

مقایسه سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار

مهدی طاهری^۱، جعفر حسنی^۲، محمد مولوی^۳

چکیده

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید علائم آن نقش مهمی ایفا می‌کند. این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار انجام شد.

مواد و روش‌ها: در قالب یک طرح علی-مقایسه‌ای سه گروه شرکت‌کننده شامل ۸۶ نفر بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، ۸۶ نفر بیمار مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و ۸۶ نفر از افراد بهنجار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کننده‌ها پرسش‌نامه SCL-90-R یا Symptom checklist-90-revised را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در تمام مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ در حالی که بین بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار فقط در خرده‌مقیاس شکایت‌های جسمانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار، سلامت روان‌شناختی پایین‌تری داشتند، نقش عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و درمان این سندرم باید مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان‌شناختی، سندرم روده تحریک‌پذیر، اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش، افراد بهنجار.

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۶

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۵

مقدمه

روان‌پزشکی و علائم جسمی دستگاه گوارش است. درصد قابل توجهی از بیماری‌های دستگاه گوارش بیماری‌های عملکردی هستند و شواهد گویای شیوع بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی در این طبقه از اختلالات گوارشی است (۱).

بیماری‌های گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روان‌پزشکی در بین بیماری‌های طبی رتبه اول را دارند که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماری‌ها و ارتباط بین اختلال‌های

Email: taheeri.20000@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرج، کرج، ایران.

ارتباط هستند (۱۷). در پژوهش دیگری Cohen و همکاران با بررسی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یا Post-traumatic stress disorder) و سایر اختلال‌های همراه با سندرم روده تحریک‌پذیر، نشان دادند که نرخ بالایی از علائم جسمانی کردن (Somatisation)، اختلال وسواس-اجبار (Obsessive-compulsive disorder)، حساسیت بین فردی (Interpersonal sensitivity) و نشانه‌های اضطرابی در بیماران مبتلا به این سندرم وجود دارد و ۷/۸ درصد از آن‌ها معیارهای تشخیصی PTSD را دارا می‌باشند (۱۸). نتایج پژوهش Blanchard و همکاران نیز نشان داد که ۵۵ درصد از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای یک اختلال روانی هستند (۱۹). در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر، اضطراب و افسردگی نسبت به سایر اختلال‌های روانی شیوع بالاتری دارد (۲۰-۲۳، ۱۲).

سندرم روده تحریک‌پذیر در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) در طبقه‌ای تحت عنوان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی آورده شده است که این موضوع نیز گویای تأکید بر نقش عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم این سندرم می‌باشد (۱).

با توجه به نقش اختلال‌های روانی در سبب‌شناسی و تشدید علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و این موضوع که اغلب پژوهش‌ها بیان‌گر این هستند که استفاده از درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند یکی از اجزای کلیدی درمان سندرم روده تحریک‌پذیر باشد و شناخت اختلال‌های روان‌شناختی که در این بیماران در مقایسه با اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار شیوع بیشتری دارد، در انتخاب نوع درمان روان‌شناختی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، این پژوهش با در نظر گرفتن محدودیت‌های موجود در تحقیقات اندکی که در این زمینه انجام شده، از جمله تعداد نمونه کم، تأکید روی اضطراب و افسردگی، استفاده از افراد بهنجار به عنوان مبنای مقایسه و یا مقایسه سلامت روان‌شناختی این بیماران با اختلال‌های شدیدتر گوارشی از

بیماری‌های عملکردی دستگاه گوارش (Functional gastrointestinal disorders) بیماری‌های مزمنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سؤال برانگیز، همراهی با اختلال‌های روان‌شناختی و تأثیر دارویی اندک مشخص می‌شوند و در بسیاری از موارد عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی، تشدید علائم و پیش‌آگهی آن‌ها تأثیر قابل توجهی دارند (۲، ۳).

سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome) شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با علائمی از قبیل تغییر در اجابت مزاج و درد و نفخ شکمی، بدون وجود اختلال‌های ساختاری قابل مشاهده مشخص می‌شود (۴، ۵). دامنه شیوع این سندرم بین ۲/۱ درصد تا ۲۲ درصد قرار دارد (۶، ۷). سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال در افراد جوان است و اکثر موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی تشخیص داده می‌شود (۸). همچنین این سندرم شایع‌ترین علت ارجاع به متخصصین گوارش است، به گونه‌ای که مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران ارجاعی را تشکیل می‌دهند (۹). سبب‌شناسی این سندرم به درستی شناخته نشده، اما نقش احتمالی، اختلال در فعالیت‌های حسی حرکتی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و پیرامونی، اختلال‌های روان‌شناختی، عوامل داخل مجرای (۱۰)، ژنتیک، فاکتورهای غذایی، التهاب و عفونت و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی مطرح می‌باشد (۱۱).

علائم روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر نقش مهمی دارند، به گونه‌ای که به طور معمول علائم بیماران مبتلا به این سندرم در طول یا بعد از دوره‌ای از فشار روانی ظاهر می‌شود (۱۲-۱۴). همچنین بسیاری از پژوهش‌ها بیان‌گر شیوع بالای اختلال‌های روانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد (۱۶، ۱۵). در این راستا، نتایج مطالعه Son و همکاران به منظور بررسی عوامل خطر ساز سندرم روده تحریک‌پذیر در بین دختران نوجوان کره‌ای، نشان داد که فشار روانی، اضطراب و افسردگی به طور مستقل با افزایش شیوع این سندرم در

بهنجار) شامل افراد همراه با بیماران بودند که به بیمارستان و مطب مراجعه می‌کردند و توسط منشی و کارمندان به پژوهشگر ارجاع داده می‌شدند. پژوهشگر پس از بررسی ملاک‌های دیگر شرکت در پژوهش (نداشتن اختلال روانی یا جسمی دیگر، رضایت و تمایل شرکت در پژوهش و داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی)، پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، سطح تحصیلات) و پرسش‌نامه SCL-90-R را در اختیار آزمودنی قرار می‌داد تا کامل کنند. این نکته نیز قابل ذکر است که آزمودنی‌های گروه‌های دوم و سوم از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، سطح تحصیلات) با گروه اول هم‌تا شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

۱. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها (سن، جنسیت و سطح تحصیلات) با این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت.

۲. پرسش‌نامه SCL-90-R یا Symptom checklist-90-revised: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۳ توسط Derogatis و همکاران (به نقل از گنجی) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفته، فرم نهایی آن در سال ۱۹۸۳ تهیه گردید (۲۴). این آزمون دارای ۹۰ سؤال است که نه بعد شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روایی و پایایی این آزمون در ترجمه فارسی آن چندین بار مورد ارزیابی قرار گرفته است که ضرایب روایی هم‌زمان ابعاد نه‌گانه این آزمون در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در محاسبه پایایی ضرایب Cronbach's alpha آن از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۲۴).

داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) یا (Multivariate analysis of variance)، به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این نکته قابل ذکر است که بیشترین پرسش‌نامه ناقص مربوط به گروه

قبیل بیماری‌های التهابی روده و زخم معده و دوازدهه و عدم همخوانی در نتایج این پژوهش‌ها، با هدف مقایسه سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه علی-مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار همراه آن‌ها بود که در طی فاصله زمانی اول اردیبهشت تا آخر مرداد سال ۱۳۹۰ به بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی شهر کرج مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۲۸۵ آزمودنی (۹۵ نفر مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، ۹۵ نفر بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و ۹۵ نفر افراد بهنجار) بود که در فاصله زمانی انجام پژوهش به بیمارستان شهید رجایی کرج و یک مطب خصوصی در شهر کرج مراجعه کردند و پس از بررسی ملاک‌های شرکت در پژوهش در آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

در مورد گروه اول (بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر) روش اجرا به این صورت بود که هر بیمار مراجعه کننده به فوق تخصص گوارش، 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 سندرم روده تحریک‌پذیر با استفاده از معیار تشخیصی ROM III یا در صورت نیاز انجام کلونوسکوپی، به پژوهشگر ارجاع داده می‌شد. در مورد گروه دوم (بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش) وقتی بیمار به پزشک فوق تخصص گوارش مراجعه می‌کرد، پزشک پس از رد ابتلای بیمار به اختلال‌های بدون ناهنجاری ارگانیک (سندرم روده تحریک‌پذیر، سوء هاضمه عملکردی، درد غیر قلبی قفسه سینه و سوزش سر دل عملکردی) و سرطان‌های دستگاه گوارش، وی را به پژوهشگر ارجاع می‌داد. گروه سوم (افراد

مؤنث وجود داشت. برای بررسی گروه‌ها در مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش (۹ نفر) بود. برای افزایش توان آزمون آماری از دو گروه دیگر نیز به طور تصادفی ۶ و ۴ نفر حذف شدند و گروه‌ها با تعداد برابر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه کلی گروه‌ها در سلامت روان‌شناختی

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F
اثر Pillai	۲/۱۵	۲۷	۳۹۰	*۳۶/۶۷
لامبدا Wilks	۰/۰۱	۲۷	۳۷۴	*۱۵۲/۰۵
اثر Hotelling	۱۳۹/۱۱	۲۷	۳۸۰	*۶۵۲/۶۵
بزرگ‌تری ریشه Roy	۱۳۵/۹۸	۹	۱۳۰	*۱/۹۶

*: $P < .001$

یافته‌ها

در این پژوهش یافته‌های مربوط به ۲۵۸ آزمودنی در ۳ گروه (بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار) ۸۶ نفری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در هر گروه ۳۸ (۴۴/۲ درصد) آزمودنی مذکر و ۴۸ (۵۵/۸ درصد) آزمودنی

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد، نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی Touky برای بررسی تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس سلامت روان‌شناختی

خرده مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F (۲،۲۵۵)	آزمون تعقیبی Touky
				منبع مقایسه		اختلاف میانگین
پرخاشگری	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۵/۹۰	۴/۹۲	***۱۰/۲۰	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۳/۸۷	۳/۸۱		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۳/۲۸	۳/۰۵		گروه ۱
اضطراب	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۹/۹۹	۷/۳۳	***۱۵/۹۶	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۶/۶۵	۴/۸۰		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۴/۳۹	۳/۱۷		گروه ۱
وسواس	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۱۲/۱۵	۷/۹۷	***۱۱/۲۹	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۸/۹۴	۵/۱۸		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۶/۷۶	۴/۰۶		گروه ۱
حساسیت فردی	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۹/۶۵	۷/۳۵	***۹/۹۵	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۶/۰۶	۳/۶۰		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۵/۵۶	۳/۵۴		گروه ۱
شکایات جسمانی	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۱۵/۷۷	۹/۸۶	***۱۵/۹۸	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۱۲/۱۲	۷/۴۸		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۸/۲۷	۶/۴۰		گروه ۱
روان‌پریشی	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۹/۹۳	۶/۲۱	***۱۴/۲۰	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۶/۱۳	۴/۸۶		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۴/۵۰	۳/۱۱		گروه ۱
تصورات پارانوییدی	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۷/۹۷	۵/۷۷	***۸/۱۲	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۵/۴۶	۳/۸۱		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۵/۲۰	۳/۲۲		گروه ۱
افسردگی	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۱۵/۷۶	۱۱/۰۹	***۱۰/۵۴	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۱۲/۱۱	۸/۷۵		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۸/۷۰	۶/۱۲		گروه ۱
ترس مرضی	سندرم روده تحریک‌پذیر	۸۶	۵/۹۵	۳/۸۱	***۸/۲۱	گروه ۲
	اختلال‌های ارگانیک	۸۶	۳/۸۴	۲/۸۶		گروه ۳
	افراد بهنجار	۸۶	۲/۹۵	۲/۱۲		گروه ۱

* = $P < .05$

** = $P < .01$

*** = $P < .001$

۱- گروه سندرم روده تحریک‌پذیر ۲- گروه اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش ۳- گروه افراد بهنجار

تحریک‌پذیر در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار با تحقیقات قبلی که بیان‌گر پایین‌تر بودن سلامت روان‌شناختی (۲۸-۲۵، ۶) و شیوع بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی از جمله؛ اضطراب (۳۱-۲۹، ۲۶، ۲۲-۲۰، ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۶)، افسردگی (۳۳، ۳۲، ۳۰، ۲۹، ۲۶، ۲۲، ۲۰، ۱۵، ۱۲، ۶)، اختلال جسمانی کردن (۳۱، ۲۶، ۱۷، ۱۵)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۷)، اختلال وسواس- اجبار (۱۷)، وحشت‌زدگی (۳۵-۳۲)، اسکیزوفرنی (۳۲)، روان‌رنجورخویی (۳۷، ۳۱-۲۹) و وجود مشکلاتی در روابط بین فردی (۱۷) در بیماران مبتلا به این سندرم می‌باشد، همخوان بود.

در این راستا، مطالعه Locke و همکاران نشان داد که مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در تمام خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه SCL-90، به جز ترس مرضی نمرات بالاتری را از گروه شاهد کسب می‌کنند (۳۶). همچنین در مطالعه‌ای که Solati و همکاران انجام دادند، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در تمام مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) نمره‌های بالاتری را در مقایسه با گروه شاهد کسب کردند که این تفاوت در اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی معنی‌دار بود (۲۶).

پایین‌تر بودن سلامت روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، به ویژه در خرده مقیاس‌های پرخاشگری، اضطراب، حساسیت فردی و روان‌پریشی را می‌توان با ویژگی‌های عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی که در بیماران مبتلا به این سندرم بیشتر وجود دارد (۳۷، ۳۱-۲۹، ۶)، تا حدودی تبیین کرد. داشتن تجارب و هیجانات منفی و نامطلوب (۳۸)، اضطراب، افسردگی، کم‌رویی، پرخاشگری و خشونت، بی‌ثباتی هیجانی و حساسیت و زود رنجی از ویژگی‌های این عامل شخصیتی هستند (۳۹).

وجود شکایات‌های جسمانی بیشتر و پایین‌تر بودن سلامت روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار می‌تواند با اختلال‌ها و علائم خارج از

در جدول ۱ نتایج آزمون‌های چند متغیری اثر Pillai (Pillai's trace)، لامبدای Wilks (Wilks' lambda)، اثر Hotelling (Hotelling's trace) و بزرگ‌ترین ریشه Roy (Roy's largest root) مشاهده می‌شود.

همان‌طور که از داده‌های جدول ۱ استنباط می‌شود، در سلامت روان‌شناختی بین گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. معنی‌دار شدن تفاوت‌ها در آزمون‌های قبلی مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام مؤلفه‌ها با همدیگر تفاوت دارند. برای این منظور تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی Touky انجام شد که نتایج آن‌ها همراه با میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی در جدول ۲ قید شده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ نیز قابل مشاهده است، آزمودنی‌های گروه یک در تمام مقیاس‌ها در سلامت روان‌شناختی با آزمودنی‌های دو گروه دیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

نتایج آزمون تعقیبی Touky همچنین بیان‌گر این موضوع بود که آزمودنی‌ها گروه دو و سه فقط در مقیاس شکایات جسمانی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند و در مقیاس‌های دیگر سلامت روان‌شناختی تفاوت این دو گروه مورد تأیید قرار نگرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در تمام مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی، نسبت به بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار، سلامت روان‌شناختی پایین‌تری داشتند. همچنین نتایج گویای این مطلب بود که افراد مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش شکایات جسمانی بیشتری را از افراد بهنجار گزارش می‌کنند و در این خرده مقیاس سلامت روان‌شناختی نسبت به گروه بهنجار در سطح پایین‌تری قرار دارند.

نتایج به دست آمده در این پژوهش در زمینه پایین‌تر بودن سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده

را ایفا می‌کند. بنابراین، باید در درمان مبتلایان به این سندرم عوامل و درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی مورد توجه قرار گیرد و در صورت امکان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بعد از تشخیص قطعی این سندرم از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی نیز مورد ارزیابی قرار گیرند تا در صورت نیاز از نظر اختلال‌های روانی همراه نیز مورد درمان قرار گیرند. همچنین از آن جایی که اختلال‌های همراه با سندرم روده تحریک‌پذیر نیز نقش مهمی را در کاهش سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به این سندرم دارند، پیشنهاد می‌شود که در طی روند درمان اختلال‌های همراه با این سندرم نیز مورد ارزیابی و درمان قرار گیرد.

در این پژوهش سلامت روان‌شناختی بیماران قبل از مصرف دارو و در ابتدای درمان مورد ارزیابی قرار گرفت، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده سلامت روان‌شناختی این بیماران بعد از طی دوره درمان و به صورت مقایسه بین قبل و بعد از دوره درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد. از آن جا که این پژوهش در جامعه مشخصی انجام شده، تعمیم نتایج آن به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

سپاسگزاری

از تمامی مسؤولان و کارکنان بیمارستان شهید رجایی کرج که در انجام این پژوهش همکاری خوبی داشتند کمال تشکر و سپاس را داریم.

دستگاه گوارش همراه با این سندرم، از جمله فیبرومیالژیا، سندرم خستگی مزمن، اختلال‌های عضلانی-اسکلتی، اختلال خواب، سردرد، کم‌درد و تپش قلب (۴۱، ۴۰، ۳۲، ۲۸، ۱۸)، نیز در ارتباط باشد. در این راستا پژوهش Vandvik و همکاران نشان داد که کاهش سلامت عمومی، غیبت از کار و افزایش جستجوی مراقبت‌های جسمانی و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم تحریک‌پذیر به وسیله اختلال‌ها و نشانه‌های همراه با این سندرم تا حدود زیادی قابل تبیین است (۲۸).

از جمله دلایل دیگر پایین‌تر بودن سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار می‌توان به عدم وجود تشخیص و درمان قطعی، ترس از وجود بیماری بدخیم گوارشی، تبعات اجتماعی و شغلی و از همه مهم‌تر وجود علایم مرتبط با این سندرم که از چندین سال قبل از تشخیص در بیماران مبتلا به این سندرم وجود دارد، اشاره کرد.

از آن جایی که نتایج پژوهش‌های زیادی از جمله پژوهش حاضر بیان‌گر پایین‌تر بودن سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار می‌باشد، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و به ویژه تشدید علایم این سندرم نقش مهمی

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Trans. Rezaei F. 10th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2010. [In Persian].
2. Chang L, Toner BB, Fukudo S, Guthrie E, Locke GR, Norton NJ, et al. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1435-46.
3. Van Tilburg MA, Palsson OS, Levy RL, Feld AD, Turner MJ, Drossman DA, et al. Complementary and alternative medicine use and cost in functional bowel disorders: a six month prospective study in a large HMO. *BMC Complement Altern Med* 2008; 8: 46.
4. Dai N, Cong Y, Yuan H. Prevalence of irritable bowel syndrome among undergraduates in Southeast China. *Dig Liver Dis* 2008; 40(6): 418-24.
5. Astegiano M, Pellicano R, Sguazzini C, Berrutti M, Simondi D, Reggiani S, et al. 2008 Clinical approach to irritable bowel syndrome. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2008; 54(3): 251-7.

6. Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'Brien S, Musleh M, et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome--results of a large prospective population-based study. *Pain* 2008; 137(1): 147-55.
7. Rey E, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: novel views on the epidemiology and potential risk factors. *Dig Liver Dis* 2009; 41(11): 772-80.
8. Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health-care practitioners. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25(4): 691-9.
9. Solati Dehkordei SK, Klantarei 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* 2009; 11(3): 1-8. [In Persian].
10. Creed F, Tomenson B, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Read N, et al. The relationship between somatisation and outcome in patients with severe irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 2008; 64(6): 613-20.
11. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson GL. *Harrisons, principles of Internal Medicine (gastrointestinal diseases)*. Trans. Tahmasbzadeh B. 17th ed. Tehran: Teimourzadeh Publication; 2008. [In Persian].
12. Posserud I, Svedlund J, Wallin J, Simren M. Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 399-405.
13. Jarrett M, Heitkemper M, Cain KC, Tuftin M, Walker EA, Bond EF, et al. The relationship between psychological distress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 1998; 47(3): 154-61.
14. Keefer L, Kiebles GL, Taft TH. Psychological Co-morbidities of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(5): 385-414.
15. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002; 122(4): 1140-56.
16. Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(3): 210-5.
17. Son YJ, Jun EY, Park JH. Prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in Korean adolescent girls: a school-based study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 76-84.
18. Cohen H, Jotkowitz A, Buskila D, Pelles-Avraham S, Kaplan Z, Neumann L, et al. Post-traumatic stress disorder and other co-morbidities in a sample population of patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Intern Med* 2006; 17(8): 567-71.
19. Blanchard EB, Lackner JM, Gusmano R, Gudleski GD, Sanders K, Keefer L, et al. Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2006; 44(3): 317-37.
20. Gupta S, Masand PS, Kaplan D, Bhandary A, Hendricks S. The relationship between schizophrenia and irritable bowel syndrome (IBS). *Schizophr Res* 1997; 23(3): 265-8.
21. Fukudo S. A neurological approach to biopsychosocial medicine: Lessons from irritable bowel syndrome. *Biopsychosoc Med* 2011; 5(1): 1.
22. Ebrahimi Dariany N, Mansournia N, Mansournia MA. Irritable bowel syndrome. *Teb Tazkiye* 2007; 14(57): 72-87. [In Persian].
23. 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.
24. Ganji H. *Psychological Tests (the basics theoretical and practical)*. Tehran: Savalan Publication; 2009. [In Persian].
25. Weinryb RM, Osterberg E, Blomquist L, Hultcrantz R, Krakau I, Asberg M. Psychological factors in irritable bowel syndrome: a population-based study of patients, non-patients and controls. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38(5): 503-10.
26. Solati Dehkordy SK, Rahimian GA, Abedi A, Bagheri N. Relationship between mental disorder with the irritable bowel syndrome. *Yafteh* 2009; 8(2): 31-7. [In Persian].
27. Luscombe FA. Health-related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome: a review. *Qual Life Res* 2000; 9(2): 161-76.
28. Vandvik PO, Lydersen S, Farup PG. Prevalence, comorbidity and impact of irritable bowel syndrome in Norway. *Scand J Gastroenterol* 2006; 41(6): 650-6.

29. Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. *Gut* 1998; 42(3): 414-20.
30. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *J Psychosom Res* 2005; 58(6): 523-32.
31. Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff BD. Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *J Psychosom Res* 2003; 55(6): 501-5.
32. 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): 61-7.
33. Olatunji BO, Tolin DF, Lohr JM. Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychosocial treatments. *Applied and Preventive Psychology* 2004; 11(2): 125-40.
34. 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): 370-6.
35. Kaplan DS, Masand PS, Gupta S. The relationship of irritable bowel syndrome (IBS) and panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8(2): 81-8.
36. Locke GR, III, Weaver AL, Melton LJ, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(2): 350-7.
37. Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008; 4(5): 959-62.
38. Hirsh J, Peterson J. Predicting creativity and academic success with a "Fake-Proof" measure of the Big Five. *Journal of Research in Personality* 2008; 45(5): 1323-33.
39. Cook DB, Casillas A, Robbins SB, Dougherty LM. Goal continuity and the G_£Big FiveG_) as predictors of older adult marital adjustment. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(3): 519-31.
40. Alpers DH. Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res* 2008; 64(6): 567-72.
41. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser AS, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* 2008; 64(6): 573-82.

Psychological health among patients with irritable bowel syndrome, patients with organic gastrointestinal disorders, and normal individuals: A comparative study

Mehdi Taheri¹, Jafar Hasani², Mohammad Molavi³

Abstract

Aim and Background: Irritable bowel syndrome is the most common functional gastrointestinal disorder (FGID) in which psychological factors play an important role in development and exacerbation of symptoms. The aim of the current study was to compare mental health of patients with irritable bowel syndrome, patients with organic gastrointestinal disorders, and normal individuals.

Methods and Materials: In a casual-comparative study, 3 groups of 95 patients with irritable bowel syndrome, 95 patients with organic gastrointestinal disorders, and 95 normal individuals were selected using available sampling method. Participants completed the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) questionnaire. Data was analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA).

Findings: The results showed significant differences between patients with irritable bowel syndrome and patients with organic gastrointestinal disorders and normal individuals in all subscales of SCL-90-R. However, patients with organic gastrointestinal disorders and normal individuals were only significantly different in somatization subscale.

Conclusions: The results showed that patients with irritable bowel syndrome have lower mental health than other gastrointestinal patients and normal people. Therefore, the role of psychological factors needs to be considered in etiology and treatment of this syndrome.

Keywords: Psychological Health, Irritable Bowel Syndrome, Organic Gastrointestinal Disorders, Normal Individuals.

Type of article: Original

Received: 26.11.2011

Accepted: 25.04.2012

1. Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
Email: taheri.20000@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, School of Medicine, Karaj University of Medical Sciences, Karaj, Iran.