

همه گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت ۶ تا ۱۸ سال استان اصفهان در سال ۱۳۹۶

سرور آرمان^۱، محمدرضا محمدی^۲، سید سلمان علوی^۳، علی خالقی^۴، مهناز قانعیان^۵، سارا عطایی^۶، مقصودبیگی^۷، مینا ادیبان‌زاده^۸، آیدا توکل‌فر^۹، شکوفه علیدادی شمس‌آبادی^{۱۰}، سعید کرباسی عامل^{۱۱}، محمد عسگری^{۱۲}، الناز فرزام‌فر^{۱۳}، مهرداد هوازاده^{۱۴}

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. از این‌رو، 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 روان‌شناسان 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 جمعیت‌شناختی (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 ۶ تا ۱۸ سال استان اصفهان در سال ۱۳۹۶. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۱۵۰-۱۳۹.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۲

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

مقدمه

کودکان و نوجوانان سرمایه های بالقوه هر جامعه ای محسوب می شوند که توجه به ابعاد سلامت آنان اعم از جسمانی و روانی حائز اهمیت است. اختلال های روان پزشکی نوعی از بیماری ها هستند که به واسطه آن ها افراد از مشکلات عاطفی رنج می برند و حالت های ذهنی شان غیرطبیعی می گردد (۱). این اختلال ها در جهان شایع و نشان دهنده یک ناتوانی بزرگ و بار اجتماعی هستند. معمولاً نخستین بار در سال های آغازین دوره تحصیلی ابتدایی مشاهده می شوند و بین سال های ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می رسند (۲). این اختلال ها به طور فراوانی بر عملکرد تحصیلی و حرفه ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی گذاشته و احتمال ابتلا به بیماری های روانی و عوارض ناشی از آن را در دوره بزرگسالی افزایش می دهد (۳، ۴). در صورت عدم تشخیص و درمان زود هنگام، منجر به بروز مشکلات رفتاری جدی (۵) و مشکلات تحصیلی می گردند (۶، ۷). به همین دلیل در سال های اخیر مطالعات مربوط به شیوع اختلال های روان پزشکی در بین کودکان و نوجوانان به طور قابل توجهی افزایش یافته است (۸، ۹، ۱۰).

گزارش های 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 انجام شده، شیوع اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان ۱۳/۴ درصد گزارش شد که به ترتیب اختلال های 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 اختلال ها به ترتیب در کودکان کره ای 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 مطالعه ای 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 اختلال های رفتاری و هیجانی در کودکان کشورهای درحال توسعه نشان می دهد که فراوانی اختلال های روان پزشکی در کودکان ساکن در شهرهای بزرگ ۱۰ تا ۲۰ درصد بوده و برابر یا بیشتر از شیوع این اختلال ها در کشورهای توسعه یافته است (۱۳). چهار مطالعه در هند، کلمبیا، فیلیپین و سودان، شیوع اختلال های روان پزشکی را در کودکانی که به خدمات بهداشتی اولیه نیاز داشتند ۱۲ تا ۲۹ درصد گزارش نمودند (۱۴). مطالعات انجام شده در کشورهای اتیوپی (۱۵)، سودان (۱۶) و هند (۱۷) شیوع مقطعی اختلال های روان پزشکی را در جمعیت کودک و نوجوان ۳ تا ۱۱ درصد گزارش نموده اند. اختلال های موردبررسی شامل اختلال های هیجانی و رفتاری، تأخیر تکاملی، روان پریشی، صرع و یا اختلال های رفتاری و روانی و کم توانی ذهنی بودند. در مطالعات انجام شده در کودکان مدرسه ای در شهر پکن (۱۸) و هنگ کنگ (۱۹) میزان اختلال روان پزشکی در کودکان سنین مدرسه در چین تقریباً معادل کودکان کشورهای پیشرفته بوده است. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، طی مطالعه ای در اندونزی، هند، سری لانکا، تایلند، مصر و نیجریه نشان داد علامت شناسی روان پزشکی در فرهنگ های گوناگون، تفاوت فاحشی ندارند (۲۰). از طرف دیگر مطالعات گوناگون میزان وقوع و شیوع اختلال های روان پزشکی را متفاوت گزارش کرده اند (۲۱، ۲۲).

در ایران، شیوع اختلال های روان پزشکی 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 اختلال های روان شناختی در میان ۵۱۳ دانش آموز ۶ تا ۱۸ برابر ۲۶ درصد گزارش شده است (۲۵). با آنکه آمارهای فوق اهمیت مسئله بهداشت روان در کودکان و نوجوانان را نشان می دهد، باین حال در مقایسه با سایر جوامع عمومی مطالعات صورت گرفته در این زمینه بسیار محدود است (۲۶). پژوهش های انجام شده نشان می دهد که در آمریکای لاتین مطالعاتی که در مورد شیوع اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان با استفاده از ابزارهای تشخیصی انجام شده اند، بسیار کم هستند. در برزیل نیز تنها سه مطالعه با موضوع شیوع سلامت روان

کودکان با استفاده از ابزارهای تشخیصی انجام شده است (۲۷). این موضوع به طور خاص به این دلیل است که این گروه اغلب از مطالعات همه گیرشناسی به علت تحرک بالا و مشکلات مربوط به مسئولیت والدین و رضایت آگاهانه حذف می شوند (۲۸).

با توجه به آسیب پذیری بالای این نسل از کودکان و نوجوانان که در معرض خطر روزافزون مشکلاتی مثل افسردگی، اضطراب، خودکشی و انحرافات نظیر بزهکاری و مصرف مواد قرار دارند، با توجه به نیازهای بهداشتی به خصوص نیازمندی های بهداشت روانی که از اولویت برنامه توسعه بهداشتی کشور است و با توجه به نیاز برای انجام مطالعه ای جامع در مورد شیوع اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان به دلیل گذشت ۱۱ سال از آخرین مطالعات شیوع شناسی در استان اصفهان، پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان استان اصفهان به منظور کمک به شناخت و یافتن راهکارهای مناسب در برنامه ریزی های استان و در صورت امکان کل کشور انجام شد.

مواد و روش ها

بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش مبنی بر بررسی شیوع اختلال های روان پزشکی 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. به منظور اعتبار بخشی ۱۰۱۰ نفر با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای (خوشه ای و نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده) انتخاب شدند. به این صورت که ۱۶۹ بلوک (با توجه به آدرس پستی) به صورت تصادفی جمع آوری شدند. از هر سرخوشه، ۶ نمونه شامل ۳ مورد از هر دو جنس در گروه های سنی مختلف (۶-۹ سال، ۱۰-۱۴ سال و ۱۵-۱۸ 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 آموزش دیده به خانه های کودکان و نوجوانان انتخاب شده مراجعه و با استفاده از نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلال های خلقی و اسکیزوفرنیا

برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL) نمودند. علاوه بر این، داده های جمعیت شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی) نیز جمع آوری گردید. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از شاخص های فراوانی و درصد فراوانی تحت شد. اطلاعات بیشتر در خصوص روش مطالعه از مقاله پروتکل قابل دسترسی است (۲۹).

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلال های 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 ساختاریافته ای است که به منظور ارزیابی دوره های فعلی و قبلی اختلال های روانی در کودکان و نوجوانان بر اساس سومین نسخه ویراست شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition, Text Revision یا DSM-III-R) و چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های 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. به منظور ارزیابی هر علامت معیارهای جستجو کننده و عینی وجود دارد. تشخیص های اولیه ای که می توان به کمک K-SADS-PL مطرح نمود عبارت اند از: افسردگی اساسی، کج خلقی، مانیا، هیپومانیا، سیکلوتایمیا، اختلال های 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، شب اداری، بی اختیاری دفع، بی اشتهاهی عصبی، پراشتهای عصبی، اختلال تیک گذرا، اختلال توره، اختلال تیک

یافته ها

بر اساس یافته های پژوهش از ۱۰۱۰ نفر از کودکان و نوجوانان مورد مطالعه 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؛ به عبارت دیگر میانگین سنی پسران در گروه نمونه $11/69 \pm 3/73$ ، میانگین سنی دختران $11/61 \pm 3/70$ و میانگین سنی گروه نمونه به صورت کلی $11/65 \pm 3/72$ بود. نودوپنج نفر از کودکان و نوجوانان مورد مطالعه 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 بی سواد 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 بی سواد 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 اختلال های روان پزشکی و رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱ شیوع افسردگی ۱/۲ درصد، هیپومانیا ۰/۱ درصد، کل اختلال های 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 اختلال های اضطرابی ۷/۴ درصد، نقص توجه-بیش فعالی ۳/۴ درصد، اختلال نافرمانی مقابله ای ۳/۱ درصد، اختلال های رفتاری ۰/۸ درصد، تیک ۱/۳ درصد، کل اختلال های رفتاری ۷/۶ درصد، مصرف دخانیات و اختلال های مصرف مواد ۰/۹ درصد، اوتیسم ۰/۲ درصد، کم توانی ذهنی ۱/۴ درصد، صرع ۱/۶ درصد، اختلال های عصب روان شناختی ۳/۲ درصد، شبادراری ۲/۱ درصد، بی اختیاری دفع ۰/۱ درصد، بی اشتها بی عصبی ۰/۱ درصد و شیوع اختلال های خوردن ۰/۱ درصد هست. در کل شیوع اختلال های روان پزشکی

حرکتی یا صوتی مزمن، مصرف الکل، مصرف مواد، اختلال استرسی پس از سانحه و اختلال های انطباقی. همان طور که گفته شد K-SADS-PL مصاحبه ای نیمه ساختاریافته است و ضرورتی ندارد که سؤال های آن به صورت کلمه به کلمه تکرار شوند. این سؤال ها تنها راهنمایی جهت کسب اطلاعات لازم برای نمره دهی به هر پرسش هستند. آزمونگر می تواند سؤال ها را با توجه به سطح تکامل کودک مطرح نماید (۳۰).

این پرسشنامه با توجه به مصاحبه با والدین، کودک و جمع بندی اطلاعات از تمامی منابع موجود تکمیل می گردد. در هنگام تکمیل مصاحبه با کودکان پیش از سنین نوجوانی ابتدا مصاحبه با والدین انجام شد. در مورد نوجوانان مصاحبه با آن ها شروع شد. در صورت وجود تناقض در اطلاعات به دست آمده از منابع مختلف آزمونگر از قضاوت بالینی خود استفاده کرد. در مورد تناقض در اطلاعات حاصل از کودکان و نوجوانان بیشترین اختلاف نظر در مورد پدیده هایی فردی بود که والدین از آن ها آگاه نبودند (مانند احساس گناه، ناامیدی، اختلال خواب، توهمات و افکار خودکشی) در صورتی که بیشترین عدم توافق درباره رفتارهایی بود که قابل مشاهده نبودند (مانند آتش افروزی، فرار از مدرسه و یا رفتارهای جبری). در این گونه شرایط آزمونگران مورد را با کودک و والدین رودرو می کردند. اگر عدم توافق حل نمی شد والدین و کودک را به صورت هم زمان ملاقات کرده و درباره علت عدم توافق بحث نمودند. تکمیل پرسشنامه K-SADS-PL مستلزم پر کردن بخش های زیر است: ۱) یک مصاحبه بدون ساختار مقدماتی، ۲) مصاحبه غربالگری تشخیصی، ۳) چک لیست تکمیلی ضمیمه، ۴) ضمیمه های تشخیصی ضمیمه، ۵) چک لیست خلاصه تشخیص های 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 به صورت جداگانه تکمیل گردید و پس از جمع بندی اطلاعات و رفع موارد تناقض، چک لیست خلاصه تشخیص های طول عمر و مقیاس نمره دهی ارزیابی کلی کودک تکمیل گردید. اگر مدرکی دال بر اختلال روانی فعلی یا قبلی یافت نمی شد به ارزیابی بیشتر از آنچه در مصاحبه غربالگری انجام می شد نیازی نبود.

کودک و نوجوان برحسب عوامل جمعیت شناختی ارائه شده است.

و رفتاری در کودکان و نوجوانان شهر اصفهان ۱۴/۸ درصد و اختلال‌های رفتاری و اختلال‌های اضطرابی به ترتیب شایع‌ترین اختلال‌ها بوده‌اند. در جدول ۲ شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی

جدول ۱. شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی و رفتاری کودکان و نوجوانان

نام اختلال	کل	فراوانی	درصد	CI (%۹۵)
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	۰/۰۲-۰/۰۶
اختلال‌های خوردن	بی‌اشتهایی عصبی	۱	۰/۱	۱/۴۴-۳/۳
	اختلال‌های خوردن	۱	۰/۱	۰/۰۲-۰/۰۶
	آمار کلی	۱۴۸	۱۴/۸	۰/۰۲-۰/۰۶

ساکن در شهر نیز بیش از کودکان و نوجوانان ساکن در روستا بود. 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. پدران و مادران با شغل آزاد

بر اساس جدول ۲ شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان پسر بیشتر از دختران بوده است. میزان شیوع این اختلال‌ها در طیف سنی ۱۴-۱۰ سال بیش از سایر سنین بوده است. اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان

نیز بیشترین میزان شیوع اختلال های روان پزشکی را در کودکان و نوجوانان خود شاهد هستند.

جدول ۲. تعداد و درصد اختلال های روان پزشکی کودک و نوجوان برحسب عوامل جمعیت شناختی

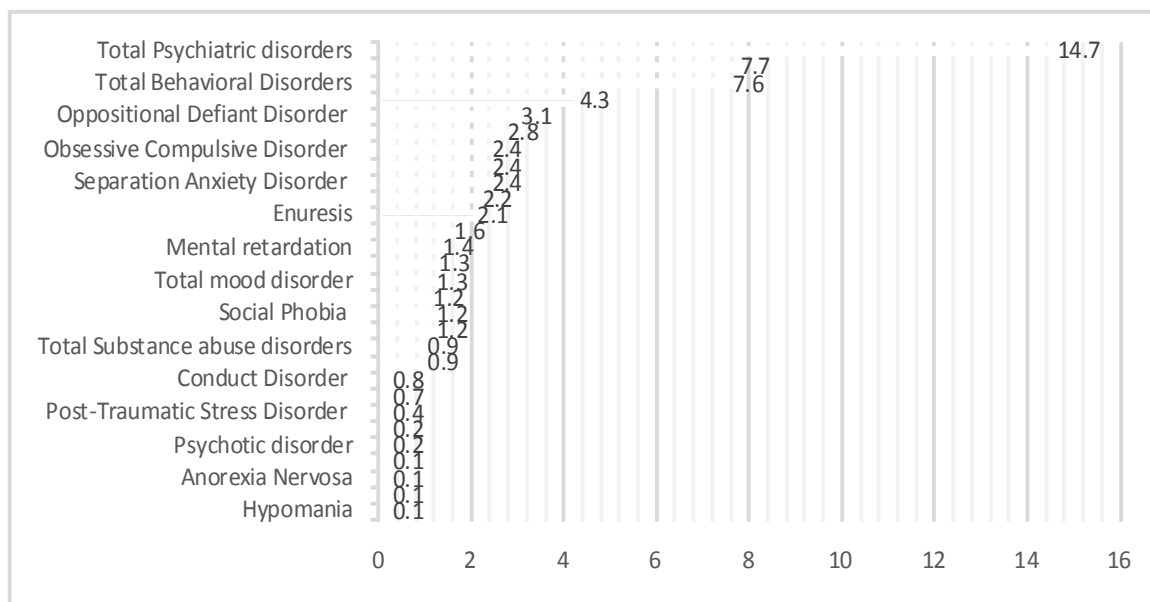
متغیر	گروه‌بندی	کل	دارای اختلال		CI (%۹۵)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۵۰۱	۴۹/۶	۸۲	۱۶/۴
	دختر	۵۰۹	۵۰/۴	۶۶	۱۳
گروه سنی	۶-۹	۳۳۱	۳۲/۸	۴۵	۱۳/۶
	۱۰-۱۴	۳۹۳	۳۸/۹	۶۴	۱۶/۳
	۱۵-۱۸	۲۸۶	۲۸/۳	۳۹	۱۳/۶
سکونت	شهر	۹۶۰	۹۵	۱۴۴	۱۵
	روستا	۵۰	۵	۴	۸
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۱۳	۱/۳	۲	۱۵/۴
	ابتدایی	۹۴	۹/۳	۱۲	۱۲/۸
	راهنمایی و دبیرستان	۱۸۱	۱۷/۹	۲۷	۱۴/۹
	دیپلم	۳۶۳	۳۵/۹	۴۰	۱۱
	کارشناسی	۲۶۲	۲۵/۹	۴۵	۱۷/۲
	ارشد و بالاتر	۸۰	۷/۹	۱۷	۲۱/۳
	بدون پاسخ	۱۷		۵	
	بی‌سواد	۱۶	۱/۶	۳	۱۸/۸
	ابتدایی	۹۲	۹/۱	۱۱	۱۲
	راهنمایی و دبیرستان	۱۴۷	۱۴/۶	۲۰	۱۳/۶
	دیپلم	۶۲۴	۴۲	۵۴	۱۲/۷
	کارشناسی	۲۷۳	۲۷	۴۸	۱۷/۶
	ارشد و بالاتر	۴۹	۴/۹	۱۱	۲۲/۴
	بدون پاسخ	۹		۱	
	آزاد	۳۲۱	۳۱/۸	۵۲	۱۶/۲
شغل پدر	کارمند	۶۶۵	۶۵/۸	۹۱	۱۳/۷
	بیکار	۱۰	۱	۱	۱۰
	بدون پاسخ	۱۴		۴	
	آزاد	۱۱۳	۱۱/۲	۲۳	۲۰/۴
	کارمند	۳۲	۳/۲	۳	۹/۴
	بیکار	۸۵۷	۸۴/۹	۱۲۱	۱۴/۱
	بدون پاسخ	۸		۱	
	کل	۱۰۱۰	۱۰۰	۱۴۸	۱۴/۷

روان پزشکی در استان اصفهان ۱۴/۷ درصد است. شیوع اختلال های اضطرابی و اختلال های رفتاری دارای بیشترین شیوع است.

در جدول ۳ اختلال های همایند با توجه به نوع اختلال روان پزشکی ارائه شده است. بر اساس این جدول اختلال های رفتاری با اختلال های اضطرابی بیشترین همایندی را داشته اند. به طور خلاصه شکل ۱ نشان می دهد که شیوع اختلال های

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

اختلال‌های اصلی	اختلال‌های خلقی	اختلال‌های سایکوتیک	اختلال‌های اضطرابی	اختلال‌های رفتاری	اختلال‌های رشدی-عصبی	اختلال‌های مصرف مواد	اختلال‌های دفع
F(P)	F(P)	F(P)	F(P)	F(P)	F(P)	F(P)	F(P)
اختلال‌های خلقی	*	۱	۶ (۴۶/۲)	۳ (۲۳/۱)	.	.	.
اختلال‌های سایکوتیک	۲	*	۲	۱	.	.	.
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	.	.	۴ (۱۴/۳)	۴ (۱۴/۳)	*	.	۲ (۷/۱)
اختلال‌های مصرف مواد	.	.	۲ (۲۲/۲)	۲ (۲۲/۲)	.	*	.
اختلال‌های دفع	.	.	۶ (۹/۱)	۶ (۲۷/۳)	۲ (۹/۱)	.	*



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

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

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

تفاوت در شیوع اختلال های روان پزشکی می توان به شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی گوناگون هر شهر، تفاوت در گروه های سنی مورد مطالعه و همچنین ابزارهای متفاوت ارزیابی اختلال های استناد نمود.

نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع کلی اختلال های روان پزشکی در پسران بیشتر از دختران است. این بخش از نتایج با یافته های پژوهش های پیشین (۳۸-۴۱) همخوانی دارد. اگرچه برخی از اختلال های درون ریز همانند اختلال های افسردگی و اضطراب در دختران بیشتر مشاهده شده است، ولی به طور کلی اختلال های روان پزشکی در پسران بیشتر از دختران بوده است. اختلال های روان پزشکی پسران با توجه به ویژگی های جنسیتی آنان بیشتر به صورت اختلال های برون ریز است. شواهد نشان می دهد که شیوع بالای اختلال های روان پزشکی در پسران قبل از همه مربوط به نقش های جنسیتی آن ها می باشد. علاوه بر این، عوامل بیولوژیکی، محدود نبودن پسران در ارتباطات اجتماعی و مانند آن از جمله عواملی هستند که می توانند زمینه ساز شیوع بالاتر اختلال های روان پزشکی در پسران نسبت به دختران باشند (۴۲).

میزان شیوع این اختلال ها 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 از لحاظ رشدی در ابتدای سن بلوغ قرار دارد و به تبع آن با تغییرات همه جانبه 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 آن ها، بروز اختلال های روان پزشکی را در پی خواهد داشت. همچنین نتایج نشان داد اختلال های روان پزشکی 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، استرس های محیطی شهری، مشکلات اقتصادی در زندگی شهری و همچنین متفاوت بودن الگوهای روابط خانوادگی و اجتماعی در شهر و روستا می تواند از دلایل بروز شیوع اختلال های روان پزشکی بیشتر در کودکان و نوجوانان شهری نسبت به کودکان و نوجوانان روستایی باشد.

به علاوه شیوع این اختلال ها در کودکان و نوجوانانی که پدران و مادران آنان دارای تحصیلات دیپلم و مقطع کارشناسی هستند بیش از سایرین بوده است؛ این امر می تواند به علت آشنایی بیشتر این گروه با کودکان و نوجوانان خود و همچنین تبخیر بیشتر در غربالگری و تشخیص گذاری علائم باشد. همچنین پدران و مادران با شغل آزاد نیز بیشترین میزان شیوع اختلال های روان پزشکی را در کودکان و نوجوانان خود شاهد هستند که می تواند این یافته ها را به عدم درآمد ثابت و عوامل استرس زای شغل آزاد در پدران و مادران دانست.

ازجمله محدودیت هایی 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 می شود تا پژوهشگران آینده به این نکته توجه لازم را مبذول دارند. در نهایت باید بیان نمود شیوع بالای اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان و بالأخص پسران نشانه ضرورت توجه متخصصان به این دوره را روشن می سازد که متأسفانه در مراقبت های تندرستی کودکان و نوجوانان کمتر به آن ها پرداخته می شود. در صورتی که اختلال های روان پزشکی در کودکی و نوجوانی تشخیص داده نشود و تحت درمان قرار نگیرند منجر به بروز مشکلات شدیدی در سطح کلی جامعه می گردد که این امر توجه مداوم مسئولین به کنترل و پیشگیری این اختلال ها را می طلبد. لیکن پیشنهاد می شود که آموزش و پرورش در مراکز پیش دبستانی و مدارس از مشاوران برجسته و باتجربه استفاده نماید تا به موقع کودکان و نوجوانان دارای اختلال های روان پزشکی را شناسایی و در صورت مؤثر نبودن روش های آنان در درمان این اختلال ها، آنان را به مراکز درمانی ارجاع دهند. همچنین با بالا بردن سطح آگاهی خانواده ها از طریق مدارس و جلسات اولیاء و مربیان، کاهش شرایط استرس آور و تدوین راهکارها و برنامه های تندرستی مناسب می توان زمینه ارتقاء بهداشت روان کودکان و نوجوانان را فراهم آورد.

تقدیر و تشکر

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

دانشگاه علوم پزشکی تهران نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

کمیته اخلاق نیماد (IR.NIMAD.REC.1395.001)

مشارکت داشتند و مرکز تحقیقات روان‌شناسی و روان‌پزشکی

References

1. Maracy M, Barekatin 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-Gharai 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, Ladrado-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

- 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, Leung 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. Haghbini 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, Pouretamad 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].

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.

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

Sarvar Arman^{id1}, Mohammad Reza Mohammadi^{id2}, Seyed Salman Alavi^{id2}, Ali Khaleghi^{id2}, Mahnaz Ghaneian^{id3}, Sara Atayi MaqsoodLoie^{id4}, Mina Adibanzadeh⁴, Aida Tavakolfar^{id5}, Shokofeh Alidadi Shamsabadi^{id6}, Saied Karbasi Ameli^{id7}, Mohammad Asgary^{id6}, Elnaz Farzamfar⁶, Mehrdad Havazadeh^{id6}

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