

بررسی پریشانی روان‌شناختی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در افراد بزرگ‌سال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه در سال ۱۴۰۳

شلاله احمدنژاد^۱، مولود رادفر^{۲*}، حسین جعفری‌زاده^۳، جواد رسولی^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۱۰/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۱۲/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پریشانی روان‌شناختی به مفهوم کلی عملکرد روان‌شناختی ناسازگار در مواجهه با وقایع استرس‌زای مشخص زندگی اشاره دارد که می‌تواند باعث ایجاد آسیب دائمی یا موقتی در فرد شود. تعیین پریشانی روان‌شناختی افراد امکان تشخیص زودهنگام مشکلات روانی را فراهم می‌کند، لذا این پژوهش باهدف تعیین پریشانی روان‌شناختی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در افراد بزرگ‌سال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

مواد و روش کار: در این پژوهش توصیفی که از نوع مقطعی-همبستگی بود، ۳۵۰ نفر از افراد بزرگ‌سال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و پریشانی روان‌شناختی کسلر جمع‌آوری شدند. برای تحلیل نتایج توصیفی از شاخص‌های مرکزی و فراوانی (درصد) و برای نتایج تحلیلی نیز از آزمون‌های تی‌تست و آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی جهت بررسی رابطه بین متغیرها و پیشگویی استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش میانگین کل نمره پریشانی روان‌شناختی در بین شرکت‌کنندگان ۱۱/۱۹ به دست آمد. پریشانی روان‌شناختی در بین شرکت‌کنندگان برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد، وضعیت تأهل و سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی دارای اختلاف آماری معناداری بود. همچنین وضعیت اشتغال، وضعیت خانه مسکونی و وضعیت تأهل قادر به پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بودند و ۶۷ درصد از نمره پریشانی روان‌شناختی را تبیین کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به سطح بالاتر پریشانی روان‌شناختی در گروه‌های زنان، افراد غیر شاغل، افراد دارای سطح درآمد پایین‌تر و مطلقه‌ها پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران عرصه بهداشت و درمان جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی و جلوگیری از بروز اختلالات وخیم روانی در این گروه‌ها برنامه‌ریزی نمایند.

کلیدواژه‌ها: مقیاس پریشانی روانی کسلر، غربالگری پریشانی روانی، پیش‌بین‌کننده‌های سلامت روان، پریشانی روانی، خدمات سلامت شهری

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۸۴، بهمن ۱۴۰۳، ص ۹۴۲-۹۳۴

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۵۲۲۵۵۷۵۴۵

Email: mradfar1343@gmail.com

مقدمه

خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان‌نسلی و خودشکوفایی و توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (۲). اختلالات روانی در سراسر جهان شایع است. برآوردها نشان می‌دهد که از هر سه نفر یک نفر در طول زندگی خود دچار اختلال روانی می‌شود (۳). با خطر بیش از ۲۵ درصدی مادام‌العمر برای هر اختلال روان‌پزشکی

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را حالتی توصیف می‌کند که در آن فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند، می‌تواند با عوامل استرس‌زای معمولی مقابله کند، به‌طور سازنده و خوشایند کار کند و به جامعه کمک کند (۱). مفهوم سلامت روان از نظر سازمان بهداشت جهانی چیزی فراتر از نبود اختلالات روان‌پزشکی و شامل

^۱ کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استاد گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

$$n = \frac{\left(\frac{Z^2 \times S^2}{d^2}\right)}{1} = 232$$

$$(1/96^2 \times 7/77^2) \div 1 = 232$$

$$350 \approx 232 \times 1/5 = 348$$

تعداد ۳۵۰ نفر از افراد بزرگسال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در ابتدا بر اساس تقسیم‌بندی مراکز خدمات جامع سلامت شهری توسط واحد گسترش بر مبنای وضعیت اقتصادی اجتماعی به ۳ طبقه برخوردار، متوسط و کم برخوردار، لیست مراکز تحت پوشش هر منطقه اخذ و با توجه به نسبت جمعیتی هر طبقه سهم نمونه‌ها مشخص و در ادامه از هر طبقه ۳ مرکز به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب شد و با تخصیص نسبت وزنی به هر مرکز، به مرکز مراجعه و به صورت در دسترس اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها شد. مراکز منتخب طبقه بالا دیزج سیاوش، بهداری و رودکی؛ مراکز منتخب طبقه متوسط ولایت، صحیه و آغداش و مراکز منتخب از طبقه پایین، شهدا، نیکخواه و بادیه‌پویان بودند. با توجه به نسبت‌های جمعیتی نسبتاً برابر هر مرکز، نمونه‌ها به‌طور مساوی از مراکز منتخب انتخاب و پژوهشگر برای انتخاب نمونه‌ها هم‌زمان با بازگشایی مراکز در ساعت ۷:۳۰ صبح به مراکز مراجعه و در زمان اتمام وقت کاری مراکز در ساعت ۱۴ خارج می‌شد. نمونه‌گیری ۳۰ روز کاری به طول انجامید. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه تجربه بحران در شش ماه اخیر و رضایت آگاهانه از پژوهش بود. نمونه در صورت عدم تکمیل کامل پرسشنامه از پژوهش حذف می‌شد.

نمونه‌گیری از تمامی بخش‌های مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه اعم از واحد مراقب سلامت، آزمایشگاه، سلامت روان، پزشکی و دندانپزشکی انجام شد. پژوهشگر پس از معرفی خود به نمونه‌ها و جلب همکاری آنان فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل و توضیحات لازم را در مورد نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها ارائه نمود. نمونه‌های انتخاب‌شده پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و پریشانی روان‌شناختی را به‌صورت خودگزارشی تکمیل کردند. به افراد شرکت‌کننده اطلاع داده شد که حضورشان در این مطالعه کاملاً اختیاری است و هیچ اعمال فشاری در این باره برای آن‌ها وجود نداشت. تا حد ممکن سعی شد فضای آرام و محرمانه برای مشارکت‌کنندگان فراهم شود. زمان کافی و نوشت‌افزار مناسب برای تکمیل پرسشنامه به شرکت‌کننده‌ها ارائه می‌شد. به پرسش‌های شرکت‌کنندگان در مورد نحوه پر کردن گزینه‌ها (مثلاً تیک‌زدن یا رنگ‌آمیزی کردن) پاسخ داده می‌شد و پس از تکمیل، پرسشنامه از

اکثر افراد به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۴). یک مطالعه مبتنی بر جمعیت در سال ۱۴۰۱ شیوع اختلالات روانی را در جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر در ایران ۲۹/۷ درصد برآورد کرد (۵).

پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان یکی از اختلالات روان‌پزشکی شایع در جمعیت عمومی بوده (۶) و اغلب در ادبیات پرستاری، پزشکی، روان‌شناختی و علوم اجتماعی مورد بحث قرار گرفته است (۷) و به مفهوم کلی عملکرد روان‌شناختی ناسازگار در مواجهه با وقایع استرس‌زای مشخص زندگی اشاره دارد که می‌تواند باعث ایجاد آسیب دائمی یا موقتی در فرد شود (۸). پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان علائم روانی غیراختصاصی افسردگی، اضطراب، ویژگی‌های شخصیتی و مشکلات روانی متعدد (مانند فرسودگی شغلی)، جسمی و رفتاری توصیف می‌شود (۹). ناتوانی در مقابله مؤثر با عامل استرس‌زا منجر به پریشانی روان‌شناختی می‌شود که می‌تواند به‌صورت طیفی از پیامدهای نامطلوب سلامت روانی و روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، استرس حاد، استرس پس از سانحه، فرسودگی شغلی و عوارض روان‌پزشکی ظاهر شود. اگرچه پریشانی روان‌شناختی اغلب به‌عنوان یک حالت گذرا در نظر گرفته می‌شود که بر عملکرد روزمره و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد، اما می‌تواند ادامه داشته باشد و اثرات منفی طولانی‌مدتی بر سلامت روان داشته باشد (۱۰).

پریشانی روان‌شناختی یک مشکل رایج سلامت روان در جامعه است (۱۱) که بر ظرفیت شغلی، زندگی خانوادگی و رفاه فرد تأثیر منفی می‌گذارد (۱۲). تعیین پریشانی روان‌شناختی افراد امکان تشخیص زودهنگام مشکلات روانی را فراهم می‌کند (۱۳). از سوی دیگر کشف عوامل مرتبط با پریشانی روان‌شناختی می‌تواند در جهت حذف یا کاهش این عوامل مؤثر باشد. بنابراین این پژوهش باهدف تعیین نمره پریشانی روان‌شناختی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در افراد بزرگسال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی همبستگی بود پژوهشگر برای انجام مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه کد اخلاق را دریافت نمود.

