

شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان نواحی مرکزی قزوین سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ (طرح کشوری)

* نسرین صراف^۱، محمدرضا محمدی^۲، نسترن احمدی^۳، علی خالقی^۴، سودابه غریبی^۱، حافظ عطاپور^۱، حمیده لشگری^۱، نوید پوری
تحویله‌داری^۲

- ۱- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، قزوین، ایران.
- ۲- مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۳- مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.
- ۴- کلینیک خصوصی روانپزشکی کودک و نوجوان دکتر صراف، قزوین، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ مهر ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۲۲ آذر ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۲ بهمن ۱۳۹۷

زمینه: شناسایی مشکلات بهداشت روان در کودکان و نوجوانان نیاز به بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در این گروه سنی دارد.
هدف: این مطالعه، با هدف بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات همراه آن‌ها در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله ناحیه مرکزی استان قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کشوری که در ۳۱ استان ایران از جمله قزوین به صورت مقطعی با نمونه‌گیری تصادفی به روش خوشه‌ای انجام شد. ۱۰۲۵ کودک و نوجوان ۶ تا ۱۸ ساله ناحیه مرکزی استان با استفاده از پرسش‌نامه برنامه اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی کودکان و نوجوانان در طول زندگی بررسی شدند. مطالعه از طریق مصاحبه هشت نفر از روان‌شناسان بالینی آموزش دیده انجام شد.

یافته‌ها: شیوع کل اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ۲۸/۱۹ درصد (CI ۹۵% ۹۵) بود که ۳۱/۵ درصد پسران و ۲۵ درصد دختران شامل می‌شدند. این نتایج تفاوت معنی‌داری بین هر دو جنس در شیوع اختلالات روان‌پزشکی را نشان می‌دهد ($P \leq 0/02$). نتایج نشان داد ضریب شانس (CI ۹۵%) برای اختلالات در کل جمعیت بررسی شده دختران ۰/۷ بود. علاوه بر آن اختلالات اضطرابی بیشترین شیوع را داشتند (۱۳/۲ درصد) و در این گروه هراس خاص با (۴/۷ درصد) شایع‌ترین اختلال بود. نتایج نشان داد همراهی اختلالات اضطرابی با اختلالات رفتاری (۲۲/۲ درصد) بیشتر از سایرین است. همچنین شغل آزاد مادر در ارتباط با این اختلالات تفاوت معناداری داشت. ($P \leq 0/006$)

نتیجه‌گیری: شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان قزوین بین پسران بیشتر از دختران است. در این مطالعه اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلال کودکان و نوجوانان بودند.

کلیدواژه‌ها:

شیوع، کودکان، نوجوانان، اختلالات روان‌پزشکی، اختلال همراه

مقدمه

کاهش عوارض این اختلالات نیاز به ارزیابی شیوع اختلالات در این گروه سنی داریم [۱]. طبق بررسی کتب مرجع حدود ۱۵ تا ۳۲ درصد کودکان و نوجوانان دچار اختلالات روان‌پزشکی هستند و در دهه‌های اخیر تأکید زیادی بر اهمیت این موضوع شده است [۲-۴].

افزایش این تعداد از کودکان و نوجوانان اهمیت برنامه‌ریزی برای درمان‌های دارویی و روان‌درمانی و آموزش بیماران را افزایش داده است [۵-۸]. با وجود اهمیت این موضوع تاکنون هیچ مطالعه‌ای درباره این اختلالات در کودکان و نوجوانان در

کشور ایران در حال حاضر تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی عمده‌ای را پشت سر می‌گذارد. روان‌پزشکی کودک در کشورهای در حال توسعه هنوز در ابتدای راه است. به همین دلیل این کشورها نگرانی‌های زیادی درباره سلامت روان کودکان و بررسی‌های همه‌گیرشناسی آن دارند. از طرفی اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان مانند بزرگسالان، بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد و برای برنامه‌ریزی مناسب‌تر و

* نویسنده مسئول:

دکتر نسرین صراف

نشانی: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۳۳۲۴۸۶۵۳ (۲۸) +۹۸

رایانامه: dr.n.sarraf@gmail.com

شیوع اختلالات روان‌پزشکی با استفاده از پرسش‌نامه K-SADS-PL حدود ۲۵/۱۲ درصد بود (۴۳/۶۴=حداکثر و ۶/۵۹=حداقل با CI ۹۵%) و با توجه به اینکه استفاده از یک ابزار در نواحی مختلف می‌تواند نتایج متفاوتی داشته باشد، این تفاوت می‌تواند ناشی از منطقه جغرافیایی و جنبه‌های فرهنگی باشد. تعبیر علائم نه فقط از سوی والدین بلکه از سوی افراد حرفه‌ای سلامت می‌تواند متفاوت باشد [۱].

درباره ابزار به‌کاررفته، متوجه شدیم اغلب مطالعات با استفاده از ابزارهای بدون اعتبار و روایی مناسب انجام شده است و روش مصاحبه از نوع غیرساختاریافته و تعداد نمونه‌ها و روش نمونه‌گیری هم متفاوت بوده است. هدف مطالعه حاضر بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان قزوین با استفاده از ابزار K-SADS-PL بود که ابزاری قابل‌اعتماد است. مشخص کردن شیوع این اختلالات برای پیشگیری اولیه و شناسایی افراد در معرض خطر مهم است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه طرحی کشوری بود که در تمامی مراکز ۳۱ استان ایران و از جمله استان قزوین انجام شد. این مطالعه، مقطعی با نمونه‌گیری تصادفی به روش خوشه‌ای در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در استان قزوین همانند دیگر استان‌های ایران انجام شد و برای اولین بار در استان قزوین این مطالعه از طریق مصاحبه ساختاریافته با استفاده از پرسش‌نامه K-SADS-PL روی ۱۰۲۵ کودک و نوجوان در ناحیه مرکزی استان انجام شد که با فرض شیوع اختلالات روان‌پزشکی برابر ۰/۳ و خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای پذیرفته‌شده ۰/۰۵، حجم نمونه برای استان ۸۲۵ نفر بود و با در نظر گرفتن اثر نمونه‌گیری خوشه‌ای معادل ۲/۱، حجم نمونه نهایی در استان به ۹۹۰ تا ۱۰۰۰ نفر رسید.

مطالعه ما روی کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله از طریق مصاحبه هشت نفر از کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی انجام شد که از سوی فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان آموزش دیده بودند. ۱۷۰ خوشه به روش کاملاً تصادفی به کمک کد پستی از طریق اداره پست استان مشخص شدند که ۳۰ خوشه روستایی مرکزی و ۱۴۰ خوشه شهری بودند. گروه‌های سنی به سه گروه ۶ تا ۹ ساله و ۹ تا ۱۲ ساله و ۱۲ تا ۱۸ ساله تقسیم و در هر خوشه هر دو جنس از هر سه گروه سنی را شامل می‌شد. در گروه سنی کودکان با خانواده و در گروه سنی نوجوانان با خود نوجوان مصاحبه شد.

ابتدا روان‌شناسان بالینی به در منزل مراجعه و روش طرح را توضیح دادند و از داوطلبان و والدینشان دعوت به همکاری کردند. پس از جلب همکاری، نوجوانان و والدین فرم رضایت‌نامه را امضا کردند. همچنین روان‌شناسان بالینی برای

استان قزوین انجام نشده است، اما در ایران چندین مطالعه در این زمینه انجام شده است. در سال ۲۰۰۹ محرری و همکارانش مطالعه‌ای را در مشهد با استفاده از پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات^۱ انجام دادند که ۳۴ درصد از شرکت‌کنندگان مشکلات روانشناختی داشتند [۹].

در سال ۲۰۱۰ علوی و همکاران در نواحی شهری تهران، یک مطالعه را روی ۷۹۹ کودک ۶ تا ۱۱ ساله انجام دادند که ۲۵۰ خوشه از مناطق ۲۲گانه تهران با استفاده از پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات و بعد با استفاده از پرسش‌نامه برنامه اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی کودکان و نوجوانان در طول زندگی^۲ بررسی شدند که ۱۷/۹ درصد از شرکت‌کنندگان اختلال روان‌پزشکی داشتند که شایع‌ترین آن‌ها اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی بود (۸/۶ درصد) و تفاوت معناداری بین دو جنس در فراوانی اختلالات وجود نداشت [۱۰].

در سال ۲۰۱۶ محمدی و همکاران مطالعه‌ای را با استفاده از پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات روی ۵۱۷۱ کودک ۶ تا ۱۷ ساله در پنج استان تهران، خراسان رضوی، اصفهان، آذربایجان غربی و فارس انجام دادند که اختلال سلوک بیشترین شیوع (۱۴/۵۴ درصد) را داشت. اختلالات در استان فارس بیشترین مقدار شیوع کلی اختلالات روان‌پزشکی ۱۰/۵۵ درصد بود [۱۱].

مشکلات روان‌پزشکی در گروه‌های سنی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته با هم متفاوت است [۱۲]. مشکلات بهداشت روانی در این گروه، در جمعیت کلی از ۱۰ درصد در نروژ و ۱۵ درصد در بنگلادش متفاوت است [۱۳، ۱۴]. در مطالعات آینده‌نگری که در سال ۲۰۰۹ روی ۴۴۵۲ کودکان از تولد تا قبل از سن بلوغ انجام شد ۱۰/۸ درصد کودکان حداقل یک اختلال روان‌پزشکی داشتند [۱۵].

در سال ۲۰۱۶ البرلینگ^۳ و همکاران مطالعه کوهورتی را در کپنهاگ روی ۱۵۸۵ کودک انجام دادند که شیوع اختلالات روان‌پزشکی ۱۵/۷ درصد بود و بین آن‌ها اختلالات عاطفی بیشترین شیوع را داشت (۲۹ درصد). اغلب پسران اوتیسم، مشکلات رفتاری و تیک را به عنوان اختلال دارند [۱۶].

در سال ۲۰۱۵ گویلهرم^۴ و همکاران متآنالیز شیوع اختلالات روان‌پزشکی را در کل جهان در ۲۴۱ مطالعه انجام دادند که در ۲۷ کشور و در نواحی مختلف جهان شیوع کل اختلال ۱۳/۴ درصد به دست آمد که اختلالات اضطرابی با ۶/۵ درصد و افسردگی ۲/۶ درصد بیشترین مقدار را داشتند. در این مطالعه

1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
2. Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime (K-SADS-PL)
3. Elberling
4. Guilherme

توجه به مصاحبه با والدین، کودک و جمع‌بندی اطلاعات از تمامی منابع موجود تکمیل شد. هنگام تکمیل مصاحبه با کودکان پیش از سنین نوجوانی، ابتدا مصاحبه با والدین انجام می‌شد و درباره نوجوانان مصاحبه با خود آن‌ها شروع می‌شد و در صورت وجود تناقض در اطلاعات به‌دست‌آمده از منابع مختلف، آزمونگر از قضاوت بالینی خود استفاده می‌کرد. تکمیل پرسش‌نامه K-SADS-PL مستلزم پُر کردن بخش‌های زیر بود:

۱. یک مصاحبه بدون ساختار مقدماتی؛ ۲. مصاحبه غربالگری تشخیصی؛ ۳. چک‌لیست تکمیلی ضمیمه؛ ۴. ضمیمه‌های تشخیصی؛ ۵. چک‌لیست خلاصه تشخیص‌های در طول عمر؛ ۶. مقیاس نمره‌دهی ارزیابی کلی کودک^۱.

معیارهای ورود و خروج در این مطالعه به این ترتیب انتخاب شدند که ابتدا شرکت‌کنندگان باید شهروند استان قزوین می‌بودند، یعنی مردمی که حداقل یک سال در آنجا زندگی کرده باشند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه در محدوده سنی ۶ تا ۱۸ سال بودند و با توجه به اینکه برای تشخیص اختلالات روان‌پزشکی در طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ حتماً باید تشخیص روان‌پزشکی ثانوی به اختلالات جسمی شدید نباشد، کودکانی که بیماری‌های شدید جسمی داشتند از طرح کنار گذاشته شدند.

یافته‌ها

از ۱۰۲۵ کودک و نوجوان شرکت‌کننده در مطالعه، میانگین سنی شرکت‌کنندگان $11/8 \pm 3/83$ بود. این مقدار برای پسران $11/91 \pm 3/87$ و برای دختران $11/84 \pm 3/80$ بود که در محدوده سنی ۶ تا ۱۸ سال بودند. از این تعداد ۸۲/۴ درصد در شهر و ۱۷/۴ درصد در روستاها زندگی می‌کردند. والدین اغلب شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم داشتند (۲۷/۴ درصد پدران و ۳۴/۱ درصد مادران). اغلب پدران شغل آزاد داشتند (۶۲/۲ درصد) و مادران خانه‌دار بودند (۸۲/۲ درصد). شیوع اختلالات روان‌پزشکی در رابطه با جنس، در پسران ۳۱/۵ درصد و در دختران ۲۵ درصد بود (جدول شماره ۱).

در شیوع اختلالات روان‌پزشکی در هر دو جنس تفاوت معنی‌داری در کل اختلالات دیده می‌شود ($P \leq 0/02$) (جدول شماره ۱). با مقایسه CI ۹۵٪ در گروه‌های سنی مختلف، تفاوت معنی‌داری در شیوع اختلالات روان‌پزشکی دیده نمی‌شود. همچنین در جدول شماره ۱ نشان داده شده که ضریب شانس برای اختلال روان‌پزشکی CI ۹۵٪ در جمعیت کلی در هر دو جنس ۰/۷۲ برای دختران بوده است ($P \leq 0/01$). مطابق با جدول شماره ۱ شیوع کلی اختلالات روان‌پزشکی در گروه سنی ۶ تا ۹ سال ۲۷/۸ درصد و در گروه سنی ۱۰ تا ۱۴ سال

کار با K-SADS-PL فارسی آموزش دیدند و از هر دو جنس، زن و مرد، بودند. بعد از رضایت‌گرفتن ابتدا فرم جمعیت‌شناختی، فرم اجتماعی اقتصادی و سطح تحصیلات از سوی نوجوانان و والدین کودکان کامل شد. سپس مصاحبه با نوجوانان و والدین با استفاده از پرسش‌نامه K-SADS-PL انجام شد و پرسش‌ها را روان‌شناسان مطرح و شرکت‌کنندگان ۱۱ سال به بالا خودشان پرسش‌نامه را کامل کردند.

ابزار به‌کاربرده‌شده در این پژوهش پرسش‌نامه اختلال‌های روان‌پزشکی (K-SADS-PL) بود که اسپتزر^۵ و همکاران بر پایه معیارهای تشخیصی کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ و برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله طراحی کردند [۱۷]. بررسی‌هایی که در زمینه اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته است، نشان‌دهنده معتبر بودن آن است. برای نمونه در بررسی سیمپسون^۷، روایی تشخیصی دوره‌های افسردگی، مانیا و هیپومانیا با K-SADS-PL به دو روش محاسبه شده است. در روش اول که از طریق ضریب توافق محاسبه شد، توافق کاملی بین نمره‌گذاران درباره هر سه اختلال وجود داشته است. در روش دوم بر پایه آزمون بازآزمون، ضریب کاپا درباره مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ به دست آمد. در بهترین سطح برآورد ضریب‌های کاپا، برای اختلال‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی مکرر به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود که نشان‌دهنده روایی بسیار زیاد آن در تشخیص گروه‌های بیمار است. بر پایه یافته‌های این برنامه می‌توان اختلال‌های یادشده را در یک مرحله تشخیص‌گذاری کرد [۱۸].

ابزار مذکور برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی به شکل یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که هدف آن ابتدا مشخص کردن اختلالات عاطفی سپس اختلالات سایکوتیک، اضطرابی، هراس خاص، وسواس و اضطراب جدایی، اضطراب منتشر، پانیک، اضطراب پس از سانحه و اختلالات رفتار تخریبی مثل بیش‌فعالی، نافرمانی، سلوک، مواد، تیک و اختلالات خوردن مثل بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی و اختلالات دفعی همچون شب‌ادراری است. غنی‌زاده و همکاران اختصاصی بودن و حساسیت نوع فارسی K-SADS-PL را بالا نشان دادند ($P = 0/69$ = روایی درونی و $P = 0/81$ = روایی آزمون‌بازآزمون) [۱۹].

