Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents between 6 and 18 years of age in Kurdistan Province in 2016

Soleiman Mohammadzadeh[1],Mohammad Reza Mohammadi[2],Nastaran Ahmadi[3],Zahra Hooshyari[2], Smoaye Tahazadeh [4],Fayegh Yousefi[5], Behnam Maleki[6], Samad Hamidi[7]

1. Department of Psychiatry, Neuroscience Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2.Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3.Yazd Cardiovascular Research Center, ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
4. M.A in Clinical Psychology, University Of Kurdistan, sanandaj, Iran.
5.Associate Proffesor,Department of Psychiatry,Medical Faculty,Kurdistan University of Medical Sciences Sanandaj,Iran.
6.Psychiatry Residency ,Department of Psychiatry,Medical Faculty,Kurdistan University of Medical Sciences Sanandaj,Iran.
7.M.A in Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran,Tel:087-33226699,Email: samadhamidi@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Psychiatric disorders in children and adolescents impose high costs on individuals, families and society, and are associated with significant problems in the future. The purpose of this study was to conduct the epidemiological study on psychiatric disorders in children between 6 and 18 years of age in Kurdistan Province in 2016.

Material and Method: This cross-sectional study was conducted in Kurdistan Province in 2016. Using random cluster sampling and systematic method, 1016 people were selected and examined for psychiatric disorders by using a digital version of the K-SADS.

Result: The results showed that the prevalence of psychiatric disorders in the children and adolescents in Kurdistan Province in 2016 was 33.8% (34.4% of the boys and 33.1% of the girls). Anxiety disorders (21.9%) and behavioral disorders (16.3%) had the highest prevalence rates. Abuse disorders (0.7%) and psychotic disorders (0.9%) had the lowest prevalence rates respectively. The highest prevalence rates belonged to attention deficit hyperactivity disorder (11.6%), oppositional defiant disorder (8.9%) and specific phobia (8.8%) respectively. Autism disorders (0.1%), substance use disorders (0.1%) and incopresis (0.1%) had the lowest prevalence rates.

Conclusion: At least 33% of the children and adolescents in Kurdistan Province needed psychiatric outpatient and inpatient services. Awareness of this issue is essential to develop policies on prevention of mental illness, promotion of general health and provision of mental health services to people in Kurdistan Province. We should consider mental disorders of childhood and adolescence as a key risk factor for the future psychiatric problems.

Keywords: Epidemiology, Prevalence, Psychiatric disorders, Semi-structured diagnostic interview K-SADS-PL

Received: July 15, 2018 **Accepted**: Oct 22, 2018

How to cite the article:
Tahazadeh S, Mohammadi MR, Ahmadi N, Hooshyari Z, Mohammadzadeh S, Yousefi F, Maleki B, Hamidi S. **Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents between 6 and 18 years of age in Kurdistan province in 2016.** SJKU 2018; 23 (6): 115-127.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ۶ الی ۱۸ ساله استان کردستان در سال ۱۳۹۵

سلیمان محمد زاده[۱]، محمد رضا محمدی[۲]، نسترن احمدی[۳]، زهرا هوشیاری[۲]، سمیه طه زاده[۴]، فایق یوسفی[۵]، بهنام مالکی[۶]، صمد حمیدی[۷]

۱. استادیار دانشگاه، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲.مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳.مرکز تحقیقات قلب و عروق یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

۵. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۶. رزیدنت روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۷. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، تلفن ثابت:۰۸۷-۳۳۲۲۶۶۹۹، Email: samadhamidi@gmail.com.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان هزینه‌های زیادی برای افراد، خانواده و جامعه به همراه دارند و با مشکلات مهم و قابل توجهی در آینده ارتباط دارند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان ۶ الی ۱۸ سال استان کردستان در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر به صورت مقطعی -توصیفی در سال ۱۳۹۵ در استان کردستان انجام گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و طبقه‌بندی شده تعداد ۱۰۱۶ نفر انتخاب و با نسخه دیجیتال آزمون (K-SADS-PL) از نظر اختلالات روان‌پزشکی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان در استان در سال ۱۳۹۵، ۳۳/۸ درصد (۳۴/۴ درصد پسران و ۳۳/۱ درصد دختران) است. اختلال‌های اضطرابی (۲۱/۹ درصد) و اختلال‌های رفتاری (۱۶/۳ درصد) به ترتیب بیشترین میزان شیوع و اختلال‌های سوء مصرف مواد (۰/۷ درصد) و اختلال‌های سایکوتیک (۰/۹ درصد) به ترتیب کمترین میزان شیوع را داشتند. اختلال بیش فعالی و نقص توجه (۱۱/۶ درصد)، اختلال لجبازی و نافرمانی (۸/۹ درصد) و فوبی‌های اختصاصی (۸/۸ درصد) به ترتیب بیشترین شیوع و اختلال اوتیسم (۰/۱ درصد)، اختلال سوء مصرف مواد (۰/۷ درصد) و اختلال بی اختیاری دفع (۰/۱ درصد) کمترین میزان شیوع را داشتند.

نتیجه‌گیری: حداقل ۳۳ درصد از کودکان و نوجوانان استان کردستان نیازمند دریافت خدمات سرپایی و بستری روان‌پزشکی هستند. آگاهی از این مسئله مؤلفه‌ی اساسی در سیاست‌گذاری در راستای پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، ارتقاء سلامت عمومی و ارائه خدمات بهداشت روان به افراد در استان کردستان است. ضروری است که اختلال‌های روانی دوران کودکی و نوجوانی را به عنوان یک عامل خطر کلیدی برای مشکلات روان‌پزشکی بعدی مورد توجه قرار دهیم.

کلید واژه‌ها: همه‌گیرشناسی، شیوع، اختلال‌های روان‌پزشکی، مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته K-SADS-PL

وصول مقاله:۹۷/۴/۲۴ اصلاحیه نهایی:۹۷/۷/۲۹ پذیرش:۹۷/۷/۳۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

مقدمه

نود درصد کودکان و نوجوانان در سرتاسر جهان، در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه زندگی می‌کنند جایی که از نظر روش‌شناختی در مورد شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان هنوز اطلاعات کافی برای ارتقاء بهبودی در برنامه ارائه خدمات وجود ندارد (۱). مطالعه همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی و درمان آن‌ها در فرهنگ‌ها و سیستم‌های بهداشتی مختلف فرصت مهمی را برای کنترل کردن عوامل پیش‌رونده در زمینه اختلال‌های روانی و کشف درمان‌های مؤثر و جدید فراهم می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که اگرچه علائم بیماری‌های روانی در بیشتر فرهنگ‌ها مشاهده می‌شود اما طبقه‌بندی‌ها ممکن است به طور قابل توجهی متفاوت باشند. یکی از پیچیدگی‌های همه‌گیرشناسی روان‌پزشکی این است که برخلاف بیماری-های جسمانی (مانند سرطان) بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی (مانند افسردگی) دوره‌هایی از فروکش و عود را طی می‌کنند (۲)؛ بنابراین انجام مطالعات همه‌گیرشناسی در بازه‌های زمانی مختلف ما را به فهم بیشتر و دقیق‌تر میزان شیوع نزدیک‌تر می‌کند.

اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان بدون تردید در همه‌جا وجود دارند و هزینه‌های زیادی برای افراد، خانواده و جامعه به همراه دارند. این اختلال‌ها که معمولاً هیجانی، رفتاری یا رشدی هستند و در دو دهه اول زندگی ایجاد می‌شوند با مشکلات مهم و قابل توجهی در آینده مانند اختلال‌های اضطرابی، مشکلات ارتباطی و افزایش خطر افسردگی در نوجوانی و بزرگ‌سالی ارتباط دارد (۳). یافته‌های همه‌گیرشناسی جهانی به طور مداوم گزارش می-دهند که حدود ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان از یک بیماری روانی رنج می‌برند و ۵۰ درصد از اختلالات روانی دوران بزرگ‌سالی ریشه در کودکی و نوجوانی دارند (۴) و بیش از سه چهارم بزرگ‌سالان مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی اولین بار یک تشخیص در سنین ۱۱ تا ۱۸ سالگی داشته‌اند (۵). این موضوع نشان می‌دهد که باید بیماری روانی دوران کودکی و نوجوانی را به عنوان یک عامل خطر کلیدی برای مشکلات روان‌پزشکی بعدی موردتوجه قرار دهیم.

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی حدود ۱۰-۲۰ درصد کودکان جهان به اختلال‌های روانی مبتلا هستند، این در حالی است که شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در جهان در تمام عمر بیش از ۲۵ درصد تخمین زده شده است؛ در سال ۲۰۰۶ حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلال‌های روان‌پزشکی ارزیابی شده و پیش‌بینی می‌شود این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش یابد. علت بار زیاد اختلال‌های روانی شیوع زیاد، مدت طولانی، تأخیر در تشخیص و درمان ناتوانی است، به طوری که میزان ناتوانی ناشی از این اختلالات به ۳۳ درصد می‌رسد (۶).

در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی در میزان تشخیص اختلال‌های روان‌پزشکی در بین نوجوانان گزارش شده است (۷) یک فرا تحلیل از ۴۱ مطالعه در ۲۷ کشور شیوع جهانی اختلال‌های روان‌پزشکی در بین کودکان و نوجوانان را با میانگین میزان شیوع ۱۳/۴ درصد نشان داده است (۸). مطالعه‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در بین کودکان و نوجوانان در ایران حاکی از متغیر بودن میزان شیوع این اختلال‌ها از ۲۰ تا ۴۰ درصد است (۹).

اهمیت اختلال‌های روانی موجب شده که سازمان بهداشت جهانی بهداشت روانی را از جمله اولویت‌های کشورهای درحال‌توسعه معرفی کند (۱۰)، ایران به عنوان یک کشور درحال توسعه دستخوش تحولات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی قابل ملاحظه است که می‌تواند بر سلامت روان افراد جامعه تأثیر بگذارد (۱۱) بر اساس آخرین پژوهش‌های صورت گرفته تقریباً ۲ تا ۴۹ درصد از کودکان و نوجوانان به نوعی از یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی رنج می‌برند (۱ و ۱۲). با این وجود مطالعات همه گیرشناسی دقیقی از میزان شیوع و بروز اختلال‌های روانی در کودکان و نوجوانان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

ایرانی صورت نگرفته و آمار دقیقی از شیوع اختلال‌های در کودکان و نوجوانان تمام استان ها به ویژه استان های محروم وجود ندارد (۱۴،۱۳).

درک میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در میان کودکان و نوجوانان مؤلفه اساسی سیاست سلامت عمومی برای ارائه خدمات بهداشت روان و سایر خدمات دیگر است. با توجه به تغییرات سریع و گسترده کنونی در ارائه خدمات و خط مشی اجتماعی مانند رفاه اجتماعی و اتخاذ مراقبت‌های مدیریت شده لازم است شیوع آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان مدنظر قرار گیرد. مطالعات جامعه روان‌پزشکی برای برنامه‌ریزی و بهبود خدمات روان‌پزشکی ضروری است و همچنین برای ارزیابی همبسته-های جمعیت‌شناختی بیماری‌های روانی در جامعه مدنظر مفید است. برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارائه خدمات سلامت روان به افراد جامعه نیازمند اطلاعات پایه، بررسی-های همه‌گیرشناسی و شناخت حجم مشکل است. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات کودکان و نوجوان ۶ تا ۱۸ سال استان کردستان در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر به صورت مقطعی -توصیفی در سال ۱۳۹۵ در استان کردستان انجام گردید. واحد نمونه‌گیری در این پژوهش خانوار بود و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای و طبقه بندی شده در مجموع تعداد ۱۰۱۶ نفر از جمعیت ۶ تا ۱۸ سال شامل ۱۷۰ خوشه (۱۳۶ خوشه مناطق شهری و ۳۴ خوشه در مناطق روستایی) به صورت تصادفی و بر اساس کد پستی ۱۰ رقمی (از طریق اداره پست) از بین خانوارهای ساکن در شهر سنندج و روستاهای اطراف آن انتخاب شدند. در هر خوشه بلوک‌های ۶ تایی انتخاب شد و در هر خوشه از هر دو جنس و در سه گروه سنی (۶-۹ سال، ۱۰-۱۴ سال و ۱۵-۱۸ سال) مشارکت داشتند. مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلال‌های خلقی و اسکیزوفرنی برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL) توسط کارشناسان روانشناسی آموزش‌دیده تکمیل شد.

تشخیص‌های اولیه‌ای که به کمک پرسشنامه K-SADS می‌توان مطرح نمود عبارت‌اند از: افسردگی اساسی، کج-خلقی، مانیا، هایپومانیا، سیکلوتایمیا، اختلالات دوقطبی، اختلالات اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، 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 حرکتی یا صوتی مزمن، سوءمصرف الکل، سوءمصرف مواد، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات سازگاری. غنی زاده و همکاران پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی بین مشاهده-کنندگان را بر اساس بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نمودند (۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر به وسیله نرم افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل شدند. برای تعیین فراوانی اختلال‌های روان‌پزشکی از تحلیل توصیفی و فاصله اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد. مقدار $p\ value < 0.05$ به لحاظ آماری قابل‌قبول بود.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۱۰۱۶ نفر (۴۸۸ پسر و ۵۲۸ دختر) از کودکان و نوجوانان ۶ الی ۱۸ استان کردستان شرکت داشتند که از این تعداد ۳۴/۴ درصد پسران و ۳۳/۱ درصد دختران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی بودند. ۳۲/۸ درصد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

از مشارکت‌کنندگان در دامنه سنی ۹-۶، ۳۴/۲ درصد در دامنه سنی ۱۴-۱۰ و ۳۴/۲ درصد در دامنه سنی ۱۸-۱۵ سال مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی بودند. در مناطق شهری شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی ۳۵/۴ درصد و در مناطق روستایی ۲۶/۲ بوده است. شیوع در پسران بیشتر از دختران است و در سنین ۱۰ تا ۱۸ سالگی بیشتر از ۶ تا ۹ سالگی است، شیوع در کودکان و نوجوانانی که دارای پدر و مادر بی‌سواد یا با تحصیلات پایینی هستند و همچنین بی کار هستند بیشتر است (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک در کودکان و نوجوانان (۱۸-۶) استان کردستان و شیوع اختلالات روان‌پزشکی مربوط به این متغیرها

		جمع		مبتلا به اختلال	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۴۸۸	۴۸	۱۶۸	۳۴/۴
	دختر	۵۲۸	۵۲	۱۷۵	۳۳/۱
سن	۹-۶	۳۴۴	۳۳/۹	۱۱۳	۳۲/۸
	۱۴-۱۰	۳۳۶	۳۳/۱	۱۱۵	۳۴/۲
	۱۸-۱۵	۳۳۶	۳۳/۱	۱۱۵	۳۴/۲
محل سکونت	شهری	۸۳۳	۸۲	۲۹۵	۳۵/۴
	روستایی	۱۸۳	۱۸	۴۸	۲۶/۲
	بی‌سواد	۸۶	۸/۸	۳۳	۳۸/۴
تحصیلات پدر	ابتدایی	۲۷۷	۲۸/۳	۹۶	۳۴/۷
	راهنمایی و دبیرستان	۲۲۱	۲۲/۶	۸۰	۳۶/۲
	دیپلم	۲۱۳	۲۱/۸	۷۷	۳۶/۲
	لیسانس	۱۴۳	۱۴/۶	۳۳	۲۳/۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۳۹	۴	۱۰	۲۵/۶
	پاسخ داده نشده	۳۷	-	۱۴	-
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱۶۰	۱۶	۵۴	۳۳/۸
	ابتدایی	۳۴۶	۳۴/۶	۱۲۳	۳۵/۵
	راهنمایی و دبیرستان	۱۸۰	۱۸	۵۵	۳۰/۶
	دیپلم	۲۰۷	۲۰/۷	۷۶	۳۶/۷
	لیسانس	۹۲	۹/۲	۲۵	۲۷/۲
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۶	۱/۶	۲	۱۲/۵
	پاسخ داده نشده	۱۵	-	۸	-
شغل پدر	کارمند	۲۳۵	۲۴	۶۱	۲۶
	آزاد	۷۱۱	۷۲/۵	۲۵۴	۳۵/۷
	بیکار	۳۵	۳/۶	۱۵	۴۲/۹
	پاسخ داده نشده	۳۵	-	۱۳	-
شغل مادر	کارمند	۶۴	۶/۴	۱۳	۲۰/۳
	آزاد	۱۷	۱/۷	۵	۲۹/۴
	بیکار (خانه‌دار)	۹۲۰	۹۱/۹	۳۱۷	۳۴/۵
	پاسخ داده نشده	۱۵	-	۸	-
	جمع	۱۰۱۶	۱۰۰	۳۴۳	۳۳/۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

نتایج تحلیل رگسیون لجستیک نشان داد که از بین متغیرهای دموگرافیک مورد ارزیابی در پژوهش حاضر تنها متغیر محل سکونت شهری (OR =۰/۶۱، CI=0.42-0.89 ۹۵ درصد) با افزایش شانس بیشتر در ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی همراه بود و این میزان شانس از لحاظ آماری معنی دارد بود (p-value<۰/۰۵) و سایر متغیرهای دموگرافیک شانس تقریباً برابری با(95%) CIدر ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی داشتند (جدول ۲).

جدول ۲: نسبت شانس (CI ٪۹۵) برای اختلال روان‌پزشکی کلی مربوط به متغیرهای دموگرافیک

متغیرها و طبقه‌هایآن‌ها		OR (crude)	CI(٪۹۵)	P-value	OR (adjusted)	CI(٪۹۵)	P-value
متغیرهای دموگرافیک							
جنسیت	مرد	خط مبنا ۱/۰۰					
	زن	۰/۹۴۴	۰/۷۲۸-۱/۲۲۵	۰/۶۶۶	۰/۹۳	۰/۷۱۲-۱/۲۲۹	۰/۶۳۲
گروه سنی	۶-۹	خط مبنا ۱/۰۰					
	۱۰-۱۴	۱/۰۶۴	۰/۷۷۴-۱/۴۶۳	۰/۷۰۴	۱/۰۵	۰/۷۵-۱/۴۷	۰/۷۱۸
	۱۵-۱۸	۱/۰۶۴	۰/۷۷۴-۱/۴۶۳	۰/۷۰۴	۱/۰۹	۰/۷۸-۱/۵۴	۰/۵۱۷
محل زندگی	شهری	خط مبنا ۱/۰۰					
	روستایی	۰/۶۴۸	۰/۴۵۳-۰/۹۲۸	۰/۰۱۸	۰/۶۱	۰/۴۲-۰/۸۹	۰/۰۱۱
تحصیلات پدر	بی‌سواد	خط مبنا ۱/۰۰					
	ابتدایی	۰/۸۵۲	۰/۵۱۷-۱/۴۰۵	۰/۵۳۰	۰/۸۳۱	۰/۴۷۰-۱/۴۷۰	۰/۵۶۷
	دبیرستان	۰/۹۱۱	۰/۵۴۵-۱/۵۲۳	۰/۷۲۳	۰/۹۱۴	۰/۵۰-۱/۶۹	۰/۸۴۵
	دیپلم	۰/۹۰۹	۰/۵۴۲-۱/۵۲۵	۰/۷۱۸	۰/۸۶۰	۰/۴۵-۱/۶۵	۰/۷۵۸
	لیسانس	۰/۴۸۲	۰/۲۶۹-۰/۸۶۳	۰/۰۱۴	۰/۵۳۴	۰/۲۴-۱/۱۹	۰/۱۵۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۰/۵۵۴	۰/۲۳۹-۱/۲۸۳	۰/۱۶۸	۰/۶۸۹	۰/۲۴-۲/۱	۰/۵۹۶
تحصیلات مادر	بی‌سواد	خط مبنا ۱/۰۰					
	ابتدایی	۱/۰۸۳	۰/۷۹۰-۱/۶۰۷	۰/۶۹۳	۱/۰۲	۰/۶۴-۱/۶۳	۰/۷۷۸
	دبیرستان	۰/۸۶۴	۰/۵۴۷-۱/۳۶۳	۰/۵۲۹	۰/۷۹	۰/۴۶-۱/۳۵	۰/۴۹۹
	دیپلم	۱/۱۳۹	۰/۷۳۹-۱/۷۵۵	۰/۵۵۶	۱/۱۹	۰/۶۸-۲/۳۰۲	۰/۳۳۴
	لیسانس	۰/۷۳۲	۰/۴۱۷-۱/۲۸۸	۰/۲۷۹	۱/۲۷۵	۰/۵۵۸-۲/۱۰	۰/۵۶۵
	فوق لیسانس و بالاتر	۰/۲۸۰	۰/۰۶۱-۱/۲۷۹	۰/۱۰۱	۰/۵۷۴	۰/۱۰۵-۳/۱۵۲	۰/۵۲۳
شغل پدر	کارمند	خط مبنا ۱/۰۰					
	آزاد	۱/۵۸۵	۱/۱۴۰-۲/۲۰۴	۰/۰۰۶	۱/۲۸۵	۰/۸۲۳-۲/۰۰۶	۰/۲۷۰
	بیکار	۲/۱۳۹	۱/۰۳۱-۴/۴۴۰	۰/۰۴۱	۱/۷۹۳	۰/۸۰۱-۴/۰۱۱	۰/۱۵۵
شغل مادر	کارمند	خط مبنا ۱/۰۰					
	آزاد	۱/۶۳۵	۰/۴۸۸-۵/۴۷۱	۰/۴۲۵	۱/۰۴۸	۰/۲۶۳-۴/۱۷۳	۰/۹۴۷
	بیکار	۲/۰۶۲	۱/۱۰۵-۳/۸۴۹	۰/۰۲۳	۱/۵۲۲	۰/۳۶۵۹/۵۱۹	۰/۳۲۶

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که شیوع اختلال افسردگی ۳/۱ درصد، اختلال مانیا ۰/۲ درصد، اختلال هیپومانیا ۰/۴ درصد و اختلال خلقی در مجموع ۳/۱ درصد؛ اختلال روان‌پریشی ۰/۹ درصد، اختلال پانیک ۰/۲ درصد، اختلال اضطراب جدایی ۶/۹ درصد، فوبی اجتماعی ۵/۴ درصد، فوبی‌های اختصاصی ۸/۸ درصد، گذرهراسی ۸/۳، اضطراب فراگیر ۴/۵، اختلال وسواسی اجباری ۶/۲ درصد، اختلال استرس پس از سانحه ۱/۳ درصد و اختلال‌های اضطرابی کلی ۲۱/۹ درصد بوده است. اختلال نقص توجه و بیش فعالی ۱۱/۶ درصد، اختلال لجبازی و نافرمانی ۸/۹ درصد، اختلال سلوک ۰/۵ درصد و در مجموع اختلال‌های رفتاری ۱۶/۳ درصد شایع بوده‌اند. اختلال عقب‌ماندگی ذهنی ۱/۷ درصد، اوتیسم ۰/۱ درصد و در مجموع اختلال‌های عصبی رشدی ۴/۵ درصد شیوع داشته است. شیوع اختلال مصرف سیگار و مواد ۰/۷ درصد، مصرف الکل ۰/۱ درصد و درمجموع اختلال‌های مصرف الکل و مواد ۰/۷ درصد بوده است. شب‌ادراری ۸/۱ درصد، بی‌اختیاری دفع ۰/۱ درصد و در مجموع اختلال‌های کنترل دفع ۸/۲ درصد شیوع داشته است. شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در دامنه سنی ۱۸-۶ سال به طورکلی ۳۳/۸ درصد بوده است.

جدول ۳. شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان کردستان در کودکان و نوجوانان ۶ الی ۱۸ سال

	اختلالات روان‌پزشکی	تعداد	درصد	CI (٪۹۵)
اختلالات خلقی	اختلال افسردگی	۳۱	۳/۱	۲/۲-۴/۳
	مانیا	۲	۰/۲	۰/۰۶-۰/۷
	هیپومانیا	۴	۰/۴	۰/۱۵-۱
	اختلال خلقی کلی	۳۲	۳/۱	۲/۲-۴/۴
اختلال روان‌پریشی		۹	۰/۹	۰/۵-۱/۷
اختلالات اضطرابی	پانیک	۲	۰/۲	۰/۰۶-۰/۷
	اختلال اضطراب جدایی	۷۰	۶/۹	۵/۵-۸/۶
	فوبی اجتماعی	۵۵	۵/۴	۴/۲-۷
	فوبی های اختصاصی	۸۹	۸/۸	۷/۲-۱۰/۷
	گذر هراسی	۸۴	۸/۳	۶/۷-۱۰/۱
	اضطراب فراگیر	۴۶	۴/۵	۳/۴-۶
	اختلال وسواسی اجباری	۶۳	۶/۲	۴/۹-۷/۸
	اختلال استرس پس از سانحه	۱۳	۱/۳	۰/۷-۲/۲
	اختلالات اضطرابی کلی	۲۲۲	۲۱/۹	۱۹/۴-۲۴/۵
اختلالات رفتاری	اختلال نقص توجه و بیش فعالی	۱۱۸	۱۱/۶	۹/۸-۱۳/۷
	اختلال لجبازی و نافرمانی	۹۰	۸/۹	۷/۳-۱۰/۸
	اختلال سلوک	۵	۰/۵	۰/۲-۱/۱
	اختلال تیک	۱۳	۱/۳	۰/۷-۲/۲
	اختلالات رفتاری کلی	۱۶۶	۱۶/۳	۱۴/۲-۱۸/۷
اختلالات عصبی رشدی	عقب ماندگی ذهنی	۱۷	۱/۷	۱-۲/۷
	اوتیسم	۱	۰/۱	۰/۰۲-۰/۶
	صرع	۳۲	۳/۱	۲/۲-۴/۴
	اختلالات عصبی رشدی کلی	۴۶	۴/۵	۳/۴/۶

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

مواد	سوء مصرف	اختلالات	مصرف سیگار و مواد	۷	۰/۷	۰/۳-۱/۴
			مصرف الکل	۱	۰/۱	۰/۰۲-۰/۶
			اختلالات مصرف مواد کلی	۷	۰/۷	۰/۳-۱/۴
رفتار		اختلالات	شب ادراری	۸۲	۸/۱	۶/۶-۹/۹
			بی اختیاری مدفوع	۱	۰/۱	۰/۰۲-۰/۶
			اختلالات دفع کلی	۸۳	۸/۲	۶/۶-۱۰
اختلالات روان‌پزشکی کلی				۳۴۳	۳۳/۸	۳۱-۳۷

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که اختلال‌های خلقی به ترتیب بیشترین همایندی را با اختلال‌های اضطرابی (۷۵ درصد)، اختلال‌های رفتاری (۵۹/۴ درصد)، اختلال‌های عصبی رشدی (۳۴/۴ درصد)، اختلال‌های دفع (۱۵/۶ درصد) و اختلال‌های سایکوتیک (۹/۴ درصد) و سوء-مصرف مواد (۹/۴ درصد) داشته است. اختلال سایکوتیک به ترتیب بیشترین همایندی را با اختلال‌های اضطرابی (۷۷/۸ درصد)، اختلال‌های رفتاری (۶۶/۷ درصد)، اختلال‌های خلقی (۳۳/۳ درصد)، اختلال‌های عصبی رشدی (۲۲/۲ درصد) و اختلال‌های دفع (۱۱/۱ درصد) داشته و با اختلال مصرف مواد همایندی نداشته است. اختلال‌های اضطرابی به ترتیب بیشترین همایندی را با اختلال‌های رفتاری (۴۰/۵ درصد)، اختلال‌های دفع (۱۵/۸ درصد)، اختلال‌های خلقی (۱۰/۸ درصد)، اختلال‌های عصبی رشدی (۱۰/۸ درصد)، اختلال‌های سایکوتیک (۳/۲ درصد) و اختلال مصرف مواد (۱/۸ درصد) داشته است. اختلال‌های رفتاری به ترتیب بیشترین همایندی را با اختلال‌های اضطرابی (۵۴/۲ درصد)، اختلال‌های دفع (۱۸/۷ درصد)، اختلال‌های خلقی (۱۱/۴ درصد)، اختلال‌های عصبی رشدی (۱۱/۴ درصد)، اختلال-های سایکوتیک (۳/۶ درصد) و اختلال مصرف مواد (۳ درصد) داشته است. اختلال‌های عصبی رشدی بیشترین همایندی را به ترتیب با اختلال‌های اضطرابی (۵۲/۲ درصد)، اختلال‌های رفتاری (۴۱/۳ درصد)، اختلال‌های خلقی (۲۳/۹ درصد)، اختلال‌های دفع (۲۳/۹ درصد)، اختلال مصرف مواد (۶/۵ درصد) و اختلال‌های سایکوتیک (۴/۳ درصد) داشته است. اختلال‌های مصرف مواد به ترتیب بیشترین همایندی را با اختلال‌های رفتاری (۷۱/۴ درصد)، اختلال‌های اضطرابی (۵۷/۱ درصد)، اختلال‌های خلقی (۴۲/۹ درصد) و اختلال‌های عصبی رشدی (۴۲/۹ درصد) داشته و با اختلال‌های سایکوتیک و دفع همایندی نداشته است. اختلال‌های دفع بیشترین همایندی را به ترتیب با اختلال‌های اضطرابی (۴۲/۲ درصد)، اختلال‌های رفتاری (۳۷/۳ درصد)، اختلال‌های عصبی رشدی (۱۳/۳ درصد)، اختلال‌های خلقی (۶ درصد) و اختلال‌های سایکوتیک (۱/۲ درصد) داشته و با اختلال مصرف موادهمایندی نداشته است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

جدول ۴. اختلال‌های همبود براساس نوع اختلال روان‌پزشکی در استان کردستان

اختلال همبود / اختلال اصلی	اختلالات خلقی F (P)	اختلالات سایکوتیک F(P)	اختلالات اضطرابی F(P)	اختلالات رفتاری F(P)	اختلالات عصبی رشدی F(P)	اختلالات مصرف مواد F(P)	اختلالات دفع F(P)
اختلالات خلقی		۳ (۹/۴)	۲۴ (۷۵)	۱۹ (۵۹/۴)	۱۱ (۳۴/۴)	۳ (۹/۴)	۵ (۱۵/۶)
اختلالات سایکوتیک	۳ (۳۳/۳)		۷ (۷۷/۸)	۶ (۶۶/۷)	۲ (۲۲/۲)	۰	۱ (۱۱/۱)
اختلالات اضطرابی	۲۴ (۱۰/۸)	۷ (۳/۲)		۹۰ (۴۰/۵)	۲۴ (۱۰/۸)	۴ (۱/۸)	۳۵ (۱۵/۸)
اختلالات رفتاری	۱۹ (۱۱/۴)	۶ (۳/۶)	۹۰ (۵۴/۲)		۱۹ (۱۱/۴)	۵ (۳)	۳۱ (۱۸/۷)
اختلالات عصبی رشدی	۱۱ (۲۳/۹)	۲ (۴/۳)	۲۴ (۵۲/۲)	۱۹ (۴۱/۳)		۳ (۶/۵)	۱۱ (۲۳/۹)
اختلالات مصرف مواد	۳ (۴۲/۹)	۰	۴ (۵۷/۱)	۵ (۷۱/۴)	۳ (۴۲/۹)		۰
اختلالات دفع	۵ (۶)	۱ (۱/۲)	۳۵ (۴۲/۲)	۳۱ (۳۷/۳)	۱۱ (۱۳/۳)	۰	

بحث

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ سال استان کردستان ۳۳/۸ درصد است. نتایج این پژوهش میزان شیوع یکسانی را با سایر پژوهش‌ها (۱۴، ۹، ۱۶) نشان داده است این در حالی است که در پژوهش خالدیان و همکاران (۱۷) (۶/۲ درصد) و حق بین و همکاران (۱۸) (۱۶/۳ درصد) گزارش شده است. احتمالاً دلیل این ناهمسانی مربوط به ابزارهای پژوهشی مورد استفاده در تحقیقات گوناگون باشد. در حالی که بخش زیادی از پژوهش‌های بررسی شده از ابزار پرسشنامه جهت بررسی شیوع همه‌گیرشناسی استفاده کرده‌اند، در پژوهش حاضر مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته روش مناسبی برای گردآوری اطلاعات به ویژه از افراد بی-سواد و کم سواد بوده است و برآورد دقیق‌تری از شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان فراهم آورده است. این ناهمسانی می‌تواند به متدولوژی پژوهش نیز بستگی داشته باشد، یعنی در پژوهش‌هایی که فقط از معلمین، والدین یا اطرافیان کودک سؤال شده باشد و با کودک مصاحبه نشده باشد ممکن است برآوردهای نادرستی را ارائه دهند. حجم نمونه نیز یکی دیگر از دلایل این ناهمسانی است، نمونه‌های بزرگ‌تر درک بهتری از توزیع همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در دوران کودکی و نوجوانی فراهم می‌کنند. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند در بسیاری از مطالعات باعث کاهش دقت در برآورد شیوع شده است در حالی که پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و طبقه‌بندی شده برآورد دقیق‌تری از میزان شیوع را گزارش نموده است. علاوه بر این دامنه سنی افراد مورد ارزیابی در این پژوهش ۶ تا ۱۸ سال بوده‌اند و کودکان کمتر از ۵ سال در پژوهش مشارکت داده نشده‌اند، با توجه به این‌که بیماری‌های روان‌پزشکی در گروه سنی ۰-۵ سال بسیار پایین است ممکن است میزان شیوع کلی در نمونه‌هایی که شامل این گروه سنی نیز بوده کمتر بوده باشد. همچنین از دیگر دلایل بالابود میزان اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

نوجوانان عدم دسترسی مناسب به خدمات بهداشت روان برای همه افراد در استان کردستان بوده است.

شایع‌ترین گروه اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان کردستان اختلال‌های اضطرابی (۲۱/۹ درصد) و اختلال‌های رفتاری (۱۶/۳ درصد) بوده است که با نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۱)، مولوی و همکاران (۱۶) و حق بین و همکاران (۱۸) مطابقت دارد.

شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان استان کردستان به ترتیب اختلال بیش فعالی و نقص توجه (۱۱/۶ درصد)، اختلال لجبازی و نافرمانی (۸/۹ درصد) و فوبی‌های اختصاصی (۸/۸ درصد) بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش بهرامی و همکاران (۱۹) مبنی بر شیوع بالای اختلال بیش فعالی و نقص توجه (۶/۷ درصد)، م مولوی و همکاران (۱۶) (۲۱ درصد) و با نتایج پژوهش حق بین و همکاران (۱۸) (۱۲/۵ درصد) همسو است. بر اساس فرا تحلیل صورت گرفته میزان شیوع اختلال بیش فعالی در ایران بین ۱۲ تا ۱۷/۲ درصد گزارش شده است (۲۰). یافته-های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مولوی و همکاران (۱۶) (۷/۹ درصد) و با نتایج پژوهش حق بین و همکاران (۱۸) (۱۰ درصد) همسو است، اما با نتایج پژوهش لسینسکین و همکاران (۲۱) مطابقت ندارد. این درحالی است که میزان شیوع اختلال سلوک در استان کردستان (۰/۵ درصد) بسیار پایین‌تر از این میزان در شهرستان مشهد (۴۴/۱) به دست آمده است (۱۴) و همچنین با یافته‌های مولوی و همکاران (۱۶) (۱/۸ درصد) و با نتایج پژوهش حق‌بین و همکاران (۱۸) (۳ درصد) ناهم‌سو است. بخشی از این میزان تفاوت را می‌توان به عدم گزارش نشانه‌ها توسط افراد و خانواده‌ها نسبت داد. سطحی از پریشانی و بدکارکردی که از نظر بالینی مهم تلقی می‌گردد از فردی به فرد دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که تحمل رفتار کودک در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است؛ بنابراین ابزارهایی که ادراک مصاحبه شونده از رفتار را می‌سنجند ممکن است گمراه کننده باشند و بنابراین انتخاب ابزارهای فرهنگی مناسب همواره مسئله مهمی در مطالعات همه‌گیرشناسی بوده است.

میزان شیوع اختلال اوتیسم در این مطالعه (۰/۱ درصد) بوده که این یافته با نتایج پژوهش لسینسکین و همکاران (۲۱) همسو است. در این مطالعه شیوع اختلال اوتیسم در کودکان ۰/۹ درصد و در نوجوانان ۰/۱ درصد گزارش شده است. شیوع اختلالات طیف اوتیستیک در بررسی جسمین و همکاران (۲۲) نیز ۰/۴ درصد به دست آمده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مولوی و همکاران (۱۶) (۱ درصد)، حق بین و همکاران (۱۸) (۱ درصد) و همچنین با نتایج گوفینگ زو و همکاران (۲۳) مبنی بر شیوع ۲/۴۷ درصد ناهم‌سو است. تفاوت در طرح تحقیق و خصوصیات مشارکت کنندگان در پژوهش می‌تواند این تفاوت را توجیه کند، به عبارتی در پژوهش‌هایی که جامعه آماری شامل تمامی افراد جامعه بوده و بر اساس گزارش والدین و اطرافیان صورت گرفته است میزان کمتری نسبت به ارزیابی پزشکان و متخصصان آموزش دیده در مراقبت‌های بهداشتی اوتیسم گزارش نموده‌اند. به عبارتی این تفاوت مربوط به محدودیت تحقیق در مورد اختلالات طیف اوتیسم به وسیله خود گزارش دهی مراقبین خانگی از تشخیص پزشک است. بخشی ممکن است مربوط به عدم آگاهی مناسب اطرافیان در مورد ماهیت بیماری اوتیسم باشد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

میزان شیوع اختلال سوء مصرف مواد در این مطالعه (۰/۷ درصد) بوده که با یافته‌های مولوی و همکاران (۱۶) (۱ درصد) و با نتایج پژوهش حق بین و همکاران (۱۸) (۰/۷ درصد) همسو است.

میزان شیوع اختلال‌های عصبی رشدی ۴/۵ درصد بوده که از این میزان ۳/۱ مربوط به صرع، ۱/۷ درصد مربوط به عقب‌ماندگی ذهنی بوده و ۰/۱ مربوط به اوتیسم بوده است. این یافته با نتایج پژوهش مولوی و همکاران (۱۶) (۴/۶ درصد اختلال‌های عصبی رشدی، ۳/۵ درصد صرع و ۱/۸ عقب ماندگی ذهنی) و با نتایج پژوهش حق بین و همکاران (۱۶) (۰/۱ درصد اوتیسم) همسو است. نتایج پژوهش حاضر بیشتر از یافته‌های جسمین و همکاران (۲۲) (۰/۴ درصد) و کمتر از نتایج پژوهش واگنر و همکاران (۲۴) مبنی بر شیوع ۹/۳ درصدی اختلال‌های عصبی رشدی است. روان‌پزشکی کاپلان نیز میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی را ۱٪ جمعیت عمومی یعنی نزدیک به نتیجه پژوهش حاضر می‌داند (۲۵). مطالعه‌ی راینا و همکاران (۲۶) نیز شیوع عقب ماندگی ذهنی را ۰/۷۲ درصد گزارش داده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در پسران بیشتر از دختران بوده است، اگرچه این یافته از نظر آماری معنی دار نبود. این یافته با نتایج پژوهش مولوی و همکاران (۱۶) همسو و با نتایج پژوهش حق بین و همکاران (۱۸) و پرتواعظم و همکاران (۲۷) غیر همسو است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است این یافته با نتایج پژوهش حق بین و همکاران (۱۸) و مولوی و همکاران (۱۶) همسو است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانانی که والدین آن‌ها بی‌سواد بوده یا تحصیلات پایینی داشته‌اند بیشتر از کودکان و نوجوانانی است که والدین آن‌ها تحصیلات بالایی دارند، اگرچه این یافته از نظر آماری معنی دار نبود. این یافته با نتایج حق بین و همکاران (۱۸) همسو است. یافته‌های پژوهش همچنین نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانانی که والدین آن‌ها بیکار هستند بیشتر از کودکان و نوجوانانی است که والدین آن‌ها شاغل هستند، اگرچه این یافته از نظر آماری معنی دار نبود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حداقل ۳۳ درصد از کودکان و نوجوانان استان کردستان نیازمند دریافت خدمات سرپایی و بستری روان‌پزشکی هستند. اگرچه پژوهش‌های بیشتری لازم است که اختلافات مشاهده شده را تائید یا رد کنیم. آگاهی از این مسئله مؤلفه اساسی در سیاست‌گذاری‌ها در راستای ارتقاء سلامت عمومی و ارائه خدمات بهداشت روان به افراد در استان کردستان است ،چرا که مداخلات آموزشی می تواند بر تغییر عادت و باور های منفی موثر باشد(۲۷).

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام افرادی که در اجرای پژوهش ما را یاری کردند و همچنین مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران تقدیر و تشکر می‌گردد. این پژوهش با حمایت موسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی ایران (نیماد) با شماره ثبت ۹۴۰۹۰۶ و کد اخلاقی IR.NIMAD.REC.1395.001 انجام شده است.

References

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. Lancet 2011;378:1515-25.
2. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546-54.
3. Murray RM, Kendler KS, Mcguffin P, Wessely S, Castle DJ. Essential Psychiatry. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2008;97.
4. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: themagnitude of the problem across the globe. J Child Psychol Psychiatry 2008;49:226-36.
5. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 2007;20:359-64.
6. Khodayarifard M. Child and adolescent psychopathology. University of Tehran Press, 2017. [Persian]
7. Verhulst FC, Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015;24:607-17.
8. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annualresearch review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:345-65.
9. Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of Psychiatric Disorders in Iranian Children and Adolescents (IRCAP) and Its Relationship with Social Capital, Life Style and Parents' Personality Disorders: Study Protocol. Iran J Psychiatry 2017; 12:66-72.
10. Mortazavi S, Eftekhar Ardebili H, Mohamad K, Dorali Beni R. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. Payesh 2011;10:485-92. [In Persian]
11. Mohammadi M, Alavi A, Mahmoudi-Gharaei J, Tehranidoost M, Shahrivar Z, Saadat S. Prevalence of Psychiatric Disorders amongst Adolescents in Tehran. Iran J Psychiatry 2008;3:100-4.
12. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:345-65.
13. Mohammadi MR, Arman S, Khoshhal Dastjerdi J, Salmanian M, Ahmadi N, Ghanizadeh A, et al. Psychological problems in Iranian adolescents: application of the self report form of strengths and difficulties questionnaire. Iran J Psychiatry 2013;8:152-9.
14. Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of Mashhad in 2009. J Fundam Ment Health 2015;17:247-53.
15. Ghanizadeh A. ADHD, bruxism and psychiatric disorders: does bruxism increase the chance of a comorbid psychiatric disorder in children with ADHD and their parents?. Sleep Breath 2008;12:375-80.
16. Molavi P, Mohammadi MR, Khaleghi A, Nadr Mohammadi Moghadam M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ardabil Province: A Population-Based Study. J Ardabil Univ Med Sci 2018;18:240-51. [In Persian]
17. Khaledian M, Hasanvand B, Nosrati N. The Sanandaj city adolescents mental health and Emotional Intelligence (EQ) in the academic year of 2012-13. Intl Res J Appl Basic Sci 2013; 4: 2828-36.
18. Haghbin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Golmakani H, Kaviyani F, et al. Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of North Khorasan Province, Iran. JNKUMS 2018; 10:117-27. [In Persian]
19. Bahrami M, Yousefi F, Bahrami A, Farazi E, Bahrami A. The Prevalence of Attention Deficit– Hyperactivity Disorder and related factors, among elementary school student in

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]

Kamyaran city in 2014-2015. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2016;3:1-11. [In Persian]
20. Yadegari N, Sayehmiri K, Zamanian Azodi M, Sayehmiri F, Modara F. The Prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among iranian children: a meta-analysis. Iran J Psychiatry Behav Sci 2018;12:e8990.
21. Lesinskiene S, Girdzijauskiene S, Ginttiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, et al. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. BMC Public Health 2018;18:548.
22. Jesmin A, MSI M, Rahman KMZ, Muntasir MM. Psychiatric disorders in children and adolescents attending pediatric out patient departments of teritiary hospitals. Oman Med J 2016;31:258–62.
23. Xu G, Strathearn L, Liu B, Bao W. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among US Children and Adolescents, 2014-2016. JAMA 2018;319:81-2.
24. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dur W, et al. Mental health problems in austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemilogical studu applyng DSM 5 criteria. Eur Child Adolesc Psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry 2017;26:1483-99.
25. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. 11 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.
26. Raina SK, Razdan S, Nanda R. Prevalence of mental retardation among children in RS Pura town of Jammu and Kashmir. Ann Indian Acad Neurol 2012;15:23-6.
27. Valizadeh R, Taymoori.P [2], Yousefi F [3], Rahimi L, Naseh Ghaderi N . The Effect of Puberty Health Education based on Health Belief Model on Health Behaviors and Preventive among Teen Boys in Marivan, North West of Iran. Int J Pediatr 2016; 4(5): 1795-1805.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.52547/sjku.23.6.115]