

## ارزیابی شیوع پریشانی روانی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در جمعیت 18 تا 65 سال استان خراسان رضوی: یک مطالعه مقطعی در ابعاد بسیار بزرگ

زهرا رحیمی<sup>1</sup>، حبیب الله اسماعیلی<sup>2</sup>، علی تقی پور<sup>3</sup>، احسان موسی فرخانی<sup>4</sup>، جمشید جمالی<sup>5</sup>

<sup>1</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>2</sup> استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>3</sup> استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>4</sup> دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>5</sup> استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده رابط: جمشید جمالی، نشانی: مشهد، خیابان دانشگاه، بین دانشگاه 16 و 18، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی، تلفن: 05131892706.

پست الکترونیک: jamalij@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: 98/07/2؛ پذیرش: 99/09/01

**مقدمه و اهداف:** پریشانی روانی یکی از اختلالات خفیف روانی است که می‌تواند به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده برای بیماری‌های روانی جدی مانند اختلالات افسردگی و اضطراب مورد استفاده قرار گیرد. این اختلالات به‌عنوان پیشگویی کننده مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سکنه مغزی و سرطان مطرح می‌باشند. در این مطالعه، شیوع پریشانی روانی و عوامل مرتبط با آن را در یک جمعیت عمومی در خراسان رضوی ارزیابی می‌نماییم.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به‌صورت مقطعی در سال 1397 انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه 1103945 فرد 18 تا 65 سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت استان خراسان رضوی است. در این مطالعه، از چک‌لیست اطلاعات جمعیت-شناختی و پرسشنامه K-6 جهت ارزیابی شیوع پریشانی روانی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد  $35/99 \pm 10/46$  سال و 62/10% افراد زن، 86% متأهل و 78/90% دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم بودند. نرخ پاسخگویی 98/6% بود. میزان شیوع پریشانی روانی 10/10% ارزیابی شد. نتایج برازش رگرسیون لجستیک رابطه معنی‌داری بین سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل سکونت و نوع شغل با پریشانی روانی را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه شیوع پریشانی روانی در سطح پایین برآورد گردید. بر اساس نسبت شانس زنان مطلقه، بی‌سواد، خانه‌دار و ساکن شهرهای بزرگ، گروه پرخطر پریشانی روانی شناسایی شدند. بر این اساس و با توجه به حضور تعداد افراد قابل توجه در این مطالعه، لزوم تدوین راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و درمان و ارائه آموزش‌های لازم برای گروه‌های مذکور احساس می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** مطالعه مقطعی، پریشانی روانی، پرسشنامه K-6، خراسان رضوی

### مقدمه

به‌عنوان شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی مطرح هستند.

پریشانی روانی نوعی از اختلالات خفیف روانی است که به‌عنوان یک شاخص سلامت روان، در مطالعات جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک مورد استفاده قرار می‌گیرد. پریشانی روانی معمولاً به‌عنوان رنج عاطفی شناخته می‌شود که با علائم افسردگی (مانند: بی‌علاقگی، غم و اندوه، ناامیدی) و اضطراب (مانند: بی‌قراری، احساس تنش) شناخته می‌شود (4). به‌عبارت‌دیگر، پریشانی روانی برای توصیف دوره‌های کوتاه‌مدت اما حاد از یک آشفتگی خاص روانی به کار می‌رود که ابتدا با مشخصه‌های افسردگی یا اضطراب تظاهر می‌کند و می‌تواند نوعی ناهنجاری تلقی شود که مسئول

زندگی در عصر پرتنش کنونی و قرار گرفتن در معرض استرس‌های اجتماعی و اقتصادی موجب افزایش شیوع مشکلات روانی شده است. بر طبق برآوردها، 12% از بار کل بیماری‌ها در جهان به‌واسطه اختلالات روانی است و انتظار می‌رود در سال 2020 به 15% افزایش یابد (1). این اختلالات به‌نوبه خود به‌عنوان پیشگویی کننده قوی برای مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی، سکنه مغزی و سرطان مطرح هستند (2).

شیوع اختلالات روانی در جهان در سال 2016 حدود 15/5% برآورد شده است که این میزان در بین کشورهای مختلف از 13 تا 22٪ متغیر است (3). شیوع این اختلالات در ایران، 21 تا 39/6% گزارش شده است (3). افسردگی، اضطراب و پریشانی روانی

یک میلیون از ساکنان استان، قصد دارد با بررسی وضعیت پریشانی روانی مراجعین 18 تا 65 سال مراکز بهداشت استان، شناسایی عوامل مرتبط بر پریشانی روانی، در ارائه پیشنهادها و برنامه‌های مناسب به منظور ارائه بهتر خدمات بهداشت روان برای افراد مستعد اختلالات روانی، یاری رساند.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی در سال 1397 بر روی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت استان خراسان رضوی انجام گرفت. اطلاعات موردنیاز برای این مطالعه از بانک اطلاعات سیستم ثبت الکترونیکی سلامت سینا (SinaEHR®) با نظارت دانشگاه علوم پزشکی مشهد استخراج شد. سامانه سینا از سال 1395 در استان خراسان رضوی به منظور ثبت الکترونیکی پرونده‌های سلامت مراجعین به مراکز بهداشت استان مورد استفاده قرار می‌گیرد. اطلاعات ثبت‌شده در این سامانه شامل اطلاعات جمعیت شناختی، سوابق سلامت هر فرد، گزارش پزشکان و مراقبان سلامت و فرم‌های غربالگری و مراقبت گروه‌های سنی است. از جمله فرم‌های غربالگری مورد استفاده در این سامانه، پرسشنامه K-6 است. در این مطالعه اطلاعات کلیه مراجعینی که در نیمه نخست سال 1397 برای اولین بار به مراکز بهداشت مراجعه نموده‌اند؛ و در محدوده سنی 18 تا 65 سال پرسشنامه K-6 برای ایشان تکمیل گردیده است، تمام شماری شدند. معیار ورود افراد پاسخ به حداقل 50 درصد سؤالات پرسشنامه (3 سؤال) است. همچنین افرادی که در گذشته تشخیص مشکل اعصاب و روان داشته‌اند، از مطالعه خارج گردیدند.

مراجعه داوطلبانه، محرمانه بودن اطلاعات هویتی و عدم افشای نام افراد از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش بوده است. این مطالعه با شناسه اخلاق IR.MUMS.REC.1398.058 در کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی تصویب گردیده است.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه علاوه بر چکلیست اطلاعات جمعیت شناختی شامل: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، محل سکونت و سؤالات مربوط به سابقه بیماری روانی، مقیاس پریشانی روان شناختی کسلر (K-6) است. پرسشنامه K-6 ابزاری برای شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی در یک ماه اخیر است و وضعیت سلامت روان جامعه را ارزیابی می‌کند. این فرم چگونگی احساسات ماه گذشته افراد در 6 حیطه: (1 تا حدی ناراحت و اندوهگین که هیچ چیز شما را خوشحال

تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله تخصصی است (5). در این شرایط شور و شوق زندگی کاهش یافته، احساس دل‌شکستگی و ناامیدی به حاکمیتی غالب تبدیل می‌گردد (5). پریشانی روانی شدید یک پیش‌بینی کننده برای بیماری‌های روانی جدی مثل اختلالات شدید افسردگی و اضطراب است (1).

مطالعات مختلفی به منظور بررسی شیوع پریشانی در جهان در سال‌های اخیر انجام شده است. مورگان و همکاران در سال 2018 مطالعه‌ای روی افراد بزرگ‌تر از 18 سال در شهر پودوچری هند انجام دادند و شیوع پریشانی روانی را 20/2٪ ارزیابی نمودند (1). در مطالعه‌ای دیگر در بین دانشجویان دانشگاه شهر کرالای هند، شیوع پریشانی روانی 34/8٪ گزارش گردید (6). در مطالعه‌ای مشابه در بین دانشجویان تحصیلات تکمیلی شهری در هند، میزان شیوع 28/3٪ برآورد شد (7). مطالعه‌ای دیگر در بررسی شیوع پریشانی روانی در میان 4326 خانوار، این میزان را 26/59٪ اندازه‌گیری نمود (4). در مطالعه‌ای با ابعاد بزرگ در ژاپن، شیوع پریشانی روانی در سال 2016، 4/15٪ ارزیابی گردید (8). همچنین در یک بررسی توسط نوربالا و همکاران در سال 2015 روی 35813 نفر، وضعیت پریشانی روانی از طریق پرسشنامه GHQ-28 سنجیده شد و نتایج حاکی از آن بود که در شهر مشهد 22/77٪ از پریشانی روانی رنج می‌برند (9). در مطالعات بالا عوامل متعددی می‌تواند با پریشانی روانی مرتبط باشد؛ از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و محل سکونت (12-1,4,6).

مطالعات انجام شده در مناطق مختلف جهان نشان از شیوع بالای پریشانی روانی در سال‌های اخیر را دارد. چنین روندی، لزوم به‌کارگیری مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی مناسب و برنامه‌ریزی مدون در جهت ارائه خدمات بهداشت روان در مراکز بهداشت به‌خصوص برای گروه‌های پرخطر پریشانی روانی به‌منظور پیشگیری از اختلالات روانی جدی را ایجاد کرده است. بدین منظور، مطالعات اپیدمیولوژیک پریشانی روانی در تعیین وضعیت سلامت روان عمومی جامعه، شناسایی عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن و همچنین برآورد منابع موردنیاز برای ارائه خدمات بهداشتی بهتر در کشور نقش مهمی دارد. مراکز بهداشت می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در تشخیص، مراقبت و درمان گروه‌های پرخطر سلامت روان در جامعه را داشته باشد. همچنین ارزیابی شیوع و بررسی ویژگی‌های مرتبط با پریشانی روانی به‌طور هم‌زمان در مطالعه‌ای با ابعاد بزرگ، خصوصاً در ایران کمتر صورت پذیرفته است. لذا این پژوهش با در دسترس داشتن اطلاعات بیش از

5/57% احساس اضطراب و بی‌قراری، 3/57% احساس یأس و ناامیدی و درنهایت 1/98% همیشه یا بیشتر اوقات احساس پوچی و بی‌ارزشی داشته‌اند. اما نتایج در افراد دارای پریشانی روانی شدید متفاوت است: 61/69% از افراد طی یک ماه اخیر همیشه یا بیشتر اوقات احساس اندوه را تجربه کردند؛ 24/96% احساس دشواری و مشکل در انجام کارها، 42/72% احساس عصبی بودن، 45/37% احساس اضطراب و بی‌قراری، 32/95% احساس یأس و ناامیدی و درنهایت 19/29% همیشه یا بیشتر اوقات احساس پوچی و بی‌ارزشی داشته‌اند.

ساکنان شهرهای بزرگ، بیشترین شیوع پریشانی روانی را داشتند که در جدول 2 به تفصیل، فراوانی و شیوع آن‌ها آورده شده است. در این جدول مشاهده می‌شود که میزان پریشانی روانی در شهر قوچان حتی بیشتر از کلان‌شهر مشهد است.

نسبت شانس داشتن پریشانی روانی در افراد 50-59 سال 11% بیشتر از گروه سنی 60-65 سال برآورد شد. همچنین این میزان در گروه سنی جوان (18-29) نسبت به گروه سالمند (60-65) 50% کمتر بود. نسبت شانس پریشانی روانی در مردان نسبت به زنان 0/41 ارزیابی شد. این میزان در افراد بیوه و مطلقه به ترتیب 19% و 81% بیشتر از مجردان است. شانس داشتن پریشانی روانی در افراد با تحصیلات دانشگاهی و حوزوی کمتر از افراد بی‌سواد است. شاغلین آزاد نصف افراد بیکار شانس داشتن پریشانی روانی دارند. اما این میزان در بین افراد دارای شغل دولتی و سایر مشاغل نسبت به بیکاران تقریباً نزدیک است. شانس ابتلا به پریشانی روانی در ساکنان کلان‌شهر و حاشیه شهر بیش از سه برابر ساکنان روستا و عشایر است. این میزان در افراد ساکن شهرهای قوچان و کاشمر، چهار برابر ساکنان روستا و عشایر است.

ساکنان شهرهای بزرگ، بیشترین شیوع پریشانی روانی را داشتند که در جدول 2 به تفصیل، فراوانی و میزان شیوع آن‌ها آورده شده است. در این جدول مشاهده می‌شود که شیوع پریشانی روانی در شهر قوچان حتی بیشتر از کلان‌شهر مشهد است.

نسبت شانس داشتن پریشانی روانی در افراد 50-59 سال 11% بیشتر از گروه سنی 60-65 سال برآورد شد. همچنین این میزان در گروه سنی جوان (18-29) نسبت به گروه سالمند (60-65) 50% کمتر بود. نسبت شانس پریشانی روانی در مردان نسبت به زنان 0/41 ارزیابی شد. این میزان در افراد بیوه و مطلقه به ترتیب 19% و 81% بیشتر از مجردان است. شانس داشتن پریشانی روانی در افراد با تحصیلات دانشگاهی و حوزوی کمتر از افراد بی‌سواد است. شاغلین آزاد نصف افراد بیکار شانس داشتن پریشانی روانی

نکند (2) بی‌قراری (3) عصبی بودن یا دستپاچگی (4) ناامیدی (5) درماندگی (6) احساس پوچی و بی‌ارزشی را بر اساس طیف لیکرت از "هیچ‌وقت" تا "همیشه" ارزیابی می‌کند و از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌گردد؛ لذا حداکثر نمره آن برابر با 24 است (13). نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده پریشانی روانی شدید است. نقطه برش مورد استفاده در این مطالعه نمره 10 در نظر گرفته شد (14). این نقطه برش از استانداردسازی این ابزار در ایران (آلفای کرونباخ 0/98، حساسیت 0/73، ویژگی 0/78 و ارزش اخباری مثبت 0/52) به دست آمده است (14).

در این پژوهش، برای توصیف داده‌ها از فراوانی و درصد و یا میانگین و انحراف معیار؛ و به منظور بررسی متغیرهای زمینه‌ای مرتبط با پریشانی روانی، با در نظر گرفتن نقطه برش 10 برای پرسشنامه K-6، متغیر کمی نمره پریشانی روانی را به متغیر کیفی دوحالتی تغییر داده و با برازش رگرسیون لجستیک به داده‌ها نتایج را تحلیل نمودیم. نرم‌افزار مورد استفاده در این مطالعه SPSS-25 است.

## یافته‌ها

از بین 110394 نفر، 62/10% زن، 86% متأهل، 78/90% دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و 41/20% ساکنان روستا و عشایر بودند. میانگین سن افراد  $10/46 \pm 35/99$  سال بودند. بیشتر افراد مراجعه‌کننده در محدوده سنی 30-39 سال (36/80%) بودند. ویژگی‌های جمعیت شناختی جمعیت مورد مطالعه در جدول 1 آورده شده است.

میانگین نمره پرسشنامه K-6،  $28/3 \pm 01/4$  بود. با در نظر گرفتن نقطه برش 10 برای پرسشنامه K-6، میزان پریشانی روانی در استان 10/10٪ ارزیابی شد. شیوع پریشانی روانی در زنان بیوه، ساکنان شهرهای 50 تا 500 هزار نفری (شامل قوچان و کاشمر) و در محدوده سنی 50-59 سال بیشتر از سایر گروه‌ها بود. افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، دیپلم و زیر دیپلم و شاغلین آزاد و دولتی شیوع پریشانی روانی کمتری داشتند.

میانگین نمره پرسشنامه،  $4/01 \pm 3/28$  و میانگین سؤالات پرسشنامه در ابعاد مربوط به ناراحتی  $1/07 \pm 1/04$ ، بی‌قراری  $0/93 \pm 0/63$ ، عصبی  $0/908 \pm 0/59$ ، درماندگی  $0/77 \pm 0/37$ ، ناامیدی  $0/81 \pm 0/42$ ، حس بی‌ارزشی  $0/64 \pm 0/24$  بود.

10/56% از افراد طی یک ماه اخیر همیشه یا بیشتر اوقات احساس غم و اندوه را تجربه کردند؛ 2/87% احساس دشواری و مشکل در انجام کارها، 4/85% احساس عصبی بودن و دستپاچگی،

دارند. اما این میزان در بین افراد دارای شغل دولتی و سایر مشاغل نسبت به بیکاران تقریباً نزدیک است. شانس ابتلا به پریشانی روانی در ساکنان کلان‌شهر و حاشیه شهر بیش از سه برابر ساکنان روستا و عشایر است. این میزان در افراد ساکن شهرهای قوچان و کاشمر، چهار برابر ساکنان روستا و عشایر است.

جدول شماره 1- فراوانی و شیوع پریشانی روانی به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها	سطوح متغیر	فراوانی (درصد)	میزان پریشانی روانی (درصد)
جنسیت	مرد	418081 (37/90)	23358 (5/59)
	زن	685864 (62/10)	87986 (12/83)
سن	18-29	332772 (30/10)	24631 (7/40)
	30-39	406541 (36/80)	38909 (9/57)
	40-49	219576 (19/90)	27367 (12/46)
	50-59	129000 (11/70)	18207 (14/11)
	60-65	16056 (1/50)	2230 (13/89)
وضعیت تأهل	متأهل	949207 (86/00)	96165 (10/13)
	بیوه	16452 (1/50)	3526 (21/43)
	مطلقه	11999 (1/10)	2542 (21/18)
	مجرد	108481 (9/80)	6441 (5/94)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	95145 (8/60)	12845 (13/50)
	دیپلم و زیردیپلم	870946 (78/90)	86255 (9/90)
	دانشگاهی	135220 (12/20)	12080 (8/93)
	حوزوی	2454 (0/20)	141 (5/75)
محل سکونت	روستا و عشایر	454553 (41/20)	25566 (5/62)
	شهر زیر 20 هزار نفر	90933 (8/20)	4398 (4/84)
	شهر 20 تا 50 هزار نفر	76683 (6/90)	8898 (11/60)
	شهر 50 تا 500 هزار نفر	60743 (5/50)	10706 (17/63)
	کلان‌شهر (غیر حاشیه)	186378 (16/90)	26863 (14/41)
	حاشیه شهر	234655 (21/30)	34913 (14/88)
نوع شغل	بیکار	26153 (2/40)	2741 (10/48)
	شاغل آزاد	209475 (19/00)	10508 (5/02)
	شاغل دولتی	24422 (2/20)	1437 (5/88)
	سایر (خانه‌دار، محصل/دانشجو، سرباز و سایر)	411902 (37/30)	47970 (11/65)

در برخی از متغیرها داده گمشده وجود دارد.

جدول شماره 2- میزان شیوع پریشانی روانی به تفکیک مناطق جغرافیایی مختلف مراکز بهداشت استان

منطقه جغرافیایی	تعداد	افراد با پریشانی روانی	شیوع پریشانی روانی
شبکه بهداشت و درمان شهرستان قوچان	33210	6002	18/07
شبکه بهداشت و درمان شهرستان کاشمر	26691	3862	14/47
مرکز بهداشت شماره 1 شهرستان مشهد	104902	14483	13/80
مرکز بهداشت شماره 2 شهرستان مشهد	68417	9584	14/01
مرکز بهداشت شماره 3 شهرستان مشهد	129118	16639	12/89
مرکز بهداشت ثامن شهرستان مشهد	18207	2395	13/15
مرکز بهداشت شماره 5 شهرستان مشهد	24210	12496	13/26

جدول شماره 3- نتایج برازش رگرسیون لجستیک

متغیرها	B	S.E.	P-value	OR	CI Lower Upper
سن (رده مرجع: 60-65)					
18-29	-0/625	0/028	<0/001	0/535	0/506 0/565
30-39	-0/331	0/028	<0/001	0/718	0/679 0/759
40-49	0/030	0/029	0/299	1/030	0/974 1/090
50-59	0/100	0/028	<0/001	1/105	0/047 1/166
جنسیت (رده مرجع: زن)					
مرد	-0/886	0/019	<0/001	0/412	0/398 0/428
وضعیت تأهل (رده مرجع: مجرد)					
متأهل	-0/220	0/018	<0/001	0/803	0/775 0/831
بیوه	0/172	0/029	<0/001	1/188	1/122 1/258
مطلقه	0/594	0/034	<0/001	1/811	1/694 1/935
سطح تحصیلات (رده مرجع: بی سواد)					
حوزوی	-0/541	0/118	<0/001	0/582	0/462 0/734
دیپلم و زیردیپلم	-0/114	0/014	<0/001	0/892	0/868 0/918
دانشگاهی	-0/490	0/021	<0/001	0/612	0/587 0/639
نوع شغل (رده مرجع: بیکار)					
سایر	-0/246	0/024	<0/001	0/782	0/746 0/820
شاغل آزاد	-0/676	0/037	<0/001	0/509	0/473 0/547
شاغل دولتی	-0/326	0/025	<0/001	0/722	0/687 0/758
محل سکونت (رده مرجع: روستا و عشایر)					
حاشیه شهر	1/132	0/011	<0/001	3/103	3/034 3/173
شهر زیر 20 هزار نفر	-0/222	0/022	<0/001	0/801	0/768 0/836
شهر 20 تا 50 هزار نفر	0/773	0/021	<0/001	2/165	2/077 2/257
شهر 50 تا 500 هزار نفر	1/415	0/018	<0/001	4/118	3/975 4/267
کلان شهر (غیر حاشیه)	1/169	0/013	<0/001	3/220	3/138 3/304

## بحث

دو مطالعه به خصوص ابعاد بالای حجم این مطالعه باشد. چنانچه در مطالعه‌ای مشابه در ژاپن با ابعاد بزرگ و با استفاده از پرسشنامه K-6، شیوع پریشانی روانی در حدود 4% ارزیابی شد (8). در مطالعات صورت گرفته در برخی شهرهای هند میزان شیوع پریشانی روانی از نرخ 20 تا 35% بیان شده است (1, 6, 7). شیوع پریشانی روانی در این مطالعات بالاتر از مقدار برآورد شده در مطالعه حاضر بود. اما شیوع پریشانی روانی شدید در بین دانشجویان در شهر Kerala هند 3/8% گزارش شده است (6). در مطالعه‌ای دیگر در شهر نیویورک میزان شیوع 6/4% در سال 2002 به 5/1% در سال 2003 تغییر یافت (10). این نتایج به مقدار برآورد شده در این مطالعه نزدیک بود. احتمالاً تفاوتها

اختلالات روانی از مهم‌ترین بیماری‌های عصر حاضر محسوب می‌گردد که درصد بالایی از بار کل بیماری‌ها در جهان را دارا است. از مهم‌ترین اختلالات روانی، پریشانی روانی است که می‌تواند موجب بیماری‌های روانی جدی‌تر از قبیل اختلالات افسردگی و اضطراب گردد. نتایج این مطالعه نشان داد میزان پریشانی روانی در جمعیت 18 تا 65 سال استان خراسان رضوی در حدود 10% است. در مطالعه نوربالا و همکاران در سال 2015، وضعیت پریشانی روانی بر اساس پرسشنامه GHQ-28، در مشهد 22%/77 بود (9). این اختلاف زیاد می‌تواند به علت تفاوت‌های این

معنی‌دار با پریشانی روانی دارد که در مطالعه Murugan هم این رابطه مشاهده شده است (1). همچنین شانس ابتلا به پریشانی روانی در رده سنی 60-65 نسبت به 18-29 دو برابر برآورد شد. شیوع با افزایش سن از 18 تا 59 سالگی افزایش می‌یابد اما در گروه سنی 60-65 نسبت به گروه 50-59 کاهش یافته است. نتایج در مطالعه خطیبی مقدم مشابه نتایج ما بود اما با این تفاوت که شیوع در افراد مسن نسبت به سایر گروه‌ها به حداقل می‌رسد (11). Byles و همکاران نیز برآورد نمودند که با افزایش سن شیوع کاهش می‌یابد اما بعد از سن 80 سالگی این میزان افزایش می‌یابد (22). در سایر مطالعات نتایج متغیر گزارش شده است بدین شرح که در برخی مطالعات با افزایش سن شیوع نیز افزایش می‌یابد (9, 18, 23) اما در برخی با افزایش سن شیوع کاهش می‌یابد (2, 7, 19, 24). در مطالعه شریف دو گروه سنی 18-29 و 40-49 نسبت به سایر گروه‌ها بیشترین شیوع را داشتند (17). در برخی نیز افراد 25-44 سال بیشترین شیوع را داشتند (8, 16, 19). دلیل این تفاوت‌ها می‌تواند فرهنگ‌ها، امکانات و شرایط متفاوت حاکم بر هر منطقه در مطالعات مختلف باشد. شیوع کمتر در سالمندان نیز احتمالاً به علت حمایت و احترام اعضای خانواده، کاهش نقش آن‌ها در تربیت و مسائل مالی خانواده، به عبارتی کاهش بار مسئولیت باشد و به‌عکس افزایش شیوع با توجه به افزایش سن، می‌تواند به دلیل افزایش بار مسئولیت و تربیت فرزندان، تغییرات بیولوژیک مرتبط با سالمندی و مسئولیت اجتماعی باشد.

در مطالعه حاضر وضعیت تأهل با پریشانی روانی ارتباط معنی‌دار داشت که با نتایج اکثر مطالعات سازگار بود (1, 16, 22). شانس ابتلا به پریشانی روانی در افراد مطلقه نسبت به مجردان دو برابر بود. همچنین شیوع پریشانی روانی در مجردان کمترین میزان را داشت. که این نتایج با مطالعه نوربالا و Firdaus سازگار بود (4, 9, 21). در مطالعه شریف هم نتایج مشابه بود با این تفاوت که اختلاف معنی‌داری بین مجردان و متأهلین مشاهده نشد (17). در مطالعه خطیبی مقدم و McVeigh شیوع در مجردان بالاتر از متأهلین گزارش شد (10, 11, 18). در مطالعه Ling نتیجه عکس بود و مجردان خطر کمتری در ابتلا به پریشانی روانی داشتند (25). علت نتایج متفاوت در مطالعات مختلف می‌تواند ویژگی‌های متنوع جوامع مورد مطالعه باشد. اما در مطالعه حاضر، با توجه به این مسئله که بیشتر افراد بیوه و مطلقه را زنان شامل می‌شوند، می‌توان دلیل شیوع بالای پریشانی روانی را تجربه تلخ در زندگی، تحمل فشار و مسئولیت زندگی به‌تنهایی، فشار

ناشی از گروه‌های سنی مختلف، تفاوت‌های فرهنگی - منطقه‌ای، استفاده از پرسشنامه‌های مختلف و یا دیگر شرایط خاص نمونه‌های در دسترس هر مطالعه است.

با توجه به اینکه هرکدام از سؤالات پرسشنامه یک بعد را شناسایی می‌کند؛ در این پژوهش بالاترین میانگین نمره پرسشنامه K-6 مربوط به بعد ناراحتی (1/04) و پایین‌ترین آن مربوط به احساس پوچی و بی‌ارزشی (0/24) بود. این بدین معناست که افراد تحت مطالعه حتی زمانی که از پریشانی روانی شدید رنج می‌برند، با احتمال کم دچار احساس پوچی و بی‌ارزشی شوند. اما درصد بالای افراد با پریشانی روانی شدید بیشتر اوقات احساس غم و اندوه را تجربه می‌کنند.

در این پژوهش، اکثریت متأهلین را زنان و اکثریت مجردان را مردان تشکیل می‌دادند. همچنین درصد بالایی از زنان، خانه‌دار و بیشتر شاغلین را مردان شامل می‌شدند.

شیوع پریشانی روانی در زنان دو برابر مردان بود. بالاترین میزان شیوع در محدوده سنی 50-59 و سپس 60-65 سال است. میزان شیوع پریشانی روانی در افراد بیوه و مطلقه بالاترین میزان را داشت و این میزان در متأهلین دو برابر مجردان است. بیشترین میزان شیوع در افراد بی‌سواد مشاهده شد و کمترین میزان نیز در بین افراد با تحصیلات حوزوی بود که شاید نشان‌دهنده این مطلب باشد که معنویات در کنترل احساسات و هیجانات مؤثر بوده است. با اینکه بیشتر افراد تحت مطالعه ساکنان روستا و عشایر بودند اما ساکنان شهرهای بزرگ بیشترین میزان شیوع را داشتند به این ترتیب که ابتدا شهرهای قوچان و کاشمر و سپس حاشیه شهر و در انتها کلان‌شهر مشهد بالاترین میزان شیوع را داشتند. بیشترین درصد افراد و بالاترین میزان شیوع پریشانی در زنان خانه‌دار بود که حدود 31% از حجم نمونه با شیوع 12/57 درصدی را تشکیل می‌دهند.

در مطالعه ما جنسیت با پریشانی روانی ارتباط معنی‌دار داشت که با نتایج اکثر مطالعات پیشین مطابق است (1, 7) اما در مطالعه McVeigh این ارتباط مشاهده نشد (10). شانس ابتلا به پریشانی روانی در زنان در مطالعه حاضر دو برابر مردان بود که این نتایج با اکثر مطالعات انجام شده در ایران و جهان مطابقت دارد (4, 6, 8, 9, 11, 15-21). شیوع بالاتر پریشانی روانی در زنان می‌تواند به علت عوامل بیولوژیک، عوامل محیطی، نقش‌های جنسیتی، مشارکت اجتماعی کمتر زنان، آسیب‌پذیری بیشتر آنان در موقعیت‌های مختلف زندگی باشد.

نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ما نشان می‌دهد که سن رابطه

شرایط اقتصادی، مراقبت و تربیت فرزندان و مدیریت خانواده دانست.

در مطالعه ما سطح تحصیلات با پریشانی روانی ارتباط معنی دار داشته در مطالعه فدائی اقدم این ارتباط وجود نداشت (24). شانس ابتلا به پریشانی روانی در افراد بی سواد دو برابر افراد با تحصیلات دانشگاهی و حوزوی بود. نتایج مطالعه حاضر با اکثر مطالعات مبنی بر اینکه با افزایش سطح سواد پریشانی روانی کاهش می یابد، سازگار بود (8, 15-18, 20-22). احتمالاً علت شیوع بالای پریشانی روانی در افراد بی سواد را می توان ناتوانی و ناآگاهی این افراد در استفاده از روش های مناسب مواجهه با استرس، محدودیت های اجتماعی و فرهنگی دانست و علت شیوع کم پریشانی روانی در افراد تحصیل کرده، توانایی بیشتر در دستیابی به اطلاعات و برقراری ارتباط و درک صحیح تر از موقعیت های موجود، رعایت اصول بهداشت روانی و پیشگیری و درمان به موقع و به کارگیری شیوه های مناسب رویارویی با استرس باشد. همچنین کمترین میزان در بین افراد با تحصیلات حوزوی بود که احتمالاً نشان دهنده این مطلب است که معنویات در کنترل احساسات و هیجانات، مؤثر بوده است. این مسئله می تواند نقش کمک کننده ای در پیشگیری و درمان بیماری های روانی داشته باشد.

در مطالعه ما نوع شغل با پریشانی روانی ارتباط معنی دار داشته و شانس ابتلا به پریشانی روانی در بیکاران دو برابر شاغلین آزاد بود. همچنین شیوع پریشانی روانی در شاغلین آزاد کمترین مقدار را داشت و بالاترین میزان به افراد سایر مشاغل که شامل خانه دار، محصل، دانشجو و سرباز و غیره بود، اختصاص یافت. که در این بین نیز افراد خانه دار بیشترین شیوع را داشتند. در مطالعه نوربالا و Firdaus و McVeigh افراد بیکار بالاترین میزان شیوع را داشتند که با نتایج ما همخوانی دارد (4, 9, 10). در مطالعه خطیبی مقدم نیز نتایج مشابه مطالعه ما بود اما برخلاف نتایج ما شاغلین آزاد بیشترین شیوع را در بین شاغلین داشتند (11). در سایر مطالعات مردان بیکار و زنان خانه دار بالاترین شیوع را داشتند که با نتایج ما هم راستاست (21, 19, 15). علت شیوع بالای زنان خانه دار می تواند اشتغال مداوم در خانه، عدم پویایی و نداشتن ارتباط مؤثر با دیگران باشد. فقدان درآمد، روابط اجتماعی کمتر، یکنواختی زندگی و نداشتن جایگاه مؤثر در اجتماع نیز احتمالاً علت شیوع بالا در بیکاران است. شاید اختلاف شیوع بین شاغلین آزاد و دولتی به علت فقدان ثبات کاری و دید روشن از آینده در بین شاغلین آزاد باشد.

در مطالعه ما محل سکونت با پریشانی روانی ارتباط معنی دار داشته و شانس ابتلا به پریشانی روانی برای ساکنان شهرهای 50 تا 500 هزار نفری چهار برابر روستا و عشایر بود. این میزان برای کلان شهر و حاشیه شهر سه برابر بود. شیوع بالاتر پریشانی روانی در بین ساکنان شهری نسبت به روستایی در سایر مطالعات نیز مشاهده شده است (6, 9, 21). این نتیجه می تواند به علت وجود استرس های بیشتر در جامعه شهری، هزینه زندگی، آلودگی محیط زیست، کاهش محتوای فرهنگی ارتباطات انسانی در ساکنان شهرهای بزرگ باشد. شیوع پریشانی روانی در شهر قوچان برابر با 18/07% و بیشتر از سایر شهرهای استان بود که شیوع بالاتر آن نسبت به کلان شهر مشهد سؤال برانگیز بوده و نیاز به بررسی علل مرتبط با آن احساس می گردد.

اگرچه در این مطالعه سعی گردید برخی از محدودیت های مطالعات پیشین برطرف گردد، لیکن این پژوهش نیز دارای محدودیت هایی بود. از آنجاکه این مطالعه بر روی افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشت انجام شده، ممکن است بخشی از افراد که شیوع بالاتری دارند، وارد مطالعه نشوند؛ که باعث می شود در این مطالعه میزان برای جامعه عمومی کم برآورد شده باشد. یکی دیگر از دلایل شیوع کم این مطالعه ممکن است صادق نبودن افراد در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه باشد؛ زیرا که توسط پرسشگر پرسیده می شود و شاید اگر خود افراد این پرسشنامه را تکمیل می کردند، در پاسخگویی به سؤالات صادق تر بودند. باین حال، استفاده از داده های مراکز بهداشت استان، قدرتی برای این مطالعه است. زیرا مراکز بهداشت با تحت پوشش قرار دادن نزدیک به 60% ساکنان استان و در اختیار داشتن اطلاعات ایشان، باوجود محدودیت های ذکر شده، می تواند کمک شایانی برای تصمیم گیری های مسئولین حوزه سلامت استان باشد. با استفاده از این اطلاعات مشکلات و نیازمندی های افراد کثیری از جامعه را سنجیده و در جهت ارائه خدمات مطلوب و مراقبت های لازم آنان اقدام نماید. از نتایج این مطالعه می توان به منظور برنامه ریزی دقیق، تشخیص، درمان و پیشگیری بسیاری از افراد کمک گرفت تا در ساختن جامعه ای سالم و بانشاط و دور از هر نوع بیماری تلاش نمود. لازم به ذکر است که اولین بار است که چنین حجم نمونه ای در مطالعه ای مورد استفاده قرار گرفته و نتایج آن در استان گزارش شده است. طبیعتاً به دلیل حجم نمونه بالا، یکی از محدودیت های این پژوهش معنی داری همه متغیرهای جمعیت شناختی در برازش مدل رگرسیونی است. که با گزارش اندازه اثر سعی در رفع این مشکل داشتیم.

## نتیجه‌گیری

بر شیوع بالاتر پریشانی روانی در شهرهای قوچان و کاشمر در بین گروه پرخطر شناسایی شده، لزوم دقت و توجه مسئولین مربوطه در بررسی دقیق‌تر، کشف علل و اقدامات و برنامه‌ریزی‌های لازم در جهت پیشگیری و درمان به‌موقع احساس می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل بخشی از پایان نامه نویسنده اول مقاله در مقطع کارشناسی ارشد آمارزیستی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در قالب طرح تحقیقاتی شماره 971028 صورت گرفته است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر زنان 50-59 سال، بیوه یا مطلقه، خانه‌دار، بی‌سواد یا بدون مدرک رسمی و ساکن شهرهای بزرگ (به‌ویژه قوچان و کاشمر)، گروه پرخطر پریشانی روانی شناخته می‌شوند. لذا مسئولین مربوطه می‌توانند با غربالگری در جهت تشخیص و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی استان، در جهت ارتقاء سطح سلامت روان جامعه اقدام نمایند. همچنین با توجه به میزان شیوع بالای پریشانی روانی در زنان که بنیان و اساس خانواده و مادر آینده‌سازان کشور هستند و نیاز به توجه و مراقبت ویژه دارند، پیشنهاد می‌گردد ضمن تحقیقات بیشتر در رابطه با علت‌یابی و رفع آن، زمینه بهداشت روانی در خانواده از طریق آموزش عمومی در رسانه‌های گروهی و مدارس فراهم گردد. همچنین مراکز بهداشت با ادامه فعالیت‌های موجود، تمرکز بر این گروه‌های پرخطر و طراحی مداخلات هدفمند برای آنان می‌تواند اثربخشی آن‌ها را افزایش دهد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مبنی

## منابع

- Murugan N, Mishra AK, Chauhan RC, Velavan A. Psychological distress among adult urban population of Puducherry. *Int J Community Med Public Health*. 2018; 5: 3265-9.
- 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. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2016; 3: 42-8.
- Jamali J, Roustaei N, Ayatollahi SMT, Sadeghi E. Factors Affecting Minor Psychiatric Disorder in Southern Iranian Nurses: A Latent Class Regression Analysis. *Nurs Midwifery Stud*. 2015; 4: 1-7.
- Firdaus G. Increasing Rate of Psychological Distress in Urban Households: How Does Income Matter? *Community Mental Health*. 2017; 54: 641-8.
- Vaziri S, Saydayi Aghdam S, Nobakht L, Khalili M, Vaziri Y, Masumi R, et al. Comparison of physical symptoms in people with low and high psychological distress Patients Disease. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2018; 13: 57-66.
- Jaisooriya T, Anjana R, Priya GM, Jeevan C, Revamma M, Vineetha J, et al. Psychological distress among college students in Kerala, India—Prevalence and correlates. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017; 28: 28-31.
- Bhat U S, Amaresha AC, Kodancha P, John S, Kumar S, Aiman A, et al. Psychological distress among college students of coastal district of Karnataka: A community-based cross-sectional survey. *Asian Journal of Psychiatry*. 2018; 38: 20-4.
- Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojtabai R, Yamanouchi Y. Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 239: 208-13.
- Noorbala AA, Faghizadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental Health Survey of the Iranian Adult Population in 2015. *Arch Iran Med*. 2017; 20: 128-34.
- McVeigh KH, Galea S, Thorpe LE, Mulsby C, Henning K, Sederer LI. The epidemiology of nonspecific psychological distress in New York City, 2002-2003. *J Urban Health*. 2006; 83: 394-405.
- Khatibi Moghaddam H, Moharreri F, Rahmani Fard A, Khadem Rezaian M. Epidemiology of psychiatric disorders: The situation of Mashhad city during 2010-2016. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19: 451-60.
- Kollia N, Panagiotakos D, Georgousopoulou E, Chrysohoou C, Yannakoulia M, Stefanadis C, et al. Exploring the path between depression, anxiety and 10-year cardiovascular disease incidence, among apparently healthy Greek middle-aged adults: The ATTICA study. *Maturitas*. 2017; 106: 73-9.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-L, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002; 32: 959-76.
- Hajebi A, Motevalian A, Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hoseini L, et al. Adaptation and validation of short scales for assessment of psychological distress in Iran: The Persian K10 and K6. *International journal of methods in psychiatric research*. 2018; 27: e1726.
- Raeison M, Miri M, Dastjerdi R, Sharif zadeh GR. Prevalence of mental disorders in Birjand-2010. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2012; 19: 81-7.
- Khosravi S. Epidemiology of mental disorders among over 15 years old population in rural and urban area of Borujen, 1994. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2003; 4: 31-9.
- sharif F, joulaei H, kadivar M, rajaeeefard A. Mental health status and its related demographic variables of families referring to shiraz health centers- 2002. *Armaghane Danesh*. 2004; 9: 75-84.
- borhani nejad V, momen abadi V, hosseini SH, mansori T, Sadeghi A, toroski M. Health physical and mental status in



- the elderly of Kerman. *Journal of North Khorasan University*. 2014; 6: 715-25.
19. Chegini S, Nik Pour B, Bagheri Yazdi S. Epidemiology of mental disorders in qom (2000). *Journal of babol university of medical sciences*. 2002; 4: 44-51.
  20. Sparrenberger F, Santos Id, Lima RdC. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37: 434-9.
  21. Noorbala A, Damari B, Riazzi esfahani S. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. *Daneshvar Medicine*. 2014;21.
  22. Byles JE, Gallienne L, Blyth FM ,Banks E. Relationship of age and gender to the prevalence and correlates of psychological distress in later life. *International Psychogeriatrics*. 2012; 24: 1009-18.
  23. Alizadeh M, Fakhzadeh H, Sharifi F, Zanjari N, Ghassemi S. Comparative study of physical and mental health status of old people in aged groups of 60-64 and 65-69 years old in Tehran metropolitan area. *Iranian Journal of Diabetes Metabolism*. 2013; 13: 50-61.
  24. Fadaeeaghdam N, Ameri M, Rezaie S, Mehravar F, Hosseini S, Mirhashemi B. Assessment of psychological distress and related factors in type 2 diabetic patients in diabetes center of shahroud university of medical sciences in 2014 *J Clin Nurs Midwifery*. 2015; 5: 13-21.
  25. Ling R, Kelly B, Considine R, Tynan R, Searles A, Doran CM. The Economic Impact of Psychological Distress in the Australian Coal Mining Industry. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2016; 58: e171-6.

# Evaluation of the Prevalence of Psychological Distress and Its Related Demographic Factors in 18-65 Year-Old Population of Khorasan Razavi: A Cross-Sectional Study

Rahimi Z<sup>1</sup>, Esmaily H<sup>2</sup>, Taghipour A<sup>3</sup>, Mosa Farkhani E<sup>4</sup>, Jamali J<sup>5</sup>

1- MSc Student, Department of Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- PhD Student, Department of Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Jamali J, jamalij@mums.ac.ir

(Received 24 September 2019; Accepted 21 November 2020)

**Background and Objectives:** Psychological distress is one of the minor psychiatric disorders that can be used as a predictor of serious mental illnesses such as depressive and anxiety disorders. These disorders are predictors of death from cardiovascular disease, stroke, and cancer. This study was conducted to evaluate the prevalence of psychological distress and its related factors.

**Methods:** This descriptive- analytical cross-sectional study was conducted in 2018. The study population included 1103945 subjects aged 18-65 years old that presented to the health centers of Khorasan Razavi. In this study, demographic checklists and the six-item Kessler Psychological Distress Scale (K-6) were used.

**Results:** The prevalence of psychological distress was 10.10%. The mean age of the subjects was  $35.99 \pm 10.46$  years old, 62.10% were female, 86% were married, and 78.90% had a high school education or less. The response rate was 98.6%. Logistic regression analysis showed a significant relationship between psychological distress and age, gender, marital status, education, location, and occupation.

**Conclusion:** In this study, the prevalence of psychological distress was low. According to the odds ratio (OR), divorced women, illiterate women, housewives, and big city dwellers were high-risk groups for psychological distress. Considering the relatively large sample size, it is necessary to develop appropriate strategies for prevention and treatment, and training of these groups.

**Keywords:** Cross-sectional study, Psychological distress, K-6 questionnaire, Khorasan Razavi