ORIGINAL ARTICLE

Identifying the Profiles of Psychosomatic Disorders in an Iranian Adult Population and their Relation to Psychological Problems

Zahra Shabbeh[1],
Awat Feizi[2],
Hamid Afshar[3],
Ammar Hassanzade Kashtali[4,5],
Peyman Adibi[6]

[1] MSc Student in Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychosomatic Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4] Faculty of Medicine, University of Alberta, Alberta, Canada
[5] Professor, Integrative Functional Gastrointestinal Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[6] Professor, Department of Gastroenterology and Hepatology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received August 10, 2015 ; Accepted December 22, 2015)

Abstract

Background and purpose: In recent decades psychosomatic disorders have emerged that complexity of their diagnosis impose large economic burdens on patients. The aim of this study was to identify and classify the profiles of psychosomatic disorders and their relationship with psychological problems (mental distress, anxiety, and depression) in an Iranian adult population.

Materials and methods: A cross-sectional study was performed in 4763 individuals participating in a research project called SEPAHAN. Psychosomatic symptoms and psychological problems were studied using the Patient Health Questionnaire (PHQ-15) and 47 questions psychosomatic, Lacourt Questionnaire General Health Questionnaire (GHQ-12) and hospital anxiety and depression Scale (HADS).

Results: Four categories of psychosomatic disorders including mental, gastrointestinal, respiratory, and general symptoms were extracted from psychosomatic symptoms that explained 42.02% of the total variance. Similar to that of the study population four categories of psychosomatic disorders were extracted for both males and females explaining 41.54 and 44.75 of the total variance, respectively. A significant association was seen between mental health problems and psychosomatic disorders. In other words, higher scores in psychosomatic disorders increased the prevalence of mental health problems ($p<0.001$).

Conclusion: To the best of our knowledge the current study was the first study that categorized psychosomatic disorders (mental, gastrointestinal, respiratory and general symptoms). The results showed higher incidences of mental health problems are associated with severity of these disorders. These results could be of great help in appropriate diagnosis of these disorders and also in treatment and prevention of mental health problems based on the observed relationships.

Keywords: psychosomatic disorders, psychological distress, anxiety, depression, factor analysis

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(137): 82-94 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۷ خرداد سال ۱۳۹۵ (۹۴-۸۲)

شناسایی نیم رخ های اختلالات روان تنی و ارتباط آن با مشکلات روانی در یک جمعیت بزرگسال ایرانی

زهرا شبه[۱]
آوات فیضی[۲]
حمید افشار[۳]
عمار حسن زاده کشتلی[۴،۵]
پیمان ادیبی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: در چند دهه اخیر، بیماری‌های جدیدی تحت عنوان اختلالات روان تنی (سایکوسوماتیک) ظهور کرده‌اند که پیچیدگی موجود در تشخیص آن‌ها منجر به تحمیل بار اقتصادی زیادی به بیماران می‌شود لذا هدف از این مطالعه شناسایی و دسته‌بندی نیم رخ‌های اختلالات روان‌تنی و هم‌چنین بررسی ارتباط آن‌ها با مشکلات روانی (پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی) در یک جمعیت بزرگسال ایرانی بوده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر روی ۴۷۶۳ نفر شرکت کننده در طرحی به نام سپاهان سپاهان در سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ انجام شد. علائم روان تنی و مشکلات روانی (پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی) به ترتیب با استفاده از پرسش‌نامه‌های سلامت بیمار ۱۵ سوالی (PHQ-15) و ۴۷ سوالی روان‌تنی Lacourt، پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی (GHQ-12) و پرسش نامه ۱۴ سوالی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) ارزیابی شدند.

یافته‌ها: در تمام نمونه‌ها چهار دسته اختلال روان تنی شامل روانی، گوارشی، عمومی و تنفسی از علائم روان‌تنی مورد بررسی استخراج شدند که به طورکلی ۴۲/۰۲ درصد از کل واریانس را تبیین کردند. برای زنان و مردان به طور جداگانه همانند کل جامعه چهار دسته اختلال روان تنی روانی، گوارشی، عمومی و تنفسی استخراج شد که به ترتیب ۴۱/۵۴ و ۴۴/۷۵ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. هم‌چنین ارتباط معنی‌داری بین مشکلات روانی با اختلالات روان تنی مشاهده شد به گونه ای که با افزایش نمره اختلالات روان‌تنی شیوع مشکلات روانی افزایش می‌یافت ($p<۰/۰۰۱$).

استنتاج: مطالعه حاضر به عنوان اولین مطالعه در ایران در زمینه دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی منجر به شناسایی چهار دسته اختلال روان‌تنی شامل روانی،گوارشی، عمومی وتنفسی شد ونشان داد شدت بالای این‌اختلالات با شیوع بالاترمشکلات روانی همراه است. نتایج این مطالعه می تواند در جهت تسهیل تشخیص ابتلا به انواع این اختلالات کمک کننده باشد و در حوزه درمان و پیشگیری از مشکلات روانی بر اساس ارتباط‌های مشاهده شده بین این دو دسته از اختلالات نیز مفید واقع گردد.

واژه های کلیدی: نیم رخ های اختلالات روان تنی،اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی ، تحلیل عاملی

مقدمه

سلامتی انسان همواره تحت تاثیر دو عامل جسمی و روانی قرار دارد. در چند دهه اخیر، نوع جدیدی از بیماری‌ها تحت‌عنوان اختلالات روان‌تنی(سایکوسوماتیک) ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها

مولف مسئول: آوات فیضی– اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت E-mail: awat_feiz@hlth.mui.ac.ir
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات روان تنی، مرکز تحقیقات جامع نگر عملکرد گوارش، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. دانشکده پزشکی، دانشگاه آلبرتا، آلبرتا،کانادا
۵. استاد، مرکز تحقیقات جامع نگر عملکرد گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۶. استاد، گروه گوارش و کبد، مرکز تحقیقات جامع نگر عملکرد گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۵/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۶/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۴/۱۰/۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

دخیل هستند. با توجه به تعریف ارائه شده در (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)، اختلالات روان‌تنی، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علایم جسمی مولفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی- عروقی، تنفسی، معدی- روده‌ای، استخوانی- عضلانی، دستگاه‌های تناسلی- ادراری و پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آن‌ها حوادث پر معنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند(۲،۱). این اختلالات در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آن‌ها مغز از راه‌هایی که هنوز شناخته شده نیست، پیام‌های مختلفی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد تاثیر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد. به‌علاوه مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیر قابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی، ایمنی‌شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند(۳). نتایج مطالعات انجام گرفته در سطح جهانی نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلالات روان‌تنی متناقض‌اند و بسته به فاکتورهای جنسیتی، فرهنگی، نژادی و در سطوح مختلف اجتماعی- اقتصادی تغییر می‌کنند(۵،۴). در تحقیقات انجام شده در کشورهای اروپایی مشخص شده است که در دانمارک میزان شیوع اختلالات روان تنی ۱۸/۱ درصد(۶)، در هلند برای جوانان ۱/۶تا ۷۰ درصد، برای افراد میانسال ۲/۴تا۸۷ درصد و افراد سالمند ۴/۶تا۱۸ درصد(۷)، و در انگلستان ۲۱/۹ درصد می‌باشد(۸). هم‌چنین در مطالعات انجام شده در آمریکا و کانادا میزان شیوع این اختلالات در حدود ۱/۵ تا ۱۱ درصد نشان داده شده است(۱۰،۹). به‌طور کلی نتایج اکثر مطالعاتی که در زمینه اختلالات روان‌تنی در سطح جهانی انجام شده است، مشخص کرده است که در سنین پایین‌تر از هفتاد سالگی این اختلالات در میان زنان شایع‌تر از مردان می‌باشند به طوری که زنان بیش‌تر از مردان به انواع خاصی از این اختلالات مبتلا می‌باشند(۱۱،۹،۷،۶). معمولاً علایم این اختلالات قبل از سی سالگی آغاز شده و برای چندین سال ادامه می‌یابد. برآوردهای جنسیتی و سنی گزارش شده میزان شیوع اختلالات روان‌تنی در سطح جهانی (در کشورهایی مانند هلند، دانمارک و کانادا)، برای زنان در حدود ۶/۴ تا ۲۶/۳ درصد، برای مردان حدود ۲/۵ تا ۱۱/۲ درصد و برای افراد زیر ۴۰ سال حدود ۵/۱ تا ۲۱ درصد، افراد ۵۰ تا ۶۹ سال ۱۱تا ۲۰ درصد و برای افراد بالای ۷۰ سال ۱/۵ تا ۱۳درصد گزارش شده‌اند(۹،۷،۶). یافته‌های یک مطالعه در ایران روی مدد جویان بهزیستی نشان داد که ۴۵/۷ درصد از این افراد در سطح خفیف و هم‌چنین ۵۴/۳ درصد آن ها به اختلالات روان‌تنی در سطح متوسط و بالاتر مبتلا هستند. شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی به ترتیب درد مفاصل زانو و آرنج، سردردهای عصبی، درد کتف و کمر، یبوست، زخم معده، اختلالات قاعدگی و آرتروز بود(۱۲). دسته‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌تنی مانند تپش قلب، لرزش، تعریق، خشکی دهان، درد قفسه سینه، سردرد و احساس پیچش یا گرفتگی در شکم مشکل است و نمی‌توان آن‌ها را به راحتی به یک بیماری مشخص و شناخته شده نسبت داد(۱۳). در زمینه تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روان‌تنی مطالعات محدودی صورت گرفته است(۱۱-۱۳،۸) که از جمله آن‌ها مطالعه‌ای است که Fink و همکاران طی بررسی اکتشافی روی ۹۷۸ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های اولیه، پزشکی داخلی و اعصاب و روان با هدف بررسی این‌که آیا اختلالات روان‌تنی به سندرم‌ها و تشخیص‌های مجزایی قابل تقسیم هستند یا خیر، توانستند علائم را به چهار گروه اسکلتی- عضلانی، قلبی و ریوی، دستگاه گوارش و علائم عمومی تقسیم‌بندی کنند(۲). طی مطالعه دیگری در زمینه دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی با هدف بررسی دو فرضیه، امکان طبقه‌بندی اختلالات روان‌تنی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

به عنوان سندرم‌ها و طبقه‌های تشخیصی مجزا و هم چنین امکان در نظر گرفتن همه این سندرم‌ها به عنوان یک سندرم مشترک روی یک نمونه ناهمگن از ۳۰۹۴ نفر از بیماران مبتلا به شکایات جسمانی غیر قابل توضیح، شدت علائم کل، الگوهای علائم و پریشانی‌های روانی اندازه‌گیری شدند. در نهایت یافته‌های مطالعه نشان دادند که هر دو فرضیه درست می‌باشند اما نتایج داده‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای فرضیه دوم را بیش‌تر تایید می‌کردند(۱۴). در مطالعه‌ای که Wessely و همکاران در زمینه دسته‌بندی علائم و سندرم‌های عملکردی جسمانی (Functional somatic symptoms) انجام دادند، مشخص شد که سندرم‌ها و علائم عملکردی جسمانی روان‌تنی که به عنوان یک مسئله مهم در زمینه پزشکی مطرح شده‌اند، معمولاً در جامعه متداول، پرهزینه، دائمی و حتی ناتوان‌کننده هم هستند که هر کدام از تخصص‌های پزشکی حداقل شامل یکی از این سندرم‌ها می‌شود. این سندرم‌ها عبارتند از سندرم روده تحریک‌پذیر (گوارش)، درد لگنی مزمن(زنان)، فیبرومیالژیا (روماتولوژی)، درد قفسه سینه غیر قلبی (قلب و عروق)، سردرد تنشی(مغز و اعصاب)، سندرم تنفس عمیق و سریع (طب تنفس)، سندرم خستگی مزمن (بیماری عفونی). در نهایت به این نتیجه رسیدند که یک اشتراک اساسی میان این شرایط وجود دارد و پذیرش این واقعیت که این سندرم‌ها مجزا و تفکیک پذیرند را به چالش کشیدند. آن‌ها بر این باور بودند که تنها یک سندرم عملکردی جسمانی روان‌تنی عمومی وجود دارد که شباهت‌های زیادی بین این علائم در زمینه مکانیسم‌های فرضی، استراتژی‌های درمان و غیره وجود دارد(۱۵).

گرچه در ایران مطالعاتی به صورت محدود در زمینه اختلالات روان‌تنی به بررسی و ارزیابی شیوع اختلالات روان‌تنی در سطح شاخص‌های جنسیت و گروه‌های سنی پرداخته‌اند اما غالباً روی افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی انجام شده و روی جمعیت‌های محدود و خاص مثل جامعه آماری کارمندان(۱۶)، دانش‌آموزان(۳)، نابینایان(۱۲)، پرستاران(۱۷)، مدد جویان بهزیستی(۱۸) و یا در نواحی مشخص و متمرکز، عمدتاً با هدف بررسی رابطه بین بیماری‌های روان‌تنی و مشکلات روانی با استفاده از روش‌های ساده آماری بوده‌اند. مطالعات و بررسی‌هایی که در ایران انجام شده‌اند، هیچ‌کدام به تشخیص و شناسایی اختلالات روان‌تنی و به ویژه دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی نپرداخته‌اند. در سطح بین‌المللی نیز در زمینه دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی بررسی‌های محدودی انجام شده است(۱۱،۱۳،۱۴،۲۶،۲۷). با توجه به این که این اختلالات به راحتی قابل تشخیص نیستند، برای جامعه و شخص بیمار بار اقتصادی زیادی به همراه دارند. از طرف دیگر خود آن‌ها به‌تنهایی منشاء بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمانی دیگر می‌باشند و هم‌چنین به دلیل این که اختلالات روان‌تنی به شدت تحت تاثیر فرهنگ، نژاد و طبقه‌های اجتماعی هستند بر همین اساس میزان شیوع این اختلالات در جوامع مختلف متغیر است. بنابراین اجرای یک مطالعه در ایران در حوزه دسته‌بندی و شناسایی نیم‌رخ‌های روان‌تنی ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین و شناسایی نیم‌رخ‌های مختلف اختلالات روان‌تنی با استفاده از روش تحلیل عاملی روی یک نمونه بزرگ از جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی و هم‌چنین به تفکیک جنسیت انجام شده است. هم چنین ارتباط این اختلالات با مشکلات روانی اضطراب، افسردگی و پریشانی روانی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی بر مبنای بخشی از اطلاعات طرح سپاهان (SEPAHAN) انجام گرفت. طرح سپاهان به منظور بررسی جنبه‌های اپیدمیولوژیک اختلال عملکرد گوارشی و ارتباط آن با سبک زندگی و فاکتورهای روان پزشکی روی ۱۰۵۰۰ کارمند غیر هیات علمی و منفک از بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان اصفهان در فروردین ۱۳۸۹ انجام شده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

است. نمونه بررسی شده، کارمندان غیر دانشگاهی در ۵۰ مرکز مختلف در سطح استان اصفهان بودند که عموماً در بیمارستان‌ها، پردیس دانشگاه و مراکز بهداشتی مشغول به کار بوده و هیچ‌کدام به سرویس‌های بهداشت و سلامت تعلق نداشتند. در طرح مذکور به منظور افزایش میزان پاسخ‌دهی و مشارکت افراد و صحت داده‌های جمع آوری شده، پرسش نامه‌ها طی دو مرحله با یک فاصله زمانی کوتاه (۳ تا ۴ هفته‌ایی) توزیع شده است. در مرحله اول پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، عملکرد تغذیه‌ای،رفتارهای جستجوی سلامت و دریافت‌های غذایی و در پرسش‌نامه دوم اطلاعات مربوط به بیماری‌های گوارشی و روانی و روان‌تنی و ویژگی‌های شخصیتی، استرس‌های درک شده و سبک‌های مقابله با استرس از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. میزان پاسخ‌دهی در مرحله اول ۸۶/۱ درصد و در مرحله دوم ۶۴/۶۴ درصد بود. با استفاده از کد ملی افراد، جمعاً ۴۷۶۳ پرسش‌نامه مشترک در دو مرحله وجود داشته است که مطالعه حاضر نیز روی آن‌ها انجام گرفته است. اطلاعات کامل‌تری از پروژه سپاهان در مقالات منتشر شده دیگر آمده است(۲۳).

از آن‌جایی‌که در این مطالعه برای اختلالات روان‌تنی پرسش نامه مستقلی استفاده نشده بود، به مطالعات انجام شده و ابزارهای استفاده شده در این حوزه رجوع گردید و از پرسش‌نامه اصلی طرح، ۳۲ سوالی که در حوزه اختلالات روان‌تنی با سوالات موجود در ابزارهای استاندارد شده این حوزه از اختلالات در مطالعات دیگر مطابقت داشت، استخراج و مورد استفاده واقع شد. مجموعه سوالات در حوزه روان‌تنی براساس ابزارهای استاندارد از قبیل پرسش‌نامه سلامت بیمار (Patient health questionnaire)(PHQ-15) و پرسش‌نامه چینی ۴۷ آیتمی مبتنی بر احساس بدنی و تشخیصی روان پزشکی بود(۲۴،۱۵،۱۳). PHQ-15، پرسش‌نامه استاندارد ۱۵ سوالی در حوزه علائم روان‌تنی، یک مقیاس ارزیابی شدت علامت جسمانی شکل است که دامنه علائمی که بیماران در طول یک ماه گذشته تجربه کرده‌اند را ارزیابی می‌کند(۳۳). پرسش‌نامه چینی ۴۷ آیتمی شامل چهار علامت گوارشی، شش علامت قلبی، پنج علامت تنفسی، شش علامت خستگی جسمانی، شش علامت اسکلتی-عضلانی، شش علامت شناختی و چهار علامت دیگر می‌باشد و نمره‌گذاری آیتم‌های مربوط به هرحیطه براساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای (۱- خیر ۲- کم ۳- بسیارکم ۴- بسیار زیاد ۵- زیاد) می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه چینی ۰/۸۶ گزارش شده است(۱۳). نتایج مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهند که میزان اعتبار پرسش نامه PHQ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و هم‌چنین حساسیت و ویژگی به ترتیب ۷۳/۸۰ درصد و ۷۶/۲۰ درصد می‌باشند(۲۵). اطلاعات مربوط به سن و جنس از طریق پرسش نامه کلی اطلاعات جمعیت‌شناختی و نمرات اضطراب و افسردگی با استفاده از پرسش‌نامه (HADS) و نمره پریشانی روانی از طریق پرسش‌نامه ۱۲ سوالی (GHQ) به دست آمدند. میزان آلفای کرونباخ برای بخش اضطراب HADS-A از ۰/۶۸ تا ۰/۹۳ (میانگین ۰/۸۳) و برای بخش افسردگی HADS-D از ۰/۶۷ تا ۰/۹۰ تغییر می‌کند (میانگین ۰/۸۲). حساسیت و ویژگی برای هر دو (HADS-A و HADS-D) تقریباً ۰/۸ است(۲۸). میزان آلفای کرونباخ برای پرسش نامه GHQ-12، ۰/۸۷ به دست آمده است(۲۷).

به منظور استخراج نیم‌رخ‌های اختلالات روان‌تنی از تکنیک تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. تحلیل عاملی با دو تا هفت عامل با استفاده از روش استخراج مولفه‌های اصلی انجام گردید و برای تفسیرپذیر کردن عوامل از دوران متعامد واریماکس استفاده شد. نتایج چهار عاملی بهترین وضعیتی بود که در کل نمونه و در زنان و مردان به دست آمد و بیش‌ترین درصد تبیین واریانس و تفسیرپذیری را داشت. کفایت حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی با استفاده از شاخص (Kaiser-Mayer-Olkin) سنجیده شد و مقدار آن در کل نمونه و برای زنان و مردان به ترتیب ۰/۷۶۲، ۰/۸۹۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

و ۰/۷۳۵ به دست آمد. آزمون بارتلت برای ارزیابی فرض کرویت انجام گردید و نتیجه آن در سطح ۵ درصد معنی‌دار بود. بررسی ارتباط اختلالات روان‌تنی با مشکلات روانی نیز از طریق آزمون آماری کای- دو انجام شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SAS نسخه ۹/۲ انجام گردید و در سطح معنی داری ۵ درصد، بررسی صورت گرفت.

یافته ها

در این مطالعه ۴۷۶۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۴/۲۱ درصد شرکت‌کنندگان مرد و ۵۵/۷۸ درصد شرکت‌کنندگان زن بودند. دامنه سنی مردان و زنان به ترتیب ۱۹تا ۷۰ سال و هم‌چنین ۲۰تا ۶۹ سال بود. ۱۸/۸ درصد شرکت‌کنندگان مجرد و ۸۱/۲ درصد شرکت‌کنندگان متاهل بودند. اطلاعات کامل‌تر مربوط به جمعیت مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

	مرد (n= ۲۱۰۶)	زن (n= ۲۶۵۷)	کل (n=۴۷۶۳)
	(انحراف معیار±میانگین)	(انحراف معیار±میانگین)	(انحراف معیار±میانگین)
سن(سال)	۸/۶۱۳ ± ۳۸/۵۹۴	۷/۳۸۶ ±۳۵/۱۶	۸/۰۹۳ ±۳۶/۵۸
میانگین شاخص توده بدنی	۴/۹۰۹ ±۲۵/۵۳۳	۴/۳۹۰ ±۲۴/۷۱۸	۴/۶۴۲ ±۲۵/۰۷۴
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۹BMI<	(۲/۹) ۶۳	(۶/۲۱) ۱۶۵	(۴/۸۹) ۲۳۳
۱۹>BMI>۲۵	(۴۶/۹۶) ۸۷۲	(۵۳/۲۶)۱۳۲۷	(۴۹/۵۶) ۲۱۵۷
۲۵>BMI>۳۰	(۴۱/۳۱)۸۷۰	(۳۰/۶۷) ۸۱۵	(۳۵/۹۰) ۱۷۱۰
۳۰BMI>	(۸/۸۳) ۱۸۶	(۹/۸۶)۲۶۲	(۹/۶۵) ۴۶۰
تحصیلات			
زیردیپلم	(۱۶/۸)۳۴۳	(۱۱/۴) ۲۹۵	(۱۳/۸)۶۳۸
دیپلم	(۳۸/۱)۷۸۱	(۲۱/۹)۵۶۷	(۲۹/۱)۱۳۴۸
بین دیپلم وکارشناسی ارشد	(۳۶/۸)۷۵۲	(۶۱/۳)۱۵۸۷	(۵۰/۴)۲۳۳۸
کارشناسی ارشد یا بالاتر	(۸/۳)۱۷۰	(۵/۵)۱۴۲	(۶/۷)۳۱۲
وضعیت تاهل			
مجرد	(۱۱/۹)۲۴۵	(۲۴/۳)۶۲۹	(۱۸/۸)۸۷۴
متاهل	(۸۸/۱۱)۱۸۱۳	(۷۵/۷)۱۹۶۴	(۸۱/۲)۳۷۷۶

با استفاده از روش تحلیل عاملی، چهار دسته اختلال روان تنی به نام‌های گوارشی، عمومی، تنفسی و روانی از ۳۲ علائم روان‌تنی استخراج شدند که این چهار دسته استخراج شده به طور کلی ۴۲/۰۲ درصد واریانس علائم روان تنی را تبیین می‌کنند(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: الگوهای اختلالات روان تنی استخراج شده با استفاده از روش تحلیل عاملی برای کل نمونه

علائم روان تنی	دسته های اختلال روان تنی			
	روانی	گوارشی	عمومی	تنفسی
تپش قلب و آشفتگی در معده و قفسه سینه	۰/۸۵۳			
مشکل در تمرکز	۰/۸۵۳			
افکار نگران کننده	۰/۶۷۶			
کمبود انرژی	۰/۵۶۱			
تپش قلب شدید	۰/۵۵۲			
احساس بی فایده بودن	۰/۴۶۷			
شکم درد		۰/۶۸۲		
احساس سیری		۰/۶۷۹		
نفخ یا ورم شکم		۰/۶۶۴		
برگشت غذا از معده به دهان		۰/۵۷۰		
حالت تهوع		۰/۵۰۹		
یبوست		۰/۵۰۵		
درد مقعد		۰/۴۸۳		
درد قفسه سینه		۰/۴۵۸		
اسهال		۰/۳۹۰		
خستگی شدید			۰/۶۷۶	
کمردردشدید			۰/۶۵۱	
دردمفاصل			۰/۶۴۶	
سرگیجه و منگی			۰/۴۹۳	
چشم درد			۰/۴۳۹	
اختلال قاعدگی			۰/۴۲۲	
بی خوابی شدید			۰/۴۰۷	
گرگرفتگی			۰/۳۱۹	
درد فک			۰/۳۰۵	
سردرد شدید			۰/۱۲۴	
لرزوسرمای شدید			۰/۳۹۳	
خشکی دهان			۰/۲۵۳	
گرفتگی صدا				۰/۶۴۴
خس خس کردن				۰/۶۳۳
گلودرد				۰/۵۵۹
نفس کم آوردن شدید				۰/۵۰۹
گلوبوس				۰/۴۰۳
درصد تبیین واریانس	۱۲/۲۹۸	۱۰/۷۷۶	۹/۵۰۴	۹/۴۳۸

به ترتیب عامل اول استخراج شده (روانی) ۱۲/۳۰ درصد، عامل دوم (گوارشی) ۱۰/۷۸ درصد، عامل سوم (عمومی) ۹/۵۰۰ درصد و عامل چهارم (تنفسی) ۹/۴۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. تحلیل عاملی برای زنان و مردان به طور جداگانه به منظور بررسی این که آیا عامل‌های استخراج شده برای هر دو جنس متفاوت است یا خیر، اجرا شد. نتایج ارائه شده در جدول‌های شماره ۳ و ۴ نشان می‌دهند که برای هر دو جنسیت با استفاده از تحلیل عاملی، چهار عامل گوارشی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

(عامل۱)، عمومی (عامل ۲)، تنفسی (عامل ۳) و روانی (عامل۴) استخراج گردید. نیم رخ گوارشی (عامل ۱) برای مردان و زنان به ترتیب ۱۵/۳۷ و۱۱/۷۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. نیم رخ عمومی (عامل۲) برای مردان و زنان به ترتیب ۱۲/۴۴ و ۱۱/۵۲ درصد از سهم واریانس را توضیح می دهند. نیم رخ تنفسی (عامل۳) در مردان و زنان به ترتیب ۱۱/۷۴ و ۱۰/۶۷ درصد از سهم واریانس کل را تبیین می‌کند. عامل چهارم (روانی) به ترتیب برای مردان و زنان، ۵/۲۰ و ۷/۶۰ درصد از واریانس کل را توضیح می‌دهند.

جدول شماره۳: الگوهای اختلالات روان تنی استخراج شده با استفاده از روش تحلیل عاملی برای مردان

علائم روان تنی	دسته های اخلال روان تنی			
	گوارشی	عمومی	تنفسی	روانی
احساس سیری	۰/۵۸۹			
درد قفسه سینه	۰/۵۶۷			
حالت تهوع	۰/۵۲۸			
شکم درد	۰/۵۰۸			
یبوست	۰/۵۰۸			
برگشت غذا از معده به دهان	۰/۴۹۳			
نفخ یا ورم	۰/۴۵۵			
دردمقعد	۰/۴۲۸			
تعدد دفع	۰/۴۲۷			
ناراحتی هنگام باز کردن دهان		۰/۷۰۳		
سردرد شدید		۰/۶۷۰		
کمردرد		۰/۶۶۱		
خستگی شدید		۰/۵۴۸		
درد مفاصل		۰/۵۱۱		
چشم درد		۰/۴۹۵		
سرگیجه و منگی		۰/۴۸۵		
لرزوسرمای شدید		۰/۷۹۹		
گرگرفتگی		۰/۷۹۹		
خشکی دهان		۰/۵۸۸		
گلوبوس			۰/۶۷۴	
گرفتگی صدا			۰/۶۶۱	
خس خس کردن			۰/۶۴۲	
نفس کم آوردن			۰/۶۳۳	
گلودرد			۰/۵۹۰	
مشکل در تمرکز				۰/۶۵۸
تپش قلب و آشفتگی در معده و قفسه سینه				۰/۶۵۰
افکارنگران کننده				۰/۵۹۴
احساس بی فایده بودن				۰/۵۴۲
تپش قلب شدید				۰/۴۵۰
کمبود انرژی				۰/۴۴۰
درصد تبیین واریانس	۱۵/۳۷۱	۱۲/۴۴۱	۱۱/۷۴۰	۵/۱۹۷

جدول شماره۴: الگوهای اختلالات روان تنی استخراج شده با استفاده از روش تحلیل عاملی برای زنان

علائم روان تنی	دسته های اختلال روان تنی			
	گوارشی	عمومی	روانی	تنفسی
احساس سیری	۰/۶۸۳			
شکم درد	۰/۶۷۴			
نفخ یا ورم	۰/۶۴۱			
برگشت غذا از معده به دهان	۰/۵۷۹			
حالت تهوع	۰/۵۳۹			
درد قفسه سینه	۰/۴۸۸			
یبوست	۰/۴۸۵			
دردمقعد	۰/۴۶۹			
اسهال	۰/۳۶۴			
ناراحتی هنگام باز کردن دهان		۰/۲۵۶		
خشکی دهان		۰/۲۹۸		
اختلال قاعدگی		۰/۴۲۲		
سردرد شدید		۰/۰۸۷		
کمردرد		۰/۶۶۸		
خستگی شدید		۰/۶۴۲		
درد مفاصل		۰/۶۳۹		
چشم درد		۰/۵۱۱		
سرگیجه ومنگی		۰/۴۶۵		
لرز و سرمای شدید		۰/۶۵۱		
گرگرفتگی		۰/۶۴۰		
مشکل در تمرکز			۰/۸۴۲	
تپش قلب و آشفتگی در معده و قفسه سینه			۰/۸۴۲	
افکارنگران کننده			۰/۶۹۴	
احساس بی فایده بودن			۰/۵۷۴	
تپش قلب شدید			۰/۵۴۹	
کمبود انرژی			۰/۴۵۵	
گلوبوس				۰/۴۵۹
گرفتگی صدا				۰/۶۴۰
خس خس کردن				۰/۵۳۷
نفس کم آوردن				۰/۵۲۳
گلودرد				۰/۵۱۰
درصد تبیین واریانس	۱۱/۷۴۲	۱۱/۵۲۲	۱۰/۶۶۵	۷/۶۰۹

برای بررسی ارتباط شدت اختلات روان تنی و شیوع مشکلات روانی نمره (factor score) هر یک از اختلالات روان تنی یعنی عوامل استخراجی، محاسبه و افراد مورد بررسی بر حسب نمره اختلالات روان‌تنی‌شان در سه دسته رده‌بندی گردیدند و شیوع مشکلات روانی شامل پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی در سه اک‌های (tertile) آن بررسی گردید.

با توجه به جدول شماره ۵ در سه اک‌های (tertile) مرات عامل‌های روان‌تنی ملاحظه می‌شود که شیوع مشکلات روانی(استرس، اضطراب و افسردگی) با افزایش سه اک‌ها (tertile) در هر یک از اختلالات روان‌تنی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مشکلات روانی (پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی) در سه اک‌های (tertile) نمرات عامل های روان تنی

اختلالات روان تنی ترتایل های	نمرات نیم رخ های روان تنی	پریشانی روانی تعداد (درصد)	سطح معنی داری	اضطراب تعداد (درصد)	سطح معنی داری	افسردگی تعداد (درصد)	سطح معنی داری
اختلال روانی	ترتایل اول	۳۸ (۳/۸)		۱ (۰/۲)		۴۴ (۳/۵)	
	ترتایل دوم	۲۵۱ (۲۵/۲)	<۰/۰۰۱	۲۱ (۳/۴)	<۰/۰۰۱	۲۹۸ (۲۳/۷)	<۰/۰۰۱
	ترتایل سوم	۷۰۸ (۷۱/۰)		۵۹۶ (۹۶/۴)		۹۱۷ (۷۲/۸)	
اختلال گوارشی	ترتایل اول	۱۱۶ (۱۳/۹)		۴۶ (۹/۰)		۱۴۶ (۱۴/۱)	
	ترتایل دوم	۳۰۷ (۳۶/۸)	<۰/۰۰۱	۱۴۸ (۲۹/۱)	<۰/۰۰۱	۳۸۴ (۳۷/۱)	<۰/۰۰۱
	ترتایل سوم	۴۱۱ (۴۹/۳)		۳۱۵ (۶۱/۹)		۵۰۶ (۴۸/۸)	
اختلال عمومی	ترتایل اول	۹۵ (۱۵/۱)		۳۴ (۸/۷)		۱۲۶ (۱۶/۲)	
	ترتایل دوم	۱۲۸ (۲۰/۳)	<۰/۰۰۱	۵۳ (۱۳/۶)	<۰/۰۰۱	۱۶۰ (۲۰/۶)	<۰/۰۰۱
	ترتایل سوم	۴۰۶ (۶۴/۵)		۳۰۲ (۷۷/۶)		۴۹۲ (۶۳/۲)	
اختلال تنفسی	ترتایل اول	۲۴۷ (۳۴/۶)		۱۰۲ (۱۶/۹)		۳۲۸ (۲۶/۴)	
	ترتایل دوم	۲۳۰ (۲۲/۹)	<۰/۰۰۱	۱۱۶ (۱۹/۲)	<۰/۰۰۱	۲۸۴ (۲۲/۹)	<۰/۰۰۱
	ترتایل سوم	۵۲۶ (۵۲/۴)		۳۸۶ (۶۳/۹)		۶۳۰ (۵۰/۷)	

(روانی، گوارشی، عمومی و تنفسی) افزایش پیدا می‌کند. به طور مثال، شیوع پریشانی روانی و اضطراب در اختلال روانی در سه اک (tertile) اول، دوم و سوم و هم‌چنین شیوع افسردگی در سه اک (tertile) اول و دوم به ترتیب روند صعودی دارند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین اختلالات روان‌تنی و هر یک از مشکلات روانی رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

بحث

در این مطالعه بر اساس یک نمونه بزرگ از جمعیت بزرگسال ایرانی اقدام به دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی گردید و براساس ۳۲ علامت چهار دسته اختلال روان‌تنی با استفاده ازروش تحلیل عاملی با دوران واریماکس در کل نمونه بزرگسالان و هم‌چنین در مردان و زنان شناسایی شد که عبارتند از علائم گوارشی، علائم عمومی،علائم تنفسی و علائم روانی. این عامل‌ها در مجموع ۴۲/۰۲ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند. Chung Tsai در یک مطالعه مقدماتی براساس روش تحلیل عاملی روی ۶۸۳ نفر (۴۳۷ مرد و ۲۴۶ زن) در سنین بین ۴۵ تا ۶۴ سال چهار دسته علائم روان‌تنی برای کل جامعه شامل درد، سرماخوردگی، قلبی و گوارشی که در مجموع ۵۹/۱ درصد واریانس کل را توضیح می‌دادند، گزارش نمود. نتیجه این مطالعه فقط در دسته اختلالات گوارشی با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی داشت. با توجه به این‌که توزیع اختلالات روان‌تنی در جوامع مختلف با توجه به ناحیه جغرافیایی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و هم‌چنین فرهنگ و نژادهای مختلف تغییر می‌کند، نتایج مطالعه فوق با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است(۲۰).

Fink و همکاران با استفاده از یک مطالعه اکتشافی روی ۹۷۸ بیمار از سه بخش داخلی، بخش مراقبت‌های اولیه و مغز و اعصاب از طریق روش تحلیل عاملی مولفه اصلی علائم روان‌تنی را به چهار دسته قلبی، اسکلتی- عضلانی، گوارشی و عمومی تقسیم کردند که این عوامل ۳۶/۹ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. دو دسته اختلال روان‌تنی گوارشی و عمومی شناسایی شده در این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر شباهت بسیاری دارند. با توجه به این‌که توزیع اختلالات روان تنی در جوامع مختلف با توجه به ناحیه جغرافیایی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و هم‌چنین فرهنگ و نژادهای مختلف تغییر می‌کند، نتایج مطالعه فوق با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است(۲).

Nimnuan وهمکاران در یک مطالعه روی ۵۵۰ بیمار ۱۶ تا ۶۵ سال با ۳۷ علائم غیر قابل توضیح از نظر پزشکی با استفاده از روش تحلیل عاملی علائم روان‌تنی را به پنج دسته اختلالات روان‌تنی مشکلات خواب، خلق و خوی عصبی، درد عمومی، قلبی- تنفسی و خستگی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

تقسیم کردند. عوامل استخراج شده ۶۰ درصد واریانس کل را توضیح دادند(۲۶). همان‌طور که مشخص است نتایج مطالعه یادشده از نظر نام‌گذاری عوامل استخراجی با مطالعه حاضر در حوزه دسته بندی متفاوت است اما محتوی عوامل شباهت‌های زیادی با هم دارند. با توجه به این که توزیع اختلالات روان تنی در جوامع مختلف با توجه به ناحیه جغرافیایی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و هم چنین فرهنگ و نژادهای مختلف تغییر می‌کند، نتایج مطالعه Nimnuan و همکاران(۲۶) با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است.

Gara و همکاران در یک مطالعه روی ۱۴۵۶ بیمار (۵۵ درصد زنو ۴۵ درصد مرد) در سنین بین ۱۸ تا ۶۷ سال با استفاده از روش تحلیل خوشه بندی سلسله مراتبی علائم را به هشت گروه روان رنجوری، گوارشی، اسکلتی- عضلانی، تناسلی- ادراری، قلبی- ریوی، باروری زنان، سردرد و دردهای دیگر و پوست تقسیم کردند(۲۷). تنها دسته گوارشی با نتایج مطالعه حاضر یکسان بوده است. نتایج مطالعه حاضر هم از نظر دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی و هم از نظر نوع روش آماری مورد استفاده با مطالعه یاد شده متفاوت است. نام‌گذاری متفاوت دسته‌های اختلالات روان تنی مخصوص هر جامعه به شناخت هر چه بیش‌تر ساختار آن جامعه و میزان ابتلای بیش‌تر افراد آن به بیماری خاص و در نتیجه درمان و پیشگیری مناسب و به موقع کمک می‌کند.

Kato و همکاران در یک مطالعه روی ۲۸۵۳۱ نفر دو قلو در سنین بین ۴۱ تا ۶۴ سال با استفاده از تحلیل کلاس پنهان علائم عملکردی جسمانی را به پنج کلاس تقسیم کردند. در کلاس اول هیچ علائمی جز کمر درد وجود نداشت. در کلاس دوم بیماران احساس خستگی غیر عادی و سرگیجه زیاد می‌کردند. در کلاس سوم مشکلات گوارشی، درکلاس چهارم کمردرد و در کلاس پنجم چندین علائم را داشتند(۲۸). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه فوق و از نظر روش آماری مورد استفاده متفاوت است. Lacourt و همکاران با استفاده از تحلیل خوشه‌ای هفت گروه علائم روان‌تنی شامل گوارشی، خستگی، قلبی، تنفسی، اسکلتی- عضلانی، شناختی و سایر علائم را شناسایی نمودند(۱۴). با توجه به این که دسته بندی اختلالات روان تنی روی جامعه آماری با ویژگی های متفاوت انجام شده است، نتایج مطالعه Lacourt وهمکاران(۱۴) با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است.

با توجه به این که در مطالعات گذشته نشان داده شده است که توزیع اختلالات روان‌تنی در زنان و مردان متفاوت است(۲۰) بنابراین در مطالعه حاضر به دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی به‌طور جداگانه در زنان و مردان پیرداخته شده است. نتایج به دست آمده مشخص کردند که دسته‌های مشابهی در زنان و مردان و در کل جمعیت استخراج شده است. به‌طور مثال در مطالعه‌ای که Tsai روی کل جمعیت و هم‌چنین زنان و مردان انجام داد چهار دسته علائم برای مردان از قبیل علائم درد، علائم سرماخوردگی، علائم قلبی و گوارشی که به طور کلی ۵۷/۱ درصد از واریانس را تبیین و چهار دسته علائم از قبیل علائم درد، علائم سرماخوردگی، علائم قلبی و گوارشی و سردرد برای زنان که به‌طورکلی ۳۳/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند را شناسایی کرد(۲۰). در این مطالعه مشابه با مطالعه حاضر دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی علاوه بر کل جامعه برای مردان و زنان نیز انجام شده است. اما همان‌طور که نتایج آن‌ها نشان داد برخلاف مطالعه حاضر دسته‌های به دست آمده برای زنان و مردان متفاوتند.

تفاوت‌نتایج مطالعاتی‌که در زمینه دسته‌بندی اختلالات روان‌تنی در خارج از ایران انجام شده‌اند(۱۴-۱۱، ۲۰،۲۶،۲۷) با مطالعه حاضر می‌توانند به دلایل متفاوتی از قبیل روش آماری مورد استفاده، حجم نمونه و فرهنگ جامعه مورد بررسی، ابزار پژوهش (پرسش‌نامه) و آیتم‌هایی که به عنوان علائم اختلالات روان‌تنی در قالب این ابزارهای مختلف سنجش اختلالات روان تنی انتخاب می‌شوند، باشند. در مطالعات انجام شده در این زمینه علائم گوارشی با درصد تبیین واریانس بین ۴/۵ تا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

۱۱/۲ (۲۶،۲۰) و علائم عمومی عمدتاً به عنوان دسته‌های اختلالات روان‌تنی شناسایی شده‌اند. در کنار این دو دسته در برخی از مطالعات اختلالات خستگی با درصد تبیین واریانس ۶/۸ (۲۶) و درد با درصد تبیین واریانس بین ۸/۳ تا ۲۰/۹ هم گزارش شده است(۲۶،۲۰) که از عمومیت بالاتری برخوردار می‌باشند. در مطالعه حاضر اختلالات روانی با درصد تبیین واریانس ۱۲/۳۰ و گوارشی با درصد تبیین واریانس ۱۰/۷۶ بیش‌ترین سهم واریانس و اختلالات تنفسی با درصد تبیین واریانس ۹/۴۳۸ کم‌ترین میزان واریانس را به خود اختصاص داده‌اند که این مسئله بیان‌گر افزایش ابتلا به بیماری‌های گوارشی نسبت به بیماری‌های دیگر در میان جامعه می‌باشد. درصورتی که در مطالعات دیگر بیش‌ترین سهم واریانس تبیین شده به گروه‌های دیگر مانند مشکلات خواب با واریانس ۹/۴ درصد(۲۶)، علائم قلبی با واریانس ۱۹/۶ درصد(۲) و علائم درد با واریانس ۲۰/۹ درصد(۲۰) تخصیص داده شده است. یکی از موارد دیگری که در مطالعه حاضر بررسی شده است، تعیین ارتباط میان اختلالات روان تنی و مشکلات روانی است. نتایج نشان داد شیوع مشکلات روانی با افزایش نمرات یا شدت اختلالات روان‌تنی (با افزایش سه اک (tertile) نمرات) به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. تاکنون مطالعاتی(۳۲،۱۵،۱۲) همانند مطالعه حاضر به بررسی این ارتباط پرداخته اند. عمدتاً نتایج تمام این مطالعات مشابه به نتایج مطالعه حاضر می‌باشند. Zhu و همکاران در یک مطالعه بیمارستان محور مقطعی روی ۲۰۴۸ بیمار از ۱۵ بیمارستان عمومی در گوانژو چین به بررسی ارتباط علائم جسمانی شکل با افسردگی و اضطراب با استفاده از مدل‌های لجستیک چندگانه پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها مشخص کرد که ۱۹ درصد افراد به علائم جسمانی غیر قابل توضیح از نظر پزشکی مبتلا هستند و بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، علائم روان‌تنی بیش‌تری دارند(۲۴). Löwe و همکاران به منظور بررسی میزان هم ابتلایی افسردگی، اضطراب و شکایت جسمانی شکل با یکدیگر و هم‌چنین میزان هم ابتلایشان با هم و به طور جداگانه با اختلالات عملکردی روانتنی روی ۲۰۹۱ بیمار در ۱۵ کلینیک در آمریکا با استفاده از تحلیل‌های رگرسیون خطی چندگانه مطالعه‌ای مقطعی چندمرکزی انجام دادند. نتایج بررسی‌ها مشخص کرد که در بیش‌تر از ۵۰ درصد موارد بین اضطراب، افسردگی و شکایت جسمانی هم ابتلایی وجود دارد و میزان هم ابتلایی افسردگی، اضطراب و شکایت جسمانی با اختلال عملکردی روان‌تنی بیش از سهم بخش‌های مستقل‌شان است. هم‌چنین نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که حداقل یک سوم از بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی شکل هم زمان یا به اختلال افسردگی و یا به اختلال اضطراب مبتلا هستند و مشخص شد که افسردگی و اضطراب، به‌طور هم زمان بیش‌تر از پنجاه درصد موارد، همراه با شکایات جسمانی شکل رخ می‌دهند(۲۹). مطالعه مقطعی چند مرکزی که Schaefert و همکاران در چین روی ۲۸۱ بیمار با درمان سرپایی در بیمارستان‌های عمومی در چهار بخش پزشکی داخلی و طب چینی سنتی انجام دادند، متغیرهای رفتاری و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به علائم روان‌تنی اندازه‌گیری شدند و مشخص شد که ۲۸ درصد از همه بیماران به علائم روان‌تنی شدیدی مبتلا هستند که با این متغیرهای رفتاری و روان‌شناختی همبستگی بالایی دارند(۲۱). Henningsen و همکاران با استفاده از یک روش فراتحلیلی به بررسی و مقایسه گروهی از مطالعات (۲۴۴ مطالعه) از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۱ در زمینه ارتباط سندرم‌های عملکردی جسمانی با افسردگی و اضطراب از لحاظ انواع متنوع علائم، اندازه‌ها و رفتار بیماری پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که چهار سندرم عملکردی جسمانی (سندرم روده تحریک‌پذیر، سوءهاضمه بدون زخم، فیبرومیالژیا و سندرم خستگی مزمن) با افسردگی و اضطراب رابطه دارند و طبقه‌بندی تحت عنوان اختلالات روانی مشترک و درمان این سندرم‌ها با یک رویه یکسان مناسب نمی‌باشد(۳۰). Hanel و همکاران در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

یک مطالعه در آلمان روی ۱۷۵۱ بیمار مشخص کردند که بین اختلالات جسمانی شکل و اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد(۳۱). مشتاقی و همکاران به منظور بررسی رابطه میان میزان استرس و بیماری های روان‌تنی در پرستاران شهر اصفهان، مطالعه‌ای انجام دادند که نشان داد اختلال‌های روان‌تنی از قبیل اسیدیته (سوزش سردل، زخم و سوءهاضمه) (Acidity)، گرفتگی عضلات گردن و شانه، حواس‌پرتی و فراموشی، خشم و نگرانی به‌طور قابل توجهی در میان پرستاران رو به رشد است و امتیاز بالایی در میان پرستاران دارد. در این مطالعه به طور کلی استرس متوسطی در اکثر پرستاران دیده شد و گزارش شد هم‌زمان با افزایش میزان استرس، شیوع بیماری‌های روان‌تنی افزایش می‌یابد(۱۷). مطالعه‌ای که خانی و همکاران در زمینه بررسی ارتباط بین شاخص‌های روانی و شکایات جسمانی (Somatization) در کارکنان شرکت برق منطقه‌ای استان اصفهان انجام دادند، مشخص کرد که بین شاخص شکایات جسمانی و شاخص‌های روانی مانند افکار پارانوئید، ترس مرضی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، حساسیت میان فردی و وسواس- اجبار همبستگی معنی‌داری وجود دارد. از بین تمامی شاخص‌های روانی تنها اضطراب و وسواس اجبار قادر به پیش‌بینی معنی‌دار شکایات جسمانی بوده‌اند(۱۶). حکمت‌روان و همکاران مطالعه‌ای روی نابینایان شهر اصفهان در جهت بررسی ارتباط بین اضطراب و افسردگی و شکایات جسمانی انجام دادند.

نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که رابطه معنی‌داری بین اضطراب و افسردگی با شکایات جسمانی شکل وجود دارد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتایج تمام این مطالعات، مشابه با نتایج مطالعه حاضر می‌باشند(۱۲). بنابراین نتایج به دست آمده در این مطالعه اهمیت لزوم دسته‌بندی به منظور شناسایی و در نتیجه پیشگیری و درمان مناسب و به موقع اختلالات روان‌تنی را نشان می‌دهند زیرا غالب آیتم‌ها در حوزه اختلالات روان‌تنی تقریباً در مطالعات این حوزه مشترک بوده‌اند. اما دسته‌بندی‌هایی که در حوزه این اختلالات انجام شده است براساس ویژگی‌های جمعیت جامعه مورد مطالعه، متفاوت بوده است و دسته‌بندی آن‌هاست که موجب تعریف یک اختلال مشخص می‌شود و به متخصص بالینی کمک می‌کند تا در آن حیطه خاص اقدام به درمان کند. بنابراین با توجه به این که توزیع علائم روان‌تنی تابع جغرافیا و فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف، تغییر می‌کند و همان‌گونه که بیان شد با وجود یکسان بودن علائم، دسته‌بندی‌های متفاوت و خاص در جوامع مختلف به شناخت بیش‌تر آن جامعه از لحاظ احتمال خطر ابتلا به علائم واختلالات مخصوص آن کمک می‌کند و در نتیجه منجر به تسریع در روند درمان و پیشگیری از بیماری‌های مخصوص آن جمعیت می‌شود لذا اجرای این مطالعات در مناطق مختلف جغرافیایی با فرهنگ‌ها و نژادهای متفاوت ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود در مناطق مختلف ایران و جهان به‌طور جداگانه این دسته‌بندی انجام شود تا در مجموع اختلالات روان‌تنی مخصوص هر ناحیه تعیین گردد و مطالعات تحلیلی جهت تعیین ارتباط این اختلالات با بیماری‌های مختلف از جمله اختلالات خواب و هم‌چنین گوارشی انجام گردد.

References

1. Sadrai A, Barati S, Hadadi M, Zalpoor Moghadami Z. Compared to other psychological disorders among opiate and methamphetamine users. 4th international congress on psychosomatic. Azad university, Isfahan, Iran. 2012; Oct, 17-19. 2012. (Persian).
2. Fink, P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. Psychosom Med 2007; 69(1): 30-39.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

3. Mahmoodi N,Malekshahi M.Investigation of the relationship between self-esteem and coping strategies of high school students with psychosomatic disorders of Zanjan province. 4th international congress on psychosomatic; 2012; Oct, 17-19. Azad university, Isfahan, Iran.
4. Creed F, Henningsen P, Fink P. Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services. 1st ed. New york: Cambridge University Press; 2011.
5. de Britto Pereira MM, Rossi JP, Van Borsel J. Public awareness and knowledge of stuttering in Rio de Janeiro. J Fluency Disord 2008; 33(1): 24-31.
6. Fink P, Hansen MS, Oxhoj ML. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. J Psychosom Res 2004; 56(4): 413-418.
7. Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. Ageing Res Rev 2013; 12(1): 151-156.
8. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof AJ, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004; 184(6): 470-476.
9. Park J, Knudson S .Medically unexplained physical symptoms. Health Rep 2007; 18(1): 43-47.
10. Escobar JI, Cook B, Chen CN, Gara MA, Alegría M, Interian A, Diaz E. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. J Psychosom Res 2010; 69(1): 1-8.
11. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosom Med 1998; 60(2): 150-155.
12. Hekmatravan.r, Samsum Shariat M, Khani F, Khademi M. The relationship between anxiety and depression with Somatization in Blind people of Isfahan city. 4th international congress on psychosomatic. Azad university, Isfahan, Iran. 2012; Oct, 17-19 (Persian).
13. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. J psychosom Res 2010; 68(5): 415-426.
14. Lacourt T, Houtveen J, van Doornen L. Functional somatic syndromes, one or many?": An answer by cluster analysis. J psychosom Res 2013; 74(1): 6-11.
15. Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. Br J Psychiatry 2004; 185(2): 95-96.
16. Khani F, Samsum Shariat M, Hekmatravan R, Khademi M. The relationship between psychological scale with Somatization in Isfahan Regional Electric Company in 1391. 4th international congress on psychosomatic. Azad university, Isfahan, Iran. 2012; Oct, 17-19. (Persian).
17. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D.The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. J Psychosom Res 2002; 52(2): 69-77.
18. Adibi P, Hassanzadeh Keshteli A, Esmaillzadeh A, Esmaillzadeh A, Afshar H, Roohafza H, Bagherian-Sararoudi R, et al. The study on the epidemiology of psychological, alimentary health and nutrition (SEPAHAN): Overview

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

of methodology. J Res Med Sci 2012; 17(2): 291-297 (Persian).

19. Tsai CH. Factor analysis of the clustering of common somatic symptoms: a preliminary study. BMC Health Serv Res 2010; 10: 160.
20. Schaefert R, Honer C, Salm F, Wirsching M, Leonhart R, Yang J, et al. Psychological and behavioral variables associated with the somatic symptom severity of general hospital outpatients in China. Gen Hosp Psychiatry 2013; 35(3): 297-303.
21. Kroenke k, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. Psychosom Med 2002; 64(2): 258-266.
22. Khamseh ME, Baradaran HR, Javanbakht A, Mirghorbani M, Yadollahi Z, Malek M .Comparison of the CES-D and PHQ-9 depression scales in people with type 2 diabetes in Tehran, Iran. BMC Psychiatry 2012; 11: 61.
23. Zhu C, Ou L, Geng Q, Zhang M, Ye R, Chen J, et al. Association of somatic symptoms with depression and anxiety in clinical patients of general hospitals in Guangzhou, China. General Hospital Psychiatry 2012; 34(2): 113-120.
24. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health Qual life Outcomes 2003; 1(1): 66. (Persian)
25. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S,Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? J Psychosom Res 2001; 51(4): 549-557.
26. Gara MA, Silver RC, Escobar JI, Holman A, Waitzkin H. A hierarchical classes analysis (HICLAS) of primary care patients with medically unexplained somatic symptoms. Psychiatry Res 1998; 81(1): 77-86.
27. Kato K, Sullivan PF, Pedersen NL. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. J Psychosom Res 2010; 68(5): 447-453.
28. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroonke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30(3): 191-199.
29. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. Psychosom Med 2003; 65(4): 528-533.
30. Hanel G, Hennigsen P, Herzog W, Sauer N, Shaefert R, Szecsenyi J, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. J Psychosom Res 2009; 67(3): 189-197.
31. Hasanvand Amoozade ME, Hasanvand Amoozade MA, Hasanvand Amoozade F, Hasanvand Amoozade MA, Rezai SH. relationship between stress levels and the prevalence of symptoms of psychosomatic disorders in patients welfare Clients. 4th international congress on psychosomatic. Azad university, Isfahan, Iran. 2012; Oct, 17-19. (Persian)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]