



چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

ارتباط میزان استرس و شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی در مددجویان بهزیستی

مهدی حسونند عموزاده^{۱*}

مسعود حسونند عموزاده^۲

فاطمه حسونند عموزاده^۳

معصومه حسونند عموزاده^۴

شمس‌الدین رضایی^۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان استرس و میزان شیوع اختلالات روان‌تنی و نیز کشف رابطه بین آنها بود. نمونه شامل ۳۰۰ نفر از مددجویان سازمان بهزیستی شهرستان دره شهر بودند که با روش انتخاب تصادفی خوشه‌ای برگزیده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه همراه با مصاحبه استفاده شد. مقیاس سنجش استرس مزمن، برای اندازه‌گیری میزان فشار روانی مددجویان مورد استفاده قرار گرفت و برای اندازه‌گیری میزان شیوع اختلالات روان‌تنی، با گنجاندن ۲۰ مورد از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی، از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا به صورت گزارش شخصی میزان شیوع این اختلالات در سالهای گذشته را مشخص نمایند. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که ۵۷/۷٪ درصد از مددجویان بهزیستی در سطح "متوسط و بالاتر" و همچنین ۵۴/۳٪ آنها به اختلالات روان‌تنی در سطح "متوسط و بالاتر" مبتلا بودند. شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی به ترتیب درد مفاصل زانو و آرنج، سردردهای عصبی، درد کتف و کمر، یبوست، زخم معده، اختلالات قاعدگی و آرتروز بود. همچنین رابطه مستقیم و معنی‌داری بین میزان استرس و میزان شیوع اختلالات روان‌تنی در مددجویان مشاهده شد. ارتقاء خدمات از سوی سازمان بهزیستی به مددجویان و نیز انجام مداخلات روانی-اجتماعی به منظور افزایش سلامت روان و آموزش روشهای مقابله با فشارهای روانی ناشی از زندگی روزمره ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه: مددجویان بهزیستی، اختلالات روان‌تنی، استرس.

* نویسنده مسئول: E-mail address: m.amouzade@gmail.com.

۱. دستیار تخصصی کودکان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۲. مسول کلینیک طلوع مهر وابسته بهزیستی شهرستان دره شهر

۳. دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

۴. کارشناس امور اجتماعی مجتمع خدمات بهزیستی حضرت علی اکبر(ع) شهرستان دره شهر

The Relationship Between Rate Of Stress And Prevalence Rate Of The Psychosomatic Disorders In Clients Of Welfare Organization

abstract

This study was to investigate the rate of stress as well as the prevalence rate of psychosomatic disorders and to find the association between these two variables. The sample consist of 300 (male=110, female=190) clients of welfare organization of Darashahr town who selected randomly through cluster sampling method. Required data was collected by means of a questionnaire with interview. Chronic stress scale is used to measure the level of stress and for measuring prevalence rate of psychosomatic disorders, participations were asked to clarify that how much suffered from the 20 most prevalent symptoms over the last years (self reported health status). result indicated that 57.7% of the clients of welfare organization were under "medium to high" levels of stress and 54.3% suffered from "medium to high" levels of psychosomatic disorders. knee and elbow pain, Headache, shoulder and back pain, Constipation, wounds in digestive organs, Menstrual disorders and arteries were the most prevalence psychosomatic disorders. There was a positive and significant association between the stress and psychosomatic disorders. It is necessary for welfare organization state to promote the quality of services to Their clients and also some psychosocial interventions in order to enhancing their mental health, as well as teaching them how to cope with stress daily life.

Keywords: clients of welfare, Psychosomatic Disorders, Stress.

