DOI: 10.22122/rbs.v17i1.2269

همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت ۶ تا ۱۸ سال استان اصفهان در سال ۱۳۹۶

سرور آرمان[۱]، محمدرضا محمدی[۲]، سید سلمان علوی[۲]، علی خالقی[۲]، مهناز قانعیان[۳]، سارا عطایی مقصودبیگی[۴]، مینا ادیبان‌زاده[۴]، آیدا توکل‌فر[۵]، شکوفه علیدادی شمس‌آبادی[۶]، سعید کرباسی عامل[۷]، محمد عسگری[۶]، الناز فرزام فر[۶]، مهرداد هوازاده[۶]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال‌های روان‌پزشکی (Psychiatric disorders) در حال کسب رتبه‌های برتر در ایجاد بار ناشی از بیماری‌ها هستند. بدون شک آگاهی از شیوع آن‌ها در بین کودکان و نوجوانان می‌تواند به پیشگیری و کنترل این مشکلات و صرفه‌جویی در هزینه‌ها کمک نماید. ازاین‌رو، هدف از مطالعه حاضر بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: بر اساس ماهیت پژوهش روش تحقیق از نوع بنیادی است. نمونه پژوهش شامل ۱۰۱۰ نفر از کودکان و نوجوانان استان اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. برای اجرای پژوهش روان شناسان بالینی آموزش‌دیده به خانه‌های کودکان و نوجوانان انتخاب‌شده مراجعه و با استفاده از نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version یا K-SADS-PL) نمودند. علاوه بر این، داده‌های جمعیت شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی) نیز جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی تحلیل شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان ۱۴/۸ درصد بود. میزان شیوع این اختلال‌ها در پسران بیشتر از دختران بود. همچنین در طیف سنی ۱۴-۱۰ سال بیش از سایر سنین بوده است. اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ساکن در شهر نیز بیش از کودکان و نوجوانان ساکن در روستا بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در استان اصفهان در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام‌گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه متوسط قرار دارد. باوجوداین لزوم سیاست‌گذاری‌های سلامت روان در دوران کودکی و نوجوانی برای کاهش بار آسیب در آینده و ارائه راهکارهای برون‌رفت از این مسئله پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال‌های روان‌پزشکی، شیوع، کودکان، نوجوانان.

ارجاع: آرمان سرور، محمدی محمدرضا، علوی سید سلمان، خالقی علی، قانعیان مهناز، عطایی مقصودبیگی سارا، دیگران. **همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت ٦ تا ١٨ سال استان اصفهان در سال ١٣٩٦.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۱۵۰-۱۳۹.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۳

۱- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد، اصفهان، ایران.
۴- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۵- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۶- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
۷- دانشجوی دکتری، گروه آموزش و روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد (اصفهان)، اصفهان، ایران.
نویسنده مسئول: مهناز قانعیان
Email: Mahnaz.ghaneian@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

مقدمه

کودکان و نوجوانان سرمایه‌های بالقوه هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند که توجه به ابعاد سلامت آنان اعم از جسمانی و روانی حائز اهمیت است. اختلال‌های روان‌پزشکی نوعی از بیماری‌ها هستند که به‌واسطه آن‌ها افراد از مشکلات عاطفی رنج می‌برند و حالت‌های ذهنی‌شان غیرطبیعی می‌گردد (۱). این اختلال‌ها در جهان شایع و نشان‌دهنده یک ناتوانی بزرگ و بار اجتماعی هستند. معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره تحصیلی ابتدایی مشاهده می‌شوند و بین سال‌های ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسند (۲). این اختلال‌ها به‌طور فراوانی بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی گذاشته و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی و عوارض ناشی از آن را در دوره بزرگسالی افزایش می‌دهد (۳، ۴). در صورت عدم‌تشخیص و درمان زودهنگام، منجر به بروز مشکلات رفتاری جدی (۵) و مشکلات تحصیلی می‌گردند (۶، ۷). به همین دلیل در سال‌های اخیر مطالعات مربوط به شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در بین کودکان و نوجوانان به‌طور قابل‌توجهی افزایش‌یافته است (۸، ۹، ۱۰).

گزارش‌های شیوع شناسی به علت عدم تطابق در سن تکامل، در کشورهای مختلف، متنوع است. لیکن در پژوهشی که اخیراً بر اساس ۴۱ مطالعه در ۲۷ کشور انجام‌شده، شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ۱۳/۴ درصد گزارش شد که به ترتیب اختلال‌های اضطرابی با شیوع ۶/۵ درصد، اختلال نقص توجه/بیش فعالی با شیوع ۳/۴ درصد و اختلال افسردگی با شیوع ۲/۶ درصد بیشترین شیوع را داشتند (۱۰). در پژوهش بین کشوری دیگری (در سه کشور ژاپن، چین، کره) که بر روی کودکان سنین ۶ الی ۱۳ ساله و با استفاده از پرسشنامه Rutter فرم والدین و معلم انجام شده، میزان شیوع اختلال‌ها به ترتیب در کودکان کره‌ای ۱۴/۱ و ۱۹/۱ درصد، در کودکان ژاپنی ۳/۹ و ۱۲ درصد و در کودکان چینی ۸/۳ و ۷ درصد گزارش شده است (۱۱). در مطالعه‌ای در کشور انگلستان، در گروه سنی قبل از دبستان، ۷ درصد کودکان از مشکلات متوسط تا شدید و ۱۵ درصد از مشکلات خفیف در رنج بودند. شیوع مشکلات در سنین مدرسه ۸/۶ درصد و در سنین نوجوانی حدود ۹ درصد گزارش گردید (۱۲).

مروری بر میزان اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان کشورهای درحال‌توسعه نشان می‌دهد که فراوانی اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان ساکن در شهرهای بزرگ ۱۰ تا ۲۰ درصد بوده و برابر یا بیشتر از شیوع این اختلال‌ها در کشورهای توسعه‌یافته است (۱۳). چهار مطالعه در هند، کلمبیا، فیلیپین و سودان، شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی را در کودکانی که به خدمات بهداشتی اولیه نیاز داشتند ۱۲ تا ۲۹ درصد گزارش نمودند (۱۴). مطالعات انجام‌شده در کشورهای اتیوپی (۱۵)، سودان (۱۶) و هند (۱۷) شیوع مقطعی اختلال‌های روان‌پزشکی را در جمعیت کودک و نوجوان ۳ تا ۱۱ درصد گزارش نموده‌اند. اختلال‌های موردبررسی شامل اختلال‌های هیجانی و رفتاری، تأخیر تکاملی، روان‌پریشی، صرع و یا اختلال‌های رفتاری و روانی و کم‌توانی ذهنی بودند. در مطالعات انجام‌شده در کودکان مدرسه‌ای در شهر پکن (۱۸) و هنگ‌کنگ (۱۹) میزان اختلال روان‌پزشکی در کودکان سنین مدرسه در چین تقریباً معادل کودکان کشورهای پیشرفته بوده است. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، طی مطالعه‌ای در اندونزی، هند، سری‌لانکا، تایلند، مصر و نیجریه نشان داد علامت‌شناسی روان‌پزشکی در فرهنگ‌های گوناگون، تفاوت فاحشی ندارند (۲۰). از طرف دیگر مطالعات گوناگون میزان وقوع و شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی را متفاوت گزارش کرده‌اند (۲۱، ۲۲).

در ایران، شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در بزرگسالان کل کشور ۱۱ درصد (۲۳) و شیوع مشکلات سایکوتیک در کودکان و نوجوانان ۱۸-۱۴ برابر با ۳۴ درصد اعلام شده است (۲۴). در پژوهشی که در اصفهان انجام گرفته است میزان شیوع اختلال‌های روان‌شناختی در میان ۵۱۳ دانش‌آموز ۶ تا ۱۸ برابر ۲۶ درصد گزارش شده است (۲۵). باآنکه آمارهای فوق اهمیت مسئله بهداشت روان در کودکان و نوجوانان را نشان می‌دهد، بااین‌حال در مقایسه با سایر جوامع عمومی مطالعات صورت گرفته در این زمینه بسیار محدود است (۲۶). پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که در آمریکای لاتین مطالعاتی که در مورد شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان با استفاده از ابزارهای تشخیصی انجام شده‌اند، بسیار کم هستند. در برزیل نیز تنها سه مطالعه با موضوع شیوع سلامت روان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

کودکان با استفاده از ابزارهای تشخیصی انجام‌شده است (۲۷). این موضوع به‌طور خاص به این دلیل است که این گروه اغلب از مطالعات همه‌گیرشناسی به علت تحرک بالا و مشکلات مربوط به مسئولیت والدین و رضایت آگاهانه حذف می‌شوند (۲۸).

با توجه به آسیب‌پذیری بالای این نسل از کودکان و نوجوانان که در معرض خطر روزافزون مشکلاتی مثل افسردگی، اضطراب، خودکشی و انحرافاتی نظیر بزهکاری و مصرف مواد قرار دارند، با توجه به نیازهای بهداشتی به‌خصوص نیازمندی‌های بهداشت روانی که از اولویت برنامه توسعه بهداشتی کشور است و با توجه به نیاز برای انجام مطالعه‌ای جامع در مورد شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان به دلیل گذشت ۱۱ سال از آخرین مطالعات شیوع شناسی در استان اصفهان، پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان به‌منظور کمک به شناخت و یافتن راهکارهای مناسب در برنامه‌ریزی‌های استان و در صورت امکان کل کشور انجام شد.

مواد و روش‌ها

بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش مبنی بر بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان روش تحقیق از نوع بنیادی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان و نوجوانان گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال استان اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود. به‌منظور اعتباربخشی ۱۰۱۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای (خوشه‌ای و نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی‌شده) انتخاب شدند. به این صورت که ۱۶۹ بلوک (با توجه به آدرس پستی) به‌صورت تصادفی جمع‌آوری شدند. از هر سرخوشه، ۶ نمونه شامل ۳ مورد از هر دو جنس در گروه‌های سنی مختلف (۹-۶ سال، ۱۴-۱۰ سال و ۱۸- ۱۵ سال) انتخاب شدند. معیارهای ورود در این پژوهش شامل شهروند اصفهانی بودن و دامنه سنی ۶ تا ۱۸ سال بود. معیار عدم ورود ابتلا به بیماری فیزیکی و جسمی شدید بود. روان شناسان بالینی آموزش‌دیده به خانه‌های کودکان و نوجوانان انتخاب‌شده مراجعه و با استفاده از نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL) نمودند. علاوه بر این، داده‌های جمعیت شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی) نیز جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی تحت شد. اطلاعات بیشتر در خصوص روش مطالعه از مقاله پروتکل قابل‌دسترسی است (۲۹).