پولانزاک^۸ و همکاران ضریب کاپای ۹۳ درصد برای اختلال خلقی ($P \leq 0/001$) و ۹۰ درصد برای اختلال اضطرابی ($P \leq 0/001$) و ۹۴ درصد برای بیش‌فعالی و رفتار تخریبی ($P \leq 0/001$) را به دست آوردند [۲۰]. این پرسش‌نامه با

5. Spetser
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
7. Simpson
8. Polanczyk

جدول ۱. شیوع اختلالات روان پزشکی و نسبت شانس برای اختلالات روان پزشکی در جمعیت کلی کودکان و نوجوانان بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	کل		دارای اختلال		تکم متغیره
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	پسر	۵۰۴	۱۵۹	۳۱/۵	۱
	دختر	۵۲۱	۱۳۰	۲۵	
سن	۶-۹	۳۴۵	۹۶	۲۷/۸	۱
	۱۰-۱۴	۳۴۰	۹۵	۲۷/۹	
مکان زندگی	شهر	۸۴۵	۲۴۴	۲۸/۹	۱
	روستا	۱۸۰	۴۵	۲۵	
تحصیلات پدر	بی سواد و دبستان	۱۸۸	۵۶	۲۹/۸	۱
	راهنمایی و دبیرستان	۲۶۶	۷۴	۲۷/۸	
	دیپلم	۲۸۱	۷۴	۲۶/۳	
	کاردانی و کارشناسی	۱۹۳	۵۱	۲۶/۴	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷۱	۲۱	۲۹/۶	
نامشخص	۲۶	۱۳			
تحصیلات مادر	بی سواد و دبستان	۱۹۵	۴۸	۲۴/۶	۱
	راهنمایی و دبیرستان	۲۳۶	۶۴	۲۷/۱	
	دیپلم	۲۵۰	۱۱۵	۳۲/۹	
	کاردانی و کارشناسی	۲۰۲	۵۰	۲۴/۸	
	ارشد و بالاتر	۲۶	۸	۳۰/۸	
نامشخص	۱۶	۴			
شغل پدر	مشاغل دولتی	۳۲۲	۸۴	۲۶/۱	۱
	آزاد	۶۳۸	۱۸۱	۲۸/۴	
	بیکار	۳۹	۱۱	۲۸/۲	
نامشخص	۲۶	۱۳			
شغل مادر	مشاغل دولتی	۱۲۲	۳۴	۲۷/۹	۱
	آزاد	۳۶	۱۹	۵۲/۸	
	خانه دار	۸۵۳	۲۳۴	۲۷/۴	
نامشخص	۱۴	۲			
کل	۱۰۲۵	۲۸۹	۲۸/۲	۲۵/۵-۳۱	

جدول ۲. شیوع کلی اختلالات روان پزشکی و تعداد اختلالات همراه آن‌ها در کل جمعیت

طبقه کلی اختلال	نام اختلال	کل اختلال درصد	۹۵% CI		یک اختلال		دو اختلال		سه اختلال یا بیشتر		کل
			کمترین - بیشترین	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	افسردگی	۲	۱/۳-۳	۴	۲۰	۴	۲۰	۱۲	۶۰	۲۰	۱۰۰
اختلالات خلقی	مانیا	۰/۲	۰-۰/۶	۰	۰	۰	۰	۲	۱۰۰	۲	۱۰۰
	هایپومانیا	۰/۴	۰-۱/۵	۰	۰	۰	۰	۳	۱۰۰	۳	۱۰۰
	سایکوز	۰/۵	۰-۱/۱	۰	۰	۱	۲۰	۴	۸۰	۵	۱۰۰
	پانیک	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
	اضطراب جدایی	۴/۴	۳/۲-۵/۸	۱۷	۳۷/۸	۸	۱۷/۸	۲۰	۴۴/۴	۴۵	۱۰۰
	هراس اجتماعی	۱/۳	۰-۱/۲	۴	۳۰/۸	۲	۱۵/۴	۷	۵۳/۸	۱۳	۱۰۰
اختلالات اضطرابی	هراس خاص	۴/۷	۳/۶-۶/۱	۸	۱۶/۷	۱۸	۳۷/۵	۲۲	۴۵/۸	۴۸	۱۰۰
	آگورافوبیا	۳/۸	۲/۸-۵/۱	۰	۰	۱۷	۴۳/۶	۲۲	۵۶/۴	۳۹	۱۰۰
	اضطراب فراگیر	۱	۰-۱/۸	۳	۳۰	۱	۱۰	۶	۶۰	۱۰	۱۰۰
	وسواس فکری عملی	۳/۲	۲/۳-۴/۵	۱۷	۵۱/۵	۷	۲۱/۲	۹	۲۷/۳	۳۳	۱۰۰
	استرس پس از سانحه	۱/۹	۱/۲-۲/۹	۷	۲۶/۸	۷	۲۶/۸	۵	۲۶/۳	۱۹	۱۰۰
	صرع	۲	۱/۳-۳/۱	۱۳	۶۱/۹	۴	۱۹	۴	۱۹	۲۱	۱۰۰
اختلالات عصب‌شناختی	اوتیسم	۰/۲	۰-۰/۷	۰	۰	۰	۰	۲	۱۰۰	۲	۱۰۰
	عقب ماندگی ذهنی	۱/۳	۰-۱/۶	۲	۱۵/۴	۳	۳۲/۱	۸	۶۱/۵	۱۳	۱۰۰
	نقص توجه-بیش‌فعالی	۶/۲	۴/۹-۷/۹	۲۶	۴۰/۶	۱۳	۲۰/۳	۲۵	۳۱/۹	۶۴	۱۰۰
اختلالات رفتاری	نافرمانی مقابله‌ای	۴/۷	۳/۶-۶/۱	۱۴	۲۹/۲	۱۱	۲۲/۹	۲۳	۴۷/۹	۴۸	۱۰۰
	سلوک	۱/۳	۰-۱/۶	۱	۷۰/۷	۲	۱۵/۴	۱۰	۷۶/۹	۱۳	۱۰۰
	مصرف دخانیات	۳/۷	۲/۷-۵	۱۴	۲۶/۸	۱۱	۲۸/۹	۱۳	۳۴/۲	۳۸	۱۰۰
اختلالات مصرف مواد	سوء مصرف الکل	۰/۴	۰-۱/۵	۱	۲۵	۰	۰	۳	۷۵	۴	۱۰۰
	سوء مصرف مواد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
	شبه‌اداری	۷/۹	۴/۹-۹/۷	۴۸	۵۹/۳	۱۵	۱۸/۵	۱۸	۲۲/۲	۸۱	۱۰۰
	بی‌اختیاری دفع	۰/۳	۰-۱/۸	۰	۰	۰	۰	۳	۱۰۰	۳	۱۰۰
دیگر اختلالات	بی‌اشتهایی عصبی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
	پراشتهایی عصبی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
	تیک	۳/۴	۲/۴-۴/۶	۱۶	۴۷/۱	۱۰	۲۹/۴	۸	۲۳/۵	۳۴	۱۰۰
	کل	۲۸/۱۹ P≤۰/۰۲	۲۵/۵-۳۱	۱۶۶	۵۷/۴	۶۵	۲۲/۵	۵۸	۲۰/۱	۲۸۹	۱۰۰

