Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3), winter, pp 225 - 236

Investigation of the frequency of psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome patients one year after diagnosis Compared with the control group by self-assessment

Masoume Ebrahimi[1], Zolaykha Karamelahi[2], Mohammad zaman kamkar[3*]

1. Medical Student, Golestan Research Center of Psychiatry, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. MSc of Midwifery, Clinical Research Development Unit 5azar Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran& Department of Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3. Associate Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Golestan Research Center of Psychiatry, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

***Corresponding Author:** Mohammad zaman kamkar, **Email:** kamkar72@yahoo.com

Received: 5 December 2023 **Accepted:** 12 February 2024

Abstract

Background & Aim: Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional disorder of the gastrointestinal tract that affects 5-30% of the world's population and is characterized by abdominal pain and changes in bowel habits. It has been shown that mood; anxiety and physical disorders are associated with different degrees of psychological distress in patients with IBS. The purpose of the present study is to compare the frequency of psychiatric symptoms of irritable bowel syndrome patients one year after diagnosis with the control group using self-assessment method.

Materials & methods: In this descriptive-cross-sectional study, the number of 48 patients with irritable bowel syndrome (according to the Rome IV criteria) and 48 non-sufferers among those who referred to the gastroenterology clinic of Shahid Sayad Shirazi Hospital in Gorgan, with the available sampling method Selection and study were entered. Informed consent was obtained from the participants. Data were collected using checklist and SCL-90-R questionnaire. Then, using SPSS version 16 software and chi-square and Mann-Whitney tests, they were analyzed statistically.

Results: The two groups of case and control were similar in terms of demographic variables, including age, gender, education, marital status, and place of residence ($p<0.05$). There was no difference between the two groups in terms of the total score and the score of the subscales of SCL-90-R ($p<0.05$). None of the demographic variables and psychiatric symptoms were identified as risk factors for IBS ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, patients with irritable bowel syndrome are similar to non-affected people in terms of psychiatric symptoms. Also, demographic variables and psychiatric symptoms are risk factors for they did not suffer from irritable bowel syndrome.

Keywords: irritable bowel syndrome, digestion, psychiatry

How to cite this article: Ebrahimi, Zolaykha Karamelahi, Mohammad zaman kamkar. Investigation of the frequency of psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome patients one year after diagnosis Compared with the control group by self-assessment. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3): 225 – 236. **https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-580-fa.htm.**

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی فراوانی علائم روان‌پزشکی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر یک سال پس از تشخیص در مقایسه با گروه کنترل به شیوه خود ارزیابی

معصومه ابراهیمی[1] ، ذلیخا کرم الهی[2]، محمد زمان کامکار [3]*

۱. دانشجوی پزشکی ، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. کارشناس ارشد مامایی، واحد توسعه و تحقیقات بالینی ۵ آذر، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳ دانشیار روان‌پزشکی، گروه اعصاب و روان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

***نویسنده مسئول:** محمدزمان کامکار، **ایمیل:**kamkar72@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۴ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۱۱/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)، یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که ۳۰-۵ درصد از مردم جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و با درد شکمی و تغییر در عادات روده مشخص می‌شود. نشان داده شده است که اختلالات خلقی، اضطرابی و جسمانی با درجات مختلف ناراحتی روانی در بیماران مبتلا به IBS همراه است. هدف مطالعه حاضر مقایسه فراوانی علائم روان‌پزشکی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر یک سال پس از تشخیص باگروه کنترل به شیوه خود ارزیابی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، تعداد ۴۸ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (براساس معیار Rome IV) و ۴۸ فرد غیرمبتلا از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک گوارش بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مطالعه وارد شدند. از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه اخذ گردید. دادها با استفاده از چک لیست و پرسشنامه SCL-90-R جمع‌آوری شدند. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های کای دو و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: دو گروه مورد و کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل و محل سکونت همسان بودند ($p>۰/۰۵$). هیچ اختلافی میان دو گروه از لحاظ نمره کل و نمره خرده مقیاس‌های SCL-90-R مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). هیچ‌کدام از متغیرهای دموگرافیک و علایم روان‌پزشکی به عنوان عامل خطر برای IBS شناسایی نشدند ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از نظر علایم روان‌پزشکی با افراد غیر مبتلا مشابه هستند. همچنین متغیرهای جمعیت شناختی و علائم روان‌پزشکی عامل خطر برای ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نبودند.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، گوارش، روان‌پزشکی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر[1] (IBS) یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است(۱) که با تغییر شکل یا دفعات دفع مدفوع همراه با ناراحتی یا درد شکم مشخص می‌شود(۲،۳). تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند چالش‌برانگیز باشد زیرا نه تنها علائم با گذشت زمان تغییر می‌کنند، بلکه آنها می‌توانند سایر اختلالات را نیز تقلید کنند(۴،۵). تشخیص IBS براساس وجود علایم مشخص و رد سایر بیماری‌های جسمی (ارگانیک) است. در حال حاضر تشخیص این بیماری براساس ملاک‌های رمIV (Rome IV) می‌باشدکه در آن هر فرد بیمار دارای درد راجعه شکمی به طور متوسط حداقل یک روز در هفته درسه ماه اخیر، همراه با حداقل دو تا از سه ویژگی این نشانگان شامل: ۱- ارتباط درد با دفع (برطرف شدن درد با اجابت مزاج)، ۲-همراهی درد با تغییر در فرکانس دفع، شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج، و ۳- شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع را داشته باشد به عنوان بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شناخته می‌شود. معیارهای Rome IV بر اهمیت قوام مدفوع برای تمایز بین سه زیرگروه IBS تأکید دارد چراکه این امر با شکایت بیماران از یبوست یا اسهال و انتقالات روده بزرگ، بهتر از تعداد دفعات مدفوع ارتباط دارد(۱،۶). شیوع IBS از ۱/۱ درصد در آمریکا، فرانسه و ایران تا ۳۵/۵ درصد در مکزیک ، ۴۵ درصد در پاکستان و با کمترین شیوع در جنوب شرقی آسیا (۷درصد) متفاوت است(۷،۸). در ایالات‌متحده و کانادا نشانگان ابتلا به IBS در زنان ۱/۵ تا ۲ برابر بیشتر از مردان شیوع دارد و به نظر می‌رسد در آسیا از این نظر برابری بیشتری وجود دارد. در زنان بیشتر درد شکم و یبوست گزارش شده است، درحالی‌که در مردان بیش‌ترین نشانه مربوط به اسهال بوده است(۹). در کل میزان شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در زنان بالاتر از مردان است و علت آن تفاوت‌های فیزیولوژیکی در هورمون جنسی، تفاوت در پاسخ به استرس و پاسخ‌های ایمنی بیان شده است(۱۰). IBS بر فرد و خانواده وی تأثیرگذاشته و پیامدهایی برای جامعه دارد، این امر ناشی از این واقعیت است که IBS یک بیماری شایع و پرهزینه است (۱۱). اختلالات روان‌پزشکی و سندرم روده تحریک‌پذیر با یکدیگر همراهی دارند اختلالات روان‌پزشکی به مواردی اطلاق می‌شود که بیماران دارای با اختلال خلقی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال پانیک، اختلال وسواسی جبری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خود بیمار پنداری و اختلالات شبه جسمی باشندا(۱۲). هم ابتلایی روانی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی، می‌توانند علائم IBS را تشدید نمایند. یک مطالعه متاآنالیز نشان داد که شیوع هر دو

1 Irritable Bowel Syndrome

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اختلال اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به IBS ۲۳درصد است، در این بیماران علائم اضطراب و افسردگی شیوع بیشتری دارد و شیوع آن به ترتیب ۳۹ درصد و ۲۹ درصد است(۱۳). هم ابتلایی روانی در اتیولوژی IBS بخشی از مدل زیست روان‌شناختی اجتماعی یکپارچه است. علائم روان‌شناختی ممکن است در نتیجه شدت و تأثیر IBS بر روی فرد ایجاد شده باشد، یا در عوض قبل از شروع علائم گوارشی وجود داشته باشد(۱۴). سطح بالای اضطراب و افسردگی در افراد بدون IBS، پس از ۱ سال پیگیری نشان داد که فرد را مستعد ابتلا به این بیماری می‌کنند. هنگامی که این یافته‌ها به صورت طولانی مدت(با پیگیری در ۱۲ سال) مورد بررسی قرار گرفت، همین رابطه برای اضطراب دیده شد، اما نه برای افسردگی. همچنین در بیماران مبتلا به IBS بدون ابتلای اولیه به بیماری روانی، افزایش قابل‌توجهی دراضطراب و افسردگی در پیگیرهای پس از ابتلا به IBS وجود داشت(۱۵،۱۶). با توجه به نقش اختلالات روان‌شناختی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و ابتلای همزمان بیماری‌های جسمی و روانی و شیوع نسبتا بالای این سندرم در جمعیت عمومی کشور ما، شناخت این نوع اختلالات می‌تواند زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای روان‌درمانی و آموزش مهارت‌های لازم به مبتلایان جهت کاهش دوره‌ها و هزینه‌های درمانی شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه فراوانی علائم روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک گوارش بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در مقایسه با گروه کنترل در سال ۱۴۰۰انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و با رویکرد توصیفی تحلیلی بود. جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و همراهان آنها بودند که به فاصله‌ی زمانی یک سال پس از شروع بیماری آنان در سال ۱۴۰۰ به کلینیک گوارش بیمارستان صیاد شیرازی دانشگاه علوم پزشکی گلستان مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود: ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر براساس معیارهای تشخیصی Rome IV با تشخیص فوق تخصص گوارش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری‌های مثل دیابت، اختلالات تیروئیدی و اختلالات گوارشی همزمان(سلیاک، دیورتیکولیت، زخم اثنی عشر و بدخیمی)، سابقه اختلالات روان‌پزشکی جدی، سوءمصرف مواد و الکل و نیز مصرف داروهای روان‌پزشکی طی دو ماه اخیر بودند.حجم نمونه با استفاده از مطالعه‌ی فربود و همکاران (۲۰۱۵) با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان ۸۰ درصدی و براساس میانگین خصومت در دو گروه با استفاده از فرمول زیر برای هر یک از گروه‌های مورد وکنترل ۴۸(مجموع حجم نمونه ۹۶) نفرتعیین گردید(۱۷).

$$N = 2\times\left((Z_{1-(\alpha/2)} + Z_{1-\beta})^2 \times (SD_1^2 + SD_2^2)\right)\Big/(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2$$

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. تعداد ۴۸ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهرگرگان که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به عنوان گروه مورد و تعداد ۴۸ نفر از فرد غیر مبتلا به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر توسط فوق تخصص گوارش براساس معیارهای Rome IV صورت گرفت. پس از کسب مجوزهای لازم و اخذ کد اخلاق از دانشگاه مربوطه و هماهنگی با مسئولین بیمارستان، محقق به درمانگاه گوارش مراجعه نمود. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه و توضیح درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات، ابتدا چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک (شامل سن، میزان تحصیلات، جنس، وضعیت تاهل، محل سکونت) و پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R توسط گروه مورد و کنترل تکمیل گردید.

پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R: پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R شامل ۹۰ سوال در مقیاس پنج درجه‌ای شامل هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و خیلی زیاد است. امتیاز بندی سوال های به این صورت است که به هیچ(امتیاز صفر)، کمی(امتیاز یک)، تا حدی(امتیاز دو)، زیاد(امتیاز سه) و خیلی زیاد(امتیاز چهار) داده می‌شود. با استفاده از این آزمون اختلالات روانپزشکی شامل اضطراب، افسردگی، وسواس اجباری، افکار پارانوئید، علایم جسمانی یا سوماتیزیشن، خصومت و دشمنی، حساسیت بین فردی، ترس مرضی و روان‌پزشکی در گروه مورد و کنترل مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای نمره دهی آزمون جمع نمرات کسب شد از سوال های مربوط به هر کدام از اختلالات ذکر شده، بر تعداد سوال های مربوط به همان اختلال تقسیم گردید. به این ترتیب نمره مربوط به هر اختلال به دست آمد. سپس نمره کل از تقسیم مجموع نمره‌های به دست آمده از کل پرسشنامه بر ۹۰ اعلام شد. نتیجه نهایی اختلالات روانی به صورت فاقد اختلال روانی(نمره ۰،۱)، اختلال خفیف روانی(نمره ۲،۳)، اختلال متوسط روانی(نمره ۴،۵) و اختلال‌روانی شدید(نمره بیشتر از۳) گزارش گردید(۱۸).

در مورد روایی پرسشنامه، پژوهش‌های مختلف بیش‌ترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳و کمترین آن را برای بعد ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند. همچنین به منظور افزایش اعتبار پاسخ‌های آزمودنی‌ها ۱۰ پرسش دروغ سنج به آن اضافه شد. نمره بیشتر از ۳۰ در این ۱۰ پرسش، اعتبار نتایج آزمون را مخدوش می‌کند(۱۹). روایی و پایایی پرسشنامه SCL-90-R در ایران توسط باقری و همکاران(۲۰۰۸) تایید شده است.ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ بود که بیانگر آن است که سؤال‌های طرح‌شده حیطه مورد نظر را اندازه‌گیری می‌کنند(۲۰). ضریب پایایی پرسشنامه به روش

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بازآزمایی۰/۹۷و حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون .است شده گزارش ۹۶/۰ و ۹۸/۰، ۹۴/۰ ترتیب به (۲۱)

داده‌ها پس از ورود به SPSS نسخه ۱۶ توسط آزمون‌های کیفی شامل کای دو در هر دو گروه، مورد مقایسه قرار گرفت. داده‌های کمی مطالعه توسط مقایسه میانگین‌ها بوسیله آزمون‌های تی مستقل (در شرایط توزیع نرمال داده‌ها) و یا من ویتنی (در شرایط توزیع غیرنرمال داده‌ها) در دو گروه با هم مقایسه شدند. خرده مقیاس‌ها به صورت فراوانی (درصد) در هردو گروه مورد و کنترل گزارش شدند. سطح معناداری نیز۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۴۸ نفر درگروه مورد با سندرم روده تحریک‌پذیر و ۴۸ نفر همراه غیر مبتلا به عنوان گروه کنترل وارد مطالعه شدند. میانگین سنی گروه مورد ۱۸/۳۲ ± ۴۶/۲۲ سال با محدوده ۱۹-۵۶ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۲۰/۹۶ ± ۴۸/۹۲ سال با محدوده ۱۹-۵۹ سال بود که از این نظر دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نداشتند(p=۰/۶۳۶). دو گروه از نظر بقیه ویژگی‌های دموگرافیکی مورد مطالعه شامل جنسیت، محل سکونت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل نیز اختلاف معناداری نداشتند(جدول شماره۱).

جدول شماره۱: فراوانی و مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه بیمار و کنترل

متغیر		فراوانی (٪)		p-value
		گروه بیمار	گروه کنترل	
جنسیت	مرد	۲۵ (۵۲/۱)	۲۴ (۵۰)	۰/۸۳۸
	زن	۲۳ (۴۷/۹)	۲۴ (۵۰)	
محل سکونت	شهر	۳۵ (۷۲/۹)	۳۲ (۶۶/۷)	۰/۵۰۵
	روستا	۱۳ (۲۷/۱)	۱۶ (۳۳/۳)	
سطح تحصیلات	بیسواد	۱ (۲/۱)	۳ (۶/۳)	۰/۸۳۹
	ابتدایی	۷ (۱۴/۶)	۵ (۱۰/۴)	
	راهنمایی	۶ (۱۲/۵)	۷ (۱۴/۶)	
	دیپلم	۱۱ (۲۲/۹)	۱۱ (۲۲/۹)	
	دانشگاهی	۲۳ (۴۷/۹)	۲۲ (۴۵/۸)	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶ (۳۳/۳)	۲۱ (۴۳/۷)	۰/۴۵۸
	متاهل	۲۵ (۵۲/۱)	۱۹ (۳۹/۶)	
	مطلقه/بیوه	۷ (۱۴/۶)	۸ (۱۶/۷)	

با توجه به نتایج مطالعه دو گروه مورد و کنترل از لحاظ نمره کل SCL-90 و ابعاد آن با یکدیگر اختلاف معناداری نداشتند(p=۰/۷۴۵) (جدول شماره ۲).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین امتیازات SCL-90-R و ابعاد آن بین دو گروه مورد(IBS) و کنترل

متغییر	انحراف معیار ± میانگین		p-value
	مورد(IBS)	کنترل	
سوماتیزیشن	۱/۳۴ ± ۰/۶۱	۱/۲۳ ± ۰/۵۴	۰/۳۵۵
وسواس اجباری	۱/۳۹ ± ۰/۵۶	۱/۳۱ ± ۰/۴۴	۰/۴۴۱
حساسیت بین فردی	۱/۳۶ ± ۰/۵۱	۱/۴۲ ± ۰/۶۱	۰/۶۰۵
افسردگی	۱/۴۱ ± ۰/۵۸	۱/۲۴ ± ۰/۴۶	۰/۱۰۶
اضطراب	۱/۲۷ ± ۰/۵۳	۱/۳۳ ± ۰/۵۴	۰/۵۸۳
خصومت و دشمنی	۱/۳۹ ± ۰/۵۷	۱/۲۹ ± ۰/۵۸	۰/۳۹۵
ترس مرضی	۱/۰۹ ± ۰/۶۵	۱/۱۹ ± ۰/۵۸	۰/۴۲۴
افکار پارانوئید	۱/۳۰ ± ۰/۵۸	۱/۲۸ ± ۰/۴۹	۰/۸۵۰
روانپریشی	۱/۲۱ ± ۰/۶۴	۱/۲۹ ± ۰/۵۶	۰/۵۰۱
نمره کل SCL-90	۱/۳۲ ± ۰/۴۳	۱/۲۹ ± ۰/۳۸	۰/۷۴۵

نسبت شانس ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر برای هرکدام ازعوامل دموگرافیک و نیز متغیر علائم روان‌پزشکی نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از متغیرهای فوق به عنوان عامل خطر برای ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح نمی‌باشند(جدول شماره ۳).

جدول شماره۳: نسبت شانس ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر(IBS) برای متغیرهای دموگرافیک و ابعاد روانپزشکی

متغیر		نسبت شانس (OR)	محدوده اطمینان ۹۵٪	p-value
جنسیت زن		۰/۶۰۱	۰/۲۲_۱/۶۱	۰/۳۱۳
سن		۰/۹۹۶	۰/۹۶_۱/۰۳	۰/۷۹۷
وضعیت تاهل	متاهل	۱/۸۰۱	۰/۵۸_۵/۵۷	۰/۳۰۷
	بیوه	۱/۴۶۹	۰/۳۵_ ۶/۰۸	۰/۵۹۵
تحصیلات	ابتدایی	۳/۹۲۶	۰/۲۶_ ۵۹/۷۷	۰/۳۲۵
	راهنمایی	۲/۱۹۱	۰/۱۳_ ۳۳/۸۸	۰/۵۸۲
	دیپلم	۵/۲۷۵	۰/۱۶_ ۳۱/۲۵	۰/۵۳۹
	دانشگاهی	۱/۷۸۸	۰/۱۳_ ۲۴/۲۹	۰/۶۶۳
سکونت روستا		۰/۷۱۱	۰/۲۴_ ۲/۰۸	۰/۵۳۳
وسواس اجباری		۱/۲۹۳	۰/۲۵_۶/۷۹	۰/۷۶۱
حساسیت بین فردی		۰/۷۵۳	۰/۱۸_ ۳/۰۶	۰/۶۹۲
افسردگی		۳/۳۱۲	۰/۴۹_ ۲۲/۲۱	۰/۲۱۷
اضطراب		۰/۴۷۹	۰/۰۶_ ۳/۵۱	۰/۴۶۹
خصومت و دشمنی		۱/۷۶۷	۰/۶۵_۴/۷۹	۰/۲۶۳
ترس مرضی		۰/۸۱۴	۰/۲۴_۲/۷۸	۰/۷۴۲
افکار پارانوئید		۱/۰۲۴	۰/۳۱_ ۳/۳۹	۰/۹۶۸

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

روانپریشی	۰/۴۹۶	۰/۱۱_ ۲/۲۶	۰/۳۶۴
نمره کل SCL-90	۱/۳۶۵	۰/۰۰۱_ ۱۸۵۱/۵۸	۰/۹۳۳

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه فراوانی علائم روانپزشکی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر یک سال بعد از تشخیص نسبت به افراد غیر مبتلا صورت پذیرفت. در مطالعه حاضر دو گروه بیمار و کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیکی شامل جنسیت، محل سکونت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل کاملا با یکدیگر همسان بودند و اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. همچنین میان دو گروه IBS و کنترل هیچ تفاوتی از نظر علایم روان‌پزشکی شامل سوماتیزیشن، وسواس اجباری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و دشمنی، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی مشاهده نشد. نمره کل پرسشنامه SCL-90-R میان دو گروه بایکدیگر اختلاف معنی‌داری نداشتند و هیچ کدام از عوامل دموگرافیک و علایم روان‌پزشکی به عنوان عامل خطری برای سندرم روده تحریک پذیر شناسایی نشد.

در متون علمی، اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند که در ارتباط با بیماری‌های عملکردی دستگاه گوارش مشاهده می‌شوند (۵۰ -۳۰ درصد). این موضوع مطرح است که اختلالات اضطرابی با افزایش تحریک خودکار در بروز یا تداوم علائم معده یا روده نقش دارند. Torun و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به افراد غیر مبتلا از نظر سوماتیزیشن، وسواس اجباری، خصومت و دشمنی، و نمره کل SCL-90-R نسبت به افراد غیر مبتلا نمرات بالاتری داشتند. در مطالعه حاضر نشان داده شد که نمره کل و ابعاد SCL-90-R در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به افراد غیر مبتلا هیچ تفاوتی ندارد از این رو یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه تورن و همکاران ناهمسو بود. یک دلیل احتمالی برای این ناهمسویی این است که در مطالعه تورن و همکاران بیماران در ابتدای تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر خود به مطالعه وارد شده بودند درحالی‌که در مطالعه حاضر بیماران به فاصله‌ی زمانی ۱ سال پس از شروع بیماری آنان در مطالعه وارد شده بودند و احتمالا به دلیل قرار داشتن تحت درمان علایم روان‌پزشکی در آنها بهبودیافته و مشابه با افراد غیر مبتلا شده بودند. همچنین در مطالعه Torun وهمکاران (۲۰۲۲) بیماران باتروماى روانى وجسمى هم به مطالعه وارد شده بودند که در مطالعه حاضر این موارد جزو معیارهای خروج در نظر گرفته شده بود(۲۲).

فدائی و همکاران(۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان دادند که نمره کل و نمره هر نه خرده مقیاس SCL-90-R در بیماران IBS بالاتر از افراد غیر مبتلا است و پنج خرده مقیاس حساسیت بین

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

فردی، سوماتیزیشن، افکار پارانوئیدی، افسردگی و ترس مرضی با ابتلا به IBS ارتباط معنی‌داری دارند. در مطالعه حاضرامتیاز کل و امتیاز خرده مقیاس‌های SCL-90-R میان دو گروه IBS و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشتند و هیچ‌کدام از خرده مقیاس‌های SCL-90-R با ابتلا به IBS مرتبط نبودند. از این رو یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه فدائی و همکاران(۲۰۱۵) ناهمسو است(۲۳). هر چند هر دو مطالعه در ایران صورت پذیرفته ولی اختلافات مهمی میان دو مطالعه وجود دارد. در مطالعه فدائی و همکاران بر خلاف مطالعه ما دو گروه بیمار و کنترل از نظر سن و سطح تحصیلات همسان نبودند. همچنین از آنجا که دامنه قومیتی در استان گلستان گسترده می‌باشد این احتمال وجود دارد که تفاوت‌های مشاهده شده میان دو مطالعه ناشی از اختلافات قومیتی باشد(۲۳،۲۴).

Piacentino و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود نشان دادند که بیماران IBD و IBS نمرات بالاتری در SCL-90-R و خرده مقیاس‌های آن نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند و در هر دو گروه بیماران IBD و IBS ، شدت بیشتر بیماری با عملکرد بدتر روانی مرتبط است. در مطالعه حاضر میان دو گروه IBS و سالم از نظر نمره کل SCL-90-R و خرده مقیاس‌های آن مشاهده نشد و نیز رابطهای میان علائم روان‌پزشکی و IBS به دست نیامد که با یافته‌های مطالعه پیاسنشن و همکاران ناهمسو است(۲۵). در هر صورت IBS یک بیمار با دامنه گسترده‌ای از علایم می‌باشد که همگی می‌توانند بر شدت علایم روان‌پزشکی اثرگذار باشند. پاسخ به درمان بیماران از جمله عواملی است که می‌تواند شدت علایم روان‌پزشکی را بهتر یا بدتر نماید برچسب زدن بیماران IBS به عنوان بیماران روان‌پزشکی (به جز بیماران سخت تر با اختلال جسمانی واقعی) صحیح نیست. تکنیک های روان‌درمانی یا درمان شناختی رفتاری می‌تواند به بیماران IBS اجازه دهد تا با بیماری خود راحت تر کنار بیایند. داروهایی که برای بهبود اضطراب یا افسردگی طراحی شده‌اند به طور یکسان برای شکایات روان‌پزشکی در IBS مفید نیستند، زیرا علائم روانی شبه علائم اختلالات روانی ممکن است در بیماران مبتلا به IBS اهمیت یکسانی نداشته باشد(۲۶). پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ارتباط میان علایم سندرم روده تحریک‌پذیر و علایم روان‌پزشکی مورد سنجش قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی شاخص‌های شدت جهانی، علایم مثبت پریشانی، و مجموع علائم مثبت با IBS مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای به منظور ارزیابی علائم روان‌پزشکی بیماران IBS در ابتدای تشخیص و یک سال پس از شروع درمان در قومیت‌های مختلف انجام شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه خود ارزیابی SCL-90-R بود که شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌توانند

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

برخی از حقایق و علائم روان‌پزشکی را گزارش نکرده باشند. همچنین به علت کوچک بودن جامعه مورد مطالعه نمی‌توان نتایج حاصل را به سهولت جامعه تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که اختلافی میان علایم روان‌پزشکی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم جامعه در شهر گرگان وجود ندارد. همچنین هیچ‌کدام از متغیرهای دموگرافیک و علایم روان‌پزشکی با ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مرتبط نیستند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه مقطع دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق به شماره IR.GOUMS.REC.1400.165 می‌باشد. نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، واحد حمایت از توسعه و تحقیقات بالینی ۵ آذرگرگان، مسئولین و پرستاران و شرکت‌کنندگان در این پژوهش اعلام می‌نمایند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منابعی در ارسال و یا انتشار این مقاله از سوی نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. JAMA. 2015;313(9):949-58.
2. Sibelli A, Chalder T, Everitt H, Chilcot J, MossMorris R. Positive and negative affect mediate the bidirectional relationship between emotional processing and symptom severity and impact in irritable bowel syndrome. Journal of psychosomatic research. 2018;10(5):1-3
3. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. Rev Esp Enferm Dig. 2016;108(6):332-63.
4. Camilleri M. Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review. JAMA. 2021;325(9):865-877.
5. Grad S, Dumitrascu DL. Irritable bowel syndrome subtypes: new names for old medical conditions. Digestive diseases. 2020;38(2):122-27

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

6. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. The lancet Gastroenterology & hepatology. 2020;5(10):908-17.
7. Sperber AD, Dumitrascu D, Fukudo S, Gerson C, Ghoshal UC, Gwee KA, Hungin APS, Kang JY, Minhu C, Schmulson M, Bolotin A, Friger M, Freud T, Whitehead W. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. Gut. 2017;66(6):1075-1082.
8. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012;10(7):712-721.
9. Lovell RM, Ford AC. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2012;107(7):991-1000.
10. Park JH, Kang SH, Kim JS, Moon HS, Sung JK, Jeong HY. Contribution of sex and gender roles to the incidence of post-infectious irritable bowel syndrome in a prospective study. Scientific Reports. 2023;13(1):19467.
11. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2020;17(8):473-486.
12. Roshandel D, Rezailashkajani M, Shafaee S, Zali MR. A cost analysis of functional bowel disorders in Iran. Int J Colorectal Dis. 2007;22(7):791-9.
13. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2019;50(2):132-143.
14. Van Oudenhove L, Crowell MD, Drossman DA, Halpert AD, Keefer L, Lackner JM, Murphy TB, Naliboff BD, Levy RL. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2016:S0016-5085(16)00218-3.
15. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, Talley NJ. The brain--gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. Gut. 2012;61(9):1284-90.
16. Quigley EMM. The Gut-Brain Axis and the Microbiome: Clues to Pathophysiology and Opportunities for Novel Management Strategies in Irritable Bowel Syndrome (IBS). J Clin Med. 2018;7(1):6.
17. Farbod F, Farzaneh N, Bijan MD, Mehdi G, Nosratollah N. Psychological features in patients with and without irritable bowel syndrome: A case-control study using Symptom Checklist-90-Revised. Indian J Psychiatry. 2015;57(1):68-72.
18. Tabrizizadeh M, Yasini Ardakani SM, Rostamzade P, Zare M. The Mental Health Status of Students of Medicine and Dentistry A Study in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd Iran. Strides in Development of Medical Education. 2013;9(2):153-61.
19. Akhavan Abiri F, Shairi MR. Validity and Reliability of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and Brief Symptom Inventory-53 (BSI-53). Clinical Psychology and Personality. 2020;17(2):169-95. [Persian]
20. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. In: Rush A, First MB, Blacker D. Handbook of psychiatric measures. 2nd ed. Washington, DC: American psychiatric association; 2008. p.81-84.
21. Bagheri L. Comparison of family solidarity, mental health and religious orientation in runaway and normal girls in Tehran. Master's thesis 2013. [Persian]
22. Torun F, Koç G, Ocak Serın S, Dılek Torun S. Psychiatric symptoms and relationship of disease with stress and traumatic experiences in patients with irritable bowel syndrome. Riv Psichiatr. 2020;55(5):292-296.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

23. Farbod F, Farzaneh N, Bijan MD, Mehdi G, Nosratollah N. Psychological features in patients with and without irritable bowel syndrome: A case-control study using Symptom Checklist-90-Revised. Indian J Psychiatry. 2015;57(1):68-72.
24. Kang JY. Systematic review: the influence of geography and ethnicity in irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2005;21(6):663-76.
25. Piacentino D, Cesarini M, Badiali D, Pallotta N, Biondi M, Corazziari ES. The central role of psychopathology and its association with disease severity in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. Riv Psichiatr. 2019;54(2):75-83.
26. 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.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]