

اختلال اضطراب - افسردگی در بیماران دچار سندرم روده تحریک پذیر

دکتر محمد جعفر مدبرنیا^۱(MD) - دکتر علی ایمانی^۱(MD) - دکتر سید علیرضا میرصفای مقدم^۱(MD) - *دکتر فریبرز منصور قناعی^۲(MD) -

دکتر مسیح صدیق رحیم آبادی^۲(MD) - دکتر محمود یوسفی مشهور^۲(MD) - فرحناز جوکار^۲(MSc) - زهرا عطرکار روشن^۲(MSc)

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان رازی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد

پست الکترونیکی: ghanaei@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱۹ تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۱۲

چکیده

مقدمه: اختلال روانپزشکی در بیماران دچار سندرم روده تحریک پذیر (IBS) شایع است ولی فراوانی آن در جوامع مختلف متفاوت است.

هدف: تعیین فراوانی اختلال روانپزشکی (اضطراب - افسردگی) در بیماران دچار IBS در استان گیلان (رشت).

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی، ۲۵۶ بیمار IBS که معیارهای ROM III را داشتند، انتخاب و از نظر اختلال روانپزشکی در دو مرحله ارزیابی شدند. در مرحله اول، افراد با پرسشنامه GHQ28 غربال شدند. در مرحله دوم، کسانی که نمره معادل یا بیش از ۲۳ کسب کرده بودند با مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی ارزیابی شدند و متغیرهای جمعیت شناختی آنها از قبیل سن، جنس، تاهل، میزان تحصیل و اشتغال در پرسشنامه‌ای که به همین منظور طراحی شده بود ثبت شد. $\alpha < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی شد.

نتایج: از ۲۵۶ نفر دچار IBS، ۳۰ نفر (۱۱/۷٪) بدون علائم یا نشانه‌های روانپزشکی بودند و ۲۲۶ نفر، (۸۳ مرد و ۱۴۳ زن) درجه‌هایی از مشکلات روانپزشکی داشتند. پس از مصاحبه نیمه ساختاریافته روانپزشکی، ۱۹۰ نفر (۷۴/۲٪) دچار اضطراب - افسردگی بودند. [۸۹ نفر اختلال اضطرابی، ۴۱ نفر اختلال افسردگی و ۶۰ نفر هم‌ابتلایی اختلال اضطراب - افسردگی]. در اختلال اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر (۵۳/۷٪) و در اختلال افسردگی، دیس تایمی (۵۳/۵٪) بیشترین فراوانی را داشت. در مقایسه بیماران با اختلال اضطراب - افسردگی (۹۰ نفر) و افراد نرمال (۶۶ نفر)، جنس ($P=0.019$)، شغل ($P=0.002$) و شدت IBS ($p < 0.001$) تفاوت‌های آماری معنی دار نشان داد. نتیجه‌گیری: اگرچه نیاز به مطالعه آتی برای تعیین ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی و انواع IBS با اختلال روانپزشکی وجود دارد ولی به نظر می‌رسد که توجه به این اختلال روانپزشکی در بیشتر بیماران IBS در درمان آنها کمک‌کننده باشد.

کلید واژه‌ها: اضطراب / افسردگی / سندرم روده تحریک پذیر

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۵، صفحات: ۳۹-۳۱

مقدمه

۱- مکانیسم و ساختار مشترک بافتی - آسیب شناسی - زیستی دارند: این بیماران پرفعالیتی بخش قدامی لوب فرونتال دارند که حساسیت زیاد به درد احشایی ایجاد می‌کند (۱).

۲- بیماران IBS همراه با افسردگی درد شدیدتری احساس می‌کنند که شاید ناشی از اعتقاد آنها به وجود فاجعه‌ای در زندگی باشد (۲).

۳- IBS بیماری مزمن و آزاردهنده‌ای است که سبک زندگی فرد را بهم ریخته و با تداخل با بهداشت زمینه‌ای باعث بروز درجه‌هایی از اختلال روانپزشکی می‌شود (۳).

اولین علائم بیماری در ۱۵ تا ۳۵ سالگی ظاهر می‌شود و تقریباً ۳۰٪ بیماران IBS با گذشت زمان بدون علامت می‌شوند. در واقع افرادی که شدت بالای درد شکم و

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) اختلال در عملکرد روده است که با درد یا ناراحتی شکم و تغییر در عادت‌های روده‌ای بدون اختلال ساختار آن مشخص می‌شود. ۱۰ تا ۲۰ درصد نوجوانان و بزرگسالان در جهان نشانه‌های IBS را دارند. این بیماری در زنان و افراد جوان شایع‌تر است و در افراد مسن (بالای ۶۰ سالگی) شیوع کمتری دارد. با این حال کمتر از یک سوم این بیماران توسط پزشک ویزیت می‌شوند و حدود ۱۲٪ آنها از امکانات مراکز مراقبت‌های اولیه استفاده می‌کنند. شدت علائم بیماری متغیر است و می‌تواند تماماً کیفیت زندگی بیماران را متأثر کرده و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را افزایش دهد (۱). به‌طور کلی ارتباط IBS و بیماری‌های روانی پذیرفته شده‌است زیرا:

بود(۸).

در مطالعه ای دیگر ادوارد بی و همکاران در آلبانی ۷۱ بیمار IBS (۵۷ زن و ۱۴ مرد) را که نیاز به روان درمانی داشتند بررسی کردند. همه آنهائی که معیارهای Rom II داشتند مورد مصاحبه ساختار یافته قرار گرفتند. مصاحبه ساختار یافته توسط ابزارهای ADIS-R، ADIS-TR یا SCID و فهرست افسردگی بک (BDI) و فهرست وضعیت اضطراب برای ارزیابی وضعیت اضطراب- افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. شایع ترین بیماری‌ها اختلال اضطرابی (۵۰/۷٪) و اختلال افسردگی بزرگ (۱۴/۱٪) بود(۹).

بر اساس اطلاعات موجود، شیوع اختلال اضطراب- افسردگی در بیماران IBS متفاوت است و بستگی به جمعیت، نوع مطالعه، حجم نمونه و روش شناسی تحقیق دارد. در منطقه ما (گیلان)؛ آمار روشنی از چهره همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی در بیماران IBS وجود نداشت؛ لذا این مطالعه برای پاسخگویی به برخی از پرسش‌های پایه در این مورد انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه، مقطعی و جامعه مورد مطالعه بیماران IBS ارجاع شده به بیمارستان رازی یا مطب‌های خصوصی گوارش در رشت (مرکز استان گیلان) بود.

حجم نمونه با احتساب شیوع افسردگی و اضطراب در مطالعه پیشاهنگ (Pilot) بر ۲۴ بیمار دچار IBS با شدت‌های متفاوت بدست آمد که به صورت ۲۹/۴٪ فوبی، ۴۱/۲٪ اضطراب منتشر، ۲۹/۴٪ افسردگی بزرگ و ۴۱/۲٪ دیس‌تایمی بود که با $\alpha = 0/05$ ، $p = 0/29/4$ ، فاصله اطمینان $(d = 0/056)$ ؛ ۲۵۴ نفر برآورد شد. سپس، ۲۵۶ بیمار IBS در محدوده سنی ۸۰-۱۵ سالگی که در مدت ۶ ماه (از دی ۸۷ تا خرداد ۸۸) به مراکز یاد شده مراجعه کرده بودند به صورت یک درمیان وارد مطالعه شدند.

دو دستیار روانپزشکی پس از ۴۰ ساعت آموزش تئوری و تمرین عملی در زمینه مصاحبه نیمه ساختار یافته بر اساس DSM IV-IR در ۲۰ نفر از مبتلایان به IBS و رسیدن به میزان همبستگی موردقبول از نظر تشخیصی، بررسی را شروع کردند.

مشکلات خارج شکمی از قبیل سردرد، خستگی، سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و اختلال اضطرابی دارند به سرویس‌های بهداشتی ارجاع می‌شوند(۴).

در مطالعه هسلر و همکاران نشان داده شد که بیماران دچار علایم خیلی شدید کیفیت زندگی پایینی دارند و مشکلات ناشی از IBS با بیماری گوارشی عضوی شدید برابر است. IBS دومین علت غیبت از کار بعد از سرماخوردگی است و بیماران دچار این بیماری ۳ بار بیش از سایرین ترک کار داشته‌اند(۵).

نقش دستگاه عصبی مرکزی (CNS) در آسیب زدایی IBS آشکار است، از یک طرف ارتباطی بالینی بین اختلال اضطرابی و شدت علایم IBS گزارش شده و از سویی دیگر اثر درمانی داروهای موثر بر این بیماری را ناشی از تاثیر آنها بر روی قشر مغز می‌دانند(۶).

ارتباط بین IBS و اختلال روانپزشکی در مطالعات متعددی ارزیابی شده است. در یک بررسی توسط یاتس وی. آر؛ شش تظاهر عمده گوارشی (درد شکم، اسهال، نفخ شکم، یبوست، کاهش اشتها و استفراغ) در نظر گرفته شد و وضعیت روانپزشکی بیماران دچار مشکلات روده‌ای زیاد با افراد بدون علایم گوارشی مقایسه شد و نشان داد که افسردگی بزرگ (۱۳/۴٪)، اختلال پانیک (۱۲/۵٪) و آگورافوبی (۱۷/۸٪) در افرادی که ۲ یا بیشتر از نشانه‌های گوارشی را داشتند خیلی شایع‌تر بود(۶).

در یک نمونه‌گیری تصادفی در سال ۲۰۰۳ در ۸ کشور اروپایی توسط هانجین و همکاران؛ ۴۱۹۸۴ تماس تلفنی برقرار شد و پس از تشخیص بیماران IBS آنها را از نظر روانپزشکی ارزیابی کردند. هفتاد و هشت درصد آنها معتقد بودند که IBS تاثیر زیادی بر وضع سلامت و کیفیت زندگی آنها داشته است و ۲۴٪ آنها این تاثیر را خیلی مهم می‌دانستند(۷).

در مطالعه‌ای مقطعی توسط وایت هد. وی. ای و همکاران در واشنگتن، ۳۱۵۳ بیمار IBS با ۳۱۵۳ گروه کنترل همسان شده از نظر سنی و جنسی مقایسه شدند. در این مطالعه ۳۰/۵٪ مبتلایان به IBS افسردگی و ۱۵/۵٪ اختلال اضطرابی در مقایسه با گروه کنترل داشتند که به ترتیب ۱۶/۱۷٪ و ۵/۷۵٪

محرمانه ماندند و در صورت لزوم بیماران جهت درمان مناسب به روانپزشک ارجاع شدند. این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد گیلان (GLDRC) انجام شد و توسط کمیته اخلاق GLDRC تایید شد.

تعاریف: الف) قضاوت درباره وضعیت روانی بیماران IBS بر اساس GHQ28 و مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی بود که به ۴ گروه تقسیم شدند.

۱- «طبیعی» یعنی نمره GHQ28 کمتر از ۲۳ و افرادی با GHQ بالاتر از ۲۳ بدون اختلال در مصاحبه روانپزشکی

۲- «افسرده» یعنی وجود حداقل یکی از اختلالات اختلال افسردگی بزرگ (MDD)، اختلال افسردگی کوچک و اختلال دیس تایمی

۳- «اضطراب» یعنی وجود حداقل یکی از اختلالات: فوبی، پانیک (با و بدون آگورافوبیا)، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، اختلال وسواس- اجبار (OCD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

۴- «هم ابتلایی اختلال اضطراب- افسرده» یعنی وجود همزمان معیارهای افسردگی و اضطراب

ب) وضعیت اشتغال: اگر فرد پیشه‌ای نداشته باشد «بیکار» و بقیه را که شغلی دارند «شاغل» تلقی می‌شدند.

پ) معیارهای تشخیصی سندرم روده تحریک پذیر (معیارها در سه ماه گذشته بطور کامل وجود داشته و شروع علائم از ۶ ماه قبل از تشخیص بوده است) (۱۰)

ناراحتی (یعنی هر نوع حس ناخوشایند که با درد توصیف نشود) یا درد شکمی عود کننده حداقل ۳ روز در ماه در ۳ ماه گذشته که با ۲ یا بیشتر از موارد زیر همراه باشد:

۱- بهبود ناراحتی با دفع مدفوع

۲- شروع بیماری با تغییر در دفعات مدفوع

۳- شروع بیماری با تغییر در قوام یا ظاهر مدفوع همراه است

ت) زیرگونه‌های IBS بر اساس الگوی غالب مدفوع: (۱۰)

آنها به بیمارستان و مطب‌های خصوصی رفته و به صورت یک درمیان بیماران IBS که از قبل معیارهای ROM III را کسب کرده بودند انتخاب کردند (۱۰). مطالعه در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول اطلاعات دموگرافی (سن، جنس، وضع اشتغال و میزان تحصیل و غیره) ثبت و بیماران با احتمال افسردگی یا اضطراب با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) خود گزارشگری مشخص شدند (۱۱). آزمون GHQ28 استاندارد شده در ایران دارای حساسیت و ویژگی ۸۸-۸۴٪ و ۹۳-۷۸٪، اعتبار ۹۰-۸۵٪ و اشتباه طبقه‌بندی کلی ۱۹-۸٪ است. بهترین نمره ۳ و ۱ و ۰ و بهترین نقطه برش ۲۳ است. (۱۱) این پرسشنامه چهار مقیاس (جسمی، اضطراب و اختلال خواب، افسردگی بزرگ و بدعملکردی اجتماعی) دارد. هر مقیاس شامل ۷ پرسش است و هر سؤال چهار انتخاب دارد که نمره ۰-۳ را می‌گیرد. آزمون GHQ28 در مدت ۲۰ دقیقه تکمیل می‌شد و اگر شرکت‌کننده‌ای بی‌سواد بود، دستیاران به او کمک می‌کردند تا پرسشنامه را پر کند. در کل ۲۵۶ بیمار IBS وارد مطالعه شدند. در مرحله دوم ۲۲۶ بیماری که نمره معادل یا بالاتر از ۲۳ کسب کرده بودند با مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی و استفاده از معیارهای DSM IV-IR از نظر اختلال اضطراب- افسردگی ارزیابی شدند.

از ابزارهای توصیفی برای فراوانی و آنالیزهای آماری کای اسکوئر برای همراهی متغیرهای کیفی (IBS، افسردگی و غیره)، T-Test برای متغیرهای کمی و کاپا برای اندازه‌گیری ضریب توافقی بین دو مصاحبه‌کننده و از مدل رگرسیون دوتایی جهت نشان دادن اثر ترکیبی متغیرهای همراه مختلف از قبیل سن، جنس، میزان تحصیل، موقعیت شغلی، تاهل، شدت و نوع IBS استفاده شد و $\alpha < 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

اخلاق: مطالعه کاملاً برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد. تمام اطلاعات خصوصی

۱	IBS با بیوست (IBS-C)	مدفوع های سخت یا کلفت $\leq 25\%$ و مدفوع های آبکی یا نرم $> 25\%$ حرکات روده
۲	IBS با اسهال (IBS-D)	مدفوع های شل یا آبکی $\leq 25\%$ و مدفوع های سخت یا کلفت $> 25\%$ حرکات روده
۳	IBS مختلط (IBS-M)	مدفوع های سخت یا کلفت $\leq 25\%$ و مدفوع های شل یا آبکی $\leq 25\%$ حرکات روده
۴	IBS نامشخص	ناهنجاری در قوام مدفوع برای انطباق با معیار IBS-C,D,M ناکافی است.

توجه: گرچه زیرگونه‌سازی بالا ممکن است در دسته‌بندی بیماران بر اساس عادت روده‌ای استفاده شود؛ اعتبار و ثبات این زیرگونه‌ها در طول زمان نامشخص است.

ث) شدت بیماری: نمره شدت IBS بر اساس پنج مقیاس بینایی مشابه استوار است از قبیل شدت و مدت درد، نفخ شکم، رضایت از کارکرد روده و کیفیت زندگی. نمره شدت IBS از ۰ (کمترین) تا ۵۰۰ (بیشترین) شدت نشان داده می‌شود. بیماران خفیف، متوسط و شدید به ترتیب با نمره‌های ۱۷۵-۷۵، ۳۰۰-۱۷۵ و بیش از ۳۰۰ تعیین شدند (۱۲).

ج) وضعیت تحصیلی: بی‌سواد یا زیر دیپلم (زیردیپلم) و دیپلم یا درجه تحصیلی بالاتر (دیپلم یا بالاتر) محسوب شد.

نتایج

از ۲۵۶ بیمار ۱۵۶ (۶۰/۹٪) نفر زن و ۱۰۰ (۳۹/۱٪) نفر مرد بودند. در مبتلایان به IBS متغیرهای دموگرافی، از نظر جنس ($P=0/019$) اشتغال ($P=0/002$) و شدت IBS ($P<0/001$) در مقایسه با افراد بدون اختلال روان‌پزشکی تفاوت‌های آماری

معنی‌دار داشتند (تابلو ۱).

۳۰ نفر از افراد مورد مطالعه هیچ علامت یا نشانه روان‌پزشکی مهمی نداشتند و ۲۲۶ نفر؛ ۸۳ مرد و ۱۴۳ زن درجاتی مشکل روان‌پزشکی داشتند ($GHQ28 \geq 23$). پس از مصاحبه روان‌پزشکی نیمه‌ساختاریافته؛ ۱۹۰ نفر (۷۴/۲٪) اختلال اضطرابی-افسردگی داشتند. [۸۹ نفر اختلال اضطرابی، ۴۱ نفر اختلال افسردگی و ۶۰ نفر هم‌ابتلائی اضطراب-افسردگی]. (شکل‌های ۱ و ۲).

در اختلال اضطرابی، GAD و در اختلال افسردگی، دیس‌تایمی بیشترین فراوانی را داشتند. تفاوت آماری معنی‌دار در سن [متوسط سن ۴۲/۷ سالگی ($sd=13/4$) در مقابل ۳۷/۱ ساله ($sd=12/4$) و ($P=0/033$)، شدت بیماری ($P<0/001$) و سطح تحصیلی ($P=0/016$) وضعیت تاهل ($P=0/014$) بین بیماران با اختلال افسردگی (۴۱ نفر) در مقایسه با افراد بدون اختلال روان‌پزشکی (۶۶ نفر) وجود داشت. بیماران مضطرب در مقایسه با بیماران دچار IBS بدون اختلال روان‌پزشکی، تفاوت قابل توجه در شدت بیماری ($P<0/001$) و وضعیت اشتغال ($P=0/009$) داشتند.

جدول ۱: مقایسه توزیع اختلال اضطرابی-افسردگی در بین شاخصه‌های مختلف مورد بررسی

نام متغیر	گروه	وجود اختلال اضطرابی-افسردگی	
		مثبت	منفی
جنس	مرد	۶۶ (۳۴/۷٪)	۳۴ (۵۱/۵٪)
	زن	۱۲۴ (۶۵/۳٪)	۳۲ (۴۸/۵٪)
وضعیت ازدواج	مجرد	۳۰ (۱۵/۸٪)	۱۶ (۲۴/۲٪)
	متاهل	۱۵۶ (۸۲/۱٪)	۴۹ (۷۴/۳٪)
	بیوه	۳ (۱/۶٪)	۱ (۱/۵٪)
	جدا شده	۱ (۰/۵٪)	۰
وضعیت اشتغال	بدون شغل	۱۲۰ (۶۳/۲٪)	۲۷ (۴۰/۹٪)
	دارای شغل	۷۰ (۳۶/۸٪)	۳۹ (۵۹/۱٪)
نوع IBS	اسهالی	۸۸ (۴۶/۳٪)	۲۴ (۳۶/۴٪)
	یبوستی	۷۰ (۳۶/۹٪)	۳۴ (۵۱/۵٪)
	مختلط	۳۲ (۱۶/۸٪)	۸ (۱۲/۱٪)
شدت IBS	خفیف	۳۵ (۱۸/۴٪)	۳۲ (۴۸/۵٪)
	متوسط	۱۳۳ (۷۰/۰٪)	۳۴ (۵۱/۵٪)
	شدید	۲۲ (۱۱/۶٪)	۰
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۹۴ (۴۹/۵٪)	۲۵ (۳۷/۹٪)
	دیپلم یا بالاتر	۹۶ (۵۰/۵٪)	۴۱ (۶۲/۱٪)
گروه سنی (سال)	<۲۱	۹ (۴/۷٪)	۳ (۴/۵٪)
	۲۱-۳۹	۱۰۹ (۵۷/۴٪)	۳۹ (۵۹/۱٪)
	≥۴۰	۷۲ (۳۷/۹٪)	۲۴ (۳۶/۴٪)

*ارزش آماری کمتر از ۰/۰۵ با ارزش و بیش از آن بی‌ارزش محسوب می‌شود.

جدول ۲: مقایسه توزیع شاخصه‌های مختلف مورد بررسی در بین انواع اختلال اضطرابی - افسردگی

ارزش آماری**	ارزش آماری*	اختلال اضطرابی - افسردگی			گروه	نام متغیر
		هم ابتدایی	افسردگی	اضطراب		
بی ارزش	بی ارزش***	۱۶ (٪۲۶/۷)	۱۵ (٪۳۶/۶)	۳۵ (٪۳۹/۳)	مرد	جنس
		۴۴ (٪۷۳/۳)	۲۶ (٪۶۳/۴)	۵۴ (٪۶۰/۷)	زن	
بی ارزش	<۰/۰۱	۸ (٪۱۳/۳)	۳ (٪۷/۳)	۱۹ (٪۲۱/۳)	مجرد	وضعیت ازدواج
		۵۰ (٪۸۳/۳)	۳۶ (٪۷۸/۸)	۷۰ (٪۷۸/۷)	متاهل	
		۲ (٪۳/۳)	۱ (٪۲/۴)	۰	بیوه	
		۰	۱ (٪۲/۴)	۰	جدا شده	
بی ارزش	بی ارزش	۴۱ (٪۶۸/۳)	۲۳ (٪۵۶/۱)	۵۶ (٪۶۲/۹)	بدون شغل	وضعیت اشتغال
		۱۹ (٪۳۱/۷)	۱۸ (٪۴۳/۹)	۳۳ (٪۳۷/۱)	دارای شغل	
بی ارزش	<۰/۰۱	۲۶ (٪۴۳/۳)	۱۲ (٪۲۹/۳)	۵۰ (٪۵۶/۲)	اسهالی	نوع IBS
		۲۷ (٪۴۵/۰)	۱۸ (٪۴۳/۹)	۲۵ (٪۲۸/۱)	یبوستی	
		۷ (٪۱۱/۷)	۱۱ (٪۲۶/۸)	۱۴ (٪۱۵/۷)	مختلط	
بی ارزش	بی ارزش	۱۴ (٪۲۳/۳)	۴ (٪۹/۸)	۱۷ (٪۱۹/۱)	خفیف	شدت IBS
		۴۳ (٪۷۷/۷)	۳۱ (٪۷۵/۶)	۵۹ (٪۶۳/۳)	متوسط	
		۳ (٪۵/۰)	۶ (٪۱۴/۶)	۱۳ (٪۱۴/۶)	شدید	
<۰/۰۵	<۰/۰۵	۳۱ (٪۵۱/۷)	۲۶ (٪۶۳/۴)	۳۷ (٪۴۱/۶)	زیر دیپلم	وضعیت تحصیلی
		۲۹ (٪۴۸/۳)	۱۵ (٪۳۶/۶)	۵۲ (٪۵۹/۴)	دیپلم یا بالاتر	
<۰/۰۱	<۰/۰۱	۳ (٪۵/۰)	۰	۶ (٪۶/۷)	<۲۱	گروه سنی (سال)
		۳۱ (٪۵۱/۷)	۱۶ (٪۳۹/۰)	۶۲ (٪۶۹/۷)	۲۱-۳۹	
		۲۶ (٪۴۳/۳)	۲۵ (٪۶۱/۰)	۲۱ (٪۲۳/۶)	≥۴۰	

*در این ستون مقایسه تنها بین دو گروه افسردگی و اضطراب صورت گرفته است.

**در این ستون مقایسه بین تمامی گروه‌های دارای اختلالات اضطرابی - افسردگی صورت گرفته است.

***ارزش آماری کمتر از ۰/۰۵ با ارزش و بیش از آن بی ارزش محسوب می شود.

الف) در گروه اضطراب (۸۹) در مقایسه با بیماران IBS بدون اختلال روانپزشکی (۶۶) سن [متوسط سن ۳۳ (sd = ۱۰/۶) در مقابل ۳۷/۱ (sd = ۱۲/۴) و P=۰/۰۲۷] و نوع IBS [نسبت IBS -D به IBS-C ۳/۱ بود (P=۰/۰۰۷)] تفاوت‌های مهمی را نشان داد.

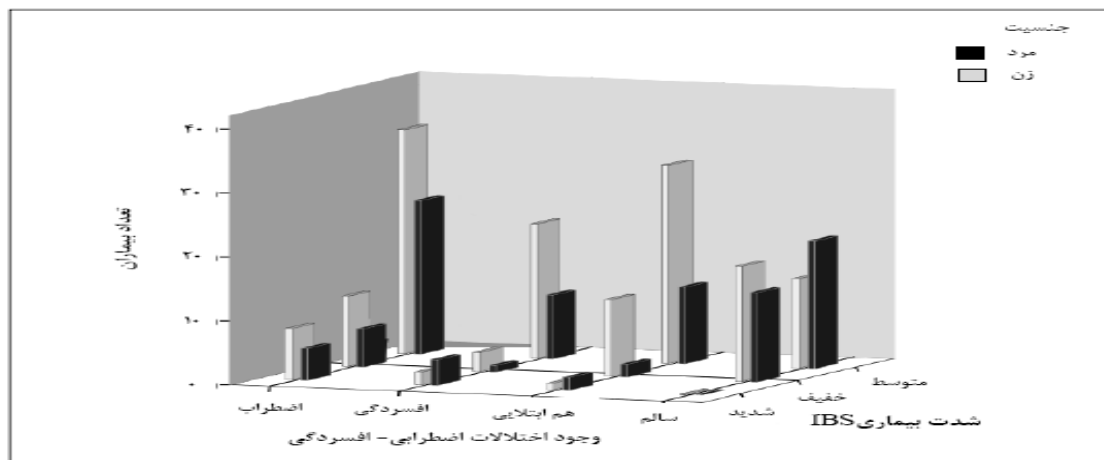
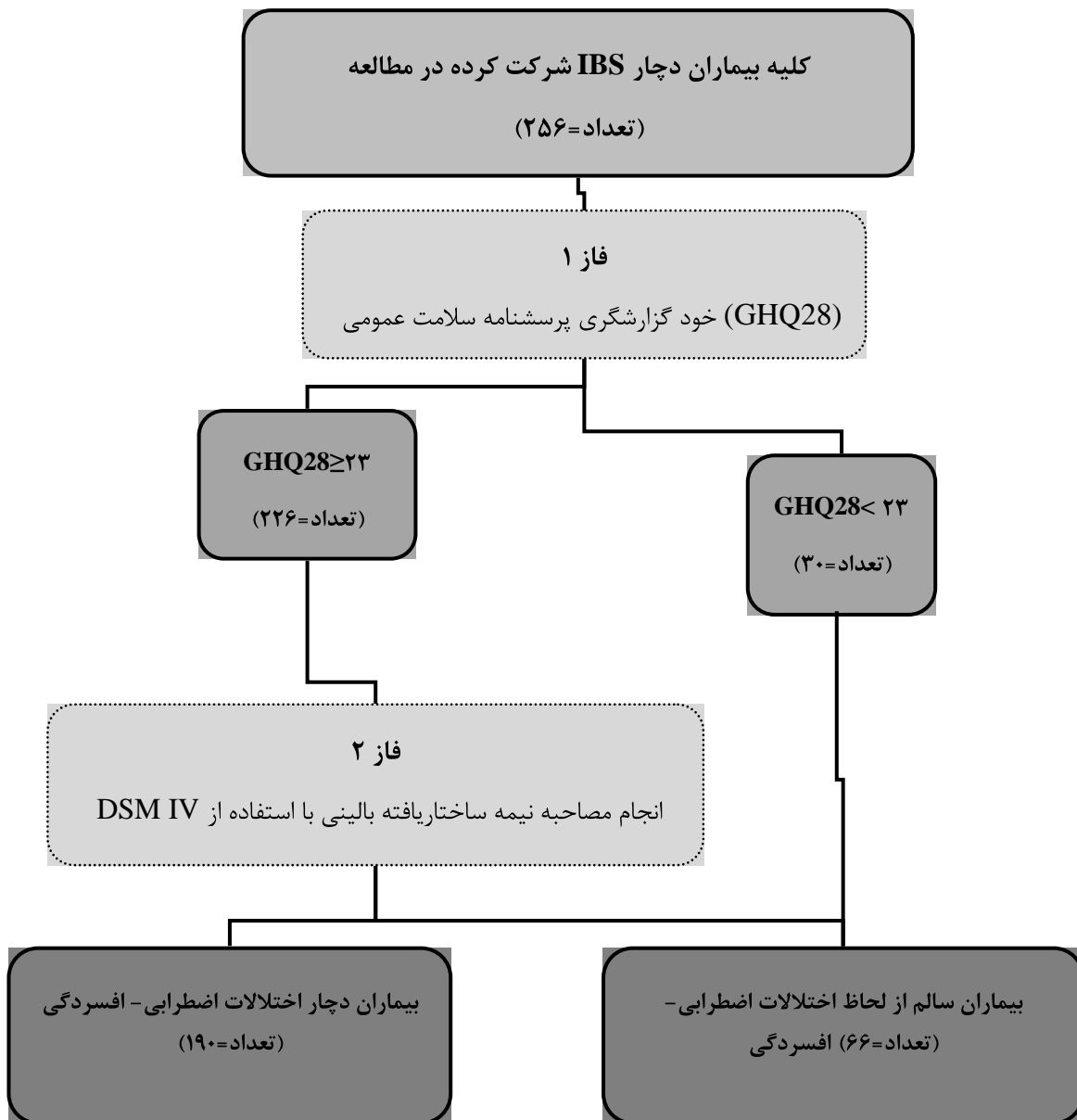
ب) در گروه افسرده (۴۱) در مقایسه با بیماران IBS بدون اختلال روانپزشکی (۶۶) نوع IBS و سطوح تحصیلی تفاوت قابل توجهی نشان داد: نسبت IBS-M به IBS-D ۴/۵ بود (P=۰/۰۳۱) و نسبت زیردیپلم به دیپلم و بالاتر ۳/۱ بود (P=۰/۰۳۸)

ج) در گروه افسرده (۴۱) در مقایسه با مضطرب (۸۹) سن [متوسط سن ۳۳ (sd = ۱۰/۶) در مقابل ۴۲/۷ (sd = ۱۳/۴) و

به‌علاوه در مقایسه بیماران با اختلال اضطرابی و افسردگی، بیماران IBS دچار اضطراب؛ جوان‌تر [متوسط سن ۳۳ سال (sd=۱۳/۴) و P=۰/۰۰۱] و بیشتر مجرد (P=۰/۰۰۹) و دارای وضعیت تحصیلی بالاتر بودند (P=۰/۰۲۴) و IBS-D (P= ۰/۰۰۹) داشتند (تابلو ۲).

بعد از در نظر گرفتن کواریات از قبیل سن، جنس، میزان تحصیل، شغل، تاهل، شدت و نوع IBS در مدل رگرسیون دو تایی و مقایسه بیماران IBS با و بدون اختلال روانپزشکی؛ وجود اختلال روانپزشکی فقط با شدت بیماری (P<۰/۰۰۱) ارتباط داشت. همچنین از آنالیز رگرسیون دو تایی برای تسهیل مشاهده تاثیر عوامل همزمان مختلف در بیماران افسرده یا مضطرب استفاده شد:

۰/۰۰۶ [P=] و نوع IBS [نسبت IBS - C به IBS - D ۳/۳] بود (P= ۰/۰۱۸) تفاوت‌ها قابل توجهی بود.



نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی انواع اختلالات اضطرابی- افسردگی و شدت IBS در بین دو جنس

بحث و نتیجه گیری

(۱۱) و ارتباط بین افسردگی و سن، سطح تحصیلی، وضعیت شغلی و تأهل (۱۵) می تواند توجه کننده این یافته ها باشد. از طرف دیگر، بیماران IBS دچار اضطراب (۸۹ مورد) در مقایسه با افراد طبیعی (۶۶ مورد)، بیشتر دچار نوع شدید IBS بودند ($P < 0/001$) و بسیاری از آنها بیکار بودند ($P = 0/009$). گرچه آنالیز رگرسیون دوتایی نشان داد که بیماران دچار اضطراب نسبتاً جوان بودند ($P = 0/027$) و بیشتر دچار نوع اسهالی IBS بودند. [نسبت IBS-D به IBS-C ۳/۱ بود ($P = 0/007$)].

در ضمن، ما اختلال اضطرابی و افسردگی را با هم مقایسه کردیم؛ بیماران IBS با اضطراب جوان تر ($P = 0/001$)، بیشتر مجرد ($P = 0/009$) و دارای وضعیت تحصیلی بالاتر ($P = 0/024$) بودند و بیشتر دچار نوع IBS-D بودند ($P = 0/009$). پس از آنالیز رگرسیون دوتایی نشان داده شد که بیماران افسرده مسن ($P = 0/006$) بیشتر دچار نوع یبوست IBS بودند؛ نسبت IBS-C به IBS-D ۳/۳ بود ($P = 0/018$).

به نظر می رسد وجود بیشترین اختلال اضطرابی و افسردگی به ترتیب در سن جوانی و میانسالی می تواند عاملی در توجیه این یافته ها باشد (۱۶ و ۱۷).

گرچه روش شناسایی، جمعیت مطالعه، ابزار اندازه گیری، نمونه گیری و حجم نمونه منابعی هستند که باعث تفاوت در نتایج پژوهش ها می شوند؛ با در نظر گرفتن نتایج آنالیز رگرسیون، متقاعد شدیم که شدت IBS ارتباط مهمی با وجود اختلال اضطراب - افسردگی دارد و توزیع این مشکلات روانپزشکی در بیماران، با سن، میزان تحصیل و نوع IBS ارتباط دارد.

اختلال اضطراب - افسردگی شیوع بالایی در بیماران تحقیق ما داشت. سن، میزان تحصیل، نوع و شدت IBS در گروه های مطالعه شده تفاوت توزیع قابل ملاحظه ای داشتند. اگرچه برای تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافی و انواع IBS با اختلال روانپزشکی نیاز به مطالعات آتی وجود دارد؛ بنظر می رسد توجه بیشتر به اختلالات روانپزشکی در بیماران IBS می تواند به درمان آنها کمک کند.

در این مطالعه فراوانی اختلال روانپزشکی در بیماران IBS از همه مناطق استان گیلان مراجعه کرده بودند ارزیابی شد. از ۲۵۶ بیمار IBS که در این مطالعه شرکت کرده بودند، ۱۹۰ نفر (۷۴/۲٪) یکی از اختلال اضطراب - افسردگی را داشتند. تقریباً از هر ۵ بیمار IBS ۳ نفر حداقل یکی از اختلالات اضطرابی و ۲ نفر درجاتی از افسردگی را نشان دادند. بالا بودن فراوانی اضطراب و افسردگی در جمعیت عمومی منطقه (به ترتیب ۲۰/۸٪ و ۲۱٪) (۱۱) باید به عنوان عامل مؤثر در فراوانی های بالاتر این بیماری ها در بیماران IBS مطالعه ما در نظر گرفته شود. در این بررسی فراوانی اختلال اضطراب - افسردگی در بیماران IBS، در زنان بالاتر بود که مشابه مطالعه بلانچارد و همکاران است (۹). این تفاوت را می توان با فراوانی بالاتر اضطراب و افسردگی زنان در جمعیت عمومی توجیه کرد (۱۳ و ۱۴).

مشابه یافته های بلانچارد و همکاران فراوانترین اختلال اضطرابی در مطالعه ما GAD بود (۹) بعد از در نظر گرفتن کواریات از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلی، وضعیت شغل و تاهل و شدت و نوع IBS در مدل رگرسیون دوتایی و مقایسه بیماران با و بدون اختلال روانپزشکی؛ نشان داده شد که وجود اختلال روانپزشکی فقط با شدت بیماری ($P < 0/001$) ارتباط دارد. این بدان معنی است که همه بیماران IBS که دچار نوع شدید بیماری هستند درجاتی اختلال اضطراب - افسردگی دارند.

در مقایسه بیماران IBS افسرده (۴۱ مورد) با بیماران IBS بدون اختلال اضطراب - افسردگی (۶۶ مورد)، بیشتر بیماران افسرده مسن ($P = 0/033$)، متاهل ($P = 0/014$) بوده و میزان تحصیلات پایین داشتند ($P = 0/016$) و بیشتر نوع شدید IBS را داشتند ($P < 0/001$). گرچه پس از آنالیز رگرسیون دوتایی نشان داده شد که بیماران افسرده بیشتر دچار نوع مختلط IBS هستند [نسبت IBS - M به IBS - D ۴/۵ ($P = 0/031$)] و سطح تحصیلات پایین بود. [نسبت زیردیپلم به دیپلم یا بالاتر ۳/۱ بود ($P = 0/038$)].

به نظر می رسد فراوانی بالای اختلال افسردگی در جامعه ما

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Irritable Bowel Syndrome. in: Harrison's Principle's of Internal Medicine. 17th ed. New York; Mcgraw-Hill Companies, 2008 : 1899- 903.
2. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB. Depression and Abdominal Pain in IBS Patients: The Mediating Role of Catastrophizing. Psychosomatic Medicine 2004; 66:435-41.
3. Masion-Bergemann S, Thielecke F, Abel F, Bergemann R. Costs Of Irritable Bowel Syndrome In The UK And US. Pharmacoeconomics 2006; 24(1): 21-37.
4. Tally NJ. Functional Gastrointestinal Disorders, Irritable Bowel Syndrome, Dyspepsia and Non-Cardiac Chest Pain. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicine. Philadelphia; Saunders, 2008: 990-4.
5. Hasler WL, Chung O, Yamada T. Irritable Bowel Syndrome. In: Gastroenterology. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 1817-33.
6. Yates WR. Gastrointestinal Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoek's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2005:2117-18.
7. Hungin APS, Whorwell PJ, Tack J, Mearrins F. The Prevalence, Patterns and Impact of Irritable Bowel Syndrome: And International Survey Of 40000 Subjects. Aliment Pharmacol Ther. 2003; 17: 643-50.
8. Whitehead WE, Palsson OS, Levy RR, Feld AD, Turner M, Von Korff M. Co-Morbidity In Irritable Bowel Syndrome. American Journal of Gastroenterology 2007; 102: 2767-76.
9. Blanchard EB, Keefer L, Payne A, Turner SM, Galvoski TE. Early Abuse, Psychiatric Diagnoses and Irritable Bowel Syndrome. Behavior Research and Therapy. 2002; 40(3): 289-98.
10. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. Gastroenterology 2006; 130:1480-1491.
11. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT, Mohammad K. Mental Health Survey Of The Adult Population In Iran. British Journal of Psychiatry 2004; 184: 70-73.
12. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The Irritable Bowel Severity Scoring System: A Simple Method of Monitoring Irritable Bowel Syndrome and Its Progress. Aliment Pharmacol Ther 1997; 11(2):395-402.
13. Javadi S, Baniasad MH. A Study of Anxiety and Depression In Patients Referred to the Lavasani Hospital, With Irritable Bowel Syndrome Diagnosis. Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10: 212-21.
14. Sadock BJ, Sadock VA, Synopsis of Psychiatry. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2007:527-633.
15. Modabbernia MJ, Shodjai Tehrani H, Fallahi M, Shirazi M, Modabbernia AH. Prevalence of Depressive Disorders in Rasht-Iran: A Community Based Study. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2008; 4:20.
16. Merirangas KR. Anxiety Disorder: Epidemiology. In: Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Ed. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins, 2005:1720-27.
17. Rihmer Z, Angst J. Mood Disorder: Epidemiology. In: Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Ed. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1575- 81.

Anxiety-Depressive Disorders among Irritable Bowel Syndrome (IBS) Patients

Modabernia M.J.(MD)¹- Imani A.(MD)¹- Mirsafaye Moghaddam S.A.R. (MD)¹- *Mansour Ghanaei F. (MD)²- Sedigh Rahim Abadi M. (MD)²- Yosefi Mashhour M. (MD)²- Jokar F. (MSc)²- Atrkar Roshan Z. (MSc)³

*Corresponding Address: Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center (GLDRC) Razi hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E-mail: gmodaber@gums.ac.ir

Received: 11/Oct/2009 Accepted: 2/Jun/2010

Abstract

Introduction: Psychiatric disorders are common in Irritable Bowel Syndrome (IBS) patients. Prevalence of psychiatric disorders is varies in IBS patients in different societies.

Objevtive: To determine the prevalence of psychiatric disorders (anxiety-depression) in IBS patients in Rasht.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 256 IBS patients were selected (using criteria of Rome III) and evaluated for psychiatric disorders. In the first phase, subjects were screened by GHQ28. In the second phase, those patients who had scores equal or more than 23 were assessed through semi-structured psychiatric interview. Socio-demographic variables including age, gender, marital status, educational level and occupation, were recorded as well. P-values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: Among 256 subjects 30 patients (11.7%) had no significant psychiatric symptoms and 226 subjects (83 male, 143 female) suffered from some degrees of psychiatric problems. After performing semi-structured psychiatric interview; 190 subjects (74.2%) had anxiety-depressive problems [89 patients were suffered from pure anxiety disorders, 41 patients suffered from depressive disorders and 60 patients had co-morbid anxiety-depressive disorders]. In anxiety disorders; generalized anxiety disorder (53.7%) and in depressive disorders; dysthymia (53.5%) had the most frequencies, 53.7% and 53.5% respectively. In comparisone of anxiety-depressive subjects (190 persons) and normal subjects (66 persons), there was a significant statistical differences between the gender ($P=0.019$), occupation ($P=0.002$) and intensity of IBS ($P<0.001$).

Conclusion: Although, further studies are needed to determine the relations of demographic variables and types of IBS with psychiatric disorders, it seems to more attention to the psychiatric disorders of some specific patients suffering from IBS is helpful to their treatment.

Key words: Anxiety/ Depression / Irritable Bowel Syndrome

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 77, Pages: 31-39

1. Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

2. Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center (GLDRC) Razi hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

3. Center of Information and Statistics, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN