



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
MARBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
Ulrich-Greif-Str. 1
34109 Kassel
Germany
Chairman: Dr. phil. habil. Dr. med. habil.
Ulrich-Greif
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و خودپنداره افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیرمبتلا

سعیده قشلاقی^۱ - سعیده خلیل زاد بهروزیان^۲

چکیده

سندرم روده تحریک پذیر (IBS) اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با عوامل روانشناختی در ارتباط است. هدف از مطالعه حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و خودپنداره افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم بود. در پژوهش حاضر یک گروه آزمودنی بیمار به تعداد ۳۰ نفر، و یک گروه آزمودنی سالم به تعداد ۳۰ نفر شرکت کردند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه شخصیت پنج عاملی نئو (NEO-FFI) و پرسشنامه خودپنداره بک (BST) استفاده گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با گروه افراد سالم روان‌آزردگی بیشتر، برونگرایی و گشودگی کمتر و دارای خودپنداره منفی هستند. همچنین نتایج نشان داد که در عامل‌های دلپذیر بودن و باوجدان بودن تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای شخصیتی و خودپنداره می‌توانند ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر را پیش‌بینی کنند.

کلیدواژه: سندرم روده تحریک پذیر؛ ویژگی‌های شخصیتی؛ خودپنداره.

Self-concept of Individuals Suffering from Comparison of Personality Characteristics and Individuals Irritable Bowel Syndrome and Healthy

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) as a functional disorder of the gastrointestinal tract has been related to psychological factors. Aim of this study was to compare the personality characteristics of patients suffering from Irritable bowel syndrome and healthy people. In present study statistical population involved the 30 patients with IBS and 30 healthy participants were selected by convenience sampling. Then NEO Personality Inventory (NEO-FFI) and Beck's self-concept

^۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان saeidegeshlagi@yahoo.com

^۲. کارشناس ارشد، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

Test (BST) were administered between them. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics including means, standard deviations and multivariate analysis of variance. Results indicate that patients suffering from IBS have more neuroticism, less extraversion and openness, and negative self-concept in comparison with the healthy individuals. Also the result of this study did not show a significant difference in agreeableness and conscientiousness dimensions as well as resilience between patients with IBS and the healthy people. It can be concluded that personality variables can predict infection to IBS.

Keywords : Irritable Bowel Syndrome, personality characteristics, self-concept.

مقدمه

تأثیر متقابل جسم و روان از زمان های قدیم بر انسان آشکار بوده است. بررسی سیر تاریخی بیماری ها در قرن اخیر، نشان دهنده تغییر نوع بیماری ها، از بیماری های عفونی و مسری به بیماری های مزمن و غیر عفونی است. این در حالی است که در چند دهه اخیر نوع جدیدتری از بیماری ها تحت عنوان بیماری ها و اختلالات روان تنی^۱ یا روان فیزیولوژیک ظهور کرده اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند. ویژگی اساسی این تغییر نوع بیماری ها، پررنگ تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و اهمیت یافتن تأثیر ساختارها و رفتارهای اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری های مذکور بوده است. ظهور و بروز اختلالات روان تنی، نیازمند آن است که عوامل روانشناختی و نشانه های جسمی به طور همزمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دائم داشته باشند (آرونا، پوویاراسان و پالانیپان^۲، ۲۰۰۵).

از جمله تأثیرات اساسی استرس و یکی از شایع ترین اختلالات روان تنی، اختلالات گوارش می باشد. اختلالات عملکرد دستگاه گوارش شامل چند اختلال است که یکی از این اختلالات، اختلالات عملکرد روده است. این اختلال خود به چند اختلال تقسیم می شود، که سندرم روده تحریک پذیر^۳ (IBS) یکی از این اختلالات است (صولتی دهکردی، کلاتتری، ادیبی و افشار، ۱۳۸۷) (نشانگان روده تحریک پذیر، از شایعترین و ناشناخته ترین اختلال های گوارشی است که مشخصه آن درد شکمی و تغییر در اجابت مزاج در

1. Psychosomatic disorders
2 . Aruna ,Puviarasan & Palaniappan
3 .Irritable Bowel Syndrome

غیاب اختلالهای ساختاری قابل شناسایی است (هاریسون، ۲۰۰۵). از نظر تعریف سندرم روده تحریک پذیر شامل علائم روده ای مزمنی می باشد که هیچگونه اشکال ساختمانی در مبتلایان به آن یافت نمی شود (دراس من، اندرزی^۱، ۱۹۹۳).

عوامل روانی - اجتماعی می توانند در تشدید نشانه های بیماری مؤثر باشند. حوادث مهم زندگی نظیر بیماری یا مرگ یکی از عزیزان، درگیری لفظی یا از دست دادن یکی از دوستان می تواند باعث افزایش نشانه هایی چون درد، اختلال در اجابت مزاج و خونریزی از روده شود. استرس های حاد روزانه می توانند نشانه های روده ای را تشدید کنند. چنین مطرح شده است که بیماران مبتلا به التهاب روده، شخصیتی دارند که آنها را به استرس های هیجانی مستعد می کند. در آخر این مسئله مطرح شده است که خود بیماری های مزمن رویدادهای استرس زا هستند و اثرات متقابلی بر شرایط روحی دارند، مثلاً ممکن است باعث افسردگی شوند (دراس من، ۲۰۰۰). با وجود شیوع بالای سندرم روده تحریک پذیر، در زمینه علت شناسی و پاتوفیزیولوژی آن شناخت اندکی وجود دارد. شواهد پژوهشی حاکی از عدم وجود اختلال های ساختاری قابل شناسایی برای این بیماری است. به عبارت دیگر، سندرم روده تحریک پذیر آسیب شناسی عضوی مشخصی ندارد. البته، در برخی پژوهش ها به نقش بعضی آغازگرهای زیستی مانند عفونت های باکتریایی معدی - روده ای و تغییر در حرکات و عادات دفعی روده مانند حساسیت احشایی اشاره شده است، اما در مجموع نقص ساختاری مشخصی برای آن شناخته نشده است (ریچاردسون^۲، ۲۰۰۲). بنابراین در توصیف چگونگی شکل گیری این نشانگان باید از یک الگوی زیستی - روانی - اجتماعی استفاده کرد که در آن تمامی عوامل جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی در تعامل با هم بررسی شوند، چون هیچ کدام از این عوامل به تنهایی برای توجیه سندرم روده تحریک پذیر در بیماران کافی نیست. (دونلاپ، جنکیس، اسپیلر^۳، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از اجزاء اصلی شخصیت و هسته مرکزی سازگاری اجتماعی خودپنداره^۴ است (الساکر و الویوس^۵، ۱۹۹۳). بدون شک اساسی ترین کلید شخصیت و رفتار انسان، تصویری است که فرد در ذهن خود از خویشتن دارد. حتی کارهای بزرگی که انجام می دهیم بستگی به تصویری دارد که از خود ساخته ایم. اگر تصویری که از خود داریم اصلاح پذیر باشد مسلماً بر شخصیت و رفتارمان اثر خواهد گذاشت. تصویری که انسان از خود دارد استعدادهای او را در زمینه های گوناگون رقم می زند؛ لذا، هرچه تصویر بهتری از خود داشته باشیم مؤثرتر و خلاق تر خواهیم بود. خودپنداره را می توان درک فرد از خودش دانست که در نتیجه تجربیات فرد با محیط

4. Drossman & Andrazzi

2 .Richardson

3 .Dunlop, Jenkins & Spiller

4 .Self-concept

5 .Alsaker & Olweus

و رابطه او با دیگران شکل میگیرد (رین و کانینگام^۱، ۲۰۰۸). خودپنداره نظام پویایی است که با اعتقادات، ارزش ها، رغبت ها، استعدادها و توانایی های فرد ارتباط دارد. این عوامل از تعیین کننده های مسیر زندگی فرد هستند. خودپنداره ارزیابی کلی فرد از خودش است. این ارزیابی ناشی از ارزیابی های ذهنی فرد از ویژگی های خود است که ممکن است مثبت یا منفی باشد. خودپنداره مثبت نشان دهنده این است که فرد خودش را در مقام شخصی با نقاط قوت و ضعف می پذیرد و این امر موجب بالا رفتن اعتماد به نفس او در روابط اجتماعی می شود. خودپنداره منفی منعکس کننده احساس بی ارزشی و بی لیاقتی و نیز ناتوانی خود است (بونگ و اسکالویک^۲، ۲۰۰۳).

