

## همه گیر شناسی اختلال‌های فوبیا و وسواس و ارتباط آن با متغیرهای جمعیتی در ساکنان شمال تهران

دکتر کیانوش هاشمیان<sup>۱</sup>، دکتر حمزه گنجی<sup>۲</sup>، رضوانه مراد<sup>۳</sup>

### چکیده

این تحقیق با هدف کلی همه گیرشناسی نشانه‌های فوبیا و وسواس ارتباط آن با متغیرهای جمعیتی در ساکنان شمال تهران انجام شده است. این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی و پس رویدادی بود. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-۲۸) با حجم نمونه ۴۰۰ نفر استفاده شد. داده‌های آماری از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی و فراوانی درصدی) و آمار استنباطی (آزمون مجذورکای) مورد تجزیه قرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس در زنان بیش تر از مردان است. که با مطالعات انجام شده قبلی همخوان بوده است و همچنین بین متغیرهای وضعیت تأهل، سن و سطح تحصیلات با متغیر شدت نشانه‌های فوبیا و وسواس رابطه معناداری به دست آمد ( $P < 0/01$ ).

**کلید واژه‌ها:** همه گیر شناسی، فوبیا، وسواس فکری- عملی، اضطراب

### مقدمه

امروزه نگرانی پاتولوژیک به عنوان خصیصه‌ی اصلی اختلالات اضطرابی مطرح است؛ به طوری

۱. دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روان شناسی، رودهن، ایران.

۲. استاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روان شناسی، رودهن، ایران.

۳. کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روان شناسی، رودهن، ایران.

که در بسیاری از مطالعات، نگرانی آسیب شناختی (پاتولوژیک) را معادل اختلالات اضطرابی قرار می‌دهند (براون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). اغلب مردم در موقعیت های مختلف، ممکن است نگران شوند اما نگرانی بیماران مبتلا به فوبیا<sup>۲</sup>، کنترل ناپذیر و آسیب شناختی است (دیویسون، کرینگ و نیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴/۱۳۸۴). (آن‌ها مدت زمان زیادی نگرانند و نگرانی آن‌ها حوزه وسیعی از موضوعات مختلف را در برمی گیرد. به طور کلی سبک تفکر در چنین افرادی، با نگرانی مفرط و کنترل ناپذیر مشخص می شود. مطالعات نشان می دهد که کنترل ناپذیری نگرانی از بارزترین شاخص های نگرانی پاتولوژیک است (براون، ۱۹۹۷).

اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)<sup>۴</sup> نشانگان عصبی روان پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین مند اعمال وسواسی است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی صورت می‌گیرد و به شکل ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شود، فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴). این اختلال یکی از ناتوان سازترین اختلالات اضطرابی است و از طرف سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از علل اساسی ناتوانی شناخته شده است. افکار وسواسی اولین مولفه اختلال وسواسی- اجباری محسوب می‌شود. دومین مولفه رواج وسواس‌های عملی است، فشار بر فرد مبتلا برای انجام مجموعه‌ای از اعمال تکراری غیر عقلانی بر طبق قواعد انعطاف ناپذیر درونی، که فرد با تصور کنترل ذهنی به آن‌ها مبادرت می‌ورزد (ایوانس، لچمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). فوبیا اختلال روانی شایعی است، درصد زیادی از افراد مبتلا به آن یا برای درمان آن به درمانگران بالینی مراجعه نمی‌کنند، یا اگر هم به روان پزشک یا پزشکی مراجعه کنند، درست تشخیص داده نمی‌شوند. میزان شیوع یک ساله حالت‌های شدید، ۴۵ مورد از هر ۱۰۰ نفر (میزان شیوع تمام موارد تقریباً ۱۰۰ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر) می‌باشد (گلدنر، مایو و گدیس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵/۱۳۸۵). شیوع شش ماهه فوبیای اختصاصی حدود ۵ تا ۱۰ درصد است. شیوع OCD در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد در طول عمر تخمین زده می‌شود. برخی از پژوهشگران برآورد کرده اند که ۱۰ درصد بیماران سرپایی کلینیک‌های روان پزشکی به علت بیماری OCD مراجعه می‌کنند. این عوامل باعث شده است که OCD به عنوان چهارمین اختلال روان پزشکی متداول بعد از فوبیا، اختلال سوء مصرف مواد، و اختلال افسردگی اساسی محسوب شود (سادوک و سادوک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳/۱۳۸۵). مطالعات همه گیر شناسی اختلالات

1. Brown
2. 5-Phobia
3. Davison , Kring & Neal
4. Obsessive Compulsive Disorder(OCD)
5. American Psychiatric Association
6. Evans DW, Leckman JF
7. Golder M , Mayo R & Gediss J
8. Sadock & Sadock

روانی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده معدود است؛ اما می‌توان شایع‌ترین گروه اختلالات روان پزشکی در افراد تحت مطالعه را اختلال‌های اضطرابی نام برد، به عنوان نمونه طبق پژوهشی که در سال ۱۳۸۰ در کشور ایران انجام شد، اختلال فوبیا ۲/۰۵ درصد و شیوع اختلال وسواس ۱/۶۷ درصد برآورد شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲). همچنین طی تحقیق دیگری که در یکی از روستاهای تهران انجام شد، میزان فوبیا و وسواس در بین افراد مورد مطالعه به ترتیب ۱/۴۷ درصد و ۱/۴۹ درصد گزارش شده است (علیزاده، بوالهروی و شاه‌محمدی، ۱۳۸۰). بررسی دیگر انجام شده در سال ۱۳۸۰ در استان مازندران حاکی از آن است که میزان اختلال فوبیا ۱/۹۶ درصد و وسواس ۲/۷۴ درصد است و نیز در استان هرمزگان میزان فوبیا ۳/۳۲ درصد و وسواس ۳/۸۸ درصد گزارش شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲).

طبق پژوهشی که در سال ۱۳۷۸ جهت بررسی وضعیت سلامت روانی افراد ۱۵ سال و بالاتر در کشور با حجم نمونه بالا (۳۵۰۱۴ نفر) انجام پذیرفت. شیوع اختلال‌های روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور ۳/۲۱ درصد در مناطق روستایی، و ۹/۲۰ درصد در مناطق شهری برآورده شد، که در این میان اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، بیشترین شیوع را داشته است. اختلال‌های روانی در افراد متأهل، مطلقه شایع‌تر از افراد مجرد بوده است، همچنین در افراد بیکار و بازنشسته شیوع اختلال‌های روان پزشکی بیشتر بوده است (نوربالا، باقری یزدی و یاسمی، ۱۳۸۱).

امروزه حجم مشکلات بیماری‌های روانی در کشورهای مختلف جهان شناخته شده اند، اما به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربال‌گری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های مختلف مورد استفاده، بسیار متغیر و متفاوت برآورد شده اند؛ به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است (هدیامونت<sup>۱</sup>، پیر<sup>۲</sup>، سایبن<sup>۳</sup>، لی<sup>۴</sup>، کواک<sup>۵</sup>، یاماموتو<sup>۶</sup> و ری<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰). همچنین مطالعات همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی انجام شده در ایران نیز همگی بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد دلالت دارند.

نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌کند. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آن‌ها را اختلالات خفیف روانی همچون افسردگی و اضطراب تشکیل می‌دهند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱).

1. Hedyamont
2. Pier
3. ayben
4. Lee
5. Kwak
6. Yamamoto
7. Rhee

شیوع در طول عمر فوبیای اختصاصی حدود ۱۱ درصد و شیوع در طول عمر جمعیت هراسی طبق گزارش‌های موجود ۳ تا ۱۳ درصد است. فوبیای اختصاصی شایع‌تر از جمعیت هراسی است. این اختلال شایع‌ترین اختلال روانی در میان زنان و دومین اختلال شایع در مردان (پس از اختلالات مرتبط با مواد) است. شیوع ۶ ماهه فوبیای اختصاصی حدود ۵ تا ۱۰ درصد است. نسبت زن به مرد ۲ به ۱، و در نوع فوبی از خون، آمپول، جراحت تقریباً یک به یک است. شیوع فوبیا در زنان ۱۳/۶ درصد تا ۱۶/۱ درصد و در مردان ۵/۲ درصد تا ۶/۷ درصد گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳/ ۱۳۸۵). اگرچه مفهوم وسواس سالیان پیش مطرح شده است، اما ملاک تشخیص OCD در تحقیقات سال‌های اخیر تکمیل و اصلاح شده است که این مسأله را تا حدی می‌توان ناشی از این واقعیت دانست که OCD عموماً در بافت سایر اختلالات به وقوع می‌پیوندد. اختلال روان پزشکی شایعی است که معمولاً از دوران نوجوانی شروع می‌شود. فوتنله و همکاران (۲۰۰۴) ۱۰۱ بیمار بزرگسال مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را با ۱۵ نمونه کلینیکی از اروپا، آسیا، آفریقا، آمریکای شمالی و لاتین مقایسه کردند. این پژوهشگران شیوع بالاتر در زنان در مقایسه با مردان، شروع اختلال در سنین پایین و همانند شدن افکار و اعمال وسواسی را در تمامی فرهنگ‌ها مشاهده کردند و دریافتند که فرهنگ تأثیر کمی بر ویژگی‌های این اختلال دارد. مطالعات در زمینه ارتباط وضعیت اجتماعی- اقتصادی با وسواس نتایج متفاوتی داشته است. مطالعه‌ای در انگلیس نشان داد که بیشتر کودکان مبتلا به وسواس از خانواده‌هایی با موقعیت اجتماعی- اقتصادی پایین هستند (هایمن و همکاران، ۲۰۰۱) (در صورتی که مطالعه دیلر<sup>۳</sup> و اوسی<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) نشان داد که بیشتر کودکان و نوجوانان مبتلا به وسواس در کشور ترکیه از طبقات متوسط و بالا بودند. والنی<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی ۳۲۸۳ نوجوان کلاس هفتم و هشتم، شیوع مقطعی «وسواس غیربالینی» را در این جمعیت ۱۹ درصد تعیین کردند. افراد مبتلا به OCD معمولاً نسبت به اختلالات روانی دیگر نیز آسیب‌پذیر هستند. شیوع اختلال افسردگی اساسی در میان افراد مبتلا به OCD ۶۷ درصد و جمعیت هراسی حدود ۲۵ درصد است. سایر تشخیص‌های روان پزشکی همراه متداول در بیماران مبتلا به OCD شامل اختلالات مصرف الکل، اختلال اضطراب منتشر، فوبی اختصاصی، اختلال هراس، اختلال‌های خوردن و اختلالات شخصیتی می‌باشد.

