

مطالعه فرا ترکیب پریشانی روانشناختی در جامعه ایران

محسن نیازی^۱، علی فرهادیان^۲، مهدیه کاظمیان^۳، فاطمه خوش بیانی آرانی^۴

چکیده:

مقدمه: پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که توسط برخی از پزشکان بهداشت روان برای توصیف بسیاری از علائم و تجربیات زندگی درونی فرد استفاده می‌شود که معمولاً نگران کننده، گیج کننده یا غیرعادی هستند. که در یک فرد با ترکیبی از علائم افسردگی، اضطراب و استرس استفاده می‌شود. 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. هدف از پژوهش حاضر بررسی مطالعات انجام شده پیرامون پریشانی روانشناختی است.

روش پژوهش: این پژوهش با رویکرد استقرایی فراترکیب کیفی روش شامل گام های هفتگانه ای است که به ارزیابی و تحلیل نظام مند یافته های مطالعات پیشین می‌پردازد. بنابراین نتایج پژوهش های پیشین از منابع داخلی طی سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در پژوهش حاضر با مطالعه ۷۳ مقاله علمی معتبر سعی شد تا مدلی از عوامل متاثر از پریشانی روانشناختی طراحی شود که تعدادی از مقالات به دلیل عدم تناسب با ابعاد پریشانی روانشناختی حذف گردید در ادامه این جستجو ها ۳۷ مقاله انتخاب و مورد مطالعه عمیق قرار گرفت.

یافته ها: با توجه به بررسی مقالات استخراج شده به ۱۰۲ کد منجر شد که با بررسی اولیه در این پژوهش پس از رفت و برگشت میان زمینه های فرعی، ۱۶ زمینه اصلی به دست آمد که عبارتند از: متغیرهای زمینه ای، احساسات، حالات روان رنجورانه، اختلالات، وضعیت خانوادگی، کیفیت روابط زوجین، بیماری ها، خدمات درمانی، کرونا، نگرش های مذهبی، ابعاد اجتماعی، فرهنگی، آموزشی، اقتصادی، مصرف مواد و تکانه های کنترلی می باشد. همچنین می توان از مهم ترین مولفه ها با توجه به تکرارشان به: اضطراب، افسردگی، استرس، خشونت خانگی، انواع بیماری ها، اختلال شخصیت و... اشاره کرد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها می توان گفت که در عصر حاضر، زندگی استرس زاست. و به دلایل مختلف اجتماعی، اقتصادی و انواع بیماری های جسمی روانی افراد دچار پریشانی روانشناختی می شوند. پریشانی روانشناختی می تواند روابط بین فردی را به شدت تخریب کند چون این افراد تنش بیشتری را با اطرافیان خود تجربه می کنند.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، استرس، پریشانی روانشناختی، طراحی الگو و مدل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۸/۶

استناد: نیازی محسن، فرهادیان علی، کاظمیان مهدیه، خوش بیانی آرانی فاطمه. مطالعه فرا ترکیب پریشانی روانشناختی در جامعه ایران، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۲): ۱۷۵-۱۴۸

۱- استاد گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران niazim@kashanu.ac.ir

۲- استادیار گروه مدیریت و کارآفرینی، دانشکده مدیریت، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، (نویسنده مسئول) farhadian@kashanu.ac.ir

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهشگری دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران mahdiekazmian79@gmail.com

۴- دانشجوی دکتری پژوهشگری دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است

که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

پریشانی روانشناختی^۱ 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 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 (۱). 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 (۲). به نقل از تیزدل و آنتال^۲ در سال 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 (۳).

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 رضایت مندی زناشویی می‌شود و این افراد در صورت مواجهه با مشکل از راهبردهای ناسازگارانه جهت حل مسأله استفاده میکنند (۴). 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^۳ در سطح رخدادهای تنش زای زندگی اشاره دارد (۵). بنابراین میتوان گفت پریشانی روانشناختی 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 (۶).

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 نشانه‌های تشخیصی، در صورت همراه شدن با سایر نشانه‌ها، معیارهای تشخیصی یک اختلال روانی را پوشش میدهند (۷). به طوری که نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد کسانی که پریشانی روانشناختی بالایی دارند دارای سلامت پایین تری هستند و نشخوار فکری بالاتری دارند (۸). بیان دقیق میزان شیوع پریشانی روانشناختی به دلیل تنوع مقیاس‌هایی که آن را می‌سنجند، 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 (۹). طبق گفته گوازارون^۴ در سال 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 دیدگاه های 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 (۱۰). در

^۱ Psychological distress

^۲ Teasdale & Antal

^۳ Maladaptive psychological functioning

^۴ Gvazarvn

واقع باید اشاره کرد مطابق با یافته های پژوهش های مختلف، بیماری هایی مانند: قلبی عروقی از رهنما ۱۳۹۶، کرونا از حصاری ۱۴۰۱، تومور مغزی از هاشمی ۱۴۰۱، تالاسمی از یوسفیان ۱۳۹۸، آرتریت روماتوئید از زاهدی ۱۳۹۸، سرطان پستان از علی اکبری ۱۴۰۰، دیابت نوع دوم از دیباییان ۱۴۰۱ و ... می تواند موثر در پریشانی روانشناختی باشد. ابلوف^۱ و همکاران در سال 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 (۱۱).

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 میباشد. 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 میکنند 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 اکثرا خود را به صورت تجارب فیزیولوژیکی و افکار و احساسات و خاطرات نشان میدهد (۱۲). 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 (۴). 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 (۱۳). 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 دارن (۱۴).

شیوع اختلالات روانی در جهان در سال ۲۰۱۶ حدود ۵/۱۵٪ برآورد شده است که این میزان در بین کشورهای مختلف از ۱۳ تا ۲۲٪ متغیر است. شیوع این اختلالات در ایران، ۲۱ تا ۳۹٪ گزارش شده است. افسردگی، اضطراب و پریشانی روانی به عنوان شایع ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی مطرح هستند. پریشانی روانی نوعی از اختلالات خفیف روانی است که به عنوان یک شاخص سلامت روان، در مطالعات جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک مورد استفاده قرار میگیرد (۱۶). 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. پریشانی روانشناختی به مفهوم عمومی کنش وری روانشناختی غیر انطباقی^۲ در سطح رخدادهای تنش زای زندگی اشاره دارد (۱۷). بنابراین میتوان گفت پریشانی روانشناختی یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل

^۱ Ablov^۲ Maladaptive psychological functioning

تنش را یا نیاز خاص است که به آسیب گذرا یا همیشگی برای او منتهی می‌شود (۱۸). عوامل متعددی در پریشانی روانشناختی (اضطراب و افسردگی) نقش دارند که این عوامل به سه دسته ی عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی طبقه بندی می‌شوند.

۱_ عوامل زیستی: 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 (۱۹).

2_ عوامل روانشناختی: اختلالات عصبی، اختلال در استراتژی های سازگاری، سایکوپاتولوژی، فقدان خود کار آیی، خود شناسی منفی، عزت نفس پایین و تاریخچه روانی اختلالات شخصیتی با اختلالات و نشانگان اضطراب و افسردگی مرتبط هستند.

۳_ عوامل اجتماعی: 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 (۱۹).

۴_ 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 گروه های سنی وجود دارد ولی توصیفات افراد در گروه های سنی متفاوت است (۱۹).

۵- استرس: انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۲ استرس را "الگویی از پاسخ های اختصاصی و غیراختصاصی یک شخص به محرک های رویدادهایی که تعادل فرد را بر هم زده و همچنین فشار بیش از حد که توانایی فرد برای مقابله را مختل می کند" توصیف می کند. استرس اصطلاحی کلی است که به دو مفهوم مجزای "عوامل استرس زا" و "فشار" اشاره دارد. منظور از عوامل استرس زا ویژگی های محیطی یا افکاری است، که منجر به واکنشی نامطلوب در فرد می شود. DSM عامل استرس زا را اینگونه تعریف می کند: "هر نوع عامل هیجانی، فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی، یا دیگر عوامل که تعادل طبیعی فیزیولوژیکی، شناختی، هیجانی و رفتاری فرد را مختل می کند". اصطلاح فشار، به واکنش های نامطلوب/ جانبی فرد به عوامل استرس زا اشاره می کند (۲۰).

۶- اضطراب: 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. با وجود اینکه اضطراب یک عامل انگیزشی محسوب می شود اما وقتی از حد می گذرد عامل اغتشاش و فروریختگی سازمان رفتارها

می گردد در منابع مختلف اضطراب با روش های مختلفی تقسیم بندی شده است و در بیشتر منابع اضطراب بر ۵ دسته تقسیم بندی نموده اند:

اضطراب علامتی: این اضطراب با پیش بینی خطر و انتقال خطر و احساس تهدید شدن به وجود می آید. اضطراب خصوصیتی: این اضطراب نشانگر اضطراب شخصیتی^۱ فرد می باشد. به عبارت دیگر به واسطه تحول و رشد شخصیت به وجود می آید. بعضی افراد نسبت به دیگران استعداد بیشتری نسبت به اضطراب دارند. ممکن است این گونه افراد اضطراب علامتی یا حوادث استراس زای بیشتری را تجربه کنند. اضطراب موقعیتی^۲: اضطرابی است که در موقعیت های ویژه ای روی می دهد. و جه تمایز آن با اضطراب علامتی این است که موقعیت برانگیزنده اضطراب را میتوان شناسایی کرد. افرادی که دارای سطح بالای اضطراب موقعیتی هستند، در مواجهه با موقعیت استراس زا دچار اضطراب شدید می شوند. اضطراب طبیعی: برای بقاء ضروری است و انرژی لازم را برای انجام کار فراهم می کند. اضطراب فراگیر: این اضطراب خیلی شدید است. شخص مبتلا به این اضطراب وحشت می کند و نمی تواند آن را به هیچ نوع فکر یا حاشیه ای جهت دهد. این اضطراب خیلی نافذ بوده و مکرراً رخ می دهد. (مفاهیم اضطراب موقعیتی و شخصیتی اولین بار توسط کتل در سال ۱۹۶۶ بیان شد و توسط اسپیلبرگر^۳ و همکاران توسعه یافت. اضطراب موقعیتی در واقع یک حالت هیجانی است که در برهه ای از زمان وجود دارد و با حالاتی چون احساس ذهنی فشار، تشویش، عصبانیت و نگرانی و فعال شدن سیستم عصبی خودکار همراه است. اضطراب شخصیتی مرتبط با تفاوت های پایدار فردی، در استعداد ایجاد اضطراب 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 استراس زا هستند(۱۹).

ریدنر در سال ۲۰۰۳ در تعیین مشخصه های تعریف پریشانی روانشناختی، به پنج مؤلفه اشاره میکند. که عبارت اند از ناتوانی ادراک شده در مقابل مؤثر^۴، تغییر در وضعیت هیجانی^۵، ناراحتی^۶، ارتباط ناراحتی و آسیب^۷. 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 در سال 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 غیر اختصاصی تعریف نموده است که عواملی مثل اضطراب، افسردگی، مسائل شناختی، تحریک پذیری، عصبانیت و وسواس فکری عملی را دربر می گیرد. پریشانی

^۱ Trait Anxiety

^۲ State Anxiety

^۳ Speilberger

^۴ perceived inability to cope effectively

^۵ change in emtional status

^۶ discomfort

^۷ harm

روانشناختی اغلب به صورت بخشی از زندگی طبیعی در نتیجه مشکلات پایدار یا گذرای مانند تحول مراحل و گذار زندگی، چالش ها و فقدان در تحصیل، شغل، زندگی خانوادگی و روابط تجربه میشود و با ناکامی و محرومیت اجتماعی ارتباط دارد (۲۰).

طبق نظر ویتون^۱ در سال 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 (۲۱). ترنر^۲ در سال ۱۹۸۷ علاوه بر دشواری های درون روانی، پریشانی در فضای بین فردی نیز تنش و تعارض ایجاد میکند. پریشانی نیز در حوزه های مختلف عملکرد فرد تداخل ایجاد میکند (۲۰). 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 در سال 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 (۲۰). در این پژوهش، از نظریه های مختلفی به عنوان مبانی نظری استفاده شده است. که در جدول زیر به برخی از مهم ترین نظریه های استفاده شده اشاره می شود:

جدول ۱: خلاصه تئوریهای مورد استفاده در این مطالعه

نظریه پرداز	نظریه
ریدنر	پریشانی روانشناختی به پنج مولفه اشاره می کند که عبارت اند از: ناتوانی ادراک شده در مقابل مؤثر، تغییر در وضعیت هیجانی، ناراحتی، ارتباط ناراحتی و آسیب.
	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 مؤثر باشد. همچنین در این پژوهش از نظرات

^۱ Wheaton

^۲ Turner

درنوند

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) تعریف می کنند.

بولتون

پریشانی روانشناختی 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.

ویتون

مقیاس های که برای سنجش پریشانی روانشناختی استفاده میشوند، اغلب شامل ماده هایی هستند که اختلالات افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر را می سنجد. بنابراین، هر چند پریشانی روانشناختی و این اختلالات روانپزشکی، پدیده های متمایزی نسبت به هم هستند، اما به طور کلی مستقل از هم نیستند.

ترنر

پریشانی روانشناختی علاوه بر دشواری های درون روانی، در فضای بین فردی نیز تنش ایجاد میکند، البته با توجه به شدت کمتری که پریشانی نسبت به اختلالات روانی دارد، همه گیری آن بیشتر است.

پیرلین

بر اساس نظر پیرلین، نقش های اجتماعی مستلزم پنج دسته فشار هستند: اضافه بار نقش، تعارضات بین فردی در پایگاه نقش، تعارض درون نقشی، اسارت نقش و بازسازی نقش درون یک پایگاه نقش.

مختلفی در زمینه پریشانی روانشناختی مانند نظرات ویتون و ترنر و پیرلین 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.

بهبهانی مندنی زاده و همایی در سال ۱۳۹۹، پژوهشی به نام (رابطه ننگ ناباروری و پریشان روانی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی گری فراهیجان در زنان نابارور) انجام دادند. روش این پژوهش پرسشنامه و نمونه گیری هدفمند می باشد. نتایج نشان داد که افراد نابارور با یکی از مهم ترین بحران های دوران زندگی مواجه هستند که مشکلات روانشناختی و تجربیات استرس زای جدی برای آنان ایجاد می کند. در این شرایط پر استرس ممکن است خود و دیگران را مقصر بدانند و اوضاع را فاجعه بار بدانند که در نهایت سلامت آنها را خدشه دار میکند. همچنین انگ ناباروری در زنان، نگرش روانشناختی مطلقاً منفی ایجاد می کند که باعث پیامدهای منفی و پریشان ناشی از نتایج ناباروری می شود. آنها حمایت و پایگاه اجتماعی خود را از دست می دهند که باعث فراخشم و فراضطراب می شود و باعث کاهش صمیمیت و تعهد در زوجین نابارور می شود که می تواند باعث سست شدن بنیاد خانواده یا حتی طلاق شود. ناباروری باعث می شود که آنها افکار منفی تکرار شونده حول محور چرایی ناباروریشان داشته باشند که این امر باعث پریشان روانی می شود و فراهیجان منفی باعث کاهش تمرکز می شود و باعث می شود که بیش از اندازه درگیر جزئیات شوند (۲۲). مهاجرانی و همکاران در سال ۱۴۰۰، پژوهشی به نام «رابطه ی پریشانی روانشناختی و علایم جسمانی سوء هاضمه عملکردی با نقش میانجی گری تصاویر ذهنی مرتبط با درد، حساسیت احشایی، فاجعه آفرینی درد و خودکارآمدی درد» انجام دادند. روش این پژوهش توصیفی-مقطعی می باشد. نتایج نشان داد که پریشانی روانشناختی با علائم سوء هاضمه عملکردی ارتباط دارد. در واقع، سوزش و نفخ به

عنوان علائم جسمانی آزار دهنده این بیماری عموماً مبتلایان را منزوی کرده و از روال طبیعی زندگی خارج میکند و اگر در اجتماع حضور یابند به دلیل فشار روانی ناشی از بیماری خود عصبانی و تحریک پذیر هستند که باعث بالا رفتن اضطراب آنها می شود. همچنین تعدد تصاویر ذهنی با ناخوشایندی درد و ایجاد علائم بیماری ارتباط دارند. این تصاویر به صورت ناخواسته و مزاحم به ذهن بیمار نفوذ میکنند و اغلب پریشان کننده هستند. در واقع این تصاویر موجب تغییر جهت به سمت خُلق منفی می شود. این خلق و هیجانات منفی مثل اضطراب، خشم و غم افزایش یافته و هیجانات مثبت کاهش می یابند (۲۳). پناهنده و همکاران در سال ۱۴۰۰، پژوهشی به نام «پیش بینی اضطراب کرونا براساس پریشانی روانشناختی در پرستاران بخش کرونایی بیمارستان های شهر اردبیل» انجام دادند. روش پژوهش توصیفی- از نوع همبستگی می باشد. نتایج نشان داد پرستاران در زمان شیوع ویروس کرونا پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کرده اند. همچنین می توان گفت که وجود بیماری کرونا به سبب مرگ و میر زیادی که دارد، زمینه ساز اضطراب کرونا در افراد می شود. در این راستا یکی از مهم ترین خطرات روانی که می تواند زمینه را برای وجود اضطراب کرونا بیشتر کند، پریشانی روانشناختی فرد مانند استرس و اضطراب است. زمانی که فرد دارای استرس و اضطراب باشد سیستم ایمنی بدن دچار ضعف شده و این عامل می تواند زمینه ساز افزایش ابتلا به کرونا گردد (۲۴). صالحیان و همکاران در سال ۱۴۰۱، پژوهشی به نام «تأثیر تجارب ناگوار دوران کودکی، پریشانی روانشناختی و تاب آوری بر افسردگی ورزشکاران آماتور» انجام داده اند. روش پژوهش توصیفی- تحلیلی و نمونه گیری در دسترس می باشد. تجارب ناگوار دوران کودکی به واسطه نگرش های منفی در میان افراد و تحت تأثیر قرار دادن برخی از شاخص های مهم روانشناختی مثل اعتماد به نفس میتواند باعث بروز مشکلات ذهنی در میان ورزشکاران آماتور شود. در واقع تجارب ناگوار دوران کودکی در میان ورزشکاران آماتور می تواند با تأثیر بر جنبه های ذهنی آنان؛ شرایطی جهت بروز افسردگی در میان این گروه از افراد ایجاد کند. همچنین پریشانی روانشناختی به واسطه بحران های ذهنی در ورزشکاران میتواند آنان را دچار بحران هایی در حوزه های ذهنی و رفتاری کند که در نتیجه منجر به بروز آسیب های ذهنی می شود. بنابراین پریشانی روانشناختی نقش مهمی در ایجاد تنش های ذهنی افراد دارد که این تنش ها می تواند در جهت شکل گیری افسردگی باشد. بنابراین آثار منفی ناشی از پریشانی روانشناختی در ورزشکاران آماتور سبب گردیده است تا شرایطی جهت افزایش سطوح افسردگی در آنان داشته باشد (۲۵). فاتحی و همکاران در سال ۱۴۰۱ پژوهشی تحت عنوان «تدوین مدل تجربه خشونت توسط همسر در زنان براساس ویژگی های شخصیتی با نقش میانجی پریشانی روانشناختی» انجام دادند. این پژوهش به روش توصیفی مقطعی می باشد. نتایج نشان داد که پریشانی روانشناختی با ابعدی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می تواند منجر به آسیب فیزیکی یا ناراحتی روانی شده که این علایم در دراز مدت میتواند با احساسات ناخوشایند و یا هیجاناتی غیرقابل کنترل عملکرد زوجین را تحت تأثیر قرار دهد و در این صورت زوجین نمی توانند رفتار خود را کنترل کرده و منجر به نزاع و درگیری می شود مانند آزار و اذیت و همسر آزاری است؛ بنابراین پریشانی روانشناختی با علایمی که دارد می تواند با ایجاد اختلالات روانی در زوجین و عدم خویشن داری باعث شود تا زوجین بر روابط زناشویی خود کنترلی نداشته باشند و به زوجینی ناسازگار تبدیل شوند و نزاع و درگیری مابین آنها افزایش یافته و همسر آزاری را به وجود می آورد. همچنین زوجین در اثر ناگویی خلقی، افسردگی و اضطراب را بیشتر تجربه می کنند و کاهش عزت نفس و خودکشی را تجربه می کنند و از این رو شرایط ایجاد خشونت و آزار و اذیت را به وجود می آورند (۲۶).

پژوهش های خارجی: داجس و همکاران در سال ۲۰۱۶ در پژوهشی به نام (نارضایتی از بدن و پریشانی روانشناختی: اعتماد به نفس به عنوان میانجی) تاثیر اعتماد به نفس را به عنوان عامل میانجی در رابطه با نارضایتی از بدن و علائم افسردگی و اضطراب به عنوان

مولفه های پریشانی روانشناختی بررسی کردند. نتایج نشان داد که اثرات غیر مستقیم نارضایتی بر اضطراب و افسردگی با تایید نقش میانجی اعتماد به نفس معنی دار می باشد. بنابراین نارضایتی از تصویر بدن با کاهش اعتماد به نفس، باعث پریشانی روانشناختی میشود. آیزنیک و همکاران در سال ۲۰۱۹ پژوهشی تحت عنوان (پریشانی روانشناختی تا اهمال کاری تحصیلی بررسی نقش انعطاف ناپذیری روانشناختی) انجام دادند. نتایج نشان داد که سطوح بالاتر اهمال کاری تحصیلی به افزایش پریشانی روانشناختی یا انعطاف پذیری روانی همراه است. همچنین حالت عاطفی منفی و اهمال کاری تحصیلی ممکن است از طریق الگوی خود تنظیمی مسئله دار انعطاف ناپذیری مرتبط باشد. بنابراین نتایج نشان داد که با کاهش انعطاف پذیری روانشناختی و ارتقا اقدامات مبتنی بر ارزش، هر دو پریشانی روانشناختی و اهمال کاری تحصیلی را هدف قرار میدهند. میلین، سزایلووسکی، فرگوسون در سال ۲۰۱۹ پژوهشی به نام (نقش واسطه ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت خانگی و نگرش های ناکارآمدی در زنان قربانی همسر آزاری) انجام دادند. نتایج نشان داد که تجربه خشونت های خانگی در زنان به واسطه توانایی خود تنظیمی، و کاهش پریشانی روانشناختی باعث کاهش نگرش های ناکارآمدی در آنها می شود. پتزولد و همکاران در سال ۲۰۲۰ پژوهشی به نام (خطر، انعطاف پذیری، پریشانی روانشناختی و اضطراب در ابتدای شیوع کووید-۱۹ در آلمان انجام دادند. نتایج نشان داد که بیش از نیمی از افراد پریشانی روانشناختی و اضطراب را در زمینه شیوع ویروس کرونا بیان کرده اند. افراد چندین ساعت در طول روز به کووید ۱۹ فکر میکرده اند. آرگیروپولو و ولکوپانو در سال ۲۰۲۰ پژوهشی به نام (نقش پریشانی روانشناختی به عنوان راهی بالقوه از طریق آن اهمال کاری ممکن است باعث کاهش رضایت از زندگی) انجام دادند. نتایج نشان داد دانشجویانی که تمایل به تعهدات تحصیلی خاص دارند، رفاه روانشناختی کمتر، اضطراب بیشتر، پریشانی روانشناختی بیشتر، روابط عاطفی کمتر، تأثیر مثبت عمومی کمتر، کاهش بیشتر کنترل رفتاری و عاطفی، علائم افسردگی بیشتر و رضایت از زندگی کمتر گزارش شده است. در حالی که تأثیر غیر مستقیم استاندارد اهمال کاری بر رضایت از زندگی از نظر آماری معنادار است و این فرضیه را تأیید میکند که پریشانی روانشناختی رابطه بین اهمال کاری و رضایت از زندگی را وساطت میکنند. در نتیجه، دشواری برای رسیدن به انجام کاری در یک بازه زمانی خاص مربوط به بدتر شدن سلامت روان و کاهش رضایت کلی زندگی است که اهمال کاری تحصیلی، اهمال کاری عمومی، آسیب شناسی روانی، بهداشت روان، رضایت از زندگی را نشان میدهد.

پژوهش ها و تحقیقات متعددی در زمینه پریشانی روانشناختی انجام گرفته است که به اهمیت آن در زندگی انسان به عنوان یکی از شاخص های مهم سلامت روان اشاره دارد. بررسی پژوهش های تجربی و نظری نشان می دهد که در چند سال اخیر پژوهشگران توجه خاصی به مقوله پریشانی روانشناختی داشته اند. به این صورت که گروهی از پژوهشگران به بررسی رابطه پریشانی روانشناختی با عوامل متعددی مانند: انواع بیماری ها (ویروس کوید ۱۹، بیماری قلبی، رضایت زناشویی، بارداری و...) پرداخته اند، که می توان گفت استرس و اضطراب ناشی از آن باعث تأثیرات جدی بر سلامت روان افراد می شود. همچنین از نقاط ضعف تحقیقات گذشته نیز می توان به در نظر نگرفتن تمام ابعاد و مولفه های پریشانی روانشناختی اشاره کرد بنابراین نکته مهمی که در این پژوهش دارای اهمیت می باشد آن است که کاری در زمینه روش فراترکیب در مقوله پریشانی روانشناختی انجام نشده است که لزوم انجام این تحقیق را چند برابر میکند.

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. 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 (۱۵). این اختلال (پریشانی روانشناختی) از آن جهت دارای اهمیت می باشد که بر جنبه های بسیاری از زندگی افراد تاثیر می گذارد به این صورت که بر کیفیت زندگی تاثیر منفی دارد. پریشانی روانشناختی می تواند روابط بین فردی را به شدت تخریب کند چون که این افراد تنش بیشتری را در رابطه با همسر، فرزندان و دوستان خود ایجاد می کنند. در زمینه پریشانی روانی پیشگیری و شناسایی به موقع می تواند تا حدودی اثرات مخرب آن را کاهش دهد. پیامدهای این اختلالات به طوری گسترده است که اگر مداخله مثبت صورت نگیرد، افراد مبتلا، به آسیب های غیر قابل جبرانی مواجه خواهند شد. ضرورت انجام این پژوهش در این است که به خطر افتادن سلامت روان افراد جامعه در اثر آسیب های روانشناختی، می تواند وضعیت خانوادگی، آموزشی، اجتماعی و آینده ی فرد را به خطر اندازد. از آن جهت که می تواند بهبود کیفیت زندگی فرد را دچار آسیب کند. بنابراین لزوم توجه به این مسئله باعث می شود تا از پیش روی این آسیب ها و تبدیل آن به اختلال های بالینی دیگر، جلوگیری کرد. بنابراین هدف اصلی این پژوهش طراحی الگو و ابعاد موثر بر پریشانی روانشناختی است و سوالات تحقیق به دو دسته تقسیم می شود.

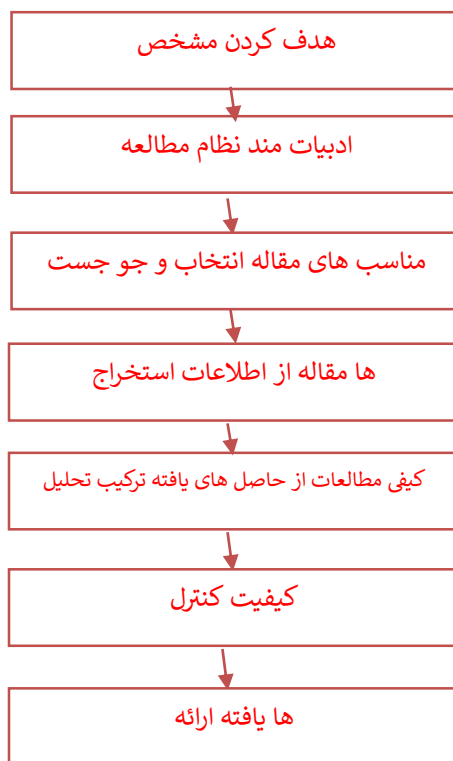
۱_ مهم ترین عوامل موثر بر پریشانی روانشناختی چیست؟

۲_ مهم ترین ابعاد و مولفه های پریشانی روانشناختی چیست؟

روش پژوهش:

در این پژوهش از روش استقرایی فراترکیب کیفی سندلوسکی و باروسو^۱ 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 پرداخته است تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز در سه مرحله بوده است. 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 (۲۷).

^۱ Sandelowski and Barroso



نمودار شماره ۱ : مراحل و روش کلی فراترکیب

با توجه به اینکه معیارهای وسیعی برای پریشانی روانشناختی در نظر گرفته شده، 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 این تحقیق، تحقیقات علمی- پژوهشی چاپ شده و مجلات علمی در طی سال های ۱۴۰۱-۱۳۹۵ است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از روش فراترکیب شامل هفت گام است که به طور کامل به آن اشاره می شود.

یافته ها:

گام اول: انتخاب هدف: در این مطالعه سعی بر این است تا بر اساس مطالعات پژوهش های گذشته، پس از معرفی اجمالی معیارهای پریشانی روانشناختی، به دسته بندی و ارائه منسجم آن در قالب یک مدل نظام مند پرداخت شود

گام دوم: مشخص کردن سوالات پژوهش، مفاهیم کلیدی و منابع جستجو:

برای تنظیم سوال پژوهش از پارامترهای مختلفی استفاده شده است که شامل موارد زیر می باشد:

(۱) چه چیزی: به شناسایی و مطالعه ابعاد، مولفه ها و معیارهای پریشانی روانشناختی پرداخته شده است

(۲) جامعه مورد مطالعه: استفاده از سایت های علمی ایرانی برای جمع آوری داده های مورد نیاز

(۳) محدوده زمانی بین سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ برای مقالات داخلی

(۴) چگونگی روش: استفاده از روش تحلیل اسناد، داده های کیفی؛

(۵) واژه های کلیدی: برخی از مهم ترین مفاهیم کلیدی شامل موارد زیر هستند:

پریشانی روانشناختی، استرس، افسردگی، اضطراب، تاب آوری، بیماری ها

گام سوم: بررسی و جستجو انتخابی مقالات و منابع مرتبط: در این گام در هر مرحله بازبینی، مقالات بر اساس عوامل مختلفی مانند میزان ارتباط با موضوع پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و مواردی که دارای ارتباط کمتری بودند، از فرآیند فراترکیب کنار گذاشته شدند. ملاک های انتخاب مقالات عبارتند از: ۱- محل چاپ مقاله: مقالات و مجلات علمی- پژوهشی ۲- موضوع مورد بررسی: طراحی الگو و ابعاد پریشانی روانشناختی ۳- حیطه کلی تحقیق: تحقیقات در داخل کشور ایران ۴- روش تحقیق: فرا ترکیب ۵- محدوده زمانی تحقیق: ۱۴۰۱-۱۳۹۵. ۶- زبان مورد بررسی: فارسی. 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. در واقع فرایند امتیاز دهی برای هر مقاله به این صورت است:

۱۰-۰ ضعیف، ۲۰-۱۱ متوسط، ۳۰-۲۱ خوب، ۴۰-۳۱ خیلی خوب، ۵۰-۴۱ عالی.

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.

گام چهارم: استخراج مفاهیم و کدهای مرتبط با موضوع پژوهش: در این مرحله، محتوای مقالات بررسی دقیق شد و کدهایی که ارتباط با واژه های کلیدی داشتند، انتخاب و بر اساس آن ها مفاهیم و مقوله ها شکل گرفت. کلارک و بلور فرایند ۶ مرحله ای را به کار بردند.

(۱) آشنایی با داده ها: برای آشنایی با عمیق محتوای داده ها، که معمولاً شامل "بازخوانی مکرر داده ها" و خواندن داده ها به صورت فعال است

(۲) ایجاد کد های مفهومی اولیه: در این مرحله از پژوهش ۷۳ مقاله معرفی شده استخراج شد.

(۳) جستجوی کد های گزینشی (شاخص ها): در این مرحله پژوهش ۱۰۲ کد گزینشی به دست آمد.

(۴) شکل گیری زمینه های فرعی مولفه ها: که شامل دو مرحله بازبینی و تصفیه و شکل دهی به زمینه های فرعی است. با انجام این دو مرحله مولفه حاصل گردید.

(۵) تعریف و نامگذاری زمینه های اصلی (بعد های اصلی): در این پژوهش، پس از رفت و برگشت میان زمینه های فرعی، ۱۶ زمینه اصلی به دست آمد. در این بین با کمک سطوح تجزیه و تحلیل مولفه های پریشانی روانشناختی (که شامل ابعاد احساسات، حالات روان رنجورانه، اختلالات، وضعیت خانوادگی، کیفیت روابط زوجین، بیماری ها، خدمات درمانی، کرونا، تکانه های کنترلی، مصرف مواد، نگرش های مذهبی، ابعاد اجتماعی، ابعاد فرهنگی، ابعاد آموزشی، ابعاد اقتصادی) مشخص گردیدند.

(۶) بازبینی نهایی و تهیه گزارش: نتیجه نهایی پژوهش فرا ترکیب در بخش یافته ها ارائه گردیده است.

(۷) تبیین و استخراج نتایج: در مرحله تبیین و استخراج نتایج اطلاعات پژوهش ها دسته بندی می شود. به صورتی که در ستون اول سر فصل های مشخص شده معیارهای پریشانی روانشناختی که در هر مقاله به آن اشاره کرده است تشریح می گردد. در ستون دوم منابع مربوط به آن سر فصل ها نام برده می شود و برای خبرگان بیان و نهایی شده است (۲۷).

گام پنجم: (تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته های کیفی): هدف فراترکیب ایجاد تفسیر یکپارچه و جدید از یافته ها می باشد. این متدولوژی جهت شفاف سازی مفاهیم و الگوها و نتایج در پالایش حالت های موجود دانش و ظهور مدل های عملیاتی و نظریه های پذیرفته شده است. در طول تجزیه و تحلیل موضوع هایی را جستجو می کند که در میان مطالعات موجود در فراترکیب پایدار شده اند سائلوسکی و باروسو این مورد را "بررسی موضوعی" می نامند. در ابتدا پژوهشگر تمام عوامل استخراج شده از مطالعات را کد در نظر می گیرد.

گام ششم: (کنترل کیفیت): پایایی و اعتبار مدل: مدل طراحی شده شامل ۱۶ مقوله اصلی و ۱۰۲ مقوله فرعی می باشد. پس از تکمیل مراحل روش شناسی متاترکیب^۱ 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 مولفه های جدید به مدل اضافه یا کسر نگردید. روایی مدل حاضر از طریق روایی محتوا حاصل شده که این امر از دو جنبه 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^۲

^۱ integrative blindness

^۲ index kappa

استفاده شده است. مقدار کاپا، بین صفر تا یک نوسان دارد و هرچه مقدار آن به عدد یک نزدیک تر باشد نشان می‌دهد که توافق بیشتری بین مرورگران وجود دارد.

جدول شماره ۱: پایایی روش فراترکیب

مجموع کد گذار ۱	کدگذار ۲		کد گذار ۱
	۰	۱	
۶۸	۰	۶۶	۲
۲	۱	۲	۰
۷۰	۶۸	۲	مجموع کدگذار ۲

ضریب کاپا بین صفر تا یک متغیر است و به صورت درصد بیان می‌شود. بر اساس منابع موجود قدرت ضریب کاپا در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۲: مراتب اعتمادپذیری مقادیر گوناگون ضریب کاپا در تعیین میزان توافق بین کدگذاری ها

(منبع: گویت (2014 :۱

قدرت توافق	مقدار اماره کاپا
ضعیف	کمتر از صفر
کم	۰/۲-۰
پایین تر از متوسط	۰/۴-۰/۲۱
متوسط	۰/۶۰-۰/۴۰
خوب	۰/۸۰-۰/۶۱
عالی	۱-۰/۸۱

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 .

گام هفتم: ارائه یافته ها (مدل مفهومی): برای تجزیه و تحلیل پژوهش های انجام شده در ارتباط با معیارهای پریشانی روانشناختی از کد گذاری استفاده شده است. منظور از کد گذاری عبارت است از عملیاتی که طی آن داده ها تجزیه، مفهوم سازی و به شکل تازه ای در کنار یکدیگر قرار داده می‌شود. کدگذاری باز قصد دارد تا داده‌ها و پدیده‌ها 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 پریشانی روانشناختی در جدول زیر ارائه شده است (۲۷).

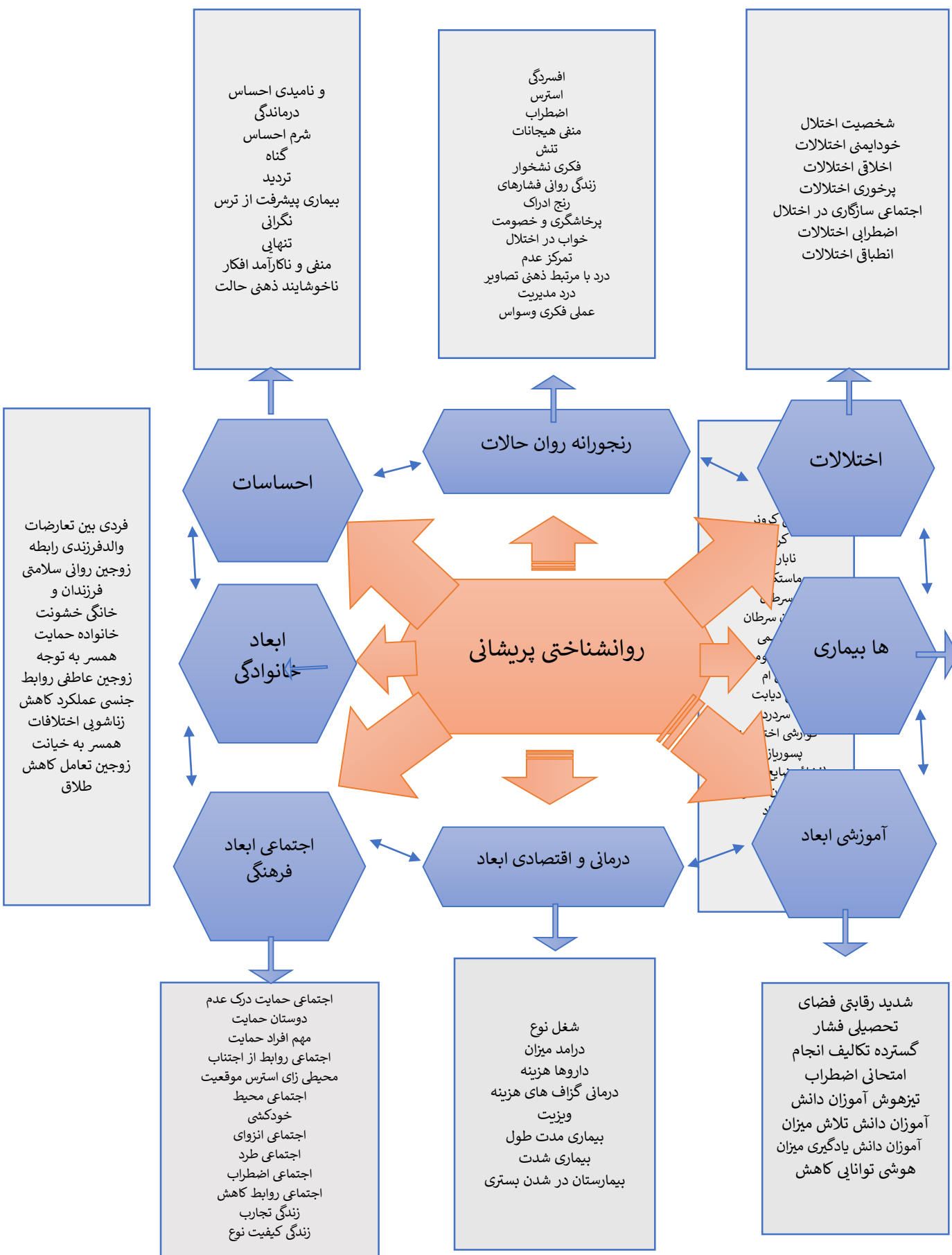
جدول شماره ۳: دسته بندی ابعاد اصلی معیارهای پریشانی روانشناختی استخراج شده

ردیف	مقوله ها	مفاهیم	ماخذ	فراوانی
۱	متغیرهای زمینه ای	سن،جنسیت(زن،مردان)،وضعیت تاهل(مجرد،متاهل،مطلقه)،وزن،تحصیلات ،تعدادفرزند،زنتیک نامناسب	رییسی پورو شفیع آبادی و بروجنی(28)،زاهدی رفیعی پور و خان بابایی(29)،پورفریدون و دشت بزرگی(30)، علی اکبری و بیتانه(31)،محرابی و افشاری(32)، محرابی و داوودیان و سلیمانی (33) ، بیات و توکلی و برادران (13) کاووسی و میرزاییان و عباسی (34)، دیباییان و سهرابی و پورشریفی و ثابت (35)	۹
۲	احساسات	احساس ناامیدی 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 (29)، رییسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)، علی اکبری و بیتانه (31)، مرادی و حسنی و نوری و پاینده داری نژاد (36)، بیات و توکلی و برادران (13)، داوودیان و هاشمی پور و ابوذری و قلیچ خان (37)، عینی و حسینی و عبادی (38)، پور فریدون و دشت بزرگی (30)، یوسفیان و احدی و کراکسیان (39)	۹
۳	حالات روان رنجورانه	افسردگی؛ استرس، اضطراب، هیجانات منفی، تنش، نوشخوار فکری، فشارهای روانی زندگی، ادراک رنج، خصومت و پرخواشگری، اختلال در خواب، عدم تمرکز، تصاویر ذهنی مرتبط با درد، مدیریت درد، وسواس فکری عملی	هاشمی و عینی و شاهجویی (4)، محمودپورو کمندلو ومدنی (5)، پورنقاش، قلندرزاده (40) کاووسی، میرزاییان(34)، طالبی و تیموری(41)، محرابی، داوودیان و سلیمانی (33)، مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (23)، الهی و صفریان و عیسی زاده (42)، رهنما و سجادیان و ریوفی (12)، زمانی فروشان و دکانه ای فرو نیکنام (8)، برومندیان و محمدی و رحیمی (43)، مشاک و نادری (44)،	۲۵

			مندنی زاده و همایی (22)، حیدری و حبی (45)، زاهدی و رفیعی پور (29)، ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)، علی اکبری و بیتانه (31)، مرادی و حسنی، نوری (36)، بیات و توکلی و برادران (13)، داوودیان و هاشمی پور و قلیچ خان (37)، پور فریدون و دشت بزرگی (30)، یوسفیان، احدی کراکسیان (39)، صالحی و صدوقی (46)، عامری و نجفی (47)
۴	اختلالات	اختلال شخصیت، اختلالات خود ایمنی، اختلالات اخلاقی، اختلال پرخوری، اختلال در سازگاری اجتماعی، اختلال اضطرابی، اختلالات انطباقی	ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)، ۷ کاووسی، میرزاییان (34)، عینی و حسینی (38)، حیدری و حبی (45) داوودیان و هاشمی پور و ابوذری (37)، زاهدی، خان بابایی (29) محمودپور و دربا و کمندلو و مدنی (5)
۵	وضعیت خانوادگی	تعارضات بین فردی، رابطه با همسر و فرزند، سلامت روانی زوجین و فرزندان، خشونت خانگی، حمایت خانواده	محمودپور و دربا و کمندلو و مدنی (5)، زمانی ۴ فروشان و دکانه ای فرو نیکنام (8)، گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (48)، کاووسی عباسی و میرزاییان (34)
۶	کیفیت روابط زوجین	توجه به همسر، روابط عاطفی زوجین، کاهش عملکرد جنسی، اختلافات زناشویی، خیانت به همسر، کاهش تعامل زوجین و صمیمیت آنها، طلاق	ریسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)، مدنی ۴ زاده و حمایی (22)، بیات و توکلی و برادران (13)، گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (48)
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 رئوفی (12)، طالبی و تیموری (41)، محرابی و افشاری (32)، محرابی داوودیان و سلیمانی (33) محمودپور دربا و کمندلو (5)، مندنی زاده، همایی (45)، برومندیان و رحیمی (43)، پور فریدون و دشت بزرگی (30)، رئیسی پور و شفیع آبادی (28)، پاینده داری نژاد و مرادی و نوری (36) علی اکبری، بیتانه (31) یوسفیان، احدی، کراکسیان (39) هاشمی، شاهجویی (4) زاهدی و خان بابایی (29)، دیباییان و سهرابی و شریفی (35)، مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (23)، علی خانی و شجاعی و الهی فر (49)، اعرابی، حسنی و اکبری و بافچی زاده (50)، سام خانیان، معاضدیان

			و قربانی (51)، عظیمی و سلیمانی (52)، کاظمی و کاکابرای و حسینی (53)، احمد زاده وسوداگر (54)، سعیدی و انصاری فر و جلیلی (55)	
۸	ابعاد درمانی	طول مدت بیماری، شدت بیماری، بستری شدن در بیمارستان	زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (29)، رییسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)	۲
۹	ابعاد اقتصادی	نوع شغل، میزان درآمد، هزینه داروها، هزینه های گزاف درمانی، ویزیت	محرابی و افشاری (32)، محرابی و داوودیان و سلیمانی (33)، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)، مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (۲۳)	۴
۱۰	ابعاد اجتماعی	عدم درک حمایت اجتماعی، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم، اجتناب از روابط اجتماعی، محیط اجتماعی، خودکشی، انزوا، اجتماعی، موقعیت استرس زای محیطی، طرد اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران، اضطراب اجتماعی، کاهش کیفیت روابط اجتماعی،	رئیس پور و شفیع آبادی و بروجنی (28) کاووسی عباسی و میرزاییان (34)، پورفریدون و دشت بزرگی (30)، گل محمد و قاسمی و عبدلی (48) محرابی و داوودیان و سلیمانی (33) برومندیان و محمدی و طاقانکی و رحیمی (43)، پاینده داری نژاد و مرادی و حسنی و نوری (36)، محمودپور و کمندلو و دربا (5))	۸
۱۱	ابعاد فرهنگی	تجارب زندگی، نوع کیفیت زندگی،	گل محمد و قاسمی و عبدلی و ساقیها (48)، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (29)، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28) مهاجرانی و عیسی زادگان و سلیمانی (23)، دیباییان و سهرابی و ثابت و پور شریفی (35)، داوودیان و هاشمی پور و قلیچ خان و ابوذری (37)، اعرابی و حسنی و اکبری و حاتمی و بافچی زاده (۵۰)	۷
۱۲	ابعاد آموزشی	فضای رقابتی شدید، فشار تحصیلی، انجام تکالیف گسترده، اضطراب امتحانی، دانش آموزان تیزهوش، میزان تلاش دانش آموزان، میزان یادگیری دانش آموزان، کاهش توانایی هوشی	عینی و حسینی و عبادی (۳۸)	۱
۱۳	نگرش های مذهبی	انعکاس نگاهی شوم به جهان، نوع ارتباط معنوی، معنویت درمانی،	الهی و صفریان و شکری جوان و عیسی زاده (۴۲)	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 (32)، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (۲۹)	۲
۱۵	مصرف مواد	سوء مصرف مواد، وابستگی به الکل،	کاووسی عباسی و میرزاییان (۳۴)	۱
۱۶	تکانه های کنترل	میزان تاب آوری، مواجهه با شکست، خشونت	محمودپور و دربا و کمندلو و مدنی (۵)، رئیسی پور و شفیع آبادی و بروجنی (28)، بیات و توکلی و برادران (13)، یوسفیان و احدی و کراسکیان (۳۹)، زاهدی و رفیعی پور و خان بابایی (29)، طالبی و تیموری (41)، علی اکبری و بیتانه (31)، حیدری و حبیبی (۴۵)	۸



بحث و نتیجه گیری:

پریشانی 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 پریشانی به طور گسترده ای به عنوان یک حالت در پاسخ به عوامل استرسزا و با ناراحتی ادراک شده مشخص میشود. پریشانی 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.

این پژوهش با توجه به اهمیت موضوع بحث و بررسی مطالعه فراترکیب طراحی الگو و ابعاد پریشانی 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: متغیرهای زمینه ای، 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، ویروس 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. سپس در این پژوهش تمامی ابعاد و مولفه های ذکر شده در جدولی دسته بندی و با مدل فراترکیب ترسیم شدند

همچنین از دیدگاه های که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است میتوان به موارد زیر اشاره کرد: از نظر گوزارون در سال 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 دیدگاه های منفی نسبت به محیط، دیگران و خود شود. غم، اضطراب، آشفتگی و علائم بیماری روانی نمایانگر پریشانی روانشناختی است. از نظر ترنر در سال 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. از نظر ریدنر 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.

نتایج پژوهش نشان دهنده آن است که مقوله های (افسردگی، اضطراب و استرس) از عوامل بسیار تاثیر گذار بر پریشانی روانشناختی هستند که با پژوهش های یوسفیان، احدی و کراسکیان (۳۹)، مشاک، نادری و چین آوه (۴۴)، پور نقاش، قلندرزاده (۴۰)، بیات، توکلی و قنادی برادران (۱۳)، طالبی و تیموری (۴۱)، مهاجرانی، عیسی زادگان و سلیمانی (۲۳)، برومندیان، محمدی، رحیمی طاقانکی (۴۳)، پاینده داری نژاد، مرادی، حسنی و نوری (۳۶)، داوودیان، هاشمی پور، قلیچ خان و ابوذری (۳۷)، 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 آشفتنه، 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 (۳۴)، پور فریدون و دشت بزرگی (۳۰)، مهربانی و افشاری (۳۲)، برومندیان، محمدی و رحیمی طاقانکی (۴۳)، حیدری و حبیبی (۴۵) 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 (۴)، الهی، صفریان، شکری جوان و عیسی زاده (۴۲)، رهنما، سجادیان و رئوفی (۱۲)، یوسفیان، احدی و کراسکیان (۳۹)، محمود پور، دربا، کمندلو و مدنی (۵)، زاهدی، رفیعی پور و خان بابایی (۲۹)، طالبی و تیموری (۴۱)، پور فریدون و دشت بزرگی (۳۰)، علی اکبری و بیتانه (۳۱)، مهاجرانی، عیسی زادگان و سلیمانی (۲۳) 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 (۵)، زاهدی، رفیعی پور و خان بابایی (۲۹)، رئیسی پور، شفیع آبادی و بروجنی (۲۸)، عینی، حسینی و عبادی (۳۸)، پور فریدون و دشت بزرگی (۳۰)، مهرابی و افشاری (۳۲)، حیدری و حبی (۴۵)، داوودیان، هاشمی پور، قلیچ خان و ابوذر (۳۷) 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 (۴۸)، محمود پور، دربا، کمندلو و مدنی (۵)، زمانی فروشان، دو کانه ای فرد و نیکنام (۸)، پور نقاش، قلندرزاده، (۴۰)، رئیسی پور، شفیع آبادی و بروجنی (۲۸)، بیات، توکلی، قنادی برادران (۱۳)، مهاجرانی، عیسی زادگان و سلیمانی (۲۳) همخوانی دارد. در واقع از نتایج و یافته های به دست آمده در این پژوهش مشخص گردید که بین پریشانی روانشناختی با تمامی ابعاد (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. یکی از بزرگترین چالش هایی که بسیاری از کشورهای جهان و به طور خاص زندگی خانواده های ایرانی را تهدید می کند پریشانی روانشناختی است. چرا که زندگی در عصر حاضر استرس زا است. اهمیت این موضوع تا آنجاست که می توان گفت در عصر حاضر پریشانی روانشناختی به عنوان سرآغاز نوعی بحران روانی است که یکی از پیامدهای زندگی مدرن است که در صورت بی توجهی به آن باید منتظر پیامدهای بعدی آن بود. در ایران می توان گفت که انواع بیماری های (جسمی روانی) از مهمترین عوامل موثر بر پریشانی روانشناختی هستند چرا که استرس ناشی از چگونگی روند و ترس از پیشرفت بیماری فشار یا محرکی است که در انسان تنش ایجاد می کند و ارتباط معکوس با سلامت جسم و روان دارد. طبق مطالعات انجام شده و همه گیری ویروس کرونا در عصر حاضر، بیشترین میزان اضطراب ناشی از بیماری ها مربوط به بیماری هایی مانند (کووید ۱۹، بیماری قلبی عروقی، سرطان ها، تومورها و مشکل ناباروری) می باشد.

همچنین از دیگر ابعاد تاثیرگذار بر پریشانی روانشناختی وضعیت خانوادگی می باشد که مقوله های (خشونت خانگی، تعارض بین همسر و فرزندان، خیانت و طلاق) دارای بیشترین فراوانی بوده اند. همسر آزاری یکی از متغیرهای بسیار تاثیرگذار می باشد زیرا که با سرکوب هیجانات می تواند باعث پریشانی روانشناختی در زوجین شود از طرف دیگر پریشانی روانشناختی می تواند از طریق تشدید شدن مولفه های صفات تاریک شخصیت باعث افزایش خشونت شود و به تنش در درون خانواده بیافزاید. همچنین حالات روان رنجورانه مثل (استرس، اضطراب، افسردگی، نشخوار فکری و...) دارای بیشترین فراوانی بودند. در واقع در عصر حاضر در همه کشورهای جهان به ویژه ایران، مردم هر روزه دچار پریشانی روانشناختی (افسردگی و اضطراب) هستند که به خاطر عوامل مختلف اجتماعی (مانند عدم درک حمایت اجتماعی، عدم حمایت دوستان، انزوای اجتماعی، طرد اجتماعی و کاهش روابط اجتماعی) عوامل اقتصادی و خدمات درمانی (مانند نوع شغل، میزان درآمد، هزینه داروها، ویزیت، طول مدت بیماری، شدت بیماری و...) و عوامل آموزشی (

مانند فشار تحصیلی، اضطراب امتحانی و فضای رقابتی شدید و ... و احساساتی مانند (ناامیدی، شرم، گناه، تردید، تنهایی، نگرانی و ...) می باشد. بنابراین مردم هر روزه دچار تنش روحی روانی شده که می توانند زمینه ساز پریشانی روانشناختی باشد اگر این اختلال و پیامدهای آن مورد توجه قرار نگیرد می تواند عواقب زیادی برای خانواده در (سطح خرد) و برای جامعه در (سطح کلان) داشته باشد. همچنین قانونگذاران، موسسات، نهادها می توانند از یکسری پیشنهادات کاربردی برای کاهش پریشانی روانشناختی استفاده کنند. از آنجا که در پریشانی روانشناختی یکی از متغیرهایی کلیدی کیفیت روابط زوجین است میتوان مشاوره های زناشویی در مراکز برگزار کرد.

محدودیت پژوهش:

مهم ترین محدودیت این تحقیق، عدم پژوهش های مشابه در داخل و خارج کشور می باشد که امکان مقایسه نتایج را با نتایج دیگر به ما نمی دهد. همچنین این پژوهش با استفاده از روش فراترکیب که یکی از روش های کیفی است، انجام شده که امکان تعمیم دهی ندارد. همچنین با توجه به محدودیت پژوهش ها در زمینه بیماری ها و متغیرهای دیگر، لازم است تا تاثیر دیگر متغیرهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را بر پریشانی روانشناختی بررسی کنند. کاربرد پژوهش: با توجه به رشد میزان پریشانی روانشناختی به دلیل استرس ها و موقعیت های زندگی روزمره و نقش مهمی که در کیفیت زندگی روزمره دارد، از نتایج حاصل از این مقاله میتواند مورد استفاده جامعه شناسان، روان شناسان و برنامه ریزان حوزه سلامت جسمی و روانی قرار بگیرد.

ملاحظات اخلاقی:

ملاحظات اخلاقی شامل رعایت اصل رازداری، استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش بدون ذکر نام افراد، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان در صورت تمایل، برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان در مورد پژوهش و نتایج آن می باشد. تضاد منافع: با توجه به اعلام نویسندگان، این مقاله از هیچ موسسه یا سازمانی حمایت مالی نشده است و بنا به نظر نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References:

1. Miegel F, Jelinek L, Moritz S. Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry Res.* 2019 Feb; 272:265-274. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.070. Epub 2018 Dec 13.
2. Choi NG, Sullivan JE, DiNitto DM, Kunik ME. Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Prev Med.* 2019 Sep; 126:105749. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.06.007. Epub 2019 Jun 11. PMID: 31199950.
3. Teasdale T.W., Antal K. Psychological distress and intelligence in young men, *Personality and Individual Differences*, 2016; 9: 336-339, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.016>.
4. Hashemi Z., Eyni, S., Shahjoei T. Effectiveness of metacognitive therapy on psychological distress and cognitive syndrome - consideration of spouses with brain tumor. *Journal of Clinical Psychology*, 2022; 14(2): 1-11. doi: 10.22075/jcp.2022.25321.2326.

5. Mahmoudpour A., Darba, M., kamandloo Z., Madano Y. The relationship between early maladaptive schemas with marital satisfaction and psychological distress in infertile women in Tehran. J Psychological Science, 2021; 19(94):1231-1241.
6. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. JAMA. 2020 Jul 7; 324(1):93-94. doi: 10.1001/jama.2020.9740. PMID: 32492088; PMCID: PMC7270868.
7. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM, Boden JM, Newton-Howes G, Bell CJ. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2018 Dec; 213(6):716-722. doi: 10.1192/bjp.2018.210. Epub 2018 Oct 10. PMID: 30301477.
8. Zamani Froshani Z, Dokaneifard F, Niknam M. The Effectiveness of Online Logo therapy in Self-concept and Psychological Distress of Women Referring to the Khavaran Cultural Center. Rooyesh 2022; 11 (8): 69-78.
9. Akhavan-Abiri F., Shairi M., Gholami-Fesharaki M. Structural Relationships between Attachment Style and Psychological Distress: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. Journal of Clinical Psychology, 2018; 10(3): 63-76. doi:10.22075/jcp.2019.15976.1528.
10. Hissari M., Prediction of academic procrastination based on psychological distress and anxiety of Corona. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, 2019.
11. Ryrie I., Norman I. The origins and expression of psychological distress. The Art and Science of 569 Mental Health Nursing: A Textbook of Principles and Practice. Open University Press, Maidenhead, 2004; 570: 3-34.
12. Rahnema M, Sajjadian I, Raoufi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Medication Adherence of Coronary Heart Patients. IJPN, 2017; 5(4): 34-43. 10.21859/ijpn-05045.
13. bayat B, Tavakoli B, Brothers N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management in Improving Rumination and Psychological Distress in Women Experiencing Marital Infidelity. Applied Family Therapy Quarterly, 2022; 3(1): 207_222. Doi: 10.22034/AFTJ.2022.265367.1048.
14. Rastgar A, Vishlaghi M. The Effect of Organizational Bullying on Emotional Exhaustion Mediating by Psychological Distress (Case Study: Shariati Hospital Nurses in Tehran). jhosp 2021; 20 (4) :79-90. D.O.I: 20.1001.1.20081928.1400.20.4.3.4.
15. Ghodrat E. Prediction of psychological distress based on parent-child relationship and dysfunctional attitude in teenagers. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Counseling Department, 2019.
16. Rahimi Z, Esmaily H, Taghipour A, Mosa Farkhani E, Jamali J. 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. IRJE. 2021; 16(4):316-24.

17. Abeloff M.D., Armitage J.O., Lichter A.S., Niederhuber J.E Clinical oncology (2nd ed.). New York: Churchill; 2000
18. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. J Adv Nurs. 2004 Mar; 45(5):536-45. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x. PMID: 15009358.
19. Naderzadeh Saba. Developing a structural model of the effect of childhood misbehavior on psychological distress with the mediating role of self-esteem and sense of coherence in the elderly. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, 2018.
20. Rostami F. Prediction of psychological distress based on documenting styles and personality traits in patients with rheumatoid arthritis, Master's thesis, Tolo Mehr Institute of Higher Education, 2019.
21. Wheaton B. The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). Health (London). 2007 Jul; 11(3):303-19; discussion 321-6. doi: 10.1177/1363459307077545. PMID: 17606696.
22. Behbahani Mandizadeh A., Homaei R. The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. Journal of Family Research, 2020; 16(1): 55-76.
23. Mohajerani S, Issazadegan A, Soleimani E, Khoram Z. Relationship between psychological distress and physical symptoms of functional dyspepsia with the mediating role of pain related mental imagery, visceral sensitivity, pain catastrophizing and pain self-efficacy. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2022; 8 (6): 98-113.
24. Panahande M., Mirzanjadasal F., Saidi Zaranji A. Prediction of assessment based on Psychological distress in the nurses of the sports department of Ardabil hospitals. Modern journals in humanities studies. 2022; 4(39): 1
25. Salehian M H, Mokari Saei S, Dastani S, Qiumarsi E. The impact of adverse childhood experiences, psychological distress and resilience on depression in amateur athletes. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2022; 9 (2): 106-116. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1308-fa.html>.
26. Fatehi S, Moradi O, Yousefi F. Developing a model of experiencing spousal violence in women based on personality traits with a mediating role of psychological distress. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2023; 9(6): 1-15. 10.32598/shenakht.9.6.1.
27. Sohrabzadeh M; Niazi M; Miris S., A study of the meta-combination of citizenship culture in Iranian society, two quarterly journals of economic sociology and development, 2021; 10(1)
28. Raeisipour Z, Shafiabadi A, Younesi Brojeni J. Predicting the Quality of Couples' Relationships based on Fears of Parents of Children with Cancer: A Mediating Role of Psychological Distress. Applied family therap Quarterly 2021; 6(2): 234_249. doi:10.22034/AFTJ.2021.297125.1148.
29. Khanbabaei N, Zahedi R, Rafiepoor. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the psychological distress and fear of disease progression in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Health Psychology 2019; 8 (30): 117_132. doi:<https://doi.org/10.30473/hpj.2019.46137.4395>.

30. Pourfereydoun M, DashtBozorgi Z. Comparison the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Training and Positive Mindfulness Training on Hope and Psychological distress in Mastectomized Patients with Depression. IJRN 2022; 8(3): 42-53. <https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.42>.
31. Ali Akbari Dehkordi M, Bitaneh M. The Effectiveness of Psychological Capital Elements Training on Psychological Flexibility and Psychological Distress on the Women with Breast Cancer. Journal of Health Psychology 2021; 10(38): 7_22. doi: <https://doi.org/10.30473/hpj.2021.50016.4645>.
32. Mehrabi H A, Afshari N. Predicting of Psychological Distress Based on Stress Coping Styles, Attitude towards the Severity of Covid-19 and Preventive Behaviors in Corona Epidemics in the People of Isfahan. RBS 2022; 20 (1) :48-59. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1274-fa.html>. doi: 10.52547/rbs.20.1.48.
33. mehrabi M, Davoudian M, pourvali abarbakoh S, Soleimani H. The role of mentalization, psychological flexibility and difficulty in regulating emotion in predicting psychological distress and sleep problems in pregnant women During the Corona Epidemic. Nursing management 2022; 11 (1): 46-58. URL: <http://ijnv.ir/article-1-930-fa.html>.
34. kavousi L, Abbasi G, Mirzaian B. The effectiveness of Compassion- Focused Therapy on Psychological Distress, Self-Concept, and Social Support for People with Binge Eating Disorder. IJPN 2021; 9 (3): 50-62. URL: <http://ijpn.ir/article-1-1758-fa.html>.
35. Dibaiyan Sh, Sohrabi Asamrood F, Poursharifi H, M Sabet. The effectiveness of web based diabetes self-management education on health-related quality of life , diabetes-related distress in diabetic patients type2. Journal of the Faculty of Medicine 2022; 65 (2): 559_568. doi: 10.22038/MJMS.2022.64261.3773
36. payandehdarinejad M. The Relationship between Cognitive Fusion, Sense of Coherence, Rumination, and Psychological distress in Cancer patients: The Mediating role of Emotional Dysregulation. Journal title 2021; 15 (1): 1. URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4126-fa.html>.
37. Davoudian M, Hashemipor F, Ghelichkhan N, Abouzari F. The role of psychological flexibility, difficulty in emotion regulation and intolerance of uncertainty in predicting psychological distress and obsessive - compulsive in patients with type 2 diabetes during the covid-19 epidemic. Nursing management 2022; 11(2): 64-77. URL: <http://ijnv.ir/article-1-943-fa.html>
38. Eyni S, Hosseini S A, Ebadi M. Comparison of psychological distress, mindfulness and academic self-efficacy in gifted and normal students. Rooyesh 2022; 10 (11): 1-14. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2872-fa.html>.
39. Yoosefian Z, ahadi H, keraskian mojmanari A. The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. Journal of Psychological Science, 2019; 18(84): 2285-2293. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-368-fa.html>.

40. Ghalandarzadeh Z, Pournaghash tehrani S. The Mediating Role of Psychological Distress, Reappraisal Emotion-Regulation Strategy and Suppression Emotion-Regulation Strategy in the Relationship between Domestic Violence and Cognitive Functions in Female Victims of Violence. *Applied psychological research* 2020; 11 (2): 1_21. doi: 10.22059/JAPR.2020.298620.643456.
41. Talebi M, teymuri H. The Effectiveness of Online Training in Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Resilience of Nurses with Covid-19. *3 JNE* 2022; 11 (2): 1-11. URL: <http://jne.ir/article-1-1324-fa.html>.
42. Elahi M, Safarian A, Shokri Javan F, Esazadeh M. Predicting the Psychological Distress of Corona students: The role of Mindfulness and Religious Coping. *Journal of Islamic Studies in Health* 2022; 6(2): 41_51. eISSN: 2676-5608.
43. Boroomandian N, Mohammadi N, Rahimi Taghanaki CH, Comparing the Effectiveness of Group Therapy by "Interaction and Psychodrama" on Emotional Awareness of Adolescent Girls with Psychological Distress. *Psychological achievements* 2020; 27(1): 1_22. doi: 20.1001.1.22286144.1399.27.1.1.3
44. Mashak R, Naderi F, Chinaveh M. The Effectiveness of "Positive Psychotherapy" on Self-Compassion, Self-Criticism, Perception of Suffering and Psychological Distressing of Infertile Women. *JHPM* 2021; 10 (6): 12-27. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1353-fa.html>.
45. heydari H, hobbi Mb. Effectiveness of teaching self-differentiation on psychological distress and social adaptation in the adolescents with divorced parents. *Social psychological research* 2018; 8 (31): 103_117.
46. Mohammad-Salehi Z, Sadoughi M. Comparison of Psychological Distress and Aggressiveness in Students with Good and Poor Sleep Quality. *Rooyesh* 2020; 9 (5): 11-20. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-1824-fa.html>.
47. Ameri N, Najafi M. Prediction of obsession and compulsion symptoms based on anxiety sensitivity, psychological distress and psychological flexibility in students. *Rooyesh* 2021; 9 (12): 85-96. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2423-fa.html>.
48. Golmohammad R, Ghasemi Firoozabadi M, Abdoli Z, Saghaha H. The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims of domestic violence. *Journal of the Faculty of Medicine* 2022; 64(6): 4338_4348. doi: 10.22038/MJMS.2022.20934.
49. Alijani F, Shojaei R, Asgari F, elahifar H. Comparison of Psychological Distress and Life Satisfaction in Clients of Spinal Cord Injury and Healthy Individuals. *JHPM* 2021; 10(3): 1-9. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1234-fa.html>.
50. Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh M R. Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *RBS* 2021; 18(4): 605-615. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-879-fa.html>.
51. SHamkhanian H, moazedian A, Sotodehasl N, Ghorbani R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Distress, Cognitive Fusion and Self-

Pity in People with Hypertension. Sabzevar University of Medical Sciences 2022; 29(5): 669_682. <http://jsums.medsab.ac.ir>.

52. Azimi H, Soleimani E. The Comparison of Psychological Distress, Impulsivity, and Type D Personality between Students with Positive and Negative Attitudes toward Addiction. *etiadpajohi* 2020; 14(57): 151-170. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-2377-fa.html>.
53. Kazemi Rezaei V, kakabraee K, Hosseini S.S. The Effectiveness of teaching Emotion Regulation skill Based on dialectical behavioral therapy on Psychological Distress and Cognitive Flexibility Cardiovascular Patients. *IJPN* 2019; 7(3): 31-40. URL: <http://ijpn.ir/article-1-1359-fa.html>.
54. Ahmadzadeh L, Sodargar S, Vaezi M, Bahrami Hidaji M, Golmohammadnezhad G. Effectiveness of Coupled Matching Acceptance and Commitment Treatment and Integrative Couple Therapy on Psychological Distress in Couples with Breast Cancer. *New psychological research* 2019; 14 (55): 1_22. Doi: 20.1001.1.27173852.1398.14.55.1.8.
55. Bagheri Sheykhangafshe F, Saeedi M, Ansarifar N, Jalili P, Savabi Niri V. Quality of Life and Psychological Distress in Diabetic Patients During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review Study. *J Diabetes Nurs*, 2021; 9(4): 1752-1765. URL: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-501-fa.html>.