

ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان شهر کرمانشاه: مطالعه مقطعی

نسرین حیدری‌زاده^۱، مهران فرج‌الهی^۲، زهره اسمعیلی^۳

^۱مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲استاد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

نویسنده رابط: نسرین حیدری‌زاده، نشانی: کرمانشاه، شهرستان دالاهو، خیابان راه کربلا، شهرک سیصد دستگاه، دانشگاه پیام نور، کدپستی: ۶۷۶۶۱۱۳۴۴۵، تلفن: ۰۹۱۸۱۳۰۳۹۸۲

پست الکترونیک: Nasrin_heidarizadeh61@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۲۷؛ پذیرش: ۹۵/۰۸/۰۱

مقدمه و اهداف: یکی از شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان، اختلال اضطراب اجتماعی است. این پژوهش به منظور بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان شهر کرمانشاه انجام شد.

روش کار: پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی (Cross-sectional) است. جامعه‌ی آماری شامل تمامی دانش‌آموزان ۱۷-۱۳ ساله شهر کرمانشاه در دوره‌ی راهنمایی بود. با استفاده از جدول Morgan و Krejcie و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۷۶۰ نفر انتخاب و پرسشنامه‌های متغیرهای جمعیت‌شناختی و اضطراب اجتماعی کودک و نوجوان (SAS-CA) را تکمیل نمودند. داده‌های به‌دست آمده با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و روش‌های آمار توصیفی، مربع کای و رگرسیون لجستیک تحلیل شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: داده‌ها نشان داد که میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در کل نمونه ۱۸/۸۰ درصد است. میزان شیوع در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی راهنمایی بیش‌تر از پسران بود. فراوانی شدت اختلال اضطراب اجتماعی متوسط ۱۲/۲۵ درصد، شدید ۴/۹۰ درصد و خیلی شدید ۱/۷۰ درصد بود. در بین عوامل جمعیت‌شناختی، تحصیلات والدین، شغل والدین، تعداد اعضای خانواده، مقدار درآمد خانواده و سابقه‌ی اختلال روان‌شناختی در خانواده با شیوع SAD در دانش‌آموزان رابطه‌ی آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$)، اما این رابطه برای نوع تولد معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که اختلال اضطراب اجتماعی بین دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی از میزان قابل توجهی برخوردار است. بنابراین، برنامه‌ریزی برای پیش‌گیری و درمان SAD در اولویت است.

واژگان کلیدی: اپیدمیولوژی، اختلال اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی، کرمانشاه

مقدمه

DSM-V) طبقه‌ی تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد (۲). ویژگی اصلی آن ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی است که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد، و از هر گونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند، ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعی که در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار گیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند (۲،۳). این افراد تقریباً همیشه نشانه‌های اضطراب (تعداد ضربان قلب بالا، تعریق، اختلال‌های گوارشی، گرفتگی عضلات، و سرخ شدن) را تجربه می‌کنند (۳). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، میزان شیوع ۱۲ ماهه SAD در بزرگسالان حدود ۷ درصد و در کودکان و نوجوانان

امروزه اختلال‌های بهداشت روانی کودکان و نوجوانان از مسایل مهم اجتماعی به‌شمار می‌آید (۱). فشارهای روانی، زمانی تنها در بزرگسالان شایع بود، اما اکنون در کودکان ۴ ساله نیز دیده می‌شود (۲). افزایش فشارهای روانی، به شدت یافتن اختلال‌های روان‌شناختی مانند اختلال اضطراب اجتماعی^۱ و نشانه‌های آن می‌انجامد؛ بنابراین، نگاه ویژه‌ای باید نسبت به سایر اختلال‌ها به آن داشت (۲).

اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) نشانگان عصب- روان‌شناختی پیچیده‌ای است که در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال‌های روانی^۲

^۱ Social Anxiety Disorder; SAD

^۲ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V

هستند. رخداد متداول ترس‌ها و اضطراب‌ها در دوران کودکی و نوجوانی لزوم بررسی نقش این‌گونه هیجان‌ها در رشد طبیعی و با تأکید بر نقش فرهنگ در هر جامعه‌ای نمایان می‌سازد. وجود تعداد بسیار اندک متعلق به گروه‌های اقلیت و کودکان خانواده‌های با طبقه‌ی اجتماعی- اقتصادی پایین در بین کودکان مبتلا به برخی اختلال‌های اضطرابی می‌تواند نشان‌گر این سوگیری باشد که کودکان اقلیت کم‌تر برای درمان ارجاع می‌شوند (۱۱).

از سوی دیگر، درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال روان‌شناختی از چالش برانگیزترین موضوع‌های بالینی و بهداشت روانی است. امروزه کم‌تر از ۱۰ درصد کودکانی که مشکلات بهداشت روانی دارند، در زمینه‌ی اختلال‌های ناشی از عوامل شخصی، خانوادگی یا موقعیتی، از خدمات مطلوب بهره‌مند می‌شوند (۱). چنان‌چه مشکلات کودکان، ماه‌ها و سال‌ها بدون شناسایی و درمان ادامه یابد، مشکلات بهداشت روانی آن‌ها در بلندمدت حادث می‌شود. تکلیف‌های رشدی به اندازه‌ی کافی دشوار است، چه برسد به آن‌که فشارهای ناشی از آشفتگی‌های هیجانی یا رفتاری (نشانه‌ها و علائم SAD) که فرایند سیر رشد را از راه‌های گوناگون مختل می‌سازد؛ نیز به آن‌ها اضافه شود. اختلال‌های روان‌شناختی هم‌ایندی با SAD، بی‌نتیجه بودن مراجعه‌های متعدد به روان‌پزشک و به دنبال آن احساس ناامیدی، وابستگی بیش از حد به افراد خانواده و سایر کسانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند یا برعکس، جدا شدن فرد مبتلا به اختلال از خانواده و جامعه و رفتن به‌سوی درون‌گرایی، غیبت از مدرسه و مشکلات تحصیلی، و ... همگی موجب می‌شود تا فرد، بیماری و ناراحتی خویش را بیش از حد برآورد کند و امکان مقابله با آن را در خود نبیند. از بعد اقتصادی و آسیب‌های انسانی، این‌گونه پیامدهای بلندمدت و آسیب‌شناسی روانی کودک بسیار پرهزینه هستند. در این خصوص، هرچند که پیش‌گیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) همواره کارآمد و مؤثر نبوده است، اما شواهد نشان می‌دهد، پیش‌گیری اولیه می‌تواند مشکلات روانی- اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به‌طور چشم‌گیری کاهش دهد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی شهر کرمانشاه انجام شد.

تقریباً مشابه بزرگسالان است، و تعداد دختران مبتلا به SAD، ۱/۵-۲/۲ برابر پسران است (۴). این اختلال با توجه به مراجعان کلینیک‌های تخصصی، بیش‌تر از آن‌چه که تصور می‌شود، شایع است (۳). از میان کودکانی که به دلیل اختلال‌های اضطرابی برای درمان ارجاع می‌شوند؛ بیش از ۲۰ درصد بر اساس تشخیص اولیه، SAD دارند و در کودکانی که به دلیل سایر اختلال‌های اضطرابی ارجاع می‌شوند؛ SAD متداول‌ترین تشخیص ثانویه است (۴-۲). با وجود مطالعات فراوانی که در مورد اضطراب وجود دارد، اما شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان هنوز به درستی مشخص نشده است (۵). تقریباً ۱/۲ از کودکان مبتلا، معیارهای تشخیصی این اختلال را برای ۸ سال یا بیش‌تر، هم‌چنان دارند (۲). بنابراین، نشانه‌های درمان نشده‌ی SAD در این گروه سنی اغلب پنهان مانده و به علت درمان نشدن، شدت می‌یابند (۴).

اگرچه اضطراب کلی و کم‌رویی گذرا به عنوان بخشی از رشد به‌هنجار تلقی می‌شوند، اما کودکان و نوجوانان مبتلا به SAD، دچار اضطراب مزمن می‌شوند (۶). افراد مبتلا به SAD در پردازش و تفسیر اطلاعات سوگیری‌هایی دارند که باعث می‌شود، درباره‌ی رویدادهای اجتماعی در آینده پیش‌بینی‌های منفی افراطی به عمل آورند. این فرایند نزولی- مارپیچی به رخداد مشکلاتی جدی در کفایت اجتماعی و برقراری روابط دوستانه با دیگران منجر می‌شود (۷).

