

مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۱۷

مهدی طاهری*، جعفر حسنی**، سید مجید حسینیان***

چکیده

مقدمه پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. بدین منظور ۲۱۹ نفر (شامل بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار) بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی و پرسشنامه‌ی پنج عامل بزرگ ایرانی (گردون) استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات عامل نوروزگرایی در بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر و بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی بیشتر از افراد بهنجار است. در حالی که میانگین نمرات افراد بهنجار در عامل برون‌گرایی بیشتر از بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر و بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی بود. در عامل‌های گشودگی، نرم‌خویی و وظیفه‌شناسی تفاوت بین گروه‌ها معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال‌های گوارشی تلویحات کاربردی فراوانی در زمینه‌های پژوهشی، سبب‌شناسی و درمان این اختلال‌ها دارد.

واژه‌های کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، اختلال‌های گوارشی

Taheri.20000@yahoo.com

Hasanimehr57@yahoo.com

Hbenvidi@razi.tums.ac.ir

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*** فوق تخصص گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

که، به طور معمول علائم بیماران مبتلا به این نشانگان در طول یا بعد از دوره‌ای از فشار روانی ظاهر می‌شود [۶]. در تأیید اظهارات فوق، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند که در ۸۵ درصد بیماران، عوامل روانی مقدم یا منطبق بر علائم گوارشی است و فقط در ۱۵ درصد موارد علائم گوارشی قبل از عوامل روانی دیده می‌شود [۱۴]. علاوه بر این، تظاهرات نابهنجار روانی در ۷۰ تا ۹۰ درصد این بیماران دیده می‌شود که شایع‌ترین آنها اضطراب، افسردگی و اختلال جسمانی شکل است [۱۶]. در چهارمین متن تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در طبقه‌ای تحت عنوان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی آورده شده است که این مسأله نیز بیانگر نقش عوامل روان‌شناختی در این نشانگان است [۱۴]. از جمله عوامل روان‌شناختی که در سبب‌شناسی و تشدید علائم بیماران مبتلا به این نشانگان مطرح می‌باشد می‌توان به اختلال‌های روانی، سوء استفاده جسمی و عاطفی، فشارهای روانی طول زندگی، ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله اشاره کرد [۱۷]. افزون بر این، پژوهش‌هایی که رابطه‌ی بین عوامل روانی-اجتماعی و نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر را بررسی کرده‌اند نشان دادند که آزمودنی‌های مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد بهنجار سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی و نوروگرایی را نشان می‌دهند [۶، ۱۸، ۱۹]. در این راستا مطالعه‌ی هازل^۴ و گرانت^۵ نشان داد که نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر با فراوانی بالاتر اختلال اضطراب فراگیر^۶، نوروگرایی^۷ و اختلال جسمانی شکل^۸ در ارتباط است [۲۰]. از سوی دیگر ابعاد شخصیت نقش مهمی در سازگاری افراد و بهداشت روان آنها ایفا می‌کند. پژوهش‌های اندکی که در زمینه‌ی شخصیت به عنوان یکی از عامل‌های روان‌شناختی مؤثر در سبب‌شناسی و تشدید علائم بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر صورت گرفته بیانگر این است که، ویژگی‌های شخصیتی علاوه بر اینکه با جستجوی بیشتر مراقبت‌های درمانی در

در جهان امروز بررسی و مطالعه‌ی اختلال‌هایی که دارای ریشه‌ی روان‌شناختی هستند بیش از پیش مورد توجه روان‌شناسان و پژوهش‌گران قرار گرفته است و اغلب آنها معتقدند که برخی از عوامل روان‌شناختی، از جمله ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند فرد را مستعد ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی کند [۱]. نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر^۱ شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش^۲ و یکی از اختلال‌های روان‌تنی^۳ است که با تغییر اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی بدون ناهنجاری ساختاری قابل شناسایی مشخص می‌شود [۲، ۳]. این نشانگان فاقد الگوریتم تشخیصی کلینیکی یا پاراکلینیکی مشخص است و تشخیص آن بر اساس رد علل عضوی و سایر اختلال‌های گوارشی و تطبیق علائم با معیارهای تأیید شده صورت می‌گیرد [۴، ۵]. دامنه‌ی شیوع نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر بین ۲/۱ تا ۲۲ درصد قرار دارد [۶، ۷]، این در حالی است که نزدیک به نیمی از بیماران مبتلا به این نشانگان به پزشک مراجعه نمی‌کنند [۸]. بر اساس پژوهش‌های انجام شده شیوع نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در ایران در دامنه‌ای بین ۴/۲ تا ۱۸/۴ درصد قرار دارد [۹]. این مسأله نیز قابل ذکر است که شیوع این نشانگان در کشورهای غربی بیشتر از کشورهای شرقی است، به گونه‌ای که در آمریکا و آلمان حدود ۱۲ درصد [۱۰] و در چین و سنگاپور به ترتیب ۰/۸ درصد و ۲/۳ درصد گزارش شده است [۱۱]. شایع‌ترین علائم این نشانگان درد شکمی مزمن همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج، قوام و عبور مدفوع و نفخ شکم می‌باشد [۱۲، ۱۳]. هر چند سبب‌شناسی این نشانگان به درستی شناخته نشده، اما نقش احتمالی فعالیت‌های غیر طبیعی حسی-حرکتی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و محیطی، عامل‌های روان‌شناختی، عوامل داخل مجرای [۲، ۱۴]، ژنتیک، فاکتورهای غذایی، التهاب و عفونت و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی مطرح می‌باشند [۱۵]. یافته‌های پژوهشی اخیر نشان می‌دهند که علائم روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر نقش مهمی دارند به گونه‌ای

4- Hazel

5- Grant

6- Generalized anxiety disorder

7- Neuroticism

8- Somatization disorder

1- Irritable bowel syndrome

2- Functional gastrointestinal disorder

3- Psychosomatic disorders

توافق با صفاتی چون نوع‌دوستی، همدردی، خویش‌داری، بخشندگی و سخاوت و وفاداری همراه است و ویژگی‌هایی چون احساس وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، خویش‌داری، نظم و ترتیب، کفایت، تمایل به پیشرفت و محتاط بودن مشخصه‌های عامل وظیفه‌شناسی هستند [۲۵]. همان گونه که بیان شد؛ ویژگی‌های شخصیتی در سبب‌شناسی و تشدید علائم نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر نقش مهمی ایفا می‌کنند، اما با وجود اینکه پژوهش‌های گسترده‌ای در زمینه‌ی عامل‌های روان‌شناختی دیگری که در این نشانگان نقش دارند صورت گرفته، ویژگی‌های شخصیتی کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. با بررسی و شناخت ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به این نشانگان و آموزش و شناساندن آنها به خودشان می‌توان آنها را در انتخاب محیط‌های خاص شغلی و اجتماعی یاری داد. همچنین، شناخت ویژگی‌های شخصیتی در زمینه‌ی میزان پذیرش و عمل به توصیه‌های بهداشتی و درمانی، آسیب‌پذیری از محرک‌های محیطی و پیش‌آگهی درمان اطلاعات مفیدی را در اختیار درمان‌گران قرار می‌دهد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار انجام شد و هدف دیگر پاسخ‌گویی به این سؤال است که بین سه گروه از نظر ویژگی‌های شخصیتی چه تفاوت‌هایی وجود دارد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی است و به لحاظ گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) تعلق دارد.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار همراه آنها بود که در طی فاصله‌ی زمانی اول خرداد تا آخر شهریور سال ۱۳۹۰ به بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی شهر کرج مراجعه کردند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۴۰ آزمودنی (۸۰ نفر مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، ۸۰ نفر مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و ۸۰ نفر افراد بهنجار) بود که در فاصله‌ی زمانی انجام پژوهش به بیمارستان شهید رجایی کرج و یک مطب خصوصی در شهر کرج مراجعه کردند و

بیماران مبتلا به این نشانگان در ارتباط است [۱۷]، نقش ویژگی‌هایی چون نوروزگرایی، خصومت و پرخاشگری در سبب‌شناسی و تشدید علائم این نشانگان نیز مطرح می‌باشد [۲۰، ۲۱]. مطالعات بالینی گویای این است که ویژگی‌های شخصیتی با تأثیر بر سطح فشار روانی، اضطراب، تعارض‌های بین فردی و پرخاشگری می‌توانند در سبب‌شناسی نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر نقش واسطه‌ای داشته باشند [۸]. همچنین، برخی ویژگی‌های شخصیتی از قبیل؛ منفی‌گرایی، تحریک‌پذیری^۱، پرخاشگری و نوروزگرایی، گزارش درد و درمان بیماران مبتلا به این نشانگان را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۲۲]. در گستره‌ی علوم روان‌شناختی، نظریه‌های زیادی در زمینه ویژگی‌های شخصیتی و تأثیر آنها بر هیجان، تفکر و رفتار تبیین شده است که در این بین مدل پنج عامل بزرگ کاستا^۲ و مک کری^۳ از پرکاربردترین نظریه‌های شخصیت در سال‌های اخیر است که مطرح می‌کند، ویژگی‌های شخصیتی؛ ژنتیکی، ثابت و الگوهایی از افکار، احساسات و رفتار هستند. در این مدل؛ شخصیت یک مفهوم چند بعدی است و هر بعد شامل مجموعه‌ای از صفات می‌باشد، این ابعاد (عامل‌ها) عبارتند از؛ نوروزگرایی^۴، برون‌گرایی^۵، گشودگی^۶، نرم‌خویی^۷ و وظیفه‌شناسی^۸ [۲۳]. [۲۳]. در یک نگاه کلی می‌توان گفت که پایه و اساس عامل نوروزگرایی را تجارب و هیجانات منفی و نامطلوب تشکیل می‌دهد. اضطراب، افسردگی، کم‌رویی، آسیب‌پذیری، پرخاشگری و خشونت، بی‌ثباتی هیجانی و حساسیت و زودرنجی از جمله ویژگی‌های این عامل است. برون‌گرایی عاملی است که تجربه‌ی هیجانات مثبت، قاطعیت و جرأت‌ورزی، هیجان‌خواهی، اجتماعی بودن و صمیمیت، پرحرف و پرانرژی بودن از مشخصه‌های آن می‌باشد [۲۴]. عامل گشودگی؛ انعطاف‌پذیری در برابر تجارب، خلاقیت، کنجکاوی، تخیل، ابتکار، درک احساسات و پذیرش ارزش‌ها و ایده‌های جدید را در بر می‌گیرد. عامل

- 1- Irritability
- 2- Costa
- 3- McCrae
- 4- Neuroticism
- 5- Extraversion
- 6- Openness
- 7- Agreeableness
- 8- Conscientiousness

پس از بررسی ملاک‌های شرکت در پژوهش، آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار:

۱- پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی: اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از قبیل: سن، جنسیت و وضعیت تأهل با پرسشنامه‌ی محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفت.

۲- پرسشنامه‌ی پنج عامل بزرگ ایرانی (گردون): این پرسشنامه که صفات مربوط به پنج عامل بزرگ شخصیتی را می‌سنجد در ایران توسط فراهانی و همکاران تهیه و هنجاریابی شده است [۲۳].

پایایی و روایی این پرسشنامه نیز توسط فراهانی و همکاران محاسبه شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های گشودگی، نوروزگرایی، نرم‌خویی، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ به دست آمد. روایی این پرسشنامه نیز به دو روش روایی سازه و تحلیل عاملی محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت [۲۳]. در پژوهش حاضر نیز از روش همسانی درونی برای بررسی پایایی این پرسشنامه استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های گشودگی، نوروزگرایی، نرم‌خویی، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۶۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: در مورد گروه اول (بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر)، وقتی بیمار به فوق تخصص گوارش و کبد مراجعه می‌کرد، پس از انجام مصاحبه و معاینه تشخیصی و بررسی مدارک پزشکی وی در صورت عدم وجود علائم مبهم در مورد بیماری دیگر و تشخیص قطعی نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر بر اساس معیار تشخیصی ROM III (آخرین معیار تشخیصی نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر که بر اساس آن، درد و ناراحتی راجعه شکمی به مدت حداقل ۳ روز در ماه در سه ماه گذشته که با دو تا یا بیشتر از موارد زیر همراه باشد منجر به تشخیص این نشانگان می‌شود: ۱- پس از اجابت مزاج تسکین یابد، ۲- شروع آن همراه با تغییر در دفعات دفع باشد. ۳- شروع آن همراه با تغییر در قوام مدفوع باشد) و در صورت نیاز انجام کولونوسکوپی، به پژوهش‌گر ارجاع داده می‌شد. در مورد گروه دوم (بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی)

نیز وقتی بیمار به پزشک فوق تخصص گوارش و کبد مراجعه می‌کرد پزشک پس از رد ابتلای بیمار به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر وی را به پژوهش‌گر ارجاع می‌داد. گروه سوم (افراد بهنجار) شامل افراد همراه با بیماران بودند که به بیمارستان و مطب مراجعه می‌کردند و توسط منشی مطب و کارمندان بیمارستان به پژوهش‌گر ارجاع داده می‌شدند. در مورد هر سه گروه، پژوهش‌گر پس از بررسی ملاک‌های دیگر شرکت در پژوهش (داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، نداشتن اختلال روانی یا جسمی دیگر و رضایت و تمایل شرکت در پژوهش)، پرسشنامه‌ی مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل) و پرسشنامه‌ی پنج عامل بزرگ شخصیتی (گردون) را در اختیار آزمودنی قرار می‌داد تا کامل کنند. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این نکته قابل ذکر است که پس از بررسی پرسشنامه‌ها مشخص شد که ۷ پرسشنامه‌ی مربوط به گروه بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی، ۲ پرسشنامه مربوط به گروه بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر و ۴ پرسشنامه مربوط به افراد بهنجار ناقص است. به منظور افزایش توان آماری و به دلیل حجم کم پرسشنامه‌هایی که باید حذف می‌شد از گروه بیماران نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر ۵ و از گروه بهنجار ۳ پرسشنامه به طور تصادفی حذف شد تا گروه‌ها با تعداد برابر ۷۳ نفر در هر گروه مورد تحلیل قرار گیرد. در نهایت ۲۱۹ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های به دست آمده از ۲۱۹ آزمودنی در ۳ گروه (بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار) ۷۳ نفری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج حاصل از آن در ادامه بیان می‌شود. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه (جنسیت، سن و وضعیت تأهل) با توجه به گروه‌ها در جدول ۱ آورده شده است. همان گونه که جدول نشان می‌دهد اکثر افراد شرکت‌کننده در این پژوهش زن هستند.

جدول (۱) فراوانی و درصد نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس جنسیت، سن و وضعیت تأهل

متغیرها	گروه‌ها		
	مرد	زن	متاهل
جنسیت	۳۳ (٪۴۵)	۴۰ (٪۵۵)	۴۳ (٪۵۹)
سن	۱۱ (٪۱۵)	۱۴ (٪۲۰)	۲۸ (٪۳۸)
	۳۷ (٪۵۱)	۳۶ (٪۴۹)	۳۰ (٪۴۱)
	۱۶ (٪۲۲)	۱۶ (٪۲۲)	۲۸ (٪۳۸)
	۹ (٪۱۲)	۷ (٪۹)	۲۸ (٪۳۸)
	۳۱ (٪۴۲)	۲۸ (٪۳۸)	۲۸ (٪۳۸)
وضعیت تأهل	۴۲ (٪۵۸)	۴۵ (٪۶۲)	۴۳ (٪۵۹)

و انحراف استاندارد گروه‌ها در عامل‌های شخصیتی، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها (بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار) در عامل‌های نوروزگرایی، برون‌گرایی، گشودگی، نرم‌خویی و وظیفه‌شناسی آورده شده است.

برای مقایسه‌ی سه گروه در عوامل شخصیتی از تحلیل واریانس یک راهه همراه با آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد بررسی و همگنی واریانس‌ها به ترتیب از طریق آزمون‌های کولموگروف / اسمیرنوف و لون نشان داد که شرایط استفاده از تحلیل واریانس وجود دارد. در جدول ۲ علاوه بر میانگین

جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در عامل‌های شخصیت

شاخص‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر (ضریب اتا)
گشودگی	نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۳۹/۲۷	۵/۷۱	۱/۶۱	۰/۲۰	۰/۹۸
	سایر اختلال‌های گوارشی	۳۹/۵۸	۵/۸۴			
	بهنجار	۴۰/۸۶	۵/۴۱			
نوروزگرایی	نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۳۰/۳۱	۶/۵۹	۷/۱۱*	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	سایر اختلال‌های گوارشی	۲۹/۹۵	۷/۸۲			
	بهنجار	۲۶/۰۲	۸/۳۳			
برون‌گرایی	نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۳۶/۳۱	۶/۴۶	۶/۸۸*	۰/۰۰۲	۰/۹۸
	سایر اختلال‌های گوارشی	۳۵/۴۲	۵/۶۱			
	بهنجار	۳۸/۸۴	۵/۲۰			
وظیفه‌شناسی	نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۳۸/۲۸	۵/۷۷	۰/۰۲	۰/۹۷	۰/۹۸
	سایر اختلال‌های گوارشی	۳۸/۱۵	۵/۰۳			
	بهنجار	۳۸/۳۵	۵/۶۲			
نرم‌خویی	نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۴۳/۴۱	۴/۸۲	۱/۹۰	۰/۱۵	۰/۹۸
	سایر اختلال‌های گوارشی	۴۳/۸۲	۵/۶۸			
	بهنجار	۴۳/۷۸	۵/۶۱			

* $P < 0.001$

همان گونه که در جدول ۲ نیز قابل مشاهده است در عامل نوروزگرایی ($F_{(۲,۲۱۶)}=۷/۱۱$, $P \leq 0.001$) و برون‌گرایی

همان گونه که در جدول ۲ نیز قابل مشاهده است در عامل نوروزگرایی ($F_{(۲,۲۱۶)}=۷/۱۱$, $P \leq 0.001$) و برون‌گرایی

آورده شده است. لازم به یادآوری است که به منظور رعایت اصل صرفه جویی از ذکر نتایج غیرمعنادار خودداری شده است.

وظیفه‌شناسی تفاوت بین گروه‌ها معنادار نیست. در جدول ۳ نتایج آزمون‌های تعقیبی توکی برای بررسی معناداری تفاوت بین گروه‌ها در عامل‌های نوروزگرایی و برون‌گرایی،

جدول ۳) نتیجه آزمون‌های تعقیبی توکی برای بررسی معناداری تفاوت گروه‌ها در عامل‌های نوروزگرایی و برون‌گرایی

عمل‌ها	منبع مقایسه	اختلاف میانگین	سطح معناداری
نوروزگرایی	(۱) نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۰/۳۶	۰/۹۵
	(۲) سایر اختلال‌های گوارشی (۳) بهنجار	۴/۲۹**	۰/۰۰۲
برون‌گرایی	(۲) سایر اختلال‌های گوارشی	۳/۹۲**	۰/۰۰۶
	(۱) نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر	۰/۸۹	۰/۶۲
	(۲) سایر اختلال‌های گوارشی	-۲/۵۳*	۰/۰۲
	(۳) بهنجار	-۳/۴۲**	۰/۰۰۱

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

پژوهش‌های زیادی از جمله؛ بنیت^۱ و همکاران [۲۶]، هازل^۲ و گرانٹ^۳ [۲۰]، لاکنر^۴ و گاتمن^۵ [۱۹]، فرنام^۶ و همکاران [۲۱]، نیکول^۷ و همکاران [۶] وزی سینکا^۸ و کاکر^۹ [۲۷] همخوان است. مطالعات گوناگون نشان داده‌اند داده‌اند که بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در طول زندگی فشار روانی بیشتری را نسبت به افراد غیرمبتلا تجربه می‌کنند و در اغلب موارد شروع نشانه‌های مربوط به این نشانگان در طی یا پس از یک دوره‌ی فشار روانی بوده است [۲۶، ۲۸، ۲۹]. همچنین، شواهد گویای این است که مبتلایان به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر هنگام رویارویی با مشکلات و فشارهای روانی از راهبردهای مقابله‌ی ناکارآمد (منفی) و هیجان‌مدار استفاده می‌کنند [۳۰، ۳۱]. از طرف دیگر پژوهش‌های زیادی بیانگر شیوع بالاتر اختلال‌های روان‌شناختی از جمله؛ اضطراب [۱۶، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵]، افسردگی [۹، ۳۶، ۳۷، ۳۸]، جسمانی کردن [۱۶، ۳۲] و وحشت‌زدگی [۳۹، ۴۰] در بیماران مبتلا به نشانگان

همان گونه که در جدول ۳ نیز قابل مشاهده است، در عامل نوروزگرایی تفاوت گروه بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی پذیر با گروه سایر اختلال‌های گوارشی از لحاظ آماری معنادار نیست، اما تفاوت آنها با افراد بهنجار معنادار است ($MD=4/29$, $P < 0.01$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بیانگر این بود که در عامل برون‌گرایی تفاوت گروه بهنجار با گروه بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر ($MD=-2/53$, $P < 0.05$) و گروه سایر اختلال‌های گوارشی ($MD=3/42$, $P < 0.01$) معنادار است.

بحث

نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که در پژوهش‌های زیادی نقش عامل‌های روان‌شناختی در ایجاد و تشدید علائم آن مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر نیز ویژگی‌های شخصیتی این بیماران، به عنوان یک عامل روان‌شناختی، با توجه به مدل پنج‌عاملی شخصیت مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در عامل نوروزگرایی نمره‌های بالاتری را کسب می‌کنند، به عبارتی ویژگی‌های مربوط به عامل نوروزگرایی در این بیماران بیشتر وجود دارد. این یافته با

- 1- Bennett
- 2- Hazel
- 3- Grant
- 4- Lackner
- 5- Gurtman
- 6- Farnam
- 7- Nichol
- 8- Wrzesinka
- 9- Kocur

روده‌ی تحریک‌پذیر وجود دارد، که شایع‌ترین آنها عبارتند از: سردرد (۲۳ تا ۴۲٪)، کمردرد (۲۸ تا ۸۲٪)، خستگی (۳۶ تا ۶۳٪)، تپش قلب (۱۰ تا ۴۶٪) و تکرر و فوریت ادرار (۲۱ تا ۶۱٪) [۴۵، ۴۴]. با وجود شیوع بالای اختلال‌های جسمانی و روانی و علائم غیرگوارشی همراه با این نشانگان، قابل‌پیش‌بینی است که ویژگی‌های مرتبط با هیجانات مثبت و تحرک و انرژی بالا که مشخصه‌های اصلی عامل برون‌گرایی است، در این بیماران کمتر وجود داشته باشد. در این راستا، کاستا و مک‌کری و کینگ^۱ و همکاران نشان دادند، افرادی که برون‌گرایی بالایی دارند به دلیل تمایل زیاد به برقراری تعامل اجتماعی و لذت بردن از این تعامل نسبت به افرادی که برون‌گرایی پایینی دارند، از عملکرد اجتماعی بالاتری برخوردارند. در مقابل، افرادی که ویژگی شخصیتی نوروگرایی در آنها بیشتر است، باعث افزایش اضطراب، خشم، فشار روانی و احساس عدم ایمنی در روابط بین فردی و در نتیجه عملکرد اجتماعی پایین می‌شود. این یافته‌ها با پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند افراد مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد بهنجار عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند [۴۸، ۱۹] و نتایج به دست آمده در این پژوهش که نشان داد افراد مبتلا به این نشانگان نوروگرایی بالا و برون‌گرایی پایین‌تری دارند در یک راستا قرار دارد. نکته‌ی اساسی و مهمی که باید با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مرتبط با پیشینه‌ی موضوع به آن اشاره کرد، بیشتر بودن صفات مربوط به عامل نوروگرایی در بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر است، که این مسأله باید در پیشگیری و درمان این نشانگان مورد توجه قرار گیرد. در بحث پیشگیری و مدیریت علائم، باید به بیماران مبتلا به این نشانگان توصیه شود که تا حد امکان از شغل‌ها و محیط‌های اجتماعی تنش‌زا و استرس‌آور اجتناب کنند. همچنین مهارت‌های مقابله مناسب با فشار روانی و کنترل خشم به این بیماران آموزش داده شود. پیشنهاد می‌شود برای بررسی بیشتر و افزایش امکان تعمیم‌پذیری نتایج به دست آمده در این پژوهش تحقیقات دیگری نیز در جوامع دیگر و با در نظر گرفتن زیر گروه‌های این نشانگان انجام شود. در پژوهش‌های آینده ویژگی‌های شخصیتی در

روده‌ی تحریک‌پذیر می‌باشد. نوروگرایی از ابعاد شخصیتی است که نسبتاً ثابت بوده و مدارک انکارناپذیری به دست آمده که گویای اثری بودن این عامل می‌باشد [۲۳]. مشخصه‌ی اصلی این عامل شخصیتی، داشتن تجارب و هیجانات منفی و ناخوشایند است. اضطراب، افسردگی، کم‌رویی، آسیب‌پذیری، پرخاشگری و خشونت، بی‌ثباتی هیجانی و حساسیت و زودرنجی از دیگر ویژگی‌های عامل شخصیتی نوروگرایی است [۴۱، ۲۵]. همچنین نوروگرایی بالا با اختلال در انطباق، سبک‌های مقابله هیجان‌مدار و فشار روانی بالا همراه است که می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های جسمانی و روانی آسیب‌پذیر سازد [۱۸، ۴۲، ۴۳]. با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان مطرح کرد که شیوع بالای اختلال‌های روان‌شناختی، فشار روانی بالا و سبک‌های مقابله ناکارآمد در بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، می‌تواند پیامد وجود ویژگی‌های مربوط به عامل نوروگرایی در این بیماران باشد. یافته‌ی دیگر به دست آمده در این پژوهش، نشان داد که بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در عامل برون‌گرایی نمرات کمتری را از افراد گروه بهنجار کسب می‌کنند ولی با گروه بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی تفاوت معناداری ندارند. این یافته با پژوهش‌های لاکتر و کاتمن و فرنام و همکاران، همخوان است [۲۱، ۱۹]. برون‌گرایی عاملی است که، تجربه هیجانات مثبت، قاطعیت و جرأت‌ورزی، هیجان‌خواهی، اجتماعی بودن و صمیمیت، پر حرف و پرانرژی بودن از مشخصه‌های آن می‌باشد [۴۱، ۲۳] و در اغلب پژوهش‌ها در نقطه‌ی مقابل نوروگرایی قرار گرفته [۲۰، ۲۱، ۲۶]، به گونه‌ای که بالاتر بودن نمرات و ویژگی‌های هر یک از این دو عامل، با پایین‌تر بودن نمرات و ویژگی‌های مربوط به عامل دیگر همراه بوده است. اختلال‌های روانی و جسمانی زیادی در بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر شیوع بالایی دارند که از جمله‌ی آنها می‌توان به؛ افسردگی (۴۶٪)، اضطراب فراگیر (۳۴٪)، وحشت زدگی (۳۱٪)، جسمانی‌سازی (۲۶٪) [۸]، درد مزمن عضلات (۳۲ تا ۷۷٪)، نشانگان خستگی مزمن (۱۴ تا ۹۲٪)، درد مزمن لگنی (۲۹ تا ۷۹٪) و اختلال‌های عضلانی-اسکلتی (۱۶ تا ۶۴٪) [۴۴، ۳۷] اشاره کرد. علائم بدنی غیر گوارشی نیز در بیماران مبتلا به نشانگان

1- King

8- Tomic S, Miljkovic S, Nagorni N, Lazarevic D, Nikolic D. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatria Danubina*. 2010; 22(3): 418-424.

9- Solati-Dehkordy SK, Klantary M, Adibi P, Afshar H. Effect of relaxation with drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome diarrhea dominant (IBS-D). *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2010; 11(3): 1-8. [Persian].

10- Astegiano M, Pellicano R, Suazzini C, Berrutti M, Simondi D, Reggiani S, Rizzetto M. Clinical approach to irritable bowel syndrome. *Minerva Gastroenterol Dietal*. 2008; 54(8): 251-257.

11- Shi J, Tang Y, Shen JG, Li HX. Effectiveness and safety of herbal medicine in treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review. *World J Gastroenterol*. 2008; 14(3): 454-462.

12- Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Boanz B. Psychosomatic adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinol*. 2010; 35: 653-662.

13- Basilisco G, Marco FD, Tomba BM. Bowel urgency in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol*. 2007; 132(1): 38-44.

14- Creed F, Tomenson B, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Read N, Palmer S, Thompson DG. The relationship between somatisation and outcome in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res*. 2008; 64(6): 613-620.

15- Agah SH, Fatali S, Ashayeri N. Treatment of Diarrhea Predominant Irritable Bowel Syndrome (IBS-D) Using Plantagel: A Random Double-blind Clinical Trial. *Razi J Med Sci*. 2010; 16(69): 17-28. [Persian].

16- Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(3): 210-215.

17- Michael P, Michael DC, Kevin WO, Creed F. Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychosomatics*. 2007; 48(2): 120-134.

18- Benetti C, Kambour N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *J Pers Individ dif*. 2006; 41(2): 341-352.

19- Lackner JF, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: A circumplex analysis. *J Psychosom Res*. 2005; 58(6): 523-532.

20- Hazel SH, Grant MG. Prevalence of IBS among university student and visceral anxiety. *J Psychosom*. 2003; 55(6): 501-505.

21- Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008; 4(5): 959-962.

22- Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with

دیگر اختلال‌های روان‌تنی نیز مورد بررسی گیرد و با بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر مورد مقایسه قرار گیرد. برای بررسی نقش صفات مربوط به عامل نوروزگرایی در سبب‌شناسی نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر پیشنهاد می‌شود یک تحقیق طولی بر روی افرادی که در آنها ویژگی‌های مربوط به عامل نوروزگرایی بیشتر است انجام شود و میزان شیوع نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در آنها مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این که در پژوهش‌های مختلف، نقش عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر مشخص شده، پیشنهاد می‌شود که در تمامی مراحل درمان، عوامل و درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های زیستی و دارویی مورد توجه قرار گیرد و در صورت امکان بعد از تشخیص قطعی نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به این نشانگان از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی نیز مورد ارزیابی قرار گیرند. در نهایت باید توجه داشت که پژوهش حاضر دارای محدودیت‌های نظیر استفاده از نمونه در دسترس، ابزار کاغذ مدادی و عدم بررسی ریخت‌های فرعی نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که تعمیم نتایج آن با احتیاط و با در نظر گرفتن همه‌ی جوانب صورت گیرد.

منابع

1- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. 10th ed, trans; Rezaei F. Tehran: Arjmand Publication; 2010. [Persian].

2- Dai N, Cong Y, Yuan H. Prevalence of irritable bowel syndrome among undergraduates in southeast china. *Dig Disease*. 2008; 40(6): 418-424.

3- Yale SH, Musana AK, Kieke A, Hayes J, Gulrich I, Chyou PH. Applying case definitions criteria to irritable bowel syndrome. *Clin Med Res*. 2008; 6(1): 9-16.

4- Dapoiny M. Irritable bowel syndrome: Epidemiology/ economic burden. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009; 33: 63-80.

5- Longstreth GF. Symptoms and tests for irritable bowel syndrome: Diagnosing a complex disorder. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010; 8(4): 132-136.

6- Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DGO, Brien S, Musleh M, McBeth J. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome: results of a large prospective population-based study. *PAIN*. 2008; 137: 147-155.

7- Rey E, Talley NJ. Irritable bowel syndrome novel views on the epidemiology and potential risk factors. *Dig Liver Disease*. 2009; 41: 772-780.

- Schizophrenia and irritable bowel syndrome. *Schizophrenia Res.* 1997; 23(3): 265-268.
- 37- Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS. Comorbidity of Irritable Bowel Syndrome in Psychiatric Patients: A Review. *Am J Ther.* 2003; 10(1): 61-67.
- 38- Olatungi BO, Tolin DF, Lohy JM. Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychological treatment. *Appl Prev Psychol.* 2003; 11: 125-140.
- 39- Kumano H, Yamanaka G, Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorders and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99: 370-376.
- 40- Kaplan DS, Masand PS, Gupta S. The relationship of irritable bowel syndrome (IBS) and panic disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 1996; 8(2): 81-88.
- 41- Baggley D, Preece M, DeLongis A. Coping with interpersonal stress: role of big five trait. *J Pers.* 2005; 73(5): 1142-1180.
- 42- Newth S, DeLongis A. Individual differences, mood and with chronic pain in rheumatoid arthritis. *Psychol health.* 2004; 19(3): 283-305.
- 43- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders what are the causes and implications? *Gastroenterol.* 2002; 122(4): 1140-1156.
- 44- Alpers DH. Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res.* 2008; 64(6): 567-572.
- 45- McCrae RR, Costa PT. Personality Development: Stability and change. *J Pers Soc Psychol.* 2005; 3(1): 173-175.
- 46- King A, Proutt A, Phillips A. Comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *J Gerontol Med Sci.* 2006; 137(70): 825-832.
- 47- Minderhoud IM, Oldenburg B, Wismeijer JA, Henegouwen GP, Smout AJ. IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior. *Dig Dis Sci.* 2004; 49(3): 469-478.
- functional gastrointestinal disorder. *J Psychosom.* 2001; 50(3): 139-146.
- 23- Farahani MN. Five big characteristics of Persian, history, measurement and theoretical perspective. Tehran: Jahad Daneshgahi Publication; 2009. [Persian].
- 24- Cook DB, Casillas A, Robbins SB, Dougherty M. Goal continuity and the big five as predictors of older adult marital adjustment. *J Pers Individ Dif.* 2005; 38(3): 519-531.
- 25- Hirsh J, Peterson J. Predicting creativity and academic success with a "fake-proof" measure of the big five. *J Res Pers.* 2008; 42: 1323-1333.
- 26- Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorder: Psychological, Social, and Somatic Features. *GUT.* 1998; 42: 414-420.
- 27- Wrzesińska MA, Kocur J. The assessment of personality traits and coping style level among the patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(5): 709-717.
- 28- Huerta I, Bonder A, Lopez L, Ocampo MA, Schmulson M. Differences in the stress symptoms ratingscale in Spanish between patients with irritable bowel syndrome and healthy controls. *Rev Gastroenterol.* 2002; 67: 161-165.
- 29- Hunt MG, Moshier S, Milanova M. Brief cognitive-behavioural internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther.* 2009; 47(5): 717-803.
- 30- Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India.* 2000; 48(6): 589-593.
- 31- Kharamin SHA, Nilli H, Mohammadi A, Mobasheri GH. Comparison of Coping Skills in Peptic Ulcer, Irritable Bowel Syndrome and Normal People. *J Armaghan Danesh.* 2008; 13(2): 97-104. [Persian].
- 32- Cohen H, Jotkowitz A, Buskila D, Pelles AS, Kaplan Z, Neumann L. Post-traumatic stress disorder and other co-morbidities in a sample population of patients with irritable bowel syndrome. *Europ J Int Med.* 2006; 17(8): 567-571.
- 33- EbrahimiDariany N, Mansournia N, Mansournia MA. Irritable bowel syndrome. *TebvaTazkie.* 2007; 14(57): 72-87. [Persian].
- 34- Posserud I, Svedlund J, Wallin J, Simren M. Hypervigilance in the irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *J Psychosom Res.* 2009; 66(5): 399-405.
- 35- Fakudo S. A neurological approach to biopsychosocial medicine: Lessons from irritable bowel syndrome. *BioPsychoSocial Med.* 2012; 5(1): 45-56.
- 36- Gupta S, Masand PS, Kaplan D, Bhandary A, Hendricks S. The Relationship between