راچمن<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۸) گزارش کرده‌اند که OCD می‌تواند در هر سنی، از پیش از دبستان تا بزرگسالی (معمولاً تا ۴۰ سالگی) شروع شود. انجمن بین‌المللی سلامت روان (۲۰۰۲) گزارش کرده است که زنان و مردان هر دو و به طور یکسان در معرض ابتلا به OCD هستند و علائم بیماری در طول دوران نوجوانی یا

1. fontenelle
2. Heyman
3. Diler
4. Avci
5. Valleni-Basile
6. Racman

اوان بزرگسالی بروز می‌کند. در این گزارش آمده است که ۳ درصد جمعیت ایالات متحده امریکا به عبارتی نزدیک به ۶ میلیون امریکایی در مقطعی از زندگیشان اختلال وسواس جبری را تجربه می‌کنند. هرچند مردان نسبت به زنان در سنین پایین تری نشانه‌های OCD را از خود نشان می‌دهند، اما اعمال وسواسی مربوط به تمیز کردن و شستشو در بین زنان رایج تر است و این در حالی است که مردان علاقه بیشتری دارند که واریسی کننده باشند. علاوه بر این علائم موجود در دو نسل (والدین و فرزندان) اغلب متفاوتند (مثلاً شستشو در والدین و واریسی در کودک). مداخله وسواس در توانایی شخص در ایجاد روابطه زناشویی موفق از میزان کم ازدواج در بین این بیماران آشکار می‌شود. دامنه ۳۲ تا ۶۱ درصد برای مردان و ۵۸ تا ۷۵ درصد برای زنان. اما کیفیت زندگی زناشویی بیمارانی که ازدواج کرده اند، بدتر از ازدواج جمعیت کلی نیست. نکته جالب این که درمانجویان متاهل دیرتر از درمانجویان مجرد در صدد درمان برآمده اند. به نظر می‌رسد روابط زناشویی حمایت عاطفی لازم را برای بیماران فراهم کرده و نیاز به درمان را به تاخیر انداخته است. همچنین درمانجویانی که قادر به ازدواج هستند، احتمالاً نشانه‌های وخیمی ندارند. نشانه‌های وسواس فکری و عملی در بین اعضای خانواده به صورت معمول اتفاق نمی‌افتد. یعنی ژنتیک و الگو برداری مستقیم نمی‌تواند موجب بروز وسواس در کودکان شوند، اما والدین افراد وسواسی معمولاً (تقریباً ۴۰ درصد در مادران) از صفات وسواسی برخوردارند. شیوع این اختلال در افراد پر درآمد و طبقه روشنفکر بیشتر است (آزاد، ۱۳۷۲). کارنو و گلد نینگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۱)، استین<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۷) عنوان کرده اند که میزان شیوع اختلال OCD در طول عمر حدود ۲/۵ درصد است. زنان تا حدی بیشتر از مردان تحت تاثیر این اختلال قرار می‌گیرند (دیویسون<sup>۳</sup>، نیل<sup>۴</sup> و کرینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴، ترجمه دهستانی، ۱۳۸۴). در میان ده علت اول ناتوانی در کل جهان در سال ۱۹۹۰، ۵ علت را اختلال‌های روانی شامل افسردگی یک قطبی، می‌بارگی، اختلالات

عاطفی و دوقطبی، اسکیزوفرنیا و وسواس تشکیل می‌دهند. با توجه به میزان بالای اختلال‌های روانی تنها ۱ درصد از افراد با اختلال‌های روانی به عنوان بیماران روان پزشکی به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه می‌کنند مشکلات روانی بقیه بدون درمان باقی می‌ماند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳/۱۳۸۵). شیوع بالای اختلال‌های روانی نیاز به پژوهش در این زمینه را موجب می‌گردد و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در مناطق مختلف کشور و شهر تهران بررسی‌های منطقه‌ای ضرورت می‌یابد و این بررسی‌ها می‌تواند در سیاست گذاری‌ها در سطح منطقه و کشور کمک کننده باشد. برنامه ریزی مناسب در راستای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های همه گیر شناسی و شناخت کمیت و کیفیت اختلالات روان پزشکی است. لذا

1. Karno & Golding

2. Stein

3. Davison

4. Neal

5. Kring

این مطالعه در نظر دارد با بررسی همه گیر شناسی اختلالات فوبیا و وسواس، مسؤولان و دست اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و فراوانی این اختلالات، در شمال تهران حساس کند و زمینه آرایه خدمات اساسی بهداشت روان را به افراد ساکن در این منطقه فراهم کند.

در این پژوهش ساکنان واقع در شمال شهر تهران با توجه به در دسترس بودن میزان جمعیت و محدودیت مالی و زمانی پژوهشگر انتخاب شدند. با توجه به آنچه بیان شد، این پژوهش در صدد است تا به بررسی همه گیرشناسی اختلال فوبیا و وسواس بپردازد.

