

The Study of Psychological Factors Associated with Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Majid Zargham hajebi¹, Abolfazl Najarian nosh-abadi^{2,*}, Mahdi Faraji³

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch

² PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch

³ PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch

ABSTRACT

Background:

The aim of this study was to evaluate the psychological characteristics of negative affect, social inhibition, and ambiguity tolerance in prediction of quality of life in patients suffering from irritable bowel syndrome (IBS).

Materials and Methods:

In this cross-sectional study, 62 patients suffering from IBS who were referred to the Digestion Clinic of Shadid Beheshti Hospital in Qom city were selected with available sampling method. For data gathering, quality of life questionnaire in irritable bowel syndrome (IBS QOL), D personality type scale (DS - 14), and ambiguity tolerance questionnaire were used. Research data were analyzed using Pearson correlation and regression tests.

Results:

This study showed that psychological characteristics of negative affect, social inhibition and ambiguity tolerance are factors prediction of quality of life in IBS suffering.

Conclusion:

For the recovery of the quality of life in patients suffering from IBS, appropriate interventions, training, counseling, and referral to psychologist to make positive changes in the mentioned psychological factors are recommended.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Negative Affect, Social Inhibition, Ambiguity Tolerance, Quality of Life

please cite this paper as:

Zargham-hajebi M, Najarian nosh-abadi A, Faraji M. The study of psychological factors associated with Quality of Life in patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2018;22:224-231.

*Corresponding author:

Abolfazl Najarian Noosh-abadi, PHD
Rehabilitation training centers for specific learning
difficulties, Education Department, Aran & Bidgol,
Isfahan, Iran
Telefax: + 98 31 54731370
E-mail: abolfazl.najarian@yahoo.com

Received: 08 Jul. 2017

Edited: 01 Nov. 2017

Accepted: 02 Nov. 2017

بررسی متغیرهای روان شناختی مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران سندرم روده تحریک پذیر

مجید ضرغام حاجبی^۱، ابوالفضل نجاریان نوش آبادی^{۲*}، مهدی فرجی^۳

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم
^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم
^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم

چکیده

زمینه و هدف:

در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome-IBS)، مطالعه عوامل روانشناختی ضروری است. هدف این پژوهش مطالعه ویژگی های روانشناختی عاطفه منفی^۱، بازداری اجتماعی^۲ و آستانه تحمل ابهام^۳، در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران IBS است.

روش بررسی:

در این مطالعه مقطعی، ۶۲ بیمار مبتلا به IBS که به درمانگاه گوارش بیمارستان شهید بهشتی قم مراجعه کرده بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های کیفیت زندگی در بیماران IBS، مقیاس تیپ شخصیتی D (که دو خرده مقیاس عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می سنجد)، و مقیاس تحمل ابهام لین استفاده شد. داده های پژوهش با روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

یافته های بدست آمده نشان می دهد که میانگین داده های کیفیت زندگی و تحمل ابهام آزمودنی ها در سطح پایینی قرار دارد، و میانگین عاطفه منفی و بازداری اجتماعی گویای بالا بودن نمرات آزمودنی ها در این متغیرها است. همچنین بین کیفیت زندگی با تحمل ابهام و عاطفه منفی و بازداری اجتماعی همبستگی معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). عاطفه منفی ($\beta = 0/35, p = 0/00$)، بازداری اجتماعی ($\beta = 0/28, p = 0/01$) و تحمل ابهام ($\beta = -0/28, p = 0/01$) از عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی مبتلایان به IBS است.

نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد ویژگی های روانشناختی عاطفه منفی، بازداری اجتماعی و آستانه تحمل ابهام، پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران IBS است. بنابراین اتخاذ اقداماتی در جهت مداخلات مناسب و ارجاع به روانشناس در جهت تغییر مثبت متغیرهای روانشناختی مذکور برای بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS توصیه می گردد.

کلید واژه: سندرم روده تحریک پذیر، عاطفه منفی، بازداری اجتماعی، تحمل ابهام، کیفیت زندگی

1. Negative Affectivity
2. Social Inhibition
3. Tolerance for ambiguity

گوارش/ دوره ۲۲، شماره ۴/ زمستان ۱۳۹۶-۲۳۱-۲۲۴

زمینه و هدف:

اختلالات گوارشی از نظر درخواست مشاوره روان پزشکی در بین بیماریهای طبی، رتبه اول را دارند (۱). همچنین در بین اختلالات عملکردی گوارشی، سندرم روده تحریک پذیر (Irritable bowel syndrome-IBS) شایعترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات عملکردی قابل شناسایی است (۳ و ۲). سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال کارکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می باشد (۴). شیوع آن بین ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت کلی بوده (۵) و در ایران حدود ۶ درصد گزارش شده است (۶). سندرم روده تحریک پذیر بیماری دوران جوانی است که

*نویسنده مسئول: ابوالفضل نجاریان نوش آبادی

مرکز آموزشی و توانبخشی مشکلات ویژه یادگیری بهار، آموزش و پرورش آران و بیدگل، اصفهان، ایران
تلفن و نمابر: ۰۳۱-۵۴۷۳۱۳۷۰
پست الکترونیک: abolfazl.najarian@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۶/۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۱۱

علت تعداد قابل ملاحظه‌ای از مراجعه به پزشکان عمومی و دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی است. (۸ و ۷) سندرم روده تحریک پذیر جزو بیماری‌های روان‌تنی طبقه بندی شده است، بنابراین با توجه به اینکه جامعه جهانی رو به صنعتی شدن حرکت می‌کند و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست، بالطبع آن، اختلالات روان‌تنی (از جمله سندرم روده ی تحریک پذیر) روبه افزایش است، لازم است در این زمینه بیش از گذشته، مطالعه انجام شود.

امروزه با توجه به مطالعات متعددی که در مورد IBS صورت گرفته، همچنان پاتولوژی آن ناشناخته و در حد چند فرضیه باقی مانده است و به دلیل اینکه نشانه‌های عینی و بالینی قابل اعتمادی وجود ندارد و علائم نیز گاه‌گاه برای بیماران قابل توجیه و معنا نیستند، سنجش کیفیت زندگی به منظور تعیین اینکه میزان بهبودی و پیشرفت درمانی تا چه حد بوده است و کدامیک از کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی روزانه فرد مختل شده است، از اهمیت ویژه و روزافزونی برخوردار است. (۱۰ و ۹) بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال‌های دستگاه گوارش به ویژه IBS یک تغییر معنی داری را در عملکرد حیاتی خود گزارش داده اند از جمله آنها مشکل در خواب، کاهش سطح انرژی، تغییر در اشتها و وزن بدن است. (۱۱) همچنین در IBS، به عنوان یک بیماری مزمن، کیفیت زندگی به شکل پایین است و حیطه‌های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، روابط بین فردی و لذت بردن را دچار نقص و اختلال کرده است. (۱۲) مطالعات بسیاری نشان داده اند که کیفیت زندگی مبتلایان به IBS پایین تر از جمعیت عمومی است. (۱۳ و ۱۴) کاهش کیفیت زندگی در تمامی زیر گروه‌های بیماری یکسان گزارش شده و تا به حال نقص در کیفیت زندگی را بیشتر به شدت علائم و عوامل روان‌شناختی نسبت داده اند. (۱۵ و ۱۶)

در چند سال اخیر نظریه تیپ شخصیتی D در زمینه بیماری‌های قلبی و همچنین بیماری‌های روان‌تنی توسط دنولت مطرح شد و ادعا شده است که این تیپ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس، اختلالات روان‌تنی، پیش آگهی، پیامدها و عوارض روان‌شناختی می‌باشد. (۱۷) مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است اثرات زیانباری بر سلامتی داشته باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه است: ۱- عاطفه منفی، که به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیتهای مختلف اشاره می‌کند. ۲- بازداری اجتماعی، که تمایل برای بازداری در ابراز این هیجانات در تعاملات اجتماعی است. (۱۷)

تیپ شخصیتی D، چه به عنوان یک پدیده زیست‌شناختی یعنی ویژگی‌های مزاجی در نظر گرفته شود و چه به عنوان الگوی رفتاری عادت، می‌تواند برای بروز بیماری‌های قلبی (۱۸) و سایر بیماری‌های جسمی نظیر فشار خون، دیابت، پوکی استخوان و زخم‌های گوارشی عامل خطر به شمار رود. (۱۹) همان‌طور که اشاره شد افراد تیپ D بیشتر تمایل به تجربه هیجانات منفی نظیر اضطراب، خشم، احساسات خصمانه و خلق افسرده و بازداری از بیان این هیجانات در ارتباطات اجتماعی دارند. موقعیت‌هایی که با ترس، اضطراب، درماندگی و فقدان کنترل ارتباط دارد، می‌تواند سبب افزایش ترشح کورتیزول شود. (۲۰) بنابراین

بیش فعالی فیزیولوژیکی می‌تواند یکی از این مکانیزم‌ها باشد. محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال در متابولیسم، تعادل حیاتی، تولید انرژی و تنظیم پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس نقش دارد. تیپ شخصیتی D با افزایش سطح کورتیزول در پاسخ به استرس ارتباط دارد. (۲۱) از طرف دیگر پژوهش‌ها در مورد اثرات متقابل مغز - روده و اختلال عملکرد این محور در دهه گذشته افزایش یافته است. (۲۲ و ۲۳) حالات هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی ممکن است فیزیولوژی روده را تحت تأثیر قرار دهند و بر چگونگی تجربه و تغییر علائم نقش داشته باشند. (۲۴ و ۲۵) حتی امروزه ادعا می‌شود تکنیک‌های روانشناختی از مسیر اصلاح خلق و هیجان می‌تواند سبب بهبود علائم روده‌ای شود. این روش‌ها به بیماران با اختلالات ارگانیک گوارشی نیز کمک می‌کند. (۲۵ و ۲۶)

از مکانیسم‌های روانشناختی دیگر که در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است، مفهوم تحمل ابهام می‌باشد. در روان‌شناسی، ابهام به هر وضعیتی که بیش از یک تعبیر، تفسیر و تلقی دارد، اطلاق می‌شود و یا اینکه برای ما موضوعی نامطمئن و غیر قطعی محسوب می‌شود. (۲۷) این مفهوم اولین بار در سال ۱۹۴۸ در نشریه انجمن روان‌شناسی آمریکا مطرح شد و در سال بعد یعنی ۱۹۴۹ در مقاله‌ای طولانی، مدل عدم تحمل به عنوان یک متغیر «عاطفی-شخصیتی» توسط برونزویک ارائه گردید. وی عدم تحمل ابهام را میل توسل به راه‌حل‌های سیاه و سفید تعریف می‌کند. عدم تحمل ابهام بالا با طرحواره‌های شناختی پیچیده و انعطاف ناپذیر جهت ارزیابی اطلاعات جدید یا غیر منتظره، ارتباط دارد. (۲۸) مک‌لین (۲۹) ابهام را به عنوان نداشتن اطلاعات کافی درباره موقعیت تعریف کرده است. تحمل ابهام اشاره دارد به تمایل افراد برای تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم که منشأ ناراحتی و خطر هستند. باندر (۲۸) معتقد است که عدم تحمل برای موقعیت‌های مبهم معمولاً به عنوان منبعی از تهدید، ادراک می‌شود. به اعتقاد جانسن و گرابوسکی (۳۰) افراد دارای تحمل ابهام در موقعیت‌های یادگیری جدید و پیچیده عملکرد بالایی دارند، در حالی که یادگیرندگان بدون تحمل ابهام تمایل دارند که از موقعیت‌های مبهم و جدید اجتناب کنند. از سوی دیگر، افراد با تحمل ابهام پایین چون محرک‌ها یا موقعیت‌های مبهم از جمله محرک‌های جدید یا پیچیده را تهدید کننده می‌بینند، برای سؤالات گوناگون پاسخ‌های سریع در دسترس را به سرعت می‌پذیرند (۲۹) واکنش‌های افراد به موقعیت‌های مبهم به صورت شناختی (تمایل فرد به ادراک یک موقعیت مبهم به صورت سیاه و سفید)، واکنش‌های هیجانی (رنج، تنفر، ناراحتی، خشم و اضطراب در یک موقعیت مبهم)، و پاسخ‌های رفتاری (اجتناب از موقعیت مبهم) می‌باشد افراد دارای تحمل ابهام پایین در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا به دلیل تحمل پایین به روش‌هایی از جمله سوء مصرف مواد و با جرم روی می‌آورند. (۳۱) عدم تحمل ابهام بالا با اختلالات روانشناختی از جمله وسواس فکری - عملی، اختلال اضطراب فراگیر مرتبط است و ممکن است مؤلفه‌های زیربنایی تفکر و رفتار پاتولوژیک این افراد هنگامی که آنها تلاش می‌کنند روی شرایط آزارنده ادراک شده کنترل پیدا کنند، باشد. (۳۲-۳۴) پژوهشگران از «تحمل ابهام» در مفهوم سازی

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق

انحراف استاندارد	میانگین	
۲۱/۹۸	۱۲۸/۵۰	کیفیت زندگی
۲/۵۰	۲۰/۶۳	عاطفه منفی
۸/۱۵	۲۰/۰۷	بازداری اجتماعی
۲/۳۹	۲۷/۴۶	تحمل ابهام

و روایی ساختاری آن با استفاده از ابزارهای SF3 و SCL-90 مورد تأیید قرار گرفته است (۳۸) همچنین پایایی آن از طریق آلفا کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. (۳۹ و ۴۰) این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط حقایق و همکاران (به نقل از موجا (Moja) و همکاران) به صورت مقدماتی ترجمه و پایایی آن ۰/۹۳ و روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است. (۴۱) کمینه و بیشینه نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۴ و ۱۷۰ است که با توجه به نحوه سوالات پرسشنامه، نمرات پایین تر، نشانگر کیفیت زندگی بالاتر است.

مقیاس تیپ شخصیتی D (DS-14): مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت تدوین شده است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تحت عنوان عاطفه منفی (NA) و بازداری اجتماعی (SI) برای ارزیابی صفات شخصیتی کلی (روان رنجوری و برونگرایی) تیپ D می باشد. تیپ شخصیتی D با نقطه برش ۱۰ در هر دو بعد عواطف منفی و بازداری اجتماعی تعیین می شود. هر آیتم بر اساس طیف لیکرتی از صفر تا چهار درجه بندی شده است. (۴۲) که تحت پژوهشی در ایران، ضریب الفای کرونباخ خرده مقیاس NA، ۰/۸۴ و خرده مقیاس SI، ۰/۸۶ به دست آمده است. (۴۳)

مقیاس تحمل ابهام: مک لین در سال ۱۹۹۳ پرسشنامه ای را برای ارزیابی تحمل ابهام با عنوان تحمل ابهام نوع دوم (MSTAT-II) تدوین کرده است. که پاسخ به هر آیتم در یک طیف پنج لیگرتی نمره گذاری می شود. که حد پایین نمره آزمون، ۱۵ و حد بالای آزمون ۷۵ می باشد. پایایی درونی آزمون مناسب گزارش شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ می باشد. (۲۹) فیضی و همکاران (۴۴) روایی محتوایی این پرسشنامه را در ایران از طریق روایی سازه ۰/۴۸، و پایایی این پرسشنامه را از طریق الفای کرونباخ ۰/۸۱۸ و از روش تنصیف ۰/۷۸۲ گزارش کرده است.

کیفیت زندگی متغیر ملاک و متغیرهای عاطفه منفی، بازداری اجتماعی و تحمل ابهام، متغیرهای پیش بین مطالعه حاضر می باشند که به منظور توصیف و تشریح یافته ها از آمار توصیفی، شامل میانگین و انحراف استاندارد و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغییری استفاده شد. نتایج پژوهش در سطح $p < 0/05$ بررسی و از نرم افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته‌ها:

مطابق نتایج به دست آمده در جدول ۱ میانگین داده های کیفیت زندگی و تحمل ابهام نشان می دهد که هر دو متغیر کیفیت زندگی و تحمل ابهام آزمودنی ها در سطح پایینی قرار دارد. میانگین عاطفه منفی و بازداری اجتماعی گویای بالا بودن نمرات آزمودنی ها در این دو متغیر است.

و تبیین اختلالات روانشناختی زیادی بهره برده اند که اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder-GAD) بیشترین فراوانی را در این حوزه پژوهش، داشته است. (۳۵ و ۳۶) در مورد این اختلال، دوگاس و همکاران (۳۷) بیان می کنند که عدم تحمل ابهام نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می کند. از آنجایی که نگرانی یکی از عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری های جسمانی است و در اختلالات روان تنی نقش کلیدی دارد، و همچنین مطالعات گذشته نقش تحمل ابهام را در ایجاد نگرانی رد نکرده اند در مطالعه حاضر سنجش آستانه تحمل به عنوان یکی از متغیرها لحاظ شد.

به طور کلی مسئله اصلی این پژوهش مطالعه ویژگی های شخصیتی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی و آستانه تحمل ابهام - به عنوان عوامل روانشناختی بحث برانگیز در بیماری های روان تنی - در پیش بینی کیفیت زندگی مبتلایان به IBS است. اهمیت پژوهش در این است که به شناخت بهتر بیماری، عوامل مؤثر در آن و کاهش عوامل سبب ساز این بیماری کمک می کند زیرا با توجه به اهمیت عوامل روانشناختی در این بیماری، پژوهش های بسیار کمی در این مورد انجام شده است.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه مقطعی می باشد که در سال ۱۳۹۵ در درمانگاه گوارش بیمارستان شهید بهشتی در شهر قم انجام شد. در این مطالعه، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد که از میان بیماران مراجعه کننده در بازه زمانی مهر تا آذر، تعداد ۱۴۳ بیمار، مبتلا به IBS تشخیص داده شدند که با توجه به معیارهای ورود و خروج این مطالعه، ۶۶ بیمار به عنوان نمونه پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی، مقیاس تحمل ابهام و مقیاس شخصیتی تیپ D را تکمیل کردند.

معیارهای ورود عبارتند از: تشخیص بیماری سندرم روده تحریک پذیر توسط متخصص گوارش بر اساس معیار تشخیصی Rome III، رضایت بیمار برای پاسخ به پرسشنامه ها، قرار داشتن در بازه سنی ۶۰-۱۸ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخ به پرسشنامه ها.

معیارهای خروج شامل: وجود بیماری جسمی حاد، وجود اختلال عمدۀ روانپزشکی دیگر با تشخیص روانشناس بالینی،

ابزار: در این مطالعه اطلاعات جمعیت شناختی و اجتماعی توسط فرم اطلاعات شخصی (دموگرافیک) جمع آوری شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران IBS: به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه خودگزارشی کیفیت زندگی در بیماران روده تحریک پذیر (IBS-QOL)^۱ استفاده شد که به طور اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS را می سنجد. این ابزار که شامل ۳۴ سوال است و در یک طیف پنج درجه ای نمره گذاری می شود که توسط پاتریک (Patrick) و دراسمن (Drossman) در سال ۱۹۹۸ طراحی و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران IBS است (ضریب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۴). این پرسشنامه در کشورهایی از قبیل انگلستان، فرانسه و ایتالیا بر طبق فرهنگ آنها مورد بررسی قرار گرفته است

1. Irritable Bowel Syndrome Quality Of Life questionnaire

انجام گرفت، نتایج نشان داد که این دو متغیر عاطفه منفی و بازداری اجتماعی، یک عامل مستعد کننده برای آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌باشد که سلامت جسمی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با مکانسیم‌های پیشرفت بیماری مرتبط است. (۴۵) همچنین صمدی نظری و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با عنوان پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس تیپ شخصیتی D در بیماران IBS به این نتیجه رسیدند که عاطفه منفی و بازداری اجتماعی از عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران IBS می‌باشد که با نتایج بدست آمده از این تحقیق مطابقت دارد. (۴۶)

احتمالاً عواطف منفی بیشتر با فرآیندهای فیزیوپاتولوژیکی بیماری شامل فرآیندهای واسطه‌ای بین استرس و هیجانات و علائم گوارشی نظیر تحریک محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال، محور مغز - روده و تغییرات سیستم ایمنی ارتباط دارد. عواطف منفی ارتباط تنگاتنگی با روان‌نژندخوبی در نظریه‌های شخصیت دارد. (۴۷) مدل پنج‌عاملی بزرگ شخصیت شامل ابعاد روان‌نژندخوبی، برونگرایی، تجربه‌پذیری، همسازي و با وجدان بودن می‌شود. عواطف منفی با روان‌نژندخوبی در مدل مذکور همبستگی مثبت دارد. تاکنون در مطالعات زیادی ارتباط بین روان‌نژندخوبی و IBS مورد مطالعه قرار گرفته است. فارنهام^۱ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به IBS نمره بیشتری در ابعاد روان‌نژندخوبی و با وجدان بودن نسبت به جمعیت عمومی داشتند. (۴۸) هم‌چنین آنها در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند که تنها ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به IBS، با جمعیت عمومی متفاوت است بلکه مبتلایان به زیرگروه‌های مختلف IBS تفاوت‌هایی از نظر این ویژگی‌ها با یکدیگر دارند. به عنوان مثال بیماران با بیوست بارز نمره بیشتری در ابعاد روان‌نژندخوبی و با وجدان بودن نسبت به بیماران با اسهال بارز و یا فرم متناوب بیماری داشتند. بنابراین ممکن است زیرگروه‌های مختلف IBS از مداخلات روان‌شناختی متفاوتی سود ببرند. (۴۹) نتایج این مطالعه به نوعی می‌تواند بیانگر اثرات فیزیولوژیک شخصیت باشد. ناتر^۲ و همکاران در یک مطالعه با اندازه‌گیری سطح کورتیزول خون هنگام برخاستن از خواب و سه ساعت بعد در یک دوره شش روزه که به بررسی تاثیر شخصیت بر محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال پرداختند. نشان دادند که روان‌نژندخوبی و سطح کورتیزول خون رابطه‌ای مستقیم دارند. (۵۰) بنابراین با توجه به نقش عواطف منفی (روان‌نژندخوبی) در تنظیم درونی هیجانات، طبیعتاً این متغیر اثر مخرب روی کیفیت زندگی دارد (۵۱) همچنین پینی^۳ و همکاران در یک مطالعه با بررسی تأثیر اتصال یک بالون داخل مری (درد احشایی) بر سیستم اوتونوم نشان دادند بیماران با روان‌نژندخوبی بیشتر و برونگرایی کمتر در حجم کمتری از بالن تحمل درد داشتند. (۵۲) دو ویژگی مذکور همان دو صفت شخصیتی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است. به طور کلی یافته‌های حاصل از این مطالعه و نتایج سایر مطالعات می‌تواند تأییدی بر نقش واسطه‌ای روان‌نژندخوبی (یا عواطف منفی) بر تغییرات سمپاتییک ناشی از درد احشایی باشد. (۵۳)

1. Frnham
2. Nater
3. Paine

به منظور آزمون فرضیه پژوهش از طریق تحلیل رگرسیون ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. مطابق نتایج به دست آمده از آزمون کلموگروف - اسمیرنف، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش برقرار بود.

ماتریس همبستگی کیفیت زندگی، تحمل ابهام، عاطفه منفی و بازداری اجتماعی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان می‌دهد بین کیفیت زندگی با تحمل ابهام و عاطفه منفی و بازداری اجتماعی همبستگی معنادار وجود دارد.

جهت تجزیه و تحلیل داده از رگرسیون چند متغیری استفاده شد که کیفیت زندگی مبتلایان به IBS به عنوان متغیر ملاک، و متغیرهای بازداری اجتماعی، عاطفه منفی و تحمل ابهام به عنوان متغیر پیش‌بین مورد ارزیابی قرار گرفتند. که R چندگانه مربوط به رگرسیون به لحاظ آماری معنادار بود، ($R^2_{adj} = 0/22$, $F(3,62) = 7/13$ و $p < 0/001$). در ادامه نتایج رگرسیون، با توجه به ضرایب β و مقادیر P مشخص شد که عاطفه منفی ($\beta = 0/35$, $p = 0/001$)، بازداری اجتماعی ($p = 0/01$)، $\beta = 0/28$ و تحمل ابهام ($\beta = -0/28$, $p = 0/001$) به طور معناداری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS را پیش‌بینی می‌کند. بنابر این هر سه متغیر پیش‌بین به طور معنی داری کیفیت زندگی مبتلایان به IBS را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/05$).

بحث:

در بازه زمانی این مطالعه، حدود ۶ درصد از کل مراجعه کننده‌ها به درمانگاه گوارش بیمارستان شهید بهشتی بنا به تشخیص متخصص گوارش مبتلا به IBS بودند که این آمار همخوان با نتایج مطالعه صلح پور و همکاران می‌باشد. (۶) همچنین، حدود ۱۷ درصد آزمودنی‌ها، شیوع بیماری IBS را بین اعضای خانواده گزارش داده اند که شاید یکی از دلایل این مسئله تجربه فراز و نشیب‌ها در زندگی خانوادگی و پاسخ مشابه اعضای خانواده به استرس ناشی از این رویدادها یا وضعیت‌ها باشد. مشخصات زمینه‌ای بیماران مورد مطالعه نشان داد که شغل بیشتر خانم‌های مبتلا به IBS، خانه داری بوده است. این امر شاید به دلیل توجه بیش از حد این قشر از افراد به علائم IBS باشد که منجر به مراجعه بیشتر این بیماران به پزشک و به تبع آن تشخیص بیشتر این بیماری در زنان شده باشد.

IBS نشانگان مزمن و عود کننده‌ای است که عوامل روان‌شناختی در بروز آن نقش اساسی دارد و ارزیابی IBS معمولاً براساس مقیاس کیفیت زندگی مورد قضاوت قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر نقش متغیرهای عاطفه منفی، بازداری اجتماعی و تحمل ابهام در پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به IBS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های بدست آمده از داده‌ها حاکی از آن است که عاطفه منفی ($\beta = 0/35$, $p = 0/001$) و بازداری اجتماعی ($\beta = 0/28$, $p = 0/001$) از عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی مبتلایان به IBS است. در مطالعه‌ای که توسط مولس (MOLS) برای بررسی وضعیت سلامت افراد با ویژگی شخصیتی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی در جمعیت عمومی

افزایش و شدت روان نژندی در افراد، قدرت تحمل آنها پایین می آید. حضور هیجان های منفی مانند خشم و اضطراب با قدرت پایین تحمل ابهام در افراد همراه است و از نشانه های اصلی این افراد است. (۳۱) از آنجایی که قبلاً هم اشاره شد که در پژوهش های پیشین مقیاس روان نژند خوبی با مقیاس عاطفه منفی رابطه تنگاتنگی دارند. با در نظر گرفتن این مهم که عاطفه منفی در مبتلایان به IBS شایع است، می توان با احتیاط نتایج بدست آمده از متغییر روان نژندی را به متغیر عاطفه منفی در پژوهش حاضر تعمیم داد.

افراد دارای میزان تحمل ابهام پایین به دلیل معیوب بودن سیکل شناختی خود قادر نیستند راه حل مناسب را پیدا کنند و در نتیجه ممکن است از راهبردهای سازش نایافته استفاده کنند. افرادی که برای وقوع وقایع منفی در آینده قطعیت بالایی در نظر می گیرند، در تحمل موقعیت مبهم از توانایی کمتری برخوردارند و دچار اضطراب بیشتری می شوند. (۲۷)

در نتیجه با توجه به معناداری متغیرهای شخصیتی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی و تحمل ابهام در پیش بینی کیفیت زندگی مبتلایان به IBS در این مطالعه، اجرای روان درمانی های فردی با رویکرد شناختی - رفتاری جهت کاهش عادت رفتاری ناسالم و نیز ترمیم آسیب های شناختی و تغییر طرحواره های ناکارآمد می تواند در افزایش کیفیت زندگی مؤثر واقع شود. به علاوه روان درمانی با رویکرد روان پویایی می تواند بینش فرد نسبت به ویژگی ها و مکانیزم های دفاعی مرضی را در پی داشته باشد. با توجه به این که این مطالعه گذشته نگر بوده، بررسی های آینده نگر و قبل از شروع بیماری IBS، لازم به نظر می رسد و می تواند به شناخت بهتر عوامل روانشناختی کمک کند. علاوه بر این، محیط درمانی که بیماران مراجعه می کنند و تحت سنجش متغیرهای مطالعه قرار می گیرند، خود به عنوان یک عامل استرس زای قوی مطرح است که کنترل نشدن این متغیر و نداشتن گروه کنترل از جمله محدودیت های این مطالعه است. همچنین پیشنهاد می شود مطالعه ای با هدف مقایسه تأثیر عاطفه منفی، بازداری اجتماعی و تحمل ابهام بر کیفیت زندگی در جمعیت عمومی و بیماران با سندرم روده تحریک پذیر در جمعیت ایرانی انجام شود.

از سوی دیگر، بازداری اجتماعی در افراد با سردی در تعامل با دیگران و رقابت 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 منجر به انباشته شدن این عواطف در فرد شده و باعث کاهش کیفیت زندگی شود. همچنین این افراد به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر، در ایجاد ارتباط درمانی مناسب ناتوانند. بنابراین نمی توانند به اطلاعات کافی در مورد بیماری و به تبع آن به شناخت کافی نسبت به بیماری دست یافته و تبعیت لازم را از توصیه های درمانی داشته باشند که همین امر موجب کاهش کیفیت زندگی می شود.

داده های بدست آمده مربوط به متغیر تحمل ابهام نشان داد این متغیر از عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی مبتلایان به IBS است ($\beta = -.0128, p = .01$). در تبیین این یافته می توان به نتایج پژوهش داگلاس و همکاران ۱۹۹۸ که نشان می دهد تحمل ابهام یک نقش کلیدی را در حفظ و اکتساب نگرانی بازی می کند، نظر افکند. نشانه ها در مبتلایان به IBS در شرایط نگرانی و استرس تشدید می یابد و این گروه از بیماران از این شرایط به هر نحوی دوری می کنند تا از تشدید علائم مصون بمانند، چرا که ابهام استرس آور است و افراد با تحمل ابهام پایین، موقعیت را تهدیدکننده می دانند، از آن رنج می برند و دچار اضطراب می شوند. (۵۴) نتایج این پژوهش را می توان همسو با پژوهش هایی دانست که رابطه بین عدم تحمل ابهام و دیگر عوامل روانشناختی (مثل اضطراب و نگرانی) که می توانند بر بیماری جسمانی فرد تأثیر بگذارد، را نشان داده اند. از جمله پژوهش هانس کیرچنر^۱ و همکاران ۲۰۱۶ که در مطالعه خود نشان دادند عدم تحمل ابهام با تفاوت های فردی در نگرانی مرتبط است و افراد با سطح نگرانی بالا زمان واکنش بیشتری را به تصاویر مبهم اختصاص می دهند. (۵۵)

در پژوهشی با عنوان، سهم پنج عامل اصلی شخصیت در پیش بینی تحمل ابهام نشان داده شده است که مقیاس روان نژندی بالا باعث کاهش تحمل ابهام در افراد می شود. (۵۶) یافته حاکی از آن است که در اثر

1. Kirschner

REFERENCES:

1. Sadock VA. Normal human sexuality and sexual dysfunction. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8ed. Vol.1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins;2005:1902.
2. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377-90.
3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
4. Owyang CH. Irritable Bowel Syndrome. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. Usa: McGraw-Hill Companies Inc perss:2012.P.2496-501.
5. Hauser W, Grandt D. Psychophysiology of visceral pain syndromes. *Schmerz* 2002;16:460-6.
6. Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F, Zarghi A, Solhpour A, Habibi M, et al. Gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: a significant association in an Iranian population. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008;20:719-25.
7. Schuster MM. Diagnostic evaluation of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1991;20:269-78.
8. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE.

- AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-31.
9. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Cielsa G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic disease. *Clin Ther* 2002;24:675-89.
 10. Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, et al. The IBS 36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2002;97:962-71.
 11. Andrew T. Goldstein, Caroline F. Pukall, Irwin Goldstein, Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management. 1st Ed. Oxford: Blackwell Publishing Limited 2009. P136-42.
 12. Lea R, Whorwell PJ. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics* 2001;19:643-53.
 13. Silk DB. Impact of irritable bowel syndrome on personal relationships and working practices. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:1327-32.
 14. Li FX, Patten SB, Hilsden RJ, Sutherland LR. Irritable bowel syndrome and Health-Related Quality of life: A population based study in Calgary, Alberta. *Can J Gastroenterol* 2003;17:259-63.
 15. Mearin F, Balboa A, Badía X, Baró E, Caldwell E, Cucala M, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: Revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:165-72.
 16. Rey E, Garcia-Alonso MO, Moreno-Ortega M, Alvarez-Sanchez A, Diaz-Rubio M. Determinants of quality of life in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:1003-9.
 17. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. *J Psychosom Res* 2000;49:255-66.
 18. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Hendriks EH, Winter JB, Denollet J. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12: 341-6.
 19. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry* 2004;55:1-9.
 20. Pedersen SS, Denollet J. Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Curr Cardiol Rev* 2006;2:205-13.
 21. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003;55:235-45.
 22. O'Malley D, Dinam TG, Crayn JF. Altered expression and secretion of colonic interleukin-6 in a stress-sensitive animal model of brain-gut axis dysfunction. *J Neuroimmunol* 2011;235:48-55.
 23. Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S. Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2007;13: 6414-8.
 24. Choung RS, Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Schleck CD, Talley NJ. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1772-9.
 25. Jones M, Koloski N, Boyce P, Talley NJ. Pathways connecting cognitive behavioral therapy and change in bowel symptoms of IBS. *J Psychosom Res* 2011;70:278-85.
 26. Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2010;154:307-14.
 27. Zamani, T., Zakaria, A., Bagheri, F., & Sohrabi, F. [Comparison and relationship between ambiguity tolerance rate & sensory processing styles in women with & without cardio diseases. *Res Psychol Health* 2009; 3:51-61.
 28. Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *J pers* 1962;30:29-50.
 29. McInain DL. The MSTAT-I: A new measure of individual's tolerance for ambiguity. *Educ and Psychol Meas* 1993;53:183-189.
 30. Jonassen DH, Grabowski BL. Handbook of individual differences learning and instruction. Hillsdale, N.J.:Lawrence Erlbaum & Associates, Publishers; 1993.
 31. Grenier S, Barrette AM, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. *J Pers Individ Differ* 2005;39:593-600.
 32. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord* 2006;20:222-36.
 33. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003;17:233-42.
 34. Simmons A, Matthews SC, Paulus MP, Stein MB. Intolerance of uncertainty correlates with insula activation during affective ambiguity. *Neurosis Lett* 2008;430:92-7.
 35. Van der Heiden C, Melchior K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AER, Van der Molen HT. A hierarchical model for the relationship between general and specific vulnerability factor and symptom levels of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2010;24:284-9.
 36. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediator of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2013;27:216-24.
 37. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther* 1998;36:215-26.
 38. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-

- QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol* 2000;95:999-1007.
39. Tack J, Broekaert D, Corsetti M, Fischler B, Janssens J. Influence of acute serotonin reuptake inhibition on colonic sensorimotor function in man. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:265-74.
 40. Haghayegh SA, Kalantari M, Solati SK, Molavi H, Adibi P. Study on Validity of Farsi Version of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34). *Govaresh* 2008;13:99-105.
 41. Cusi C, Sterzi R, Canepari C, Moja L. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension-type headaches. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD002919.
 42. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosom Med* 2005;67:89-97.
 43. Bagherian R, Bahrami Ehsan H. Psychometric properties of the Persian version of type D personality scale (DS14). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2011;5:12-7.
 44. Fezi A, mahbobi T, Zare H, Mostefaei A. The relationship among cognitive intelligence and tolerance for ambiguity with critical job of payam-e-nor university students. *J Behav Sci Res* 2012;10: 276-84.
 45. Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: A systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:9.
 46. SamadiNazari M, Ebrahimi Daryani N, Yaraghchi A, Farrokhi NA, Rezaei O. Predicting Quality of Life on the Basis of Type D Personality in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2013;18:80-7.
 47. Bagherian Sararoodi R. Type D Personality. *J Res Behav Sci* 2009;7:75-87.
 48. Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S. Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2007;13:6414-8.
 49. Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4:959-62.
 50. Nater U, Hoppmann C, Klumb P. Neuroticism and conscientiousness are associated with cortisol diurnal profiles in adults: Role of positive and negative affect. *Psychoneuroendocrinology* 2010;35:1573-7.
 51. Paine P, Kishor J, Worthen SF, Gregory LJ, Aziz Q. Exploring relationships for visceral and somatic pain with autonomic control and personality. *Pain* 2009;144:236-44.
 52. Mardaga S, Hansenne M. Autonomic aspect of emotional response in depressed patients: Relationships with personality. *Neurophysiol Clin* 2009;39:209-16.
 53. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res* 2009;66:211-20.
 54. Brown C, Tollefson N, Dunn W, Cromwell R, Filion D. The adult sensory profile: measuring patterns of sensory processing. *Am J Occup Ther* 2001;55:75-82.
 55. Kirschner H, Hibert K, Hoyer J, Lueken U, Beesdo-Baum K. Psychophysiological reactivity during uncertainty and ambiguity processing in high and low worriers. *J Behavior Ther Exper Psych* 2016;50:97-105.
 56. Hosseini S, Keraskiyan Mojembari A, Ferdousi Pour A. The contribution of five major factors of personality in the prediction of ambiguity tolerance. *J Thought & Behavior Clin Psychol* 2014;9:17-26.