

Original Article

The Relationship between Concurrent Medical Diseases and Severity of Psychiatric Symptoms: A Case Study of Patients at Ebne-Sina Psychiatric Hospital

Fatemeh Samalipour Qeshmi¹, MA; Arvin Hedayati^{2*}, PhD; Arash Mani², PhD

¹Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

²Department of Psychiatry, School of Medicine, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran

Article Information

Article History:

Received: July 21, 2024

Accepted: November 13, 2024

*Corresponding Author:

Arvin Hedayat, PhD;

Department of Psychiatry, School of Medicine, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran

Email: hedayatia@razi.tums.ac.ir

Abstract

Introduction: Individuals with psychiatric disorders suffer from poorer physical health than the general population and are at a higher risk for cardiovascular diseases and a higher mortality rate. This study aimed to investigate the relationship between concurrent medical disorders and the severity of psychiatric symptoms in hospitalized patients.

Methods: This short-term longitudinal (cohort) study was conducted in the summer of 2023. The study population consisted of 510 patients (100 women, 410 men) hospitalized in the psychiatric wards of Ebne-Sina Hospital in Shiraz, Iran, who were evaluated via census sampling and clinical interview. Participants completed the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and a researcher-made checklist for concurrent medical disorders. The data were analyzed using SPSS version 23 and R version 4.3 software, employing independent two-sample t-tests.

Results: The analysis revealed significant associations between 14 concurrent medical disorders and the severity of psychiatric symptoms. Conditions such as seizure disorders, thyroid-related issues, anemia, and hypertension showed a significant and direct relationship with symptom severity ($P \leq 0.01$). In contrast, disorders related to the prostate, diabetes, and asthma had the least impact on psychiatric symptom severity.

Conclusion: The findings highlighted that understanding the potential relationship between medical and psychiatric conditions is crucial for providing effective patient care. The co-occurrence of physical and mental illnesses could significantly influence disease management, treatment methods, overall health status, and patient quality of life.

Keywords: Mental disorders, Psychiatry, Illness Behavior, Patients, Psychosomatic Medicine, Psychophysiologic Disorders, Comorbidity

Please cite this article as:

Samalipour Qeshmi F, Hedayati A, Mani A. The Relationship between Concurrent Medical Diseases and Severity of Psychiatric Symptoms: A Case Study of Patients at Ebne-Sina Psychiatric Hospital. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(4): 751-765. doi: 10.30476/SMSJ.2025.103275.1557.



مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط اختلالات جسمی همراه و شدت علائم روان پزشکی (مطالعه‌ی موردی: بیماران بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن سینای شیراز)

فاطمه سمالی پور قشمی^۱، آروین هدایتی^{۲*}، آرش مانی^۲

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران
^۲گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۳

نویسنده مسئول:

آروین هدایتی،

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

شیراز، شیراز، ایران

پست الکترونیکی: hedayatia@razitums.ac.ir

مقدمه: افراد مبتلا به بیماری روان پزشکی از سلامت جسمانی ضعیف‌تری در مقایسه با جمعیت عمومی رنج می‌برند؛ همچنین خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و میزان مرگ‌ومیر بالاتری دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بیماری جسمی همراه و شدت علائم روان پزشکی در بیماران بستری در بخش‌های روان پزشکی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش به روش مطالعه‌های طولی کوتاه‌مدت (کوهورت کوتاه‌مدت) انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل بیماران بستری در بخش‌های روان پزشکی بیمارستان ابن سینای شیراز در تابستان ۱۴۰۲ به تعداد ۵۱۰ نفر (۱۰۰ زن و ۴۱۰ مرد) بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری سرشماری ارزیابی و مصاحبه‌ی بالینی شدند و به پرسش‌نامه‌ی نشانه‌های اختلالات روانی (Symptom Check List – 90-R) و چک‌لیست محقق‌ساخته‌ی وضعیت اختلال جسمی همراه پاسخ دادند. داده‌های پژوهش از طریق نرم‌افزار SPSS^۱ نسخه‌ی ۲۳ و R^۲ نسخه‌ی ۴/۳ با استفاده از آزمون تی گروه‌های مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس نتایج آزمون‌ها مشخص گردید که از میان چهارده بیماری جسمی همراه و شدت علائم روان پزشکی ارتباط معناداری وجود دارد. بیماری‌هایی مانند تشنج، مشکلات تیروئید، کم‌خونی و فشار خون دارای ارتباط معنی‌دار و مستقیمی با شدت علائم روان پزشکی هستند ($P \leq 0/01$)، درحالی‌که بیماری‌های مربوط به پروستات، دیابت و آسم کمترین تأثیر را بر شدت علائم روان پزشکی داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: مطابق با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، درک ارتباط بالقوه‌ی بین بیماری‌های پزشکی و علائم روان پزشکی برای ارائه‌ی مراقبت‌های مؤثر برای بیماران ضروری است. هم‌زمانی ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی بر مدیریت بیماری، وضعیت کلی سلامت بیماران و کیفیت زندگی تأثیر زیادی دارد.

کلمات کلیدی: اختلالات روانی، روان پزشکی، رفتار بیمارگونه، بیماران، پزشکی روان تنی، اختلالات روان فیزیولوژیک، هم‌زمانی بیماری‌ها

1. Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

2. R Programing Language (R)

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

سمالی پور قشمی ف، هدایتی آ، مانی آر. بررسی ارتباط اختلالات جسمی همراه و شدت علائم روان پزشکی (مطالعه‌ی موردی: بیماران بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن سینای شیراز). مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۴، پاییز و زمستان ۱۴۰۴، ۷۵۱-۷۶۵.

رفتار مشخص می‌شود. شیوع اسکیزوفرنی در سرتاسر جهان کمتر از ۱٪ از کل جمعیت تخمین زده می‌شود. تحقیقات مردم‌شناسی نشان می‌دهد که علایم اصلی اسکیزوفرنی (یعنی هذیان، توهم، تداعی ایده‌های نامرتب، کناره‌گیری اجتماعی، فقدان انگیزه و نبود پاسخ عاطفی) در همه‌ی فرهنگ‌ها ظاهر می‌شود (۴). در سال‌های گذشته، تعامل بین بیماری‌های جسمی و علایم روان‌پزشکی در حوزه‌ی مراقبت‌های بهداشتی توجه قرار گرفته است. تشخیص اینکه سلامت جسمی و روانی درهم‌تنیده هستند، محققان را بر آن داشته است تا رابطه‌ی بین این دو حوزه را به‌طور جامع‌تر بررسی کنند. سلامت‌روان یک مسأله‌ی جهانی است؛ به‌طوری‌که تخمین زده می‌شود ۱۰٪ از جمعیت جهان درحال حاضر با یک اختلال روانی زندگی می‌کنند و تقریباً ۵۰٪ از جمعیت تخمین‌زده می‌شود که یک اختلال روانی را در طول زندگی خود تجربه کنند. اختلالات روانی به‌عنوان سندرم‌های تعریف می‌شوند که منعکس‌کننده‌ی اختلالات روانی، بیولوژیکی یا رشدی هستند و با اختلال بالینی شایان توجه در عملکرد شناختی، تنظیم هیجان یا رفتار مشخص می‌شوند (۲). بسیاری از مطالعات ارتباط عوامل خطر و محافظت‌کننده با بیماری‌های روانی را بررسی کرده‌اند. درک این عوامل برای شناسایی زودهنگام افراد مبتلا به بیماری روانی (پیشگیری ثانویه) اهمیت بالایی دارد و به کمپین‌های اطلاع‌رسانی با هدف افزایش آگاهی از عوامل خطر و ارتقای سلامت‌روان (پیشگیری اولیه) در بین عموم مردم کمک می‌کند. شناسایی زودهنگام به‌ویژه در بیماری‌های روانی شدید^۲ مهم است و تأثیر عمیقی بر سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در سطح بیمار و سیستم دارد. بیش از بیست درصد افرادی که از ۳۶۹ بیماری و آسیب شناسایی‌شده در مطالعه‌ی جهانی میان بیماری‌ها، آسیب‌ها و عوامل خطر و بیماری‌های روانی شدید (اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اختلالات افسردگی) رنج می‌برند، بدون طی کردن فرایندهای درمانی یا مراجعه برای درمان به زندگی خود ادامه می‌دهند (۵). هم بیماری‌های جسمی و هم اختلالات روانی به‌طور شایان توجهی در افزایش بار سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان نقش دارند. بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت عامل بیش از پنجاه درصد مرگ‌ومیرهای جهانی هستند، درحالی‌که اختلالات روانی سومین عامل اصلی بار بیماری هستند. از کل اختلالات روان‌پزشکی جهان

از آخرین به‌روزرسانی در ژانویه ۲۰۲۲، DSM-5^۱ بیماری روانی را به‌عنوان یک اختلال بالینی درخور توجه در شناخت، تنظیم احساسات یا رفتار یک فرد تعریف می‌کند که منعکس‌کننده‌ی یک اختلال در فرایندهای روانی، بیولوژیکی یا رشدی است که زیربنای عملکرد ذهنی است. DSM-5 معیارهای خاصی را برای اختلالات روانی مختلف ارائه می‌کند و این معیارها بیشتر شامل علایم، مدت زمان و اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم است. اختلالات روانی زیر پوشش DSM-5 از اختلالات خلقی (مانند افسردگی و اختلال دوقطبی) تا اختلالات اضطرابی، اختلالات روان‌پریشی و... را شامل می‌شود (۱).

اختلالات خلقی اختلال‌های پیچیده‌ای هستند که از عوامل متعددی ازجمله بیولوژیکی، روانی و اجتماعی ناشی می‌شوند. یک اختلال خلقی مانند افسردگی اساسی یا دوره‌ی شیدایی یا هیپومانیا با مجموعه‌ای از علایم مشخص می‌شود که باعث ناراحتی شایان توجه افراد می‌شود یا عملکرد روزمره‌ی آن‌ها را مختل می‌کند. افسردگی اساسی و اختلالات دوقطبی مشکلات درخور توجهی را برای افراد در مدرسه، محل کار و در روابطشان ایجاد می‌کنند و افراد را بدون درنظرگرفتن جنسیت، سن، ملیت، نژاد، مذهب یا گرایش جنسی تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲).

اضطراب را می‌توان به‌عنوان یک حالت خلقی منفی تعریف کرد که با علایم بدنی مانند افزایش ضربان قلب، تنش عضلانی، احساس ناراحتی و نگرانی از آینده همراه است. اضطراب و اختلالات نزدیک به آن از «آسیب‌پذیری‌های سه‌گانه»، ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روانی و خاص که خطر ابتلا به یک اختلال را افزایش می‌دهد، پدید می‌آیند. هیچ‌یک از این آسیب‌پذیری‌ها مستقیماً به‌خودی‌خود باعث اختلالات اضطرابی نمی‌شوند؛ درعوض، وقتی همه‌ی این آسیب‌پذیری‌ها وجود داشته باشند و ما مقداری استرس زندگی را تجربه می‌کنیم، ممکن است یک اختلال اضطرابی در نتیجه ایجاد شود (۳).

برای اسکیزوفرنی و افسردگی، شواهد قوی برای وجود مکانیسم‌های بیولوژیکی اثبات‌شونده وجود دارد که باعث فرایندها و رفتارهای روان‌شناختی غیرطبیعی می‌شوند. اسکیزوفرنی یک اختلال روانی نسبتاً نادر است که با اختلال در فکر، احساس و

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
2. Severe Mental Illness (SMI)

نیز موجب بروز بیماری‌های روانی در فرد می‌شود، بیماری کرونا نقش مهمی در بروز اضطراب و افسردگی داشته است (۹).

همچنین در متاآنالیزهای متعدد رابطه‌ی زمانی بین اضطراب و زوال عقل بررسی شده است. بیشتر نتایج نشان می‌دهند که اضطراب قبلی (هم تشخیص‌های بالینی و هم علائم خودگزارش‌شده) با افزایش خطر ابتلا به زوال عقل و نیز همه‌ی عوامل تشدیدکننده‌ی زوال عقل مرتبط است. باین‌حال، در بیشتر مطالعات زمان بین ارزیابی اولیه‌ی اضطراب و تشخیص زوال عقل نسبتاً کوتاه (کمتر از ده سال) بوده است. با توجه به ماهیت موزیانه‌ی زوال عقل، اضطراب همچنان می‌تواند نتیجه‌ی تغییرات عصبی زیستی باشد، درباره‌ی زوال عقل، مشخص شده است که عامل اضطراب شناسایی شده، به مدت ده تا بیست سال قبل از شروع علائم شناختی زوال عقل وجود داشته است (۱۰).

جمعیت‌هایی که بیماری‌های فیزیکی رایجی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و اختلالات تخریب‌کننده‌ی عصب^۳ دارند، نسبت به جمعیت عمومی، به‌طور چشمگیری نرخ بالاتری از اختلال افسردگی اساسی^۴ (MDD) را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، افرادی که با MDD زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای بسیاری از بیماری‌های فیزیکی هستند. این سطح بالای بیماری همراه با پیامدهای بدتر، کاهش تبعیت از درمان، افزایش مرگ‌ومیر و استفاده بیشتر از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌ها همراه است. همبودی می‌تواند به طیفی از چالش‌های بالینی منجر شود، مانند یک اتحاد درمانی پیچیده‌تر، مسائل مربوط به رفتارهای سلامت سازگار، تداخلات دارو با دارو و عوارض جانبی ناشی از داروهای استفاده‌شده برای اختلالات جسمی و روانی. توضیحات بالقوه برای شیوع بالای بیماری همراه فوق شامل مسیرهای ژنتیکی و بیولوژیکی مشترک است (۱۱).

اختلالات روانی با اختلال در شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتار مشخص می‌شوند که نشان‌دهنده‌ی اختلال در فرایندهای روانی، بیولوژیکی یا رشدی است. این‌ها از عوامل مهم در ایجاد هزینه‌های پزشکی، اجتماعی و اقتصادی هستند. شواهد پیش‌بالینی و بالینی ارتباط قوی بین پاتوفیزیولوژی، پیشرفت و شدت علائم اختلالات روان‌پزشکی با التهاب را نشان داده‌اند. در یک رابطه‌ی دوطرفه، درک مکانیسم‌های که توسط آن التهاب با اختلالات روان‌پزشکی مرتبط

بیشترین شیوع به‌ترتیب اختلالات افسردگی ۳۷ درصد، اختلالات اضطرابی ۲۳ درصد و اسکیزوفرنی دوازده درصد را شامل می‌شود (۶).

افراد مبتلا به بیماری روان‌پزشکی از سلامت جسمانی ضعیف‌تری در مقایسه با جمعیت عمومی رنج می‌برند، همچنین خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و متابولیک و میزان مرگ‌ومیر بالاتری دارند. امروزه شواهد قانع‌کننده‌ای داریم که نشان می‌دهد نه تنها بیماران مبتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی، مانند اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی، بلکه افرادی که دارای علائم روان‌پزشکی از طیف وسیعی از اختلالات روانی هستند، در مقایسه با بقیه‌ی جمعیت، کاهش امید به زندگی را تجربه می‌کنند. اضطراب و افسردگی با بروز بیماری قلبی-عروقی، فشار خون بالا، دیابت و سرطان مرتبط است. اختلالات اضطرابی با خطر بیشتری برای حوادث قلبی-عروقی، از جمله سکته‌ی مغزی، بیماری عروق کرونر قلب، نارسایی قلبی و مرگ قلبی-عروقی مرتبط است (۷).

به‌عنوان مثال دیابت می‌تواند به‌طور شایان توجهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان تأثیر بگذارد. باین‌حال، ناسازگاری در شیوع افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع یک و نوع دو و افراد بدون دیابت گزارش شده است. مدیریت دیابت مهم است، زیرا می‌تواند تأثیرات زیادی بر عملکرد و کیفیت زندگی داشته باشد و بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارد. شیوع افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع یک و دو به‌طور چشمگیری بیشتر از افراد بدون دیابت بود. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که رابطه‌ای دوطرفه بین دیابت و افسردگی وجود دارد، افسردگی با رفتارهای ناسالم مانند رژیم غذایی نامناسب و سبک زندگی کم‌تحرک، افزایش فعالیت‌محور هیپوفیز-غده‌ی فوق‌کلیوی-هیپوتالاموس و افزایش سطح هورمون‌های استرس و سیتوکین‌های پیش‌التهابی مرتبط است. بیماری همراه افسردگی می‌تواند به عواقب جدی مانند کنترل نامناسب قند خون، پیگیری نکردن درمان پزشکی و نرخ بالاتر حوادث قلبی و مرگ‌ومیر ناشی از آن منجر شود. آنچه به‌عنوان افسردگی در نظر گرفته می‌شود، ممکن است به ناراحتی حاصل از دیابت (مانند ترس از عوارض بیماری و فرسودگی دیابت در نتیجه نیازهای خودمراقبتی) مربوط شود که ناشی از دیابت و مدیریت آن است. کاهش عزت نفس و سازگاری با این بیماری مزمن ممکن است در بروز علائم افسردگی نقش داشته باشد (۸). در برخی نمونه‌ها وجود بیماری‌های جسمی که به‌شکل همه‌گیری رخ می‌دهد

3. Neurodegenerative disorders

4. Major depressive disorder (MDD)

معیارهای خروج

دریافت درمان با الکتروشوک (ECT)^۵؛
افرادی که سن کمتر از هجده و بیشتر از شصت سال داشتند، از بین نمونه‌ها خارج شدند؛

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه‌ی نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R)^۶ اطلاعات لازم درباره‌ی علائم روان‌پزشکی در این پژوهش به‌روشنی میدانی و از طریق پرسش‌نامه گردآوری شده است. ابزار گردآوری اطلاعات شدت علائم روان‌پزشکی، پرسش‌نامه‌ی نشانه‌های اختلالات روانی بود که از طریق فرم‌های آنلاین (پرس‌لاین) طراحی و تکمیل شد.

پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای تشخیص روان‌پزشکی است که شامل نود سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که با استفاده از آن می‌توان افراد سالم را از بیمار تشخیص داد. این پرسش‌نامه را دروگاتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ (۱۲) معرفی کردند و براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی، درباره‌ی آن تجدیدنظر کردند و درنهایت فرم نهایی آن در سال ۱۹۸۴ تهیه شد. پاسخ‌های ارائه‌شده به هر یک از سؤالات آزمون براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (میزان ناراحتی از هیچ=۱ تا به‌شدت=۵). این پرسش‌نامه نه خرده‌مقیاس مختلف را دربر می‌گیرد که شامل: ۱. شکایات جسمانی، ۲. وسواس و اجبار، ۳. حساسیت در روابط متقابل، ۴. افسردگی، ۵. اضطراب، ۶. پرخاشگری، ۷. ترس مرضی، ۸. افکار پارانوئیدی و ۹. روان‌پریشی است. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به‌دست می‌آید. بنابراین کمترین نمره (۹۰) و بیشترین نمره (۴۵۰) است و هرچه نمره‌ی فرد بیشتر باشد، شدت نشانه‌های اختلالات روانی بیشتر است. در زمینه‌ی اعتبار هم‌زمان، دراگوتیس، ریکلز و راک^۷ (۱۹۷۶) این آزمون را به‌همراه MMPI^۸ بر روی ۲۱۹ آزمودنی داوطلب انجام دادند (۱۳). همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۰/۷۳ و کمترین همبستگی، ترس مرضی با ۰/۳۶ بوده است و همگی معنادار بودند.

میرزایی (۱۳۵۹) این پرسش‌نامه را روی ۲۲۴۱ بیمار روانی معتاد و افراد سالم اجرا کرد. اعتبار آزمون در تمام زیرمقیاس‌ها به جز خصومت، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیشتر از ۰/۸ گزارش شد. روایی سازه نیز نشان داد که این آزمون توانایی سرندکردن و تشخیص

است، ممکن است به توسعه‌ی درمان‌های جدید و آزمایش داروهای موجود با مکانیسم‌های شناخته‌شده (تغییر منظور از دارو) کمک کند. بنابراین تحقیق حاضر به‌منظور شناسایی میزان و نوع ارتباط بین بیماری‌های جسمی همراه (چهارده بیماری) و علائم روان‌پزشکی (نه بیماری) و با هدف تعیین شدت علائم روان‌پزشکی در بیماران انجام شده است. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند در تشخیص علل بروز برخی اختلالات روانی که منشأ آن‌ها بیماری جسمی است استفاده شود و در طی فرایند درمان روان‌پزشکی مفید واقع گردد.

مواد و روش‌ها

طرح تحقیق

پژوهش حاضر از نوع طرح مطالعه‌های طولی کوتاه‌مدت (کوهورت کوتاه‌مدت) است.

جامعه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینا با نظارت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی استان فارس است. در پژوهش حاضر ۵۱۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینا شیراز (۱۰۰ زن و ۴۱۰ مرد) در بازه‌ی زمانی سه‌ماهه (ابتدای تیرماه ۱۴۰۲ الی پایان شهریور ۱۴۰۲) به‌صورت سرشماری از نمونه‌های دردسترس بوده است. باتوجه‌به طرح پژوهش؛ حجم نمونه مشخص نشده است و بیماران بستری در بازه‌ی زمانی که ملاک‌های ورود به پژوهش داشتند در پژوهش شرکت کردند.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود

بستری‌بودن بیمار در بخش روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینا در بازه‌ی زمانی تحقیق؛

بیماران با بازه‌ی سنی هجده تا شصت سال با تشخیص اختلالات اصلی روان‌پزشکی؛

تشخیص اختلال روان‌پزشکی از سوی روان‌پزشکان عضو هیئت علمی دانشگاه و دارای مدرک بورس تخصصی این رشته و براساس معیارهای بالینی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵)؛ رضایت‌نامه‌ی کتبی یا شفاهی برای شرکت در

پژوهش.

5. Electroconvulsive Therapy (ECT)

6. Symptom Check List – 90- Revised (SCL-90-R)

7. Drogatis, Rickels, Rock

8. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

بیمارستان ابن سینا با نظارت دانشگاه علوم پزشکی شیراز و با کسب رضایت از تمایل به شرکت در پژوهش حاضر، وارد مطالعه و بررسی شده‌اند. کلیه بیماران به سؤالات پژوهش به‌روش مصاحبه‌ی چهره‌به‌چهره پاسخ دادند و همچنین اطلاعات زمینه‌ای دیگر براساس پرونده‌ی بیماران در چک‌لیست تهیه‌شده ثبت شد.

تحلیل آماری

پژوهش حاضر از نوع طرح مطالعه‌های طولی کوتاه‌مدت (کوهورت کوتاه‌مدت) است. برای تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS^{۱۴} نسخه‌ی ۲۳ و R^{۱۵} نسخه‌ی ۴/۳ داده‌های خام حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش با روش آماری توصیفی (درصد، میانگین، انحراف معیار، واریانس و...) و روش‌های آمار استنباطی (آزمون تی گروه‌های مستقل) تحلیل و بررسی شده است. در این مطالعه سطح اطمینان ۹۹ درصد، سپس ۹۵ درصد برای معنی‌داری ارتباط بین بیماری جسمی همراه و شدت علائم روان‌پزشکی در نظر گرفته شده است. باتوجه‌به حداقل تعداد نمونه‌ی لازم برای انجام مقایسه‌های آماری با استفاده از آزمون تی گروه‌های مستقل بیماری‌های جسمی همراه که کمتر از سی نمونه بودند، از تحلیل کنار گذاشته شدند. به‌منظور بررسی قابلیت اتکاء اطلاعات جمع‌آوری‌شده از پرسش‌نامه‌ی آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخص محاسبه گردید. درباره‌ی شدت علائم روان‌پزشکی باتوجه‌به اینکه این شدت‌ها در مقیاس‌های متفاوتی اندازه‌گیری می‌شوند و بیشترین نمره‌ی اکتسابی متفاوت است، با استفاده از تابع استانداردسازی (Scale) در R روی داده‌ها برای مقایسه‌پذیر شدن آن‌ها انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌دقت رعایت شده است. در ابتدا پژوهشگر خود را معرفی کرده و هدف از انجام این پژوهش که صرفاً جمع‌آوری داده‌های آماری برای انجام پژوهش بود، بیان شده است. سپس در تمامی نمونه‌های پژوهش، کسب رضایت آگاهانه‌ی آزمودنی‌ها، حفظ حریم خصوصی آزمودنی‌ها، رازداری و محرمانه‌نگه‌داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها بدون ذکر نام، احترام به فرد و اختیار او، سودمندی و بی‌ضرر بودن توضیحاتی داده شد. در این پژوهش به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز کد اخلاق به شناسه‌ی IR.IAU.SHIRAZ.REC.1402.030 دریافت شد.

بیماری‌های روانی را دارد. ضریب آزمون بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی یک هفته نیز حاکی از ضریب همبستگی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بود. همچنین در بیشتر پژوهش‌ها نقطه‌ی برش ۰/۷ به‌عنوان شاخص علائم مرضی گزارش شده است (رضاپور، ۱۳۷۶؛ حسینی، ۱۳۸۳؛ غفاری‌نژاد، ۱۳۸۲). السون (۲۰۰۴) نیز در پژوهش خود روی ۱۱۵۳ شرکت‌کننده میانگین و انحراف استاندارد معیار شاخص علائم مرضی در کل زنان و مردان را به‌ترتیب 0.72 ± 0.70 ، 0.49 ± 0.84 ، $0.58/78 \pm 0.64$ گزارش کرده است. بیانی (۱۳۸۶) در پژوهش خود میانگین و انحراف استاندارد معیار شاخص علائم مرضی در کل زنان و مردان را به‌ترتیب 0.41 ± 0.43 ، 0.45 ± 0.46 ، 0.49 ± 0.46 گزارش کرده است. انیسی، اکبری، مجدیان، آتشکار و قربانی (۱۳۹۰) همسانی درونی زیرمقیاس‌ها را از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. ضریب آلفای کلی پرسش‌نامه نیز ۰/۹۸ گزارش شده است. دامنه‌ی ضریب همبستگی بازآزمایی زیرمقیاس‌های آزمون با فاصله‌ی زمانی دوهفته‌ای از ۰/۵۳ تا ۰/۹۳ بود. میانگین و انحراف استاندارد برای کل مقیاس 0.44 ± 0.43 ، زنان 0.47 ± 0.54 و مردان 0.43 ± 0.43 بود.

چک‌لیست بیماری جسمی همراه

اطلاعات مربوط به اختلال جسمی همراه، با استفاده از چک‌لیست‌های محقق‌ساخته به‌دست آمده است. چک‌لیست اختلال جسمی همراه، نه دسته بیماری‌های جسمی را دربر می‌گیرد. بیماری‌های جسمی شامل: اختلالات اندوکراین (دیابت، چربی خون بالا، کم‌کاری تیروئید و پرکاری تیروئید)، مشکلات قلبی (فشار خون (HTN^۹) و بیماری ایسکمی قلبی (فنا/ استنت (IHD^{۱۰}))، کم‌خونی، اختلالات گوارشی (سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS^{۱۱}))، التهاب روده/ کولیت (IBD^{۱۲}))، اختلالات تنفسی (آسم و COPD^{۱۳}))، اختلالات کلیوی (سنگ کلیه و نارسایی کلیه)، بیماری‌های سیستم تولیدمثل زنانه و مردانه، اختلالات عصبی شناختی (تشنج، سکته‌های مغزی، دمانس و پارکینسون)، سرطان و پیوند اعضا (کلیه، کبد و مغز استخوان) است. پاسخ‌های ارائه‌شده به هریک از گزینه‌های چک‌لیست در مقیاس (بله) و (خیر) مشخص می‌شود.

روند اجرای پژوهش

کلیه‌ی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان

9. Hypertension (HTN)

10. Ischemic heart disease (IHD)

11. Irritable bowel syndrome (IBS)

12. Inflammatory bowel disease (IBD)

13. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

14. Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

15. R Programing Language (R)

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌های استفاده‌شده در پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی مطلق	درصد فراوانی
جنس	زن	۱۰۰	۱۹/۶
	مرد	۴۱۰	۸۰/۴
سن	زیر ۳۰ سال	۱۴۵	۲۸/۴
	بین ۳۱ تا ۵۰ سال	۳۰۱	۵۹
	بین ۵۱ تا ۶۰ سال	۶۴	۱۲/۵
بیماری جسمی	بدون بیماری	۵۵	۱۰/۸
	با حداقل یک بیماری	۴۵۵	۸۹/۲

جدول ۲. پراکندگی فراوانی نمونه‌ها بر حسب نوع اختلال روان‌پزشکی

نوع اختلال	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
اختلالات خلقی (افسردگی و دوقطبی)	۲۵۰	۴۹/۰	۴۹
اختلالات اسکیزوفرنیک و سایکوتیک	۱۷۱	۳۳/۵	۸۲/۵
اختلالات شخصیت	۴۴	۸/۶	۹۱/۲
اختلالات مصرف مواد و اعتیادی	۱۸	۳/۵	۹۴/۷
اختلالات استرس پس از سانحه	۹	۱/۸	۹۶/۵
اختلالات اضطرابی	۸	۱/۶	۹۸
اختلالات عصبی‌شناختی	۴	۰/۸	۹۸/۸
اختلالات وسواس فکری‌عملی	۳	۰/۶	۹۹/۴
ناهنجاری‌های عصبی‌رشدی	۳	۰/۶	۱۰۰
کل	۵۱۰	۱۰۰/۰	-

یافته‌ها

ترکیب سنی و جنسی

نمونه‌های استفاده‌شده در پژوهش حاضر با میانگین سنی ۳۷/۵۳ و انحراف معیار ۱۱/۳۸ از بین بیماران بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای شیراز که به روش سرشماری ۵۱۰ بیمار انتخاب شده‌اند و شامل ۱۰۰ زن و ۴۱۰ مرد است، فراوانی گروه‌های سنی و جنسی در جدول ۱ آورده شده است.

اختلالات روان‌پزشکی

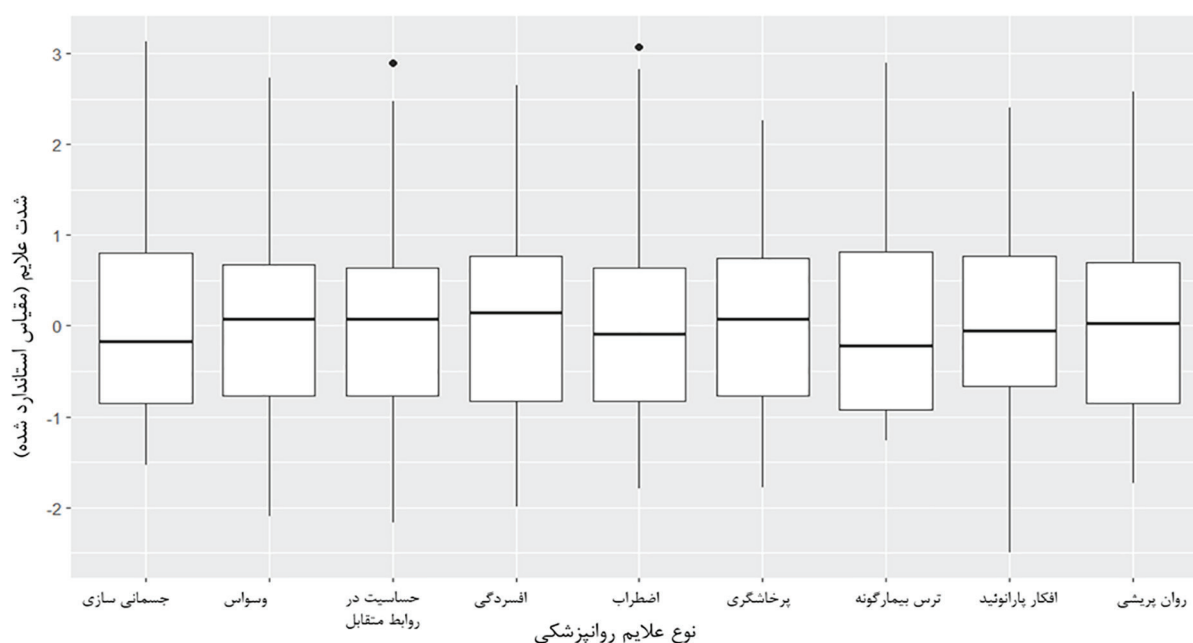
در جدول ۲ پراکندگی نمونه‌ها به تفکیک آماره‌های توصیفی نوع اختلال روان‌پزشکی بیماران براساس تشخیص روان‌پزشک ارائه شده است، این اختلالات دلیل عمده‌ی بستری‌شدن بیماران در بیمارستان اعصاب و روان است. همان‌گونه که در این جدول

می‌بینید، بیشتر نمونه‌های پژوهش مبتلا به اختلالات خلقی شامل افسردگی و دوقطبی بوده‌اند (۴۹/۰ درصد) و پس‌از آن بیشترین فراوانی مربوط به اختلالات اسکیزوفرنیک و سایکوتیک (۳۳/۵ درصد) بوده است. قابلیت اتکاء داده‌های حاصل از پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۸ محاسبه شد، بنابراین پایایی پرسش‌نامه مطلوب ارزیابی می‌گردد.

در جدول ۳ پراکندگی آزمودنی‌ها به تفکیک توصیف شدت علائم روان‌پزشکی در بیماران روان‌پزشکی شده است، این علائم با استفاده از تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه‌ها به دست آمده است، باتوجه به جدول ۳ مشخص است که بیشترین شدت علائم روان‌پزشکی در بیماران بستری در بیمارستان روان‌پزشکی افکار پارانویید با میانگین (۵۱ درصد) محسوب می‌شود. پس از آن بیشترین شدت علائم روان‌پزشکی به ترتیب مربوط به پرخاشگری (۴۴ درصد)، وسواس (۴۳/۴)

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده براساس پرسش‌نامه اختلالات روان‌پزشکی

علائم روان‌پزشکی	حداکثر نمره کسب شده براساس پرسش‌نامه	میانگین کل نمونه‌ها	میانگین درصد نمره کسب شده از حداکثر نمره	انحراف معیار
افسردگی	۵۲	۲۲/۳۴	۴۳	۱۱/۲۱۱
وسواس	۴۰	۱۷/۳۷	۴۳/۴	۸/۲۷۸
جسمانی سازی	۴۸	۱۵/۷۳	۳۲/۸	۱۰/۲۸۵
روان‌پریشی	۴۰	۱۵/۷	۳۹/۳	۹/۰۴۵
حساسیت در روابط متقابل	۳۶	۱۵/۴۴	۴۲/۹	۷/۱۰۴
اضطراب	۴۰	۱۴/۷۶	۳۶/۹	۸/۲۱۰
افکار پارانوئید	۲۴	۱۲/۲۳	۵۱	۴/۹۰۶
پرخاشگری	۲۴	۱۰/۵۷	۴۴	۵/۹۲۷
ترس بیمارگونه	۲۸	۸/۴۹	۳۰/۳	۶/۷۴۵


شکل ۱. نمودار جعبه‌ای شدت علائم روان‌پزشکی استانداردسازی شده

همه‌گیری اختلالات جسمی در بیماران روان‌پزشکی ارائه شده است. باتوجه به این جدول مشخص است که تعداد افراد نمونه که سابقه‌ی بیماری‌های روده (التهاب و سندروم تحریک‌پذیر) یا در حال حاضر مبتلا به بیماری‌های روده (التهاب و سندروم تحریک‌پذیر) هستند (۲۳۳ نفر)، بیشتر از سایر بیماری‌های جسمی بوده است. پس از آن بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به مشکل تشنج (۲۲۱ نفر)، کم‌خونی (۲۰۸ نفر)، فشار خون (۱۲۸ نفر)، چربی خون (۱۲۴ نفر)، اختلالات تیروئید کم‌کار و پرکار (۱۱۶ نفر) و دیابت (۹۹ نفر) بوده است.

در میان نمونه‌ها ۸۹/۲ درصد افراد نمونه با حداقل

درصد، افسردگی (۴۳ درصد)، حساسیت در روابط متقابل (۴۲/۹ درصد)، روان‌پریشی (۳۹/۳ درصد)، اضطراب (۳۶/۹ درصد)، جسمانی‌سازی (۳۲/۸ درصد) و کمترین شدت علائم روان‌پزشکی بیماران بستری مربوط به ترس بیمارگونه (۳۰/۳ درصد) بوده است. باتوجه به اینکه مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم روان‌پزشکی در مقیاس متفاوتی انجام شده است برای مقایسه‌پذیر شدن آن‌ها بعد از استانداردسازی از نمودار جعبه‌ای (شکل ۱) استفاده شد.

اختلالات جسمی همراه

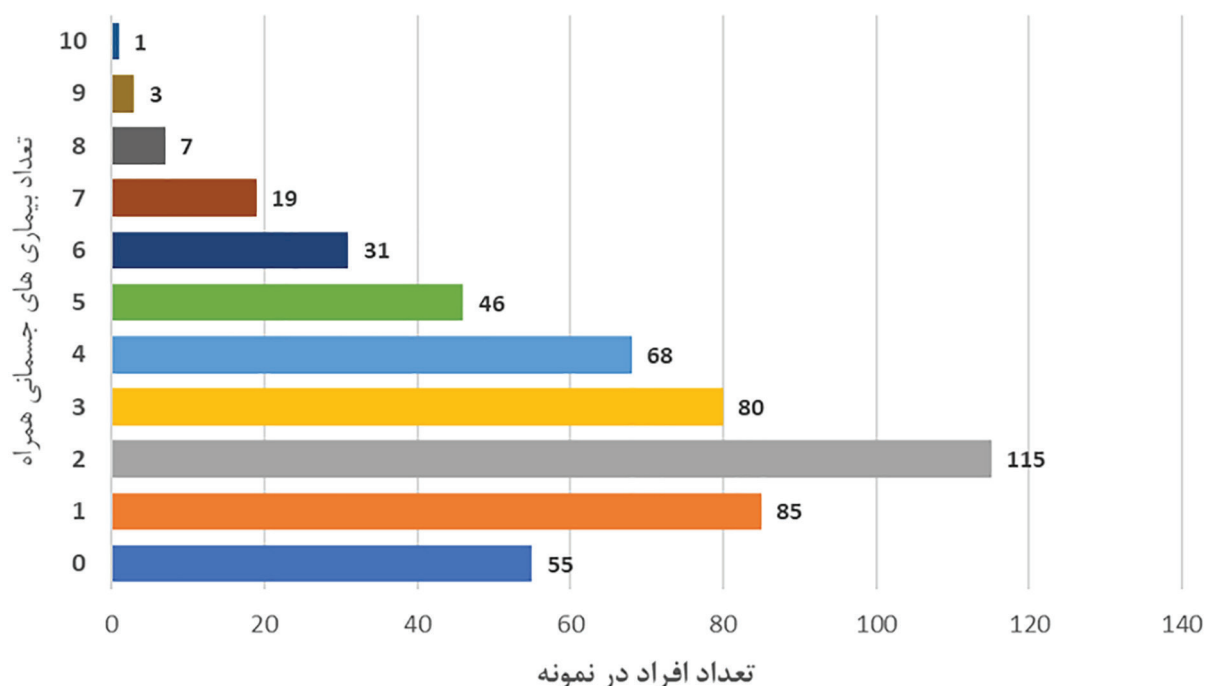
در جدول ۴ پراکندگی نمونه‌ها به تفکیک توصیف

جدول ۴. پراکندگی آزمودنی‌ها برحسب نوع اختلالات جسمانی

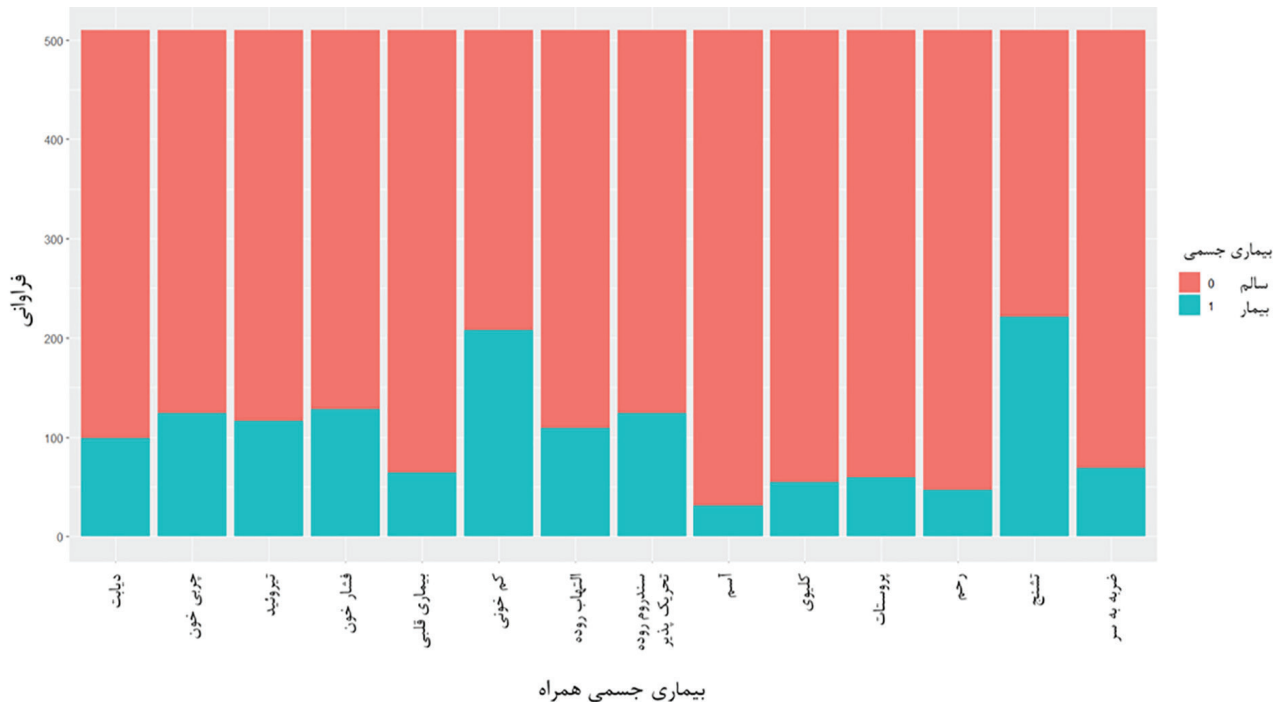
بیماری جسمی	فراوانی	درصد فراوانی
بیماری‌های روده (التهاب و سندروم تحریک‌پذیر)	۲۳۳	۴۵/۷
تشنج	۲۲۱	۴۳/۳
کم‌خونی	۲۰۸	۴۰/۸
فشار خون	۱۲۸	۲۵/۱
چربی خون	۱۲۴	۲۴/۳
تیروئید	۱۱۶	۲۲/۷
دیابت	۹۹	۱۹/۴
اختلالات عصبی‌شناختی	۸۱	۱۵/۹
بیماری قلبی	۶۴	۱۲/۵
مشکل بزرگی پروستات	۵۹	۱۱/۶
نارسایی کلیوی	۵۸	۱۱/۴
مشکلات زنانه	۵۲	۱۰/۲
آسم	۳۱	۶/۱
تعداد افراد دارای حداقل یک بیماری جسمانی همراه	۴۵۵	۸۹/۲

نمونه‌ی آن‌ها کمتر از سی بوده است، تعدادی از بیماران حذف شدند و دوازده بیماری جسمانی همراه برای انجام آزمون‌های آماری باقی ماندند. فراوانی چهارده بیماری‌های جسمانی همراه در شکل ۳ نمایش داده شده است.

یک بیماری جسمانی همراه یا بیشتر بوده‌اند و بیشترین فراوانی نمونه‌ها مربوط به افراد دارای دو بیماری جسمانی همراه (۱۱۵ نمونه) بوده است (شکل ۲).
باتوجه به حداقل تعداد نمونه‌ی لازم برای انجام تحلیل‌های آماری بیماری‌های جسمی که تعداد



شکل ۲. نمودار فراوانی نمونه‌ها براساس تعداد بیماری جسمانی همراه



شکل ۳. نمودار فراوانی نمونه‌های دارای بیماری جسمی همراه به تفکیک هر بیماری در میان تمامی نمونه‌ها

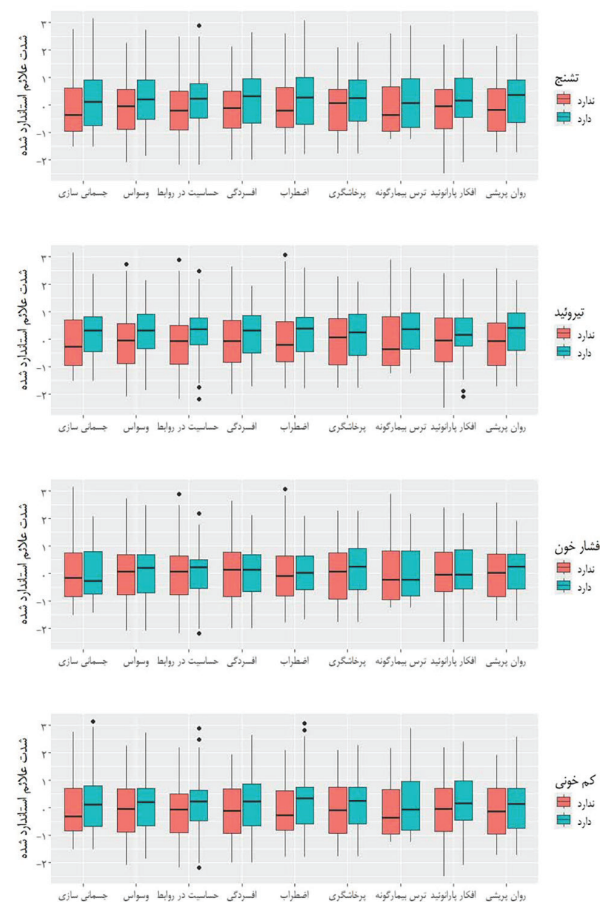
نشان داد بیماری‌های جسمی همراه شامل تشنج، تیروئید، فشار خون و کم‌خونی بیشترین ارتباط با شدت علائم روان‌پزشکی در این مطالعه را داشته است؛ به‌طوری‌که تشنج این بیماری با سطح اطمینان ۹۹ درصد ارتباط معنی‌داری با شدت علائم روان‌پزشکی تمامی بیماری‌های روان‌پزشکی داشته است. همچنین مشکلات پروستات، دیابت و آسم کمترین ارتباط را (فاقد ارتباط معنی‌دار یا حداکثر یک نمونه) با این شدت علائم داشته است، در سایر نمونه‌های بیماری جسمی همراه حداقل با دو نمونه از شدت علائم روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری داشته‌اند (جدول ۵).

بیماری جسمی همراه مرتبط به شدت علائم روان‌پزشکی

باتوجه به اینکه در میان بیماری‌های جسمی همراه بیشترین ارتباط معنی‌دار با شدت علائم روان‌پزشکی به ترتیب مربوط به تشنج، فشار خون، بیماری‌های تیروئید و کم‌خونی بوده است، در شکل ۴ تأثیر هریک از این بیماری‌ها به تفکیک برای هریک از بیماری‌های روان‌پزشکی نمایش داده شده است. از نتایج به دست آمده مشخص می‌شود این تأثیر درباره‌ی شدت علائم به صورت افزایشی بوده و وجود این بیماری‌های جسمانی همراه، تشدید شدت علائم روان‌پزشکی را به همراه داشته است که این تأثیر افزایشی درباره‌ی تشنج در حالت حداکثری بوده است.

رابطه‌ی بین بیماری جسمی همراه و شدت علائم روان‌پزشکی

نتایج حاصل از آزمون آماری تی گروه‌های مستقل



شکل ۴. نمودار جعبه‌ای شدت علائم روان‌پزشکی مختلف در چهار بیماری جسمانی همراه دارای بیشترین ارتباط

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون تی گروه‌های مستقل درخصوص ارتباط نوع بیماری جسمی همراه و شدت علایم روان‌پزشکی

علایم روانپزشکی									
	جسمی سازی	وسواس	حساسیت متقابل در روابط	افسردگی	اضطراب	پر خاشگری	توس بیمارگونه	افکار پارافوئید	روان پریشی
دیابت						*			
چربی خون	*	**	*	*		**		*	
تیروئید	**	**	**	**	**	*	**	*	**
فشار خون	**	**	**	**	**		**	**	**
بیماری قلبی				*	*				
کم خونی	**	**	**	**	**	*	**	*	*
التهاب روده	**			*	*				
سندروم روده تحریک پذیر	*	*	**	*	**		*		*
آسم	*								
مشکل پروستات						*			
مشکلات رتانه	*		*	**	**	*	**		*
تشنج	**	**	**	**	**	**	**	**	**

(توضیح: * - معنی داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد. ** - معنی داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد)

بیماری جسمی همراه

باشد، خطر کم‌خونی نیز بیشتر می‌شود. یافته‌های سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد علائم افسردگی به‌صورت مقطعی و در طول زمان با کم‌خونی در میان‌سالان و سالمندان مرتبط است و خطر کم‌خونی با شدت علائم افسردگی افزایش می‌یابد که نتایج تحقیق حاضر نیز مؤید همین یافته است (۲۰، ۲۱). در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش و نوع بیماری‌های جسمی همراه که ارتباط بیشتری با شدت علائم روان‌پزشکی داشته‌اند، می‌توان بیان کرد که یک رابطه‌ی نزدیک و پیچیده بین اختلالات غدد درون‌ریز و بیماری روانی و شواهد فزاینده‌ای از رابطه‌ی دوطرفه بین این دو وجود دارد. اختلالات غدد درون‌ریز مانند کم‌کاری و پرکاری تیروئید و دیابت شیرین با ناهنجاری‌های برجسته در وضعیت روانی و بیماری روانی همراه است؛ به‌عنوان مثال افسردگی اساسی با شروع دیابت رابطه‌ی متقابل دارد. همچنین درمان بیماری‌های روانی می‌تواند بر وضعیت غدد درون‌ریز تأثیر بگذارد، به‌عنوان مثال لیتیم در عملکرد تیروئید یا آنتی‌سایکوتیک‌های نسل دوم بر قند خون تأثیر می‌گذارد و وضعیت دیابت را تشدید می‌کند (۲۲). براساس سایر مطالعات انجام‌شده به‌طور معمول بیماری‌های روانی با بیماری‌های تیروئید مرتبط هستند، به‌طوری‌که کم‌کاری تیروئید، اختلال شناختی، پریشانی و ناراحتی را موجب می‌شود. درحالی‌که پرکاری تیروئید موجب تحریک‌پذیری، روان‌پریشی حاد و بی‌تفاوتی به‌خصوص در میان‌سالان می‌شود (۲۳) که نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش را تأیید می‌کنند.

از دیگر نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش آن است که فشار خون یکی دیگر از بیماری‌های جسمی همراه بیشترین ارتباط با شدت علائم روان‌پزشکی را داشته است. این یافته را می‌توان براساس نتایج مطالعات موجود این‌گونه تبیین کرد که فشار خون بالا و اختلالات خلقی مانند افسردگی اغلب هم‌زمان رخ می‌دهند و به‌عنوان عوامل خطر منفرد و همچنین عامل خطر ترکیبی برای بیماری قلبی‌عروقی شناسایی شده‌اند و رابطه‌ی متقابل سلامت روان و فشار خون نیز به اثبات رسیده است و در سنین بالاتر بروز بیماری فشار خون ارتباطی تنگاتنگ با سلامت روان دارد. همچنین فشار خون ارتباط مستقیمی با شدت علائم روان‌پزشکی به‌خصوص با افسردگی و اضطراب دارد (۲۴). درباره‌ی فشار خون نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق حاضر با نتایج سایر تحقیقات هم‌سوئی داشته است. درک ارتباط بین بیماری‌های جسمی و رفتار انسانی و ارتباط با بیماری‌های روان‌پزشکی، کیفیت زندگی و نتایج پزشکی

تحقیق حاضر به‌منظور شناسایی ارتباط بین بیماری‌های جسمی همراه و علائم روان‌پزشکی انجام شده است و نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شدت علائم روان‌پزشکی در بیمارانی که با بیماری جسمی همراه هستند، بیشتر است. افراد با وضعیت بیماری جسمی همراه، شدت علائم روان‌پزشکی بیشتری دارند و در افرادی که وضعیت بیماری جسمی همراه ندارند، شدت علائم روان‌پزشکی نسبت به افرادی که مبتلا به بیماری جسمی هستند، کمتر است. نتایج حاصل از آزمون آماری تی گروه‌های مستقل نشان داد که بیماری‌های جسمی همراه شامل تشنج، تیروئید، فشار خون و کم‌خونی بیشترین ارتباط با شدت علائم روان‌پزشکی در این مطالعه را داشته است؛ به‌طوری‌که درباره‌ی تشنج این بیماری با سطح اطمینان ۹۹ درصد ارتباط معنی‌داری با شدت علائم روان‌پزشکی تمامی بیماری‌های روان‌پزشکی داشته است. همچنین مشکلات پروستات، دیابت و آسم کمترین ارتباط را (فاقد ارتباط معنی‌دار یا حداکثر یک نمونه) با این شدت علائم داشته است. در سایر نمونه‌ها، بیماری جسمی همراه حداقل با دو نمونه از شدت علائم روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری داشته‌اند (جدول ۵). یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها که نشان داده‌اند افراد با وضعیت بیماری جسمی همراه، شدت علائم روان‌پزشکی بیشتری تجربه می‌کنند و بیشتر احتمال دارد که از بیماری‌های مختلف جسمی و روان‌پزشکی رنج ببرند، هم‌سوئی دارد (۱۴، ۱۵)؛ ازجمله با نتایج پژوهش‌های فیلیپ^{۱۶} و همکاران، فیوریلو^{۱۷} و همکاران، نوردمایر^{۱۸} و همکاران، سادات^{۱۹} و همکاران که همه‌ی این پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی ارتباط تنگاتنگ اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های جسمی هستند (۱۶-۱۹).

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که بیمارانی با بیماری‌های جسمی، بیشتر در معرض ابتلا به علائم روان‌پزشکی هستند؛ به‌طور مثال در بررسی داده‌های مطالعات انجام‌شده‌ی پیشین مشخص شد که اختلالات افسردگی به احتمال زیاد با بروز کم‌خونی مرتبط هستند. به‌نظر می‌رسد ارتباط خطی مستقیم بین افسردگی و غلظت هموگلوبین وجود دارد و علائم افسردگی به‌طور شایان توجهی با کم‌خونی (در طی چهار سال پیگیری) مرتبط بوده است و هرچه علائم افسردگی شدیدتر

16. Rebecca Philipp

17. Andrea Fiorillo

18. Laura Nordmeyer

19. Anvar Sadath

بهتری را برای بیمار به همراه خواهد داشت. شرایط روان پزشکی مرتبط با بیماری های جسمی و اختلالات غدد درون ریز مانند افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد شناختی، روان پریشی و هذیان باید مدیریت شود. اغلب ممکن است بیمار مبتلا به اختلال عملکرد غدد درون ریز با علائم روان پزشکی و اختلال عملکرد غدد درون ریز تشخیص داده نشود یا علائم روان پزشکی ممکن است در هر زمانی در طول بیماری رخ دهد. تشخیص زودهنگام و ارجاع مناسب ممکن است در بهبود پیامدهای مرتبط با سلامت و مقابله با بیماری کمک زیادی کند (۲۵). در بیماران مبتلا به بیماری لوپوس سیستمیک نیز وجود بیماری جسمی در تصمیم گیری روش اثربخش درمان روان شناختی مؤثر بوده است که نشان دهنده اهمیت ارتباط بیماری های جسمی با بیماری های روانی و توجه به آن ها در فرایند درمان است (۲۶).

شناسایی عوامل خطر بالقوه و استراتژی های درمانی باتوجه به ارتباط موجود بین شدت علائم روان پزشکی و بیماری های جسمی همراه کمک می کند که نتایج بیمار در پاسخ به درمان بهینه شود و کیفیت کلی مراقبت های روان پزشکی پس از ترخیص را بهبود ببخشد. در نهایت، یافته های این مطالعه ممکن است به بهینه سازی شیوه های مراقبت های بهداشتی، توسعه ی مداخلات هدفمند و بهبود نتایج بیمار در زمینه ی بیماری های پزشکی و علائم روان پزشکی کمک کند و به تشخیص علل و عوامل بروز بیماری های روانی کمک شایانی کند که خود این موضوع تأثیرات به سزایی در به کارگیری شیوه های مختلف درمانی براساس عوامل بروز بیماری روانی خواهد داشت. باتوجه به نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر می توان بیان کرد که در درمان بیماری های روانی باید به وجود بیماری های جسمی همراه که رابطه ی معنی داری با بیماری های روانی دارند مانند فشار خون، دیابت، بیماری های تیروئید و... توجه شود و در تشخیص علل بروز بیماری روانی و اتخاذ روش های درمانی مدنظر قرار گیرند.

محدودیت های پژوهش

۱. در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شد و باتوجه به اینکه محقق گوینده های موجود در پرسش نامه را برای آزمودنی می خواند، این شیوه ممکن است به سوگیری پاسخ در آزمودنی ها منجر شده باشد و امکان اینکه آزمودنی ها بنابه دلایل شخصی از دادن پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند، وجود دارد.

۲. باتوجه به اینکه آزمودنی های پژوهش داروهای اعصاب و روان دریافت می کردند، این موضوع ممکن است روی حافظه ی آزمودنی ها تأثیرگذار بوده و همچنین امکان اینکه آزمودنی ها پاسخ غیرواقعی داده باشند، وجود دارد.

۳. باتوجه به اینکه نمونه های این پژوهش، بیماران بستری در بخش های روان پزشکی بیمارستان اعصاب و روان بودند، بعضی از بیماران همکاری لازم را برای پاسخ دادن به سؤال های پرسش نامه نداشتند.

۴. درباره ی بعضی از بیماری های جسمی تعداد نمونه ی کافی (حداقل سی نمونه) برای انجام آنالیزهای آماری وجود نداشته است.

۵. نمونه ی این پژوهش، بیماران بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان اعصاب و روان ابن سینا شهر شیراز را دربر می گرفت، بنابراین در تعمیم نتایج حاصل به سایر استان ها و شهرهای دیگر باید احتیاط کرد.

پیشنهادهای پژوهش

۱. پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه دیگر، در سایر مناطق و در استان های دیگر ایران انجام شود و نتایج آن ها با هم مقایسه شود.

۲. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی، متغیرهایی که به صورت غیرمستقیم بر پژوهش اثر می گذارند، کنترل شوند (مانند: مصرف دارو، شرایط محیطی بیمارستان و...).

۳. پیشنهاد می شود که ارتباط بین بیماری جسمی همراه و شدت علائم روان پزشکی در گروه های همگن (به طور مثال: زنان، مردان، نوجوانان و...) با نمونه های بیشتری صورت گیرد.

نتیجه گیری

هم زمانی ابتلا به بیماری های جسمی و روانی می تواند بر مدیریت بیماری، وضعیت کلی سلامت بیماران و کیفیت کلی زندگی و شیوه های درمانی تأثیر زیادی داشته باشد. براساس یافته های این پژوهش، رابطه ی بین بیماری های جسمی همراه و علائم روان پزشکی افزایشی و معنی دار مشخص شده است و این ارتباط به شکل مستقیم بوده است؛ به ویژه تشنج که بیشترین تأثیر افزایشی را دارد. بیماری هایی از قبیل فشار خون، بیماری های تیروئید و کم خونی نیز ارتباط معنی دار زیادی با شدت علائم روان پزشکی نشان داده اند. همچنین بیماران بستری در بیمارستان روان پزشکی،

بالحقوه بین بیماری‌های پزشکی و علائم روان‌پزشکی برای ارائه‌ی مراقبت‌های جامع و مؤثر به بیماران ضروری است.

تشکر و قدردانی

از تمام همکاران و عزیزانی که ما را در پیشبرد فرایند پژوهش حاضر در راستای دستیابی به هدف مدنظر یاری رسانده‌اند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافع گزارش داده نشد.

شدت علائم روان‌پزشکی بیشتری را در مواقعی نظیر افکار پارانوئید، پرخاشگری، وسواس، افسردگی و دیگر شرایط مشابه تجربه می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اهمیت بررسی و مداخله در بیماری‌های جسمی همراه در مواجهه با علائم روان‌پزشکی به‌ویژه در محیط بیمارستانی بیش‌ازپیش باید توجه شود. بااین‌حال، بیماران مبتلا به بیماری‌های پزشکی اغلب با چالش‌های متعددی در حفظ پیگیری مداوم درمان مواجه هستند که می‌تواند سلامت جسمی و روانی را به خطر بیندازد. با بررسی ارتباط بین مشکلات جسمانی و شدت علائم روانی، این تحقیق به‌دنبال شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های بالقوه‌ی مراقبت‌های بعدی بوده است. افزون بر این، درک ارتباط

منابع

- Widiger TA, Hines A, Crego C. Evidence-based assessment of personality disorder. *Assessment*. 2024;31(1):191-8.
- Gershon A, Thompson R. Mood disorders. In: Biswas-Diener R, Diener E, editors. *Noba textbook series: psychology*. Champaign: DEF Publishers; 2024.
- Barlow DH, Ellard KK, Cummings JA, Deleurme K, Campoli J. 4.1 Anxiety and related disorders. In: *Abnormal psychology*. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
- Tsou JY. *Philosophy of psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
- Rami FZ, Li L, Le TH, Kang C, Han MA, Chung YC. Risk and protective factors for severe mental disorders in Asia. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024;161:105652.
- Dragioti E, Radua J, Solmi M, Gosling CJ, Oliver D, Lascialfari F, et al. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. *World Psychiatry*. 2023;22(1):86-104.
- Milos Nymberg V, Nymberg P, Pikkemaat M, Calling S, Stenman E, Grundberg A, et al. Lifestyle and cardiovascular risk factors in a Swedish primary care population with self-reported psychiatric symptoms. *Prev Med Rep*. 2024;37:102547.
- Farooqi A, Gillies C, Sathanapally H, Abner S, Seidu S, Davies MJ, et al. A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2022;16(1):1-10.
- Ghazanfarpour M, Shakeri F, Soleimani Houni M, Hosseinnataj A, Mirzaee F, Kashfi Z, et al. COVID-19-induced anxiety and depression among two vulnerable groups: medical staff and pregnant women. *Sadra Med J*. 2023;11(3):305-20.
- Demnitz-King H, Saba L, Lau Y, Munns L, Zabihi S, Schlosser M, et al. Association between anxiety symptoms and Alzheimer's disease biomarkers in cognitively healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2023;166:111159.
- Berk M, Kohler-Forsberg O, Turner M, Penninx B, Wrobel A, Firth J, et al. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*. 2023;22(3):366-87.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973;9(1):13-28.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*. 1976;128:280-9.
- de Toffol B. Epilepsy and psychosis. *Rev Neurol (Paris)*. 2024;180(4):298-307.
- Hong SB. Psychosis in epilepsy. In: *Neuropsychiatric manifestations in neurological diseases*. Cham: Springer; 2024.

- p. 97-105.
16. Philipp R, Walbaum C, Vehling S. Psychodynamic psychotherapy in serious physical illness: a systematic literature review of approaches and techniques for the treatment of existential distress and mental disorders. *Death Stud.* 2025;49(5):676-97.
17. Fiorillo A, de Girolamo G, Simunovic IF, Gureje O, Isaac M, Lloyd C, et al. The relationship between physical and mental health: an update from the WPA Working Group on Managing Comorbidity of Mental and Physical Health. *World Psychiatry.* 2023;22(1):169-70.
18. Sadath A, Troya MI, Nicholson S, Cully G, Leahy D, Ramos Costa AP, et al. Physical and mental illness comorbidity among individuals with frequent self-harm episodes: a mixed-methods study. *Front Psychiatry.* 2023;14:1121313.
19. Nordmeyer L, Leikert C, Sannemann L, Keller K, Leminski C, Meixner A, et al. Quality of health care for patients with coronary heart disease and comorbid mental disorders: a prospective cohort study. *BMC Psychol.* 2024;12(1):288.
20. Gohar SM, Hegelstad WTV, Auestad B, Haahr UH, Joa I, Johannessen JO, et al. Association between early suicidal trajectories in first-episode psychosis and 10-year follow-up: TIPS registry-linked study. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(7):528-36.
21. Liu C, Zhou R, Peng X, Zhu T, Wei W, Hao X. Relationship between depressive symptoms and anemia among the middle-aged and elderly: a cohort study over 4-year period. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):572.
22. Mishra KK, Sawant N, Garg S. Management of psychiatric disorders in patients with endocrine disorders. *Indian J Psychiatry.* 2022;64(Suppl 2):S402-13.
23. Lekurwale V, Acharya S, Shukla S, Kumar S, Lekurwale VY. Neuropsychiatric manifestations of thyroid diseases. *Cureus.* 2023;15(1):e33827.
24. Schaare HL, Blochl M, Kumral D, Uhlig M, Lemcke L, Valk SL, et al. Associations between mental health, blood pressure and the development of hypertension. *Nat Commun.* 2023;14(1):1953.
25. Lee A, Leong I, Lau G, Tan AW, Ho RCM, Ho CSH, et al. Depression and anxiety in older adults with cancer: systematic review and meta-summary of risk, protective and exacerbating factors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023;81:32-42.
26. Rezaei AM, Sharifi T, Keshavarzi MA, Mazareie M, Aflaki E. Comparing the effectiveness of three different psychological treatments on depression and dysfunctional beliefs of patients with systemic lupus. *Sadra Med J.* 2022;10(3):243-56.