

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۲/۱۰

افسانه فاعلی*، محمد علی محمدی فر**، مهدیه عزیزپور***، رضا دبیری****

چکیده

مقدمه: سندرم روده تحریک پذیر نوعی اختلال عملکردی در سیستم روده-معده است که با علائم ویژه گوارشی بدون علت ارگانیک تعریف شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیرمبتلا انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع علی-مقایسه ای بود. نمونه تحقیق شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال و ۳۰ نفر سالم) بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس پنج عاملی شخصیت نئو و مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میزان روان رنجور خوبی و وظیفه شناسی و وجدان‌گرایی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بیشتر از افراد عادی و میزان برون‌گرایی، توافق جویی و گشودگی به تجربه آنان کمتر از افراد غیر مبتلا می‌باشد. میزان سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط/وضع زندگی بیماران کمتر از افراد غیر مبتلا به دست آمد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت بین دو گروه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیر مبتلا به لحاظ ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. و بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان از ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی به عنوان شاخص‌های مهم در تمایز و پیش‌بینی آسیب‌پذیری مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک پذیر، ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی.

faeli_a66@yahoo.com

alimohammadyfar@Semnan.ac.ir

mah.azizpour@yahoo.com

dabirirzf@yahoo.com

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد سمنان، سمنان، ایران

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** مدرس دانشگاه پیام نور سمنان، سمنان، ایران

**** استادیار، گروه گوارش دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

استرس در مقایسه با افراد غیر مبتلا نشان می‌دهند [۸].

و از سوی دیگر بر اساس پژوهش‌های گوناگون میزان اختلالات روانشناختی همانند اختلال‌های اضطرابی و افسردگی اساسی [۶ و ۱۱]، اختلال هراس، ترس‌های خاص، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس جبری در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر بالاست [۱۱]. در پنجمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۵، سندرم روده تحریک پذیر همانند چهارمین متن تجدید نظر شده در طبقه اختلالات روان‌تنی قرار ندارد. به عبارت دیگر طبقه اختلالات طب روان-تنی در پنجمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی حذف گردیده است و از سوی دیگر در پنجمین متن تجدید نظر شده به وجود وجه افتراقاتی بین اختلال سندرم روده تحریک پذیر با برخی از اختلالات مشابه اشاره شده است. برای مثال وجود علائم جسمی با سبب‌شناسی نامعین به خودی خود برای تشخیص اختلال علائم جسمی کافی نیست. در واقع بسیاری از مبتلایان به اختلال سندرم روده تحریک پذیر ملاک B (احساسات، افکار، رفتارهای افراطی مربوط به علائم جسمی یا نگرانی‌های مربوط به سلامتی که حداقل با یکی از سه مورد مشخص شود ۱- افکار بی تناسب و پایدار درباره اهمیت علائم خود ۲- سطوح بالای اضطراب مستمر درباره سلامتی یا علائم، ۳- صرف وقت و انرژی زیاد برای این علائم یا نگرانی در مورد سلامت خود.) را احراز نمی‌کند.

علاوه بر موارد ذکر شده، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر از لحاظ ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی با افراد سالم تفاوت‌هایی نشان می‌دهند. در این پژوهش منظور از ویژگی‌های شخصیت پنج عامل بزرگ شخصیت است که دارای ابعاد روان رنجوری^۶، برون‌گرایی^۷، گشودگی به تجربه^۸، توافق‌جویی^۹ و

سندرم روده تحریک پذیر^۱ یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است [۳ و ۱۰] که با درد شکم یا ناراحتی مرتبط با اختلال در اجابت مزاج در سه دسته یبوست^۲، اسهال^۳، ترکیب اسهال-یبوست^۴ تقسیم می‌شود [۴ و ۵]. علائم غیر گوارشی سندرم روده تحریک پذیر عبارتند از: بی‌حالی، کم‌دردی، سردرد، علائم ادراری مانند تکرر ادرار شبانه، تکرر و فوریت ادرار، تخلیه ناقص مثانه، قاعدگی دردناک زنان می‌باشد [۳].

میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر در زنان بالاتر از مردان است [۶] و زنان ۸۰ درصد از جمعیت مبتلایان سندرم روده تحریک پذیر شدید را تشکیل می‌دهند [۷] و علت آن تفاوت‌های فیزیولوژیکی در هورمون جنسی، تفاوت در پاسخ به استرس و پاسخ‌های ایمنی بیان شده است [۸]. با وجود تفاوت قابل توجهی ای که در شیوه زندگی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و فرهنگی وجود دارد میزان شیوع این اختلال در بسیاری از کشورها کاملاً مشابه است [۴]. علت اصلی سندرم روده تحریک پذیر به خوبی مشخص نیست، ولی فرض بر این است که عواملی هم چون فعالیت حسی و حرکتی غیرطبیعی روده، اختلال کارکرد اعصاب مرکزی، استرس و تنشها و سوء استفاده جنسی و جسمی در دوران کودکی [۷] عوامل ژنتیکی، ایمنی، زیستی، التهابی نیز علاوه بر افزایش حساسیت احشایی، می‌تواند کاملاً نقش مهمی را در فعل و انفعالات پیچیده بین روده و مغز (محور روده-مغز) [۹]. تغییر در رژیم‌های غذایی و بیماری‌های عفونی در روند رو به رشد ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر گذار است [۸]. نقش عوامل روانی در سندرم روده تحریک پذیر هنوز ناشناخته مانده است [۱۰]. بررسی‌ها نشان داده است که بیماری‌های روانی موجب ایجاد سندرم روده تحریک‌پذیر نمی‌شود ولی بر روی درک درد در این بیماران [۷] طول مدت و شدت نفوذ ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد. برای مثال مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر پاسخ بیشتری نسبت به

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

6- neuroticism

7- extraversion

8- openness

9- agreeableness

1- Irritable Bowel Syndrome

2- IBS-C

3- IBS-D

4- IBS-M

شیوع بالای این سندرم در جمعیت عمومی در کشورمان دارد، شناخت این ویژگی‌ها می‌تواند زمینه ساز شناسایی راهکارهای روان‌درمانی، آموزش مهارت‌های لازم به مبتلایان، کاهش دوره‌ها و هزینه‌های درمانی شود و به برنامه‌ریزان بهداشت روانی کمک کند تا در فراهم نمودن حمایتها و مداخلات روانی مناسب در خصوص پیشگیری افراد مستعد و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان گام بردارند. از سوی دیگر کیفیت زندگی و ابعاد آن با وضعیت روانشناختی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی مرتبط بوده و در سال‌های اخیر کشف اثرات ابعاد کیفیت زندگی بر سلامت جسمانی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر از اهمیت به‌سزایی برخوردار می‌باشد و می‌تواند راهنمایی در جهت دهی به اولویت‌های مداخلات با اهداف بهبود کیفیت زندگی مبتلایان قرار گیرد. این پژوهش با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیرمبتلا انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر بود که به فاصله زمانی ۶ ماه به کلینیک گوارش بیمارستان کوثر سمنان و به مطب فوق تخصصی گوارش مراجعه می‌کردند و جامعه‌ی غیر مبتلا شامل افرادی بودند که با توجه به متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات و درآمد و وضعیت تاهل با گروه مبتلایان هم‌تا شدند. نمونه‌ی آماری شامل ۳۰ بیمار مبتلا سندروم روده تحریک پذیر، که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد نمونه با استفاده از جدول کوهن با در نظر گرفتن حداقل توان آزمون (۰/۸۰) و حجم اثر متوسط انتخاب شد.

معیارهای ورود مبتلایان به پژوهش عبارتند از: (۱) ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیارهای تشخیصی که شامل درد یا ناراحتی شکم حداقل به مدت ۲ هفته که ممکن است متوالی هم

وظیفه‌شناسی^۱ می‌باشد [۱۳]. در یک نگاه کلی می‌توان گفت عامل روان‌رنجوری (عصبیت، ناتوافق جویی، بی‌ثباتی هیجانی)، برونگرایی (دوستدار دیگران بودن، تمایل به شرکت در اجتماعات)، گشودگی به تجربه (تصورات فعال، باروری تجربه‌های درونی و بیرونی)، توافق‌جویی (نوع دوستی و همدردی) و وظیفه‌شناسی (وجدان، وقت‌شناسی، دقیق بودن) را شامل می‌شود [۱۴]. تحقیقات نشان می‌دهد که میزان روان‌رنجوری و درونگرایی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر بالا است و معمولاً مبتلایان وقایع و حوادث زندگی را به صورت منفی درک می‌کنند [۱۵]. از سوی دیگر ابعاد شخصیت نقش مهمی را در توافق‌جویی افراد و بهداشت روانی آنها ایفا می‌کند. پژوهش‌های اندکی که در زمینه شخصیت به عنوان یکی از عامل‌های روانشناختی مؤثر در سبب شناختی و تشدید علائم مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفته است که بیانگر این است ویژگی‌های شخصیتی علاوه بر اینکه با جستجو بیشتر مراقبت‌های درمانی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر در ارتباط است، نقش ویژگی‌های روان‌رنجوری، خشونت و پرخاشگری در سبب‌شناسی و تشدید علائم این نشانگان مطرح می‌باشد [۱۶]. بر طبق پژوهش‌های انجام شده کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پایین‌تر از افراد غیر مبتلاست [۱۷] به طوری که این بیماران ۳-۴ برابر بیشتر از افراد سالم غیبت از کار و تحصیل دارند [۱۸]. سندرم روده تحریک‌پذیر به علت ماهیت مزمن و ناتوان‌بیماری اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی بیماران و سیستم بهداشتی و اقتصادی دارد و مانند سایر اختلالات عملکردی می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، محیطی و رفتاری قرار گیرد [۱۹]. بنابراین در توصیف شکل کلی این سندرم باید یک مدل زیستی - روانی - اجتماعی در نظر گرفت [۸].

لذا با توجه به نقش عوامل روانشناختی از قبیل ویژگی‌های شخصیتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و ابتلای همزمان بیماری‌های جسمی و روحی و

1- conscientiousness

فاصله بین ۲ تا ۳ هفته اجرا شده، برای هر یک از عوامل به طور جداگانه محاسبه شده است. این ضرایب برای پنج عامل که عبارتند از روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی، و وظیفه‌شناسی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶ است. در پژوهشی که کاستا و مک کرا در سال ۱۹۸۳ برای بازآزمایی کوتاه مدت فرم کوتاه آزمون NEO روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ ماه انجام دادند، ضرایب اعتبار برای ۵ عامل به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۹ محاسبه شد. در بررسی ضریب اعتبار به روش همسانی درونی برای هر یک از عوامل پنج گانه فرم کوتاه مقیاس از شاخص ضریب اعتبار آلفای کرونباخ استفاده شده که نتایج بدست آمده برای پنج عامل با ۱۲ سوال به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۷ بود که پس از حذف بعضی از سوالات، مقدار ضریب آلفا به ترتیب برای پنج عامل برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۴، ۰/۶۱ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. برای بررسی روایی این مقیاس نیز برای هر یک از عوامل پنج گانه ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های فرم کوتاه و فرم بلند آزمون (NEO-PI-R) برای ۴۰ نفر آزمودنی محاسبه شد. ضریب همبستگی به دست آمده برای هر یک از عوامل به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۴۱ و ۰/۷۵ بود. این نتایج روایی فرم کوتاه مقیاس شخصیتی NEO-FFI را تأیید می‌کنند [۲۱]. نتایج روایی همگرا نشان داد همبستگی بین روان‌رنجوری و برون‌گرایی نئو با نوروز‌گرایی و برون‌گرایی آیزنک به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۷ بدست آمد [۲۲]. در پژوهش حاضر پایایی این آزمون، با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای پنج عامل که عبارتند از روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی، و وظیفه‌شناسی به ترتیب روان‌رنجوری ۰/۶۴، برون‌گرایی ۰/۶۸، گشودگی به تجربه ۰/۷۱ و توافق‌جویی ۰/۶۳ و وظیفه‌شناسی ۰/۶۱ به دست آمد.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQ-BREF: این پرسشنامه پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات WHOQL - ۱۰۰ ایجاد شد. به دلیل تعداد کم

نباشد. در دوازده ماه پیشین و حداقل دو ویژگی از سه ذیل: برطرف شدن درد با اجابت مزاج، شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج و شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع باشد، ۲) تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، ۳) محدوده سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، ۴) داشتن حداقل میزان تحصیلات سیکل جهت تکمیل پرسشنامه.

معیارهای خروج مبتلایان از پژوهش عبارتند بودند از: ۱) ابتلا به اختلالات گوارشی ارگانیک (بیماری التهاب روده، سلیاک، دیورتیکولیت، زخم اثنی عشر و بدخیمی)، ۲) وجود بیماری جسمی حاد، ۳) وجود اختلال روان پزشکی عمده در بیمار، ۴) بیماران دارای علائم شبانه، مدفوع خونی، سابقه خانوادگی سرطان کولون، ۵) افراد زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال.

ابزار

۱- پرسشنامه آزمون شخصیتی NEO-FFI: پرسشنامه پنج عاملی نئو دارای یک فرم کوتاه ۶۰ سوالی است که NEO-FFI نامیده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی و با وظیفه‌شناسی است. هر یک از این ۵ مقیاس دارای ۱۲ سوال است که به صورت ۰، ۱، ۲، ۳، ۴، نمره گذاری می‌شود و تعدادی از سوالات معکوس نمره گذاری می‌شود. با استفاده از کلید هر شاخص که بر روی پاسخنامه قرار داده می‌شود، نمره‌های هر یک از آنها محاسبه می‌شود و این نمره‌ها از حاصل جمع ساده گزینه‌های هر شاخص به دست می‌آید. سپس این نمره‌ها به پروفایلی که نمره‌های خام را به نمره‌های T تبدیل می‌کند، منتقل می‌شود. پس از نمره‌گذاری و انتقال به پروفایل، نمره‌ها مورد طبقه‌بندی و تفسیر قرار می‌گیرد [۲۰]. اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهشی که در مورد دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران در ایران انجام شده، مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی برای برآورد ضریب اعتبار استفاده شده است. در روش بازآزمایی کوتاه مدت، ضریب همبستگی نمرات نوبت اول و نوبت دوم که با

روند اجرای پژوهش: بعد از مشخص شدن نمونه پژوهش و لحاظ نمودن معیارهای ورود و خروج به پژوهش، شرکت کنندگان پرسشنامه مقیاس آزمون شخصیتی NEO-FFI و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQ-BREF تکمیل کردند. در نهایت پس از خروج پرسشنامه های ناقص، داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار spss-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و (انحراف استاندارد) سن گروه بیمار ۳۳/۲۰ (۹/۵۱) سال، و غیربیمار ۲۹/۷۳ (۷/۵۷) سال بود که نتایج آزمون t مستقل حکایت از عدم تفاوت معنادار داشت ($t=1/561, P>0/05$). همچنین در گروه بیمار ۵ نفر (۱۶/۷٪) زیر دیپلم، ۵ نفر (۱۶/۷٪) دیپلم، ۴ نفر (۱۳/۳٪) فوق دیپلم، ۱۴ نفر (۴۶/۷٪) لیسانس، و ۲ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس بودند. در گروه غیر بیمار ۲ نفر (۶/۷٪) زیر دیپلم، ۵ نفر (۱۶/۷٪) دیپلم، ۴ نفر (۱۳/۳٪) فوق دیپلم، ۱۱ نفر (۳۶/۷٪) لیسانس، و ۸ نفر (۳۶/۷٪) فوق لیسانس بودند. نتایج مجذور خی دو متغیری حکایت از همسانی گروه‌ها به لحاظ تحصیلات داشت ($P>0/05, \chi^2=5/246$ ، مجذور خی).

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در ابعاد شخصیت از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌ها می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($P>0/05, \lambda=1/05$ ، باکس M). پیش شرط دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش شرط داشت. به این صورت که در روان رنجوری ($P>0/05, \lambda=0/01$)، برونگرایی ($P>0/05, F=3/08$)، گشودگی به تجربه ($P>0/05, F=2/41$)، توافق جویی ($P>0/05, F=0/70$)، وظیفه شناسی ($P>0/05, F=0/62$)، بود.

با توجه به برقراری پیش شرطها تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از آن داشت که تفاوت معناداری بین ترکیب خطی حاصل از ابعاد شخصیتی در دو گروه وجود دارد ($\chi^2=0/62$ ، مجذور آتا، $P<0/001, F=18/028, \lambda=0/37$ ، لامبدای ویلکز).

سوالات تصمیم گرفته شد از فرم خلاصه شده پرسشنامه در این پژوهش استفاده شود. پرسشنامه WHOQ-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد و هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، ۸ سوال می‌باشد. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به صورت کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. نمره گذاری به شکل لیکرت و از ۱ تا ۵ می‌باشد که بیشترین نمره نشان دهنده رضایت بالا و کمترین نمره نشان دهنده رضایت پایین است. سلامت جسمانی از مجموع نمرات سوالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸، سلامت روانی از طریق مجموع نمرات سوالات ۲۶-۱۹-۱۱-۷-۶-۵، روابط اجتماعی از مجموع نمرات ۲۱-۲۲ و محیط و وضعیت زندگی از مجموع نمرات سوالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵ به دست می‌آیند و در سوالات ۳ و ۴ و ۲۵ که بار منفی دارند نمره گذاری به صورت برعکس از ۵ تا ۱ است. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ بود. توافق جویی درونی حیطه‌های چهارگانه با استفاده از آلفای کرونباخ در گروه‌های مختلف، در گروه سالم ۰/۸۳ و در گروه بیمار ۰/۸۵ به دست آمده است. روایی تمایز این پرسشنامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان داده شد، که با معنی دار بودند ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش کننده بالقوه پس از استفاده از رگرسیون خطی تایید گردید. در حیطه سلامت جسمانی علاوه بر تفاوت معنی دار در میان گروه‌های بیمار با گروه‌های سالم که دال بر قدرت تمایز ابراز در حیطه مذکور بود. ضرایب آن به ترتیب چهار حیطه، به این قرار است. حیطه سلامت جسمانی ۲/۷۳- (۰/۳۰۸) $p<0/001$ ، حیطه سلامت روان ۱/۸۸- (۰/۳۴) $p<0/001$ ، حیطه روابط اجتماعی ۱/۲- (۰/۳۵) $p<0/001$ ، حیطه سلامت محیط ۱/۶- (۰/۳۲) $p<0/001$ [۲۳].

برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح ذیل استفاده شد.
جدول ۱) نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت ابعاد شخصیت در دو گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف‌استاندارد	آماره F	معناداری	مجذور ایتا
روان رنجوری	بیمار	۲۶/۵۳	۷/۴۲۶	۲۶/۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱
	غیر بیمار	۱۷/۰۳	۶/۸۶۵			
برون‌گرایی	بیمار	۲۴/۰۰	۵/۴۳۲	۴۳/۱۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۲
	غیر بیمار	۳۲/۴۰	۴/۴۲۲			
گشودگی به تجربه	بیمار	۲۶/۱۰	۵/۷۹۷	۱/۶۲	۰/۲	-
	غیر بیمار	۲۷/۸۳	۴/۶۶۱			
توافق‌جویی	بیمار	۲۶/۹۳	۵/۲۱۸	۳/۵۷	۰/۰۶	-
	غیر مبتلا	۲۹/۵۶	۵/۵۶۲			
وظیفه‌شناسی	بیمار	۳۴/۳۳	۶/۶۶۶	۵/۱۸	۰/۰۲	۰/۰۸
	غیر بیمار	۳۰/۵۰	۶/۳۶۶			

($F_{(۴, ۵۵)} = ۱۷/۵۱, P < ۰/۰۰۱$)، مجذور ایتا = ۰/۵۶،
 $F_{(۴, ۵۵)} = ۰/۴۴$ (لامبدای ویلکز) برای بررسی الگوهای تفاوت از
 تحلیل واریانس تک متغیری به شرح ذیل استفاده شد.
 همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین دو گروه در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط/وضع زندگی وجود دارد. با توجه به امار توصیفی می‌توان گفت در تمام متغیرها گروه بیمار نمرات پایین‌تری اخذ نمودند.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین دو گروه در ابعاد روان رنجوری، وظیفه‌شناسی، و برون‌گرایی وجود دارد. با توجه به امار توصیفی می‌توان گفت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در وجدان‌گرایی و روان رنجوری نمرات بالاتری از گروه مقایسه دریافت نموده‌اند و در بعد برون‌گرایی نمرات پایین‌تری دریافت نموده‌اند.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در ابعاد کیفیت زندگی نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده گردید. یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌ها می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از عدم رعایت این مفروضه بود ($P < ۰/۰۵$)، $F = ۲۱/۹۵۹$ (باکس M) که البته با توجه به برابری حجم نمونه‌ی دو گروه، به نظر می‌رسد آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نسبت به این تخطی از مفروضه مقاوم باشد. پیش شرط دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش شرط داشت.

بدین صورت که در سلامت جسمی ($P > ۰/۰۵$)، سلامت روانشناختی ($F = ۰/۳۹۰, P > ۰/۰۵$)، روابط اجتماعی ($F = ۰/۰۴۳, P > ۰/۰۵$) و محیط و وضع زندگی ($F = ۰/۲۲۴, P > ۰/۰۵$) بود.

نظر به اینکه برقراری پیش شرط‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از آن داشت که تفاوت معناداری بین ترکیب خطی حاصل از ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه وجود دارد

جدول ۲) نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه

منابع تغییر	نوع گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	معناداری	مجذور اینتا
سلامت جسمانی	بیمار	۱۷/۹۶	۲/۳۹۹	۱۳/۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱
	غیر بیمار	۲۰/۱۰	۲/۰۴۰			
سلامت روانی	بیمار	۱۷/۴۶	۲/۶۷۴	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	غیر بیمار	۱۹/۵۰	۱/۵۷۰			
روابط اجتماعی	بیمار	۸/۸	۲/۰۰۶	۳/۴۰	۰/۰۰۷	-
	غیر بیمار	۹/۵۶	۱/۰۷۲			
محیط / وضع زندگی	بیمار	۲۳/۹۰	۲/۲۷۹	۶۳/۸۵	۰/۰۰۰۵	-
	غیر بیمار	۲۸/۱۳	۱/۷۹۵			

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیرمبتلا بود. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان روان رنجوری و وظیفه شناسی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بیشتر از افراد غیر مبتلا و میزان برون‌گرایی آنان کمتر از افراد غیر مبتلا می‌باشد. نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین همسو با این تحقیق بود که دریافتند افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با افراد غیر مبتلا

روان رنجورترند [عز و ۱۵ و ۲۴ و ۲۵]. در واقع روان رنجوری به عنوان شاخصی اساسی در آسیب پذیری افراد در ابتلا به افسردگی و دیگر آسیب‌های روانی است [۲۴]. گرایش به تجربه هیجانی‌های منفی مانند اضطراب، ترس، خشم و خصومت، غم، احساس گناه و نفرت از مؤلفه‌های اصلی روان رنجوری می‌باشد. هیجان‌پذیری منفی باعث برانگیختگی فیزیولوژیک سیستم عصبی به صورت مداوم خواهد شد. دستگاه اعصاب روده ای نسبت به حالات هیجانی فوق‌العاده حساس است، به طوری که هیجان منفی مانند استرس و خشم، تغییراتی را در فعالیت حرکتی روده به وجود می‌آورد که می‌تواند سبب سندرم روده تحریک پذیر شود [۲۵]. برخی مطالعات نشان داده اند که افراد مبتلا به

برخی دیگر از پژوهش‌ها ناهمسو با نتایج این تحقیق بود که نشان داد میزان وظیفه شناسی افراد مبتلا سندرم روده تحریک پذیر کمتر از افراد غیر مبتلاست [۲۵] بعد وظیفه شناسی بر اراده و قابلیت اطمینان تاکید دارد و شامل ویژگی‌هایی مثل دقیق بودن مسئولیت پذیری و برنامه ریزی، سخت کوشی و جهت گیری به شوی پیشرفت و پشتکار است. کمتر بودن میزان وظیفه شناسی به شدت و علائم سندرم روده تحریک پذیر می‌افزاید [۲۲]. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که سطح توافق جویی، گشودگی به تجربه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پایین تر از افراد غیر مبتلا می‌باشد و این یافته با پژوهش‌های پیشین تا حدودی مطابقت می‌کند [۲۶]. در یک پژوهش مطرح شد که روان رنجوری و اجتناب از آسیب همبستگی منفی با کیفیت زندگی دارد در حالی که برون‌گرایی، وجدان و خود رهبری ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی دارد. به نظر می‌رسد که شخصیت نقش قابل توجهی را در کیفیت زندگی و مفاهیم

سندرم روده تحریک پذیر میزان برون‌گرایی کمتری را دارند [۱۵ و ۲۵]. در مورد برون‌گرایی پژوهش‌ها یافته‌های متفاوتی را نشان می‌دهند که مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر از لحاظ برون‌گرایی، گروه‌های ناهمگنی را دارند. از یک سو مشخصه‌های برون‌گرایی افراطی همچون ناشکیبایی، تکانشگری و پرخاشگری می‌تواند با ابتلا به

مرتبط با آن مثل رضایت از زندگی و رفاه دارد [۱۳]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، وضعیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر در سطح پایین تری نسبت به افراد غیر مبتلا قرار دارد. برخی مطالعات انجام شده نیز همسو با نتایج این پژوهش بود که خاطر نشان کردند میزان سلامت

همچنین در این پژوهش زیر گروه های سندرم روده تحریک پذیر به طور جداگانه مورد بررسی قرار نگرفتند. لذا انجام مطالعات آتی، حجم نمونه بیشتر، از مراکز درمانی گسترده تر و با در نظر گرفتن عوامل فوق توصیه می شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله پژوهشگر از حمایت‌های مرکز آموزشی علمی کاربردی بهزیستی و تأمین اجتماعی استان سمنان، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نماید.

منابع

- 1- Friedrich M, Grady SE, Wall GC. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression. *Clin Ther*. 2010; 32(7): 1221-33
- 2- Tomic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatr Danub*. 2010; 22(3): 418-24.
- 3- Quigley E, Fried M, Gwee K A, Olano C, Guamer F, Khalif I, et al. Irritable bowel syndrome. a global perspective. *World Gastroenterology Organ Glob Guidel*. 2009; 1-20.
- 4- Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*. 2007; 56(12): 1770-98.
- 5- Lacy BE, Weiser K, De Lee R. Review: The treatment of irritable bowel syndrome. *Ther Adv Gastroenterol*. 2009; 2(4): 221-38.
- 6- Tayama J, Nakaya N, Hamaguchi T, Tomiie T, Shinozaki M, Saigo T, et al. Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome. *BioPsychoSoc Med*. 2012; 6(1): 20.
- 7- Fauci, Braunwald, Leselbacher, Wilson, Martin, Kasper, et al. Principles of internal medicine (Harricon,s). Hayyan Cultural Institute publications. 1998.
- 8- Azaran M, Zargar Y, Fard RJ, Zadeh AM. Effectiveness of music therapy and relaxation in the symptoms and quality of life in patients with irritable bowel syndrome in the gastrointestinal clinics of Ahvaz. *Int J Psychol Behav Res*. 2015; 4(2): 260-67.
- 9- Bellini M, Gambaccini D, Stasi C, Urbano MT, Marchi S, Usai-Satta P. Irritable bowel syndrome: a disease still searching for pathogenesis, diagnosis and therapy. *World J Gastroenterol:WJG*. 2014; 20(27): 8807-20.
- 10- Lee V, Guthrie E, Robinson A, Kennedy A, Tomenson B, Rogers A, et al. Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation. *J Psychosom Res*. 2008; 64(2): 129-38.
- 11- Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of

روان و کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر نسبت به افراد غیر مبتلا پایین تر است [۲۷و۲۸] و مبتلایان مشکلات بین فردی بیشتری نسبت به افراد غیر مبتلا دارند [۲۹]. همچنین در یک پژوهش نشان داده شد که شکایت مداوم از درد های مزمن شکمی و رنج از این دردها می تواند تأثیر منفی بر کیفیت این روابط داشته و می تواند باعث افزایش تعارضات بین فردی در این افراد شود [۲۳] و این علائم با اختلال در کیفیت زندگی و سلامت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر همراه است [۳۰] و از سوی دیگر بازداری اجتماعی در افراد با سردی در تعامل با دیگران و عدم موفقیت در مدیریت روند روابط در طی زمان مشخص می شود. به نظر می رسد افراد با بازداری اجتماعی بالا به مؤثر بودن حمایت اجتماعی اعتماد ندارند. با توجه به خصوصیات این افراد، موقعیت هایی که مستلزم کنترل و وابستگی به دیگران است مانند بیماری، ممکن است تبدیل به یک بحران شود. به علاوه عدم ابراز عواطف منفی باعث انباشته شدن این عواطف در فرد شده و در نهایت منجر کاهش کیفیت زندگی می شود. همچنین این افراد به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر، در ایجاد ارتباط درمانی مناسب ناتوانند [۳۱]. برخی از پژوهشگران دریافته اند که مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر دارای سطح بالایی از اختلالات عصبی، ویژگی های روانی غیر طبیعی، ابراز رفتارهای بیمارگونه، استفاده بی اثر از سبک های مقابله با استرس و خواستار استفاده بیشتری از خدمات درمانی و مشاوره هستند [۲].

نتایج این پژوهش داد مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر از نظر برخی ویژگی های شخصیتی با افراد غیر مبتلا تفاوت دارند و میزان کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر پایین تر از افراد غیر مبتلاست. به عبارت دیگر بیماری های روان تنی یکی از دلایل عمده مؤثر بر کیفیت زندگی افراد می باشد و شناخت عوامل شخصیتی خطر ساز می تواند نقش بسزایی در پیشگیری و درمان این بیماران داشته باشند. این امر اهمیت توجه به عوامل روانشناختی و شخصیتی زمینه ساز مبتلایان به این بیماری را مورد تأکید قرار می دهد.

این مطالعه همانند سایر مطالعات دارای محدودیت هایی بود. در این پژوهش شدت علائم بیماری در نظر گرفته نشد،

- Inst of Public Health Res. 2006; 4(4): 1-12. [Persian].
- 24- Zargar Y, Davoodi I, Fattahi nia M, Masgedi zadeh A. Comparative characteristics of patients with IBS and healthy persons with mental health control. J Med. 2010; 10(2): 131-39. [Persian].
- 25- Sedigheh Z, Besharat M.A. Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. Soc Behav Sci. 2011; (30): 84 –8
- 26- Farnam A, Somi M, Sarami F, Farhang S. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. Neuropsychiatr Dis Treat. 2008; 4(5): 959-62
- 27- Tammannaefar M, Akhavan hejazi Z. Comparison of mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in the city of Kashan. Bimon Fayez Sci Res. 2013; 17(2): 195-202. [Persian].
- 28- Frank L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. clin ther. 2002; 24(4): 675-89.
- 29- Lackner, J. M. and M. B. Gurtman. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: A circumplex analysis. J Psychosom Res. 2005; (58): 523–32.
- 30- Creed F, Ratcliffe J, Fernandez L, Tomenson B, Palmer S, Rigby C, et al. Health-related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. Res Meas Issues . 2001; 134 (9 Part 2) 860-68.
- 31- Nazari M. S, Daryanin E. N, Yaraghchi A, Farrikhi N, Rezaei O. Predicting quality of life in the basis of type d personality in patients with irritable bowel synarome. Gastroenterol. 2013; 18 (2): 80-87.
- irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. J Anxiety Disor. 2009; 23(2): 290-6.
- 12- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed. Arlington: American Psychiatric. 2013.
- 13- Masthoff E, Trompenaars F, Van Heck G, Hodiament P, De Vries J. The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. Psychiatry Res. 2013; (149): 81–8.
- 14- Faramarzi M, Kashifar M, Shekari J. Compare some of the characteristics of functional dyspepsia patients and healthy individuals. Aamol Unive Med Sci. 2013; 10(4): 57-62. [Persian].
- 15- Dinan TG, O'Keane V, O'Boyle C, Chua A, Keeling PW. A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. Acta Psychiatrica Scandinavica. J Public Health Inst Public Health Res. 1991; 84(1): 26-8.
- 16- Taheri M, Hasani J, Hosseinian SM. The Comparison of the Personality Characteristics of the Irritable Bowel Syndrome Patients, Patients with other Gastrointestinal Diseases and Normal Individuals. J Clin Psychol. 2012; 3(15): 53-61. [Persian].
- 17- Leea V, Guthrieb E, Robinsonc A, Kennedya A, Tomensonb B, Rogersa A, et al. Functional bowel disorders in primary care: Factors associated with health-related quality of life and doctor consultation. J Psychosom Res. 2008; (64) : 129–38.
- 18- Hazraty M, Hosseini M, Dejhakhsh T, Taghavi A R, Rajai Fard A. The effect of Benson relaxation on anxiety and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. J Sci Res Med Sci Arak. 2006; 9(4): 1-9. [Persian].
- 19- Maleki E, Hosseini H, Khalilian A R, Taghvai T, Nick Solat F. Effect of psychological training on quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Behav Sci Res. 2007; 5(1): 39-45. [Persian].
- 20- Sohrabi R, Mirzaee A P. Construction and standardization of measuring personality test based on the Golestan Saadi. J Educational Meas. 2010; 4(1):1-9. [Persian].
- 21- Besharat M, Zarpour S, Baheami Ehsan H, Rostami R, Mirdamadi M J. Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. J clin psychol. 2010; 1(15): 6-15.
- 22- Anisi, J, Majdiyan, M , Joshanloo, M, Ghoharikamel. Validity and reliability of NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) on university students. Int J Behav Sci. 2011; 5(4): 351-55.
- 23- Nejat S, Montazeri A, Holakouee K, Kazem M, Majdzadeh R. Standardization Health Organization Quality of Life Questionnaire. translation and psychometric Iranian species. J Public Health and

Comparison of Personality Traits and Quality of Life between Patients with Irritable Bowel Syndrome and Normal Individuals

Faeli, A. M.A., Mohammadifar, M.A. *Ph.D., Azizpour, M. M.A., Dabiri, R. Ph.D.

Abstract

Introduction: Irritable bowel syndrome is a functional disorder of the gastrointestinal system which has been identified with specific gastrointestinal symptoms with no organic cause. Therefore, this study aimed to compare quality of life and personality traits in patients with irritable bowel syndrome and non-infected individuals.

Method: The research method was causal-comparative. The sample include of 60 participants (30 patients with IBS and 30 non-infected individuals). The sample was selected by convenience sampling method and responded to NEO Five-Factor Inventory and The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life.

Results: Data analysis by using statistical analysis, multivariate analysis of variance showed that neuroticism and conscientiousness and conscientiousness in patients with irritable bowel syndrome are more than normal individuals and extroversion, agreeableness and openness to experience are less than non-infected individuals. The level of physical health, mental health, social relationships, environment / conditions of life of patients was less than non-infected individuals.

Conclusion: Based on the findings of this study can be concluded that there is a significant difference between the two groups of patients with irritable bowel syndrome and non-infected individuals regard to personality traits and quality of life. Based on the findings of this study personality traits and quality of life can be used as important indicators to distinguish and predict the vulnerability of developing irritable bowel syndrome.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Personality Traits, Quality of Life.

*Correspondence E-mail:
alimohammadyfar@Semnan.ac.ir