Journal of Psychological Injuries Volume 1, Issue 2, Winter 2025, Pages: 37-48

Epidemiology of depression and anxiety disorders in the population of Ilam city in 2019

Fathola Mohamadian [1*], Yousef Veisani [2], Sehat Aibod [2], Reza Mansouri Koryani [2], Akbar Azizifar [3]

[1] Department of Psychology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[1] Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Ilam Province, Iran
[1] Department of of English Language, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam Province, Ilam, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Jun. 13, 2022
revised: Nov. 08, 2024
Accepted: Nov. 13, 2024
Published Online: Jan. 18,2025

**** Correspondence to:***
Fathola Mohamadian
Department of Psychology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Email:
mobinmohamadian@yahoo.com

A B S T R A C T

Introduction: Depression and anxiety are among the main psychological issues that, if persistent and intensified, can develop into serious disorders and impose significant burdens on society. Maintaining tranquility and preventing these disorders contributes to the enhancement of community welfare and well-being. This study aimed to determine the prevalence of depression and anxiety disorders in the population of Ilam City in 1399 (2020).

Materials & Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study targeted individuals aged 15 to 65 years in Ilam City. A total of 821 participants (493 women and 328 men) were selected using a combination of cluster sampling and simple random sampling methods. Data were collected through a demographic questionnaire and structured interviews based on the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS). Data analysis was conducted using SPSS version 22, employing descriptive statistics and variance analysis.

Results: The prevalence of major depression was 14.7%, dysthymia 14.4%, generalized anxiety disorder 10%, obsessive-compulsive disorder 14.7%, and phobia 14%. Significant relationships were observed between depression disorders and age and education level ($P<0.05$), as well as between panic disorder and occupation and education level ($P<0.05$).

Conclusion: This study indicates a high prevalence of anxiety disorders and a moderate to high prevalence of depression in the studied population, highlighting the need for educational and intervention programs to prevent psychological issues in Ilam province.Keywords: Epidemiology, Depression, Anxiety, Ilam.

Keywords: epidemiology, depression, anxiety, Ilam

How to cite this paper: Mohamadian F, Veisani Y, Aibod S, Mansouri Koryani R, Azizifar A. Epidemiology of depression and anxiety disorders in the population of Ilam city in 2019. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2025;1(2):37-48.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

© The Author(s) Journal of Psychological Injurie. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistributethe material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

همه‌گیرشناسی اختلالات افسردگی و اضطراب در جمعیت شهر ایلام در سال ۱۳۹۹

فتح‌الله محمدیان [۱*]، یوسف ویسانی [۲]، صحت آیبد [۲]، رضا منصوری کریانی [۲]، اکبر عزیزی‌فر [۳]

[۱] گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
[۲] مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
[۳] گروه زبان انگلیسی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، استان ایلام، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۳
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

نویسنده مسئول:
فتح‌الله محمدیان
گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email:
mobinmohamadian@yahoo.com

چکیده

مقدمه: افسردگی و اضطراب ازجمله مشکلات روان‌شناختی اصلی هستند که در صورت ادامه و تشدید می‌توانند به بیماری‌های جدی تبدیل شوند و عوارض سنگینی بر جامعه تحمیل کنند. حفظ آرامش و جلوگیری از این اختلالات به ارتقای رفاه و بهزیستی جامعه کمک می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع اختلالات افسردگی و اضطراب در جمعیت شهر ایلام در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است و جامعهٔ آماری آن شامل افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله در شهر ایلام بود. درمجموع، ۸۲۱ آزمودنی (۴۹۳ زن و ۳۲۸ مرد) به روش ترکیبی از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی و مصاحبهٔ ساختارمند بر اساس پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) جمع‌آوری گردید. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS vol.22 و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش: شیوع افسردگی اساسی ۱۴/۷ درصد، افسردهخویی ۱۴/۴ درصد، اضطراب فراگیر ۱۰ درصد، اختلال وسواس ۱۴/۷ درصد و فوبیا ۱۴ درصد بود. ارتباط معنی‌داری میان اختلالات افسردگی و سن و تحصیلات ($P<0.05$) و همچنین میان اختلال وحشت‌زدگی و شغل و تحصیلات ($P<0.05$) مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش شیوع بالای اختلالات اضطرابی و شیوع متوسط تا بالا در افسردگی در جمعیت مطالعه‌شده را نشان می‌دهد و نیاز به برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای برای پیشگیری از مشکلات روانی را در استان ایلام ضروری می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: همه‌گیرشناسی، افسردگی، اضطراب، ایلام

استناد: محمدیان فتح‌الله، ویسانی یوسف، آیبد صحت، منصوری کریانی رضا، عزیزی‌فر اکبر. همه‌گیرشناسی اختلالات افسردگی و اضطراب در جمعیت شهر ایلام در سال ۱۳۹۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دی ۱۴۰۳؛ ۱(۲) : ۴۸-۳۷.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

اختلالات افسردگی و اضطراب ازجمله رایج‌ترین مشکلات روانی در جوامع معاصر به‌شمار می‌روند و تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی افراد دارند. این اختلالات نه‌تنها سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه می‌توانند به مشکلات اجتماعی و اقتصادی نیز منجر شوند. بر اساس آمارهای جهانی، شیوع این اختلالات به‌ویژه در سال‌های اخیر افزایش‌یافته و پاندمی COVID-19 به این روند دامن زده است (۱).

افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ۲۰ درصد در سال در جمعیت عمومی، از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند (۲). افسردگی یکی از عمده‌ترین مسائل پزشکی و اجتماعی روز است و در صورت ادامه یافتن، نیروهای کار و توانمندیهای فرد و وضع اقتصادی و اجتماعی او را زایل میکند. تقریباً ۱۵ درصد کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، یک دوره افسردگی اساسی را تجربه مینمایند. در حال حاضر، افسردگی چهارمین علت بیماریهای شایع در جهان است و طبق برآوردهای انجام‌شده تا سال ۲۰۲۰، دومین علت شایع بیماری‌ها در جهان افسردگی می‌شود (۳).

در مطالعه‌ای، شیوع جهانی افسردگی متوسط تا شدید ۶۰/۸ درصد و اضطراب ۷۳ درصد گزارش‌شده است (۴). در سراسر جهان، حدود ۳۰۰ میلیون نفر به درجات مختلف افسردگی مبتلا هستند که سالانه ۸۰۰ هزار نفر از این تعداد اقدام به خودکشی میکنند. مطالعهای در هند نشان داد، شیوع افسردگی در جمعیت عمومی از ۶ درصد تا ۵۲/۷ درصد متفاوت است (۵).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که میزان ابتلا به افسردگی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۷، ۴۹ درصد افزایش‌یافته است (۶). نرخ دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای افسردگی اندک گزارش‌شده است. یک مطالعه گزارش داد که درصد نرخ درمان سالانه برای دوره¬های افسردگی اساسی ۳۹ درصد است (۷). برای کاهش نابرابری‌های سلامت روان در سطح جهانی، ارزیابی شیوع افسردگی در جامعه و تنوع در شیوع بر اساس منطقهٔ جغرافیایی، درآمد کشور و روش ارزیابی اهمیت دارد (۸). کاهش شیوع اختلالات روانی رایج همچنان چالش حل‌نشده‌ای برای دستگاه‌های بهداشت در سطح جهانی است که ممکن است نیازمند توجه بیشتر به «شکاف کیفیت ارائهٔ خدمات درمان» و همچنین بی‌توجهی به پیشگیری از اختلالات روانی رایج باشد (۹).

پیچیدگی زندگی فردی و اجتماعی ایجاب می‌کند که افراد به‌طور دائم در مقابل ناملایمات از خودسازگاری نشان دهند. این سازگاری باعث رشد یافتن هویت و شخصیت میشود و اضطرابی که توسط آن ایجاد می‌گردد، معمولاً اضطراب بهنجار است؛ اما اضطراب‌های نابهنجار که نوع بیمارگونهٔ این اختلال است، در اثر تعارضات و ناکامی‌هایی به‌وجود می‌آید که شخص در زندگی روزمره تجربه می‌کند و قادر نیست به نحو صحیحی با آن مواجه شود، به‌طوری‌که این اختلال می‌تواند کارکرد روزانهٔ فرد را مختل سازد (۱۰). اضطراب پاتولوژیک یک واکنش هیجانی بیش‌ازحد، پیش‌بینی‌نشده، غیرقابل‌کنترل و طاقت‌فرسا به تهدید ظاهری و قریب‌الوقوع تعریف می‌شود (۱۱). قرار گرفتن در معرض عوامل خطر محیطی برای اضطراب (به‌عنوان‌مثال، فشار مالی) در حال افزایش است (۱۲). اختلالات اضطرابی، در مقایسه با اختلالات روانی عمده مانند اختلالات روان‌پریشی و اختلالات مصرف مواد که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند، کمتر مورد توجه درمانگران قرار می‌گیرد. علاوه بر این، اضطراب کمتر از افسردگی و اقدام به خودکشی در رسانه‌ها گزارش می‌شود که به کاهش رفتارهای کمک‌خواهی بیمارانی منجر می‌گردد که از اضطراب رنج می¬برند (۱۳). بر اساس تحقیقاتی انجام‌گرفته در ایران، حدود ۷ میلیون نفر از مردم از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند و حدود ۲۵ ـ ۱۵ درصد جمعیت کشور افسردگی در حد خفیف تا شدید را تجربه می‌کنند؛ همچنین پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد افسرده به علت فشارهای ناشی از تغییرات اجتماعی ـ محیطی و افزایش برخی از بیماری‌های جسمانی رو به افزایش است (۱۴).

ویسانی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی، شیوع و تفاوت جنسیتی در اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

استان ایلام را بررسی کردند. از ۷۶۳ شرکت‌کنندهٔ ۱۵ ساله و بالاتر در پژوهش، ۲۵/۸ درصد مشخصه‌های پریشانی روانی را نشان دادند در مردان، میزان شیوع اضطراب ۱۸/۲ درصد، افسردگی اساسی ۱۷/۴ درصد و اختلال وسواسی¬-¬جبری ۱۰ درصد و در زنان، میزان شیوع اضطراب ۲۳/۶ درصد، افسردگی اساسی ۲۲/۷ درصد، اختلال وسواسی¬-¬جبری ۱۳/۹ درصد و اختلال فوبیا ۱۰/۴ درصد بود (۱۵). در پژوهش مروت شریف‌آباد و همکاران (۱۳۹۷)، میزان شیوع افسردگی ۳۸/۹۲ درصد و شیوع اضطراب ۴۴/۳۱ درصد گزارش شد (۱۶).

ازآنجاکه چند سالی است مردم استان ایلام از شیوع تقریباً بالای بعضی از آسیب‌های روانی¬-¬اجتماعی مانند خودکشی، خشونت، طلاق رنج می‌برد؛ بنابراین، به‌منظور برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت جامعه، ابتدا لازم است تصویری از وضعیت سلامت جامعهٔ پژوهش ارائه شود. بدیهی است هرگونه تلاش در زمینهٔ دستیابی به سلامت و آرامش روانی که هم نیازی فردی و هم ضرورتی اجتماعی است، مستلزم آشنایی دقیق با معنی سلامت و چگونگی اندازه‌گیری آن است (۱۷). شهر ایلام به‌عنوان یک مرکز جمعیتی با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاص، نیازمند بررسی‌های دقیق‌تری دربارهٔ همه‌گیرشناسی اختلالات افسردگی و اضطراب است. عواملی نظیر سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و فشارهای اجتماعی ممکن است به شیوع این اختلالات در این منطقه کمک کنند؛ بنابراین، این پژوهش با هدف شناخت الگوهای شیوع و تعیین عوامل مؤثر بر بروز این اختلالات در جمعیت شهری ایلام در سال ۱۳۹۹ انجام گردید. نتایج این تحقیق می‌تواند به تدوین برنامه‌های مداخلاتی مناسب برای بهبود سلامت روان جامعه کمک کند و به شناسایی نیازهای درمانی آنان بپردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی¬-¬تحلیلی از نوع مقطعی بود که از ابتدای دی‌ماه سال ۱۳۹۸ تا پایان سال ۱۳۹۹، با همکاری مراکز جامع سلامت شهری استان ایلام انجام گرفت. شیوع کرونا یکی از علل طولانی شدن این پژوهش بود که باعث کند شدن سرعت پرسشگری و جمع‌آوری داده‌ها شد. جامعهٔ آماری پژوهش شامل جمعیت عمومی (۱۵ تا ۶۵ ساله) شهر ایلام بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد و با توجه به شیوع قبلی (۳۰ درصدP=) و خطای برآورد ۴ درصد، ۵۰۴ نفر بود که با احتساب ضریب Q نمونه‌گیری خوشه‌ای برابر ۱/۵، تعداد ۷۵۶ نفر تعیین گردید.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: سن شرکت‌کنندگان باید در محدودهٔ سنی ۱۵ تا ۶۵ سال باشد؛ ساکن شهر ایلام باشند؛ داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه. معیارهای خروج عبارت‌اند از: مبتلا نبودن به بیماری‌های شدید و مزمن؛ مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی یا داروهای دیگر که بر وضعیت روانی تأثیرگذارند؛ افرادی که در طول مطالعه، به هر علتی همکاری نکنند یا داده‌های لازم را ارائه ندهند؛ افرادی که به علل فرهنگی یا اجتماعی، تمایلی به شرکت در مطالعه ندارند.

با توجه به‌احتمال افت آزمودنی ۵ تا ۱۰ درصدی، درنهایت حجم نمونه ۸۳۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به‌صورت ترکیبی از نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای و تصادفی ساده بود. بدین‌صورت که ابتدا از میان همهٔ مراکز خدمات جامع سلامت شهریِ شهر ایلام، ۱۱ مرکز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شد. در مرحلهٔ بعد با مراجعه به مراکز جامع سلامت شهری (۱۱ مرکز)، فهرستی از جمعیت تحت پوشش هر مرکز که شرایط حضور در پژوهش را داشتند، تهیه و بر اساس آن، سهم هر مرکز از حجم نمونه کل مشخص گردید؛ سپس با توجه به سهم هر مرکز، به‌صورت تصادفی ساده از میان افراد تحت پوشش، نمونهٔ پژوهشی انتخاب شد. کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی جمع‌آوری اطلاعات را از طریق تکمیل پرسش‌نامهٔ اطلاعات دموگرافیک و مصاحبهٔ ساختاریافته بر اساس پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) انجام دادند. پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها، به‌سبب مخدوش بودن اطلاعات ۹ نفر از نمونه‌های پژوهش، این تعداد از مطالعه کنار گذاشته شدند و حجم نمونه به ۸۲۱ نفر کاهش یافت. گفتنی است، با توجه

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

به اینکه پرسش‌نامهٔ SADS تاکنون بر اساس DSM-5 تدوین‌نشده است؛ بنابراین، تشخیص‌گذاری اختلالات بر اساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV-TR بود.

ابزار پژوهش؛ پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS): اسپیتزر (Spitzer) و همکاران این پرسش‌نامه را طراحی کرده‌اند (۱۸) و بر اساس آن می‌توان بیماریابی و تشخیص اختلالات را در یک مرحله انجام داد؛ بنابراین، هم‌زمان با تجدیدنظر در DSM، فرم‌های متنوعی از SADS تدوین‌شده و تدریجاً تکامل یافته است. تحقیقاتی که دربارهٔ اعتبار و روایی این آزمون انجام‌گرفته، نشان‌دهندهٔ معتبر بودن این آزمون است؛ برای مثال، در مطالعهٔ سیمپسون (Simpson) و همکاران (۱۹)، روایی تشخیصی دوره‌های افسردگی، مانیا و هیپومانیا با SADS به دو روش محاسبه‌شده است؛ در روش اول که از طریق ضریب توافق محاسبه گردید، توافق کاملی میان نمره‌گذاران دربارهٔ هر سه اختلال وجود داشت. در روش دوم که مبتنی بر آزمون مجدد بود، ضریب کاپا (Cohen Kappa) دربارهٔ مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ به‌دست آمد. در بهترین سطح برآورد، ضرایب کاپا برای بیماری‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به‌ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود. این نتایج مبین روایی بسیار بالای SADS در تشخیص گروه‌های بیمار در این مطالعه است. بر اساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله غربالگری و تشخیص‌گذاری کرد. گفتنی است، با توجه به اهداف پژوهش، تنها از بخش اختلالات افسردگی و اضطرابی SADS استفاده گردید.

شیوهٔ اجرا: پس از دریافت مجوزهای لازم از مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، موافقت رئیس مرکز بهداشت شهرستان ایلام و هماهنگی با مسئولان مراکز خدمات جامع سلامت شهری و پس از ارائهٔ آموزش‌های لازم به کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز جامع خدمات سلامت شهری که همگی مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی داشتند و از تجربهٔ لازم برای انجام مصاحبه‌های بالینی برخوردار بودند، اجرای طرح آغاز شد. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش اخذ گردید. مشارکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و دربارهٔ محرمانه بودن داده‌ها به همهٔ شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد. روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که ابتدا به همهٔ مراکز جامع خدمات سلامت شهری مراجعه می‌شد و با استفاده از فهرست خانوارهایی که تحت پوشش این مراکز بودند، از طریق سامانه سیب (سامانه)، فهرستی مشتمل بر تعداد افراد ۱۵ تا ۶۵ سالهٔ هر مرکز تهیه می‌گردید و سهم هریک از مراکز بر اساس فرمول (ni=Ki/N (×&n)■) مشخص می‌شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، نمونه‌ها انتخاب گردیدند. پس از تعیین افراد مدنظر، با آنان تماس گرفته می‌شد تا به مراکز بهداشتی محل سکونت خود مراجعه نمایند. برای کسانی که به هر علت در مراجعه به مراکز مشکل داشتند -که اغلب شامل مردان شاغل و افراد سالمند بودند- پرسشگران به درب منازل آنان مراجعه می‌کردند و پس از ارائهٔ توضیح دربارهٔ طرح و هدف از اجرای آن، ابتدا پرسش‌نامهٔ مشخصات فردی سپس پرسش‌نامهٔ عوامل اجتماعی و درنهایت، با انجام مصاحبهٔ ساختاریافته بر اساس پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردید.

نتایج

در این پژوهش، تعداد ۸۳۱ نفر با میانگین سنی ۱۱/۷۷±۳۳/۲۱ سال مطالعه گردیدند که شامل ۴۹۳ نفر زن (۶۰/۵ درصد) و ۳۲۸ نفر مرد (۳۹/۹۵ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۳۸ نفر (۲۹ درصد) مجرد، ۵۵۱ نفر (۶۷/۱ درصد) متأهل و ۳۲ نفر (۳/۹ درصد) بیوه و مطلقه بودند. در زمینهٔ وضعیت تحصیلی، ۴۰۸ نفر (۴۹/۷۰ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۱۷۹ نفر (۲۱/۸ درصد) دیپلم و ۲۳۴ نفر (۲۸/۵۰ درصد) زیر دیپلم بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۳۲۹ نفر (۴۰/۱ درصد) خانه‌دار، ۱۷۹ نفر (۲۱/۸ درصد) کارمند، ۱۵۴ نفر (۱۸/۸ درصد) شغل آزاد، ۱۱۳ نفر (۱۳/۸ درصد) دانشجو و ۴۶ نفر (۵/۶ درصد) بیکار بودند. جدول شمارهٔ ۱ توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

نوع اختلال	افراد مبتلا به اختلال		افراد بدون ابتلا به اختلال		میانگین	انحراف معیار	P-value
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی			
افسردگی (اساسی+افسرده‌خویی)	۲۳۹	۲۹/۱ درصد	۵۸۲	۷۰/۹ درصد	۴۳/۷۱	۶۰/۳۸	۰/۰۵
اختلال وحشت‌زدگی	۵۱	۶/۲ درصد	۷۷۰	۹۳/۸ درصد	۱۴/۴۶	۷/۲۲	۰/۰۵
اختلال اضطراب فراگیر	۸۱	۱۰ درصد	۷۴۰	۹۰ درصد	۳۳/۵۸	۲۳/۷۳	۰/۰۵
اختلال وسواس	۱۲۱	۱۴/۷ درصد	۷۰۰	۸۵ درصد	۶/۰۳	۴/۰۰	۰/۰۵
اختلال ترس مرضی (فوبی)	۱۱۵	۱۴ درصد	۷۰۶	۸۶ درصد	۴/۹۱	۳/۹۵	۰/۰۵

بر اساس نتایج جدول شمارهٔ ۱ و با استفاده از آزمون‌های مناسب، ۲۹/۱ درصد از نمونه‌های پژوهش دچار افسردگی (افسردگی اساسی و افسرده‌خویی)، ۶/۲ درصد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، ۱۰ درصد دچار اختلال اضطراب فراگیر، ۱۴/۷ درصد دچار اختلال وسواس و ۱۴ درصد نیز به اختلال فوبیا مبتلا بوده‌اند..

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی و میانگین متغیرهای پژوهش برحسب متغیرهای دموگرافیک

	گروه	افسردگی		وحشت‌زدگی		اضطراب فراگیر		وسواس		فوبیا	
		فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین
جنسیت	مرد	۶۸	۳۶/۰۴	۲۲	۱۶/۷۳	۲۵	۳۵/۴۸	۵۰	۶/۲	۳۲	۵/۱۹
	زن	۱۷۱	۴۶/۷۸	۲۹	۱۳/۱	۵۶	۳۲/۷۳	۷۱	۵/۹۲	۸۳	۴/۸۱
سن	≤۲۰	۴۳	۳۱/۴۹	۳	۱۱/۶۷	۱۰	۲۱/۴	۱۲	۴/۴۲	۱۹	۵/۳۲
	۳۰-۲۱	۸۷	۲۸/۷	۲۰	۱۵/۳	۱۷	۳۴/۷۱	۳۹	۶/۴۹	۳۸	۵/۰۵
	۴۰ - ۳۱	۱۰۶	۵۰/۵۸	۱۷	۱۵/۸۸	۲۵	۲۶/۷۶	۳۴	۶/۷۹	۳۹	۴/۳۳
	۵۰ - ۴۱	۶۵	۵۷/۴۸	۴	۱۶/۵	۲۲	۴۶/۹۵	۲۶	۵/۶۵	۱۵	۴/۹۳
	۶۰ - ۵۱	۲۷	۵۱/۵۹	۷	۱۰/۱۴	۶	۲۹/۳۳	۹	۴/۴۴	۳	۸/۳۳
وضعیت تأهل	مجرد	۸۳	۳۹/۴۸	۱۶	۱۳/۷۵	۲۲	۳۰/۰۵	۳۷	۶/۴۳	۴۵	۶/۳۶
	متأهل	۲۴۲	۴۳/۰۶	۳۴	۱۵/۵	۵۹	۳۴/۹	۸۴	۵/۸۶	۶۷	۳/۹۷
	بیوه	۶	۹۶/۶۷	۱	۱	—	—	—	—	۱	۱
	مطلقه	۵	۸۱/۸	—	—	—	—	—	—	۲	۶
میزان تحصیلات	دکتری	۵	۶۸/۶	-	-	۱	۳۸	۳	۴	۹	۶/۶۷
	ارشد	۲۳	۱۱/۵۷	۲	۱۹	۲	۲۳	۴۷	۶/۵۱	۳۷	۵/۵۱
	لیسانس	۹۲	۴۰/۷۱	۲۴	۱۹/۴۲	۲۷	۳۷/۶۷	۱۵	۵/۸۷	۱۱	۷/۱۸
	کاردانی	۲۲	۵۲/۵۵	۳	۱۳/۳۳	۱۱	۳۶/۱۸	۲۱	۶/۸۶	۲۴	۳/۷۵
	دیپلم	۶۶	۴۸/۸	۹	۹/۱۱	۱۹	۲۷/۲۱	۷	۴	۱۲	۴/۲۵
	متوسطه	۳۶	۳۴/۳۶	۴	۱۱/۵	۴	۳۵/۲۵	۹	۵/۴۴	۱۳	۴/۹۲
	راهنمایی	۴۰	۶۲/۴۸	۷	۱۰/۵۷	۹	۳۰/۷۸	۱۳	۵/۳۱	۶	۲/۳۳

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

	ابتدایی	۳۲	۳۲/۰۹	۱	۱	۴	۲۵/۵	۱	۶	۱	۱
	بی‌سواد	۱۵	۷۴/۰۷	۱	۱	۴	۴۶	۵	۵/۶	۲	۱
وضعیت شغلی	آزاد	۴۶	۳۲/۲۸	۱۲	۱۴/۷۵	۱۰	۲۵/۳	۲۵	۷/۱۶	۱۸	۳/۷۲
	کارمند	۶۹	۴۵/۲۶	۱۰	۲۰/۴	۱۷	۴۱/۴۱	۲۷	۴/۳	۲۳	۶/۷۴
	محصل/ دانشجو	۴۰	۳۴/۴۸	۶	۱۴	۱۰	۲۴	۱۴	۶/۲۱	۱۸	۶/۳۳
	خانه‌دار	۱۶۴	۴۹/۱۶	۲۲	۱۲/۸۲	۳۵	۳۳/۶۹	۵۰	۶/۴۲	۴۹	۴/۱۴
	بیکار	۱۷	۳۷/۴۷	۱	۱	۹	۳۸/۲۲	۵	۵/۴	۷	۳/۷۱

جدول شمارهٔ ۲ توزیع فراوانی و میانگین متغیرهای پژوهش برحسب متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی) را نشان می‌دهد؛ همچنین نتایج مربوط به آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس میانگین‌های جدول شمارهٔ ۲ در جدول شمارهٔ ۳ درج‌شده است.

جدول شماره ۳. آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	جنسیت		سن		تأهل		تحصیلات		شغل	
	t	P-value	F	P-value	F	P-value	F	P-value	F	P-value
افسردگی	-۱/۴۷	۰/۱۴	۲/۵۲	۰/۰۲۹	۲/۳۷	۰/۰۷	۲/۲۱	۰/۰۲	۱/۰۳	۰/۳۸
وحشت‌زدگی	۱/۸۷	۰/۰۶	۱/۰۴	۰/۳۹	۲/۲۵	۰/۱۱	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۳/۳۸	۰/۰۱۶
اضطراب فراگیر	۰/۳۴	۰/۷۳	۰/۵۲	۰/۸۳	۱/۲۷	۰/۲۸	۲/۶۳	۰/۰۳	۰/۶۶	۰/۴۱
وسواس	۰/۳۸	۰/۷۰	۱/۰۶	۰/۳۸	۰/۵۲	۰/۴۶	۰/۵۸	۰/۷۸	۱/۹۸	۰/۱۰
فوبیا	۰/۴۶	۰/۶۴	۰/۶۶	۰/۶۵	۳/۹۲	۰/۰۱	۱/۸۷	۰/۰۷	۳/۰۴	۰/۰۲

نتایج جدول شمارهٔ ۳ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین افسردگی تنها برای گروه‌های مختلف سنی (F=2.52، P<0.029) و تحصیلی (F=2.21، P<0.02) با استفاده از آزمون آنووا معنی‌دار است. به‌طور خاص، افراد جوان‌تر در نمونهٔ پژوهش بیشتر از افراد میان‌سال دچار افسردگی بودند و بالاترین شیوع افسردگی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال مشاهده شد؛ همچنین با افزایش سطح تحصیلات، میزان ابتلا به اختلال افسردگی کاهش یافت.

تفاوت میانگین وحشت‌زدگی نیز تنها برای گروه‌های مختلف تحصیلی (F=7.04، P<0.001) و شغلی (F=3.38، P<0.01) با استفاده از آزمون آنووا معنی‌دار بود. با افزایش سطح سواد، میزان ابتلا به اختلال وحشت‌زدگی افزایش یافت، به‌طوری‌که افراد بدون شغل (میانگین=۱۲/۱۴) و کارمندان (میانگین=۲۰/۴) به‌ترتیب کمترین و بیشترین میزان اختلال وحشت‌زدگی را نشان دادند.

تفاوت میانگین اضطراب فراگیر تنها برای گروه‌های مختلف تحصیلی (F=2.63، P<0.01) با استفاده از آزمون آنووا معنی‌دار بود. با افزایش سطح تحصیلات، میزان ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز افزایش یافت. دراین‌باره میان گروه‌های مختلف جنسیتی، سنی، تأهلی و شغلی از نظر اضطراب فراگیر تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

تفاوت میانگین اختلال ترس مرضی (فوبیا) برای گروه‌های مختلف تأهلی (F=3.92، P<0.01) و شغلی (F=3.04، P<0.02) با استفاده از آزمون آنووا نیز معنی‌دار بود، به‌طوری‌که افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل دچار اختلال ترس مرضی بودند؛ همچنین در میان گروه‌های مختلف شغلی،

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

کمترین و بیشترین میزان اختلال فوبیا به‌ترتیب مربوط به مشاغل آزاد (میانگین=۳/۷۲) و کارمندان (میانگین=۶/۷۴) بود. درنهایت، میان گروه‌های مختلف جنسیتی، سنی، تأهلی، تحصیلی و شغلی از نظر وسواس تفاوت معنی‌داری یافت نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان و نوع اضطراب و افسردگی در میان جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۵ سالهٔ مناطق شهری و روستایی شهر ایلام بود. تقریباً ۱۴ درصد از نمونه‌های پژوهش سابقهٔ مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس برای درمان سرپایی داشتند، درحالی‌که ۲۲ درصد از آنان علی‌رغم نیاز، از مراجعه و دریافت خدمات اجتناب کرده بودند. پایین بودن میزان مراجعه برای درمان مشکلات رفتاری به‌طور عمده ناشی از باورهای سنتی است که داشتن اختلال روان‌پزشکی و مراجعه به متخصصان مربوطه را ناپسند می‌داند و این امر به مزمن‌تر شدن این اختلالات منجر شده است.

۲۹/۱ درصد نمونه‌های پژوهش دچار افسردگی بودند که ۱۴/۷ درصد آنان افسردگی اساسی داشتند که کمتر از نتیجهٔ مطالعهٔ مصطفایی و همکاران (۲۰) بود؛ اما با نتایج مطالعهٔ آیین‌پرست و همکاران (۲۱) و کاپلان و سادوک (۲۲) تقریباً همخوان است. ۱۴/۴ درصد نمونه‌های پژوهش دچار افسرده‌خویی بودند که حدود سه برابر میزانی است که در مطالعهٔ مصطفایی و همکاران (۲۰) به‌دست آمد.

با وجود اینکه افسردگی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد، در زنان بیشتر از مردان و در افراد خانه‌دار که عموماً زنان هستند، بیشتر از سایر شغل‌های مدنظر بود؛ اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. تنها میان افسردگی و تحصیلات رابطهٔ معنی‌داری یافت شد. نتایج پژوهش بلودری نیز نشان داد که افراد تحصیل‌کرده نسبت به افراد کم‌سواد علائم افسردگی کمتری تجربه می‌کنند (۲۳). در کنار علل اقتصادی برای مزیت سلامت روان افراد تحصیل‌کرده‌تر، استدلال می‌شود که عوامل اجتماعی نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند. کاواچی (Kawachi) و همکاران (۲۴) دریافتند که سطوح بالاتر تحصیلات به‌طور مثبتی با قرار گرفتن در ساختارهای اجتماعی منسجم در ارتباط هستند و منافع سلامت روانی این جاگیری به‌طور گسترده پذیرفته‌شده است.

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که ۶/۲ درصد نمونه‌های پژوهش دچار اختلال وحشت‌زدگی هستند و بیشتر در نوجوانان شیوع داشت که با مطالعهٔ مصطفایی و همکاران (۲۰) که شیوع این اختلال را ۶-۳ درصد می‌داند، تا حدود بسیاری همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های کاپلان و سادوک (۲۲) که نرخ این اختلال را بین ۲/۱-۱/۱ می‌داند، همخوانی ندارد. میان زنان و مردان از نظر شیوع اختلالات اضطرابی تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین وحشت‌زدگی تنها برای گروه‌های مختلف تحصیلی و شغلی معنی‌دار بود؛ اما میان سن و وضعیت تأهل با اختلال وحشت‌زدگی رابطهٔ معناداری مشاهده نگردید که با نتایج برخی مطالعات (۲۶، ۲۵) همخوانی دارد.

۱۰ درصد نمونه‌های پژوهش دچار اختلال اضطراب فراگیر بودند که با یافته‌های کاپلان و سادوک (۲۲) همخوانی ندارد که نرخ این اختلال را بین ۳/۱-۲/۱ و در ایران ۳-۱ درصد می‌داند. در بررسی اختلال اضطراب فراگیر از نظر جنسیت، میان زنان و مردان تفاوت معنادار نبود، هرچند میانگین این اختلال در مردان بیشتر از زنان بود؛ همچنین میان نوع شغل، سن و وضعیت تأهل با اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری به‌دست نیامد که با نتایج برخی مطالعات (۲۸، ۲۷) مطابقت ندارد؛ اما با یافته¬های پژوهش‌های دیگر (۲۶، ۲۵) همخوانی دارد؛ همچنین میان سطح سواد و اختلال اضطراب فراگیر رابطهٔ معناداری به‌دست آمد، بدین‌صورت که با افزایش سطح سواد افراد، میزان ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر افزایش می‌یابد.

۱۴/۷ درصد از نمونه پژوهش دچار اختلال وسواس فکری و عملی بودند که با مطالعهٔ کاپلان و سادوک (۲۲) و مطالعهٔ نقدی و همکاران (۲۹) همخوانی ندارد و نزدیک به پنج برابر بیشتر از این یافته‌هاست. نتایج یافته‌های تحلیلی نشان داد که میان جنسیت، سن، نوع شغل، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل و ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای وجود ندارد، هرچند که از نظر درصد فراوانی، شیوع این

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

اختلال در مردان، جوان‌ترها، افراد با تحصیلات بالا، متأهل و خانه‌دار بیشتر بود.

۱۴ درصد نمونه‌های پژوهش دچار انواع اختلال فوبیا بودند که درصد شیوع آگورا فوبیا ۳/۳ درصد، فوبی اجتماعی ۲/۳ درصد و فوبی ساده ۴ درصد بود که با نتایج برخی مطالعات (۳۱، ۳۰) همخوانی دارد؛ اما با مطالعات دیگر (۳۳، ۳۲) همسو نیست. گفتنی است، درصد فراوانی اختلالات فوبیا در زنان بیشتر از مردان بود؛ اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که میان نوع شغل و وضعیت تأهل رابطهٔ معناداری وجود داشت که با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعهٔ (۳۰) همخوانی دارد، بدین‌صورت که شیوع این اختلال در افراد مجرد بیشتر از متأهل و در میان دانشجویان و دانش‌آموزان بیشتر از سایر شغل‌ها بود؛ اما میان سن و میزان تحصیلات رابطهٔ معنادار به‌دست نیامد که با مطالعهٔ (۳۴) همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های بالا می‌توان گفت که رفتار انسان به‌شدت پیچیده است و در هر لحظه و مکان، عوامل متعددی در شکل‌گیری یک رفتار خاص نقش دارند. درواقع، رفتار انسان است که زندگی فرد را چه در ارتباط با دیگران و چه در ارتباط با خود شکل می‌دهد. پیش‌زمینهٔ این رفتار مدت‌هاست که موضوع پژوهش روان‌شناسان و محققان بوده است. در کنار این موضوع، جنبه‌های مرضی نیز موردتوجه قرار گرفت و برای سهولت، اختلالات در طبقه‌بندی‌هایی تقسیم گردیدند و برای هرکدام از اختلالات نشانگرهایی اختصاص داده شد. اختلالات روانی به‌ویژه در دنیای پرتنش کنونی، اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده‌اند، به‌طوری‌که اضطراب و افسردگی تاریخچه‌ای طولانی و شیوع بالایی دارند و توجه محققان را به خود جلب کرده‌اند. با توجه به نتایج پژوهش‌های متعدد ازجمله این پژوهش، مشخص‌شده است که اختلالات اضطرابی نسبت به سایر اختلالات روان‌پزشکی شیوع بیشتری دارند و با نرخ شیوع ۱۰ تا ۲۰ درصد در سال در جمعیت عمومی، از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی محسوب می‌شوند (۳۵). با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب می‌توانند بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی تأثیر منفی بگذارد، تشخیص و درمان به‌موقع اضطراب و افسردگی به علت نقش آن در شروع و تداوم اختلالات روانی و رفتاری و تمایل به بروز رفتارهایی نظیر خودکشی، سیگار کشیدن و مصرف الکل که هردوی آن‌ها با مخرب‌ترین بیماری‌ها در ارتباط هستند، اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد (۳۶). فردی که در معرض اضطراب و تشویش دائم است، اعتمادبه‌نفس خود را از دست می‌دهد و ضمن احساس حقارت، دچار افسردگی و افت عملکرد می‌شود. تداوم این چرخه به‌مرور باعث فرسودگی روانی و جسمانی افراد و بروز اختلالات روان¬شناختی می‌گردد (۳۷)؛ بنابراین، ضرورت اقدام و مداخلات مناسب در زمینهٔ سلامت روان جامعه دوچندان می‌نماید و لازم است تا به‌عنوان یکی از اولویت‌های مهم در حوزهٔ سلامت مدنظر قرار گیرد. متأسفانه باید اذعان داشت که علی‌رغم پژوهش‌های متعدد صورت‌گرفته دال بر شیوع بالای اختلالات روان‌شناختی در سطح جامعه که نمونهٔ بارز آن را می‌توان در اخبار رسمی و به‌صورت عینی مانند شیوع اعتیاد، خودکشی و اقدام به خودکشی، خشونت و حتی طلاق مشاهده کرد، مباحث مرتبط با سلامت روان در کشور ما به‌صورت ویترینی مورد توجه قرار گرفته و به‌صورت بنیادی و برنامه‌محور به آن¬ها پرداخته‌نشده است که امید است به‌عنوان یک موضوع مهم و اولویت‌دار در سطح ملی و استانی به آن توجه شود.

یکی از محدودیت‌های جدی این پژوهش همزمانی جمع‌آوری بخشی از داده‌های مطالعه با شیوع بیماری کووید-۱۹ بود که این محدودیت دسترسی به نمونه‌های پژوهش را سخت کرد و روند اجرای پژوهش را طولانی نمود. انجام پژوهش علمی و دقیق با رویکرد جامعه‌شناختی و روان‌شناختی دربارهٔ سبب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی با اولویت افسردگی و اضطراب، با هدف شناسایی دقیق‌تر علل این اختلالات در ابعاد گوناگون، در استان ایلام ضروری به‌نظر می‌رسد. با توجه به نتیجهٔ این پژوهش که حاکی از شیوع بالای اضطراب و افسردگی در میان جامعهٔ پژوهش بود و وضعیت نگران‌کنندهٔ پاره‌ای از آسیب‌های روانی- اجتماعی ازجمله خودکشی و اقدام به خودکشی در شهر و استان ایلام، پیشنهاد

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

می‌گردد تا دبیرخانهٔ آسیب‌های روانی- اجتماعی در استانداری ایلام با مدیریت استاندار، مدیران کل مرتبط و متخصصان حوزهٔ علوم رفتاری و ترجیحاً بومی تشکیل و به‌صورت مرتب و منظم دربارهٔ پیشگیری و درمان این مسائل چاره‌اندیشی شود و به‌صورت عملیاتی اقدامات کارشناسی و عملی صورت گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش در زمینهٔ عوامل اجتماعی می‌توان گفت که شیوع بالای بیشتر اختلالات اضطرابی و شیوع متوسط رو به بالای افسردگی در جمعیت شهر ایلام می‌تواند به‌عنوان زنگ خطر اجتماعی و فردی باشد و زمینه را برای شیوع بیشتر آسیب‌های روانی- اجتماعی ازجمله خودکشی و اقدام به خودکشی فراهم نماید که متأسفانه بیش از سه دهه است مردمان نجیب و صبور این استان را رنج می‌دهد؛ بنابراین، می‌طلبد تا مدیریت ارشد استان با همکاری سازمان‌ها و ادارات مختلف اقدامات مؤثر و عاجلی را در این زمینه و به‌صورت خاص در زمینهٔ پیشگیری و ارتقای سطح سلامت روان در شهر و استان ایلام انجام دهند.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه ایلام، رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی ایلام، معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام، همهٔ کارشناسان ارشد سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان ایلام و سایر کارشناسان و همهٔ کسانی که به هر نحو ما را در طول انجام این مطالعه یاری کردند، اعلام می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافع خاصی برای اعلام وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات آسیب های روانی اجتماعی (معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام) انجام شده است.

دسترس‌پذیری داده‌ها

مجموعه داده‌های ارائه‌شده در این مطالعه بنا به درخواست از نویسندهٔ مسئول در زمان ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانهٔ همهٔ شرکت‌کنندگان واجد شرایط پیش از ورود به مطالعه جلب شد.

مشارکت نویسندگان

صحت آیید نسخه اولیه مقاله را تهیه و در مراحل سابمیت، اصالحات داوران و تایید نهایی مشارکت داشته است.

رضا منصوری کریانی در جمع آوری و وارد کردن داده ها در نرم افزار آماری مشارکت داشته است.

فتح اله محمدیان در تفسیر نتایج و پاسخ به داوران نقش ایفا کرده است.

یوسف ویسانی در در تحلیل داده ها و ویرایش نسخه نهایی مشارکت کرده اند.

اکبر عزیزی فر در ترجمه و ویرایش مقاله مشارکت داشته اند.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

References

1. Pedruzo B, Catalan A, Aymerich C, Bordenave M, Estevez O, Gómez DA, et al. Psychological impact of COVID-19 lockdown on a population with serious mental illness. A prospective cohort study. Revista de psiquiatria y salud mental. 2023;16:59-67.
2. Fallahzadeh H, Momayyezi M, Nikokaran J. Prevalence of depression, anxiety and stress in Yazd (2013). Tolooebehdasht. 2016;15(3):155-64.
3. Zarei Matin H, Taheri F, Sayar A. Organizational silence: concepts, antecedents, and consequences. Iranian journal of management sciences (IAMS) Volume & Issue. 2012;6(21):77-104.
4. Kulsoom B, Afsar NA. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. Neuropsychiatric disease and treatment. 2015:1713-22.
5. Meitei KT. Prevalence of Depression Among Indian Population. Online Journal of Health and Allied Sciences. 2020;18(4).
6. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. Journal of psychiatric research. 2020;126:134-40.
7. Hengartner MP, Angst F, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Treated versus non-treated subjects with depression from a 30-year cohort study: prevalence and clinical covariates. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2016;266(2):173-80.
8. Whiteford HA, Ferrari AJ, Vos T. Challenges to estimating the true global burden of mental disorders. The Lancet Psychiatry. 2016;3(5):402-3.
9. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. World Psychiatry. 2017;16(1):90-9.
10. ZAREEI MH, TAHERI F, SAYYAR A. Organizational silence: concepts, antecedents, and consequences. J Manage Sci Iran. 2012;6(21):77-104.
11. Bano Z, Ejaz M, Ahmad I. Assessment of prevalence of Anxiety in adult population and development of anxiety scale: A study of 819 patients with anxiety disorder. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2021;37(2):472.
12. Association AP. Stress in America: Stress and current events. Stress in America™ Survey. 2019.Mangolini VI, Andrade LH, Lotufo-Neto F, Wang Y-P. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. Clinics. 2019;74.
13. Nezu AM, McClure KS, Nezu CM. The Assessment of Depression. Treating Depression: MCT, CBT, and Third-Wave Therapies. 2015:24-51.
14. Veisani Y, Delpisheh A, Mohamadian F. Prevalence and gender differences in psychiatric disorders and DSM-IV mental disorders: a population-based study. Biomedical Research and Therapy. 2018;5(1):1975-85.
15. Morrwatisharifabad MA, Servat F, Sotoudeh A, Assadian A, Eisapareh K, Ghasemie R, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress in Workers of Petrochemical Industry: a cross sectional study in Assaluyeh port. Occupational Hygiene and Health Promotion. 2018.
16. Dimitris B, Vakola M. Organizational silence: A new challenge for human resource management. Athens university of economics and business. 2007:1-19.
17. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. American Journal of Public Health. 1982;72(11):1271-9.
18. Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, MacKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, et al. Diagnostic reliability of bipolar II disorder. Archives of general psychiatry. 2002;59(8):736-40.
19. Mostafaie A, Niknam A, Azizi Nezhad B, Mousavi Rad S, Azadmanesh S. The Mediating Role of Anxiety in Social Inhibition and the Vital Exhaustion of Employed and Unemployed Women. Quarterly Journal of Women and Society. 2018;9(35):363-80.
20. Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F, Azin A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. Depression among the general population in Iran: Iranian health perception survey. 2012.
21. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016;58(1):78-9.
22. Bauldry S. Variation in the protective effect of higher education against depression. Society and mental health. 2015;5(2):145-61.
23. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. American journal of public health. 1997;87(9):1491-8.
24. Khodaveisi M, Mohammadi N, Omidi A. Frequency of job stress in clinical nurses. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2006;13(2):44-54.
25. Rezaei T, Yazdi-Ravandi S, Ghaleiha A, Seif Rabiei MA. Depression among medical students of Hamadan University of Medical Sciences in 2014: The Role of demographic

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]

variables. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(4):1-8.
26. Zamanian Ardakani Z, Kakooei H, Ayattollahi S, Karimian S, Nasle Seraji G. Mental Health Survey on Shift Work Nurses in Shiraz Province, Iran. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2008;5(4).
27. Meshkany Z, Kahdany F. Investigate anxiety and its related factors among nurses. ShahedUniv Res J. 2003;52:47-53.
28. Naghdi S, Bakhshipour A, Bafandeh H. A comparative study of personality trait in obsessive – compulsive disorder and normal individuals. Journal of Instruction and Evaluation. 2013;6(23):91-104.
29. Mohammadi M-R, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical practice and epidemiology in mental health. 2005;1(1):1-8.
30. Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2012;49(5).
31. Norouzi M, Michaeli Manee F, A I. The Prevalence Of Self-Reported Social Anxiety Disorder On Iranian Students. Studies in Medical Sciences. 2016;27(2):-.
32. Khanjani Z, Esmaeili Anamage B, Gholamzadeh M. The role of parenting styles in predicting anxiety thoughts and obsessive compulsive symptoms in adolescents. SSU_Journals. 2012;20(1):39-48.
33. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4):479-83.
34. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraque D, Levitt A, et al. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2018;141(3).
35. Nojoomi M, Sadeghi M, Rezvantalab R. The perevalence of anxiety among high school teachers in Tehran. Payesh Journal. 2002;3(2):47-53.
36. Malakooti K, Bakhshani N, Zohravi T. Studying occupational stressors among hospital employees of Zahedan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1994;1(2):76-86.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-10-31]