

تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای استان کرمان

دکتر سیدهادی معتمدی^۱، دکتر محمدتقی یاسمی^۲، دکتر حسن کرباسی^۳ و دکتر قدسیه بنی‌واهب^۴

خلاصه

طبق اظهار سازمان بهداشت جهانی ۱٪ مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۱۵-۵٪ از بیماری روانی خفیف رنج می‌برند و طبق آمار موجود در ایران ۱/۶٪ جمعیت بالای ۱۵ سال کشور بیماری روانی شدید و ۱۵/۲٪ بیماری روانی خفیف دارند. هدف از این پژوهش بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در دو روستای شهرستان بافت استان کرمان و ایجاد زمینه برای بررسی تأثیر طرح ادغام بهداشت روانی در شبکه بهداشتی-درمانی در این منطقه بود. این مطالعه به صورت سرشماری در مورد کلیه افراد بالای ۱۵ سال حاضر در روستا و با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده SCL-90-R که پایایی و روایی آن در ایران مورد تایید قرار گرفته است انجام شد. در این بررسی مجموعاً ۱۰۸۶ نفر در آبان و آذرماه ۱۳۷۴ مورد پرسش قرار گرفتند. در مجموع برای کل بیماری‌ها شیوع لحظه‌ای ۴۱/۱٪ به دست آمد. بالاترین میزان شیوع به دست آمده در مقیاس‌ها مربوط به شکایات جسمانی (۵۴/۳٪) و کمترین آن مربوط به ترس مرضی (۱۸/۵٪) بود و نمره کلیه مقیاس‌ها به طور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان بود. حاصل این پژوهش نشان‌دهنده میزان بالایی از اختلالات روانی در این منطقه در مقایسه با سایر مطالعاتی است که با استفاده از SCL-90-R در ایران انجام شده است.

واژه‌های کلیدی: شیوع، اختلالات روانی

۱- روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان ۴- روان‌پزشک

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (WHO) نسبت به سلامتی یک رویکرد کل نگر (Holistic approach) دارد و سلامتی را نه فقط فقدان بیماری بلکه حالت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی می‌داند (۱۳). بیانیه آلمانا، که ایران نیز از امضاء کنندگان آن است، بهداشت روانی را جزو مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) قرار داده است (۱) و این حقیقت را به ذهن نزدیک می‌سازد که عدم توجه به نیازهای روانی بیمار (اعم از بیماری جسمی یا روانی) غالباً به شکست در درمان بیماری منجر می‌شود.

بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۱٪ مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۱۵-۵٪ از بیماری روانی خفیف رنج می‌برند (۱۳). هر چند که در حال حاضر در سطح جهان شاهد تحقیقات وسیعی در زمینه بررسی میزان شیوع و رویکردهای مختلف به بیماری‌های روانی و درمان‌های جدید در مورد آنها می‌باشیم و وجود مجلات مختلف روانپزشکی موید این نکته است، متأسفانه در ایران تعداد معدودی بررسی اپیدمیولوژیک در مورد بیماری‌های روانی انجام شده است.

طبق آمار موجود در ایران ۱/۶٪ جمعیت بالای ۱۵ سال کشور بیماری روانی شدید و ۱۵/۳٪ بیماری روانی خفیف دارند (۲) و مطالعات دیگر میزان شیوع آن را از ۱۱/۹٪ تا ۵۳/۸٪ گزارش کرده‌اند (۴).

شهرستان بافت در دامنه کوه‌های لاله‌زار در فاصله ۱۶۶ کیلومتری کرمان بین شهرستان‌های سیرجان، کرمان و بندرعباس واقع شده و دارای ۱۵۱ هزار نفر جمعیت می‌باشد. در این مطالعه افراد دو روستای گوغر و خیر شهرستان بافت با فاصله حدود ۱۰۰ کیلومتر از یکدیگر مورد بررسی قرار گرفتند. علت انتخاب این دو روستا این بود که تا به حال ادغام بهداشت روانی در PHC در این دو روستا انجام نشده و بنابراین وضعیت پایه شیوع بیماری را نشان می‌دهند و بررسی‌های بعدی اثر برنامه ادغام را نشان خواهد داد (۶). به منظور مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعه دیگری که با همین پرسش‌نامه در میبد انجام شده است (۲)، افراد بالای ۱۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روش کار

این بررسی بر اساس دو تعریف عملیاتی مورد مطالعه، یعنی تعریف عملیاتی بررسی اپیدمیولوژیک به معنی بررسی میزان شیوع نقطه‌ای (Point Prevalence) اختلالات روانی در افراد بالای ۱۵ سال و تعریف عملیاتی اختلال روانی که مبنای آن نقطه برش (Cut off Point) در اجزای تست SCL-90-R می‌باشد، انجام

شد. نقطه برش «یک» در نظر گرفته شد. کلیه افراد بالای ۱۵ سال حاضر در روستا مورد مصاحبه قرار گرفتند. پرسش‌نامه مورد استفاده برای سنین ۱۳ سال به بالا قابل استفاده بود، ولی برای انطباق این مطالعه با مطالعات قبلی افراد زیر ۱۵ سال تمام، بر اساس شناسنامه، از مطالعه حذف شدند. موارد خروج از مطالعه (Drop out) بسیار کم بود (۲ مرد و ۳ زن).

در این بررسی از پرسش‌نامه SCL-90-R استفاده شد (۳) که پایایی و روایی این آزمون توسط میرزایی (۱۳۵۹) و باقری یزدی (۱۳۷۳) مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه باقری یزدی پایایی بازآزمایی (۷) ۰/۹۷ بوده و هم‌چنین از اعتبار خوبی برخوردار بوده است (حساسیت = ۰/۹۴ و ویژگی = ۰/۹۸). این پرسش‌نامه در ایالات متحده آمریکا و سایر کشورها مکرراً مورد استفاده قرار گرفته است (۷، ۸، ۹، ۱۲). پاسخ‌های ارائه شده به هریک از مواد آزمون در یک مقیاس پنج درجه‌ای به صورت = ۰ هیچ، ۱ = کمی، ۲ = تا حدی، ۳ = زیاد و ۴ = به شدت، نمره گذاری شد. این آزمون دارای ۹۰ سؤال می‌باشد که ۹ مقیاس مختلف را اندازه‌گیری می‌کند (شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی). ضمناً ۷ سؤال متفرقه نیز در این آزمون وجود دارد. مدت زمان لازم برای پرکردن این پرسش‌نامه ۲۰-۱۰ دقیقه بوده و حالات فرد را از یک هفته قبل مورد بررسی قرار می‌دهد. بدیهی است که افراد باید قادر به فهمیدن و پاسخ‌گویی به سؤالات باشند (مثلاً پسیکوتیک یا عقب مانده ذهنی نباشند)، که با توجه به تسلط پرسش‌گران به بیماری‌های روانی این مطلب کاملاً رعایت می‌شد.

پرسش‌نامه توسط ۳ نفر دستیار روان‌پزشکی و ۱ نفر کارشناس روان‌شناسی بالینی که هر ۴ نفر آموزش کافی دیده و قبلاً مصاحبه ساختگی (mock interview) برای آنها انجام شده بود، پر شد. این گروه ابتدا در خانه بهداشت مستقر شده و افراد روستا توسط بهورزان به آنجا راهنمایی شدند. سپس مستقیماً به مدارس مراجعه نموده و پرسش‌نامه‌ها در سرکلاس‌ها پر شد و سپس به خانه‌ها مراجعه و پرسش‌نامه برای افرادی که مراجعه نکرده بودند و مایل به مصاحبه بودند تکمیل گردید و فقط ۳ زن و ۲ مرد از پرکردن پرسش‌نامه خودداری کردند.

مهم‌ترین مشکل موجود در زمان پرکردن پرسش‌نامه این بود که بافت جمعیتی گوغر و خیر نیمه روستایی و نیمه عشایری است و در زمان انجام این تحقیق (پاییز سال ۷۴) عشایر هر دو روستا کوچ کرده و تنها روستاییان غیر عشایری در ده ساکن بودند و به

مهاجرت عده زیادی از مردان برای کار به شهرهای مجاور تعداد زن‌های مورد مصاحبه به طور معنی‌داری از مردان بیشتر بود. (۶۵۲ زن و ۴۳۴ مرد) ($P < 0/01$). در بین نتایج به دست آمده، رابطه سن و سواد برای دو گروه سنی زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال کاملاً معنی‌دار بود ($P < 0/001$). هم‌چنین بین جنس و سطح سواد رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$) که نشان‌دهنده سطح سواد بالاتر مردان نسبت به زنان می‌باشد. ارتباط بعد خانوار با سطح سواد معنی‌دار نبود.

با توجه به نقطه برش میانگین ≥ 1 برای کلیه مقیاس‌ها شیوع لحظه‌ای برای مقیاس‌های مختلف محاسبه شد که در جدول ۱ آورده شده است. در مورد افسردگی در کل جمعیت تفکیک بیشتری صورت گرفت. در نتیجه افسردگی شدید (≥ 3) در ۲۱ نفر (۱۱/۹٪) و متوسط (۲-۲/۹۹) در ۴۹۸ نفر (۴۵/۹٪) وجود داشت. هم‌چنین میانگین مقیاس‌ها در رابطه با جنس در کل جمعیت روستایی مورد بررسی قرار گرفت که نمره کلیه

همین دلیل آمار به دست آمده در این تحقیق با آمار جمعیتی اعلام شده از طرف مرکز بهداشت استان هم‌خوانی ندارند. در پایان جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از جدول‌های توزیع فراوانی و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، نما و میانه) و برای مقایسه‌ها از آمار استنباطی استفاده شد، به این صورت که برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون χ^2 و برای مقایسه متغیرهای کمی (مانند مقیاس‌های SCL-90-R) ابتدا از تست F برای مقایسه واریانس‌های دو گروه و سپس در موارد معنی‌داری از آزمون t برای تعیین اختلاف میانگین‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک رایانه و با استفاده از نرم‌افزار آماری انجام شد.

نتایج

تعداد ۶۷۵ نفر در روستای گوغر و ۴۱۱ نفر در روستای خیر (در مجموع ۱۰۸۶ نفر) مورد پرسش قرار گرفتند (علت این تفاوت، تعداد متفاوت جمعیت دو روستا می‌باشد). به دلیل

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار، فراوانی و شیوع لحظه‌ای مقیاس‌های مختلف SCL-90-R در جمعیت بالای ۱۵ سال روستاهای گوغر و خیر شهرستان بافت (n=1086)

مقیاس	تعداد(نفر)	شیوع لحظه‌ای (در سال)	میانگین (mean)	انحراف معیار (SD)	فاصله اطمینان
شکایات جسمانی	۵۹۰	۵۴/۳	۱/۲۳	۰/۹۴	۰/۵۱۴ ≤ P ≤ ۰/۵۷۲
وسواس و اجبار	۴۸۹	۴۵	۰/۹۳	۰/۷۹	۰/۰۴۱ ≤ P ≤ ۰/۴۷۹
حساسیت در روابط متقابل	۵۵۶	۵۱/۲	۱/۰۵	۰/۸۹	۰/۴۸۳ ≤ P ≤ ۰/۵۴۱
افسردگی	۵۱۹	۴۷/۸	۱/۰۱	۰/۸۹	۰/۴۴۹ ≤ P ≤ ۰/۵۰۷
اضطراب	۴۶۰	۴۲/۴	۰/۹۸	۰/۸۸	۰/۳۹۵ ≤ P ≤ ۰/۴۵۳
پرخاشگری	۳۶۱	۳۳/۲	۰/۸۲	۰/۸۱	۰/۳۰۴ ≤ P ≤ ۰/۳۶۱
توس مرضی	۲۰۱	۱۸/۵	۰/۴۵	۰/۷۰	۰/۱۶۲ ≤ P ≤ ۰/۲۰۸
افکار پارانوئیدی	۵۷۹	۵۳/۳	۱/۱۹	۰/۹۲	۰/۵۰۴ ≤ P ≤ ۰/۵۶۲
روان‌پریشی	۲۶۲	۲۴/۱	۰/۶۱	۰/۷۱	۰/۲۱۶ ≤ P ≤ ۰/۲۶۶
سایر موارد	۵۱۲	۴۷/۱	۰/۹۴	۰/۷۸	۰/۴۴۲ ≤ P ≤ ۰/۵
GSI	۴۳۰	۳۹/۶	۰/۹۲	۰/۷۵	۰/۳۶۷ ≤ P ≤ ۰/۴۲۵
PST	—	—	۴۰/۷۲	۲۱/۳۳	—
PSDI	—	—	۱/۹۴	۰/۶۹	—

GSI (Global Severity Index): ضریب کل علائم مرضی: سطح یا عمق اختلال را نشان می‌دهد و اطلاعاتی راجع به تعداد علائم و یا شدت ناراحتی به دست می‌دهد.

PST (Positive Symptom Total): جمع علائم مرضی: به طور ساده شمارش تعداد علائمی است که آزمون به صورت مثبت گزارش می‌نماید.

PSDI (Positive Symptom Distress Index): معیار ضریب ناراحتی: بک سنجش خالص از شدت ناراحتی است.

جدول ۲: نمره شاخص علامتی کل به تفکیک درجه‌بندی شدت بیماری‌های روانی در کل جمعیت بالای ۱۵ سال دو روستای گوغر و خیر شهرستان بافت

شدت بیماری	تعداد	درصد
سالم (<۱)	۶۵۶	۶۰/۴
خفیف (۱-۱/۹۹)	۳۴۰	۳۱/۳
متوسط (۲-۲/۹۹)	۸۷	۸
شدید (≥۳)	۳	۰/۳
مجموع	۱۰۸۶	۱۰۰

در جریان پژوهش از ابتدای کار مشخص شد که بافت جمعیتی دو روستا یکدست نبوده و در هر دو روستا عده‌ای عشایر و کوچ‌رو و عده‌ای ساکن و مستقر در محل هستند. بنابراین برای داشتن جمعیت تعریف شده (defined population) فقط افراد دائمی و مستقر دو محل مورد ارزیابی قرار گرفتند. شیوع لحظه‌ای در مجموع برای کل بیماری‌ها معادل ۴۱/۱٪ به دست آمد و در کل GSI (ضریب کل علائم مرضی) معادل ۳۹/۶٪ بود. این عدد نشان دهنده شیوع بالای اختلالات روانی در مقایسه با سایر مطالعاتی است که بر اساس SCL-90-R در ایران انجام شده است (۲). اما صرف‌نظر از این مطالعه شیوع بالای اختلالات روانی در برخی از نقاط ایران، قبلاً نیز گزارش شده است که بالاترین میزان مربوط به گزارش دکتر جلیلی از روستای دره زرشک است که بر اساس آن میزان شیوع کل اختلالات روانی ۵۳/۷٪ و میزان شیوع افسردگی ۴۶/۲٪ بوده است، ولی در آن پژوهش به جای SCL-90-R از پرسش‌نامه داویدیان استفاده شده است (۴). در این مطالعه بالاترین میزان به دست آمده در مقیاس‌ها مربوط به شکایات جسمانی و کمترین میزان آن مربوط به ترس مرضی می‌باشد. بر همین اساس، بیش از ۵۰٪ بیماران ایرانی شکایت جسمانی دارند. از طرفی شکایات جسمانی و اختلالات تبدیلی بر اساس آمار جهانی نیز در فرهنگ روستایی بالاتر است (۱۰،۱۱) و علت عمده آن در این نکته است که بیماران روستایی قادر نیستند مشکلات خود را کلامی (Verbalized) نمایند و بیشتر آن را به صورت علائم جسمانی بروز می‌دهند، اما در مورد ترس مرضی هر چند که تفاوت مشخصی در آمارهای جهانی مطرح نیست ولی کم بودن موارد را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که ترس در جامعه روستایی احتمالاً به دلیل مواجهه (Exposure)‌های مکرر، کمتر است.

در کلیه مقیاس‌ها میانگین نمره و میزان شیوع در زنان بیشتر بود که جز در مورد پرخاش‌گری، سایر موارد با مطالعات قبلی

مقیاس‌ها به طور معنی‌داری در زن‌ها بیشتر از مردها بود ولی رابطه خطی قوی بین مقیاس‌ها و سن به دست نیامد. به منظور مقایسه رابطه میزان سواد با مقیاس‌ها افراد به دو گروه بالای ۵ کلاس سواد و زیر ۵ کلاس سواد تقسیم شدند که از بین مقیاس‌های اصلی اختلال روانی، فقط در سه مورد شکایات جسمانی، ترس مرضی و افکار پارانوئیدی بین زنان بالا و زیر ۵ کلاس سواد اختلاف معنی‌دار وجود داشت که مورد اول در زنان زیر ۵ کلاس سواد ($p < 0/007$) و دو مورد دیگر در زنان بالای ۵ کلاس سواد بیشتر بود (ترس مرضی، $p < 0/003$ و افکار پارانوئیدی، $p < 0/02$). از نظر بعد خانوار فقط مقیاس پرخاش‌گری در خانواده بیشتر از ۵ نفر معنی‌دار بود ($p < 0/05$). در نهایت برای آن که بهتر بتوان درصد شدت اختلالات مختلف را روی هم رفته حساب کرد، جمعیت مورد مطالعه به چهار گروه از سالم تا بیمار شدید تقسیم گردید (جدول ۲). همان‌طور که انتظار می‌رفت قسمت اعظم جمعیت، افراد سالم می‌باشند و بیشتر بیماران روانی افراد نوروتیک هستند و افراد پسیکوتیک درصد بسیار کمی از جامعه را تشکیل می‌دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اپیدمیولوژیک میزان شیوع اختلالات روانی مختلف در منطقه گوغر و خیر شهرستان بافت در استان کرمان بود. اطلاعات آمار دو روستا به طور مجزا استخراج و تجزیه و تحلیل شده و می‌توان در آینده در یکی از این دو روستا طرح ادغام بهداشت روانی در PHC را انجام داد و بعد از مدتی مجدداً دو روستا را مورد بررسی قرار داد تا تأثیر طرح ادغام مشخص شده و مورد ارزیابی قرار گیرد. بدین لحاظ دو روستا با فاصله یکصد کیلومتر از یکدیگر انتخاب شدند تا حتی الامکان ارتباط ساکنین آنها با یکدیگر به عنوان یک عامل مزاحم در تحقیقات بعدی مطرح نباشد.

جهان و ایران قابل انطباق است (۱۱).

در مطالعه اخیر احتمال یک bias selection وجود دارد چون اولاً افراد عشایری روستا حذف شده‌اند و ثانیاً در فصل پاییز که ممکن است افراد سالم‌تر در جستجوی کار به شهر رفته باشند جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفته است. در ضمن تحقیق چند محدودیت نیز به چشم می‌خورد، اولاً پرسیدن سؤالات مربوط به امور جنسی با توجه به فرهنگ روستایی ایران مشکل بود. ثانیاً تعداد سؤالات زیاد بوده و باعث خستگی مصاحبه‌کننده و مصاحبه شونده می‌شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از پرسش‌نامه‌هایی با تعداد سؤالات کمتر استفاده شود و ضمناً در موارد مشکوک، معاینه بالینی نیز انجام شود و بعد از اجرای طرح

ادغام در یکی از این دو روستا (که پژوهش‌گران گوغر را پیشنهاد می‌کنند) تغییرات این دو روستا با خط پایه (Baseline) خودشان در طی زمان سنجیده شود و در واقع تغییرات پسیکوپاتولوژی هر روستا با گذشت زمان بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از معاونین محترم پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، واحد بهداشت روانی مرکز بهداشت استان، مرکز بهداشت شهرستان بافت و بهروزان خوب و زحمتکش هر دو روستا که در انجام این تحقیق نهایت مساعدت را نمودند تشکر و قدردانی می‌کردد. از آقای دکتر بهرامپور نیز به لحاظ مساعدت‌هایی که در زمینه مشاوره آماری نمودند، کمال تشکر را داریم.

Summary

Determination of the Prevalence of Mental Illnesses in Two Rural Areas of Kerman

S.H. Motamedi, MD¹; M. Yasami, MD²; H. Karbasi, MD³; and Gh. Banivaheb, MD⁴

1. Psychiatrist, Faculty Member, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran
2. Psychiatrist, Faculty Member, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran
3. Psychiatrist, Faculty Member, Kashan University of Medical Sciences and Health Services, Kashan, Iran
4. Psychiatrist, Kerman, Iran

Based on the WHO reports, 1% of world population suffer from a severe psychological disorders, and 5-15% suffer from a mild disorder. Based on the present informations in Iran, 1.6 percent of the people above 15 years of age suffer from a severe psychological disorder and 15.2% suffer from the mild form of the disease. To investigate the epidemiology of mental illnesses in two rural areas of Baft, (Gugher and khabre) and generate baseline data for future comparisons (after integration of mental health into Primary Health Care), SCL-90-R questionnaire was filled for 1086 inhabitants. All the permanent inhabitants (excluding nomads) over 15 years of age were given symptoms checklist 90 revised (SCL-90-R) which has been standardized for Iranian population. Drop-out rate was not significant (2 men and 3 women). The point prevalence of mental disorders was 41.1%. The prevalence of mild, moderate, and severe disorders were 31.3%, 8% and 0.3% respectively. Somatic problems were the most prevalent (54.3%) and phobia the least (18.5%). All the scales were higher in women than in men, and higher in Gugher compared with Khabre. The results were generally of higher rates in comparison to the similar studies in Iran. However, some studies using other questionnaires other than SCL-90R have reported similar results. Based on the findings of this study it is recommended to provide mental health services for rural population especially high risk groups such as women.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1998; 5(1): 31-36

Key Words: Prevalence, Mental illnesses

منابع

۱. اداره کل مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر: طرح کشوری بهداشت روانی. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۱
۲. باقری یزدی، سیدعباس: بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میدیزده، فصل‌نامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳، سال اول، شماره ۲ و ۳، ص ۳۹-۳۲.
۳. بوالهیری جعفر، براهنی رضا، شاه‌محمدی داوود، بهادرخان جواد: بررسی همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در یک منطقه روستایی استان خراسان در جمعیت بالای ۱۵ سال بر اساس مقیاس SCL-90-R، چهارمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه شهیدبهشتی، ۱۳۷۲.
۴. داویدیان، هاراطون: میزان شیوع افسردگی‌ها در ایران، مجله نظام پزشکی، ۱۳۷۰، دوره یازدهم، شماره ۱، ص ۲۳-۱۴.
۵. میرزایی رقبه: ارزیابی و پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران، ۱۳۵۹، ص ۵۳-۵۰.
۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهداشت جهانی، صورت‌جلسه کارگاه اولویت‌های پژوهشی در بهداشت روانی تهران، ۱۳۷۰
7. Derogatis LR. SCL 90 R Administration, scoring and procedures, Manuals. *clinical Psychometric Reserach, Baltimore* 1972; 1-43.
8. Foulks E and Mclellen T. Psychologic sequelae of chronic toxic waste exposure. *South Med J* 1992; 85(2): 122-126.
9. Hernandez J and Kellner R. Hypochondriacal concerns and attitudes toward illness in males and females. *Int J psychiatry Med* 1992; 22(3): 254-263.
10. Kaplan HI, Sadock BJ and Gerebb AJ: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 17th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994; 617-631.
11. Murthy RS. integration of Mental health with Primary Health Care indian experience in Community Mental Health (eds: R.S Murthy & B.J.Burns). Banglaore. Kanthi affset Printers 1992, pp111-142.
12. Von Limbeck J, Wouters L, Kaplan CD, Geerlings PJ and Von Alem V. Pervallence of psychopathology in drug addicted Dutch. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9(1): 43-52.
13. World Health Organization. The introduction of a mental health component into primary health care, Geneva, WHO, 1990.