مقدمه

به نظر محققان برخی مشکلات فیزیکی افراد، ریشه در استرس ها و فشارهای زندگی روزمره آن ها دارد. به طور مثال کمردرد و یا افزایش فشارخون به طور مستقیم با استرس های زندگی ارتباط دارد (سارانو، ۲۰۰۹). اختلالات سایکوسوماتیک (روان تنی) گروهی از اختلالات پزشکی اند که به رابطه ی میان جسم و روان اشاره می کنند. فرآیند شکل گیری هر بیماری تحت تأثیر عوامل زیستی، روان شناختی - رفتاری و اجتماعی قرار دارد (لویسون، ۲۰۰۶). همچنین بررسی سیر تاریخی بیماری ها در قرن اخیر، نشان دهنده تغییر نوع بیماری های عفونی و مسری به بیماری های مزمن و غیر عفونی به گونه ای که در دهه های اخیر، بیماری ها و اختلالات روان تنی که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن ها دخیل می باشند، ظهور یافته اند. ویژگی اساسی این تغییر نوع بیماری ها، پررنگ شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و نیز تأثیر ساختارها و رفتارهای اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری های مذکور بوده است. اصطلاح روان تنی، معمولاً هنگامی به کار می رود که شخص دارای نشانه های فیزیکی و جسمی است که عمدتاً بوسیله ی عوامل روان شناختی ایجاد و تشدید می شوند (آریونا، پویارآسنا و پالانیپان، ۲۰۰۵). در واقع اختلالات روان تنی به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه ها و استعداد های زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارهای محیطی و روانی از سوی دیگر، اشاره دارد (ولمن، ۱۳۷۵). از طرفی استرس و یا فشار روانی حالت فیزیولوژیک یا روان شناختی ناخوشایندی است که در پاسخ به محرک های تنش زا ایجاد می شود (لویسون، ۲۰۰۶). بویره، چاموت و پرنگر (۲۰۰۴) نشان دادند که به طور کلی واژه استرس برای توصیف سه مورد عوامل استرس زای بیرونی، تقاضاهای محیط آنگونه که توسط فرد درک می شوند و پاسخ فیزیولوژیک به موقعیت های تهدیدآمیز به کار می رود. در دیدگاه شناختی نیز، استرس تمرکز بر مفهوم گسیختگی دارد، با توجه به نظریه گسیختگی، هرگاه در

جریان رفتار یا تفکر سازمان یافته فرد وقفه ایجاد شود استرس یا اضطراب به شکل پاسخی خود به خودی به وجود می آید. این پاسخ به مانند سیستمی هشدار دهنده عمل می کند که بیانگر عدم تأیید یک انتظار یا نقص برخی اعمال است (ماندلر، ۱۹۹۳). از دیدگاه آسیب شناسی، استرس در سطح فردی، باعث بروز آسیب های جسمی و روانی و در سطح اجتماعی باعث بروز و تشدید مشکلات اجتماعی می شود (مک دوناف و والترز، ۲۰۰۱). در صورتی که استرس شدید یا طولانی مدت باشد، واکنش نسبت به آن طی سه مرحله روی می دهد. این سه مرحله شامل: آماده باش، مقاومت و تسلیم است که بدن را به سازش با استرس وا می دارد. سازش می تواند مقدمه بیماری های قلبی - عروقی، عفونت، بیماری های خود ایمنی، سرطان، دیابت و همچنین اختلالات روان شناختی و یا جوهی از اختلالات روان تنی باشد (سابان و کوتانسکی، ۲۰۰۱). ظاهراً علت تأثیر استرس بر بیماری ها، بخصوص بیماری های روان تنی به دلیل اثر آن بر سیستم ایمنی بدن است. به نظر پیتره، بوث، پنه باکر، داویدسون و توماس (۱۹۹۵) مشکلات روان تنی بیماران از منع یا بازداری افکار و احساس های مهم روان شناختی ناشی می شود. از این رو، بیماری های روان تنی، استرس و عوامل تنش زا و فشارآور زندگی، نظیر فشارهای شغلی و تحصیلی و حوادث زندگی، تعارض نقش ها، وجود محدودیت ها و نابرابری های اجتماعی، رواج تبعیض ها، مشقت اقتصادی، سطح پایین استاندارد زندگی و غیره موجب ایجاد یا تشدید فشار روانی بر افراد می شوند. توزیع الگوهای بیماری و سلامتی بر حسب عوامل اجتماعی و فرهنگی، بر این نکته دلالت دارد که این عوامل می توانند شرایط و موقعیت هایی در زندگی به وجود آورند که فشارزا بوده و تنیدگی زیادی را بر افراد وارد نمایند. حوادث و شرایطی نظیر طلاق، اخراج از کار، مرگ یا بیماری شدید یکی از نزدیکان، تغییر محل زندگی و تغییر شیوه ی زندگی از جمله موقعیت های تنیدگی زا هستند که می توانند ناشی از تفاوت در موقعیت های اجتماعی افراد باشد.

از دست دادن حامی صمیمی و کاهش میزان روابط اجتماعی، پذیرفتن مسئولیت های جدید که متناسب با توانمندی های فرد نیست، اضافه شدن نقش جدیدی در اداره کردن زندگی و سرپرستی کودکان می توانند از جمله دلایلی باشند که خانواده های تحت پوشش سازمان بهزیستی با آن مواجه شوند. این وضعیت های جدید به دلیل طولانی مدت بودن، شرایطی را ایجاد می کنند که استرس ایجاد کرده و پیامد این استرس می تواند بروز یا تشدید بیماری های جسمی و روانی باشد. پژوهش های انجام شده (کارنی، لیمن و راسین، ۲۰۰۴) در زمینه خانواده ها و جمعیت های در معرض آسیب نشان می دهد که محرومیت های اجتماعی و اقتصادی شدید به علت ایجاد فشار روانی فراوان می تواند اختلالات روان پزشکی و پریشانی روانی را ایجاد نماید (بابایی، ۱۳۸۰؛ میکلوویتز، ۲۰۰۴) از طرفی پیامدهای هیجانی، اجتماعی و اقتصادی که توسط بیماران مبتلا به اختلالهای روانپزشکی تجربه می شود، تاثیر معنی داری را بر خانواده های آنها می گذارد و به گونه ای که پاسخهای خانواده، در مواجهه شدن با این دسته از بیماری ها اغلب شامل مسئولیت مراقبت، ترس، شرم و خجالت از بیماری است (برادی و مک کین، ۲۰۰۵).

در این راستا، پژوهش حاضر به بررسی میزان شیوع نشانه های اختلالات روان تنی و نیز میزان در معرض استرس بودن (تنیدگی) در بین مددجویان بهزیستی ساکن در شهرستان دره شهر و حومه صورت گرفته و سعی دارد تا با توصیف میزان شیوع نشانه های اختلالات روان تنی در بین آنان، ارتباط و همبستگی آن را با میزان در معرض تنیدگی بودن شناسایی نماید.

روش

در پژوهش حاضر، جامعه آماری کلیه مددجویان سازمان بهزیستی شهرستان دره شهر و حومه می باشند (۲۰۱۵ نفر) که در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ برای گرفتن خدمات اجتماعی، به کلینیک های وابسته به سازمان بهزیستی در سطح شهرستان اقدام می کردند. از میان این

مراجعه کنندگان حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۰۰ نفر (۱۹۰=زن، ۱۱۰=مرد) با میانگین سنی کل ۴۳/۶۵، انحراف استاندارد کل ۱۰/۴۱ باروش نمونه گیری خوشه ای برگزیده شدند.

ابزار سنجش

در پژوهش حاضر به منظور و سنجش میزان اختلالات روان تنی از مقیاسی که ریاحی (۱۳۸۸) ایجاد و اعتبار یابی نموده بهره گرفته شد. مقیاس مذکور که با توجه به منابع مربوط به اختلالات روان تنی تهیه شده ۲۰ مورد از شایع ترین اختلالات روان تنی را در برمی گیرد. در پژوهش ریاحی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس مذکور ۰/۹۵. و در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۳ برآورد گردیده است.

همچنین به منظور سنجش میزان استرس مزمن، از مقیاس ترنر، ویتون و لیود (۱۹۹۵) استفاده شد. این مقیاس ۵۱ گویه در ۹ بعد (ابعاد مالی، مشکلات عمومی، مسایل مربوط به شغل، ازدواج و روابط مربوط به آن، والدگری، خانواده، زندگی اجتماعی و سلامتی)، به سنجش میزان تنیدگی در میان آزمودنی ها می پردازد. مقیاس استرس مزمن، در مجموع به دنبال سنجش "در معرض تنیدگی قرار گرفتن" آزمودنی ها می باشد. این مقیاس قبلا در نمونه ایرانی (قدسی، ۱۳۸۲) نیز مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس میزان استرس، برحسب آلفای کرونباخ ۰/۹۵. محاسبه شده است که بیانگر همبستگی درونی بسیار شدید و قوی مقیاس مذکور می باشد و در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ برآورد گردیده است.

یافته ها

جدول ۱ میزان استرس شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول ۱: توزیع میزان استرس در شرکت کنندگان پژوهش

| میزان تنیدگی | تعداد | درصد | درصد تجمعی |
|--------------|-------|------|------------|
| شدید | ۳۵ | ۱۱/۷ | ۱۱/۷ |
| متوسط | ۱۳۸ | ۴۶ | ۵۷/۷ |
| خفیف | ۱۲۷ | ۴۲/۳ | ۱۰۰ |
| کل | ۳۰۰ | ۱۰۰ | - |

براساس جدول ۱، ۳۵ نفر از مددجویان (۱۱/۷ درصد) دارای استرس شدید بودند، در حالی که ۱۳۸ نفر (۴۶ درصد) میزان تنیدگی شدیدی داشتند. همچنین ۱۲۷ نفر (۴۲/۳ درصد) از شرکت کنندگان دارای سطح تنیدگی خفیف بودند.

جدول ۲ میزان شیوع اختلالات روان تنی در میان شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول ۲: توزیع میزان شیوع اختلالات روان تنی در شرکت کنندگان پژوهش

| میزان شیوع | تعداد | درصد | درصد تجمعی |
|------------|-------|------|------------|
| شدید | ۳۹ | ۱۳ | ۱۳ |
| متوسط | ۱۲۴ | ۴۱/۳ | ۵۴/۳ |
| خفیف | ۱۳۷ | ۴۵/۷ | ۱۰۰ |
| کل | ۳۰۰ | ۱۰۰ | - |

همانگونه که در جدول ۲ نشان می دهد، ۳۹ نفر (۱۳ درصد) از مددجویان بهزیستی دارای نشانه های اختلال روان تنی در سطح شدید، ۱۲۴ نفر (۴۱/۳ درصد) دارای نشانه های اختلال روان تنی متوسط و ۱۳۷ نفر (۴۵/۷ درصد) دارای نشانه های اختلال روان تنی خفیف بودند.

جدول ۳: توزیع درصدی آزمودنی ها بر حسب انواع اختلالات روان تنی و ضرایب همبستگی بین

میزان استرس و احتمال ابتلا به انواع اختلالات روان تنی

| ردیف | اختلالات روان تنی | دارای اختلال | بدون اختلال | ضریب همبستگی | سطح معناداری |
|------|-------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| ۱ | فشارخون بالا | ۲۱/۴ | ۷۸/۶ | *۰/۳۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| ۲ | سردردهای تنشی و عصبی | ۶۲/۱ | ۳۷/۹ | *۰/۳۰۷ | ۰/۰۰۱ |
| ۳ | زخم معده و اثنی عشر | ۴۹/۲ | ۵۰/۸ | *۰/۳۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| ۴ | درد کتف و کمر | ۶۱/۱ | ۳۸/۹ | *۰/۲۹۷ | ۰/۰۰۱ |
| ۵ | درد قفسه سینه | ۳۳/۹ | ۶۶/۱ | *۰/۲۴۹ | ۰/۰۰۱ |
| ۶ | کم اشتهایی و بی اشتهایی روانی | ۳۴/۵ | ۵۵/۵ | *۰/۲۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| ۷ | ناتوانی جنسی | ۳۳/۴ | ۶۶/۶ | *۰/۲۱۵ | ۰/۰۰۱ |

| | | | | | |
|-------|----------|------|-------|-------------------------|----|
| ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹۲* | ۶۲/۶ | ۳۷/۴ | آرتروز | ۸ |
| ۰/۰۱ | ۰/۱۸۱** | ۴۷/۸ | ۲۵/۲ | اسهال | ۹ |
| ۰/۰۱ | ۰/۱۷۹** | ۵۳/۲ | ۶۴/۸ | درد مفاصل و زانو و آرنج | ۱۰ |
| ۰/۰۱ | ۰/۱۵۱** | ۶۰/۵ | ۳۹/۵ | اختلالات قاعدگی | ۱۱ |
| ۰/۰۴۱ | ۰/۱۲۱*** | ۵۰/۵ | ۴۹/۵ | یبوست | ۱۲ |
| ۰/۰۴۸ | ۰/۱۱۲*** | ۷۰/۵ | ۲۹/۵ | اختلالات پوستی | ۱۳ |
| ۰/۰۵۴ | ۰/۱۴۳ | ۷۶/۴ | ۲۳/۶ | تهوع | ۱۴ |
| ۰/۵۷۱ | ۰/۰۸۱ | ۸۴/۳ | ۱۵/۷ | پرکاری تیروئید | ۱۵ |
| ۰/۷۲۴ | ۰/۰۶۶ | ۸۶/۶ | ۱۳/۴۲ | زخم روده | ۱۶ |
| ۰/۷۷۵ | ۰/۰۱۷ | ۹۰/۸ | ۹/۲ | سکته قلبی | ۱۷ |
| ۰/۸۴۵ | ۰/۰۰۹ | ۸۱/۳ | ۱۸/۷ | کهمیر | ۱۸ |
| ۰/۸۵۵ | ۰/۰۰۶ | ۹۳/۳ | ۷/۷ | روماتیسم | ۱۹ |
| ۰/۸۶۲ | ۰/۰۰۵ | ۹۳/۷ | ۷/۳ | آسم | ۲۰ |

* $P < 0/001$

** $P < 0/01$

*** $P < 0/05$

همانگونه که جدول ۳ نشان می دهد، بیشترین فراوانی شیوع مربوط به درد مفاصل و زانو و آرنج و کمترین فراوانی شیوع مربوط به آسم می باشد. همچنین میزان استرس، رابطه مستقیم و معناداری با برخی از اختلالات روان تنی، بخصوص، فشارخون، سردردهای عصبی و تنشی، زخم معده و اثنی عشر، درد کتف و کمر، درد قفسه سینه، کم اشتها و بی اشتها، ناتوانی جنسی، آرتروز ($P < 0/001$)، اسهال، درد مفاصل، اختلالات قاعدگی ($P < 0/01$)، یبوست و اختلالات پوستی ($P < 0/05$) دارد. این درحالی

است که بین میزان تنیدگی با سایر اختلالات روان تنی نظیر تهوع، پرکاری تیروئید، زخم روده، سکت قلبی، کهیر، روماتیسم و آسم رابطه معناداری مشاهده نگردید.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که اثرات استرس و فشار روانی با بروز یا تشدید اختلالات روان تنی رابطه دارد. یافته های این پژوهش در راستای پژوهش نالی بوف، مینوس، فاس، فیتز جرالده، چانگ، بولوس و همکاران^۱ (۲۰۰۴) میباشد. وریژکوت^۲ (۲۰۰۴) نشان داد که میزان بالاتر تنیدگی با بالا بودن میزان فشارخون همبستگی مثبتی دارد. همچنین پژوهش حاضر در راستای پژوهش های عمرانی فرد، لایق، فرزادی، افشار، دقایق زاده و مرآئی (۱۳۹۰)، کوشان و بهنام وشانی (۱۳۸۱)، وفایی و گلابی (۱۳۸۳) نشان داد که میزان تنیدگی، با احتمال ابتلا به بیماری های گوارشی، به ویژه زخم معده، رابطه دارد. همچنین پژوهش حاضر همانند پژوهش کوشان و بهنام وشانی (۱۳۸۱)، ماهیار، ایرانپور و نوحی (۱۳۸۲)، چاندریا، لونسون و کونیز (۱۹۹۱)، اثرات تنیدگی و استرس را بر ناتوانی جنسی و مشکلات قاعدگی را تأیید نموده است. در پژوهش حاضر در راستای پژوهش رادمنش و شفیع (۱۳۸۱) رابطه ی بین میزان تنیدگی و استرس با اختلالات پوستی تأیید گردید. پژوهش حاضر نتوانست رابطه ای بین زخم روده، سکت قلبی، کهیر، روماتیسم بیابد. لازم به ذکر است که همانند پژوهش وفایی و پور رحیمی (۱۳۸۳) بین استرس با آسم رابطه معناداری یافت نشد.

در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان به این امر اشاره داشت که مطابق نظر ریموند (۱۳۷۶) به همان میزان که فشارروانی وارده بر افراد، به علت موقعیت های اجتماعی گوناگون می تواند متفاوت باشد، امکانات، داشته ها، مهارت ها و توانایی های آن ها برای مقابله با این فشارهای روانی نیز می تواند موجب کاهش یا افزایش اثرات زیان آور فشارروانی بر ارگانیزم افراد شده و احتمال ابتلا به اختلالات روان تنی را در آن ها کاهش یا افزایش می دهد. از آن جا که مددجویان بهزیستی معمولاً تجارب مثبت (احساسات خوشایند، نظیر شادی، برانگیختگی برای بدست آوردن موفقیت های بزرگ، مورد توجه بودن و ...) کمتری دارند و از سویی تجارب منفی (نظیر آشفتگی، تنهایی، خستگی و...) این افراد به دلیل مهارت ها و توانایی های پایین آنها می تواند، توان مقابله ی آن ها را با استرس ها و فشارروانی کاهش داده و به نوعی سیکل معیوبی از تعامل استرس با منابع حمایتی و مقابله ای ناکارآمد به وجود می آورد که نتیجه ی آن می تواند مشکلات روان تنی باشد. این تبیین را می توان در بیان ولمن (۱۳۷۵) نیز مشاهده نمود، وی بر این عقیده است که تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه ها و استعدادها زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل استرس آور محیطی و روانی از سوی دیگر، در توزیع اختلالات و بیماری های روان تنی نقش دارد. به بیان دیگر نقش عوامل نامساعد اجتماعی و فرهنگی در گروه های آسیب پذیر جامعه می تواند ایجادکننده و یا تشدیدکننده استرس و فشارروانی باشد. در انتها با توجه به تأثیرات شدیدی که میزان استرسورها بر احتمال ابتلای مددجویان سازمان بهزیستی به اختلالات روان تنی دارند، ضرورت کاهش دادن عوامل تنش زای آنان باید با فراهم آوردن شرایط بهتر زندگی و ارتقاء توانمندی های مقابله ای آن ها با شرایط استرس زا فراهم گردد. این امر را می توان با آموزش مناسب شیوه های نوین مقابله با تنیدگی و چگونگی افزایش خود اتکایی آنان مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به محدودیتهای مطالعه حاضر، از نظر نوع پژوهش (مقطعی)، یافته های تحقیق از تعمیم پذیری وسیعی برخوردار نبوده و یک ارزیابی کلی از میزان شیوع نشانه های اختلالات روان تنی را در میان مددجویان سازمان بهزیستی به نمایش نمی گذارد، لذا

^۱ . Naliboff, Minou, Fass, Fitzgerald, Chang, Bolus

^۲ . Vrijotte

انجام مطالعات بعدی با نوع پژوهشهای طولی توصیه می شود. از آنجا که در مطالعه حاضر، جامعه پژوهش را صرفاً مددجویان یک حوزه جغرافیای کوچک را در بر می گرفت، پیشنهاد می شود تا تحقیقی با وسعت بیشتر و در حوزه ای گسترده تر به منظور شیوع شناسی دقیق تر اختلالات روان تنی در میان گروه ها و جمعیت های آسیب پذیر صورت گیرد.

منابع

بابایی، فاطمه (۱۳۸۰). تعدیل ساختاری و فقر و ناهنجاریهای اجتماعی، انتشارات کویر.

ولمن، بنجامین. اختلالات روانی. نجاریان، بهمن؛ دهقانی، محسن؛ دباغ؛ بهرام، مترجمان. تهران: انتشارات؛ رشد؛ ۱۳۷۵.

ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۸). ارتباط میزان استرس و شوع نشانه های اختلالات روانتی در همسران شاهد. طب نظامی، ۱۱(۳): ۱۸۲-۱۷۵.

قدسی، علی محمد (۱۳۸۲). بررسی جامعه شناختی رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان نامه دکتری جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

عمرانی فرد، ویکتوریا؛ لایق، المیرا؛ فرزادی، ناهید؛ افشار، حمید؛ دقاق زاده، حامد؛ مرآئی، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی رابطه برخی ویژگیهای جمعیت شناختی با تظاهرات بالینی در بیماران گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۹(۱۷۳): ۱-۱۰.

کوشان، محسن؛ بهنام وشانی، حمیدرضا (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرسزا و ارتباط آن با برخی شکایات شایع جسمانی. فصل نامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۹(۴): ۲۱-۳۰.

وفایی، باقر؛ گلایی، جمشید. (۱۳۸۳). سنجش رابطه استرس های زندگی بیماری های گوارشی (زخم معده). مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۸(۴): ۹-۲۸.

ماهیار، آذر؛ ایران پور، چنگیز؛ نوحی، سیما (۱۳۸۲). اختلال عملکرد جنسی و وضعیت جنسی در زنان، ۹(۲): ۲۲-۹.

وفایی، باقر؛ پوررحیمی، فرهاد (۱۳۸۳). بررسی نقش عوامل استرس زای زندگی در حمله آسم. مجله پزشکی ارومیه، ۱۵(۲): ۷-۱۴۲.

Aruna, P., Puviarasan, N., Palaniappan, B. (۲۰۰۵). An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Systems with Applications*, ۲۸(۴): ۶۷۳-۷۹.

Bovier, P.A., Chamot, E., Perneger, T.V. (۲۰۰۴). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, ۱۳(۱): ۷۰-۱۶۱.

Brady, N., McCain, G.C. (۲۰۰۵). Living with schizophrenia: A family perspective. *Online journal of issues in nursing*, ۲(۳): ۲۶۵-۷۱.

Cairney, J., Boyle, M.H., Lipman, E. L., Racine, Y. (۲۰۰۴). Single mothers and the use of professionals for mental health care reasons. *Social Science & Medicine*, ۵۹(۱۲): ۴۶-۲۵۳۵.

Chandraiah, S., Levenson, J. L., Collins, J. B. (1991). Sexual dysfunction, social maladjustment and psychiatric disorders in women seeking treatment in a premenstrual syndrome clinic. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(2):189-204.

Levenson, J.L. (2006). *Essentials of Psychosomatic Medicine*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Mandler, G. (1993). Thought, memory, and learning: Effects of emotional stress. In: Goldberger L, Bernitz Sh (eds). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. 2nd ed. New York: Free Press, 10-20.

McDonough P, Walters, W. (2001). Gender and Health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52(2): 247-259.

Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16:777-88.

Naliboff, D., Minou, M., Fass, R., Fitzgerald, R.N., Chang, L., Bolus, R., et al. (2004). The effects of life stress on symptoms of heartburn. *Psychosomatic Medicine*, 66:426-34.

Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, K.P. & Thomas, M.G. (1990). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitisB vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2): 287-292.

Sabban, E. L., Kvetnansky, R. (2001). Stress-triggered activation of gene expression in catecholaminergic systems: dynamics of transcriptional events. *Trends in Neurosciences*, 24(2): 91-8.

Sarno, J.E. (2009). *The Divided Mind*. 1st ed. New York: HarperCollins e-books.

Turner, R. J., Wheaton, B., Lloyd, D., A. (1995). The Epidemiology of Social Stress. *American Sociological Review*, 60(1), 104-125.

Vrijkotte, T. G. M. (2004). Over commitment to work is associated with changes in cardiac sympathetic regulation? *Psychosomatic Medicine*, 66:606-63.