فرنام، صومی، صارمی و فرهنگ (۲۰۰۸) در پژوهش خود ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را مورد بررسی قرار دادند. طبق نتایج پژوهش آنها، سطوح بالاتر روان آزرده‌گی و با وجدان بودن و سطوح پائین تر گشودگی به تجربه و توافق در این افراد دیده شد. در این راستا مایر، کراسیک و نیل بوف^۳ (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اضطراب با سندرم روده تحریک پذیر ارتباط دارد. همچنین هیمان، آرنولد، فلورین، هردا و ملفسن^۴ (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که اختلالات روانشناختی و روانپزشکی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شیوع بالایی دارد. در این راستا بروه، فالستی و آرتیکل^۵ (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان می دهند که سندرم روده تحریک پذیر بطور قابل توجهی با اختلال اضطراب تعمیم یافته، نگرانی و نوروگرایی همراه است. محوری شیرازی، فتحی آشتیانی، رسول زاده و امینی (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، بیماران مبتلا به التهاب روده و افراد سالم را با یکدیگر مقایسه کردند. بر طبق نتایج بدست آمده میزان روان آزرده‌گی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و بیماران مبتلا به التهاب روده بیشتر از افراد سالم، و میزان برونگرایی و گشودگی به تجربه در افراد سالم بیشتر از دو گروه دیگر بود. همچنین بشارت، زرپور، بهرامی، رستمی و میردامادی (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر از لحاظ متغیرهای شخصیتی و افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد. اما فرهاد، برونینگ، فیلد و کشاوریان^۶ (۲۰۰۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین عوامل روانی - اجتماعی و سندرم روده تحریک پذیر رابطه وجود ندارد.

1. Rinn & Cunningham

2. Bong & Skaalvik

3. Mayer, Craske & Naliboff

4. Himan, Arnold, Florin, Herda & Melfsen

5. Berveh, Falsetti & Article

6. Farhad, Bruning & Field & Keshavarzian

در زندگی امروزی افزایش فشارها و تنش ها از یک سو و پیچیده تر شدن درک رفتارها وانگیزه های انسانی از سوی دیگر موجب شده تا شناخت ویژگی های شخصیت و چگونگی برانگیخته شدن انسانها در شرایط ناگوار از جمله مباحث مطرح در روانشناسی باشد. در واقع پژوهشگران باور دارند که عوامل شخصیت در تعیین چگونگی سازگاری افراد با فشارهای ناشی از شرایط تنش زا و همچنین، در تداوم فشار در زندگی آنها تاثیر گذارند (واتسون، به نقل از ریولی، ساویکی و کپانی^۱، ۲۰۰۲). با توجه به نتایج پژوهش های قبلی و در راستای بررسی ریشه های روانشناختی سندرم روده تحریک پذیر و همچنین انجام مداخلات روانشناختی برای درمان این اختلال شایع، این پژوهش با هدف مقایسه ویژگی های شخصیتی و خود پنداره افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم انجام شد.

روش

این مطالعه از نوع مطالعات علی-مقایسه ای می باشد. در این پژوهش جامعه آماری، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیربیمار در شهر تبریز بودند. نمونه بیمار این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) بودند که در طول مرحله زمانی ۹۱/۵/۱۰ - ۹۰/۱۰/۲۱ به کلینیک شیخ الرئیس شهر تبریز مراجعه کرده بودند، که از بین آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. این بیماران در رده سنی بین ۱۹ تا ۶۰ سال قرار داشتند و از بیماری آن ها حداقل مدت ۳ سال می گذشت. نمونه غیربیمار از بین جمعیت عمومی مراجعه کننده به همین مرکز، در همان محدوده زمانی و از داوطلبانی که به IBS و به اختلال پزشکی و روانپزشکی خاصی مبتلا نبودند، به تعداد ۳۰ نفر، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور اجتناب از تأثیر متغیرهای مزاحم، دو گروه بر اساس سن و جنس با هم همتا شدند. در مجموع نمونه مورد مطالعه شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر افراد مبتلا به IBS و ۳۰ نفر افراد سالم) بودند.

جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از روش های آماری مانند انحراف معیار، میانگین و نیز روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید.

ابزار سنجش

۱- پرسش نامه شخصیت پنج عاملی نئو^۲ (NEO-FFI): این مقیاس دارای ۶۰ سوال است در هر سوال آزمودنی نمره صفر تا چهار را احراز می کند. هر یک از سوال ها نشان دهنده یکی از پنج عامل بزرگ مک کری و کاستا به ترتیب عامل روان آزردگی، برون

1 .Riulli, Savicki & Capani
2 .Neo Five Factor Inventory

گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن است. هریک از عوامل دوازده سوال مقیاس را پوشش می دهند. در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره صفر تا ۴۸ کسب می کند. پرسشنامه NEO-FFI در ایران توسط گروسی هنجاریابی شده است و اعتبار آن با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد در مورد ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ ماه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ برای عوامل روان آزرده گرایی، برون گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن بدست آمده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

۲- آزمون خودپنداره بک^۱ (BST) (۱۹۹۰): این مقیاس را نخستین بار بک (۱۹۹۰) به منظور بررسی خودپنداره افراد مطرح کرد و مجدداً بک و استیر، اپستین و برون^۲ (۱۹۹۰) آن را ارزیابی کردند. این مقیاس ۲۵ سوال یا اظهارنظر را در بر می گیرد. این ابزار وسیله ای برای ارزیابی نگرشهای منفی شخص از خودش است که در نظریه شناختی بک بخش شناخت منفی سه گانه (نظر منفی نسبت به خود، محیط و دنیا) را تشکیل می دهد. آزمودنی در موارد متعدد با توجه به استنباطی که از خود دارد، خود را با دیگران مقایسه و یکی از پنج عبارتی را انتخاب می کند که ویژگی او را بهتر نشان می دهد. نمرات بالا، نشان دهنده خودپنداره مثبت است. حیدری، مامی و آتش پور (۱۳۸۴) پایایی آزمون را از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۶۵ به دست آورده اند.

یافته ها

در این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی مانند انحراف معیار، میانگین و ... و نیز روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (جهت مقایسه دو گروه مبتلا به IBS و گروه غیرمبتلا) داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول (۱)- ویژگی های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیرها	شاخص ها	فراوانی	درصد
	۱۹ تا ۲۹ سال	۲۱	۳۵
سن	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۹	۳۱/۷
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۱	۱۸/۳
	۵۱ تا ۶۰ سال	۹	۱۵
جنس	زن	۳۷	۶۱/۷

1. Beck 's self-concept Test
2. Steer ,Epstin & Brown

مرد	۲۳	۳۸/۳
کل	۶۰	۱۰۰

با توجه به جدول (۱) کل نمونه مورد بررسی ۶۰ نفر بودند. از این تعداد ۳۷ نفر (۶۱/۷ درصد) زن و ۲۳ نفر (۳۸/۳ درصد) مرد بودند. از نظر سن ۲۱ نفر (۳۵ درصد) در گروه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال، ۱۹ نفر (۳۱/۷ درصد) در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال و ۹ نفر (۱۵ درصد) در گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند.

برای مقایسه دو گروه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و گروه آزمودنی های سالم از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا از آزمون چندمتغیره لامبادای ویلکز برای تعیین معنی داری اثر گروه ها بر ویژگی های شخصیت و خودپنداره، استفاده شد. ارزش آزمون لامبادای ویلکز معنی دار بود ($Wilks\ Lambda=0/67, F=141/3, p<0/05$).

