

Comparison of the Components of Mental Health and Binge Eating in Patients with Celiac Disease and Healthy Individuals

Faezeh Bahrami Galejoogh¹, Farnaz Farshbaf Maneisefat^{2,*}

¹ MA in General Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

ABSTRACT

Background:

Celiac disease as a chronic gluten-dependent disease is associated with mental disorders. Therefore, it is essential to study mental health and binge eating, as psychological issues, in these individuals. This study was performed with to compare the components of general health and binge eating in patients with celiac disease and healthy individuals.

Materials and Methods:

The design of the study is descriptive-causal comparative. The statistical population includes all celiac patients and healthy people, aged 18 to 80 years from West Azerbaijan province in year of 2016. 40 patients that detected celiac disease and referring to gluten-free products from the relevant centers and the gastrointestinal clinic were selected and 40 healthy Individual who were matched with respect to demographic characteristics with celiac patients were selected by available sampling method. The participants answered Goldberg general health questionnaire and Gormally and et. Binge eating scale.

Results:

The result of multivariate analysis of variance showed that the mean of somatic symptoms ($F = 28.48$), anxiety ($F = 61.50$), depression ($F = 17.76$), social dysfunction ($F = 30.77$), and binge eating ($F = 32.01$) in patients with celiac disease are significantly more than healthy people.

Conclusion:

Mental health in patients with celiac disease is significantly worse than healthy people and binge eating in such patients is more common than healthy individuals. Therefore, it is essential to pay attention to the psychological status of such patients.

Keywords: Component of mental health, Binge eating, Celiac

please cite this paper as:

Bahrami Galejoogh F, Farshbaf Maneisefat F. Comparison of the Components of Mental Health and Binge Eating in Patients with Celiac Disease and Healthy Individuals. *Govaresh* 2018;23:159-165.

*Corresponding author:

Farnaz Farshbaf Maneisefat, MD
Department of Psychology, Urmia Branch,
Islamic Azad University, Urmia, Iran
Tel: +98 44 31803332
Fax: +98 44 32722702
E-mail: F.Farshbaf@iaurmia.ac.ir

Received: 30 Apr. 2018

Edited: 23 Aug. 2018

Accepted: 24 Aug. 2018

مقایسه مولفه های سلامت روان و پرخوری افراطی در بیماران سلیاک و افراد سالم

فائزه بهرامی قلعه جوق^۱، فرناز فرشباف مانی صفت^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

بیماری سلیاک به عنوان یک بیماری مزمن وابسته به گلوتن با اختلالات روانی رابطه دارد. از این رو ضروری است در این افراد سلامت روان و پرخوری افراطی به عنوان مسائل روانشناختی بررسی شود.
هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه مولفه های سلامت روان و پرخوری افراطی در بیماران سلیاک و افراد سالم انجام شد.

روش بررسی:

طرح پژوهش توصیفی از نوع علمی - مقایسه ای است. جامعه آماری شامل تمامی افراد ۸۰-۱۸ ساله مبتلا به بیماری سلیاک و افراد سالم استان آذربایجان غربی در سال ۹۵ است که از بین این افراد ۴۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه گوارش و نیز بیماران مراجعه کننده برای تهیه ی فرآورده های بدون گلوتن از مراکز مربوطه که سلیاک آنها تشخیص داده شده بود و ۴۰ فرد سالم که از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی با گروه بیمار همتا شده بودند با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه های سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه پرخوری افراطی گورمالی و همکاران پاسخ دادند.

یافته ها:

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد میانگین نمرات جسمانی کردن ($F = 28/48$)، اضطراب ($F = 61/50$)، افسردگی ($F = 17/76$)، بدکارکردی اجتماعی ($F = 30/77$) و پرخوری افراطی ($F = 32/01$) به طور معنی داری در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است.

نتیجه گیری:

سلامت روان در بیماران سلیاک کمتر از افراد سالم است و پرخوری افراطی در این بیماران بیشتر از افراد عادی است. از این رو توجه به وضعیت روانشناختی این بیماران ضروری است.

کلید واژه: مولفه های سلامت روان، پرخوری افراطی، سلیاک

گوارش/ دوره ۲۳، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۷/ ۱۶۵-۱۵۹

زمینه و هدف:

بیماری سلیاک را می توان به عنوان یک بیماری مزمن وابسته به گلوتن (پروتئینی که در گندم، جو، چاودار موجود است)، با واسطه ی سیستم ایمنی تعریف کرد که در آن یک ضایعه ی مخاطی مشخص در

*نویسنده مسئول: فرناز فرشباف مانی صفت

ارومیه، جاده سلماس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه،

دانشکده علوم پایه، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۴۴-۳۱۸۰۳۳۳۲

نمابر: ۰۴۴-۳۲۷۲۲۷۰۲

پست الکترونیک: F.Farshbaf@iaurmia.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۱۰

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۷/۶/۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۳

روده ی کوچک وجود دارد که جذب مواد غذایی در روده ی درگیر را مختل می کند و بهبود جذب مواد غذایی و ضایعه ی مخاطی روده ای، با حذف گلوتن از رژیم غذایی حاصل می شود. (۱) سلیاک را می توان در اوایل کودکی با علایمی مانند اسهال و سوء جذب و در بزرگسالی با طیف گسترده تری از علایم نسبت به کودکان تشخیص داد (۲) تقریباً ۵۰٪ بیماران بزرگسال علایم اسهال ندارند که از لحاظ بالینی معنادار باشد. (۳) ولی آنها علایم و نشانه های متفاوتی مانند کاهش وزن و اختلال تغذیه ای (۴)، همچنین کم خونی فقر آهن، کم خونی فقر فولاسین (فولیک اسید)، کمبود کلسیم، ویتامین D و ویتامین K نشان می دهند. (۴ و ۳) علاوه بر این، چندین علایم و نشانه های خارج روده ای در بیماری سلیاک توصیف شده است. (۵) در طول چند دهه ی اخیر، مساله سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت مورد توجه خاصی قرار گرفته است. سلامت روان به عنوان یکی از مهم ترین مولفه های یک زندگی سالم در پی آن است که احساسات منفی نظیر افسردگی، اضطراب و ناامیدی کم رنگ گشته و از بروز نشانه های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید. شواهد زیادی بر ارتباط بین

بیماری (۲) در بسیاری از بزرگسالان در لحظه ی تشخیص بیماری سلیاک خستگی مزمن گزارش شده است (۷۶) سندرم خستگی مزمن می تواند بر توانایی عملکردی بیماران برای انجام فعالیت های روزانه تاثیر مخربی بگذارد (۸-۱۰) که توانایی عملکردی یکی از مولفه های سلامت روان است. پژوهش های متعددی، همراهی اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب (۱۹-۱۱) و اختلالات خوردن را با بیماری سلیاک (۲۵-۱۹) نشان داده اند. بر طبق یافته زینگون^۱ اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به سلیاک شایع است و باعث کیفیت پایین تر زندگی می شود، در حالی که امکان دارد بعضی از شرایط بیماری بعد از چند ماه از شروع رژیم فاقد گلوتن بهبود یابد، اما بیماران همچنان از مشکلات روانی رنج می برند. علایم روانی می تواند کیفیت زندگی و انطباق با رژیم غذایی را تحت تاثیر قرار دهد. (۱۰) در پژوهش آدلر^۲ در بیماران که یکسال تحت رژیم فاقد گلوتن بودند علایم افسردگی مشاهده شد. (۱۴) همچنین در بیماران سلیاک در زمان تشخیص، اضطراب و اکنشی بالا مشاهده شده بود که بعد از یک سال رعایت رژیم فاقد گلوتن بهبود یافت. (۱۳ و ۱۴) زینگون و همکاران و سینیسکال^۳ چی^۴ و همکاران نیز نشان دادند که در زمان تشخیص، افسردگی در بیماران سلیاک وجود داشت و در طی درمان رژیمی نیز ادامه داشت یا حتی بدتر می شد. (۱۵ و ۱۶) در مطالعه ی آریگو^۵ و همکاران، بیماران با رعایت رژیم غذایی علایم مشخص بیماری و کیفیت زندگی پایین را گزارش کردند و تعداد قابل توجهی از آنها معیارهای تشخیصی اختلالات روانپزشکی را داشتند. (۱۹)

موردی صورت گرفته است و بیشتر آنها وجود اختلال بی اشتها بی و پراشتهایی عصبی در بیماران سلیاک را گزارش کرده اند. (۲۲-۲۰) بعضی از مطالعات برای بررسی ارتباط بیماری سلیاک با اختلالات خوردن، از روش هایی غیر از مطالعه ی موردی استفاده کرده اند مانند بررسی کرواتز^۶ و همکاران نشان دادند در بین نوجوانان مبتلا به بیماری سلیاک شیوع اختلالات خوردن به خصوص پراشتهایی عصبی به طور قابل توجهی از شیوع آن در جمعیت عمومی بالاتر است. (۲۴)

در واقع موضوع اختلالات خوردن در بین افراد مبتلا به بیماری سلیاک یک نگرانی رو به رشد است، با این حال توجه کمی از تحقیقات بالینی را به خود معطوف کرده است. بیماران سلیاک با این اختلالات همراه، با چالش های خاصی روبرو هستند. در حالی که اختلالات خوردن منجر به اضطراب درباره ی خوردن غذا می شوند، در بیماران سلیاک این اضطراب با ترس از خوردن غذا های نامناسب نیز ترکیب می شود. کنترل این چالش های اضافه شده هنگام مواجه شدن با اختلالات همراه می تواند دشوار تر شود. (۲۰) همچنین امروزه اختلالات افسردگی به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامتی بیماران سلیاک در نظر گرفته می شود بدین دلیل که بر شدت بیماری، اختلال عملکردی، عدم پیگیری درمان و کاهش کیفیت زندگی تاثیر می گذارد. (۲۵) از آنجا که برخی نویسندگان، ارتباط بین بیماری سلیاک و اختلالات عاطفی را به عنوان رویدادی تصادفی و غیر اختصاصی در نظر می گیرند (۳۴) و همچنین در مورد رابطه سلیاک با اختلال پر خوری مفرط مطالعات کمی موجود است، لذا بررسی دقیق همراهی این اختلالات با بیماری سلیاک ضروری است. یافته های این پژوهش می تواند ضرورت توجه به مشکلات همراه در این بیماران را آشکار کند و زمینه های مورد نیاز برای درمان روانشناختی در این بیماران را آشکار سازد. در همین راستا هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی مولفه های سلامت روان و اختلال پر خوری افراطی در بین بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم می باشد.

روش بررسی:

روش پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه ای بود. جامعه این پژوهش بیماران مبتلا به سلیاک استان آذربایجان غربی و نیز افراد سالم فاقد تشخیص بیماری سلیاک بودند. نمونه پژوهش برای گروه بیمار، از بین بیماران سلیاک مراجعه کننده به درمانگاه گوارش و نیز بیمارانی که با تشخیص سلیاک برای تهیه ی فرآورده های بدون گلوتن از مراکز مربوطه مراجعه کرده بودند، به روش نمونه گیری در دسترس به حجم ۴۰ نفر انتخاب شدند. نمونه گروه شاهد با روش همتاگردن متغیرهای سن و جنس و وضعیت تأهل، تحصیلی و شغلی از همراهان بیماران در سال ۱۳۹۵ انتخاب شد. برای جمع اوری داده ها از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ^۷) و مقیاس پر خوری افراطی (BES^۸) استفاده شد. در پایان بعد از حذف پرسشنامه های ناقص، داده های پرسشنامه ۷۴ نفر (۳۷ نفر از هر گروه) با نرم افزار Spss نسخه ۲۴ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

6. Karwautz
7. General Health Questionnaire
8. Binge Eating Scale

از سوی دیگر، پژوهش های قبلی نشان داده اند که بیماری سلیاک به طور قابل توجهی با اختلالات خوردن همراهی دارد. (۲۵-۱۹) اختلال خوردن، در واقع نوعی اختلال در نحوه ی غذا خوردن است که از حالت طبیعی خارج شده است و شامل افکار و رفتارهای خارج از کنترل است که الگوهای بیمارگونه ی غذا خوردن را شامل می شود. زنان و مردانی که به این اختلال مبتلا هستند، تصور غیر واقعی و تحریف شده ای از بدن خود دارند. این افراد همیشه فکر می کنند که بیش از حد چاق هستند. (۲۶)

اختلال پر خوری افراطی^۵، در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)، به عنوان یک اختلال خوردن مجزا تعریف شده است. (۲۷) اختلال پر خوری افراطی با دوره های پر خوری تکرار شونده مشخص می شود. در این دوره ها، فرد مقدار بسیار زیادی غذا می خورد که افراد سالم این مقدار را در یک دوره ی زمانی مشابه نمی خورند و به نظر می رسد کنترلی بر خوردن خود ندارد. (۲۸) ویژگی های دیگر دوره های پر خوری عبارتند از: خوردن سریع تر از حالت معمول، خوردن تا جایی که فرد به طور ناخوشایندی احساس پر بودن می کند، خوردن بدون احساس گرسنگی و خوردن در تنهایی به علت احساس خجالت و احساس گناه یا احساس تنفر بعد از آن. این اختلال با بیماری های خود ایمنی مانند دیابت و سلیاک (۲۲-۲۹) ارتباط دارد. کارهای قبلی در زمینه ی اختلالات خوردن همراه با بیماری سلیاک بیشتر به صورت مطالعات

از سوی دیگر، پژوهش های قبلی نشان داده اند که بیماری سلیاک به طور قابل توجهی با اختلالات خوردن همراهی دارد. (۲۵-۱۹) اختلال خوردن، در واقع نوعی اختلال در نحوه ی غذا خوردن است که از حالت طبیعی خارج شده است و شامل افکار و رفتارهای خارج از کنترل است که الگوهای بیمارگونه ی غذا خوردن را شامل می شود. زنان و مردانی که به این اختلال مبتلا هستند، تصور غیر واقعی و تحریف شده ای از بدن خود دارند. این افراد همیشه فکر می کنند که بیش از حد چاق هستند. (۲۶)

اختلال پر خوری افراطی^۵، در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)، به عنوان یک اختلال خوردن مجزا تعریف شده است. (۲۷) اختلال پر خوری افراطی با دوره های پر خوری تکرار شونده مشخص می شود. در این دوره ها، فرد مقدار بسیار زیادی غذا می خورد که افراد سالم این مقدار را در یک دوره ی زمانی مشابه نمی خورند و به نظر می رسد کنترلی بر خوردن خود ندارد. (۲۸) ویژگی های دیگر دوره های پر خوری عبارتند از: خوردن سریع تر از حالت معمول، خوردن تا جایی که فرد به طور ناخوشایندی احساس پر بودن می کند، خوردن بدون احساس گرسنگی و خوردن در تنهایی به علت احساس خجالت و احساس گناه یا احساس تنفر بعد از آن. این اختلال با بیماری های خود ایمنی مانند دیابت و سلیاک (۲۲-۲۹) ارتباط دارد. کارهای قبلی در زمینه ی اختلالات خوردن همراه با بیماری سلیاک بیشتر به صورت مطالعات

1. Zingone
2. Addolorato
3. Siniscalchi
4. Arigo
5. Binge eating disorder

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد مولفه های سلامت روان و اختلال پرخوری افراطی در افراد با بیماری سلیاک و سالم

متغیرها	افراد بیمار (انحراف استاندارد) میانگین	افراد سالم (استاندارد) میانگین
جسمانی کردن	۸/۰۳ (۲/۹۳)	۴/۴۷ (۲/۷۷)
اضطراب	۸/۰۵ (۲/۱۱)	۴/۳۸ (۱/۹۲)
افسردگی	۴/۵۷ (۱/۸۹)	۲/۷۶ (۱/۸۲)
بدکارکردی اجتماعی	۷/۷۰ (۲/۶۰)	۴/۵۴ (۲/۲۹)
اختلال پرخوری افراطی	۱۱/۱۶ (۴/۱۳)	۶/۳۰ (۳/۲۰)

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری ANOVA برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	MS	F	Sig	مجذور اتا
جسمانی کردن	۲۳۱/۹۰	۲۸/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۲۸
اضطراب	۲۴۹/۹۵	۶۱/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶
افسردگی	۶۰/۶۶	۱۷/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۲۰
بدکارکردی اجتماعی	۱۸۴/۹۹	۳۰/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۳۰
اختلال پرخوری افراطی	۴۲۷/۸۴	۳۲/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۱

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ:

پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۹۷۲ به وسیله گلدبرگ ساخته شده است و هدف آن، تمایز قائل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است (شناسایی افراد با بیماری های روانی غیر سایکوتیک)، پرسشنامه شامل چهار خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. (۳۵) این پرسشنامه تا کنون در ۴ فرم ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی منتشر شده است. (۳۵) فرم ۲۸ سؤالی، علاوه بر هدف متمایز کردن افراد سالم از افراد غیرسالم و در برداشتن مقیاس علایم بدنی، تنها فرمی است که برای اهداف تحقیقاتی مناسب تشخیص داده شده و لذا مورد استفاده در این پژوهش قرار گرفته است. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر^۱ ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس های مذکور عبارتند از: مقیاس علایم جسمانی، مقیاس علایم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس عملکرد اجتماعی، مقیاس علایم افسردگی. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است. (۳۶) در ایران نیز تقوی^۲ در ۱۳۸۰، پایایی و اعتبار پرسشنامه ی سلامت عمومی را مورد بررسی قرار داده است. براساس این پژوهش، پایایی پرسشنامه مزبور با استفاده از سه روش بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده که به ترتیب ضرائب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. (۳۷)

مقیاس پرخوری افراطی BES:

گورمالی^۳ و همکاران مقیاس BES را به منظور اندازه گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این مقیاس از ۱۶ ماده تشکیل شده است و ماده های آن از سه یا چهار جمله تشکیل شده است. از آزمودنی ها خواسته می شود جمله ای را انتخاب کنند که آنها را به بهترین وجه توصیف می کند. ماده ها از صفر تا سه درجه بندی می شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. (۳۸) در مطالعه ای، خصوصیات روانسنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری بررسی شد. اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۲، روش دو نیمه سازی ۰/۶۷ و روش

آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطه ی برش ۱۷، به ترتیب ۸۴/۶ و ۸۰/۸٪ بود. (۳۹)

یافته ها:

در این پژوهش در گروه بیماران سلیاک و افراد سالم ۳۲/۴ درصد را مردان (۱۲ نفر) و ۶۷/۶ درصد را زنان (۲۵ نفر) تشکیل می دهند. میانگین و (انحراف استاندارد) سنی افراد بیمار ۳۹/۷۲ (۱۳/۵۷) با دامنه ی سنی ۸۰-۲۱ و افراد بهنجار ۴۰/۵۹ (۱۲/۶۴) با دامنه ی سنی ۷۰-۱۸ است. مدت زمان تشخیص بیماری در گروه بیماران با میانگین ۳/۲۵ و انحراف استاندارد ۲/۸۱ در دامنه ۱۱-۱ است. در گروه بیماران سلیاک ۳۲/۴ درصد افراد زیردیپلم، ۳۲/۴ درصد دیپلم، ۲۹/۷ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۲/۷ درصد بالاتر از لیسانس و در گروه افراد سالم ۲۴/۳ درصد زیر دیپلم، ۳۲/۴ درصد دیپلم، ۲۹/۷ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱۳/۵ درصد بالاتر از لیسانس می باشند. میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات جسمانی کردن، اضطراب، افسردگی، بدکارکردی اجتماعی و اختلال پرخوری افراطی در افراد با بیماری سلیاک و سالم در جدول ۱ آمده است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) جهت رعایت پیش فرض های آن، از آزمون های شاپیرو-ویلک، لون و باکس استفاده شد. آماره آزمون شاپیرو-ویلک برای همه متغیرها در دامنه (۰/۹۴-۰/۹۸) با سطح معناداری (۰/۶۰-۰/۶۳) به دست آمد با توجه به این که سطح معناداری در همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد لذا همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد آماره F برای همه متغیرها در دامنه (۲/۸۸-۰/۰۰۲) با سطح معناداری (۰/۰۹-۰/۹۶) است. با توجه به این که سطح معناداری آزمون لون برای همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ بود بنابراین شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است. آزمون باکس (۰/۷۶۷ $p = 0.072$, $p = 0.1167$) (BOX) نیز معنی دار نبود لذا شرط همگنی ماتریس های واریانس/کوارینانس تایید می شود. معناداری آزمون بارتلت ($x^2 = 102.521$, $df = 14$, $sig = 0.000$) نشان می دهد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد لذا می توان آزمون چند متغیره را به کار برد.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد

1. Goldberg & Hillier
2. Taghavi
3. Gormally

می گیرند. (۴۹) همچنین همبودی افسردگی با بیماری سلیاک (۱۳-۱۱،۱۷ و ۱۸) می تواند باعث اختلال عملکرد اجتماعی در این بیماران شود. (۲۵) همچنین نشانه های جسمانی در میان این دو گروه تفاوت معناداری داشت و در بیماران سلیاک بالاتر بود. د-روزا^۲ و همکاران اشاره کرده اند که بیماری سلیاک با یک نیمرخ روانشناختی متمایز (نیم رخ سلیاک) همراه است که ترکیبی از دو ویژگی اصلی است: تحریک پذیری و مشکلات انطباقی که دشواری در ابراز احساسات شخصی و تمایل به داشتن تصویر خوب از خود را منعکس می کند. این نیم رخ به خصوص در زمینه دشواری در بیان احساسات خصوصیات مشابه ناگویی هیجانی دارد. (۵۰) از طرفی پژوهشگران بیان می کنند افرادی که مبتلا به ناگویی هیجانی هستند، قادر نیستند هیجان ها و احساس های خود را تشخیص داده یا درک نمایند بنابراین به دنبال برانگیختگی هیجانی به بزرگ نمایی و سوء تعبیر مشکلات جسمی می پردازند (۵۱) و این رفتار های غلط، بررسی کردن بدن و نارضایتی جسمانی را افزایش می دهد. (۵۲)

یافته دیگر این پژوهش نشان داد میانگین نمرات مقیاس خوردن افراطی در بیماران سلیاک به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است و این یافته با نتایج مطالعه ی پسنانتی^۳ و همکاران و سترلی^۴ و همکاران در مورد همبودی اختلال خوردن مفرط با بیماری سلیاک همسو می باشد (۲۳ و ۲۴). به طور کلی نشان داده شده است که تعدادی از زنان مبتلا به بیماری سلیاک نگرانی های شدید در باره ی رژیم غذایی و ظاهر نشان می دهند. (۲۰-۲۱ و ۲۴) افزایش فراوانی رفتار خوردن مختل در بیماری سلیاک درمان نشده ممکن است در نتیجه ی تعدادی عوامل همزمان باشد. اولاً ممکن است به دلیل ویژگی های وضعیت روانی تغییر یافته در بیماری سلیاک (همبودی اختلالات عاطفی با سلیاک) باشد. (۵۱-۱۱،۱۷ و ۱۸) ثانیاً، افزایش فراوانی اختلالات خوردن می تواند مربوط به غذا باشد، همانطور که مصرف کربوهیدرات بالا به وجود علائم گوارشی مربوط است. (۱۸) بنابراین امکان دارد که شروع علائم گوارشی، متعاقب مصرف غذا (به خصوص غذاهای حاوی گلوتن و یا میزان بالای کربوهیدرات های غیر قابل جذب، به عنوان مثال فودمپ ها)، فراهم کننده ی شرایط برای عادت های خوردن تغییر یافته در بیماری سلیاک باشد. (۵۳) سرانجام فرض شده است که هورمون ها و واسطه های دیگر در جریان خون ممکن است در پیدایش رفتارهای خوردن تغییر یافته، نقش داشته باشد. (۵۴)

یکی از محدودیت های پژوهش به دلیل محدودیت در دسترسی به بیماران سلیاکی بازه سنی گسترده بیماران بود. اگر چه همتاسازی در گروه کنترل صورت گرفت اما پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی گروه سنی خاص مدنظر قرار گیرد. همچنین بیماران با طول مدت بیماری متفاوت در این پژوهش شرکت کرده بودند. پیشنهاد می شود در بیماران با تشخیص جدید و در بیماران با سابقه طولانی تر پژوهش های جداگانه صورت گیرد. با توجه به یافته پژوهش، پیشنهاد می شود علاوه بر ارائه درمان های پزشکی در این بیماران جهت بهبود سلامت روان و پیشگیری از پرخوری افراطی خدمات روانشناختی نیز ارائه شود.

که اثر گروه بر ترکیب متغیرها معنی دار است ($F(5,68) = 16/34, p < 0/01$) نتایج نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت ۵۵ درصد است. یعنی ۵۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته است. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندگانه را مجاز شمرد. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می دهد که میانگین نمرات جسمانی کردن ($F = 28/48$)، اضطراب ($F = 61/50$)، افسردگی ($F = 17/76$)، بدکار کردی اجتماعی ($F = 30/77$) و پرخوری افراطی ($F = 32/01$) به طور معنی داری در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است (جدول ۲).

بحث:

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی مولفه های سلامت روان و اختلال پرخوری افراطی در بین بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم بود. در نتایج بین گروه بیماران سلیاک و افراد عادی تفاوت معناداری در مولفه های سلامت روان مشاهده شد. یافته های این پژوهش با نتایج تحقیقات قبلی در مورد رابطه بیماری سلیاک با افسردگی و اضطراب (۱۵-۱۱،۱۷ و ۱۸) همسو است. در تبیین رابطه بین بیماری سلیاک و اختلالات روانپزشکی می توان به مبنای زیستی بیماری سلیاک از جمله پپتید های شبه اندورفین، قابلیت نفوذ روده، ژن ها، پرفیوژن مغزی (فشار درون جمجمه ای) و عوامل مربوط به ایمنی اشاره کرد. پپتید های شبه اندورفین ممکن است از سد خونی - مغزی عبور کنند (۴۰)، رفتار را تحت تاثیر قرار دهند و تغییراتی در نوار مغزی (EEG) و سطح انتقال دهنده های عصبی ایجاد کنند. (۴۱ و ۴۲) همچنین اختلال در جذب مواد مغذی مهم مانند اسیدهای آمینه، به ویژه تریپتوفان، اسید فولیک و ویتامین B6 ممکن است منجر به اختلالات در عملکرد سروتونرژیک سیستم عصبی مرکزی شود (۴۳) که این عوامل زمینه ساز اختلالات روانی است.

اخیراً کارتا^۱ و همکاران در توضیح شیوع بالای افسردگی و اختلال پانیک به عنوان یکی از اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به سلیاک به نقش اختلال عملکرد تیروئید اشاره کرده اند، آنها نشان داده اند بیماری تیروئید در بیماران سلیاک عامل خطر برای این اختلالات روانپزشکی است. (۴۴) همچنین مطالعات جدیدتر بیان کردند مکانیسم های مربوط به ایمنی می تواند نقشی در ایجاد اختلالات روانپزشکی در بیماران سلیاک داشته باشد. (۴۵) به علاوه، به علت فعال شدن سیتوکین در بیماری سلیاک افزایش فعالیت بیش از حد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال همراه با افسردگی عمده وجود دارد. (۴۶)

در زیر مقیاس عملکرد اجتماعی نیز تفاوت معناداری بین دو گروه بیماران سلیاک و سالم مشاهده شد. اختلال عملکردی بیماران سلیاک، با توجه به رابطه اختلالات شناختی با بیماری سلیاک (۴۷) و نیز همچنین شیوع خستگی مزمن در این بیماران (۷۶) قابل تبیین است. شکایت های عصبی روانی در سندرم خستگی مزمن قابل توجه است. بیش از ۸۵٪ بیماران اغلب اختلال شناختی در زمینه های تمرکز و حافظه گزارش. (۴۸) این شکایت ها نگران کننده هستند و بیماران آنها را به عنوان مرتبط ترین عوامل منجر به اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی خود در نظر

2. De Rosa
3. Passananti
4. Satherley

REFERENCES:

1. Trier JS. Celiac sprue. *N Engl J Med* 1991;325:1709-19.
2. Sollid LM. Coeliac disease: dissecting a complex inflammatory disorder. *Nat Rev Immunol* 2002;2:647-55.
3. Farrell RJ, Kelly CP. Celiac sprue. *N Engl J Med* 2002;346:180-8.
4. Capristo E, Addolorato G, Mingrone G, De Gaetano A, Greco AV, Tataranni PA, et al. Changes in body composition, substrate oxidation, and resting metabolic rate in adult celiac disease patients after a 1-y gluten-free diet treatment. *Am J Clin Nutr* 2000;72:76-81.
5. Hernandez L, Green PH. Extraintestinal manifestations of celiac disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2006;8:383-9.
6. Empson M. Celiac disease or chronic fatigue syndrome – can the current CDC working case definition discriminate? *Am J Med* 1998;105:79-80.
7. Hadjivassiliou M, Gibson A, Davies-Jones GA, Lobo AJ, Stephenson TJ, Milford-Ward A. Does cryptic gluten sensitivity play a part in neurological illness? *Lancet* 1996;347:369-71.
8. Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR, Spencer O, Wakefield D. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust* 1990;153:522-8.
9. Natelson BH, Johnson SK, DeLuca J, Sisto S, Ellis SP, Hill N, et al. Reducing heterogeneity in chronic fatigue syndrome: a comparison with depression and multiple sclerosis. *Clin Infect Dis* 1995;21:1204-10.
10. Vercoulen JH, Swanink CM, Fennis JF, Galama JM, van der Meer JW, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1994;38:383-92.
11. Zingone F, Swift GL, Card TR, Sanders DS, Ludvigsson JF, Bai JC. Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United European Gastroenterol J* 2015;3:136-45.
12. Hallert C, Aström J. Psychic disturbances in adult coeliac disease. II. Psychological findings. *Scand J Gastroenterol* 1982;17:21-4.
13. Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, Caputo F, Gasbarrini A, Gasbarrini G. Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: A personality “trait” or a reactive illness? *Hepatogastroenterology* 1996;43:1513-7.
14. Addolorato G. Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: A longitudinal study. *Scand J Gastroenterol* 2001;36:502-6.
15. Zingone F, Siniscalchi M, Capone P, Tortora R, Andreozzi P, Capone E, et al. The quality of sleep in patients with coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:1031-6.
16. Siniscalchi M, Iovino P, Tortora R, Forestiero S, Somma A, Capuano L, et al. Fatigue in adult coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:489-94.
17. Ciacci C, Iavarone A, Siniscalchi M, Romano R, De Rosa A. Psychological dimensions of celiac disease: Toward an integrated approach. *Dig Dis Sci* 2002;47:2082-7.
18. Hauser W, Janke KH, Klump B, Gregor M, Hinz A. Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. *World J Gastroenterol* 2010;16:2780-7.
19. Arigo D, Anskis AM, Smyth JM. Psychiatric comorbidities in women with Celiac Disease. *Chronic Illn* 2012;8:45-55.
20. Leffler DA, Dennis M, Edwards George JB, Kelly CP. The interaction between eating disorders and celiac disease: an exploration of 10 cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:251-5.
21. Ricca V, Mannucci E, Calabrò A, Bernardo MD, Cabras PL, Rotella CM. Anorexia nervosa and celiac disease: two case reports. *Int J Eat Disord* 2000;27:119-22.
22. Jost PJ, Stengel SM, Huber W, Sarbia M, Peschel C, Duyster J. Very severe iron-deficiency anemia in a patient with celiac disease and bulimia nervosa: a case report. *Int J Hematol* 2005;82:310-1.
23. Passananti V, Siniscalchi M, Zingone F, Bucci C, Tortora R, Iovino P, et al. Prevalence of Eating Disorders in Adults with Celiac Disease. *Gastroenterol Res Pract* 2013;2013:491657.
24. Karwautz A, Wagner G, Berger G, Sinnreich U, Grylli V, Huber WD. Eating pathology in adolescents with celiac disease. *Psychosomatics* 2008;49:399-406.
25. Carta MG, Hardoy MC, Boi MF, Mariotti S, Carpiniello B, Usai P. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity. *J Psychosom Res* 2002;53:789-93.
26. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004;161:2215-21.
27. Hege MA, Stingl KT, Kullmann S, Schag K, Giel KE, Zipfel S, et al. Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. *Int J Obes* 2015;39:353-60.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Pub* 2013;22.
29. Herpertz S, Albus C, Wagener R, Kocnar M, Wagner R, Henning A, et al. Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care* 1998;21:1110-6.
30. Meneghini LF, Spadola J, Florez H. Prevalence and associations of binge eating disorder in a multiethnic population with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:2760.
31. Kenardy J, Mensch M, Bowen K, Green B, Walton J, Dalton M. Disordered eating behaviours in women with type 2 diabetes mellitus. *Eat Behav* 2001;2:183-92.
32. de Jonge P, Alonso J, Stein DJ, Kiejna A, Aguilar-Gaxiola S, Viana MC, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control

- disorders and depression. *Diabetologia* 2014;57:699-709.
33. Satherley R, Howard R, Higgs S. Disordered eating practices in gastrointestinal disorders. *Appetite* 2015;84:240-50.
 34. Ludvigsson JF, Reutfors J, Osby U, Ekblom A, Montgomery SM. Coeliac disease and risk of mood disorders—a general population-based cohort study. *J Affect Disord* 2007;99:117-26.
 35. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-9.
 36. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
 37. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *J Psychol* 2002;5:381-98.
 38. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addic Behav* 1982;7:47-55.
 39. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian obese population. *Iran J Psychiatry* 2009;4:143-6.
 40. Blass EM, Fitzgerald E. Milk-induced analgesia and comforting in 10-day-old rats: Opioid mediation. *Pharmacol Biochem Behav* 1988;29:9-13.
 41. Wada J, Gibson WC. Behavioral and EEG changes induced by injection of schizophrenic urine extract. *AMA Arch Neurol Psychiatry* 1959;81:747-64.
 42. Drysdale A, Deacon R, Lewis P, Olley J, Electricwala A, Sherwood R. A peptide-containing fraction of plasma from schizophrenic patients which binds to opiate receptors and induces hyperreactivity in rats. *Neuroscience* 1982;7:1567-73.
 43. Smith KA, Fairburn CG, Cowen PJ. Relapse of depression after rapid depletion of tryptophan. *Lancet* 1997;349:915-9.
 44. Carta MG, Hardoy MC, Boi MF, Mariotti S, Carpiniello B, Usai P. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity. *J Psychosom Res* 2002;53:789-93.
 45. Kalaydjian AE, Eaton W, Cascella N, Fasano A. The gluten connection: the association between schizophrenia and celiac disease. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:82-90.
 46. Kronfol Z, Remick DG. Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *Am J Psychiatry* 2000;157:683-94.
 47. Hu WT, Murray JA, Greenaway MC, Parisi JE, Josephs KA. Cognitive impairment and celiac disease. *Archives of Neurology* 2006;63:1440-6.
 48. Komaroff AL. Clinical presentation of chronic fatigue syndrome. In *Chronic fatigue syndrome* 1993 (Vol. 173, pp. 43-61). John Wiley Chichester.
 49. Abbey SE, Garfinkel PE. Chronic fatigue syndrome and depression: cause, effect, or covariate. *Rev Infect Dis* 1991;13 Suppl 1:S73-83.
 50. De Rosa A, Troncone A, Vacca M, Ciacci C. Characteristics and quality of illness behaviour in coeliac disease. *Psychosomatics* 2004;45:336-42.
 51. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Med* 2003;65:911-8.
 52. De Berardis D, Carano A, Gambi F, Campanella D, Giannetti P, Ceci A, et al. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eat Behav* 2007;8:296-304.
 53. Chey WD. The role of food in the functional gastrointestinal disorders: introduction to a manuscript series. *Am J Gastroenterol* 2013;108:694-7.
 54. Battista N, Di Sabatino A, Di Tommaso M, Biancheri P, Rapino C, Giuffrida P, Papadia C, Montana C, Pasini A, Vanoli A, Lanzarotto F. Altered expression of type-1 and type-2 cannabinoid receptors in celiac disease. *PLoS One* 2013;8:e62078.