



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

موضوع:

بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به دیس پسی مراجعه کننده به

درمانگاه گوارش بیمارستان حضرت رسول (ص) طی 3 ماه دوم سال 1383

استاد راهنما:

دکتر بدری دانش آموز

استاد مشاور:

خانم عزیزه افخمی

نگارش:

فاطمه توانادل

www.kandooch.com

سال تحصیلی:

1383-84

شماره پایان نامه:

3793

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

«به نام یزدان پاک»

تقدیم به:

همسرم، که در تمامی مسیر زندگی وجودش سرشار از امید برایم بوده

و

پشتوانه ای برای آینده بهتر.

و

پدر و مادرم

فرشتگان مهربانی که قلبشان سرشار از عشق و محبت است

و دستان پرتوانشان همواره مهربانی را به ارمغان می آورد.

و

برادر و خواهرانم

که وجودشان زندگی را برایم زیباتر می سازد.

و تمام آنان که در این راه یاریم دادند.

چکیده:

دیس پیسی یکی از علل رایج مراجعه بیماران به درمانگاههای عمومی بوده و برای آن اتیولوژیهای مختلفی در نظر گرفته می شود. دیس پیسی به طور کلی به دو گروه بدون زخم و با زخم تقسیم می شود که یکی از اتیولوژیهای مطرح در نوع بدون زخم اختلالات روانی است و بدلیل افزایش این اختلالات در سطح جوامع بر آن شدیم که به بررسی ارتباط این دو پردازیم.

روش تحقیق

106 بیمار که به علایم دیس پیسی به درمانگاه مراجعه و در مراحل اولیه و در مراحل اولیه علت خاصی برای آنها یافت نشد، انتخاب شدند و برای این بیماران جهت بررسی بیشتر آندوسکوپی انجام شد. سپس این بیماران به دو گروه Case که در نتیجه آندوسکوپی منفی و گروه Control که در آنها نتیجه آندوسکوپی مثبت بود تقسیم و Beck's Score بعنوان شاخص افسردگی در این دو گروه سنجیده شد.

نتیجه

بررسی آماری نشان دادند که اختلاف معنی داری از نظر Beck's Score در گروه Case نسبت به گروه کنترل وجود نداشت که این به نفع رد فرضیه دخالت افسردگی در ایجاد علائم دیس پیسی در بیماران آندوسکوپی منفی است.

صفحه	عنوان
	فهرست
	عنوان
	فصل یکم
8	مقدمه پژوهش و بیان مسئله
11	اهمیت مسئله پژوهش
18	اهداف پژوهش
18	فرضیه یا سئوالات پژوهش
18	تعریف واژگان
	فصل دوم
21	بازنگری منابع و مطالعات چاپ شده
	فصل سوم:
26	روش اجرای پژوهش
26	تعریف جامعه پژوهش
26	تعداد نمونه، روش نمونه گیری، معیارهای انتخاب نمونه
26	نوع پژوهش و روش انجام کار
27	ابزارهای بکارگیری
27	روش های تجزیه و تحلیل داده ها
27	رعایت نکات اخلاقی

	فصل چهارم:
30	نتایج
31	جداول
	فصل پنجم:
37	بحث و تفسیر و نتیجه گیری نهایی
40	محدودیت و پیشنهادات
	بخش ضمایم:
43	فهرست منابع
46	پرسشنامه
53	چکیده انگلیسی

فصل اول

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

مقدمه

دیس پپسی عنوانی برای نامگذاری مجموعه ای از علایم و نشانه های غیراختصاصی گوارشی است علایمی که اغلب، موجبات ناراحتی طولانی بیماران را فراهم می آورند. دیس پپسی یک سندروم است، به این معنی که دربرگیرنده تعدادی از علایم و نشانه های گوارشی است، بدون اینکه بر تشخیص خاصی دلالت کند. یافتن مکانیسمی که توجیه کننده بروز علایم دیس پپسی باشد نیاز به بررسی بیمار و اغلب انجام آزمونهای پاراکلینیکی دارد.

مواردی وجود دارند که در آنها هیچ کدام از مطالعات بالینی و پاراکلینیکی، منجر به کشف یک مکانیسم شناخته شده که پیدایش علایم را توجیه نماید نمی شوند. در این موارد از اصطلاح دیس پپسی عملکردی functional dyspepsia استفاده می شود.

اساساً اختلالات عملکردی (Functional) در برابر بیماریهای ارگانیک (Organic) قرار می گیرند. به طور کلی دیس پپسی به دو نوع عمده (1) با زخم (2) بدون زخم تقسیم می شود.

نوع بدون زخم آن بیمارانی هستند که دارای سمپتوم های دیس پپسی هستند. بدون آنکه شواهدی از بیماریهای عضوی توجیه گر آن یافت شود (19/20) شایعترین بیماریهای عضوی که منجر به دیس پپسی می گردند زخمهای پپتیک معده و اثنی عشر، رفلاکس معدی، مروی، سرطان معده، گاستروپازی، سنگ صفراوی می باشند (21)

دیس پپسی از شایعترین شکایات بیماران مراجعه کننده در درمانگاههای گوارش بوده و میزان بالایی از مشاوره های مربوط به این بیماری است (21) این بیماری دامن گیر متجاوز

از یک چهارم جمعیت عمومی جهان است و یکی از علل شایع مشورت‌های پزشکی می باشد و دربرگیرنده 5 درصد ویزیت بیماران در مطب ها و 40-70 درصد شکایات گوارشی آنان در درمانگاه‌های عمومی است (22) از آنجا که هزینه بررسی و درمان بیماران مبتلا به دیس پپسی قابل توجه است و در مطالعات انجام شده هزینه متوسط بالغ بر یک میلیون دلار بدون محاسبات هزینه آندوسکوپی بر جامعه تحمیل می شود (22) از طرف دیگر این علایم کارایی بیماران را کاهش قابل ملاحظه‌ای می دهد، نیاز توجه به آن و یافتن راه حل مناسب براساس اتیولوژیهای ایجادکننده بر همگان مشهود است.

در بسیاری از بیماریهای عملکردی تأثیر اختلالات روانی همزمان، اثبات شده یا قویاً مورد شک قرار گرفته است. از طرفی با پیشرفت های قرن حاضر و افزایش استرس‌های اجتماعی و قرار گرفتن اختلالات خلقی و به طور مشخصی افسردگی در رأس هرم کاهش امید به زندگی life expectancy با در نظر گرفتن این واقعیت که بسیاری از اختلالات روانی خود را به صورت جسمی نشان می دهند لزوم دانستن نقش این اختلالات در بروز دیس پپسی مشخص بوده می توان بار اقتصادی زیادی از دوش جامعه بردارد.

با کشف مدیاتورهای شیمیایی گوناگون در بافتها و ارگانهای مختلف بدن و مشخص شدن نقش آنها در واکنش های زیستی، پنجره ای جدید برای نگرستن به رخدادهای مختلف سوماتیک، از ورای دنیای عظیم و متنوع روانپزشکی گشوده شده است. در واقع با نگاه به مدیاتورهای مشترک بین دستگاہ عصبی و سایر ارگانها و تغییرات شناخته شده سطوح این مدیاتورها در جریان بیماریهای روانی، می توان مکانیسمهایی را برای بیان چگونگی پیدایش

بیماریهای روان تنی (Psychimetic) یا عملکردی (Functional) تصور کرد. به این ترتیب، تعریف بیماریهای عملکردی به عنوان اختلالات بدون عامل اتیولوژیک چندان صحیح نخواهد بود. بلکه باید مکانیسمهای درونزای را در نظر داشت که مستقیماً، یا با واسطه به تأثیر فعالیت‌های روانی بر اندامها و ارگانهای مختلف بدن اعمال اثر می نمایند.

در این مطالعه، دیس پیپسی برای بررسی ارتباط بین اختلالات روانی و سوماتیک انتخاب شده است. در نوع عملکردی این بیماری، نقش افسردگی شناخته شده است. سعی بر این بوده که علاوه بر تحقیق وجود ارتباطی از این دست در بیماران مورد مطالعه، تأثیر عوامل مداخله گر دیگر نیز در نظر گرفته شده، مقایسه ای نیز بین شیوه افسردگی در دیس پیپسی عملکردی و نوع ارگانیک به عمل آید. اساساً در این پژوهش سؤال این است که آیا میزان افسردگی در کسانی که دیس پیپسی عملکردی دارند تفاوتی با کسانی که دیس پیپسی ارگانیک دارند می کند یا خیر؟ و به همین دلیل به بررسی شیوع افسردگی در دو گروه مبتلا به دیس پیپسی و دیس پیپسی عملکردی پرداخته شده است.

بیان مسأله

دیس پیسی (Dyspepsia)

دیس پیسی یک نشانگان گوارشی است که با ترکیبی از درد شکمی و شکایاتی غیر از درد مشخص می شود. درد عموماً در بخش مرکزی قسمت فوقانی شکم لوکالیزه می شود و ماهیت آن با درد ناشی از سایر سندرومهای گوارشی نظیر بیماری رفلاکس معده - مروی (GERD) و سندروم روده تحریک پذیر (IBS) متفاوت است (1).

تعریف دیگری که برای دیس پیسی مطرح است تعریفی است که Barbara et al از آن استفاده کرده اند و بدین صورت است که علائم دوره‌ای یا پایدار شکمی، معمولاً در ارتباط با غذا خوردن، که بیماران یا پزشکان معتقدند که به علت ناراحتی در قسمت برگزیمال دستگاه گوارش ایجاد شده است اصطلاح دیس پیسی عملکردی ممکنست برای بیمارانی به کار رود که این نوع از علائم را نشان می دهند و هیچ پروسه بیماری قابل توجهی در آنها شناخته نشده است (23).

این سندروم دارای میزان شیوعی برابر با 50 درصد در جمعیت عمومی است و می تواند در نتیجه بیماریهای ارگانیک، سیستمیک و متابولیک متعددی به وجود آید، ولی در اغلب مواقع زمینه ای که توجیه کننده ایجاد بیماری باشد، حتی پس از ارزیابی های دقیق و گسترده مشخص نمی شود در چنین مواقعی از عنوان دیس پیسی عملکردی (Functional Dyspepsia) استفاده می شود (2 و 1).

در این بیماری آنچه بیمار را آزار می دهد علاوه بر درک ماهیت آن عنوان شد، مسائلی نظیر نفخ، تهوع، سیری زودرس، احساس پری شکم، بلی اشتهایی، سوزش سردل و اروغ زدن هستند که می توانند با یا بدون ارتباط با صرف غذا باشند (1).

مکانیسم هایی که در حال حاضر برای توجیه Functional Dyspepsia در نظر گرفته می شوند به سه دسته تقسیم می شوند (a) التهاب مخاط دستگاه گوارش (b) حساسیت بیش از حد (Hypersensitivity) و اختلالات حرکتی دستگاه گوارش (Dysmotility) (3 و 1).

در هر حال تنوع نشانه ها و علائم، مطرح کننده وجود مکانیسم های متعدد پاتولوژیک زمینه ای در دیس پپسی عملکردی است بر اساس مکانیسم های احتمالی زمینه ای، دیس پپسی به دو زیرگروه تقسیم می شود که این دو زیرگروه در مطالعات و گزارشهای مختلف با نامهای متفاوتی عنوان شده اند، ولی در همه آنها اساس تئوری بر اساس تقسیم بندی تقریباً یکسان است این دو زیرگروه عبارتند از: دیس پپسی بدون زخم و دیس پپسی همراه با زخم.

دیس پپسی بدون زخم با نامهای عملکردی (Functional)، ایدیوپاتیک، essential و دیس پپسی اولیه نیز معرفی شده است.

دیس پپسی همراه زخم با عناوینی چون دیس پپسی دارای علت مشخص و دیس پپسی ثانویه مترادف است (6 و 5 و 4 و 1).

انواع دیس پیسی

1) دیس پیسی ثانویه

در 40 درصد از بیماران مبتلا به دیس پیسی می توان یک علت ارگانیک برای توجیه علائم پیدا کرد در این حالت دیس پیسی از نوع ثانویه و دیس پیسی دارای علت مشخص نامیده می شود. (5)

شایعترین بیماریهای ارگانیک که منجر به دیس پیسی می شوند عبارتند از، اولسرپپتیک (در معده یا اثنی عشر) بیماری رفلاکس معده - مری (GERD)، کانسر معده، گاستروپارزی، کوله لیتیاژیس، پانکراتیت حاد یا مزمن، بیماریهای که منجر به سوء جذب می شوند، انگلهای روده ای، ضایعات ایسکیمیک روده ای و سرطانهای شکمی خصوصاً پانکراس (4).

2) دیس پیسی عملکردی

در حدود 60 درصد از مبتلایان به دیس پیسی، ارزیابیهای متعدد، به کشف عامل توجیه کننده علایم بیمار نمی انجامد. در چنین مواردی، دیس پیسی عملکردی، ایدیوپاتیک، اولیه یا بدون زخم می نامند (6 و 1). این نوع دیس پیسی به صورت وجود درد و احساس ناراحتی مزمن برای حداقل یک ماه تعریف می شود ناراحتی های شکمی می توانند سیری زودرس، نفخ شکمی بعد از صرف غذا و تهوع، استفراغ و سایر علایم غیراختصاصی باشند. شکایت باید در دوره های زمانی قابل توجهی وجود داشته باشند، بدون اینکه شواهد بالینی و پاراکلینیکی اعم از آزمایشات بیوشیمی، اندوسکوپی، سونوگرافی و غیره منجر به بافته شدن یک بیماری ارگانیک توجیه کننده علایم شوند. البته، حتی با در نظر گرفتن این

خصوصیات، هوز هم بین شکایات مربوط به دیس پیپی و علایم و نشانه های سندروم روده تحریک پذیر همپوشانی و تداخل وجود دارد. (7)

دیس پیپی بدون زخم خود به چهار دسته تقسیم می شوند این چهار دسته عبارتند از: دیس پیپی زخم مانند (ulcer like)، رفلکس مانند (Reflux like)، اختلال حرکتی مانند (Dysmotility like) و نوع غیراختصاصی (5).

این تقسیم بندی بر اساس شکایت عمده بیمار است به این صورت که در نوع زخم مانند شکایت اصلی بیمار، درد اپی گاستر است شکایتی که به طور عمده در بیماری اولسرپپتیک هم وجود دارد.

دیس پیپی رفلکس مانند، با سوزش سر دل (Huitvuros)، رگورژیتاسیون محتویات معده در داخل مری، و یا هر دو، بدون وجود شواهد آندوسکوپیک واضح به نفع وجود مخاط بارت یا ازوفازیت مشخص می شود. در دیس پیپی اختلال حرکتی مانند (Dxysmotulity)، تهوع و استفراغ، سیری زودرس، نفخ و احساس سنگینی شکم شکایت غالب است.

در صورتی که بیمار مشخصات هیچ یک از گروه های فوق را نداشته باشد یا بیمار ترکیبی از علایم فوق را دارا باشد دیس پیپی از نوع غیراختصاصی (Non Specific) است. (7 و 5) بین 40 تا 80 درصد از بیماران ممکن است شکایاتی را داشته باشند که به دو زیرمجموعه یا حتی بیشتر تعلق دارند به علاوه، شکایات، با گذشت زمان تغییر می کنند.

البته لازم به ذکر است که بر طبق آزمونهای انجام شده فقط وجود یا عدم وجود یک علامت یا مجموعه ای از علایم دیس پیپی کمکی به تقسیم بندی بیماران بر اساس تابلوی

پاتوفیزیولوژیکی آنها نمی کند درحالیکه جنس مونث، وزن کم بدون و پری متوسط تا شدید سر دل بعد از غذا یا استفراغ بعد از غذا نشانه های احتمالی گاستروموتور abnormities هستند (179).

پاتوژنزیس پپسی

فرضیه های متعددی برای توجیه بروز علایم و نشانه های دیس پپسی بدون زخم عنوان شده که مهمترین آنها ذکر می شوند. برطبق یک فرضیه، افزایش سطوح ترشح اسید معده یا افزایش اسید معده یا افزایش حساسیت به اسید و یا هر دو مکانیسم عامل ایجاد شکایت مربوط به دیس پپسی می باشند (3). فرضیه اختلال حرکتی، این پیشنهاد را مطرح می سازد که اختلالات حرکتی دستگاه گوارش فوقانی نظیر، رفلکس معده - مری (GERD)، گاستروپارزی، اختلالات حرکتی روده کوچک یا دیس کنزی صفراوی سبب بروز علایم و شکایات دیس پپسی می شوند، اختلالات حرکتی معده، به وسیله مطالعات سینتوگرافی تخلیه معده، الکتروگاستروگرافی و مانومتری آنتروئودنال در 25 تا 60 درصد از بیماران مبتلا به دیس پپسی بدون زخم ثابت شده است (6 و 5 و 3).

گاستریت ناشی از ویروس، التهابات عفونی ناشی از هلیکوباکترپیلوری و «عدم تحمل غذایی» که بر اثرات آلرژیک یا پاسخ های ترشعی وابسته به مواد غذایی خاصی تکیه می کند، از دیگر فرضیه های مطرح شده هستند (8).

آنچه اهمیت دارد، توجه این موضوع است که تغییرات سطوح ترشح اسید، یا اختلالات حرکتی، ممکنست ثانویه به عامل اتیولوژیک دیگری باشند. به بیان دیگر، باید این احتمال را

در نظر داشت که اختلالات مذکور، در سیر بیماری پدید آیند و معلول عامل اتیولوژیک باشند نه اینکه عامل ایجاد بیماری.

فرضیه تشدید گیرنده های احشایی، بر اساس این باور است که شکایات دیس پپسی به علت افزایش پاسخ به تحریکات فیزیکی نظیر فشار ناشی از دیستانسیون و تحریکات روانی می باشد (5).

بالاخره فرضیه روانی، بر اثرات اختلالات روانی در بروز شکایات گوارشی تکیه می کند و افسردگی و اضطراب یا اختلالات سایکوسوماتیک را منشاء اولیه بیماری می دانند (5 و 1). گزارش شده است که بیماران مبتلا به دیس پپسی عملکردی بیشتر دچار اضطراب neuroticism و افسردگی نسبت به جامعه سالم هستند توانایی این افراد برای مطابقت با عوامل استرس زا ممکنست ناکامل بوده و راهی که برای کنار آمدن با عوامل استرس زا انتخاب می کنند ممکن است بر علایم آنها تأثیر بگذارد (23).

اعتقاد به فشار روانی دیس پپسی تا آنجا پیش رفته است که برخی از صاحب نظران دیس پپسی بدون زخم را، دیس پپسی عصبی (Nerrous Dyspepsia) نامیده اند (10).

در مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته، اختلالات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی در مبتلایان به دیس پپسی نسبت به افراد سالم به نسبت بیشتری وجود داشته است و این حالت، مستقل از وجود شکایت بوده است هرچند ذکر شده که این ارتباط از نظر بالینی ممکن است چندان معنی دار نباشد (10).

درمان دیس پیسی

در مورد درمان دیس پیسی عملکردی یا بدون زخم، اختلاف نظر فراوانی وجود دارد اطلاعات متنوع و بعضی اوقات متناقضی در بارهٔ درمان بیماران مبتلا به دیس پیسی بدون زخم یافت می شود درمان مبتنی بر اصول پاتوفیزیولوژیک و مکانیسم پاتوژن تو بیماری است. درمانهایی پیشنهاد شده اند که هر یک بر اساس یکی از تئوریهای پاتوژنز، شکل گرفته است.

با توجه به تنوع و عدم قطعیت این تئوریهها درمانها هم متعدد و در عین حال فاقد پشتوانه مستحکم هستند. به طور کلی بررسی های درمانی وسیعی انجام گردید که شامل داروهای ضد ترشچی، داروهای پروکنتیک و ریشه کنی هایکوباکتریپیلوری است.

به همه بیماران توصیه می شود از ریسک فاکتورهای اولسرپپتیک از جمله مصرف داروهای NSAID، مصرف سواد محرک مانند کافئین و مصرف سیگار پرهیز کنند. در برخی مطالعات، عنوان شده است که دوزهای بالاتر از داروهای کاهنده اسید معده اثرات مثبتی دارد ولی داروهای پروکینتیک Prokinetic، آنتی اسیدها و بلوکرهای گیرندهٔ H_2 (H_2 Blockers)، به میزان کمی، نسبت به پلاسبو موثر بوده اند. داروهای روان درمانی به ویژه ضد افسردگی های 3 حلقه ای در کاهش شکایات ناشی از دیس پیسی، موثر ارزیابی شده اند. برای این منظور داروهای SSRI (مهارکننده بازجذب سروتونین) و داروهای ضد اضطراب نیز بکار رفته اند.

درمانهای روانشناختی (Pshckological Treatment) از قبیل back-Biofeed و Stress management و Interpersonal psychetherapy و Cognitive Therapy نیز در دیس پیسی عملکردی مؤثر بوده اند (11 و 9).

اهداف

هدف اصلی از انجام این مطالعه بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به دیس پیسی مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) طی 3 ماهه دوم سال 1383 می باشد.

اهداف فرعی

- 1) تعیین فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به دبس پیسی به تفکیک یافته های آندوسکوپی
- 2) تعیین فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به دیس پیسی به تفکیک جنس
- 3) تعیین فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به دبس پیسی به تفکیک سن

تعاریف به کار رفته در این پژوهش

افسردگی: برای سنجش میزان افسردگی در بیماران مورد مطالعه از فرم Becks Depression Inventory که استاندارد شده با جامعه ایران بود استفاده شد. (ضمیمه دو) و در این پژوهش $score > 8$ را مثبت و $score < 18$ را منفی فرض کردیم (26) ولی شدت افسردگی در نظر گرفته نشده است.

- علایم دیس پیسی: در این پژوهش از یک فرم دموگرافیک (ضمیمه 1) استفاده شد که در آن شش علامت عمده دیس پیسی (دل درد، ترش کردن - آروغ زدن - احساس

پرسردل(18) از بیماران سؤال شده و یک سؤال باز جهت بیان مشکلات دیگر نیز مطرح شده بود .

- یافته های آندوسکوپی مثبت :شامل اولسریپتیک - ازوفاژیت - هیاتال هرنا - ضایعه تومورال و گاستریت بود .

انواع متغیرهای مورد مطالعه

1)جنس

2) سن

3) یافته های مثبت آندوسکوپی

4)یافته های منفی آندوسکوپی

5) افسردگی

فصل دوم

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

بازنگری منابع موجود و مطالعات چاپ شده

Review of Literature

بازنگری منابع موجود و مطالعات چاپ شده

Pam xiaoping (2000) و همکاران طی مطالعه ای به بررسی فاکتورهای روانی در شکل گیری و درمان دیس پیسی عملکردی پرداخته اند گروه مورد مطالعه شامل 24 نفر بیمار سرپایی و بستری (بین 16-77 ساله با میانگین سنی $47/65 \pm 15/02$ سال) و شامل 14 نفر زن و 15 نفر مرد بود که شکایت اصلی آنها دیس پیسی بود در 18 مورد از آنها با آندوسکوپی شواهدی دال بر گاستریت کشف شد و 6 نفر باقیمانده پاتولوژی خاصی نداشتند تمام 24 بیمار مبتلا به FD قبلاً تحت درمان با داروهای آنتی اسید، آنتی کلنیژیک ها، پروکینیتکها و رژیم غذایی برای مدتی بین 6 ماه تا 6 سال قرار گرفته بودند و هیچ بهبودی قابل توجهی نداشتند 24 داوطلب سالم به طور اتفاقی انتخاب شدند (بین 18-57 ساله با میانگین سنی $4533 \pm 16/76$ سال 10 زن و 14 مرد) و گروه کنترل را تشکیل دادند از تمام افراد مورد مطالعه HRSD و HAS و SCI-90 طی مصاحبات گرفته شد 13 بیمار تحت درمان با Paroxetine برای 8 هفته و 11 بیمار تحت درمان با فلوکستین برای 8 هفته قرار گرفتند و روان درمانی بیشتر به صورت شناختی رفتاری (Cognitive-behavioral) انجام شد و تشویق شدند که بدون توجه به علائم گوارش خود به زندگی نرمال بازگرداند.

قبل از درمان تفاوت فاحشی از نظر Score در HAS و HESD بین گروه مورد و گروه شاهد وجود داشت و نتایج قبل از درمان نشان داد که به طور معمول افسردگی و اضطراب. بیشتر اضطراب در بیماران مبتلا به FD یافت می شود بعد از 8 هفته در سال

تمام 24 بیمار مبتلا به FD بهبود قابل ملاحظه یا در علایم گوارشی پیدا کردند به این ترتیب محققین نتیجه گرفتند که فاکتورهای روانی در اتیولوژی دیس پیسی عملکردی نقش عمده ای ایفا می نمایند و آنتی دپرسانها در درمان بیماران مؤثرند (12).

(1999) C Ron Norton و همکاران به بررسی میزان شیوع اختلالات گوارش عملکردی و ارتباط آنها با افسردگی و اضطراب پرداخته لذا آنها 89 دانشجوی زن و 38 دانشجوی مرد سال اول دانشگاه را انتخاب کردند از تمام آنها پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه MUQ (جهت بررسی وضعیت پزشکی آنها) و پرسشنامه دیگری که در سایر مطالعات جهت تأیید تشخیص F.D به کار رفته بود و جهت بررسی اختلالات روانپزشکی از پرسشنامه 16 سؤاله The Anxiety Sensitivity (ASI) و (BAI)

Beck's Depression Inventory, Beck's Anxiety Inventory (BDI) استفاده شد.

نتایج نشان داد که 51/2 درصد از افراد مورد مطالعه به نوعی از FGI مبتلا بودند که بیشترین آنها، حدود 22/8 درصد از جمعیت مورد مطالعه، گرفتار F.D بودند افرادی که دارای F.D بودند Score بالتری از ASI و BDI را دارا بودند و نتیجه گرفتند که اضطراب و افسردگی با FGI در ارتباط است (13).

(1998) H.Metz، به بررسی تأثیر داروهای ضد افسردگی بر روی شکایات، وضعیت خواب و ادراکات احشایی و (Ui Sceral Percaption) در بیماران مبتلا به F.D پرداخته اند در این مطالعه بیماران به دو گروه تقسیم شده اند یک گروه آمی تریپتیلین با دوز 5mg در زمان قبل از خواب دریافت کرده و گروه دوم دارونما (Plavenu) گرفته اند.

نتایج مطالعه نشانگر اثرات سودمند آمی تریپتیلین با دوز پایین در درمان این بیماران بود (14).

Sourg - Yeal Lee (2000) و همکاران، استرس و افسردگی را در بیماران مبتلا به دیس پپسی بدون زخم مورد بررسی قرار دادند آنها 30 بیمار مبتلا به F.D را که به صورت سرپایی مراجعه می کردند و 18-65 ساله بودند و تشخیص NUD داشتند را مورد بررسی قرار دادند تشخیص NUD براساس معیارهای Tally و همکاران برای آنها گذاشته شده بود آنها 30 نفر از افراد مراجعه کننده به درمانگاه که هیچ نوع بیماری ارگانیک و علایم بالینی نداشتند را به عنوان گروه انتقال انتخاب کردند جهت بررسی وضعیت خلقی - روانی افراد از پرسشنامه استفاده شده بود جهت بیماران آزمایشات بالینی مونیتورینگ 24 ساعته PH و مانومتری ازوفاژ جهت R/O سایر علل انجام و قویاً مبتلا به F.D در آنها تأیید شد بیماران مبتلا به NUD میزان ابتلای شگفتی، نسبت به گروه کنترل، به افسردگی داشتند و در بررسی حوادث استرس تفاوت قابل ملاحظه ای با گروه کنترل داشتند نتایج این بررسی عنوان کرد که افراد مبتلا به NUD افسردگی ارتباط معکوسی با حمایت بین فردی داشته است ولی در مورد اضطراب بین دو گروه تفاوت بارزی مشاهده نشد (15).

ChouLT (2001) و همکاران مطالعه ای در باره ارتباط افسردگی و دیس ریتمی های معده و دیس پپسی عملکردی انجام داده اند 39 بیمار و 18 شاهد سالم مورد ارزیابی قرار گرفته اند نتایج مطالعه نشان دادند که بیماران مبتلا به دیس پپسی عملکردی با

اختلالات حرکتی معده (که با الکتروگاستروگرافی ثبت می شود)، ارتباط معنی داری با افسردگی ندارد (هرچند، در کل در گروه مبتلا به دیس پپسی، افسردگی نسبت به گروه شاهد به میزان بیشتری مشاهده شد (16)). لازم به ذکر است در جستجوهای انجام شده مطالعه ای بین افراد بیمار دارای پاتولوژی ثابت شده و افراد بیمار بدون پاتولوژی ثابت شده که آنها را مبتلا به F.D فرض کنیم، از نظر شیوع ابتلا به افسردگی یافت نشد.

www.kandooch.com

www.kandooch.com

فصل سوم

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

روش انجام تحقیق

Method and Materials

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

روش اجرای پژوهش

تعریف جامعه پژوهش: کلیه بیمارانی دارای علائم دیس پیسی مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم می باشد.

تعداد نمونه، روش نمونه گیری، معیارهای انتخاب نمونه:

روش نمونه گیری آسان و با استفاده از بیماران در دسترس و همکاری کننده می باشد
حجم نمونه بر اساس فرمول زیر با میزان خطای 0/03، 106 نفر برآورد می شود.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{3^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.03^2} = 106$$

نوع پژوهش و روش انجام کار:

این مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد.

پس از کسب اجازه از مسئولین درمانگاه بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و ایجاد هماهنگی های لازم جهت بررسی وضعیت روانی 106 نفر بیمار مراجعه کننده به درمانگاه انتخاب شدند و تمامی این افراد بیمارانی بودند که علائم دیس پیسی را داشتند ولی تا قبل از آن آندوسکوپی تشخیصی نداشتند سپس فرم Beck's Depression Inventory (ضمیمه یک) که جهت سنجش وضعیت روانی از نظر افسردگی انتخاب شده است توسط جمعیت مورد پژوهش پاسخگویی خواهد شد علاوه بر آن از یک فرم علامت شناختی شامل مشخصات علائم بیمار و متغیرهای مداخله گر نیز استفاده خواهد شد پس از پاسخگویی به این فرم ها جواب آندوسکوپی آنها با همکاری مسئول

بایگانی استخراج و یادداشت خواهد شد افرادی که در این مطالعه شرکت داده شدند که از نظر سواد و وضعیت جسمی قادر به پاسخگویی به سؤالات باشند. پس از جمع آوری داده های خام بیماران به دو گروه آندوسکوپی منفی (گروه CaSe) و آندوسکوپی مثبت (گروه Control) تقسیم شده و با استفاده از جداول و روش آمار توصیفی درصد فراوانی افسردگی مورد مطالعه قرار خواهد گرفت.

ابزار بکارگیری

- 1) پرسشنامه ضمیمه شماره 2 جهت تعیین وجود یا عدم وجود دیس پپسی می باشد.
- 2) پرسشنامه ضمیمه شماره 1 را که پرسشنامه Beck می باشد و علایم افسردگی را می سنجد و از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است

روش تجزیه و تحلیل داده ها

با توجه به فرضیات مطرح شده، روش آمار توصیفی و جداول درصد فراوانی استفاده می گردد

رعایت نکات اخلاقی

- 1) جهت انجام مطالعه، معرفی نامه اخذ شده از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به مرکز مربوط ارائه شده از مسئولین مرکز اجازه لازم اخذ شد.
- 2) باورها، رفتار و سنت های جامعه رعایت شد

3) پژوهشگر اهداف پژوهش را برای کلیه شرکت کنندگان تشریح نموده و رضایت آگاهانه آنها را کسب و متعهد به رعایت رازداری در مورد اطلاعات شخصی و پزشکی شرکت کنندگان شد.

فصل چهارم

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

نتایج Results

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

نتایج

در این تحقیق از 106 بیمار مورد مطالعه 53 تن مرد و 53 نفر زن بودند. سن مبتلایان بین 19 و 85 سال با میانگین 45/92 و انحراف معیار 17/88 سال بود. در مردان میانگین سن 46/79 با انحراف معیار 17/20 سال و در زنان 45/08 با انحراف معیار 18/83 سال بود. بنابراین سن ابتلاء به میزان اندکی (1/68 سال) در زنان پایین تر بود. بیماران به دو گروه مورد (Case) و شاهد (Control) تقسیم شدند. گروه Case به صورت اتفاقی از بین بیماران مبتلا به دیس پپسی همراه با یافته های منفی آندوسکوپی انتخاب شدند. گروه کنترل مبتلایان به دیس پپسی بودند که یافته های مثبت آندوسکوپی داشتند و با توجه به متغیرهای مداخله گر با گروه مورد همسان (match) شده بودند. متغیرهای مداخله گر در این مطالعه: سن، جنس، یافته های مثبت آندوسکوپی، یافته های منفی آندوسکوپی، افسردگی در جریان همسان سازی (matching) 9 بیمار به علت عدم وجود مورد یا شاهد مناسب از مطالعه خارج شدند.

جدول 1- توزیع افسردگی در بیماران مبتلا به دیس پیسی به تفکیک جنس

جنسیت	تعداد کل	فراوانی	درصد کل	درصد درون گروهی
مرد	53	47	55/3	88/67
زن	53	38	44/7	71/69

جدول 2- توزیع فراوانی افسردگی بیماران مبتلا به دیس پیسی به تفکیک سن

سن	تعداد کل	فراوانی	درصد کل	درصد گروهی
19-29	15	5	6/7	33/3
30-40	18	10	13/3	55/5
41-51	20	12	16	70
52-62	17	15	20	88/23
63-73	18	16	21/3	88/8
74-84	18	17	22/7	94/4

جدول 3- توزیع فراوانی افسردگی بیماران مبتلا به دیس پیسی به تفکیک یافته های

آندوسکوپی

یافته های آندوسکوپی	تعداد کل	فراوانی	درصد کل	درصد درون گروهی
مثبت	52	49	50/51	97/14
منفی	54	48	49/49	91/17

در دو گروه Case و کنترل Chi-Square تأیید می شود و با توجه به این که این نیز به نفع

رمدخال افسردگی در ایجاد دیس پیسی می باشد به انجام آن پرداخته ایم.

و در حین نتیجه گیری و بررسی های آماری نتیجه زیر به دست آمد:

ارتباط بین جنس و جواب آندوسکوپی سنجیده شد و با استفاده از آزمون Chi-Square این

ارتباط از نظر آماری معنی دار بود و این به این معنی است که بررسی علل سایکولوژی و

Bercks Score در مردان قابلیت افتراق بهتری در گروه AND منفی می باشد یعنی در گروه

مردان سنجش این Score ارزش بیشتری دارد.

Beck's EndosCopy Crosstabulation
Count

		EndosCopy		Total
		Positive	Negative	
Depression	Positive	21	30	51
	Negative	30	25	55
Total		51	55	106

Chi-Square Tests

	Value	DF	Asympsig(2-Sided)
Pearson	1/372(b)	1	.243
Continuity Correction (a)	0/765	4	.382
Like lihood Ration	1/350	1	.245
A Computed or for a 2*2 table			

B o cells (0%) nave expected count less than 5. The minimum expected is 11.04.

General EndosCopy Grosstabulation

		EndosCopy		Total
		Positive	Negative	
Gender	Male	30	23	53
	Female	15	38	53
Total		51	53	106

Chi-Square Tests

	Value	DF	Asympsig(2-Sided)
Pearson chi-square	3.945(b)	1	.047
Continuity Correction (a)	2.899	1	.89
Like lihood Ration	4.000	1	.045
Acamputed onlyfor a 2*2 table			
B o cells (0%) nave expected count less than 5. The minimum expected is 11.50			

فصل پنجم

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

www.kandooch.com

بحث و نتیجه گیری

Discussion and Conclusion

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

جدول شماره 1: توزیع فراوانی افسردگی را بر حسب جنس نشان می دهد. این نتایج میزان افسردگی را در مردان بیشتر نشان می دهد به صورتی که 55/3 درصد از مردان و 44/7 درصد از زنان دچار افسردگی بودند.

جدول شماره 2: توزیع فراوانی افسردگی در بیماران دیس پیسی را بر حسب سن نشان می دهد. بیشترین شیوع افسردگی در گروه سنی 74-84 سال و بعد از آن در گروه سنی 63-73 سال بوده است.

جدول شماره 3: توزیع فراوانی افسردگی در بیماران مبتلاء به دیس پیسی بر حسب یافته های آندوسکوپی را نشان می دهد. بر حسب نتایج بدست آمده بیماران با یافته های مثبت آندوسکوپی 50/51 درصد و بیماران با یافته های منفی آندوسکوپی 49/49 بوده است.

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده افسردگی بیشتر به عنوان عامل همراه در دیس پپسی عملکردی مطرح می باشد و بر اساس مطالعات آماری انجام شده در این پژوهش شیوع افسردگی در گروهی که آندوسکوپی منفی داشتند تفاوت معنی داری با گروه آندوسکوپی مثبت نداشت.

در مقالاتی که در حین تدوین این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند هیچ یک به مقایسه وجود بیماری افسردگی و بررسی عوامل روانشناختی و Score های اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به دیس پپسی بدون زخم و همراه با زخم نپرداخته بود. ارتباط عوامل خلقی به ویژه افسردگی با علایم گوارشی همواره مطرح است. هدف از این پژوهش بررسی رابطه آنها به صورت دو عامل در طول هم (افسردگی و به دنبال آن F.D) و یا دو عامل در عرض هم (افسردگی به عنوان یک بیماری همراه با F.D) بوده است از این لحاظ به ساده ترین روش به بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران علامتداری پرداختیم که به دو گروه تقسیم می شدند.

گروه اول گروه Case بودند که در آندوسکوپی انجام شده هیچ گونه یافته مثبت ارگانیکی که توجیه کننده علایم بالینی آنها باشد نداشتند که از آنها به عنوان FD یاد کردیم گروه دوم پاتولوژی خاصی در آندوسکوپی به نفع عامل زمینه ای ارگانیک داشتند (گروه Control) با این تفکر که اگر افسردگی به عنوان یک بیماری همراه برای دیس پپسی عملکردی مطرح باشد باید حداقل شیوع افسردگی در هر دو گروه یکسان باشد به بررسی شیوع افسردگی

در گروهی که آندوسکوپی منفی را داشتند و گروه کنترل پرداختیم و تفاوت معنی داری بین دو گروه بدست نیاوردیم.

ارتباط موجود بین اختلالات عملکردی گوارشی و اختلالات روانی به ویژه افسردگی، در مطالعات فراوانی مورد توجه و آزمون قرار گرفته و همواره نتایج به نفع وجود همراهی بین این دو بیماری بوده است (19-22) در واقع نه بر روی اثبات وجود این همراهی، بلکه بر وجود عوامل خلقی به عنوان اتیولوژی دیس پپسی عملکردی متمرکز شده اند.

Talley and piper (1986) ارتباطی بین استرس، با در نظر گرفتن حوادث اصلی و مهم زندگی، و دیس پپسی عملکردی پیدا نکردند (24) با این وجود Nyren (1985) و همکاران نتیجه گرفتند که فاکتورهای روانی نقش بسزایی در اتیولوژی دیس پپسی بدون زخم ایفا می کند (25) S.N.Furmar (1995) و همکاران بیان کردند که Score کلی استرس، هم با Score علایم بالینی آغازگر و هم با پاسخ به درمان در ارتباط است ولی زمانی این حالت برقرار است که افراد مورد پژوهش به دو گروه تقسیم شوند (23)

Xppee et al 2002 بیان کردند که: «اخیراً نشان داده شده است که فاکتورهای سایکولوژیکی هم نقش عمده ای در ایجاد F.D دارند «یک مدل فیزیولوژیکی - روانی - اجتماعی برای پاتوژنز آن مطرح کردند که در این مدل هر سه فاکتور مستقلاً ولی با تداخل با یکدیگر عمل می کردند.

(1991) Comillean , Talley 76 بیمار مبتلا به F.D را با معیارهای افسردگی، اضطراب و تغییرات شخصیتی سنجیدند و فهمیدند که بیماران مبتلا به F.D میزان امتیازات بالاتری گرفتند.

(2002) Haug et al بیمارانی را که به دلیل دیس پیسی گاستروسکوپی شده بودند تحت آزمونهای سایکومتریک قرار دادند این آزمونها در ارتباط با افسردگی، اضطراب، تغییر شخصیت و علایم سوماتیک بود و در مطالعه آنها نیز Score گروه مبتلا به دیس پیسی تفاوت فاحشی با گروه کنترل (بدون علایم دیس پیسی) داشتند (12) البته به دلیل اینکه، اشکالاتی بر این پژوهش وارد است از جمله کم بودن حجم نمونه و عدم دسترسی به آزمایشات بالینی رد کننده عوامل حرکتی دیس پیسی نمی توان این را قویاً و به صورت یک قانون بیان کنیم که افسردگی بیشتر به عنوان عامل همراه در دیس پیسی عملکردی مطرح است.

نتیجه گیری

در این پژوهش بر اساس محاسبات آماری رابطه معنی داری بین جواب آندوسکوپی Becks Score در گروه مورد و شاهد یافت نشد و این به نفع عدم مطرح بودن افسردگی به عنوان عامل ایجادکننده F.D بوده آنرا صرفاً به عنوان یک عامل همراه مطرح می سازد که یعنی برخلاف بیشتر مطالعات می باشد. در جریان پژوهش یک نتیجه فرعی به دست آمد که به قرار زیر است:

شیوع افسردگی در هر دو گروه در مردان بیشتر از زنان است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است و به این معنی که محاسبه Becks Score در گروه اندوسکوپي منفی در مردان کمک کننده تر است.

محدودیت های پژوهش

- 1) تعداد نمونه بیشتری برای نتیجه گیری قطعی بر اساس محاسبات آماری مورد نیاز است.
- 2) در این پژوهش به دلیل محدودیت های موجود فقط افسردگی در افراد مورد پژوهش سنجیده می شود
- 3) گروه مورد پژوهش افراد مبتلا به Sever dyspepsia بودند که بعد از مراجعه به درمانگاه گوارش نیاز به آندوسکوپي برای تشخیص علایم و رفع آنها پیدا کرده بودند بسیاری از نمونه ها معرف جامعه از آن حذف شده بودند.
- 4) نداشتن گروه کنترل سالم مانع از مقایسه شیوع افسردگی در دو گروه بیمار و سالم از نظر بیشتر یا کمتر بودن آن شد.

پیشنهادات

- 1- جهت بررسی بهتر نمونه ای که نمایانگر جامعه بوده و افرادی که علایم کمتری با شدت کمتری نیز دارند در نظر گرفته شده تعداد نمونه بیشتر باشد.
- 2- در پژوهش انجام شده امکانات در جهت رد علل Dysmotility like دیس پیسی عملکردی موجود نبود رد این علل در افرادی که در آندوسکوپي پاتولوژی خاص ندارند به دقت مطالعه کمک خواهد کرد.

- 3- در این پژوهش صرفاً از علل روان شناختی افسردگی سنجیده شده است اگر در پژوهشهای بعدی علاوه بر افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیتی فاکتورهای مربوط به Life Steal بیماران نیز سنجیده شود دقت مطالعه افزایش می یابد.
- 4- در پژوهشهای بعدی وجود گروه کنترل سالم در کنار دو گروه دیگر پیشنهاد می شود.

بخش ضمام

www.kandooch.com

www.kandooch.com

www.kandooch.com

مراجع

REGRENCES

1. Tallet NJ, Colin-Jones D, Kach KL, et al. Functional ; Dyspepsia : A classification with quidlines for diagnosis and managment. Gastroiutrol It 1991; 4:145-60.
2. Talley NJ, Silverstern, Argys L, et al, AGN technical review: evalution of dyspepsia, Gastroentrolgy 1998; 282-45.
3. Camilleni M. Norulcer dyspepsia: A look into the future mayo clin proe 1996: 614-22.
4. Coline-yoner DF, Bleome B. Bodemar G, et al Nanagmen: of dysperia: Report of working party.
5. Drossman DA, Thompron WG, Talley NJ, et al identification of rebgroups of functional gastero entestinal disorder. Gadtrointrol Int 1990; 3: 154-72
6. Tally NJ, shuter B, Mc Grucaen G, et al lack of uddoeiafication between gastric amptyiny of soada and symptoms nonulcer dyspepsia clin Gastrointrol 1989; 1378-86.
7. Switz D. M. what the gastrointestinologist dose: a survey of a state society. S practice Gastrointestology 1996: 90 1048-50
8. Tucei A, Corinalderi R. Stang fellini V. et al Helicobacter phlori infection and gastric function in patients with chrowic idiopathic dyspepsia, Gastroentrolgy 1992; 103: 768-74.
9. Tally NJ. Dyspepsia: How to manage and how to treat, Aliment pharmacol ther 2002. Jul; 16 suppi, 4: 95-104.
10. Tally NJ, fung LH, et al. Association of anxiety Neuroticism, and depressian with dyspepsia of unknown cause. A case-contral study. Gastrointestinal 1996 Apr; 102 (16): 886-92.
11. Haug TT. functional dyspepsia: a psychosomatic dioeaso. Tidsskr Nor Laegeforen 2002 May 10; 22(12): 1212-22.
12. Pam Xiaping, etal. Psychological factors in functional dyspepsia and ita treatment. Chinese gournal of diagestine disease. 2000; 1; 17-20.

13. G. Ron Norton et al. The role of anxiety, sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of psychosomatic research*, 1999;47(3) 233-40.
14. H. Mertz et al. Effect of Amitriptyline on symptoms, Sleep and visceral perception in patient with functional dyspepsia, *The American Journal of Gastroenterology*. 1998 93(2), 160-65.
15. Sang-Yeol Lee, et al. Stress, Coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of psychosomatic research* 2000(49) 93-99.
16. Chou LT et al. The correlation between depression and gastric dysrhythmia in functional dyspepsia, *Journal of Clinical Gastroenterology* 2001 Aug;33(9):127-31.
17. Stanghellini V, Tosetti C, Patemice A et al. Risk indicators of delayed gastric emptying of solid food in patients with functional dyspepsia *Gastroenterology* 1996; 110:1036-42.
18. Harrison
- 18) Heading RC. Definitions of dyspepsia. *Scand J Gastroenterology* 1991;26(suppl 1S2),1-6.
- 20 Robert S. Fishbein and Henry P. Piar-Kman, Management of non-ulcer dyspepsia *New England Journal of Medicine* 1998; 339:1371-80
21. Healy R.V. and Rathbone, B.J. Dyspepsia: A dilemma for general practitioners: 779-1987.
22. McCauley K. Dyspepsia in children. *Medical Clinics of North America* 1999; 83:1-10. Eds. Masenger and Fordtran. *Small Intestinal and Large Intestinal Disease* 5th ed Vol one W.B Saunders Co. Philadelphia, 1999
23. Sacilien. FuRmar. Rosolind F. Cheemom, PLET J. BECKER Demographic, socioeconomic and stress factors in patients with upper GI symptoms (Dyspepsia): Impact on the Therapeutic Response to cisapride. *Current Therapeutic Research* vol.56. No 6, June 1995; 545-555.
24. Talley Nj, piper DW, Najor the events stress and dyspepsia of unknown cases: A case control study. *Gut*. 1986;27:127-134.
25. Nyren O, Adami H-O, Bergstrom R, et al. Psychological

factors are crucial in the etiology *Non-ulcer* dyspepsia. A population based case-control study. In: Nyren O, ed *Non-ulcer Dyspepsia. Studies on epidemiology and Therapy*. Sweden; uppsals; 1985:1-27.

26.

پرسشنامه بک

Beck questionnaire

ضمیمه یک

نام تاریخ

در این پرسشنامه مطالبی بصورت گروهی از جملات مربوط بهم آورده شده است، لطفاً هر گروه از جملات مربوط به هم را به دقت بخوانید. سپس در هر گروه جمله ای را که به بهترین نحو احساس شما را در طول هفته گذشته که شامل امروز نیز بشود - توصیف می کند برگزیند. دور امتیاز مربوط به آن جمله (که در سمت راست هر جمله بصورت شماره از 0 تا 3 مشخص شده است) یک دایره بکشید. دقت فرمائید که قبل از آنکه جمله ای را انتخاب نمایید تمام جملات مربوط به آن گروه را به دقت خوانده باشید:

0-1- احساس غم نمی کنم

1- احساس غم می کنم

2- دائماً احساس غم دارم و نمی توانم از شر این احساس خلاص شوم.

3- آنقدر غمزده هستم که این وضع برایم غیرقابل تحمل شده است.

2-0- در مورد آینده بدبینی خاصی ندارم.

1- احساس می کنم به آینده بدبین هستم.

2- احساس می کنم که برای آینده هیچ دلخوشی ندارم.

3- آینده در نظرم ناامیدکننده و مشکلات غیرقابل حل هستند.

3-0- احساس شکست خوردگی ندارم.

1- حساس می کنم بیش از افراد متوسط شکست خورده ام.

2- در بررسی زندگی گذشته، هرچه می بینم شکست است.

3- فکر می کنم فردی کاملاً شکست خورده ای هستم.

4-0- مثل گذشته از آنچه مورد علاقه ام است لذت می برم.

1- به اندازه گذشته از چیزها لذت نمی برم.

2- دیگر از هیچ موضوعی احساس رضایت واقعی نمی کنم.

3- از همه چیز ناراضی هستم و همه چیز برایم کسل کننده است.

5-0- احساس گناه بخصوصی ندارم

1-گاهی احساس گناه می کنم.

2-اغلب احساس گناه می کنم.

3-همیشه احساس گناه می کنم.

6-0- احساس اینکه بعلت گناهانم تنبیه می شوم ندارم.

1-گاهی احساس می کنم که دارم به مکافات اعمال خود می رسم.

2-خود را سزاوار مکافات می بینم.

3-احساس می کنم به خاطر گناهانم در حال تنبیه شدن هستم.

7-0- احساس عدم رضایت از خود ندارم.

1- از خود ناراضی هستم.

2- از خود خسته و بیزار شده‌ام.

3- از خودم متنفرم.

8-0- احساس می‌کنم از دیگران بدتر باشم.

1- بعلت ضعفها و اشتباهاتم نسبت به خود انتقاداتی دارم.

2- همواره خود را بعلت کوتاهی هایم سرزنش می‌کنم.

3- خود را در مورد هر واقعه بدی مقصر می‌دانم.

9-0- هیچگونه فکری در مورد خودکشی ندارم.

1- افکار خودکشی دارم ولی به آن عمل نمی‌کنم.

2- دلم می‌خواهد خودکشی کنم.

3- اگر موقعیت مناسبی پیدا کنم خود را خواهم کشت.

10-0- بیش از معمول گریه نمی‌کنم.

1- بیشتر از گذشته به گریه می‌افتم.

2- حالا دیگر همیشه گریه می‌کنم.

3- قبلاً می‌توانستم گریه کنم ولی حالا حتی اگر بخواهم نمی‌توانم گریه کنم.

11-0- هیچ حالت تحریک پذیری غیرعادی ندارم.

1- بیش از گذشته دلخور می شوم و تحریک پذیر هستم.

2- حالا دیگر همواره احساس تحریک پذیری می کنم.

3- چیزهایی که قبلاً مرا تحریکاتی میکرد دیگر در من اثر ندارد.

12-0- علاقه ام به دیگران را از دست نداده ام.

1- کمتر از گذشته نسبت به دیگران احساس علاقه می کنم.

2- قسمت اعظم علاقه ام به دیگران را از دست داده ام.

3- تمام علاقه ام به دیگران را از دست داده ام.

13-0- مانند گذشته می توانم تصمیم گیری کنم.

1- بیشتر از سابق تصمیم گیریها را به تعویق می اندازم.

2- در تصمیم گرفتن خیلی بیش از گذشته دچار اشکال هستم.

3- دیگر نمی توانم هیچگونه تصمیمی بگیرم.

14-0- احساس نمی کنم که ظاهری بدتر از گذشته داشته باشم.

1- نگران آنم که پیرو بدون جاذبه به نظر آیم.

2- احساس می کنم تغییرات پادیاری موجب کاهش طراوت و جذابیت من شده است.

3- فکر می کنم زشت شده ام.

15-0- می توانم به همان خوبی گذشته کار کنم.

1- برای شروع هر کاری نیاز به کوشش بیشتری دارم.

2- برای انجام هر کاری باید بخود فشار بیاورم.

3- نمی توانم هیچ کاری انجام دهم.

16-0- به همان خوبی گذشته می توانم بخوابم.

1- نمی توانم بخوبی گذشته بخوابم

2-1 تا 2 ساعت زودتر از معمول از خواب برمی خیزم و خوابیدن مجدد برایم مشکل است.

3- چندین ساعت زودتر از معمول از خواب برمی خیزم و نمی توانم مجدداً بخواب بروم.

17- بیش از حد معمول خسته می شوم.

1- زودتر از گذشته خسته می شوم.

2- تقریباً از انجام هر کاری احساس خستگی می کنم.

3- خسته تر از آنم که بتوانم کاری انجام دهم.

18-0- اشتهایم بدتر از معمول نیست.

1- اشتهای من بخوبی گذشته نیست.

2- اشتهایم حالا خیلی بدتر از گذشته است.

3- دیگر اصلاً اشتها ندارم.

- 19-0- اخیراً هیچگونه وزنی از دست نداده ام.
- 1- بیش از 2/5 کیلو وزنم کاسته شده است.
- 2- بیش از 4 کیلو از وزنم کاسته شده است.
- 3- بیش از 7 کیلو وزن کم کرده ام.
- 20-0- بیش از حد معمول نگران سلامتی خود نیستم.
- 1- در مورد مسائل جنسی مثل درد و ناراحتی و سوء هاضمه و یبوست نگرانم.
- 2- در مورد وضعیت بدنی ام خیلی نگرانم و مشکل است که بتوانم به چیز دیگری فکر کنم.
- 3- آنقدر در مورد وضعیت بدنی ام نگرانم که اصلاً نمی توانم به چیز دیگری فکر کنم.
- 21-0- هیچ تغییر جدیدی در میل جنسی ام نکرده ام.
- 1- کمتر از گذشته نسبت به مسائل جنسی علاقمندم.
- 2- اکنون بسیار کمتر از گذشته نسبت به مسائل جنسی علاقمند هستم.
- 3- میل جنسی ام را بکلی از دست داده ام.

ضمیمه دو

نام: نام خانوادگی: سن:

جنس: وضعیت تأهل مجرد متأهل

کدامیک از علائق زیر بعلت مراجعه شما جهت اندوسکوپی می باشد (هرکدام که موجود است علامت بزنید)

دل درد سوزش سر دل ترش کردن

نفخ آروغ زدن احساس پری سر دل

اگر مشکل دیگری دارید ذکر کنید

کدامیک از موارد زیر را مصرف می کنید:

سیگار الکل قهوه

استفاده مرتب از مسکن ها در صورت مثبت بودن نام ببرد.

مشکل شما چه مدت است که شروع شده است؟

آدرس و شماره تلفن:

ضمن تشکر از همکاری شما، از اطلاعات داده شده جهت تحقیق در مورد رابطه افسردگی و مشکلات گوارشی استفاده می شود، چنانچه تمایل داشتید می توانید جهت دریافت نتیجه آزمون در پایان ماه جاری به درمانگاه روانپزشکی مراجعه کنید.

Abstract:

Introduction: Dyspepsia is one of the most common reasons we bring patients to your office. Different etiologies have been mentioned for dyspepsia. Overall, dyspepsia is divided to 2 groups:

Non ulcer dyspepsia and ulceric dyspepsia. One of the etiologies for NUD is psychological disorders such as: depression, Anxiety, personality disorders and etc. Because these problems have increasing prevalence we decided to study about the correlation between these two problems.

Material and Methods: 106 patients that came for dyspepsia syndrome and got no improvement by empiric therapy, were selected and for more study, undergone endoscopy. They divided to two groups: case group which have no problem on endoscopy, and control group which had justifying pathology on their endoscopy. Both groups completed Beck's depression inventory which selected as an indicator for psychological problems.

Result: The between depression and the result of endoscopy, which means depression has similar prevalence in both case and control groups.