Original Article

Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan, Iran

Tamannaifar MR*, Akhavan-Hejazi Z

Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Kashan, Kashan, I. R. Iran.

Received July 20, 2012; Accepted October 31, 2012

Abstract:

Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal (GI) disorder that is characterized by abdominal pain, diarrhea or constipation. The severity of IBS is associated with mental health and the quality of life. Thus, the present study aimed to compare the mental health and quality of life in IBS patients and healthy subjects in Kashan, Iran.

Materials and Methods: In this analytical cross-sectional study, 71 patients with IBS meeting the diagnostic criteria of Rom- III and 69 healthy subjects were selected through convenience sampling. Data were collected using the demographic questionnaire, general health questionnaire (GHQ-28) and quality of life questionnaire (QOL-34) and then analyzed.

Results: Results showed that the mean scores for quality of life (101.21) and its sub-scales in IBS patients were lower than those in healthy subjects (47.31), but the mean scores for mental health (30.11) and its sub-scales were higher than those in healthy subjects (19.57). Moreover, the signs, anxiety and depression in IBS patients were more severe than healthy subjects.

Conclusion: It seems that mental health and the quality of life are lower for IBS patients compared to healthy subjects in this city.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Mental health, Quality of life, Psychosomatic disorder

* **Corresponding Author.**
Emailt: tamannai@kashanu.ac.ir
Tel: 0098 361 591 2745
Fax: 0098 361 591 2745

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences May, 2013; Vol. 17, No 2, Pages 195-202

Please cite this article as: Tamannaifar MR, Akhavan-Hejazi Z. Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan, Iran. ***Feyz*** 2013; 17(2): 195-202.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

مقایسه سلامت روان و کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم در شهرستان کاشان

محمدرضا تمنائی فر[1*]، زهرا سادات اخوان حجازی[2]

خلاصه:

سابقه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یک اختلال گوارشی است که مشخصه آن درد شکمی، اسهال یا یبوست است. شدت این بیماری با سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران، پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه سلامت روان و کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم در شهر کاشان پرداخته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی مقطعی ۷۱ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با توجه به ملاک‌های تشخیصی رم III و ٦٩ نفر از افراد سالم به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality Of Life Questionnaire-QOL-34) و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire -GHQ-28) جمع‌آوری شده و تحلیل گردیدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی مبتلایان به IBS (۱۰۱/۲۱) و مولفه‌های آنها در مقایسه با افراد سالم (٤٧/٣١) پایین‌تر است ($P<۰/۰۰۱$). به‌علاوه، میانگین نمرات سلامت روان مبتلایان به IBS (۳۰/۱۱) در مقایسه با افراد سالم (۱۹/۵۷) بیشتر است ($P<۰/۰۰۱$) و علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی نیز در بیماران شدیدتر است.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان گفت میزان سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر شهر کاشان پایین‌تر از افراد سالم می‌باشد.

واژگان کلیدی: سندروم روده تحریک‌پذیر، سلامت روان، کیفیت زندگی، اختلال سایکوسوماتیک

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۲، صفحات ۲۰۲-۱۹۵

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی، گروهی از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص ملاک‌های سوال برانگیز، دوره‌های طولانی مدت و غیر قابل پیش‌بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می‌شود [۱]. متخصصان گوارش، به‌طور مکرر با بیمارانی رو به رو می‌شوند که شکایات غیر اختصاصی آنها مانند تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست را نمی‌توان با نابهنجاری‌های ساختاری یا زیست‌شیمیایی تبیین کرد [۲]. ۷۰ درصد این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی ساختاری، درد بیشتر و ٤٠ درصد دیسترس بیشتری را گزارش کرده‌اند [۳].

سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome) از شایع‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالات گوارشی است و در حال حاضر تشخیص این بیماری بر اساس ملاک‌های رم III گذاشته می‌شود [٤]. نرخ شیوع این سندروم در جمعیت عمومی بین ۲۰-۳ درصد برآورد شده است [۵]. ۱۲ درصد بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های عمومی و ۲۵-۳۰ درصد از بیماران کلینیک‌های تخصصی گوارش را افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تشکیل می‌دهند [٦]. برخی پژوهش‌ها شیوع این بیماری را در زنان بیش از مردان [۷،۲] و برخی دیگر شیوع آن را در مردان بیش از زنان [۹،۸] و سایر پژوهش‌ها شیوع آن را در دو جنس یکسان [۱۰] گزارش کرده‌اند. علت این بیماری دقیقا روشن نیست، اما افراد با علایم سندروم روده تحریک‌پذیر، علایم مهمی از اختلال روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی و صفات نابهنجار شخصیت را نشان می‌دهند [۱۱]. برخی اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شایع‌تر است [۱۲،۵] که از جمله آنها می‌توان اختلالات خلقی و اضطرابی را نام برد [۱۵-۱۳]. در پژوهش Hu گزارش شده است که میزان اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاست [۱٦]. یافته‌های پژوهش Pinto و همکاران نیز نشان می‌دهد که ۵۰ درصد مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر

[1] استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان

[2] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان

***نشانی نویسنده مسئول:**

کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه کاشان، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۹۱۲۷۴۵ **دورنویس:** ۰۳۶۱ ۵۹۱۲۷۴۵

پست الکترونیک: tamannai@kashanu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۲۰ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۱/۸/۱۰

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

دچار اضطراب و افسردگی هستند [۱۷]. یک مطالعه‌ی دیگر نشان می‌دهد که ۹۰–۵۰ درصد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر سابقه ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی عمده، اضطراب تعمیم یافته، اختلال هراس و فوبیای اجتماعی را گزارش می‌کنند [۱۸]. برخی مطالعات نشان می‌دهند که شروع و شدت علایم سندروم روده تحریک‌پذیر با استرس و اضطراب رابطه دارد [۱۹]. و اساسا این بیماری به‌عنوان یک اختلال مرتبط با استرس شناخته شده است [۲۰]. به‌علاوه، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نقص جدی در استفاده از راه‌بردهای مقابله با استرس دارند و معمولا از راه‌بردهای مقابله‌ای انفعالی استفاده می‌کنند [۲۱]. هم‌چنین، پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که مداخله‌های روانشناختی از جمله تکنیک‌های شناختی رفتاری آموزش مقابله با استرس، جرات ورزی، کنترل خشم، آرام سازی و ثبت افکار مثبت به همراه دارو درمانی بیش از درمان دارویی به تنهایی در درمان سندروم روده تحریک‌پذیر موثر است [۲۳،۲۲]. از طرف دیگر مبتلایان به برخی اختلالات روانی نظیر اضطراب و حمله هراس، سطوح زیادی از علائم روده‌ای‌معده‌ای منطبق بر سندروم روده تحریک‌پذیر را گزارش کرده‌اند. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که آشفتگی روانی ممکن است به‌عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علائم گوارشی در افراد مبتلا به این سندروم نقش داشته باشد [۲٤]. با توجه به رشد فزاینده و عدم درمان قطعی بیماری‌های مزمنی مانند نارسایی قلبی، انواع سرطان، سکته مغزی، دیابت و اختلالات گوارشی کارکردی و هم‌چنین به‌دلیل افزایش چشم‌گیر هزینه‌های مراقبت از سلامت و نگرانی افراد در مورد کارایی مداخله‌های درمانی، اخیرا شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است که مورد توجه دانشمندان و متخصصان سلامت قرار گرفته است [۲۵]. یک توافق رو به رشدی بین پژوهشگران وجود دارد مبنی بر اینکه، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر به شکل چشم‌گیری پایین است [۲۷،۲٦]. این سندروم تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران دارد که مشابه تاثیرات افسردگی بر کیفیت زندگی فرد می‌باشد؛ به‌طوری‌که این بیماران ٤–۳ برابر بیشتر از افراد سالم غیبت از کار و تحصیل دارند [۲۷،۱٦]. بی‌علت نیست که سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سندروم روده تحریک‌پذیر به‌عنوان مهمترین هدف در درمان این بیماری مطرح شده است [۲۸]. با توجه به نرخ بالای شیوع این بیماری و تاثیر آن بر کارکرد شغلی، تحصیلی و خانوادگی افراد مبتلا و هزینه‌ای که به سیستم بهداشت و اقتصاد کشور وارد می‌شود و با توجه به شیوع اختلالات روانپزشکی و تاثیر آن در وضعیت این بیماران، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی انجام شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند متخصصان را در انجام مداخله‌های مناسب و ضروری جهت ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روانی این بیماران یاری نماید.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی- مقطعی است. در این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود که از بهمن ۱۳۸۹ لغایت خرداد ۱۳۹۰ به کلینیک‌های تخصصی شهر کاشان مراجعه نموده و بر اساس ملاک‌های تشخیصی رم III، مبتلا به این بیماری تشخیص داده شده بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۷۱ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و ٦۹ نفر از افراد عادی بود که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان (برای گروه بیماران) در پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱) تشخیص سندروم روده تحریک‌پذیر توسط پزشکان متخصص؛ ۲) عدم سابقه‌ی ابتلا به اختلال روانپزشکی و عدم مصرف داروهای اعصاب و روان؛ ۳) داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها؛ و ٤) تمایل و رضایت برای مشارکت در پژوهش. معیارهای ورود برای گروه عادی عبارت بودند از: ۱) عدم سابقه ابتلا به IBS؛ ۲) عدم سابقه‌ی ابتلا به اختلال روانپزشکی و عدم مصرف داروهای اعصاب و روان؛ ۳) داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها؛ و ٤) تمایل و رضایت برای مشارکت در پژوهش. برای هر یک از شرکت کنندگان، هدف پژوهش و اهمیت پاسخ درست و دقیق به پرسشنامه‌ها توضیح داده شد. هم‌چنین، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها کاملا مکتوم خواهد ماند (هرچند نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها درج نشده بود). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality Of Life Questionnaire-QOL-34) و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire -GHQ-28) استفاده گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی مشتمل بر ۳٤ ماده است که بیمار بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، معمولا، اغلب، همیشه) به آن پاسخ می‌گوید. حداقل نمره در این آزمون ۳٤ و حداکثر ۱۷۰ است. هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند، نشان دهنده‌ی پایین‌تر بودن کیفیت زندگی است. این پرسشنامه شامل ۸ خرده مقیاس است که عبارتند از: ملال ناشی از بیماری، واکنش اجتماعی، مداخله در فعالیت روزانه، اضطراب سلامت، تصویر بدنی، روابط بین فردی، اجتناب از غذا، و نگرانی-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

