

بررسی شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر: مطالعه‌ای مبتنی بر جمعیت

آزاده صفائی^۱، بابک خشک رود منصوری^۲، محمد امین پورحسینقلی^۳، بیژن مقیمی دهکردی^۴،
اسما پورحسینقلی^۵، منیژه حبیبی^۶، محمدرضا زالی^۷

تاریخ دریافت: 1391/10/01 تاریخ پذیرش: 1391/11/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است. علائم بیماری ممکن است سال‌ها به طول بیانجامد که این علائم که کیفیت زندگی بیماران را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهند. تاکنون مطالعات اندکی در خصوص وضعیت سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران انجام شده است. این مطالعه با هدف بررسی شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر و با استفاده از پرسشنامه‌ای استاندارد در جمعیت استان تهران طرح ریزی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی و مبتنی بر جمعیت است که بر روی ۱۸۱۸۰ فرد بالای ۱۵ سال در شمال و شرق استان تهران در فاصله سال‌های ۸۶-۱۳۸۵ اجرا شده است. تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر با استفاده از پرسشنامه‌ای استاندارد بر اساس معیارهای رم ۳ صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های تک متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

نتایج: ۱۵/۳ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه از علائم گوارشی شکایت داشتند که در این میان شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر ۱/۱ درصد برآورد گردید. شیوع بیماری در افراد متأهل و مسن بیشتر بود. شایع‌ترین علائم درد شکمی که با دفع بهبود می‌یافت (۹۴٪)، تغییر در قوام مدفوع (۷۸٪) و تغییر در دفعات اجابت مزاج (۷۰٪) گزارش شد. یبوست در ۵۲ درصد، اسهال در ۱۸ درصد و در ۸ درصد موارد هر دو علامت به طور متناوب مشاهده گردید.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر کمتر از حد مورد انتظار برآورد گردید که احتمالاً به دلیل ویژگی بالای معیارهای رم ۳ و خصوصیات جمعیت تحت مطالعه می‌باشد. بر این مبنای پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه بیش از آنکه به عنوان یک ابزار غربالگری مورد استفاده باشد می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: سندرم روده تحریک‌پذیر، معیارهای رم ۳، مطالعه مبتنی بر جمعیت

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره اول، ص ۲۳-۱۷، فروردین ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تهران، بزرگراه چمران، ولنجک، خ یمن، خ پروانه، بیمارستان طالقانی، طبقه ۷، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۹۲۶۷۰۵۱۵

Email: b_moghimide@yahoo.com

مقدمه

خودنمایی می‌کند (۶). بیماران همچنین علائمی نظیر نفخ شکمی و احساس دفع ناکامل را تجربه می‌کنند که این علائم ممکن است سال‌ها و به طور میانگین ۱۰ سال به طول بیانجامد (۶). این علائم کیفیت زندگی بیماران را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهند و متعاقباً بار سنگین اقتصادی و اجتماعی به جامعه تحمیل می‌کنند (۲، ۳، ۵).

اختلالات عملکردی دستگاه گوارش از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن روده به شمار می‌روند که ۵ تا ۲۵ درصد جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱-۵). سندرم روده تحریک‌پذیر از جمله این اختلالات می‌باشد که با درد و ناراحتی شکمی و تغییر در عادات اجابت مزاج

^۱ اپیدمیولوژیست، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ پزشک عمومی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ دکترای آمار زیستی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۴ اپیدمیولوژیست، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

^۵ دانشجوی دکترای آمار زیستی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۶ کارشناس ارشد فیزیولوژی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۷ فوق تخصص گوارش و کبد، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۱۸۱۸۰ فرد بالای ۱۵ سال موافقت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نموده و در این بررسی حضور یافتند. مصاحبه با جمعیت تحت بررسی توسط پرسنل بهداشتی آموزش دیده صورت گرفت. هدف از انجام بررسی برای افراد بیان و موافقت شفاهی آنان اخذ می‌شد. پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسیده است.

اطلاعات دموگرافیک افراد از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات و ... در فرم جمع آوری اطلاعات ثبت می‌گردید. این فرم همچنین دارای اطلاعاتی در خصوص ۱۱ علامت گوارشی شامل درد و ناراحتی شکمی، یبوست، اسهال، نفخ، سوزش سردل و بازگشت اسید معده، درد مقعد، تهوع و استفراغ، بی اختیاری مدفوع، دفع خون در مدفوع، بی اشتها، کاهش وزن و بلع دردناک بود. در صورتی که هریک از شرکت کنندگان در مطالعه یکی از این علائم را گزارش می‌کردند به پزشک ارجاع شده و پرسشنامه دوم برای آن‌ها تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه دوم در خصوص اختلالات عملکردی دستگاه گوارش و بر مبنای معیارهای رم ۳ (ROME III) (۱۹) با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما و توسط محققین مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهیه شده است. پرسشنامه دوم مورد استفاده، برگردان پرسشنامه رم سه به زبان فارسی بود. نسخه انگلیسی معیارهای رم ۳ ابتدا توسط دو پزشک متخصص مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. در مرحله بعد، نسخه فارسی توسط دو نفر پزشک متخصص دیگر به زبان انگلیسی برگردانده شد. پس از طی مراحل فوق فرد دیگری نمونه‌های فارسی و انگلیسی و نسخه اصلی را تطبیق داده و پس از اعمال اصلاحات لازم تأیید نمود و اعتبار ساختاری پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. به منظور آزمون روایی پرسشنامه، حدوداً ۴۰۰ نفر فرد بزرگسال (سن بیشتر از ۱۸ سال) از شهرستان دماوند انتخاب شدند و پرسشنامه را در دو نوبت با فاصله ۲ هفته تکمیل کردند. در بررسی پایایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ (جهت آزمون ثبات داخلی) و روش بازآزمون انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضرایب پایایی برای علائم اصلی خوب بود (بیشتر از ۰/۷۰). روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی نمونه‌ای پایلوت شامل ۴۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفته و مناسب تشخیص داده شده است. آلفای کرونباخ در مورد تمام علائم اصلی پرسشنامه بالای ۰/۷ بوده است.

با توجه به این پرسشنامه در صورتی که فرد دو یا بیشتر از دو مورد از علائم زیر را به مدت حداقل ۳ روز در ماه و حداقل ۳ ماه متوالی داشته و شروع این علائم در ۶ ماه گذشته بوده پزشک وی

به طور مثال غیبت از کار و مراجعه به پزشک در این گروه افراد بیش از سایرین است (۷). شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در کشورهای غربی در حدود ۵ تا ۱۵ درصد برآورد گردیده است (۱، ۵). شیوع در کشورهای مختلف برحسب معیار تشخیصی به کار رفته متفاوت است (۸-۱۰). تا امروز در مطالعات انجام شده در دنیا از معیارهای کشورهای غربی برای تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شده است که این معیارها مطابق فرهنگ و زبان این کشورها استاندارد نشده است (۱۱، ۱۲). در مطالعات مختلفی که در جنوب آسیا و مدیترانه انجام شده است فقدان یک معیار مناسب و استاندارد شده تشخیصی به عنوان مهم‌ترین محدودیت و علت تناقض شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح شده است (۹، ۱۳-۱۵).

تاکنون مطالعات اندکی در خصوص وضعیت سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران انجام شده است که هیچ کدام از این مطالعات با استفاده از یک ابزار استاندارد شده بر حسب ساختار زبان و فرهنگ ما صورت نگرفته است (۱۶-۱۸). در این مطالعات شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر متفاوت گزارش شده است به عنوان مثال در مطالعه انجام شده در شهرکرد شیوع ۵/۸ درصد (۱۶) و در مطالعه انجام شده توسط مسرت و همکاران شیوع حدود ۳ درصدی (۱۸) گزارش شده است. با وجود اینکه شیوع این بیماری پایین است ولی از آنجا که درد و رنج حاصل از این بیماری برای سالیان متمادی بیمار را درگیر کرده و کیفیت وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا به طور مستقیم و غیر مستقیم بار سنگینی را به جامعه تحمیل خواهد کرد و از آنجا که مطالعات جامع و مبتنی بر جمعیت در این خصوص کمتر انجام شده است لذا این مطالعه با هدف بررسی شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر و با استفاده از پرسشنامه‌ای استاندارد در جمعیت استان تهران طرح ریزی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

به منظور دستیابی به چشم اندازی از وضعیت سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران، مطالعه‌ای مقطعی و مبتنی بر جمعیت در فاصله سال‌های ۸۶-۱۳۸۵ در استان تهران و در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که شامل مناطق شمال، شرق و جنوب شرق شهر تهران و همچنین ۴ شهرستان ورامین، فیروزکوه، دماوند و پاکدشت انجام شد. با استفاده از نرم افزار Epi Info حجم نمونه انتخاب و ۱۹۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند که انتخاب نمونه‌ها در شهر تهران با استفاده از کدپستی و در شهرستان‌ها با استفاده از شماره خانوار صورت گرفته است. از این تعداد نهایتاً

افراد غیر متأهل گزارش گردید ($p=0/03$). ارتباطی میان شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر و سطح تحصیلات مشاهده نشد. (جدول ۱).

شیوع بیماری در افرادی که وقایع سخت نظیر فوت بستگان نزدیک، ورشکستگی، بیماری‌های سخت و ... را تجربه کرده بودند بیش از سایر افراد گزارش گردید ($p<0/001$) (جدول ۲).
 ۹۴ درصد از بیماران (۱۸۶ نفر) از درد و ناراحتی شکمی که با دفع بهبود می‌یافت، رنج می‌بردند. ۷ درصد (۱۳ نفر) از بیماران درد در کل شکم را گزارش کردند. شایع‌ترین علائم بعد از درد شکمی، تغییر در اجابت مزاج (۷۸٪) و تغییر در دفعات مدفوع (۷۰٪) گزارش شد. ۵۲ درصد (۱۰۳ نفر) از بیماران یبوست، ۱۸ درصد اسهال (۳۵ نفر) و ۸ درصد (۱۶ نفر) هر دو علامت را متناوباً تجربه می‌کردند. همچنین ۶۱ درصد (۱۲۲ نفر) بیماران نفخ شکمی، ۵۵ درصد (۱۰۹ نفر) سوزش سردل، ۲۵ درصد (۵۰ نفر) درد مقعد، ۱۷ درصد (۳۳ نفر) کاهش وزن، ۱۵ درصد (۲۹ نفر) تهوع و استفراغ، ۱۰ درصد (۲۰ نفر) خون در مدفوع و ۸ درصد (۱۵ نفر) بلع دردناک را نیز گزارش کرده بودند. شیوع این علائم بر حسب جنس متفاوت بود به گونه‌ای که اسهال و یبوست در مردان و درد شکم و مقعد در زنان بیشتر بود (جدول ۳). یافته‌ها حاکی از آنست که ۷۸ درصد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای رم ۳، مبتلا به سوء هاضمه نیز بودند که این درصد در افراد غیر مبتلا ۵۸ درصد بوده است (نسبت شانس = ۲/۶، حدود اطمینان ۹۵٪: ۱/۸-۳/۸، $p<0/001$).

را مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تشخیص می‌داد این علائم عبارت بودند از: ۱) بهبود علائم با دفع ۲) تغییر در دفعات اجابت مزاج ۳) تغییر در قوام مدفوع به صورت اسهال یا یبوست.

شیوع سندرم تحریک‌پذیر بر حسب متغیرهای مختلف در حدود اطمینان ۹۵ درصد گزارش شده است. تجزیه و تحلیل داده با استفاده از آزمون کای اسکور و نرم افزار SPSS 16 صورت گرفته است.

نتایج

از ۱۸۱۸ نفر شرکت کننده در مطالعه در حدود ۵۰ درصد زن و ۵۰ درصد مرد بودند. میانگین سنی افراد $38/7 \pm 17/1$ سال (میانگین ۳۶ سال) گزارش گردید. ۲۷۹۰ نفر (۱۵/۳٪) از افراد در فرم اطلاعات شماره ۱ مبتلا به حداقل یکی از علائم گوارشی را گزارش کرده و به پزشک ارجاع شده و پرسشنامه اختلالات عملکردی دستگاه گوارش برای آنان تکمیل گردیده است. بر طبق این پرسشنامه ۱۹۸ نفر (۱/۱٪) مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شناخته شدند که شیوع این بیماری در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان بود (۱/۵٪ در مقابل ۰/۶٪، $p<0/001$) همچنین نمایه توده بدنی در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بیش از مردان بود ($p<0/001$). شیوع بیماری با افزایش سن در ارتباط بود به گونه‌ای که ۴۴ نفر (۲۲٪) بیماران زیر ۳۰ سال، ۶۵ نفر (۳۳٪) ۳۰ تا ۴۵ سال و ۸۹ نفر (۴۵٪) بالای ۴۵ سال سن داشتند ($p=0/006$). همچنین شیوع بیماری در افراد متأهل بیش از

جدول شماره (۱): شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جمعیت پوشش دانشگاه شهید بهشتی در استان تهران در

سال‌های ۱۳۸۶-۸۶

جنسیت	تعداد افراد تحت مطالعه		تعداد بیماران	شیوع	حدود اطمینان ۹۵٪	
	مطالعه	تعداد بیماران			حد پایین	حد بالا
مرد	۹۱۰۸	۵۹	۵۹	۰/۶۵	۰/۵	۰/۸۴
زن	۹۰۷۲	۱۳۹	۱۳۹	۱/۵۳	۱/۳	۱/۸
سن						
<۳۰	۷۳۸۹	۴۴	۴۴	۰/۶	۰/۴۵	۰/۱۸
۳۰-۴۵	۵۰۳۸	۶۵	۶۵	۱/۲۹	۱/۰۱	۱/۶۴
>۴۵	۵۷۵۳	۸۹	۸۹	۱/۵۵	۱/۲۶	۱/۹
وضعیت تأهل						
مجرد + بیوه + مطلقه	۶۴۱۸	۳۱	۳۱	۰/۴۸	۰/۳۴	۰/۶۸
متأهل	۱۱۷۶۲	۱۶۶	۱۶۶	۱/۴۱	۱/۲۱	۱/۶۴
تحصیلات						
ابتدایی و پایین تر	۳۹۱۰	۵۰	۵۰	۱/۲۸	۰/۹۷	۱/۶۸
زیر دیپلم	۵۹۵۰	۶۵	۶۵	۱/۰۹	۰/۸۶	۱/۳۹
دیپلم	۵۰۴۰	۵۲	۵۲	۱/۰۳	۰/۷۹	۱/۳۵
فوق دیپلم	۲۸۴۰	۲۷	۲۷	۰/۹۵	۰/۶۵	۱/۳۸
بالتر	۴۴۰	۶	۶	۰/۹۱	۰/۳۵	۲/۳۲

جدول شماره (۲): نسبت شانس ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در افرادی که تجربه وقایع سخت را داشته‌اند

حدود اطمینان ۹۵%	نسبت		سندرم روده تحریک‌پذیر		
	حد پایین	حد بالا	-%	+%	
۲/۴۸	۱/۲۲	۱/۷۴	۱۸/۱	۲۷/۷	مرگ بستگان نزدیک
۴/۱۸	۱/۴۷	۲/۴۸	۴/۷	۱۰/۸	تصادف
۳/۱۶	۱/۲۰	۱/۹۵	۶/۹	۱۲/۷	ورشکستگی
۲/۵۳	۰/۸۹	۱/۵۰	۷/۱	۱۰/۲	بیماری شدید

جدول شماره (۳): شیوع علائم گوارشی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر حسب جنسیت در جمعیت پوشش دانشگاه شهید بهشتی در استان تهران در سال‌های ۸۶-۱۳۸۶

حدود اطمینان ۹۵%		شیوع	سندرم روده تحریک‌پذیر		
حد بالا	حد پایین		زن (%)	مرد تعداد (%)	
۲/۲۷	۰/۶۱	۱/۱۸	۹۹(۷۱)	۴۰(۶۸)	تغییر در دفعات اجابت مزاج
۲/۰۴	۰/۵۰	۱/۰۱	۱۰۴(۷۴/۸)	۴۴(۷۴/۶)	تغییر در قوام مدفوع
۱/۳۴	۰/۳۳	۰/۷۲	۶۹(۴۹/۶)	۳۴(۵۷/۶)	یبوست
۰/۷۸	۰/۱۷	۰/۳۷	۱۸(۱۳)	۱۷(۲۸/۸)	اسهال
۱/۹۴	۰/۵۵	۱/۰۴	۸۶(۶۲)	۳۶(۶۱)	نفخ شکمی
۱/۹۳	۰/۵۹	۱/۰۵	۷۷(۵۵)	۳۲(۵۴)	سوزش سر دل
۴/۲۹	۰/۹۱	۱/۹۸	۴۰(۲۹)	۱۰(۱۷)	درد مقعد
۱/۵۶	۰/۲۳	۰/۶۰	۱۲(۹)	۸(۱۳/۵)	مدفوع خونی
۱/۷۹	۰/۳۴	۰/۷۸	۱۹(۱۴)	۱۰(۱۷)	تهوع و استفراغ
۰/۸۱	۰/۱۷	۰/۳۷	۱۷(۱۲)	۱۶(۲۷)	کاهش وزن

بحث

بر اساس یافته‌های این بررسی شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر ۱/۱ درصد برآورد گردید که به طور معنی داری با جنس، وضعیت تأهل، شاخص توده بدنی و تجربه وقایع سخت و دشوار در ارتباط بود.

شیوع برآورد شده در این مطالعه به طور چشمگیری کمتر از شیوع بدست آمده در سایر مطالعات می‌باشد. به عنوان مثال در دو مطالعه انجام شده در آمریکا با استفاده از معیارهای رم I و II شیوع ۱۴/۱ درصد و ۳۵ درصد تخمین زده شده است (۶، ۲۰). همچنین در مطالعه دیگری که در فرانسه و با استفاده از معیارهای رم I انجام شده است شیوع بیماری ۴ درصد گزارش گردیده است (۲۱). بررسی‌های انجام شده در ایران نیز شیوع بالاتری از بیماری را گزارش نموده‌اند. چنانکه قنادی و همکاران با بررسی دانشجویان پزشکی شیوع ۱۸ درصدی بیماری را برآورد کردند (۱۳). همچنین حسینی اصل و همکاران در بررسی افراد

بالای ۲۰ سال در شهرکرد با استفاده از معیارهای رم II شیوع ۵/۹ درصدی بیماری را گزارش نمودند (۱۶). روش‌شناسی و همکاران نیز در بررسی مراجعه کنندگان به کلینیک‌های گوارشی ۲۷ درصد این بیماران را مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دانستند (۱۴). تناقض مشاهده شده در میزان شیوع بیماری در این مطالعه و سایر بررسی‌ها منتج از جمعیت تحت مطالعه و معیار تشخیصی مورد استفاده می‌باشد. مطالعه حاضر یک بررسی مبتنی بر جمعیت است که کل افراد بالای ۱۶ سال را از نظر ابتلا به بیماری مورد بررسی قرار داده است و مسلماً شیوع در کل جمعیت از شیوع در جمعیت‌های خاص نظیر آنچه که قنادی و همکاران در بررسی دانشجویان پزشکی (۱۳) و یا روش‌شناسی و همکاران در بررسی بیماران گوارشی (۱۴) گزارش نموده‌اند کمتر خواهد بود. شیوع برآورد شده بیماری در جمعیت شهرکرد که بسیار کمتر از شیوع در دو مطالعه فوق می‌باشد، گواهی بر این مدعا است (۱۶). از طرف دیگر در مطالعه حسینی اصل و همکاران جمعیت بالای ۲۰ سال

کرده‌اند (۲۴). همچنین شیوع بیماری با افزایش سن در ارتباط بود که مطالعات پیشین نیز این موضوع را تأیید کرده‌اند (۲۱). همسو با سایر مطالعات، وقایع تنش زا و اضطراب آور به طور معنی داری با شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در ارتباط بود (۲۵، ۲۶).

از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به وجود داده‌های گمشده اشاره کرد. به گونه‌ای که به دلیل عدم پاسخگویی به تمام سؤالات، برخی از بیماران در هیچ یک از زیرگروه‌های بیماری قرار نمی‌گرفتند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه سندرم روده تحریک‌پذیر از شیوع کمی در کشور برخوردار است ولی عوارض و مشکلات زیادی را برای بیماران ایجاد می‌کند که کیفیت زندگی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار خواهد داد لذا تشخیص و درمان زود هنگام بیماری ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه وقایع اضطراب آور به طور با بروز بیماری در ارتباط هستند به همین دلیل تغییر سبک زندگی و دوری از فعالیت‌هایی که با استرس و فشار عصبی همراه هستند در برطرف کردن علائم بیماری مفید خواهد بود.

برآورد کمتر از حد مورد انتظار شیوع در این مطالعه را می‌توان نشأت گرفته از خصوصیات جمعیت مورد مطالعه، معیارهای تشخیصی بکار رفته و تورش‌های احتمالی دانست. تهیه و استاندارد سازی یک معیار تشخیصی غیر بالینی مناسب بر حسب ساختار زبان و فرهنگ کشور ما به جهت شناسایی هر چه بهتر افراد مبتلا ضروری به نظر می‌رسد. همچنین انجام مطالعات آتی در خصوص عوامل محیطی، ژنتیکی، روانشناختی و برهمکنش این عوامل در ایجاد سندرم روده تحریک‌پذیر پیشنهاد می‌شود.

به عنوان جمعیت تحت مطالعه در نظر گرفته شده‌اند در حالیکه در بررسی حاضر جمعیت بالای ۱۶ سال مورد بررسی قرار گرفته‌اند و از آنجا که ایران دارای جمعیت جوانی است و گروه زیادی در فاصله سنی ۱۶ تا ۲۰ سال قرار دارند و از طرف دیگر سندرم روده تحریک‌پذیر بیشتر در افراد مسن مشاهده می‌شود، اضافه کردن این تعداد به مخرج کسر میزان شیوع، باعث کاهش برآورد میزان شیوع خواهد شد. از سویی دیگر بخش اعظمی از جمعیت تحت مطالعه در این بررسی را مردم مناطق روستایی و شهرهای کوچک تشکیل می‌دادند که احتمالاً فعالیت بدنی (۲۲) و دریافت فیبر (۲۳) بیشتری دارند لذا احتمال ابتلا به بیماری‌های روده در این افراد کمتر است.

از طرف دیگر معیارهای تشخیصی به کار رفته در مطالعات مستقیماً بر برآورد شیوع بیماری تأثیر می‌گذارند. معیار تشخیصی به کار رفته در این مطالعه ویرایش سوم معیارهای رم بوده است که بر مبنای آن افراد با داشتن برخی علائم در سه ماه گذشته مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند. این در حالیست که در ویرایش دوم معیارهای رم داشتن علائم در حداقل ۱۲ ماه گذشته ملاک تشخیص بیماری بوده است. این کاهش مدت زمان، اگرچه فرآیند تشخیص بیماری را تسهیل می‌کند ولی از آنجا که افرادی که در ۳ ماه گذشته با کاهش علائم مواجه شده‌اند را جزء بیماران به حساب نمی‌آورد موجب کم برآورد کردن میزان شیوع بیماری خواهد شد. از سویی دیگر این امکان وجود دارد که افراد با علائم خفیف، به خوبی علائم بیماری را به خاطر نیاورده و این تورش یادآوری نیز موجب کاهش برآورد شیوع می‌گردد.

شیوع بیماری در زنان بیش از مردان بود که با مطالعات انجام شده در ایران و سایر نقاط جهان مطابقت دارد (۱۶، ۱۷، ۲۱). اگر چه تعداد کمی از مطالعات شیوع در مردان را بیشتر گزارش

References:

1. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123(6): 2108-31.
2. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. US. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Digest Dis Sci* 1993;38(9): 1569-80.
3. Longstreth GF. Irritable bowel syndrome: a multibillion-dollar problem. *Gastroenterology* 1995;109(6): 2029-31.
4. Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology* 1991;100(4): 998-1005.
5. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ. 3rd Ed. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;101(4): 927-34.

6. Hungin AP, Chang L, Locke GR, Dennis EH, Barghout V. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Therapeutics*. 2005;21(11): 1365-75.
7. Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *Br J Gen Pract* 2004;54(504): 495-502.
8. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut* 1999;45 Suppl 2: III-5.
9. Ghoshal UC, Abraham P, Bhatt C, Choudhuri G, Bhatia SJ, Shenoy KT, et al. Epidemiological and clinical profile of irritable bowel syndrome in India: report of the Indian Society of Gastroenterology Task Force. *Indian J Gastroenterol* 2008;27(1): 22-8.
10. Lea R, Hopkins V, Hastleton J, Houghton LA, Whorwell PJ. Diagnostic criteria for irritable bowel syndrome: utility and applicability in clinical practice. *Digestion* 2004;70(4): 210-3.
11. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000;46(1): 78-82.
12. Taub E, Cuevas JL, Cook EW. 3rd Ed. In: Crowell M, Whitehead WE, Editors. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis. Gender and race comparisons. *Digest Dis Sci* 1995;40(12): 2647-55.
13. Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol* 2005;24(5): 225-6.
14. Roshandel D, Rezailashkajani M, Shafae S, Zali MR. Symptom patterns and relative distribution of functional bowel disorders in 1,023 gastroenterology patients in Iran. *Intern J Colorectal Dis* 2006;21(8): 814-25.
15. Ford AC, Talley NJ, Veldhuyzen van Zanten SJ, Vakil NB, Simel DL, Moayyedi P. Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing this patient's lower gastrointestinal tract symptoms? *JAMA* 2008;300(15): 1793-805.
16. Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2003;22(6): 215-6.
17. Khoshbaten M, Hekmatdoost A, Ghasemi H, Entezariasl M. Prevalence of gastrointestinal symptoms and signs in northwestern Tabriz, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2004;23(5): 168-70.
18. Massarrat S, Saberi-Firoozi M, Soleimani A, Himmelmann GW, Hitzges M, Keshavarz H. Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two populations in Iran. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7(5): 427-33.
19. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointestin Liver Dis* 2006;15(3): 237-41.
20. Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Steege JF. Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Obstetr Gynecol* 2004;104(3): 452-8.
21. Bommelaer G, Dorval E, Denis P, Czernichow P, Frexinos J, Pelc A, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in the French population according to the Rome I criteria. *Gastroenterologie clinique et biologique*. 2002;26(12): 1118-23.
22. Daley AJ, Grimmett C, Roberts L, Wilson S, Fatek M, Roalfe A, et al. The effects of exercise upon symptoms and quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Intern J Sports Med* 2008;29(9): 778-82.
23. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EM, et al. Effect of fibre,

- antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research ed.)* 2008;337: a2313.
24. Rao KP, Gupta S, Jain AK, Agrawal AK, Gupta JP. Evaluation of Manning's criteria in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physician India* 1993;41(6): 357-8, 63.
25. Keefer L, Blanchard EB. A one year follow-up of relaxation response meditation as a treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2002;40(5): 541-6.
26. Pinto C, Lele MV ,Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India* 2000;48(6): 589-93.