بررسی وضعیت اختلالات روانی (اضطراب ، افسردگی و پریشانی روانی) در جمعیت بزرگسال استان اصفهان سال ۱۳۸۹

زینب علیزاده[۱]، مهری رجالی[۲]، آوات فیضی*[۳]، حمید افشار[۴]، عمار حسن‌زاده[۵]، پیمان ادیبی[۶]

۱- عضو هیئت علمی گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، تربت‌حیدریه، ایران
۲- مربی،گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری،گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵- پزشک عمومی،پژوهشگر، معاونت تحقیقات و فناوری، عضو کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۶- استاد، مرکز تحقیقات جامعنگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات روانی یک الگوی رفتاری و روان‌شناختی است که از اهمیت بالینی بالایی برخوردار بوده و با افزایش درد، رنج ، ناتوانی و مرگ همراه است. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت اختلالات روانی (اضطراب، افسردگی و پریشانی روانی) در جمعیت بزرگسال استان اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به‌صورت مقطعی و بر روی داده‌های حاصل از طرح سپاهان که از میان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جمع‌آوری شده بود؛ انجام شد. اضطراب و افسردگی واحدها به‌وسیله معیار اضطراب و افسردگی بیمارستانی و پریشانی روانی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ارزیابی شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ و با کمک آزمون آماری کای‌دو و رگرسیون لوجستیک تحلیل شد.

نتایج: براساس یافته ها شایعترین مشکل روانی در بین واحد ها افسردگی بود. فراوانی هر سه اختلال روانی در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. نسبت شانس برای ابتلا به پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی برای زنان به ترتیب (OR=۱/۶۶ ،CI=۱/۴۴-۱/۹۱)، (CI=۱/۵۷-۲/۲۴ ،OR= ۱/۸۷)، (CI=۱/۵۷-۲/۰۴ ،OR=۱/۷۹) بود. همچنین فراوانی پریشانی روانی و اضطراب در افراد زیر چهل سال نسبت به افراد بالای چهل سال به طور معنی‌داری بالاتر بود. نسبت شانس در این گروه برای ابتلا به پریشانی روانی و اضطراب به ترتیب (OR=۰/۸۱، CI=۰/۷۰-۰/۹۳)، (OR=۰/۷۹، CI=۰/۷۹-۰/۹۴) به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالای اختلالات روانی در جمعیت بزرگسال استان اصفهان به خصوص در زنان می‌باشد که ضرورت توجه بیش از پیش مسئولان بهداشت و درمان کشور در جهت کنترل، پیشگیری و درمان این اختلالات را طلب می نماید.

کلمات کلیدی: اختلالات روانی، اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی

*آدرس نویسنده مسئول: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
آدرس پست الکترونیک: awat_feiz@hlth.mui.ac.ir

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

اختلال روانی[1] یک سندرم یا الگوی رفتاری و روان شناختی است که از اهمیت بالینی بالایی برخوردار بوده و با افزایش درد، رنج، ناتوانی و مرگ همراه است (۱). این اختلالات به طور شایع و جدی در سراسر جهان رخ می‌دهند (۲). بر طبق شواهد گروه کثیری از افراد در آمریکا و اروپا اختلالات روانی را در طول زندگی تجربه می‌نمایند (۳، ۴). شیوع اختلالات روانی در ایران نیز ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۵، ۶). اختلالات روانی یکی از پنج علت اصلی منجر به ناتوانی است که همچنان در حال افزایش است (۷). امروزه افسردگی[2]، اضطراب[3] و پریشانی روانی[4] به عنوان شایعترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی مطرح هستند که در سطح فردی با افت کیفیت زندگی مرتبط می‌باشند و به دلیل اثرات منفی آنها بر سلامت، عملکرد و بهره‌وری به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی مطرح می‌باشند (۴، ۹-۷). بعلاوه این اختلالات به‌عنوان پیشگویی‌کننده قوی برای مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و سرطان مطرح هستند (۱۰).

توجه به سلامت روان جامعه، یکی از اولویت‌های نظام بهداشتی درمانی است و جهت هر گونه اقدامی در این زمینه، اطلاع از وضعیت سلامت روان افراد جامعه ضروری است. با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در کشور این مطالعه با هدف بررسی وضعیت اختلالات روانی (اضطراب، افسردگی و پریشانی روانی) در جمعیت بزرگسال استان اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه از داده های جمع‌آوری شده طرح سپاهان استفاده شده است. این طرح به‌صورت مقطعی و به منظور بررسی جنبه‌های اپیدمیولوژیک اختلال عملکرد گوارشی و ارتباط آن با سبک زندگی و فاکتورهای روانپزشکی ۴۷۶۳ نفر در سال ۱۳۸۹ در استان اصفهان انجام شده است (۱۱). نمونه‌گیری در این طرح به روش خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای با در نظر گرفتن منطقه جغرافیایی به منظور تعیین تعداد شرکت‌کنندگان مورد نیاز در هر منطقه و در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در سراسر استان اصفهان انجام شده است.

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تایید قرار گرفته و برای انجام مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه به‌عمل آمده است.

وضعیت اضطراب و افسردگی افراد شرکت کننده با استفاده از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی[5] تعیین گردیده است. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال و دو حیطه مجزای اضطراب و افسردگی است. بطوری که ۷ سوال آن عامل اضطراب و ۷ سوال دیگر عامل افسردگی را می‌سنجند. هر سوال دارای ۴ گزینه است که مشارکت کننده بر اساس نوع احساس خود یکی از آنها را انتخاب می‌نماید. به هر کدام از این گزینه‌ها، نمره بین ۳-۰ تخصیص می‌یابد. بدین صورت که نمره ۳ نشان دهنده سطح بالای اضطراب یا افسردگی و نمره صفر برای حداقل میزان اضطراب یا افسردگی است. نمره‌گذاری برای عباراتی که عدم اضطراب یا افسردگی را نشان می‌دهند، به‌صورت معکوس است، عباراتی که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب یا افسردگی هستند و در هنگام نمره‌گذاری به صورت معکوس وزن داده می شوند عبارتند از: ۱۴- ۱۲- ۹ -۷ — ۴ — ۲. مجموع امتیازات هر یک از ۲ مقیاس اضطراب یا افسردگی در دامنه ای بین ۲۱ _ ۰ قرار می‌گیرد که امتیازات ۲۱- ۱۱ در هر یک از دو مقیاس از نظر بالینی، مشکوک به اختلال، امتیازهای ۸ تا ۱۰ بینابینی و غیر نرمال و امتیاز صفر تا ۷ سالم در نظر گرفته می‌شود (۱۲). در این مطالعه از نسخه فارسی این پرسشنامه که در مطالعه منتظری و همکاران روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته، استفاده شد.

پریشانی روانی نیز با پرسشنامه سلامت عمومی[6] بررسی گردید. پرسشنامه مذکور ۱۲ سؤالی است و علائم یا رفتار خاصی را که فرد اخیرا تجربه کرده است، بررسی می‌نماید. بیانیه‌های چهار گزینه‌ای (کمتر از حد معمول، در حد معمول، کمی بیشتر از حد معمول و بسیار بیشتر از حد معمول) و به ترتیب با اعداد (۰،۰،۱،۱) برای نمره‌دهی به هر سوال استفاده شد. در این ابزار جمع کل ۱۲ سوال دامنه‌ای از ۰ تا ۱۲ دارد. نمره کمتر یا مساوی ۳ نشان دهنده استرس کم و بیشتر از ۴ پر استرس می باشد (۱۳).

[1]- Psychological Problem
[2]- Depression
[3]- Anxiety
[4]- psychological distress

[5]- Hospital Anxiety And Depression Scale
[6]- The 12 -Item General Health Questionnaire

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

آزمون آماری کای‌دو برای مقایسه شیوع اختلالات روانی و رگرسیون لوجستیک برای برآورد شانس ابتلا به اختلالات روانی در گروه‌های مورد مطالعه استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ تحلیل شد. همچنین p-value<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۴۷۶۳ فرد شرکت‌کننده در این مطالعه تعداد ۲۱۰۶ نفر (۴۴/۲ درصد) مرد و ۲۶۵۷ نفر (۵۵/۸ درصد) زن بودند. ۲۸۷۴ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۰/۳ درصد) کمتر و مساوی ۴۰ سال و ۱۸۸۹ نفر (۳۹/۷ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه به تفکیک جنس و سن

	زیر گروه‌ها	تعداد(درصد)
جنس	زن	۲۶۵۷(۵۵/۸)
	مرد	۲۱۰۶(۴۴/۲)
سن	≤۴۰	۲۸۷۴(۶۰/۳)
	>۴۰	۱۸۸۹(۳۹/۷)

در این مطالعه شایعترین اختلال روانی از نوع افسردگی با میزان ۲۸/۸ درصد تعیین گردید. پریشانی روانی در ۲۳/۱ درصد و اضطراب در ۱۴ درصد افراد مورد مطالعه مشاهده شد (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی در جمعیت مورد مطالعه

وضعیت اختلالات روانی	گروه ها	تعداد(درصد)
پریشانی روانی	مبتلا	۱۰۶۷(۲۳/۱)
	غیرمبتلا	۳۵۶۱(۷۶/۹)
اضطراب	مبتلا	۶۵۴(۱۴)
	غیرمبتلا	۴۰۰۳(۸۶)
افسردگی	مبتلا	۱۳۳۸(۲۸/۸)
	غیرمبتلا	۳۳۱۵(۷۱/۲)

فراوانی هر سه مشکل روانی در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. نسبت شانس با فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای ابتلا به پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی در زنان در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین شیوع پریشانی روانی و اضطراب در افراد زیر چهل سال به طور معنی‌داری از افراد بالای چهل سال بالاتر بود، نسبت شانس در این دو گروه در پریشانی روانی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (جدول ۳).

جدول ۳- نسبت شانس اختلالات روانی بر حسب سن و جنس

	اختلالات روانی	پریشانی روانی	اضطراب	افسردگی
		OR(CI)	OR(CI)	OR(CI)
فاکتورهای دموگرافیک	جنس	۱/۶۶ (۱/۴۴-۱/۹۱) *	۱/۸۷ (۱/۵۷-۲/۲۴) *	۱/۷۹ (۱/۵۷-۲/۰۴) *
	سن	۰/۸۱ (۰/۷۰-۰/۹۳) **	۰/۷۹ (۰/۶۶-۰/۹۴) **	۱/۰۷ (۰/۸۱-۱/۱۲)

* p<۰/۰۵, **p<۰/۰۰۱ , OR=Odds Ratio, CI=Confidence Interval

بحث

در این مطالعه فراوانی پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی در کل جمعیت مورد بررسی به ترتیب ۲۳/۱، ۱۴ و ۲۸/۸ درصد بود. در مطالعه نوربالا که در ارتباط با بررسی سلامت روان در ایران انجام گردیده است نشان داد شایعترین اختلالات روانی افسردگی (۲۱ درصد) و اضطراب (۲۰ درصد) است (۱۴).

در پژوهش دیگری در کشور نروژ نیز شایعترین اختلال روانی از نوع افسردگی با میزان شیوع ۱۷/۳ درصد بوده است (۱۵). مطالعه جاکوبی و همکاران[1] (۲۰۰۴) بر روی نمونه‌ای از جمعیت بزرگسالان در آلمان نیز نشان داد افسردگی و اضطراب به ترتیب شیوع بیشتری داشتند (۱۶). مطالعه ویانا و همکاران[2] (۲۰۱۲) در برزیل بر روی افراد ۱۸ ساله و بالاتر نیز نتیجه مشابهی را نشان داد (۱۷). در حالی که در مطالعه محمدی با عنوان بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران، اضطراب از شیوع بیشتری نسبت به افسردگی برخوردار است (۶). مقایسه نتایج این مطالعه با سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان میزان بالاتری از مشکلات روانی را نشان می دهد که احتمالا می‌تواند به دلیل شرایط خاص اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی مناطق مختلف مورد مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر فراوانی هر سه مشکل روانی (پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی) در زنان، به طور معنی‌داری بالاتر از

[1]- Jacobi et al
[2]- Viana et al

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

مردان بود. در دیگر مطالعات انجام گرفته در ایران، فراوانی اختلالات روانی در زنان بالاتر از مردان است به‌طوری‌که در مطالعه محمدی و همکاران این میزان در زنان ۱۴/۳۴ و در مردان ۷/۳۴ است (۶). در مطالعه نوربالا نیز با عنوان بررسی سلامت روانی در جمعیت بزرگسال ایرانی، ۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان به عنوان مبتلا شناخته شدند (۱۴).

در مطالعه والتر[1] که تفاوت‌های جنسی در بیماری‌های روانی در مردان و زنان بزرگسال را مورد بررسی قرار داده است فراوانی بیماری‌های روانی در زنان بالاتر بوده است (۱۸). عفیفی[2] در یک مقاله مروری درباره تفاوت‌های جنسی در بیماری‌های روانی اضطراب و افسردگی در زنان را بالاتر گزارش نمود (۱۹). کرینگلن و همکاران[3] (۲۰۰۱) نیز نشان دادند این بیماری‌ها در زنان شایعتر از مردان است (۱۵). در مطالع دیگری در آلمان میزان اضطراب و افسردگی در زنان بالاتر بوده است (۱۶). در مطالعه دیگری زنان احتمال بیشتری برای ابتلا به اضطراب و افسردگی داشته‌اند (۱۷). در حالی که در مطالعه لی و همکاران[4] با عنوان اپیدمیولوژی افسردگی در چین تفاوت جنسی معنی داری یافت نشد (۲۰). زنان نسبت به مردان استرس روانی بیشتری تجربه می‌کنند. به‌نظر می‌رسد نقش‌های اجتماعی و همچنین هورمون‌های جنسی آنان نقش مهمی در ابتلای بیشتر زنان ایفا می‌نماید (۲۴-۲۱).

در مطالعه حاضر پریشانی روانی و اضطراب با افزایش سن کاهش داشت و رابطه معنی‌داری بین سن و ابتلا به افسردگی دیده نشد. کسلر[5] در مطالعه‌ای با عنوان تفاوت‌های سنی در افسردگی در آمریکا نشان داد شیوع افسردگی با افزایش سن کاهش می‌یابد (۲۵). در مطالعه اسکات[6] (۲۰۰۸) در نیوزیلند با عنوان الگوی سنی در شیوع مشکلات افسردگی و اضطراب در میان ۴۲۶۹۷ فرد بزرگسال نشان داد شیوع افسردگی و اضطراب با افزایش سن کاهش داشت (۲۶). در مطالعه‌ای که در برزیل بر روی افراد ۱۸ ساله و بالاتر انجام شد، افراد جوان‌تر بیشتر در معرض ابتلا به مشکلات روانی بودند (۱۷)؛ در حالی که در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۰۵) با عنوان بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران شیوع این اختلالات در گروه سنی ۴۱ و بالاتر بیشتر از گروه ۱۸ تا ۴۰ بود (۶). در مطالعه نوربالا و همکاران (۲۰۰۴) سلامت روان در جمعیت بزرگسال ایرانی نیز مانند مطالعه محمدی شیوع با سن افزایش می‌یافت (۱۴). همچنین مطالعه‌ای که توسط گلاسمر[7] و همکاران در آلمان انجام شد، نشان داد بالاترین شیوع افسردگی در گروه‌های سنی مسن‌تر است (۲۷).

بطور کلی شیوع اختلالات روانی در جامعه مورد مطالعه قابل توجه است. با آگاهی از این مسئله، تقویت و ایجاد مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس نتایج زنان و افرادی که در گروه سنی زیر ۴۰ سال قرار دارند، از جمله گروه‌های پر خطر جامعه می باشند. همچنین با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات روانی در زنان تحقیقات بیشتری در رابطه با علل موثر بر آن صورت گیرد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالای اختلالات روانی در جمعیت بزرگسال استان اصفهان به خصوص در زنان می‌باشد که ضرورت توجه بیش از پیش مسئولان بهداشت و درمان کشور در جهت کنترل، پیشگیری و درمان این اختلالات را طلب می نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افراد شرکت کننده و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، جهت حمایت از این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

1- Walter
2- Afifi
3- Kringlen et al
4- Lee et al
5- Kessler
6- Scott
7- Glaesmer

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

References

1- Association AP. diagnostic criteria from dsM-iV-tr: Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2000.

2- Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. Special articles. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiologia e psichiatria sociale. 2009; 18(1):23.

3- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005; 62(6):593.

4- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology. 2011; 21(9):655-79.

5- Noorbala A, Mohammad K, BagheriYazdi A, Yasamy M. A view of mental health in Iran. Tehran: Moalef. 2001.

6- Mohammadi M-R, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2005; 1(1):16.

7- Lokkerbol J, Adema D, de Graaf R, ten Have M, Cuijpers P, Beekman A, et al. Non-fatal burden of disease due to mental disorders in the Netherlands. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2013:1-9.

8- Begg SJ, Vos T, Barker B, Stanley L, Lopez AD. Burden of disease and injury in Australia in the new millennium: measuring health loss from diseases, injuries and risk factors. Medical journal of Australia. 2008; 188(1):36.

9- Spinhoven P, Elzinga B, Hovens J, Roelofs K, van Oppen P, Zitman F, et al. Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2011; 124(6):462-73.

10- Grossarth-Maticek R, Bastiaans J, Kanazir DT. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. Journal of Psychosomatic Research. 1985; 29(2):167-76.

11- Adibi P, Keshteli AH, Esmaillzadeh A, Afshar H, Roohafza H, Bagherian-Sararoudi H, et al. The study on the epidemiology of psychological, alimentary health and nutrition [SEPAHAN]: overview of methodology. J Res Med Sci. 2012; 17(5).

12- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M ، Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]: translation and validation study of the Iranian version. Health and Quality of Life Outcomes. 2003;1(1):14.

13- Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health and Quality of Life Outcomes. 2003;1[1]:66.

14- Noorbala A, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2004;184(1):70-3.

15- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. American Journal of Psychiatry. 2001;158(7):1091-8.

16- Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? Archives of women's mental health. 2004;7(2):133-48.

17- Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the< i> São Paulo Megacity Mental Health Survey</i>. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2012;34(3):249-60.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

18- Gove WR. Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. Social Science & Medicine Part B: Medical Anthropology. 1978;12:187-98.

19- Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore medical journal. 2007;48(5):385.

20- Lee S, Tsang A, Huang Y, He Y, Liu Z, Zhang M, et al. The epidemiology of depression in metropolitan China. Psychological medicine. 2009;39(5):735.

21- Gove WR. Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. Social science & medicine. 1984;19(2):77-84.

22- Kinrys G, Wygant LE. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005;27:s43-s50.

23- Parker GB, Brotchie HL. From diathesis to dimorphism: the biology of gender differences in depression. The Journal of nervous and mental disease. 2004;192(3):210-6.

24- Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression Critical review. The British Journal of Psychiatry. 2000;177(6):486-92.

25- Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychological medicine. 2010;12(2):225.

26- Scott K, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer M, Bromet E, Bruffaerts R, et al. Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. Psychological medicine. 2008;38(11):1659-69.

27- Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L, Luppa M. Age-and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. International psychogeriatrics. 2011;23(8):1294.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

Investigation of psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress) in adult population of Isfahan province

Zeinab Alizade, Mehri Rejali, Awat Feizi, Hamid Afshar, Ammar Hassanzade Kashtali, **Peyman Adibi**

1- Instructor, Department of Public Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran
2- Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Assistant professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Department of psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5- General practitioner, Researcher, Deputy of research and technology, Student research committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
6- Professor, Department of Gastroenterology and Hepatology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*** Corresponding Address: School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.**
Email Address: awat_feiz@hlth.mui.ac.ir

Abstract

***Background & Aim*:** Psychological disorders are one the behavioral and psychiatric problems which are highly considered as a clinical issue. This study was conducted to investigate the psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress) in adult population of Isfahan province.

Methods: This cross-sectional study carried out on the obtained data of Sepahan project conducted on the staff of Isfahan University of Medical Sciences. Anxiety and depression of the subjects were assessed by "hospital anxiety and depression scale (HADS)" and psychological distress was assessed using General Health Questionnaire. Chi-square and logistic regression tests were used. Data were analyzed by SPSS 15.

***Results**:* Based on the finding, depression was the most common psychological problem in this study. The frequency of all three psychological problems in women is significantly higher than men. The Odds ratio of psychological distress, Anxiety and depression in women were (CI=1.44-1.91, OR=1.66), (CI=1.57-2.24, OR=1.87) and (CI=1.57-2.04, OR=1.79), respectively. Moreover, the frequency of psychological distress and anxiety in people under 40 was significantly higher than people over 40. The Odds ratio of psychological distress and anxiety in people over 40 was (CI=0.7-0.93, OR=0.81) and (CI=0.79-0.94, OR=0.79), respectively.

Conclusion: The results of this study showed that psychological disorders are highly prevalent among adult population of Isfahan province, particularly in women. As a result, the health and treatment authorities should pay further attention to control, prevent and treat these disorders.

Keywords: Psychological disorders; anxiety; depression; psychological distress

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]