

بررسی رابطه‌ی برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با تظاهرات بالینی در بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک

دکتر ویکتوریا عمرانی فرد^۱، دکتر المیرا لایق^۲، ناهید فرزادی^۳، دکتر حمید افشار^۴، دکتر حامد دقاق‌زاده^۵، دکتر محمدرضا مرآئی^۶

چکیده

مقدمه: طب سایکوسوماتیک رشته‌ای از رشته‌های مختلف علوم پزشکی است که به تأثیر عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری بر بدن افراد می‌پردازد. طی یک سری مطالعات ارتباط برخی بیماری‌های دستگاه گوارش با اختلالات روان‌پزشکی بررسی شده است اما درباره‌ی ارتباط تظاهرات گوارشی با اختلالات روان‌پزشکی مطالعه‌ی زیادی انجام نشده است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع گذشته‌نگر بود و در آن ۱۸۰۲ پرونده از بیماران با تظاهرات گوارشی مراجعه‌کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفت

یافته‌ها: در این پژوهش ۱۸۰۲ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که ۶۵ درصد بیماران زن، ۷۳ درصد متأهل و با میانگین سواد $۱۰/۷ \pm ۴/۵$ کلاس بودند. در مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری بین جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با تظاهرات گوارشی دیده نشد؛ اما بین تهوع و سن ارتباط معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۰۲$). شایع‌ترین علامت روان‌پزشکی در این بیماران اضطراب با فراوانی ۸۱۴ بود. شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در بیماران ما اختلال خلقی و از میان اختلالات خلقی اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال بود. رابطه‌ی معنی‌داری بین دل درد با اختلالات روان‌پزشکی وجود داشت ($P < ۰/۰۳۹$).

نتیجه‌گیری: از آن جایی که اختلالات خلقی (به خصوص اختلال افسردگی اساسی) در بین بیماران با تظاهرات گوارشی مراجعه‌کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک شیوع فراوانی داشت، لازم است که تمام بیماران با تظاهرات گوارشی (که از نظر بالینی غیر قابل توضیح هستند) را از نظر اختلالات خلقی (به خصوص اختلال افسردگی اساسی) بررسی کرد.

واژگان کلیدی: اختلالات سایکوسوماتیک، ویژگی‌های دموگرافیک، تظاهرات گوارشی.

مقدمه

اختلالات سایکوسوماتیک (روان‌تنی) گروهی از اختلالات پزشکی هستند که به رابطه‌ی میان جسم و روان اشاره می‌کنند. فرایند شکل‌گیری هر بیماری جسمی تحت تأثیر عوامل زیستی، روان‌شناختی-رفتاری و اجتماعی قرار دارد (۲).

به نظر می‌رسد برخی مشکلات فیزیکی افراد ریشه در استرس‌ها و فشارهای روزمره‌ی زندگی آن‌ها دارد. به طور مثال کمر درد و یا افزایش فشار خون به طور مستقیم با استرس‌های زندگی ارتباط دارد (۱).

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دستیار (تفصیلاً در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است).

^۱ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دستیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۵ دانشیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۶ دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: afshar@med.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر حمید افشار

مشخص است که وضعیت روانی انسان می‌تواند بر وضعیت جسمی تأثیرگذار باشد. برای مثال در زمان اضطراب یا ترس ضربان قلب سریع‌تر می‌شود. تپش قلب، لرزش، تعریق، دهان خشک، درد قفسه‌ی سینه، سر درد و احساس پیچش یا گرفتگی در شکم یا تنفس سریع همگی ناشی از تحریک عصبی فرستاده شده از مغز به قسمت‌های مختلف بدن است (۳). مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب و عوامل استرس‌زا قادر هستند بدن را تحت تأثیر قرار دهند و باعث شدت یافتن مشکلات جسمی و یا تغییر در فرایندهای مختلف مرتبط با بیماری جسمی شوند (۴-۵).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که علائم گوارشی مختلف با برخی بیماری‌های روان‌پزشکی همچون اختلالات اضطرابی و اختلال افسردگی ارتباط دارند. همچنین پژوهش‌های زیادی در رابطه با ارتباط برخی بیماری‌های دستگاه گوارش همچون IBS (Irritable bowel syndrome) با اختلالات روان‌پزشکی انجام شده است (۶). بررسی‌ها نشان داده است که واکنش‌های روان‌شناختی و رفتار بیماران در شروع و شکل‌گیری علائم برخی بیماری‌ها مهم است. این مسأله نشان دهنده‌ی ارزش درمان‌های روان‌پزشکی در درمان این بیماران می‌باشد (۷).

مدارکی وجود دارد که نشان دهنده‌ی ارتباط بین زخم Peptic و عوامل روان‌شناختی و استرس‌ها می‌باشد. این مدارک نشان می‌دهند که وقایع ناراحت کننده به عنوان یک استرس می‌تواند باعث بروز علائم زخم پپتیک در بیماران شود (۸). اما در ارتباط با رابطه‌ی بین تظاهرات گوارشی و روان‌پزشکی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک با

ویژگی‌های جمعیت شناختی مطالعات زیادی انجام نشده است (۶).

در این مطالعه تلاش شد تا ارتباط پاره‌ای از ویژگی‌های جمعیت شناختی با تظاهرات گوارشی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان‌تنی گوارش بررسی گردد، تا با دسترسی به پاره‌ای از اطلاعات بتوانیم برای شناخت بعضی عوامل مؤثر بر پیشگیری یا مدیریت اختلالات روان‌تنی برنامه‌ریزی داشته باشیم.

روش‌ها

این مطالعه از نوع گذشته‌نگر بود و در آن ۱۸۰۲ پرونده از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه سلامت گوارش مرکز تحقیقات روان‌تنی در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفت. در این درمانگاه که تنها درمانگاه تخصصی اختلالات روان‌تنی در استان می‌باشد، بیماران دچار اختلالات عملکردی گوارش (FGID) یا بیماران با انواع تظاهرات بیماری‌های جسمی که از نظر بالینی غیر قابل توضیح هستند (Medically unexplained symptom)، از نظر مشکلات روان‌تنی بررسی می‌شوند.

این پرونده‌ها شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، سال تحصیلات، شغل، وضعیت بیمه، درآمد متوسط خانوار و بررسی مصرف مواد مخدر و سیگار در بیماران بود. شرح حال کلیه‌ی بیماران توسط تیم درمانی مشتمل بر روان‌پزشک، متخصص داخلی (گوارش)، دستیار روان‌پزشکی و روان‌شناس بالینی، اخذ گردیده بود و تشخیص بیماری طبق ملاک‌های DSM-IV-TR مشخص گردیده بود.

در این پرونده‌ها علائم جسمی و روان‌شناختی

شایع بیماران و تشخیص برای هر ۵ محور ثبت گردیده بود.

در جریان جمع‌آوری اطلاعات از بیماران، تمام پرونده‌های ناقص مورد بررسی قرار گرفتند و با بیماران مربوطه از طریق حضوری یا تلفنی تماس حاصل شد و نقایص رفع گردید تمامی بیمارانی که با تظاهرات گوارشی، در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ به درمانگاه مرکز تحقیقات روان‌تنی مراجعه کرده بودند و تشکیل پرونده داده بودند در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و هیچ موردی حذف نشد مگر اینکه اطلاعات پرونده‌ها ناقص و غیر قابل اصلاح بود. تمام اطلاعات به صورت محرمانه مورد بررسی قرار گرفت و نامی از هیچ بیماری در مطالعه برده نشد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها آمارهای توصیفی مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی و آزمون χ^2 و در صورت نیاز آزمون Multiple logistic linear regression با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) به کار رفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۸۰۲ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۱۷۲ از آن‌ها (۶۵ درصد) زن بودند. دامنه‌ی سنی بیماران مورد مطالعه ۱۲ تا ۸۵ سال و میانگین سنی آن‌ها $۱۲/۵ \pm ۳۶/۳$ سال بود.

از نظر وضعیت تأهل بیماران به ۴ گروه مجرد ۴۲۷ نفر (۲۳/۷ درصد) و متأهل ۱۳۱۷ نفر (۷۳ درصد) و بیوه ۳۷ نفر (۲/۱ درصد) و مطلقه ۱۹ نفر (۱/۱ درصد) دسته‌بندی شدند.

دامنه‌ی سواد بیماران مورد مطالعه صفر تا ۲۰ کلاس و میانگین سطح سواد آن‌ها $۱۰/۷ \pm ۴/۵$ کلاس

بود. اغلب بیماران ما از نظر تحصیلات دیپلم (۱۲ کلاس) بودند (۳۳/۷ درصد).

در مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری بین جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با تظاهرات گوارشی دیده نشد. (جدول ۱)

شایع‌ترین علامت روان‌پزشکی در این بیماران اضطراب با فراوانی ۸۱۴ بیمار (۴۵/۱ درصد) بود و سایر علایم روان‌پزشکی در این بیماران به ترتیب فراوانی عبارت بودند از بی‌قراری (۵۰۶)، گریه کردن (۴۰۱)، ناامیدی (۴۰۱)، فقدان احساس لذت (۳۸۲)، از دست دادن علاقه (۲۷۶)، بی‌خوابی (۲۶۷)، نداشتن انرژی (۲۶۳).

بین برخی تظاهرات گوارشی با علایم روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری در طی مطالعه دیده شد (جدول ۲). در بیماران مورد مطالعه‌ی ما هر بیمار ۱ تا ۷ تظاهر گوارشی و ۱ تا ۶ علامت روان‌پزشکی را عنوان کرده بود. بیشتر بیماران از ۱ تظاهر گوارشی (۴۱/۴ درصد) و ۲ علامت روان‌پزشکی (۳۸/۷ درصد) شکایت داشتند.

طی مطالعه‌ی انجام شده مشخص شد شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در بیماران با تظاهرات گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک، اختلالات خلقی بود (۸۱ درصد) و در اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی بیشترین فراوانی را داشت (۱۱۱۵ بیمار).

در طی مطالعه بین دل درد با کلیه‌ی اختلالات روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری دیده شد. ($P < ۰/۰۳۹$) (جدول ۳).

بحث

در این مطالعه ۱۸۰۲ بیمار با تظاهرات گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه مرکز تحقیقات روان‌تنی

جدول ۱. ارتباط مشخصات دموگرافیک و مصرف سیگار با انواع تظاهرات گوارشی شایع در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک

مقدار p	سیگار		مقدار p	وضعیت تأهل				جنسیت			مقدار p	سطح تحصیلات (تعداد کلاس‌ها)	مقدار p	سن	ویژگی‌های دموگرافیک و مصرف سیگار	
	مقدار p	خیر (۱۵۳۷) (تعداد درصد)		بلی (۲۶۶) (تعداد درصد)	مطلقه	بیوه	متأهل	مجرد	مرد (تعداد درصد)	زن (تعداد درصد)					تظاهرات گوارشی	
۰/۵۳۱	(۱۸/۷) ۲۸۷	(۲۰/۳) ۵۴	۰/۷۸۴	(۱۰/۵) ۲	(۲۱/۶) ۸	(۱۹/۱) ۲۵۱	(۱۸/۷) ۸۰	(۱۸/۷) ۱۱۸	(۱۹) ۲۲۳	۰/۳۱۵	۱۰/۹ ± ۴/۴	۰/۵۰۸	۳۵/۹ ± ۱۲/۵	بلی	دیس‌پپسی (سوء‌هاضمه)	
	(۸۱/۳) ۱۲۵۰	(۷۹/۷) ۲۱۲		(۸۹/۵) ۷	(۷۸/۴) ۲۹	(۸۰/۹) ۱۰۶۶	(۸۱/۳) ۳۴۷	(۸۱/۳) ۵۱۲	(۸۱) ۹۴۹							۱۰/۶ ± ۴/۵
۰/۴۴۲	(۳۹/۲) ۶۰۳	(۴۱/۷) ۱۱۱	۰/۵۳۶	(۴۷/۴) ۹	(۳۴/۴) ۱۲	(۳۹/۱) ۵۱۵	(۴۱/۷) ۱۷۸	(۳۹/۵) ۲۴۹	(۳۹/۷) ۴۶۵	۰/۵۷۰	۱۰/۷ ± ۴/۵	۰/۵۰۸	۳۶/۵ ± ۱۲/۹	بلی	درد شکم	
	(۶۰/۸) ۹۳۴	(۵۸/۳) ۱۵۵		(۵۲/۶) ۱۰	(۶۷/۶) ۲۵	(۶۰/۹) ۸۰۲	(۵۸/۳) ۲۴۹	(۶۰/۵) ۳۸۱	(۶۰/۳) ۷۰۷							۱۰/۶ ± ۴/۵
۰/۸۷۰	(۱۷/۶) ۲۷۱	(۱۸) ۴۸	۰/۴۶۵	(۱۰/۵) ۲	(۱۰/۸) ۴	(۱۷/۵) ۲۳۱	(۱۹/۲) ۸۲	(۱۹/۲) ۲۱	(۱۶/۸) ۱۹۷	۰/۴۶۹	۱۰/۸ ± ۴/۲	۰/۱۱۳	۳۵/۳ ± ۱۲/۹	بلی	استفراغ	
	(۸۲/۴) ۱۲۶۶	(۸۲) ۲۱۸		(۸۹/۵) ۱۷	(۸۹/۲) ۳۳	(۸۲/۵) ۱۰۸۶	(۸۰/۸) ۳۴۵	(۸۰/۸) ۵۰۹	(۸۳/۲) ۹۷۵							۱۰/۶ ± ۴/۶
۰/۰۴۴	(۲۲/۸) ۳۵۱	(۱۷/۳) ۴۶	۰/۱۸۰	۵/۳ ۱	(۲۹/۷) ۱۱	(۲۱/۶) ۲۸۴	(۲۳/۲) ۹۹	(۲۱) ۱۳۲	(۲۲/۶) ۲۶۵	۰/۰۶۳	۱۱/۹ ± ۴/۴	۰/۰۰۲	۳۴/۶ ± ۱۲/۵	بلی	تهوع	
	(۷۷/۲) ۱۱۸۶	(۸۲/۷) ۲۲۰		(۹۴/۷) ۱۸	(۷۰/۳) ۲۶	(۷۸/۴) ۱۰۳۳	(۷۶/۸) ۳۲۸	(۷۹) ۴۹۸	(۷۷/۴) ۹۰۷							۱۰/۶ ± ۴/۵
۰/۲۱۷	(۶/۶) ۱۰۱	(۸/۶) ۲۳	۰/۱۲۶	(۱۵/۸) ۳	(۰) ۰	(۷/۲) ۹۵	(۶/۱) ۲۶	(۶/۵) ۴۱	(۷/۱) ۸۳	۰/۱۳۱	۱۰/۱ ± ۴/۷	۰/۸۵۷	۳۶/۱ ± ۱۳/۵	بلی	احساس جسم خارجی در گلو	
	(۹۳/۴) ۱۴۳۶	(۹۱/۴) ۲۴۳		(۸۴/۲) ۱۶	(۱۰۰) ۳۷	(۹۲/۸) ۱۲۲۲	(۹۳/۹) ۴۰۱	(۹۳/۵) ۵۸۹	(۹۲/۹) ۱۰۸۹							۱۰/۷ ± ۴/۵
۰/۸۹۹	(۲۱/۱) ۳۲۴	(۲۱/۴) ۵۷	۰/۱۵۵	(۳۶/۸) ۷	(۱۶/۲) ۶	(۲۱/۹) ۲۸۸	(۱۸/۷) ۸۰	(۱۹/۷) ۱۲۴	(۲۱/۹) ۲۵۷	۰/۱۱۴	۱۱ ± ۴/۲	۰/۳۰۷	۳۵/۷ ± ۱۱/۹	بلی	اسهال	
	(۷۸/۹) ۱۲۱۳	(۷۸/۶) ۲۰۹		(۶۳/۲) ۱۲	(۸۳/۳) ۳۱	(۷۸/۱) ۱۰۲۹	(۸۱/۳) ۳۴۷	(۸۰/۳) ۵۰۶	(۷۸/۱) ۹۱۵							۱۰/۶ ± ۴/۶
۰/۱۴۱	(۱۰/۱) ۱۵۶	(۱۳/۲) ۳۵	۰/۳۳۷	(۰) ۰	(۱۰/۸) ۴	(۱۱/۲) ۱۴۷	(۹/۴) ۴۰	(۱۱/۳) ۷۱	(۱۰/۲) ۱۲۰	۰/۱۷۱	۱۰/۲ ± ۴/۲	۰/۵۷۱	۳۶/۸ ± ۱۱/۷	بلی	سوزش سردل	
	(۸۹/۹) ۱۳۸۱	(۸۶/۸) ۲۳۱		(۱۰۰) ۱۹	(۸۹/۲) ۳۳	(۸۸/۸) ۱۱۷۰	(۹۰/۶) ۳۸۷	(۸۸/۷) ۵۵۹	(۸۹/۸) ۱۰۵۲							۱۰/۷ ± ۴/۵
۰/۹۵۸	(۷/۶) ۱۱۷	(۷/۵) ۲۰	۰/۵۲۹	(۱۰/۵) ۲	(۸/۱) ۳	(۷/۱) ۹۳	(۹/۱) ۳۹	(۷/۱) ۴۵	(۷/۸) ۹۲	۰/۶۴۵	۱۰/۵ ± ۴/۴	۰/۰۹۱	۳۴/۵ ± ۱۱/۴	بلی	درد سردل	
	(۹۲/۴) ۱۴۲۰	(۹۲/۵) ۲۴۶		(۸۹/۵) ۱۷	(۹۱/۹) ۳۴	(۹۲/۹) ۱۲۲۴	(۹۰/۹) ۳۸۸	(۹۲/۹) ۵۸۵	(۹۲/۲) ۱۰۸۰							۱۰/۷ ± ۴/۵
۰/۹۸۹	(۲۴/۴) ۳۷۵	(۲۴/۴) ۶۵	۰/۵۰۲	(۳۶/۸) ۷	(۱۸/۹) ۷	(۲۴/۶) ۳۲۴	(۲۳/۷) ۱۰۱	(۲۴) ۱۵۱	(۲۴/۷) ۲۸۹	۰/۳۸۸	۱۰/۸ ± ۴/۵	۰/۳۸۱	۳۶/۷ ± ۱۲/۵	بلی	نفخ شکم	
	(۷۵/۶) ۱۱۶۲	(۷۵/۶) ۲۰۱		(۶۳/۲) ۱۲	(۸۱/۱) ۳۰	(۷۵/۴) ۹۹۳	(۷۶/۳) ۳۲۶	(۷۶) ۷۴۹	(۷۵/۳) ۸۸۳							۱۰/۶ ± ۴/۵
۰/۸۹۸	(۲۱/۱) ۳۲۴	(۲۱/۴) ۵۷	۰/۵۴۲	(۲۶/۳) ۵	(۱۳/۵) ۵	(۲۰/۸) ۲۷۴	(۲۲/۵) ۹۶	(۱۹/۵) ۱۲۳	(۲۲) ۲۵۸	۰/۴۹۷	۱۰/۸ ± ۴/۳	۰/۱۷۸	۳۵/۵ ± ۱۲/۰۵	بلی	یبوست	
	(۷۸/۹) ۱۲۱۳	(۷۸/۶) ۲۰۹		(۷۳/۷) ۱۴	(۸۶/۵) ۳۲	(۷۹/۲) ۱۰۴۳	(۷۷/۵) ۳۳۱	(۸۰/۵) ۵۰۷	(۷۸) ۹۱۴							۱۰/۶ ± ۴/۵

جدول ۲. ارتباط علایم روان‌پزشکی شایع با انواع تظاهرات گوارشی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک

روان‌پزشکی گوارشی	اضطراب (درصد)			بی‌قراری (درصد)			از دست دادن علایق (درصد)			گریه (درصد)			ناامیدی (درصد)			نداشتن احساس لذت (درصد)			نداشتن انرژی (درصد)			بی‌خوابی (درصد)					
	مقدار P	تکرار (۹۸۹)	بُعد (۸۱۴)	مقدار P	تکرار (۵۰۶)	بُعد (۱۲۹۷)	مقدار P	تکرار (۳۷۶)	بُعد (۱۵۲۷)	مقدار P	تکرار (۴۰۱)	بُعد (۱۴۰۲)	مقدار P	تکرار (۴۰۱)	بُعد (۱۴۰۲)	مقدار P	تکرار (۳۸۲)	بُعد (۱۴۲۱)	مقدار P	تکرار (۲۶۳)	بُعد (۱۵۲۰)	مقدار P	تکرار (۱۵۲۶)	بُعد (۳۶۷)			
(سوء‌هاضمه)	۱۶۶	۱۷۵	۱۶۶	۹۷	۲۴۴	۰/۶۸۲	۵۹	۲۸۲	۰/۲۵۶	۷۵	۲۶۶	۰/۹۰۳	۸۱	۲۶۰	۰/۴۵۶	۷۳	۲۶۸	۰/۹۱۲	۴۳	۲۹۸	۰/۲۵۱	۶۵	۲۷۶	۰/۰۱۴	۲۷۶	۰/۰۱۴	
	(۲۰/۴)	(۱۷/۷)	(۲۰/۴)	(۱۹/۲)	(۱۸/۸)	(۱۸/۵)	(۲۱/۴)	(۱۸/۵)	(۱۸/۷)	(۱۹)	(۲۰/۲)	(۱۸/۵)	(۲۰/۲)	(۱۸/۵)	(۱۸/۹)	(۱۹/۱)	(۱۸/۹)	(۱۶/۳)	(۱۹/۴)	(۱۶/۳)	(۲۴/۳)	(۲۴/۳)	(۱۸)	(۲۴/۳)	(۱۸)	<	
درد شکم	۳۲۷	۳۸۷	۳۲۷	۲۰۰	۵۱۴	۰/۹۶۸	۱۲۸	۵۸۶	۰/۰۱۲	۱۵۱	۵۶۳	۰/۳۶۷	۱۴۹	۵۶۵	۰/۲۵۷	۱۷۰	۵۴۴	۰/۰۲۷	۹۱	۶۲۳	۰/۰۷۳	۱۱۲	۶۰۲	۰/۳۹۶	۶۰۲	۰/۳۹۶	
	(۴۰/۲)	(۳۹/۱)	(۴۰/۲)	(۳۹/۵)	(۳۹/۶)	(۳۸/۴)	(۴۶/۴)	(۳۸/۴)	(۳۷/۷)	(۴۰/۲)	(۳۷/۷)	(۳۷/۲)	(۴۰/۳)	(۴۰/۳)	(۳۸/۳)	(۴۴/۵)	(۳۸/۳)	(۴۰/۵)	(۳۴/۶)	(۴۰/۵)	(۴۱/۹)	(۴۱/۹)	(۳۹/۲)	(۳۹/۲)	(۳۹/۲)	<	
استفراغ	۱۴۵	۱۷۴	۱۴۵	۸۳	۲۳۶	۰/۳۷۰	۴۵	۲۷۴	۰/۵۱۱	۶۸	۲۵۱	۰/۶۶۲	۸۱	۲۳۸	۰/۱۳۶	۵۶	۲۶۳	۰/۰۸۰	۵۳	۲۶۶	۰/۲۵۸	۴۵	۲۷۴	۰/۶۹۷	۲۷۴	۰/۶۹۷	
	(۱۷/۸)	(۱۷/۶)	(۱۷/۸)	(۱۶/۴)	(۱۸/۲)	(۱۷/۹)	(۱۶/۳)	(۱۷/۹)	(۱۷)	(۱۷/۹)	(۲۰/۲)	(۱۷)	(۲۰/۲)	(۱۷)	(۱۸/۵)	(۱۴/۷)	(۱۸/۵)	(۲۰/۲)	(۱۷/۳)	(۲۰/۲)	(۱۷/۸)	(۱۶/۹)	(۱۷/۸)	(۱۷/۸)	(۱۷/۸)	<	
تهوع	۱۷۹	۲۱۸	۱۷۹	۱۱۵	۲۸۲	۰/۶۵۰	۵۸	۳۳۹	۰/۶۶۲	۸۵	۳۱۲	۰/۶۵۲	۹۲	۳۰۵	۰/۶۱۳	۷۵	۳۲۲	۰/۲۰۵	۶۷	۳۳۰	۰/۱۴۳	۵۳	۳۴۴	۰/۳۵۴	۳۴۴	۰/۳۵۴	
	(۲۲)	(۲۲)	(۲۲)	(۲۲/۷)	(۲۱/۷)	(۲۲/۲)	(۲۱)	(۲۲/۲)	(۲۱/۲)	(۲۲/۳)	(۲۱/۲)	(۲۲/۳)	(۲۲/۹)	(۲۱/۸)	(۲۲/۷)	(۱۹/۶)	(۲۲/۷)	(۲۲/۵)	(۲۵/۵)	(۲۱/۴)	(۲۱/۴)	(۱۹/۹)	(۲۲/۴)	(۲۲/۴)	(۲۲/۴)	(۲۲/۴)	<
احساس جسم خارجی در گلو	۶۷	۵۷	۶۷	۲۸	۹۶	۰/۱۵۹	۲۹	۹۵	۰/۱۰	۳۱	۹۳	۰/۴۴۴	۲۸	۹۶	۰/۹۲۵	۲۹	۹۵	۰/۵۳۴	۲۳	۱۰۱	۰/۱۹۵	۱۴	۱۱۰	۰/۲۵۳	۱۱۰	۰/۲۵۳	
	(۸/۲)	(۵/۸)	(۸/۲)	(۵/۵)	(۷/۴)	(۱۰/۵)	(۶/۲)	(۶/۲)	(۷/۷)	(۶/۶)	(۷/۷)	(۶/۸)	(۷)	(۶/۸)	(۶/۷)	(۷/۶)	(۶/۷)	(۸/۷)	(۶/۶)	(۸/۷)	(۶/۶)	(۵/۲)	(۷/۲)	(۷/۲)	(۷/۲)	(۷/۲)	<
اسهال	۱۸۵	۱۹۶	۱۸۵	۱۲۸	۲۵۳	۰/۰۰۷	۶۶	۳۱۵	۰/۲۱۹	۷۶	۳۰۵	۰/۲۲۶	۹۶	۲۸۵	۰/۱۱۸	۸۶	۲۹۵	۰/۴۵۶	۵۸	۳۲۳	۰/۶۹۲	۴۶	۳۳۵	۰/۰۹۱	۳۳۵	۰/۰۹۱	
	(۲۲/۷)	(۱۹/۸)	(۲۲/۷)	(۲۵/۳)	(۱۹/۵)	(۲۳/۹)	(۲۰/۶)	(۲۱/۸)	(۱۹)	(۲۳/۹)	(۲۳/۹)	(۲۰/۳)	(۲۳/۹)	(۲۰/۳)	(۲۲/۵)	(۲۰/۸)	(۲۲/۵)	(۲۰/۸)	(۲۲/۱)	(۲۱)	(۱۷/۲)	(۱۷/۲)	(۲۱/۸)	(۲۱/۸)	(۲۱/۸)	(۲۱/۸)	<
سوزش سردل	۸۳	۱۰۸	۸۳	۶۱	۱۳۰	۰/۲۰۸	۳۳	۱۵۸	۰/۴۲۴	۳۹	۱۵۲	۰/۵۲۲	۴۱	۱۵۰	۰/۷۸۵	۵۱	۱۴۰	۰/۰۴۹	۳۱	۱۶۰	۰/۴۹۶	۲۶	۱۶۵	۰/۶۲۳	۱۶۵	۰/۶۲۳	
	(۱۰/۲)	(۱۰/۹)	(۱۰/۲)	(۱۲/۱)	(۱۰)	(۱۲/۱)	(۱۲)	(۱۰/۳)	(۹/۷)	(۱۰/۸)	(۱۰/۲)	(۱۰/۷)	(۱۰/۲)	(۱۰/۷)	(۱۳/۴)	(۹/۹)	(۱۳/۴)	(۱۰/۴)	(۱۱/۸)	(۱۰/۴)	(۹/۷)	(۹/۷)	(۱۰/۷)	(۱۰/۷)	(۱۰/۷)	(۱۰/۷)	<
درد سردل	۶۱	۷۶	۶۱	۳۱	۱۰۶	۰/۸۷۹	۳۶	۱۰۱	<۰/۰۰۱	۲۹	۱۰۸	۰/۷۵۳	۳۲	۱۰۵	۰/۷۴۴	۲۸	۱۰۹	۰/۸۲۳	۱۳	۱۲۴	۰/۰۷۹	۱۶	۱۲۱	۰/۲۸۳	۱۲۱	۰/۲۸۳	
	(۷/۵)	(۷/۷)	(۷/۵)	(۶/۱)	(۸/۲)	(۷/۷)	(۱۳)	(۶/۶)	(۷/۲)	(۷/۷)	(۷/۷)	(۸)	(۷/۵)	(۷/۵)	(۷/۷)	(۷/۳)	(۷/۷)	(۴/۹)	(۸/۱)	(۴/۹)	(۸/۱)	(۶)	(۷/۹)	(۷/۹)	(۷/۹)	(۷/۹)	<
نفخ شکم	۲۱۳	۲۲۷	۲۱۳	۱۲۰	۳۲۰	۰/۶۷۱	۷۰	۳۷۰	۰/۶۸۷	۱۰۴	۳۳۶	۰/۴۱۸	۸۶	۳۵۴	۰/۲۴۳	۸۶	۳۵۴	۰/۳۳۲	۶۸	۳۷۲	۰/۵۵۳	۵۰	۳۹۰	۰/۰۱۹	۳۹۰	۰/۰۱۹	
	(۲۶/۲)	(۲۳)	(۲۶/۲)	(۲۳/۷)	(۲۴/۷)	(۲۴/۲)	(۲۵/۴)	(۲۴/۲)	(۲۵/۹)	(۲۴)	(۲۵/۹)	(۲۲/۲)	(۲۲/۵)	(۲۴/۹)	(۲۲/۵)	(۲۴/۹)	(۲۲/۵)	(۲۴/۹)	(۲۵/۹)	(۲۴/۲)	(۲۵/۹)	(۱۸/۷)	(۲۵/۴)	(۲۵/۴)	(۲۵/۴)	(۲۵/۴)	<
یبوست	۱۹۲	۱۸۶	۱۹۲	۱۲۰	۲۶۱	۰/۰۹۳	۸۰	۳۰۱	۰/۰۰۱	۸۷	۲۹۴	۰/۷۵۴	۸۹	۲۹۲	۰/۵۵۴	۹۰	۲۹۱	۰/۱۹۰	۶۱	۳۲۰	۰/۳۷۵	۵۰	۳۳۱	۰/۲۹۷	۳۳۱	۰/۲۹۷	
	(۲۳/۶)	(۱۹/۱)	(۲۳/۶)	(۲۳/۷)	(۲۰/۱)	(۱۹/۷)	(۲۹)	(۱۹/۷)	<	(۲۱/۷)	(۲۱)	(۲۱/۲)	(۲۰/۸)	(۲۰/۸)	(۲۰/۵)	(۲۳/۶)	(۲۰/۵)	(۲۳/۲)	(۲۰/۸)	(۲۳/۲)	(۲۰/۸)	(۱۸/۷)	(۲۱/۵)	(۲۱/۵)	(۲۱/۵)	(۲۱/۵)	<

جدول ۳. ارتباط انواع تظاهرات گوارشی شایع در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک با اختلالات روان پزشکی

مقدار P	اختلالات روان پزشکی (۱۴۶۱)	اختلالات خلقی (۲۵۳)	اختلالات سوماتوفرم (۵۱)	مشکلات وابسته (۱۹)	سایر اختلالات (۱۹)	تظاهرات گوارشی
	نعداد (درصد)	نعداد (درصد)	نعداد (درصد)	نعداد (درصد)	نعداد (درصد)	
۰/۴۶۴	۲۷۶ (۱۸/۹)	۵۱ (۲۰/۲)	۸ (۱۵/۷)	۵ (۲۶/۳)	۱ (۵/۳)	دیس پپسی (سوء هاضمه)
< ۰/۰۳۹	۵۸۲ (۳۹/۸)	۹۱ (۳۶)	۲۳ (۴۵/۱)	۱۳ (۶۸/۴)	۵ (۲۶/۳)	درد شکم
۰/۲۰۸	۲۶۴ (۱۸/۱)	۴۷ (۱۸/۶)	۳ (۵/۹)	۳ (۱۵/۸)	۲ (۱۰/۵)	استفراغ
۰/۳۹۵	۳۲۱ (۲۲)	۵۴ (۲۱/۳)	۹ (۱۷/۶)	۶ (۳۱/۶)	۷ (۳۶/۸)	تهوع
۰/۳۵۷	۹۷ (۶/۶)	۲۰ (۷/۹)	۴ (۷/۸)	۰ (۰)	۳ (۱۵/۸)	احساس جسم خارجی در گلو
۰/۳۲۹	۲۹۸ (۲۰/۴)	۶۰ (۲۳/۷)	۱۱ (۲۱/۶)	۷ (۳۶/۸)	۵ (۲۶/۳)	اسهال
۰/۸۶۵	۱۵۸ (۱۰/۸)	۲۶ (۱۰/۳)	۵ (۹/۸)	۱ (۵/۳)	۱ (۵/۳)	سوزش سر دل
۰/۱۵۳	۱۱۴ (۷/۸)	۱۶ (۶/۳)	۲ (۳/۹)	۱ (۵/۳)	۴ (۲۱/۱)	درد اپی گاستر
۵۸۳	۳۴۶ (۲۳/۷)	۷۲ (۲۸/۵)	۱۳ (۲۵/۵)	۴ (۲۱/۱)	۵ (۲۶/۳)	نفخ شکم
۰/۷۵۶	۳۰۵ (۲۰/۹)	۵۳ (۲۰/۹)	۱۳ (۲۵/۵)	۴ (۲۱/۱)	۶ (۳۱/۶)	یبوست

بیماری‌های روان پزشکی تمرکز بیشتری روی علائم جسمی و شبه جسمی دارند.

در این مطالعه ارتباط انواع تظاهرات گوارشی با هر دو جنس زن و مرد و انواع وضعیت‌های تأهل مورد بررسی قرار گرفت اما هیچ تفاوت معنی داری یافت نشد که این یافته با مطالعه‌ی Afridi و همکاران که در آن بیماران متأهل بیشتر علائم گوارشی همراه با افسردگی را ذکر می‌کردند ناهمگون بود (۶).

شرکت کنندگان در این مطالعه در گروه سنی ۱۲ سال تا ۸۵ سال و میانگین سنی $۳۶/۳ \pm ۱۲/۵$ سال بودند که مشابه مطالعه Ewbrudjakpor در نیجریه و مطالعه‌ی Jansson و همکاران در سوئد بود (۱۳، ۱۰).

بیماران ما با کمترین سطح تحصیلات یعنی بی سواد تا بیشترین سطح تحصیلات یعنی دکترا دیده شدند. میانگین تحصیلات افراد مورد مطالعه‌ی ما $۱۰/۷ \pm ۴/۵$ کلاس بود که مشابه با مطالعه‌ی Afridi و همکاران در پاکستان بود (۶). می‌توان نتیجه گرفت که افراد با هر میزان تحصیلات ممکن است از انواع بیماری‌های

مورد بررسی قرار گرفتند که بیشتر این بیماران، زن بودند (۶۵ درصد). این یافته مشابه با مطالعه‌ی Tangen Haug و همکاران در نروژ بود که بیانگر این مسئله بود که زنان بیشتر علائم جسمی بیماری روان تنی را بروز می‌دهند (۹) و برخلاف مطالعه‌ی Ewbrudjakpor در نیجریه بود (۱۰).

در مطالعه‌ی حاضر بیشتر بیماران متأهل بودند (۷۳ درصد) که مشابه با مطالعه‌ی Afridi و همکاران در پاکستان (۶) و بر خلاف مطالعه Ewbrudjakpor در نیجریه بود (۱۰). در بسیاری بررسی‌ها مشخص شده است که خانواده و تأهل نقش بزرگی در مقاومت افراد در مقابله با مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی دارد (۱۱) و خانواده و ازدواج موفق می‌تواند نیازهای عاطفی و جسمی افراد را فراهم نماید و از بروز بیماری‌های جسمی و روانی جلوگیری کند (۱۲). شاید علت این که در مطالعه‌ی ما جمعیت افراد متأهل بیشتر بود این بود که بیشتر افراد در سن بالای ۳۰ سال قرار داشتند و جمعیت متأهل به دلیل نگرانی از برچسب

سایکوسوماتیک رنج ببرند و این بیماری تنها مربوط به افراد بی‌سواد یا تنها افراد تحصیل کرده نیست.

در مطالعه‌ی حاضر ۲۶۶ بیمار (۱۲ درصد) مصرف سیگار را عنوان کرده بودند که مشابه مطالعه‌ی روح افزا و همکاران در ایران بود و اگر این افراد نماینده‌ی واقعی جامعه باشند، می‌توان نتیجه گرفت که شیوع سیگار در جامعه‌ی ما حدود ۱۱-۱۲ درصد است (۱۴).

طی مطالعه ارتباط مصرف سیگار با انواع تظاهرات بیماری‌های سایکوسوماتیک گوارشی بررسی شد و نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین مصرف سیگار و تهوع وجود دارد ($P < 0.044$). سیگار یکی از علل افزایش خطر بیماری‌های گوارشی می‌باشد (۱۵).

شایع‌ترین تظاهر گوارشی در این مطالعه دل درد (۳۹/۶ درصد) بود که مشابه با مطالعه‌ی ناکائو و همکارانش در ژاپن بود (۱۶).

در مطالعه‌ی Afridi و همکاران شایع‌ترین تظاهر گوارشی در بیماران سایکوسوماتیک کاهش اشتها عنوان شده بود و دل درد از نظر شیوع در رتبه‌ی چهارم قرار داشت (۶). در مطالعه‌ی Schmulson و همکاران در آمریکا IBS و دیس‌پپسی بیشتر دیده شده بود و از بین علائم IBS، نفخ و یبوست نیز در زنان شایع‌تر بود (۱۷). این تفاوت‌ها ممکن است به دلیل تفاوت در ابزارهای سنجش بیماران یا مسایل فرهنگی و تغذیه‌ای باشد که در جوامع مختلف، متفاوت است.

شایع‌ترین علامت روان‌پزشکی اضطراب بود که مشابه با مطالعه‌ی Haug و همکاران در نروژ بود (۹). حداقل تعداد علائم گوارشی که هر بیمار در طی مطالعه عنوان کرده بود یک علامت و حداکثر ۷ علامت بود و بیشتر بیماران در مطالعه تنها یک علامت گوارشی را ذکر کرده بودند. (۴۱/۴ درصد). شیوع

علائم جسمی به ویژه علائم گوارشی در بیماران دچار اختلالات روان‌پزشکی یا روان‌تنی فراوان است، به طوری که گاهی بیماران با وجود شکایت از تعداد زیادی علائم جسمی ممکن است تنها دچار اختلال روان‌پزشکی یا روان‌تنی باشند که با مداخلات جامع روانی اجتماعی بخش عمده‌ای از علائم آن‌ها کاهش پیدا می‌کند.

حداقل تعداد علائم روان‌پزشکی که هر بیمار عنوان کرده بود ۱ علامت و حداکثر ۶ علامت بود و بیشتر بیماران (۳۸/۷ درصد) تنها ۲ علامت روان‌پزشکی را طی مطالعه ذکر کرده بودند.

در مطالعه‌ی حاضر بین برخی تظاهرات گوارشی با علائم روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری دیده شد. در مطالعه‌ی Kane و همکاران ارتباط قوی بین افسردگی و اضطراب با دیس‌پپسی و سایر علائم گوارشی دیده شده بود (۱۸). در مطالعه‌ی Jerndal و همکاران در سوئد نیز اضطراب یکی از مهم‌ترین علل علائم گوارشی در بیماران بود (۱۹).

انواع اختلالات روان‌پزشکی در مطالعه دیده شد که شایع‌ترین آن‌ها اختلالات خلقی بود. در میان اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی بیشترین فراوانی را داشت که مشابه با مطالعه‌ی Chaturvedi و همکاران در هند بود (۲۰). طی بررسی‌های انجام شده مشخص شده است که اختلال افسردگی می‌تواند به صورت بیماری جسمی تظاهر پیدا کند (۶).

ارتباط انواع اختلالات روان‌پزشکی با انواع تظاهرات گوارشی بررسی شد و بین دل درد با اختلالات روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری یافت شد. در مطالعه‌ی Mussell و همکاران در آلمان مشخص شد که تظاهرات گوارشی ارتباط قوی با افسردگی و

گوارشی که از نظر بالینی غیر قابل توضیح هستند (Medically unexplained symptom) از نظر بیماری‌های روان‌پزشکی به خصوص اختلال افسردگی اساسی بررسی شوند. با توجه به محدودیت ما در این مطالعه که گذشته‌نگر بود و نقص برخی پرونده‌ها و با وجود این که با بیماران تماس گرفته شد، برخی اطلاعات در ورطه‌ی فراموشی قرار گرفت. بنابراین با توجه به این نکته که بیماران توسط افراد متفاوتی از تیم درمانی مورد معاینه قرار می‌گرفتند، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده در زمینه‌ی سایکوسوماتیک به صورت آینده‌نگر انجام گیرد و بیماران فقط توسط یک تیم درمانی ثابت مورد معاینه قرار گیرند.

اضطراب دارند به طوری که پیشنهاد شد که بیماران با علائم گوارشی باید از نظر اختلالات افسردگی و اضطراب نیز بررسی شوند (۲۱).

نتیجه‌گیری

بیشتر بیماران مراجعه کننده زن و متأهل با سطح تحصیلات ۱۲ کلاس و در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بودند. شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در بیماران ما، اختلال خلقی و از میان اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین بود. بین دل درد با انواع اختلالات روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. پیشنهاد می‌شود که بیماران با تظاهرات

References

1. Sarno JE. The Divided Mind. 1st ed. New York: HarperCollins e-books; 2009.
2. Levenson JL. Essentials of Psychosomatic Medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
3. Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb R. Somatizing patients: part II. Practical management. Am Fam Physician 2000; 61(5): 1423-2.
4. Melmed RN. Mind, Body, and Medicine. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2001.
5. Varis K. Psychosomatic factors in gastrointestinal disorders. Ann Clin Res 1987; 19(2): 135-42.
6. Afridi MI, Siddiqui MA, Ansari A. Gastrointestinal somatization in males and females with depressive disorder. J Pak Med Assoc 2009; 59(10): 675-9.
7. Varis K. Psychosomatic factors in gastrointestinal disorders. Ann Clin Res 1987; 19(2): 135-42.
8. Hernandez DE, Arandia D, Dehesa M. Role of psychosomatic factors in peptic ulcer disease. J Physiol Paris 1993; 87(4): 223-7.
9. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. Psychosom Med 2004; 66(6): 845-51.
10. Ewhrudjakpor C. Socio-demographics, life event stressors and psychosomatic disorders among public servants in the Niger Delta region of Nigeria. International Journal of Sociology and Anthropology 2009; 1(3): 055-61.
11. Mohamed SN, Weisz GM, Waring EM. The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics. Pain 1978; 5(3): 285-92.
12. Gove WR, Hughes M, Style CB. Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? J Health Soc Behav 1983; 24(2): 122-31.
13. Jansson C, Nordenstedt H, Wallander MA, Johansson S, Johnsen R, Hveem K, et al. Severe gastro-oesophageal reflux symptoms in relation to anxiety, depression and coping in a population-based study. Aliment Pharmacol Ther 2007; 26(5): 683-91.
14. Roohafza H, Sadighi M, Emami AR. Smoking in youth: Isfahan Heart Project (IHHP). Hakim 2003; 6(2): 61-8.
15. Ashley MJ. Smoking and diseases of the gastrointestinal system: an epidemiological review with special reference to sex differences. Can J Gastroenterol 1997; 11(4): 345-52.
16. Nakao M, Yano E. Somatic symptoms for predicting depression: one-year follow-up study in annual health examinations. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60(2): 219-25.
17. Schmulson M, Adeyemo M, Gutierrez-Reyes G, Charua-Guindic L, Farfan-Labonne B, Ostrosky-Solis F, et al. Differences in gastrointestinal symptoms according to gender in Rome II positive IBS and dyspepsia in a Latin American population. Am J Gastroenterol 2010; 105(4): 925-32.
18. Kane FJ, Jr., Strohle J, Harper RG. Nonulcer

- dyspepsia associated with psychiatric disorder. *South Med J* 1993; 86(6): 641-6.
19. Jerndal P, Ringstrom G, Agerforz P, Karpefors M, Akkermans LM, Bayati A, et al. Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22(6): 646-e179.
20. Chaturvedi SK, Michael A. Psychosomatic patients in a psychiatric clinic. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18(2): 145-52.
21. Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Herzog W, Lowe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res* 2008; 64(6): 605-12.

The Relationship between Some Demographic Characteristics and Clinical Symptoms in Patients with Gastrointestinal Diseases

Victoria Omranifard MD¹, Elmira Layegh MD², Nahid Farzadi³, Hamid Afshar MD⁴,
Hamed Daghighzadeh MD⁵, Mohammad Reza Merasi MD⁶

Abstract

Background: Psychosomatic medicine is a field of medical sciences concentrated on the effects of social, psychological and behavioral factors on human body. The relationship between some gastrointestinal (GI) diseases and psychiatric disorders has been previously investigated. However, little research has been conducted on the relation between GI symptoms of psychosomatic diseases and psychiatric disorders.

Methods: In this retrospective study, 1802 cases with GI diseases who referred to the psychosomatic clinic (Isfahan, Iran) during 2005-2010 were evaluated. An attempt was made to find correlations between GI symptoms of psychosomatic diseases and psychiatric disorders.

Findings: No significant relationships were found between GI symptoms and gender, educational level, and marital status. However, age and nausea were significantly correlated ($P = 0.002$). Anxiety was the most common psychiatric symptom with a frequency of 814. In addition, mood disorders were the most common disease in patients with GI symptoms. Moreover, the most prevalent mood disorder was major depression. On the other hand, abdominal pain was found to be significantly related with psychiatric disorders ($P = 0.039$).

Conclusion: Our results showed mood disorders to be the most common disorder in patients with GI diseases who referred to the psychosomatic clinic. Therefore, patients with medically unexplained GI symptoms are required to be evaluated for mood disorders, especially major depressive disorder.

Keywords: Psychosomatic clinic, Demographic characteristics, Clinical symptoms.

* This paper is derived from a specialty thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Resident, Department of Psychiatry, Psychosomatic Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Psychosomatic Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁶ Associate Professor, Department of Biostatistics, Biostatistics Research Center, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Hamid Afshar MD, Email: afshar@med.mui.ac.ir