

Relationship between Behavioral Disorders and Quality of Life in Patients with Celiac Disease

Mohammad Reza Sheikhan¹, Soheyla Meysami Bonab², Salman Raad², Azita Ganji¹

¹ Department of Gastroenterology and Hepatology, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Digestive Disease Research Center, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

ABSTRACT

Background:

Celiac disease (CD) has an autoimmune disease in response to ingestion of foods containing gluten causing damage to the mucosal tissue of small intestine. The disease can severely affect quality of life. This study aims to assess the relationship between behavioral disorders and quality of life (QOL) in patients with celiac disease.

Materials and Methods:

87 celiac patients and 100 healthy individuals are selected and matched for age, sex and education. Patients with Celiac disease were recruited from a subspecialty clinic in Imam Reza (AS) Hospital and clinic in Ghaem in Mashhad. The control group consisted of healthy participants. Participants completed the Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventory-Trait Spielberger, Toronto Alexithymia Questionnaire and SF-36 Quality of Life Questionnaire. Research data were analyzed by Pearson correlation and multiple regression analyses.

Results:

There was no significant difference between the two groups in demographic variables. However significant differences existed between the variables of anxiety, depression and alexithymia. The patient group had higher depression and anxiety levels compared to healthy controls. Multiple regression analysis showed behavioral disorders, explains 43% of the variance in quality of life in patients with CD.

Conclusion:

Overall, the findings indicate there is a direct link between behavioral disorder and reduced quality of life of celiac patients. Psychotherapy and cognitive behavioral therapy can improve emotional patterns and cognition of celiac patients.

Keywords: Alexithymia; Anxiety, Celiac disease; Depression; Quality of Life

please cite this paper as:

Sheikhan MR, Ganji A, Raad S, Meysami Bonab S. Relationship between Behavioral Disorders and Quality of Life in Patients with Celiac Disease. *Govaresh* 2015;20:161-8.

Corresponding author:

Soheyla Meysami Bonab, M.Sc

Clinical Psychology Department, Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran

Telefax: + 98 51 38598818

E-mail: Soheyla.meysami@gmail.com

Received: 17 Jun. 2015

Edited: 11 Aug. 2015

Accepted: 12 Aug. 2015

ارتباط اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاک

محمد رضا شیخیان^۱، سهیلا میسمی بناب^۲، سلمان رعذ^۲، آرینا گنجی^۱

^۱ بخش گوارش و کبد، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ پژوهشگر، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، هسته تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ پژوهشگر، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

سلیاک یک بیماری خود ایمنی است که از مشخصات آن آسیب وابسته به سیستم ایمنی در بافت مخاطی روده کوچک به دنبال مصرف غذای حاوی گلوتن در بعضی از افراد می باشد. این بیماری شدیداً کیفیت زندگی بیمار را به مخاطره می اندازند. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاک انجام شد.

روش بررسی:

نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس در دو گروه ۱۸۷ نفری بیمار و سالم همتا شده از نظر سن، جنس و تحصیلات انتخاب شدند. گروه مورد از بین مراجعه کنندگان مبتلا به بیماری سلیاک به کلینیک تخصصی بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک تخصصی بیمارستان قائم مشهد و گروه شاهد از بین جمعیت سالم جامعه انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های افسردگی بک، اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر، نارسایی هیجان تورنتو و کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد. داده های پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها:

با توجه به همسازی انجام شده تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی وجود نداشت. ولی بین دو گروه از نظر متغیرهای نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری وجود داشت و گروه بیمار دارای افسردگی و اضطراب بیشتری در مقایسه با افراد سالم بودند. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان داد که اختلالات رفتاری ۴۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاک را تبیین می کنند.

نتیجه گیری:

در مجموع یافته های این پژوهش دلالت بر وجود رابطه مستقیمی بین وجود اختلالات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی بیماران سلیاک دارد. می توان از دوره های آموزشی روان شناختی و روان درمانی در بهبود الگوهای هیجانی و شناختی این بیماران استفاده کرد.

کلید واژه: افسردگی، اضطراب، سلیاک، کیفیت زندگی، نارسایی هیجانی

گوارش/ دوره ۲۰، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۴/ ۱۶۸-۱۶۱

زمینه و هدف:

بیماری سلیاک یک اختلال ایمنی سیستمیک است که با گلوتن

نویسنده مسئول: سهیلا میسمی بناب

گروه روانشناسی بالینی، بیمارستان امام رضا (ع)، مشهد، ایران
 تلفن و نامبر: ۰۵۱-۳۸۵۹۸۸۱۸

پست الکترونیک: soheyla.meysami@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۱

موجود در رژیم غذایی در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد هستند آغاز می شود. گلوتن یک ترکیب پروتئینی است که در گندم، چاودار و جو یافت می شود. بیماری سلیاک با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی، یک پاسخ اتو آنتی بادی سرمی اختصاصی و آسیبهای متغیر به مخاط روده باریک مشخص می گردد. بیماری سلیاک ۱٪-۰/۶٪ از جمعیت سرتاسر جهان را درگیر می سازد، با این حال به دلایل نامعلوم تفاوت های منطقه ای در اروپا وجود دارد (به طور مثال، شیوع در آلمان ۰/۳٪ و در فنلاند ۲/۴٪ است). شیوع بیماری سلیاک در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به علت غربی شدن رژیم غذایی، تغییرات در تولید و آماده سازی گندم، افزایش آگاهی درباره بیماری یا ترکیبی از این عوامل در

برخی، بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است. (۳۰) با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر، بررسی ارتباط اختلالات رفتاری (اضطراب، افسردگی و نارسایی هیجان) با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاک می باشد.

روش بررسی:

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سلیاک مراجعه کننده به کلینیک تخصصی آپادانا، کلینیک تخصصی بیمارستان قائم و کلینیک تخصصی بیمارستان امام رضا(ع) مشهد در سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ می باشد. از میان افراد مراجعه کننده، به صورت در دسترس ۸۷ نفر بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، که مبتلا به سلیاک بودند انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. همچنین ۱۰۰ آزمودنی بهنجار بر اساس متغیرهای سن، جنس و تحصیلات با گروه بیماران سلیاک همتا شدند. این افراد که فاقد سابقه بیماری سلیاک و یا بیماری مزمن دیگری بودند، با توزیع سنی و جنسی مشابه بیماران، از بین همراهان سایر بیماران به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارتند بودند، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم ابتلاء به سایر بیماری های مهم جسمی و روانی مزمن، همکاری بیمار برای شرکت در پژوهش. برای تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش عبارتند از:

مقیاس نارسایی هیجانی: مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو، یک مقیاس خودسنجی بیست گویه ای است که دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات (شامل هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (شامل پنج سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (شامل هشت سوال) است. گویه های این آزمون با مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم (یک) تا کاملاً مخالفم (پنج) پاسخ داده می شوند. امتیاز کل، از مجموع نمره های سه زیر مقیاس نارسایی هیجانی محاسبه می شود. ویژگی های روان سنجی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است. ضریب پایایی همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس ۰/۷۹ و ابعاد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش شده است. ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۷۷ و ابعاد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ گزارش شده است. (۳۱)

حال افزایش است. مطالعات غربالگری سرم شناختی نشان داده اند که تنها بخش کوچکی از موارد بیماری سلیاک از لحاظ بالینی تشخیص داده می شوند (۲۱٪ در یک مطالعه اروپایی جدید). (۱) برخی از مشخصات بالینی و آزمایشگاهی بیماران سلیاک شامل فقر آهن، بی اشتها، درد استخوانی، افسردگی، اسهال، نازایی، سستی، تهوع و استفراغ، دردهای مکرر شکمی، آفت مکرر دهانی، سقط های مکرر، کواتهی قد، کاهش وزن و افزایش توجیه ناپذیر آنزیم های کبدی می باشد. (۲)

با توجه به این که بیماری سلیاک معمولاً در دوران کودکی بروز می کند و همان طور که گفته شد، بیماری های جسمی، حرکتی، ذهنی و روانی را نیز به همراه می آورد، می تواند در مراحل مختلف رشد بر شکل گیری شخصیت فرد تأثیر گذار باشد. (۳) بررسی ویژگی های شخصیتی بیمار و برداشت کلی از بیماری ضروری به نظر می رسد، زیرا درمانگر یا مراقب بهداشتی باید بتواند تشخیص دهد که یک بیمار چگونه به تهدید بیماری، مصرف دارو و تحمل یک روش درمانی، پیروی از یک رژیم غذایی یا برنامه ورزشی واکنش نشان خواهد داد. (۴) بیماری سلیاک باعث کاهش کیفیت زندگی و متقاعد آن باعث آسیب های روانی به ویژه افسردگی، اضطراب و نارسایی هیجانی می شود. (۵-۸) نارسایی هیجانی ناتوانی در بیان احساسات به دلیل فقدان آگاهی هیجانی است. افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، به طور معمول قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجانات نیستند. (۹) با فرض این که این ویژگی ها موجب نقض در پردازش شناختی، تنظیم و تعدیل هیجانات می شوند؛ با شروع و یا تداوم برخی اختلالات روانپزشکی و طبی در ارتباط هستند. (۱۰-۱۸) افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ و نشانه های جسمی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می کنند. (۱۹) نارسایی هیجانی با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی، توجه بیشتر به علائم جسمی و شکایت از این علائم و رفتارهای اجباری بیمارگونه همراه است. (۲۰) مطالعات نشان می دهند که علائم نارسایی هیجانی در اختلالات روانی، بیماری های جسمی مزمن و اختلالات روان تنی وجود دارد. چرا که این افراد در تنظیم احساسات خود ناتوانند. (۲۱-۲۳) اکثر مطالعات ارتباط نارسایی هیجانی با اضطراب (۲۴،۲۵) و به خصوص افسردگی (۲۶-۲۸) را نشان داده اند. امروزه اختلالات افسردگی به عنوان یکی از اولویت های مشکلات سلامتی بیماران سلیاک در نظر گرفته می شود که علت آن تأثیر آن بر شدت بیماری، اختلال عملکردی، عدم پیگیری درمان و کاهش کیفیت زندگی است. (۸)

کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می پردازد. ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی شان به جای گزارش های دیگران می پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پوروس، از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیثه هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشات می گیرد. بنابراین بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگیشان داشته باشند و آن را به صورت های مختلفی گزارش کنند. (۲۹) اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که

امتیازات برای مقیاس PCS از ۷۳-۸ و برای مقیاس MCS از ۷۴-۱۰ متغیر است و امتیاز بالاتر معرف کیفیت بهتری از زندگی خواهد بود. (۳۴) پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه (۰/۷ - ۰/۹) در ایران تأیید شده است. (۳۵)

یافته‌ها:

تحلیل‌های آماری در مورد سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل نشان داد که دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک هر دو گروه را نشان می‌دهد.

به منظور ایجاد تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، جدول ۲ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی، سلامت جسمانی و روانی و به تفکیک دو گروه بیماران سلیاک و افراد سالم نشان می‌دهد.

رابطه بین نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نتایج ضرایب همبستگی پیرسون همبستگی منفی و معنی‌داری را بین نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی در بیماران سلیاک نشان می‌دهد.

به علاوه رابطه نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی نشان داد که ۴۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی توسط اختلالات رفتاری تبیین می‌شود. افسردگی ($B=0/43$)، اضطراب ($B=0/32$) و نارسایی هیجان ($B=0/24$) می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی بیماران سلیاک را به صورت معنی‌دار پیش‌بینی کنند ($p < 0/001$).

بحث:

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد مبتلا به سلیاک با افراد سالم از نظر اختلالات رفتاری و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی میانگین دو گروه در جدول ۱ نشان می‌دهد، که میزان نارسایی هیجانی و ابعاد آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) در بیماران سلیاک در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. این یافته‌ها با اکثر پژوهش‌های قبلی مطابقت دارد. (۳۶ و ۳۷) بیماران مبتلا به سلیاک بیش از افراد عادی، دارای نارسایی هیجانی هستند. در واقع، مبتلایان به آلکسی تایمیا احساسات نامتمايز دارند و این احساسات همراه با یک برانگیختگی فیزیولوژیک می‌باشد. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساسات، برانگیختگی فعال باقی مانده و از میان نمی‌رود. و این امر باعث تشدید علائم می‌شود. (۳۸) در واقع برانگیختگی هیجانی با برانگیختگی فیزیولوژیک و ایجاد احساسات جسمی همراه است و افراد آلکسی تایمیک به دلیل ناتوانی در شناسایی و

پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اشپیل برگر: این پرسشنامه ۴۰ ماده دارد که بیست ماده اول آن مربوط به اضطراب است و آزمودنی شدت احساس کنونی خود را به وسیله یک مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً تا حدی، متوسط و خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌کند. بیست ماده دوم آن مربوط به اضطراب صفتی است که آزمودنی‌ها در یک مقیاس چهار درجه‌ای احساس کلی خود را نشان می‌دهند. این پرسشنامه از هماهنگی درونی بالایی برخوردار است. میانگین ضرایب پایایی در گروه‌های مختلف در مقیاس اضطراب حالتی ۰/۹۲ و در مقیاس اضطراب صفتی ۰/۹۰ گزارش شده است. (۳۲)

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II):

پرسشنامه افسردگی ابزار موثق، حساس و منحصر به فردی جهت سنجش شدت افسردگی است. این مقیاس، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است. این پرسشنامه نه تنها به منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی‌های از پیش تشخیص داده شده استفاده می‌شود بلکه با استفاده از آن به افسردگی‌های تشخیص داده نشده نیز پی‌برد. این پرسشنامه متشکل از ۲۱ سوال چندگزینه‌ای است که هر کدام از آنها مربوط به جنبه خاصی از افسردگی هستند. در چهار گزینه موجود در پاسخ هر سوال، به ترتیب شدت افسردگی افزایش می‌یابد و براساس یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شود. نمره کلی این پرسشنامه از مجموع نمرات به دست می‌آید. مطالعات انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در یک نمونه ایرانی نیز، پایایی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش شده است. (۳۳)

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: پرسشنامه کیفیت زندگی ابزاری عمومی و استاندارد است که مفاهیم آن، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. امروزه این پرسشنامه در حوزه‌های مختلف بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و تحقیقاتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه توسط وار و شربون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شد و تاکنون اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از طرح این مقیاس ارزیابی سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۳۶ آیتم است که به هشت حیطه تقسیم می‌شود. در تحقیقی که کروکاوکوا و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند چهار حیطه را تحت عنوان مقیاس سلامت جسمانی (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی) و مجموع حیطه‌های پنج تا هشت را تحت عنوان مقیاس سلامت روانی در نظر می‌گیرند (محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی). مجموع امتیازات به دست آمده از هر دو حیطه به ترتیب بیانگر نمره مولفه‌های فیزیکی (PCS) و نمره مولفه‌های ذهنی (MCS) خواهد بود. مجموع

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران سلیاک و افراد سالم

متغیر	سطوح متغیر	بیماران سلیاک (درصد)	افراد سالم (درصد)
سن	میانگین سنی	۳۴/۵۰	۳۲/۷۳
	زن	۶۶/۶۶	۷۰
جنسیت	مرد	۳۳/۳۳	۳۰
	سیکل	۲۷/۵۸	۳۰
سطح تحصیلات	دیپلم	۴۹/۴۲	۴۵
	لیسانس	۲۲/۹۸	۲۵
وضعیت اشتغال	شاغل	۸۲/۷۵	۸۰
	بیکار	۱۷/۲۴	۲۰
وضعیت تاهل	مجرد	۴۲/۵۲	۳۸
	متاهل	۵۵/۱۷	۵۷
	مطلقه	۲/۲۹	۵

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم

متغیر	بیماران سلیاک		افراد سالم	
	SD	X	SD	X
نارسایی هیجانی	۱۱/۰۲	۵۹/۸۸	۱۲/۹۴	۴۲/۹۵
دشواری در شناسایی احساسات	۶/۸۰	۲۴/۰۱	۴/۵۹	۱۴/۷۷
دشواری در توصیف احساسات	۳/۹۹	۱۴/۶۸	۳/۳۳	۱۰/۱۳
تفکر عینی	۴/۴۸	۲۱/۱۴	۶/۳۹	۱۸/۱۵
اضطراب حالت	۶/۵۷	۵۶/۷۷	۶/۲۳	۴۲/۹۰
اضطراب صفت	۵/۷۷	۵۲/۸۹	۷/۴۷	۴۰/۴۶
افسردگی	۹/۲	۳۲/۱۱	۲/۴۹	۱۰/۹۵
سلامت جسمانی	۱۱/۴۸	۴۴/۴۳	۳۰/۴۲	۵۷/۷
سلامت روانی	۸/۳۸	۴۲/۰۸	۲۷	۶۴/۹

جدول ۳: ضرایب همبستگی نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سلیاک

متغیر	کیفیت زندگی	
	سلامت روانی	سلامت جسمانی
نارسایی هیجانی	**-.۰۶۱	**-.۰۵۴
دشواری در شناسایی احساسات	*-.۰۳۵	*-.۰۲۹
دشواری در توصیف احساسات	**-.۰۳۹	**-.۰۲۷
تفکر عینی	**-.۰۵۳	**-.۰۴۲
اضطراب	**-.۰۵۳	**-.۰۴۸
افسردگی	**-.۰۶۲	**-.۰۵۲

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

افتراق هیجان‌ات خود از احساسات جسمی، بر این احساسات متمرکز شده، آن‌ها را بزرگ کرده و اشتباه تفسیر می‌کنند. تاکید و توجه بر احساسات جسمی موجب تشدید این علائم می‌گردد. علائم افزایش یافته ممکن است به کمک یک چرخه پس‌خوراند خودکار تشدید شده و به عنوان علائمی از یک بیماری جسمی عملکردی تجربه شوند. در نتیجه، بیماران با آلکسی تایمییی بالا علائم جسمی شدیدتری تجربه می‌کنند و پیشرفت درمان آن‌ها مطلوب نیست. و باید همراه با درمان بیماری جسمی، به درمان آلکسی تایمییی نیز توجه شود. افراد مبتلا به آلکسی تایمییی، توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس‌زا دارند که این ممکن است با میزان بالایی از پریشانی روانی و تشدید برانگیختگی جزء روانشناختی سیستم‌های ابراز هیجان همراه شود. (۳۹) به نظر می‌رسد که وقتی افراد آلکسی تایمیک در معرض یک رویداد استرس‌زا و یا یک واقعه‌ی آسیب‌زا قرار می‌گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساسات خود، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. در چنین شرایطی برای کنترل هیجان‌ات خود از مکانیسم‌های دفاعی از جمله، انکار و سرکوب، استفاده کرده و احساسات خود را واپس رانی می‌کنند. در واقع آلکسی تایمییی به عنوان مکانیسمی در مقابل هیجان‌ات ناشی از شرایط استرس‌زاست. اما سرکوب احساسات و عدم ابراز آن موجب کاهش احساس خوب بودن در فرد شده و رضایتمندی را در وی کاهش می‌دهد. این امر درماندگی روانشناختی را تشدید می‌کند. (۴۰) ابراز احساسات یکی از مهارت‌های زندگی است و وقتی افراد نتوانند مشکلاتشان را بیان و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی به صورت علائم جسمی و یا علائم روان پزشکی نشان داده می‌شود. (۴۱)

همچنین بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میزان اضطراب در بیماران سلیاک در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. همچنین یافته‌های این تحقیق ارتباط نسبتاً قوی و منفی سطح اضطراب و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد و حاکی از آن است که اضطراب با کیفیت زندگی که ذهنی و وابسته به درک فرد است، رابطه‌ای معکوس دارد. تحقیقات دیگر نیز تأثیر اضطراب را بر جنبه‌های گوناگون کیفیت زندگی نشان داده‌اند. (۴۲-۴۴)

بسیاری از علائم بیماری سلیاک در افزایش اضطراب دخیل هستند که می‌توان با تقویت حمایت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی، ایجاد حس خودباوری و مفید بودن در این بیماران، میزان این اختلالات را به میزان قابل توجهی بهبود بخشید.

همچنین افسردگی در این مطالعه روی کیفیت زندگی تأثیر منفی داشت. بین کیفیت زندگی و افسردگی ارتباط آماری معنادار وجود داشت. همان‌طور که ملاحظه می‌شود؛ با افزایش افسردگی، از سطح کیفیت زندگی کاسته شده است. نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات انجام شده توسط سایر محققین هم‌خوانی دارد. (۴۵ و ۴۶) برای ارزیابی ارتباط بین بیماری سلیاک و اختلال افسردگی ۳۶ فرد بزرگسال مبتلا به بیماری سلیاک (تشخیص بر اساس شرح حال و سرولوژی) مطابق با معیارهای DSM-IV بررسی شدند. در مقایسه با گروه شاهد، تعداد قابل ملاحظه‌ای

شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی رابطه منفی معنی داری دارند. این بدین معنی است که با افزایش نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی در این بیماران، کیفیت زندگی آنها کاهش می یابد. هم چنین نتایج نشان می دهد که ۴۳٪ از واریانس کیفیت زندگی توسط اختلالات رفتاری تبیین می شود. همان طور که ملاحظه می شود افسردگی ($B=0/43$)، اضطراب ($B=0/32$) و نارسایی هیجانی ($B=0/24$) می توانند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاک را به صورت معنی دار پیش بینی کنند.

نتیجه گیری:

در مجموع یافته های این پژوهش دلالت بر وجود رابطه مستقیمی بین وجود اختلالات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی بیماران سلیاک دارد. تاکنون مطالعات زیادی در زمینه اثرات منفی ناهنجاری های افسردگی بر درمان، روانشناسی و مرگ و میر بیماران انجام شده است. خوشبختانه امروزه با کمک تکنیک های روانشناسی و ارتقاء اعتبار و دقت پرسشنامه های اندازه گیری کننده، فاکتورهای روانی بهبود چشمگیری یافته اند ولی با اینحال تیمار پزشکی موفق این بیماری نیازمند تشخیص و مدیریت اختلالات رفتاری در قبل و در طی درمان است. در پایان امید است که نتایج این مطالعه بتواند زمینه ساز حمایت های عملی در راستای درمان چند منظوره (درمان بالینی و مدیریت همزمان اختلالات رفتاری) بیماران باشد و بتوان گامی در جهت استفاده از این یافته ها در سیاست گذاری، طرح ریزی و پیاده سازی برنامه ها برداشت.

سپاسگزاری:

این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد در تاریخ ۹۲/۰۲/۱۱ با کد ۹۲۰۰۶۰ می باشد. حمایت مالی این پژوهش بر عهده ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدینوسیله از مسئولین محترم دانشگاه، مدیریت بیمارستان قائم و امام رضا (ع)، پرسنل محترم بیمارستان و کلیه بیمارانی که ما را در این طرح یاری نمودند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

از بیماران سلیاکی (۴۱/۷ درصد در مقابل ۲۹/۸ درصد) معیارهای مورد نظر را داشتند. بیماری سلیاک گاهی با علائم عصبی روانی خود را نشان داده و ممکن است فرد را مستعد اختلالات روانی-رفتاری نماید. از آن چه گفته شد چنین می توان نتیجه گرفت که بیماری سلیاک یکی از عوامل موثر در بروز بسیاری از اختلالات رفتاری بوده و به دلیل تشخیص نامناسب و یا نابهنگام، عوارض غیر قابل جبرانی از خود بر جای می گذارد.

این یافته ها از این حیث حائز اهمیت هستند که بسیاری از متخصصان بر این باورند که افسردگی علاوه بر آنکه بر زندگی افراد سلیاک تاثیر بسزایی دارد، خود عامل مهمی است که اثری مضاعف بر تشخیص این بیماری دارد. به علاوه افسردگی منجر به تشدید برخی علائم سلیاک می شود. با این حال تحقیقات وسیع تری در زمینه تاثیر افسردگی بر بیماری سلیاک لازم است. زیرا برخی متخصصان بر این باورند که با درمان افسردگی در بیماران سلیاک، می توانند گامی اساسی در جهت کاهش اختلالات شناختی بیماران به منظور بهبود کارایی عملی، کیفیت زندگی و درمان بسیاری از معضلات دیگر این بیماری برداشت.

هم چنین کیفیت زندگی بیماران سلیاک از هر دو منظر (سلامت جسمانی و روانی) کاهش چشمگیری در مقایسه با افراد سالم یافته است. این نتایج با یافته های پژوهش های پیشین مطابقت دارد. (۴۹-۴۷) شواهد زیادی گویای این واقعیت هستند که آسیب های روانی به عنوان فاکتوری عمل می کند که شدت بیماری، درمان و مرگ و میر را در طیف وسیعی از بیماری ها تحت تاثیر قرار می دهند. کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می رود و از طرفی دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر آن که سبب اجرای درمان های مناسب می شود، می تواند در ارتقاء برنامه های درمانی، مراقبتی و توانبخشی نیز مؤثر واقع شود. از نتایج حاصل از بررسی و اندازه گیری کیفیت زندگی این بیماران می توان به منظور ارزیابی هزینه های مالی و انسانی ناشی از این بیماری، اثرات برنامه ها و اقدامات جدید، کارایی داروها و تجهیزات پیشرفته، تغییرات سلامت جسمی و روانی و وضعیت عملکردی و اجتماعی این بیماران استفاده کرد. در تطابق با نتایج مطالعات ذکر شده، نتایج این پژوهش، گویای این واقعیت است که نارسایی هیجانی و زیر مقیاس های آن (دشواری در

REFERENCES

1. Fasano A, Catassi C. Celiac Disease. *N Engl J Med* 2012;367:2419-26.
2. Zarghami M, Tirgar Fakheri H, Ajami A, Khalilian A, Aqilian A. Investigation relationship between celiac disease and psychosis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009;15: 38-45. [Persian]
3. Hwang HJ, Facio L, Iantomo G, Sugai E, Moreno ML, Vázquez H, et al. Increased prevalence of celiac disease and positive markers of gluten sensitivity in patients with chronic constipation. *Gastroenterology* 2011; 140: 440-4.
4. Craig D, Robins G, Howdle PD. Advances in celiac disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2007;23:142-8.
5. Collin P, Kaukinen K, Mattila AK, Joukamaa M. Psychoneurotic symptoms and alexithymia in coeliac disease. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43:1329-33.
6. Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. Reduced quality of life in coeliac disease is more strongly associated with depression than gastrointestinal symptoms. *J Psychosom Res* 2013;75:135-41.
7. Van Hees NJM, Van der Does W, Giltay EJ. Coeliac disease, diet adherence and depressive symptoms. *J Psychosom Res* 2013;74:155-60.

8. Cartaa MJ, Hardoya MC, Boib MF, Mariotti S, Carpinielloa B, Usaib P. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease. *J Psychosom Res* 2002; 53:789-93.
9. Bailey PE, Henry JD. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Pschiatry Res* 2007;150:13-20.
10. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89: 230-46.
11. Lundh LG, Broman, JE. Alexithymia and insomnia. *Personality and Individual Differences* 2006;40:1615-24.
12. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006;75:107-12.
13. Conrad R, Wegener I, Imbierowicz K, Liedtke R, Geiser F. Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Res* 2009;165:137-44.
14. Sokolowska K, Gorniak E, Kowalska A, Wydra K, Krysta K, Krupka-Matuszczyk I. Alexithymia and Pain Experience in Depressive Patients. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 42-8.
15. Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A, Hintikka J, Lehtonen J, Viinamäki H. Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 247-53.
16. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J psychosom Res* 2011;71:256-63.
17. Lee SA, Guajardo NR. Affect intensity and alexithymia differentially influence the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students. *Pers Indiv Diff* 2011; 50: 646-50.
18. Schiena DS, Luminet O, Philippot P. Adaptive and maladaptive rumination in alexithymia and their relation with depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 2011;50:10-14.
19. Romoli M, Bernini O, Cosci F, Berrocal C. The Effect Of Alexithymia on anxiety, depression, coping, and difficulties in daily living oncologic patients. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 98-102.
20. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2003; 54: 435-8.
21. Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18: 333-43.
22. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *J Psychosom Res* 2004; 57: 235-47.
23. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001;42:235-40.
24. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry* 1999;14:372-8.
25. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res* 1999; 47:145-58.
26. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *J Pers Assess* 1991; 56: 227-37.
27. Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, Hintikka J, Haatainen K, Rissanen T, et al. Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *J Psychosom Res* 2010; 68: 269-73.
28. Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamäki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population. *Compr Psychiatry* 2001;42: 234-9.
29. Ahmadi FA, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan. *Life* 2004;10:61-7.
30. Arguedas MR, DeLawrence TG, McGuire BM. Influence of hepatic encephalopathy on health-related quality of life in patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci* 2003; 48:1622-6.
31. Beshart MA. [Relation of alexithymia with depression, anxiety, psychological helplessness and well being (Persian)]. *J psychol Tabriz Univ* 2008;10:17-40.
32. Khezemia K. The study of the relation between posttraumatic stress disorder of ventranfathers in chemical bombardment anxiety, depression public health and academic achievement of their children in Sardasht city. *Tehran Tarbiat Moallem Univ* 2008. [Persian]
33. Joe S, Woolley ME, Brown GK, Ghahramanlou-Holloway M, Beck AT. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Low-Income, African American Suicide Attempters. *NIHPA Author Manuscripts* 2008;90:521-3.
34. Krokavcova M, Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Educ Couns* 2008;73:159-65.
35. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *East Mediterr Health* 2005;11: 349-57.
36. Wells KB, Golding MJ, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1998; 8: 976-81.
37. Fera T, Cascio B, Angelini G, Martini S, Guidetti CS. Affective disorders and quality of life in adult coeliac disease patients on a gluten-free diet. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15: 1287-92.
38. Shahgholian M, Moradi A, Kafi SM. Relation of Alexithymia with emotional expression styles and general health in students. *Iranian J Psychiatr and Clin Psychol* 2007;13: 238-48.
39. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, To-darello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003;65: 911-8.
40. Beshart MA. Relation of Alexithymia with ego defense styles. *J Fundamentals of Mental Health* 2008;10:181-91.
41. Muller RJ. When a Patient Has No Story To Tell: Alexithymia. *Psychiatry Times* 2000;17:24-29.
42. Addolorato G, De Lorenzi G, Abenavoli L, Leggio L, Capristo E, Gasbarrini G: Psychological support counselling improves

- glutenfree diet compliance in coeliac patients with affective disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20:777-782.
43. Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamäki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42: 234-9.
 44. Addolorato G, Capristo E, Ghittoni G, Valeri C, Mascianà R, Ancona C, Gasbarrini G: Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: a longitudinal study. *Scand J Gastroenterol* 2001; 5: 502-506.
 45. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* 2008; 70: 716-22.
 46. Carta MG, Hardoy MC, Usai P, Carpiniello B, Angst J: Recurrent brief depression in celiac disease. *J Psychosom Res* 2003; 55: 573-574.
 47. Hauser W, Gold J, Stein J, Caspary WF, Stallmach A: Health-related quality of life in adult coeliac disease in Germany: results of a national survey. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18:747-754.
 48. Hallert C, Sandlund O, Broqvist M: Perceptions of health-related quality of life men and women living with coeliac disease. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 301-307.
 49. Usai P, Minerba L, Marini B, Cossu R, Spada S, Carpiniello B, Cuomo R, Boy MF: Casecontrol study on health-related quality of life in adult coeliac disease. *Dig Liver Dis* 2002; 34: 547-552.

Archive of SID