

مقایسه باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، بیماران مبتلا به ریفلاکس مری و افراد سالم در شهرستان اهواز در سال ۱۳۹۵

سید علی مرعشی^{۱*}، خالد جنادله^۲، کیومرث بشلیده^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۲

خلاصه

مقدمه: عوامل روان شناختی از قبیل باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب نه تنها بر سلامت روانی و جسمانی افراد، بلکه بر روند درمان، بهبودی و عود بیماری نیز تأثیر عمده‌ای دارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، بیماران مبتلا به ریفلاکس مری و افراد سالم در شهرستان اهواز انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۱۵۰ نفر شامل ۵۰ نفر از افراد سالم، ۵۰ نفر بیمار مبتلا به بیماری التهابی روده و ۵۰ نفر بیمار مبتلا به ریفلاکس مری به عنوان نمونه انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌های باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، بیماران مبتلا به ریفلاکس مری و افراد سالم از لحاظ باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). میانگین باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به التهاب روده ($19/42 \pm 119/74$) نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود ($p < 0/001$). افسردگی ($2/94 \pm 12/49$) و اضطراب ($5/73 \pm 16/88$) نیز در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده از دو گروه دیگر بالاتر بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، بین بیماران مبتلا به التهاب روده و افراد سالم در مؤلفه‌های باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بنابراین ممکن است بین باورهای وسواسی با واسطه افسردگی و اضطراب و بیماری‌های التهابی روده رابطه از نوع سایکونورو ایمونولوژیک وجود داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: بیماری التهابی روده، بیماری ریفلاکس مری، باورهای وسواسی، افسردگی، اضطراب، اهواز

۱- دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: sayedalimarashi@scu.ac.ir، تلفن: ۰۶۱-۳۴۴۳۳۷۴۷

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی صنعتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

باعث ایجاد علائم بالینی عمدتاً به صورت سوزش سر دل و پشت جناغ سینه و تلخی و ترشی دهان می‌گردد [۵]. اعتقاد بر این است که عوامل روان‌شناختی و جسمانی در IBD مزمن با یکدیگر مرتبط هستند [۶]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده که علائم اضطراب و افسردگی را نیز دارا هستند کیفیت زندگی پایینی دارند [۷، ۸]. همچنین سیر بیماری در بیماران افسرده به مراتب شدیدتر از بیماران غیر افسرده است [۹]. اغلب بیماران، تشدید علائم بیماری را در شرایط استرس‌زا گزارش می‌کنند [۱۰].

برخی از پژوهش‌ها دریافته‌اند که صفات وسواسی اغلب در بیماران مبتلا به IBD تشخیص داده می‌شوند [۶]. همچنین برخی مشاهدات بالینی نشان دادند که تعداد زیادی از بیماران کرون، علائم وسواسی را گزارش می‌کنند. در میان بیماران کرون، در حدود یک/ سوم دارای شخصیت وسواسی می‌باشند. در حالی که در بیماران UC تیپ شخصیتی عمده عموماً به عنوان شخصیت نوع وسواسی تعریف شده است [۶]. همچنین در پژوهشی نشان داده شد که طبق راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی از میان ۱۵ کودک مبتلا به IBD سه نفر (۲۰٪) دارای ملاک‌های اختلال وسواسی یا جبری بوده‌اند [۶].

علاوه بر این، برخی از پژوهش‌ها به نقش اضطراب و افسردگی در IBD پرداخته‌اند. ظاهراً بیماران مبتلا به IBD در مقایسه با جمعیت عمومی به طور معنی‌داری اضطراب و افسردگی اساسی بالایی دارند [۱۱]. با این حال، برخی از محققان دریافته‌اند که تشخیص‌های روانپزشکی در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده نسبت به گروه کنترل شیوع بیشتری ندارند [۱۲].

با توجه به مطالب ذکر شده، هدف اصلی این مطالعه توصیفی، بررسی تفاوت بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) و افراد سالم از نظر باورهای وسواسی و بررسی وجود رابطه باورهای وسواسی با بیماری‌های التهابی روده است، چرا که پژوهشگر مسئول در بررسی‌های بالینی خود به این برداشت رسیده است که همه یا اغلب بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده مبتلا به باورهای وسواسی هستند. از آنجا که

باورهای وسواسی مبنای شناختی اختلال وسواس-اجبار و اختلال شخصیت وسواسی هستند. به دنبال «سمینار جهانی درمان‌های رفتاری و شناختی» که در جولای ۱۹۹۵ در دانمارک برگزار و در آن، سمپوزیومی برای باورهای مرتبط با اختلال وسواس-اجبار (Obsessive compulsive disorder) ایجاد شد، «گروه کاری شناخت‌های وسواسی-اجباری» تشکیل گردید. از اعضای گروه کاری خواسته شد تا به بررسی حیطه‌هایی از باورهای مرتبط با OCD بپردازند. بعدها، پنج حیطه به عنوان عوامل مرکزی OCD در نظر گرفته شدند که عبارت بودند از: (۱) احساس مسئولیت بیش از حد (۲) باور به اهمیت بیش از اندازه پیامدهای تفکر شخصی (۳) باور بیش از حد به اهمیت و ضرورت کنترل داشتن بر افکار خود (۴) تخمین بیش از اندازه تهدید و (۵) ناتوانی در تحمل ابهام. بعدها حیطه ششم، یعنی کمال‌گرایی هم به این پنج حیطه افزوده شد [۱]. Taylor و همکاران، با مطالعه دوقلوهای تک تخمکی و دو تخمکی دریافته‌اند که شکل‌گیری باورهای وسواسی تنها به دلیل فرآیندهای شناختی- رفتاری نبوده بلکه تا اندازه زیادی به توارث و انتقال ژنی نیز بستگی دارد [۲].

بیماری التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease) عنوانی است که حداقل دو بیماری متمایز را در بر می‌گیرد، این بیماری‌ها کولیت اولسراتیو و کرون نامیده می‌شوند که هر کدام مراحل ظهور و سیر بالینی خاص خود را دارند. کولیت اولسراتیو (Ulcerative colitis) و کرون (Crohn) به ترتیب به عنوان التهاب پیوسته و پیش‌رونده روده که به مخاط روده محدود شده است و نیز با التهاب گرانولوماتوز ناپیوسته‌ای که در دیواره‌ی روده نفوذ می‌کند و می‌تواند در هر قسمتی از دستگاه گوارش رخ دهد، مشخص می‌شوند [۳]. بیماری التهابی روده می‌تواند فرد را در هر مقطع سنی مبتلا کند، اما آغاز آن معمولاً بین سنین ۱۵ تا ۳۰ سالگی است. UC هر دو جنس را به طور برابر مبتلا می‌سازد [۴].

ریفلاکس مری (Gastro-Esophageal Reflux Disease) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن دستگاه گوارش است. در این بیماری برگشت محتویات معده به مری

افسردگی Beck (Beck Depression Inventory)، پرسش-نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory) و پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک بود.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بیماری IBD و GERD در دو گروه بیمار (بر اساس پرونده پزشکی آن‌ها در بیمارستان) و موافقت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش. ملاک خروج از پژوهش نیز نارضایتی برای همکاری با پژوهشگر بود. ملاک‌های ورود افراد سالم (همراهان بیماران) به مطالعه عبارت بودند از: نداشتن مشکلات معده، مری و گوارش و همینطور نداشتن ناتوانی واضح.

ابتدا به شرکت‌کنندگان در پژوهش، در رابطه با اهداف و نحوه انجام پژوهش توضیحات لازم داده شد و رضایت آنها به صورت شفاهی جلب شد. به آنها توضیح داده شد که میانگین زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها حدود ۴۵ دقیقه است و پس از گذشت مدت زمان کافی، پژوهشگران پرسش‌نامه‌ها را جمع‌آوری نمودند. همچنین، برای بیماران بی‌سواد پژوهشگر پرسش‌نامه‌ها را می‌خواند و جواب آزمودنی را در پاسخنامه علامت می‌زد. علاوه بر این، بر محرمانه بودن این اطلاعات تأکید شد و نتایج پژوهش برای آزمودنی‌هایی که تمایل داشتند به صورت جداگانه تهیه شد و در اختیار آنها قرار گرفت.

(۱) پرسش‌نامه باورهای وسواسی (OBQ): این پرسش‌نامه شامل ۴۴ گویه است و به وسیله «گروه کاری دریافت‌های شناختی وسواس فکری - عملی» در سال ۱۹۹۷ برای بررسی باورهای ناکارآمد در زمینه اختلال وسواسی-جبری ساخته شد. از آزمودنی خواسته می‌شود میزان موافقت خود با هر گزینه را روی مقیاس صفر تا ۷ انتخاب کند. این پرسش‌نامه شامل سه خرده مقیاس احساس مسئولیت/ارزیابی بیش از حد خطر (۱۶ گویه)، کمال‌گرایی/ناتوانی در تحمل ابهام و قطعیت (۱۶ گویه) و اهمیت/کنترل افکار (۱۲ گویه) است. دامنه نمره کلی این مقیاس از صفر تا ۳۰۸ و برای دو خرده مقیاس اول از صفر تا ۱۱۲ و خرده مقیاس سوم از صفر تا ۸۴ متغیر است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده افکار وسواسی بیشتر است [۱]. Yorulmaz و همکارانش در مقایسه‌ای که در مورد خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در ترکیه و کانادا

اختصاصاتی مانند مزمن بودن بیماری، درد و ناتوانی یا محدودیت‌های حاصله از بیماری IBD ممکن است دخالتی در تفاوت‌های مشاهده شده داشته باشند، پژوهشگران تصمیم گرفتند بیماران مبتلا به GERD را نیز در مطالعه وارد کنند. لذا بر اساس نتایج ضد و نقیضی که در مورد وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده گزارش شده است، پژوهش حاضر به دنبال مقایسه باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، ریفلاکس مری و افراد سالم در شهرستان اهواز است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش را افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده و ریفلاکس مری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز درمانی و افراد سالم در شهرستان اهواز در سال ۱۳۹۵ تشکیل داده‌اند. نمونه مورد مطالعه ۱۵۰ نفر بود که با توجه به قاعده حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های مقایسه‌ای که ۳۰ نفر در هر گروه ذکر شده است [۱۳] (۵۰ بیمار مبتلا به IBD، ۵۰ بیمار مبتلا به GERD و ۵۰ نفر سالم) انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت، به این ترتیب که در یک مقطع زمانی ۶ ماهه در نیمه اول سال ۱۳۹۵، با سه مرکز درمانی (بیمارستان امام خمینی، بیمارستان رازی و بیمارستان گلستان) در شهرستان اهواز مکاتبه شد. پژوهشگر پس از انجام هماهنگی‌های لازم و کسب موافقت مراکز درمانی مذکور، در بخش‌های داخلی، اندوسکوپی، گوارش و درمانگاه‌های تخصصی مراکز فوق‌الذکر حضور پیدا می‌کرد. پس از هماهنگی با منشی بخش‌ها و پزشکان و با توجه به اسناد پزشکی بیماران مراجعه‌کننده، افراد دارای تشخیص بیماری التهابی روده یا ریفلاکس، انتخاب شدند. برخی از بیماران بنا به دلایلی از قبیل بی‌حوصلگی، درد یا عدم تمرکز در اثنای پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها انصراف دادند که پرسش‌نامه‌های آنان باطل شد. افراد سالم از بین همراهان بیماران انتخاب شدند که از لحاظ سن، وضعیت تأهل و تحصیلات با دو گروه بیمار همسان‌سازی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها: پرسش‌نامه باورهای وسواسی (Obsessive Beliefs Questionnaire-44)، پرسش‌نامه

[۱۷]. شیوه نمره‌گذاری پاسخ‌ها به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب، دامنه نمره فرد از صفر تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. روایی پرسش‌نامه اضطراب Beck با استفاده از محاسبه همبستگی میان طبقه‌ای بین دو متغیر نمرات حاصل از پرسش‌نامه اضطراب Beck و ارزیابی متخصص بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب، نشان می‌دهد که آزمون مورد نظر دارای روایی مناسبی است ($r=0/72, p<0/001$). ضریب پایایی این پرسش‌نامه نیز با محاسبه همبستگی میان طبقه‌ای بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جمعیت مضطرب نشان می‌دهد که پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مناسب است ($r=0/83, p<0/001$). ثبات درونی آیتم‌های پرسش‌نامه اضطراب Beck با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود که این نتایج ثبات درونی بالایی را نشان می‌دهد [۱۷].

داده‌های به دست آمده در این پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مانند میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل واریانس یک طرفه و برای پیگیری تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی توکی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS در سطح آلفای ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

کل نمونه مورد بررسی ۱۵۰ نفر بودند. در گروه بیماران IBD تعداد افراد متأهل، ۱۷ نفر (۳۴٪)، مجرد ۳۰ نفر (۶۰٪)، همسر فوت شده ۱ نفر (۲٪) و مطلقه ۲ نفر (۴٪) بود. در گروه بیماران GERD، افراد متأهل، ۱۶ نفر (۳۲٪)، افراد مجرد ۳۳ نفر (۶۶٪)، همسر فوت شده ۱ نفر (۲٪) و در گروه افراد سالم افراد متأهل، ۱۵ نفر (۳۰٪)، مجرد ۳۴ نفر (۶۸٪) و مطلقه ۱ نفر (۲٪) بود. در گروه بیماران IBD، فراوانی بر اساس سطح تحصیلات بدین ترتیب بود: بی‌سواد ۵ نفر (۱۰٪)، ابتدایی و سیکل ۴ نفر (۸٪)، دیپلم ۱۶ نفر (۳۲٪)، لیسانس و بالاتر ۲۵ نفر (۵۰٪). در گروه بیماران GERD، بی‌سواد ۶ نفر (۱۲٪)، ابتدایی و سیکل ۸ نفر (۱۶٪)، دیپلم ۱۹ نفر (۳۸٪)، لیسانس و بالاتر ۱۷ نفر (۳۴٪) و در گروه افراد سالم، بی‌سواد

انجام دادند، دریافتند ضرایب همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها به ترتیب در جامعه ترکیه ۰/۹۲، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ و در جامعه کانادا ۰/۹۴، ۰/۸۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ است [۱۴]. در ایران، Shams و همکارانش سازگاری درونی پرسش‌نامه را به عنوان برآوردی از پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آوردند. پایایی آزمون - بازآزمون در دو مقطع زمانی ۱۵ و ۳۰ روز ۰/۸۷ به دست آمد. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها دامنه‌ای از ۰/۲۷ تا ۰/۵۲ را نشان داد. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و مجموعه سؤالات بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ بود. همچنین اعتبار همگرا در مورد این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه وسواس فکری- عملی Maudsley، ۰/۴۹ به دست آمد [۱۵].

۲) پرسش‌نامه افسردگی (BDI): این پرسش‌نامه برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی توسط Beck تدوین شده و فرم ۱۳ ماده‌ای آن با نشانه‌های خاص افسردگی در ارتباط است. هر گزاره‌ی این پرسش‌نامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه آن از صفر تا ۳ مرتب شده و بیشینه و کمینه نمره آن ۳۹ و صفر است. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری زمینه‌های مختلف افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی تدوین شده است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. Beck و همکارانش، از طریق همبسته کردن نمره‌های پرسش‌نامه فرم کوتاه Beck و درجه‌بندی‌های متخصص بالینی برای یک نمونه افسرده بستری و بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی، به ترتیب ضریب اعتبار ۰/۵۵ و ۰/۶۷ را گزارش دادند [۱۶]. در ایران نیز، در پژوهش Rajabi و همکارانش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۸۵ و ضریب روایی همگرای آن با استفاده از پرسش‌نامه ۲۱ ماده‌ای افسردگی Beck، ۰/۸۶ به دست آمد [۱۶].

۳) پرسش‌نامه اضطراب (BAI): این مقیاس برای سنجش اضطراب بالینی توسط Beck و همکارانش ساخته شد که ۲۱ ماده دارد و پاسخ‌گویی بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت انجام می‌گیرد. هر عبارت بیانگر یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از لحاظ بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار دارند تجربه می‌کنند

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب در گروه‌های پژوهش نشان داده شده است.

۱۰ نفر (۲۰٪)، ابتدایی و سیکل ۹ نفر (۱۸٪)، دیپلم ۱۷ نفر (۳۴٪) و لیسانس و بالاتر ۱۴ نفر (۲۸٪) بود. میانگین و انحراف معیار سن در گروه بیماران IBD، $۳۳/۸۰ \pm ۸/۸۲$ سال، در گروه بیماران GERD، $۳۷/۳۸ \pm ۱۰/۹۰$ و در گروه افراد سالم، $۳۸/۲۴ \pm ۱۱/۵۹$ سال بود.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره متغیرها در بیماران مبتلا به التهاب روده، ریفلاکس و افراد سالم در شهر اهواز در سال ۱۳۹۵

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	کمترین	بیشترین
افراد سالم	$۹۹/۰۶۶ \pm ۱۶/۱۴۱$	۶۷	۱۳۱
التهاب روده	$۱۱۹/۷۴۴ \pm ۱۵/۴۲۳$	۸۴	۱۴۶
ریفلاکس	$۱۰۹/۳۴۱ \pm ۱۷/۱۵۵$	۶۹	۱۳۷
افراد سالم	$۵/۸۶۳ \pm ۴/۲۲۴$	۰	۱۶
التهاب روده	$۱۲/۴۸۹ \pm ۲/۹۴۱$	۶	۱۸
ریفلاکس	$۶/۶۴۳ \pm ۳/۹۹۶$	۰	۱۷
افراد سالم	$۵/۴۲۳ \pm ۴/۳۱۲$	۰	۱۵
التهاب روده	$۱۶/۸۸۱ \pm ۵/۷۳۵$	۵	۳۱
ریفلاکس	$۱۳/۶۴۳ \pm ۶/۵۹۹$	۰	۲۵

وسواسی، افسردگی، و اضطراب بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص ساختن منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیری از تحلیل واریانس یک‌طرفه در متن مانوا استفاده شد.

در جدول ۲ خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمره‌های باورهای وسواسی، افسردگی، و اضطراب در سه گروه ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است، شاخص لامبدای ویلکز ($p < ۰/۰۰۱$) و $۲۶/۸۶۰ = F(۶)$ نشان داد که حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای باورهای

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمره‌های باورهای وسواسی، افسردگی، و اضطراب در بیماران مبتلا به IBD، بیماران مبتلا به GERD و افراد سالم در شهر اهواز در سال ۱۳۹۵

آزمون	مقدار	نسبت F	DF فرضیه	DF خطا	مقدار P
اثر پیلایی	۰/۶۶۷	۲۴/۳۶۸	۶	۲۹۲	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۲۶/۸۶۰	۶	۲۹۰	<۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۱/۲۲۵	۲۹/۴۱۲	۶	۲۸۸	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۰۳۸	۵۰/۵۰۶	۳	۱۴۶	<۰/۰۰۱

$p < ۰/۰۰۵$ اختلاف معنی‌دار

این، نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد میانگین نمره بیماران مبتلا به IBD در باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب از بیماران مبتلا به GERD و افراد سالم بیشتر است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در متن مانوا را برای مقایسه میانگین‌های سه گروه در متغیرهای باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد.

با توجه به جدول ۳، F مشاهده شده بین گروه‌ها در باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب معنی‌دار است. علاوه بر

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا و آزمون توکی روی نمره‌های باورهای وسواسی، افسردگی، و اضطراب در بیماران مبتلا به GERD، IBD و افراد سالم در شهر اهواز در سال ۱۳۹۵

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	نتایج آزمون توکی
باورهای وسواسی	۱۰۶۹۱/۶۸۰	۵۳۴۵/۸۴۰	۲۰/۲۲	۰/۰۰۱	۱>۲>۳
افسردگی	۱۳۴۰/۴۱۳	۶۷۰/۲۰۷	۴۷/۳۴	۰/۰۰۱	۱>۲>۳
اضطراب	۳۴۶۱/۱۶۰	۱۷۳۰/۵۸۰	۵۴/۵۹	۰/۰۰۱	۱>۲>۳

df=۲ p<۰/۰۵ اختلاف معنی دار

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به IBD، مبتلا به GERD و افراد سالم انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین سه گروه از نظر باورهای وسواسی تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این یافته، باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به IBD بیشتر از بیماران مبتلا به GERD و افراد سالم بود. هرچند در این زمینه هیچ پژوهش داخلی یا خارجی انجام نشده است اما این یافته با نتایج حاصل از پژوهش Burke و همکارانش [۱۸] همسو است. آنان نشان دادند که در کودکان مبتلا به IBD به خصوص در کودکان مبتلا به UC، علائم اختلال وسواسی-جبری به طور قابل توجهی وجود دارد اما در مقایسه با کودکان مبتلا به فیبروز کیسه‌ای تفاوت معنی داری وجود نداشت. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ممکن است این علائم ثانویه و وابسته به الزامات بیماری‌های مزمن پزشکی باشند تا IBD. همچنین، در یک مطالعه شیوع شناسی که توسط Vlachos و همکارانش انجام گرفت میزان بالایی از اختلال وسواسی-جبری و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری التهابی روده در مقایسه با شیوع آن در افراد سالم در آمریکا و نیوزیلند نشان داده شد [۱۹].

باورهای وسواسی نوعی فشار روانی را بر فرد وارد می‌کنند که در یک استعداد ژنتیکی خاص می‌توانند منجر به انحراف عملکرد سیستم ایمنی و حمله آن به مخاط روده و ایجاد التهاب روده گردند. از جهتی دیگر، می‌توان احتمال اشتراک ژنتیکی میان بیماری‌های التهابی روده و باورهای وسواسی را مطرح نمود. به این صورت که ممکن است ژنی که افراد را برای وسواس مستعد می‌کند و ژن بیماری‌های التهابی روده هر

دو روی یک کروموزوم واقع شده باشند و با هم منتقل شوند [۲۰].

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به IBD بیشتر از بیماران مبتلا به GERD و افراد سالم است. در مطالعه‌ای که Tabatabaieian و همکارانش در ایران انجام دادند فراوانی اضطراب، افسردگی و تنش روان‌شناختی در بیماران مبتلا به IBD در مقایسه با جمعیت عمومی به‌طور قابل توجهی بیشتر بود [۲۱]. Mahvi و همکارانش نیز در پژوهش مشابهی نشان دادند که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و بیماران مبتلا به IBD در مقایسه با افراد سالم در ابعاد مختلف از سلامت روانی کمتری برخوردارند. در این پژوهش بیماران مبتلا به IBD در ابعاد وسواس و اجبار، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری با جمعیت سالم داشتند [۲۲].

بیماران مبتلا به التهاب روده احتمالاً به دلیل وضعیت جسمانی بیمارگون و تجربه مکرر دردهای ناگهانی و آگاهی از نبود درمان قطعی برای بیماری‌شان، نوسانات خلقی را بیش‌تر از سایر افراد تجربه می‌کنند که این نوسانات در دراز مدت منجر به افسردگی در آنان می‌گردد. توأم بودن اختلالات گوارشی و عاطفی به‌طور کم‌وبیش نه تنها در بیماران بلکه در افراد عادی جامعه نیز دیده می‌شود که نشان‌دهنده ارتباط مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیکی عملکرد نامناسب سیستم گوارشی و برخی از اختلالات عاطفی است [۲۳]. بزرگترین تولیدکننده سروتونین و ۵-هیدروکسی‌تریپتامین در بدن، روده‌ها و دیگر احشای درونی بدن هستند. حدود ۹۵٪ از سروتونین بدن در احشا و روده‌ها قرار دارد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که در بیماری التهابی روده بی‌نظمی‌هایی در سروتونین بوجود می‌آید [۲۴]. با توجه به این یافته، یکی دیگر

عصب - ایمنی شناسی) سبب انحراف عملکرد دستگاه ایمنی بدن و بروز بیماری های خودایمنی مانند IBD گردد. بنابراین، در درمان این افراد نباید صرفاً به جنبه فیزیولوژیکی پرداخته شود، بلکه بایستی جنبه های روان شناختی نیز توأمان مد نظر قرار گیرند که سلامت روان شناختی آن ها افزایش یابد و در نتیجه فرآیند بهبود و درمان سریع تر شود.

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خالد جنادله است. کارهای مربوط به گردآوری اطلاعات و نگارش پایان نامه بر عهده خالد جنادله، کارهای مربوط به اصلاحات و ویرایش بر عهده سیدعلی مرعشی و تجزیه و تحلیل داده ها بر عهده کیومرث بشلیده بود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، بی نهایت سپاسگزاریم. همچنین از بیماران بزرگوار و همراهان گرامی آن ها که صبورانه در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر را داریم. علاوه بر این، از همکاری ریاست محترم بیمارستان ها و نیز کارکنان آن ها سپاسگزاری می نماییم.

از عواملی که می تواند همبندی اختلالات خلقی را در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده توجیه کند بی نظمی های سروتونینی است.

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش های دیگر با محدودیت هایی روبرو بوده است. نمونه های این مطالعه افراد ساکن در شهرستان اهواز بودند. بنابراین، در تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط عمل کرد. همچنین، در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شده است و با توجه به این که پرسش نامه ها جنبه خودگزارشی داشتند، ممکن است که در پاسخ ها سوگیری وجود داشته باشد. عدم حذف عوامل مخدوش کننده در بررسی تفاوت بین این گروه ها نیز جزء محدودیت های این پژوهش بود. پیشنهاد می شود این مطالعه در سایر مناطق روی این جمعیت انجام شود و متغیرهای دیگری نیز به صورت گسترده بررسی گردد تا بتوان در درمان این افراد، بهتر عمل نمود. همین طور توصیه می شود که از نتایج این پژوهش در مراکز درمانی و مشاوره ای توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده و بیماران ریفلکس مری و افراد سالم از لحاظ باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی، باورهای وسواسی در گروه بیماران مبتلا به التهاب روده نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود. افسردگی و اضطراب نیز در این بیماران نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. علت این موضوع می تواند فشار روانی زیادی باشد که باورهای وسواسی در زمانی طولانی به فرد وارد می کنند، چرا که باورهای وسواسی ریشه در ژنتیک و تربیت دوران کودکی دارند. این فشار روانی طولانی و قابل توجه، می تواند به نوبه خود از راه سایکو نورو ایمونولوژیک (روان -

References

1. Group OCCW. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behaviour Research and Therapy 2001;39(8):987-1006.
2. Taylor DJ, Zimmerman MR, Gardner CE, Williams JM, Grieser EA, Tatum JI, et al. A pilot randomized controlled trial of the effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on sleep and daytime functioning in college students. Behavior therapy 2014;45(3):376-89.
3. Xavier R, Podolsky D. Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. Nature 2007;448(7152):427-34.

4. Talley NJ, Abreu MT, Achkar J-P, Bernstein CN, Dubinsky MC, Hanauer SB, et al. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease. *The American journal of gastroenterology* 2011;106(S1):S2.
5. Bredenoord AJ, Pandolfino JE, Smout AJ. Gastro-oesophageal reflux disease. *The Lancet* 2013;381(9881):1933-42.
6. Knez R, Peršić M, Vlašić-Cicvarić I. Do parents of children with inflammatory bowel disease have more obsessive compulsive personality features than those of healthy offspring. *Literature review Soc Psihijat* 2013;40:128-32.
7. Bennebroek Evertsz' F, Thijssens N, Stokkers P, Grootenhuis M, Bockting C, Nieuwkerk P, et al. Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *Journal of Crohn's and Colitis* 2012;6(1):68-76.
8. Jelenova D, Prasko J, Ociskova M, Karaskova E, Hunkova M, Kolarova J, et al. Quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease and their parents—comparison with healthy controls. *Neuroendocrinology Letters* 2015;36(8):787-92.
9. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflammatory bowel diseases* 2009;15(7):1105-18.
10. Bradley LA, Richter JE, Pulliam TJ, Haile JM, Scarinci IC, Schan CA, et al. The relationship between stress and symptoms of gastroesophageal reflux: the influence of psychological factors. *American Journal of Gastroenterology* 1993;88(1):11-9.
11. Taché Y, Bernstein CN. Evidence for the role of the brain-gut axis in inflammatory bowel disease: depression as cause and effect? *Gastroenterology* 2009;136(7):2058-61.
12. Riley S, Mani V, Goodman M, Lucas S. Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut* 1990;31(2):179-83.
13. Delavar A. *Theoretical and practical research in the humanities and social sciences*. 2nd ed. Tehran: Roshd Publications; 2009: 137.
14. Yorulmaz O, Yılmaz AE, Gençöz T. Psychometric properties of the thought–action fusion scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42(10):1203-14.
15. Shams G, Esmaili TY, Gadir KN, Ebrahimkhani N. Validity and reliability of the Persian version of obsessive beliefs scale. *Journal of Cognitive Sciences* 2004;6(1):23-36. [Persian]
16. Rajabi G, Harizavi M, TAGHI PM. Evaluating the model of the relationship between self-compassion, marital empathy, and depression with mediating marital forgiveness in Female. *Biannual journal of applied counseling* 2016;6(2):1-22. [Persian]
17. Kaviani H, Musavi AS. Psychometric Properties of Beck Anxiety Inventory in the Age and Sexual Stages of the Iranian Population. *Faculty of Medicine, TUMS* 2009;66(2): 136-40. [Persian]
18. Burke P, Meyer V, Kocoshis S, Orenstein D, Chandra R, Sauer J. Obsessive-compulsive symptoms in childhood inflammatory bowel disease and cystic fibrosis. *JAACAP* 1989;28(4):525-7.
19. Vlachos II, Barbatis C, Tsopanomalou M, Abou-Assabeh L, Goumas K, Ginieri-Coccosis M, et al. Correlation between depression, anxiety, and polymorphonuclear cells' resilience in ulcerative colitis: the mediating role of heat shock protein 70. *BMC gastroenterology* 2014;14(1):77.
20. Walker JR, Ediger JP, Graff LA, Greenfeld JM, Clara I, Lix L, et al. The Manitoba IBD cohort study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *The American journal of gastroenterology* 2008;103(8):1989-97.
21. Tabatabaeian M, Afshar H, Roohafza HR, Daghighzadeh H, Feizi A, Sharbafchi MR, et al. Psychological status in Iranian patients with ulcerative colitis and its relation to disease activity and quality of life. *J Res Med Sci:JIUMS* 2015;20(6):577-84.
22. Mahvi SHM, Fathi AA, Tabatabaei K, Amini M. Comparison of mental health level of people with irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease and healthy people. *JRPH* 2009;2(3):75-82. [Persian]
23. Mazaheri M, Afshar H, Mohamadi N, Daghighzadeh H, Bagherian R, Adibi P. Comparison of Alexithymia, anxiety, depression and severity of gastrointestinal symptoms in patients with digestive disorders and psychiatric patients. *Journal of Gastroenterology* 2010;8(2):92-102. [Persian]
24. Khan WI. The role of 5-HT dysregulation in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology & hepatology* 2013;9(4):259-61.

A Comparison of Obsessive Beliefs, Depression and Anxiety in Patients with Inflammatory Bowel Disease Patients with Gastro-Esophageal Reflux Disease and Healthy Individuals in Ahvaz in 2016

Marashi SA¹, Jenadeleh K², Beshlideh K³

1 - MD, MPH, PhD, Dept of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)
Email: sayedalimarashi@scu.ac.ir, Tel: 0 061-34433747

2 - MSc, Dept of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3 - PhD, Dept of Industrial Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 18 January 2018

Accepted: 2 January 2019

Introduction: Psychological factors such as obsessive beliefs, depression and anxiety have a major impact not only on the mental and physical health of individuals but also on the treatment, recovery and relapse of the disease. The aim of this research was to compare obsessive beliefs, depression and anxiety among inflammatory bowel disease (IBD) patients, gastro esophageal reflux disease (GERD) patients and healthy people.

Materials and Methods: This research is a descriptive and causal-comparative study. Using purposeful sampling, 150 people, including 50 healthy subjects, 50 patients with inflammatory bowel disease and 50 patients with GERD were selected as the sample. Data were collected using the Obsessive Belief Questionnaire, the Depression Questionnaire and the Anxiety Inventory and was analyzed using multivariate analysis of variance.

Results: The results showed that there are significant differences ($p < 0/001$) between IBD and GERD and healthy people in obsessive beliefs, depression and anxiety. The mean of obsessive beliefs in IBD patients ($119/744 \pm 15/423$) was higher than the other two groups ($p < 0/001$). Also, depression ($12/489 \pm 2/941$) and Anxiety ($16/881 \pm 5/735$) in IBD patients were higher than the other two groups.

Conclusion: According to the results, there is a significant difference between the inflammatory bowel disease and healthy people in the components of obsessive beliefs, depression and anxiety. So, there may be psycho-neuro-immunologic relationship between obsessive beliefs with inflammatory bowel disease, mediated by depression and anxiety.

Keywords: Inflammatory Bowel Disease, Esophageal Reflux Disease, Obsessive Beliefs, Depression, Anxiety, Ahvaz.

Please cite this article as follows:

Marashi SA, Jenadeleh K, Beshlideh K. A Comparison of Obsessive Beliefs, Depression and Anxiety in Patients with Inflammatory Bowel Disease Patients with Gastro-Esophageal Reflux Disease and Healthy Individuals in Ahvaz in 2016. *Community Health journal* 2018; 12(3): 1-9.

Funding: This research was funded by Shahid Chamran University of Ahvaz.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shahid Chamran University approved the study.