پژوهش Camuri و همکاران (۸) نشان داد که کیفیت زندگی در کودکان SAD با شیوع ۲۳/۶ درصد همانند بزرگسالان مبتلا به SAD و سایر اختلال‌های روان‌شناختی پایین و هم‌ایندی بالایی با سایر اختلال‌ها در این کودکان نسبت به کودکان غیر مبتلا وجود دارد. پژوهش Bener و همکاران (۹) در قطر نشان داد که در کودکان و نوجوانان با دامنه‌ی سنی ۱۵-۱۲ سال، میزان شیوع SAD، ۱۹/۷ درصد و میزان شیوع در دختران با ۵۶ درصد از پسران با میزان ابتلا ۴۴ درصد بالاتر است. هم‌چنین، پژوهش Abbo و همکاران (۱۰) نشان داد که در کودکان و نوجوانان شمال‌شرق اوگاندا شیوع اختلال‌های اضطرابی ۲۶/۶ درصد و میزان شیوع در زنان با ۲۹/۷ درصد نسبت به ۲۳/۱ درصد در مردان بالاتر است. اگرچه داده‌های توصیفی در زمینه‌ی سابقه‌ی طبیعی هر نوع اختلالی مفید است و چنین داده‌هایی درباره‌ی طبقه‌ی تشخیصی اختلال‌های اضطرابی نیز در پژوهش‌های خارج از کشور به چشم می‌خورد، اما باید چنین داده‌هایی را با احتیاط ذکر و تفسیر نمود. این داده‌ها غیر دقیق و اغلب بازنگرانه، ناقص و دست‌کم بدون شیوه‌ی مناسب نمونه‌گیری و بدون توجه به ارتباط بین عوامل نژادی و فرهنگی و با یافته‌های گیج‌کننده و متناقض

روش کار

این پژوهش، در قالب یک مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی^۱ انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دوره‌ی راهنمایی (N=۴۹۹۷) در سال ۱۳۹۴ شهر کرمانشاه بود. تعداد نمونه بر اساس جدول Krejcie و Morgan (با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای نمونه‌گیری ۵ درصد)، و اختلاف میانگین و واریانس مربوط در پژوهش‌های مشابه (حداقل ۳ پژوهش مربوط) و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۳۸۰ نفر به‌دست آمد. میزان اثر طرح براساس فرمول $[Deff=1+ncsM-1]$ حدود ۱/۸ محاسبه شد. برای بالا بردن دقت نمونه‌گیری این مقدار ۲ در نظر گرفته شد و بر اساس فرمول "Ncs=Nrs+Deff CS" تعیین شد (۱۲) و در نهایت تعداد ۷۶۰ نفر برای نمونه‌گیری در نظر گرفته شد (n=۷۶۰).

در این شیوه‌ی نمونه‌گیری ابتدا فهرستی از خوشه‌ها (مدرسه‌ها) تهیه شده و از آن به عنوان چهارچوب نمونه‌گیری استفاده می‌شود. به‌عبارت دیگر؛ شیوه‌ی نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بدین صورت انجام گرفت که ابتدا از بین مناطق ۶ گانه موجود به تصادف منطقه‌های ۵ و ۳، ۱ انتخاب شد و با مراجعه به آموزش و پرورش منطقه‌های مربوط، فهرست تمامی مدارس راهنمایی گرفته شد؛ سپس، به‌صورت تصادفی از بین مدرسه‌های هر منطقه ۴ مدرسه انتخاب شد (۲ مدرسه پسرانه و ۲ مدرسه دخترانه)؛ در نهایت، طی یک دوره‌ی ۱ ماهه پس از هماهنگی‌های لازم با مسؤولان مدرسه‌ها و جلب رضایت آزمودنی‌ها از هر مدرسه با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده چند کلاس انتخاب و آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. در مرحله‌ی اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را طی یک سخنرانی ۱۵ دقیقه‌ای به افراد مورد بررسی معرفی و پس از توضیحات کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که هر سؤال را به دقت بخوانند و پاسخی را که مناسب‌تر به‌نظر می‌رسد، انتخاب کنند. هم‌چنین، تأکید شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و یافته‌ها بدون نام و نشان از آن‌ها منتشر خواهد شد و هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند؛ تا آزمودنی‌ها با رضایت کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل خود آزمودنی برای شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های مشخص جسمی (حاد

یا مزمن)، عدم دریافت روان‌درمانی و دارودرمانی پیش از ورود به پژوهش، سن ۱۷-۱۳ سال، ساکن بودن در شهر کرمانشاه و اخذ رضایت‌نامه به وسیله آزمودنی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج نیز عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که، چنان‌چه آزمودنی در طول پژوهش تمایل به همکاری نداشت، نمونه جایگزین می‌شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های زیر صورت گرفت:

الف- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این پرسشنامه به‌منظور تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها مانند جنس، سن (بر حسب سال)، تحصیلات آزمودنی، تحصیلات والدین (مادر/پدر)، شغل والدین، تعداد اعضای خانواده (پرجمعیت/کم‌جمعیت)، نوع تولد (طبیعی/نارس/زودرس)، سابقه‌ی اختلال‌های روان‌شناختی در خانواده توسط پژوهشگر تهیه شد.

ب- پرسشنامه اضطراب اجتماعی کودک و نوجوان لایبوتنز (SAS-CA): این مقیاس که به‌وسیله‌ی Masia-Warner و همکاران (۱۳) ساخته شده است، یک ابزار خودگزارشی ۴۸ سؤالی است (۲۴ سؤال اضطراب اجتماعی و ۲۴ سؤال اجتناب را می‌سنجد)، که به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت از (عدم وجود اضطراب=۰) تا (اضطراب شدید=۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۶۵-۵۵ (اضطراب اجتماعی متوسط)، نمره ۸۰-۶۵ (اضطراب اجتماعی شدید) و نمره‌ی ۹۵-۸۰ (اضطراب اجتماعی خیلی شدید) است. لازم به ذکر است که در این مقیاس درجه‌ی خفیف بیان نشده است (۱۴). پژوهش‌های متعدد بیانگر روایی و پایایی قابل قبول آن است و ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ی ۰/۹۷-۰/۹۰ گزارش شده است (۱۳). در هنجاریابی روی نمونه‌ی بالینی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۷ گزارش و نمره‌ی برش مقیاس ۵۵ و بالاتر است (۱۵).

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مربع کای و رگرسیون لجستیک استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ صورت گرفت. سطح معنی‌داری $(P \leq 0/05)$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین \pm انحراف معیار سنی در دختران، $15/02 \pm 1/77$ و در پسران $15/63 \pm 1/02$ سال است. ۱۵۴ نفر از پاسخ‌گویان به

^۱Cross-sectional study

اضطراب اجتماعی (SAD) در دختران بیش‌تر از پسران بود ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 2/02$). میزان شیوع SAD در دانش‌آموزان دارای خانواده پرجمعیت (بیش از ۴ نفر) بیش‌تر از دانش‌آموزان با خانواده کم‌جمعیت بود ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 2/13$). هم‌چنین، بین اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) در دانش‌آموزان با تحصیلات والدین (اعم از مادر و پدر) رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد، و شیوع این اختلال اضطرابی در بین فرزندان والدین با تحصیلات پایین‌تر به‌طور معنی‌داری بالاتر از والدین با تحصیلات بالاتر می‌باشد ($P < 0/05$). سایر اطلاعات ناشی از توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان در جدول شماره ۲ آورده شده است.

پرسشنامه SAD دارای نمره‌های بالاتر از نقطه‌ی برش تعیین شده بودند (نمره‌ی ۵۵ و بالاتر)، که مشکوک به SAD تشخیص داده شدند و بنابراین، به‌وسیله‌ی روان‌شناس بالینی و بر مبنای معیارهای تشخیصی (DSM-V) مصاحبه‌ی بالینی شدند که از این تعداد، ۱۴۳ نفر تشخیص قطعی SAD را دریافت کردند، اما ۱۱ نفر دیگر با توجه به مصاحبه‌ی بالینی مشکلی نداشتند. به‌عبارت دیگر، از کل نمونه‌ی مورد پژوهش، ۶۱۷ نفر سالم (۸۱/۲۰ درصد) و ۱۴۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بودند. یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که به تفکیک ۸۱ نفر (۲۱/۳۰ درصد) دختران و ۶۲ نفر (۱۶/۳۵ درصد) پسران دانش‌آموز دوره راهنمایی مبتلا به SAD بودند. یافته‌های جدول شماره ۲ نشان داد که میزان شیوع اختلال

جدول شماره ۱- شیوع و درصد جمعیت دارای درجه‌های مختلف اضطراب اجتماعی در گروه دختران و پسران دانش‌آموز کرمانشاه

شدت اضطراب اجتماعی (SAD)	دختران		پسران	
	تعداد	درصد فراوانی نسبی	تعداد	درصد
اضطراب اجتماعی متوسط	۵۰	۱۳/۱۵	۴۳	۱۱/۳۱
اضطراب اجتماعی شدید	۲۲	۵/۸۰	۱۵	۳/۹۵
اضطراب اجتماعی خیلی شدید	۹	۲/۴۰	۴	۱/۰۵
مجموع	۸۱	۲۱/۳۰	۶۲	۱۶/۳۵

جدول شماره ۲- شیوع اختلال اضطراب اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه نمونه دانش‌آموزان کرمانشاه

متغیر	وضع سلامت	P-Value		وضع سلامت	
		χ^2	تعداد کل	درصد فراوانی	دارای اختلال
جنس	دختر	۰/۰۰۱	۲/۰۲	۳۸۰	۲۱/۳۰
	پسر			۳۸۰	۱۶/۳۵
تعداد اعضای خانواده	پر جمعیت (بیش از ۴ نفر)	۰/۰۰۱	۲/۱۳	۵۱۴	۱۷/۷۰
	کم‌جمعیت (۴ نفر و کم‌تر)			۲۴۶	۱۰/۵۵
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۰/۰۰۲	۳/۲۴	۳۵۷	۲۱/۳۰
	دیپلم- فوق دیپلم			۲۷۶	۹/۸۰
تحصیلات پدر	لیسانس و بالاتر	۰/۰۰۲	۳/۲۴	۱۲۷	۷/۸
	زیر دیپلم			۲۵۵	۲۱/۹۵
شغل پدر	دیپلم- فوق دیپلم	۰/۰۰۴	۷/۳۸	۳۳۵	۹/۸۵
	لیسانس و بالاتر			۱۷۰	۶/۵۰
شغل مادر	بازاری (آزاد)	۰/۰۰۳	۱۱/۰۹	۴۲۶	۱۷/۸۵
	بیکار (فصلی)			۱۳۸	۲۰/۳۰
شغل مادر	کارمند	۰/۰۰۳	۱۱/۰۹	۱۹۶	۱۳/۸۰
	خانه دار			۶۳۷	۱۸/۵۵

نوع تولد	طبیعی	غیرطبیعی (نارس/زودرس)	۵۷	۵۲	۵
خانواده	۱۱۳	۱۸۱	۶۱/۵۵	۲۹۴	۱۷/۹۰
سابقه‌ی اختلال در	ندارد	دارد	۱۵/۴۵	۴۶۶	۱۲۳
شاغل	۱۰۱	۲۲	۱۷/۹۰	۱۲۳	۱۷/۹۰

بحث

این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی شهر کرمانشاه انجام شد. بیش‌تر پژوهش‌های اپیدمیولوژی پیشین در حوزه‌ی SAD اغلب در گروه بزرگسالان (دانشجویان) و بدون در نظر گرفتن متغیرهای روانی-اجتماعی و زمینه‌ی فرهنگی جامعه انجام گرفته است؛ اجرای این پژوهش در شهر کرمانشاه به عنوان یکی از شهرهای دارای تنوع جمعیتی، قومی، زبانی و فرهنگی و روی نمونه‌های با دامنه‌ی سنی ۱۷-۱۳ سال می‌تواند نه تنها زمینه‌ی مطالعه‌های این حوزه را گسترش دهد؛ بلکه با توجه به نیاز روزافزون به کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی و جوانب پیشگیرانه سیاست‌گذاری‌های سلامت روان برآورد درستی از وضع موجود ارایه دهد.

این پژوهش نشان داد که شیوع SAD در دانش‌آموزان به عنوان جمعیتی غیر بالینی قابل ملاحظه است. میزان شیوع SAD در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی شهر کرمانشاه، ۱۸/۸۰ درصد بود که نشان می‌دهد به‌طور کلی میزان شیوع SAD در کرمانشاه در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور در دامنه‌ی متوسط قرار دارد. این پژوهش نشان داد که به تفکیک ۸۱ نفر (۲۱/۳۰ درصد) از دختران و ۶۲ نفر (۱۶/۳۵ درصد) از پسران دانش‌آموز مبتلا به SAD بودند. یافته‌های به‌دست آمده در این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین مانند Bandelow و همکاران (۴)، Bener و همکاران (۹)، Rodebaugh و همکاران (۱۶)، Krause و همکاران (۱۷)، Asnaani و همکاران (۱۸) و عسگری و همکاران (۱۹) هم‌خوانی دارد.

عسگری و همکاران (۱۹) نشان دادند که شیوع کلی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان ابهر، ۱۷/۲ درصد است و بین همه‌ی متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه با رخداد SAD ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. پژوهشگران در دهه‌ی اخیر علاقه‌ی زیادی به بررسی عامل شناخت و فراسناخت در اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند و در

زمینه‌ی پژوهش و درمان آن، به پردازش سوگیرانه‌ی اطلاعات توجه نموده‌اند (۲۰). در مدل فراسناختی متداول از SAD، که به وسیله‌ی Wells (۲۱) ارایه شده است، به یک سندرم توجهی-شناختی در این بیماران اشاره می‌شود که شامل افکاری با ویژگی‌های تکراری بودن، دشواری در کنترل در شکل‌نگرانی، نشخوار ذهنی و رفتار خودبازنگری می‌شود. مبتلایان به SAD اغلب پیش از رویارویی با موقعیت هراس‌انگیز اجتماعی در جریان رویارویی و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده شدن از دید دیگران پرداخته و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب در آن‌ها می‌شود (۲۱). در واقع، برای همه‌ی کودکان رشد و پختگی شناختی با کاهش ترس ارتباط دارد، اما مبتلایان به SAD هم‌چنان پس از رشد شناختی نیز رویدادهای غیر ترسناک را، رویدادهایی وحشتناک ارزیابی می‌کنند که این مسأله نشان دهنده‌ی نوعی اختلال در شیوه‌ی «دریافت و پردازش اطلاعات»، «سوگیری در توجه» و «استدلال تأیید-خطر» در این کودکان است (۲۲-۲۰).

این پژوهش هم‌سو با یافته‌های مطالعه‌های پیشین (۱۸-۱۶) نشان داد، که شیوع SAD در دختران بیش‌تر از پسران است. اگر چه مشکلات بهداشت روانی دختران کم‌تر بررسی شده است، اما این وضع در حال تغییر است (۳). اختلال‌هایی که شروع آن‌ها در دوران اولیه کودکی است و مربوط به کمبودهای عصبی-رشدی و برون‌سازی شده مانند بیش‌فعالی، در پسران بیش‌تر است، اما دختران عموماً اختلال‌های هیجانی و درونی‌سازی شده مانند SAD، را که سن شروع آن‌ها کودکی ثانویه و نوجوانی است، به‌تدریج بیش از پسران نشان می‌دهند (۲۳)، و این تفاوت تا سن بزرگسالی حفظ و ادامه می‌یابد (۳۰۸).

یافته‌ی دیگر این پژوهش بیان‌گر آن بود که میزان شیوع SAD، در دانش‌آموزان خانواده پرجمعیت بیش‌تر است ($P < 0/05$). پژوهش Abramovitch و همکاران (۲۴) میان متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، جنس و ترتیب تولد با اختلال وسواس در کودکان و نوجوانان رابطه‌ی آماری معنی‌داری به دست نیاورد، اما عامل خانواده و نیز تحصیلات پایین والدین عامل مؤثری در افزایش اختلال‌های

این‌گونه تجربه‌ها و اختلال اضطراب اجتماعی روابط آشکاری وجود دارد، اما علاوه بر تجربه‌های دشوار، تجربه‌هایی که به چشم دیگران عادی به نظر می‌رسند، نیز ممکن است برای کودکان استرس‌زا باشند؛ زیرا آن‌ها در زندگی تجربه‌ی زیادی ندارند (۳،۱۸،۲۷). به این ترتیب برخی تجربه‌های عادی می‌توانند باعث اضطراب، تشدید باورهای ناکارآمد و در نهایت SAD شوند (۲۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع ۱۸/۸۰ درصدی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی شهر کرمانشاه در مقایسه با دیگر نقاط دنیا و برخی عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن، می‌توان گفت ایجاد آگاهی در جامعه‌ی مورد مطالعه و والدین آن‌ها در خصوص علایم و ماهیت مشکل، همچنین، شیوع اختلال در جمعیت غیر بالینی دانش‌آموزان قابل تأمل و نیازمند توجه متخصصان و برنامه‌ریزان بهداشت کشور است.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی علوم رفتاری و روان‌شناسی سلامت صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله این‌که، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، محدودیت زمانی در انجام مطالعه بود. همچنین، با توجه به هم‌پوشانی بالای سایر اختلال‌های روان‌شناختی با SAD و نیز ایجاد اختلال عملکرد در برخی وجوه شناختی دارای اهمیت در دانش‌آموزان از جمله کمبودهای حافظه و نظریه‌ی نقص ذهن، حالت عاطفه‌ی منفی و هوش شناختی، لحاظ نمودن این موارد در مطالعه‌های آتی پیشنهاد می‌شود. از آن‌جا که ابراز کردن و فرو بردن بسیاری از ناراحتی‌های رفتاری و هیجانی به ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی مربوط می‌شود، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به دیگر فرهنگ‌ها و مقطع‌های سنی باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این مطالعه در سطح وسیع‌تر و در شهرهای مختلف کشور انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از زحمات یکایک عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش، خانواده‌های محترم آنان و همچنین، مسؤولان آموزش و پرورش کرمانشاه که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

روان‌شناختی مطرح شد. شاید علت این تفاوت در کشورهای جهان سوم (ایران) با کشورهای توسعه یافته را علاوه بر، نمونه‌ی مورد بررسی و ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، بتوان در تفاوت‌های فرهنگی جستجو کرد. ارزش‌ها، اعتقادات و آداب و رسوم که گروه‌های خاص قومی- فرهنگی را مشخص می‌کنند، نقش چشم‌گیری در شکل‌گیری و تظاهر اختلال‌های کودکان مانند SAD دارند و روی چگونگی واکنش افراد، خانواده و سازمان‌ها نسبت به مشکلات کودک و حمایت یا عدم حمایت وی تأثیر می‌گذارند. پژوهش‌های پیشین (۹،۱۷،۱۸،۲۴) نشان داد سطح تحصیلات والدین دارای کودک مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی پایین‌تر از تحصیلات والدین کودکان به‌هنجار بوده است. در این پژوهش نیز رابطه‌ی بین میزان تحصیلات والدین با شیوع SAD معنی‌دار بوده و شیوع این اختلال اضطرابی در بین فرزندان والدین با تحصیلات پایین‌تر به‌طور معنی‌داری بالاتر بود ($P < 0/05$). شیوه‌های فرزندپروری می‌توانند اعطاف‌پذیری فرد را در برابر ناملایمات افزایش یا کاهش دهند (۵،۲۶). بالا بودن سطح تحصیلات والدین باعث می‌شود که والدین با شیوه‌ها و اصول صحیح فرزندپروری بیش‌تر آشنا باشند و برای تربیت صحیح فرزندان خود بیش‌تر تلاش کنند (۲۵،۲۶). همین امر در چگونگی رفتار فرزندان آن‌ها تأثیر به‌سزایی خواهد داشت و اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده مانند SAD کم‌تری در اعمال آن‌ها مشاهده می‌شود.

هم‌چنین، این پژوهش نشان داد که میزان شیوع SAD در دانش‌آموزان دارای پیش‌آگهی منفی (خانواده با سابقه اختلال‌های روان‌شناختی) به مراتب بیش‌تر از دانش‌آموزان بدون پیشینه‌ی خانوادگی است ($P < 0/05$)؛ میزان شیوع SAD با نوع تولد رابطه‌ی آماری معنی‌داری نداشت؛ به طوری‌که میزان شیوع در کودکان با تولد غیر طبیعی از کودکان با تولد طبیعی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر نبود ($P < 0/05$).

اختلال‌های اضطرابی، اغلب در بافت خانوادگی با والدین مضطرب و روابط خانوادگی مشکل‌زا و سایکوتیک جلوه‌گر می‌شوند، موقعیتی که ممکن است کارآمدی هر یک از شیوه‌های درمانی را تحت تأثیر قرار دهد (۱،۸). کودکان خانواده‌های فقیر با کاستی‌های اجتماعی- اقتصادی در مقایسه با کودکان خانواده‌های مرفه، بیش از ۲ برابر مشکلات هیجانی دارند (۲۴). تجربه‌های تروماتیک و پر استرس مانند بدرفتاری، عدم دسترسی عاطفی والدین، سبک تعاملی والد-کودک معیوب و الگودهی نامناسب تأثیر شدیدی در شخصیت، و سبک‌های مقابله‌ای می‌گذارند و بین

منابع

1. Fenske JN & Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2015; 92: 896-903.
2. Asakura S. Diagnosis and Treatment of Social Anxiety Disorder. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2015; 117(6):413-30.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2014. 111-31.
4. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17: 327-35.
5. Cornacchio D, Chou T, Sacks H, Pincus D & Comer J. Clinical consequences of the revised DSM-5 definition of agoraphobia in treatment-seeking anxious youth. *Depress Anxiety*. 2015; 32: 502-8.
6. Brown LA, LeBeau R, Liao B, Niles AN, Glenn D & Craske MG. A comparison of the nature and correlates of panic attacks in the context of Panic Disorder and Social Anxiety Disorder. *Psychiatry Res*. 2016; 235:69-76.
7. Nabavi B, Mitchell AJ & Nutt D. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population. *EBioMedicine*. 2015; 2: 1405-19.
8. Camuri G, Oldani L, Dell'Osso B, Benatti B, Lietti L, Palazzo C & et al. Prevalence and disability of comorbid social phobia and obsessive-compulsive disorder in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014; 18: 248-54.
9. Bener A, Ghuloum S & Dafeeah EE. Prevalence of common phobias and their socio-demographic correlates in children and adolescents in a traditional developing society. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2011; 14: 140-5.
10. Abbo C, Kinyanda E, Kizza RB, Levin J, Ndyabangi S & Stein DJ. Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7: 21-39.
11. Weisberg RB, Beard C, Moitra E, Dyck I & Keller MB. Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2014; 31: 443-50.
12. Wang J, Chen Y, Tan C & Zhao X. Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62: 5-11.
13. Garcia-Lopez LJ, Sáez-Castillo AJ, Beidel D & La Greca AM. Brief Measures to Screen for Social Anxiety in Adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 2015; 36: 562-8.
14. Levine DS, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters LM & Himle JA. Family and friendship informal support networks and social anxiety disorder among African Americans and Black Caribbeans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50: 1121-33.
15. Bahrami M, Abolghasemi A & Narimani M. Comparing of self-perception and safety measures in students with social anxiety disorder symptoms and normal students. *Journal of school psychology*. 2013; 2: 127-33 [In Persian].
16. Rodebaugh TL, Heimberg RG, Taylor KP & Lenze EJ. Clarifying the behavioral economics of social anxiety disorder: effects of interpersonal problems and symptom severity on generosity. *Clinical Psychological Science*. 2016; 4: 107-21.
17. Krause D, Folkerts M, Karch S, Keeser D, Chrobok AI, Zaudig M & et al. Prediction of Treatment Outcome in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder with Low-Resolution Brain Electromagnetic Tomography: A Prospective EEG Study. *Front Psychol*. 2016; 22: 1993-2012.
18. Asnaani A, Aderka IM, Marques L, Simon N, Robinaugh DJ & Hofmann SG. The structure of feared social situations among race-ethnic minorities and Whites with social anxiety disorder in the United States. *Transcult Psychiatry*. 2015; 52: 791-807.
19. Asgari M, Amini K & Sahbaie F. Prevalence of social phobia disorder in high school students in Abhar City, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18: 42-7.
20. Esbjorn BH, Normann N & Reinholdt-Dunne ML. Adapting Metacognitive Therapy to Children with Generalised Anxiety Disorder: Suggestions for a Manual. *J Contemp Psychother*. 2015; 45: 159-66.
21. Händel M & Fritzsche ES. Unskilled but subjectively aware: Metacognitive monitoring ability and respective awareness in low-performing students. *Mem Cognit*. 2016; 44: 229-41.
22. Ussorio D, Giusti L, Wittekind CE, Bianchini V, Malavolta M, Pollice R & et al. Metacognitive training for young subjects (MCT young version) in the early stages of psychosis: Is the duration of untreated psychosis a limiting factor? *Psychol Psychother*. 2016; 89: 50-65.
23. Padilla DI, Grant D, Aydin M, Aguilar-Gaxiola S. Three Out of Four Children with Mental Health Needs in California Do Not Receive Treatment Despite Having Health Care Coverage. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res*. 2014; (PB2014-5): 1-10.
24. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A & Wilhelm S. Comorbidity Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic and Critical Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2015; 23: 245-62.
25. Koyuncu A, Ertekin E, Yüksel Ç, Aslantaş Ertekin B, Çelebi F, Binbay Z & Tükel R. Predominantly Inattentive Type of ADHD is Associated With Social Anxiety Disorder. *J Atten Disord*. 2015; 19: 856-64.
26. Vivan Ade S, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT & Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36: 111-18.
27. Lebowitz ER, Panza KE & Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother*. 2016; 16: 45-53.

Epidemiology and Clinical Characteristics of Social Anxiety Disorder in Students in Kermanshah, Iran

Heidarizadeh N¹, Farajollahi M², Esmaeili Z³

1- Lecturer, Department of Educational Sciences, University of Payame Noor, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Educational Sciences, University of Payame Noor, Tehran, Iran

3- Assistant, Department of Educational Sciences, University of Payame Noor, Tehran, Iran

Corresponding author: Heidarizadeh E, Nasrin_heidarizadeh61@yahoo.com

(Received 5 July 2016; Accepted 22 October 2016)

Background and Objectives: One of the most common anxiety disorders in children is social anxiety disorder (SAD). The purpose of the present study was to investigate the epidemiology and clinical characteristics of social anxiety disorder in students in Kermanshah, Iran.

Methods: The present study was a cross-sectional study. The statistical population was all school students aged 13-17 years old in the secondary schools of Kermanshah. According to Krejcie and Morgan Table and multi-stage cluster sampling, 760 students were selected who completed a questionnaire on demographic variables as well as the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents (SAS-CA). The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and logistic regression analysis with the SPSS-19 software. P values ≤ 0.05 were considered significant.

Results: The results showed that the prevalence of social anxiety disorder in the whole population was 80.18%. The prevalence was higher in female students than male students. The severity of social anxiety disorder was moderate in 12.25%, severe in 4.90%, and very severe in 1.70% of the students. Parental education, parental occupation, number of family members, average household income, and family history of psychiatric disorders had a significant relationship with the prevalence of SAD in students ($P < 0.05$) but this relationship was not significant for the mode of delivery ($P > 0.05$).

Conclusion: This study shows that the prevalence of social anxiety disorder is significantly high among middle school students. Therefore, it is important to consider early anxiety prevention/intervention programs, especially for children in this age group.

Keywords: Epidemiology, Social anxiety disorder, Middle school students, Kermanshah