

بررسی ارتباط بین افسردگی و اضطراب با اختلال جسمانی سازی در بیماران سرپایی

مینا دانایی^۱، بهشید گروسی^{۲*}، صدیقه زنگی آبادی^۳

• دریافت مقاله: ۹۸/۸/۱۵

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۱۱/۱۶

• پذیرش مقاله: ۹۸/۱۱/۱۹



چکیده

مقدمه: امروزه بسیاری از بیماران با اختلالات اضطراب، افسردگی و جسمانی سازی، به کلینیک‌های سرپایی مراجعه می‌کنند. این اختلالات، هزینه‌های زیادی را بر سیستم سلامت تحمیل می‌کنند. مطالعه حاضر به بررسی ارتباط بین افسردگی و اضطراب با اختلالات جسمانی سازی در بیماران سرپایی پرداخت.

روش بررسی: مطالعه حاضر به صورت توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۴۰۰ نفر از بیماران بالای ۱۸ سال مراجعه کننده به کلینیک منتخب در شهر کرمان که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده بودند؛ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بیمارستانی و پرسشنامه سلامت جسمی گردآوری شدند. از آزمون‌های آماری رگرسیون لجستیک برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند.

یافته‌ها: ۳۸/۸ درصد از بیماران سرپایی دارای اختلال جسمانی سازی، ۷۳/۵ درصد آنان دچار اضطراب و ۶۱/۲ درصد آنان افسردگی داشتند. افسردگی با احتمال ابتلاء بیماران به اختلال جسمانی سازی ارتباط داشت به این شکل که با افزایش یک واحد در نمره افسردگی، ۱/۱۲ برابر احتمال اختلال جسمانی سازی افزایش می‌یافت.

بحث و نتیجه گیری: آموزش پزشکان جهت تشخیص به موقع و درمان اختلالات روحی-روانی به ویژه افسردگی می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش بار بیماری‌های جسمی و روحی-روانی داشته باشد.

واژگان کلیدی: اختلالات جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب، بیماران سرپایی، کلینیک

ارجاع: دانایی مینا، گروسی بهشید، زنگی آبادی صدیقه. بررسی ارتباط بین افسردگی و اضطراب با اختلال جسمانی سازی در بیماران سرپایی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۵(۴): ۹۳-۳۸۳.

۱. استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳. دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسئول: بهشید گروسی

آدرس: کرمان، انتهای بلوار ۲۲ بهمن، دانشکده پزشکی افضلی پور، گروه پزشکی اجتماعی

Email: behshidgarrusi@gmail.com

تلفن: ۰۳۴۳۲۵۷۳۱۳

مقدمه

امروزه اختلالات روانپزشکی یکی از مشکلات عمده سیستم‌های مراقبت سلامت در اکثر کشورها هستند که هم از منظر بار بیماری و هم از منظر تأثیر اجتماعی-اقتصادی، بار زیادی را بر جوامع تحمیل می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد که تقریباً ۸۰ درصد از بیماری‌های روحی-روانی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهند. از جمله شایع‌ترین اختلالات روحی-روانی می‌توان به افسردگی، اضطراب و اختلالات جسمانی‌سازی اشاره نمود (۱، ۲). در بسیاری از موارد، این اختلالات به طور هم‌زمان با هم هستند و هزینه‌های زیادی را بر سیستم سلامت تحمیل می‌کنند (۳).

در حال حاضر، افسردگی مهم‌ترین علت ناتوانی در دنیا است. در سال ۲۰۱۸، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سطح جهان از این بیماری رنج می‌بردند. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که در دنیا، تقریباً ۱۵ درصد از افراد بالای ۶۰ سال دچار مشکلات بهداشت روان هستند و ۷ درصد آن‌ها از افسردگی رنج می‌برند (۴). نتایج یک مطالعه مرور سیستماتیک در ایران، شیوع افسردگی را ۴/۱ درصد تخمین زده است. متأسفانه علیرغم بار بالای این بیماری، غربالگری، تشخیص و درمان افسردگی در کلینیک‌های سرپایی به خوبی انجام نمی‌شود (۵).

اختلال اضطراب عمومی، نوعی اختلال شایع و ناتوان کننده است که با نگرانی مداوم، علائم اضطراب و تنش همراه است. اختلالات اضطرابی در مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه شایع است به گونه‌ای که حدود ۲۲ درصد از بیماران مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های اولیه از مشکلات اضطرابی شکایت دارند (۶). سازمان بهداشت جهانی مطالعه‌ای را بر روی ۲۶

کشور در دنیا انجام داده است و فراوانی اختلالات اضطرابی را ۱۳/۶ درصد گزارش نموده است (۷). در یک مطالعه ملی در سال ۲۰۱۵ در خصوص شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی، فراوانی اختلالات اضطرابی حدود ۱۵/۶ درصد برآورد شده است (۸).

فراوانی اختلال جسمانی‌سازی در سیستم سلامت نیز شایع است. در این اختلال، فرد علائم جسمی را تجربه می‌کند که منشأ شکل‌گیری آن مبنای روان‌شناختی دارد. بیمار مدتی طولانی با شکایت جسمانی متعدد به پزشک مراجعه می‌کند. در اغلب موارد اگر پزشکان به این بیماری توجه کافی نداشته باشند، اقدامات پاراکلینیک و درمانی غیرلازم برای بیمار انجام می‌شود. شایع‌ترین علائم در این بیماران شامل خستگی، کمبود انرژی، مشکلات خواب و دردهای مختلف اعم از کمردرد، سردرد، درد شکم، درد قفسه سینه می‌باشد که بیان کننده وجود شکایت فیزیکی یا جسمی، بدون یافته عضوی یا فیزیولوژیک قابل اثبات که بتوان شکایت بیمار را توجیه نمود؛ است. این اختلال به قدری ناراحت کننده است که باعث اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی بیمار می‌شود (۹-۱۱). بررسی شیوع این اختلال در شهر کرمان در سال ۲۰۱۹ در جمعیت عمومی نشان داد که ۷۶/۳ درصد از افراد درجاتی از این اختلالات را دارا هستند که اکثر آن‌ها یعنی تقریباً ۴۲/۶ درصد از آن‌ها فرم خفیف این اختلال را دارا هستند (۱۲).

افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی‌سازی شایع‌ترین اختلالات روانی مشاهده شده در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت اولیه هستند. پزشکان عمومی معمولاً اولین خط درمان بیمارانی هستند که از مشکلات روحی و جسمی رنج می‌برند و بنابراین

نقش اصلی در تشخیص، پیشگیری و مدیریت اختلالات روانی دارند (۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بین وقوع اختلالات افسردگی و اضطراب هم‌زمانی وجود دارد و در بسیاری از مواقع این دو بیماری با یکدیگر همپوشانی دارند (۱۵-۱۳). همچنین شواهد گسترده‌ای مبنی بر رابطه‌ای قوی بین اضطراب و افسردگی و علائم جسمانی‌سازی وجود دارد و علاوه بر آن خطر اختلالات اضطرابی و افسردگی در بیماران با علائم جسمانی‌سازی بیشتر است (۱۸-۱۶). در ایران مطالعاتی که به بررسی شیوع و یا اهمیت جسمانی‌سازی و یا همراهی جسمانی‌سازی با افسردگی و اضطراب در بیماران سرپایی پردازند، اندک هستند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین افسردگی و اضطراب با اختلال جسمانی‌سازی در بیماران سرپایی انجام گردید.

روش بررسی

مطالعه حاضر، از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی از فروردین تا شهریور سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. جامعه آماری شامل بیماران مراجعه کننده به کلینیک دانشگاهی منتخب در شهر کرمان بود. کلینیک منتخب، مجموعه‌ای از کلینیک‌های قلب و عروق، زنان، مغز و اعصاب، گوارش، روماتولوژی، عفونی، اعصاب و روان، اورولوژی، غدد و ریه است. حجم نمونه با استفاده از مطالعات موجود و مشابه محاسبه گردید. با در نظر گرفتن حداقل ضریب همبستگی ۰/۱۵ برای به دست آوردن بیشترین حجم نمونه (۱۹) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۸۰ درصد، حجم نمونه ۳۴۸ نفر محاسبه گردید که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، ۴۰۰

بیمار بالای ۱۸ سال وارد مطالعه شدند. از هر کلینیک، ۴۰ بیمار به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شد. رضایت شفاهی جهت شرکت در مطالعه از آن‌ها اخذ شد. به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنان تنها در اختیار پژوهشگر خواهد بود. بیمارانی که معلولیت ذهنی یا جسمی داشتند، بیمارانی که به دلیل بیماری روانی تحت درمان بودند و یا دارای سابقه سوء مصرف مواد مخدر بودند، از مطالعه خارج شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر در بعدازظهرها که بیشترین تعداد بیماران به کلینیک بعثت مراجعه می‌کرد، به افراد مورد بررسی مراجعه و پس از معرفی خود و بیان هدف از انجام پژوهش نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمود. در ابتدای پرسشنامه، سؤالات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک بیماران شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اجتماعی-اقتصادی طرح شدند. در این مطالعه از دو پرسشنامه جهت ارزیابی افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی‌سازی استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Scale) (HADS: Hospital Anxiety and Depression) برای سنجش میزان اضطراب و افسردگی در بیماران عمومی استفاده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال است که ۷ سؤال مربوط به اضطراب و ۷ سؤال مربوط به افسردگی بود. امتیازدهی به سؤالات بر اساس معیار لیکرت چهارتایی است به این صورت که به گزینه هیچ‌وقت (۰ امتیاز)، گاهی (۱ امتیاز)، بیشتر اوقات (۲ امتیاز) و همیشه (۳ امتیاز) تعلق می‌گیرد. در مجموع نمره اضطراب و افسردگی به طور جداگانه بین ۰ تا ۲۱ و در مجموع نمره پرسشنامه بین ۰ تا ۴۲ است و هر چه نمره کمتر باشد، نشان‌دهنده کمتر بودن میزان اضطراب و

تعلق می‌گیرد. نمره کل از این پرسشنامه بین ۰ تا ۳۰ متغیر است. هر چه بیمار امتیاز بیشتری از این پرسشنامه کسب کند، نشان‌دهنده این است که اختلالات جسمانی‌سازی در وی بیشتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی بررسی شده است که این ابزار روایی مناسب دارد و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ بود که نشان از پایایی ابزار داشت (۲۲).

آماره‌های توصیفی درصد، میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. از آزمون‌های آماری رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

حدود ۵۷/۵ درصد بیماران مرد بودند. ۲۴/۳ درصد آنان مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵۴/۷ درصد بالای دیپلم بودند. تنها ۱۰/۷ درصد از بیماران شغل مرتبط با پزشکی داشتند. ۵۸/۸ درصد از بیماران ساکن شهر بودند. از نظر وضعیت اقتصادی ۳۰/۵ درصد وضعیت خود را خوب و ۷/۵ درصد وضعیت خود را خیلی خوب گزارش کرده بودند (جدول ۱). محدوده سنی بیماران ۱۸ تا ۶۶ سال با میانگین سن ۳۷/۱۳ سال بود.

افسردگی در بیماران است. نمره هر زیر مقیاس را می‌توان به گروه‌های طبیعی (نمره ۰ تا ۷)، اختلال خفیف (نمره ۸ تا ۱۰)، اختلال متوسط (نمره ۱۱ تا ۱۴) و اختلال شدید (نمره ۱۵ تا ۲۱) تقسیم‌بندی نمود. مطالعه مروری بر روی ۷۴۷ مقاله نشان داد که این ابزار جهت بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مراقبت‌های اولیه و حتی جمعیت عمومی مناسب است. در مطالعات مختلف آلفای کرونباخ برای بخش اضطراب از ۰/۶۸ تا ۰/۹۳ و برای بخش افسردگی بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۰ بود (۲۰). مطالعه بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز نشان داده است که این پرسشنامه برای بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران سرپایی نیز مفید است و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۷۰ به دست آمده بود (۲۱).

جهت بررسی اختلالات جسمانی‌سازی از پرسشنامه سلامت جسمی (PHQ 15: Physical Health Questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال است که ۱۵ علائم جسمانی‌سازی شایع که فرد در یک‌ماه گذشته با آن‌ها مواجه بوده است را بررسی می‌کند. امتیازدهی به سؤالات با استفاده از مقیاس سه‌تایی لیکرت است به این شکل که به گزینه اصلاً مشکلی نداشتم (۰ امتیاز)، مشکلات کمی داشتم (۱ امتیاز) و خیلی مشکل داشتم (۲ امتیاز)

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک در بیماران مورد بررسی

| ویژگی‌های دموگرافیک | | ویژگی‌های دموگرافیک | |
|---------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| تعداد (درصد) | آماره توصیفی | تعداد (درصد) | آماره توصیفی |
| جنسیت | زن | ۱۷۰ (۴۲/۵) | شغل |
| | مرد | ۲۳۰ (۵۷/۵) | مرتبط با پزشکی |
| | | | غیرمرتبط با پزشکی |
| | | | عدم پاسخ |
| سطح تحصیلات | بی‌سواد | ۳۶ (۹/۲) | ضعیف |
| | زیردیپلم | ۴۳ (۱۰/۷) | متوسط |
| | دیپلم | ۹۵ (۲۳/۷) | خوب |
| | بالای دیپلم | ۲۰۵ (۵۱/۲) | خیلی خوب |
| | عدم پاسخ | ۲۱ (۵/۲) | |
| | مجرد | ۹۷ (۲۴/۳) | |
| وضعیت تأهل | متاهل | ۲۴۲ (۶۰/۵) | |
| | مطلقه یا بیوه | ۶۱ (۱۵/۲) | |

این معنا که احتمال اختلال جسمانی‌سازی در افراد مجرد ۰/۲۵ برابر افراد متأهل بود. به ترتیب افراد بی‌سواد و افراد با تحصیلات زیردیپلم نسبت به افراد با تحصیلات دانشگاهی، ۴/۸ برابر و ۲/۲ برابر بیشتر احتمال ابتلاء به اختلال جسمانی‌سازی دارند. احتمال ابتلاء به اختلال جسمانی‌سازی در افراد با وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف ۲/۶ برابر افراد دارای وضعیت اجتماعی - اقتصادی خیلی خوب بود. با هر سال افزایش سن، احتمال ابتلاء به اختلال جسمانی‌سازی ۱/۰۵ برابر افزایش می‌یافت. با هر واحد افزایش در نمرات اضطراب و افسردگی به ترتیب ۱/۲ و ۱/۱۷ برابر احتمال اختلال جسمانی‌سازی بیشتر می‌شد. تنها نمره افسردگی آن‌ها با احتمال ابتلاء به اختلال جسمانی‌سازی ارتباط داشت به این معنا که با هر واحد افزایش در نمره افسردگی، ۱/۱۲ برابر احتمال جسمانی‌سازی افزایش می‌یافت (جدول ۲).

میانگین نمره اختلال جسمانی‌سازی در بین بیماران شرکت‌کننده $9/08 \pm 4/9$ بود. میانگین نمره اضطراب و افسردگی در بیماران شرکت‌کننده به ترتیب $9/87 \pm 3/9$ و $9/06 \pm 4/7$ و میانگین کلی نمره پرسشنامه اضطراب و افسردگی $18/93 \pm 8/3$ بود. نتایج گروه‌بندی نمرات اختلال جسمانی‌سازی نشان داد که ۶۱/۲٪ از افراد شرکت‌کننده در مطالعه طبیعی بودند و ۳۸/۸٪ از آن‌ها دچار اختلال جسمانی‌سازی بودند. همچنین از نظر اضطراب، ۲۶/۵٪ از افراد شرکت‌کننده طبیعی بودند و به ترتیب ۲۹٪، ۳۲/۵٪ و ۱۲٪ از افراد دچار اضطراب خفیف، متوسط و شدید بودند. از نظر اختلال افسردگی، به ترتیب فراوانی موارد طبیعی، اختلال خفیف، متوسط و شدید، ۳۸/۸٪، ۳۱/۴٪، ۱۶٪ و ۱۳/۸٪ بود. وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سن و نمرات اضطراب و افسردگی با اختلال جسمانی‌سازی ارتباط داشتند به

جدول ۲: عوامل پیشگویی کننده اختلالات جسمانی سازی با استفاده از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره

| متغیر | نسبت شانس خام | دامنه اطمینان ۹۵٪ | نسبت شانس تعدیل شده | دامنه اطمینان ۹۵٪ |
|------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| سن | ۱/۰۵ | ۱/۰۳-۱/۰۸ | ۱/۰۲ | ۰/۹۹-۱/۰۶ |
| نمره اضطراب | ۱/۲۳ | ۱/۱۵-۱/۳۰ | ۱/۰۶ | ۰/۹۴-۱/۲۰ |
| نمره افسردگی | ۱/۱۷ | ۱/۱۱-۱/۲۳ | ۱/۱۲ | ۱/۰۱-۱/۲۴ |
| جنسیت | | | | |
| زن | ۰/۷ | ۰/۴۷-۱/۰۷ | ۱/۱۱ | ۰/۶۷-۱/۸۴ |
| مرد | ۱ | - | ۱ | - |
| وضعیت تأهل | | | | |
| مجرد | ۰/۲۵ | ۰/۱۲-۰/۵۲ | ۰/۵۳ | ۰/۲۲-۱/۲۵ |
| متأهل | ۰/۷۹ | ۰/۴۵-۱/۴۰ | ۱/۰۶ | ۰/۵۵-۲/۰۶ |
| مطلقه یا بیوه | ۱ | - | ۱ | - |
| سطح تحصیلات | | | | |
| بی سواد | ۴/۸۲ | ۲/۲۳-۱۰/۴۰ | ۲/۰۶ | ۰/۷۵-۵/۶۱ |
| زیردیپلم | ۱/۲۲ | ۱/۱۳-۴/۳۹ | ۱/۲۰ | ۰/۵۲-۲/۸۰ |
| دیپلم | ۱/۱۱ | ۰/۶۶-۱/۸۷ | ۰/۸۱ | ۰/۴۴-۱/۴۹ |
| دانشگاهی | ۱ | - | ۱ | - |
| شغل | | | | |
| غیرمرتبط با پزشکی | ۱/۱۷ | ۰/۵۹-۲/۳۳ | ۰/۹۸ | ۰/۴۴-۲/۱۷ |
| مرتبط با پزشکی | ۱ | - | ۱ | - |
| وضعیت اجتماعی-اقتصادی | | | | |
| ضعیف | ۲/۵۶ | ۱/۱۰-۶/۳۶ | ۱/۶۶ | ۰/۶۱-۴/۵۷ |
| متوسط | ۰/۸۱ | ۰/۳۶-۱/۷۹ | ۰/۸۷ | ۰/۳۶-۲/۱۳ |
| خوب | ۰/۶۱ | ۰/۲۶-۱/۳۹ | ۰/۷۹ | ۰/۳۱-۱/۹۹ |
| خیلی خوب | ۱ | - | ۱ | - |

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، فراوانی اختلال افسردگی ۶۱/۲ درصد بود که ۱۳/۸ درصد موارد اختلال شدید داشتند. مطالعه‌ای در نیجریه بر روی بیماران سرپایی، فراوانی افسردگی را ۴۹/۸ درصد و موارد اختلال شدید را ۲/۵ درصد گزارش نمود (۲۳). در مطالعه‌ای دیگر بر روی بیماران سرپایی در کشور کره جنوبی، فراوانی اختلال افسردگی ۳۰/۳ درصد گزارش شد (۲۴). فراوانی افسردگی در جمعیت عمومی شهر کرمان، ۳۳/۸ درصد بود (۱۲). نتایج متفاوت فراوانی

اختلالات افسردگی در کشورهای مختلف در بیماران سرپایی می‌تواند ناشی از تفاوت در علل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشورها باشد. همچنین کمتر بودن فراوانی افسردگی در جمعیت عمومی کرمان نسبت به بیماران سرپایی می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی سرپایی دچار شکلی شده‌اند که منجر به مراجعه آن‌ها شده و بالتبع دچار افسردگی و ناشناخته ماندن پایان کار هستند.

در این مطالعه، ۷۳/۵ درصد افراد درجاتی از

اضطراب را داشتند و فراوانی موارد اضطراب شدید، ۱۲ درصد بود. در مطالعه بیماران سرپایی در کشور کره جنوبی، فراوانی اختلالات اضطرابی ۴۵/۶ درصد گزارش شد (۲۴). فراوانی اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی شهر کرمان ۴۳/۸ درصد گزارش شد (۱۲). در مطالعه‌ای در کشور آرژانتین فراوانی اختلالات اضطرابی در بیماران مراجعه کننده به مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت اولیه، ۲۹/۷ درصد گزارش شده است (۲۵). در مطالعه‌ای فراوانی اختلالات اضطرابی در کشور عربستان بر روی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و دیابت که به مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت اولیه مراجعه نموده بودند، ۳۸/۴ درصد گزارش شد (۲۶). در مطالعه حاضر نسبت به سایر موارد فراوانی اختلالات اضطرابی بیشتر بود که می‌تواند ناشی از عوامل فردی و فرهنگی شرکت‌کنندگان در مطالعات مختلف باشد. افراد مراجعه کننده به مراکز سرپایی به دلیل انتظار برای ویزیت پزشک، ترس از بیماری، تصورات شخصی نسبت به بیماری ممکن است از سطح اضطراب بالایی برخوردار باشند.

در مطالعه حاضر، ۳۸/۸ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه دچار اختلال جسمانی‌سازی بودند. مطالعه‌ای در کشور آلمان، فراوانی اختلالات جسمانی‌سازی در بیماران سرپایی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی را ۵۴/۶ درصد گزارش نمود (۲۷). فراوانی اختلالات جسمانی‌سازی خفیف، متوسط و شدید در جمعیت عمومی شهر کرمان به ترتیب ۶۶/۳، ۲۰/۵ و ۱۳/۱ درصد گزارش شد (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که تقریباً نیمی از بیمارانی که به کلینیک‌های درمانی مراجعه می‌کنند، بیماری جسمی قابل تشخیصی ندارند. در واقع حدود نیمی از

بیماران مبتلا به اختلالات روانی با شکایات جسمی به مراکز سلامت سرپایی مراجعه می‌کنند که باعث عدم تشخیص بیماری روانی آن‌ها می‌شود (۲۹، ۲۸). آموزش پزشکان در خصوص تشخیص صحیح و درمان به موقع اختلالات جسمانی‌سازی می‌تواند نقش بسزایی در مدیریت صحیح این بیماری در خط اول درمان داشته باشد.

بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و نمرات افسردگی و اضطراب با اختلال جسمانی‌سازی حاکی از آن بود که در آنالیز رگرسیون تک متغیره وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سن و نمرات اضطراب و افسردگی با اختلال جسمانی‌سازی ارتباط داشتند اما هنگام انجام آنالیز رگرسیون چند متغیره تنها نمره افسردگی بیماران با اختلال جسمانی‌سازی ارتباط معنی‌دار داشت. در واقع سایر متغیرها یعنی وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نمره اضطراب افراد می‌توانند با تأثیر بر نمره افسردگی بر روی علائم جسمانی‌سازی تأثیرگذار باشند. در مطالعه‌ای که در کشور نروژ بر روی ۵۰۳۷۷ نفر انجام شد ارتباط معنی‌داری بین ابتلاء به اضطراب و افسردگی و وجود علائم اختلال جسمانی‌سازی نشان داده شد (۳۰). مطالعات متعددی ارتباط بین افسردگی و اضطراب و اختلال جسمانی‌سازی را نشان داده‌اند اما هنوز دقیقاً مشخص نشده است که آیا این اختلالات به صورت هم‌زمان رخ می‌دهند و یا اضطراب و افسردگی به عنوان عامل خطر ابتلاء به اختلال جسمانی‌سازی می‌باشند (۳۱). از مطالعه حاضر این‌گونه استنباط می‌گردد که ابتلاء به افسردگی می‌تواند عامل پیشگویی کننده برای ابتلاء به اختلال جسمانی‌سازی باشد. بنابراین پزشکان لازم است

درمان این اختلالات در بیماران مراجعه کننده با شکایات مختلف را نشان می‌دهد. مدیریت صحیح این بیماری می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روانی بیماران داشته باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه به دلیل همکاری صمیمانه ایشان سپاسگزاری می‌کنند. مقاله حاضر منتج از پایان‌نامه خانم صدیقه زنگی‌آبادی جهت اخذ مدرک دکترای عمومی بود که با کد اخلاق IR.KMU.AH.REC.1396.2348 در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد تأیید قرار گرفته است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی با خود و سازمانی نداشتند.

علائم افسردگی را به خوبی بدانند و بتوانند اختلالات افسردگی را در بیماران به موقع تشخیص و درمان نمایند تا از عواقب بعدی آن پیشگیری شود.

پیشنهادها

اختلالات جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی با فراوانی قابل‌توجهی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های سرپایی دیده می‌شود. این اختلالات می‌توانند به صورت هم‌زمان رخ دهند و خصوصاً افسردگی می‌تواند زمینه بروز اختلالات جسمانی‌سازی را فراهم نماید. لذا آموزش پزشکان مخصوصاً پزشکان عمومی و خانواده جهت تشخیص به موقع و درمان اختلالات روحی-روانی به ویژه افسردگی می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش مراجعه بیماران به کلینیک‌ها و کاهش بار بیماری‌های جسمی و روحی-روانی داشته باشد. فراوانی بالای اختلالات اضطرابی لزوم تمرکز بیشتر پزشکان بر شناسایی و

References

- Jacob KS, Patel V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet* 2014;383(9926):1433-5. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62382-X
- Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer 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):189-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013
- De Waal M, Arnold I, Eekhof J, van Hemert A. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional limitations and comorbidity with anxiety and depression. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(12):671-6. [In Dutch]
- Sweeney GE. The Effect of the Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (SBIRT) Model on Adult Depression in an Outpatient Setting [dissertation]. Michigan: Kirkhof College of Nursing; 2020.
- Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med* 2010;1(2):81-91.
- Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety* 2002;16(4):162-71. doi: 10.1002/da.10065
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581-90. doi: 10.1001/jama.291.21.2581
- Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med* 2015;18(2):76-84.
- Burton C, Weller D, Marsden W, Worth A,

- Sharpe M. A primary care Symptoms Clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial. *BMJ Open* 2012;2(1):e000513. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000513
10. 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):258-66. doi: 10.1097/00006842-200203000-00008
11. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2006; 21(7): 671-7. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00460.x
12. Garrusi B, Danaei M, Aboosaeidi R. The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population. *J Prev Med Hyg* 2019;60(4):E400-6. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.4.1006
13. Washburn D, Wilson G, Roes M, Rnic K, Harkness KL. Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *J Anxiety Disord* 2016;37:71-7. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004
14. Risal A, Manandhar K, Linde M, Steiner TJ, Holen A. Anxiety and depression in Nepal: prevalence, comorbidity and associations. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):102.
15. Adams GC, Balbuena L, Meng X, Asmundson GJ. When social anxiety and depression go together: A population study of comorbidity and associated consequences. *J Affect Disord* 2016; 206:48-54. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.031
16. Bohman H, Läftman SB, Cleland N, Lundberg M, Päären A, Jonsson U. Somatic symptoms in adolescence as a predictor of severe mental illness in adulthood: a long-term community-based follow-up study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018;12:42. doi: 10.1186/s13034-018-0245-0
17. Rosendal M, Hartman TCO, Aamland A, Van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, et al. "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):18. doi: 10.1186/s12875-017-0592-6
18. Deschênes SS, Burns RJ, Schmitz N. Anxiety and depression symptom comorbidity and the risk of heart disease: a prospective community-based cohort study. *Psychosom Med* 2020;82(3):296-304. doi: 10.1097/PSY.0000000000000790
19. Yap AU, Chua E, Tan KB, Chan Y. Relationships between depression/somatization and self-reports of pain and disability. *J Orofac Pain* 2004;18(3):220-5.
20. 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. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3
21. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal* 2009;67(5):379-85.
22. Abdolmohammadi K, Ghadiri Sourman Abadi F, Sadat Seyed Pourmand N, Falsafinejad MR. The validation of somatization inventory in the students of Tabriz Universities (Iran). *Qom Univ Med Sci J* 2018;11(12):61-7. [In Persian]
23. Salihu AS, Udofia O. Prevalence and associated factors of depression among general outpatients in a tertiary Institution in Kano, North-Western Nigeria. *Open Journal of Psychiatry* 2016;6(3):228-36. doi: 10.4236/ojpsych.2016.63028.
24. Lee K, Kim D, Cho Y. Exploratory Factor Analysis of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II in a Psychiatric Outpatient Population. *J Korean Med Sci* 2018;33(16):e128. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e128
25. Burrone MS, Alvarado R, Colantonio LD, Enders JE, Abeldaño Zuñiga RA, Valencia E, et al. Prevalence of Mood and Anxiety Disorders Among Adults Seeking Care in Primary Healthcare Centers in Cordoba, Argentina. *Front Psychiatry* 2020; 11: 232. doi: 10.3389/fpsy.2020.00232
26. AlKhathami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, Alsaeed WY, AlKhathami MA, Al-Dhafeeri AH. Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients. Could patients' perception of their diseases control be used as a screening tool? *Saudi Med J* 2017;38(6):621-8. doi: 10.15537/smj.2017.6.17941
27. Hüsing P, Löwe B, Toussaint A. Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *J Psychosom Res* 2018;113:74-80. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.08.001
28. Wittchen HU, Mühlhig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci* 2003;5(2):115-28.
29. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen DA, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10(1):52-77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
30. 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. doi: 10.1097/01.psy.0000145823.85658.0c

31. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive

disorders: an update. *Psychosom Med* 2007;69(9):860-3.
doi:10.1097/PSY.0b013e31815b0103

An Investigation of the Relationship between Depression, Anxiety, and Somatization Disorder in Outpatients

Danaei Mina¹, Garrusi Behshid^{2*}, Zangiabadi Sedigheh³

• Received: 06. 11. 2019

• Revised: 05. 02. 2020

• Accepted: 08. 02. 2020



Abstract

Background & Objectives: Nowadays, many patients refer to outpatient clinics due to anxiety, depression, and somatization disorders. These disorders have catastrophic costs for the health care system. The present study examined the relationship between depression, anxiety, and somatization in outpatients.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in 2018 on 400 patients over 18 years old who referred to a selected clinic in Kerman and were selected using a convenience sampling method. Data were collected using the Hospital Anxiety and Depression Scale as well as Physical Health Questionnaire. Logistic regression statistical tests were used to analyze the data. Data were entered into SPSS statistical software version 20.

Results: The results of this study indicated that 38.8% of outpatients had a somatization disorder, 73.5% had anxiety and 61.2% had depression. Depression was associated with an increased risk of somatization in such a way that a one-unit increase in the depression score increased the risk of somatization 1.12 times.

Conclusion: Training physicians to timely diagnose and treat mental disorders, especially depression has a significant impact on reducing the burden of physical and mental illnesses.

Keywords: Somatization Disorders, Depression, Anxiety, Outpatients, Clinic

Citation: Danaei M, Garrusi B, Zangiabadi S. An Investigation of the Relationship between Depression, Anxiety, and Somatization Disorder in Outpatients. *Journal of Health Based Research* 2020; 5(4): 383-93. [In Persian]

1. Assistant Professor of Community and Family Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Professor of Psychiatry, Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. Medical Student, Modeling in Health Research Center, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*Corresponding Author: Behshid Garrusi

Address: Department of Community Medicine, Afzalipour Medical School, 22 Bahman Blvd., Kerman, Iran

Tel: 00983433257313

Email: behshidgarrusi@gmail.com