

مقایسه میزان علائم روان رنجور بین بیماران گوارشی، همراهان سالم و گروه شاهد

علی محمد بیگی^۱، محسن معروفی^۲، آزاده احمدی^۳، ژاندارک اقلیدی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تداخل عوامل روانی و جسمانی در مورد فعالیت‌های دستگاه گوارش، همیشه در عمق اندیشه انسان جای داشته است. این پژوهش با هدف مقایسه میزان علائم روان رنجور بین بیماران گوارشی، همراهان سالم و گروه شاهد انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود که به روش توصیفی انجام گردید. شرکت کنندگان پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند و در سه گروه بیماران گوارشی (۱۰۰ نفر)، همراهان سالم (۶۰ نفر) و گروه شاهد (۱۰۰ نفر) قرار گرفتند. سپس، آزمون (Symptom Checklist-90-Revised) SCL-90-R برای آنان اجرا گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین سه گروه مورد مطالعه، از نظر روان‌پریشی ($P = 0/04$)، وسواس-اجبار ($P < 0/01$)، شکایات جسمانی ($P < 0/01$) و اضطراب ($P = 0/02$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بین دو گروه بیمار و شاهد نیز از نظر ضریب کلی علائم (GSI یا Global Symptom Index) ($P = 0/02$)، روان‌پریشی ($P = 0/01$)، وسواس-اجبار ($P < 0/01$)، شکایات جسمانی ($P < 0/01$) و اضطراب ($P = 0/01$) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، تفاوت بین دو گروه همراه و شاهد از نظر وسواس-اجبار ($P = 0/02$) و اضطراب ($P = 0/04$) معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر قبل از هر چیز به رابطه بین علائم روان رنجور با بیماری‌های گوارشی می‌پردازد. نتایج به دست آمده می‌تواند بستری را برای بررسی عمیق‌تر اختلالات گوارش فراهم نماید. این امر گام مهمی در جهت تبیین و شناخت بیماری‌های گوارش خواهد بود و از طرف دیگر، تلویحات مهمی در زمینه‌های درمانی خواهد داشت. همچنین، پیشنهاد می‌گردد در آینده مطالعات مشابهی با وسعت و عمق بیشتری انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: علائم روان رنجور، بیماران گوارشی، دستگاه گوارش

ارجاع: محمد بیگی علی، معروفی محسن، احمدی آزاده، اقلیدی ژاندارک. مقایسه میزان علائم روان رنجور بین بیماران گوارشی، همراهان سالم و گروه شاهد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۲): ۲۱۰-۲۱۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۴/۱۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۴

مقدمه

روان‌شناختی تنها علت مشکل جسمی است، اما به نظر می‌رسد که از عوامل مؤثر آن به شمار می‌رود (۱).

فرنزی بیان کرد که مفهوم هستی‌تبدیلی، در مورد اعضای هم که از سلسله اعصاب اتونوم عصب می‌گیرند، به کار می‌رود. به طور مثال، خونریزی کولیت اولسراتیو را می‌توان تظاهر یک تخیل روانی خاص تلقی نمود (امروزه بیماری‌هایی مانند کولیت قرصه‌ای، از جمله بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شود که فقط در اعضای تحت تسلط سلسله اعصاب اتونوم روی می‌دهند). تعبیر وی از علائم روان‌تنی، به عنوان واکنش‌های تبدیلی نخستین انطباق این مفهوم بر بیماری‌هایی همچون کولیت بود. Helen Flanders Dunbar، شکل شخصیتی خودآگاه و الگوی رفتاری خاصی در ارتباط با بیماری‌های روان‌تنی خاص مانند تیپ کرونری A و Friedman و Rosenman مطرح کرد.

پیوند بین علل روان‌شناختی و سلامت جسمی، خیابان یک‌طرفه نیست. هر حالت روان‌شناختی در مستعد ساختن فرد برای ابتلا به بیماری جسمی نقش دارد، اما بیمار شدن نیز به نوبه خود حالت ذهنی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی، اضطراب، خشم، احساس ناامیدی و درماندگی، مشخصه بیشتر کسانی است که مجبور هستند با بیماری و ناتوانی جسمی زندگی کنند و در عین حال، لازم نیست بیماری جسمی بدخیم باشد تا اثر روان‌شناختی داشته باشد (۱). تداخل و همبستگی عوامل روانی و جسمانی در مورد کار و فعالیت‌های دستگاه گوارش همیشه در عمق اندیشه انسان جای داشته است. در همه زبان‌ها کلماتی مانند غذا، گوارش، سوء هاضمه، رفع گرسنگی و ادامه حیات با استعاره‌های فراوان روانی همراه بوده است (۲). به طور کلی، نمی‌توان گفت که فشار

- ۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 - ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۳- فوق تخصص نروولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 - ۴- مربی، گروه کاردرمانی، دانشکده توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- نویسنده مسؤول: علی محمد بیگی
- Email: alimb69@yahoo.com

بر اساس نظر انژل کارما، زخم پپتیک معنی روانی خاصی دارد. این باور، تعمیم مفهوم تبدیلی Freud به عضوی است که از سلسله اعصاب اتونوم عصب می‌گیرد و مشابه مفهوم فرنزی می‌باشد. مطابق نظریه مایرفرایدمن، شخصیت تیپ A به عنوان عامل خطر ساز بیماری قلبی - عروقی، در ۳۰ سال گذشته بر خیلی از پژوهش‌های روان‌تنی مسلط بوده است. مفهوم اساسی توسط Helen Flanders Dunbar در سال ۱۹۳۶ معرفی گردید.

بر اساس پژوهش‌هایی که در زمینه اختلالات روان‌تنی صورت گرفته، تحقیقات انجام شده بر روی دستگاه گوارش نیز از نظر روانی از محدوده تک عاملی خارج گردیده و به مرحله چند عاملی و حتی فراتر از آن وارد شده‌اند؛ به این معنی که پزشک معالج برای شناخت بیماری، نمی‌تواند فقط به شناسایی عوامل متغیر اکتفا کند، بلکه باید در پی یافتن نحوه عمل این متغیرها باشد. واینر می‌گوید: معیار قابل قبول برای یک بررسی روان‌تنی صحیح علاوه بر عوامل روانی، باید شامل گزارش‌های بالینی بسیار دقیقی باشد تا بتوان با امکان وجود انواع مختلف بیماری مقابله نمود. عوامل روانی نیز دارای اهمیت فوق العاده‌ای می‌باشند؛ چرا که باید به عواملی که در خارج از سطح آگاهی فوری عمل می‌کنند، توجه نمود (۲). بیماری گوارشی مزمن ممکن است موجب تشدید پوش‌های ناپه‌نجانر خانوادگی شود و زمینه‌ساز بیماری‌های روانی مانند اختلالات خلقی و اختلال خوردن گردد. وقتی بیماری گوارش و بیماری روانی همراه با هم به وجود آید، سیر و پیش‌آگهی هر دو اختلال دچار پیچیدگی می‌شود (۳).

عوامل استرس‌زا بر روی دستگاه گوارش اثر می‌گذارد و با درجات متغیری، سبب ناتوانی و اختلال در این سیستم می‌شود. واکنش‌هایی که دستگاه هاضمه در برابر عوامل استرس‌زا از خود بروز می‌دهد، در اصطلاح پسیکوفیزیولوژی نامیده می‌شود. این واکنش‌ها با شرایط مختلف عاطفی روزمره از جمله ترس، عصبانیت و حالت خصومت همراه می‌باشد و حتی ممکن است در بعضی از افراد، از دوران طفولیت شروع شده باشد. این واکنش‌ها محافظی در برابر خطر موجود یا قریب‌الوقوع محسوب می‌شود و فقط قسمتی از یک پاسخ کلی نسبت به خطری است که قابل درک می‌باشد. علائم اختلال عمل دستگاه گوارش به صورت مزمن، راجعه و یا مداوم بروز می‌کند (بدون تهدید واضحی) و حتی ممکن است به حالت پاسخ‌های شرطی درآید. علائم مذکور به صورت شکایات سوماتیک می‌باشد، اما در واقع بیانگر مشکلات عاطفی عمیق بیمار است. بیمارانی که گرفتار اختلال عمل دستگاه گوارش هستند، اغلب مضطرب و مدام در حال جدال با موقعیت‌های موجود در زندگی‌شان می‌باشند. اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که واکنش عاطفی نسبت به استرس (به صورت پاسخ‌های تشدید یا تخفیف یافته)، توسط لوله هاضمه منعکس می‌گردد (۴).

تعداد زیادی از مراجعان به کلینیک‌های عمومی و داخلی را بیماران شاکی از علائم گوارشی تشکیل می‌دهند. بیماری‌های گوارشی تأکیدی بر اهمیت مدل زیستی - روانی - اجتماعی در رویکرد بیماری‌ها می‌باشد. بیماری‌هایی همچون زخم پپتیک و کولیت اولسراتیو نمونه‌هایی از بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند (۵، ۶). به نظر می‌رسد که عوامل روان‌شناختی مانند خصوصیات شخصیتی، نقش مهمی در ایجاد یا تشدید این بیماری‌ها ایفا می‌کنند. اصطلاح روان‌تنی دلالت بر ارتباط نزدیک ذهن و جسم دارد (۷، ۳). افزایش اسید و پپسین نسبت به مقاومت مخاطی، هر دو به مصرف قهوه، الکل، استرس و اضطراب و تغییرات سبک زندگی حساس است. مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته و نتایج بیشتر آن‌ها نشان داده است که استرس نقش بسیار مهمی

در تشدید زخم معده در بیماران مبتلا به این بیماری دارد (۷، ۵). مطالعات اولیه زخم معده، بر نقش عوامل روان‌شناختی در تولید زخم معده تأکید نموده‌اند. این اثر از طریق افزایش ترشح اسید در اثر استرس روان‌شناختی اعمال می‌شود (۸-۱۰). مطالعات عوارض جنگ در طول جنگ جهانی دوم، میزان افزایش زخم معده در افراد مسن‌تر را نسبت به افراد گروه شاهد نشان داد (۶). شواهد اخیر در مورد نقش هلیکوباکتر پیلوری در شروع زخم معده، حاکی از آن است که عوامل روانی - اجتماعی در تظاهر بالینی نشانه‌ها، سبب کاهش پاسخ‌های ایمنی و در نتیجه، حساسیت بیشتر نسبت به هلیکوباکتر پیلوری می‌گردد. در مورد این که چه نوع بیماری خاص روانی با بیماری زخم معده ارتباط دارد، اتفاق نظری مشاهده نشده است (۵). شیوع بالای هم‌زمان اختلالات روان‌پزشکی به خصوص افسردگی و اضطراب، با بیماری‌های جسمی مزمن گزارش شده است (۱۱-۱۴). زخم معده در تمام انواع تیپ شخصیتی تشخیص داده شده است (۱۵، ۱۶، ۳)، اما تیپ شخصیت نوروتیسم، در ایجاد زخم معده دخالت بیشتری دارد. متأسفانه پزشکان اغلب در مراقبت اولیه، از تشخیص اختلال روانی در بیماران جسمی درمی‌مانند (۱۷).

در بررسی نقش عوامل روان‌تنی در ایجاد زخم گوارشی، عوامل متعددی از جمله استرس و استعدادهای فردی نقش عمده‌ای را ایفا می‌کنند. خصوصیات روانی از جمله شخصیت، رفتار تیپ A، کج خلقی، اضطراب و افسردگی و همچنین، عوامل محیطی - اجتماعی همچون استرس حوادث زندگی و حمایت اجتماعی اهمیت دارند. نقش احتمالی استرس بر روی سیستم ایمنی و ایجاد عفونت هلیکوباکتر پیلوری نیز حایز اهمیت است (۱۸).

در پژوهشی که در کره جنوبی انجام شد، ۳۰ بزرگسال با نشانگان معدی - رودهای که از مشکلات سوء هاضمه بدون زخم (Non-ulcer dyspepsia) یا (NUD) در غیاب بیماری‌های ارگانیک رنج می‌بردند، با ۳۰ نفر از افراد سالم مقایسه شدند. در مطالعه مذکور، میزان اضطراب، افسردگی، حوادث استرس‌زای زندگی، سبک‌های مقابله و حمایت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون‌های SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)، مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI)، آزمون TAT (Thematic Apperception Test)، آزمون راه‌های مقابله و ارزیابی حمایت‌های اجتماعی و پرسش‌نامه خودگزارشی که مقدار حوادث استرس‌زای زندگی را اندازه‌گیری می‌کرد، ارزیابی گردید. بیماران NUD به طور معنی‌داری نشانه‌های بیشتری از افسردگی، درک حوادث استرس‌زای زندگی، مهارت‌های مقابله کمتر و حمایت‌های اجتماعی پایین‌تری را نسبت به گروه شاهد گزارش نمودند (۱۰).

بررسی دیگری به منظور سنجش و مقایسه استرس‌های روان‌شناختی در بین بیماران گوارشی مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS) و NUD با گروه شاهد در مینوسوتای آمریکا انجام شد و نتایج نشان داد که بیماران گوارشی نمرات بالاتری را در هر یک از ابعاد نه‌گانه آزمون SCL-90-R به جز ترس اضطراب نسبت به گروه شاهد به دست آوردند. همچنین، این گروه در مقایسه با گروه شاهد، حوادث منفی و استرس‌های روان‌شناختی بیشتری را نشان دادند. اختلالات گوارشی از نظر جنس و سن، به طور مستقل با جسمانی کردن، حساسیت در روابط متقابل و حوادث منفی زندگی ارتباط داشت (۱۹). در تحقیق دیگری، آزمون SCL-90-R همراه با آزمون‌های دیگر اجرا گردید. نتایج آزمون

بخش عمده‌ای از فعالیت بالینی و درمانی پزشکان عمومی و متخصصان گوارش را به خود اختصاص داده است که اغلب با موفقیت‌های درمانی اندکی همراه می‌باشد. علت اصلی این عدم توفیق، ناشی از سبب‌شناسی مبهم و پیچیده این دسته اختلالات است (۳۴). چهارم این که، مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیک زیربنایی این دسته از اختلالات، به طور دقیق شناخته نشده‌اند و به ناکارآمدی محور مغز- روده به عنوان عامل اصلی پدید آمدن ناهنجاری‌های فیزیولوژیک مانند درد احشایی اشاره می‌شود (۳۷، ۳۸). در واقع، هیچ گونه ناهنجاری ساختاری و بیوشیمیایی قطعی برای نشانه‌های FGIDs مطرح نشده است (۳۹، ۴۰). در نهایت، شواهد پژوهشی اخیر از مدل زیستی- روانی- اجتماعی جهت تبیین FGIDs حمایت می‌کند و نقش و اهمیت عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در شکل‌گیری این اختلالات را در کنار عوامل زیستی در نظر می‌گیرد (۴۱، ۴۸). بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه میزان علائم روان‌رنجور در بین بیماران گوارشی، همراهان سالم و گروه شاهد بود. در پژوهش حاضر علاوه بر سنجش علائم نوروتیک و روان‌رنجور بیماران، علائم در یکی از اعضای خانواده که مشکلات گوارشی نداشت نیز سنجیده شد تا تأثیرات روانی- اجتماعی بیشتر پردازش شود و هم‌زمان با گروه شاهد نیز مقایسه گردید. می‌توان گفت این تحقیق از نظر مقایسه و بررسی متغیرها در بین این سه گروه در داخل و خارج کشور منحصر به فرد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع علی- مقایسه‌ای بود و به روش توصیفی انجام گردید. جامعه مطالعه را بیماران گوارشی، همراهان سالم آنان و افراد سالم استان اصفهان تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. برای انتخاب نمونه با توجه به اطمینان ۹۵ درصد، فراوانی ۵۰ درصد و خطای ۵ درصد، ۶۰ نفر انتخاب شدند. ولی برای بالا بردن دقت پژوهش و کاهش خطای نوع اول و دوم و افزایش امکان تعمیم داده‌های پژوهش، ۱۰۰ نفر بیمار گوارشی، ۶۰ نفر از همراهان آن‌ها و ۱۰۰ نفر گروه شاهد به طور در دسترس انتخاب شدند. علت انتخاب ۶۰ نفر از گروه همراهان این بود که بعضی از بیماران بدون همراه مراجعه می‌کردند یا همراهان آن‌ها شرایط ورود به مطالعه را نداشتند. همچنین، افراد گروه شاهد از نظر سن، جنس و وضعیت تأهل با گروه بیمار هم‌تاسازی شدند. توان آماری در رابطه با فرضیه‌های تأیید شده بالاتر از ۰/۸۰ به دست آمد. در نتیجه، حجم نمونه برای انجام مطالعه کافی بود.

ابزار مورد استفاده، آزمون SCL-90-R بود. این آزمون از ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی تشکیل شده است که به وسیله پاسخ دهنده تکمیل می‌گردد و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردید. پاسخ‌هایی که آزمودنی به هر یک از سؤالات آزمون می‌دهد، در یک مقیاس پنج درجه‌ای میزان ناراحتی (از هیچ گاه تا به شدت) مشخص می‌شود. سؤالات این آزمون شامل ۳ شاخص کلی و ۹ بعد از علائم بیماری‌های روانی عبارت از «شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی» می‌باشد. علاوه بر این، تفسیر آزمون به کمک سه شاخص کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی انجام می‌گیرد. مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای مقیاس SCL-90-R می‌باشد (۴۲). این آزمون در چند مطالعه به عنوان مقیاس غربالگری اختلالات روانی در مناطق

SCL-90-R گزارش کرد که نشانه‌های جسمانی کردن، وسواس، افسردگی و اضطراب خیلی بالا بود. در CBE نتایج یافته‌ها در حد متوسط و تمایل به درد نیز در حد متوسط به بالا بیان گردید. ترکیب شاخص‌های IIP-C و مقیاس SCL-90-R در الگوهای روان‌تنی، همبستگی متوسطی با شدت درد داشت (۲۰). بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی، میزان بالاتری از مشاوه‌های روان‌پزشکی را به خود اختصاص می‌دهند. این امر نشان از ارتباط بین اختلالات گوارشی و بیماری‌های روان‌پزشکی دارد. درصد بالایی از اختلالات دستگاه گوارش را اختلالات عملکردی تشکیل می‌دهند. عوامل روان‌شناختی و روان‌پزشکی در شروع، ادامه و پیش‌آگهی بیماری‌های گوارشی تأثیر دارند. گزارش‌های زیادی در مطالعات متعدد، به ارتباط بین استرس، اضطراب و واکنش‌های روان‌شناختی و بیماری‌های گوارش پرداخته‌اند (۲۱). بیماری ریفلکس معده‌ای- مری (Gastroesophageal reflux disease یا GERD)، شایع‌ترین بیماری مری می‌باشد و علت عمده مصرف داروهای آنتی‌اسید، قابل وصول بودن بدون نسخه است. علامت عمده این بیماری، سوزش سردل می‌باشد که ممکن است با برگشت غذا به دهان و درد همراه شود. ناراحتی روان‌شناختی، شدت علائم را در بیماران آسیب‌پذیر افزایش می‌دهد. در یک زمینه‌یابی بر روی بیماران مبتلا به GERD، به نظر می‌رسد که عواملی همچون استرس شدید، هیجان‌زدگی مفرط، مشاجرات خانوادگی و افسردگی ماشه‌چکان علائم هستند.

مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به کولیت قرچه‌ای، بارز بودن صفات وسواسی- جبری را نشان داد. این بیماران نظیف، منظم و دقیق می‌باشند و در ابراز خشم مشکل دارند. با این وجود، تغییرات وسیعی در شکل بالینی بیماران مبتلا به این اختلال مشاهده می‌شود. پژوهشی در مورد اختلالات روان‌پزشکی قبل از شروع علائم جسمی بیماری کرون انجام شد و میزان بالای (۲۳ درصد) اختلال هراس در مبتلایان به کولیت اولسراتیو در مقایسه با گروه شاهد گزارش گردید (۳). علائم روانی غیر طبیعی در ۸۰ درصد مبتلایان به IBS ثبت شده است، اما هیچ تشخیص روانی خاصی غالب نیست (۲۲). در مجموع، اعتقاد بر این است که عوامل روان‌شناختی در پیدایش تمام بیماری‌ها اهمیت دارند و این مسأله در تحقیقات متعدد نیز اثبات گردیده است (۳۳-۳۲).

بنابراین، لزوم انجام تحقیق و پژوهش در این زمینه از اهمیت فراوانی برخوردار است که به چند مورد آن پرداخته می‌شود. اول این که آشفتگی‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی به خصوص افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، وجود دارد، اما پزشکان اغلب در این زمینه تخصصی ندارند و یا تمایلی برای بررسی این جنبه از بیماران نشان نمی‌دهند (۳۴). دوم این که به نظر می‌رسد باید به سبب‌شناسی اختلالات گوارشی به صورت چند عاملی نگریسته شود. به عبارت دیگر، همسو با مدل زیستی- روانی- اجتماعی، باید به نقش عوامل روان‌شناختی به ویژه ویژگی‌های بنیادی شخصیتی توجه نمود. عوامل روان‌شناختی نه تنها بر عملکرد روده، بلکه بر علائم اختلالات گوارشی عملکردی (Functional gastrointestinal disorders یا FGIDs) و حتی پیامدهای درمانی نیز تأثیر می‌گذارند (۳۵). سوم این که اغلب روان‌شناسان معتقد هستند که دسته‌ای از عوامل روان‌شناختی به ویژه عوامل شخصیتی، می‌توانند یک فرد را مستعد بیماری‌های روان‌تنی کنند و یکی از بیماری‌های روان‌تنی مهم، FGIDs می‌باشد تا جایی که حدود ۵۰ درصد از مراجعان به مراکز درمانی را این افراد تشکیل می‌دهند (۳۶) و این اختلالات،

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیرها	شاهد	بیماران	همراهان سالم
میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
حساسیت در روابط متقابل	۰/۷۶ $\pm$ ۰/۶۷	۰/۸۷ $\pm$ ۰/۷۲	۰/۸۲ $\pm$ ۰/۶۹
روان‌پریشی	۰/۵۴ $\pm$ ۰/۵۳	۰/۷۳ $\pm$ ۰/۵۸	۰/۶۷ $\pm$ ۰/۵۹
پارانویید	۰/۹۵ $\pm$ ۰/۶۵	۱/۱۳ $\pm$ ۰/۷۹	۱/۲۲ $\pm$ ۰/۹۲
ترس مرضی	۰/۷۱ $\pm$ ۰/۷۳	۰/۵۹ $\pm$ ۰/۵۹	۰/۶۶ $\pm$ ۱/۸۲
وسواس- اجبار	۰/۶۸ $\pm$ ۰/۶۸	۱/۰۱ $\pm$ ۰/۷۱	۰/۹۳ $\pm$ ۰/۷۱
شکایات جسمانی	۰/۷۴ $\pm$ ۰/۵۹	۱/۱۴ $\pm$ ۰/۷۷	۰/۹۷ $\pm$ ۰/۸۴
پرخاشگری	۰/۷۲ $\pm$ ۰/۷۴	۰/۹۲ $\pm$ ۰/۷۶	۰/۸۸ $\pm$ ۰/۷۳
اضطراب	۰/۷۱ $\pm$ ۰/۷۶	۰/۹۸ $\pm$ ۰/۷۷	۰/۹۸ $\pm$ ۰/۸۰
افسردگی	۰/۹۰ $\pm$ ۰/۷۴	۱/۰۸ $\pm$ ۰/۷۷	۱/۰۳ $\pm$ ۰/۸۴
GSI	۰/۷۶ $\pm$ ۰/۵۷	۰/۹۴ $\pm$ ۰/۶۳	۰/۹۱ $\pm$ ۰/۶۱

GSI: Global Symptom Index

به منظور بررسی مقایسه علایم نوروتیک بین سه گروه مشارکت کنندگان، از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، از نظر روان‌پریشی ($P = ۰/۰۴$)، وسواس- اجبار ($P < ۰/۰۱$)، شکایات جسمانی ($P < ۰/۰۱$) و اضطراب ($P = ۰/۰۲$) بین سه گروه بیماران گوارشی، همراهان سالم و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت. جهت بررسی میزان علایم نوروتیک بین گروه‌ها به صورت زوجی، از آزمون مقایسه‌های زوجی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، از نظر GSI ($P = ۰/۰۲$)، روان‌پریشی ($P = ۰/۰۱$)، وسواس- اجبار ($P < ۰/۰۱$)، شکایات جسمانی ($P < ۰/۰۱$) و اضطراب ($P = ۰/۰۱$) بین دو گروه بیمار و شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه همراه و شاهد از نظر وسواس- اجبار ($P = ۰/۰۲$) و اضطراب ($P = ۰/۰۴$) وجود داشت.

شهری و روستایی ایران استفاده شده است (۴۳). مطالعات نشان داده‌اند که مقیاس مذکور از اعتبار و پایایی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است (۴۴). Derogatis اعتبار درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، رضایت‌بخش گزارش کرد. بیشترین و کمترین ضریب همبستگی برای افسردگی و روان گسسته‌گرایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۷۷ به دست آمد. اعتبار به شیوه بازآزمایی این مقیاس بر روی ۹۴ بیمار روانی ناهمگون پس از یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ را بیان نمود (۴۵). در مورد روایی پرسش‌نامه، پژوهش‌های مختلف بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن را برای بعد ترس‌های مرضی ۰/۳۶ عنوان کرده‌اند. علاوه بر این، ضرایب همسانی درونی در مورد بیماران سرپایی در دامنه ۰/۷۹ برای افکار پارانوییدی تا ۰/۹۰ برای افسردگی حاصل شد. همچنین، ضریب همسانی درونی در مورد افراد با نشانه‌های بالینی، در دامنه‌ای از ۰/۷۷ برای روان گسسته‌گرایی تا ۰/۹۰ برای افسردگی به دست آمد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان پژوهش از سه گروه و در مجموع ۲۶۰ نفر تشکیل شده بود که شامل ۱۰۰ نفر بیماران گوارشی (۵۸ مرد و ۴۲ زن)، ۶۰ نفر همراهان سالم (۳۴ مرد و ۲۶ زن) و ۱۰۰ نفر گروه شاهد (۵۸ مرد و ۴۲ زن) بود. ۷۳ نفر از شرکت کنندگان مجرد و ۱۸۷ نفر متأهل بودند.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها که نتایج آن در جدول ۱ آمده است، مشخص گردید که میانگین ضریب کلی علایم (Global Symptom Index یا GSI) گروه بیماران بیشتر از گروه همراهان سالم و گروه شاهد بود. همچنین، میانگین GSI گروه شاهد بیشتر از گروه سالم به دست آمد. نمرات گروه بیمار در همه خرده آزمون‌ها به جز خرده مقیاس‌های پارانویید، ترس مرضی و حساسیت در روابط متقابل بیشتر از همراهان سالم و در سه خرده مقیاس ذکر شده میانگین گروه همراهان سالم بیشتر از گروه بیمار بود. به غیر از میانگین نمرات ترس مرضی که در آن گروه شاهد نمره بیشتری نسبت به گروه‌های بیمار و همراه کسب کرد، میانگین نمرات بقیه خرده مقیاس‌های گروه شاهد کمتر از میانگین گروه‌های بیمار و همراه بود.

جدول ۲. تأثیر عضویت گروهی بر علایم نوروتیک آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	واریانس	F	میزان تفاوت	P	توان آماری
حساسیت در روابط متقابل	۰/۸۰	۲	۰/۴۰	۰/۸۶	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۲۰
روان‌پریشی	۲/۰۶	۲	۱/۰۳	۳/۲۵	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۶۲
پارانویید	۱/۰۱	۲	۰/۵۰	۰/۷۸	۰/۰۱	۰/۴۶	۰/۱۸
ترس مرضی	۰/۸۷	۲	۰/۴۴	۰/۴۰	۰/۰۰	۰/۶۷	۰/۱۱
وسواس- اجبار	۶/۵۳	۲	۳/۶۶	۶/۸۱	۰/۰۵	< ۰/۰۱	۰/۹۲
شکایات جسمانی	۸/۵۹	۲	۴/۳۰	۸/۳۶	۰/۰۶	< ۰/۰۱	۰/۹۶
پرخاشگری	۱/۶۷	۲	۰/۸۴	۱/۵۶	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۳۳
اضطراب	۴/۲۰	۲	۲/۱۰	۳/۸۰	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۶۹
افسردگی	۱/۹۰	۲	۰/۹۵	۱/۶۷	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۳۶
GSI	۱/۹۱	۲	۰/۹۶	۲/۷۹	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۵۵

GSI: Global Symptom Index

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها بر علایم نوروتیک آن‌ها

متغیرها	گروه ۱	گروه (J)	تفاوت میانگین (۱-J)	خطای استاندارد	P	متغیرها	گروه ۱	گروه (J)	تفاوت میانگین (۱-J)	خطای استاندارد	P
شکایات جسمانی	شاهد	بیمار	۰/۴۲	۰/۱۰	< ۰/۰۱	شکایات جسمانی	شاهد	همراه	۰/۲۲	۰/۱۲	۰/۰۶
		بیمار	۰/۴۲	۰/۱۰	< ۰/۰۱		بیمار	همراه	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۱۰
		شاهد	۰/۲۲	۰/۱۲	< ۰/۰۱		شاهد	همراه	۰/۲۲	۰/۱۲	< ۰/۰۱
		بیمار	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۱۰		بیمار	همراه	۰/۲	۰/۱۲	۰/۱۰
پرخاشگری	شاهد	بیمار	۰/۱۸	۰/۱۰	۰/۱۰	پرخاشگری	شاهد	همراه	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۲۲
		بیمار	۰/۱۸	۰/۱۰	۰/۱۰		بیمار	همراه	۰/۲	۰/۱۲	۰/۸۱
		شاهد	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۲۲		شاهد	همراه	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۲۲
		بیمار	۰/۲	۰/۱۲	۰/۸۰		بیمار	همراه	۰/۲۷	۰/۱۱	۰/۰۱
اضطراب	شاهد	بیمار	۰/۲۷	۰/۱۱	۰/۰۱	اضطراب	شاهد	همراه	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۰۴
		بیمار	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۰۱		بیمار	همراه	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۹۴
		شاهد	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۴۰		شاهد	همراه	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۹۰
		بیمار	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۰۸		بیمار	همراه	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۰۸
افسردگی	شاهد	بیمار	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۰۸	افسردگی	شاهد	همراه	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۲۵
		بیمار	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۰۸		بیمار	همراه	۰/۱۹	۰/۱۲	۰/۷۰
		شاهد	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۲۵		شاهد	همراه	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۷۰
		بیمار	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۷۰		بیمار	همراه	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۷۰
GSI	شاهد	بیمار	۰/۱۹	۰/۰۸	۰/۰۲	GSI	شاهد	همراه	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۱۲
		بیمار	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۱۲		بیمار	همراه	۰/۱۹	۰/۰۸	۰/۰۲
		شاهد	۰/۱۹	۰/۰۸	۰/۰۲		شاهد	همراه	۰/۳	۰/۱۰	۰/۷۰
		بیمار	۰/۳	۰/۱۰	۰/۱۲		بیمار	همراه	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۷۰
		شاهد	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۷۰		شاهد	همراه	۰/۳	۰/۱۰	۰/۷۰
		بیمار	۰/۳	۰/۱۰	۰/۷۰		بیمار	همراه	۰/۳	۰/۱۰	۰/۷۰

GSI: Global Symptom Index

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه بیمار و شاهد از نظر GSI، روان‌پریشی، وسواس-اجبار، شکایات جسمانی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این نتایج با یافته‌های برخی تحقیقات (۴۷، ۴۶، ۳۳، ۲۶، ۲۰، ۱۹، ۱۰) همسو می‌باشد.

بین دو گروه همراه و شاهد نیز از نظر وسواس-اجبار و اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. در تبیین رابطه علایم نوروتیک و اختلالات گوارش طبق رویکرد روانکاوی، اکثر نظریه‌پردازان در این مورد که بیماری‌های روان‌تنی جانشین تعارض‌های ناخودآگاه هستند، اتفاق نظر دارند. بر اساس نظریه Freud، ابتلای جسمی (به طور مثال، فلج یک اندام) در هیستری تبدیلی که ریشه

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر با تکیه بر مدل زیستی-روانی-اجتماعی و بررسی‌های انجام شده در حوزه بیماری‌های روان‌تنی، میزان علایم روان‌رنجور بین بیماران گوارشی، همراهان سالم و گروه شاهد مقایسه گردید.

بر اساس نتایج مطالعه، بین سه گروه بیماران گوارشی، همراهان سالم و گروه شاهد از نظر روان‌پریشی، وسواس-اجبار، شکایات جسمانی و اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. با توجه به این که مقایسه بین سه گروه برای اولین بار در ایران و خارج از ایران بررسی شده است، پژوهشگر نتوانست تحقیقی را در این راستا پیدا کند که نتایج این بخش از پژوهش را با آن مقایسه نماید.

اختلال در این سیستم می‌شود. در مورد نقش و رابطه هیجانات و رابطه آن با بیماری‌های روان‌تنی طبق دیدگاه فرانتز الکساندر، اختلالات مختلف فیزیولوژی روانی محصول انگیزه‌های ناخودآگاهی است که هر یک به شکل مشخصی با یکی از اختلالات روانی ارتباط دارد. به طور مثال، او عامل تعیین کننده بیماری‌ها را در زخم معده را احساس محرومیتی می‌داند که خاستگاه آن، احساس انکا و وابستگی و مهرطلبی شدید است. بدین ترتیب که وقتی این خواسته‌ها ارضا نشود، نوعی تحریک مزمن در دستگاه عصبی انسان ایجاد می‌گردد که تأثیرات خاصی بر کنش و فعالیت معده دارد. وی معتقد است که بیماران مبتلا به زخم معده، در دوران کودکی مهرطلبی نسبت به اولیا را در خود سرکوب نموده‌اند و در نتیجه، این خواسته سرکوب شده سبب فعالیت افراطی دستگاه اعصاب خودکار و معده می‌شود و به زخم معده می‌انجامد. توجه به این نکته ضروری است که برپایی مداوم هیجانی، موجب بروز اختلالات تنیدگی و روان‌تنی می‌گردد (۲).

در مورد شیوع زیاد علایم نوروتیک بین همراهان بیمارانی گوارشی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیماری گوارشی مزمن ممکن است موجب تشدید پویش‌های ناهنجار خانوادگی شود و زمینه‌ساز بیماری‌های روانی همچون اختلالات خلقی و اختلال خوردن گردد (۳). همچنین، یورگن رویج تعامل بین افراد (یعنی ارتباط بین بیمار و آشفتگی در ارتباط، منجر به بیماری روان‌تنی می‌گردد) را نوعی قهقاری از ارتباط مفهوم «شخصیت شیرخوارگی» و تحت عنوان آسیب‌پذیری در برابر بیماری روان‌تنی مطرح نمود. جان نیما مفهوم الکسی تایمی را گسترش داد و بیان نمود که وقفه‌های رشدی در توانایی و توانایی ابراز عاطفه وابسته به تعارض، منجر به پیدایش علایم روان‌تنی می‌گردد. مفهوم الکسی تایمی پس از آن توسط استودمایو که مایل به کاربرد اصطلاح سوماتوتایمی با تأکید بر عوامل فرهنگی در استفاده از زبان تن و علایم جسمی برای بیان ناراحتی بود، تعدیل یافت.

طبق دیدگاه اجتماعی- فرهنگی، کارن هورنای، جیمز هالیدی و مارگات میر بر نقش فرهنگ در پیدایش بیماری روان‌تنی تأکید نمودند. به نظر آن‌ها، فرهنگ بر مادر تأثیر می‌گذارد که او هم از طریق روابطش با کودک (به طور مثال از طریق مواظبت تغذیه و انتقال اضطراب)، بر او اثر می‌کند. هاس هولمزف ریچارد ریهی شدت و تعداد رخدادها استرس‌آمیز اخیر زندگی را با احتمال بروز بیماری مرتبط دانست. جان کایس بیان نمود که عوامل روانی- اجتماعی می‌توانند به عنوان عوامل استرس‌زا یا حاصل در تعیین آسیب‌پذیری نسبت به بیماری عمل نمایند.

طبق نظریه سیستم‌ها، آلف مایر رویکرد روانی- زیست‌شناختی را برای ارزیابی بیمار تدوین نمود که بر ارزیابی منسجم جنبه‌های رشدی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی و زیست‌شناختی اختلال بیمار تأکید می‌کند. مفهوم اساسی مدل زیستی- روانی- اجتماعی در رویکرد او به صورت تلویحی مطرح شده است. گینو لیپووسکی می‌گوید: رویکرد کل‌نگر برای بیماری روان‌تنی ضروری است. عوامل برونی (بوم‌شناختی، عفونی، فرهنگی و محیطی)، درونی (هیجانی)، ژنتیک، سوماتیک و سرشتی و نیز سابقه قبلی و فعلی حایز اهمیت هستند و باید توسط پژوهشگرانی که در زمینه‌های مختلفی تحقیق می‌کنند، مورد مطالعه قرار گیرد. جورج اینگل اصطلاح زیستی- روانی- اجتماعی مشتق از نظریه عمومی سیستم‌ها و مبتنی بر عقاید مفهومی را که مدت‌ها قبل توسط الکساندر و حایر معرفی شده بود، ابداع کرد (۳). پس می‌توان نتیجه گرفت که بالا بودن میزان شیوع این علایم در بین همراهان و بیماران، نشان دهنده این نکته است که

روان‌زاد دارد، روی می‌دهد. هسپتری تبدیلی همیشه یک علت و معنی روانی اولیه دارد؛ یعنی معرف تظاهر سمبولیک، جانشین یک تعارض ناخودآگاه است و تبدیل فقط به اعضای که از سیستم عصبی- عضلانی ارادی یا سلسله اعصاب جسمی- حرکتی عصب می‌گیرند، مربوط می‌شود. فرنی از روانکاوان مشهور، می‌گوید: مفهوم هسپتری تبدیلی در مورد اعضای هم که از سلسله اعصاب اتونوم عصب می‌گیرند نیز به کار می‌رود. به عنوان مثال، خونریزی کولیت قره‌ای را می‌توان تظاهر یک تخیل روانی خاص تلقی نمود (امروزه بیماری‌هایی همچون کولیت قره‌ای، بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند که فقط در اعضای تحت سلطه اعصاب اتونوم روی می‌دهند). تعبیر فرنی از علایم روان‌تنی، واکنش‌های تبدیل نخستین انطباق این مفهوم بر بیماری‌هایی مانند کولیت بود. همچنین، طبق دیدگاه فرانتس الکساندر، تعارضات روانی خاص با تعارض‌های روان‌تنی خاص در ارتباط می‌باشد. به طور مثال، تعارض وابستگی ناخودآگاه، شخص را به زخم پتیک مستعد می‌سازد (۳). همان‌طور که مطرح گردید، بیشتر نظریه‌پردازان روانکاوی در این مورد که بیماری‌های روان‌تنی جانشین تعارض‌های ناخودآگاه هستند، اتفاق نظر دارند. پس می‌توان گفت که بیماری‌های سیستم گوارش به عنوان جزئی از بیماری‌های روان‌تنی، جانشین تعارض‌های ناخودآگاه و تأثیرات روان‌شناختی هستند که بر سیستم‌های عصبی و کارکرد بدن تأثیر می‌گذارند و از طریق این علایم خود را بروز می‌دهند.

طبق مدل Hans Selye که به مدل سندرم انطباق عمومی موسوم شد (۳)، در مورد رابطه بین بیماری‌های گوارشی و استرس‌های روان‌شناسی، می‌توان به این تبیین دست یافت که وقتی قوای بدن به دلیل بروز مشکلاتی تحلیل رود، مقاومت بدن شکسته می‌شود و منجر به اختلالات عاطفی می‌گردد. واکنش‌هایی که دستگاه هاضمه در برابر عوامل استرس‌زا از خود بروز می‌دهد، در اصطلاح پسیکوفیزیولوژی نامیده می‌شود. این واکنش‌ها با شرایط مختلف عاطفی روزمره از جمله ترس، عصبانیت و حالت خصومت همراه می‌باشد و حتی ممکن است در بعضی از افراد از دوران طفولیت شروع شده باشد. این واکنش‌ها محافظتی در برابر خطر موجود یا قریب‌الوقوع محسوب می‌شوند و فقط قسمتی از یک پاسخ کلی نسبت به خطری است که قابل درک می‌باشد. علایم اختلال عمل دستگاه گوارش اغلب به صورت مزمن، راجعه و یا مداوم می‌باشد (بدون تهدید واضحی) و حتی ممکن است به صورت پاسخ‌های شرطی درآید. علایم مذکور به شکل شکایات سوماتیک بروز می‌کند، اما در واقع بیانگر مشکلات عاطفی عمیق بیمار است. بیمارانی که گرفتار اختلال عمل دستگاه گوارش هستند، اغلب مضطرب و مدام در حال جدال با موقعیت‌های موجود در زندگی‌شان می‌باشند.

اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که واکنش عاطفی نسبت به استرس (به صورت پاسخ‌های تشدید یا تخفیف یافته)، توسط لوله هاضمه منعکس می‌گردد. به عنوان مثال، طبق پژوهشی که محققان بر روی یک بیمار انجام دادند، مشخص شد که برون‌ده شیره معده چه از نظر حجم و چه اسیدیته، بر حسب خلق بیمار فرق می‌کند. در ضمن، تغییر در فونکسیون حرکتی کولون در هنگام مصاحبه استرس‌زا نیز گزارش شده است. در این افراد، تشابهی بین عکس‌العمل‌هایشان در برابر عوامل استرس‌زا آزمایشگاه و محیط زندگی وجود داشت (۶). بنابراین، می‌توان به این نتیجه دست یافت که با توجه به این نظریه، بین بیماری‌های گوارشی و استرس‌ها و علایم نوروتیک رابطه وجود دارد و این متغیرها بر روی دستگاه گوارش اثر می‌گذارد و با درجات متغیری سبب ناتوانی و

از مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر، دشواری در انتخاب نمونه و عدم همکاری لازم افراد مورد مطالعه در امر تکمیل پرسش‌نامه بود که موجب کندی روند کار شد. به علت تازگی موضوع، پیشنهاد می‌گردد که این تحقیق در نقاط دیگر کشور و با نمونه‌ها و جوامع متنوع‌تری انجام گیرد. همچنین، بهتر است که در مطالعات بعدی از سایر روش‌های سنجش به ویژه مصاحبه‌های تشخیصی و آزمون‌های روانی دیگر نیز به عنوان مکمل استفاده شود. پیشنهاد مهم دیگر که از طریق پژوهشگر به مسؤولان بهداشت و درمان می‌شود، این است که نسبت به ایجاد و گسترش کلینیک‌ها و درمانگاه‌های روان‌تنی اقدام نمایند و از طریق این مراکز و با همکاری‌های منسجم روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان بیماری‌های مربوط، سطح سلامت افراد جامعه را افزایش دهند تا شاهد پیشرفت در زمینه طب روان‌تنی و کاستن از آثار سوء این بیماری‌ها در کشور باشیم.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه کارکنان درمانگاه گوارش بیمارستان الزهرا (س) اصفهان و سایر عزیزانی که در انجام مطالعه حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

محیط خانواده آن‌ها محیط مشکل‌آفرینی می‌باشد و این محیط می‌تواند در رشد و پیشرفت بیماری‌های گوارشی نقش داشته باشد. به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که علائم نوروتیک و روان‌رنجور در بین بیماران گوارشی به مراتب بیشتر از همراهان و گروه شاهد می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده گردید، این افراد مشکلات روان‌شناختی بیشتری دارند و از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند. آن‌ها در ابعاد اضطراب، وسواسی-جبری، شکایات جسمانی و روان‌پریشی مشکلات بیشتری را نسبت به بقیه ابعاد آزمون نشان دادند. همچنین، بالا بودن علائم نوروتیک در بین همراهان بیماران که اغلب از خانواده‌های آنان بودند، از جمله نکات جالب تحقیق بود که می‌تواند علل فراوانی داشته باشد و از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به تشابهات ژنتیکی و یا تأثیرات مخربی که فرد بیمار بر بقیه اعضای خانواده می‌گذارد، اشاره نمود.

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در جهت اهدافی همچون توجه به علل روانی اختلالات گوارشی علاوه بر علل پزشکی آن توسط پزشکان عمومی و متخصصان گوارش و پیشگیری از آثار سوء درمان‌های دارویی و طبی غیر ضروری در بیماران گوارشی با شناخت علل روان‌شناختی زمینه‌ای بیماری و درمان آن‌ها به کار برده شود.

References

1. Sarason IG, Sarason RB. Psychological disorder based on DSM-III-R. Trans. Asgari Moghadam M, Dehghani M, Najarian B. Tehran, Iran: Roshd Publications; 2008. [In Persian].
2. Tarighati S. Introduction to: psychosomatic disorders. Tehran, Iran: University of Tehran Press; 1988. [In Persian].
3. Sadock B, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 822-43.
4. Feldman M, Friedman LS. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease Review and Assessment. Philadelphia, PA: Saunders; 1981.
5. Harrison TR, Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine. New York, NY: McGraw-Hill, Health Professions Division; 2001. p. 1446-56.
6. Smith EE. Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. Wiltshire, UK: Wadworth & Co Ltd; 2003. P. 486-504.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
8. Pourafkari N. Comprehensive dictionary of psychology and psychiatry. Tehran, Iran: Farhangmoaser Publications; 1994. [In Persian].
9. Han KS. The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. Int J Nurs Stud 2002; 39(5): 539-48.
10. Lee S, Park M, Choi S, Nah Y, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. J Psychosom Res 2000; 49(1): 93-9.
11. Verhaak PF. Somatic disease and psychological disorder. J Psychosom Res 1997; 42(3): 261-73.
12. Hernandez G, Ibanez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Nunez C. [Prevalence of psychiatric disorders in men and women hospitalized in internal medicine service of a hospital of Santiago, Chile]. Rev Med Chil 2001; 129(11): 1279-88. [In Spanish].
13. Layeghi H. Psychosocial factors are linked to gastrointestinal disorder [MA Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 1996. [In Persian].
14. Mohammad S. Characteristics of patients with ulcerative colitis compared with healthy subjects [MA Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2001. [In Persian].
15. Dehkordi M. The effect of intensity and frequency of stress in gastrointestinal disorders [MA Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 1991. [In Persian].
16. Chiba T. [Future for basic and clinical studies on peptic ulcer disease]. Nihon Rinsho 2004; 62(3): 429-34. [In Japanese].
17. Kendell RE, Zealley AK. Companion to psychiatric studies. London, UK: Churchill Livingstone; 1995.
18. Salajegheh A. Distribution of stress in patient with stomach ulcer in Al-Zahra, khorshid, Kashani and Faiz Hospitals a year before their disorder from March 2001 to August 2002 [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2002. [In Persian].
19. Locke GR, III, Weaver AL, Melton LJ 3rd, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. Am J Gastroenterol 2004; 99(2): 350-7.

20. Monsen K, Havik OE. Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *Br J Med Psychol* 2001; 74(Pt 2): 183-95.
21. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
22. Kasper DL, Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2005.
23. Norton GR, Norton PJ, Asmundson GJ, Thompson LA, Larsen DK. Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res* 1999; 47(3): 233-40.
24. Chattat R, Bazzocchi G, Balloni M, Conti E, Ercolani M, Zaccaroni S, et al. Illness behavior, affective disturbance and intestinal transit time in idiopathic constipation. *J Psychosom Res* 1997; 42(1): 95-100.
25. Dinan T, O'Keane V, O'Boyle C, Chua A, Keeling P. A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 26-8.
26. Kumar D, Pfeffer J, Wingate D.L. Role of psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Digestion* 1990; 45: 80-7.
27. Haug TT. Functional dyspepsia--a psychosomatic disease. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122(12): 1218-22. [In Norwegian].
28. Talley N, Boyce P, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study. *Gut* 1998; 42(1): 47-53.
29. Fock KM, Chew CN, Tay LK, Peh LH, Chan S, Pang EP. Psychiatric illness, personality traits and the irritable bowel syndrome. *Ann Acad Med Singapore* 2001; 30(6): 611-4.
30. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Arca M, Scribano ML, Spinella S, et al. Long-term symptom patterns in duodenal ulcer: psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1996; 41(5): 465-72.
31. Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *J Psychosom Res* 2001; 50(3): 139-46.
32. Jorgensen LS, Christiansen PM, Raundahl U, Ostgaard SE. Long-lasting functional abdominal pain and duodenal ulcer are associated with stress, vulnerability and symptoms of psychological stress. A controlled study including healthy and patient controls. *Dan Med Bull* 1996; 43(4): 359-63.
33. Pynnonen P, Isometsa E, Aalberg V, Verkasalo M, Savilahti E. Is coeliac disease prevalent among adolescent psychiatric patients? *Acta Paediatr* 2002; 91(6): 657-9.
34. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosomatics* 2007; 48(2): 93-102.
35. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, de Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65(5): 911-8.
36. Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, de Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom* 2004; 73(2): 84-91.
37. Lembo T, Naliboff B, Munakata J, Fullerton S, Saba L, Tung S, et al. Symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(5): 1320-6.
38. Wu JC. Community-based study on psychological comorbidity in functional gastrointestinal disorder. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26(Suppl 3): 23-6.
39. Drossman DA. Introduction. The Rome foundation and Rome III. *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19(10): 783-6.
40. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterol Motil* 2008; 20(Suppl 1): 121-9.
41. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1447-58.
42. Yaaghoubi H. Screening of mental disorders: current status and how to test and validate the cut. *Journal of Mental Health* 2009; 1(1): 39-51. [In Persian].
43. Javidi H. Epidemiology of mental disorders in rural areas of Marvdash [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute 1993. [In Persian].
44. Reza Pour., M. (1997). Standardization of Scl-90 test on students Chamran University of Ahvaz and non-governmental
45. Derogatis LR. Symptom checklist-90-revised. In: Rush AJ, First MB, Blacker D, Editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2008. p. 81-4.
46. Mason HJ, Serrano-Ikkos E, Kamm MA. Psychological morbidity in women with idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(10): 2852-7.
47. Spiller RC. Irritable bowel syndrome. *Br Med Bull* 2004; 72: 15-29.

Comparison of Neurotic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Disease, Their Healthy Relatives, and Control Group

Ali Mohammad-Beigy¹, Mohsen Marofi², Azadeh Ahmadi³, Zhandark Aghlidi⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Interference of psychological and physical factors in the digestive system has always been of grave importance. The aim of this study was to compare neurotic symptoms among patients with gastrointestinal disease, their healthy relatives, and a control group.

Methods and Materials: This causal-comparative study was conducted through a descriptive design. The study participants were selected through convenience sampling and divided into patients (n = 100), healthy relatives (n = 60), and control (n = 100) groups. The data collection tool was the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Data were analyzed in SPSS software.

Findings: A significant difference was observed between the three groups in terms of psychosis (P = 0.04), obsessive-compulsive disorder (OCD) (P < 0.001), somatization (P < 0.001), and anxiety (P = 0.02). Moreover, there was a significant difference between patients and control groups in terms of Global Symptoms Index (GSI) (P = 0.02), psychosis (P = 0.01), OCD (P < 0.001), somatization (P < 0.001), and anxiety (P = 0.01). There was a significant difference between the healthy relatives and control groups in terms of OCD (P = 0.02) and anxiety (P = 0.04).

Conclusions: There is a strong relationship between gastrointestinal symptoms and emotional problems. The results of the present study can be a basis for more in-depth studies on gastrointestinal disorders, and an important step toward the description, recognition, and treatment of gastrointestinal disorders. The performance of similar studies with a wider scope and greater depth is suggested.

Keywords: Neurotic symptoms, Gastrointestinal patients, Digestive system

Citation: Mohammad-Beigy A, Marofi M, Ahmadi A, Aghlidi Z. **Comparison of Neurotic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Disease, Their Healthy Relatives, and Control Group.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 210-8.

Received: 28.12.2015

Accepted: 02. 07.2016

1- Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Nephrology Specialist, School of Medicine, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

4- Instructor, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Ali Mohammad-Beigy, Email: alimb69@yahoo.com