

## The Comparison of Personality Traits in Irritable Bowel Syndrome Patients with Normal Matched Group in Shiraz City

Noushad Ghasemi, Ph.D  
Islamic Azad University Fasa Branch

### Abstract

The aim of this study was to comparison of personality traits between patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) and normal matched group. An ex-post- facto design were used and subjects were 35 (21 female and 14 male in 14-65 old age range) IBS patients diagnosed by gastroenterologist and 35 normal individuals. Short form of NEO (Haghshenas, 2004) inventory and a checklist applied as measures of personality traits and demographic information. Data were analyzed with one way analysis of variance and chi square and indicated that IBS patients significantly are higher in neuroticism and lower in extroversion than normal group ( $P < 0.01$ ). Although no significant differences were found in openness, agreeableness, and conscientiousness between tow group. Also were found that there are some relations between IBS and demographic status such as order of birth, marital status, and age ( $P < 0.05$ ). It seems that personality traits have an important role in severity and duration of symptoms in IBS patients.

**Key words:** Irritable Bowel Syndrome, Personality Traits, Demographic Status

## مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر با افراد سالم شهر شیراز

نوشاد قاسمی\*  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به نشانگان (سندرم) روده تحریک‌پذیر با افراد سالم انجام شده است. طرح پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای (پس از وقوع) و آزمودنی‌ها ۳۵ بیمار IBS (۲۱ زن و ۱۴ مرد) ۱۴ تا ۶۵ ساله که پزشک متخصص گوارش معرفی کرده بود و ۳۵ فرد سالم که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه شخصیتی نئو فرم ۶۰ سؤالی (حق‌شناس، ۱۳۸۵) و فهرست اطلاعات جمعیت‌شناختی بودند و داده‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد که بیماران IBS به‌طور معناداری از روان‌رنجورخویی بیشتر و برونگرایی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار بودند ( $P < 0/01$ )، اما بین دو گروه در متغیرهای گشودگی، دلپذیر بودن و با وجدان بودن تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین مشخص شد که از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی سه متغیر؛ ترتیب تولد، وضعیت تأهل و سن با بیماری IBS رابطه معنادار دارند ( $P < 0/05$ ). به نظر می‌رسد ویژگی‌های شخصیتی نقش مهمی در شدت و تداوم علائم IBS دارند.

**واژه‌های کلیدی:** نشانگان روده تحریک‌پذیر، ویژگی‌های شخصیتی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی.

\* نویسنده مسئول؛ فارس، فسا، شهرک دانشگاهی محمدرسول‌الله (ص) دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک (رایانامه): noushadghasemi@iaufasa.ac.ir

وصول ۹۰/۱۲/۳ پذیرش ۹۱/۳/۱۴

مقدمه

نشانگان رودهٔ تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> (IBS) یکی از ۲۰ اختلال کارکردی روده و معده<sup>۲</sup> (FGID) است. این دسته از اختلالات در نتیجهٔ سوء کارکرد معده و روده به وقوع می‌پیوندد. بیماری IBS ترکیبی از دردها و یا ناراحتی‌های شکمی است که پس از تخلیهٔ مثانه از بین می‌روند. تغییر در فراوانی وقوع دفع (به‌صورت اسهال و یبوست) و شکل و ظاهر مدفوع، احساس تخلیهٔ ناقص، دفع خلط در هنگام تخلیهٔ روده، نفخ یا احساس بادکردگی یا پر بودن شکم و تولید گاز از دیگر علائم این اختلال به‌شمار می‌آیند (دالتون و دروسمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶ و هوریتز و فیشر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

در زمینهٔ همه‌گیرشناسی این اختلال منابع مختلف آمارهای متفاوتی از ۵ درصد (حسینی اصل و امراء، ۱۳۸۲) تا ۱۸ درصد (صولتی دهکردی، کلانتری، ادیبی و افشار، ۱۳۸۸) در ایران و از ۸ درصد (گولوبوویچ، ناگورنیچ، میلیکوویچ، نیکولی - پوپوویچ و زیکی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) تا ۲۳ درصد (ویدلاک و چانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) در کشورهای صنعتی را در جمعیت عادی و ۴۰ تا ۷۰ درصد از بیماران روده و معده را برای شیوع این بیماری گزارش کرده‌اند (گولوبوویچ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین آیتون، اندروس، هولیس، هاپکینز، امین، هام و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) در یک زمینه‌یابی اینترنتی شیوع متفاوت در گروه‌های تحصیلی مختلف را گزارش کرده‌اند.

آبیانکار (۲۰۰۷) در گزارش‌های آماری خود نشان داد که پس از سرما خوردگی، IBS در از دست رفتن روزهای کاری کارکنان بیشترین سهم را دارد. در همهٔ منابع تأکید بر تعداد بیشتر زنان نسبت به مردان است و نیز بیشتر منابع (برای نمونه مگی<sup>۸</sup>، ۱۳۸۹؛ بلانچارد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ لیدیار<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶؛ شیخ و رایت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶) بر این موضوع تأکید دارند که فقط درصد کمی از بیماران IBS در صدد درمان برمی‌آیند. از این رو پژوهشگران یک جامعهٔ آماری پنهان از این بیماری را پیشنهاد می‌کنند؛ چیزی که امروزه از آن با عنوان IBS غیربیمار یاد می‌شود و همچنین شواهدی حاکی از افزایش این اختلال در دهه‌های اخیر وجود دارد (آبیانکار، ۲۰۰۷).

اگر یک موضوع مورد توافق بیشتر نویسندگان (از جمله؛ قدیر، خادمی، باقری، عباسیان و عادل، ۱۳۸۷؛ صولتی

دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸؛ مگی، ۱۳۸۹؛ بلانچارد، ۲۰۰۲؛ لیدیار، ۲۰۰۶؛ شیخ و رایت، ۲۰۰۶؛ آبیانکار، ۲۰۰۷) در مورد IBS وجود داشته باشد، این است که این بیماری علاج واقعی ندارد و یا حداقل هیچ شیوهٔ استاندارد برای درمان IBS وجود ندارد. درمان‌های رایج در این زمینه در مجموع در سه حیطهٔ دارودرمانی، رژیم‌درمانی و درمان‌های روان‌شناختی خلاصه می‌شوند (مگی، ۱۳۸۹). شواهد ارائه شده از سوی پژوهشگران مختلف (ویدلاک و چانگ، ۲۰۰۷؛ صولتی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸؛ ملکی، حسینی، خلیلیان، تقوایی و نیک صولت، ۱۳۸۶؛ محوی شیرازی، فتیحی آشتیانی، رسول‌زاده و امینی، ۱۳۸۷؛ قدیر و همکاران، ۱۳۸۷؛ مگی، ۱۳۸۹؛ بلانچارد، ۲۰۰۲؛ لیدیار، ۲۰۰۶؛ شیخ و رایت، ۲۰۰۶) نشان می‌دهد که هیچ دارویی در هیچ‌جا مورد استفاده نبوده که بتواند درمان قطعی برای ناراحتی‌های رودهٔ تحریک‌پذیر باشد. همچنین کمتر دارویی مورد استفاده قرار گرفته که به‌طور کامل بی‌اثر باشد.

تنوع و فراوانی شیوه‌های درمان پیشنهادی برای IBS و تأیید ناتوانی بیشتر این شیوه‌ها در درمان توسط پژوهشگران از یک سو و گسترش حوزهٔ روان‌شناسی سلامت<sup>۱۲</sup> از سویی دیگر توجه روان‌شناسان را به این اختلال جلب کرد.

پژوهشگران نشان دادند که زنان IBS در مقایسه با سایر بیماران اختلالات گوارشی به‌طور معناداری نمرات بیشتری در متغیرهای سوء استفادهٔ هیجانی<sup>۱۳</sup>، سرزنش خود<sup>۱۴</sup> و خود خاموش‌سازی<sup>۱۵</sup> کسب کرده‌اند (علی، تونر، استوکلس، گالوپ، دیامانت، گولد<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین مشخص شده که سابقهٔ مورد سوء استفاده قرار گرفتن (جنسی، بدنی، یا هر دو) با شدت علائم IBS همبستگی دارد و گاهی تا ده برابر بیشتر از زنان مبتلا به اختلالات ساختاری روده گزارش شده است (هوریتز و فیشر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ ویدلاک و چانگ، ۲۰۰۷؛ گولوبوویچ و همکاران، ۲۰۰۵؛ سینگ، پاندی و سینگ<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۳).

سایر گزارش‌ها نشان می‌دهد که اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین مشکلات بیماران IBS به حساب می‌آید (هوریتز و فیشر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ کران، مارتین، جانستون و گودوین<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۳؛ و باتی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵؛ گولوبوویچ و همکاران،

1. Irritable Bowel Syndrome
3. Dalton & Drossman
5. Golubovic, Nagornic, Miljkovic, Nikoli-Popovic & Zikie
7. Eaton, Andrews, Hollis, Hopkins, Ameen, Hamm & et al
9. Blanchard
11. Sheikh & Wright
13. emotional abuse
15. self-silencing
17. Singh, Pandey & Singh
19. Batey

2. Functional Gastro Intestinal Disorders
4. Horwitz & Fisher
6. Videlock & Chang
8. Magee
10. Lydiard
12. health psychology
14. self-blame
16. Ali Alisha, Toner, Stuckless, Gallop, Diamant & Gould
18. Crane, Martin, Johnston & Goodwin

بلانچارد، ۲۰۰۲) با استفاده از پرسشنامه شخصیت نئو که برای روان‌رنجورخویی<sup>۱۲</sup> نمره‌گذاری می‌شد و یک فهرست کلی از آشفتگی روانی و زمینه‌یاب سلامت SF-36 که یک اندازه‌عمومی از کیفیت زندگی به حساب می‌آید، نشان داده شد که بیماران IBS در مقایسه با گروه گواه در همه اندازه‌ها از نمرات بالاتری برخوردار بودند.

فرنام، حسینی، سرامی و فرهنگ (۲۰۰۸) در بررسی ۱۶۶ بیمار IBS نشان دادند که این بیماران در مقایسه با جمعیت عادی در دو عامل روان‌رنجورخویی و با وجدان<sup>۱۳</sup> بودن نمرات بیشتر و در گشودگی<sup>۱۴</sup> و دلپذیر بودن<sup>۱۵</sup> نمرات کمتری کسب کردند و اینکه زنان در مقایسه با مردان از سطح گشودگی، دلپذیر بودن و برونگرایی<sup>۱۶</sup> بیشتری برخوردار بودند. همچنین تکالچیچ، هیوزر و استیماچ<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۰) در مقایسه یک نمونه ۵۶ نفری از بیماران IBS با ۴۶ نفر بیمار اختلال سوزش روده (IBD) دریافتند که بیماران IBS از اضطراب و روان‌رنجورخویی بیشتری نسبت به بیماران IBD برخوردار هستند. همچنین این پژوهشگران نشان دادند که روان‌رنجورخویی به‌عنوان یک صفت شخصیتی از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های ادراک شدت بیماری است. این گروه پیشنهاد کردند که از میان همه بیماران معده و روده بیماران IBS بیش از دیگران مستعد تأثیرپذیری از عوامل روان‌شناختی هستند. تکالچیچ، هیوزر و استیماچ (۲۰۱۰). علاوه بر این زریور و بشارت (۲۰۱۱) در مقایسه ۶۵ بیمار IBS با ۱۰۴ فرد سالم دریافتند که بیماران IBS از روان‌رنجوری بیشتر و از برونگرایی کمتری برخوردار هستند.

علاوه بر این باقریان صحرارودی، افشار، ادیبی، دقاق‌زاده، فلاح و ابوطالبیان (۲۰۱۱) در مطالعه ۱۹۴ بیمار IBS دریافتند که سنخ شخصیتی مهمترین تعیین‌کننده تفاوت‌های درون‌گرویی در واکنش به علایم بیماری و سبک زندگی وابسته به سلامت در افراد IBS است و در این میان عاطفه منفی نقش به مراتب تعیین‌کننده‌تری دارد.

به علاوه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد IBS در صفات شخصیتی همچون نظم و ترتیب، وقت‌شناسی، پاکیزگی، انعطاف‌ناپذیری و سواس فکری عملی<sup>۱</sup> از نمرات

۲۰۰۵؛ لیدیارد، ۲۰۰۶؛ آبیانکار، ۲۰۰۷؛ و گولوبوویچ، میلیکوویچ، ناگورنیچ، لازروویچ و نیکولیچ، ۲۰۱۰). همچنین در این رابطه جمالی، جمالی، پوررهنما، امیدی، جمالی، مسلمی و همکاران (۲۰۱۲) در ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در ۲۵۰ بیمار IBS دریافتند که اضطراب پیش‌بینی‌کننده مهمی برای کیفیت زندگی در این بیماران است. تانگ، یانگ، وانگ و لین<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در یک نمونه ۴۰۱۵ نفری از بیماران IBS علاوه بر نشان دادن نسبت ۱/۳ زنان در برابر مردان در این بیماری دریافتند که نمرات اضطراب و افسردگی به‌طور معناداری در زنان بیشتر از مردان بود و همچنین مشخص شد که تفاوت‌هایی در علایم بیماری، شدت و تداوم علایم و کیفیت زندگی بیماران زن و مرد وجود دارد.

شدت رابطه بین IBS و افسردگی در برخی موارد به‌گونه‌ای است که بعضی از پژوهشگران آن را جزئی از افسردگی می‌دانند (کران و همکاران، ۲۰۰۳). برخی دیگر از مشکلاتی که در پژوهش‌ها برای این بیماران گزارش شده، عبارت‌اند از: درجاتی از اختلال بدنی کردن<sup>۲</sup> (هوریتز و فیشر، ۲۰۰۱؛ گولوبوویچ و همکاران، ۲۰۰۵؛ و آبیانکار، ۲۰۰۷)، اختلال دو قطبی<sup>۳</sup> (کران و همکاران، ۲۰۰۳)، اختلال وحشت‌زدگی<sup>۴</sup> (گولوبوویچ و همکاران، ۲۰۰۵ و آبیانکار، ۲۰۰۷)، بیماری‌های رایج بیشتر نظیر سرماخوردگی و آنفولانزا و مراجعه بیشتر به پزشک و مرخصی استعلاجی بیشتر در دوران مدرسه است (سینگ، پاندی و سینگ، ۲۰۰۳). از دیدگاه پژوهشگران (گولوبوویچ و همکاران، ۲۰۰۵) فراوان‌ترین اختلالات روانپزشکی گزارش شده برای افراد IBS را می‌توان در سه دسته کلی اختلالات اضطرابی<sup>۵</sup> (اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> و اختلال وحشت‌زدگی)، اختلالات خلقی<sup>۷</sup> (افسردگی اساسی<sup>۸</sup> و ابهام خلق<sup>۹</sup>) و اختلالات بدنی شکل<sup>۱۰</sup> (خودبیمارپنداری<sup>۱۱</sup> و اختلال بدنی کردن) دسته‌بندی کرد (کران و همکاران، ۲۰۰۳).

بررسی‌های انجام شده در مورد ویژگی‌های شخصیتی افراد IBS که بیشتر یکی دو صفت اصلی را مورد بررسی قرار داده‌اند، نیز وجود تفاوت‌هایی را بین افراد IBS و افراد سالم نشان داده‌اند. در مطالعه درباره این موضوع (به نقل از؛

1. Tang, Yang, Wang & Lin  
3. bipolar disorder  
5. anxiety disorders  
7. mood disorders  
9. Dysthymic  
11. hypochondriasis  
13. conscientiousness  
15. agreeableness  
17. Tkalčić, Hauser & Štímac

2. somatization  
4. panic disorder  
6. generalized anxiety  
8. main depression  
10. Somatoform  
12. neuroticism  
14. openness  
16. extraversion

بیشتری برخوردارند. همچنین به مطالعاتی اشاره شده که وجود مشکلات روان شناختی، به‌ویژه افسردگی در بیماران IBS را نشان داده‌اند و نیز اینکه علائم IBS به‌طور قابل ملاحظه‌ای با آشفتگی‌های روانی و تنش افزایش می‌یابند (آیانکار، ۲۰۰۷).

شواهدی از این دست و به‌ویژه مقاومت این اختلال در برابر درمان‌های رایج پزشکی طرح این سؤال را موجه می‌سازد، که آیا IBS را می‌توان به سبک خاصی از زندگی نسبت داد. به‌عبارت دیگر آیا این اختلال می‌تواند به نوعی مرتبط با صفات شخصیتی باشد؟ در واقع این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا بیماران IBS می‌توانند الگوهای شخصیتی متمایز از سایر جمعیت‌ها و به‌ویژه افراد سالم داشته باشند؟ و در صورت مثبت بودن پاسخ، الگوی کلی شخصیتی متعلق به این افراد چگونه خواهد بود؟

## روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛** این پژوهش یک طرح تحقیق علی مقایسه‌ای یا پس از وقوع<sup>۱</sup> است. جامعه آماری پژوهش عبارت است از همه بیماران IBS مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی و بهداشتی شهر شیراز در شش ماه اول سال ۱۳۸۹ (صرف نظر از اینکه ساکن شهر شیراز باشند یا خیر) که پزشک متخصص گوارش بیماری آنها را تشخیص داده است و هم‌تایان سالم آنها.

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف پژوهش ۳۵ بیمار IBS (۲۱ زن و ۱۴ مرد) تا ۱۴ تا ۶۵ ساله که پزشک متخصص گوارش بیماری آنها را تشخیص داده بود به شیوه تصادفی در دسترس انتخاب شدند. سپس ۳۵ نفر (۲۵ زن و ۱۰ مرد) از افراد سالم از بین جمعیت عادی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی (عمدتاً همراهان بیماران و کارکنان درمانگاهها) که تا حد امکان از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه بیمار شباهت داشتند به شیوه در دسترس انتخاب شدند. از آنجا که تمرکز این پژوهش بیشتر بر افراد IBS به اصطلاح بیمار است، صرف تشخیص بیماری IBS توسط پزشک متخصص، ملاک قرار گرفتن در گروه آزمایش و صرف نداشتن شکایت کلی از وضع سلامت جسمی و تشخیص IBS ندادن برای قرار گرفتن در گروه گواه کافی در نظر گرفته شده است. علاوه بر این از آنجا که بررسی اختلالات روانی آزمودنی‌ها هدف این پژوهش نبوده، در این راستا اقدامی انجام نشده است. ضمن آنکه از پژوهشی در این سطح نمی‌توان انتظار داشت، برای قرار دادن افراد در گروه عادی انجام معاینات دقیق پزشکی را در دستور کار خود قرار دهد.

## ابزار سنجش

برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز در پژوهش از پرسشنامه

جمعیت‌شناختی به همراه فرم کوتاه آزمون شخصیت پنج عاملی نئو استفاده شده است. پرسشنامه پنج عاملی شخصیتی نئو (فرم کوتاه) بر پایه نظریه شخصیتی مکری و کاستا در سال ۱۹۸۵ طراحی شده و پنج عامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، دلبذیر بودن و باوجدان بودن را ارزیابی می‌کند (حق‌شناس، ۱۳۸۵). شواهد مربوط به روایی این آزمون را حق‌شناس در یک فرایند هنجاریابی بر روی یک نمونه ۵۰۰ نفری از جمعیت شیراز انجام داده و دیگران آن را نقل کرده‌اند (حق‌شناس، ۱۳۸۵). از جمله نمونه‌های شاخص روایی این آزمون که گزارش شده، یافته‌هایی است که به شیوه بهره‌گیری از گروه ملاک کارایی این آزمون را در ارزیابی صفات شخصیتی نشان داده است، از جمله اینکه مراجعه‌کنندگان برای استفاده از خدمات روان‌درمانی نمره بیشتری در عامل روان‌رنجورخویی دریافت کردند. همچنین سوءاستفاده‌کنندگان از مواد نمرات کمتری بر روی عامل‌های دلبذیر بودن و باوجدان بودن کسب کردند. به بیان پژوهشگران بزرگترین کاری که در زمینه تأمین روایی آزمون نئو انجام شده، اجرای همزمان این آزمون با ۱۱۶ مقیاس روان‌سنجی و ۱۲ پرسشنامه بر روی یک گروه میانسال به‌صورت طولی بوده است که شواهد کافی برای روایی همگرایی و روایی تشخیص برای همه زیرمقیاس‌های این آزمون فراهم کرده است (حق‌شناس، ۱۳۸۵). بیشتر شواهد از پایایی آزمون نئو حمایت می‌کنند، از جمله اینکه حق‌شناس، حسینی، حمیدی، جمشیدی و عزیز (۱۳۸۷) برای عامل‌های روان‌رنجوری‌خویی، برون‌گرایی، گشودگی، دلبذیر بودن و باوجدان بودن به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۷ را برای این فرم از آزمون گزارش کرده‌اند (حق‌شناس، ۱۳۸۵).

پرسش‌های این آزمون براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالفم با نمرات از صفر تا چهار طراحی شده که براساس کلید آزمون به هر یک از پاسخ‌های کاملاً مخالفم یا کاملاً موافقم نمرات صفر تا چهار تعلق می‌گیرد. نمونه‌ای از پرسش‌های این آزمون عبارت‌اند از: «۱۷. واقعاً از صحبت کردن با دیگران لذت می‌برم» یا «۲۴. نسبت به قصد و نیت دیگران مشکوک و حساس هستم».

## روش اجرا و تحلیل

در این پژوهش پس از تعیین اهداف و تهیه ابزار کار مناسب با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاههای شهر شیراز تعداد تقریبی مراجعه‌کنندگان با تشخیص IBS به این مراکز مشخص شد. از آنجا که بخشی از این مراکز خصوصی و برخی دیگر دولتی بوده‌اند و تقریباً هیچ یک از این مراکز (اعم از دولتی و خصوصی) تعهد و الزامی به همکاری در این طرح پژوهشی نداشتند و حتی برخلاف پیش‌بینی اولیه پژوهشگر تمایل و

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین دو گروه بیمار و عادی در متغیرهای عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی ( $P=0/005$ ) و برونگرایی ( $P=0/006$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. اما دو گروه در متغیرهای گشودگی ( $P=0/388$ )، دلپذیر بودن ( $P=0/3$ ) و باوجدان بودن ( $P=0/212$ ) تفاوت معناداری ندارند. میانگین روان‌رنجورخویی برای گروه سالم ۲۴/۲ و برای گروه بیمار ۲۸/۴۲ و میانگین برونگرایی برای گروه سالم ۳۰/۴۳ و گروه بیمار ۲۶/۴۳ به دست آمده است. با توجه به این یافته گروه بیمار در مقایسه با گروه سالم به‌طور معناداری از میزان روان‌رنجورخویی بیشتر و برونگرایی کمتری برخوردار بوده، ولی در متغیرهای گشودگی، دلپذیر بودن و باوجدان بودن تفاوت معناداری با گروه سالم ندارد.

بخش دیگری از یافته‌ها (جدول ۳) نشان می‌دهد که بین بیماری با ترتیب تولد ( $P=0/049$ )، بیماری با وضعیت تأهل ( $P=0/011$ ) و بیماری با سن ( $P=0/003$ ) رابطه معناداری وجود دارد. توجه به فراوانی‌های موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که فرزندان اول و چهارم و بالاتر در گروه بیمار به وضوح بیشتر از فرزندان دوم و سوم است. دیگر اینکه تعداد افراد متأهل در گروه بیمار دو و نیم برابر افراد مجرد است و تعداد به مراتب بیشتری از بیماران در گستره ۲۴ تا ۴۳ سال قرار دارند و یک رابطه منحنی شکل بین سن و بیماری وجود دارد.

تعهد به همکاری در مراکز دولتی کمتر از مراکز خصوصی بود. به ناچار از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه بیمار در مراکز درمانی استفاده شد. پس از انتخاب مراکز درمانی مجریان پرسشنامه‌ها با مراجعه روزانه به مدت تقریباً یک ماه نمونه مورد نظر را انتخاب و نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها در محل درمانگاه اقدام کردند. پس از ثبت مشخصات اولیه بیماران که پزشکان معرفی کرده بودند، نسبت به انتخاب آزمودنی‌های هم‌تا از بین همراهان بیماران و کارمندان درمانگاهها اقدام گردید. پژوهشگر پس از گردآوری اطلاعات به شیوه میدانی نسبت به نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها به تجزیه و تحلیل نتایج اقدام کرد.

### یافته‌ها

در ابتدا تحلیل داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد که در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد ( $P>0/05$ ). این یافته گویای آن است که هم‌تاسازی گروه بیمار و سالم در حد قابل قبولی انجام شده است. بررسی پرسش اول پژوهش نشان می‌دهد که بین برخی ویژگی‌های شخصیتی بیماران IBS و افراد سالم تفاوت وجود دارد. اطلاعات لازم برای مستندسازی این یافته‌ها در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس مقایسه میانگین پنج عامل شخصیت بین گروه سالم و بیمار

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهی	۳۱۲/۹۱	۱	۳۱۲/۹۱	۸/۵۵	۰/۰۰۵
روان‌رنجورخویی	۲۴۹۰/۱۷	۶۸	۳۶/۶۲		
کل	۲۸۰۳/۰۸	۶۹			
بین گروهی	۲۸۰	۱	۲۸۰	۷/۹۸	۰/۰۰۶
برونگرایی	۲۳۸۵/۱۴	۶۸	۳۵/۰۸		
کل	۲۶۶۵/۱۴	۶۹			
بین گروهی	۱۵/۵۶	۱	۱۵/۵۶	۰/۷۶	۰/۳۸۸
گشودگی	۱۴۰۱/۰۳	۶۸	۲۰/۶		
کل	۱۴۱۶/۵۹	۶۹			
بین گروهی	۲۸/۹۳	۱	۲۸/۹۳	۱/۰۹	۰/۳
دلپذیر بودن	۱۸۰۰/۹۲	۶۸	۲۶/۴۸		
کل	۱۸۲۸/۸۵	۶۹			
بین گروهی	۶۲/۲۳	۱	۶۲/۲۳	۱/۵۹	۰/۲۱۲
باوجدان بودن	۲۶۶۴/۳۴	۶۸	۳۹/۱۸		
کل	۲۷۲۶/۵۷	۶۹			

جدول ۱- نتایج آزمون مجذور کای برای مقایسه دو گروه سالم و بیمار در متغیرهای جمعیت‌شناختی

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار خی دو	فراوانی		وضعیت	متغیرهای مورد بررسی
			بیمار	سالم		
۰/۲۰۳	۴	۵/۹۵	۱۱	۱۱	بدون فرزند	وضع سلامت * تعداد فرزندان
			۹	۱۱	یک فرزند	
			۶	۷	دو فرزند	
			۵	۳	سه فرزند	
			۴	۳	چهار و بیشتر	
۰/۲۵۵	۱	۱/۲۹	۲۶	۲۸	متأهل	وضع سلامت * وضعیت تأهل
			۹	۷	مجرد	
۰/۷۱۵	۴	۲/۱۱	۴	۲	ابتدایی	وضع سلامت * سطح تحصیلات
			۱۳	۱۵	دیپلم	
			۱۰	۹	فوق دیپلم	
			۷	۹	کارشناسی	
			۱	۰	کارشناسی ارشد	
۰/۵۰۸	۳	۲/۳۲	۱۱	۸	اول	وضع سلامت * ترتیب تولد
			۵	۶	دوم	
			۵	۴	سوم	
			۱۴	۱۷	چهارم و بالاتر	
۰/۳۱۴	۱	۱/۰۲	۲۲	۲۴	زن	وضع سلامت * جنسیت
			۱۳	۱۱	مرد	

جدول ۳- نتایج آزمون مجذور کای برای بررسی رابطه بین IBS و متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه بیمار (N=۳۵)

سطح معناداری	مجذور کای	فراوانی‌ها		متغیرهای مورد بررسی	
		مورد انتظار	مشاهده شده		
۰/۲۳۷	۱/۴	۱۷/۵	۲۱	زن	جنسیت
		۱۷/۵	۱۴	مرد	
۰/۰۴۹	۷/۸۶	۸/۸	۱۰	اول	ترتیب تولد
		۸/۸	۵	دوم	
		۸/۸	۵	سوم	
		۸/۸	۱۵	چهارم و بالاتر	
۰/۱۸	۴/۸۹	۸/۸	۴	ابتدایی	میزان تحصیلات
		۸/۸	۱۳	زیردیپلم	
		۸/۸	۱۰	فوق‌دیپلم	
		۸/۸	۸	کارشناسی	
۰/۰۱۱	۶/۴۳	۱۷/۵	۱۰	مجرد	وضعیت تأهل
		۱۷/۵	۲۵	متاهل	
۰/۵۳۴	۳/۱۴	۷	۱۱	بدون فرزند	تعداد فرزندان
		۷	۷	۱ فرزند	
		۷	۶	۲ فرزند	
		۷	۵	۳ فرزند	
		۷	۶	۴ فرزند و بیشتر	
۰/۰۰۳	۱۵/۷۱	۷	۷	۱۴-۲۳	طبقات سنی
		۷	۱۴	۲۴-۳۳	
		۷	۱۰	۳۴-۴۳	
		۷	۳	۴۴-۵۳	
		۷	۱	۵۴-۶۳	

### بحث

(۲۰۰۵). علاوه بر این نتایج پژوهش با یافته‌های فرنام و همکاران (۲۰۰۸)، تکالچیچ، هیوزر و استیماج (۲۰۱۰)، زریپور و بشارت (۲۰۱۱) و باقریان صحرارودی و همکاران (۲۰۱۱) همخوان است. این پژوهشگران نشان دادند که بیماران IBS هم در مقایسه با جمعیت عادی و هم در مقایسه با سایر گروه‌های دارای اختلال کارکردی روده و معده از اضطراب و روان‌رنجورخویی بیشتر و برون‌گرایی کمتری برخوردار هستند. در توجیه این یافته‌ها در مورد روان‌رنجورخویی گروه بیمار چند فرضیه قابل طرح است. اینکه این شکایات تابع الگوهای یادگیری اجتماعی است. شواهد نشان داده‌اند که والدین بیماران IBS الگویی از گزارش شکایات چندگانه جسمانی را از خود نشان داده و از خدمات بهداشتی بیشتر استفاده می‌کنند

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که گروه بیمار در مقایسه با گروه سالم به‌طور معناداری از روان‌رنجورخویی بیشتر و برون‌گرایی کمتری برخوردار است، اما در متغیرهای گشودگی، دلپذیر بودن و باوجدان بودن تفاوت معناداری با گروه سالم ندارد. در همسویی با این یافته‌ها شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد IBS در مقایسه با افراد سالم و افراد دارای اختلالات ساختاری معده و روده در همه اندازه‌های روان‌رنجورخویی آزمون نئو از نمرات بالاتری برخوردار بودند (بلانچارد، ۲۰۰۲). همچنین پژوهشگران نشان دادند که بیماران IBS در مقایسه با افراد سالم و افراد IBS غیربیمار اضطراب و روان‌رنجورخویی بیشتری داشتند (گولوبوویچ و همکاران،

یافته نشان‌دهنده این است که بین IBS و سن رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با همه یافته‌های مورد بررسی در این حوزه همخوانی دارد. با توجه به پراکندگی سنی در گروه بیمار می‌توان نوعی رابطه منحنی شکل بین سن و بیماری را پیشنهاد کرد. در توجیه این رابطه ویدلاک و چانگ (۲۰۰۷) معتقدند که IBS یک سیر پیشرونده دارد و فرد را در میانسالی وادار به واکنش می‌کند. از سویی دیگر به نظر بلانچارد (۲۰۰۲) سروکار داشتن مداوم با علائم IBS کاهش آستانه تحمل نسبت به علائم را به دنبال دارد. در مورد کاهش تعداد بیماران در سنین بالاتر نیز باید توجه کرد که افراد پس از مدتی درگیری با علائم IBS و نتیجه نگرفتن از اقدامات درمانی به تدریج بی‌تفاوتی نسبت به علائم را پیشه می‌کنند. همچنین افزایش سن می‌تواند برای فرد بیماری‌های دیگر و احتمالاً مهمتری را به همراه داشته باشد که توجه به علائم IBS را در درجات بعدی اهمیت قرار می‌دهند.

در بخش دیگری از یافته‌های این پژوهش نشان داده شده که تعداد فرزندان اول و چهارم و بالاتر در گروه بیمار به وضوح بیشتر از فرزندان دوم و سوم است. علاوه بر این یافته‌ها نشان می‌دهد که تعداد افراد متأهل در گروه بیمار به وضوح بیش از افراد مجرد است. برخی توجیحات به تأثیر سن مربوط می‌شوند. همچنین ممکن است مسؤولیت‌های ناشی از تأهل فرد را ملزم به توجه بیشتر به سلامت و توجه به علائم کند. نبودن رابطه معنادار بین جنسیت و بیماری در پژوهش حاضر بدون استثنا با همه یافته‌های پژوهشی و مطالعات فراتحلیل مرور شده در متون پژوهش مخالف است. از توجیحات احتمالی کم بودن حجم نمونه و سایر محدودیت‌های روش‌شناختی است. در نهایت اینکه نتایج هیچ رابطه معناداری بین IBS و سطح تحصیلات نشان ندادند. در مخالفت با این یافته پژوهشگران (آیتون و همکاران، ۲۰۰۵) نشان دادند، شیوع این بیماری در گروه‌های کم‌سواد کمتر است و بیشتر بیماران حداقلی از سواد دانشگاهی را داشتند. ذکر این نکته مهم است که آزمودنی‌های آیتون و همکاران کاربران اینترنت بودند که این امر ممکن است موجب سوگیری در نمونه‌گیری این پژوهشگران گردد.

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده آن است که تفاوت بین برخی ویژگی‌های شخصیتی بیماران IBS و افراد سالم می‌تواند ریشه در ساختار کلی جسمانی و روان‌شناختی این افراد داشته باشد. اما در عین حال نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری، راه‌اندازی و تشدید یا تخفیف علائم به گونه‌ای مستند است که هیچ راهکار درمانی برای این گروه نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن واسطه‌گری این عوامل به موفقیت دست یابد.

(گولوبویچ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین تکالچچ، هیوزر و استیماچ (۲۰۱۰) نشان دادند که چگونه نمرات روان‌رنجورخویی پیش‌بینی‌کننده معتبری برای شدت درد گزارش شده در بیماران است. از سویی دیگر ممکن است بسیاری از ویژگی‌های IBS به شیوه‌های مقابله و سازگاری با بیماری مربوط باشد. شاید افراد مبتلا به IBS بیشتر از دیگران از این علائم آزرده شده تا اینکه واقعاً علائم بیشتری داشته باشند (ویدلاک و چانگ، ۲۰۰۷؛ آبیانکار، ۲۰۰۷؛ و باقریان صحرارودی و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر این بلانچارد سه فرضیه در این مورد مطرح کرده که عبارت‌اند از: ۱- زندگی کردن با علائم IBS در درازمدت به آشفتگی روانی منجر می‌شود (فرضیه تنی روانی)، ۲- افراد دچار آشفتگی روانی (روان‌رنجور) بیشتر احتمال دارد که در جست‌وجوی درمان باشند (فرضیه روانی تنی) ۳- برخی متغیرهای دیگر وجود دارند که هم آشفتگی روانی را موجب می‌شود و هم علائم IBS را به‌وجود می‌آورند (فرضیه متغیر سوم) (بلانچارد، ۲۰۰۲).

در توجیه تفاوت موجود بین دو گروه سالم و بیمار در عامل برون‌گرایی، فرنام و همکاران (۲۰۰۸) از شواهدی یاد می‌کنند که از کاستی مهارت‌های بین‌فردی در افراد روان‌رنجور حکایت می‌کند. گولوبویچ و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که اضطراب، افسردگی و اختلال در بروز هیجان از ویژگی‌های متمایزکننده بیماران IBS از سایر بیماران و از افراد عادی است و اینکه مشکلات هیجانی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی اختلال در روابط بین‌فردی است. باقریان صحرارودی و همکاران (۲۰۱۱) در توجیه برون‌گرایی کمتر سبک زندگی وابسته به سلامت مختل در افراد IBS و به‌ویژه عاطفه منفی را صاحب نقش می‌دانند. از این رو می‌توان بخشی از رابطه منفی بیماری IBS با برون‌گرایی را به رابطه مثبت میان روان‌رنجورخویی با IBS از یک‌سو و رابطه منفی روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی از سویی دیگر نسبت داد. افراد درونگرا نسبت به رویدادهای محیطی و نسبت به اتفاقات بدنی خود به شکل‌گیری رفتارهایی در فرد منجر می‌گردد که دریافت تقویت و حمایت اجتماعی کمتر و اجتناب فرد از جامعه را به دنبال دارد.

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده وجود رابطه بین برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی با بیمار IBS است. از آنجا که سعی شده گروه سالم براساس ویژگی‌های گروه بیمار انتخاب شوند، در بررسی این رابطه استفاده از کل گروه نمونه روابط غیرواقعی را بین متغیرهای مورد بررسی نشان می‌دهد. از این رو در این مورد صرفاً از گروه بیمار استفاده شده است.



self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Med.* 62(1), 76-82.

Bagherian Sararoudi, R., Afshar, H., Adibi, P., Daghaghzadeh, H., Fallah, J & Abotalebian, F. (2011). Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J of Res Med Sci.* 16(8): 985-992

Batey, A. (2005). Irritable bowel syndrome overview. *Carle Selected Papers*, 49(2), 132-148.

Blanchard, EB. (2002). Irritable bowel syndrome psychosocial assessment and treatment. *American Psychological Association Washington, D.C*

Crane, C., Martin, M., Johnston, D & Goodwin, GM. (2003). Does depression influence symptom severity in irritable bowel syndrome? Case study of a patient with irritable bowel syndrome and bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 919-923.

Dalton, BC. & Drossman, AD. (2006). Irritable bowel syndrome. UNC Center for Functional GI and Motility Disorders. Accessed, 2006. Available from: <http://www.med.unc.edu/ibs>

Eaton, SC., Andrews, EB., Hollis, KA., Hopkins, JS., Ameen, VZ., Hamm, LR., Mangell, AW., Williams, RE & Cook, SF. (2005). Prevalence and demographics of IBS respondents: results from a large web-based survey. *Aliment Pharmacol Ther*, 22(10), 935-942.

Farnam, A., Somi, MH., Sarami, F & Farhang, R. (2008). Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 4(5) 959-962

Golubovic, T.S., Nagornic, A., Miljkovic, S., Nikolic-Popovic, J. & Zikie, O. (2005). Psychological factors in irritable bowel syndrome. *Acta Fac. Med. Naiss*, 22 (3), 121-126

Golubovic, TS., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D & Nikolic, G. (2010). Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatr Danub.* 22(3):418-24.

Horwitz, BJ. & Fisher, RS. (2001). The irritable bowel syndrome. *The New England J Medicine*, 344(24), 1846-1850

Jamali, R., Jamali, A., Poorrahnama, M., Omid, A., Jamali, B., Moslemi, N., Ansari, R., Dolatshahi, S & Ebrahimi Daryani, N. (2012). Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 10 (12) (29 January 2012)

Lydiard, RB. (2006). Dose irritable bowel syndrome, related to anxiety, and depression? What are the links? *Medical university of South Carolina. J Clin Psychiatry*, 62 (8), 38-45.

پرداختن به پژوهش‌هایی از این دست به ویژه با نمونه‌های بزرگتر و نمونه‌هایی که بتواند افراد IBS غیربیمار را نیز در برگرد و همچنین انجام طرح‌های پژوهشی طولی می‌تواند بینش‌های مهمی در آشکارسازی نقش عوامل روان‌شناختی در این بیماری را به همراه داشته باشد. محدود شدن این پژوهش به افراد IBS به اصطلاح بیمار مانع تعمیم نتایج به افرادی است که علائم بیماری را دارند، اما در جست‌وجوی مراقبت‌های پزشکی نبوده‌اند.

## منابع

حسینی اصل، م. ک. و امراء، ب. (۱۳۸۲). بررسی علائم نشانگان روده تحریک‌پذیر و رابطه آن با برخی عوامل خطر ساز احتمالی در زنان بالای بیست سال شهرکرد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۵ (۱) ص ۵۵ تا ۶۰.

حق شناس، ح. (۱۳۸۵). *طرح پنج عاملی ویژگی‌های شخصیت*. چاپ اول، شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی.

حق شناس، ح.، حسینی، م.، جمشیدی، م. و عزیزی، ح. (۱۳۸۷). رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و رفتار رانندگی در شهر شیراز. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱ (۳) ص ۵۴ - ۴۷.

صولتی دهکردی، س. ک.، کلانتری، م.، ادیبی، پ. و افشار، ح. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آرامش تدریجی توأم با دارودرمانی، روی علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۱ (۳) ص ۱ تا ۸.

قدیر، م.، خادمی، ه.، بخشی پور، ع.، باقری، م.، عباسیان، ا. و عادل، س. ح. (۱۳۸۷). مقایسه اثر آمی تریپتیلین و نورترپیتیلین در بیماران با نشانگان روده تحریک‌پذیر با غلبه اسهال. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۶ (۱) ص ۹۶ تا ۱۰۱.

محو شیرازی، م.، فتحی آشتیانی، ع.، رسول‌زاده، س. ک. و امینی، م. (۱۳۸۷). مقایسه روان‌درمانگری رفتاری - شناختی با دارودرمانگری بر وضعیت روان‌شناختی و درمان افراد مبتلا به IBS. *مجله علوم رفتاری*، ۲ (۳) ص ۲۰۱ تا ۲۰۸.

مگی، ا. (۱۳۸۹). رژیم‌درمانی نشانگان روده تحریک‌پذیر. (ترجمه نوشاد قاسمی). چاپ اول، شیراز: انتشارات نوید (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۰).

ملکی، ا.، حسینی، ح.، خلیلیان، ع. ر.، تقوایی، ت. و نیک‌صولت، ف. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش روان‌شناختی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵ (۱) ص ۳۹ تا ۴۵.

Abhyankar, R. (2007). Depression in irritable bowel syndrome. Page online available at: URL: [http://www.cnsindia.com/depression/medical\\_professional/](http://www.cnsindia.com/depression/medical_professional/) Accessed April 2009.

Ali, A., Toner, BB., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, NE., Gould, MI & Vidins, EI. (2000). Emotional abuse,

- Sheikh, MY. & Wright, R. (2006). Irritable bowel syndrome: current concepts and future prospects. *Gastroenterology*, 130, 1377–1390
- Singh, RK., Pandey, HP & Singh, RH. (2003). Irritable bowel syndrome: Challenges ahead. *Review Article Current Science*, 84(12) 54-68
- Tang, Yu-rong., Yang, Wei-wei., Wang, Yi-Lin & Lin, Lin (2012). Sex differences in the symptoms and psychological factors that influence quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 24(6), 702–707.
- Tkalčić, M., Hauser, G & Štimac, D. (2010). Differences in the health-related quality of life, affective status, and personality between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*: 22(7),862-867
- Vidlock, EJ. & Chang, L. (2007). Irritable bowel syndrome: current approach to symptoms, evaluation, and treatment. *Gastroenterology Clin North Am*, 36(3) 665-85
- Zarpour, S. & Besharat, MA. (2011). Comparison of Personality Characteristics of Individuals with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 30, PP84–88.