جدول ۳. اختلالات همراه بر حسب نوع اختلال روان پزشکی در کل جمعیت

اختلال اصلی	فراوانی (درصد)					
	اختلال خلقی	اختلال اضطرابی	اختلالات رفتاری	اختلالات عصبی رشدی	اختلال مصرف مواد	اختلال دفع
اختلال خلقی	۱۳(۵۹/۱)	۱۰(۴۵/۵)	۳(۱۳/۶)	۶(۲۷/۳)	۲(۹/۱)	۱(۴/۵)
اختلال اضطرابی	۱۳(۹/۶)	۳۰(۲۲/۲)	۶(۴/۴)	۹(۶/۷)	۲(۱/۵)	۲(۱/۵)
اختلالات رفتاری	۱۰(۸/۳)	۳۰(۲۳/۸)	۶(۵)	۱۶(۱۳/۲)	۱۷(۱۴)	۲۱(۱۷/۷)
اختلالات عصبی رشدی	۳(۱۰)	۶(۲۰)	۶(۲۰)	۰	۶(۲۰)	۲(۶/۷)
اختلال مصرف مواد	۶(۱۵)	۹(۳۲/۵)	۱۶(۴۰)	۰	۱۰(۲۵)	۰
اختلال دفع	۲(۲/۵)	۹(۱۱/۱)	۱۷(۲۱)	۶(۷/۴)	۱۰(۱۲/۳)	۳(۳/۷)
سایکوز	۱(۲۰)	۲(۴۰)	۲(۴۰)	۲(۴۰)	۰	۳(۶۰)

مجله علمی
دانشگاه علوم پزشکی قزوین

را شامل می‌شدند و اختلال تیک کمترین میزان همبودی را داشته است (جدول شماره ۲). اختلالات رفتاری بیشترین همراهی را با اختلالات اضطرابی داشتند (جدول شماره ۳). همچنین همراهی اختلالات اضطرابی با اختلالات خلقی ۹/۶ درصد با اختلالات عصب رشدی ۴/۴ درصد با اختلالات مصرف مواد ۱۳/۲ درصد با اختلال روان پریشی ۱/۵ درصد بوده است (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد شیوع کلی اختلالات روان پزشکی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله استان قزوین ۲۸/۲ درصد است. این نتایج با دیگر مطالعات که با استفاده از پرسش نامه K-SADS-PL انجام شده است و شیوع اختلالات روان پزشکی را ۱۰ تا ۲۰ درصد در برزیل به صورت آینده نگر برآورد کرده اند مطابقت دارد [۲۱]. تفاوت آمارها در مطالعات مختلف ناشی از نوع ابزار به کاررفته، نمونه انتخاب شده، مصاحبه گر و محل مطالعه است. از طرف دیگر مطالعات نشان می‌دهد افزایش شیوع اختلالات روان پزشکی در سال‌های مختلف به دلیل افزایش خدمات درمانی است [۲۲].

تفاوت معنی داری که بین شیوع اختلالات روان پزشکی در پسران و دختران در این مطالعه وجود داشت با دیگر منابع مطابقت دارد و ضریب شانس برای اختلال روان پزشکی در کل جمعیت در جنس دختران ۰/۷ است که نشان می‌دهد تفاوت معنی داری در دختران نسبت به پسران وجود دارد [۲۳]. یافته‌ها در این مطالعات نشان داد شایع ترین اختلالات روان پزشکی اختلالات اضطرابی بوده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد در گروه اختلالات اضطرابی، هراس خاص (۴/۷ درصد) شایع ترین اختلالات است و دیگر اختلالات اضطرابی مانند وسواس (۳/۳ درصد)، اضطراب جدایی (۴/۴ درصد)، اضطراب

۲۷/۹ درصد و در ۱۵ تا ۱۸ سال ۲۸/۸ درصد است. در جدول شماره ۱ مطالعه بیشتر نشان می‌دهد که ضریب شانس برای اختلالات روان پزشکی با CI ۹۵% در کل جمعیت در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ ساله ۱/۰۵ با $P \leq 0/77$ است.

در جدول شماره ۱ شیوع اختلالات روان پزشکی در بچه‌ها و نوجوانان در مناطق شهری ۲۴/۸ درصد، در مناطق روستایی ۱۷/۴ درصد و ضریب شانس در کل جمعیت درباره محل زندگی با CI ۹۵% برای مناطق روستایی با $P \leq 0/2$ مقدار ۰/۸۲ بوده است. شیوع کل اختلالات روان پزشکی در مادران با تحصیلات دیپلم ۳۴/۷ درصد بوده است و ضریب شانس برای اختلالات روان پزشکی در کل جمعیت با CI ۹۵% درباره تحصیل مادران ۰/۸۸ بوده است ($P \leq 0/۸۳$). شیوع کل اختلالات روان پزشکی در پدران با تحصیلات دیپلم ۳۴/۷ درصد بوده است و ضریب شانس برای اختلالات روان پزشکی در کل جمعیت با CI ۹۵% درباره تحصیل پدران ۱/۴۳ بوده است ($P \leq 0/۶۶$) (جدول شماره ۱).

شیوع کل اختلالات شرکت کنندگان در مادران با شغل آزاد ۵۲/۸ درصد بوده است و ضریب شانس با CI ۹۵% برای اختلالات روان پزشکی در کل جمعیت درباره شغل آزاد مادر ۰/۰۰۶ است ($P \leq 0/۰۰۶$) (جدول شماره ۱). بر اساس یافته‌ها تعداد ۲۸/۲ درصد کودکان و نوجوانان حداقل یک تشخیص اختلال روان پزشکی داشتند.

شیوع و نوع و تعداد اختلالات همراه روان پزشکی را در جمعیت هدف نشان می‌دهد. با توجه به این جدول اختلالات اضطرابی؛ بیشترین شیوع اختلال روان پزشکی را دارند (۱۳/۲ درصد) و در این گروه هراس خاص با ۴/۷ درصد و اضطراب جدایی ۴/۴ درصد شایع ترین بودند. همچنین اختلال روان پریشی و اختلال سلوک و مصرف الکل بیشترین میزان اختلالات همراه

مطالعه ما اختلال روان‌پریشی، اختلال سلوک و مصرف الکل بیشترین اختلالات همراه را داشتند و این در حالی است که اختلال تیک در مطالعه ما اغلب اختلالی انفرادی است. بین اختلالات اضطرابی، اضطراب منتشر و گذر هراسی و اضطراب جدایی، دو یا چند اختلال همراه داشتند. این نتایج با مطالب مندرج در کتاب‌های مرجع همخوانی دارد [۲۲]. در این مطالعه بیشترین اختلال همراه با دیگر اختلالات را اختلالات اضطرابی تشکیل می‌دهند، مانند بیماران خلقی که بیشتر تحت تأثیر اختلالات اضطرابی بودند. این یافته‌ها با مطالعه تونا در سال ۲۰۱۵ که عنوان می‌کند بیشتر از نیمی از بیماران یک اختلال روان‌پزشکی دارند اغلب اضطرابی است مطابقت دارد [۳۶].

بیشتر بودن اختلالات همراه با اختلالات روان‌پریشی را در مطالعه ما، مطالعه‌ای مانند مطالعه دیلساور^{۱۵} تقویت می‌کند که در آن نشان داد بیماران مبتلا به دوقطبی، افسردگی و اختلال اضطرابی بیشتر علائم خود را به شکل روان‌پریشی نشان می‌دهند [۲۷]. مثل دیگر مطالعات، بیشترین اختلالات همراه با اختلالات رفتاری، مانند اختلال بیش‌فعالی و سلوک را مصرف الکل و اختلالات اضطرابی شامل می‌شوند [۲۸، ۲۹]. در این مطالعه بیشترین سن شیوع اختلالات را سن نوجوانی و در محدوده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال شامل می‌شود و با توجه به اینکه اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلال هستند می‌توان گفت که عوامل تنش‌زا در دوره نوجوانی مانند شکل‌گیری هویت و مسائل محیطی مانند کنکور و بیماری جسمی والدین می‌توانند تظاهرات اضطرابی برای این گروه سنی داشته باشد.

این مطالعه اولین مطالعه اپیدمیولوژی اختلالات روان‌پزشکی با تعداد زیاد نمونه در محدوده سنی ۶ تا ۱۸ سال در مناطق مرکزی استان قزوین است. این مطالعه می‌تواند در سنین زیر ۶ سال و همچنین در کل استان قزوین و تمام شهرها و روستاها انجام شود که شیوع اختلالات روان‌پزشکی در آن گروه‌ها با دقت بیشتری بررسی شود.

این مطالعه به طور قوی وجود اختلالات اضطرابی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد که شیوع در این مطالعه بیشتر از مطالعات قبلی در ایران است. همچنین این مطالعه نشان داد اختلالات روان‌پزشکی به طور مشخصی از نظر جنسیت، متفاوت است.

مطالعه حاضر اطلاعات منحصر به فردی برای همه سازمان‌هایی که در مسیر ریشه‌یابی مشکلات اجتماعی در حال تحقیق و جست‌وجو هستند، فراهم می‌کند. از طرفی با توجه اینکه اختلالات روان‌پزشکی به طور مشخص در جوامع مختلف در حال افزایش هستند، این مطالعه برای آگاهی‌بخشی به دست‌اندرکاران بخش سلامت روان نیز کمک‌های

پس از سانحه (۱/۹ درصد)، اضطراب اجتماعی (۱/۳ درصد) بوده‌اند. مطالعه سیستماتیک زرافشان و همکاران در ایران در سال ۲۰۱۵ نشان داد شیوع اختلالات اضطرابی در ایران در سن ۵ تا ۱۸ سال ۶/۸ درصد در سراوان و ۸۵ درصد در بندرعباس است [۲۴].

گزارشات دیگر مطالعات نشان می‌دهد ۴/۲ تا ۵/۷ درصد چپ‌ها اختلال اضطرابی دارند [۲۵]. در مطالعه ما بیشترین همراهی اختلالات اضطرابی با اختلالات رفتاری است که با برخی مطالعات مطابقت دارد [۲۶]. بیشتر بودن اختلالات اضطرابی با مشکلات رفتاری را مطالعه دیلساور^{۱۱} و همکاران تقویت می‌کند [۲۷]. مطالعات دیگر تأکید کردند در کودکان اختلالات دوقطبی، افسردگی و اضطرابی بیشتر به شکل سایکوز خود را نشان دادند [۲۸]. مطالعه ما همراهی اختلالات رفتاری با اختلالات اضطرابی و مصرف مواد را نشان می‌دهد که نتیجه مطالعات قبلی در همراه بودن مشکلات رفتاری با مصرف الکل تا حدودی آن را تأیید می‌کند [۲۹].

مطالعه برند گلف^{۱۲} در سال ۲۰۱۴ ارتباط اختلالات اضطرابی و خوردن را نشان داد، در حالی که در مطالعه ما چنین نبود [۳۰]. با توجه به اینکه عواقب ناشی از اختلالات روان‌پزشکی کودکان در بزرگسالی می‌تواند خود را نشان دهد و از آنجا که سرویس‌های درمانی کودکان با کمبود مواجه است، این اختلالات کودکان نیاز به توجه بیشتری دارد [۳۱]. نتایج ما نشان داد زندگی در نواحی مرکزی شهری یا روستایی روی اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان تفاوت معنی‌داری ندارد.

عوامل مهم زندگی با والدین همانند شغل والدین و تحصیلات آن‌ها به عنوان عوامل احتمالی مطرح شده در اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان از دیرباز محل توجه بوده است. در بعضی مطالعات کاهش سواد مادر یکی از عوامل خطر مهم بوده است [۲۱، ۳۲]. در مطالعه ما تحصیلات مادران و پدران در کودکان و نوجوانان با اختلال روان‌پزشکی، تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. در برخی مطالعات ارتباطی بین شغل مادر و اختلالات روان‌پزشکی نوجوانان مطرح شده است [۳۳]. در مطالعه ما شغل آزاد مادر در ارتباط با اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان تفاوت معناداری را نشان داد.

کاندمایر^{۱۳} در سال ۲۰۱۸ نشان داد حدود ۴۲/۶ درصد کودکان دارای دو اختلال یا بیشتر هستند [۳۴]. مطالعه‌ای که نوتردام^{۱۴} و همکاران انجام دادند نشان داد ۶۰ درصد بیماران بیشتر از یک تشخیص روان‌پزشکی دارند [۳۵]. در

11. Dilsaver
12. Brand-Gothelf
13. Kandemir
14. Noterdaeme

15. Dilsaver

شایان توجهی دارد. اداره آموزش و پرورش و کارکنان آن مانند معلمان و انجمن اولیا که در حال برنامه‌ریزی برای برطرف کردن مشکلات بهداشت روانی این رده سنی کودک و نوجوان هستند می‌توانند از این اطلاعات برای ابداع روش‌های آموزشی کاربردی و مفید استفاده کنند.

درباره معیارهای ورود، با توجه به اینکه این طرح، یک طرح کشوری بود و چارچوب آن را نیماد برای همه استان‌ها به صورت یکسان مشخص کرد، ملاک شهروندی یک سال را کمیته نیماد تعیین کرد و در این خصوص نظرات استان‌ها قابل اعمال نبود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته اخلاق مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی این مقاله را تأیید کرده است (کد اخلاق: IR.NIMAD.REC.1395.001).

حامی مالی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی این مطالعه را با کد گرنت ۹۴۰۹۰۶ از نظر مالی حمایت کرده است.

مشارکت نویسندگان

نظارت، مدیریت، نویسندگی، تحقیق و بررسی و ویراستاری: نسرين صراف؛ اعتبارسنجی و نظارت، مدیریت پروژه و تأمین مالی: محمدرضا محمدی، نسترن احمدی، علی خالقی؛ تحلیل، تحقیق و بررسی آماری: سودابه غریبی، نوید پوری تحویل‌داری؛ پرسشگری: حافظ عطاپور، حمیده لشگری.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی پرسشگران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و روان‌شناسان محترم واحد بهداشت روان آن واحد برای همکاری با این طرح کمال تشکر را داریم.

References

- [1] 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(3):345-65. [DOI:10.1111/jcpp.12381]
- [2] Mina K, Dulcan MD. *Dulcans child and adolescent psychiatry, textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: American Psychiatric Association; 2015.
- [3] 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(9801):1515-25. [DOI:10.1016/S0140-6736(11)60827-1] [PMID]
- [4] Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: Diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(12):1261-72. [DOI:10.1016/j.jaac.2012.09.010] [PMID]
- [5] Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: A descriptive multinational comparison. *Euro Child Adolesc Psych*. 2015; 24(2):173-83. [DOI:10.1007/s00787-014-0553-8] [PMID]
- [6] Egan J. The bipolar puzzle: What does it mean to be a manic-depressive child. *New York: The New York Times*; 2008.
- [7] Miller G. *Psychiatry anything but child's play*. New York: Science; 2010. [DOI:10.1126/science.327.5970.1192] [PMID]
- [8] Davies S, Heyman I, Goodman R. A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol*. 2003; 45(5):292-5. [DOI:10.1111/j.1469-8749.2003.tb00398.x]
- [9] Moharreri F, Habrani P, Yazdi AH. Epidemiological survey of psychiatric disorders in children and adolescents of Mashhad in 2009. *J Fund of Ment Health*. 2015; 17(5):247-53. [DOI:10.22038/JFMH.2015.4805]
- [10] Alavi A, Mohammadi MR, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharaei J. Frequency of psychological disorders amongst children in urban areas of Tehran. *Iran J Psych*. 2010; 5(2):55-9. [PMID] [PMCID]
- [11] Mohammadi MR, Arman S, Dastjerdi JK, 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 Psych*. 2013; 8(4):152-9. [PMID] [PMCID]
- [12] Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: Problems, progress, and policy research. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18:359-65.
- [13] Mullick MS, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40(8):663-71. [DOI:10.1007/s00127-005-0939-5] [PMID]
- [14] Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(4):438-47. [DOI:10.1097/chi.0b013e31803062bf] [PMID]
- [15] Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(1):135-42. [DOI:10.1007/s00127-009-0052-2] [PMID]
- [16] Elberling H, Linneberg A, Ulrikka Rask C, Houman T, Goodman R, Mette Skovgaard A. Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copen-hagen Child Cohort (CCC 2000). *Nordic J Psychiatry*. 2016; 70(2):146-55. [DOI:10.3109/08039488.2015.1070199] [PMID]
- [17] Dohrenwend BP, Shrout PE. Toward the development of a two-stage procedure for case identification and classification in psychiatric epidemiology. *Research in Community & Mental Health*. 1981; 2:295-323.
- [18] Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, MacKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, et al. Diagnostic reliability of bipolar type II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(8):736-40. [PMID]
- [19] 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 and Breathing*. 2008; 12(4):375-80. [DOI:10.1007/s11325-008-0183-9] [PMID]
- [20] Polanczyk GV, Eizirik M, Aranovich V, Denardin D, da Silva TL, da Conceição TV, et al. Inter-rater agreement for the schedule for affective disorders and schizophrenia epidemiological version for school-age children (K-SADS-E). *Brazilian J Psychiatry*. 2003; 25(2):87-90. [DOI:10.1590/S1516-44462003000200007] [PMID]
- [21] La Maison C, Munhoz TN, Santos IS, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018; 53(7):685-97. [DOI:10.1007/s00127-018-1516-z] [PMID] [PMCID]
- [22] Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40(1):57-87. [DOI:10.1111/1469-7610.00424] [PMID]
- [23] Mohammadi MR, Ahmadi N, Salmanian M, Asadian-Koohestani F, Ghanizadeh A, Alavi A, et al. Psychiatric disorders in Iranian children and adolescents. *Iran J Psych*. 2016; 11(2):87-98. [PMID] [PMCID]
- [24] Zarafshan H, Mohammadi MR, Salmanian M. Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran: A systematic review. *Iran J Psych*. 2015; 10(1):1-7.
- [25] Abbo C, Kinyanda E, Kizza RB, Levin J, Ndyababangi S, Stein DJ. Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7:21. [DOI:10.1186/1753-2000-7-21] [PMID] [PMCID]
- [26] Discussant, Coffey B. Challenges in psychopharmacological management of a young child with multiple comorbid disorders, history of trauma, and early-onset mood disorder:

- The role of lithium. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2014; 24(9):519-24. [DOI:10.1089/cap.2014.2492] [PMID]
- [27] Dilsaver SC, Akiskal HS, Akiskal KK, Benazzi F. Dose- response relationship between number of comorbid anxiety disorders in adolescent bipolar/unipolar disorders, and psychosis, suicidality, substance abuse and familiarity. *J Affect Disord*. 2006; 96(3):249-58. [DOI:10.1016/j.jad.2006.07.008] [PMID]
- [28] Moss HB, Lynch KG. Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001; 64(1):75-83. [DOI:10.1016/S0376-8716(00)00233-7]
- [29] Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Marttunen M. Alcohol use and psychiatric comorbid disorders predict deliberate self-harm behaviour and other suicidality among depressed adolescent outpatients in 1-year follow-up. *Nord J Psychiatry*. 2012; 66(4):268-75. [DOI:10.3109/08039488.2011.631030] [PMID]
- [30] Brand-Gothelf A, Leor S, Apter A, Fennig S. The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(10):759-62. [DOI:10.1097/NMD.000000000000194] [PMID]
- [31] Morris J, Belfer M, Daniels A, Flisher A, Villé L, Lora A, et al. Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(12):1239-46. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2011.02409.x] [PMID]
- [32] Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(3):194-203. [DOI:10.1136/jech.2009.102467] [PMID]
- [33] Bubonya M, Cobb-Clark DA, Wooden M. Job loss and the mental health of spouses and adolescent children. *IZA J Labor Econ*. 2017; 6(1):6. [DOI:10.1186/s40172-017-0056-1]
- [34] Kandemir G, Hesapcioglu ST, Kurt AN. What are the psychosocial factors associated with migraine in the child? Comorbid psychiatric disorders, family functioning, parenting style, or mom's psychiatric symptoms. *J Child Neurol*. 2018; 33(2):174-81. [DOI:10.1177/0883073817749377] [PMID]
- [35] Noterdaeme M, Schlamp D, Linder M, Kischel KH. Analysis of co-morbid psychiatric diagnoses based on the basic documentation of child and adolescent psychiatry. *Psychiatr Prax*. 2004; 31(S1):126-8. [In German] [DOI:10.1055/s-2004-828452] [PMID]
- [36] Tonna M, Amerio A, Stubbs B, Odone A, Ghaemi SN. Comorbid bipolar disorder and obsessive- compulsive disorder: A child and adolescent perspective. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015; 49(11):1066-7. [DOI:10.1177/0004867415605642] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank