

## همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در بین کودکان و نوجوانان شهر کرمان و حومه در ۱۳۹۵-۱۳۹۶

مهین اسلامی شهر بابکی<sup>۱</sup>، محمدرضا محمدی<sup>۲</sup>، زهرا هوشیاری<sup>۳</sup>، آمنه احمدی<sup>۴</sup>، مرجان ربانی با وجدان<sup>۵</sup>، ناهید کاویانی<sup>۶</sup>، مژگان ربانی با وجدان<sup>۷</sup>، آسیه ایران نژاد<sup>۸</sup>، مهشید عباس پور<sup>۹</sup>، پیوند دهش<sup>۱۰</sup>، سمیرا حیدری<sup>۱۱</sup>، شیما اعتدالی<sup>۱۲</sup>، لیلی سعید<sup>۱۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان اختلالات شایعی هستند که می‌توانند تبعات آسیب‌زایی برای افراد مبتلا ایجاد کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کودکان و نوجوانان شهر کرمان طی سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ انجام گرفت.

**روش‌ها:** این پژوهش مقطعی بود و تعداد ۱۰۵۰ کودک و نوجوان ۶ تا ۱۸ ساله در شهر کرمان و حومه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و با استفاده از پرسشنامه K-SADSPL به صورت مصاحبه ارزیابی شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کودکان و نوجوانان در کرمان ۲۵٪ (CI/۹۵=۲۲/۷۱-۲۷/۹۵) بود. اختلال‌های اضطرابی و رفتاری به ترتیب با ۱۳/۹٪ (CI/۹۵=۱۱/۹۴-۱۶/۱۲) و ۱۲/۳٪ (CI/۹۵=۱۰/۴۴-۱۴/۴۱)، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی بودند. در اختلالات اضطرابی، اضطراب جدایی با ۶/۸٪ (CI/۹۵=۵/۳۹-۸/۴۴) و در اختلالات رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۸٪ (CI/۹۵=۶/۵۱-۹/۸)، شیوع بیشتری داشتند. شیوع اختلالات روانپزشکی در بین دختران و پسران یکسان بود (۲۵٪). تحصیلات والدین و همچنین، سن، محل سکونت (شهر و روستا) و شغل مادر رابطه معنی‌داری با شیوع اختلالات روانپزشکی داشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به بالا بودن شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان کرمان، طراحی و اجرای برنامه‌هایی به منظور پیشگیری و درمان اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان در شهر کرمان ضروری به نظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** همه‌گیرشناسی، اختلالات روانپزشکی، کودکان، نوجوانان، کرمان

### مقدمه

امروزه در اکثر کشورهای جهان، تلاش برای صنعتی

- ۱- دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات مغز و اعصاب، بیمارستان شهید بهشتی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- ۲- استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.
- ۳- دکتر، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.
- ۴- دانشجوی دکتری، کارشناس سلامت روان، مرکز بهداشت شهرستان کرمان، ایران.
- ۵- کارشناس ارشد، کارشناس سلامت روان اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
- ۶- دانشجوی دکتری، روانشناس مرکز سلامت روان جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
- ۷- کارشناس ارشد، کارشناس سلامت روان، مرکز بهداشت شهرستان ریگان، ایران.
- ۸- کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی کرمان، کرمان، ایران.
- ۹- کارشناس ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات سیرجان، کرمان، ایران.
- ۱۰- کارشناس ارشد، مددکار اجتماعی، بهزیستی شهرستان کرمان، کرمان، ایران.
- ۱۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد کرمان، کرمان، ایران.

Email: mozhgan.rabani@yahoo.com

نویسنده مسئول: مژگان ربانی با وجدان

فکس: ۳۲۱۱۴۲۳۱

آدرس: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، معاونت بهداشت، گروه سلامت روان اجتماعی و اعتیاد تلفن: ۰۹۱۳۱۹۹۶۱۱

بزرگسالان در دوران کودکی و نوجوانی آغاز می‌شوند (۷) و این نشان دهنده اهمیت شناسایی عوامل خطر و پیشرفت اختلالات روانپزشکی در کودکی و نوجوانی است (۸). نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که تقریباً ۲۰ تا ۴۹ درصد کودکان و نوجوانان از برخی از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند (۹). یک فرا تحلیل از ۴۱ مطالعه در ۲۷ کشور شیوع جهانی اختلال‌های روانپزشکی در بین کودکان و نوجوانان را ۱۳/۴٪ گزارش کرده است (۱۰).

همه گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که شیوه توزیع این اختلال‌ها را در جامعه مورد بررسی قرار می‌دهد (۵). در گذشته بررسی‌های اپیدمیولوژیک اختلالات روانی به کمک مراجعه به پرونده‌های موجود بیماران و اطلاعات به دست آمده از صاحب‌نظران به انجام می‌رسید؛ ولی امروزه فراوانی بیماری‌های روانی در جهان به کمک مطالعات مختلف اپیدمیولوژیک و معمولاً با استفاده از پرسشنامه‌های غربالگری به دست می‌آید. با وجود این، به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، روش‌های مصاحبه، روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های به کار برده شده، شمار بیماران روانپزشکی بسیار متفاوت برآورد شده‌اند (۱۱).

مطالعات انجام شده در بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان دامنه شیوع متفاوتی گزارش کرده است. مشکلات روانپزشکی کودکان و نوجوانان در جمعیت عمومی با شیوع ۲۲/۵٪ در سانتیاگو شیلی، ۱۳/۱٪ در برزیل تا ۱۵٪ در روسیه، ۱۳/۱٪ در لیتوانی و ۰/۱۷٪ در آمریکا گزارش شده است (۱۶-۱۲). بررسی‌های

شدن هرچه بیشتر از یک سو و از سویی دیگر رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و مهاجرت به چشم می‌خورد. به دنبال این تغییرات بنیادین، روز به روز بر استرس‌ها و مشکلات روانی اجتماعی جوامع افزوده شده است (۱). طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود. به گونه‌ای که اختلالات روانپزشکی، در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند. طبق برآوردهای این سازمان، شیوع بالای این اختلالات و ناتوانی طولانی مدت و مزمن همراه آن‌ها، باعث شده تا این مشکلات در تمامی جوامع به عنوان یک اولویت بهداشتی مورد توجه قرار گیرد (۲).

طبق آمارهای منتشره از طرف سازمان جهانی بهداشت بیش از نیم میلیارد نفر از جمعیت سراسر جهان در سنین مختلف از اختلالات شدید و خفیف روانپزشکی، عقب‌ماندگی‌های ذهنی، صرع و دمانس رنج می‌برند (۳) که این اختلالات برای همه افراد جامعه از جمله کودکان و نوجوانان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند (۴). کودکان و نوجوانان در هر جامعه‌ای سرمایه‌های بالقوه آن جامعه هستند و سلامت روانی آنان حائز اهمیت می‌باشد. اختلالات روانپزشکی به طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلاء به بیماری‌های روانی را در دوره بزرگسالی افزایش می‌دهد و در صورت عدم تشخیص و درمان زودهنگام، موجب بروز مشکلات رفتاری جدی و مشکلات تحصیلی در افراد می‌گردد (۵، ۶). اکثر مطالعات گذشته‌نگر و آینده‌نگر بیانگر این واقعیت است که اختلالات روانپزشکی

همه‌گیرشناسی اختلال روانپزشکی انجام شده در ایران نیز متغیر بودن شیوع را نشان می‌دهد (۲۲-۱۷). کشور ایران در حال حاضر تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی عمده‌ای را پشت سر می‌گذارد. در حال حاضر جمعیت ایران حدود ۷۹ میلیون و ۹۲۶ هزار نفر می‌باشد. طبق آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵، ۴۵٪ جمعیت کشور زیر ۱۴ سال و ۳۵ میلیون نفر از جمعیت در سنین ۷ تا ۱۸ سال بوده‌اند (۲۳). تعداد زیادی از این کودکان و نوجوانان ممکن است از اختلالات رفتاری و هیجانی رنج ببرند و به خدمات بهداشتی و درمانی زیادی نیازمند باشند. متأسفانه آمار دقیقی از شیوع اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان در ایران و شهر کرمان وجود ندارد و اطلاعات حاضر محدود به بررسی‌های شهری و منطقه‌ای می‌باشد. با توجه به ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت روانی کودکان و نوجوانان و این واقعیت که هر نوع برنامه‌ریزی در این خصوص مستلزم شناخت میزان و تنوع مشکلات و عوامل تأثیرگذار است، نتایج چنین مطالعه‌ای می‌تواند اطلاعات مفید و ارزشمندی را در اختیار مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشت روان قرار دهد تا با برنامه‌ریزی‌های مناسب و توزیع مناسب امکانات و تسهیلات، گام‌های اساسی را در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات در سطح شهر بردارند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کودکان و نوجوانان شهر کرمان در سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی، یک مطالعه کشوری بوده؛ اما داده‌های استان کرمان در جای دیگری به شکل

گزارش یا مقاله جامع چاپ نشده است و مقرر شد که نتایج هر شهر جداگانه چاپ شود. کد اخلاق در پژوهش این طرح IR.NIMAD.REC.1395.001 بود.

این مطالعه یک پژوهش مقطعی و طرحی ملی بود که در ۳۲ استان با هدف بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوان سنین ۶ تا ۱۸ انجام شد (۲۴). جامعه آماری این مطالعه شامل کودکان و نوجوان سنین ۶ تا ۱۸ سال در شهر کرمان در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود. حجم نمونه مناسب، با فرض شیوع اختلالات روانپزشکی برابر ۳/۰ و خطای نوع اول ۵/۰٪ و خطای پذیرفته شده ۵/۰٪ و با در نظر گرفتن اثر نمونه‌گیری خوشه‌ای (۲/۵)، حداقل تعداد ۸۰۸ نفر محاسبه شد که در این مطالعه ۱۰۵۰ نفر وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. علاوه بر شهر اصلی، جمعیت روستایی نیز به صورت تصادفی و با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در گام بعدی شهر کرمان و روستاهای تابعه بر اساس کدپستی به ۱۶۵ خوشه (۱۴۰ خوشه در مناطق شهری و ۲۵ خوشه در مناطق روستایی)، تقسیم شدند و سپس خوشه‌ها به بلوک‌های شش‌تایی تقسیم شدند و در هر بلوک از هر کدام از گروه‌های سنی ۹-۶ سال، ۱۴-۱۰ سال و ۱۸-۱۵ سال یک دختر و یک پسر وارد مطالعه شدند.

در انجام این پژوهش ۸ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی خانم، یک نفر روانپزشک به عنوان مجری و یک نفر روانشناس ارشد بالینی به عنوان ناظر پژوهش مشارکت داشتند. پرسشگران بعد از اطمینان دادن به افراد شرکت کننده نسبت به محفوظ ماندن اطلاعات

و محرمانه نگه داشتن داده‌های به دست آمده، با کسب موافقت افراد اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند. برای انجام این مطالعه پرسشنامه چکلیست کودکان برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا، تشخیص کنونی و طول عمر (Schedule for Affective Disorders and schizophrenia for Kids- Present and Lifetime Version K-SADS-PL) به صورت نرم‌افزار بر روی تبلت‌ها نصب شد و پرسشگران با انجام مصاحبه با کودک و والدین اقدام به تکمیل آنلاین پرسشنامه‌ها نمودند. اطلاعات تکمیل شده به یک سرور مرکزی در تهران ارسال و پس از بررسی اولیه به مرکز استان فرستاده شد. موقعیت مکانی پرسشگران و قرار گرفتن آن‌ها در خوشه‌های تعیین شده در هر روز توسط ناظر و از طریق مکان‌یاب اینترنتی GPS مورد ارزیابی قرار گرفت.

کودکان شهروند کرمانی یعنی افرادی که حداقل یک سال در شهر کرمان اقامت داشتند با دامنه سنی ۶ تا ۱۸ سال می‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند. کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری جسمی شدید از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه شیوع اختلالات روانپزشکی و شیوع این اختلالات با عوامل دموگرافیک (جنسیت، سن، تحصیلات و شغل والدین) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، فراوانی و درصد استفاده شد. رگرسیون لجستیک خام و تعدیل شده برای محاسبه نسبت شانس با حدود اطمینان ۹۵ درصد به کار برده شد و داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه K-SADS-PL، به روش مصاحبه حضوری نیمه ساختاریافته برای ارزیابی دوره‌های فعلی و قبلی بیماری‌های روانپزشکی در کودکان و

نوجوانان ۶-۱۸ ساله به کار می‌رود. این ابزار تشخیصی اطلاعات مربوط به تشخیص فعلی و نشانه‌های سال گذشته را آشکار می‌کند. نوعی از آن برای پرداختن به تشخیص‌های سرتاسر عمر وجود دارد. این پرسشنامه تشخیص‌ها را براساس چهارمین راهنمای تشخیصی آماری بیماری‌های روانی و بازنگری چاپ سوم آن ارزیابی می‌کند. پنج ضمیمه تشخیصی در K-SADS-PL وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱- اختلالات خلقی شامل اختلالات افسردگی (افسردگی اساسی، کج خلقی - و مانیا، هیپومانیا، سیکلوتایمیا) ۲- اختلالات سایکوتیک شامل اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنیفرم، سایکوز واکنشی حاد ۳- اختلالات اضطرابی شامل اختلال هراس، گذرهراسی، اختلال اضطراب جدایی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، اضطراب عمومی، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال استرسی پس از سانحه ۴- اختلالات رفتاری شامل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک، اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای و اختلال تیک ۵- سوءمصرف مواد و سایر اختلالات رشدی عصبی، شامل عقب‌ماندگی ذهنی، اتیسم و صرع و بی‌اختیاری ادرار (۲۵).

Birmaher و همکاران بیان می‌کنند در مطالعه انجام شده Kaufman و همکاران، KSADS-PL قادر به شناسایی روایی و پایایی اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان است (۲۵). شهریور و همکاران روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را تعیین کردند. ضریب آزمون - باز آزمون برای تشخیص اختلالات روانپزشکی مختلف در حال و گذشته، در طول عمر در دامنه ۰/۱۷ تا ۰/۷۷ و سطح توافق بینابینی در تشخیص اختلالات بین ۹۳ تا ۱۰۰ درصد

در این مطالعه از مجموع ۱۰۵۰ نفر کودک و نوجوان ۵۱۷ (۴۹/۲٪) پسر و ۵۳۳ (۵۰/۸٪) دختر بودند. خصوصیات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شد.

بود (۲۶). همچنین غنی‌زاده و همکاران پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی بین مشاهده‌کنندگان را بر اساس بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نمودند (۲۷).

## نتایج

جدول ۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
جنس	دختر	۵۳۳
	پسر	۵۱۷
سن	۶-۹	۳۵۶
	۱۰-۱۴	۳۴۷
	۱۵-۱۸	۳۴۷
محل سکونت	شهر	۹۰۶
	روستا	۱۴۴
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۳۰
	ابتدایی	۶۷
	راهنمایی و دبیرستان	۱۳۷
	دیپلم	۳۸۵
	کارشناسی	۳۲۰
	کارشناسی ارشد یا بالاتر	۸۶
	عدم پاسخ	۲۵
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۲۳
	ابتدایی	۵۹
	راهنمایی و دبیرستان	۱۱۵
	دیپلم	۴۳۲
	کارشناسی	۳۴۲
	کارشناسی ارشد یا بالاتر	۶۴
	عدم پاسخ	۱۵
شغل پدر	کار دولتی	۳۵۸
	کار خصوصی	۶۵۳
	بیکار	۱۶
	فاقد اطلاعات	۲۳
شغل مادر	کار دولتی	۱۸۴
	کار خصوصی	۷۱
	بیکار (خانه‌دار)	۷۸۸
	فاقد اطلاعات	۷
کل	۱۰۵۰	۱۰۰

۶/۸٪ شایع تر از سایر اختلالات اضطرابی بود و شیوع اختلالات رفتاری، ۱۲/۳٪ بعد از اختلالات اضطراب، بیشتر از سایر اختلالات بود. در میان اختلالات رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۸٪ شایع تر از سایر اختلالات رفتاری بود. فراوانی و درصد سایر اختلالات روانپزشکی در جدول ۲ آورده شد.

طبق پرسشنامه K-SADS-PL، ۲۶۵ نفر (۲۵٪) اختلالات روانپزشکی داشتند که فراوانی در دختران و پسران هر دو ۲۵٪ و یکسان بود. نتایج جدول ۲ نشان داد، شیوع اختلالات اضطرابی ۱۳/۹٪ بیشتر از سایر اختلالات بود. در میان اختلالات اضطرابی، اختلالات اضطراب جدایی با

جدول ۲: شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه

اختلالات روانپزشکی	تعداد	درصد	فاصله اطمینان (۹۵٪)
اختلالات افسردگی	۴۹	۴/۷	۳/۵۵-۶/۱۲
اختلالات خلقی	۲	۰/۲	۰/۰۵-۰/۰۷
جمع اختلالات خلقی	۵۰	۴/۸	۳/۶۳-۶/۲۲
اختلالات روان پریشی	۲	۰/۲	۰/۰۵-۰/۰۷
اختلال اضطراب جدایی	۷۱	۶/۸	۵/۳۹-۸/۴۴
فوبی اجتماعی	۱۵	۱/۴	۰/۹-۲/۳۵
فوبی‌های خاص	۳۲	۳	۲/۱۷-۴/۲۷
گذر هراسی	۱۹	۱/۸	۱/۱۶-۲/۸۱
اختلالات اضطرابی	۳۶	۳/۴	۲/۴۹-۴/۷۱
اختلال وسواس فکری عملی	۲۹	۲/۸	۱/۹۳-۳/۹۴
اختلالات استرس پس از سانحه	۴	۰/۴	۰/۱۵-۰/۹۷
جمع اختلالات اضطرابی	۱۴۶	۱۳/۹	۱۱/۹۴-۱۶/۱۲
اختلال بیش فعالی کمبود توجه	۵۶	۵/۳	۴/۱۳-۶/۸۶
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۸۴	۸	۶/۵۱-۹/۸
اختلال سلوک	۷	۰/۷	۰/۳۳-۱/۳۷
اختلال تیک	۱۲	۱/۱	۰/۶۵-۱/۹۸
جمع اختلالات رفتاری	۱۲۹	۱۲/۳	۱۰/۴۴-۱۴/۴۱
عقب ماندگی ذهنی	۷	۰/۷	۰/۳۳-۱/۳۷
اتیسم	۱	۰/۱	۰/۰۲-۰/۰۵
صرع	۱۰	۱	۰/۵-۱/۷۴
جمع اختلالات رشدی عصبی	۱۶	۱/۵	۰/۹۴-۲/۴۶
استفاده از تنباکو	۱۷	۱/۶	۱/۰۱-۲/۵۸
بی‌اختیاری ادرار	۳۳	۳/۱	۲/۲۴-۴/۳۸
کل اختلالات روانپزشکی	۲۶۵	۲۵	۲۲/۷۱-۲۷/۹۵

بود. همچنین، از لحاظ محل سکونت بالاترین شیوع اختلالات مربوط به افراد ساکن در مناطق شهری استان (۲۵/۵٪) بود. در متغیر تحصیلات پدر، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به تحصیلات ابتدایی

در رابطه با گروه سنی نیز، بالاترین شیوع اختلالات روانپزشکی در این مطالعه مربوط به گروه سنی، ۱۴-۱۰ سال (۲۶/۶٪) و ۱۵-۱۸ سال (۲۶/۵٪) بود و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۶-۹ سال (۲۲/۵٪)

اختلالات مربوط به بیکار (۳/۳۱٪) و کمترین آن مربوط به کار خصوصی (۲۳٪) بود و در خصوص شغل مادر، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به کار دولتی (۲/۲۷٪) و کمترین آن مربوط به کار خصوصی (۳/۱۸٪) بود (جدول ۳).

(۳/۳۱٪) و کمترین آن مربوط به تحصیلات کارشناسی (۲۰٪) بود. همچنین، در تحصیلات مادر، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به تحصیلات کارشناسی (۹/۲۶٪) و کمترین آن مربوط به بی‌سواد (۱۳٪) بود. در بررسی شغل پدر نیز، بالاترین شیوع

جدول ۳: شیوع اختلالات روانپزشکی با توجه به این متغیرهای جمعیتی در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه

متغیرهای جمعیت شناختی	دارای اختلال (n)	%	فاصله اطمینان (۹۵٪)
جنس	دختر	۲۵	۲۱/۴۱-۲۸/۸۶
	پسر	۲۵	۲۱/۴۶-۲۸/۷۹
سن	۶-۹	۲۲/۵	۱۸/۷-۲۷/۳۸
	۱۰-۱۴	۲۶/۶	۲۱/۳۴-۳۰/۴۹
	۱۵-۱۸	۲۶/۵	۲۲/۱۴-۳۱/۳۹
	محل سکونت	۲۳/۱	۲۵/۵
محل سکونت	شهر	۲۱/۵	۱۵/۶-۲۸/۹۴
	روستا	۳۱	
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۳۰	۱۶/۶۶-۴۷/۸۸
	ابتدایی	۳۱/۳	۲۱/۵-۳۴/۲
	راهنمایی و دبیرستان	۲۳/۴	۲۱/۵-۴۳/۲
	دیپلم	۲۷	۲۲/۸۲-۳۱/۶۶
	کارشناسی	۲۰	۱۶/۸۴-۲۵/۷۳
	کارشناسی ارشد یا بالاتر	۲۵/۶	۱۷/۵۴-۳۵/۷۱
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱۳	۴/۵۴-۳۲/۱۲
	ابتدایی	۲۳/۷	۱۴/۷-۳۵/۹۸
	راهنمایی و دبیرستان	۲۰	۱۳/۷۱-۲۸/۲۳
	دیپلم	۲۶/۹	۲۲/۸۹-۳۱/۲۲
	کارشناسی	۲۷/۵	۲۳/۰۳-۳۲/۴۵
	کارشناسی ارشد یا بالاتر	۱۵/۶	۸/۷۲-۲۶/۴۳
شغل پدر	کار دولتی	۲۷/۹	۲۳/۵۴-۳۲/۷۹
	کار خصوصی	۲۳	۱۹/۹۱-۱۶/۳۵
	بیکار	۳۱/۳	۱۴/۱۶-۵۵/۶
	فاقد اطلاعات	۷	-
شغل مادر	کار دولتی	۲۷/۲	۲۱/۲۶-۳۴/۰۲
	کار خصوصی	۱۸/۳	۱۱/۰۲-۲۸/۸۵
	بیکار (خانه‌دار)	۲۵	۲۲/۱-۲۸/۱۴
	فاقد اطلاعات	۲	-
کل	۲۶۵	۲۵	۲۲/۷۱-۲۷/۹۵

مشاهده نشد؛ اما در متغیرهای تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۴).

در این مطالعه، بعد از تعدیل اثر متغیرهای مداخله‌گر، تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با سن، محل سکونت شرکت‌کنندگان و شغل مادر

جدول ۴: نسبت شانس خام و تعدیل شده اختلالات روانپزشکی با توجه به عوامل جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی	نسبت شانس (خام)	فاصله اطمینان (۹۵٪)	سطح معنی داری	نسبت شانس (تعدیل شده)	فاصله اطمینان (۹۵٪)	سطح معنی داری
سن	۱/۰۰ پایه			۱		
۶-۹	۱/۱۷	۰/۸۲-۱/۶۵	۰/۳۷	۱/۲۲	۰/۷۸۲-۱/۶۰۸	۰/۵۳۲
۱۰-۱۴	۱/۲۲	۰/۸۶-۱/۷۲	۰/۲۴	۱/۰۵	۰/۷۳-۱/۵۲	۰/۷۵
محل سکونت	۱/۰۰ پایه			۱		
شهر	۰/۸۰۲	۰/۵۲-۱/۲۲	۰/۳۰	۰/۷۸	۰/۴۷-۱/۳۱	۰/۳۵
روستا	۱/۰۰ پایه			۱		
بی سواد	۱/۰۶	۰/۴۱-۲/۷۱	۰/۸۹	۰/۹۵	۰/۳۲-۲/۸۶	۰/۹۳
ابتدایی	۰/۷۱	۰/۲۹-۱/۷۰	۰/۴۴	۰/۴۵	۰/۱۶-۱/۲۸	۰/۱۳
دبیرستان	۰/۸۶	۰/۳۸-۱/۹۴	۰/۷۲	۰/۳۶	۰/۱۳-۰/۹۸	۰/۰۴
تحصیلات پدر	۰/۶۱	۰/۲۷-۱/۴۱	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۷۶-۰/۵۷	۰/۰۰
دیپلم	۰/۸۰	۰/۳۲-۲/۰۱	۰/۶۳	۰/۲۶	۰/۰۸-۰/۸۱	۰/۰۲
کارشناسی						
کارشناسی ارشد یا بالاتر						
مادر	۱/۰۰ پایه			۱		
بی سواد	۲/۰۷	۰/۵۳-۸/۰۳	۰/۲۹	۳/۶۲	۰/۶۷-۱۹/۴۱	۰/۱۳
ابتدایی	۱/۶۶	۰/۴۵-۶/۰۹	۰/۴۴	۳/۶۹	۰/۷۰-۱۹/۳۶	۰/۱۲
دبیرستان	۲/۴۴	۰/۷۱-۸/۳۸	۰/۱۵	۶/۸۷	۱/۳۷-۳۴/۴۳	۰/۰۱
تحصیلات مادر	۲/۵۲	۰/۷۳-۸/۷۰	۰/۱۴	۹/۱۱	۱/۷۷-۴۶/۸۹	۰/۰۰۸
دیپلم	۱/۲۳	۰/۳۰-۴/۹۴	۰/۷۶	۴/۳۰	۰/۷۱-۲۵/۹۰	۰/۱۱
کارشناسی						
کارشناسی ارشد یا بالاتر						
شغل پدر	۱/۰۰ پایه			۱		
کار دولتی	۰/۷۶	۰/۵۷-۱/۰۳	۰/۰۸	۰/۶۴	۰/۴۶-۰/۹۰	۲/۰۲
کار خصوصی	۱/۱۷	۰/۳۹-۳/۴۶	۰/۷۷	۰/۹۷	۰/۳۱-۳/۰۱	۰/۹۶
بیکار						
مادر	۱/۰۰ پایه			۱		
کار دولتی	۰/۶۰	۰/۳۰-۱/۱۹	۰/۱۴	۰/۶۴	۰/۳۰-۱/۳۵	۰/۲۴
کار خصوصی	۰/۸۹	۰/۶۲-۱/۲۸	۰/۵۴	۰/۹۶	۰/۶۱-۱/۴۹	۰/۸۶
بیکار (خانه دار)						

## بحث

شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان شهر کرمان و حومه ۲۵٪ بود. مقایسه نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع اختلالات روانپزشکی در این پژوهش با مقادیر به دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران و نقاط مختلف جهان متفاوت است.

در ایران، شیوع اختلالات روانپزشکی در تهران در بین کودکان ۶-۱۱ ساله ۱۷/۹٪، (۱۹)، در شهر بشاگرد در دانش‌آموزان دبیرستانی ۵۱/۱۱٪، (۲۰)، در رفسنجان در دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۶/۶٪، (۲۱) و در کاشان در دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۰٪ بود (۲۲).

همچنین، در خارج از کشور نیز، شیوع اختلالات روانپزشکی در سانتیاگو شیلی در بین کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ ساله، ۲۲/۵٪، در برزیل در بین کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۷ سال ۱۳/۱٪، در روسیه، در بین کودکان ۷ تا ۱۰ سال ۱۰٪، در لیتوانی در بین کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۶ سال ۱۳/۱٪ و در آمریکا در بین نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ سال ۱۷٪ گزارش شده بود (۲۹، ۲۸، ۱۶-۱۲). شاید بتوان این تفاوت‌ها را به روش پژوهش، ابزارهای به کار برده شده، جامعه آماری، نظام‌های طبقه‌بندی، حجم نمونه، سن افراد مورد بررسی، منطقه جغرافیایی و شرایط ویژه



اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی مربوط دانست.

در مطالعه حاضر، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی، به ترتیب اختلالات اضطرابی با ۱۳/۹٪ و اختلالات رفتاری با ۱۲/۳٪ بود. در میان اختلالات اضطرابی، اختلالات اضطراب جدایی با ۶/۸٪ و در اختلالات رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۸٪ شایع‌تر از سایر اختلالات بودند که با نتایج بررسی انجام گرفته در ایران که شایع‌ترین اختلالات در تهران روی کودکان ۶ تا ۱۱ ساله به ترتیب اختلالات اضطراب جدایی با ۵/۹٪ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۷/۳٪ بود، مطابقت دارد (۱۹). در مشهد، در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۷/۱٪ (۳۰) و در رفسنجان، در دانش‌آموزان دبیرستانی اختلالات اضطرابی (۸/۴٪) بود (۲۱)؛ اما نتایج در اصفهان، در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال نشان داد که اختلال سلوک با ۴۴/۱٪ شایع‌ترین اختلال می‌باشد (۱۸) و مطالعه‌ای در بشاگرد روی دانش‌آموزان دبیرستانی نشان داد اختلال پارانوئید با ۰/۱۵٪ شایع‌ترین اختلال می‌باشد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت ندارد (۲۰) همچنین نتایج بررسی انجام گرفته در نقاط مختلف جهان نشان می‌دهد که شایع‌ترین اختلالات، در بین اختلالات معرفی شده در مطالعه Paula و همکاران بر روی کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۶ سال در برزیل، اختلالات اضطراب جدایی با ۷/۲٪ (۱۳) در مطالعه Canino و همکاران بر روی جمعیت کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۷ سال در اسپانیا، اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۵/۵٪ (۳۱) در مطالعه Lesinskiene و همکاران بر روی جمعیت کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۶ سال در لیتوانی، اختلال اضطرابی با ۵/۹٪ (۱۶) و در مطالعه Vicente و همکاران بر روی جمعیت کودکان و نوجوان ۴ تا

۱۸ سال در سانتیاگو شیلی، اختلال اضطرابی با ۳/۸٪ بود که تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد (۱۲). شاید تفاوت‌های مشاهده شده در مطالعه آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه و یا تفاوت در نوع ابزار مورد استفاده باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در دو جنس یکسان می‌باشد که با یافته‌های بررسی‌های انجام شده Alavi و همکاران بر روی کودکان در تهران (۱۹)، آرمان و همکاران بر روی کودکان و نوجوانان در اصفهان (۱۸) و Moharreri و همکاران بر روی کودکان و نوجوانان در مشهد (۱۷) مطابقت دارد؛ اما نتایج پژوهش‌های Mohammadi و همکاران در مشهد (۳۰)، موسوی بزاز و همکاران در بشاگرد (۲۰)، حسینی‌فرد و همکاران در شهر رفسنجان (۲۱) و نتایج در نقاط مختلف جهان، Lesinskiene و همکاران بر روی کودکان و نوجوانان در لیتوانی (۱۶)، Vicente و همکاران بر روی کودکان و نوجوانان در سانتیاگو شیلی (۱۲) و Canino و همکاران بر روی کودکان و نوجوانان اسپانیا (۳۱) مطابقت ندارد. این نتایج متفاوت نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانپزشکی در برخی مناطق مختلف ایران در بین جنس‌های مختلف متفاوت است و در یک جنس بالاتر است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با سن شرکت‌کنندگان وجود ندارد که با یافته‌های بررسی‌های انجام شده، Alavi و همکاران در تهران (۱۹) مطابقت دارد؛ اما نتایج پژوهش محمدی و همکاران در مشهد (۳۰) نشان داد، شیوع اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه در گروه سنی ۶ تا ۹ ساله بالاترین

همکاران در بشاگرد نشان دادند بین موقعیت جغرافیایی (محل سکونت) و شیوع اختلال وسواس، پرخاشگری و روان‌پریشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که مغایر با نتایج تحقیق حاضر می‌باشد (۲۰).

در این مطالعه در بررسی تحصیلات پدر نیز بالاترین شیوع اختلالات مربوط به تحصیلات ابتدایی و کمترین آن مربوط به تحصیلات کارشناسی بود. از لحاظ آماری نیز، تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با تحصیلات دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر مشاهده شد و نتایج نشان داد که میزان خطر ابتلاء به اختلالات در کودکان و نوجوانانی که پدرانشان سطح تحصیلاتشان دیپلم است نسبت به پدرانی که دارای مدرک لیسانس یا بالاتر بودند، بیشتر می‌باشد که با نتایج بررسی Moharreri و همکاران که نشان داد بین تحصیلات والدین و ابتلاء به اختلالات روانپزشکی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و میزان خطر ابتلاء به اختلالات در کودکان و نوجوانانی که سطح تحصیلات والدینشان ابتدایی یا پایین‌تر بود نسبت به پدران و مادرانی که دارای مدرک لیسانس یا بالاتر بود، بیشتر می‌باشد، مطابقت دارد (۱۷).

از طرفی در این مطالعه در بررسی تحصیلات مادر، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به تحصیلات کارشناسی و کمترین آن مربوط به بی‌سواد بود. از لحاظ آماری نیز، تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با تحصیلات دیپلم و کارشناسی مشاهده شد. به طوری که نتایج نشان داد خطر ابتلاء به اختلالات در کودکان و نوجوانانی که مادرشان سطح تحصیلاتشان کارشناسی است، نسبت به مادرانی که دارای دیپلم بودند، بیشتر می‌باشد که با نتایج بررسی Moharreri و همکاران در مشهد (۱۷)،

فراوانی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ ساله بالاترین بود. همچنین Arman و همکاران در اصفهان در نتایج بررسی خود نشان دادند ارتباط معنی‌داری بین سن و اختلالات عاطفی در دختران ۱۳-۱۸ ساله وجود دارد و بیان می‌کنند، از آنجا که دختران از مکانیسم‌های درونی‌سازی بیشتری از پسران استفاده می‌کنند، مشکلات عاطفی در میان آن‌ها شایع‌تر است. همچنین نشان داد که در سنین پایین، ارتباط معنی‌دار بین سن و خرده‌مقیاس بیش‌فعالی وجود دارد (۱۸). در مطالعه دیگری که Costello و همکاران بر روی جمعیت کودک و نوجوان ۹ تا ۱۳ سال در کارولینای شمالی انجام دادند، نتایج نشان داد، برخی از اختلالات نظیر افسردگی، مانیا، اضطراب عمومی، اختلال وسواس فکری عملی، اضطراب اجتماعی و هراس در فراوانی با افزایش سن افزایش می‌یابد، در حالی که بقیه اختلالات، از جمله اختلال اضطراب جدایی، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه و اختلال نافرمانی مقابله‌ای با افزایش سن، کاهش می‌یابد (۳۳).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به افراد ساکن در مناطق شهری استان کرمان (۲۵/۵٪) و کمترین آن مربوط به افراد ساکن در روستا با (۲۱/۵٪) می‌باشد؛ ولی به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با محل سکونت شرکت‌کنندگان مشاهده نشد که این موضوع با نتایج Xiaoli و همکاران بر روی کودکان در چین مطابقت دارد (۳۴). در مطالعه دیگری که Mullick و همکاران بر روی کودکان ۵ تا ۶ ساله در بنگلادش انجام شد، نتایج نشان داد شیوع اختلال روانپزشکی در میان زاغه‌نشین‌ها بیشتر از روستا و شهر می‌باشد (۳۵). همچنین، موسوی و

است (۳۸) و نتایج پژوهش شمس اسفندآبادی و همکاران بر روی جمعیت دانش‌آموزان ابتدایی در ابهر (۳۹) و Fajardo-Bullón و همکاران بر روی گروه سنی ۴ تا ۱۴ سال در اسپانیا (۴۰) نشان دادند که بین اختلالات روانپزشکی و وضعیت شغلی پدر رابطه معنی‌داری وجود دارد و کودکانی که پدرشان بیکار هستند، میانگین اختلالات در آن‌ها بیشتر است. همچنین در این مطالعه بین اختلالات روانپزشکی و وضعیت شغلی مادر ارتباط معنی‌داری به دست نیامد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت به دلیل این که وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده تا حد بسیار زیادی به وضعیت شغلی پدر بستگی دارد؛ بنابراین بیکاری پدر منجر به وضعیت اقتصادی-اجتماعی بد خانواده شده و از این طریق می‌توان به دلیل عدم دسترسی خانواده به امکانات رفاهی، آموزشی و تفریحی منجر به افزایش اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به طولانی بودن فرآیند مصاحبه و تکمیل پرسشنامه اشاره کرد که در برخی موارد موجب مقاومت برخی از خانواده‌ها و عدم همکاری جهت تکمیل پرسشنامه شده بود.

### نتیجه‌گیری

شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت کودک و نوجوان کرمان بالا است. ضروری است دست‌اندرکاران بهداشت ضمن بررسی دلایل این پدیده و عوامل تأثیرگذار بر آن برنامه‌های پیشگیرانه‌ای برای عموم جمعیت طراحی و به‌مورد اجرا گذارند. همچنین بر اساس مطالعه حاضر افراد

Arman و همکاران در اصفهان (۱۸) و Xiaoli و همکاران در چین (۳۴) که نشان دادند بین میزان تحصیلات پایین مادر با شیوع اختلالات روانپزشکی ارتباط معنی‌داری دارد، مطابقت ندارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد در بررسی شغل پدر، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به بیکار و کمترین آن مربوط به کار خصوصی بود. از لحاظ آماری نیز، تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با کار خصوصی مشاهده شد که نشان می‌دهد در کودکان و نوجوانانی که پدرانشان اشتغال به کار خصوصی دارد، خطر ابتلاء به اختلال روانپزشکی نسبت به پدرانی که بیکار یا شغل دولتی دارند، کمتر است. همچنین در بررسی شغل مادر، بالاترین شیوع اختلالات مربوط به کار دولتی و کمترین آن مربوط به کار خصوصی بود؛ اما از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین شیوع اختلالات روانپزشکی با شغل مادر مشاهده نشد.

نتایج بررسی موسوی بزاز و همکاران در بشاگرد بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی (۲۰) و سلطانیان و همکاران بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی کلاس اول تا چهارم در شهر بوشهر (۳۶) نشان دادند که بین وضعیت شغلی والدین و سلامت روان کودکان و نوجوانان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. مهرداد و همکاران در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر ایلام (۳۷) نشان دادند که در کودکان و نوجوانانی که پدرانشان اشتغال به کار خصوصی دارند، خطر ابتلاء به اختلالات روانپزشکی نسبت به کودکانی که پدرانشان کار دولتی دارند، بیشتر است که با نتایج پژوهش حاضر منطبق نیست. از طرفی محققین در آلمان نشان دادند که یکی از عوامل خطر ساز در سلامت روان کودکان و نوجوانان بیکاری والدین

گرت: ۹۴۰۹۰۶ تأمین مالی شده است. از مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین از کلیه خانواده‌هایی که در این پژوهش شرکت نمودند و با صبر و حوصله پرسشنامه‌های پژوهش را پاسخ و ما را در انجام پژوهش یاری نمودند و از کلیه همکاران ستادی و اجرایی طرح مخصوصاً خانم ناهید کاویانی و پرسشگرانی که ما را در انجام این بررسی یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تعارض منافی ندارد.

### References

- Murray CJ, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. World Health Organization; 2001.
- World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope; 2001 [cited 2019 Oct 14]. Available from: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)
- World Health Organization (WHO). The world health report 2003: shaping the future; 2003 [cited 2019 Oct 14]. Available from: [https://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1)
- Sharifi V, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J. Child and adolescent mental health care in Iran: current status and future directions. Arch Iran Med 2016;19(11):797-804. doi: 0161911/AIM.0010
- Schulte-Körne G. Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. Dtsch Arztebl Int 2016;113(11):183-90. doi:10.3238/arztebl.2016.0183
- Pandina GJ, Bilder R, Harvey PD, Keefe RS, Aman MG, Gharabawi G. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. Biol Psychiatry 2007;62(3):226-34. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.036
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 2007;20(4):359-64. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci 2009;11(1):7-20.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. Int Rev Psychiatry 2003;15(1-2):185-7. doi: 10.1080/0954026021000046155
- 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 2015;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381
- Demazeux S. Psychiatric epidemiology, or the story of a divided discipline. Int J Epidemiol 2014;43 Suppl 1:i53-66. doi: 10.1093/ije/dyu106.
- Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry 2012;53(10):1026-35. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x.
- Paula CS, Coutinho ES, Mari JJ, Rohde LA, Miguel EC, Bordin IA. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. Rev Bras Psiquiatr 2015;37(2):178-9. doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1606
- Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. Eur Child Adolesc Psychiatry 2000;9(2):129-34.

### تشکر و قدردانی

این تحقیق توسط مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی نیماد (National Institute for Medical Research Development) و با شماره

doi: 10.1007/s007870050008

15. Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G. Russian child mental health a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14(1):28-33. doi: 10.1007/s00787-005-0420-8

16. Lesinskiene S, Girdzijauskiene S, Gintiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, et al. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health* 2018;18(1):548. doi: 10.1186/s12889-018-5436-3.

17. Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological survey of psychiatric disorders in children and adolescents of Mashhad in 2009. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2015;17(5):247-53. doi: 10.22038/JFMH.2015.4805

18. Arman S, Keypour M, Maracy MR, Attari A. Epidemiological Study of Youth Mental Health Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Iran Red Crescent Med J* 2012;14(6):371-5.

19. Alavi A, Mohammadi MR, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharaei J. Frequency of Psychological Disorders amongst Children in Urban Areas of Tehran. *Iran J Psychiatry* 2010;5(2):55-9.

20. Mousavi Bazaz S, Madani A, Zarei F. 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]

21. Hosseini-fard S, Birashk B, Atefvahid M. Epidemiology of mental disorders in high-school students in Rafsanjan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2005;11(1):71-80. [In Persian]

22. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Yavari P, Saei R. Assessing the mental health of adolescents in Kashan, 2004. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008;4(2):43-9. [In Persian]

23. Abbasi-Shavazi MJ, Sadeghi R, Hosseini-Chavoshi M, Torabi F, Mahmoudiani S, Torkashvand M. Demographic and socio-economic status of youth in IR Iran. *United Nations Population Fund, University of Tehran and Statistical Research and Training Center*; 2013. doi: 10.13140/RG.2.2.36519.19363

24. 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(1):66-72.

25. Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children--a preliminary psychometric

study. *J Psychiatr Res* 2009;43(7):680-6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.10.003.

26. Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, Tehrani-Doost M, Alaghband-Rad J. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Life-time Version-Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health* 2010;15(2):97-102. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x

27. 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(4):375-80. doi: 10.1007/s11325-008-0183-9.

28. Mowlavi P, Mohammadi MR, Nadr Mohammadi Moghadam M, Khaleghi A, Mostafavi A. Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ardabil Province: A Population-Based Study. *J Ardabil Univ Med Sci* 2018;18(2):240-51. [In Persian] doi: 10.29252/jarums.18.2.240

29. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 2007;41(11):959-67. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.09.006

30. Mohammadi MR, Ahmadi N, Salmanian M, Asadian-koohestani F, Ghanizadeh A, Alavi A, et al. Psychiatric Disorders in Iranian Children and Adolescents. *Iran J Psychiatry* 2016; 11(2):87-98.

31. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in puerto rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(1):85-93. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.85

32. Torkashvand F, Rezaeian M, Bagheani T, Zarafshan H, Mostafavi S-A, Bidaki R. Prevalence of nocturnal enuresis in school-age children in Rafsanjan. *Journal of Pediatric Nephrology* 2015;3(2):71-4. doi: https://doi.org/10.22037/jpn.v3i2.7968

33. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(8):837-44. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837

34. Xiaoli Y, Chao J, Wen P, Wenming X, Fang L, Ning L, et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in northeast China. *PloS one* 2014;9(10):e111223. doi: 10.1371/journal.pone.0111223

35. Mullick MSI, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: An exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(8):663-71. doi:10.1007/s00127-005-0939-5

36. Soltanian A, Bahreiny F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan G. Mental Health of high school students and its effective factors in Bushehr Province. *Iran South Med J* 2005;7(2):173-82. [In Persian]
37. Mehrdadi A, Sadeghian S, Direkvand-Moghadam A, Hashemian A. The prevalence and risk factors of mental disorders among students in Ilam: A cross-sectional study. *International Journal of Epidemiologic Research* 2017;4(1):31-6.
38. Plass-Christl A, Haller AC, Otto C, Barkmann C, Wiegand-Grefe S, Hölling H, et al. Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PloS one* 2017;12(7):e0180410. doi: 10.1371/journal.pone.0180410
39. Shams-Esfandabadi H, Emami-Pour S, Sadrosadat SJ. A study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar. *Archives of Rehabilitation* 2003;4(1):34-41. [In Persian]
40. Fajardo-Bullón F, Rasskin-Gutman I, Felipe-Castaño E, Ribeiro dos Santos EJ, León-del Barco B. Analysis of predictive factors on minors' mental health according to the Spanish national health survey. *Brain Sciences* 2017;7(10):135. doi:10.3390/brainsci7100135

## Epidemiology of Psychiatric Disorders among Children and Adolescents in Kerman and Suburbs in 2016-2017

Mahin Eslami Shahrabaki<sup>1</sup>, Mohammad Reza Mohammadi<sup>2</sup>, Zahra Hooshyari<sup>3</sup>, Ameneh Ahmadi<sup>3</sup>, Marjan Rabani Bavojdan<sup>4</sup>, Nahid Kaviani<sup>5</sup>, Mozhgan Rabani Bavojdan<sup>6</sup>, Asiya Irannejad<sup>7</sup>, Mahshid Abbaspour<sup>8</sup>, Peyvand Dehesh<sup>9</sup>, Samira Heidari<sup>9</sup>, Shima Etedali<sup>10</sup>, Laila Saeed<sup>11</sup>

### Abstract

**Background:** Psychiatric disorders in children and adolescents are prevalent disorders that can have detrimental complications. The aim of this study was to determine the epidemiology of psychiatric disorders among children and adolescents in Kerman and its suburbs in 2016-2017.

**Methods:** In this cross-sectional study 1050 children and adolescents aged 6-18 years were selected from Kerman and its suburbs using multistage cluster sampling method. The Persian version of Kiddie-SADS- present and lifetime questionnaire (K-SADSPL) was used to collect data. Data were analyzed by descriptive statistics and logistic regression.

**Results:** The prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in Kerman was 25% (95%CI: 22.71-27.95). The anxiety and behavioral disorders were the most prevalent psychiatric disorders, respectively (13.9% (95%CI: 11.94-16.2) and 12.3% (95%CI: 10.44-14.41). Among anxiety disorders, separation anxiety disorder with 6.8% (95%CI: 5.39-8.44) and among behavioral disorders, oppositional defiant disorder with 8% (95%CI: 6.51-9.8) were the most common psychiatric disorders. The prevalence of psychiatric disorders was similar in boys and girls (25%). Parents' education, age, place of residence (urban and rural), and mother's occupation were significantly related with the prevalence of psychiatric disorders.

**Conclusion:** Due to the high prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents, designing and implementing programs for the prevention and treatment of psychiatric disorders among these groups in Kerman appear to be essential.

**Keywords:** Epidemiology, Psychiatric Disorders, Adolescents, Children, Kerman

**Citation:** Eslami Shahrabaki M, Mohammadi MR, Hooshyari Z, Ahmadi A, Rabani Bavojdan M, Kaviani N, et al. Epidemiology of Psychiatric Disorders among Children and Adolescents in Kerman and Suburbs in 2016-2017. Health and Development Journal 2020; 9(2): 187-201. [In Persian] doi: 10.22034/9.2.187

© 2020 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1- Associate Professor, Department of Psychiatry, Neurosciences Research Center & Afzalipour School of Medicine, Shahid Beheshti Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD, Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD, Student, Mental Health Officer, Kerman Health Center, Kerman, Iran

5- MSc, Social Mental Health Expert, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

6- PhD Student, Psychologist at Community Mental Health Center (CMHC), Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

7- MSc, Mental Health Expert, Rigan Health Center, Kerman, Iran

8- MSc, Kerman Islamic Azad University, Kerman, Iran

9- MSc, Sirjan University of Scientific Research, Kerman, Iran

10- MSc, Social Worker, Welfare Organization of Kerman, Kerman, Iran

11- MSc in Clinical Psychology, Kerman Islamic Azad University, Kerman, Iran

**Corresponding Author:** Mozhgan Rabani Bavojdan **Email:** mozhgan.rabani@yahoo.com

**Address:** Department of Community Mental Health and Addiction, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Tel:** 09131999611 **Fax:** 32114231