های. این آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است و در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است. پایایی کلی این آزمون درآمریکا، اروپا و آسیا به‌ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش شده است. هم‌چنین، پایایی کلی نسخه‌ی فارسی این آزمون برابر با ۰/۹۲ به‌دست آمده است [۲۸]. به‌علاوه، ۸ خرده مقیاس این پرسشنامه و مقیاس کلی کیفیت زندگی، دارای ضرایب هم‌سانی درونی نسبتا قابل قبولی هستند (آلفای خرده مقیاس‌ها: ملال: ۰/۸۸، واکنش اجتماعی: ۰/۷۱، مداخله در انجام فعالیت‌ها: ۰/۶۷، اضطراب سلامت: ۰/۵۷، تصویر بدنی:۰/۷۲، روابط بین فردی: ۰/۶۲، اجتناب از غذا: ۰/۵۲، نگرانی‌های جنسی: ۰/۷۶، و کل مقیاس: ۰/۹۳) [۲۹]. پرسشنامه سلامت عمومی مشتمل بر ۲۸ ماده است که بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهار گزینه‌ای (اصلا، درحد معمول، بیشتر از حد معمول، خیلی بیشتر از حد معمول) می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روانی کمتر است. این پرسشنامه شامل چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. پرسشنامه سلامت عمومی توسط Goldberg و همکاران در سال ۱۹۷۲ ساخته شده است و در ایران به فارسی ترجمه و هنجاریابی شده است. ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۰ و ۰/۵۸ گزارش شده است [۳۰،۳۱]. پرسشنامه دارای حساسیت و ویژگی ۸۸-۰/۸۴ و ۹۳-۰/۷۷ و اشتباه طبقه‌بندی۸/۲ درصد است. بهترین شیوه نمره‌گذاری ۰، ۱، ۲، ۳ و بهترین نقطه برش آن ۲۳ است [۳۲]. برای شهرستان کاشان نقطه برش ۲۲ می‌باشد. داده‌های پژوهش با شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس یک‌سویه با سطح خطای ۰/۰۵) با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ تحلیل شدند.

نتایج

از ۷۰ نفر بیمار مبتلا به IBS، ٤٩ نفر زن (۷۰ درصد) و بقیه مرد و از ٦٩ نفر عادی، ٤٨ نفر زن (٦٩ درصد) و بقیه مرد بودند. هم‌چنین، از ۷۰ نفر مبتلا، ٦٠ نفر (٨٦ درصد) متاهل و از ٦٩ نفر عادی، ۳۹ نفر (۵۷ درصد) متاهل و بقیه مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران به‌ترتیب ۲۸/۵ و ۷/۲ و میانگین و انحراف معیار سن افراد عادی به‌ترتیب ۲۹/۷ و ٥/٦ سال بود. جدول شماره ۱ نتایج آزمون مقایسه میانگین‌ها برای متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به IBS و افراد عادی را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات بیماران در متغیر کیفیت زندگی در مقایسه با افراد عادی به‌طور معنادار پایین‌تر است ($P<۰/۰۰۱$). هم‌چنین، میانگین نمرات بیماران در مولفه‌های کیفیت زندگی شامل ملال ($P<۰/۰۰۲$)، واکنش اجتماعی ($P<۰/۰۰۲$)، مداخله ($P<۰/۰۱۹$)، تصویر بدنی ($P<۰/۰۰۳$)، اضطراب سلامت ($P<۰/۰۰۰۱$)، ارتباط اجتماعی ($P<۰/۰۰۷$)، و نگرانی جنسی ($P<۰/۰۰۲$) به‌طور معنادار پایین‌تر است. بین بیماران و افراد عادی در مولفه اجتناب از غذا تفاوت معناداری مشاهده نگردید. جدول شماره ۲ نتایج آزمون مقایسه میانگین‌ها برای متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های آن را در مبتلایان به IBS و افراد عادی نشان می‌دهد. طبق داده‌های این جدول، میانگین نمرات بیماران در متغیر سلامت روان در مقایسه با افراد عادی به‌طور معناداری پایین‌تر است ($P<۰/۰۰٤$). هم‌چنین، نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات بیماران در مقایسه با افراد عادی در مولفه‌های سلامت روان که شامل علائم جسمانی ($P<۰/۰۲۷$)، اضطراب ($P<۰/۰۰۸$) و افسردگی ($P<۰/۰۱۹$) است، به‌طور معناداری بالاتر است. بین بیماران و افراد عادی در مولفه کارکرد اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

بحث

سندروم روده تحریک‌پذیر در جوامع و گروه‌های اجتماعی‌اقتصادی به شکل گسترده‌ای شیوع دارد. این اختلال اغلب با سایر اختلالات عملکرد دستگاه گوارش هم‌پوشانی داشته و باعث غیبت از کار، انزوای اجتماعی و مشکلات مالی شده و فشار اقتصادی سنگینی را به جامعه وارد می‌کند [۳]. افراد مبتلا بسته به شدت علایم این بیماری درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی پیدا کرده، به گونه‌ای که این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب اختلال در روابط بین فردی و مسافرت، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع به علت ترس از ایجاد علایم می‌شود. در پژوهش‌های مختلف، کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است [۲۹]. هم‌چنین، این افراد علایم بارزی از اختلالات و آشفتگی‌های روانشناختی از جمله اختلالات اضطرابی را نشان می‌دهند [۳۳]. تاکید شده است که یکی از شاخص‌های مهم برای تعیین میزان بهبودی بیماری و پیشرفت درمان، ارزیابی وضعیت روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلاست. با توجه به نقش متغیرهای روانشناختی، در پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر و غیر مبتلایان پرداخته شده است. از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین کیفیت زندگی در دو گروه مبتلایان به سندروم روده تحریک-پذیر و غیر مبتلایان تفاوت معناداری وجود دارد. به بیان دیگر،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر، پایین‌تر از کیفیت زندگی افراد غیر مبتلا است. یافته پژوهش حاضر، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد [۴۰-۳۴].

جدول شماره ۱- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه برای متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به IBS و افراد عادی

متغیر	گروه‌ها	$\overline{X} \pm SD$	مقدار F	P
ملال	مبتلا	۲٤/۳۳±۸/۳۸	۱۵/۱۱	۰/۰۰۲
	عادی	۱۱/٤۹±۵/۷۹		
واکنش اجتماعی	مبتلا	۱۱/۲۰±۳/۸۷	۱۰/۱٤	۰/۰۰۲
	عادی	۵/٦۵±۲/۹۹		
مداخله	مبتلا	۲۱/۳۳±٦/۱٦	۵/٤٤	۰/۰۱۹
	عادی	۱۰/۲۲±۵/۱۵		
اضطراب سلامت	مبتلا	۱۰/۰۳±۳/۰۵	۹/۲۲	۰/۰۰۳
	عادی	٤/۳۳±۲/۰٤		
تصویر بدنی	مبتلا	۱۰/۰٤±٤/۰٤	۱٤/۱۰	<۰/۰۰۱
	عادی	۵/٤۵±۲/۷۲		
ارتباط اجتماعی	مبتلا	۱۲/٤٦±۳/۸۵	۷/٦۲	۰/۰۰۷
	عادی	۵/۷۵±۳/۰٤		
اجتناب از غذا	مبتلا	٦/۸۰±۲/۱٤	۰/۷۸	۰/۳۷۷
	عادی	۳/۵۲±۱/۸۰		
نگرانی جنسی	مبتلا	٦/۱٤±۲/۳۰	۱۰/۱۷	۰/۰۰۲
	عادی	۲/۹۵±۱/۷٦		
نمره کل کیفیت زندگی	مبتلا	۱۰۱/۲۱±۲۷/۸۵	۱۳/٦۱	۰/۰۰۱
	عادی	٤۷/۳۱±۱۹/٦۵		

جدول شماره ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه برای متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به IBS و افراد عادی

متغیر	گروه‌ها	$\overline{X} \pm SD$	مقدار F	P
علائم جسمانی	مبتلا	۸/۸۵±٤/۳۳	٤/۹۸	۰/۰۲۷
	عادی	۵/۱۸±۳/٤٦		
اضطراب	مبتلا	۸/۲۲±٤/۸۳	۷/۱٤	۰/۰۰۸
	عادی	۵/۲۰±۳/۵۹		
کارکرد اجتماعی	مبتلا	۸/٤۹±۲/۸۲	۱/۳۲	۰/۷۱۷
	عادی	٦/٤٦±۲/۷۵		
افسردگی	مبتلا	٤/۵۳±٤/۷۷	۵/٦٤	۰/۰۱۹
	عادی	۲/۷۲±۳/۵۳		
سلامت روان	مبتلا	۳۰/۱۱±۱٤/۲۹	۸/٦٦	۰/۰۰٤
	عادی	۱۹/۵۷±۱۰/۳۱		

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که بین مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد غیر مبتلا از نظر مولفه‌های احساس درماندگی یا ملال، واکنش اجتماعی، مداخله در انجام فعالیت، اضطراب سلامت، تصویر بدنی، ارتباط اجتماعی، نگرانی جنسی، تفاوت معنادار وجود دارد، اما در مورد مولفه اجتناب از غذا تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج برخی پژوهش‌ها این یافته را تأیید می‌کنند [٤۱]. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر به شکل چشم‌گیری پایین است [۳]. این بیماری بر تعاملات اجتماعی، سبک زندگی، روابط جنسی، تفریح و مسافرت، تغذیه و خواب و بهزیستی عاطفی بیماران تاثیر منفی می‌گذارد. هم‌چنین، ناتوانی ناشی از بیماری بار مالی و کاری زیادی را بر سیستم بهداشتی وارد می‌کند [٤۲]. به‌طور کلی، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و پرسشنامه‌های مرتبط با سلامت و مولفه‌های آن نسبت به جمعیت عمومی و نسبت به بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سردردهای مزمن و سایر اختلالات گوارشی نمرات پایین‌تری می‌گیرند [۵،۳]. از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر، وجود تفاوت معنادار بین میزان سلامت روان در مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر و افراد غیر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

مبتلا می‌باشد. به بیان دیگر، میزان سلامت روان مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر پایین‌تر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌خوانی دارد [۴۶،۳۵،۲۸-۴۳]. هم‌چنین، از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر، وجود تفاوت معنادار بین مولفه‌های سلامت روان در مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر و افرادغیر مبتلا می‌باشد. نتایج نشان داد که علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی در مبتلایان شدیدتر است، اما در مولفه کارکرد اجتماعی بین دو گروه تفاوت معنادار دیده نشد. نتایج برخی پژوهش‌ها این یافته را تأیید می‌کنند [۲۹،۴۷]. هم‌چنین، یافته‌های برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نمرات مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر در مقایسه با غیر مبتلایان در مولفه‌های مذکور بالاتر است که نشان‌دهنده سطح پایین‌تر سلامت روان مبتلایان است [۴۶]. افراد مبتلا به IBS، علایم مهمی از اختلالات روانشناختی را در خود گزارش می‌کنند. از طرف دیگر مبتلایان به برخی اختلالات روانی نظیر اضطراب برخی از علائم روده‌ای‌معده‌ای منطبق بر IBS را گزارش می‌کنند. بنابراین، حدس زده می‌شود که آشفتگی روانی می‌تواند در شروع یا تشدید علائم گوارشی در افراد مبتلا به IBS تاثیر داشته باشد [۲۴]. افسردگی کارکردهای روزانه و حتی کارکرد عادی این بیماران را تحت تاثیر قرار داده و باعث کاهش علاقه به زندگی و لذت بردن از آن می‌شود [۴۸]. گزارش شده است که ۳۸ درصد مبتلایان به IBS گرایش به خودکشی دارند [۴۹]. اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و جسمانی همواره از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی همراه بوده‌اند [۱۹]. همراهی علایم روانشناختی با سندروم روده تحریک‌پذیر نشان-دهنده این واقعیت است که بین سلامت روانی و سندروم روده تحریک‌پذیر و شدت علایم آن ارتباط وجود دارد [۵۰]. به‌هر حال، اگرچه علایم روانشناختی به‌خودی خود بخشی از سندروم روده تحریک‌پذیر نمی‌باشند، ولی در سیر بیماری و پیامدهای بالینی آن نقش مهمی دارند [۵۱]. با توجه به اینکه پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که مبتلایان به IBS از ویژگی‌های روانشناختی خاصی مثل اضطراب و افسردگی [۵۲،۲۹،۱۱] و ویژگی‌های شخصیتی خاصی مثل نوروزگرایی [۵۶،۴۷-۵۳] برخوردارند و از شیوه‌های مقابله‌ای منفی و غیرکارآمد استفاده می‌کنند [۵۶] و با عنایت به اینکه عوامل روانشناختی از جمله استرس، سطح سلامت روان و کیفیت زندگی می‌توانند پیش بینی کننده‌های مهمی برای شدت علائم IBS و پیش آگهی پاسخدهی به درمان مبتلایان باشند [۵۷]، به‌نظر می‌رسد مداخله‌های آموزشی و درمانی روانشناختی می‌توانند برای پیشگیری از تشدید علایم و تسریع بهبود بیماران مبتلا به IBS مفید باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که استفاده از درمان‌های روانشناختی به‌عنوان مکمل درمان‌های پزشکی تاثیرگذارند [۲۲]. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان رفتاری شناختی در بهبود علائم IBS موثر است [۵۹،۵۸]. هم‌چنین، مطالعات نشان می‌دهند که درمان‌های روانشناختی به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند [۶۰].

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده بیانگر سلامت روان پایین و کیفیت زندگی ضعیف بیماران مبتلا به IBS است. این وضعیت می‌تواند ناشی از تأثیر آشفتگی‌های روانشناختی در بروز علایم IBS باشد و ممکن است وجود علایم IBS باعث آشفتگی روانشناختی و کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS شود. با توجه به نقش مهم عوامل روانشناختی، به‌نظر می‌رسد استفاده از درمان‌های روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی به‌ویژه برای آن دسته از مبتلایان به IBS که دچار مشکلات روانی‌اجتماعی هستند، ضروری باشد. مهمترین محدودیت پژوهش حاضر انتخاب بیماران از سه کلینیک تخصصی شهرستان کاشان بود. به‌همین دلیل تعمیم نتایج این پژوهش بایستی با احتیاط صورت گیرد. هم‌چنین، برای تشخیص IBS از ملاک‌های تشخیصی رم III استفاده شده است. به‌همین دلیل پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از سایر روش‌های تشخیصی نیز استفاده شود. به‌علاوه، برای افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها لازم است از جامعه و نمونه‌های با حجم بالاتر استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از پزشکان محترم، بیماران و سایر افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

References:

[1] Chang M, Kerr JH, Fujiyama H, Sugano A, Okamura T, Onouha F. Psychological responses to exercising in laboratory and natural environments. ***Psychol Sport Exerc*** 2006; 7(4): 345.

[2] Mearin F, Badia X, Balboa A, Baro E, Caldwell E, Cucala M, et al. Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employeddiagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a generalpopulation. ***Scand J Gastroenterol*** 2003; 36(11): 1155.

[3] Lea R, Whorwell PJ. The Role of Food Intolerance in Irritable Bowel Syndrome. ***Gastroenterol Clin North Am*** 2005; 34(2): 247.

[4] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

bowel disorders. ***Gastroenterol*** 2006; 130(5): 1480-91.
[5] Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, Thompson WG, Corazziari E, Whitehead WE, eds. The functional gastrointestinal disorders. Boston: Little Brown; 1994.
[6] Ganji A, Safavi M, Nouraie SM, Nasseri-Moghadam S, Merat Sh, Vahedi H, et al. Digestive and Liver Diseases Statistics in Several Referral Centers in Tehran, 2000-2004. ***Govaresh*** 2006; 11(1): 33-8.
[7] Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, Ferrazzi S, Rance L. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. ***Dig Dis Sci*** 2002; 47(1): 225-35.
[8] Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in Mumbai. ***Indian J Gastroenterol*** 2001; 20(3): 103-6.
[9] Thompson WG. Irritable bowel syndrome: pathogenesis and management. ***Lancet*** 1993; 341(8860): 1569-72.
[10] Masud MA, Hasan M, Khan AK. Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: prevalence,symptoms pattern and health care seeking behavior. ***Am J Gastroenterol*** 2001; 96(5): 1547-52.
[11] Tosic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. ***Psychiatr Danub*** 2010; 22(3): 418-24.
[12] Christensen J. Pathophysiology of the irritable bowel syndrome. ***Lancet*** 1992; 340(8833): 1444-7.
[13] Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. ***Am J Psychiatry*** 1990; 147(5): 565-72.
[14] Maunder RG. Panic disorder associated with gastrointestinal disease: review and hypotheses. ***J Psychosom Res*** 1998; 44(1): 91-105.
[15] Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel Syndrome. ***Curr Psychiatry Rep*** 2004; 6(3): 210-5.
[16] Hu WH, Wong WM, Lam CL, Lam KF, Hui WM, Lai KC, et al. Anxiety but not depression etermines health careseeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a pulation-based study. ***Aliment Pharmacol Ther*** 2002; 16: 2081-8.
[17] 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): 589-93.
[18] Lydiard RB, Falsetti SA. Experence with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. ***Am J Med*** 1999; 107(5A): 65S-73S.
[19] North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. ***World J Gastroenterol*** 2007; 13(14): 2020-7.
[20] Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel ysfunction. ***Gut*** 1992; 33(6): 825–30.
[21] Jones MP, Wessinger S, Crowell MD. Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. ***Clin Gastroenterol Hepatol*** 2006; 4(4): 474-81
[22] Kennedy TM, Chalder T, McCrone P, Darnley S, Knapp M, Jones RH, et al. Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomized controlled trial. ***Health Technol Assess*** 2006; 10(19): 61-7.
[23] Kearney DJ, Brown-Chang J. Complementary and alternative medicine for IBS in adults: mind–body interventions. ***Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*** 2008; 5(11): 624-36.
[24] Solati Dehkordi SK.The comparative effect of cognetive – behavioral treatment, education of life style, relaxation and medication on quality of life: prevalence, psychological symptoms and severity in patients with Irritable bowel syndrome. [Thesis]. The University of Isfahan, 2008.
[25] Gagnemous I, Holzmann I, Koot H M, walander JL. Quality of life child and adolescent illness. New york: Branner- Rovtledge; 1995.
[26] Hahn BA, Kirchdoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Patient perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. ***Aliment Pharmacol Ther*** 1997; 11(3): 553-9.
[27] Hazrati M, Hosseini M, Dejpakhsh T, Taghavi SA, Rajaeefard A. The study effect of Benson relaxation on anxiety and symptom severity of patients with irritable bowel syndrome. ***J Arak Med Sci*** 2006; 4: 1-9. [in Persian]
[28] Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, et al. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. ***Am J Gastroenterol*** 2002; 97: 962-71.
[29] Solati Dehkordi SK, Rahimian GH, Abedi A, Bagheri N. The study of relationship psychological disorders with irritable bowel syndrome. ***J Lorestan Med Sci*** 2006; 8(2): 31-7.
[30] Yaghoubi N. Epidemiology of mental disorders in rural and urban of Somesara-Gilan. [Dissertation]. Psychiatric Institute of Tehran, 1994.
[31] Palahang J. Epidemiology of mental disorders in Kashan. [Dissertation]. Psychiatric Institute of Tehran, 1994.
[32] Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT, Mohammad K. Mental Health Survey Of The Adult Population In Iran. ***Br J Psychiatry*** 2004; 184: 70-3.
[33] Bennett EJ, Evans P, Scott AM, Badcock CA, Shuter B, Hoschl R, et al. Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders. ***Gut*** 2000; 46(1): 83-7.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

[34] Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruszniewski P, et al. Impact of irritable bowel syndrome on health related quality of life. ***Astroentrol Clin Biol*** 2006; 30(2): 241-6.
[35] Faresjö A, Anastasiou F, Lionis C, Johansson S, Wallander MA, Faresjö T. Health Related Quality of life of Irritable bowel syndrome in patients in different cultural settings. ***Health Qual Life Outcomes*** 2006; 4: 21.
[36] Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne AM, Chang L, Mayer EA. Racial diffence in the impact of irritable bowel syndrome, on health related quality of life. ***J Clin Gastroentrol*** 2004; 38(9); 782-9.
[37] Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with Irritable bowel Syndrome: development and validation of a new measure. ***Dig Dis Sci*** 1998; 43(2): 400-11.
[38] Colwell LJ, Prather CM, Phillips SF, Zinsmeister AR. Effects of an Irritable bowel Syndrome Educational class on Health-prompting Behaviors and Symptoms. ***Am J Gastroenterol*** 1998; 93(6): 901-5.
[39] Haghayegh A. The impact of Cognitive-behavioral group therapy on quality of life related to health in patients with Irritable Bowel Syndrome [Dissertation] Isfahan University. 2007.
[40] Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, et al. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. ***Am J Gastroenterol*** 2002; 97(4): 962-71.
[41] Haghayegh A, Kalantari M, Solati Dehkordi SK, Molavi H, Adibi P. The primary study of pshometric of persian version Quality of Life in Irritable Bowel. ***Govaresh*** 2008; 13(2): 99-105. [in Persian]
[42] Cremonini F, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. ***Gastroenterol Clin North Am*** 2005; 34(2): 189-204.
[43] North CS, Dowans D, Cluse RE, Alrakawi AD, Okucu ME, Cox J, et al. The presentation of irritable bowel syndrome in the context of somatization disorder. ***Clin Gastroenterol Hepatol*** 2004; 2(9): 787.
[44] Miller AR, North CS, Clouse RE, Wetzel RD, Spitznagel EL, Alpers DH. The association of irritable bowel syndrome and somatization disorder. ***Ann CLin Psychiatry*** 2001; 13(1): 25-30.
[45] 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.
[46] Poorshams A, Zendedel N, Semnani M, Semnani Y. Irritable bowel syndrome and mental disorders in university students. ***J Govaresh*** 2006; 11(1): 22-6.
[47] 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.
[48] 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
[49] Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. ***Clin Gastroenterol Hepatol*** 2004; 2(12): 1064-8.
[50] Lembo AJ, Zaman M, Krueger RF, Tomenson BM, Creed FH. Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome, and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. ***Am J Gastroenterol*** 2009; 104(3): 686-94.
[51] Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. ***Psychother Psychosom*** 1994; 61(1-2): 4-24.
[52] Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patient: a review. ***Am J Ther*** 2003; 10(1): 61-7.
[53] 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.
[54] 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): 709-17.
[55] Besharat MA, Zarpoor S, Bahrami Ehsan H, Rostami R, Mirdamadi MJ. The comparative characteristic of patients with irritable bowel syndrome and non – patient. ***J Clin Psychol*** 2010; 2(1): 15-25. [in Persian]
[56] Kharamin ShA, Nili H, Mohammadi A, Mobasheri Gh. The comparative coping styles in patients with duodenal ulcer, peptic ulcer and irritable bowel syndrome. ***J Armaghan danesh*** 2008; 13(2): 96-104. [in Persian]
[57] Kiamarsi A, Abolghasemi A. Emotional intelligence and frustration, predictors of quality of life in patients with IBS. ***Procedia: Soc Behav Sci*** 2010; 5: 827-31.
[58] Toner BB. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. ***CNS Spectr*** 2005; 10(11): 883-90.
[59] Mahvi Shirazi M, Fathi Ashtiani A, Rasoulzadeh Tabatabaee SK, Amini M. The comparative of Cognitive-behavioral psychotherapy and medication with on psychological condition and treatment of patients with irritable bowel syndrome. ***J Behav Sci*** 2008; 3: 201-8. [in Persian]
[60] Solati Dehkordi SK, Abdi P, Gamarani A. The effects of cognitive – behavior therapy and drug therapy on quality of life and symptoms. ***J Kerman Univ Med Sci*** 2012; 19(1): 94-103. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]