مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکي رفسنجان
دوره یازدهم، مهر و آبان ۱۳۹۱، ۳۴۶-۳۳۷

فراوانی نسبی اختلالات خلقی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل

حامد دقاق‌زاده[۱]، حمید افشار[۲]، مینا مظاهری[۳]، مسیح کوچک‌زاد[۴]

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۲۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۰/۲/۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۰/۷/۹ پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome) یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که علت آن نامشخص می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهند که بین IBS و اختلالات روان‌پزشکی، به خصوص اختلالات خلقی، رابطه وجود دارد. هدف از این پژوهش، بررسی فراوانی نسبی اختلالات خلقی شامل: افسردگی اساسی و طیف اختلالات دو قطبی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۸۹ بر روی بیماران مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان نور اصفهان انجام گرفت. نمونه‌های مورد مطالعه، ۱۳۷ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند. صدو سی‌و هفت فرد بدون مشکل گوارشی هم به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه Beck و MDQ استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: فراوانی نسبی افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به IBS، ۷۸ نفر (۵۷٪) بود که در مقایسه با فراوانی ۴۴ نفر (۳۲٪) در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار قابل‌ملاحظه‌ای وجود داشت (p=۰/۰۰۱). همچنین فراوانی نسبی اختلالات دو قطبی در دو گروه بیمار و گروه کنترل به ترتیب ۳۰ نفر (۲۱/۹٪) و ۱۰ نفر (۷/۳٪) بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: فراوانی مشکلات روان‌پزشکی در افراد مبتلا به IBS نشان‌دهنده لزوم همکاری متخصصین گوارش با روان‌پزشکان در جهت مدیریت سندرم روده تحریک‌پذیر است به‌طوری‌که با مداخلات روان‌پزشکی می‌توان علایم را در این بیماران کاهش داد.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، افسردگی اساسی، طیف اختلالات دو قطبی

۱- استادیار مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پزشکی
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پزشکی
تلفن: ۲۲۲۲۱۲۷ -۰۳۱۱، دورنگار: ۲۲۲۲۲۵۵ -۰۳۱۱، پست الکترونیکی: Afshar@med.mui.ac ir
۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پزشکی
۴- رزیدنت جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است [۱]. حدود ۵۰٪ از مراجعات به مراکز خدمات بیماری‌های گوارشی را اختلالات عملکردی گوارشی تشکیل می‌دهند [۲]. IBS عمده‌ترین اختلال در بررسی‌های بالینی گوارشی است و ۱۲٪ از بیماران مراجعه‌کننده برای درمان‌های اولیه را تشکیل می‌دهد. گرچه رویکرد به این اختلالات گوارشی بخش عمده‌ای از فعالیت بالینی را در بر می‌گیرد، اما گاهی به عنوان چالش‌ها و شکست‌های درمان مطرح می‌شوند. این واقعیت که آسیب‌شناسی اختلالات گوارشی عملکردی به طور کامل مشخص نشده است، علت اصلی این مشکل می‌باشد [۳].

سندرم روده تحریک‌پذیر شامل گروهی از اختلالات عملکردی روده است که همراه با درد یا ناراحتی شکم مرتبط با اجابت مزاج و تغییر در عادات روده می‌باشد [۴]. هیچ شاخص تشخیصی واضحی برای IBS وجود ندارد، لذا تمام تعاریف بیماری بر اساس تظاهرات بالینی است. در سال ۲۰۰۶ معیار رم III (Rome III criteria) برای تشخیص IBS ارائه شد [۵].

در حال حاضر شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در جمعیت آمریکا بین۱۰٪ تا ۲۰% است [۶]. در مطالعه‌ای که با ارایه پرسش‌نامه‌ای به کارگران تعدادی از شرکت‌ها در ژاپن انجام شد شیوع IBS، ۱۵/۵٪ برآورد شد [۷]. در بررسی دیگری که در ۸ کشور اروپایی بر روی ۴۰۰۰۰ نفر انجام شد شیوع کلی IBS، ۱۱/۵٪ گزارش گردید [۸]. نسبت شیوع IBS در زنان به مردان در مطالعات مختلف متفاوت بوده و تا بیش از ۲ برابر برآورد شده است [۹]. اما در مطالعات انجام شده مبتنی بر جمعیت، تفاوت زیادی در شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر بین زن و مرد و یا میان سه علامت عمده انواع IBS (اسهال غالب، یبوست غالب، متناوب) مشاهده نشده است [۱۰]، با این حال، IBS با یبوست غالب در زنان شایع‌تر است [۱۱]. در مردان و زنان IBS به طور معمول در دوره جوانی و ابتدای بزرگسالی تظاهر پیدا می‌کند و معمولاً در تمام دوران زندگی بیماری باقی می‌ماند، اما در ۱۵٪ بیماران، علایم کوتاه‌مدت بوده و مزمن نمی‌شوند [۱۲].

آشفتگی‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی، به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، وجود دارد [۳]. عوامل روانی ـ اجتماعی در ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و شدت آن دخیل هستند و بر پیش‌آگهی بیماری اثر می‌گذارند [۱۲]. سندرم روده تحریک‌پذیر ارتباط بسیار زیادی با عوامل اجتماعی دارد و بعد از سرماخوردگی، دومین علت غیبت از کار و مدرسه است. بیماران مبتلا به IBS، سه برابر افرادی که مبتلا به این اختلال نیستند از مدرسه و کار غیبت می‌کنند [۱۳]. IBS اثرات مخربی روی کیفیت زندگی می‌گذارد و هزینه‌ها و مراقبت‌های بهداشتی زیادی را می‌طلبد [۱۴].

هر چند علل سندرم روده تحریک‌پذیر به طور واضح شناخته شده نیستند اما رژیم غذایی، عفونت‌های روده و اختلالات روانی، از عوامل خطر ابتلا به این اختلال هستند. فراوانی اختلال افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات روانی اساسی، در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر زیاد است [۱۵]. یک بررسی متاآنالیز نشان می‌دهد که سندرم روده تحریک‌پذیر و سندرم‌های غیرقابل توضیح از لحاظ پزشکی با افسردگی و اضطراب در ارتباط هستند [۱۶] و

در مطالعه‌ای دیگر همراهی IBS با اختلالات خلقی مشخص گردید [۱۷]. در واقع، تا ۶۰٪ افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال روانی به همراه دارند که به طور قابل‌توجهی بیشتر از فراوانی اختلالات روانی در بیماری‌های ارگانیک یا گروه‌های کنترل است؛ این امر پیشنهادکننده یک ارتباط بین IBS و اختلالات روانی است [۲۱-۱۸].

در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر حسب جمعیت مورد مطالعه، محیط درمانی و معیارهای تشخیصی، شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی بین ۴۰٪ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است [۲۲]. برخی از مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند افرادی که دارای علایم IBS هستند ولی از لحاظ روان‌شناختی مشکلی ندارند، اغلب به پزشک مراجعه نمی‌کنند و تنها بیمارانی در پی درمان می‌باشند که از نظر اضطراب و افسردگی در سطح بالاتری بوده و ارتباط چندانی بین علایم خود و استرس نمی‌بینند [۲۳]. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که به مراکز فوق تخصصی ارجاع داده می‌شوند معمولاً از نظر روان‌پزشکی با مشکلات بیشتر و شدیدتری مواجه هستند [۲۰]. با توجه به این که از بین اختلات روانی اکثر مطالعات بر همراهی اضطراب و افسردگی با IBS تأکید دارند و در مورد شیوع اختلات دو قطبی که افسردگی یکی از فازهای آن می‌باشد، کمتر گزارشی ارائه گردیده است، لذا هدف از پژوهش حاضر، تعیین فراوانی نسبی (اختلالات خلقی) شامل افسردگی اساسی و طیف اختلالات دو قطبی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل در مراجعین به درمانگاه بیمارستان نور اصفهان در سال ۱۳۸۹ می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی (Cross sectional) است. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان نور اصفهان (۱۳۷ نفر) در سال ۱۳۸۹ (به مدت ۶ ماه از ۱۳۸۸/۹/۱۵ تا ۱۳۸۹/۳/۱۵) مورد مطالعه قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه، شکایات گوارشی و تشخیص IBS توسط متخصص گوارش بر طبق معیار روم III و شرایط خروج از مطالعه، سن زیر ۱۸ سال، حاملگی، و ابتلا به بیماری سلیاک یا کانسر در بیماران بود. گروه کنترل (بدون مشکل گوارشی) به تعداد افراد جامعه هدف (۱۳۷ نفر) انتخاب شد و سعی گردید افراد گروه کنترل هم سن و هم جنس با افراد مبتلا به IBS باشند.

ملاحظات اخلاقی: از افرادی که وارد مطالعه شدند رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید که در آن، هدف مطالعه توضیح داده شده بود. از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات هم به بیماران اطمینان خاطر داده شد.

روش جمع‌آوری داده‌ها: برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های Beck، MDQ (Mood Disorder Questionnaire) و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده گردید.

پرسش‌نامه Beck برای تشخیص افسردگی استفاده می‌شود و شامل ۲۱ سؤال است. بر طبق نمره‌دهی این پرسش‌نامه، نمره (۱۳-۰) طبیعی، (۱۹-۱۴) افسردگی خفیف، (۲۸-۲۰) افسردگی متوسط، (۶۳-۲۹) افسردگی شدید، در نظر گرفته می‌شود [۲۴].

پرسش‌نامه MDQ برای تشخیص اختلالات دو قطبی به کار می‌رود و دارای ۳ سؤال اصلی است. سؤال اول

شامل ۱۳ پرسش فرعی و سؤال سوم به صورت چهار گزینه‌ای می‌باشد. در صورتی که به ۷ و یا بیشتر از ۷ پرسشِ سؤال اول، پاسخ بلی داده شود و همچنین در سؤال دوم گزینه بلی و در سؤال سوم گزینه ج و یا د (متوسط تا جدی) انتخاب گردد، نتیجه نهایی پرسش‌نامه مثبت شده و تشخیص طیف دو قطبی داده می‌شود. حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه به ترتیب ۹۰٪ و ۷۰٪ محاسبه شده است [۲۵].

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: در این پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل: جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و... مورد بررسی قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: یافته‌ها با آزمون آماری مجذور کای و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند. اختلافات در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار منظور گردید.

نتایج

در این مطالعه ۱۳۷ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۰۹ نفر زن (۷۹/۶٪) و ۲۸ نفر مرد (۲۰/۴٪) بودند. محدوده سنی آزمودنی‌ها از ۱۸ تا ۶۵ سال بود. از بین افراد مبتلا به IBS، ۱۰۲ نفر متأهل (۷۴/۵٪) و ۳۵ نفر مجرد (۲۵/۵٪) بودند. در گروه کنترل، ۱۰۱ نفر زن (۷۳/۷٪) و ۳۶ نفر مرد (۲۶/۳٪)، ۸۱ نفر متأهل (۵۹/۱٪) و ۵۶ نفر مجرد (۴۰/۹٪) بودند. میانگین سنی افراد مبتلا به IBS، ۸/۹۶±۳۱/۲۶ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۱۱/۸۷±۳۳/۴۴ سال بود. بجز وضعیت تأهل (p=۰/۰۰۷) در مورد سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه کنترل و بیمار مشاهده نگردید.

از مبتلایان به IBS، تعداد ۷۸ نفر (۵۷٪) و در گروه کنترل ۴۴ نفر (۳۲٪) به نوعی دچار درجاتی از افسردگی بودند که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱). (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه فراوانی نسبی افسردگی در دو گروه بیمار IBS و کنترل به تفکیک شدت افسردگی

گروه	شدت افسردگی طبق نمره آزمون بک				کل	P-value
	نرمال	خفیف	متوسط	شدید		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
بیمار	۵۹ (۴۳/۱)	۲۹ (۲۱/۲)	۳۳ (۲۴/۱)	۱۶ (۱۱/۶)	۱۳۷ (۱۰۰)	
کنترل	۹۳ (۶۷/۹)	۲۵ (۱۸/۲)	۱۴ (۱۰/۲)	۵ (۳/۷)	۱۳۷ (۱۰۰)	p=۰/۰۰۱*
کل	۱۵۲ (۵۵/۵)	۵۴ (۱۹۹/۷)	۴۷ (۱۷/۲)	۲۱ (۷/۶)	۲۷۴ (۱۰۰)	

آزمون مجذور کای * : مقدار p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

این بررسی نشان داد طبق پرسش‌نامه MDQ، شیوع اختلالات دو قطبی در بین مبتلایان به IBS بیشتر بود که ۳۰ نفر (۲۱/۹٪) در مقابل گروه کنترل ۱۰ نفر (۷/۴٪) می‌باشد. این اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه فراوانی نسبی طیف اختلالات دو قطبی در دو گروه بیمار IBS و کنترل

گروه	فراوانی نسبی طیف اختلالات دوقطبی			P-value
	طیف اختلالات دوقطبی + تعداد (درصد)	طیف اختلالات دوقطبی- تعداد (درصد)	کل	
بیمار	۳۰ (۲۱/۹)	۱۰۷ (۷۸/۱)	۱۳۷ (۱۰۰)	
کنترل	۱۰ (۷/۴)	۱۲۷ (۹۲/۷)	۱۳۷ (۱۰۰)	p= ۰/۰۰۱
کل	۴۰ (۱۴/۶)	۲۳۴ (۸۵/۴)	۲۷۴ (۱۰۰)	

آزمون مجذور کای *: مقدار p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

از میان ۱۳۷ بیمار مبتلا به IBS، ۲۴ نفر (۱۷/۵٪) دچار اختلال خلقی دو قطبی در فاز افسردگی بودند که در مقایسه با ۳ نفر (۲/۲٪) گروه کنترل رابطه معنی‌دار آماری را نشان می‌دهد (p=۰/۰۰۷) (جدول۳).

جدول۳- توزیع فراوانی نسبی افراد مبتلا به طیف اختلالات دوقطبی در فاز افسردگی در گروه بیمار IBS در مقایسه با گروه کنترل

گروه	طیف اختلالات دوقطبی (فاز افسردگی)		شدت افسردگی طبق نمره آزمون بک				کل	P-value
			طبیعی تعداد (درصد)	خفیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	شدید تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
بیمار	طیف اختلالات دوقطبی	مثبت	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	۱۲ (۴۰)	۶ (۲۰)	۳۰ (۱۰۰)	p=۰/۰۰۷*
		منفی	۵۳ (۴۹/۵)	۲۳ (۲۱/۵)	۲۱ (۱۹/۷)	۱۰ (۹/۳)	۱۰۷ (۱۰۰)	
		کل	۵۹ (۴۳/۱)	۲۹ (۲۱/۲)	۳۳ (۲۴/۱)	۱۶ (۱۱/۶)	۱۳۷ (۱۰۰)	
کنترل	طیف اختلالات دوقطبی	مثبت	۷ (۷۰)	۳ (۳۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۰ (۱۰۰)	
		منفی	۸۶ (۶۷/۷)	۲۲ (۱۷/۳)	۱۴ (۱۱/۱)	۵ (۳/۹)	۱۲۷ (۱۰۰)	
		کل	۹۳(۶۷/۹)	۲۵ (۱۸/۲)	۱۴ (۱۰/۲)	۵ (۳/۶)	۱۳۷ (۱۰۰)	

آزمون مجذور کای *: مقدار p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر همراهی سندرم روده تحریک‌پذیر را با اختلالات خلقی از نظر افسردگی اساسی و طیف اختلالات دو قطبی نشان داد. در مطالعه مشابهی که توسط Nimzing و همکاران در نیجریه انجام شد، مشخص گردید از بین ۱۳۲ بیمار مبتلا به IBS ۷۵ نفر (۵۶/۸٪) دچار افسردگی اساسی هستند [۲۶] و در پژوهش دیگری شیوع افسردگی در مبتلایان به IBS در کل ۶۴٪ گزارش شده است[۲۷].

در بررسی Mac Donald و Bouchier ۶۷ بیمار با علایم گوارشی از نظر جسمی و روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه ۳۲ نفر دارای بیماری ارگانیک و ۳۵ نفر دارای اختلال غیرارگانیک دستگاه گوارش بودند. بررسی اختلالات روانی در این دو گروه نشان داد که ۷ نفر

(۲۰٪) از گروه افراد مبتلا به اختلالات ارگانیک و ۱۷ نفر (۵۳٪) از گروه افراد مبتلا به اختلالات غیرارگانیک دستگاه گوارش دچار اختلالات روانی هستند که یافته‌های مطالعه ارتباطی بین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش و اختلالات روانی نشان دادند [۱۸]. البته در طی پژوهشی که شیوع اختلالات اضطرابی و خلقی از جمله طیف اختلالات دو قطبی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار گرفت، مشخص گردید اختلالات دو قطبی بر خلاف سایر اختلالات روان‌پزشکی در IBS شیوع چندانی ندارد [۲۲].

نتایج پژوهش دیگری نشان داد، ۹۰٪-۵۰٪ از بیماران مبتلا به IBS، که در صدد درمان بیماری خود بوده‌اند، تاریخچه‌ای از اختلالات روانی را در طول زندگی خود گزارش نموده‌اند. این اختلالات شامل: اختلالات افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس، ترس اجتماعی، اختلالات شبه جسمی و اختلال استرس پس از سانحه بود [۲۸]. مطالعه Osterberg و همکاران رابطه قوی بین بیماری و اختلالات خلقی را نشان داد به طوری‌که هر چه علایم IBS بیشتر و شدیدتر بود، سلامت روانی کمتر و عوارض روان‌شناختی بیشتری در فرد مشاهده می‌گردید [۲۹] Solati و همکاران نیز رابطه معنی‌داری بین اختلالات روانی و بیماری IBS بدست آوردند[۳۰]. تقریباً اکثر مطالعات بر ارتباط قوی بین اختلالات روانی و بیماری IBS تأکید داشته‌اند. در مطالعه حاضر نیز نتایج مشابه مطالعات فوق بوده و می‌تواند مبین آن باشد که اغلب، شروع بیماری روان‌پزشکی با شروع بیماری روده‌ای همزمان می‌شود [۳۱]. در مراجعین به مطب پزشکان، میزان بالایی از اختلالات روان‌پزشکی گزارش شده است. تصور می‌شود که در محیط‌های بالینی نسبت به جمعیت عمومی اختلالات و یا علایم روان‌پزشکی خیلی بیشتر با علایم گوارشی روده‌ای همراه می‌باشد. بر این اساس، North و همکاران در طی پژوهشی ارتباط علایم گوارشی عملکردی را با اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت‌های عمومی جامعه مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد اشخاصی که مبتلا به دو یا تعداد بیشتری از علایم گوارشی غیرقابل توضیح از لحاظ پزشکی می‌باشند، به خصوص موقعی که درد شکم یکی از آن دو علامت است، دارای میزان بالایی از اختلالات روان‌پزشکی هستند (نه لزوماً به طور معمول علامت‌دار) و اکثر آنها برای علایم گوارشی خود به پزشک مراجعه می‌کنند. این یافته مکمل مطالعاتی است که نشان می‌دهند بیمارانی که دارای علایم گوارشی هستند اغلب به پزشک مراجعه نمی‌کنند مگر زمانی که با علایم روان‌پزشکی فعال همراه گردند. همچنین نتایج این مطالعه مطابق با این فرضیه است که بیماران مبتلا به علایم عودکننده به طور مکرر در پی درمان طبی بوده و میزان اختلالات روان‌پزشکی در آنها بالاست. اما، افرادی که علایم آنها برطرف شده و یا با مداخله طبی بهبود می‌یابند دیگر به پزشک مراجعه نمی‌کنند [۳۲].

در یک مطالعه کوهورت که توسط Nicholas و همکاران در نیوزلند بر روی بالغین جوان صورت گرفت، عنوان شد IBS ارتباطی با اختلالات روانی ندارد و طبق نتایج این مطالعه عوامل غیر روانی نسبت به عوامل روانی در پاتوژنز IBS بیشتر نقش دارند [۳۳].

یافته‌های بدست آمده از نظر ویژگی‌های دموگرافیک در مطالعه حاضر نشان می‌دهند که شیوع IBS در زنان نسبت به مردان بیشتر است که با پژوهش‌های Drossman و همکاران [۳۴]، Kumano و همکاران [۳۵] و Solati و

همکاران [۳۰] مطابقت دارد. در تمام مطالعات ذکر شده نیز شیوع IBS در زنان بیشتر از مردان بود و از طرفی دیگر، شیوع افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان گزارش شده است. البته در این پژوهش، بین جنس افراد مبتلا به IBS و میزان فراوانی نسبی افسردگی اساسی رابطه‌ای وجود نداشت که با نتایج مطالعه Nimzing و همکاران مشابه است [۲۶].

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد مبتلا به IBS (۳۱/۲۶ سال) بود که نشان‌دهنده شیوع این بیماری در سنین پایین‌تر است. این نتیجه با نتایج تحقیقات Drossman و همکاران [۳۴] و Solati و همکاران [۳۰] مشابه است زیرا در مطالعات فوق نیز شیوع IBS در افراد با سنین پایین‌تر و جوان بیشتر گزارش شده است. شاید یکی از دلایل این مسئله را بتوان به مواجهه بیشتر افراد متأهل با مشکلات مختلف زندگی نسبت به افراد مجرد نسبت داد. البته همین شیوع بالاتر IBS در افراد متأهل، در مطالعه Solati و همکاران نیز به اثبات رسید [۳۰]. در بررسی حاضر نیز میزان IBS در میان متأهلین نسبت به افراد مجرد بیشتر بود که با مطالعه Solati و همکاران هم‌خوانی دارد[۳۰].

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر و پیشینه تحقیق احتمالاً مبین آن است که شیوع بالای اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی، ویژگی معمول در سندرم‌های جسمی عملکردی است. استرس روانی– اجتماعی و آسیب شناسی روانی در تمام اختلالات عملکردی بالا است و تصور می‌شود که این عوامل بیش از آن که ناشی از این اختلالات باشند، علت آنها به حساب می‌آیند. این مطالعه می‌تواند بیانگر آن باشد که سندرم روده تحریک‌پذیر دارای جنبه روان‌تنی است.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه‌های خود سنجی به جای یک مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای ارزیابی افسردگی و اختلال دو قطبی در نمونه مورد مطالعه می‌باشد. از طرف دیگر، به دلیل محدود بودن جامعه آماری باید در تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش به سایر بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی احتیاط نمود و فقط در محدوده معیارهای ورود به مطالعه قابل تعمیم به جامعه می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه تشکر می‌شود.

References

[1] Quigley EM. Curr ent concepts of the irritable bowel syndrome. *Scand I Gastroenterol (suppl)* 2003; 1-8: 237.

[2] Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, DeCarne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and Psychopathology in Patients with Psychiatric and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy Psychosomatic* 2004; 73: 84-91.

[3] Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007; 48: 93-102.

[4] Drossman DA, Carozziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut 45 (suppl ll)* 1999: 1-810.

[5] Drossman DA. Rome III: The new criteria. *Chinese Journal of Digestive Disease* 2006; 7:181-5.

[6] Cash BD, Chey WD. Advances in the management of irritable bowel syndrome. *Curr Gastroenterol Rep* 5: 2003: 468-75.

[7] Torri A, Tanaka T, matsueda K. The prevalence of irritable bowel syndrome with questionnaires at some company in Japan (in japanese*). Pharma Medica* 2002; 20:162-75.

[8] Hungin APS, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. Prevalence, pattern and impact of IBS: an international survey of 40000 subjects. *Almentary Pharmachology & Therapeutic* 2003; 17(5): 643-50.

[9] Naliboff BD, Berman S, Chang L, Derbyshire SW, Suyenobu B, Vogt BA, et al. Sex-related differences in IBS patients: central processing of visceral stimuli. *Gastroenterology* 2003; 124:1738-47.

[10] EL-Serag HB. Impact of irritable bowel syndrome: prevalence and effect on health-related quality of life. *Gastroenterol Disord* 2003; suppl 2:3-11

[11] Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120:652-68.

[12] Drossman DA. Review article: An inegrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(supp12) :3-14.

[13] Long streth GF. lrritable bowel syndrome: A multibillion-dollar problem. Gastroenterology. 1995; 109: 2029-31.

[14] Torri A, TodaG. Management of irritable bowel syndrome. *Internal Medicine* 2004; 43:353.

[15] Drossman DA, Corazziari E , Talley NJ. Rom II: The functional gastrointestinal disorders diagnosis, pathophysiology and treatment. *Amultinational Consensus Degnon: MeLean* 2000; 46(5): 741–2

[16] Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65: 528-33.

[17] Mykletun A, Jacka F, Williams L, Pasco J, Henry M, Nicholson GC, et al. Prevalence of mood and anxiety disorder in self reported irritable bowel syndrome. An epidemiological population based study of women. *BMC Gastroenterology* 2010; 10: 88.

[18] Mac Donald AJ, Bouchier IAD. Non-organic gastrointestinal illness: A medical and psychiatric study. *Brit J Psychiatry* 1980; 1362:276-83.

[19] Corney RH, Stanton R. Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *J Psychosomat Res* 1990; 34:483-91

[20] Toner BB, Garfink PE, Jeejeebhoy KN. Psychological factorsin irritable bowel syndrome. *Can J Psychiatry* 1990; 35:158-61.

[21] Blanchard EB, Scharff L, Schwartz SP, Suls JM, Barlow DH. The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 1990; 28:401-5.

[22] Porcelli P. Psychological abnormalities in patients with irritable bowel syndrome. *Indian Journal of Gastroenterology* 2004; 23(2): 63-9.

[23] Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Does psychological distress modulate functional gastrointestinal symptoms and health care seeking? A prospective, community cohort study. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 789-93.

[24] Marnat GG. Guidance psyche evaluation. Translation: Pasha sharifi H. *Sokhan Press*, 2005; 1010-5.

[25] Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder. The mood disorder questionnaire; *Am J Psychiatry* 2000; 157(11): 1873-5.

[26] Nimzing G ladep, Taiwo Jobindo, Moses D Audu, Edith N okeke Abraham O Malu. Depression in patients with irritable bowel syndrome in Jos, Nigeria. *World Gastroenterol* 2006;48:7844-7.

[27] Kingham JGC, Dawson AM: Origin of chronic right upper quadrant pain. *Gut* 26; 1985:783-8.

[28] Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med* 1999, 8: 107(5A): 65S-73S .

[30] Osterberg E, Blomquist L, KrakauI, Weinryb RM, Asberg M. "Appulation study on irritable Bowel syndrome and mental health". *Scnd J Gastroenterol* 2000, 35(3): 264-8.

[30] Solati SK, Rahimyan GA, Abedi A, Bagheri N. Evaluation relationship between mental disorders with IBS. *Yafteh* 2006; 28: 31-7.

[31] Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007; 48: 93-102.

[32] North CS, Alpers DH, Thompson SJ , Spitznagel EL. Gastrointestinal symptoms and psychiatric disorders in the general population. *Digestive Diseases and Sciences* 1996; 41(4): 633-40.

[33] Nicholas J, Talley MD, Stuart Howell, B.A(Hons), Richie Poulton. The irritable bowel syndrome and psychiatric disorders in the community: Is there a link? *The American Journal of Gastroenterology* 2001 ; 96:1073.

[34] Drossman DA, Camilleri M, Whitehead WE. American Gasteroentrological association technical review on irritable bowel syndrome. *Gasteroenterology* 1997; 112, 2120-37.

[35] Kumano H, Yoshiuchi K, Yumanka G,Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome panic disorder,and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(2): 370-6.

Relative Frequency of Mood Disorders in Patients with Irritable Bowel Syndrome in Comparison with Control Group

H. Daghaghzadeh[1] H. Afshar[2], M. Mazaheri[3], M. Kouchakzadeh[4]

Received: 13/02/2011 Sent for Revision: 27/04/2011 Received Revised Manuscript: 01/10/2011 Accepted: 09/10/2011

Background and Objectives: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most prevalent functional disorders of the digestive system with unknown causes. Reasearches have indicated that there is a relationship between IBS and mood disorders. The aim of this study was evaluation of the relative frequency of major depression disorder and bipolar spectrum in patients with irritable bowel syndrome in comparison with control group.

Materials and Methods: This descriptive, cross- sectional study was performed on 137 patients who were referred to a digestive clinic in Isfahan Nour hospital and had digestive complains in accordance with known cases of IBS based on ROM III criteria. Also, a control group (without digestive problems) was selected that consisted of 137 individuals. The two groups filled out Beck and MDQ questionnaires for the purpose of diagnosis depression and bipolar disorders respectively.

Results: Relative frequency of major depression disorder in IBS patients was 78 persons (57%) which, compared with 44 persons (32%) in the control group indicated a considerable significant difference ($p<0.001$). Also, the relative frequency of bipolar disorders in the affected group was 30 persons (21.9%) versus 10 persons in the control group (7.3%) which, regarding $p=0.001$, indicates a considerable difference.

Conclusion: Regarding the results obtained, there is a considerable relationship between irritable bowel syndrome and mood disorders. The results indicate that cooperation between gastroenterologists and psychiatrists is an essential need for managing the irritable bowel syndrome.

Key word: Irritable Bowel Syndrome, Major depressive Disorder, Bipolar Spectrum

Funding: This research was funded by Isfahan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approvel: The Ethics Committee of Isfahan University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Daghaghzadeh H, Afshar H, Mazaheri M, Kouchakzadeh M. Relative Frequency of Mood Disorders in Patients with Irritable Bowel Syndrome in Comparison with Control Group. *J Rafsanjan Univ Med Scie* 2012; 11(4): 337-46. [Farsi]

1- Assistant Prof., Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2-Associate Prof., Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, Corresponding Author, Tel: (0311) 2222127, Fax: (0311) 2222255, E-mail: afshar@med.mui.ac.ir
3-MA, Psychologist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Sciences Medical, Isfahan, Iran
4-Neurology Resident, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran