

فراوانی و شدت استرس های روحی در استان های اصفهان و مرکزی در سال ۱۳۸۱

برنامه قلب سالم اصفهان

دکتر حمیدرضا روح افزا^{۱*}، دکتر بهمن صالحی^۲، دکتر معصومه صادقی^۳

^۱ - استادیار، روانپزشک، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۲ - استادیار، روانپزشک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۳ - استادیار، متخصص قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت ۸۴/۸/۱، تاریخ پذیرش ۸۵/۱۱/۴

چکیده

مقدمه: استرس عبارت است از شرایطی که موجب تنش، دگرگونی بدنی و روانی، ناخشنودی و ناراحتی فرد می شود. بین استرس ها به صورت رویدادهای بزرگ و استرس های کوچک زندگی روزمره تفاوت وجود دارد. با توجه به گستردگی استرس ها و متفاوت بودن آنها در نواحی مختلف کشور، بر آن شدیم که فراوانی و شدت استرس های روحی را در نواحی مرکزی ایران بررسی کنیم.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه مقطعی - تحلیلی می باشد که در تابستان ۱۳۸۱ بر روی ۶۰۰۰ نفر از افراد بالای ۱۹ سال منتخب مناطق شهری و روستایی اصفهان، اراک و نجف آباد به عنوان بخشی از برنامه ارزشیابی سالانه قلب سالم انجام گرفته است. نمونه گیری به شیوه خوشه ای تصادفی بوده و اطلاعات براساس GHQ12 و پرسش نامه تعیین فراوانی و شدت موارد استرس را جمع آوری شد. شدت و میزان اثرگذاری بر اساس ارزیابی تاثیر استرس بر سلامت خود فرد مورد پرسش گری قرار گرفت و آنالیز نتایج بر اساس تست کای دو انجام گرفت.

نتایج: از ۶۰۰۰ نفر مورد مطالعه، ۵۰/۶ درصد مرد و ۴۹/۴ درصد زن، با میانگین سنی ۴۰/۴۷±۱۵/۶۷ و ۴۰/۲۵±۱۵/۱۵ سال بودند. درصد زنان با نمره GHQ بالا در کل از مردان بیشتر بود که این افزایش در شهرستان اراک بالاتر بود. ضمناً درصد افراد غیر متأهل و شهری با استرس بالا در مقایسه با متأهلین و ساکنین روستا با استرس بالا بیشتر بود (p≤۰/۰۵). بیشترین موارد استرس را؛ مشکلات اقتصادی، اجتماعی و شغلی بود و مؤثرترین موارد؛ مرگ، رویدادهای خانوادگی و اقتصادی بوده است.

نتیجه گیری: بررسی وضعیت استرس در نواحی مرکزی ایران، به عنوان یکی از شاخص های شیوه زندگی نشان دهنده بالا بودن سطح استرس در جامعه می باشد که اجرای طرح های مداخلاتی جامعه نگر برای بهبود شیوه زندگی و کاهش استرس ها ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: استرس، رویدادهای استرس زای زندگی، اراک، اصفهان

*نویسنده مسئول: اصفهان، میدان جمهوری اسلامی، خیابان خرم، مرکز درمانی - تحقیقاتی صدیقه طاهره (س)، مرکز

تحقیقات قلب و عروق اصفهان

E-mail: hroohafza@gmail.com

مقدمه

همچنین در تحقیقی که توسط میس و همکاران در سال ۲۰۰۱ انجام شد به این نتیجه رسیدند که شدت رویدادهای منفی زندگی پس از ایجاد حادثه با شدت استرس صورت گرفته رابطه دارد (۹). در مطالعه‌ای که در اصفهان توسط عطاری و همکاران صورت گرفت، شایع‌ترین رویداد استرس‌زای منفی زندگی را بیماری و مرگ یکی از اعضای خانواده قلمداد کردند (۱۰).

با توجه به گستره وسیع استرس‌های موجود در جامعه و بیماری‌های منتج از آن، شناخت فراوانی و شدت استرس‌ها برای کنترل و مقابله صحیح با آن، یکی از عوامل شیوه زندگی سالم جهت پیش‌گیری از بیماری‌های غیر واگیر به حساب می‌آید. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی و شدت استرس‌های روحی بر اساس وضعیت دموگرافیک انجام گردیده است.

روش کار

مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی-تحلیلی می‌باشد که در تابستان ۸۱ به عنوان بخشی از مطالعه ارزشیابی سالانه برنامه قلب سالم اصفهان (۱۱) در مناطق منتخب شهری و روستائی شهرستان‌های اصفهان، نجف آباد و اراک در افراد بالای ۱۹ سال انجام شده است. تابعیت ایرانی، سکونت بیش از ۶ ماه در یکی از شهرستان‌های مورد مطالعه، نبود ابتلا به بیماری‌های خونریزی دهنده، عقب ماندگی ذهنی و در مورد خانم‌ها نبود حاملگی از شرایط ورود به مطالعه بوده است. ضمناً نحوه پابندی به اصول اخلاقی هلسینکی و اصول اخلاقی شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تمام مراحل تحقیق رعایت گردیده است.

حجم نمونه بر اساس پروتکل CINDI ، ۶۰۰۰ نفر محاسبه گردید. نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای خوشه‌ای - تصادفی انجام شد، به طوری که خوشه‌های مورد نظر از جمعیت شهری و روستائی شهرستان‌های اصفهان، نجف آباد و اراک انتخاب گردیدند (۱۱).

جهت جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه مشتمل بر سه قسمت طراحی گردید. قسمت اول اطلاعات

بیش از ۳۰ سال است که استرس همواره موضوع دائمی در میان محققان بوده و با وجود تحقیقات زیاد هنوز بحث‌های بسیاری در مورد تعریف و اپیدمیولوژی آن وجود دارد (۱). هانس سلیه برای اولین بار در سال ۱۹۶۰ استرس را به این صورت تعریف کرد: واکنش نامشخص بدن به هر نوع تهدید و فشاری که به آن وارد می‌شود و برای فرد تحت استرس یک سندرم تطابق عمومی ایجاد می‌کند. اگر استرس افزایش یابد ایجاد بیماری، ناتوانی و حتی مرگ می‌گردد (۲). در سال ۱۹۶۷ جورج انگل براساس مدل زیستی-روانشناختی-اجتماعی به سه طبقه استرس فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی اشاره کرد (۳). در همان زمان تامس هولمز و ریچارد ریهی جهت ارزیابی رویدادهای استرس آمیز درونی و بیرونی، مقیاسی جهت اندازه‌گیری میزان استرس‌های تجربه شده ارائه کردند (۳). هر عاملی که بتواند به شکلی واکنش استرس را در فرد برانگیزد استرس زا یا عامل استرس‌زا نامیده می‌شود. کلیه رویدادهای زندگی می‌توانند برای فرد یا جامعه استرس‌زا باشند. این رویدادها ممکن است مثبت مانند ازدواج یا منفی مانند مرگ یکی از عزیزان باشند. ممکن است رویدادی جنبه عمومی مانند زلزله و جنگ و یا فردی مثل شکست تحصیلی داشته باشد. عامل استرس‌زا ممکن است حاد مثل تصادف و یا مزمن مانند جدال مداوم با ناسازگاری‌های خانوادگی باشد (۴).

در یک مطالعه بزرگ جامعه‌نگر در سال ۱۹۹۸ در اسکاتلند شاو و همکاران به این نتیجه رسیدند که ۱۶ درصد افراد تحت تأثیر استرس‌های محیطی هستند (۵). در مطالعه پیترسن و همکاران در سال ۲۰۰۰ در انگلستان نیز ۱۵ درصد افراد استرس بالایی را تجربه کرده بودند (۶). در مطالعه دیگری در شهر راولپندی در سال ۲۰۰۰ مینهاس و همکاران، مشاهده کردند که استرس‌های محیطی و ناتوانی‌های حاصله از آن در زنان بسیار بالاتر از مردان قرار داشت (۷). کندلر و همکاران در سال ۲۰۰۱ تأثیر رویدادهای استرس آمیز زندگی بسیاری را علاوه بر جنسیت در استرس بیان کردند (۸).

جهت کاهش تورش جمع آوری اطلاعات دوره های آموزش پرسش گری در میان دانشجویان علاقمند برگزار شد که بعد از ۲۰ ساعت آموزش فون مصاحبه و چگونگی تکمیل کردن پرسش نامه و بعد از کسب اجازه جهت مصاحبه و پرسش گری و ایجاد یک ارتباط مناسب، کار خود را آغاز می نمودند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون آماری کای دو استفاده شد.

نتایج

از ۶۰۰۰ فرد مورد مطالعه ۳۰۳۶ نفر (۵۰/۶ درصد) مرد و ۲۹۶۴ نفر (۴۹/۴ درصد) زن به ترتیب با متوسط سنی $47/15 \pm 40/47$ و $15/15 \pm 40/25$ سال بودند. ۸۰/۱ درصد این افراد متاهل و ۷۳/۹ درصد شهرنشین بودند. از نظر سال های تحصیل $44/8$ درصد بین صفر تا ۵ سال، $44/2$ درصد بین ۶ تا ۱۲ سال و ۱۳ درصد بیش از ۱۲ سال تحصیلات داشتند.

وضعیت نمره GHQ در جامعه مورد مطالعه در نمودار ۱ نشان داده شده است، به طوری که ۲۸/۲ درصد، ۳۵/۵ درصد و ۳۶/۵ درصد افراد به ترتیب نمره صفر، نمره ۱-۳ و نمره ۴ و بالاتر داشتند.

درصد زنان با نمره GHQ ۴ و بالاتر در سه شهرستان مورد مطالعه بیشتر از درصد مردان همان شهرستان بوده است ($p \leq 0/05$) و همچنین درصد شهرنشینان هر سه شهرستان با نمره GHQ بالا بیشتر از ساکنین روستاهای شهرستان های مذکور بوده است ($p \leq 0/05$) (جدول ۱).

درصد نمره GHQ بالا در رده های سنی ۳۵ تا ۴۴ سال و ۵۵ سال و بالاتر نسبت به بقیه رده های سنی بیشتر بوده است اما از نظر آماری معنی دار نبود (جدول ۱). همچنین درصد افراد غیر متاهل (مجرد، مطلقه و ...) با GHQ چهار و بالاتر نسبت به افراد متاهل بالاتر بوده است. البته این افزایش در زنان غیر متاهل بیشتر به چشم می خورد ($p \leq 0/05$).

به طور کلی در جامعه مورد مطالعه، موارد استرس زا در قالب ۱۱ گروه طبقه بندی شد که ده مورد از بیشترین و ده مورد از کمترین موارد استرس زای مورد

دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت بود. قسمت دوم، پرسش نامه استاندارد GHQ12 (پرسش نامه سلامت عمومی) که جهت بررسی سلامت عمومی و مشکلات روانی^۱ در جامعه طراحی گردیده است و توسط خود فرد تکمیل می شود، بود که این پرسش نامه مشتمل بر ۱۲ سؤال چهار گزینه ای می باشد. برای تعیین نمره استرس در یک ماه گذشته براساس روش امتیاز دهی GHQ، در صورت انتخاب گزینه الف و یا ب نمره صفر و برای گزینه های ج و یا د نمره ۱ در نظر گرفته شد. نمره ۴ و بالاتر به عنوان نمره GHQ بالا و به عبارتی استرس بالا محاسبه گردید (۱۲). طی مطالعات زیادی روایی و پایایی این پرسش نامه مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳).

قسمت سوم چک لیستی از موارد استرس زای جامعه که شامل ۸۳ مورد در قالب ۱۱ گروه بوده است، شامل: رویدادهای خانوادگی، وقایع اجتماعی، رویدادهای تحصیلی، استرسورهای شغلی، مشکلات مربوط به محل سکونت، مشکلات اقتصادی، مسائل بهداشتی و بیماری، مسائل قانونی، مشکلات شخصی، استرس های مرتبط با ازدواج و رویدادهای متفرقه که در هیچ کدام از گروه های قبلی طبقه بندی نمی شوند. روایی و پایایی این پرسش نامه نیز در مطالعات قبلی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۰). در بخشی از این چک لیست فراوانی وقوع این موارد در ۶ ماه گذشته (اتفاق افتاده، اتفاق نیفتاده) و در بخش دیگر میزان اثرگذاری آنها بر اساس ارزیابی تأثیر استرس بر سلامت خود فرد مورد پرسش گری قرار گرفت و به صورت نمره دهی لیکرت از ۱ تا ۵ (بسیار کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴ و بسیار زیاد = ۵) محاسبه گردید. ضمناً برای تعیین اعتبار از کمک متخصصین روانپزشکی و طراحی پرسشنامه استفاده گردید و برای پایایی سوالات، آلفای کرونباخ $0/83$ محاسبه شد.

1 - Psychiatric morbidity.

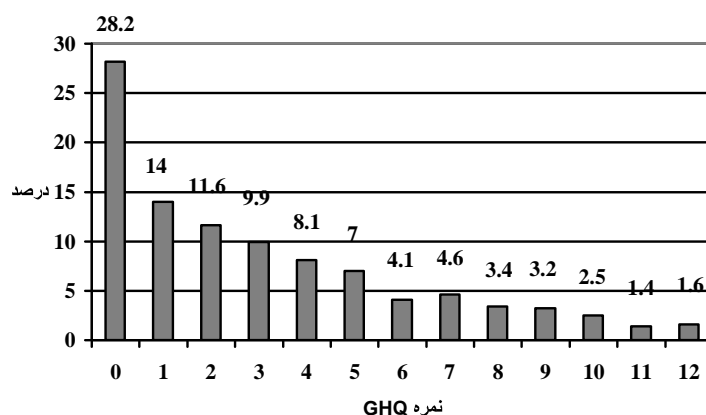
مطالعه از بین ۸۳ موردانتخاب گردید (جدول ۲). هم چنین در جدول ۳، ده مورد که در پرسش گری انجام شده به عنوان استرس های با تاثیر زیاد و ده مورد که با تاثیر کم بر سلامت افراد ارزیابی شده بود، مشاهده می شود.

جدول ۱. مقایسه نمره GHQ بالا بر اساس محل سکونت، جنسیت، رده سنی و وضعیت تاهل در جامعه مورد مطالعه

p	نمره GHQ			فراوانی (%)	گروه	متغیر
	۴ ≤ (%)	۱-۳ (%)	صفر (%)			
.۰/۰۲۱	۳۵/۱	۳۳/۱	۳۱/۸	۴۱/۴	اصفهان	
	۳۱/۸	۳۷/۴	۳۰/۸			
.۰/۰۳۵	۳۳/۹	۳۷/۷	۲۸/۳	۱۷/۷	نجف آباد	محل سکونت
	۳۰/۶	۳۸/۸	۳۰/۷			
.۰/۰۳۹	۴۳/۰	۳۴/۷	۲۲/۳	۴۰/۹	اراک	
	۴۰/۵	۳۹/۶	۱۹/۸			
.۰/۰۱۲	۲۸/۷	۳۵/۷	۳۵/۶	۴۱/۴	اصفهان	
	۴۰/۸	۳۱/۴	۲۷/۸			
.۰/۰۲۵	۲۹/۷	۳۷/۰	۳۳/۳	۱۷/۷	نجف آباد	جنسیت
	۳۴/۳	۳۹/۳	۲۶/۴			
.۰/۰۳۵	۳۹/۱	۳۶/۴	۲۴/۵	۴۰/۹	اراک	
	۴۴/۹	۳۶/۵	۱۸/۶			
.۰/۱۸۵	۳۴/۳	۳۸/۰	۲۷/۷	۲۲/۱	۱۹-۲۴ سال	گروه های سنی
	۳۶/۱	۳۳/۰	۳۰/۸	۲۱/۰	۲۵-۳۴ سال	
	۳۷/۴	۳۵/۹	۲۶/۸	۲۱/۳	۳۵-۴۴ سال	
	۳۶/۴	۳۶/۶	۲۷/۰	۱۸/۰	۴۵-۵۴ سال	
	۳۸/۲	۳۳/۰	۲۸/۸	۱۷/۶	۵۵ سال به بالا	
.۰/۰۲۱	۳۱/۶	۳۶/۱	۳۲/۳	۵۰/۶	مرد	وضعیت تاهل
	۳۳/۳	۳۶/۵	۳۰/۲			
.۰/۰۰۸	۳۹/۵	۳۵/۳	۲۵/۲	۴۹/۴	زن	
	۴۶/۷	۳۰/۹	۲۲/۵			

جدول ۲. بیشترین و کمترین موارد استرس زا در جامعه مورد مطالعه

فراوانی (%)	موارد استرس زا
۵۷/۷	۱) بالا رفتن هزینه زندگی (مشکلات اقتصادی)
۴۷/۸	۲) بدهکاری (مشکلات اقتصادی)
۴۵/۱	۳) عدم کفایت حقوق و درآمد (مشکلات اقتصادی)
۳۵/۶	۴) نگرانی و احساس ناامنی نسبت به آینده (وقایع اجتماعی)
۳۴/۶	۵) احساس عدم امنیت در جامعه (وقایع اجتماعی)
۲۷/۹	۶) احساس تنهایی (وقایع اجتماعی)
۲۶/۹	۷) احساس عقب ماندگی در زندگی از دوستان و آشنایان (وقایع اجتماعی)
۲۴/۹	۸) نگرانی راجع به آینده شغلی (استرس شغلی)
۲۰/۴	۹) کار با مسئولیت سنگین و پرمشقت (استرس شغلی)
۲۰/۳	۱۰) دستمزد کمتر از انتظار (استرس شغلی)
۱/۴	۷۴) دستگیری موقت فرد یا اعضاء خانواده (مسائل قانونی)
۱/۳	۷۵) مشکل بارداری (مشکلات شخصی)
۱/۱	۷۶) مشکل جنسی (مسائل بهداشتی و بیماری)
۰/۹	۷۷) جدائی از همسر (استرس های مرتبط با ازدواج)
۰/۹	۷۸) تصادف منجر به فوت (رویدادهای متفرقه)
۰/۹	۷۹) مرگ همسر (رویدادهای خانوادگی)
۰/۸	۸۰) حاملگی ناخواسته (مسائل بهداشتی و بیماری)
۰/۷	۸۱) بچه دار نشدن (مسائل بهداشتی و بیماری)
۰/۶	۸۲) معلولیت و از کار افتادگی (رویدادهای متفرقه)
۰/۴	۸۳) آتش سوزی در منزل (رویدادهای متفرقه)



نمودار ۱. درصد نمره GHQ در جامعه مورد مطالعه

جدول ۳. تاثیرگذار ترین و کم اثر ترین موارد استرس زا در جامعه مورد مطالعه

شدت تأثیر گذاری (انحراف معیار \pm میانگین)	موارد استرس زا
$4/12 \pm 1/12$	۱) مرگ یکی از والدین (رویدادهای خانوادگی)
$3/76 \pm 1/19$	۲) مرگ خواهر و برادر (رویدادهای خانوادگی)
$3/72 \pm 1/15$	۳) بیکاری طولانی (استرس شغلی)
$3/67 \pm 1/11$	۴) نداشتن مسکن شخصی (مشکلات مربوط به محل سکونت)
$3/67 \pm 1/08$	۵) مشکلات اقتصادی مرتبط با ازدواج (استرس های مربوط به ازدواج)
$3/66 \pm 1/08$	۶) مشکلات اجاره نشینی (مشکلات مربوط به محل سکونت)
$3/63 \pm 1/09$	۷) تصادف منجر به فوت (متفرقه)
$3/62 \pm 1/08$	۸) مشکلات مالی سنگین مثل بدهکاری سنگین (مشکلات اقتصادی)
$3/62 \pm 1/11$	۹) ازدواج فرزند (رویدادهای خانوادگی)
$3/61 \pm 1/14$	۱۰) تولد فرزند (رویدادهای خانوادگی)
▼	▼
$2/99 \pm 1/45$	۷۴) جدائی همسر (استرس های مرتبط با ازدواج)
$2/97 \pm 1/14$	۷۵) بیماری نه چندان شدید جسمی (مسائل بهداشتی و بیماری)
$2/91 \pm 1/08$	۷۶) فضای فیزیکی محیط کار (استرس شغلی)
$2/89 \pm 1/15$	۷۷) شروع یائسگی (مشکلات شخصی)
$2/87 \pm 1/16$	۷۸) مسئولیت کارهای منزل (مشکلات شخصی)
$2/83 \pm 1/20$	۷۹) آتش سوزی در منزل (رویدادهای متفرقه)
$2/82 \pm 1/18$	۸۰) تغییر در عادات زندگی مثل خواب و خوراک (مشکلات شخصی)
$2/73 \pm 1/14$	۸۱) ناتوانی در انجام مسئولیت های محوله (استرس شغلی)
$2/71 \pm 1/19$	۸۲) تغییر کیفیت آب و هوا (مشکلات شخصی)
$2/70 \pm 1/07$	۸۳) مرگ یکی از همسایگان (وقایع اجتماعی)

بحث

ترتیب شیوع فراوانی استرس در جامعه مورد مطالعه؛ مشکلات اقتصادی، وقایع اجتماعی و استرس های شغلی بوده است و تأثیر گذارترین استرس ها؛ رویدادهای خانوادگی، استرس شغلی، محل سکونت و مشکلات اقتصادی می باشد.

در سال ۱۹۹۸ در اسکاتلند در یک مطالعه بزرگ جامعه نگر که برای بررسی مسائل بهداشتی انجام شد ۱۶ درصد افراد مورد مطالعه نمره GHQ بالاتر از ۴ داشتند (۵). در مطالعه سال ۲۰۰۰ در انگلستان نیز ۱۵ درصد افراد دچار استرس بالا بودند (۶) که با توجه به درصد بالای نمره GHQ

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت جامعه و تعیین فراوانی و شدت استرسورها انجام شد و نشان داد که ۳۶/۵ درصد افراد جامعه دارای نمره GHQ بالا یا به عبارتی استرس بالا بوده اند. درصد افراد دچار استرس بالا در ساکنین روستاها در مقایسه با شهر، در مردان در مقایسه با زنان و متأهلین چه مرد و چه زن در مقایسه با هم جنس های غیر متاهل (مجرد، مطلقه، همسر از دست داده و ...) کمتر بوده است.

متاهلین زن و مرد (به ترتیب ۳۱/۶ درصد و ۳۹/۵ درصد) در مقایسه با زنان و مردان غیر متاهل (به نوبت ۳۳/۳ و ۴۶/۷)، کمتر دیده شد. وجود حمایت اجتماعی و روابط خانوادگی نزدیک از مهم ترین عوامل مقابله با استرس به حساب می آید.

در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۶ در شهر اصفهان جهت بررسی وقایع استرس آمیز و پیامدهای آن انجام شد، فراوانی عوامل ایجاد استرس را مورد مطالعه قرار دادند و عواملی هم چون مشکلات اقتصادی (بالا رفتن هزینه های زندگی، عدم کفایت حقوق، درآمد و بدهکاری) و مسائل اجتماعی (نگرانی و احساس ناامنی نسبت به آینده، تحولات عمده اجتماعی) را به عنوان استرسورهای شایع تر عنوان نمودند (۱۰). در مطالعه حاضر نیز مشکلات اقتصادی، مسائل اجتماعی و استرس های شغلی (نگرانی راجع به آینده شغلی، کار پر مشقت و دستمزد کمتر از انتظار) شایع ترین استرس های مورد بررسی بودند.

حوادث بزرگی در زندگی مثل مرگ یکی از اعضای خانواده، جزو استرس های با تأثیر گذاری بالا است و شدت این استرس ها به خصوص در سنین پائین تر سبب بروز واکنش های غیر انطباقی در فرد و متعاقب آن ایجاد اختلالات روحی و جسمی می شود (۱۸). استرس های شغلی نیز جزء اثر گذارترین استرس ها در اکثر جوامع می باشند که در صورت افزایش میزان آن شیوع رو به رشد بیماری های وابسته به استرس را در جامعه شاهد خواهیم بود (۱۹، ۲۰). در مطالعه حاضر نیز رویدادهای خانوادگی از جمله مرگ والدین و خواهر و برادر، مشکلاتی که نمود اقتصادی دارند، مشکلات مربوط به محل سکونت و مشکلات اقتصادی مرتبط با ازدواج؛ تأثیر گذارترین استرس ها هستند.

نتیجه گیری

استنباط حاصل از نتایج مطالعه حاضر، نشان از سطح بالای استرس در جامعه مورد مطالعه دارد که این سهم در زنان و در غیر متاهلین و شهر نشین ها بیشتر است. از نظر فراوانی و ارزیابی فرد از نظر تأثیر این استرس ها بر تمامی

بالا در مطالعه حاضر می توان این گونه استنباط نمود که سطح استرس در جامعه مورد مطالعه بالاست. اگر چه می توان عوامل زیادی را در این مورد دخیل دانست، اما آنچه آشکار است به خطر افتادن سلامت عمومی جامعه، بروز مشکلات متعدد و بروز بیماری های جسمی و روحی از تبعات آن در جامعه خواهد بود.

در مطالعه ای که در شهر راولپنندی انجام گردید، مشاهده شد استرس های محیطی و متعاقب آن ناتوانی های حاصله در زنان بسیار بالاتر از مردان قرار دارد (۷). در جامعه مورد مطالعه حاضر نیز نتیجه مشابهی وجود داشت، به طوری که نمره ۴ و بالاتر در پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) در زنان بالاتر از مردان بوده است. اگر چه تفاوت زیادی در دو جنس در مواجهه با استرس وجود ندارد (۱۴، ۱۵)، مطالعات متعددی تفاوت جنسیت را در حساسیت به وقایع استرس آمیز مورد تأیید قرار دادند (۸).

در مطالعه حاضر، استرس بالا در جوامع شهری شیوع بالاتری به نسبت جوامع روستائی داشته است. در بررسی سلامت اسکاتلند^۱، ۱۶ درصد افراد ساکن در شهر و حومه شهر و ۱۳ درصد ساکنین روستاها، نمره GHQ بالاتر از ۴ داشتند (۵) که نتایج این مطالعه مشابه مطالعه حاضر می باشد. مدرنیزه شدن و ماشینی شدن زندگی گرچه به ظاهر در جهت کمک به آسایش افراد جامعه طراحی شده است، اما مطالعات نشان دادند که حرکت به طرف شهرنشینی و شیوه زندگی شهری هر چه بیشتر سبب بروز استرس و ناتوانی های متعاقب آن خواهد شد (۱۶).

یک بررسی در کشور پاکستان در مورد فراوانی استرس در افرادی که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار هستند و زندگی مشترک دارند در مقایسه با افرادی که به تنهایی زندگی می کنند و یا از همسر خود جدا شده اند نشان داد که افراد مجرد و کسانی که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار نبوده و تنها هستند، از سطح استرس بالاتری رنج می برند (۱۷). در مطالعه حاضر نیز استرس های بالاتر در

1 - Scottish Health Survey.

۱۰. عطاری ع، همکاران. بررسی رویدادهای استرس زا در شهر اصفهان طی ۵ سال گذشته. فصلنامه اندیشه و رفتار، زمستان ۷۴، سال دوم، شماره ۳، ص ۳۷-۳۰.

11. Sarraf-Zadegan N, Sadry Gh, Malek Afzali H, Baghai M, Mohammadifard N, Shahrokhy Sh, et al. Isfahan Healthy Heart Program: A comprehensive integrated community-based program for cardiovascular disease prevention and control. *Acta Cardiologica* 2003; 58(4): 309-320.

12. Goldberg D, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27:191-197.

13. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, et al. The 12 item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcome* 2003;1: 66-70.

14. Perris H. Life events and depression, part 1: effect of sex, age and civil status. *J Affect Disord* 1984; 7:11-24.

15. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in depressogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 205-211.

16. Janus ED, Postiglione A, Singh RB, Lewis B. The modernization of Asia. *Circulation* 1996; 94: 2671-3.

17. Mumford DB, Saeed K, Ahmad L, Latif S, Mabbashar MH. Stress and psychiatric disorder in rural Pangab: A common survey. *BJP* 1997; 170: 473-8.

18. Silva RR, Alpert M, Munoz DM, Singh S, Matzner F, Dummit S. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1229-5.

19. Granfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout. Job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163(2): 166-170.

20. Heslop P, Smith GD, Metcalfe C, Macleod J, Hart C. Change in job satisfaction, and its association with self reported stress, cardiovascular risk factor and mortality. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 1589-99.

جنبه های سلامت فردی و اجتماعی، استرسورهای خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی رتبه بالایی دارند. با آگاهی از این وضعیت می توان با دیدی روشن تر و ارائه راهبردهای موثرتر، طرح های مداخلاتی را در زمینه کاهش استرس در جامعه به طور عام و توجه ویژه به زنان طراحی نمود که محتوای آن را با توجه به استرس های شایع تر، روش های کنترل استرس و حل مسئله و بهبود مهارت های زندگی در نظر گرفت.

منابع

۱. کوپر ک، قراچه داغی م. فشار روانی. تهران، انتشارات رشد، ۱۳۶۶، ص ۶۳-۶۲.

2. Paterson Rj, Neufeld RWJ. The stress response and parameters of stressful situations. In: Neufeld RWJ, editor. *Advances in Investigation of psychological stress*. New York: Wiley;1989. p.7-42.

3. Kaplan MI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Eight ed. USA: Williams and Wilkins;1998.p. 797-802.

4. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, Dehacs HCJM. Stress, satisfaction and burn out among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003;168(3): 271-5.

5. Shaw A, Mc Munn A, Field J. The Scottish health survey 1998. Edinburgh:HMSO;2000.

6. Petersen S, Rayner M, Press V. Coronary Heart Disease Statistics 2000. 103-109.

7. Minhas FA, Akhtar I, Akhtar S, Mabbashar MH. Stress and psychiatric disorders in urban Rawalpindi. *BJP* 2000;177: 557-562.

8. Kendler KS, Thornton LM, Prscott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 2001;158: 587-593.

9. Masse MM, Delmeires L, Janea A. Pre and post -disaster negative life event in relation to the incidence and severity of PTSD. *Psychiatry Res* 2001; 105-(1-2):1-12.

Prevalence and severity of emotional stress in Isfahan and Markazi provinces, 2002

Roohafza HR¹, Salehi B², Sadeghi M³

Abstract

Introduction: Stress is a condition that causes tension, disturbance in body and mind, discomfort and dissatisfaction. There are differences between stresses in the form of great life events and small daily stressful events. Regarding extension and variation of stresses in different parts of country, this study aims to investigate the prevalence and severity of stresses in central areas of Iran.

Materials and Methods: This is a cross-sectional analytical study carried out on 6000 people older than 19 years old, selected from urban and rural areas of Isfahan, Arak and Najaf Abad on 2002, as a part of evaluation of the Healthy Heart program. Sampling method was cluster random sampling. Data was collected using GHQ-12 and stressors' type and severity questionnaire. Statistical analysis was performed using Chi square.

Results: Of the total subjects under study %50.6 were male, and %49.4 female, with a mean age of 40.47 ± 15.68 and 40.25 ± 15.15 years respectively. The proportion of women with high GHQ score was higher than men, which was more pronounced in Arak than the two other cities. There were also higher stress levels in unmarried and urban people. ($p \leq 0.05$) The most prevalent stressor included economical, social and job-related issues and the most severe were death, family related and economical events.

Conclusion: This study on stress as an indicator of lifestyle reveals high stress levels in the population, which warrants appropriate planning and community-based interventions, to improve lifestyle and reduce stress.

Key word: Stress, stressful life event, Arak, Isfahan

1 - Assistant professor, psychiatrist, Isfahan cardiovascular research center, Isfahan University of medical sciences.

2 - Assistant professor, psychiatrist, Arak University of medical sciences.

3 - Assistant professor, cardiologist, Isfahan cardiovascular research center, Isfahan University of medical sciences.