

مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد غیر مبتلا در کلینیک‌های تخصصی گوارش شهر تهران

اکبر عقیقی^۱، علی عیسی‌زادگان^۲، اسماعیل سلیمانی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۲/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۳/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر یک بیماری مزمن شایع است که تا ۲۰ درصد از مراجعین به متخصصان گوارش را شامل می‌شود. این مطالعه باهدف بررسی ابعاد آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیرمبتلا انجام گردیده است.

مواد و روش کار: روش مطالعه پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه بیمارانی بودند که از مناطق مختلف شهر تهران جهت درمان به کلینیک‌های تخصصی گوارش در بازه زمانی اردیبهشت و خردادماه ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه مقایسه نیز با روش هم‌تاسازی به تعداد ۳۰ نفر انتخاب و آزمودنی‌ها به مقیاس اختلالات روانی (SCL-90-R) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌های گردآوری‌شده از تحلیل واریانس چند متغیره با رعایت پیش‌فرض‌های آن استفاده گردیده است.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بین افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و غیرمبتلا در ابعاد شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی، خصومت، حساسیت میان فردی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در مؤلفه‌های ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی بین تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که افراد سندرم روده تحریک‌پذیر از لحاظ برخی از مؤلفه‌های اختلالات روانی دارای اختلال بوده و توصیه می‌شود در مداخلات درمانی این مؤلفه‌ها توسط متخصصان مورد رسیدگی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روانی، سندرم روده تحریک‌پذیر، آسیب‌شناسی روانی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره چهارم، پی‌دربی ۱۱۷، تیر ۱۳۹۸، ص ۲۵۹-۲۵۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، والفجر ۲، خیابان صداوسیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، تلفن: ۰۹۱۲۶۹۰۷۷۶۸

Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

مقدمه

بیان نموده‌اند (۴). علت اصلی سندرم روده تحریک‌پذیر به‌خوبی مشخص نیست، ولی فرض به راین است که عواملی همچون فعالیت حسی - حرکتی غیرطبیعی روده، اختلال در کارکرد اعصاب مرکزی، استرس و تنش‌ها و سوءاستفاده جنسی و جسمی در دوران کودکی (۵) عوامل ژنتیکی، ایمنی، زیستی، التهابی نیز علاوه بر افزایش حساسیت احشایی می‌تواند کاملاً نقش مهمی را در فعل‌وانفعالات پیچیده بین روده و مغز ایفا کند (۶). بررسی‌ها نتایج مطالعات نشان می‌دهند که بیماری‌های روانی موجب سندرم روده تحریک‌پذیر نمی‌شود ولی بر روی درک درد در این بیماران (۵)، طول مدت و شدت نفوذ ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند مؤثر باشد. برای مثال؛ مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر پاسخ

سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال عملکردی دستگه گوارش است (۱) که با درد شکم یا ناراحتی مرتبط با اختلال در اجابت مزاج که به سه دسته یبوست، اسهال، ترکیب اسهال-یبوست تقسیم می‌شود (۲). علائم غیر گوارشی سندرم روده تحریک‌پذیر عبارت‌اند از: بی‌حالی، کم‌دردی، سردرد، علائم تکرر اداری، تکرر ادرار شبانه، تکرر و فوریت ادرار، تخلیه ناقص مثانه و قاعدگی دردناک زنان می‌باشد. میزان شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در زنان بیشتر از مردان است و زنان ۸۰ درصد از جمعیت مبتلایان را تشکیل می‌دهند (۳) و تاکنون علت آن را تفاوت‌های فیزیولوژیکی در هورمون جنسی، تفاوت در پاسخ به استرس و پاسخ‌های ایمنی

۱. گروه روانشناسی، دانشجوی دکتری دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۲. گروه روانشناسی، استاد دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۳. گروه روانشناسی، استادیار دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

خودبیمارانگاری و اضطراب نسبت داده‌اند. علاوه بر موارد ذکر شده وجود علائم خارجی روده‌ای، استرس مزمن، جنسیت مؤنث و زمینه فرهنگی متفاوت به‌عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مبتلایان به IBS شناخته شده‌اند. از سوی دیگر نفوذ عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی و عوامل عاطفی در ایجاد و تداوم علائم اختلال (IBS) و پیش‌آگهی آن مطرح می‌باشد. نتایج مطالعه طباطباییان (۲۰۱۵) تحت عنوان بررسی رابطه وضعیت روانی بیماران کولیت زخمی با کیفیت زندگی آن‌ها نشان داد سطح اضطراب، افسردگی و تنش روانی با تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران همبستگی معنی‌دار دارد (۱۱). همچنین پژوهش لی بلانک (۲۰۱۵) نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران به کولیت زخمی نسبت به جمعیت عمومی به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تر است (۱۲).

از طرف دیگر پژوهش‌ها در مورد اثرات متقابل مغز-روده و اختلال عملکرد در این محور در دهه گذشته افزایش یافته است. حالات هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی ممکن است فیزیولوژی روده را تحت تأثیر قرار دهند و بر چگونگی تجربه و تغییر علائم نقش داشته باشند (۱۳) حتی امروز ادعا می‌شود این روش‌ها به بیماران با اختلالات ارگانیک گوارشی نیز کمک می‌کند.

لذا با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی، عوامل اجتماعی و آسیب‌شناسی روانی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و شیوع بالای این بیماری در جمعیت عمومی در کشورمان، شناخت این ویژگی‌ها می‌تواند زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای روان‌درمانی، آموزش مهارت‌های لازم به مبتلایان شود و در نتیجه کاهش هزینه‌های دوره‌های درمانی را در پی داشته باشد. همچنین به برنامه‌ریزان بهداشت روانی کمک کند تا در فراهم نمودن حمایت‌ها و مداخلات درمانی مناسب در خصوص پیشگیری افراد مستعد و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان گام بردارند. از سوی دیگر کیفیت زندگی و ابعاد آن با وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی مرتبط بوده و در سال‌های اخیر کشف اثرات ابعاد کیفیت زندگی بر سلامت جسمانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد و می‌تواند راهنمایی در جهت‌دهی به اولویت‌های مداخلات باهدف بهبود زندگی مبتلایان قرار گیرد. بنابراین مطالعه حاضر باهدف آسیب‌شناسی روانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در صدد

بیشتری نسبت به استرس در مقایسه با افراد غیرمبتلا نشان می‌دهند (۴).

شرایط روحی افراد را در تمام طول عمر، مراحل رشد و آشکارسازی یا بروز آن‌ها، و نیز روش‌های درمانی را که برای مداوای تظاهرات مختلف بیماری مؤثر واقع می‌شود، بررسی می‌کند. بیشتر تعاریف ارائه‌شده برای نابهنجاری، انحراف، اندوه شدید، اختلال کارکرد و خطرناک بودن را شامل می‌شود (۷). بر اساس نتایج مطالعات متعدد میزان اختلالات روان‌شناختی همانند اختلالات اضطرابی^۱، اختلال افسردگی اساسی^۲، اختلال هراس^۳، ترس‌های خاص^۴، اختلال اضطراب منتشر^۵، اختلال اضطراب اجتماعی^۶، اختلال وسواس جبری^۷ در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بالاست (۸). میزان شیوه اختلالات روان‌پزشکی و سندرم روده تحریک‌پذیر با یکدیگر همبستگی مثبتی را نشان می‌دهد و در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس، اختلال وسواسی و جبری و اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خودبیمارانگاری (هیپوکندریا) شبه بیماری گزارش شده است و همچنین در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، شیوع اختلالات روان‌پزشکی حداقل ۱۰ درصد بیشتر از گروه کنترل می‌باشد.

نتایج مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که میزان روان‌جوری و درون‌گرایی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بالاست و معمولاً مبتلایان به این سندرم، وقایع و حوادث زندگی را به‌صورت منفی پردازش می‌کنند (۹). از سوی دیگر ابعاد شخصیتی نقش مهمی را در توافق جویی و بهداشت روانی این بیماران ایفا می‌کند. مطالعات اندکی شخصیت را به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر در آسیب‌شناسی و تشدید علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مدنظر قرار گرفته است. بر اساس مطالعات انجام شده ۹۰-۵۰ درصد از بیماران IBS^۸ در طول زندگی خود از یک اختلال روان‌شناختی نظیر اختلالات اضطرابی فراگیر رنج می‌برند و این همراهی سبب افزایش شدت و فراوانی علائم و در نتیجه افزایش اختلال عملکرد بیماری می‌شود (۱۰). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که کیفیت زندگی مبتلایان به IBS پایین‌تر از جمعیت عمومی است. کاهش کیفیت زندگی در تمامی زیرگروه‌های بیماران یکسان گزارش شده و تا به حال نقص در کیفیت زندگی را بیشتر به شدت علائم و عوامل روان‌شناختی مثل

5. Generalized Anxiety Disorders

6. Social Anxiety Disorders

7. Obsessive- Compulsive Disorder

8. Irritable Bowel Syndrome

1. Anxiety Disorders

2. Major Depressive Disorder

3. Phobia Disorder

4. Specific Phobia

پاسخ‌گویی به این سؤال بود آیا بین آسیب‌شناسی روانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و غیر مبتلایان تفاوتی وجود دارد.

مواد و روش کار

روش مطالعه پژوهش حاضر با توجه به موضوع آن، علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه بیمارانی بودند که از مناطق مختلف شهر تهران برای درمان به مراکز خصوصی (غیردولتی) شامل بخش گوارش بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خانم‌الانبیاء (ص) (خیابان ولیعصر - بالاتر از میدان ونک - خیابان رشید یاسمی)، بخش گوارش بیمارستان ابن‌سینا (ابتدای بلوار آیت‌ا.. کاشانی - روبروی پارک استقلال)، کلینیک فوق تخصصی گوارش و کبد بهبود (تهران - خیابان شهید بهشتی - ابتدای مفتاح شمالی - نبش کوچه ۱۴)، و کلینیک تخصصی داخلی مسعود (خیابان کارگرشمالی و در کوی نوزدهم جایی روبروی کوی دانشگاه تهران) در بازه زمانی اردیبهشت و خردادماه ۱۳۹۶ مراجعه کرده و بر اساس نظر متخصصان گوارش تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر و پرونده تشکیل شده بود. نمونه آماری شامل ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه مقایسه نیز با روش هم‌تاسازی از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، درآمد و وضعیت تأهل با گروه مبتلایان به تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند که اکثراً از همراهان بیماران بودند. ضمناً در روش‌های تحقیق علی‌مقایسه‌ای حداقل نمونه لازم برای هر زیرگروه ۱۵ نفر می‌باشد. اما در پژوهش حاضر به دلیل احتمال افت آزمودنی و افزایش تعمیم نتیجه برای هر گروه ۳۰ نفر گزینش شد.

معیارهای ورود به پژوهش: ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای ROME III و با تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش؛ افراد مبتلا هنوز به مرحله بهبودی نرسیده باشند؛ محدوده سنی بین ۱۹-۸۷ سال؛ رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و داشتن حداقل میزان تحصیلات سیکل جهت تکمیل پرسشنامه‌ها.

معیارهای خروج از پژوهش: افرادی که مشکل روده‌ای داشتند در اثر یک حادثه بیرونی (مثل کوتاه شدن روده در اثر جراحی، صدمات شکمی ناشی از تصادفات، درگیری‌ها و ...) باشد از تحقیق استثنائاً شدند؛ وجود بیماری جسمی حاد؛ وجود اختلال عمده روان‌پزشکی در بیمار با تشخیص روان‌پزشک و بیمارانی که تحت درمان روان‌پزشکی بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات:

در این پژوهش از پرسشنامه زیر برای بررسی استفاده شد. لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R): یکی از پرستفاده‌ترین ابزار تشخیص، آزمون SCL-90 است. این آزمون

توسط دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۳) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. این ابزار یک فهرست علائم روانی خود گزارش دهی ۹۰ سؤالی است و شامل ۹۰ گزینه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به‌صورت هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به‌شدت است که ارزش عددی آن به ترتیب از صفر تا چهار است. این آزمون ۹ حیطه روان‌پزشکی شامل شکایات جسمی (۱۲ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۸)، وسواس فکری و عملی (۱۰ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۰)، حساسیت میان‌فردی (۹ سؤال با دامنه نمره ۰-۳۶)، افسردگی (۱۳ سؤال با دامنه نمره ۰-۵۲)، اضطراب (۱۰ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۰)، خصومت (۶ سؤال با دامنه نمره ۰-۲۴)، ترس مرضی (۷ سؤال با دامنه نمره ۰-۲۶)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال با دامنه نمره ۰-۲۴)، روان‌پریشی (۱۰ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۰) را مورد بررسی قرار می‌دهد و دارای ۷ سؤال اضافی است که به لحاظ روان‌شناختی هیچ حیطه‌ای را بررسی نمی‌کند. دروگاتیس ریلکز و راک (۱۹۷۶) اعتبار درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۰/۹۵ درصد و کمترین آن برای روان گسسته‌گرایی ۰/۷۷ درصد به دست آمده است. در ایران نیز نتایج پژوهش حاکی از آن است که بین ۹ بعد SCL-90-R و مقیاس MMPI همبستگی معنی‌دار مشاهده شده است که بیشترین آن بین اضطراب و افسردگی SCL-90-R با نوراستنی MMPI ۰/۵۹ و وسواس و روان گسسته‌گرایی SCL-90-R با اسکیزوفرنی MMPI ۰/۵۹، بوده است (۱۴). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ محاسبه و عدد ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از روایی مطلوب این ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

روش اجرا:

بعد از تهیه ابزارهای اندازه‌گیری و با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه ارومیه، مراکز درمانی غیردولتی تخصصی و فوق تخصصی گوارش در سطح شهر تهران شناسایی شد و سپس بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌های آماری بر اساس ملاک‌های ورودی و خروجی انتخاب و چک‌لیست اختلالات روانی بدون محدودیت زمانی بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. همچنین به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش در صورتی که فرد رضایت کامل برای شرکت در پژوهش داشت به‌عنوان نمونه انتخاب شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت‌کنندگان به آن‌ها گفته شد که هر زمانی که تمایل به ادامه و تکمیل پرسشنامه ندارند می‌توانند انصراف دهند. در ضمن توضیح داده شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها محرمانه و بدون نام خواهد بود و پروتکل این مطالعه طبق کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شده است (کد: ۲۸/۲۰/۱۰۰۴۲ medicine.tms.ac.ir). برای

۳۰ آزمودنی مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و ۳۰ آزمودنی غیر مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که دارای میانگین سنی ۴۶/۸۷ و با انحراف استاندارد ۱۶/۰۹ بوده و بیشتر آزمودنی‌ها خانم (۶۳ درصد) و دارای تحصیلات بیشتر کارشناسی بوده‌اند (۴۲ درصد). در جدول شماره ۱ زیر میانگین و انحراف استاندارد ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی ارائه شده است (جدول ۱ و نمودار ۱).

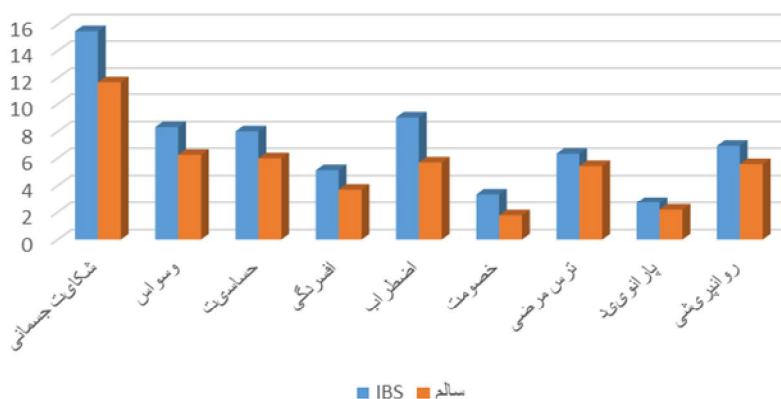
تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از آزمون‌های آماری توصیفی (M-SD) و از آزمون آماری استنباطی تحلیل واریانس چند متغیره با رعایت پیش‌فرض‌های آن (کلموگروف-اسمیرنوف جهت نرمال بودن داده‌ها و آزمون لوین و آزمون M-BOX) استفاده شد. ابزاری که برای انجام تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت نرم‌افزار (SPSS) نسخه شماره ۲۲ بود. هم‌چنین میزان خطا در مطالعه حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد از ۶۰ نفر مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد نمونه‌های آماری در ابعاد آسیب‌شناسی روانی

نیمرخ روانی	IBS		غیر مبتلا	
	M	SD	M	SD
شکایت جسمی	۱۵/۵۱	۴/۰۱	۱۱/۶۷	۳/۴۶
وسواس فکری عملی	۸/۳۲	۲/۲۴	۶/۲۳	۲/۳۴
حساسیت میان فردی	۸/۰۱	۲/۸۷	۵/۹۷	۲/۳۳
افسردگی	۵/۱۱	۱/۶۷	۳/۶۹	۱/۳۸
اضطراب	۹/۰۲	۲/۳۳	۵/۶۷	۲/۱۹
خصومت	۳/۳۴	۱/۰۱	۱/۷۶	۰/۴۵۱
ترس مرضی	۶/۳۱	۱/۶۹	۵/۴۱	۱/۵۸
افکار پارانوئیدی	۲/۷۱	۱/۱۲	۲/۱۸	۰/۹۲۹
روان‌پریشی	۶/۹۶	۱/۷۲	۵/۵۵	۱/۶۶



نمودار (۱): میانگین نمونه‌های آماری در ابعاد آسیب‌شناسی روانی

مقایسه‌ی دو گروه مدنظر بود، به این منظور از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره جهت رعایت پیش‌فرض‌های این آزمون، آزمون‌های

به‌منظور بررسی هدف مطالعه از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به اینکه نیمرخ روانی متشکل از ۹ خرده مقیاس بوده و به عبارتی ۹ متغیر وابسته وجود دارد و با توجه به اینکه

نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همسانی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ($P=0/297$) و $F=2/33$ و $(BOX=31/71)$ و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است.

کولموگروف-اسمیرنف، آزمون لوین و باکس اجرا شد. نتایج آماره Z کولموگروف-اسمیرنف برای همه مؤلفه‌ها در سطح ($P \geq 0/05$) معنی‌دار نیست، بنابراین شرط نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد سطح آماره (F) برای همه مؤلفه‌ها معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها متفاوت

جدول (۲): نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی ابعاد آسیب‌شناسی روانی

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
گروه	اثر پیلاپی	0/376	7/31	9/00	88/00	0/001	0/376
	لامبدا ویلکز	0/646	7/31	9/00	88/00	0/001	0/376
	اثر هتلینگ	0/513	7/31	9/00	88/00	0/001	0/376
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	0/513	7/31	9/00	88/00	0/001	0/376

متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به‌منظور اینکه دو گروه مورد مطالعه در کدامیک از مؤلفه‌های متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری دارند در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه (افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و غیرمبتلا) حداقل از نظر یکی از

جدول (۳): نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) بر روی ابعاد آسیب‌شناسی روانی

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P
گروه	شکایت جسمانی	176/54	1	176/54	18/64	0/000
	وسواس فکری عملی	134/70	1	134/70	16/87	0/000
	ترس مرضی	9/41	1	9/41	2/01	0/197
	افسردگی	187/11	1	187/11	19/10	0/000
	افکار پارانوئیدی	8/93	1	8/93	1/28	0/237
	خصوصیت	169/67	1	169/67	17/37	0/000
	حساسیت میان فردی	101/47	1	101/47	14/38	0/000
	اضطراب	201/13	1	201/13	31/54	0/000
	روان‌پریشی	6/21	1	6/21	1/09	0/357

افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و غیرمبتلا تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

همانطوریکه در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد بین افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و غیرمبتلا در مؤلفه‌های شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی، خصوصیت، حساسیت میان فردی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که میانگین افراد مبتلا در این مؤلفه‌ها به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم می‌باشد. اما در مؤلفه‌های ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی بین

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف بررسی آسیب‌شناسی روانی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیرمبتلا انجام شد و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره به دست آمده از تحلیل داده‌های

از آن می‌شود (۲۱). اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و جسمانی همواره از شایعترین اختلالات روانپزشکی همراه بوده‌اند (۲۲).

سندرم روده تحریک‌پذیر که نوعی اختلال در عملکرد روده است، با ناراحتی و درد در ارتباط با اجابت مزاج و تغییر عادات روده مشخص می‌شود و از جمله بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده‌ای است که سلامت روان افراد مبتلا را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۳). افراد مبتلا بسته به شدت علائم این بیماری، درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی را پیدا می‌کنند. این بیماری در گروه قابل‌توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی، پرهیز از برقراری رابطه جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از ایجاد علائم می‌شود. در بسیاری از مطالعات سطح کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است (۱۷، ۲۴). بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر تعاملات اجتماعی، سبک زندگی، روابط جنسی، تفریح و مسافرت، تغذیه و خواب و بهزیستی عاطفی بیماران تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین ناتوانی ناشی از بیماری، بار مالی و کاری زیادی را بر فرد وارد می‌کند که سبب می‌شود بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد عادی و سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سردردهای مزمن و سایر اختلالات گوارشی داشته باشند (۲۰).

نکته دیگر اینکه، یکی از عوامل روان‌شناختی که در ابتلای افراد به این سندرم نقش مهمی دارد، استرس می‌باشد. از دیگر موارد مهم در تبیین تفاوت بین گروه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر و عادی توجه به این مسئله است که کیفیت زندگی در نشانگان روده تحریک‌پذیر، یک شاخص چند مؤلفه‌ای شامل روابط اجتماعی، رضایت شغلی یا تحصیلی، فعالیت جنسی و وضعیت خلقی - روانی است (۲۵). این بیماران روابط اجتماعی محدودی داشته و از علائم افسردگی رنج می‌برند و در مورد ماهیت بیماری خود نگرانی زیادی دارند. به هر حال، اگرچه علائم روان‌شناختی به خودی خود بخشی از سندروم روده تحریک‌پذیر نمی‌باشند، ولی در سیر بیماری و پیامدهای بالینی آن نقش مهمی دارند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از آنجایی که جامعه‌ی آماری این پژوهش محدود به شهر تهران بود، بنابراین نتایج تحقیق نمی‌تواند به شهرهای دیگر قابل تعمیم باشد. توصیه می‌شود به روش‌های کیفی نیز اجرا شود تا نتایج عمیق‌تری از نحوه‌ی تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق حاصل

پژوهش، وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های پژوهش از لحاظ خرده متغیرهای آسیب‌شناسی روانی بود. به طوری که میانگین افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مؤلفه‌های شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی، خصومت، حساسیت میان فردی و اضطراب به طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه مسائلی، خیر آبادی، افشار، مرآئی، دقاقزاده و روح افزا، اسدالهی، نشاط دوست، کلانتری، مهربانی، افشار و دقاقزاده (۱۵)، چوخاقوری، عباس نژاد، حسنوند، و امانی (۱۶)، پارک سانهان و کانگ (۱۷)، کیرلی، ایمانی و شانکار (۱۸)، لی و همکاران (۱۹) همخوانی دارند.

باید توجه داشت که شدت سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان یک مفهوم ترکیبی زیستی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که تحت تأثیر شدت علائم گوارشی و علائم خارج روده‌ای، اختلالات همراه، عوامل اجتماعی، درجه ناتوانی و رفتارهای مرتبط با بیماری قرار می‌گیرد. اگر چه میزان تأثیر هر کدام از عوامل مذکور نامشخص می‌باشد (۲۰). این بیماری می‌تواند در مواردی با فوریت، بی اختیاری مدفوع، علائم خارج روده‌ای مثل خواب آلودگی، علائم ادراری و یا علائم جنسی همراه باشد. علائم این بیماری آن قدر آزار دهنده است که حتی برخی از مبتلایان به دلیل عدم بهبودی شکایات فراوانی داشته و در نهایت دست به خودکشی زده‌اند.

وجود شکایات‌های جسمانی بیشتر و پایین بودن سلامت روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد بهنجار می‌تواند با اختلال‌ها و علائم خارج از دستگاه گوارش همراه با این سندرم از جمله فیبرومیالژی، سندرم خستگی مزمن، اختلالات عضلانی-اسکلتی، اختلال خواب، سر درد، کمر درد و تپش قلب نیز در ارتباط باشد. در این راستا پژوهش وندویک و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که کاهش سلامت عمومی، غیبت از کار و افزایش جستجوی مراقبت‌های جسمانی و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با توجه به وجود اختلالات و نشانه‌های همراه با این سندرم تا حدود زیادی قابل تبیین است (۱۶). نکته مهم دیگر در تبیین تفاوت معنی‌دار شکایات جسمانی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و غیر مبتلا، توجه به شدت علائم و ابعاد گسترده آن می‌باشد. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه بیماری مذکور اندامهای زیادی از بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشکلات روزمره‌ای را برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند، توجه بیمار را از مسائل دیگر گرفته و به نوعی فرد مجبور می‌شود دردهای جسمانی خود را ابراز نماید (۱۷). همچنین افسردگی کارکردهای روزانه و حتی کارکرد عادی این بیماران را تحت تأثیر قرار داده و موجب کاهش علاقه به زندگی و لذت بردن

مداخلات خود به ابعاد آسیب‌های روانی نیز دقت نظر و رسیدگی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همه مشارکت‌کنندگان (نمونه‌های آماری) در پژوهش حاضر علی‌الخصوص پزشکان و کارکنان بخش گوارش بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، بخش گوارش بیمارستان ابن‌سینا، کلینیک فوق تخصصی گوارش و کبد بهبود و کلینیک تخصصی داخلی مسعود که کمال همکاری را نمودند، تقدیر و تشکر نمایم.

شود. در این پژوهش شدت علائم بیماری در نظر گرفته نشد. همچنین در این مطالعه زیرگروه‌های مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار نگرفتند. بررسی وضعیت فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و هوش‌آزمودنی‌ها خارج از کنترل پژوهشگر بود، با توجه به مطالب فوق توصیه می‌شود در مطالعات مشابه آتی از حجم نمونه بیشتر و در مراکز درمانی بیشتری استفاده شود. همچنین تحقیق بر روی زنان و مردان به‌صورت جداگانه و در طول سال نه در بازه زمانی مشخص و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی تکرار شود. نهایتاً با توجه به تفاوت‌های به دست آمده بین دو گروه مورد مطالعه به متخصصان حوزه اعصاب و روان و روانشناسان توصیه می‌گردد در فرآیند

References:

1. Friedrich M, Grady SE, Wall GC. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression. *Clin Ther* 2010;32(7):1221-33.
2. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines for the management of Irritable Bowel Syndrome. *Gut* 2007.
3. Quigley E, Fried M, Gwee K, Olano C, Guarner F, Khalif I, et al. Irritable bowel syndrome: A global perspective. *Arab J Gastroenterol* 2010;11:53-62.
4. Raiesifar Z, Moradbeygi K, Tahery N, Baraz S, Shirzadegan R, Darabiyan P, et al. The Prevalence of Irritable Bowel Syndrome Symptoms in High School Students in Abadan City in 2016. *J Res Med Dental Sci* 2018;6(5):170-6.
5. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, (1998). Chapter 79: Vitamin deficiency and excess; 1998. P.480-7.
6. Bellini M, Gambaccini D, Stasi C, Urbano MT, Marchi S, Usai-Satta P. Irritable bowel syndrome: a disease still searching for pathogenesis, diagnosis and therapy. *World journal of gastroenterology: WJG* 2014;20(27):8807.
7. Christensen IP, Wagner HL, Halliday MS. *Instant Notes Psychology: Bios Scientific Pub Limited*; 2001.
8. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord* 2009;23(2):290-6.
9. Dinan T, O'keane V, O'Boyle C, Chua A, Keeling P. A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84(1):26-8.
10. Talley NJ. *Conquering irritable bowel syndrome: a guide to liberating those suffering with chronic stomach or bowel problems*. PMPH-USA; 2006.
11. Tabatabaeian M, Afshar H, Roohafza HR, Daghaghzadeh H, Feizi A, Sharbafchi MR, et al. Psychological status in Iranian patients with ulcerative colitis and its relation to disease activity and quality of life. *J Res Med Sci* 2015;20(6):577.
12. LeBlanc K, Mosli MH, Parker CE, MacDonald JK. The impact of biological interventions for ulcerative colitis on health-related quality of life. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(9):CD008655.
13. Semnani S, Azarhosh R, Abdolahi N, Besharat S, Roshandel G, Jabbari A. Inflammatory Bowel

- Disease (IBD) in Northeast of Iran. *J Clin Diagnostic Res* 2008;2(2):731-4.
14. Khoshakhlagh H, Faramarzi S. The relationship of emotional intelligence and mental disorders with internet addiction in internet users university students. *Addiction & health* 2012;4(3-4):133.
 15. Asadollahi M, Namdar H, Arzani A, Khafri S, Mohamadzadeh I, Korddaronkolaii F. Comparing the effect of nurse-led and peer-led training on stress of mothers of children with chronic diseases. *Nurs Midwifery Stud* 2017;6(3):103-8.
 16. Choghakhori R, Abbasnezhad A, Hasanvand A, Amani R. Inflammatory cytokines and oxidative stress biomarkers in irritable bowel syndrome: association with digestive symptoms and quality of life. *Cytokine* 2017;93:34-43.
 17. Park S-H, Han KS, Kang C-B. Relaxation therapy for irritable bowel syndrome: a systematic review. *Asian Nurs Res* 2014;8(3):182-92.
 18. Cearley SM, Immaneni S, Shankar P. Irritable Bowel Syndrome: The effect of FODMAPs and meditation on pain management. *Eur J Integrative Med* 2017;12:117-21.
 19. Lee SK, Yoon DW, Lee S, Kim J, Choi K-M, Shin C. The association between irritable bowel syndrome and the coexistence of depression and insomnia. *J Psychosomatic Res* 2017;93:1-5.
 20. Masaeli N, Kheirabadi GR, Afshar H, Daghighzadeh H, Maracy MR, Assadolahi F, et al. Validity, reliability, and factor analysis of Persian version of quality of life questionnaire for irritable bowel syndrome (IBS-QOL-34). *J Res Med Sci* 2013;18(6):492.
 21. Kumano H, Kaiya H, Yoshiuchi K, Yamanaka G, Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004;99(2):370.
 22. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World journal of gastroenterology: WJG* 2007;13(14):2020.
 23. Andrae DA, Covington PS, Patrick DL. Item-level assessment of the irritable bowel syndrome quality of life questionnaire in patients with diarrheal irritable bowel syndrome. *Clin Therapeutics* 2014;36(5):663-79.
 24. Brun-Strang C, Dapoigny M, Lafuma A, Wainsten JP, Fagnani F. Irritable bowel syndrome in France: quality of life, medical management, and costs: the Encoli study. *Eur Gastroenterol Hepatol* 2007;19(12):1097-103.
 25. Pellissier S, Bonaz B. The place of stress and emotions in the irritable bowel syndrome. *Vitamins and hormones*. 103: Elsevier; 2017. p. 327-54.

THE COMPARISON OF MENTAL PATHOLOGY DIMENSIONS OF PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH NON-DIABETIC PATIENTS IN GASTROENTEROLOGY CLINICS OF TEHRAN

Akbar Aghighi¹, Ali Issa Zadegan² & Ismail Soleimani³

Received: 29 Feb, 2019; Accepted: 28 May, 2019

Abstract

Background & Aims: Irritable bowel syndrome is a common chronic disease that up to 20% of patients are referred to gastroenterologists. The aim of this study was to investigate the psychopathology of people with irritable bowel syndrome and non-infected individuals.

Materials & Method: The present study was a comparative-comparative study. The statistical population included all patients that came from different areas of Tehran for treatment to specialized gastroenterology clinics during May and June 2017. The sample included 30 patients with irritable bowel syndrome that were selected by available sampling method. The comparison group also selected 30 people by matching method and subjects responded to the scale of mental disorders (SCL-90-R). To analyze the collected data, has been used multivariate analysis of variance with respect to its assumptions.

Results: The results of this study showed that there is a significant difference between individuals with irritable bowel syndrome and non-complicated components of physical complaints, obsessive compulsive disorder, depression, hostility, interpersonal sensitivity and anxiety. But in the components of phobia, paranoid thoughts and psychosis were not significantly different.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that irritable bowel syndrome is a disorder in some of the components of mental disorders and it is recommended that these components be addressed by specialists in the therapeutic interventions.

Keywords: Psychological disorders, Irritable bowel syndrome, Psychological Pathology

Address: Urmia, Valfajr 2, Voice and Television Avenue, Faculty of Literature and Human Sciences,

Tel: (+98) 09126907768

Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

¹. Department of Psychology, Ph.D. Student, Urmia University, Urmia, Iran

². Department of Psychology, University of Urmia, Urmia, Iran

³. Department of Psychology, Associate Professor, Urmia University, Urmia, Iran (Corresponding Author)