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version یا K-SADS-PL):

مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ای است که به‌منظور ارزیابی دوره‌های فعلی و قبلی اختلال‌های روانی در کودکان و نوجوانان بر اساس سومین نسخه ویراست شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition, Text Revision یا DSM-III-R) و چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition یا DSM-IV) طراحی شده است. لازم به یادآوری است که فرم مبتنی بر نسخه پنجم DSM آن هنوز تطابق و منتشر نگردیده است. به‌منظور ارزیابی هر علامت معیارهای جستجو کننده و عینی وجود دارد. تشخیص‌های اولیه‌ای که می‌توان به کمک K-SADS-PL مطرح نمود عبارت‌اند از: افسردگی اساسی، کج‌خلقی، مانیا، هیپومانیا، سیکلوتایمیا، اختلال‌های دوقطبی، اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنیفرم، سایکوز واکنشی حاد، اختلال هراس، گذرهراسی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اجتنابی دوران کودکی و نوجوانی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، اختلال بیش مضطرب، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری، اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، اختلال سلوک، اختلال رفتار مقابله جویانه، شب‌ادراری، بی‌اختیاری دفع، بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، اختلال تیک گذرا، اختلال توره، اختلال تیک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

حرکتی یا صوتی مزمن، مصرف الکل، مصرف مواد، اختلال استرسی پس از سانحه و اختلال‌های انطباقی. همان‌طور که گفته شد K-SADS-PL مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته است و ضرورتی ندارد که سؤال‌های آن به‌صورت کلمه به کلمه تکرار شوند. این سؤال‌ها تنها راهنمایی جهت کسب اطلاعات لازم برای نمره دهی به هر پرسش هستند. آزمونگر می‌تواند سؤال‌ها را با توجه به سطح تکامل کودک مطرح نماید (۳۰).

این پرسشنامه با توجه به مصاحبه با والدین، کودک و جمع‌بندی اطلاعات از تمامی منابع موجود تکمیل می‌گردد. در هنگام تکمیل مصاحبه با کودکان پیش از سنین نوجوانی ابتدا مصاحبه با والدین انجام شد. در مورد نوجوانان مصاحبه با آن‌ها شروع شد. در صورت وجود تناقض در اطلاعات به‌دست‌آمده از منابع مختلف آزمونگر از قضاوت بالینی خود استفاده کرد. در مورد تناقض در اطلاعات حاصل از کودکان و نوجوانان بیشترین اختلاف‌نظر در مورد پدیده‌هایی فردی بود که والدین از آن‌ها آگاه نبودند (مانند احساس گناه، ناامیدی، اختلال خواب، توهمات و افکار خودکشی) درصورتی‌که بیشترین عدم توافق درباره رفتارهایی بود که قابل‌مشاهده نبودند (مانند آتش‌افروزی، فرار از مدرسه و یا رفتارهای جبری). در این‌گونه شرایط آزمونگران مورد را با کودک و والدین رودررو می‌کردند. اگر عدم توافق حل نمی‌شد والدین و کودک را به‌صورت هم‌زمان ملاقات کرده و درباره علت عدم توافق بحث نمودند. تکمیل پرسشنامه K-SADS-PL مستلزم پر کردن بخش‌های زیر است: ۱) یک مصاحبه بدون ساختار مقدماتی، ۲) مصاحبه غربالگری تشخیصی، ۳) چک‌لیست تکمیلی ضمیمه، ۴) ضمیمه‌های تشخیصی ضمیمه، ۵) چک‌لیست خلاصه تشخیص‌های در طول عمر و ۶) مقیاس نمره دهی ارزیابی کلی کودک (Children Global Assessment Scale یا C-GAS) (۳۰). در ابتدا K-SADS-PL توسط هر یک از افراد مطلع به‌صورت جداگانه تکمیل گردید و پس از جمع‌بندی اطلاعات و رفع موارد تناقض، چک‌لیست خلاصه تشخیص‌های طول عمر و مقیاس نمره دهی ارزیابی کلی کودک تکمیل گردید. اگر مدرکی دال بر اختلال روانی فعلی یا قبلی یافت نمی‌شد به ارزیابی بیشتر ازآنچه در مصاحبه غربالگری انجام می‌شد نیازی نبود.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش از ۱۰۱۰ نفر از کودکان و نوجوانان موردمطالعه ۴۹/۶ درصد پسر و ۵۰/۴ درصد دختر بودند. همچنین ۳۲/۸ درصد از افراد در بازه سنی ۹-۶ سال، ۳۸/۹ درصد در بازه سنی ۱۴-۱۰ سال و ۲۸/۳ درصد در بازه سنی ۱۸-۱۵ سال قرار داشتند؛ به‌عبارت‌دیگر میانگین سنی پسران در گروه نمونه ۳/۷۳±۱۱/۶۹، میانگین سنی دختران ۳/۷۰±۱۱/۶۱ و میانگین سنی گروه نمونه به‌صورت کلی ۳/۷۲±۱۱/۶۵ بود. نودوپنج نفر از کودکان و نوجوانان موردمطالعه ساکن شهر و تنها ۵ درصد ساکن روستا بودند. قومیت بیش از ۹۶ درصد از آنان فارس بود. از پدران گروه نمونه ۱۰/۶ درصد بی‌سواد و یا دارای تحصیلات دبستان، ۱۷/۹ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان، ۳۵/۹ درصد دارای مدرک دیپلم، ۲۵/۹ درصد دارای مدرک کاردانی و کارشناسی و ۷/۹ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. از مادران گروه نمونه ۱۰/۷ درصد بی‌سواد و یا دارای تحصیلات دبستان، ۱۴/۶ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان، ۴۲ درصد دارای مدرک دیپلم، ۲۷ درصد دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۴/۹ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در جدول ۱ شیوع هر یک از اختلال‌های روان‌پزشکی و رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱ شیوع افسردگی ۱/۲ درصد، هیپومانیا ۰/۱ درصد، کل اختلال‌های خلقی ۱/۳ درصد، سایکوز ۰/۲ درصد، اضطراب جدایی ۲/۴ درصد، فوبی اجتماعی ۱/۲ درصد، فوبی خاص ۱/۲ درصد، آگورافوبیا ۰/۷ درصد، اضطراب فراگیر ۲/۴ درصد، وسواس فکری-عملی ۲/۴ درصد، استرس پس از سانحه ۰/۲ درصد، کل اختلال‌های اضطرابی ۷/۴ درصد، نقص توجه-بیش فعالی ۳/۴ درصد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۳/۱ درصد، اختلال‌های رفتاری ۰/۸ درصد، تیک ۱/۳ درصد، کل اختلال‌های رفتاری ۷/۶ درصد، مصرف دخانیات و اختلال‌های مصرف مواد ۰/۹ درصد، اوتیسم ۰/۲ درصد، کم‌توانی ذهنی ۱/۴ درصد، صرع ۱/۶ درصد، اختلال‌های عصب روان‌شناختی ۳/۲ درصد، شب‌ادراری ۲/۱ درصد، بی‌اختیاری دفع ۰/۱ درصد، بی‌اشتهایی عصبی ۰/۱ درصد و شیوع اختلال‌های خوردن ۰/۱ درصد هست. در کل شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

و رفتاری در کودکان و نوجوانان شـهر اصـفهان ۱۴/۸ درصـد و اختلال‌های رفتاری و اختلال‌های اضطرابی به ترتیب شایع‌ترین اختلال‌ها بوده‌اند. در جدول ۲ شیوع اخـتلال‌هـای روان‌پزشـکی کودک و نوجوان برحسب عوامل جمعیـت شـناختی ارائـه شـده است.

جدول ۱. شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی و رفتاری کودکان و نوجوانان

نام اختلال		کل		CI (٪۹۵)
		فراوانی	درصد	
اختلال‌های خلقی	افسردگی	۱۲	۱/۲	۰/۷–۱/۲
	هایپومانیا	۱	۰/۱	۰/۰۲–۰/۰۶
	کل خلقی	۱۳	۱/۳	۰/۸–۲/۲
سایکوز		۲	۰/۲	۰/۰۶–۰/۷
اختلال‌های اضطرابی	اضطراب جدایی	۲۴	۲/۴	۱/۶–۳/۵
	فوبی اجتماعی	۱۲	۱/۲	۰/۷–۲/۱
	فوبی خاص	۱۲	۱/۲	۰/۷–۲/۱
	آگورافوبیا	۷	۰/۷	۰/۳–۱/۴
	اضطراب فراگیر	۲۴	۲/۴	۱/۶–۳/۵
	وسواس فکری– عملی	۲۴	۲/۴	۱/۶–۳/۵
	استرس پس از سانحه	۲	۰/۲	۰/۲–۱
	کل اضطرابی	۷۴	۷/۴	۵/۹–۹
اختلال‌های رفتاری	نقص توجه– بیش فعالی	۴۳	۴/۳	۳/۲–۵/۷
	نافرمانی مقابله‌ای	۳۱	۳/۱	۲/۲–۴/۳
	اختلال رفتاری	۸	۰/۸	۰/۴–۱/۶
	تیک	۱۳	۱/۳	۰/۸–۲/۲
	کل رفتاری	۷۶	۷/۶	۶–۹/۳
اختلال‌های مصرف مواد	مصرف دخانیات	۹	۰/۹	۰/۵–۱/۷
	کل مصرف مواد	۹	۰/۹	۰/۵–۱/۷
اختلال‌های عصبی رشدی	اوتیسم	۲	۰/۲	۰/۰۶–۰/۷
	کم‌توانی ذهنی	۱۴	۱/۴	۲/۳
	صرع	۱۶	۱/۶	۱–۲/۶
	کل عصب‌شناختی	۳۲	۳/۲	۱/۹–۴
اختلال‌های دفع	شب‌ادراری	۲۱	۲/۱	۰/۵–۳/۲
	بی‌اختیاری دفع	۱	۰/۱	۰/۰۲–۰/۶
اختلال‌های خوردن	بی‌اشتهایی عصبی	۱	۰/۱	۱/۴۴–۳/۳
	اختلال‌های خوردن	۱	۰/۱	۰/۰۲–۰/۶
	آمار کلی	۱۴۸	۱۴/۸	۰/۰۲–۰/۶

بـر اسـاس جـدول ۲ شـیوع اخـتلال‌هـای روان‌پزشـکی در کودکان و نوجوانان پسر بیشتر از دختران بوده است. میزان شیوع این اختلال‌ها در طیف سنی ۱۴–۱۰ سال بـیش از سـایر سـنین بوده است. اخـتلال‌هـای روان‌پزشـکی در کودکـان و نوجوانـان ساکن در شهر نیز بیش از کودکان و نوجوانان سـاکن در روسـتا بود. به‌علاوه شیوع این اختلال‌ها در کودکـان و نوجوانـانی کـه پدران و مادران آنان دارای تحصیلات دیپلم و مقطع کارشناسـی هستند، بیش از سایرین بوده است. پدران و مادران با شـغل آزاد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

نیز بیشترین میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی را در کودکان و نوجوانان خود شاهد هستند.

جدول ۲. تعداد و درصد اختلال‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان برحسب عوامل جمعیت شناختی

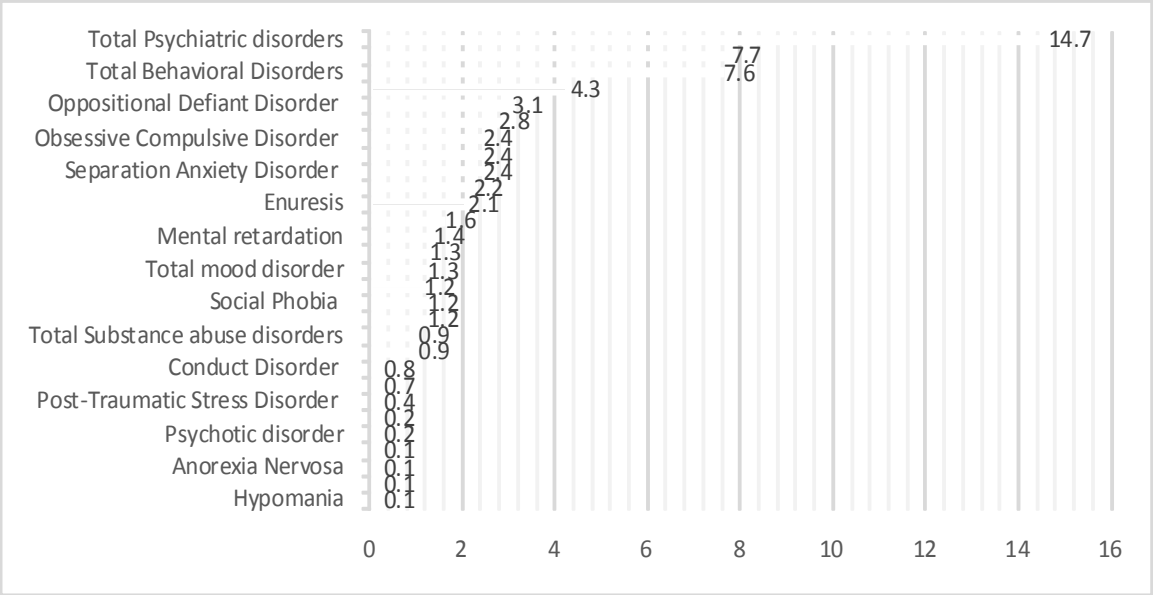
متغیر	گروه‌بندی	کل		دارای اختلال		CI (٪۹۵)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	پسر	۵۰۱	۴۹/۶	۸۲	۱۶/۴	۱۳/۴–۱۹/۹
	دختر	۵۰۹	۵۰/۴	۶۶	۱۳	۱۰/۳–۱۶/۲
گروه سنی	۶–۹	۳۳۱	۳۲/۸	۴۵	۱۳/۶	۱۰/۳–۱۷/۷
	۱۰–۱۴	۳۹۳	۳۸/۹	۶۴	۱۶/۳	۱۳–۲۰/۲
	۱۵–۱۸	۲۸۶	۲۸/۳	۳۹	۱۳/۶	۳/۱–۱۸/۱
سکونت	شهر	۹۶۰	۹۵	۱۴۴	۱۵	۱۲/۹–۱۷/۴
	روستا	۵۰	۵	۴	۸	۳/۱–۱۸/۸
تحصیلات پدر	بی‌سوادی	۱۳	۱/۳	۲	۱۵/۴	۴/۳–۴۲/۲
	ابتدایی	۹۴	۹/۳	۱۲	۱۲/۸	۷/۵–۲۱
	راهنمایی و دبیرستان	۱۸۱	۱۷/۹	۲۷	۱۴/۹	۱۰/۵–۲۰/۸
	دیپلم	۳۶۳	۳۵/۹	۴۰	۱۱	۸–۱۴/۷
	کارشناسی	۲۶۲	۲۵/۹	۴۵	۱۷/۲	۱۳/۱–۲۲/۲
	ارشد و بالاتر	۸۰	۷/۹	۱۷	۲۱/۳	۱۳/۷–۱۳/۴
	بدون پاسخ	۱۷		۵		
تحصیلات مادر	بی‌سوادی	۱۶	۱/۶	۳	۱۸/۸	۶/۶–۴۳
	ابتدایی	۹۲	۹/۱	۱۱	۱۲	۶/۸–۲۰/۲
	راهنمایی و دبیرستان	۱۴۷	۱۴/۶	۲۰	۱۳/۶	۹–۲۰/۱
	دیپلم	۴۲۴	۴۲	۵۴	۱۲/۷	۷/۷–۱۱/۱
	کارشناسی	۲۷۳	۲۷	۴۸	۱۷/۶	۱۳/۵–۲۲/۵
	ارشد و بالاتر	۴۹	۴/۹	۱۱	۲۲/۴	۱۳–۳۵/۹
	بدون پاسخ	۹		۱		
شغل پدر	آزاد	۳۲۱	۳۱/۸	۵۲	۱۶/۲	۱۲/۶–۲۰/۶
	کارمند	۶۶۵	۶۵/۸	۹۱	۱۳/۷	۱۱/۳–۱۶/۵
	بیکار	۱۰	۱	۱	۱۰	۱/۸–۴۰/۴
	بدون پاسخ	۱۴		۴		
شغل مادر	آزاد	۱۱۳	۱۱/۲	۲۳	۲۰/۴	۱۴–۲۹
	کارمند	۳۲	۳/۲	۳	۹/۴	۳/۲–۲۴/۲
	بیکار	۸۵۷	۸۴/۹	۱۲۱	۱۴/۱	۱۲–۱۶/۶
	بدون پاسخ	۸		۱		
	کل	۱۰۱۰	۱۰۰	۱۴۸	۱۴/۷	۱۲/۶–۱۷

در جدول ۳ اختلال‌های همایند با توجه به نوع اختلال روان‌پزشکی ارائه شده است. بر اساس این جدول اختلال‌های رفتاری با اختلال‌های اضطرابی بیشترین همایندی را داشته‌اند. به‌طور خلاصه شکل ۱ نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در استان اصفهان ۱۴/۷ درصد است. شیوع اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های رفتاری دارای بیشترین شیوع است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

جدول ۳. اختلال‌های هم‌آیند با توجه به نوع اختلال روان‌پزشکی در استان اصفهان

اختلال همایند / اختلال‌های اصلی	اختلال‌های خلقی F(P)	اختلال‌های سایکوتیک F(P)	اختلال‌های اضطرابی F(P)	اختلال‌های رفتاری F(P)	اختلال‌های رشدی-عصبی F(P)	اختلال‌های مصرف مواد F(P)	اختلال‌های دفع F(P)
اختلال‌های خلقی	*	۱	۶ (۴۶/۲)	۳ (۲۳/۱)	۰	۰	۰
اختلال‌های سایکوتیک	۲	*	۲	۱	۰	۰	۰
اختلال‌های اضطرابی	۶ (۸/۱)	۲ (۲/۷)	*	۲۵ (۳۳/۸)	۴ (۵/۴)	۲ (۲/۷)	۲ (۲/۷)
اختلال‌های رفتاری	۳ (۳/۹)	۱ (۱/۳)	۲۵ (۳۲/۹)	*	۴ (۵/۳)	۲ (۲/۶)	۶ (۷/۹)
اختلال‌های رشدی-عصبی	۰	۰	۴ (۱۴/۳)	۴ (۱۴/۳)	*	۰	۲ (۷/۱)
اختلال‌های مصرف مواد	۰	۰	۲ (۲۲/۲)	۲ (۲۲/۲)	۰	*	۰
اختلال‌های دفع	۰	۰	۶ (۹/۱)	۶ (۲۷/۳)	۲ (۹/۱)	۰	*



شکل ۱. شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان استان اصفهان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان ۱۴/۷ درصد است که این میزان با نتایج مطالعات مناطق دیگر کشور تفاوت جزئی دارد؛ به‌طوری‌که شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر مشهد ۳۴ درصد (۲۴)، شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه ۱۹/۸۲ درصد (۳۱)، شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بشاگرد ۵۱/۱۱ درصد (۳۲)، شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان ساری ۱۵/۸ درصد بر اساس گزارش والدین و ۲۴/۹ درصد بر اساس گزارش معلمان (۳۳)، در کودکان سنین مدرسه بوشهر ۱۶/۸۴ درصد، در کودکان مقطع دبستان شهر قزوین ۴/۵ درصد (۳۴)، در منطقه شمال غرب تبریز بر روی کودکان سنین ۵ تا ۱۶ سال ۲۳ درصد (۳۵)، در کودکان سنین دبستان شهرکرد ۴۱/۲ درصد (۳۶) و کودکان سنین دبستان شهر ابهر ۴۳/۳ درصد (۳۷) بوده است. در مورد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

تفاوت در شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی می‌توان به شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی گوناگون هر شهر، تفاوت در گروه‌های سنی موردمطالعه و همچنین ابزارهای متفاوت ارزیابی اختلال‌های استناد نمود.

نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع کلی اختلال‌های روان‌پزشکی در پسران بیشتر از دختران است. این بخش از نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۴۱-۳۸) همخوانی دارد. اگرچه برخی از اختلال‌های درون‌ریز همانند اختلال‌های افسردگی و اضطراب در دختران بیشتر مشاهده شده است، ولی به‌طورکلی اختلال‌های روان‌پزشکی در پسرها بیشتر از دختران بوده است. اختلال‌های روان‌پزشکی پسران با توجه به ویژگی‌های جنسیتی آنان بیشتر به‌صورت اختلال‌های برون‌ریز است. شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالای اختلال‌های روان‌پزشکی در پسران قبل از همه مربوط به نقش‌های جنسیتی آن‌ها می‌باشد. علاوه بر این، عوامل بیولوژیکی، محدود نبودن پسران در ارتباطات اجتماعی و مانند آن ازجمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز شیوع بالاتر اختلال‌های روان‌پزشکی در پسران نسبت به دختران باشند (۴۲).

میزان شیوع این اختلال‌ها در طیف سنی ۱۰ تا ۱۴ سال بیش از سایر سنین بوده است. این امر به این دلیل است که در این طیف سنی فرد ازلحاظ رشدی در ابتدای سن بلوغ قرار دارد و به‌تبع آن با تغییرات همه‌جانبه فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی مختص این دوره روبرو است، لذا به دلیل این تغییرات، فرد تعارضاتی را تجربه خواهد کرد که در صورت عدم سازگاری و تطابق با آن‌ها، بروز اختلال‌های روان‌پزشکی را در پی خواهد داشت. همچنین نتایج نشان داد اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ساکن شهر نیز بیش از کودکان و نوجوانان ساکن در روستا بود. این یافته با نتایج مطالعات قبلی (۴۳) همخوانی دارد. تفاوت در زندگی شهری و روستایی از حیث صنعتی بودن شهرها، جمعیت بیشتر در شهرها، سبک زندگی متفاوت در شهرها، استرس‌های محیطی شهری، مشکلات اقتصادی در زندگی شهری و همچنین متفاوت بودن الگوهای روابط خانوادگی و اجتماعی در شهر و روستا می‌تواند از دلایل بروز شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی بیشتر در کودکان و نوجوانان شهری نسبت به کودکان و نوجوانان روستایی باشد.

به‌علاوه شیوع این اختلال‌ها در کودکان و نوجوانانی که پدران و مادران آنان دارای تحصیلات دیپلم و مقطع کارشناسی هستند بیش از سایرین بوده است؛ این امر می‌تواند به علت آشنایی بیشتر این گروه با کودکان و نوجوانان خود و همچنین تبحر بیشتر در غربالگری و تشخیص گذاری علائم باشد. همچنین پدران و مادران با شغل آزاد نیز بیشترین میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی را در کودکان و نوجوانان خود شاهد هستند که می‌تواند این یافته‌ها را به عدم درآمد ثابت و عوامل استرس‌زای شغل آزاد در پدران و مادران دانست.

ازجمله محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن مواجه بود، جمعیت بالاتر کودکان و نوجوانان شهری نسبت به روستایی است (۹۵ درصد شهری و ۵ درصد روستایی) که ممکن است تعمیم نتایج را با مشکل مواجه سازد لذا پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران آینده به این نکته توجه لازم را مبذول دارند. درنهایت باید بیان نمود شیوع بالای اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان و بالأخص پسران نشانه ضرورت توجه متخصصان به این دوره را روشن می‌سازد که متأسفانه در مراقبت‌های تندرستی کودکان و نوجوانان کمتر به آن‌ها پرداخته می‌شود. درصورتی‌که اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکی و نوجوانی تشخیص داده نشود و تحت درمان قرار نگیرند منجر به بروز مشکلات شدیدی در سطح کلی جامعه می‌گردد که این امر توجه مداوم مسئولین به کنترل و پیشگیری این اختلال‌ها را می‌طلبد. لیکن پیشنهاد می‌شود که آموزش‌وپرورش در مراکز پیش‌دبستانی و مدارس از مشاوران برجسته و باتجربه استفاده نماید تا به‌موقع کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های روان‌پزشکی را شناسایی و در صورت مؤثر نبودن روش‌های آنان در درمان این اختلال‌ها، آنان را به مراکز درمانی ارجاع دهند. همچنین با بالا بردن سطح آگاهی خانواده‌ها از طریق مدارس و جلسات اولیاء و مربیان، کاهش شرایط استرس‌آور و تدوین راهکارها و برنامه‌های تندرستی مناسب می‌توان زمینه ارتقاء بهداشت روان کودکان و نوجوانان را فراهم آورد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی (نیماد) که در تأمین مالی این طرح (شماره طرح پژوهشی ۹۴۰۹۰۶،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

کمیتـــه اخـــلاق نیمـــاد (IR.NIMAD.REC.1395.001) دانشگاه علوم پزشکی تهران نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.
مشارکت داشتند و مرکز تحقیقـات روان‌شناسـی و روان‌پزشـکی

References

1. Maracy M, Barekatain M, Hosseini RS, Hassannejad R. Relationship between psychological disorder and epidemiological characteristics inpatients in Noor hospital, Isfahan, Iran. Health system research. 2011; 7(2):217-27. [In Persian].
2. Yousefi N, Naimi Gh, Ghaedniyajahromi A, Mohammadi H, Farmani Shahreza, Sh. A comparison of ADHD and oppositional behavioral and conduct disorders in elementary students with learning disabilities and normal students. Journal of Learning Disabilities. 2013; 3(1):129-47. [In Persian].
3. Pandina GJ, Bilder RH, Harvey PD, Keefe SE, Aman MG, Gharabawi R. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. Biological Psychiatry. 2007; 62(3):226-34.
4. Mozhdehi Fard M, Hakim Shooshtari M, Najarzadegan MR, Khosravi T, Bidaki R, Moradi M, et al. Adult attention deficit hyperactivity disorder and suicide attempters: A case control study from Iran,west Asia. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. 2017;6(1):e29537. [In Persian].
5. Lauren H, Skuban E. Preschool boys' development of emotional self-regulation strategies in a sample at-risk for behavior problems. The Journal of Genetic Psychology. 2011; 172(2):95–120.
6. Park J, Miller C, Mainela-Arnold E. Processing speed measures as clinical markers for children with language impairment. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 58(3):954-60.
7. Ghanbari, N. Survey of behavioral disorders in students of elementary Khuzestan Province. Project research. Educational organization Khuzestan Province; 2010. [In Persian].
8. Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: Diagnoses, dimensions, and conceptual issues. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012; 51(12):1261-72.
9. 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. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines. 2015; 56(3):345-65.
10. Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB, et al. International epidemiology of child and adolescent psychopathology ii: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012; 51(12):1273-83.e8.
11. Matsuura M, Okuboy, Kojima T, Takahashi R, Wang YF, Shen YC, et al. A cross-national prevalence of children with emotional and behaviorals. A WHO collaborative study in Western Pacific Region. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines. 1993; 34(3):307-15.
12. Wright P, Stern J, Phelan M. Core psychiatry. London: WB Saunders; 2000.
13. Alavi A, Mohammadi M, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharaei J. Frequency of psychological disorders amongst children in Urban areas of Tehran. Iranian Journal of Psychiatry. 2010; 5(2):55-9. [In Persian].
14. Giel R, de Arango V, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. Paediatrics. 1981; 68(5):677-83.
15. Giel R, Bishaw M, van Luijk JN. Behaviour disorders in Ethiopian children. Folia Psychiatrica, Neurologica, Neurochirurgica. 1969; 72(4):395-400.
16. Cederblad M. A child psychiatric study on Sudanese Arab children. Acta Psychiatrica

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

Scandinavica. 1968; 44(Suppl 200):230.
17. Bansal PD, Barman R. Psychopathology of school going children in the age group of 10-15 years. International Journal of Applied & Basic Medical Research. 2011; 1(1):43-7.
18. Yu-Feng W, Yu-Cun S, Bo-Mei G, Mei-Xiang J, Lin ZA. An epidemiological study of behaviour problems in school children in urban areas of Beijing. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1989; 30(6):907-12.
19. Luk SL, Leumg PWL, Lee PLM. Conner's teacher rating scale in Chinese children in Hong Kong. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1988; 29(2):165-74.
20. World Health Organization. Child mental health and psychological development. Technical Report No. 613. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
21. Molavi P, Mohammadi M R, KHaleghi A, Nadr Mohammadi Moghadam M. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Ardabil Province: A population-based study. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2018; 18(2):240-51. [In Persian].
22. Haghbin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Hassan G, Kaviyani F. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents of North Khorasan Province, Iran; North Khorasan. Journal of Medical Sciences. 2018; 10(1):117-27. [In Persian].
23. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005; 1:16.
24. Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological survey of psychiatric disorders in children and adolescents of Mashhad in 2009. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015; 17(3):247-53. [In Persian].
25. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani F, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, Ramezankhani, Alaeddini F. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. International Family Planning Perspectives, 2006; 32(1):35-44.
26. McMillen JC, Zima BT, Scott LD Jr, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, Spitznagel EL. Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2005; 44(1):88-95.
27. Paula CS, Miranda CT, Bordin IAS. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, (Eds), Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos. São Paulo: Hucitec; 2010.
28. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. British Journal of Psychiatry. 2007; 190(4):319-25.
29. Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in Iranian children and adolescents and its relationship with social capital, life style and parents' personality disorders: Study protocol. Iranian Journal of Psychiatry. 2017; 12(1):66-72. [In Persian].
30. Puig-Antich J, Chambers W. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS). New York: New York State Psychiatric Institute; 1978.
31. Habibi M, Moradi Kh, Pooravari M, Salehi S. Prevalence of behavioral problems in middle school and high school students in the province of Qom. Iranian Journal of Epidemiology. 2015; 11(1):56-63. [In Persian].
32. Mousavi Bazaz S M, Madani A, Zarei F, Abbasi khaddar E. Prevalence of psychological disorders and its social determinants among high school students in Bashagard, Iran, 2014. Journal of Preventive Medicine. 2015; 2(3):40-6. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

33. Heydari J, Azimi H, Mahmudi Gh, Mohamadpour R. Prevalence of behavior-emotional disorders and its associated factors among the primary school students of Sari township in 2006. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2006; 16(56):91-100. [In Persian].
34. Kashkooli Gh. Epidemiology of behavioral disorders in elementary school children, city of Bushehr. Doctoral Dissertation, Iran University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
35. Ranjbar F, Nabdel Y, Fakhari A, Dadashzadeh H. The prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in the northwestern region of Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2003; 56-60. [In Persian].
36. Ravaghie, K, Shahgholian, N, Mehralian, H. Prevalence of behavioral disorders in children at primary schools of Shahrekord. Iran Journal of Nursing. 2001; 13(27):35-41. [In Persian].
37. Shams-Esfandabadi H, Emami-Pour S, Sadrosadat SJ. A study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar. Rehabilitation. 2003; 4(1):34-41. [In Persian].
38. Khosravi SHA. Survey relative role of mourning in prevalence behavioral disorders teenagers' guidance and high school of areas 2, 3 and 6 educational of Tehran city. Project research, Education and Nurture Organization of Tehran city; 2006. [In Persian].
39. Solhdoost, Sadr Mohammadi R, Ahmadi AM, Reza Bidaki R, Mostafavi SA, Bahmanyar M, et al. Frequency of anxiety in patients with drug poisoning in Rafsanjan City, Iran, in 2013. International Journal of High Risk Behaviors & Addiction. 2015; 4(4):e19646. [In Persian].
40. Torkashvand F, Rezaeian M, Bagheani T, Abdolkarimi Davarani MA, Zarafshan H, et al. Prevalence of Nocturnal Enuresis in School-age Children in Rafsanjan. Journal of Pediatric Nephrology. 2015: 3(2):71-4. [In Persian].
41. Zarafshan H, Mohammadi MR, Motevalian SA, Abolhassani F, Khaleghi A. Autism research in Iran: A scientometric study. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2017:11(2): e7350. [In Persian].
42. Nourbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. Study of mental health status in people 15 and older in the Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal. 2002; 5(1):1-10. [In Persian].
43. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical Psychiatry. 8th edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]

Epidemiology of Psychiatric Disorders in the Population 6 to 18 Years Old Isfahan Province in 2017

Sarvar Arman[1], Mohammad Reza Mohammadi[2], Seyed Salman Alavi[2], Ali Khaleghi[2], Mahnaz Ghaneian[3], Sara Atayi MaqsoodLoie[4], Mina Adibanzadeh[4], Aida Tavakolfar[5], Shokofeh Alidadi Shamsabadi[6], Saied Karbasi Ameli[7], Mohammad Asgary[6], Elnaz Farzamfar[6], Mehrdad Havazadeh[6]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Psychiatric disorders are gaining top rank in the burden of disease. Undoubtedly, knowing their prevalence in children and adolescents can help prevent and control these problems and save money. Therefore, the purpose of this study was to investigate the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Isfahan.

Methods and Materials: According to the nature of the research, the research method is a fundamental type that was performed on 1010 children and adolescents in Isfahan province in 2017 that were randomly selected using multistage cluster sampling. Clinical psychologists are trained to conduct research refer to the selected children's homes and using the Persian version of the semi-structured diagnostic interview for Mental Disorders and Schizophrenia for children and adolescents, Current Detection and Lifespan (K-SADS-PL). In addition, demographic data (gender, age, education, parental education, and economic status) were also collected. After collecting the data, the data were analyzed by SPSS software using frequency indices and frequency.

Findings: According to the findings, the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Isfahan province is 14.8% and the prevalence of these disorders in boys is higher than in girls. Also, according to the results, the prevalence of these disorders in the age range of 10-14 years was more than other ages. Psychiatric disorders in children and adolescents in the city were more than children and adolescents in the village.

Conclusions: According to the results, the prevalence of psychiatric disorders in Isfahan province is in the middle range compared to other studies carried out in other researches carried out inside and outside the country. However, the need for mental health policies in childhood and adolescence is suggested to reduce the burden of damage in the future and provide solutions to the problem.

Keywords: Adolescents, Children, Isfahan, Prevalence, Psychiatric disorders.

Citation: Arman S, Mohammadi MR, Alavi SS, Khaleghi A, Ghaneian M, Atayi Maqsood Loie S, et al. **Epidemiology of Psychiatric Disorders in the Population 6 to 18 Years Old Isfahan Province in 2017.** J Res Behav Sci 2019; 17(1): 1-10.

Received: 2018.10.14 Accepted: 2018.10.25

1- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Psychiatric Department, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2- Psychiatric Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- MA, Department of Clinical Psychology, Nezam Unit, Islamic Azad University of Najaf Abad, Isfahan, Iran.
4- MA, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.
5- MA, Department of Clinical Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.
6- MA, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.
7- PhD Student, Department of Education and Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch (Isfahan), Isfahan, Iran.
Correspond author: Mahnaz Ghaneian, Email: Mahnaz.ghaneian@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.14.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.139]