جدول (۲) - میانگین و انحراف معیار و تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه مبتلا به IBS و گروه غیرمبتلا بر حسب ویژگی های شخصیتی و خودپنداره

خرده مقیاس	میانگین (انحراف معیار)	میانگین مجذورات	F*	سطح معنی داری
روان آزردهی	IBS ۲۷/۲۵ (۱۸/۰۴)	۲۶۵/۲۳	۷/۰۱۴	۰/۰۱
	سالم ۱۶/۶۸ (۱۴/۲۸)			
برونگرایی	IBS ۷/۳۹ (۶/۲۱)	۶۶۴/۵۸	۹/۷۴۵	۰/۰۱
	سالم ۱۳/۱۸ (۸/۸۵)			
دلپذیر بودن	IBS ۱۲/۶۳ (۸/۴۲)	۱۲۵/۹۸	۳/۲۳۳	۰/۱۲
	سالم ۱۳/۱۸ (۸/۹۵)			
گشودگی به تجربه	IBS ۱۰/۷۰ (۷/۸۰)	۳۷۶/۷۸	۴/۳۰۴	۰/۰۵
	سالم ۸/۱۸ (۶/۲۳)			
با وجدان بودن	IBS ۳/۴۷ (۳/۱۴)	۲۹۶/۴۶	۰/۶۴۹	۰/۴۴
	سالم ۱/۰۵ (۱/۶۶)			

				IBS	۲/۳۸ (۲/۳۲)
	۰/۰۱	۱۱/۳۹	۳۸۹/۳۳	خودپنداره	
				سالم	۴/۴۲ (۳/۴۷)

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول (۲)، گروه آزمودنی های مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) از نظر متوسط نمره روان آزرده گرایی و با توجه به $F=7/014$ تفاوت معنی داری با آزمودنی های گروه سالم دارند ($p<0/01$). همچنین گروه آزمودنی های IBS از لحاظ ویژگی برونگرایی نمرات پائین تری نسبت به گروه آزمودنی های سالم بدست آوردند، و تفاوت معنا داری بین دو گروه آزمودنی ها وجود دارد ($F=9/745$ ، $p<0/01$). نتایج نشان می دهد که متوسط نمرات گشودگی به تجربه در گروه آزمودنی های سالم نسبت به آزمودنی های گروه IBS بالاتر است و تفاوت معنا داری به لحاظ آماری با گروه غیربیمار دارند ($F=4/304$ ، $df = 1$ ، $p<0/05$). اما بین دو گروه، از لحاظ ویژگی دلپذیر بودن و با وجدان بودن تفاوت معنا داری از لحاظ آماری بدست نیامد.

همچنین نتایج نشان داد که آزمودنی های گروه غیرمبتلا نمرات بالاتری در مقیاس خودپنداره نسبت به گروه آزمودنی های IBS بدست آوردند و تفاوت معنا داری بین دو گروه آزمودنی ها وجود دارد ($F=11/39$ ، $p<0/01$).

بحث

در این پژوهش ویژگی های شخصیتی و خودپنداره در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم مورد بررسی قرار گرفت. یافته های بدست آمده نشان داد که میزان روان آزرده گرایی در افرادی که مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بودند در مقایسه با گروه افراد سالم بیشتر است. این نتیجه با نتایج بدست آمده از پژوهش مایر و همکاران (۲۰۰۳)، دونلاپ و همکاران (۲۰۰۳) و بروه و همکاران (۲۰۰۰) همسو می باشد. بر طبق این یافته ها افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نسبت به افراد سالم سطوح بالاتری از اضطراب و نگرانی را تجربه می کنند. دستگاه اعصاب روده ای نسبت به حالات هیجانی فوق العاده حساس است و در مواقع هیجانی کارکرد حرکتی در روده باریک کاهش یافته و در روده بزرگ افزایش می یابد، که ممکن است مسئول علائم روده ای نظیر سندرم روده تحریک پذیر باشد (گراس، آنتونی، مک کراب و اسوینسون، ۲۰۰۹). در واقع روان آزرده گرایی در برابر ثبات هیجانی قرار می گیرد و طیف وسیعی از احساسات منفی از جمله اضطراب، غمگینی، تحریک پذیری تا افسردگی را در بر دارد، پس می توان چنین استنباط کرد که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با افراد سالم اضطراب بالاتری نشان می دهند، تحریک پذیرتر بوده و در برابر مسائل مختلف بیشتر عصبی می شوند. بطور کلی روان آزرده گرایی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر می تواند دلیلی برای ابتلا آنها به این سندرم باشد.

نتایج نشان داد افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با افراد سالم برونگرایی کمتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۹) همسو می باشد. به اعتقاد کاستا و مک کری^۱ (۱۹۹۲) برونگراها افرادی جمع گرا و مردم دوست هستند که گروه های بزرگ و گردهمایی ها را ترجیح می دهند، باجرات، فعال، سرخوش و بانرژی هستند. از سوی دیگر، بر اساس نظر آیزنگ، افرادی که در عامل برونگرایی نمره بالایی کسب می کنند، دارای قشر مخ با برانگیختگی کمتر و آستانه حسی بیشتر از دیگران هستند. به این ترتیب آنها مجبورند برای بالا نگه داشتن سطح فعالیت مغزشان همواره به دنبال تحریک باشند و از یکنواختی بپرهیزند. این افراد همواره در پی محیط های پرهیجان و پرتحرک می باشند. می توان چنین استدلال کرد که این امر باعث بالا رفتن سطح فعالیت و تعاملات اجتماعی افراد برونگرا، همچنین داشتن شبکه های اجتماعی مؤثر مقابله با موقعیت های استرس زا و آسیب رسان در این افراد می گردد. در نقطه مقابل این افراد، افرادی هستند که نمره پایینی در برونگرایی بدست آوردند افرادی منفعل و دارای سطح فعالیت و تعاملات اجتماعی پایین و شبکه حمایتی ضعیفتری می باشند، در نتیجه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که در عامل برونگرایی نمره پایینی کسب کرده اند، آسیب پذیری بیشتری نسبت به استرس ها و موقعیت های آسیب زا و بالاخره علائم این نشانگان خواهند داشت.

یافته های دیگر این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر، نسبت به گروه افراد سالم نمرات پایین تری در ویژگی گشودگی به تجربه به دست آوردند. از نظر کاستا و مک کری (۱۹۹۲) افرادی که در این عامل نمره پایین تری کسب می کنند، دارای رفتار سنتی و دیدگاه محافظه کارانه هستند. این اشخاص امور آشنا و پیش پا افتاده را به پدیده های نو و بدیع ترجیح می دهند و پاسخ های هیجانی آنها تا اندازه ای ملایم است.

آخرین یافته این پژوهش نشان داد که بین دو گروه مبتلایان به IBS و گروه آزمودنی های سالم تفاوت معنی داری در خودپنداره آنها وجود داشت. نتیجه بدست آمده از این تحقیق با نتایج پژوهش دی، استوارت و پرتوریوس^۲ (۲۰۰۱) همسو می باشد. این نتایج نشان می دهد که افراد مبتلا به IBS نسبت به آزمودنی های گروه سالم در مقیاس خودپنداره، نمرات پائین تری بدست آوردند. در واقع می توان گفت افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، در مقایسه با افراد سالم دارای خودپنداره منفی هستند. نتایج بدست آمده را می توان چنین تبیین کرد که از چشم انداز سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی، اختلالات عملکردی گوارشی از جمله سندرم روده

1. Costa & McCrae

2. Day, Stuart & Pretorius

تحریک پذیر ممکن است نتیجه اختلال در سیستم عاطفی و محور مغزی- روده ای باشد که در برگیرنده عملکردهای نوروفیزیولوژی، شناختی و هیجانی است (مظاهری، افشار و محمدی، ۱۳۹۰).

اختلالات عملکرد سیستم گوارشی اغلب با اختلالات عاطفی (اضطراب و افسردگی) همراه می شوند. توام بودن اختلالات گوارشی و عاطفی کم و بیش نه تنها در بیماران، بلکه در افراد عادی جامعه هم دیده می شود که نشان دهنده ارتباط مکانیسم های پاتوفیزیولوژیکی عملکرد نامناسب سیستم گوارشی و برخی از اختلالات عاطفی است (مایر و همکاران، ۲۰۰۱). یک بررسی متاآنالیز نشان داد که سندرم روده تحریک پذیر و سندرم های غیرقابل توضیح از لحاظ پزشکی با اضطراب و افسردگی در ارتباط هستند (هنینگسن، زیمرمن و ساتل^۱، ۲۰۰۳). از سویی دیگر، می توان گفت فردی که از روابط اجتماعی گسترده و مطلوبی برخوردار نیست، خودپنداره اش نیز بطور مثبت شکل نمی گیرد و باعث می شود در موقعیت های مختلف رفتارهای بی ثبات و ناهنجاری از خود نشان دهد. برعکس وقتی فرد تصور و ادراک مثبتی از خود دارد، احساس عزت نفس و ارزشمندی بیشتری می کند و چون از خودپنداره مثبتی برخوردار است رفتارهای وی نیز در جهت تأیید ادراک خود شکل گرفته و در نهایت موجب سازگاری اجتماعی وی می گردد. همچنین

با توجه به نتایج بدست آمده افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، گرایش به تجربه هیجان های منفی مانند اضطراب، خشم، غم و احساس گناه دارند و دارای روابط اجتماعی محدودتر نسبت افراد غیرمبتلا هستند، پس جای تعجب نیست که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارای خودپنداره ضعیف تری نیز می باشند. دونیس^۲ (۱۹۹۷) اظهار می دارد هنگامی که فرد تحت تأثیر بیماری های مزمن قرار می گیرد، تغییرات خودپنداره می تواند مشکلات ناشی از بیماری را افزایش یا کاهش دهد. چون احساس فرد نسبت به خود، بطور مداوم از تجربیات فرد تأثیر می پذیرد و بیشتر تغییرات قابل توجه در نقش ها صورت می گیرد، خودپنداره در زمانی که این نقش ها مختل شوند آسیب پذیر خواهد بود. می توان اینگونه استدلال کرد که خود، برای بیمار IBS در قالب علائم و تجربیات او تعریف می شود. در واقع می توان خودپنداره آنان را به صورت مفهومی متغیر که بین شباهت یا عدم شباهت بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مزمن در حرکت و نوسان است، بررسی کرد. افراد IBS که خودپنداره آنها به یک بیمار مزمن نزدیک تر است، قطعاً آمادگی بیشتری برای سازگاری با مشکلات خواهند داشت.

پژوهش حاضر می تواند مقدمه ای بر پژوهش های آتی برای درک بیشتر روابط بین جنبه های روانی و اختلالات روان تنی از جمله سندرم روده تحریک پذیر باشد. در پرتو نتایج حاصل از این پژوهش برگزاری کارگاه های آموزشی برای تقویت وضعیت خودپنداره

1. Henningsen, Zimmermann & Sattel

22. Devnis

و ایجاد نگرش مثبت در آنها پیشنهاد می شود. همچنین گسترش جامعه آماری و نمونه مورد بررسی در پژوهش های آینده، موجب حصول اطمینان از اجرای صحیح پژوهش و صحت قابلیت تعمیم یافته ها خواهد شد. می توان گفت که محدودیت اصلی این پژوهش این بود که نداشتن بیماری در گروه سالم فقط بر مبنای گزارش خود افراد تعیین شد و هیچ مصاحبه یا معاینه بالینی توسط متخصص در این زمینه صورت نگرفته بود، از این رو بهتر است در پژوهش های آینده در انتخاب افراد سالم دقت بیشتری به عمل آید.

سپاسگذاری

از همکاری تمامی عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- بشارت، م.ح. زریور، ص. بهرامی، ه. رستمی، ر. و میردامادی، م. ج. ۱۳۸۹. مقایسه ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (IBS) و افراد غیرمبتلا. مجله روانشناسی بالینی، ۲۱، ۱۶-۹.
- حقایق، ع. کلانتری، م. مولوی، ح. و طالبی، م. ۱۳۸۷. درمانگری شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر، فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۱۶، ۴، ۳۸۶-۳۷۷.
- حیدری، ع. پاشا، غ.ر. مامی، ش. و آتش پور، س.ح. ۱۳۸۴. میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت نفس، خودپنداره و افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۱۶، ۲۶-۱.
- صولتی دهکردی، ک. رحیمیان، ق.ع. عابدی، ا. باقری، ن. ۱۳۸۷. بررسی رابطه بین اختلالهای روانی با سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۸، ۲، ۳۷-۳۱.
- محوی شیرازی، م. فتحی آشتیانی، ع. رسول زاده، س. ک. و امینی، م. ۱۳۹۰. مقایسه رگه های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، بیماری التهاب روده و افراد سالم. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۶، ۲۱.
- هاریسون، ت، ر. (۱۳۸۴). اصول طب داخلی (بیماریهای گوارش)، ترجمه ارجمند، م، تهران، (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۵).

Alsaker, F. D. & Olweus D. 1993. Global self - evaluations & perceived instability of self in early adolescence: a cohort longitudinal study. *Scand J Psychol*, 34,1, 47- 63.

Aruna P., Puviarasan, N. & Palaniappan, B. 2005. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders, *Expert Syst Appl*, 28, 4, 473-9.

Berveh, L., R. Falsetti and S. A. Article., 2000. Experience with anxiety and depression treatment studies: Implications for designing irritable bowel studies: Implications for designing irritable bowel syndrome clinical traits, *The American journal of Gastroenterology*, 95, 9: 229.

Bong, M., & Skaalvik, E.M. 2003. Academic self-concept and self- efficacy: how different are they really? *Educational Psychology Review*, 15(1):1-40

Costa, P.T. & McCrae, R.R. 1992. Revised NEO Personality Inventory and NEOFive-Factor Inventory. Odessa,FL Psychological Assessment Resources.

Day, I., Stuart A.D., Pretorius, H.D., 2001. Self-concept and relational concomitants of Irritable Bowel Syndrome : a preliminary study. *South African Journal of Psychology*, 31. 4, 13-20.

Devnis, G.M. 1997. Psychological impact of illness intrusiveness moderated by self- concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychology*, 16, 6, 529-38.

Drossman, D., Andrazzi, E. 1993. US household survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography and health Impact. *Dig Dis Sci*, 38: 1569-80.
Drossman, D., Corraziari, E. 2000. Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II: The functional Degnon.

Dunlop, S.P., Jenkins, D. & Spiller, R.C. 2003. Distinctive clinical, psychological, and histological features of post infection irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*. 98: 1578-1583.

Farhad, A., K. Bruning., S. J. Field., and A. Keshavarzian., 2001. Irritabl bowel syndrome: An update on therapeutic modalities. *Expert Opin Investing Drug.*, 10(7): 1211-22.

Farnam, A.R., Somi,M.H., Sarami,F., Farhang,S. 2008. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(5) 959 – 962.

Gros, D., Antony, M., McCabe, R., Swinson, R. 2009. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 290-296.

Henningsen, P., Zimmermann, T. & Sattel, H. 2003. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*; 65(4): 528-33.
Himan, R., I. Arnold., C. Florin., S. Herda., and H. Melfsen., 2000. The combination of medical treatment plus multi component behavioral therapy in IBS., *Am J Gastroenterology.*, 95(4): 981- 94.

Mayer, E., M.G. Craske., and B.D. Naliboff ., 2001. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *Clinical Psychiatry*. 62: 28- 36.

Richardson, GE. 2002. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology* ; 58: 307-321.

Rinn, A. N., & Cunningham, L. G. 2008. Using self - concept instruments with High ability college students: reliability and validity evidence. *Gifted Child Quarterly*, 52(3): 232-242.

Riulli, I., Savicki, V., Capani, A. 2002. Resilience in the face of catastrophe : optimism, personality, and coping in the Kosovo crisis. *Journal of applied social psychology* 32(18), 1604- 1627.

Stanley, J., Stuart, A. & Pretorius, H. G. 1997. Irritable Bowel Syndrome: personality and health behaviours: A biopsychosocial approach. *personality aspects and health behavior*, 4, 1.