disorder impact the clinical presentation of principal Major Depressive Disorder? J Affect Disord 2007; 100(1-3): 241-7.
11. Mohagheghi A, Amiri S, Moghaddasi N. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents was based on questionnaires Kiddi- SADs. Proceedings of the 2nd International Conference on Psychiatric Disorders in Children and Adolescents; 2005 Feb 14-17; Tehran, Iran. [In Persian].
12. Lewis M. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1221-2.
13. Tucker SG, Weller RA, Petersen CL, Weller EB. Do some children diagnosed with oppositional defiant disorder develop querulous disorder? Curr Psychiatry Rep 2007; 9(2): 99-105.
14. van Lier PA, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC. Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. J Child Psychol Psychiatry 2007; 48(6): 601-8.
15. Pastura G, Mattos P, Araujo AP. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and its comorbidities in a sample of school-aged children. Arq Neuropsiquiatr 2007; 65(4A): 1078-83.
16. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(6): 651-60.
17. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. J Consult Clin Psychol 2003; 71(4): 692-700.
18. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am 2006; 29(2): 353-70.
19. Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C. Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(9): 776-82.
20. Kiss E, Piko B, Vetro A. Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric comorbidity in children and adolescents with depression. Psychiatr Hung 2006; 21(3): 219-26.
21. Joormann J, Gotlib IH. Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. J Abnorm Psychol 2006; 115(4): 705-14.
22. Ostrander R, Crystal DS, August G. Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: a developmental study. J Abnorm Child Psychol 2006; 34(6): 773-87.
23. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. Am J Psychiatry 2006; 163(8): 1362-70.

The Rate of Comorbid Disorders among Depressed and Healthy Students of Guidance Schools in Isfahan, Iran, in 2008-2009

Fereshteh Shakibaei[1], Alireza Torkan[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Depression is the prevalent disease of the present era and has a high prevalence in teenagers. Depression is observed in all age groups and races, and both in women and men. Depression includes clinical disorders, mood disorders, and emotional disorders, and causes mental confusion, emotional distress, behavioral disorders, and even physical ailments in adolescents. It renders adolescents vulnerable to anxiety disorders and other mood disorders. Moreover, comorbidity among depression, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), and drug dependence is common. The aim of the present research was to study comorbidity of disorders and depression in adolescents.

Methods and Materials: This was a descriptive study. The statistical population consisted of 1606 students of 11 to 16 years of age from boys and girls junior guidance schools (public and private) of the five educational districts of Isfahan, Iran, in the year 2008-2009. The participants were selected through random cluster sampling; 303 students with depression and 303 students without depression. For both groups of students, Kiddie-SADs questionnaire was completed. To compare the prevalence of comorbid disorders among students with and without depression, chi-square test was used.

Findings: In this study, the frequency of separation anxiety disorder (SAD), generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), social anxiety disorder, agoraphobia, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), conduct disorder (CD), oppositional defiant disorder (ODD), and manic depression, among was significantly higher among students with depression ($P < 0.005$) than students without depression. Fisher's exact test showed that the frequency of substance use disorder (SUD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) among students with and without depression was not significantly different.

Conclusions: This study showed that, with the exception of SUD and PTSD, the frequency of comorbid disorders in students with depression was significantly higher than students without. In other words, there is a relationship between depression and the studied comorbid disorders.

Keywords: Comorbid disorders, Depression, Students

Citation: Shakibaei F, Torkan A. **The Rate of Comorbid Disorders among Depressed and Healthy Students of Guidance Schools in Isfahan, Iran, in 2008-2009.** J Res Behav Sci 2016; 14(3): 409-14.

Received: 02.07.2016 Accepted: 15.09.2015

1- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- PhD Student, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Alireza Torkan, Email: torkanalireza@ymail.com