

مطالعه فرا ترکیب پریشانی روانشناختی در جامعه ایران

محسن نیازی^۱، علی فرهادیان^۲، مهدیه کاظمیان^۳،

و فاطمه خوش بیانی^۴

پریشانی روانشناختی سازه‌ای فراگیر است که معمولاً به هم‌رخدادی علائم افسردگی، اضطراب و استرس اشاره دارد و در پاسخ به عوامل فشارزا با ناراحتی ادراک‌شده، آشفتگی هیجانی و افت کارکرد همراه می‌شود. این وضعیت می‌تواند کیفیت روابط بین فردی را تضعیف کند و با افزایش تعارض در روابط زناشویی، خانوادگی و اجتماعی، پیامدهای نامطلوب فردی و جمعی ایجاد نماید. هدف پژوهش حاضر، فراترکیب کیفی مطالعات انجام‌شده درباره پریشانی روانشناختی در ایران و تدوین الگویی از عوامل مرتبط با آن بود. این پژوهش با رویکرد استقرایی و مطابق گام‌های هفت‌گانه فراترکیب انجام شد. مقالات فارسی منتشرشده در بازه ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۲ از منابع داخلی گردآوری، بر اساس معیارهای ورود و خروج غربال و از نظر کیفیت روش‌شناختی ارزیابی شدند. پس از استخراج داده‌ها، کدگذاری باز و سپس ادغام مفهومی از طریق رفت‌وبرگشت میان کدها و مقوله‌ها انجام گرفت تا مضمون‌های نهایی شکل گیرد. در مجموع ۳۷ مقاله واجد شرایط وارد تحلیل شد. تحلیل کیفی به استخراج ۱۰۲ کد اولیه انجامید که در نهایت در قالب ۱۶ مضمون اصلی سازمان‌دهی شد. این مضمون‌ها شامل احساسات، حالات روان‌رنجورانه، اختلالات، وضعیت خانوادگی، کیفیت روابط زوجین، بیماری‌ها، خدمات درمانی، تجربه پاندمی کرونا، نگرش‌های مذهبی، ابعاد اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی، و نیز تکانه‌ها و کنترل تکانه بود. برآیند یافته‌ها نشان داد پریشانی روانشناختی در ایران پدیده‌ای چندسطحی است که درهم کنش عوامل فردی، بین فردی و ساختاری آن را تبیین می‌کند. الگوی حاصل می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات چندمولفه‌ای باشد؛ به‌ویژه تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، بهبود ارتباط و حمایت خانوادگی، و ارتقای دسترسی و کیفیت خدمات سلامت روان. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با تمرکز بر مطالعات طولی و گروه‌های پرخطر، مسیرهای علی و نقش بافت فرهنگی را دقیق‌تر آزمون کنند. از نظر کاربردی، نتایج به برنامه‌ریزان کمک می‌کند تا شاخص‌های پایش تدوین و مداخلات مدرسه، محیط کار و مراقبت‌های اولیه را همسو کنند. محدودیت مطالعه، اتکا به مقالات منتشرشده و احتمال سوگیری انتشار بود.

واژگان کلیدی: پریشانی روانشناختی؛ اضطراب؛ افسردگی؛ استرس؛ فراترکیب؛ الگو.

مقدمه

پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که برای توصیف کلی روان‌پزشکی در یک فرد با ترکیبی از علائم افسردگی، اضطراب و استرس استفاده می‌شود و به عنوان عامل آسیب شناختی در انواع متعدد

۱ گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان. کاشان، ایران.

۲ گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان. کاشان، ایران. (نویسنده مسوول) farhadian@kashanu.ac.ir

۳ گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان. کاشان، ایران.

۴ گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان. کاشان، ایران.

اختلالات روانی شناخته شده است. همچنین پریشانی به طور گسترده ای به عنوان یک حالت در پاسخ به عوامل استرسزا و با ناراحتی ادراک شده مشخص میشود. (الهی و همکاران، ۱۴۰۱: ۴۲) پریشانی روانشناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به تنیدگی های خاص و درخواست های آسیب زا تجربه میشود. (چوی، سالیوان، دی نیتو و کانیک، ۲۰۱۹). به نقل از تیزدل و آنتال (۲۰۱۶) پریشانی روانشناختی حالت ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هردو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد. نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روانشناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

پریشانی روانشناختی میتواند روابط بین فردی را به شدت تخریب کند؛ چون این افراد تنش بیشتری را در رابطه با همسر، فرزندان و دوستان خود ایجاد میکنند. همچنین پریشانی روانشناختی سبب کاهش رضایتمندی زناشویی میشود و این افراد در صورت مواجهه با مشکل از راهبردهای ناسازگارانه جهت حل مسأله استفاده میکنند. (هاشمی و دیگران، ۱۴۰۱). پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که به توصیف روان آسیب شناسی عمومی فردی با مجموعه ای از نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده میپردازد و به مفهوم عمومی کنش وری روانشناختی غیرانطباقی در سطح رخدادهای تنش زای زندگی اشاره دارد. (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۹).

بنابراین میتوان گفت پریشانی روان شناختی یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنشزا یا نیاز خاص است که به آسیب گذرا یا همیشگی برای او منتهی میشود. (مک گینتی و همکاران، ۲۰۲۰).

پریشانی روانشناختی نسبت به اختلال روان شناختی که به طبقات تشخیصی بالینی باز میگردد، دلالت بر سطحی غیر اختصاصی از روان آسیب شناسی دارد و به عنوان پاسخ هیجانی نابهنجار به عوامل تنشزا تعریف میشود. پریشانی روانشناختی به عنوان یکی از نشانه های تشخیصی، در صورت همراه شدن با سایر نشانه ها، معیارهای تشخیصی یک اختلال روانی را پوشش میدهند (بیگلهور و همکاران، ۲۰۱۸). به طوری که نتایج برخی تحقیقات نشان می دهد کسانی که پریشانی روانشناختی بالایی دارند دارای سلامت پایین تری هستند و نشخوار فکری بالاتری دارند. (فروشانی، ۱۴۰۱). بیان دقیق میزان شیوع پریشانی روانشناختی به دلیل تنوع مقیاس های که آن را می سنجد، دشوار است؛ با این حال، با توجه به شدت کمتری که پریشانی نسبت به اختلالات روانی دارد، همه گیری بیشتری برای آن در نظر گرفته شده است. (اخوان عبیری، ۱۳۹۷).

طبق گفته گوازارون (۲۰۱۸) پریشانی روانشناختی اصطلاحی عمومی است که برای به تصویر کشیدن احساسات یا عواطف ناخوشایند استفاده میشود که بر سطح عملکرد فرد تأثیر میگذارد. به عبارت دیگر، این یک ناراحتی روانی است که بر فعالیتهای روزمره زندگی فرد تأثیر منفی میگذارد. پریشانی روانشناختی میتواند منجر به دیدگاههای منفی نسبت به محیط، دیگران و خود شود. غم، اضطراب، آشفتگی و علائم بیماری روانی نمایانگر پریشانی روانشناختی است. پریشانی روانشناختی با علائم مرتبط افسردگی و گاه اضطراب با یک مشکل عاطفی همراه است. علائم پریشانی روانشناختی در قالب یک مشکل جسمی تحقق می یابد (حصاری، ۱۴۰۰).

در واقع باید اشاره کرد مطابق با یافته های پژوهش های مختلف، بیماری هایی مانند: قلبی عروقی (رهنما، ۱۳۹۶)، کرونا (حصاری، ۱۴۰۱)، تومور مغزی (هاشمی، ۱۴۰۱)، تالاسمی (یوسفیان، ۱۳۹۸)، آرتریت روماتوئید (زاهدی، ۱۳۹۸)، سرطان پستان (علی اکبری، ۱۴۰۰)، دیابت نوع دوم (دییان، ۱۴۰۱) و ... می تواند موثر در پریشانی روانشناختی باشد. ابلوف و همکاران (۲۰۰۰) پریشانی روانشناختی را به عنوان مفهوم کلی عملکردها و فعالیت های عاطفی یا جسمی زندگی روزمره تعریف کرده اند. پریشانی روانشناختی به طیف گسترده ای از فعالیت های روانی هوشیار و ناهوشیار با نشانه های غم و بیقراری گفته میشود که جزء لاینفک تجارب انسانی و سطوح پایین آن برای فعالیت انسان ضروری است اما با افزایش ناراحتی تجربه شده، این پریشانی برای فرد، آزاردهنده و آسیب زاست (رایری و نورمن، ۲۰۰۴؛ به نقل از حصاری، ۱۴۰۰).

با توجه به پژوهش های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا بیشتر از نشانه های بیماری جسمی شکایت می کنند و فراوانی بیماریهای جسمی، پیش بینی کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی در آنها باشد. پریشانی روانشناختی با تغییرات در سیستم عصبی- غددی، محور هیپوتالاموس هیپوفیز و آدرنال، عملکرد پلاکت خون، ضربان قلب همراه است. تحقیقات نشان داده است افرادی که تحمل پریشانی پایین تری دارند در معرض شرایط استرس زا رفتارهای اجتنابی از خود نشان میدهند و یا احساسات خود را بیان نم یکنند و به منظور کاهش سریع پریشانی خود رفتارهای اجتنابی را ادامه داده و به صورت یک الگوی رفتاری در می آورند. اجتناب های تجربه ای اکثر خود را به صورت تجارب فیزیولوژیکی و افکار و احساسات و خاطرات نشان میدهند (رهنما و همکاران، ۱۳۹۶).

یکی از عوامل موثر دیگر زمانی است که افراد دچار تومور مغزی میشوند همسران این افراد فشار روانی را تجربه میکنند که در برخی موارد این فشار روانی خود به خود از بین میرود که می توان آن را

به عنوان سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی موارد این افراد مشکلات و فشار روانی شدیدتری را تجربه میکنند که باعث کاهش کیفیت زندگی، عملکرد روزانه و بروز اختلالات انطباقی جسمی و خلقی و پریشانی روانشناختی میشود. (هاشمی، ۱۴۰۱). خیانت زناشویی همچنین باعث بروز احساس تردید، احساس گناه و نشخوار فکری در همسری که خیانت کرده است میگردد. پژوهش ها نشان میدهند که یکی از عوامل مهم در فعال شدن این باورهای بنیادی، سبک پاسخ نشخوار فکری است (بیات، ۱۴۰۱: ۲۰۸).

پرستاران به دلیل طولانی بودن زمان فعالیت در بیمارستان و لازم بودن حضور آنها در محیط های بالینی و بیمارستانی همواره در معرض درجات شدیدی از تنش و پریشانی روانشناختی و فشار روانی قرار دارند. (رستگار، ۱۴۰۱). در زمینه پریشانی روانی همواره پیشگیری و شناسایی به موقع میتواند تا حدودی از اثرات مخرب آن بکاهد. پیامدهای عوارض این اختلالات به حدی وسیع است که چنان چه مداخله مثبت صورت نگیرد، افراد مبتلا با آسیب های غیرقابل جبرانی مواجه خواهند شد (افتخاری، ۱۳۹۳). همچنین پریشانی روانشناختی باعث اعمال فشار بر اطرافیان افراد، از طریق افزایش در تعداد درخواست برای کمک از سوی شبکه های اجتماعی و ایجاد تنش بر روابط زوجین، فرزندان و دوستان می شود (پیرلین و ترنر، ۲۰۱۱؛ به نقل از قدرت، ۱۳۹۹).

پریشانی روانشناختی، اصطلاحی است که به توصیف روان آسیب شناسی عمومی فردی با مجموعه ای از نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده می پردازد (اوها یاشی و یامادا ۲۰۱۲). پریشانی روانشناختی به مفهوم عمومی کنش وری روانشناختی غیر انطباقی در سطح رخدادهای تنش زای زندگی اشاره دارد (آبلوف، ارمیتیچ، لیچر و نیدرهبر، ۲۰۰۰). بنابراین میتوان گفت پریشانی روانشناختی یک وضعیت هیجانی منحصربه فرد و ناراحت کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنش زا یا نیاز خاص است که به آسیب گذرا یا همیشگی برای او منتهی میشود (ریدنر، ۲۰۰۳؛ به نقل از رستمی، ۱۳۹۹).

عوامل خطر زیستی اضطراب از مطالعات مقطعی دریافت شده اند. اختلالات شناختی و فشار خون بالا، برخی بیماری های مزمن، محدودیت های عملکردی و خود-ادراکی ضعیف با اضطراب همراهی داشته اند. عوامل خطر متعددی از جمله بیماری های مزمن، عوامل عروقی، وضعیت سلامت، استفاده از دارو، خود-ادراکی، ناتوانی و عاداتی مانند مصرف شدید الکل یا دخانیات از مطالعات مقطعی و طولی روی نشانگان و اختلالات افسردگی شناسایی شده اند. یافته ها روی عوامل ژنتیکی افسردگی ابهام آمیز است. بر اساس مطالعات طولی، بیماری های مزمن، اختلال شناختی، محدودیت های عملکردی و

اختلال بینایی برای افسردگی و نه اضطراب، به عنوان عوامل پیشگویی کننده شناخته شده اند (وینک، آرتسن، اسکورز، ۲۰۰۸ به نقل از نادرزاده، ۱۳۹۸).

در رابطه با عوامل خطر اجتماعی اضطراب، شواهد محدودی ارتباط جنبه های کمی (برای مثال تعداد دوستان) و کیفی (برای مثال پشتیبانی اجتماعی) شبکه های اجتماعی را بیان نموده اند. مطالعات زیادی رویدادهای پراسترس و تعداد کمتری متغیرهای جمعیت شناختی (عمدتاً جنسیت زن) را به عنوان عوامل خطر ابتلا به اختلالات و نشانگان اضطراب قلمداد کرده اند. سطح تحصیلات و درآمد پایین نیز می تواند به عنوان عامل خطری برای افسردگی عمل کند، همچنین جنسیت زن اغلب عاملی پیش بینی کننده برای افسردگی است. اعمال مذهبی به عنوان عامل حفاظتی در نمونه ای مطالعاتی متعددی برای افسردگی شناخته شده اند. تفاوت هایی بین عوامل خطر اضطراب و افسردگی مشاهده شده است. به عنوان مثال مجرد بودن با افسردگی بیشتر مطالعات همراهی داشته، در صورتی که چنین ارتباطی با اضطراب مشاهده نشده است. از طرف دیگر، بدون فرزند بودن و داشتن رویدادهای تروماتیک با اضطراب همراهی دارند ولی ارتباطی با افسردگی دیده نشده است. (وینک و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از نادرزاده، ۱۳۹۸).

افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی طبقه بندی شده است. به نظر انجمن روانپزشکی امریکا، افسردگی می تواند در هر دوره ای از زندگی رخ دهد. نشانگان افسردگی در همه گروههای سنی وجود دارد ولی توصیفات افراد در گروه های سنی متفاوت است (نادرزاده، ۱۳۹۸). اضطراب مفهومی چندبعدی و دارای سطوح مختلف است که به عنوان پدیده های بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی جلوه گر می شود. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است و باید خاطر نشان ساخت که اندکی اضطراب برای ادامه بقا الزامی است. بی قراری، غم و اندوه، بی اشتها، افزایش فشار خون، افزایش بی نظمی تنفسی، تپش قلب، اختلال در تمرکز و اختلال انجام فعالیت های روزانه از علائم و نشانه های عوامل استرس زا هستند. (نادر زاده، ۱۳۹۸).

ریدنر (۲۰۰۳) در تعیین مشخصه های تعریف پریشانی روانشناختی، به پنج مؤلفه اشاره میکند. که عبارت اند از ناتوانی ادراک شده در مقابل مؤثر، تغییر در وضعیت هیجانی، ناراحتی، ارتباط ناراحتی و آسیب. پریشانی روانشناختی نسبت به اختلال روانشناختی که به طبقات تشخیصی بالینی اشاره میکند، دلالت بر سطحی کمتر اختصاصی از آسیب شناسی روانی دارد. درنوند و همکاران (۱۹۸۰) پریشانی روانشناختی را مجموعه ای از نشانه های بیماری روانی فیزیولوژیک و رفتاری مانند اضطراب، واکنش های افسردگی، بیقراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت کاری و مواردی از این دست

تعریف میکنند. در یک مطالعه مروری درباره شاخص های نظارت بر سلامت روانی در اروپا، پریشانی روانشناختی را به عنوان نشانگان غیراختصاصی تعریف نموده‌است که عواملی مثل اضطراب، افسردگی، مسائل شناختی، تحریک پذیری، عصبانیت و وسواس فکری عملی را دربرمیگیرد (کورکیلا، ۲۰۰۰). پریشانی روانشناختی اغلب به صورت بخشی از زندگی طبیعی در نتیجه مشکلات پایدار یا گذرای مانند تحول مراحل و گذار زندگی، چالشها و فقدان در تحصیل، شغل، زندگی خانوادگی و روابط تجربه میشود و با ناکامی و محرومیت اجتماعی ارتباط دارد (بولتون، ۲۰۱۰؛ به نقل از رستمی، ۱۳۹۹: ۲۴).

طبق نظر ویتون (۲۰۰۷) این نکته را که تعاریف ارائه شده از پریشانی روانشناختی، اختصاصی نیستند، می بایست از این حیث در نظر گرفت که این پدیده، به وضوح با نشانه های افسردگی و اضطراب مشخص میشود. در عمل، مقیاس های که برای سنجش پریشانی روانشناختی استفاده میشوند، اغلب شامل ماده هایی هستند که اختلالات افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر را می سنجند. بنابراین، هر چند پریشانی روانشناختی و این اختلالات روانپزشکی، پدیده های متمایزی نسبت به هم هستند، اما به طور کلی مستقل از هم نیستند. رابطه بین پریشانی با افسردگی و به میزان کمتری با اضطراب، از آن است که آیا پریشانی روانشناختی در مسیر افسردگی قرار دارد؟ متأسفانه، پدیده پریشانی روانشناختی تا حدود زیادی ناشناخته مانده است.

ترنر (۱۹۸۷) علاوه بر دشواری های درون روانی، پریشانی در فضای بین فردی نیز تنش و تعارض ایجاد میکند. از این جهت، هر چند با شدتی کمتر از یک اختلال روانشناختی، پریشانی نیز در حوزه های مختلف عملکرد فرد تداخل ایجاد میکند. بیان دقیق میزان شیوع پریشانی روانشناختی به دلیل تنوع مقیاس هایی که آن را می سنجند، دشوار است. البته با توجه به شدت کمتری که پریشانی نسبت به اختلالات روانی دارد، همه گیری بیشتری برای آن در نظر گرفته شده است (رستمی، ۱۳۹۹: ۲۵).

مدل استرس _ پریشانی نشان میدهد که ویژگی های پریشانی روانشناختی در معرض رویداد تنش زا قرار میگیرند، باعث تهدید سلامت جسمی یا روانی میگردند و فرد نمیتواند به طور کارآمد با این رویداد تنش زا و آشفتگی عاطفی کنار آید. مدل هویت نقش، به نقشی اشاره دارد که افراد در پایگاه های اجتماعی خاص بر عهده دارند.

به نظر میرسد عوامل تنش زایی که پیرامون رفتار مربوط به نقش های خاص رخ میدهند مانند مسائل مزمن مربوط به سلامت، تنها در صورتی بر بهزیستی روانشناختی اثر میگذارند که نقش های اجتماعی را بر هم زنند. پیرلین (۱۹۸۹) اشاره دارد که فرایند استرس در سه سطح از ساختار اجتماعی وجود

دارد: رضایت اجتماعی (مثل جنسیت، سن، سطح اقتصادی اجتماعی، نژاد)، مؤسسات اجتماعی حامی نقش ها و پایگاه ها و مواجهه با عوامل تنش زای خاص و راهبردهای مقابله با این استرس. بر اساس نظر پیرلین، نقش های اجتماعی مستلزم پنج دسته فشار هستند: اضافه بار نقش (مانند ظرفیت نامؤثر مقابله با نیازهای مربوط به یک نقش)، تعارضات بین فردی در پایگاه نقش مانند تعارضات زناشویی)، تعارض درون نقشی (مانند تعارض همسر، مادر، کارمند) اسارت نقش (مانند گیر افتادن در یک نقش ناخواسته) و بازسازی نقش درون یک پایگاه نقش (رستمی، ۲۰۲۰). در نتیجه می توان گفت دیدگاه های مختلفی در مورد پریشانی روانشناختی وجود دارد که بر این عقیده اند که یکسری عوامل زیستی، روانشناختی، اجتماعی، افسردگی، اضطراب و استرس می تواند بر پریشانی روانشناختی موثر باشد. همچنین در این پژوهش از نظرات مختلفی در زمینه پریشانی روانشناختی مانند نظرات ویتون (۲۰۰۷) و ترنر (۱۹۸۷) و پیرلین (۱۹۸۹) استفاده شده است. در واقع می توان پریشانی روانشناختی را به عنوان یک اختلال هیجانی در نظر گرفت که ممکن است بر عملکرد اجتماعی و زندگی هرروزه فرد تأثیر بگذارد.

روش

در این پژوهش از روش استقرایی فراترکیب کیفی سندلوسکی و باروسو به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر استفاده شده است. این روش فرایندی است که محققان را قادر می سازد تا یک سوال خاص پژوهشی را شناسایی کرده و سپس برای پاسخگویی به آن به جستجو، گزینش، ارزیابی، تلخیص و ترکیب شواهد کیفی بپردازند این فرآیند از روش های دقیق کیفی برای ترکیب کردن مطالعات کیفی موجود استفاده می کند تا طی یک روند تفسیری مفهوم عمیق تری را شکل دهد. بنابراین برای جمع آوری داده ها در فراترکیب از اطلاعات و یافته های استخراج شده از مطالعات دیگر با موضوع مرتبط و مشابه استفاده می شود که با یکپارچه سازی تفسیر یافته های اصلی مطالعات منتخب به دنبال یافته های جامع و تفسیری می باشد، که حاکی از فهم عمیق پژوهشگر در این باب است یعنی به جای ارائه خلاصه ی جامعی از یافته ها، یک ترکیب تفسیری از یافته ها را ایجاد میکند. ساندلوسکی و باروسو روشی هفت گامی را برای فراترکیب معرفی می کنند. در این پژوهش نیز برای جمع آوری داده ها، پژوهش های گذشته در حوزه پریشانی روانشناختی مورد کنکاش قرار داده و سپس با استفاده از روش هفت مرحله ساندلوسکی و باروسو به بررسی موضوع مورد نظر پرداخته است تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز در سه مرحله صورت گرفته است.

در مرحله اول با بررسی کامل ادبیات پژوهش فهرستی از مقالات مرتبط با این حوزه و حتی مقالاتی که به طور فرعی به این موضوع پرداخته اند تهیه گردید؛ در مرحله دوم چکیده ی این مقالات استخراج و مقالات دسته بندی شدند، در نهایت با انتخاب مقالات مرتبط کد ها و عناصر کلیدی این مقالات جمع آوری شد. سپس در مرحله سوم با استخراج این عناصر کلیدی ترکیب نهایی انجام و مقولات اصلی گردآوری گردید و تحلیل و جمع بندی نهایی صورت گرفت (سهراب زاده، نیازی و میری، ۲۰۲۱).

با توجه به اینکه معیار های وسیعی برای پریشانی روانشناختی در نظر گرفته شده است بنابراین پس از مشخص کردن هدف، همه پژوهش ها و فعالیت های قابل دسترسی از طریق سایت های الکترونیکی ایرانی با محوریت کلید واژه های مرتبط با موضوع جستجو شد و نتایج جستارگری مورد مطالعه قرار گرفت و در ادامه روند پژوهش ادامه پیدا کرد. واحد تحلیل تحقیق حاضر، تحقیقات علمی-پروژه ای چاپ شده و مجلات علمی در طی سال های ۲۰۲۲-۲۰۱۶ است. بر مبنای مهارت های ارزیابی در بررسی کیفیت مقالات بر اساس ده معیار زیر پرداخته شد که هر معیار حداقل ۱ و حداکثر ۵ می باشد. بر اساس مقیاس کسپ روبریک، محقق سیستم امتیاز بندی زیر را مطرح میکند و هر مقاله ای را که پایین تر از امتیاز خوب (۳۰) هست را حذف میکند.

این نوع امتیاز دهی بر مبنای ده عامل اساسی بوده است که شامل: اهداف تحقیق، منطق روش، طرح تحقیق، روش نمونه گیری، جمع آوری اطلاعات، انعکاس پذیری، ملاحظات اخلاقی، دقت تجزیه و تحلیل داده ها، بیان واضح و روشن یافته ها و ارزش پژوهش می باشد. در این مرحله به هر کدام از این سوالات امتیاز کمی داده و سپس یک فرم ایجاد کرده سپس امتیازاتی را که به هر مقاله داده ایم جمع کرده ایم که تعداد ۳۷ مقاله مورد تایید نهایی قرار گرفت. در این مرحله از تعداد ۷۳ مقاله استخراج شده تعداد ۱۲ مقاله بر اساس عنوان و تعداد ۱۴ مقاله بر اساس چکیده و تعداد ۱۰ مقاله بر اساس محتوا حذف گردیدند. همچنین دسترسی به برخی از این مقالات امکان پذیر نبود. در نهایت تعداد ۳۷ مقاله باقی مانده بر اساس ده معیار (اهداف تحقیق، منطق روش، طرح تحقیق، روش نمونه گیری، انعکاس پذیری) شامل رابطه بین محقق و شرکت کنندگان، ملاحظات اخلاقی، دقت تجزیه و تحلیل داده ها، بیان واضح و روشن یافته ها از لحاظ کیفیت) مورد بررسی نهایی قرار گرفت. مدل طراحی شده شامل ۱۶ مقوله اصلی و ۱۰۲ مقوله فرعی می باشد. پس از تکمیل مراحل روش شناسی متاترکیب مدل طراحی شده در جلسه تمامی گروه کانونی با مشارکت خبرگان علوم اجتماعی ارائه شد در این جلسات تمامی دو سطح مدل مورد بررسی قرار داده شد و تغییر روی آن انجام نگرفت. در واقع ابعاد و

مؤلفه های جدید به مدل اضافه یا کسر نگردید. روایی مدل حاضر از طریق روایی محتوا حاصل شده که این امر از دوجنبه صورت گرفته است.

جنبه اول، استفاده از اجزا و عوامل مدل های ارائه شده پیشین است که خود به روایی مدل منجر می گردد و جنبه دوم تشکیل جلسه های گروه کانونی و ارائه مدل در این جلسه ها به متولیان علوم اجتماعی و مدیریت است که عدم تغییر مدل، نشان دهنده روایی مدل طراحی شده است از آنجایی که در مراحل طراحی مدل معیارهای مدل های پیشین به عنوان کد در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن شباهت های معنایی بین کدها اقدام به ادغام آنان و ایجاد مفاهیم شده است. در این پژوهش برای حفظ کیفیت مطالعه از شاخص کاپا استفاده شده است. مقدار کاپا، بین صفر تا یک نوسان دارد و هرچه مقدار آن به عدد یک نزدیک تر باشد نشان می دهد که توافق بیشتری بین مرورگران وجود دارد.

جدول شماره ۱: مراتب اعتمادپذیری مقادیر گوناگون ضریب کاپا در تعیین میزان توافق بین کدگذاری ها (گویت ۲۰۱۴)

قدرت توافق	مقدار اماره کاپا
ضعیف	کمتر از صفر
کم	۰ - ۰/۲
پایین تر از متوسط	۰/۲۱ - ۰/۴
متوسط	۰/۴۱ - ۰/۶۰
خوب	۰/۶۱ - ۰/۸۰
عالی	۰/۸۱ - ۱

ضریب کاپا بین صفر تا یک متغیر است و به صورت درصد بیان می شود. همانطور که در جدول بالا نشان داده شده است شاخص کاپا برابر با ۰/۸۷ درصد محاسبه شد که با توجه به وضعیت شاخص کاپا در سطح توافق عالی قرار گرفته است.

برای تجزیه و تحلیل پژوهش های انجام شده در ارتباط با معیارهای پریشانی روانشناختی از کدگذاری استفاده شده است. منظور از کدگذاری عبارت است از عملیاتی که طی آن داده ها تجزیه، مفهوم سازی و به شکل تازه ای در کنار یکدیگر قرار داده می شود. کدگذاری باز قصد دارد تا داده ها و پدیده ها را در قالب مفاهیم درآورد. سپس این کدها را بر اساس پدیده های کشف شده در داده ها که مستقیماً به پرسش تحقیق مربوط می شوند دسته بندی کنیم. در اینجا محقق با در نظر گرفتن

مفهوم هر یک از این کدها، آنها را در یک مفهوم مشابه دسته بندی می کند. به این صورت پژوهشگر با تشکیل کدها، مفهوم نهایی را دسته بندی و به بهترین شکل آن را توصیف می کند. در پژوهش حاضر نیز ابتدا عوامل استخراج شده از مطالعات را به عنوان کد در نظر گرفته و سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از کدها آنها را در یک مفهوم مشابه دسته بندی می کند. به این ترتیب مفاهیم اصلی پژوهش شکل می گیرد. نتایج فرآیند مذکور برای شناسایی و دسته بندی پیرایشانی روانشناختی در جدول زیر ارائه شده است (سهراب زاده، نیازی و میری، ۲۰۲۱).

جدول شماره ۲: دسته بندی ابعاد اصلی معیارهای پیرایشانی روانشناختی استخراج شده

ردیف	مقوله ها	مفاهیم	ماخذ	فراوانی
۱	متغیرهای زمینه ای	سن،جنسیت(زنان و مردان)،وضعیت تاهل(مجرد،متاهل،مطلقه)،وزن،تحصیلات،تعدادفرزند،زنتیک نامناسب	ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی(۲۰۲۱)، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی(۲۰۱۹)،پورفریدون و دشت بزرگی(۲۰۲۲)، علی اکبری و بیتانه(۲۰۲۱)،محرابی و افشاری(۲۰۲۲)، محرابی و داوودیان و سلیمانی (۲۰۲۲)، بیات و توکلی و برادران (۲۰۲۲)، کاووسی و میرزاییان و عباسی (۲۰۲۱)، دیباییان و سهرابی و پورشریفی و ثابت(۲۰۲۲)	۹
۲	احساسات	احساس نامیدی و درماندگی،احساس شرم،گناه،تردید،ترس از پیشرفت بیماری،نگرانی،تنهایی، افکار ناکارآمد و منفی؛،حالت ذهنی ناخشانند	زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹)، ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱)، علی اکبری و بیتانه (۲۰۲۱)، مرادی و حسنی و نوری و پاننده داری نژاد (۲۰۲۱)، بیات و توکلی و برادران (۲۰۲۲)، داوودیان و هاشمی پور و ابوذر و قلیچ خان (۲۰۲۲)، عینی و حسینی و عبادی (۲۰۲۱)، پور فریدون و دشت بزرگی (۲۰۲۲)، یوسفیان و احدی و کراکسیان(۲۰۱۹)	۹
۳	حالات روان رنجورانه	افسردگی،استرس، اضطراب،هیجانات منفی،تنش،نوشخوار فکری،فشارهای روانی،زندگی، ادراک رنج،خصوصیت و پرخواشگری،اختلال در خواب،عدم تمرکز، تصاویر ذهنی مرتبط با درد، مدیریت درد، وسواس فکری عملی	هاشمی و عینی و شاهجویی (۲۰۲۲)، محمودپورو دریا و کمندلو ومدنی (۲۰۲۰)، پورنقاش و قلندرزاده و فراهانی وصابری و بهرام (۲۰۱۸)، کاووسی و عباسی و میرزاییان (۲۰۲۱)، طالبی و تیموری (۲۰۲۲)،محرابی و افشاری(۲۰۲۲)، محرابی و داوودیان و سلیمانی (۲۰۲۲)، مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (۲۰۲۲)، الهی و صفریان و شکری جوان و عیسی زاده (۲۰۲۲)، رهنما و سجادیان و ریوفی (۲۰۱۷)، زمانی فروشان و دکانه ای فرو نیکنام (۲۰۲۲)، برومندیان و محمدی و رحیمی (۲۰۲۰)، مشاک و نادری و چین آوه (۲۰۲۱)، مدنی زاده و حمایی (۲۰۲۰)، حیدری و حبی (۲۰۱۸)	۲۵
			زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹)، ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱)، علی اکبری و بیتانه	

			(۲۰۲۱)، مرادی و حسنی و نوری و پاینده داری نژاد (۲۰۲۱)، بیات و توکلی و برادران (۲۰۲۲)، داوودیان و هاشمی پور و ابوذر و قلیچ خان (۲۰۲۲)، پور فریدون و دشت بزرگی (۲۰۲۲)، یوسفیان و احدی و کراکسیان (۲۰۱۹)، صالحی و صدوقی (۲۰۲۰)، عامری و نجفی (۲۰۲۰)
۴	اختلالات شخصیت، اختلالات خود ایمنی، اختلالات اخلاقی، اختلال پرخوری، اختلال در سازگاری اجتماعی، اختلال اضطرابی، اختلالات انقباضی	۷	ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱)، کاووسی عباسی و میرزاییان (۲۰۲۱)، عینی و حسینی و عبادی (۲۰۲۱)، حیدری و حبیبی (۲۰۱۸) داوودیان و هاشمی پور و قلیچ خان و ابوذر (۲۰۲۲)، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹) محمودپور و دربا و کمندلو و مدنی (۲۰۲۰)
۵	تعارضات بین فردی، رابطه با همسر و فرزند سلامت روانی زوجین و فرزندان، خشونت خانگی، حمایت خانواده	۴	محمودپور و دربا و کمندلو و مدنی (۲۰۲۰)، زمانی فروشان و دکانه ای فرو نیکتام (۲۰۲۲)، گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (۲۰۲۱)، کاووسی عباسی و میرزاییان (۲۰۲۱)
۶	توجه به همسر، روابط عاطفی زوجین، کاهش عملکرد جنسی، اختلافات زناشویی، خیانت به همسر، کاهش تعامل زوجین و صمیمیت آنها، طلاق	۴	ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱)، مدنی زاده و حمایی (۲۰۲۰)، بیات و توکلی و برادران (۲۰۲۲)، گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (۲۰۲۱)
۷	بیماری ها کرونر قلبی، کرونا، ناباروری، ماستکتومی سرطان، سرطان پستان، تالاسمی، تومور مغزی، ام اس، دیابت نوع ۲، سردرد، اختلالات گوارشی، معلولین ضایعه نخاعی پسوریازیس، فشار خون بالا، اعتیاد	۲۳	رهنما سجادیان و رنوفی (۲۰۱۷)، طالبی و تیموری (۲۰۲۲)، محرابی و افشاری (۲۰۲۲)، محرابی داوودیان و سلیمانی (۲۰۲۲) محمودپور دربا و کمندلو و مدنی (۲۰۲۰)، مدنی زاده و حمایی (۲۰۲۰)، برومندیان و محمدی و طاقانکی (۲۰۲۰)، پور فریدون و دشت بزرگی (۲۰۲۲)، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱)، پاینده داری نژاد و مرادی و نوری (۲۰۲۱) علی اکبری و بیتانه (۲۰۲۱)، یوسفیان و احدی و کراکسیان (۲۰۱۹) هاشمی و عینی و شاهجویی (۲۰۲۲) زاهدی و رنوفی پور و خان بابایی (۲۰۱۹)، دیباییان و سهرابی و شریفی و ثابت (۲۰۲۲)، مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (۲۰۲۲)، علی خانی و شجاعی و عسگری و الهی فر (۲۰۲۱)، حسنی و اکبری و حاتمی و بافچی زاده (۲۰۲۰)، سام خانیان، معاضدیان و ستوده اصل و قربانی (۲۰۲۲)، عطیمی و سلیمانی (۲۰۲۰)، کاظمی رضایی و کاکابرابی و حسینی (۲۰۱۹)، احمد زاده و سوداگر (۲۰۱۹)، سعیدی و انصاری فر و جلیلی (۲۰۲۱)
۸	ابعاد طول مدت بیماری، شدت بیماری، بستری شدن در بیمارستان درمانی	۲	زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹)، رسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱)

۹	ابعاد اقتصادی	نوع شغل ، میزان درآمد ، هزینه داروها ، هزینه های گراف درمانی ، ویزیت	محرابی و افشاری (۲۰۲۲) ، محرابی و داوودیان و سلیمانی (۲۰۲۲) ، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱) ، مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (۲۰۲۲)	۴
۱۰	ابعاد اجتماعی	عدم درک حمایت اجتماعی ، حمایت دوستان ، حمایت افراد مهم ، اجتناب از روابط اجتماعی ، محیط اجتماعی ، خودکشی ، انزوای اجتماعی ، موقعیت استرس زای محیطی ، طرد اجتماعی ، برقراری ارتباط موثر با دیگران ، اضطراب اجتماعی ، کاهش کیفیت روابط اجتماعی ،	رئسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱) کاووسی عباسی و میرزاییان (۲۰۲۱) ، پورفریدون و دشت بزرگی (۲۰۲۲) ، گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (۲۰۲۱) ، ، محرابی و داوودیان و سلیمانی (۲۰۲۲) برومندیان و محمدی و طاقانکی (۲۰۲۰) ، پاینده داری نژاد و مرادی و حسنی و نوری (۲۰۲۱) ، محمودپور دربا و کمندلو و مدنی (۲۰۲۰) ،	۸
۱۱	ابعاد فرهنگی	تجارب زندگی ، نوع کیفیت زندگی ،	گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (۲۰۲۱) ، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹) ، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱) مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (۲۰۲۲) ، دیباییان و سهرابی و پورشرفی و ثابت (۲۰۲۲) ، داوودیان و هاشمی پور و قلیچ خان و ابوذری (۲۰۲۲) ، اعرابی و حسنی و اکبری و حاتمی و بافچی زاده (۲۰۲۰)	۷
۱۲	ابعاد آموزشی	فضای رقابتی شدید، فشار تحصیلی ، انجام تکالیف شناختی گسترده ، اضطراب امتحانی ، دانش آموزان تیزهوش ، میزان تلاش دانش آموزان ، میزان یادگیری دانش آموزان ، کاهش توانایی هوشی	عینی و حسینی و عبادی (۲۰۲۱)	۱
۱۳	نگرش های مذهبی	انعکاس نگاهی شوم به جهان ، نوع ارتباط معنوی ، معنویت درمانی ،	الهی و صفریان و شکری جوان و عیسیزاده (۲۰۲۲)	۱
۱۴	ویروس کرونا	محدودیت در رفت و آمد ، قرنطینه ، رعایت فاصله اجتماعی ، تعطیلی مدارس و دانشگاه ها ، زدن ماسک ، شست شوی دست ها	محرابی و افشاری (۲۰۲۲) ، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹)	۲
۱۵	مصرف مواد	سوء مصرف مواد ، وابستگی به الکل ،	کاووسی عباسی و میرزاییان (۲۰۲۱)	۱
۱۶	تکانه های کنترلی	میزان تاب آوری ، مواجهه با شکست ، خشونت	محمودپور و دربا و کمندلو و مدنی (۲۰۲۰) ، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (۲۰۲۱) ، بیات و توکلی و برادران (۲۰۲۲) ، یوسفیان و احدی و کراسکیان (۲۰۱۹) ، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۰۱۹) ، طالبی و تیموری (۲۰۲۲) ، علی اکبری و بیتانه (۲۰۲۱) ، حیدری و حبی (۲۰۱۸)	۸

بحث و نتیجه گیری

پیشانی روانشناختی برای توصیف کلی یک فرد با ترکیبی از علائم افسردگی، اضطراب و استرس استفاده میشود و به عنوان عامل آسیب شناختی در انواع متعدد اختلالات روانی شناخته شده است. همچنین پیشانی به طور گسترده ای به عنوان یک حالت در پاسخ به عوامل استرس زا و با ناراحتی ادراک شده مشخص میشود. پیشانی روانشناختی به عنوان یک حالت رنج عاطفی تعریف میشود که توسط علائم افسردگی (مثل فقدان علاقه، ناراحتی، ناامیدی) و اضطراب (مثل بیقراری، احساس تنش) توصیف میشود. مارچ اند و بلانس (۲۰۱۰) پیشانی روانشناختی را حالت ذهنی ناخوشایند، افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارند، تعریف میکند.

این پژوهش با توجه به اهمیت موضوع بحث و بررسی مطالعه فراترکیب طراحی الگو و ابعاد پیشانی روانشناختی پرداخته است. طبق مقالات استخراج شده که از ۳۷ تا به مرحله تأیید نهایی رسیده است ۱۶ مولفه اصلی و ۱۰۲ کد مفهومی ایجاد شدند که عبارتند از: احساسات، حالات روان رنجورانه، اختلالات، وضعیت خانوادگی، کیفیت روابط زوجین، تکانه های کنترلی، بیماری ها، خدمات درمانی، نگرش های مذهبی، ابعاد اجتماعی، ابعاد فرهنگی، ابعاد آموزشی، ابعاد اقتصادی، کرونا، مصرف مواد را در بر می گیرد. نتایج این تحقیق در راستای موارد ذکر شده با استفاده از روش استقرایی کیفی فراترکیب و مطالعه چندین مقاله مرتبط به دست آمده است.

همچنین از دیدگاه های که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است میتوان به موارد زیر اشاره کرد: از نظر گوازارون (۲۰۱۸) پیشانی روانشناختی اصطلاحی عمومی است که برای به تصویر کشیدن احساسات یا عواطف ناخوشایند استفاده میشود که بر سطح عملکرد فرد تأثیر میگذارد. به عبارت دیگر، این یک ناراحتی روانی است که بر فعالیتهای روزمره زندگی فرد تأثیر منفی میگذارد. پیشانی روانشناختی میتواند منجر به دیدگاه های منفی نسبت به محیط، دیگران و خود شود. غم، اضطراب، آشفتگی و علائم بیماری روانی نمایانگر پیشانی روانشناختی است.

از نظر ترنر (۱۹۸۷) علاوه بر دشواری های درون روانی، پیشانی در فضای بین فردی نیز تنش و تعارض ایجاد میکند. از این جهت، هر چند با شدتی کمتر از یک اختلال روانشناختی، پیشانی نیز در حوزه های مختلف عملکرد فرد تداخل ایجاد میکند. از نظر ریدنر (۲۰۰۳) در تعیین مشخصه های تعریف پیشانی روانشناختی، به پنج مؤلفه اشاره میکند. که عبارت اند از ناتوانی ادراک شده در مقابل مؤثر، تغییر در وضعیت هیجانی، ناراحتی، ارتباط ناراحتی و آسیب. نتایج پژوهش نشان دهنده آن است که مقوله های (افسردگی، اضطراب و استرس) از عوامل بسیار تأثیر گذار بر پیشانی روانشناختی

هستند که با پژوهش های یوسفیان، احدی و کراسکیان (۱۳۹۸)، مشاک، نادری و چین آوه (۱۴۰۰)، پور نقاش، قلندرزاده، فراهانی، صابری و پاشایی بهرام (۱۳۹۷)، بیات، توکلی و قنادی برادران (۱۴۰۱)، طالبی و تیموری (۱۴۰۱)، مهاجرانی، عیسی زادگان و سلیمانی (۱۴۰۱)، برومندیان، محمدی، رحیمی طاقانکی (۱۳۹۹)، پاینده داری نژاد، مرادی، حسنی و نوری (۱۴۰۰)، داوودیان، هاشمی پور، قلیچ خان و ابوذر (۱۴۰۱)، همخوانی دارند. در واقع استرس طولانی مدت می تواند منجر به مشکلاتی شود و اگر مدیریت نشود می تواند تاثیر منفی زیادی بر وضعیت سلامتی آنها داشته باشد و افسردگی با علائمی مانند خلق و خوی افسرده، از دست دادن علاقه و لذت، کاهش انرژی، خواب آشفته، احساس گناه و تمرکز ضعیف است و همچنین اضطراب با افکار و احساسات نگران کننده مشخص میشود.

نتایج مطالعات بیانگر آن است که پریشانی روانشناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تاثیر قرار دهد که با پژوهش های کاووسی عباسی و میرزائیان (۱۴۰۰)، پور فریدون و دشت بزرگی (۱۴۰۱)، مهرابی و افشاری (۱۴۰۱)، برومندیان، محمدی و رحیمی طاقانکی (۱۳۹۹)، حیدری و حبی (۱۳۹۷) همخوانی دارد. همچنین پریشانی روانشناختی با علائم مرتبط افسردگی و اضطراب با یک مشکلاتی عاطفی همراه است؛ علائم پریشانی روانشناختی در قالب یک مشکل جسمی تحقق می یابد که با پژوهش های هاشمی، عینی و شاهجویی (۱۴۰۱)، الهی، صفریان، شکری جوان و عیسی زاده (۱۴۰۱)، رهنما، سجادیان و رثوفی (۱۳۹۶)، یوسفیان، احدی و کراسکیان (۱۳۹۸)، محمود پور، دربا، کمندلو و مدنی (۱۳۹۹)، زاهدی، رفیعی پور و خان بابایی (۱۳۹۸)، طالبی و تیموری (۱۴۰۱)، پور فریدون و دشت بزرگی (۱۴۰۱)، علی اکبری و بیتانه (۱۴۰۰)، مهاجرانی، عیسی زادگان و سلیمانی (۱۴۰۱) همخوانی دارد.

یکی دیگر از نتایج تحقیق آن است که پریشانی روانشناختی باعث کاهش کیفیت زندگی و بروز اختلالات انطباقی، خلقی و... می شود که با پژوهش های محمود پور، دربا، کمندلو و مدنی (۱۳۹۹)، زاهدی، رفیعی پور و خان بابایی (۱۳۹۸)، رئیسی پور، شفیع آبادی و بروجنی (۱۴۰۰)، عینی، حسینی و عبادی (۱۴۰۰)، پور فریدون و دشت بزرگی (۱۴۰۱)، مهرابی و افشاری (۱۴۰۱)، حیدری و حبی (۱۳۹۷)، داوودیان، هاشمی پور، قلیچ خان و ابوذر (۱۴۰۱) هماهنگی دارد. همچنین پریشانی روانشناختی می تواند روابط بین فردی را به شدت تخریب کند چون این افراد تنش بیشتری را با همسر فرزندان و دوستان خود ایجاد می کنند که می تواند سبب کاهش رضایتمندی زناشویی شود که با پژوهش های گل محمد، قاسمی، عبدلی و ساقیها (۱۴۰۰)، محمود پور، دربا، کمندلو و مدنی (۱۳۹۹)،

زمانی فروشان، دو کانه ای فرد و نیکنام (۱۴۰۱)، پور نقاش، قلندرزاده، فراهانی، صابری و پاشایی بهرام (۱۳۹۷)، رئیسی پور، شفیع آبادی و بروجنی (۱۴۰۰)، بیات، توکلی، فنادی برادران (۱۴۰۱)، مهاجرانی، عیسی زادگان و سلیمانی (۱۴۰۱) همخوانی دارد.

در واقع از نتایج و یافته های به دست آمده در این پژوهش مشخص گردید که بین پریشانی روانشناختی با تمامی ابعادش (احساسات، حالات روان رنجورانه، اختلالات، وضعیت خانوادگی، کیفیت روابط زوجین، بیماری ها، کرونا، تکانه های کنترلی، خدمات درمانی، ابعاد آموزشی، ابعاد اقتصادی، ابعاد اجتماعی، نگرش های مذهبی و مصرف مواد) رابطه معناداری وجود دارد.

References

- Abbasi, G., & Masihpour Mojavari, O. (2020). The effectiveness of stress inoculation training on sense of coherence and psychological distress in pregnant women. *Salamat-e Jame'e [Community Health]*, 14(4). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Abeloff, M. D., Armitage, J. O., Lichter, A. S., & Niederhuber, J. E. (2000). *Clinical oncology* (2nd ed.). Churchill Livingstone.
- Ahmadzadeh, L., Soudagar, S., Va'ez, M., Bahrami Heidaji, M., & Golmohammadnejad Bahrami, G. R. (2019). The effectiveness of adapted couple-based acceptance and commitment therapy compared with integrative couple therapy on psychological distress in couples with a spouse diagnosed with cancer. *Pajuhesh-ha-ye Novin-e Ravanshenakhti [New Psychological Research Quarterly]*, 14(55). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Akhavan Abiri, F., Sho'eyri, M. R., & Gholami Fesharaki, M. (2019). The relationship between attachment style and psychological distress: The mediating role of mindfulness. *Feyz: Scientific-Research Bimonthly Journal*, 23(1), 104. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Aliakbari Dehkordi, M., & Bitaneh, M. (2021). The effectiveness of psychological capital components training on psychological flexibility and psychological distress in women with breast cancer. *Ravanshenasi-ye Salamat [Health Psychology]*, 10(38), 2. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Bayat, B., Tavakoli, B. H., & Ghanadi Baradaran, N. (2022). The effectiveness of stress management based on cognitive-behavioral therapy on rumination and psychological distress in women confronted with spousal infidelity. *Faslnameh Khanevadeh-darmani-ye Karbordi [Applied Family Therapy Quarterly]*, 3(10), 1. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Beaglehole, B., Mulder, R. T., Frampton, C. M., Boden, J. M., Newton-Howes, G., & Bell, C. J. (2018). Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 716-722.
- Choi, N. G., Sullivan, J. E., DiNitto, D. M., & Kunik, M. E. (2019). Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine*, 126, 105111. (incomplete citation: page/article number formatting)
- D'Arcy, C., & Siddique, C. M. (1984). Psychological distress among Canadian adolescents. *Psychological Medicine*, 14(3), 615-628.
- Dibaian, S., Sohrabi, F., Poursharifi, H., & Sabet, M. (2022). The effectiveness of network-based diabetes management education on health-related quality of life and type 2 diabetes-related psychological distress. *Majalleh-ye Daneshkadeh-ye Pezeshki, Daneshgah-e Olum-e Pezeshki Mashhad [Journal of Mashhad Faculty of Medicine]*, 65(182), 2. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Elahi, M., Safarian, A., Shokri Javan, F., & Eissa-Zadeh, M. (2022). Predicting students' psychological distress during the COVID-19 period: The role of mindfulness and religious coping. *Motale'at-e Eslami dar Hoze-ye Salamat [Islamic Studies in Health]*, 6(2). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Ghodat, E. (2020). Predicting psychological distress based on parent-child relationship and dysfunctional attitudes in adolescents. (Master's thesis). (incomplete citation) [Thesis in Persian]
- Guazzaroni, G. (Ed.). (2018). *Virtual and augmented reality in mental health treatment*. IGI Global.
- Hashemi, Z., Aieni, S., & Shahjouei, T. (2022). The effectiveness of cognitive metacognitive therapy on psychological distress and the cognitive-attentional syndrome in spouses of patients with brain

- tumors. *Ravanshenasi-ye Balini [Clinical Psychology]*, 14(54), 2. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Hessari, M. (2021). Predicting academic procrastination based on psychological distress and COVID-19 anxiety. (Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences). (incomplete citation) [Thesis in Persian]
- Hessari, M., Rezaei, A. M., & Tale' Pasand, S. (2022). Predicting academic procrastination based on psychological distress and COVID-19 anxiety. *Majalleh-ye Ravanshenasi [Journal of Psychology]*, 11(72), 3. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Kazemi Khooban, S. Z., Poursharifi, H., Kakavand, A., & Zhian Baghri, M. (2022). The effectiveness of a revised trauma-focused cognitive-behavioral therapy protocol on quality of life and psychological distress in women survivors of domestic violence. *Majalleh-ye Ravanshenasi va Ravanshenasi-ye Shenakhti [Cognitive Psychology & Psychiatry]*, 9(2). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Kazemi Rezaei, S. V., Kakabraei, K., & Hosseini, S. S. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy-based emotion regulation skills training on psychological distress and cognitive flexibility in cardiovascular patients. *Nashriyeh-ye Ravanparastari [Journal of Psychiatric Nursing]*, 7(33), 3. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Mahmoudpour, A., Darba, M., Kamandlou, Z., & Madani, Y. (2020). The relationship between early maladaptive schemas, marital satisfaction, and psychological distress in infertile women in Tehran. *Olum-e Ravanshenasi [Psychological Sciences]*, 19(94). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Marchand, A., & Blanc, M. E. (2010). The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: An eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. *Journal of Occupational Health*. (incomplete citation)
- McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2020). Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA*, 324(1), 93–94.
- Naderzadeh, S. (2019). Developing a structural model of the impact of childhood maltreatment on psychological distress: The mediating roles of self-esteem and sense of coherence in older adults. (Master's thesis). (incomplete citation) [Thesis in Persian]
- Payton, A. R. (2009). Mental health, mental illness, and psychological distress: Same... (incomplete citation)
- Rahnama, M., Sajadian, I., & Raoufi, A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress and treatment adherence in coronary heart disease patients. *Nashriyeh-ye Ravanparastari [Journal of Psychiatric Nursing]*, 5(22), 4. (incomplete citation) [Article in Persian]
- Rastagar, A.-A., & Vishlaghi, M. (2021). The effect of workplace bullying on emotional exhaustion: The mediating role of psychological distress (case study: Shariati Hospital nurses, Tehran). *Faslnameh Bimarestan [The Hospital Quarterly]*, 20(4). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Reza-Zadeh, K. (2019). The relationship between body image dissatisfaction and psychological distress: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy among students at Islamic Azad University of Bandar Abbas. (Master's thesis, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch). [Thesis in Persian]
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 536–545.
- Rostami, F. (2020). Predicting psychological distress based on attributional styles and personality traits in patients with rheumatoid arthritis. (Master's thesis, Tolou-e Mehr Institute of Higher Education). [Thesis in Persian]
- Ryrie, I., & Norman, I. (2004). The origins and expression of psychological distress. In *The art and science of mental health nursing: A textbook of principles and practice* (pp. 3–34). Open University Press. (incomplete citation: editors/book details)
- Sohrabzadeh, M., Niazi, M., & Miri, S. (2021). A qualitative meta-synthesis of civic culture in Iranian society. *Do-Faslnameh Jame'e Shenasi-ye Eghtesadi va Tose'e [Economic Sociology & Development]*, 10(1). (incomplete citation) [Article in Persian]
- Teasdale, T. W., & Antal, A. (2016). Psychological distress and intelligence in young men. *Personality and Individual Differences*, 99, 336–339.
- Wheaton, B. (2007). The twain meet: Distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health*, 11(3), 303–319.
- Yousefian, Z., Ahadi, H., & Kraskian Mowjmenari, A. (2019). The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience in patients with thalassemia. (incomplete citation: journal/volume/issue/pages) [Article in Persian]
- Zahedi, R., Rafiei Pour, A., & Khanbabayi, N. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on fear of disease progression and psychological distress in patients with rheumatoid arthritis. *Ravanshenasi-ye Salamat [Health Psychology]*, 8(30), 2. (incomplete citation) [Article in Persian]

Zamani Foroushan, Z., Dookanehifard, F., & Niknam, M. (2022). The effectiveness of online logotherapy on self-concept and psychological distress in women attending Khavaran Cultural Center. *Roojesh-e Ravanshenasi [Psychology Growth]*, 11(77), 8. (incomplete citation) [Article in Persian]

A Qualitative Meta-Synthesis of Psychological Distress in Iranian Society

Mohsen Niazi¹, Ali Farhadian², Mahdiah Kazemian³
& Fatemeh Khoshbayani⁴

Psychological distress is a broad construct that typically refers to the co-occurrence of depressive, anxiety, and stress symptoms and manifests, in response to stressors, as perceived discomfort, emotional turmoil, and functional impairment. Such distress can weaken the quality of interpersonal relationships and, by increasing conflict in marital, family, and social domains, may generate adverse individual and collective outcomes. Objective: The present study aimed to qualitatively meta-synthesize Iranian research on psychological distress and to develop a conceptual model of its associated factors. Method: Using an inductive approach and following the seven-step qualitative meta-synthesis procedure, Persian-language articles published between 2015 and 2022 were retrieved from domestic databases, screened based on inclusion and exclusion criteria, and appraised for methodological quality. After data extraction, open coding was conducted, followed by iterative conceptual integration through constant movement between codes and categories to derive final themes. Results: A total of 37 eligible studies were included. Qualitative synthesis yielded 102 initial codes, which were ultimately organized into 16 overarching themes: emotions; neurotic states; disorders; family status; couple relationship quality; illnesses; healthcare services; the COVID-19 pandemic experience; religious attitudes; and social, cultural, educational, and economic dimensions, as well as impulses and impulse control. Overall, the findings suggest that psychological distress in Iran is a multi-level phenomenon shaped by the interaction of individual, interpersonal, and structural factors. Conclusion: The resulting model can inform the design of multi-component interventions, particularly those focusing on strengthening emotion regulation skills, improving family communication and support, and enhancing access to—and the quality of—mental health services. Future research is recommended to employ longitudinal designs and focus on high-risk groups to test causal pathways and more precisely examine the role of cultural context. From an applied perspective, the findings can assist planners in developing monitoring indicators and aligning interventions across schools, workplaces, and primary care settings. Study limitations include reliance on published studies and the possibility of publication bias.

Keywords: psychological distress; anxiety; depression; stress; qualitative meta-synthesis; model.

1 Department of Social Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran.

2 Department of Social Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran. (Corresponding author) farhadian@kashanu.ac.ir

3 Department of Social Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran.

4 Department of Social Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran.