Original Article

مقایسه حساسیت اضطرابی و شادکامی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) با افراد سالم در شهر شیراز

نوشاد قاسمی*

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فسا، فارس، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۰۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر به هدف مقایسه حساسیت اضطرابی و شادکامی ذهنی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم انجام شده است.

مواد و روش‌ها: برای دست‌یابی به این هدف تعداد ۳۵ بیمار IBS (۲۱ زن و ۱۴ مرد) در محدوده سنی ۱۴ تا ۶۵ سال که توسط پزشک متخصص گوارش معرفی شده بودند با ۳۵ نفر (۲۵ زن و ۱۰ مرد) از افراد سالم به شیوه نمونه‌گیری گروه‌های جور شده انتخاب شدند. از فرم تجدید نظر شده شاخص حساسیت اضطرابی و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد به همراه فهرست سؤالات جمعیت‌شناختی برای ارزیابی حساسیت اضطرابی، شادکامی ذهنی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها استفاده شد.

نتایج: تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش نشان داد که بیماران IBS در مقایسه با گروه همتا به طور معنی‌داری از میزان لذت (P=0.005)، عزت نفس (P=0.007)، آرامش (P=0.006)، کنترل (P=0.008)، و شادکامی کلی (P=0.001) کم‌تری برخوردار بوده و از ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم (P=0.032)، ترس از نشانه‌های قلبی عروق (P=0.01)، ترس از نشانه‌های معده و روده (P=0.001)، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی (P=0.018)، و حساسیت اضطرابی کلی (P=0.003) بیشتری رنج می‌برند و دو گروه در متغیرهای رضایت از زندگی (P=0.082)، کارآمدی (P=0.09)، ترس از نشانه‌های فقدان کنترل‌شناختی (P=0.097)، و ترس از نشانه‌های تنفسی (P=0.067) فاقد تفاوت معنی‌دار هستند. هم‌چنین مشخص شد که بین برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی با بعضی از زیرمجموعه‌های حساسیت اضطرابی، شادکامی و بیماری IBS رابطه معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر روان‌شناختی در مراجعه بیماران IBS برای درمان نقش داشته و شادکامی تحت تأثیر منفی IBS قرار می‌گیرد.

کلمات کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، حساسیت اضطرابی، شادکامی ذهنی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر[1] (IBS) از جمله شایع‌ترین اختلالات کارکردی روده است (۱) که منابع مورد بررسی از جمله (۹-۲) همه‌گیرشناسی این اختلال را در دامنه‌ای از ۵ تا ۲۳% در جمعیت عادی و از ۴۰ تا ۷۰% در مراجعه‌کنندگان به متخصص معده و روده گزارش کرده‌اند. در تمام منابع تعداد بیشتر زنان نسبت به مردان مورد تاکید بوده است و هم‌چنین شواهدی حاکی از افزایش این اختلال در دهه‌های اخیر نیز وجود دارد (۱۰). پس از سرماخوردگی، IBS در از دست رفتن روزهای کاری کارکنان بیشترین سهم را دارد و سالانه حدود یک میلیارد دلار به طور مستقیم و ۲۵ میلیارد دلار به طور غیرمستقیم در امریکا برای این بیماری هزینه می‌شود (۲).

در مورد سبب‌شناسی این اختلال فرضیه‌های متعددی مطرح شده اما تقریباً هیچ فرضیه در این مورد وجود ندارد که مورد پذیرش همگان باشد. هم‌چنین هیچ‌یک از رویکردهای درمانی به این اختلال یعنی دارو درمانی، رژیم درمانی، و درمان‌های روان‌شناختی نه کاملاً موفق و نه کاملاً بی‌اثر بوده است (۴). ابهامات موجود در زمینه تشخیص و درمان IBS از یک سو و گسترش حوزه روان‌شناسی سلامت از سویی دیگر توجه محققان دارای رویکرد روان‌شناختی را به این اختلال جلب کرد که نتیجه آن انجام مجموعه‌ای از مطالعاتی است که نقش عوامل روان‌شناختی در IBS را مورد تاکید قرار داده‌اند.

شواهد حاکی از وجود تفاوت بین بیماران IBS و افراد سالم در برخی متغیرهای روانی و حتی اجتماعی است. از جمله مورد سوء استفاده هیجانی قرار گرفتن، سرزنش خود، و خود خاموش‌سازی بیشتر (۱۱)، وجود سوابقی از مورد سوء استفاده قرار گرفتن (جنسی، بدنی، یا هر دو) (۲، ۶ و ۹). افسردگی و اضطراب بیشتر (۲، ۱۰، ۱۲ و ۱۳)، افزایش و کاهش علایم IBS با افزایش و کاهش شدت اختلال دو قطبی (۹ و ۱۴)، تجربه شدیدتر بیماری‌های رایج نظیر سرماخوردگی و آنفولانزا، مراجعه بیشتری به پزشک و مرخصی بیشتر در دوران مدرسه (۶). اختلال وحشت[2]، اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی و اختلال پس ضربه‌ای استرس (۱۵) و اختلال جسمانی کردن[3] (۱۰). در همه موارد شدت تفاوت در افراد IBS مراجعه برای

* نویسنده مسئول: نوشاد قاسمی، فارس، مرودشت، میدان معلم، خیابان اندیشه، پلاک ۷۳.
تلفن: ۰۹۱۷۷۲۸۱۵۰۲ Email: noushadghasemi@iaufasa.ac.ir

1. Irritable Bowel Syndrome
2. Panic Disorder
3.Somatization

درمان (اصطلاحاً بیمار) در مقایسه با IBS غیر مراجعه کننده برای درمان (غیر بیمار) بیشتر گزارش شده است. از دیدگاه محققان فراوان‌ترین اختلالات روان‌پزشکی گزارش شده برای افراد IBS را می‌توان در سه دسته کلی اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر و حملات رعبی)، اختلالات خلقی (افسردگی اساسی و اختلال کج خلقی[1])، اختلالات بدنی شکل (خودبیمار پنداری و اختلال بدنی کردن) طبقه‌بندی کرد (۹).

از سویی دیگر در سال‌های اخیر مفهوم نسبتاً تازه حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در تعداد قابل ملاحظه‌ای از اختلالات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی، روان‌تنی، و شبه جسمانی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. حساسیت اضطرابی به عنوان ترس بیش از اندازه از احساسات و علایم اضطراب و باور شخص مبنی بر آسیب‌زا بودن این علایم و احساس‌ها تعریف شده است. امروزه شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی نقش مهمی در بسیاری از موقعیت‌های بالینی به ویژه اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (۱۶).

در حمایت از این ادعا، پژوهش‌ها نشان دادند که حساسیت اضطرابی نقش واسطه‌گری مهمی بین جنبه‌های آلکسی تمی[2] و نشانه‌های آشفتگی پس ضربه‌ای[3] (PTD) ایفا می‌کند. ضمن آن که حساسیت اضطرابی بیشتر به ابعاد بدنی و آلکسی تمی بیشتر به ابعاد روان‌شناختی PTD مربوط می‌شود (۱۷). هم‌چنین نشان داده شد که بین ابعاد حساسیت اضطرابی و افکار و روابط اجتماعی کمال گرایانه رابطه مثبت وجود دارد (۱۸). برخی دیگر از متغیرهایی که نقش تعیین‌کننده حساسیت اضطرابی در آن‌ها نشان داده شده عبارت هستند از: رابطه مثبت با روان رنجوری خویی و رابطه منفی با برون‌گرایی (۱۹)، اختلال شخصیت مرزی، وابسته، انفعالی/ پرخاشگری، اضطراب صفت، بیگانی، هیجان‌های منفی (۲۰)، اختلالات اضطرابی (۲۱)، دردهای بی‌ارتباط با قلب در قفسه سینه در کودکان (۲۲)، پیش‌بینی احتمال گرایش به الکل در موقعیت‌های خاص (۲۳ و ۲۴)، شکل‌گیری حملات رعبی (۲۴ و ۲۵)، و پیش‌بینی برانگیختگی اضطرابی و شناخت‌های جمعیت هراسی (۲۶).

شادکامی به عنوان یک متغیر وابسته همواره به عنوان پیامد بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی مورد توجه بوده است. این مفهوم نخستین بار توسط آرگایل به عنوان فراوانی و مثبت بودن عواطف، لذت‌ها، سطح بالای رضایت در یک دوره زمانی، و عدم احساسات منفی و افسردگی و اضطراب تعریف شد (۲۷). مطالعات فراوانی شادکامی را به عنوان یک متغیر وابسته، واسطه‌ای، و حتی مستقل مورد بررسی قرار داده‌اند. گزارش بسیار جامع این بررسی‌ها توسط محققان در دانشگاه ایراسموس روتردام هلند ارایه شده است (۲۸).

حال با توجه به یافته‌های موجود پیرامون بیماری IBS، حساسیت اضطرابی و شادکامی شاید طرح این سؤال بی مورد نباشد که آیا می‌توان حساسیت اضطرابی را به عنوان یک متغیر واسطه‌ای بین IBS و سایر اختلالات همبسته به حساب آورد یا خیر؟ و آیا می‌توان به شادکامی به عنوان متغیر تأثیرپذیر از حساسیت اضطرابی در بیماران IBS نگریست؟ در واقع پژوهش حاضر به طور ویژه به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که حساسیت اضطرابی و شادکامی در افراد IBS بیمار چه تفاوتی با افراد سالم می‌تواند داشته باشد؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری: در چارچوب یک طرح علی مقایسه‌ای یا پس از وقوع، جامعه پژوهش عبارت است از کلیه بیماران IBS مراجعه کننده به مراکز پزشکی و بهداشتی شهر شیراز (صرف نظر از این که ساکن شهر شیراز باشند یا خیر) که توسط پزشک متخصص گوارش بیماری آن‌ها تشخیص داده شده و همتایان سالم آن‌ها که تا حد امکان، بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همتاسازی شده‌اند.

نمونه آماری: در پژوهش حاضر برای دست‌یابی به اهداف تحقیق تعداد ۳۵ بیمار IBS (۲۱ زن و ۱۴ مرد) در محدوده سنی ۱۴ تا ۶۵ سال که توسط پزشک متخصص گوارش معرفی شده بودند با ۳۵ نفر (۲۵ زن و ۱۰ مرد) از افراد سالم به شیوه نمونه‌گیری گروه‌های جور شده انتخاب شدند. داده‌های تحلیل شده در مورد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه بیمار و سالم که در جدول ۱ ارایه شده حاکی از آن است که برابری نسبی در این ویژگی‌ها بین دو گروه برقرار است. از آنجایی که تمرکز این پژوهش عمدتاً بر افراد IBS اصطلاحاً بیمار بود. صرف تشخیص بیماری IBS توسط پزشک متخصص ملاک قرار گرفتن در گروه بیمار و صرف نداشتن شکایت کلی از وضع سلامت جسمی و فقدان تشخیص IBS برای قرار گرفتن در گروه سالم، کافی در نظر گرفته شد. هم‌چنین به دلیل این که برای تشخیص بیماری هیچ اقدامی از سوی محقق صورت نگرفته و به دلیل انجام پژوهش در درمانگاه‌های متعدد، در جهت تعیین نوع ملاک‌هایی که توسط پزشکان برای تشخیص بیماری مورد استفاده بوده اقدامی صورت نپذیرفته است.

ابزار گردآوری داده‌ها: برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش از یک چک لیست مشخصات اولیه جمعیت‌شناختی به همراه مقیاس حساسیت اضطرابی تیلور و آزمون شادکامی آکسفورد استفاده شد.

فهرست تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی[4](ASI -R): این مقیاس توسط تیلور و کاکس در سال ۱۹۹۸ و برای ارزیابی میزان ترس از علایم و پیامدهای اضطراب طراحی شده است. اگرچه نمرات این مقیاس با شاخص‌های اضطراب کلی دارای هم‌بستگی است، اما این مقیاس برای ارزیابی خود اضطراب طراحی نشده است (۱۹). این ابزار یک مقیاس ۳۶ ماده‌ای خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شش موضوع اختصاصی حساسیت اضطرابی شامل ترس از نشانه‌های قلبی عروقی (۶ ماده)، ترس از نشانه‌های تنفسی (۷ ماده)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم (۸ ماده)، ترس از نشانه‌های معده و روده (۴ ماده)، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی (۶ ماده) و ترس از نشانه‌های فقدان کنترل‌شناختی (۵ ماده) طراحی شده است. طراحی این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای با نمراتی از صفر برای بسیار کم تا چهار برای بسیار زیاد صورت گرفته است، که نمرات کل آزمودنی را در دامنه‌ای از صفر تا ۱۴۴ قرار می‌دهد. تیلور و کاکس در بررسی همسانی درونی این مقیاس ضرایب آلفای بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ را

1. Dysthymic
2. Alexithymia
3. Posttraumatic Distress
4. Anxiety Sensitivity Index-Revised

گزارش کرده‌اند (۱۸). محققان در یک مطالعه طولی ده ماهه شواهدی در حمایت از سلسله مراتب ساختار عاملی این مقیاس، ثبات و همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی افتراقی این مقیاس ارائه کرده‌اند (۲۱). در یک بررسی با یک نمونه ۲۷۵ نفری در جزیره پرتوریکو شواهد قابل ملاحظه‌ای در حمایت روایی همگرا و افتراقی برای این مقیاس فراهم شد (۲۹). هم‌چنین در مطالعه دیگری پژوهش‌گران با استفاده از یک نمونه ۲۷۴۱ نفری از کشورهای مختلف و با بهره‌گیری از روش تحلیل عاملی شواهد گسترده‌ای در حمایت از روایی عاملی[1] نسخه ۳۶ سؤالی این آزمون را فراهم کردند (۳۰)، هم‌چنین روایی و پایایی نسخه ترکی این آزمون مورد حمایت قرار گرفته است (۲۴). در ایران مطالعه در زمینه روایی و پایایی این آزمون از سه روش همسانی درونی، تنصیف، و بازآزمایی برای آزمون روایی این آزمون استفاده شده که برای کل آزمون و برای خرده مقیاس‌ها، ضرایب به دست آمده با روش همسانی درونی در دامنه‌ای از ۰/۸۲ تا ۰/۹۳، با روش تنصیف از ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی از ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ قرار داشتند (۳۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی درونی با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی عروقی ۰/۸۵، ترس از نشانه‌های تنفسی ۰/۸۸، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم ۰/۹۰، ترس از نشانه‌های معده و روده ۰/۸۸، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی ۰/۸۶، و ترس از نشانه‌های از فقدان کنترل شناختی ۰/۸۷ و برای کل آزمون ۰/۸۹ با نمرات آزمودنی‌های اصلی به دست آمد.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد[2] (O.H.I): این پرسش‌نامه در سال (۱۹۸۹) در ۲۹ ماده توسط آرجیل و لو و به صورت مقیاس درجه‌بندی لیکرت تهیه شده است. ماده‌های این آزمون به صورت چهار گزینه‌ای با نمره‌هایی بین صفر تا سه و بر پایه دیدگاه آرجیل در مورد شادکامی و با شکل مخالف دادن به برخی ماده‌های آزمون افسردگی بک (۲۱ ماده) و اضافه کردن ۸ ماده جدید طراحی شده است. دامنه نمرات قابل دریافت بر روی این آزمون از صفر تا ۸۷ است. این پرسش‌نامه شش حیطه رضایت از زندگی، لذت، کارآمدی، کنترل، عزت نفس و آرامش را در بر می‌گیرد. محققان پایایی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش کرده و با به‌کارگیری هم‌زمان آزمون‌های متعدد روایی هم‌گرا و واگرای این مقیاس را مستندسازی کرده‌اند (۲۷). شواهد بیشتر در حمایت از روایی و پایایی مقیاس شادکامی آکسفورد در مطالعات دیگر از جمله (۳۲ و ۳۳) نیز نشان داده شده است.

در بررسی نمونه‌های ایرانی آلفای کرونباخ برای عوامل این آزمون بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۴). در مطالعه دیگر در بررسی رابطه این مقیاس با اندازه‌های برون‌گرایی ضرایب هم‌بستگی بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۴ را نشان داد (۳۵). در کار دیگری در همین ارتباط محققان با یک نمونه متشکل از ۱۴۲ نفر دانشجوی مرد و ۲۲۷ نفر دانشجوی زن الفای کرونباخ ۰/۹۱ را برای کل فهرست به دست آوردند. هم‌چنین با به‌کارگیری هم‌زمان آزمون افسردگی بک و آزمون شخصیت آیزنگ شواهد قابل ملاحظه‌ای در مورد روایی هم‌گرا و واگرای این آزمون به دست آوردند (۳۶) و نهایتاً این که در مطالعه‌ای دیگر پایایی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب هم‌بستگی بازآزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی درونی با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های رضایت از زندگی ۰/۸۱، لذت ۰/۷۹، کارآمدی ۰/۸۸، کنترل ۰/۸۱، عزت نفس ۰/۸۰، و آرامش ۰/۸۴ و برای کل آزمون ۰/۸۵ با نمرات آزمودنی‌های اصلی به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر پس از تعیین اهداف و تهیه ابزار کار مناسب با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر شیراز تعداد تقریبی مراجعه‌کنندگان با تشخیص IBS به این مراکز مشخص شد. از آنجایی که بخشی از این مراکز خصوصی و برخی دیگر دولتی بوده‌اند و تقریباً هیچ‌یک از این مراکز (اعم از دولتی و خصوصی) تعهد و الزامی به همکاری در این طرح پژوهش را نداشتند و حتی برخلاف پیش‌بینی اولیه محقق که در طرح اولیه مطرح شده بود، تمایل و تعهد به همکاری در مراکز دولتی کمتر از مراکز خصوصی بود، به ناچار نمونه بیمار با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس برای انتخاب مراکز درمانی استفاده شد. پس از انتخاب مراکز درمانی مجریان پرسش‌نامه‌ها با مراجعه روزانه به مدت تقریباً یک ماه نمونه مورد نظر را انتخاب و نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها در محل درمانگاه اقدام کردند. پس از ثبت مشخصات اولیه جمعیت‌شناختی بیماران معرفی شده از سوی پزشکان، نسبت به انتخاب آزمودنی‌های همتا از بین همراهان بیماران و پرسنل درمانگاه‌ها اقدام شده است. جز در موارد محدود برای برخی از آزمودنی‌های سال‌خورده‌تر، پرسش‌نامه توسط خود آزمودنی‌ها و همگی در محل درمانگاه تکمیل شد. جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها نیز صرفاً به رضایت شفاهی آزمودنی‌ها اکتفا شده است. پس از گردآوری اطلاعات به شیوه میدانی نسبت به نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها توسط مجریان آزمون و تجزیه و تحلیل نتایج توسط محقق اقدام شد.

روش تحلیل داده‌ها: در این پژوهش به لحاظ ماهیت هدف تحقیق و علی مقایسه‌ای بودن طرح پژوهشی، عمدتاً از شیوه‌های آماری مقایسه میانگین‌ها استفاده شده است. هم‌چنین از سایر امکانات آماری برای بررسی میانگین‌ها، انحراف استانداردها، فراوانی‌ها و درصدها استفاده شده است. به طور مشخص‌تر برای ارزیابی تفاوت‌های بین دو گروه بیمار و سالم به دلیل عدم برقراری شرایط همتاسازی کامل دو به دوی آزمودنی‌ها، از آزمون آماری t مستقل برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شده است. هم‌چنین در بررسی اهداف جزیی پژوهش و بر اساس نوع مقیاس داده‌ها از آزمون آماری مجذور کای، ضریب همبستگی و تحلیل وارانس یک طرفه استفاده شده است.

نتایج

تحلیل داده‌ها: در ابتدا تحلیل داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه بیمار و سالم نشان‌گر آن است که در هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. اطلاعات حمایت‌کننده از ادعا در جدول ۱ ارایه شده است.

بررسی سؤال اول پژوهش حاکی از آن است که بین برخی ابعاد حساسیت اضطرابی و برخی جنبه‌های شادکامی ذهنی بیماران IBS و افراد سالم تفاوت وجود دارد. اطلاعات لازم برای مستندسازی این یافته در جدول ۲ ارایه شده است. اطلاعات جدول ۲ حاکی از آن است که جز در مورد ترس از نشانه‌های تنفسی و ترس از نشانه‌های فقدان کنترل‌شناختی از زیر مجموعه حساسیت اضطرابی و کارآمدی و

1. Factorial Validity
2. Oxford Happiness Inventory

جدول ۱: اطلاعات لازم برای مقایسه دو گروه سالم و بیمار در متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر های مورد بررسی	وضعیت	فراوانی		مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
		سالم	بیمار			
وضع سلامت * تعداد فرزندان	بدون فرزند	۱۱	۱۱	۵/۹۵	۴	۰/۲۰۳
	یک فرزند	۱۱	۹			
	دو فرزند	۷	۶			
	سه فرزند	۳	۵			
	چهار و بیشتر	۳	۴			
وضع سلامت * وضعیت تأهل	متأهل	۲۸	۲۶	۱/۲۹	۱	۰/۲۵۵
	مجرد	۷	۹			
وضع سلامت * سطح تحصیلات	ابتدایی	۲	۴	۲/۱۱	۴	۰/۷۱۵
	دیپلم	۱۵	۱۳			
	فوق دیپلم	۹	۱۰			
	کارشناسی	۹	۷			
	کارشناسی ارشد	۰	۱			
وضع سلامت * ترتیب تولد	اول	۸	۱۱	۲/۳۲	۳	۰/۵۰۸
	دوم	۶	۵			
	سوم	۴	۵			
	چهارم و بالاتر	۱۷	۱۴			
وضع سلامت * جنسیت	زن	۲۴	۲۲	۱/۰۲	۱	۰/۳۱۴
	مرد	۱۱	۱۳			

رضایت از زندگی از زیر مجموعه‌های شادکامی در بقیه متغیرها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه سالم و بیمار وجود دارد. توجه به میانگین‌ها نشان می‌دهد که در همه موارد وجود تفاوت معنی‌دار، افراد سالم در مقایسه با بیماران IBS از وضع مطلوب‌تری برخوردارند. بیشترین تفاوت معنی‌دار در متغیر ترس از نشانه‌های معده و روده و کم‌ترین تفاوت در ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم نشان داده شد. نتایج مربوط به بررسی رابطه متغیرهای جمعیت‌شناختی با حساسیت اضطرابی و شادکامی به دلیل مقیاس متفاوت متغیرهای جمعیت‌شناختی به شیوه‌های متفاوت ارزیابی شده و صرفاً به ذکر مهم‌ترین یافته‌ها اشاره خواهد شد. نتایج این تحلیل به دلیل حجم زیاد تحلیل‌ها صرفاً در مورد دو متغیر اصلی شادکامی و حساسیت اضطرابی در جدول ۳ و ۴ ارایه شده و از ارایه نتایج آماری بررسی زیرمجموعه‌های این دو متغیر خودداری شده است.

تحلیل‌های آماری حاکی از آن است که بین سن و رضایت از زندگی، از زیر مؤلفه‌های شادکامی رابطه منفی (P=0.036 و r=0.216) و بین سن و ترس از نشانه‌های قلبی عروقی، از زیرمولفه‌های حساسیت اضطرابی رابطه مثبت (P=0.045 و r=0.204) وجود دارد و رابطه سن با سایر زیرمولفه‌های هر دو متغیر و حساسیت اضطرابی و شادکامی کلی معنی‌دار نیست. هم‌چنین بین مدت ازدواج با رضایت از زندگی (P=0.047 و r=-0.202) و کارآمدی (P=0.042 و r=0.21) از زیرمولفه‌های شادکامی رابطه منفی معنی‌دار و بین مدت ازدواج با ترس از نشانه‌های قلبی عروقی (P=0.001 و r=0.35)، ترس از فقدان کنترل‌شناختی (P=0.01 و r=0.279)، ترس از نشانه‌های معده و روده (P=0.023 و r=0.24)، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی (P=0.014 و r=0.246) و حساسیت اضطرابی کلی (P=0.011 و r=0.27) رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

علاوه بر این تحلیل داده‌های مربوط به رابطه بین جنسیت و وضعیت تأهل با حساسیت اضطرابی و شادکامی حاکی از آن است که بین دو جنس در متغیرهای ترس از نشانه‌های فقدان کنترل‌شناختی (P=0.025 و t=2.29)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم (P=0.041 و t=2.08)، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی (P=0.029 و t=2.23)، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی (P=0.042 و t=2.07) و حساسیت اضطرابی کلی (P=0.03 و t=2.22) تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. اما بین دو جنس در هیچ‌یک از زیرمولفه‌های شادکامی

جدول ۲: اطلاعات لازم جهت مقایسه دو گروه سالم و بیمار در مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و شادکامی (فراوانی در هر گروه: ۳۵ نفر)

متغیرها		میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	مقدار p
تنفسی	سالم	۸/۸۲	۵/۸	-۱/۸۶	۰/۰۶۷
	بیمار	۱۱/۵۴	۶/۳۹		
قابل مشاهده برای عموم	سالم	۱۲/۹۷	۶/۹۱	-۲/۱۹	۰/۰۳۲
	بیمار	۱۶/۶۶	۶/۰۸		
قلبی عروقی	سالم	۶/۵۱	۶	-۲/۶۳	۰/۰۱
	بیمار	۱۰/۱۷	۵/۶۱		
فقدان کنترل شناختی	سالم	۵/۳۷	۵/۹	-۱/۶۸	۰/۰۹۷
	بیمار	۷/۷۱	۵/۷۵		
معده و روده	سالم	۳/۸۲	۳/۴۱	-۵/۶۵	۰/۰۰۰
	بیمار	۸/۶	۳/۶۶		
تجزیه‌ای و عصبی	سالم	۷/۳۱	۵/۴۱	-۲/۴۳	۰/۰۱۸
	بیمار	۱۰/۵۴	۵/۷۱		
حساسیت اضطرابی کلی	سالم	۴۴/۶۶	۲۶/۷۱	-۳/۱۱	۰/۰۰۳
	بیمار	۶۴/۷۱	۲۷/۱۸		
رضایت از زندگی	سالم	۱۵/۰۶	۵/۹۴	۱/۷۷	۰/۰۸۲
	بیمار	۱۲/۸۶	۴/۳۶		
لذت	سالم	۱۳/۹۴	۵/۰۵	۲/۹۱	۰/۰۰۵
	بیمار	۱۰/۶۹	۴/۲۸		
عزت نفس	سالم	۹/۰۶	۲/۸۳	۲/۷۸	۰/۰۰۷
	بیمار	۷/۱۱	۳/۰۱		
آرامش	سالم	۵/۰۶	۲/۰۴	۲/۸۴	۰/۰۰۶
	بیمار	۳/۸	۱/۶۴		
کنترل	سالم	۶/۹۱	۲/۶۵	۲/۷۳	۰/۰۰۸
	بیمار	۵/۲۳	۲/۵		
کارآمدی	سالم	۱/۷۷	۰/۸۱	۱/۷۲	۰/۰۹
	بیمار	۱/۳۷	۱/۱۱		
شادکامی کلی	سالم	۵۲/۵۴	۱۵/۹۳	۳/۳۵	۰/۰۰۱
	بیمار	۴۷/۷۱	۱۳/۵۱		

تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هم‌چنین بین دو گروه مجرد و متأهل تنها در متغیر ترس از نشانه‌های قلبی عروقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P=0.006 و t=2.84).

هم‌چنین تحلیل واریانس یک‌طرفه یک اثر مثبت معنی‌دار برای ترتیب تولد در متغیرهای رضایت از زندگی(P=0.025 و f=3.36)، عزت نفس (P=0.009 و f=4.14)، آرامش (P=0.003 و f=5.05)، کنترل (P=0.031 و f=3.14) و شادکامی کلی (P=0.015 و f=3.78) را نشان می‌دهد. هر چند این اثر معنی‌دار تنها به واسطه تفاوت بین فرزندان سوم با فرزندان چهارم و بالاتر خانواده شکل گرفته است. اجرای آزمون تعقیبی توکی حاکی از وجود تفاوت‌های معنی‌دار بین فرزندان سوم با فرزندان چهارم و بالاتر از چهارم در متغیرهای رضایت از زندگی (۵/۸۷- =میانگین تفاوت و P=0.016)، عزت نفس (۳/۱۶- =میانگین تفاوت و P=0.025)، آرامش (۲/۴۶- =میانگین تفاوت و P=0.003)، کنترل (۲/۷۸- =میانگین تفاوت و P=0.03) و

جدول ۳: خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس برای بررسی رابطه متغیرهای جمعیت‌شناختی با شادکامی و حساسیت اضطرابی در کل نمونه

متغیرها		فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مجموع مجذورات			درجه آزادی			میانگین مجذورات		F	P
					بین	درون	کل	بین	درون	کل	بین	درون		
شادکامی و ترتیب تولد	اول	۱۹	۴۴/۳۷	۱۷/۱۴	۲۵۳۴/۰۸	۱۴۷۵۶/۲۶	۱۷۲۹۰/۳۴	۳	۶۶	۶۹	۸۴۴/۶۹	۲۲۳/۵۸	۳/۷۸	۰/۰۱۵
	دوم	۱۱	۴۳/۶۴	۱۳/۰۴										
	سوم	۹	۳۴/۷۸	۱۰/۹										
	چهارم و ...	۳۱	۵۲/۵۲	۱۵/۰۷										
حساسیت اضطرابی و ترتیب تولد	اول	۱۹	۵۷/۲۱	۳۰/۳۳	۶۱۲/۴۷	۵۵۸۰۴/۶۱	۵۶۴۱۷/۰۹	۳	۶۶	۶۹	۲۰۴/۱۶	۸۴۵/۵۲	۰/۲۴۱	۰/۸۶۷
	دوم	۱۱	۴۸/۶۴	۲۵/۶۴										
	سوم	۹	۵۷/۷۸	۲۶/۹۹										
	چهارم و ...	۳۱	۵۴/۳۹	۲۹/۹۲										
شادکامی و تحصیلات	ابتدایی	۶	۳۵/۱۷	۱۷/۳۸	۹۵۹/۴۲	۱۶۳۳۰/۹۱	۱۷۲۹۰/۳۴	۴	۶۵	۶۹	۲۳۹/۸۶	۲۵۱/۲۵	۰/۹۵۵	۰/۴۳۸
	زیر دیپلم	۲۸	۴۸/۰۴	۱۵/۶۳										
	کاردانی	۱۹	۴۷/۷۴	۱۹/۴۵										
	کارشناسی	۱۶	۴۷/۶۹	۹/۶۹										
	ارشد و ...	۱	۳۸											
حساسیت اضطرابی و تحصیلات	ابتدایی	۱۹	۶۷/۶۷	۱۸/۶۹	۷۵۳۷/۳۱	۴۸۸۷۹/۷۸	۵۶۴۱۷/۰۹	۴	۶۵	۶۹	۱۸۸۴/۳۳	۷۵۲	۲/۵۰۶	۰/۰۵۱
	زیر دیپلم	۱۱	۶۲/۲۱	۳۰/۶۹										
	کاردانی	۹	۵۴/۱	۲۸/۰۲										
	کارشناسی	۳۱	۳۹/۵۶	۲۲/۴۷										
	ارشد و...	۱	۱۹											
تعداد فرزندان و شادکامی	بدون فرزند	۲۲	۴۴/۹۵	۱۳/۸۴	۲۴۴۷/۷۱	۱۴۸۴۲/۶۳	۱۷۲۹۰/۳۴	۴	۶۵	۶۹	۶۱۱/۹۳	۲۲۸/۳۴	۲/۶۸	۰/۰۳۹
	یک فرزند	۲۰	۵۱/۸۵	۱۶/۲۴										
	دو فرزند	۱۳	۴۵/۸۵	۱۱/۶۹										
	سه فرزند	۸	۵۲/۵	۲۱/۵۹										
	چهار و ...	۷	۳۱/۷۱	۱۲/۳										
تعداد فرزندان و حساسیت اضطرابی	بدون فرزند	۲۲	۴۲/۱۸	۲۲/۵۲	۶۵۳۴/۶	۴۹۸۸۲/۴۸	۵۶۴۱۷/۰۹	۴	۶۵	۶۹	۱۶۳۳/۶۵	۷۶۷/۴۲	۲/۱۲۹	۰/۰۸۷
	یک فرزند	۲۰	۵۴/۶۵	۲۵/۱۱										
	دو فرزند	۱۳	۶۴/۹۲	۳۲/۹۲										
	سه فرزند	۸	۶۸/۸۸	۲۶/۰۱										
	چهار و	۷	۵۸/۸۶	۳۹/۸										

شادکامی کلی (۱۷/۷۴- =میانگین تفاوت و P=0.013) است. در پایان هیچ اثر معنی‌داری برای ترتیب تولد در تعیین حساسیت اضطرابی و زیرمولفه‌های آن و برای میزان تحصیلات در تعیین شادکامی و زیرمولفه‌های آن و حساسیت اضطرابی و زیرمولفه‌های آن مشاهده نشد.

در کل یک اثر مثبت معنی‌دار برای تعداد فرزندان در متغیرهای آرامش (P=0.018 و f=3.23)، شادکامی کلی (P=0.039 و f=2.68)، ترس از نشانه‌های قلب عروقی (P=0.003 و f=4.38) و ترس از نشانه‌های معده و روده (P=0.041 و f=2.66) وجود دارد. این اثر معنی‌دار به واسطه تفاوت بین آزمودنی‌های بدون فرزند و دارای دو یا سه فرزند در زیرمجموعه حساسیت اضطرابی، و بین آزمودنی‌های دارای یک فرزند با دو یا سه فرزند شکل گرفته است. اجرای آزمون تعقیبی توکی حاکی از وجود تفاوت‌های معنی‌دار بین آزمودنی‌های دارای یک فرزند با آزمودنی‌های دارای چهار فرزند یا بیشتر در متغیرهای آرامش (۲/۴۱ =میانگین تفاوت و P=0.031) و شادکامی کلی (۲۰/۱۴=میانگین تفاوت وP=0.028) و تفاوت معنی‌دار در متغیر ترس از نشانه‌های قلبی عروقی بین آزمودنی‌های بدون فرزند و دارای دو فرزند (۶/۶۷ =میانگین تفاوت وP=0.009) و بین آزمودنی‌های بدون فرزند و دارای سه فرزند (۷/۴۹ =میانگین تفاوت و P=0.014) است.

جدول ۴: اطلاعات لازم برای بررسی رابطه وضعیت تأهل، جنسیت، سن، و مدت ازدواج با حساسیت اضطرابی و شادکامی

متغیرها		فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	مقدار P
وضعیت تأهل و شادکامی	مجرد	۱۶	۴۵/۸۸	۱۳/۹۲	-۰/۲۱۵	۰/۸۳
	متأهل	۵۴	۴۶/۸۵	۱۶/۴۷		
وضعیت تأهل و حساسیت	مجرد	۱۶	۴۴/۵۶	۱۶/۷۱	-۱/۶۳	۰/۸۱۵
	متأهل	۵۴	۵۷/۶۹	۳۰/۷۵		
شادکامی و جنسیت	زن	۴۶	۴۵/۳۹	۱۷/۰۷	-۰/۹۰۴	۰/۳۶۹
	مرد	۲۴	۴۹	۱۳/۱۵		
حساسیت و جنسیت	زن	۴۶	۶۰/۰۲	۳۰/۷۴	۲/۲۲	۰/۰۳
	مرد	۲۴	۴۴/۴۶	۲۰/۹۴		
شادکامی و سن					مقدار r	
	شادکامی	۷۰	۴۶/۶۳	۱۵/۸۳	۰/۱۶۹	۰/۱۶۱
	سن	۷۰	۳۲/۰۴	۹/۴۹		
حساسیت و سن	حساسیت	۷۰	۵۴/۶۹	۲۸/۵۹	/۰۷۲	۰/۵۵۳
	سن	۷۰	۳۲/۰۴	۹/۴۹		
شادکامی و مدت ازدواج	شادکامی	۷۰	۴۶/۶۳	۱۵/۸۳	۰/۱۹۲	۰/۱۱۲
	مدت ازدواج	۷۰	۹/۷۵	۹/۵۶		
حساسیت و مدت ازدواج	حساسیت	۷۰	۵۴/۶۹	۲۸/۵۹	۰/۲۷۲	۰/۰۲۳
	مدت ازدواج	۷۰	۹/۷۵	۹/۵۶		

بحث

نتایج تحلیل داده‌های پژوهش نشان می‌دهد که گروه بیمار در مقایسه با گروه سالم به طور معنی‌داری از میزان حساسیت اضطرابی بیشتری رنج می‌برد و این تفاوت در زیرمولفه‌های ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی، ترس از نشانه‌های معده و روده، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی نیز برقرار است. هم‌چنین بخش دیگری از یافته‌ها حاکی از آن است که بیماران IBS در مقایسه با همتایان سالم خود از میزان شادکامی کلی کم‌تری برخوردار هستند و این تفاوت به ویژه در زیرمولفه‌های لذت، عزت نفس، آرامش، و کنترل محسوس‌تر است.

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر به روابط معنی‌دار بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با حساسیت اضطرابی و شادکامی پرداخته است. نتایج حاکی از آن است که با افزایش سن میزان رضایت از زندگی به طور معنی‌داری کاهش یافته، میزان ترس از نشانه‌های قلبی عروقی به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. هم‌چنین در بررسی نقش جنسیت در تعیین حساسیت اضطرابی و شادکامی در کل گروه مشخص شد که زنان در مقایسه با مردان به طور معنی‌داری از ترس از نشانه‌های فقدان کنترل‌شناختی، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی و حساسیت اضطرابی کلی بیشتری رنج می‌برند؛ اما دو جنس از نظر میزان شادکامی و زیرمولفه‌های آن در شرایط برابری قرار دارند.

علاوه بر این مشخص شد که تعداد فرزندان اول و چهارم و بالاتر در گروه بیمار به وضوح بیشتر از فرزندان دوم و سوم است و فرزندان سوم در مقایسه با فرزندان چهارم و بعد از آن رضایت از زندگی، عزت نفس، آرامش، کنترل و شادکامی کلی کم‌تری برخوردارند. اما بین فرزندان سایر ترتیب‌های تولد در هیچ‌یک از مؤلفه‌های شادکامی و حساسیت اضطرابی تفاوت وجود ندارد.

وضعیت تأهل در مقایسه با سایر عوامل جمعیت‌شناختی نقش کم‌تری در تعیین سایر متغیرها دارد. تنها این که تعداد افراد متأهل در گروه بیمار دو و نیم برابر افراد مجرد است و افراد متأهل در مقایسه با مجردها از میزان ترس از نشانه‌های قلبی عروقی بیشتری رنج می‌برند. هم‌چنین با افزایش مدت ازدواج میزان رضایت از زندگی و کارآمدی به طور معنی‌داری کاهش یافته و میزان ترس از نشانه‌های قلبی عروقی، ترس نشانه‌های فقدان کنترل‌شناختی، ترس از نشانه‌های معده و روده، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی و حساسیت اضطرابی کلی به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. نهایتاً این که آزمودنی‌های دارای یک فرزند به طور معنی‌داری از آرامش و شادکامی کلی بیشتری نسبت به آزمودنی‌های دارای چهار فرزند و بیشتر برخوردارند و آزمودنی‌های دارای دو و سه فرزند نسبت به آزمودنی‌های بدون فرزند به طور معنی‌داری از ترس از نشانه‌های قلبی عروقی بیشتری رنج می‌برند و این که سطح تحصیلات هیچ سهمی در پیش‌بینی IBS، حساسیت اضطرابی، و شادکامی ندارد.

هر چند به لحاظ روش‌شناختی، پژوهشی که عیناً تکرار تحقیق حاضر باشد یافت نشد، با این وجود چنان‌چه به لحاظ مفهومی و نظری شادکامی را نقطه مقابل افسردگی و اضطراب و ویژگی‌های روان رنجوری خویی را مفاهیمی نزدیک به حساسیت اضطرابی ولی متفاوت

از آن به حساب آوریم می‌توان برخی یافته‌های سایر پژوهش‌ها را در راستای حمایت از یافته‌های پژوهش حاضر قلمداد کرد از جمله این که ۶۰% بیماران IBS ارجاعی به مراکز درمانی عمده، از درجاتی افسردگی و اضطراب رنج می‌برند (۲) و رابطه بین شدت علایم IBS و افسردگی و اضطراب در بیش از ۸۰% آزمودنی‌های بیمار قابل مشاهده است (۱۲). هم‌چنین این که ۱۸% بیماران IBS در جامعه از اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی و اضطراب فراگیر رنج می‌برند. درصد بالاتری (۹۴-۵۴%) از این اختلالات در کسانی مشاهده شد که جهت درمان به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه کرده بودند (افراد IBS بیمار) (۱۳). علاوه بر این برخی فراتحلیل‌ها (۹) نشان می‌دهد که در مجموع ۴۶% از افراد IBS از افسردگی رنج می‌برند و این که ۴۱% از بیماران افسرده دارای ملاک‌های تشخیصی IBS هستند. در یک مطالعه مروری با بررسی ادبیات این حیطه نشان داده شد که از بین بیماران IBS که برای درمان این اختلال به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند بین ۵۰ تا ۹۰% از آنان، از برخی اختلالات روان‌شناختی نظیر اختلال وحشت، اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال پس ضربه‌ای استرس و افسردگی اساسی رنج می‌برند (۳۸). در این دسته هم‌چنین می‌توان از پژوهش‌های دیگر از جمله (۴) و (۱۰) نیز یاد کرد. در ادبیات پژوهش یافته‌ای که حتی به طور ضمنی با یافته‌های پژوهش حاضر در تضاد باشد یافت نشد.

در توجیه یافته‌های فوق می‌توان سه فرضیه را مطرح کرد. زندگی کردن با علایم IBS در درازمدت منجر به مشکلات روان‌شناختی می‌شود (فرضیه تنی روانی) (۱)، افراد دچار مشکلات روان‌شناختی به علایم IBS خود بیشتر توجه کرده و احتمال بیشتری دارد که در جستجوی درمان باشند (فرضیه روانی تنی) (۲) و برخی متغیرهای دیگر وجود دارند که هم مشکلات روان‌شناختی را موجب می‌شوند و هم علایم IBS را به وجود می‌آورند (فرضیه متغیر سوم) (۳).

بر اساس اولین فرض حساسیت اضطرابی زیاد و شادکامی کم در بیماران IBS به عنوان پیامد این بیماری به حساب می‌آیند. در حمایت از این فرض می‌توان به سه دسته از یافته‌ها استناد کرد. اول این که در اغلب منابع مورد بررسی از جمله (۴، ۱۰، ۳۸ و ۳۹) نشان داده شده که با پیشرفت روند بهبود در علایم IBS، حتی با شیوه‌های کاملاً پزشکی، مشکلات روان‌شناختی این بیماران نیز به نحو شکل‌گیری کاهش می‌یابد. دوم این که با توجه به رابطه بین سن و شدت علایم هرچند بروز علایم IBS اغلب از دوره نوجوانی است اما بیشترین مراجعات برای درمان در دوره میان‌سالی انجام می‌شود. این بدان معنا است که اغلب بیماران IBS هنگامی برای درمان مراجعه می‌کنند که مدت زمان قابل ملاحظه از شروع علایم گذشته و بیمار مدتی را با علایم سپری کرده است. سوم این که وجود طیف وسیع افراد IBS غیر بیمار خود موید این نکته است که صرف وجود علایم IBS برای در معرض تشخیص و درمان قرار گرفتن کافی نیست. هرچند کسب اطلاعات کاملاً دقیق در این دو زمینه اخیر صرفاً از طریق بررسی‌های طولی امکان‌پذیر است.

فرض دوم (روانی‌تنی) که به نظر می‌رسد از شواهد حمایت‌کننده بیشتری برخوردار است IBS، یا به عبارت بهتر تشخیص IBS را پیامد مشکلات روان‌شناختی به حساب می‌آورد. این فرض از آن جهت منطقی به نظر می‌رسد که طیف قابل ملاحظه‌ای از افراد IBS که غیر بیمار خوانده می‌شوند، حتی با وجود تجربه کردن علایم، هیچ‌گاه درصدد درمان نبوده‌اند. شواهد حمایت‌کننده از این فرض عمدتاً یافته‌هایی هستند که نشان می‌دهند آنچه افراد IBS بیمار را از غیر بیمار جدا می‌کند شدت بیشتر مشکلات روان‌شناختی در افراد IBS بیمار است. علاوه بر آنچه در این زمینه در مقدمه اشاره شد می‌توان به موارد دیگری نیز اشاره کرد. از جمله در بررسی یک نمونه پانصد نفری از دانشجویان نشان داده شد که حساسیت اضطرابی در متمایز ساختن افراد IBS از سالم در مقایسه با اضطراب فراگیر و افسردگی از توان بیشتری برخوردار بوده است و این قدرت پیش‌بینی IBS توسط حساسیت اضطرابی در افراد IBS بیمار به مراتب بیشتر از IBS غیر بیمار بود. هم‌چنین در گروه مضطرب و روان‌رنجور حساسیت اضطرابی بهترین متمایز کننده IBS بیمار از IBS غیر بیمار بوده است (۴۰).

به باور برخی پژوهش‌گران حساسیت اضطرابی در همراهی با برخی تجارب خاص یادگیری می‌تواند تشدید علایم IBS را به دنبال داشته باشد. به نظر این محققان نگرانی در مورد علایم روده‌ای می‌تواند موجب حفظ و حتی شکل‌گیری و تشدید علایم IBS گردد (۴۰). هم‌چنین در بررسی یک نمونه ۱۰۸ نفری نشان داده شد که افراد دارای حساسیت اضطرابی زیاد عموماً تفسیرهای غیر واقع‌بینانه‌ای از علایم و پیامدهای بدنی اضطراب خود دارند و علایم بدنی اضطراب خود را به صورت منفی ارزیابی می‌کنند. چیزی که با فرض‌های اولیه آیزنگ در مورد این که افراد روان‌رنجور زمینه بیشتری برای شدت بخشیدن به تجارب منفی خود از علایم اضطراب دارند، هم‌خوانی داشت (۴۱). علاوه بر این محققان نشان دادند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا تمایل زیادی به گریز از علایم غیر قابل پیش‌بینی اضطراب و سوء تعبیر این علایم به عنوان وقایع خطرناک دارند (۲۴).

در حمایت از فرض وجود متغیر سوم دسته دیگری از مطالعات از جمله (۲، ۴، ۱۰، ۴۲ و ۴۳) بر نقش عواملی هم چون انتقال‌دهنده‌های عصبی تمرکز داشته‌اند و یافته‌های قابل تأملی نیز در این مورد به دست آورده‌اند. به این باور، هم IBS و هم حساسیت اضطرابی زیاد و شادکامی کم در بیماران IBS می‌تواند ناشی از تعیین‌کننده‌های مشترک سومی باشند.

در مورد شادکامی کم در بیماران IBS در مقایسه با افراد سالم نیز می‌توان هر سه فرضیه فوق را به نوعی صادق دانست. ضمن آن که حساسیت اضطرابی نیز می‌تواند به عنوان یک متغیر واسطه‌ای بین IBS و شادکامی موجب تشدید اثرات بیماری بر شادکامی گردد. چرا که شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس از کلیه علایم معمولی اضطراب است و این علایم رایج واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علایم اضطراب در شخص می‌شود. به این طریق فرد در یک دور بسته معیوب قرار می‌گیرد که علایم بازتاب بیشتری برای وی داشته و واکنش به علایم، شدت آن‌ها را افزایش می‌دهد که این موضوع خود واکنش شدیدتر را به دنبال خواهد داشت و فرد را در یک شرایط عمومی ناخوشنود کننده قرار می‌دهد (۴۳). هم‌چنین محققان دریافتند که افراد دارای حساسیت اضطرابی زیاد با دشواری‌های بیشتری در تنظیم عملکردهای عاطفی

خود مواجه هستند، کمتر قادر به شناسایی و پذیرش هیجان‌های خود بوده، و در موقعیت‌های هیجانی مبهم به نشان دادن هیجان‌های منفی تمایل بیشتری دارند (۴۴). در توجیه یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی ممکن است تنها بتوان به برخی یافته‌های پراکنده در این حوزه و برخی استنباط‌های عقلی قابل آزمون متوسل شد. در مورد اثر سن هرچند اغلب منابع توجیه خاصی برای رابطه این اختلال با سن و به ویژه در مورد سن شروع این بیماری ارایه نکرده‌اند اما در برخی مطالعات این ایده را مطرح کرده‌اند که شاید بیماری IBS دارای یک سیر پیش‌رونده در شدت علایم باشد که فرد میان‌سالی را وادار به واکنش می‌کند (۴۵). از سویی دیگر توجه به فرض تنی‌روانی نیز خالی از فایده نخواهد بود که سر و کار داشتن مداوم با این علایم، کاهش آستانه تحمل نسبت به علایم را به دنبال خواهد داشت. در مورد کاهش تعداد بیماران در سنین بالاتر نیز شاید بتوان این ایده را مطرح کرد. افراد پس از مدتی درگیری با این علایم و به ویژه پس از فقدان نتیجه‌گیری در اقدامات درمانی اولیه به تدریج نادیده گرفتن یا کنار آمدن با علایم را پیشه می‌کنند. هم‌چنین در برخی موارد افزایش سن می‌تواند برای فرد بیماری‌های دیگر و احتمالاً مهم‌تری را به همراه داشته باشد که توجه به علایم IBS را در درجات بعدی اهمیت قرار می‌دهد.

از سوی دیگر کاهش رضایت از زندگی و افزایش ترس از نشانه‌های قلبی عروقی که با افزایش سن رخ می‌دهد در گروه بیمار می‌تواند ریشه در اثرپذیری از علایم درازمدت بیماری داشته باشد و در کل گروه نمونه می‌تواند تابع شدت گرفتن عوامل استرس‌زا ناشی از افزایش مسئولیت‌های اجتماعی، بروز برخی علایم واقعی از مشکلات قلبی عروقی، افزایش سطح معلومات بهداشتی افراد و به دنبال آن افزایش نگرانی در مورد سلامت خود باشد. در مورد اثر وضعیت تأهل نیز شاید یک راه عملی برای توجیه این یافته توسل به مواردی است که برای توجیه اثر سن ارایه شده‌اند. ضمن آن که تأهل می‌تواند با افزایش تعهد فرد به دیگران (همسر و فرزندان) توجه بیشتر فرد به سلامت خود را به دنبال داشته باشد و از سویی دیگر کاهش فعالیت‌های بدنی مفید که معمولاً یکی از پیامدهای ازدواج است می‌تواند نگرانی فرد متأهل در مورد سلامت خود به ویژه در حوزه قلب و عروق به دنبال داشته باشد.

از جمله توجیهات احتمالی برای فقدان تفاوت معنی‌دار بین تعداد زنان و مردان در پژوهش حاضر که مخالف همه پژوهش‌های مرور شده است می‌توان به کم بودن حجم نمونه اشاره کرد. توجیه دیگر که بیشتر جنبه فرهنگی- اجتماعی دارد این است که شاید جنسیت پزشکان حاضر به همکاری با مجریان آزمون (پزشکان مرد بیشتر) موجب سوگیری در مراجعه بیماران و حصول این نتیجه شده است. در خصوص بیشتر بودن نمرات زنان در زیرمولفه‌های حساسیت اضطرابی نیز شاید بتوان به یافته‌ها و اظهار نظرها پیرامون ابراز بیشتر احساسات و حالات خود توسط زن‌ها و حجم بیشتر شکایات جسمانی در مقایسه با مردان اشاره کرد. هم‌چنین شرایط کاری زنان (عمدتاً خانه‌دار) وقت بیشتری به آن‌ها در مقایسه با مردان برای پرداختن ذهنی به تحولات بدنی خود می‌دهد.

در مورد سایر یافته‌های جمعیت‌شناختی ناچیز بودن حجم و پراکندگی تفاوت‌ها و رابطه، از یک سو و فقدان مطالعات پژوهشی در این موارد از سویی دیگر مانع ارایه یک توجیه مناسب و بسنده می‌گردد. مگر آن که در برخی موارد برای مثال در مورد اثر ترتیب تولد به نظریه‌های قدیمی‌تر از جمله دیدگاه‌های آلفرد آدلر متوسل شویم که حتی در آن صورت نیز به دلایل فوق‌الذکر دست‌یابی به یک توجیه مناسب کار ساده‌ای نیست.

نتیجه گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین میزان حساسیت اضطرابی کلی و شادکامی کلی و برخی زیرمولفه‌های این دو متغیر در دو گروه بیمار IBS و سالم تفاوت وجود دارد. هم‌چنین برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی می‌توانند سهمی در تعیین یا پیش‌بینی بیماری IBS، حساسیت اضطرابی و شادکامی داشته باشند و با توجه به شواهد می‌توان حساسیت اضطرابی را به عنوان متغیری تلقی کرد که می‌تواند با افزایش توجه فرد به علایم بدنی خود موجب تشدید علایم IBS گردد و هم‌چنین شادکامی می‌تواند به عنوان یک متغیر وابسته پیامد بیماری همراه با حساسیت اضطرابی زیاد باشد. با توجه به شواهد در مورد نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری، راه اندازی و تشدید یا تخفیف علایم، به نظر می‌رسد هیچ راهکار درمانی برای این گروه نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن واسطه‌گری این عوامل به موفقیت دست یابد. پرداختن به پژوهش‌هایی از این دست به ویژه با نمونه‌های بزرگ‌تر و نمونه‌هایی که بتواند افراد IBS، غیر بیمار را نیز در بر گیرد و هم‌چنین انجام طرح‌های پژوهشی طولی می‌تواند بینش‌های مهمی در آشکارسازی نقش عوامل روان‌شناختی در این بیماری را به همراه داشته باشد. کوچکی حجم نمونه، عدم امکان استفاده از شیوه‌های نمونه‌گیری قوی‌تر از، خودگزارشی بودن آزمون‌های مورد استفاده و امکان وانمود سازی، عدم همکاری مراکز درمانی دولتی که می‌تواند نوع مراجعه کنندگان خاص خود را داشته باشد از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. تازگی نسبی موضوع، میان رشته‌ای بودن تحقیق، تحلیل مطلوب و مستند نتایج را می‌توان از جمله امتیازات پژوهش حاضر به حساب آورد.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهش‌گر بر خود لازم می‌داند از آقایان علی ابراهیمی و محمدرضا پویان به دلیل زحمت در اجرای پرسش‌نامه‌ها صمیمانه قدردانی نماید.

References

1. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology. 2006;130(5):1447-1458.
2. Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable bowel syndrome. N Engl J Med. 2001;344(24):1846-1850.

3. Magee E. Tell me what to eat if I have irritable bowel syndrome: nutrition you can live with. 1st ed. New Jersey: The Career Press publisher; 2000.
4. Videlock EJ, Chang L. Irritable bowel syndrome: current approach to symptoms, evaluation, and treatment. Gastroenterol Clin North Am. 2007;36(3):665-685.
5. Mayer EA, Naliboff BD, Chang L, Coutinho SV. Stress and irritable bowel syndrome. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2001;280:519-524.
6. Sheikh MY, Wright R. Irritable bowel syndrome: current concepts and future prospects. Hospital Physician. 1999;35(3):31-38
7. Hoseini–Asl MK, Amra B. Evaluation of symptoms of irritable bowel syndrome and its relation to some risk factors in above 20 years old females. J. Shahrekord Med Sci Uni. 2003;5(1):55-60. [Article in Persian]
8. Solati Dehkordy SK, Kalantary M, Adibi P, Afshar H. Effect of relaxation with drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea dominant (IBS-D). J. Shahrekord Med Sci Uni. 2009;11(3):44-55. [Article in Persian]
9. Golubovic ST, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. Psychiatria Danubina. 2010;22(3):418–424.
10. Abhyankar R. Depression in irritable bowel syndrome. 2007. RACGP Online. Available from: URL:http://www.cnsindia.com/depression/medical_professional/Accessed April 2009.
11. Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould MI, et al. Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. Psychosom Med. 2000;62(1):76-82.
12. Singh RK, Pandey HP, Singh RH. Irritable bowel syndrome: Challenges ahead. Current Science. 2003;84(12):1525-1533.
13. Batey A. Irritable bowel syndrome an overview. Carle Selected Papers. 2005;49(2):8-16.
14. Crane C, Martin M, Johnston D, Goodwin GM. Does depression influence symptom severity in irritable bowel syndrome? Case study of a patient with irritable bowel syndrome and bipolar disorder. Psychosom Med. 2003;65(5):919-923.
15. Lydiard RB. Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? J. Clin Psychiatry. 2001;62(8):38-45.
16. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the anxiety sensitivity index—3. Psychological Assessment. 2007;19(2):176–188.
17. Zahradnik M, Stewart SH, Marshall GN, Schell TL, Jaycox LH. Anxiety sensitivity and aspects of alexithymia are independently and uniquely associated with posttraumatic distress. J of Traumatic Stress. 2009;22(2):131-138.
18. Flett GL, Greene A, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. J Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2004;22(1):39-57.
19. Cox BJ, Borger SC, Taylor S, Fuentes K, Ross LM. Anxiety sensitivity and the five- factor model of personality. Behavior Research and Therapy. 1999;37(7):633-641.
20. Lilienfeld SO, Penna S. Anxiety sensitivity: Relations to psychopathy, DSM-IV personality disorder features, and personality traits. J Anxiety Disorder. 2001;15(5):367-393.
21. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, Keller M. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. Behavior Research and Therapy. 2004;42(1):79-91.
22. Lipsitz JD, Masia-Warner C, Apfel H, Marans Z, Hellstern B, Forand N, et al. Anxiety and depressive symptoms and anxiety sensitivity in youngsters with non-cardiac chest pain and benign heart murmurs. J of Pediatric Psychology. 2004;28(8):607–612.
23. Reyno SM, Stewart SH, Brown CG, Horvath P, Wiens J. Anxiety sensitivity and situation-specific drinking in women with alcohol problems. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2006;6(3):268-282.
24. Mantanr A, Yemez B, Alkin T. The validity and reliability of the Turkish version of the Anxiety Sensitivity Index-3. Turkish J of Psychiatry. 2010;21(3):225-234.
25. Berrocal C, Moreno FR, Cano J. Anxiety sensitivity and panic symptomatology: the mediator role of hypochondriacal concerns. The Spanish J of Psychology. 2007;10(1):159-166.
26. Vujanovica AA, Zvolenskya MJ, Bernsteina A, Feldnerb MT, McLeisha A. A test of the interactive effects of anxiety sensitivity and mindfulness in the prediction of anxious arousal, agoraphobic cognitions, and body vigilance. Behavior Research and Therapy. 2007;45:1393–1400.
27. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. Personality and Individual Differences. 1990;11(10):1011-1017.
28. Veenhoven R. Findings on Happiness & Mental Health: World Database of Happiness. Erasmus University Rotterdam Available at URL: http://www.eur.nl/fsw/research/happiness Accessed Jul 2009
29. Cintron JA, Carter MM, Suchday SS, Tracy GJ. Factor structure and construct validity of the Anxiety Sensitivity Index among island Puerto Ricans. Anxiety Disorders. 2005;19:51–68.
30. Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, Taylor S, Sandin B, et al. Taxonicity of anxiety sensitivity: a multi-national analysis. J Anxiety Disorders. 2006;20(1):1-22.
31. Moradimanesh F. The study of psychometric characteristics Anxiety Sensitivity Index-Revised and its relationship with mental health in Shiraz university students. (Dissertation). Shiraz University; 2005. [Article in Persian]
32. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences. 2002;33(7):1073-1082.

33. Kashdan TB. The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). Personality and Individual Differences 2004;36(5):1225-1232.
34. Alipour A, Nor-bala A. Introductory survey on validity and reliability of Oxford Happiness Inventory in Tehran universities. J Thought and Behavior. 1999;5:55- 63. [Article in Persian]
35. Karimi A. The study of relationship happiness, social support and academic performance in Ahvaz students. (Dissertation). Ahvaz University; 2002. [Article in Persian]
36. Alipour A, Agah HM. Reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among Iranians. J Iranian Psychologists. 2007;3(12):287- 298.
37. Liaghatdar MJ, Jafari E, Abedi MR, Samiee F. Reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among university students in Iran. The Spanish J Psychology. 2008;11(1):310-313.
38. Blanchard EB. Irritable bowel syndrome psychosocial assessment and treatment. 1st ed. American Psychological Association Washington, D.C; 2001.P.336.
39. Eaton SC, Andrews EB, Hollis KA, Hopkins JS, Ameen VZ, Hamm LR, et al. Prevalence and demographics of IBS respondents: results from a large web-based survey. Aliment Pharmacol Ther. 2005;22(10):935-942.

Original Article

The Comparison of Anxiety Sensitivity and Happiness in Irritable Bowel Syndrome Patients with Normal Matched Group in Shiraz

Ghasemi N*

Islamic Azad University, Fasa Branch, Fasa, Fars, Iran.

Abstract

Background & Objective: The purpose of this study was the comparison of anxiety sensitivity and happiness between patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) and normal matched group.

Materials & Methods: The subjects were 35 (21 females and 14 males) IBS patients diagnosed by gastroenterologist and 35 (25 females and 10 males) normal matched group all in 14–63 old age. Anxiety Sensitivity Index (ASI-R), Oxford Happiness Questionnaire (OHQ), and a checklist applied as measures of anxiety sensitivity, happiness and demographic information.

Results: Data analysis indicates that IBS patients significantly are higher than matched group in fear of publicly observable symptoms (P= 0.032), fear of cardiovascular symptoms (P= 0.01), fear of gastrointestinal symptoms (P= 0.001), fear of dissociative and neurological symptoms (P= 0.018), & general anxiety sensitivity (P= 0.003), and lower in joy (P= 0.005), control (P= 0.008), self- esteem (P= 0.001) calm (P= 0.006) and general happiness (P= 0.001). Although no significant differences were found in life satisfaction (p= 0.083) & efficacy (P= 0.09), fear of respiratory symptoms (P= 0.067), and fear of cognitive control deficiency (P= 0.097).

Conclusion: As a psychological variable, anxiety sensitivity can predict treatment seeking of IBS patients, and happiness is negatively influenced by both anxiety sensitivity and IBS.

Keywords: Anxiety Sensitivity, Happiness, Irritable Bowel Syndrome, Demographic Status.

*** Corresponding author: Ghasemi Noushad,** No. 73, Andisheh St., Moalem Sq., Marvdasht, Fars, Iran.
Tel: +98 917 7281502
Email: noushadghasemi@iaufasa.ac.ir