ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Personality Disorders in Parents and Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ilam, Iran

Abbas Naseri[1],
Noorollah Yadegari[2],
Yousef Vaisani[2],
Khairollah Asadollahi[3]

[1] MSc Student in Epidemiology, Faculty of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[2] Assistant Professor Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[3] Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

(Received October 4, 2023 ; Accepted February 22, 2023)

Abstract

Background and purpose: Behavioral and personality traits of family members, especially the parents can affect a child's behavior. According to high prevalence of mental disorders in Iran, this study was conducted to determine the relationship between personality disorders in parents and psychiatric disorders in children and adolescents.

Materials and methods: A cross-sectional-analytical survey was performed in children and adolescents aged 6-18 years in Ilam and its suburbs, west of Iran, 2018-2019. A total of 1022 children and adolescents were selected using multi-stage cluster sampling. Semi-structured interviews were carried out and data were collected using Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) and Millon Clinical Multiaxial Inventory. Data analysis was done applying descriptive statistics and calculation of odds ratio with 95% confidence interval.

Results: The prevalence of psychiatric disorders was 10.80% in boys and 8.15% in girls. The most prevalent disorders in boys were depression (0.81%), enuresis (3.67 %), hyperactivity (1.84 %), and specific fear (1.22 %) and in girls separation anxiety (4.17%) was more common. Findings showed significant direct relationships between depressive personality disorder in mothers and depression in children (OR= 1.07, 95% CI: 1-1.14, P=0.02) and between depressive personality disorder in fathers and nocturnal enuresis in children (OR= 1.07, 95% CI: 1.01-1.14, P=0.02), and also between avoidant personality disorder in fathers and specific fear disorder in children (OR=1.09, 95% CI: 1-1.20, P=0.04).

Conclusion: In this study, we observed high prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents that are significantly linked to the personality traits of parents and should be taken into account in making diagnosis and designing interventions.

Keywords: personality disorder, psychiatric disorder, parent, adolescent, child

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (220): 158-172 (Persian).

Corresponding Author: Khairollah Asadollahi - Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
(E-mail: masoud_1241@yahoo.co.uk)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۰ اردیبهشت سال ۱۴۰۲ (۱۷۲-۱۵۸)

ارتباط بین اختلالات شخصیت والدین با اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان شهرستان ایلام

عباس ناصری[۱]
نورالله یادگاری[۲]
یوسف ویسانی[۲]
خیرالله اسدالهی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: خصوصیات رفتاری و شخصیتی اعضای خانواده بخصوص والدین، می‌تواند رفتار کودک را تحت تاثیر قرار دهد. با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در ایران، مطالعه حاضر به منظور تعیین ارتباط بین اختلالات شخصیت والدین با اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه پیمایشی مقطعی (قسمتی از یک طرح ملی که در استان‌های کشور اجرا شد)، جامعه آماری شامل کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله شهر ایلام و حومه در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود. ۱۰۲۲ کودک و نوجوان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته پرسشنامه Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) و پرسشنامه میلون به‌دست آمد، سپس با آمار توصیفی و محاسبه نسبت شانس با حدود اطمینان ۹۵ درصد تحلیل شدند.

یافته‌ها: شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان(۱۰/۸۰درصد پسران و ۸/۱۵ درصد دختران) بود. افسردگی(۰/۸۱درصد)، شب ادراری(۳/۶۷درصد)، بیش‌فعالی(۱/۸۴درصد)، اختلال ترس خاص(۱/۲۲درصد) در پسران و اضطراب جدایی(۴/۱۷درصد) در دختران، بیش‌ترین میزان شیوع را داشتند. بین اختلال شخصیت افسرده در والد مادر و افسردگی کودکان(P=۰/۰۲،۱/۱۴-۱ :CI ۹۵ درصد، OR=۱/۰۷) و بین اختلال شخصیت افسرده خویی در والد پدر و شب ادراری کودکان(P=۰/۰۲،۱/۱۴-۱/۰۱ :CI ۹۵ درصد، OR=۱/۰۷) و هم‌چنین بین اختلال شخصیت دوری گزین در پدر و ترس خاص در کودکان(P=۰/۰۴،۱/۲۰-۱ :CI ۹۵ درصد، OR=۱/۰۹) ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد.

استنتاج: با توجه به بالا بودن شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان در مطالعه حاضر و ارتباط معنادار بین برخی از ویژگی‌های اختلالات شخصیت در والدین با اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان، می‌توان پیشنهاد نمود که در فرایند تشخیص و مداخله‌های درمانی کودکان و نوجوانان به ویژگی‌های روانشناختی والدین نیز توجه شود.

واژه های کلیدی: اختلال شخصیت، اختلال روانپزشکی، والد، نوجوان، کودک

مقدمه

شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان توجه زیادی را در سراسر جهان به خود جلب کرده است(۱). مطالعات با تمرکز بر اختلالات روانی کودکان و نوجوانان در دهه‌های اخیر افزایش یافته است(۲).

مولف مسئول: خیرالله اسداللهی – ایلام: دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دانشکده بهداشت E-mail: masoud_1241@yahoo.co.uk
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۲. استادیار، مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۳. استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۷/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۸/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۴۰۱/۱۲/۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

دوران کودکی به‌عنوان یک مرحله حیاتی و مهم شناخته شده است که پایه‌های شخصیتی بزرگسالی را شکل می‌دهد. اغلب اختلالات و مشکلات رفتاری، ناشی از نادیده گرفتن دوران حساس کودکی و عدم راهنمایی درست در روند رشد و تکامل است(۳). در پژوهش‌های مختلف به‌صورت گذشته‌نگر و آینده‌نگر نشان داده شده است که بسیاری از اختلالات روانی بزرگسالی در دوران کودکی و نوجوانی آغاز می‌شوند(۴). طبق نتایج مطالعات مختلف در نقاط مختلف جهان، میزان شیوع مشکلات روانی در کودکان و نوجوانان بین ۷ الی ۲۶ درصد در نوسان بوده است(۶،۵). اختلالات روانی شامل طیف گسترده‌ای از مشکلات، با ترکیبی از افکار غیرطبیعی، احساسات، رفتار و روابط با دیگران مشخص می‌شوند. که از جمله شایع‌ترین آنان می‌توان اختلالات خلقی، اضطراب، اختلال رفتاری و دیگر اختلالات مثل شب ادراری را بیان کرد(۷). دوران کودکی و نوجوانی، فاکتور خطر اصلی برای توسعه علائم و سندرم‌های اختلالات روانپزشکی از جمله اضطراب است که ممکن است از یک سری علائم خفیف و گذرا تبدیل به اختلالات اضطرابی کامل شود(۸). مطالعات انجام شده در بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان دامنه شیوع متفاوتی گزارش کرده‌اند. در یک گزارش علمی در آمریکا، میزان شیوع عمری اختلالات اضطرابی ۳۱/۹ درصد، اختلالات رفتاری ۱۹/۱ درصد، اختلالات خلقی ۱۴/۳درصد و اختلالات مصرف مواد ۱۱/۴درصد گزارش شده است(۹). بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی انجام شده در ایران نیز متغیر بودن شیوع این اختلالات را نشان می‌دهد، به‌طوری‌که نتایج یک بررسی اپیدمیولوژیک روانپزشکی از کودکان و نوجوانان ایرانی که در ۵ شهر پرجمعیت انجام شد، نشان داد که شیوع کلی اختلالات روانپزشکی ۱۰/۵۵ درصد است(۱۰). در شهر ایلام در سال ۲۰۱۷ با انجام مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی دریافتند که ۳۴/۹ درصد از کل شرکت‌کنندگان در مطالعه اختلالات روانی داشته و اختلال اضطراب، شایع‌ترین اختلال در بین جمعیت مورد مطالعه بوده است(۱۱).

اختلالات شخصیت، اختلالاتی شایع و مزمن با الگوی دیرپا هستند که حدود نصف بیماران روانپزشکی، مبتلا به این اختلالات تشخیص داده می‌شوند. درماندگی و مشکلات ناشی از اختلالات شخصیت، در تمام عمر دامنگیر فرد می‌شود و انواع این اختلالات صرف‌نظر از خفیف یا شدید بودن آن‌ها، تمام جنبه‌های وجود شخص و روابط بین فردی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد(۱۲). گذار از مرحله نوجوانی و جوانی به بزرگسالی دوره برجسته‌ای برای بررسی پایداری اختلالات شخصیت می باشد(۱۳). تخمین زده می‌شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگسالان ۴ تا ۱۵ درصد باشد(۱۴). مطالعاتی در زمینه تاثیر رفتارهای نادرست والدین در ایجاد اختلالات اضطرابی دوران کودکی انجام شده است که نشان داد والدین کودکان مضطرب ممکن است به شیوه‌های مختلف از قبیل مدل‌سازی ترس یا اجتناب، کنترل بیش از حد رفتارهای کودک، محدود کردن استقلال روانی کودک، حمایت افراطی و بیش از حد از کودک و تسهیل پاسخ‌های اجتنابی او، سهوا و به صورت ناخودآگاه پاسخ‌های اضطرابی را در آن‌ها برانگیزند(۱۵). بر همین اساس نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بین سبک‌های تربیتی والدین و اضطراب کودکان رابطه وجود دارد. والدین کودکان مضطرب در برابر کودکان خود، الگویی مداخله‌گر همراه با درگیری و نزاع دارند و کودکان مضطرب در تعاملات خود با دیگران، منفی‌تر از کودکان عادی عمل می‌کنند. این کودکان نسبت به کودکان عادی در تعامل‌های خواهر و برادری سطوح بالاتری از تعارض را نشان می‌دهند و نسبت به خواهر یا برادر خود صمیمیت کم‌تری دارند(۱۶). از طرف دیگر رفتارهای بیش از حد حمایت گرایانه والدین نیز اساسی برای ایجاد و تداوم اضطراب در دوران کودکی است. بعلاوه به نظر می‌رسد سبک والدین بیش حمایت گرایانه به‌صورت ویژه عامل خطر اختصاصی برای اختلال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

اضطراب جدایی در میان کودکانی است که تشخیص اختلالات اضطرابی دریافت می‌کنند، از این رو شواهد نشان می‌دهد که عوامل خانوادگی نقش مهمی در سبب‌شناسی اضطراب در کودکان دارند(۱۷). با توجه به آن‌که اختلالات روانپزشکی و رفتاری دوران کودکی با نوع صفات شخصیتی والدین ارتباط دارد و از آن‌جا که فرزندان در نتیجه رشد، در بستر خانواده از والدین الگو گرفته و رفتار آنان را باز تولید می‌کنند. هم‌چنین والدینی که اختلالات شخصیت دارند می‌توانند در روابط بین فردی و نحوه تربیت فرزندان بر سلامت روان آن‌ها تاثیر بگذارند و در تحقیقات قبلی نیز پیوندهای خیلی کمی بین آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان و شخصیت والدین به‌دست آمده است و بعضا در وجود رابطه تعدادی از متغیرها اختلاف نظر وجود دارد و تاکنون مطالعه جامعی که پاسخگوی ابهامات در این خصوص باشد در ایران صورت نگرفته است، لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین اختلالات شخصیت در والدین با اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان شهر ایلام و حومه آن انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع پیمایشی مقطعی و قسمتی از یک طرح ملی بود که در همه مراکز استان‌های کشور اجرا شد و شیوع اختلالات روانپزشکی را در کودکان و نوجوانان سنین ۶ تا ۱۸ سال بررسی می‌کرد و یک بخش مهم از آن به ارتباط بین اختلالات شخصیت در والدین با اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان پرداخته بود. حجم نمونه مورد نیاز این مطالعه با فرض شیوع اختلالات روانپزشکی برابر ۰/۳ (۱۹،۱۸) و خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای پذیرفته شده ۰/۰۵، برای شهر ایلام و حومه آن، ۸۲۵ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن اثر نمونه‌گیری خوشه‌ای معادل با ۱/۲، به حجم نمونه نهایی اضافه و به ۱۰۰۰ نفر رسید. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. در گام بعدی شهر ایلام و حومه آن بر اساس کد پستی به ۱۶۵ خوشه (۱۴۰ خوشه در شهر و ۲۵ خوشه در حومه) تقسیم شدند و سپس خوشه‌ها به بلوک‌های ۶ تایی تقسیم و بلوک‌ها به‌صورت تصادفی ساده و بر طبق کد پستی انتخاب شدند. در هر بلوک از هر کدام از گروه‌های سنی ۱۰-۶ سال، ۱۵-۱۱ سال و ۱۸-۱۶ سال ترجیحا یک دختر و یک پسر که در خانواده در دسترس بودند، وارد مطالعه شدند و در صورت نداشتن دو فرزند یا دو جنس معیار ورود همان کودک موجود در رده سنی مورد نظر بوده است. معیار ورود والدین به مطالعه داشتن کودک در محدوده سنی ۶ تا ۱۸ سال و توانایی خواندن و نوشتن بود و معیار خروج از مطالعه عدم همکاری خانواده و یا هر مشکلی که مانع کسب اطلاعات کافی برای ارزیابی روانشناختی کودک و والدینش بوده است. در روش جمع آوری داده ها ابتدا پرسشنامه دموگرافیک و سپس پرسشنامه میلون (MillonClinical Multiaxial Inventory) با هدف بررسی اختلالات شخصیت والدین و تکمیل مصاحبه نیمه ساختاریافته K-SADS-PL (Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version) جهت سلامت روان فرزندان آن‌ها و با مراجعه به درب منازل صورت گرفت. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory:MCMI) یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به پرسشنامه را می‌سنجد و برای والدین کم سواد سوالات پرسشنامه به‌صورت قابل فهم با زبان محلی توسط پرسشگر (دارای مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بودند و قبلا به آن‌ها آموزش لازم در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شده بود) پرسیده می‌شد و در صورت نیاز درباره سوالات توضیح داده می‌شد که قابل فهم گردند. پرسشنامه برای هر دو والد تکمیل می‌شد و اگر کودکی والد نداشت یا شرایط تکمیل پرسشنامه را نداشت، به منزل بعدی طبق خوشه‌بندی مراجعه می‌شد. نسخه اصلی پرسشنامه میلون

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و از آن زمان تاکنون دو بار مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. از نسخه فارسی پرسشنامه در این مطالعه استفاده شد که میزان روایی بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ و میزان پایایی ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ به‌دست آمده است(۱۸) (MCMI–ll) و (MCMI–lll) که نسخه فعلی آن (MCMI-lll) می‌باشد شامل ۱۷۵ سوال تحت ۲۴ مقیاس جداگانه و براساس طبقات زیر است:

۱- الگوهای بالینی شخصیت: آزمونگر به بررسی برافراشتگی مقیاس ۱تا ۸ B پرداخته و مقیاس‌هایی را که از نظر بالینی برافراشته بوده‌اند، تفسیر کرده است. اگر بیش از ۳ مقیاس نمره ۷۵ یا بالاتر داشته‌اند، آزمونگر تفسیرهای خود را به ۲ یا ۳ مقیاس که بیش‌ترین برافراشتگی را دارند، محدود کرده است.

۲- آسیب‌های شدید شخصیت: وقتی چند مقیاس برافراشته در الگوهای بالینی شخصیت و مقیاس‌های آسیب شدید شخصیت وجود داشته باشد، قاعده کلی این است که مقیاس‌های نشان‌دهنده آسیب شدیدتر شخصیت اول تفسیر گردد.

۳- نشانگان بالینی: اگر نمرات ۷۵ یا بالاتر باشند، آزمونگر ابتدا به تفسیر مقیاس‌های نشانگان شدید بالینی پرداخته و بعد سایر مقیاس‌های نشانگان بالینی را تفسیر کرده است. وقتی نمرات برش بین ۷۵ تا ۸۵ باشد یعنی آن شخص برخی از ویژگی‌های آن اختلال را دارد نه همه آن‌ها و وقتی نمره ۸۵ یا بالاتر بوده یعنی بیمار تمام ویژگی‌های آن اختلال را دارد. اگر بیش از یک مقیاس با نرخ پایه ۸۵ و بالاتر وجود داشت، بالاترین نمره به‌عنوان تشخیص اصلی بود.

۴- نشانگان شدید بالینی: نمره برش نرخ پایه پرسشنامه برای تایید یا عدم تایید یک ویژگی خاص به این صورت است: حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه ۱۹ تا ۱۲۲ بود، که نمره ۸۴ یا بالاتر را به‌عنوان وجود قطعی یک اختلال در نظر می‌گیریم و نمره‌های بین ۷۵ تا ۸۴ دلالت بر وجود ویژگی‌های یک اختلال دارد و نمره‌های پایین‌تر از ۷۵ نشان می‌دهد که برخی از ویژگی‌ها وجود دارد. افراد بر حسب نمره‌ای که با توجه به سوالات پرسشنامه کسب می‌کردند، در یکی از گروه‌های بهنجار، مرزی و آسیب دیده قرار می‌گرفتند(۱۸).

یک پرسشنامه دیگر به منظور بررسی اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ساله تکمیل شد. پرسشنامه K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Chizophrenia for Kids) مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای است که به منظور ارزیابی اپیزودهای فعلی و قبلی بیماری‌های روانی در کودکان و نوجوانان براساس DSM-III-R و DSM-IV طراحی شده است(۲۰) و از نسخه فارسی آن در این مطالعه استفاده گردید. این مصاحبه در مورد کودکان ۱۸-۶ سال بکار می‌رود. این مصاحبه نیمه ساختاریافته حاوی سوالات چندگانه با فضایی برای پاسخگویی است و برای تصریح بیش‌تر نشانه‌ها تدوین شده است و ضرورتی ندارد که سوالات آن به‌صورت کلمه به کلمه تکرار شوند. این سوالات تنها راهنمایی جهت کسب اطلاعات لازم برای نمره‌دهی به هر پرسش می‌باشند. پرسشگر می‌تواند سوالات را با توجه به سطح تکامل کودک مطرح نماید. برای انجام مطالعه، پرسشنامه به‌صورت نرم‌افزار بر روی تبلت‌ها نصب شد و پرسشگران با انجام مصاحبه با کودک و والدین اقدام به تکمیل آنلاین پرسشنامه‌ها می‌نمودند، پرسشگران کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بودند که برای مصاحبه آموزش دیده و در طی مراحل مختلف تحت نظارت روانپزشکان محقق بوده‌اند. این پرسشنامه با توجه به مصاحبه با والدین، کودک و جمع‌بندی اطلاعات از تمامی منابع موجود تکمیل می‌گردد. 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). در ابتدا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

K-SADS توسط هر یک از افراد مطلع به‌صورت جداگانه تکمیل شد و پس از جمع‌بندی 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 جمع‌بندی اطلاعات از تمامی منابع موجود مطرح شده‌اند. تشخیص‌های اولیه‌ای که به کمک پرسشنامه K-SADS در این مطالعه مورد بررسی قرار می‌گرفت عبارت از: اختلال افسردگی، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، ترس خاص، اضطراب جدایی و شب ادراری بود. هم‌چنین در این پرسشنامه آیتم‌هایی همچون قد، وزن، جنسیت و گروه سنی کودکان تعیین می‌گردد، که برای اختلال در کودکان زیر ۱۱ سال، پرسشنامه به‌طور مستقل توسط والدین آن‌ها و در کودکان بالاتر از ۱۱ سال توسط خود کودک تکمیل می‌شد. در صورت وجود چند فرزند دارای معیار ورود در یک خانواده پرسشنامه فقط برای فرزند بزرگ تر تکمیل می‌گردید و اگر کودکی والد نداشت یا شرایط تکمیل پرسشنامه را نداشت، به منزل بعدی طبق خوشه‌بندی مراجعه می‌شد. شهریور و همکاران روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را تعیین کرده‌اند. میزان روایی برای تشخیص اختلالات روانپزشکی مختلف در حال و گذشته، در طول عمر در دامنه ۰/۱۷ تا ۰/۷۷ و میزان پایایی براساس ضریب آلفای کرونباخ در تشخیص اختلالات بین ۹۳ تا ۱۰۰درصد بوده است(۲۱). هم‌چنین غنی‌زاده و همکاران پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را ۰/۸۱-۰/۵۶ برای تشخیص اختلالات روانپزشکی مختلف و میزان پایایی براساس ضریب آلفای کرونباخ بین مشاهده‌کنندگان را ۰/۶۹ گزارش نمودند(۲۲). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، فراوانی و درصد و محاسبه نسبت شانس با حدود اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد و داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS ورژن ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرسشگر در خصوص پرسشنامه‌ها و علت جمع‌آوری اطلاعات آن برای والدین و فرزندان توضیحات لازم را می‌داد تا والدین و نیز فرزندان آن‌ها با اختیار و رضایت شفاهی خود یا والدین در مطالعه شرکت کرده و اجبار و هزینه‌ای بر آنان تحمیل نشود. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام تصویب و مجوز کمیته اخلاق با شماره IR.NIMAD.REC.1399.320 اخذ گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۱۰۲۲ کودک و والدین آن ها مورد بررسی قرار گرفتند که خصوصیات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۹/۴۹ درصد و به تعداد ۹۷ مورد بود.

طبق پرسشنامه K-SADS-PL، میزان شیوع اختلالات روانی در کودکان پسر بیش‌تر از اختلالات روانی در کودکان دختر بود که این میزان از نظر آماری معنی‌دار نبود (P =۰/۶۰۱). نتایج جدول شماره ۲ نشان داد که در بین پسران شیوع شب ادراری و در دختران شیوع اضطراب جدایی بیش‌تر از سایر اختلالات بود. هم‌چنین در اختلال افسردگی بیش‌ترین میزان شیوع آن در سن ۱۶تا ۱۸ سالگی بود، ولی در بقیه اختلالات بیش‌ترین میزان شیوع در سن ۶ تا ۱۰ سالگی بوده است که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

رابطه بین اختلالات شایع روانپزشکی در فرزندان با ابعاد مختلف اختلال شخصیت در والد پدر بررسی گردید و بر اساس نتایج، بین اختلال شخصیت افسرده خویی در والد پدر با اختلال شب ادراری در کودکان و نوجوانان و هم‌چنین بین اختلال شخصیت از نوع دوری گزین در والد پدر با اختلال ترس خاص در کودکان و نوجوانان ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد. بقیه نتایج این ارتباط سنجی در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره ۱: فراوانی اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان و والدین مورد مطالعه براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر		تعداد (درصد)	دارای اختلال تعداد (درصد)	سطح معنی داری
جنس	دختر	۵۳۱ (۵۱/۹۵)	۴۳ (۸/۰۹)	۰/۶۰۱
	پسر	۴۹۱ (۴۸/۰۵)	۵۴ (۱۰/۹۹)	
سن کودک (سال)	۶-۱۰	۴۲۷ (۴۱/۷۸)	۴۸ (۱۱/۲۴)	۰/۴۷۲
	۱۱-۱۵	۳۶۲ (۳۵/۴۲)	۲۹ (۸/۰۱)	
	۱۶-۱۸	۲۳۳ (۲۲/۷۹)	۲۰ (۸/۵۸)	
محل سکونت	شهر	۸۴۸ (۸۲/۹۷)	۸۴ (۹/۹۰)	۰/۰۳۹
	روستا	۱۷۴ (۱۷/۰۳)	۱۳ (۷/۴۷)	
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۳۱۲ (۳۰/۵۲)	۳۳ (۱۰/۵۷)	۰/۲۹۹
	دیپلم	۲۹۳ (۲۸/۶۶)	۳۷ (۱۲/۲۸)	
	کاردانی	۱۱۲ (۱۰/۹۵)	۸ (۷/۱۴)	
	کارشناسی	۱۷۷ (۱۷/۳۱)	۱۰ (۵/۶۴)	
	ارشد و بالاتر	۹۲ (۹/۰۰)	۶ (۶/۵۲)	
	نامشخص	۳۶ (۳/۵۲)	۳ (۸/۳۳)	
سن پدر (سال)	کمتر از ۲۵ سال	۵ (۰/۴۸)	۰ (۰)	۰/۶۶۹
	۲۵-۳۵	۱۰۲ (۹/۹۸)	۱۴ (۱۳/۷۲)	
	۳۶-۴۵	۴۴۰ (۴۳/۰۵)	۴۷ (۱۰/۶۸)	
	۴۶-۵۵	۳۸۶ (۳۷/۷۶)	۲۵ (۶/۴۷)	
	۵۶-۶۵	۶۲ (۶/۰۶)	۹ (۱۴/۵۱)	
	۶۶ به بالا	۱۲ (۱/۱۷)	۲ (۱۶/۶۶)	
	نامشخص	۱۵ (۱/۴۶)	۰ (۰)	
شغل پدر	بیکار	۵۲ (۵/۰۸)	۴ (۷/۶۹)	۰/۰۷۹
	آزاد	۵۰۷ (۴۹/۶۰)	۶۰ (۱۱/۸۳)	
	کارمند	۳۳۸ (۳۳/۰۷)	۲۴ (۷/۱۰)	
	بازنشسته	۸۹ (۸/۷۰)	۶ (۶/۷۴)	
	نامشخص	۳۶ (۳/۵۲)	۳ (۸/۳۳)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۴۳۰ (۴۲/۰۷)	۵۵ (۱۲/۷۹)	۰/۰۹۱
	دیپلم	۳۶۶ (۳۵/۸۱)	۲۶ (۷/۱۰)	
	کاردانی	۵۶ (۵/۴۷)	۵ (۸/۹۲)	
	کارشناسی	۱۲۳ (۱۲/۰۳)	۸ (۶/۵۰)	
	ارشد و بالاتر	۴۱ (۴/۰۱)	۳ (۷/۳۱)	
	نامشخص	۶ (۰/۵۸)	۰ (۰)	
سن مادر (سال)	کمتر از ۲۵ سال	۳ (۰/۲۹)	۰ (۰)	۰/۵۹۹
	۲۵-۳۵	۳۲۳ (۳۱/۶۰)	۳۹ (۱۲/۰۷)	
	۳۶-۴۵	۵۲۴ (۵۱/۲۷)	۴۰ (۷/۶۳)	
	۴۶-۵۵	۱۵۱ (۱۴/۷۷)	۱۵ (۹/۹۳)	
	۵۶-۶۵	۷ (۰/۶۸)	۳ (۴۲/۸۵)	
	۶۶ به بالا	۱ (۰/۰۹)	۰ (۰)	
	نامشخص	۱۳ (۱/۲۷)	۰ (۰)	
شغل مادر	آزاد	۲۸ (۲/۷۳)	۲ (۷/۱۴)	۰/۲۴۱
	کارمند	۹۶ (۹/۳۹)	۱۲ (۱۲/۵۰)	
	بازنشسته	۱۱ (۱/۰۷)	۲ (۱۸/۱۸)	
	خانه دار	۸۸۱ (۸۶/۲۰)	۸۰ (۹/۰۸)	
	نامشخص	۶ (۰/۵۸)	۱ (۱۶/۶۶)	

رابطه بین اختلالات شایع روانپزشکی در فرزندان با ابعاد مختلف اختلال شخصیت در والد مادر بررسی گردید و بر اساس نتایج، بین اختلال شخصیت افسرده در والد مادر با افسردگی در کودکان و نوجوانان ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد، بطوری که میزان افسردگی در کودکان و نوجوانان با مادران دچار اختلال شخصیت افسرده به میزان ۰/۰۷ بیش تر از کودکان طبیعی بود. همچنین بین اختلال شخصیت هذیانی در والد مادر با اختلال افسردگی در کودکان، بین اختلال تفکر در والد مادر و اختلال بیش فعالی در کودکان نیز ارتباط معنادار مشاهده شد. نتایج این ارتباط سنجی در جدول شماره ۴ نمایش داده شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین اختلالات شخصیت در والدین با اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان صورت گرفت، براساس نتایج این مطالعه بین اختلالات شخصیت در والد مادر (اختلال افسرده و اختلال هذیانی) با اختلال افسردگی در فرزندان آنان ارتباط معناداری مشاهده شد، که با مطالعه ای که در آمریکا صورت گرفته بود(۲۳) و همچنین با مطالعه دیگری در کلمبیا(۲۴) که به ارتباط بین درمان موفق افسردگی والدین با بهبود عملکرد و علائم در کودکان افسرده اشاره داشته است، مطابقت داشت. برخلاف مطالعاتی که بر نقش اختلالات روانپزشکی هر دو والد در بروز آسیب های روانی کودکان تاکید دارند(۲۵،۲۴)، در برخی مطالعات نیز ارتباط بیش تر

جدول شماره ۲: میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه برحسب سن و جنس

متغیر / نوع اختلال		افسردگی درصد (تعداد)	اضطراب جدایی درصد (تعداد)	شب ادراری درصد (تعداد)	بیش فعالی درصد (تعداد)	ترس خاص درصد (تعداد)	سطح معنی داری
جنس	پسر	۴ (۰/۸۱)	۱۷ (۳/۵۶)	۱۸ (۳/۶۷)	۹/۸۴ (۱/۸۴)	۶ (۱/۲۲)	۰/۵۰۵
	دختر	۴ (۰/۷۶)	۲۲ (۴/۱۷)	۸ (۱/۱)	۵ (۰/۹۵)	۴ (۰/۷۶)	
سن (سال)	۶-۱۰	۱ (۰/۲۳)	۱۹ (۴/۴۸)	۱۵ (۳/۵۳)	۶ (۱/۴۱)	۷ (۱/۶۵)	۰/۲۵۵
	۱۱-۱۵	۲ (۰/۵۵)	۱۲ (۳/۳۱)	۹ (۲/۴۹)	۵ (۱/۳۹)	۲ (۰/۵۵)	
	۱۶-۱۸	۵ (۲/۱۵)	۸ (۳/۴۳)	۲ (۰/۸۶)	۳ (۱/۲۹)	۱ (۰/۴۳)	
شیوع کلی اختلال		۸ (۰/۷۸)	۳۹ (۳/۸۱)	۲۶ (۲/۵۴)	۱۴ (۱/۳۶)	۱۰ (۰/۹۷)	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره ۳: رابطه بین اختلالات شایع روانپزشکی در فرزندان با ابعاد مختلف اختلال شخصیت در والد پدر

اختلال در فرزندان / اختلال والد پدر	افسردگی				اضطراب جدایی				شب ادراری				بیش فعالی				ترس خاص			
	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری
		حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا	
اسکیزوئید	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۷	۰/۸۳	۰/۹۷	۰/۹۲	۱/۰۱	۰/۱۵	۰/۹۸	۰/۹۲	۱/۰۳	۰/۴۷	۱/۰۴	۰/۹۷	۱/۱۲	۰/۲۵	۰/۹۷	۰/۹۱	۱/۰۳	۰/۳۷
دوری گزین	۱/۰۴	۰/۹۶	۱/۱۳	۰/۲۵	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۵	۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۹۶	۱/۱۰	۰/۳۳	۱/۰۲	۰/۹۲	۱/۱۳	۰/۶۵	۱/۰۹	۱/۰۰	۱/۲۰	۰/۰۴
افسرده	۱/۰۲	۰/۹۵	۱/۱۰	۰/۴۵	۰/۹۸	۰/۹۴	۱/۰۲	۰/۴۱	۰/۹۹	۰/۹۵	۱/۰۵	۰/۹۸	۱/۰۴	۰/۹۶	۱/۱۳	۰/۳۲	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۷	۰/۸۵
وابسته	۱/۰۰	۰/۹۲	۱/۰۹	۰/۸۶	۰/۹۸	۰/۹۴	۱/۰۳	۰/۶۰	۰/۹۷	۰/۹۱	۱/۰۴	۰/۵۱	۰/۹۷	۰/۸۸	۱/۰۷	۰/۶۰	۰/۹۵	۰/۸۷	۱/۰۳	۰/۲۴
نمایشی	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۵	۰/۹۰	۰/۹۷	۰/۹۴	۱/۰۰	۰/۱۱	۱/۰۴	۰/۹۸	۱/۱۰	۰/۱۸	۱/۰۲	۰/۹۶	۱/۰۸	۰/۴۰	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۵	۰/۹۵
خود شیفته	۱/۰۰	۰/۹۳	۱/۰۷	۰/۸۶	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۸	۰/۰۱	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۶	۰/۹۰	۰/۹۹	۰/۹۰	۱/۰۹	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۸۶	۱/۰۱	۰/۰۹
ضد اجتماعی	۱/۰۱	۰/۹۱	۱/۱۳	۰/۷۴	۱/۰۶	۰/۹۹	۱/۱۳	۰/۰۶	۱/۰۰	۰/۹۳	۱/۰۷	۰/۹۶	۱/۰۱	۰/۹۰	۱/۱۴	۰/۷۶	۰/۹۸	۰/۸۹	۱/۰۹	۰/۸۳
دیگر آزار	۱/۰۲	۰/۹۴	۱/۱۰	۰/۵۴	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۴	۰/۶۶	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۵	۰/۷۹	۰/۹۸	۰/۹۰	۱/۰۶	۰/۷۰	۰/۹۸	۰/۹۲	۱/۰۵	۰/۷۴
وسواسی	۰/۹۷	۰/۹۲	۱/۰۱	۰/۲۲	۰/۹۹	۰/۹۷	۱/۰۲	۰/۸۴	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۴	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۱	۱/۰۴	۰/۴۶	۱/۰۲	۰/۹۶	۱/۰۷	۰/۴۲
منفی گرا	۰/۹۸	۰/۹۲	۱/۰۴	۰/۵۷	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۵	۰/۸۰	۰/۹۸	۰/۹۳	۱/۰۳	۰/۵۸	۱/۰۲	۰/۹۵	۱/۰۹	۰/۴۸	۱/۰۳	۰/۹۷	۱/۰۹	۰/۳۲
خودآزار	۱/۰۰	۰/۹۳	۱/۰۷	۰/۹۳	۱/۰۳	۰/۹۹	۱/۰۸	۰/۰۹	۱/۰۱	۰/۹۶	۱/۰۶	۰/۶۰	۰/۹۶	۰/۸۷	۱/۰۵	۰/۳۹	۱/۰۲	۰/۹۴	۱/۱۰	۰/۶۰
اسکیزوتایپال	۱/۰۰	۰/۹۲	۱/۱۰	۰/۸۵	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۷	۰/۷۵	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۶	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۸۵	۱/۰۴	۰/۲۶	۰/۹۴	۰/۸۶	۱/۰۲	۰/۱۹
مرزی	۰/۹۷	۰/۸۹	۱/۰۶	۰/۵۳	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۴	۰/۷۶	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۶	۰/۸۶	۰/۹۲	۰/۸۳	۱/۰۲	۰/۱۴	۱/۰۴	۰/۹۵	۱/۱۳	۰/۳۵
پارانویید	۰/۹۹	۰/۹۲	۱/۰۷	۰/۸۷	۱/۰۲	۰/۹۷	۱/۰۷	۰/۳۳	۱/۰۳	۰/۹۷	۱/۱۰	۰/۲۲	۰/۹۰	۰/۸۰	۱/۰۱	۰/۰۸	۱/۰۲	۰/۹۵	۱/۱۰	۰/۵۳
اضطراب	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۶	۰/۸۸	۱/۰۱	۰/۹۷	۱/۰۵	۰/۴۴	۰/۹۶	۰/۹۰	۱/۰۲	۰/۱۹	۰/۹۸	۰/۹۱	۱/۰۶	۰/۷۲	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۵	۰/۸۷
شبه جسمی	۱/۰۰	۰/۹۳	۱/۰۸	۰/۸۰	۱/۰۲	۰/۹۸	۱/۰۷	۰/۲۵	۱/۰۵	۰/۹۹	۱/۱۰	۰/۰۵	۰/۹۰	۰/۸۰	۱/۰۲	۰/۱۱	۱/۰۳	۰/۹۶	۱/۱۱	۰/۳۰
مانیک	۰/۹۷	۰/۹۰	۱/۰۵	۰/۴۷	۰/۹۹	۰/۹۵	۱/۰۳	۰/۶۴	۱/۰۱	۰/۹۶	۱/۰۵	۰/۶۳	۱/۰۴	۰/۹۷	۱/۱۲	۰/۲۰	۱/۰۲	۰/۹۶	۱/۰۷	۰/۴۶
افسرده خویی	۱/۰۳	۰/۹۴	۱/۱۲	۰/۴۶	۱/۰۳	۰/۹۸	۱/۰۹	۰/۲۲	۱/۰۷	۱/۰۱	۱/۱۴	۰/۰۲	۱/۰۸	۰/۹۶	۱/۲۲	۰/۱۸	۱/۰۰	۰/۹۳	۱/۰۸	۰/۸۹
وابستگی مواد	۰/۹۶	۰/۸۴	۱/۰۹	۰/۵۳	۰/۹۵	۰/۸۸	۱/۰۲	۰/۱۴	۰/۹۹	۰/۹۲	۱/۰۷	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۸۰	۱/۱۳	۰/۶۰	۱/۰۰	۰/۹۱	۱/۱۱	۰/۸۵
اختلال تفکر	۰/۹۴	۰/۸۶	۱/۰۳	۰/۲۰	۰/۹۲	۰/۸۶	۰/۹۸	۰/۰۱	۰/۹۷	۰/۹۱	۱/۰۳	۰/۳۴	۰/۹۸	۰/۹۰	۱/۰۷	۰/۷۷	۰/۹۴	۰/۸۶	۱/۰۱	۰/۱۲
افسردگی اساسی	۰/۹۸	۰/۹۲	۱/۰۴	۰/۵۵	۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۰۲	۰/۳۴	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۹	۰/۰۴	۱/۰۹	۰/۹۸	۱/۲۲	۰/۰۸	۰/۹۶	۰/۹۰	۱/۰۳	۰/۳۷
اختلال هذیانی	۰/۹۷	۰/۸۸	۱/۰۶	۰/۵۳	۱/۰۲	۰/۹۷	۱/۰۷	۰/۴۱	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۶	۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۹۲	۱/۱۴	۰/۵۶	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۶	۰/۸۸

جدول شماره ۴: رابطه بین اختلالات شایع روانپزشکی در فرزندان با ابعاد مختلف اختلال شخصیت در والد مادر

اختلال در فرزندان / اختلال والد پدر	افسردگی				اضطراب جدایی				شب ادراری				بیش فعالی				ترس خاص			
	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی‌داری
		حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا			حدپایین	حد بالا	
اسکیزوئید	۰/۹۵	۰/۸۹	۱/۰۱	۰/۱۶	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۲	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۶	۱/۰۲	۰/۸۴	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۴	۰/۸۸	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۴	۰/۸۷
دوری گزین	۰/۹۹	۰/۹۱	۱/۰۶	۰/۷۸	۰/۹۷	۰/۹۴	۱/۰۰	۰/۰۷	۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۰۱	۰/۱۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۱/۰۳	۰/۴۸	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۴	۰/۸۰
افسرده	۱/۰۷	۱/۰۰	۱/۱۴	۰/۰۲	۱/۰۱	۰/۹۹	۱/۰۳	۰/۲۰	۱/۰۲	۰/۹۹	۱/۰۵	۰/۰۹	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۳	۰/۸۶	۱/۰۳	۰/۹۸	۱/۰۹	۰/۱۳
وابسته	۱/۰۴	۰/۹۷	۱/۱۱	۰/۲۱	۱/۰۰	۰/۹۸	۱/۰۳	۰/۵۶	۱/۰۲	۰/۹۹	۱/۰۶	۰/۱۲	۱/۰۲	۰/۹۸	۱/۰۷	۰/۲۰	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۴	۰/۸۸
نمایشی	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۷	۰/۸۴	۰/۹۹	۰/۹۶	۱/۰۱	۰/۴۲	۱/۰۲	۰/۹۹	۱/۰۶	/۱۰	۱/۰۲	۰/۹۸	۱/۰۶	۰/۲۴	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۵	۰/۸۶
خود شیفته	۰/۹۸	۰/۹۰	۱/۰۶	۰/۶۲	۰/۹۸	۰/۹۵	۱/۰۱	۰/۲۳	۰/۹۷	۰/۹۴	۱/۰۰	۰/۱۳	۰/۹۵	۰/۹۱	۱/۰۰	۰/۰۶	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۴	۰/۹۹
ضد اجتماعی	۱/۰۶	۰/۹۵	۱/۱۷	۰/۲۵	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۹۵	۱/۰۱	۰/۹۷	۱/۰۶	۰/۴۰	۰/۹۵	۰/۸۹	۱/۰۱	۰/۱۵	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۵	۰/۸۳
دیگر آزار	۰/۹۷	۰/۹۰	۱/۰۵	۰/۵۳	۱/۰۲	۰/۹۹	۱/۰۵	۰/۰۶	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۹۸	۱/۰۱	۰/۹۶	۱/۰۶	۰/۵۷	۱/۰۱	۰/۹۶	۱/۰۷	۰/۵۵
وسواسی	۰/۹۶	۰/۹۰	۱/۰۳	۰/۳۰	۰/۹۹	۰/۹۷	۱/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹	۰/۹۷	۱/۰۲	۰/۷۹	۰/۹۸	۰/۹۶	۱/۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸	۰/۹۵	۱/۰۲	۰/۳۸
منفی گرا	۰/۹۸	۰/۹۱	۱/۰۵	۰/۶۰	۰/۹۹	۰/۹۶	۱/۰۵	۰/۴۶	۰/۹۹	۰/۹۵	۱/۰۲	۰/۶۱	۱/۰۳	۰/۹۸	۱/۰۸	۰/۱۸	۰/۹۸	۰/۹۲	۱/۰۳	۰/۴۸
خودآزار	۰/۹۱	۰/۸۳	۱/۰۰	۰/۰۷	۱/۰۲	۱/۰۰	۱/۰۵	۰/۰۵	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۸۵	۱/۰۱	۰/۹۶	۱/۰۵	۰/۶۴	۰/۹۸	۰/۹۳	۱/۰۴	۰/۶۲
اسکیزوتایپال	۱/۰۸	۰/۹۹	۱/۱۸	۰/۰۵	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۹۸	۱/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۵	۰/۷۷	۰/۹۸	۰/۹۳	۱/۰۴	۰/۶۲	۱/۰۱	۰/۹۵	۱/۰۸	۰/۶۱
مرزی	۱/۰۰	۰/۹۱	۱/۱۰	۰/۸۷	۰/۹۷	۰/۹۴	۱/۰۱	۰/۱۶	۰/۹۹	۰/۹۵	۱/۰۴	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۵	۰/۹۵	۱/۰۱	۰/۹۴	۱/۰۸	۰/۷۶
پارانویید	۱/۰۸	۰/۹۸	۱/۱۹	۰/۱۰	۱/۰۱	۰/۹۸	۱/۰۴	۰/۳۷	۱/۰۲	۰/۹۸	۱/۰۶	۰/۲۴	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۵	۰/۹۷	۱/۰۵	۰/۹۸	۱/۱۳	۰/۱۵
اضطراب	۰/۹۶	۰/۸۸	۱/۰۴	۰/۴۶	۱/۰۱	۰/۹۹	۱/۰۴	۰/۲۰	۱/۰۳	۰/۹۹	۱/۰۷	۰/۱۰	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۵	۰/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۵	۰/۹۱
شبه جسمی	۱/۰۷	۰/۹۹	۱/۱۵	۰/۰۶	۱/۰۱	۰/۹۸	۱/۰۴	۰/۳۴	۰/۹۸	۰/۹۵	۱/۰۲	۰/۳۸	۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۰۲	۰/۳۷	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۵	۰/۹۳
مانیک	۰/۹۸	۰/۹۱	۱/۰۶	۰/۷۱	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۲	۰/۹۵	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۳	۰/۸۴	۱/۰۳	۰/۹۸	۱/۰۸	۰/۱۷	۱/۰۲	۰/۹۷	۱/۰۷	۰/۳۱
افسرده خویی	۰/۹۳	۰/۸۶	۱/۰۰	۰/۰۵	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۲	۰/۸۲	۰/۹۸	۰/۹۵	۱/۰۱	۰/۳۴	۱/۰۱	۰/۹۷	۱/۰۶	۰/۴۶	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۴	۰/۹۰
وابستگی مواد	۰/۸۶	۰/۷۱	۱/۰۳	۰/۱۰	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۰۴	۰/۸۲	۰/۹۸	۰/۹۲	۱/۰۵	۰/۷۴	۱/۰۱	۰/۹۴	۱/۱۰	۰/۶۴	۰/۹۹	۰/۹۱	۱/۰۹	۰/۹۴
اختلال تفکر	۱/۰۶	۰/۹۶	۱/۱۶	۰/۲۳	۰/۹۷	۰/۹۴	۱/۰۱	۰/۲۰	۰/۹۸	۰/۹۴	۱/۰۲	۰/۳۷	۰/۹۳	۰/۸۷	۰/۹۸	۰/۰۲	۰/۹۶	۰/۹۰	۱/۰۳	۰/۳۶
افسردگی اساسی	۰/۹۸	۰/۹۰	۱/۰۷	۰/۶۷	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۴	۰/۷۲	۱/۰۲	۰/۹۷	۱/۰۷	۰/۳۲	۱/۰۳	۰/۹۷	۱/۱۰	۰/۲۳	۰/۹۹	۰/۹۲	۱/۰۶	۰/۸۱
اختلال هذیانی	۰/۸۸	۰/۷۸	۰/۹۹	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۹۶	۱/۰۲	۰/۶۷	۰/۹۹	۰/۹۵	۱/۰۳	۰/۷۷	۱/۰۰	۰/۹۵	۱/۰۶	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۵	۰/۸۴

افسردگی نوجوانان با افسردگی مادر مطرح شده است و اینکه ارتباط بیش‌تری بین افسردگی کودک و مادر در مقایسه با کودک و پدر وجود دارد(۲۷،۲۶). یکی از دلایل این موضوع ممکن است به‌علت ارتباط گسترده‌تر مادران با کودکان و دلبستگی ایمن کودکان به مادران و نقش بیش‌تر این موضوع در بروز یا تداوم اختلال در کودکان باشد، در حالی که پدران معمولا به علت اشتغال و درگیری‌های کاری و زندگی روزمره، زمان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

کم‌تری را در منزل و با کودکان می‌گذرانند. بر این اساس اختلالات عمده روانپزشکی مادر بر کیفیت ایجاد دلبستگی کودک موثر هستند و این می‌تواند توضیحی برای ارتباط محکم بین وجود اختلالات افسردگی و اضطراب در مادران و کودکانشان باشد.

هم‌چنین در مطالعه حاضر بین اختلالات شخصیت (اختلال تفکر) در والد مادر با اختلال بیش فعالی (ADHD) در کودکان و نوجوانان ارتباط معناداری مشاهده شد که با مطالعه‌ای که در ایالات متحده(۲۸) و مطالعه‌ای که در مشهد(۲۹) انجام شد، همسو بود. نقش والدین به‌خصوص مادران در سبب‌شناسی کودکان ADHD مهم است، چرا که مادران این کودکان، سختگیر یا کاملا رها کننده هستند(۳۰) و اصلاح نقش والدین بخصوص مادران، کلیدی است که می‌تواند به مدیریت رفتارهای بیش فعالی کودک کمک نماید(۳۱). هم‌چنین مطالعه حاضر نشان داد که بین اختلال خودشیفته و اختلال تفکر در والد پدر با اختلال اضطراب جدایی در فرزندان آنان و بین اختلال دوری‌گزین در والد پدر با اختلال ترس خاص در کودکان و نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد که با مطالعه مشهد(۳۲) غیرهمسو بود. ارتباط خانوادگی بین اختلالات اضطرابی پدران و فرزندان در مطالعات معدودی به‌دست آمده است(۳۳) و در اغلب مطالعات ارتباط بین اختلالات افسردگی و اضطراب مادران و کودکان به‌صورت معنی‌داری بیش‌تر از پدران بوده است(۳۴) و از دلایل آن می‌توان به ارتباط کم پدران با فرزندان به‌علت اشتغال و درگیری‌های کاری اشاره نمود که باعث می‌شود مدت زمان کم‌تری با فرزندان خود سپری نمایند و این خود موجب رابطه سرد و دوری والد پدر و فرزندان از همدیگر می‌شود و این امر نیز ترس و اضطراب و جدایی فرزندان از برخورد با والد پدر را به دنبال دارد و در مواردی نیز ممکن است باعث تنش مابین آن‌ها شود. مطالعه‌ای در تهران در ارتباط با آسیب روانی والدین و پاسخ به درمان کودکان مبتلا به اضطراب نشان داد که بهبود عملکرد خانواده و کاهش تنش بین آن‌ها به کاهش اضطراب کودکان منجر می‌شود(۳۵).

در این مطالعه بین اختلال افسرده خویی و افسردگی اساسی در والد پدر با اختلال شب ادراری در کودکان و نوجوانان ارتباط معنادار مشاهده شد که با مطالعه‌ای که در اصفهان انجام شده بود(۳۶) مطابقت داشت، و از دلایل آن می‌توان به اتخاذ روش‌های تربیتی خشن‌تر برای فرزند توسط والد پدر در مقایسه با مادر و یا کم حوصلگی بیش‌تر پدر برای برقراری رابطه نزدیک‌تر با فرزند به علت مشغله کاری بیرون از منزل اشاره کرد، که منجر به اضطراب در کودک خواهد شد و این استرس و اضطراب در نهایت منجر به شب ادراری در کودک می‌شود.

هم‌چنین نتایج مطالعاتی که در کردستان(۳۷) و تهران(۳۵) انجام شده بود نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانانی که والدین آن‌ها بیسواد بوده یا تحصیلات پایینی داشته‌اند بیش‌تر از کودکان و نوجوانی است که والدین آن‌ها تحصیلات بالایی دارند. مطالعه دیگری در مشهد در خصوص میزان خطر ابتلا به اختلالات روانی در کودکان و نوجوانانی که سطح تحصیلات والدینشان ابتدایی یا پایین‌تر بود، نسبت به پدران و مادرانی که دارای مدرک لیسانس یا بالاتر بودند نیز نشان داد که شانس ابتلا در این افراد بیش‌تر می‌باشد(۳۸) و با نتایج مطالعه حاضر نیز همسو بود. به نظر می‌رسد خانواده‌های با سطح تحصیلات پایین‌تر، هم از جهت مسایل اقتصادی و تامین نیازهای کودکان با مشکل مواجه بوده و هم به خاطر عدم آگاهی از شیوه‌های درست تربیتی و روانشناسی کودک قادر به برقراری ارتباط عاطفی مناسب با کودکانشان نباشند و این مسائل باعث شکل‌گیری اختلالات شخصیتی در کودکان و ایجاد زمینه برای بیماری‌های روانی گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی بدون اختلاف معنی‌دار در پسران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

بیش‌تر از دختران بود و این یافته با نتایج پژوهشی که در اردبیل انجام شده بود(۳۹) همسو و با نتایج مطالعه‌ای که در خراسان شمالی(۲۱) و مطالعه انجام شده در سانتیاگو شیلی(۴۰) غیرهمسو بود. این نتایج متفاوت نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانپزشکی در برخی مناطق ایران تحت تاثیر عوامل متعدد در بین جنس‌ها، می‌تواند متفاوت باشد و در یک جنس بالاتر است. تربیت جسمی و روحی کودکان در خانواده‌ها و در جوامع مختلف می‌تواند کاملا تحت تاثیر اختلاف نگرش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی والدین به موضوع فرزندآوری و جنسیت فرزندان باشد. به صورتی که در صدر اسلام و در دوره جاهلیت فرزندان دختر به عنوان ننگ در خانواده زنده به گور می‌شدند. از طرفی در بعضی از جوامع فقیرتر، انتظار از پسرها برای مشارکت زود هنگام در موضوعات اقتصادی بیش‌تر از دخترها بوده و سختگیری خانواده و عدم تطابق کودک با شرایط مورد انتظار خانواده می‌تواند زمینه بروز اختلالات روحی را افزایش دهد.

در مطالعه حاضر شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ۹/۴۹ درصد بود، که مقایسه نتایج این مطالعه با مقادیر به‌دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران و جهان متفاوت است. در ایران، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در خراسان شمالی در بین کودکان ۶ تا ۱۸ ساله ۱۶/۳ درصد(۲۱) و در تهران در بین کودکان ۶ تا ۱۱ ساله ۱۷/۹ درصد(۴۱) و در خارج از کشور نیز، شیوع اختلالات روانپزشکی در سانتیاگو شیلی در بین کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ ساله ۲۲/۵ درصد(۴۰) و در لیتوانی در بین کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۶ ساله ۱۳/۱ درصد گزارش شده بود(۱۹). میزان شیوع اختلالات افسردگی در پسران و در رده سنی ۱۸-۱۶ سال بیش‌تر از دختران بود که با مطالعه‌ای که در شهر شیراز انجام شده بود(۴۲) همسو و با نتایج مطالعه‌ای در خراسان شمالی(۲۱) غیرهمسو بود. مطالعات انجام شده درکشورهای دیگر نیز نتایج متغیری را نشان می‌دهند. بهترین برآورد انجام شده توسط یک متاآنالیز میزان شیوع افسردگی برای کودکان زیر ۱۳ سال را ۸/۲ درصد و برای نوجوانان ۱۸-۱۴ سال ۵/۶ درصد نشان داد(۴۳) که رقمی بالاتر از نتیجه پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. در مطالعات انجام شده در ایران نیز میزان شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان متفاوت گزارش شده است. مطالعه‌ای در این زمینه شیوع افسردگی در بین نوجوانان مسجد سلیمان را ۸۶/۷ درصد بیان کرد(۴۴). میزان شیوع اختلال اضطراب جدایی درکودکان دختر و در رده سنی ۱۰-۶ سال بیش‌تر از پسران بود که با مطالعه‌ای که در شهر کرمان(۴۵) و همچنین با مطالعه‌ای که در تهران روی کودکان ۱۱-۶ ساله انجام شده بود(۴۱) همسو و با نتایج مطالعاتی که در مشهد و اصفهان روی کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ سال انجام شده(۴۶،۱۰) غیرهمسو بود. هم‌چنین نتایج بررسی انجام گرفته در نقاط مختلف جهان نشان می‌دهد که شایع‌ترین اختلال در کودکان و نوجوانان ۱۶-۶ سال در برزیل، اختلال اضطراب جدایی با ۷/۲ درصد(۴۷) و در لیتوانی ۵/۹ درصد(۱۹) بود که تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر همسو بود و دلیل شایع بودن اختلال اضطراب جدایی در دختران می‌تواند در ارتباط با کم توجهی والدین و نگرش‌های محدودکننده والدین برای دخترها و هم‌چنین وابسته به جمعیت مورد مطالعه و یا تفاوت در نوع ابزار مورد استفاده باشد.

طبق نتایج مطالعه حاضر میزان شیوع اختلال شب ادراری در پسران بیش‌تر از دختران بود که در رده سنی ۱۰-۶ سال دارای بیش‌ترین میزان شیوع بوده است که نتایج این مطالعه با مطالعه‌ای در جندی شاپور اهواز(۴۸) و نیز با نتایج مطالعاتی که در استان قنا در مصر(۴۹) و در هند(۵۰) انجام شده بود، همسو بود.

میزان شیوع اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در پسران و در رده سنی ۶ تا ۱۰ سال بیش‌تر بود که با مطالعه‌ای در شهر یزد(۵۱) مطابقت داشت. در مطالعه‌ای که بر روی کودکان و نوجوانان از ۲۹ استان کشور انجام شد، اختلالاتی مانند بیش‌فعالی و شب ادراری دوران کودکی در پسران بیش‌تر از دختران بوده است(۵۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

میزان شیوع اختلال ترس خاص در پسران و در رده سنی ۱۰-۶ سال بیش‌تر از دختران بود که با مطالعه‌ای در استان خراسان شمالی مطابقت دارد(۲۱). نتایج مطالعه‌ای میزان شیوع ۱۲ ماهه فوبیای خاص را ۱۶ درصد نشان داد(۵۳) که از نتایج مطالعه حاضر بیش‌تر بود، به‌طور کلی شاید بتوان این تفاوت‌ها را به روش‌های پژوهش، ابزارهای به‌کار برده شده، جامعه آماری، حجم نمونه، سن افراد مورد بررسی، منطقه جغرافیایی و شرایط اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی مربوط دانست.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق شهری بیش‌تر از مناطق روستایی است و این یافته با نتایج مطالعه‌ای در تهران(۴۱) و در اردبیل(۳۹) و در مطالعه کودکان و نوجوانان از ۲۹ استان کشور (۵۲) و با نتایج مطالعه‌ای بر روی کودکان در کشور چین(۵۴) همسو بود و با مطالعه‌ای که بر روی کودکان ۵ تا ۶ ساله در بنگلادش انجام شد(۵۵) غیرهمسو بود. از دلایل اصلی این امر می‌توان به استرس‌ها، نگرانی‌ها و محرک‌هایی که افراد را در شهرهای بزرگ تحت تأثیر قرار می‌دهند و چالش‌هایی که مجبور بودند با آن‌ها کنار بیایند، اشاره کرد که منجر به شیوع بالاتر اختلالات روانپزشکی در محیط‌های شهری نسبت به محیط‌های روستایی شده است. از دلایل عدم تطابق نتایج مطالعه بنگلادش با نتایج این مطالعه می‌توان به اختلاف در روش دو مطالعه اشاره کرد و نیز شرکت‌کنندگان مطالعه بنگلادش محدود به گروه سنی ۵ تا ۱۰ سال بودند و این موضوع می‌تواند اختلاف نتایج این مطالعات را توجیه نماید.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به طولانی بودن فرآیند مصاحبه و تکمیل پرسشنامه اشاره کرد که در برخی موارد موجب مقاومت برخی از خانواده‌ها و عدم همکاری جهت تکمیل پرسشنامه می‌شد، که در این حالت طبق بلوک‌بندی به واحد دیگر که دارای کودک و نوجوان ۶ تا ۱۸ ساله بود مراجعه می‌شد و جایگزین مورد قبلی می‌گردید. ضمنا شناسایی وکنترل همه عوامل اقتصادی و اجتماعی مخدوش‌کننده، مقدور نبوده و با گرفتن نمونه‌ها از نقاط مختلف شهری و روستایی و با شرایط اجتماعی اقتصادی تقریبا مشابه این محدودیت به حداقل رسید. محدودیت دیگر، نوع مطالعه است که برای اثبات ارتباط نیاز به مطالعات با طرح قوی‌تر مثل مطالعات مورد- شاهدی می‌باشد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، بین اختلالات روانپزشکی و رفتاری دوران کودکی با برخی اختلالات شخصیتی والدین ارتباط وجود دارد، لذا پیشنهاد می شود که در فرآیند تشخیص و مداخله‌های درمانی به ویژگی‌های روان‌شناختی والدین نیز توجه شود و یک رویکرد جامع نسبت به مشکل کودک یا نوجوان اتخاذ شود که در آن همراه با در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی، در حد امکان اعضای خانواده به‌خصوص والدین او نیز در معرض مداخله قرار داده شوند، تا نتایج درمانی جامع‌تر و پایدارتر باشد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات آسیب‌های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و موسسه ملی توسعه تحقیقات پزشکی (NIMAD) که حمایت مالی و معنوی این طرح را به عهده داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. این پژوهش دارای کد اخلاقی با شماره IR.NIMAD.REC.1399.320 از موسسه ملی توسعه تحقیقات پزشکی (NIMAD) می‌باشد.

References

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015; 56(3): 345-365.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

2. Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51(12): 1261-1272.
3. Pourhossein R, Habibi M, Ashoori A, Ghanbari N, Riahi Y, Ghodrati S. Prevalence of behavioral disorders among preschool children. J Fundam Ment Health 2015; 17(5): 234-239.
4. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 2007; 20(4): 359-364.
5. Hedden SL. Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Heath & Human Services; 2015.
6. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry 2012; 69(4): 372-380.
7. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva; World Health Organization; 2001.
8. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am 2009; 32(3): 483-524.
9. 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): 980-989.
10. Mohammadi MR, Ahmadi N, Salmanian M, Asadian-Koohestani F, Ghanizadeh A, Alavi A, et al. Psychiatric disorders in Iranian children and adolescents. Iran J Psychiatry. 2016; 11(2): 87-98.
11. Mehrdadi A, Sadeghian S, Direkvand-Moghadam A, Hashemian A. The prevalence and risk factors of mental disorders among students in Ilam: A cross-sectional study. International Journal of Epidemiologic Research 2017; 4(1): 31-36.
12. Molaee M, Jani S, Hamedi R, Jangi Gojebiglou S. Predicting cluster c personality disorders (avoidant,dependent and obsessive-compulsive) according to behavioral activation and inhibition systems. Studies in Medical Sciences 2014; 25(10): 931-939 (Persian).
13. Sharp C, Vanwoerden S, Wall K. Adolescence as a sensitive period for the development of personality disorder. Psychiatr Clin 2018; 41(4): 669-683.
14. Zimmeraman M. Diagnostic Personality Disorders: Are view of issues and research methods. Arch Gen Psychiatry 1994; 51(3): 225-245.
15. Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. Behav Res Ther 1996; 34(3): 265-268.
16. Wood JJ. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. Child Psychiatry Hum Dev 2006; 37(1): 73-87.
17. Hudson JL, Rapee RM. Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. Behav Res Ther 2001; 39(12): 1411-1427.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

18. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric Characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Journal of Modern Psychological Researches 2013; 8(29): 135-162.
19. Lesinskiene S, Girdzijauskiene S, Gintiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, et al. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. BMC Public Health 2018; 18(1): 548.
20. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime version (K-SADSPL): Initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(7): 980-988.
21. Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, 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 Adolesc Ment Health 2010; 15(2): 97-102.
22. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. BMC Psychiatry 2006; 6(1): 10.
23. Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olino TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. Psychol Med 2005; 35(3): 353-365.
24. Gunlicks ML, Weissman MM. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: Asystematic review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2008; 47(4): 379-389.
25. Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olino TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. Psychol Med 2005; 35(3): 353-365.
26. Lieb R, Bronisch T, Hofler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. Am J Psychiatry 2005; 162(9): 1665-1671.
27. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Indian J Psychiatry 2009; 51(4): 331.
28. Hirshfeld-Becker DR, Petty C, Micco JA, Henin JA, Park J, Beilin A, et al. Disruptive behavior disorders in offspring of parents with major depression: Associations with parental behavior disorders. J Affect Disord 2008; 111(2-3): 176-184.
29. Kimiai SA, Beigi F. Comparison of family functions of mothers of healthy children and "hyperactive/attention deficit" children and the effect of problem solving skills on family functions of mothers. Journal of Behavioral Sciences 2010; 4(2): 141-147 (Persian).
30. Johnston C, Chen M, Ohan J. Mothers' attributions for behavior in nonproblem boys, boys with attention deficit hyperactivity disorder, and boys with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior. J Clin Child Adolesc Psychol 2006; 35(1): 60-71.
31. Barkley R, Guevremont D, Anastopoulos A, Fletcher K. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with ADHD. J Consult Clin Psychol 1992; 60(3): 450-462.
32. Soltanifar A, Rezaei Ardani A, Jafarzadeh Fadaki M, Soltanifar A. case-control study of anxiety and depression on parents of children with anxiety disorders. Journal of Fundamentals

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

of Mental Health 2009; 11(41): 51-60.

33. Hughes AA, Hedtke KA, Kendall PC. Family functioning in families of children with anxiety disorders. J Fam Psychol 2008; 22(2): 325-328.
34. Cooper PJ, Fearn V, Willetts L, Seabrook H, Parkinson M. Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. J Affect Disord 2006; 93(1-3): 205-212.
35. Schleider JL, Ginsburg GS, Keeton CP, Weisz JR, Birmaher B, Kendall PC, et al. Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth: roles of family functioning and caregiver strain. J Consult Clin Psychol 2015; 83(1): 213-224.
36. Arman S, Mohammadi MM, Alavi SS, Khaleghi A, Ghaneian M, Atai Maqsood Beigi S, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in the 6-18 year old population of Isfahan province in 2016. J Behav Sci Res 2019; 17(1): 139-150 (Persian).
37. Mohammadzade S, Mohammadi M R, Ahmadi N, Hooshyari Z, tahazade S, Yousefi F, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents between 6 and 18 years of age in Kurdistan Province in 2016. SJKU 2019; 23(6): 115-127.
38. 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(5): 247-253.
39. 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: 240-251 (Persian).
40. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry 2012; 53(10): 1026-1035.
41. Alavi A, Mohammadi MR, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharaei J. Frequency of Psychological Disorders amongst Children in Urban Areas of Tehran. Iran J Psychiatry 2010; 5(2): 55-59.
42. Mozafari M, Ghanizadeh A, Ashkani H, Firoozabadi A, Alishahi M, Dehbozorgi G, et al. The Prevalence of Anxiety and Depression Disorders in the Children of Veterans of Shiraz, Iran: A Case Control Study. Qom Univ Med Sci J 2009; 3(2): 19-24 (Persian).
43. 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 questionna. Iran J Psychiatry 2013; 8(4): 152-159.
44. Madmoli Y, Madmoli M, Qashqaei Nezhad N, Bosak S. Prevalence of depression and associated factors in adolescents of Masjed-Soleyman. JPEN 2016; 2(4): 22-27.
45. EslamiShahrbabaki M, Mohammadi MR, Hoshyari Z, Ahmadi A, Kaviani N, Rabani Bavojdan M, et al. Epidemiology of psychiatric disorders among children and adolescents in Kerman and suburbs in 2016-2017. Health and Development Journal 2020; 9(2): 187-201.
46. Arman S, Keypour M, Maracy MR, Attari A. Epidemiological Study of Youth Mental Health Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Iran Red Crescent Med J 2012; 14(6): 371-375.
47. Paula CS, Coutinho ES, Mari JJ, Rohde LA, Miguel EC, Bordin IA. Prevalence of psychiatric disorders among children and

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

adolescents from four Brazilian regions. Braz J Psychiatry 2015; 37(2): 178-179.

48. Hakim A, Kompani F, Bahadoram M. Factors affecting nocturnal enuresis amongst school-aged children: brief report. Tehran Univ Med J 2015; 73(1): 60-64 (Persian).
49. Ismail A, Abdelbasser K, Abdel-moneim M. Prevalence and Risk Factors of Primary Nocturnal Enuresis n Primary School Children in Qena Governorate-Egypt. Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg 2013; 50(2): 145-154.
50. Özkan S, Durukan E, Iseri E, Gürocak S, Maral I,Bumin MA. Prevalence and risk factors of monosymptomatic nocturnal enuresis in Turkish children. Indian J Urol 2010; 26(2): 200-208.
51. Akhavan Karbasi, Golestan, Motahareh, Fallah, Razieh, Sadr Bafghi, Mahdokht. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in 6-year-old children in Yazd. JSSU 2008; 15(4): 29-34.
52. Mohammadi MR, Hojjat SK, Mostafavi SA, Khaleghi A, Hooshyari Z, Ahmadi N, et al. Parents' personality disorders as predictor of substance use disorder in children and adolescents. Arch Iran Med 2021; 24(6): 478-486.
53. Agarwal V, Yaduvanshi R, Arya A, Gupta PK, Sitholey P. A study of phenomenology, psychiatric co-morbidities, social and adaptive functioning in children and adolescents with OCD. Asian J Psychiatr 2016; 22: 69-73.
54. Xiaoli Y, Chao J, Wen P, Wenming X, Fang L, Ning L, et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in northeast China. PloS one 2014; 9(10): e111223.
55. Mullick MSI, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: An exploratory study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40(8): 663-671.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]