حجم نمونه با توجه به فرمول متناظر و سطح اطمینان ۹۵ درصد، $Z=1/96$ و استفاده از نتایج مطالعه محمودی و همکاران (۱۴)، $S=7/77$ و خطای برابر ۱ واحد ($d=1$) برابر ۲۳۲ و با توجه به نوع نمونه‌گیری و اعمال ضریب طرح برابر ۱/۵ در کل ۳۵۰ نفر برآورد شد

شرکت‌کننده تحویل گرفته می‌شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و با شماره‌گذاری مشخص شد.

ابزارهای مطالعه به ترتیب پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و پریشانی روان‌شناختی کسلر^۱ بود. پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل، وضعیت خانه، سابقه بحران در شش ماه اخیر، سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی و سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بود.

جهت تعیین سطح پریشانی روان‌شناختی از پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی ده موردی کسلر استفاده شد. این پرسشنامه توسط کسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به منظور توسعه مقیاس کوتاه غربالگری برای پریشانی روان‌شناختی ساخته شد. این پرسشنامه یک مقیاس ۱۰ ماده‌ای است که برای ارزیابی پریشانی روان‌شناختی غیراختصاصی در بررسی‌های اپیدمیولوژیک طراحی شده است و به دلیل دقت بالا، اعتبار و سازگاری درونی آن به‌طور گسترده در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس یکی از پرکاربردترین معیارها در اپیدمیولوژی، تحقیق و ارزیابی سلامت روان است و برای تشخیص بیماری‌های روانی در افرادی طراحی شده است که پریشانی روانی آن‌ها را در دهک‌های بالای جمعیت عمومی قرار می‌دهد. امتیاز نهایی آن حاصل جمع پاسخ‌های همه موارد است. این آیت‌ها از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) در مقیاس نوع لیکرت، با نمره کل بین ۰ تا ۴۰ امتیاز است و هرچه امتیاز بالاتر باشد، وجود علائم ناراحتی قوی‌تر است (۱۵). آیت‌ها بر اساس سطح اضطراب و علائم افسردگی تجربه‌شده در آخرین دوره چهارهفته‌ای هستند (۱۶). مطالعات تجربی نشان می‌دهد که پرسشنامه کسلر حتی در نمونه‌های غیر غربی و بومی نیز قابلیت اطمینان بالایی دارد و در حال حاضر پرسشنامه کسلر به بیش از ۱۵ زبان مختلف ترجمه و روان‌سنجی شده است (۱۷).

روایی و پایایی پرسشنامه کسلر، برای شناسایی پریشانی روان‌شناختی، معتبر و قابل‌اعتماد بود. روایی و پایایی مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر در مطالعات داخلی تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی با استفاده از روش دونیمه کردن ۰/۹۱ به دست آمد (۱۸). یافته‌های مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کسلر که در غربالگری پریشانی روان‌شناختی در مطالعات دیگر با جمعیت‌های نیوزلند، ژاپن و فلسطین تأیید شده است نشان می‌دهد ابزار خوبی برای این منظور با شاخص‌های خوبی از روایی شواهد، حساسیت و ویژگی است (۱۹).

^۱ Kessler

برای آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی (جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و پریشانی روان‌شناختی از تی‌تست و آنالیز واریانس یک‌طرفه، برای تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای دموگرافیک بر پریشانی روان‌شناختی از آزمون رگرسیون خطی) استفاده شد. داده‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۵۰ نفر از افراد بزرگسال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه شرکت کردند. اکثریت آنان زن (۶۸/۳ درصد)، متأهل (۷۶/۳ درصد)، ساکن خانه ملکی (۷۳/۷ درصد)، دارای عدم سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی (۹۶ درصد) و عدم سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی (۹۹/۷ درصد) بودند (جدول ۱). در مورد متغیرهای کمی، میانگین و انحراف معیار سن در افراد تحت پژوهش $35/02 \pm 9/849$ بود (جدول ۲). همچنین میانگین و انحراف معیار پریشانی روان‌شناختی در افراد تحت پژوهش $8/32 \pm 11/19$ است (جدول ۳).

در آزمون‌های آمار استنباطی نتایج تی‌تست نشان داد که میانگین نمره کل پریشانی روان‌شناختی برحسب جنسیت، وضعیت اشتغال و سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی دارای اختلاف آماری معناداری است. به‌طوری‌که میانگین نمره کل پریشانی روان‌شناختی در زنان بیشتر از مردان، در افراد غیر شاغل بیشتر از افراد شاغل و در افرادی که سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی دارند بیشتر از افرادی است که سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی ندارند (جدول ۴). نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین نمره کل پریشانی روان‌شناختی برحسب وضعیت درآمد و وضعیت تأهل دارای اختلاف آماری معناداری است به‌طوری‌که هر قدر سطح درآمد پایین‌تر باشد میانگین نمره کل پریشانی روان‌شناختی بیشتر است. همچنین پریشانی روان‌شناختی در مطلقه‌ها بیشتر از مجردها و متأهل‌ها و در مجردها بیشتر از متأهل‌ها است (جدول ۵).

در راستای کنترل عوامل مخدوش‌کننده از تحلیل چندمتغیره به روش رگرسیون چندمتغیره خطی با متد Backward استفاده شد. متغیر پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر وابسته و متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل، وضعیت خانه مسکونی و سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی به‌عنوان متغیرهای مستقل وارد شدند که در مدل نهایی، وضعیت خانه مسکونی $p=0/03$ و $B=1/94$ و $Beta=0/18$ ، وضعیت

روان‌شناختی ۰/۳۲ واحد افزایش و به ازای یک واحد افزایش در وضعیت اشتغال (از غیر شاغل به شاغل) نمره پریشانی روان‌شناختی ۰/۳۹ واحد کاهش می‌یابد. همچنین شاخص‌های برازش مدل حاکی از کفایت لازم بر توانایی آن در پیش‌بینی نمره پریشانی روان‌شناختی است ($R=0.81, R^2=0.67, \text{Adjusted } R^2=0.66$) (جدول ۶).

اشتغال ($p<0/01$ و $B=-3/48$ و $\text{Beta}=-0/39$) و وضعیت تأهل ($p<0/01$ و $B=3/35$ و $\text{Beta}=0/32$) در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ معنادار گزارش شدند. نتایج نشان داد که به ازای یک واحد افزایش در وضعیت خانه مسکونی (از ملکی به استیجاری) نمره پریشانی روان‌شناختی ۰/۱۸ واحد افزایش، به ازای یک واحد افزایش در وضعیت تأهل (از متأهل به مجرد و مطلقه) نمره پریشانی

جدول (۱): مشخصات جمعیت‌شناختی کیفی شرکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مؤنث	۶۸/۳
	مذکر	۳۱/۷
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵/۱
	دیپلم	۲۴/۰
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۴۲/۳
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۱۸/۶
وضعیت اشتغال	بیکار	۲/۰
	خانه‌دار	۳۴/۹
	دانشجو	۱۳/۷
	شغل آزاد	۲۳/۷
	کارمند دولت	۲۵/۷
	دخل کمتر از خرج	۴۵/۱
درآمد	دخل برابر با خرج	۴۸/۶
	دخل بیشتر از خرج	۶/۳
	مجرد	۲۱/۱
وضعیت تأهل	متأهل	۷۶/۳
	مطلقه	۲/۶
	بیوه	۰
	ملکی	۲۳/۷
وضعیت خانه مسکونی	استیجاری	۲۶/۳
	دارد	۴
سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی	ندارد	۹۶
	دارد	۰/۳
سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی	ندارد	۹۹/۷
	دارد	۳۴۹

جدول (۲): مشخصات جمعیت‌شناختی کمی شرکت‌کنندگان

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۱۹	۶۵	۳۵/۰۲	۹/۸۴۹

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار پریشانی روان‌شناختی در افراد تحت پژوهش

متغیر	دامنه نمرات	حداقل	حداکثر	میانگین \pm انحراف معیار
پریشانی روان‌شناختی	۰-۴۰	۰	۳۹	۱۱/۱۹ \pm ۸/۳۲

جدول (۴): پریشانی روان‌شناختی برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی با استفاده از تی‌تست

متغیر	میانگین	انحراف معیار	معداری
زن	۱۲/۱۷	۸/۷۳	۰/۰۰۷
مرد	۹/۰۸	۶/۹۲	
وضعیت اشتغال	۱۳/۱۸	۹/۱۶	۰/۰۰
غیر شاغل	۹/۱۵	۶/۷۹	
سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی	۱۸/۲۱	۱۲/۳۱	۰/۰۰۴
	ندارد	۱۰/۸۹	

جدول (۵): مقایسه پریشانی روان‌شناختی برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی با استفاده از آنالیز واریانس یک‌طرف

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
وضعیت درآمد	۱۲/۵۵	۹/۳۳	۰/۰۱۶
	۱۰/۲۲	۷/۲۷	
	۸/۸۶	۶/۷۹	
وضعیت تأهل	۱۲/۹۴	۸/۹۴	< ۰/۰۱
	۱۰/۴۹	۸/۰۷	
	۱۷/۴۴	۵/۹۸	
	مطلقه		

جدول (۶): نتایج تحلیل رگرسیون خطی جهت پیش‌بینی نمره کل پریشانی روان‌شناختی

متغیر پیش‌بین	T	Beta	S.E	B	Sig
وضعیت خانه مسکونی	۲/۱۲	۰/۱۸	۰/۹۱	۱/۹۴	۰/۰۳
وضعیت اشتغال	-۴/۱۷	-۰/۳۹	۰/۸۳	-۳/۴۸	< ۰/۰۱
وضعیت تأهل	۳/۸۷	۰/۳۲	۰/۸۶	۳/۳۵	< ۰/۰۱

R=۰/۸۱ R square=۰/۶۷ Adjusted R square=۰/۶۶

بحث

این مطالعه باهدف تعیین پریشانی روان‌شناختی و ارتباط آن با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی در افراد بزرگسال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه در سال ۱۴۰۳ انجام شد. در این پژوهش میانگین کل نمره پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان ۱۱/۱۹ از ۴۰ به دست آمد. با توجه به نبود نقطه برش در پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر، هر قدر فرد نمره پایین‌تری کسب کند وضعیت روان‌شناختی بهتری دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اکثریت شرکت‌کنندگان، زن، متأهل و دارای سطح تحصیلات لیسانس بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۵/۰۲ بود. نتایج حاکی از آن بود که میانگین نمره کل پریشانی روان‌شناختی در زنان بیشتر از مردان است. از آنجایی که در پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی هر قدر فرد نمره بالاتری کسب کند وضعیت روان‌شناختی بدتری دارد بنابراین در این پژوهش به‌طور میانگین زنان نسبت به مردان از وضعیت روان‌شناختی بدتری برخوردار بوده‌اند. یک مطالعه مبتنی بر جمعیت با موضوع «پریشانی

روان‌شناختی در بین بازماندگان زلزله در ایران» با استفاده از پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی نیز نشان داد که جنسیت زن با پریشانی روان‌شناختی شدید مرتبط است (۲۰) ماتود^۱ و همکاران در پژوهشی برای بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پریشانی روان‌شناختی در اسپانیا نیز به نتیجه مشابه رسیدند (۲۱). در پژوهش ویرتیو^۲ و همکاران نیز زنان نسبت به مردان پریشانی روان‌شناختی بالاتری داشتند (۲۲). در یک پژوهش دیگر با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در پریشانی روان‌شناختی در میان پناهندگان آسیای جنوب شرقی» نشان داده شد که تفاوت‌های جنسیتی در پیش‌بینی‌کننده‌های پریشانی وجود دارد و زنان پناهنده به‌طور قابل‌توجهی سطوح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی را نسبت به هم‌تایان مرد خود گزارش کردند (۲۳). نقش‌های اجتماعی که به‌طور سنتی به زنان و مردان نسبت داده می‌شود و تفاوت در استفاده از زمان که چنین نقش‌هایی به همراه دارد با تفاوت‌های جنسیتی در پریشانی روان‌شناختی مرتبط است. پریشانی زنان با زمان بیشتری که روزانه به مراقبت از کودکان اختصاص می‌یابد و زمان کمتری که

^۱ Matud

^۲ Viertio

به فعالیت‌هایی که از آن‌ها لذت می‌برند پرداخته می‌شود مرتبط است (۲۱).

نتایج همچنان حاکی از آن بود که پریشانی روان‌شناختی در افراد غیر شاغل بیشتر از افراد شاغل است. منتظری و همکاران در نتیجه پژوهش خود گزارش داده‌اند که بیکاری با پریشانی روان‌شناختی شدید مرتبط است (۲۰). آجدوت^۱ و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بیکاری به‌طور مستقل با پریشانی روان‌شناختی بیشتر مرتبط است. اشتغال نه‌تنها رفاه ذهنی افراد را با توانمند ساختن آن‌ها برای داشتن درآمد برای خرید کالا و خدمات افزایش می‌دهد، بلکه از طریق ارضای نیازهای بزرگ‌تر و عمیق‌تر انسانی نیز کمک می‌کند. اشتغال به هویت شخصی، معنای زندگی و ارتباط با نهادهای اجتماعی کمک می‌کند و همچنین به‌عنوان منبعی برای عزت‌نفس عمل می‌کند. این عوامل ممکن است توضیح دهند که چرا اثرات مضر بیکاری بر رفاه ذهنی معمولاً وجود دارد (۲۴).

نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی برحسب وضعیت درآمد دارای اختلاف آماری معناداری است به‌طوری‌که هرقدر سطح درآمد پایین‌تر باشد پریشانی روان‌شناختی بیشتر است. کارون^۲ و همکاران نشان دادند نرخ بالای پریشانی روان‌شناختی که در میان کانادایی‌های فقیر یافت می‌شود در اکثر متغیرهای جمعیت‌شناختی اجتماعی و در سراسر ده استان کانادا ثابت بود. این نظرسنجی اکثر مطالعات اپیدمیولوژیک انجام‌شده در سراسر جهان را تأیید کرد و نشان داد که افراد با پایین‌ترین وضعیت اجتماعی اقتصادی آسیب‌پذیرترین افراد در برابر پریشانی روان‌شناختی هستند (۲۵). کوزیدو^۳ و همکاران به این نتیجه رسیدند که تعلق به بالاترین طبقه درآمد خانوار به‌ویژه از افسردگی در زنان محافظت می‌کند و موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین با شروع افسردگی همراه است. ویژگی‌های طبقه شغلی و درآمد خانوار ممکن است به ترتیب برای ایجاد افسردگی در مردان و زنان مرتبط‌تر باشد. وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا ممکن است از طریق منابع شخصی مانند سبک‌های مقابله‌ای مطلوب، یا درجه بالایی از حمایت اجتماعی و عزت‌نفس، تأثیر فشار روانی-اجتماعی را خنثی کند (۲۶).

نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی برحسب وضعیت تأهل دارای اختلاف آماری معناداری است و در مطلقه‌ها بیشتر از همه و در مجردها بیشتر از متأهل‌هاست. بیرمن^۴ اظهار می‌دارد ازدواج ممکن است با جلوگیری

از اثرات مضر عوامل استرس‌زای مزمن به سلامت روان کمک کند، وضعیت تأهل تا حدودی با تعدیل پیامدهای زبان‌آور عوامل استرس‌زای مزمن بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. وضعیت تأهل می‌تواند تأثیرات استرس بر پریشانی روان‌شناختی را تعدیل کند، زیرا ازدواج، نماینده‌ای برای قرار گرفتن در سطح بالایی از دل‌بستگی اجتماعی با درجاتی از صمیمیت عاطفی و حمایت است (۲۷).

نتایج نشان داد که «پریشانی روان‌شناختی» در افراد دارای سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی بیشتر از افراد فاقد سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی است. در پژوهش برسلو^۵ و همکاران نیز پریشانی روان‌شناختی با جنسیت، درآمد خانوار و منطقه سرشماری مرتبط بود (۲۸).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت خود اظهاری پرسشنامه اشاره کرد که نحوه پاسخ‌دهی شرکت‌کننده را از کنترل پژوهشگر خارج می‌کرد همچنین برخی افراد واجد شرایط دچار عدم تمایل و اعتماد به شرکت در پژوهش بودند که در این خصوص سعی شد توضیحات کافی را در کمال آرامش و حوصله در مورد پژوهش به ایشان ارائه داده و با جلب اعتمادشان اقدام به اخذ رضایت آگاهانه کرد.

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش پیشنهاد می‌شود این موضوع در سایر جوامع آماری نیز انجام گیرد تا بستری برای مقایسه نتایج حاصل با نتایج پژوهش حاضر فراهم شود همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی با ابعاد بزرگ‌تر در این موضوع انجام شود تا دقت مطالعه بیشتر شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر بالا بودن پریشانی روان‌شناختی در زنان نسبت به مردان توصیه می‌شود سیاست‌گذاران عرصه سلامت تدابیری جهت بهبود و ارتقا وضعیت روان‌شناختی زنان جامعه داشته باشند. همچنین با توجه به بالا بودن پریشانی روان‌شناختی در افراد غیر شاغل و افرادی که وضعیت اقتصادی پایینی داشتند نسبت به افراد شاغل و افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند توصیه می‌شود سیاست‌گذاران و مسئولان تدابیری جهت کاستن از بیکاری، ایجاد شغل‌های سالم برای آحاد بزرگسالان جامعه و همچنین تمهیداتی جهت ارائه تسهیلات اقتصادی به آحاد جامعه خصوصاً طبقه فرودست اقتصادی در نظر داشته باشند. از آنجایی‌که طبق نتایج حاصل از پژوهش حاضر سطح پریشانی روان‌شناختی در مطلقه‌ها بیشتر از دو گروه متأهل‌ها و

⁴ Bierman

⁵ Breslau

¹ Achdut

² Caron

³ Kosidou

حمایت مالی:

این تحقیق با حمایت معاونت محترم فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

تضاد منافع:

نویسندگان این مقاله هیچ تضاد منافی را گزارش نمی‌کنند.

ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1403.052 است همچنین این مطالعه در هیچ نشریه دیگری به چاپ نرسیده است. نتایج تحقیق بر مبنای صداقت، دقت و به زبانی ساده منتشر شده است. همچنین حقوق مادی و معنوی تیم پژوهش و همه همکاران، رعایت گردید و از هرگونه سرقت ادبی پرهیز شد.

مجردها بود پیشنهاد می‌شود مسئولان مربوطه جهت ارائه آموزش‌ها و مشاوره‌های روان‌شناختی برای افراد مطلقه تدارک‌هایی ببینند. همچنین با توجه به این که سطح پریشانی روان‌شناختی در مجردها بیشتر از متأهل‌ها بود پیشنهاد می‌شود مسئولان مربوطه جهت تسهیل ازدواج بزرگسالان جامعه تمهیدات لازم را ببیندیشند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد روان پرستاری، در سال ۱۴۰۳ است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اجرا شده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارومیه و تمامی متصدیان و شرکت‌کنندگانی که در این طرح ما را یاری فرمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References:

1. Root E, Caskie G. eMental Health Literacy and Psychological Distress as Predictors of Barriers to Mental Health Services. *Innov Aging* 2021;5(Suppl 1):859. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.3136>
2. Noorbala A. Psychosocial health and strategies for improvement. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011;17(2):151-6.
3. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370(9590):859-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
4. Herrman H, Jané-Llopis E. The status of mental health promotion. *Public Health Rev* 2012;34:1-21. <https://doi.org/10.1007/BF03391674>
5. Noorbala AA, Maleki A, Yazdi SAB, Faghihzadeh E, Hoseinzadeh Z, Hajibabaei M, et al. Survey on mental health status in Iranian population aged 15 and above one year after the outbreak of COVID-19 disease: A population-based study. *Arch Iran Med* 2022;25(4):201-8.
6. Alizade Z, Rejali M, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Investigation of psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress) in adult population of Isfahan province. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2016;3(4):42-8.
7. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs* 2004;45(5):536-45. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
8. Goliroshan S, Jafari S, Khirkhah F. Role of perceived social support and job satisfaction on psychological distress of clinical nurses. *Koomesh* 2020;22(4):633-43. <https://doi.org/10.29252/koomesh.22.4.633>
9. Ali AM, Atout M, Al-Amer R. Psychological distress in healthy, vulnerable, and diseased groups: Neurobiological and psychosocial bases, detection methods, and creative management strategies. *Front Media SA* 2023;1185503. <https://doi.org/10.3389/978-2-8325-2398-8>
10. Sirois FM, Owens J. Factors associated with psychological distress in health-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. *Front Psychiatry* 2021;11:589545. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589545>
11. Arvidsdotter T, Marklund B, Kylén S, Taft C, Ekman I. Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scand J Caring Sci* 2016;30(4):687-94. <https://doi.org/10.1111/scs.12289>
12. Alizadeh A, Khankeh HR, Barati M, Ahmadi Y, Hadian A, Azizi M. Psychological distress among

- Iranian health-care providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2020;20:1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02889-2>
13. Pehlivan Ş, Tokur Kesgin M, Uymaz P. Psychological distress and mental health literacy in university students. *Perspect Psychiatr Care* 2021;57(3).
<https://doi.org/10.1111/ppc.12709>
14. Mahmoodi MH, Ahmadzad-Asl M, Rasoulia M. Mental health positive knowledge questionnaire: translation and cultural adaptation and psychometric properties. *Soc Welfare Q* 2021;21(82):245-73.
15. Silva BFPd, Santos-Vitti L, Faro A. Kessler Psychological distress scale: internal structure and relation to other variables. *Psico-USF* 2021;26(1):91-101. <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260108>
16. Winefield HR, Gill TK, Taylor AW, Pilkington RM. Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychol Well-Being* 2012;2:1-14. <https://doi.org/10.1186/2211-1522-2-3>
17. Pereira A, Oliveira CA, Bártolo A, Monteiro S, Vagos P, Jardim J. Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Cien Saude Colet* 2019;24(3):729-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
18. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Appl Psychol Res Q* 2016;6(4):45-57.
19. Peixoto EM, Zanini DS, de Andrade JM. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Kessler Distress Scale (K10): an application of the rating scale model. *Psicol Reflex Crit* 2021;34:21.
<https://doi.org/10.1186/s41155-021-00186-9>
20. Montazeri A, Baradaran H, Omidvari S, Azin SA, Ebadi M, Garmaroudi G, et al. Psychological distress among Bam earthquake survivors in Iran: a population-based study. *BMC Public Health* 2005;5:1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-4>
21. Matud MP, Bethencourt JM, Ibáñez I. Gender differences in psychological distress in Spain. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61(6):560-8.
<https://doi.org/10.1177/0020764014564801>
22. Viertiö S, Kiviruusu O, Piirtola M, Kaprio J, Korhonen T, Marttunen M, et al. Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health* 2021;21:1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>
23. Chung RC-Y, Bemak F, Kagawa-Singer M. Gender differences in psychological distress among Southeast Asian refugees. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(2):112-9.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199802000-00007>
24. Achdut N, Refaeli T. Unemployment and psychological distress among young people during the COVID-19 pandemic: Psychological resources and risk factors. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(19):7163.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17197163>
25. Caron J, Liu A. Factors associated with psychological distress in the Canadian population: a comparison of low-income and non low-income sub-groups. *Community Ment Health J* 2011;47:318-30.
<https://doi.org/10.1007/s10597-010-9306-4>
26. Kosidou K, Dalman C, Lundberg M, Hallqvist J, Isacson G, Magnusson C. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: a population-based study. *J Affect Disord* 2011;134(1-3):160-7.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.024>
27. Bierman A. Functional limitations and psychological distress: Marital status as moderator. *Soc Ment Health* 2012;2(1):35-52.
<https://doi.org/10.1177/2156869312442884>
28. Breslau J, Finucane ML, Locker AR, Baird MD, Roth EA, Collins RL. A longitudinal study of psychological distress in the United States before and during the COVID-19 pandemic. *Prev Med* 2021;143:106362.
<https://doi.org/10.1016/j.jypmed.2020.106362>

INVESTIGATING PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND ITS RELATIONSHIP WITH SOME DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN ADULTS REFERRING TO URMIA'S COMPREHENSIVE URBAN HEALTH SERVICE CENTERS IN 2024

Shalaleh Ahmadnezhad¹, Moloud Radfar^{*2}, Hossein Jafarizadeh³, Javad Rasouli⁴

Received: 23 December, 2024; Accepted: 08 March, 2025

Abstract

Background & Aim: Psychological distress refers to the general concept of maladaptive psychological functioning in response to specific stressful life events that can cause permanent or temporary harm to the individual. Determining psychological distress in individuals allows for early diagnosis of mental problems. Therefore, this study was conducted to determine psychological distress and its relationship with some demographic characteristics in adults referring to Urmia's comprehensive urban health service centers in 2024.

Materials & Methods: In this descriptive cross-sectional-correlational study, 350 adults referring to Urmia's comprehensive urban health service centers who met the inclusion criteria were selected through multistage sampling and data were collected using Kessler's demographic characteristics and psychological distress questionnaires. For descriptive results, central tendency and frequency indices (percentages) were used, and for analytical results, a t-test, one-way analysis of variance, and linear regression were used to examine the relationship between variables and make prediction.

Results: Based on the results of this study, the average total psychological distress score among participants was 11.19 out of 40. Psychological distress among participants had statistically significant differences in terms of demographic variables such as gender, employment status, income status, marital status, and history of psychiatric medication use. Also, employment status, housing status, and marital status were able to predict psychological distress and explained 67 percent of the psychological distress score.

Discussion: Given the higher level of psychological distress in the studied women, unemployed individuals, individuals with lower income levels, and divorced individuals, it is recommended that health policymakers develop plans to improve psychological status and prevent the occurrence of serious mental disorders in these groups.

Keywords: Kessler Psychological Distress Scale, Mental Health Screening, Predictors of Mental Health, Psychological Distress, Urban Health Services

Address: Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984532557545

Email: mradfar1343@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran