

سندرم روده تحریک پذیر و اختلالات روان در دانشجویان ورودی به دانشگاه

دکتر اکرم پورشمس^۱، دکتر نسرين زنده دل^۲، دکتر مریم سمنانی^۳، دکتر یوسف سمنانی^۴
^۱استادیار، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۲استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۳دستیار فوق تخصصی بیماریهای قلب و عروق، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۴استادیار، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

زمینه و هدف

سندرم روده تحریک پذیر (IBS) بیماری شایعی است که به نظر می رسد اختلالات روان و نیز اعصاب مرکزی در پیدایش آن دخیل می باشد. هدف از این مطالعه بررسی اختلالات روان در مبتلایان به IBS در یک جمعیت ایرانی بود.

روش بررسی

از ۳۰۱۲ نفر دانشجوی ورودی سال ۱۳۸۰ دانشگاه تهران دعوت به عمل آمد در این مطالعه شرکت کنند. ابتدا یک پزشک عمومی با دانشجویان در مورد علائم IBS براساس معیارهای Rome II مصاحبه می نمود. سپس دانشجویانی که دارای علائم IBS بودند توسط یک پزشک متخصص گوارش از نظر رد علل ارگانیک مورد بررسیهای لازم آزمایشگاهی قرار می گرفتند. گروهی از دانشجویان که فاقد علائم IBS بودند و از نظر جنس و سن با مبتلایان به IBS همسان بودند به عنوان کنترل انتخاب شدند. سلامت روان با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی در مبتلایان به IBS و گروه شاهد در طی مصاحبه با یک روان شناس بالینی تعیین شد. با استفاده از آزمون Chi-Square دو گروه مبتلا به IBS و شاهد از نظر سلامت روان مورد مقایسه قرار گرفتند. مقادیر p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

۳۰۰۸ دانشجو (۱۷۸۵ زن) وارد مطالعه شدند. ۱۴۳ نفر دارای معیارهای تشخیصی Rome II بودند (۴/۷۵٪) با محدوده اطمینان ۵/۶-۴٪. نهایتاً ۴۶ نفر (۳۱ زن) مبتلا به IBS به عنوان مورد با ۹۷ نفر (۶۲ زن) به عنوان گروه شاهد در مصاحبه روان شناسی بالینی شرکت نمودند. علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، کاهش عملکرد اجتماعی و اختلال کلی روان به ترتیب در ۴۱/۳٪، ۳۴/۸٪، ۱۵/۲٪، ۴۳/۵٪، و ۴۱/۳٪ مبتلایان به IBS و ۱۴/۴٪، ۵/۲٪، ۲۱/۶٪ و ۱۳/۶٪ افراد گروه شاهد وجود داشت. تمامی موارد اختلال روان به طور معنی داری در مبتلایان به IBS بیشتر از گروه کنترل بود.

نتیجه گیری

سلامت روان در مبتلایان به IBS مختل می باشد. این واقعیت می تواند ناشی از این باشد که اختلال روان به پیدایش علائم IBS منجر می گردد و یا اینکه وجود علائم IBS منجر به اختلال روان می گردد. به نظر می رسد بهبود سلامت روان به کنترل IBS کمک نماید.

کلید واژه: سندرم روده تحریک پذیر، اختلال روان، اضطراب، افسردگی، ایران

گوارش / دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵، ۲۲-۲۶

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۰/۲۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۵/۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۸۵/۳/۲۱

زمینه و هدف

سندرم روده تحریک پذیر (IBS*) بیماری ای می باشد که با درد شکم و تغییرات اجابت مزاج در عدم حضور اختلالات ارگانیک در دستگاه گوارش مشخص می شود. (۱)، سندرم روده تحریک پذیر بیماری شایعی می باشد که نه تنها در آمریکای شمالی و اروپای غربی بلکه در آسیا، آمریکای لاتین و حتی در قسمتهایی از آفریقا شایع می باشد. (۲)، میزان شیوع آن ۲۰-۳٪ ذکر شده است. (۳ و ۴)، پاتوژنز IBS تاکنون به خوبی شناخته نشده است. به نظر می رسد فاکتورهای مختلفی شامل نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، کدپستی ۱۴۱۱۴
 تلفن و نمابر: ۸۸۰۱۲۹۹۲

E-mail: zendeheel@ams.ac.ir

اختلالات موتیلیتی، حس احشایی، ژنتیک، فاکتورهای غذایی، التهاب، نور و ترانسمیترها و پدیده درک حس در مغز و اختلالات سایکوپاتولوژیک در بروز آن دخیلند. (۵)، اختلالات روان در بسیاری از موارد IBS دیده می شود اما تاکنون اختلال روان ویژه ای برای بیماران IBS شناخته نشده است. (۶ و ۷)، تشخیص و درمان این بیماری شایع بار مالی هنگفتی را به سیستمهای بهداشتی-درمانی جوامع تحمیل می کند. (۸)، علاوه بر آن، IBS غیبت از محل کار و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد. (۹)، شناخت عوامل مؤثر بر IBS به کنترل آن و کاهش هزینه های درمانی کمک شایانی می کند. هدف این مطالعه بررسی اختلالات روان در مبتلایان به IBS در یک جمعیت ایرانی می باشد.

* Irritable Bowel Syndrome

روش بررسی

در یک مطالعه مورد شاهدی از تمامی ۳۰۱۲ نفر دانشجوی ورودی سال ۱۳۸۰ دانشگاه تهران در زمان ثبت نام دعوت به عمل آمد تا با مراجعه به مرکز بهداشتی-درمانی آن دانشگاه در طرح سنجش سلامت شرکت نمایند. در طرح سنجش سلامت، دانشجویان در دو ورود به دانشگاه، از نظر بیماری‌های شایع ارگانیک مانند هیپاتیت و ریفلاکس معده به مری مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

پس از ثبت اطلاعات دموگرافیک توسط منشی، یک پزشک عمومی آموزش دیده طی مصاحبه فردی معیارهای تشخیصی سندرم روده تحریک‌پذیر را بر اساس معیارهای روم (Rome) II (۱۰) طی یک سال گذشته از آنان سؤال می‌نمود (مرحله اول). پس از مصاحبه پزشک عمومی یک روان‌شناس بالینی (بدون داشتن اطلاعاتی از نتیجه مصاحبه پزشک عمومی) دانشجویان را از نظر اختلالات روان با استفاده از پرسشنامه GHQ* که قبلاً اعتبار و پایایی آن در ایرانیان به اثبات رسیده بود مورد مصاحبه قرار می‌داد. (۱۱)، اطلاعات با کد فیشهای ویژه ثبت گردیدند. GHQ برای بررسی سلامت روان در جامعه توسط گلدبرگ* در سال ۱۹۷۲ میلادی ابداع شد (۱۲) و پس از تغییرات متوالی به صورت پرسشنامه ۲۸ سؤال در آمد که شامل ۷ سؤال مربوط به وجود علائم جسمانی، ۷ سؤال مربوط به علائم اضطرابی، ۷ سؤال مربوط به عملکرد اجتماعی و ۷ سؤال مربوط به علائم افسردگی می‌باشد. چنانچه هر یک از علائم ۲۸ گانه بیشتر از معمول وجود داشته باشد یک امتیاز می‌گیرد و حداکثر امتیاز ۲۸ خواهد بود. در صورتی که امتیاز شخصی در GHQ، ۶ یا بیشتر باشد آن فرد مبتلا به اختلال روان است. در مورد هر یک از ۴ حیطه علائم جسمانی، اضطرابی، کاهش عملکرد اجتماعی و افسردگی، امتیاز ۲ یا بیشتر اختلال محسوب می‌شود. از تمامی دانشجویانی که در مصاحبه پزشک عمومی دارای معیارهای تشخیصی روم II برای IBS بودند دعوت شد تا برای ویزیت متخصص گوارش که اطلاعاتی از نتیجه آزمون روانی نداشت به همان مرکز مراجعه کنند. پزشک متخصص گوارش معیارهای تشخیصی روم II را در دانشجویان ارجاع شده مورد بررسی مجدد قرار داد و برای تمامی آنان شمارش گلبولهای خون، سرعت رسوب خون، آنتی‌بادی ضد گلوتهن و آنتی‌بادی ضد آندومیزیال درخواست نمود. دانشجویانی که یکی یا بیشتر از علائم؛ کم‌خونی، سابقه دفع خون روشن در مدفوع، دل‌دردی که بیمار را از خواب بیدار کند، کاهش وزن بیش از ۳ کیلوگرم در طی شش ماه و یا سابقه سرطان کولون و رکتوم در یکی از بستگان درجه یک را داشتند تحت کولونوسکوپی قرار گرفتند. برای آن دسته از دانشجویان که آنتی‌بادی ضد گلوتهن یا آنتی‌بادی ضد آندومیزیال داشتند، آندوسکوپی فوقانی و نمونه برداری از قسمت دوم دئودنوم به عمل آمد. تمامی نمونه‌های دئودنوم توسط یک پاتولوژیست مورد بررسی قرار

گرفت. دانشجویانی که در مرحله اول دارای معیارهای روم II بودند و در ویزیت متخصص گوارش بیماری ارگانیکی برای آنان یافت نشده بود به عنوان مبتلایان به IBS (گروه مورد) در نظر گرفته شدند و جمعیتی به میزان دو برابر از دانشجویانی که از نظر جنس و سن با مبتلایان به IBS همسان بودند ولی IBS نداشتند به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. نهایتاً اختلالات روان در دو گروه مورد و شاهد مورد مقایسه قرار گرفت. اطلاعات با استفاده از آزمون ch-square و نرم افزار spss شماره ۱۳/۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند. مقادیر p کمتر از ۰/۰۵ به عنوان حائز اهمیت در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۳۰۰۸ نفر (۱۷۸۵ زن، ۱۲۲۳ مرد) با میانگین سنی 22.3 ± 19.07 سال وارد مطالعه شدند. در مورد مرحله اول ۱۴۳ نفر (۹۱ زن و ۵۲ مرد) دارای معیارهای تشخیصی روم II بودند (۴/۷۵٪) با محدوده اطمینان (۵/۶-۴٪) که ۱۱۲ نفر از آنان برای بررسی توسط پزشک متخصص گوارش مراجعه نمودند. نهایتاً ۴۶ نفر (۳۱ زن و ۱۵ مرد) که دارای معیارهای تشخیصی روم II در ویزیت پزشک عمومی و متخصص گوارش بودند و علائم بالینی یا آزمایشگاهی بیماریهای ارگانیک را نداشتند به عنوان موارد مبتلا به IBS در نظر گرفته شدند (۲۸) و ۹۷ نفر (۶۲ زن و ۳۵ مرد) که فاقد علائم مطرح‌کننده IBS بودند به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. میانگین سنی در مبتلایان به IBS 18.9 ± 17.2 سال و در گروه شاهد 18.7 ± 17.9 سال بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند.

جدول ۱ اختلالات مربوط به علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، کاهش عملکرد اجتماعی و اختلال روان را به صورت کلی در دو گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی نسبی علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، کاهش عملکرد اجتماعی و اختلال روان در مبتلایان به IBS و گروه شاهد

اختلال	مبتلایان به IBS (۴۶ نفر)		گروه شاهد (۹۷ نفر)		مقادیر p
	تعداد و درصد	تعداد و درصد	تعداد و درصد	تعداد و درصد	
علائم جسمانی	۱۹ (۴۱/۳٪)	۱۴ (۱۴/۴٪)	۱۴ (۱۴/۴٪)	۱۴ (۱۴/۴٪)	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۶ (۳۴/۸٪)	۱۴ (۱۴/۴٪)	۱۴ (۱۴/۴٪)	۱۴ (۱۴/۴٪)	۰/۰۰۵
افسردگی	۷ (۱۵/۲٪)	۵ (۵/۲٪)	۵ (۵/۲٪)	۵ (۵/۲٪)	۰/۰۰۴
کاهش عملکرد اجتماعی	۲۰ (۴۳/۵٪)	۲۱ (۲۱/۶٪)	۲۱ (۲۱/۶٪)	۲۱ (۲۱/۶٪)	۰/۰۰۷
اختلال روان به صورت کلی	۱۹ (۴۱/۳٪)	۱۳ (۱۳/۴٪)	۱۳ (۱۳/۴٪)	۱۳ (۱۳/۴٪)	۰/۰۰۱

* General Health Questionnaire

** Goldberg

بحث

شیوع IBS در مطالعه ما با معیار روم II ۴/۷٪ بود. در مطالعه انجام شده در پاکستان در محصلین کالج شیوع IBS ۳۴٪ ذکر شده است (۱۳) که نسبت به مطالعه ما درصد بالاتری داشته است. در مطالعه دیگری در مالزی، در دانشجویان پزشکی شیوع IBS ۱۵/۸٪ بوده است (۱۴)، در ایران در بررسی دانشجویان در خرم‌آباد شیوع ۱۸/۴٪ ذکر شده است (۱۵) و در مطالعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان این میزان (۱۲/۶) درصد ذکر شده است (۱۶)، علت این اختلافات استفاده از معیارها و روشهای مختلف برای تشخیص بوده است.

در کشورهای غربی شیوع IBS در زنان بیشتر است (۱۷ و ۱۸) اما در هندوستان شیوع IBS در مردان بیشتر گزارش شده است (۱۹ و ۲۰)، و در بنگلادش شیوع در مردان و زنان یکسان بوده است (۲۱)، در مطالعات چین، هنگ‌کنگ، تایوان و سنگاپور نیز برتری زنان وجود نداشته است (۲۲-۲۵)، اما در مطالعه ما شیوع IBS در زنان واضحاً بیشتر از مردان بوده است و حدود دوسوم بیماران را زنان تشکیل می‌داده‌اند؛ در حالی که در مطالعه‌ای در شهر کاشان نیز شیوع IBS در مردان بیشتر گزارش شده است (۲۶)، در مطالعه دانشجویان پزشکی مالزی نیز برتری با زنان بوده است (۱۴) و در مطالعه دانشجویان پزشکی گیلان نیز زنان برتری داشته‌اند (۱۶).

در مورد علت شیوع بیشتر IBS در مردان در کشورهای آسیایی به اختلافات ژنتیکی، فرهنگی، اجتماعی اقتصادی، محیطی بین کشورهای غربی و آسیایی اشاره شده است (۲۷ و ۲۸).

به هر حال از آنجا که به نظر می‌آید زنان و مردان در الگوی پاسخ به رژیمهای درمانی جدید نیز ممکن است متفاوت باشند اخیراً نقش جنسیت در IBS در دنیا بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (۲۷)، از آنجا که مطالعات انجام شده در کشور در این زمینه نتایج متغیری داشته، انجام مطالعات تکمیلی جهت بررسی وضعیت توزیع جنسی IBS در کشورمان مورد نیاز است.

برخی مطالعات به طور واضح نشان داده‌اند که اختلالات روحی در بیماران IBS از جمعیت سالم بیشتر است (۳۱-۲۹)، این علائم عمدتاً اختلالات خلق یا اختلالات اضطرابی است (۳۱ و ۳۲)، در بیماران IBS افسردگی تا حد شدید آن ممکن است وجود داشته باشد اما فرق آنها با بیمار افسرده شدید در تصور از خود (Self-Schema) است. بدین صورت که بیماران IBS خود را افسرده نمی‌دانند (۳۳)، در یک گزارش اخیر، ۳۸٪ بیماران IBS که به سطح سوم ارجاع مراجعه کرده بودند اظهار داشته‌اند به علت مشکلات روده‌ای خود جداً تصمیم داشته‌اند به زندگی خود خاتمه بدهند (۳۴).

تصور می‌شود که افراد مبتلا به IBS تغییراتی در پاسخ سیستم اعصاب مرکزی به عوامل استرس‌زای روحی و فیزیکی دارند (۳۵).

برخی محققان معتقدند که ترکیب علائم گوارشی و روانی با هم وجه افتراق بیماران IBS از اختلالات گوارشی دیگر یا بیماری روانی به تنهایی است (۳۶)، مطالعات نشان داده که اختلالات روانی در آن گروه از بیماران IBS که به پزشک مراجعه می‌کنند بیشتر است (۹۰-۵۰٪) (۳۱) و شاید اختلال روان باعث می‌شود که بیمار به علائم و نشانه‌های گوارشی خود بیشتر توجه کند (۳۷).

ما در این مطالعه علاوه بر معیارهای روم II از ویژگی‌های متخصص گوارش و علائم بالینی و آزمایشگاهی جهت رد دقیق تر علل ارگانیک استفاده کردیم و در مطالعات دیگر نیز از ارزیابی بالینی جهت تشخیص دقیق تر IBS استفاده شده است (۳۸)، و در کسانی که نهایتاً به عنوان گروه IBS با گروه کنترل مقایسه کردیم حدود ۴۰٪ از مبتلایان اختلال روان داشتند (۰/۰۰۱ p). نتایج این مطالعه با بسیاری از مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد که به مواردی در ذیل اشاره شده است:

در مطالعه دانشجویان پزشکی مالزی طبق گزارش خود افراد، شیوع علائم روحی روانی و روان تنی مثل اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و سردرد در مبتلایان به IBS بیشتر بوده است (۱۴).

در مطالعه GICK در دانشجویان دانشگاه براساس پرسشنامه خصوصیات اضطرابی * که فقط اضطراب را مورد مطالعه قرار می‌دهد، به طور واضحی اضطراب در بیماران IBS نسبت به کنترل بیشتر بوده است (۳۹).

در مطالعه پینتو * * در ۳۰ بیمار IBS مراجعه‌کننده به کلینیک به وضوح میزان افسردگی و اضطراب نسبت به گروه کنترل بالاتر بوده است و این دو اختلال روانی در حدود ۵۰٪ بیماران وجود داشته است (۴۰).

در مطالعه هو * * * در ۱۶۴۹ نفر جمعیت معمولی با شیوع ۴/۱٪ IBS، میزان افسردگی و اضطراب در بیماران IBS بیشتر بوده است و ۲۲٪ بیماران IBS در مقایسه با ۶-۵٪ جمعیت کنترل غیبت از کار روزانه داشتند (۳۸).

ولی نتایج این مطالعه با تحقیقات استربرگ * * * * و تالی * * * * متفاوت بوده است. در مطالعه استربرگ که بر روی ۲۷۰۰ نفر از جمعیت انجام گرفته و مانند مطالعه ما از پرسشنامه GHQ استفاده شده است، اختلاف معنی‌داری از نظر سلامت روانی بین بیماران IBS با گروه کنترل نبوده است. البته در این مطالعه از روش نمره‌گذاری براساس سیستم Likert استفاده شده که در تحقیقات ایران کارایی نداشته است (۴۱).

همچنین در مطالعه تالی که در ۷۳۰ نفر از جمعیت در استرالیا انجام شده و باز از پرسشنامه GHQ استفاده گردیده است، اختلاف

* Anxiety traits

** Pinto

*** Hu

**** Osterberg

***** Talley

هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از غیبت از کار می‌باشد. (۱ و ۶)، لذا توجه بیشتر به جنبه‌های روحی روانی در این بیماری مفید خواهد بود.

نتیجه‌گیری

سلامت روان در مبتلایان به IBS مختل می‌باشد. این واقعیت می‌تواند ناشی از این باشد که اختلال روان به پیدایش علائم IBS منجر می‌گردد و یا اینکه وجود علائم IBS منجر به اختلال روان می‌گردد. به نظر می‌رسد بهبود سلامت روان به کنترل IBS کمک نماید.

معنی‌داری بین افراد مبتلا به IBS و سالم از نظر سلامت کلی روانی وجود نداشته است البته در این مطالعه جهت تشخیص از معیارهای مانینگ (Manning) و روم استفاده شده و روش مطالعه با مطالعه ما متفاوت بوده است. (۴۲)

فاکتورهای روحی روانی گرچه به خودی خود جزئی از IBS نیستند اما نقش مهمی در کنترل بیماری و پیش‌آگهی بالینی آن دارند و از آنجا که IBS بیماری بسیار شایع و مزمنی است و می‌تواند همراه با استرس روحی شدید، اختلال در کیفیت زندگی، از کارافتادگی باشد و عمدتاً جمعیت جوان را گرفتار می‌کند و همراه با هزینه‌های درمانی مستقیم و

References

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 Suppl 2: II43-II47.
2. Kang JY. Systematic review: the influence of geography and ethnicity in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 663-76
3. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978; 2: 653-4.
4. Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, Thompson WG, Corazzari E, Whitehead WE, eds. The functional gastrointestinal disorders. Boston: Little Brown, 1994.
5. Drossman DA, Camilleri Mm, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-31.
6. Bennett EJ, Evans P, Scott AM, Badcock CA, Shuter B, Hoschl R, et al. Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders. *Gut* 2000; 46: 83-7.
7. 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 Psychiatr Scand* 1991; 84: 26-8.
8. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Evans RW. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109: 1736-41.
9. Hahn BA, Kirchoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 553-9.
10. Owyang C, Kasper DL, Fauci AS, Longo DL. Irritable bowel syndrome. In Harrison's principles of internal medicine, 16th ed., *McGrawhill* 2005, pp 1789-93
11. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
12. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-45.
13. Jafri W, Yakoob J, Jafri N, Islam M, Ali QM. Frequency of irritable bowel syndrome in college students. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2005; 17: 9-11.
14. Tan YM, Goh KL, Muhidayah R, Ooi CL, Salem O. Prevalence of irritable bowel syndrome in young adult Malaysians: A survey among medical students. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2003; 18: 1412-6
15. Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome.: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol* 2005; 24: 225-6
16. Mansour-Ghanaei F, Fallen MS, Pourrasouli Z, Ghasemipour R, Heidarzadeh A, Hammami P, et al. Irritable Bowel Syndrome (IBS) prevalence in Medical Students of Guilan University of Medical sciences. *Govaresh* 1385; in press.
17. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, Ferrazzi S, Rance L. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci*. 2002; 47: 225-35.
18. Mearin F, Badia X, Balboa A. Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome 2 versus previous criteria in a general population. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36: 1155-61.
19. Thompson WG. Irritable bowel syndrome: pathogenesis and management. *Lancet* 1993; 341: 1569-72.
20. Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in Mumbai. *Indian J Gastroenterol* 2001; 20: 103-6.
21. Masud MA, Hasan M, Khan AKA. Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: prevalence, symptoms pattern and health care seeking behavior. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1547-52.
22. Kwan CPA, Hu H-CW, Chan YK, Yeung YW, Lai STT, Yuen H. Prevalence of irritable bowel syndrome in Hong Kong. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 1180-6.
23. Gwee KA, Wee S, Wong ML, Png JCD. The prevalence, symptom characteristics and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 924-31.
24. Xiong LS, Chen MH, Chen HX, Xu AG, Wang WA, Hu PJ. A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China: stratified randomized study by cluster sampling. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1217-24.
25. Lu CL, Chen CY, Lang HC, Luo JC, Wang SS, Chang FY, et al. Current patterns of irritable bowel syndrome in

- Taiwan: the Rome II questionnaire on a Chinese population. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 1159-69.
26. Matini SM, Khamechian T. Clinical, paraclinical and pathologic findings of irritable bowel syndrome. *Kashan University of Medical Sciences & Health Services (FEYZ)* 1382; 28: 52-7.
 27. Gwee KA. Irritable bowel syndrome in developing countries-a disorder of civilization or colonization? *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17: 317-24
 28. Lu CL, Chang FY, Lang HC, Chen CY, Luo JC, Lee SD. Gender difference on the symptoms, health-seeking behaviour, social impact and sleep quality in irritable bowel syndrome: a Rome II-based survey in an apparent healthy adult Chinese population in Taiwan. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 21: 1497-505.
 29. Drossman DA. Illness behavior in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Int* 1991; 4: 77-81.
 30. Christensen J. Pathophysiology of the irritable bowel syndrome. *Lancet* 1992; 340: 1444-7.
 31. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 565-72.
 32. Maunder RG. Panic disorder associated with gastrointestinal disease: review and hypotheses. *J Psychosom Res* 1998; 44: 91-105.
 33. Toner BB, Garfinkel PE, Jeejeebhoy KN, Scher H, Shulhan D, Di Gasbarro I. Self-Schema in Irritable Bowel Syndrome and Depression. *Psychosomatic Medicine* 1990; 52: 149-55
 34. Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 1064-8.
 35. Mayer EA, Naliboff BD, Chang L. Basic pathophysiologic mechanisms in irritable bowel syndrome. *Dig. Dis.* 2001; 19: 212-8
 36. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Costa PT, Schuster MM. Symptoms of psychological distress associated with irritable bowel syndrome: comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology* 1988; 95: 709-14.
 37. Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med* 1999; 107: 65-71.
 38. Hu WH, Wong WM, Lam CL, Lam KF, Hui WM, Lai KC, et al. Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 2081-8.
 39. Gick ML, Thompson WG. Negative affect and the seeking of medical care in university students with irritable bowel syndrome: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 43: 535-40.
 40. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India.* 2000; 48: 589-93.
 41. Osterberg E, Blomquist L, Krakau I, Weinryb RM, A sberg M, Hultcrantz R. A population study on irritable bowel syndrome and mental health. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 264-268.
 42. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome: a population based study. *Gut* 1997; 41: 394-8.

Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Disorders Among University Freshmen

ABSTRACT

Background: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a very common disorder. Some researches have pointed to an interaction between psychiatric disorders and IBS. Present study aimed to determine psychiatric disorders in patients with IBS compared to normal controls among an Iranian population.

Materials and Methods: All freshmen students (n=3012) of Tehran University invited to the study at 2001. A trained general practitioner interviewed the entire students for IBS based on Rome II criteria. A gastroenterologist visited the students who had Rome II criteria and ordered laboratory exams that are necessary for ruling out organic diseases. After confirming IBS patients, a matched control group by sex and age was selected. A psychologist who was blind to IBS diagnosis interviewed all cases and controls using a reliable 28- items General Health Questionnaire. Chi-Square analysis used to compare psychiatric disorders in the cases and controls. P-value less than 0.05 determined as significant.

Results: A total of 3008 students (female; 1785, male; 1223) participated to the study and 143 had Rome II criteria for IBS (4.7%, 95% CI 4-5.6%). Finally 46 (female; 31) with IBS and 97 (female; 62) controls underwent psychologic interview.

Somatic symptoms, anxiety, depression, social dysfunction and mental disorder were reported by 41.3%, 34.8%, 15.2%, 43.5% and 41.3% respectively in IBS patients and 14.4%, 14.4%, 5.2%, 21.6% and 13.4% among control group respectively. All psychiatric disorders were significantly more common among IBS patients than controls.

Conclusions: Mental health in IBS patients is impaired. This fact could be primary or secondary. Control of psychiatric disorders may improve IBS symptoms. *Govareh/ Vol. 11, No. 1, Spring 2006; 22-26*

Keywords: Irritable bowel syndrome, Psychiatric disorder, Anxiety, Depression, Iran

Pourshams A

Digestive Disease Research
Center, Tehran University of
Medical Sciences

Zendehdel N

Digestive Disease Research
Center, Tehran University of
Medical Sciences

Semnani M

Shariati Hospital, Tehran
University of Medical Sciences

Semnani Y

Taleghani Hospital, Shaheed
Beheshti University of Medical
Sciences

Corresponding Author:

*Nasrin Zendehdel M.D.,
Digestive Disease Research
Center, Shariati Hospital,
Kargar-e-Shomali Ave.,
P.O.Box: 14114, Tehran, Iran.
Telefax: +98 21 88012992
E-mail: zendehdel@ams.ac.ir*