

## شیوع علایم اختلال‌های روانی - رفتاری در جوانان استان مرکزی

دکتر حمیدرضا جمیلیان<sup>۱</sup>، دکتر جلیل فتح‌آبادی<sup>۲</sup>، محمدرضا خوانساری<sup>۳</sup>

### The Prevalence of Behavioral and Mental Disorders among the Youth of Markazi Province

Hamid Reza Jamilian\*, Jalil Fathabadi<sup>a</sup>, Mohammad Reza Khansari<sup>b</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to investigate the prevalence of mental disorders among individuals between 15 and 29 years of age in the Markazi province (in Iran).

**Method:** In a cross-sectional descriptive study, 1800 individuals (907 males and 893 females) were selected using proportional stratified sampling from 10 cities in the Markazi province (Iran). The subjects were examined using Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Tukey follow-up test. **Results:** 21.3% of subjects (26.7% of females and 16.0% of males) were suffering from at least one mental disorder. Being a female ( $p < 0.01$ ) and being married ( $p < 0.01$ ) were significantly associated with the prevalence of most mental disorders. The total coefficient score of disorder criteria was higher in unemployed compared to employed individuals, and in individuals who had been separated from their parents compared to the ones living with both parents. **Conclusion:** Mental disorders are prevalent among youngsters in Markazi province.

**Key words:** mental disorders; adolescent psychiatry; diagnosis

[Received: 15 February 2008; Accepted: 4 August 2008]

#### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع علایم اختلال‌های روانی - رفتاری در جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله استان مرکزی انجام شد. **روش:** این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی است و در آن ۱۸۰۰ نفر (۹۰۷ مرد و ۸۹۳ زن) از ده شهرستان استان مرکزی به صورت تصادفی - طبقه‌ای - نسبتی نمونه‌گیری و به کمک فهرست تجدیدنظر شده علایم نود سوالی (SCL-90-R) ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی، آزمون t و آزمون تعقیبی توکی انجام شد. **یافته‌ها:** ۲۱/۳٪ افراد (۲۶/۷٪ زنان و ۱۶/۰٪ مردان) دست‌کم از علایم یک اختلال روانی رنج می‌بردند. زن بودن ( $p < 0.01$ ) و تأهل ( $p < 0.01$ ) با میزان شیوع بیشتر اختلال‌های روانی رابطه معنی‌دار داشتند. نمره ضریب کلی علایم مرضی در افراد بی‌کار بیشتر از شاغلین و در افرادی که والدین آنها از هم جدا شده‌اند، بالاتر از افرادی بود که با هر دو والد زندگی می‌کردند. **نتیجه‌گیری:** اختلال‌های روانی - رفتاری در بین جوانان استان مرکزی شایع است.

**کلیدواژه:** اختلال‌های روانی؛ تشخیص؛ روانپزشکی نوجوانان

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۵/۱۴]

<sup>۱</sup> روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، بیمارستان امیرکبیر. دورنگار ۲۷۲۴۵۲۳-۰۸۶۱ (نویسنده مسئول). E-mail: mjamilian@yahoo.com

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه شهید بهشتی؛ <sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، کلینیک مشاوره و روان درمانی سلام اراک.

\* Corresponding author: Psychiatrist, Assistant Prof. of Arak University of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Arak, Iran, IR. Fax: +98861-2724523. E-mail: mjamilian@yahoo.com; <sup>a</sup> PhD. in Educational Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences;

<sup>b</sup> MA. in Clinical Psychology, Salam Clinic of Counseling and Psychotherapy in Arak.

## مقدمه

هر یک از زیر گروه‌های جامعه بر پایه جنس، شهرستان محل سکونت و شهری یا روستایی بودن، به گونه‌ای انتخاب شدند که متناسب با جامعه اصلی پژوهش باشند. به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش تأکید شد.

ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش فهرست تجدیدنظر شده علایم نودسؤالی (SCL-90-R)<sup>۱</sup> بود. این فهرست برای سنجش شدت و نوع نشانه‌های فعلی اختلال‌های روانپزشکی به گزارش خود افراد و دارای ۹۰ عبارت توصیفی درباره نشانه‌های بیماری است که با پنج گزینه هیچ = ۰ تا شدید = ۴ پاسخ داده می‌شوند (دروگاتیس<sup>۱۱</sup>، ریکلز<sup>۱۲</sup> و راک<sup>۱۳</sup>، ۱۹۷۶). میانگین دو و بالاتر در نمرات خام کل پرسش‌نامه نشانه وجود علایم جدی دانسته می‌شود. این پرسش‌نامه نه بعد از اختلال‌های روانپزشکی را می‌سنجد. افزون بر این شاخص شدت کلی<sup>۱۴</sup> نشانه‌ها در این چک‌لیست لحاظ شده که یک درجه‌بندی ترکیبی است و شدت استرس تجربه شده را همراه با برخی از نشانه‌های گزارش شده بررسی می‌کند (گراث - مارنات<sup>۱۵</sup>، ۱۳۸۴). مرعشی (۱۳۷۵) پایایی این ابزار را به روش ثبات درونی برای ابعاد مختلف آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۳ گزارش نمود. هم‌چنین مردانی بلداجی (۱۳۷۹) ضرایب پایایی این آزمون را ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ و باقری‌یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی (۱۳۷۲) پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. میرزایی (۱۳۵۹) روایی این آزمون را بر روی ۲۲۴۱ بیمار روانی، معتاد و فرد سالم اجرا نمود و نشان داد که این آزمون می‌تواند به‌عنوان یک ابزار سرند و یا برای تشخیص علایم بیماری‌های روانپزشکی در ایران به کار برده شود. گفتنی است که این آزمون صرفاً نشانه‌های اختلال‌های روانی را نشان می‌دهد و برابر تشخیص‌های روانپزشکی نیست.

برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی، آزمون t و آزمون تعقیبی توکی به کار برده شد.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که میزان شیوع اختلال‌های روانی در سنین ۱۸ تا ۳۴ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی است (ویناماکی<sup>۱</sup>، هیتیکا<sup>۲</sup> و کونتولا<sup>۳</sup>، نیسکانن<sup>۴</sup> و کوزکلا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ آلنسو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). هم‌چنین شیوع اختلال‌های روانی در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی (آلنسو و همکاران، ۲۰۰۴) و مجرد بودن، بی‌کاری، سطح تحصیلات پایین، درآمد کم و تک‌والد بودن با میزان شیوع بیشتر اختلال‌های روانی همبستگی معنی‌دار دارد (آلنسو و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلوزه<sup>۷</sup> و یاکوبی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴).

احسان‌منش (۱۳۸۰) در بازبینی برخی بررسی‌های انجام شده پیرامون همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران میزان شیوع اختلالات را از ۱۸ تا ۲۳ درصد گزارش نمود. نوربالا، باقری‌یزدی، یاسمی و محمد (۲۰۰۴) با بهره‌گیری از پرسش‌نامه GHQ<sup>۹</sup> ۲۱٪ افراد بالای ۱۵ سال (۲۵/۹٪ زنان و ۱۴/۹٪ مردان) را مبتلا به دست کم یک اختلال روانی گزارش نمودند. آنان شیوع اختلال‌های روانپزشکی را در مناطق شهری ۲۱/۳٪، در نواحی روستایی ۲۰/۹٪، در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال ۱۷/۶٪، در افراد متأهل ۲۰/۵٪، در افراد مجرد ۱۸٪، در افراد بی‌کار ۲۵/۵٪ و در افراد در حال تحصیل ۱۵/۶٪ گزارش نمودند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که زن بودن، تحصیلات غیردانشگاهی و درآمد کم با شیوع بیشتر اختلال‌های روانی در ایران همبستگی معنی‌دار دارند (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴؛ دواساز ایرانی، باقری‌یزدی، کیخانی، پاک‌سرشت و کریمی، ۱۳۸۵؛ مصلی‌نژاد و امینی، ۱۳۸۳؛ رضوانی، ۱۳۸۲). نظر به اهمیت موضوع و با توجه به کمبود اطلاعات در این زمینه در استان مرکزی، این پژوهش با هدف تعیین میزان شیوع علایم اختلال‌های روانپزشکی در جوانان این استان انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی و جامعه آماری آنان افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله استان مرکزی بودند. آزمودنی‌ها به‌شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای - تصادفی از میان جمعیت جوانان استان مرکزی یعنی ۳۴۷۷۳۱ نفر (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۵) (تقریباً ۳۰٪ جمعیت کل استان مرکزی) انتخاب شدند. آزمودنی‌ها (۱۸۰۰ نفر، ۹۰۷ مرد و ۸۹۳ زن) با توجه به حجم

- |                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1- Viinamäki                     | 2- Hintikka                |
| 3- Kantula                       | 4- Niskanen                |
| 5- Koskela                       | 6- Alonso                  |
| 7- Kloze                         | 8- Jacobi                  |
| 9- General Health Questionnaire  |                            |
| 10- Symptom Checklist-90-Revised |                            |
| 11- Derogatis                    | 12- Rikels                 |
| 13- Rock                         | 14- general severity index |
| 15- Groth-Marnat                 |                            |

## یافته‌ها

این بررسی نشان داد که ۲۱/۳٪ افراد مورد بررسی (۲۶/۷٪ زنان و ۱۶/۰٪ مردان) دست کم دچار علایم یک اختلال روانپزشکی هستند و به ترتیب در ابعاد افکار پارانوئیدی ۱۸/۴٪، شکایات جسمانی ۱۰/۴٪، پرخاشگری ۱۵/۷٪، وسواس- اجبار ۱۴/۵٪، حساسیت در روابط متقابل ۱۴/۲٪، افسردگی ۱۳/۴٪، اضطراب ۱۰/۵٪، روان‌پریشی خویی ۶/۴٪ و هراس ۳/۲٪ دارای علایم می‌باشند.

توزیع فراوانی نسبی افراد سالم، افراد دارای علایم خفیف، متوسط و شدید بر حسب ابعاد نه گانه فهرست تجدیدنظر شده علایم نودسؤالی در جدول ۱ نشان داده شده است.

ضریب کلی علایم مرضی در زنان ۱/۰۹۷، در مردان ۰/۹۱۰، در افراد متأهل ۰/۶۹۸، در افراد مجرد ۰/۶۳۶، در افراد بی‌کار ۱/۰۸۲، در افراد شاغل ۰/۹۰۳ و در افراد مشغول به تحصیل ۰/۹۵۹ به دست آمد.

نتایج نشان دادند که به جز بعد پرخاشگری، در سایر ابعاد میزان شیوع در مردان کمتر از زنان است (جدول ۲). بین جمعیت شهری و روستایی در هیچ‌یک از ابعاد تفاوت معنی‌داری یافت نشد. در افراد مجرد به جز ابعاد افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی خویی در سایر ابعاد: شکایات جسمانی ( $p < 0/01$ )، اضطراب ( $p < 0/01$ )، افسردگی ( $p < 0/01$ )، شاخص شدت کلی علایم ( $p < 0/01$ )، هراس ( $p < 0/01$ )، حساسیت در روابط متقابل ( $p < 0/01$ ) و وسواس- اجبار ( $p < 0/05$ ) و پرخاشگری ( $p < 0/01$ ) نسبت به افراد متأهل کمتر بود. افرادی که والدینشان از هم جدا شده‌اند، در ابعاد پرخاشگری ( $p < 0/01$ )، افکار پارانوئیدی ( $p < 0/01$ )، حساسیت در روابط متقابل ( $p < 0/01$ )، روان‌پریشی خویی ( $p < 0/05$ ) و اضطراب ( $p < 0/01$ ) نسبت به افرادی که با والدینشان زندگی می‌کردند، از علایم روانی بیشتری رنج می‌بردند.

جدول ۱- درصد افراد سالم و دارای سطوح اختلال

ابعاد اختلال‌ها	درصد افراد سالم	درصد افراد دارای علایم خفیف اختلال	درصد افراد دارای علایم متوسط اختلال	درصد افراد دارای علایم شدید اختلال
شکایات جسمانی	۶۰/۵	۲۲/۸	۱۲/۶	۴/۱
وسواس- اجبار	۴۷/۹	۳۷/۶	۱۲/۸	۱/۷
حساسیت در روابط متقابل	۵۲/۲	۳۳/۶	۱۲/۲	۲
افسردگی	۵۷/۲	۲۹/۴	۱۰/۴	۳
اضطراب	۶۰/۶	۲۸/۹	۸/۹	۱/۶
پرخاشگری	۵۵/۷	۲۸/۶	۱۱/۶	۴/۱
هراس	۷۹/۸	۱۷	۲/۹	۰/۳
افکار پارانوئیدی	۳۸/۸	۲۷/۴	۲۹/۲	۴/۶
روان‌پریشی خویی	۶۸/۹	۲۴/۷	۵/۷	۰/۷

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و ابعاد اختلال

ابعاد اختلال‌ها	جنس		سکونت		تأهل		انسجام خانواده		اشتغال		کل بیماران	
	زن	مرد	شهری	روستایی	مجرد	متأهل	جدانشده	جدانشده	شاغل	بی‌کار		
شکایات جسمانی	۱۴/۸	۶/۴	۱۰/۴	۱۰/۵	۸/۲	۱۵/۸	۱۵/۲	۱۰/۴	۸/۴	۱۴/۹	۶/۷	۱۶/۷
وسواس- اجبار	۱۶/۴	۱۲/۹	۱۵/۰	۱۳/۴	۱۴/۱	۱۵/۲	۲۰/۰	۱۴/۴	۱۰/۵	۱۹/۸	۱۲/۸	۱۴/۵
حساسیت در روابط متقابل	۱۸/۱	۱۰/۶	۱۳/۸	۱۵/۲	۱۳/۰	۱۷/۳	۲۲/۹	۱۴/۱	۱۰/۵	۱۱/۶	۱۲/۰	۱۴/۲
افسردگی	۱۶/۶	۱۰/۵	۱۳/۴	۱۳/۵	۱۲/۲	۱۶/۴	۲۲/۹	۱۳/۰	۹/۸	۱۷/۳	۱۱/۷	۱۳/۴
اضطراب	۱۴/۲	۷/۰	۱۰/۲	۱۱/۳	۹/۵	۱۳/۴	۲۲/۲	۱۰/۳	۹/۱	۱۳/۵	۸/۴	۱۰/۵
پرخاشگری	۱۵/۳	۱۶/۰	۱۵/۴	۱۶/۴	۱۵/۲	۱۷/۱	۳۴/۴	۱۵/۵	۱۱/۵	۱۷/۳	۱۶/۴	۱۵/۷
هراس	۴/۱	۲/۳	۳/۳	۲/۸	۲/۸	۴/۲	۶/۲	۲/۹	۲/۴	۴/۷	۲/۰	۳/۲

نگرش‌های نامناسب جامعه، همکاری نکردن برخی آزمودنی‌ها، و عدم حضور برخی آزمودنی‌ها در نخستین مراجعه از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، ضمن این‌که بهتر بود افراد دارای نمرات بالا توسط یک نفر متخصص بررسی و تشخیص‌گذاری می‌شدند.

### منابع

- احسان‌منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۵۴-۶۹.
- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۱، ۳۲-۴۲.
- دواساز ایرانی، رضا؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ کیخایی، بیژن؛ پاک‌سرسشت، سیروس؛ کریمی، محبوبه (۱۳۸۵). شیوع مشکلات روانپزشکی در مناطق روستایی استان خوزستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوازدهم، شماره ۱، ۷۱-۷۴.
- رضوانی، فرشته (۱۳۸۲). *بررسی مقایسه‌ای سلامت روان و منبع کنترل بین دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد در مقطع متوسطه در شهرستان شاهرود*. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی. دانشگاه شاهد.
- گراث - مارات، گری (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. جلد دوم، تهران: انتشارات سخن.
- لطیفی، زهره (۱۳۷۷). *بررسی تأثیر شاغل بودن بانوان بر ویژگی‌های روانی آنان در پرسش‌نامه SCL-90*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- مردانی بلداجی، ایرج (۱۳۷۹). *مقایسه نیمه‌رخ روانی همسران جانباز مبتلا به PTSD با همسران جانبازان غیر مبتلا به PTSD در استان چهارمحال بختیاری با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90-R*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۵). *سرشماری نفوس و مسکن*. تهران: مرکز آمار ایران.
- مصطفی‌نژاد، لیلی؛ امینی، میترا (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین تحصیل و سلامت روانی در دو گروه دانشجویان سال اول و آخر دانشکده علوم پزشکی جهرم. *فصلنامه علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، سال ششم، شماره ۲۱-۲۲، ۲۱-۲۲.
- میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. *فصلنامه حکیم*، سال پنجم، شماره ۱، ۱-۱۰.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., DeGraaf, R., Demyttenaere,

۲۱/۳٪ افراد (۲۶/۷٪ زنان و ۱۶٪ مردان) دست‌کم از علائم یک بیماری روانی رنج می‌بردند و در همه ابعاد مورد بررسی به‌جز بعد پرخاشگری میزان شیوع علائم اختلال در زنان بیشتر از مردان بود. این یافته پژوهش با یافته‌های هندرسون<sup>۱</sup>، آندروز<sup>۲</sup> و هال<sup>۳</sup> (۲۰۰۰)، آلنسو و همکاران (۲۰۰۴)، کلوze و یاکوبی (۲۰۰۴)، نوربالا و همکاران (۲۰۰۴)، دواساز ایرانی و همکاران (۱۳۸۵) و مصطفی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۳) هم‌سوئی دارد. افزون بر آن یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه محل زندگی و میزان شیوع علائم در جمعیت شهری و روستایی، در هیچ‌یک از ابعاد تفاوت معنی‌داری نشان نداد که با بررسی‌های انجام‌شده (آلنسو و همکاران، ۲۰۰۴؛ نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴؛ دواساز ایرانی و همکاران، ۱۳۸۵؛ مصطفی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۳؛ رضوانی، ۱۳۸۲) هم‌خوانی ندارد. یافته‌ها هم‌چنین نشان‌دهنده شدیدتر بودن نشانه‌های روانپزشکی در افراد متأهل است که با یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده در سایر کشورها (آلنسو و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلوze و یاکوبی، ۲۰۰۴) هم‌خوانی ندارد، اما با پژوهش‌های انجام‌شده در ایران (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴؛ دواساز و همکاران، ۱۳۸۵) هماهنگ است. افزون بر آن یافته‌ها در ابعاد شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، پرخاشگری، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی خویی، شدت نشانه‌های روانپزشکی را در افرادی که والدینشان جدا شده‌اند (در مقایسه با افرادی که با والدینشان زندگی می‌کنند) بیشتر نشان داد. این یافته با یافته‌های برخی پژوهشگران (آلنسو و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلوze و یاکوبی، ۲۰۰۴؛ نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴؛ مصطفی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۳) هم‌سوئی دارد. یافته پژوهش حاضر مبنی بر شدت نشانه‌های روانی - رفتاری در افراد بی‌کار در ابعاد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و هراس نسبت به افراد شاغل، با یافته‌های برخی پژوهشگران در این زمینه (آلنسو و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلوze و یاکوبی، ۲۰۰۴؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۵) هم‌خوانی دارد. در مجموع، یافته‌های این پژوهش گویای شیوع نسبتاً بالای اختلال‌های روانی - رفتاری در جمعیت جوان استان و ضرورت همکاری همه نهادهای مربوطه در پیش‌گیری، بیماریابی، درمان و بازتوانی اختلال‌های روانی - رفتاری است.

1- Henderson  
3- Hall

2- Andrews

- K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., & Vilagut, G. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39, 21-27
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 28, 280-289.
- Henderson, S., Andrews, G., & Hall, W. (2000). Australia's mental health: An over view of the general population survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 197-205
- Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 133-148
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasami, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Viinamäki, H., Hintikka, J., Kontula, O., Niskanen, L., & Koskela, K. (2004). Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 177-182.