#### اهداف تحقیق:

- ۱- شناخت میزان شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس در ساکنان شمال تهران.
- ۲- شناسایی رابطه بین متغیرهای جمعیتی با نشانه‌های فوبیا و وسواس.
- ۳- ارائه توصیه‌هایی به منظور پیشگیری اولیه و ثانویه از نشانه‌های فوبیا و وسواس.

#### سوال‌های تحقیق:

- سوال اول: میزان شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس در جمعیت مورد مطالعه چقدر است؟
- سوال دوم: میزان شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس در جمعیت مورد مطالعه چقدر است؟
- سوال سوم: آیا بین نشانه‌های فوبیا و وسواس و جنسیت رابطه وجود دارد؟
- سوال چهارم: آیا بین نشانه‌های فوبیا و وسواس و وضعیت تاهل رابطه وجود دارد؟
- سوال پنجم: آیا بین نشانه‌های فوبیا و وسواس و سن رابطه وجود دارد؟
- سوال ششم: آیا بین نشانه‌های فوبیا و وسواس و تحصیلات رابطه وجود دارد؟

#### روش

این پژوهش یک مطالعه مقطعی توصیفی<sup>۱</sup> و پس رویدادی<sup>۲</sup> بود.

#### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد اعم از زن و مرد ۲۰ سال و بالاتر ساکن در مناطق شمال شهر تهران در سال ۱۳۸۹ بود. نمونه مورد نظر برای این تحقیق ۴۰۰ نفر که شامل زن و مرد ۲۰ سال به بالای ساکن مناطق شمال تهران است در نظر گرفته شد. نمونه گیری با روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای<sup>۳</sup> انجام

1. Cross – Sectional

2. Ex Post Factor

3. Random Cluster Of Multiple Phasic

گرفت. پژوهشگر مناطق اقدسیه و چهار راه پاسداران را به طور تصادفی انتخاب کرده و از ۴۳۰ پرسشنامه GHQ توزیعی، ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل شده و سی نسخه آن به دلیل نقص در تکمیل مندرجات از مطالعه حذف شدند.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28<sup>۱</sup> با استناد به پژوهش‌های انجام شده قبلی و نظر استاد راهنما استفاده شد.

### پرسشنامه سلامت عمومی GHQ

از جمله ابزارهای غربالگری مورد استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد که توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقیتهای مختلف بوده است. این پرسشنامه از جمله شناخت بهترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به سزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است (نوربالا، باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۱). پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه‌ای است با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به منظور بررسی وضعیت سلامت روان و اختلالات روانی در جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه را می‌توان برای نوجوانان و بزرگسالان و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته کننده در زندگی استفاده نمود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان

از آن برای سرند اختلالات روانی در افراد جامعه استفاده کرد (گلدبرگ، هیلیر<sup>۳</sup>، ۱۹۷۹). پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققان فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۲۸ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. دهها تحقیق ارایه شده توسط گلدبرگ و ویلیامز<sup>۴</sup> در سال ۱۹۸۷، در انگلستان و سایر کشورها، مؤید این مطلب بوده‌اند. پرسشنامه سلامت عمومی به ۳۸ زبان مختلف ترجمه شده و تحقیقات مختلفی بر روی این پرسشنامه در ۷۰ کشور به انجام رسیده است (گلدبرگ، گاتر<sup>۵</sup>، سارتزیوس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سوال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده است که دربرگیرنده ۴ مقیاس علایم جسمانی،

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg
3. Heillier
4. Williams
5. Gater
6. Satoius

اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است که هر مقیاس نیز شامل ۷ سوال می‌باشد (گلدبرگ، هیلیر، ۱۹۷۹). همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از فرم‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلالات روانی دلالت بر این دارد که پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی برخوردار بوده و می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری، صرفه‌جویی در وقت و هزینه‌ها را در پژوهش‌های علوم رفتاری به همراه داشته باشد (ویلیامز، گلدبرگ، ۱۹۸۷). در خصوص روایی پرسشنامه سلامت عمومی، در یک بررسی، استفانسن<sup>۱</sup> و کریست جانسن<sup>۲</sup> (۱۹۸۵)، پرسشنامه سلامت عمومی و شاخص پزشک کورنل را بر روی ۱۸۵۰ نفر در ایسلند اجرا نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۶۸ دست یافتند. در تحقیق دیگر چنوجن<sup>۳</sup>، به اجرای پرسشنامه سلامت عمومی بر روی ۲۲۵ نفر از دختران مدرسه‌ای در هنگ کنگ پرداختند. این محققان از پرسشنامه چندجنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا جهت بررسی روایی همزمان استفاده نموده و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. در تحقیقی دیگر هودیامونت<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۷)، بر روی یک گروه نمونه در شهر آمستردام، پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس موازنه عاطفی و پرسشنامه شرح حال آمستردام را اجرا نمودند و در هر مورد ضریب همبستگی ۰/۶۰ را گزارش کردند (نقل از هاشمی نظری، خسروی، فقیه‌زاده، اعتمادزاده، ۱۳۸۴).

در خصوص پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، مطالعات متعددی صورت گرفته است. در یک بررسی گلدبرگ و ویلیامز، اعتبار تصنیفی برای این پرسشنامه را که توسط ۸۳ نفر تکمیل شده بود، ۰/۹۵ گزارش کردند. چان<sup>۵</sup> (۱۹۹۴)، پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ثبات درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در مطالعه کییس<sup>۶</sup>، که ۱۲۹ دانش‌آموز در انگلستان در آن شرکت کردند، ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد. مطالعه‌ای مشابه بر روی ۲۱۵۰ دانش‌آموز در هنگ کنگ انجام شد که ضریب آلفای معادل ۰/۸۸ گزارش شد (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹).

بررسی‌های انجام گرفته در خصوص همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در ایران که از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی استفاده شده نشان دهنده این است که میزان روایی و پایایی این آزمون با نمره برش ۶ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰؛ شمس‌علیزاده و همکاران، ۱۳۸۰) و با نمره برش ۲۳ بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ متغیر است. دروش نمره‌گذاری این مقیاس در این مطالعه بر اساس نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد (استورا، ۱۳۸۷/بی تا). حداکثر درجه بندی ۰ تا ۳ بود. نمره

1. Stefanson
2. Johnson
3. Chen
4. Hodiamont
5. Cheang
6. Kwk YS



آزمودنی با این روش نمره‌گذاری، در پرسشنامه مذکور برابر با ۸۴ خواهد بود. نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته شده است. (هاشمی نظری و همکاران، ۱۳۸۴).

### شیوه اجرای پژوهش

پژوهشگر ابتدا هدف از تحقیق را برای افراد نمونه مورد نظر توضیح داده، پس از جلب رضایت آن‌ها، نحوه اجرای آزمون را به طور دقیق به اطلاع آن‌ها رسانده، سپس آزمون به صورت انفرادی و با حضور خود پژوهشگر انجام شد. زمان پاسخگویی به سوالات آزمون تقریباً ۱۵ دقیقه به طول انجامید.

### یافته‌ها

با توجه به متغیرهای مورد مطالعه و داده‌های حاصل از اندازه‌گیری آن‌ها، به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مناسب آمار توصیفی نظیر فراوانی و درصد استفاده شد. علاوه بر این، برای نمایش دیداری داده‌ها نمودارهای ستونی ترسیم شد. در نهایت، برای پاسخ دادن به سوال‌های تحقیق با در نظر گرفتن نوع داده‌ها، آزمون مجذور کای به کار گرفته شد. محاسبات انجام شده در دو بخش توصیف داده‌ها و تحلیل داده‌ها ارائه شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیتی

فراوانی		متغیرهای جمعیتی	
درصد	تعداد		
۴۰/۸	۱۶۳	مرد	جنسیت
۵۹/۳	۲۳۷	زن	
۲۹/۳	۱۱۷	کمتر از ۳۲ سال	سن
۵۵/۵	۲۲۲	بین ۳۳ تا ۳۶ سال	
۱۵/۳	۶۱	بزرگتر از ۳۲ سال	
۴۳/۳	۱۷۳	مجرد	وضعیت تأهل
۵۶/۸	۲۲۷	متاهل	
۱۰/۰	۴۰	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
۶۲/۰	۲۴۸	دیپلم	
۲۸/۰	۱۱۲	لیسانس و بالاتر	
۱۰۰/۰	۴۰۰	جمع	

در جدول بالا، اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیتی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیش از نصف شرکت‌کنندگان زن و متاهل و باقی آن‌ها مرد و مجرد بودند. همچنین، بیش از نیمی از

آزمودنی‌ها بین ۳۳-۳۶ سال، بیش از یک چهارم آن‌ها کمتر از ۳۲ سال، و ۱۵ درصد از آن‌ها نیز بیش از ۳۷ سال داشتند که تحصیلات نزدیک به دوسوم از آزمودنی‌ها دیپلم و بیش از یک چهارم زیردیپلم بودند و باقی آنان تحصیلات دانشگاهی داشتند.

### تحلیل داده‌ها

با توجه نوع داده‌های به دست آمده و پرسش‌های تحقیق به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور کای استفاده شد.

**سؤال اول:** شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس در جامعه مورد نظر چند درصد است؟  
جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد شرکت‌کنندگان به تفکیک سطح نشانه‌های فوبیا

سطح نشانه‌های فوبیا	فراوانی	درصد
پایین	۸۰	۰/۲۰
متوسط	۱۲۰	۰/۳۰
شدید	۲۰۰	۵۰/۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰/۰

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که نشانه‌های فوبیای یک پنجم از آزمودنی‌ها در حد پایین، نزدیک به یک سوم در حد متوسط بود؛ و نیمی از آن‌ها نشانه‌های فوبیای شدیدی داشتند.  
جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد شرکت‌کنندگان به تفکیک میزان نشانه‌های وسواس

میزان نشانه‌های وسواس	فراوانی	درصد
پایین	۸۰	۰/۲۰
متوسط	۱۰۰	۰/۲۵
شدید	۲۲۰	۰/۵۵
جمع	۴۰۰	۱۰۰/۰

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که نشانه‌های وسواس یک پنجم از آزمودنی‌ها در حد پایین، یک چهارم در حد متوسط بود؛ و بیش از نیمی از آن‌ها نشانه‌های وسواس شدیدی داشتند.  
با توجه به سوالات دوم، سوم، چهارم و پنجم پژوهش همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، با توجه به مقدار مجذور کای به دست آمده با درجه آزادی ۴ و ۲ و با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان قضاوت کرد که بین نشانه‌های فوبیا و وسواس و متغیرهای جمعیتی رابطه معناداری وجود دارد ( $p < 0.01$ ). مقدار ضریب  $V$  کرامر بیانگر شدت رابطه

بین این دو متغیر است (جدول ۷، ۵۶، ۴).

جدول ۴: جدول دویعدی توزیع فراوانی مشاهده شده و فراوانی مورد انتظار شرکت کنندگان به تفکیک سطح نشانه‌های فوبیا و متغیرهای جمعیتی

سطح نشانه‌های فوبیا				متغیرهای جمعیتی
جمع	شدید	متوسط	پایین	
۲۳۷	۱۴۸ (۱۱۸/۵)	۷۰ (۱۷/۱)	۱۹ (۴۷/۴)	زن
۱۶۳	۵۲ (۸۱/۵)	۵۰ (۴۸/۹)	۶۱ (۳۲/۶)	مرد
۲۲۷	۱۳۸ (۱۱۳/۵)	۳۰ (۶۸/۱)	۵۹ (۴۵/۴)	متاهل
۱۷۳	۶۲ (۸۶/۵)	۹۰ (۵۱/۹)	۲۱ (۳۴/۶)	مجرد
۱۱۷	۹۶ (۵۸/۵)	۱ (۳۵/۱)	۲۰ (۲۳/۴)	کمتر از ۳۲ سال
۲۲۲	۹۲ (۱۱۱/۰)	۹۴ (۶۶/۶)	۳۶ (۴۴/۴)	بین ۳۳-۳۶ سال
۶۱	۱۲ (۳۰/۵)	۲۵ (۱۸/۳)	۲۴ (۱۲/۲)	بزرگ تر از ۳۷ سال
۴۰	۳۰ (۲۰/۰)	۱۰ (۱۲/۰)	۰ (۸/۰)	زیر دیپلم
۲۴۸	۸۳ (۱۲۴/۰)	۱۱۰ (۷۴/۴)	۵۵ (۴۹/۶)	دیپلم
۱۱۲	۸۷ (۵۶/۰)	۰ (۳۳/۶)	۲۵ (۲۲/۴)	لیسانس و بالاتر
۴۰۰	۲۰۰	۱۲۰	۸۰	جمع

جدول ۵: نتایج آزمون مجذور کای مربوط به رابطه متغیرهای جمعیتی با نشانه‌های فوبیا

شاخص‌ها	مجذور کای	تعداد مشاهدات	درجه آزادی	ضریب V کرامر
جنسیت	۵۹/۸۲۱**	۴۰۰	۲	۰/۳۸۷**
وضعیت تأهل	۷۰/۹۳۳**	۴۰۰	۲	۰/۴۲۱**
سن	۹۸/۸۶۳**	۴۰۰	۴	۰/۳۵۲**
تحصیلات	۹۵/۵۷۵**	۴۰۰	۴	۰/۳۴۶**

\*\* > p/۰۱

جدول ۶: جدول دویعدی توزیع فراوانی مشاهده شده و فراوانی مورد انتظار شرکت کنندگان به تفکیک سطح نشانه های وسواس و متغیرهای جمعیتی

جمع	سطح نشانه های وسواس			متغیرهای جمعیتی
	شدید	متوسط	پایین	
۲۳۷	۱۶۸ (۱۳۰/۴)	۵۰ (۵۹/۳)	۱۹ (۴۷/۴)	زن
۱۶۳	۵۲ (۸۹/۶)	۵۰ (۴۰/۸)	۶۱ (۳۲/۶)	مرد
۲۲۷	۱۵۸ (۱۲۴/۹)	۱۰ (۵۶/۸)	۵۹ (۴۵/۴)	متاهل
۱۷۳	۶۲ (۹۵/۲)	۹۰ (۴۳/۳)	۲۱ (۳۴/۶)	مجرد
۱۱۷	۹۶ (۶۴/۴)	۱ (۲۹/۳)	۲۰ (۲۳/۴)	کمتر از ۳۲ سال
۲۲۲	۱۱۲ (۱۲۲/۱)	۷۴ (۵۵/۵)	۳۶ (۴۴/۴)	بین ۳۳-۳۶ سال
۶۱	۱۲ (۳۳/۶)	۲۵ (۱۵/۳)	۲۴ (۱۲/۲)	بزرگ تر از ۳۷ سال
۴۰	۳۰ (۲۲/۰)	۱۰ (۱۰/۰)	۰ (۸/۰)	زیر دیپلم
۲۴۸	۱۰۳ (۱۳۶/۴)	۹۰ (۶۲/۰)	۵۵ (۴۹/۶)	دیپلم
۱۱۲	۸۷ (۶۱/۶)	۰ (۲۸/۰)	۲۵ (۲۲/۴)	لیسانس و بالاتر
۴۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۸۰	جمع

جدول ۷: نتایج آزمون مجذور کای مربوط به رابطه متغیرهای جمعیتی با نشانه های وسواس

شاخص ها	مجذور کای	تعداد مشاهدات	درجه آزادی	ضریب V کرامر
جنسیت	۷۱/۹۸۷**	۴۰۰	۲	۰/۴۲۴**
وضعیت تأهل	۱۱۸/۸۱۶**	۴۰۰	۲	۰/۵۴۵**
سن	۸۳/۴۲۵**	۴۰۰	۴	۰/۳۲۳**
تحصیلات	۷۱/۰۹۶**	۴۰۰	۴	۰/۲۹۸**

$** > 0.01$

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از این تحقیق میزان شیوع اختلال‌های فوبیا و وسواس از لحاظ شدت نشانه‌های شدید در جمعیت مورد مطالعه (۴۰۰ نفر از ساکنان منطقه شمال تهران) به ترتیب ۵۰ و ۵۵ درصد گزارش شده است. طبق سوالات پژوهشی ذکر شده، نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که بین متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سن، سطح تحصیلات و متغیر و شدت نشانه‌های فوبیا و وسواس رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0.01$ ).

پژوهش حاضر نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال‌های فوبیا و وسواس در زنان بیشتر از مردان است. که با نتایج قبلاً به دست آمده در ایران (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲) و بررسی انجام شده توسط ونکوروف<sup>۱</sup> و همکاران در بالتیمور شرقی (۱۹۸۷)، واز کوئز، بارکوئری<sup>۲</sup> و همکاران در روستای کانتابریای اسپانیا (۱۹۸۷)، هولیفیلد<sup>۳</sup> و همکاران در لستو آفریقا (۱۹۹۰)، لهتینن<sup>۴</sup> و همکاران در تورکن فنلاند (۱۹۹۱)، بهار<sup>۵</sup> و همکاران در پالمبانگ اندونزی (۱۹۹۲)، کسلر<sup>۶</sup> در آمریکا (۱۹۹۴) و رکا<sup>۷</sup> و همکاران در بالریک اسپانیا (۱۹۹۹)، همخوانی دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۰). شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر این اختلالات در زنان نسبت به مردان بیشتر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی، عوامل بیولوژیک و مشکلات خانوادگی مربوط است.

نتایج این بررسی نشان دهنده این است که شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس در سنین ۳۳ تا ۳۶ سال بیشتر از افراد زیر ۳۲ سال است که با مطالعات محمدی و همکاران در استان‌های تهران، هرمزگان و مازندران همسو می‌باشد. این مسئله می‌تواند به دلیل استرس ناشی از تغییرات بیولوژیکی، زایمان‌های مکرر و مشکلات خانوادگی در زنان و همچنین استرس‌های شغلی، اقتصادی، اجتماعی در مردان باشد.

به علاوه این پژوهش نشان داد شیوع این دو اختلال در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است که عمده بررسی‌های انجام شده در سطح جامعه بر شیوع اختلال‌های روانی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد تأکید دارند و با مطالعات واز کوئز، بارکوئرو و همکاران، مدیانوس و همکاران، باقری یزدی و همکاران همخوان است. وجود استرس ناشی از، از دست دادن شغل فعلی، نداشتن تجربه کافی، مواجهه با مشکلات زندگی و به خصوص مشکلات مالی را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع این اختلال‌ها در افراد متأهل دانست.

همچنین رابطه معناداری میان میزان شیوع نشانه‌های فوبیا و وسواس و افراد دارای مدرک دیپلم و لیسانس و بالاتر وجود دارد که با یافته‌های ارائه شده توسط کاپلان و سادوک (۱۹۹۸) همخوانی دارد و می‌توان محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی، شغلی و همین‌طور ناتوانی در استفاده از شیوه‌های موثر مقابله با استرس را دلیل بالا بودن شیوع این نشانه‌ها در این افراد دانست.

آگاهی از نتایج این تحقیق مسئولیت برنامه ریزان بهداشتی استان تهران و کشور در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان را بیش از پیش روشن می‌سازد.

1. Vonkorff
2. Vazaquez - Barquero
3. Hollifield
4. Lehtenin
5. Bahar
6. Kessler
7. Roca

### محدودیت‌ها و مشکلات و پیشنهادهای پژوهش

تحقیق با موافقت افراد و توضیح هدف و نحوه اجرایی آزمون برای تک تک افراد صورت گرفت و این مقوله وقت گیر بود. همچنین به خاطر تفاوت سنی، سطح تحصیلات، موقعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرند. گفتنی است که با توجه به این که این پژوهش در یک منطقه انجام شده تعمیم آن به سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد و با وجود بحث‌های صورت گرفته پیشنهاد می‌شود محققان و پژوهشگران بعدی در بررسی‌های همه گیرشناسی به تحلیل شیوع این اختلالات بر اساس عوامل جمعیت شناختی بپردازند و علل افزایش یا کاهش در گروه‌های مختل را مورد مطالعه قرار دهند و همچنین این بررسی در مناطق دیگر تهران انجام شده و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شود و جهت اعتبار بیشتر یافته‌ها از ابزارهای پژوهشی بیشتری علاوه بر آزمون GHQ استفاده گردد و به دلیل مسایل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی موجود در جامعه روابی و پایایی این پرسشنامه مجدد مورد بررسی قرار گیرد. از سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون بهره‌هوشی، تعداد فرزندان، میزان درآمد و وضعیت اقتصادی اجتماعی نیز استفاده شود. با توجه به نبود یا کمبود پژوهش در زمینه درمان‌جویی برای اختلالات روانی و عوامل موثر بر آن در کشور و فرهنگ ما نیاز به انجام پژوهش‌هایی در این زمینه به روشنی حس می‌شود.

### منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۲). آسیب‌شناسی روانی (جلد اول). تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- استورا، (۱۳۸۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمه: دادستان، پریخ. تهران: رشد (بی تا).
- دیویسون، جرالده سی؛ کرینگ آن ام و نیل، جان ام، (۱۳۸۴). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه مهدی دهستانی. (جلد اول). تهران: ویرایش. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۴).
- سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا، (۱۳۸۵). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی (جلد دوم). ترجمه: رفیعی حسن؛ سبحانیان، خسرو. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- شمس‌علیزاده، نرگس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود، (۱۳۸۰). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در یک روستای استان تهران. اندیشه و رفتار. سال ۸/ شماره ۲۱.
- گلدر، مایکل؛ مایو، ریچارد مایو؛ گدیس، جان، (۱۳۸۵). روان پزشکی آکسفورد. ترجمه محسن ارجمند؛ مجید صادقی. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۵).
- محمدی، محمد رضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگر پور، بیتا؛ بریمانی، فریبا؛ طاهری، سید کبری؛ ملک زاده، شقایق، (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در استان مازندران. مجله علمی-پژوهشی مازندران. سال سیزدهم. شماره چهل و یک. زمستان ۱۳۸۲. صص ۱۸-۸.

- محمدی، محمد رضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگر پور، بیتا؛ زندی، آرمان؛ وثوق، فرحناز، (۱۳۸۰). همه گیر شناسی اختلالات روان پزشکی در استان هرمزگان. مجله پزشکی هرمزگان. سال هفتم. شماره چهارم. زمستان ۱۳۸۲.
- محمدی، م. ر. داویدیان، ه. نوربالا، ا.ع. ملک افضلی، ح. نقوی، ح. ر. پوراعتماد، ح. ر. باقری یزدی. س.ع. و همکاران. (۱۳۸۲). همه گیر شناسی اختلالات روان پزشکی در ایران. مجله پژوهشی حکیم، دوره ۶/شماره ۱.
- محمدی، محمد رضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ نقوی، حمید رضا؛ امینی، همایون؛ رستمی، محمدرضا؛ خلیج آبادی فراهانی، فریده؛ مسگر پور، بیتا، (۱۳۸۰). همه گیر شناسی اختلالات روان پزشکی در استان تهران. اندیشه و رفتار. سال نهم. شماره دوم. پاییز ۱۳۸۳.
- نوربالا، احمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس محمد، کاظم، (۱۳۸۰). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان پزشکی در شهر تهران. مجله پژوهشی حکیم. دور یازدهم. شماره چهارم. زمستان ۱۳۸۷. صص ۵۳-۴۷.
- نوربالا، ا.ع.؛ محمد، ک.؛ باقری یزدی، س. ع.؛ یاسمی، م. ت. (۱۳۸۱). نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، تهران: مولف.
- هاشمی نظری، سعید؛ خسروی، جلال فقیه زاده، سقراط اعتمادزاده، سید حسن، (۱۳۸۴). بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش نشانی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی. مجله پژوهشی حکیم. دور دهم. شماره دوم.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Brown, T. A. (1997). The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: Current evidence and conceptual models. The Canadian journal of psychiatry, Vol. 42. 817-825.
- Diler, R. S., & Avci, A., (2002). Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Croatian Medical Journal, 43(3), 324-329.
- Evans DW, Leckman JF. (2006). Origins of obsessive compulsive disorder: Developmental and evolutionary perspective. Dev Psychol.;(72):321-32.
- Fontenelle LF, Mendlowies MV, Marques C, Versiani M. (2004) Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. J Psychiat Res.;(38):403-31.
- Goldberg D (1973). Screening for Psychiatric disorder In: The detection of psychiatric

- illness by questionnaire. London: Oxford University Press; pp: 108-111.
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*; 9: 131- 145.
  - Goldberg b, Gater R, Sartorius N. (1997). The Validity of two version of the GHQ in general health care. *psycho med.*; 27(1): 19.
  - Heyman, I., Fomobonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179, 324-329.
  - Hodiamont P, Peer N, Syben N. (1987). Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med*; 17:495- 505.
  - Kaplan H, Sadock Bj(1998). Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Wiliams and Wilkins.
  - Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, et al. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis*; 178:242- 246.
  - Rachman S, DeSilva P. (1979) Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy.*; 3: 89- 99.
  - The world health reports 2001. Mental health: new understanig. Newhop. Geneva: World Health Organization; 2001. Available at: <http://discovermagazine.com/2000/oct/featworld>
  - Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., & Jackson, K. L. (1994). Frequency of OCD in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782-791.