مقاله
پژوهشی

مقایسه کیفیت زندگی و علایم روانشناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان سالم و مبتلا به یبوست

حمیدرضا کیانی فر[1]، محمد علی کیانی[1]، سید حمید حسینی[2]، سیدعلی جعفری[1]، حمید آهنچیان[3]، علی خاکشور[4]

[1]دانشیار و فوق تخصص گوارش کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[2] کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[3]دانشیار و فوق تخصص آلرژی و ایمنولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[4]استادیار و متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
***نویسنده مسئول:** مشهد، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
پست الکترونیک: khakshourA@mums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: *یبوست یکی از مشکلات شایع گوارشی در کودکان است و مشکلات روانشناختی و رفتاری همراه با یبوست مزمن می تواند منجر به اختلال در کیفیت زندگی کودکان مبتلا گردد. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه کیفیت زندگی و علایم روانشناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان ۲ تا ۱۸ سال سالم و مبتلا به یبوست می باشد.*

مواد و روش کار: *این مطالعه به صورت مورد- شاهدی بر روی ۵۵ کودک و نوجوان مبتلا به یبوست عملکردی و ۵۵ کودک و نوجوان بدون یبوست عملکردی که از نظر سن و جنسیت همگن بودند انجام شد. پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه فیزیکی، پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality of life) و پرسشنامه توانایی ها و مشکلات رفتاری (Strengths and Difficulties Questionnaire) در اختیار والدین و نوجوانان جهت تکمیل قرار گرفت. سپس داده ها جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آزمون های آماری کای دو، آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست تجزیه و تحلیل گردید.*

یافته ها: *میانگین نمره کیفیت زندگی گزارش شده توسط خود کودک و والدین در گروه مورد، ۳/۹±۵۴/۶۷ و ۳/۲±۴۹/۸۶ و در گروه کنترل ۴/۰±۶۳/۲۶ و ۳/۴±۶۶/۰۹ بود که فقط در نمره گزارش شده توسط والدین تفاوت معنادار آماری وجود داشت (p=۰/۰۱۴). درعملکرد هیجانی میان دو گروه نیز تفاوت آماری معناداری مشاهده گردید. (p=۰/۰۲۴ برای گزارش والدین و p= ۰/۰۱۶ برای گزارش خود کودک). نمره کلی پرسشنامه SDQ در گروه مورد و کنترل به ترتیب در ۹۳٪ و ۸۳٪ افراد غیرطبیعی بود، اما از نظر آماری معنی دار نبود (p=۰/۶۳۱).*

نتیجه‌گیری: *کیفیت زندگی بر اساس گزارش والدین و عملکرد هیجانی در کودکان مبتلا به یبوست عملکردی مختل است و توصیه می شود تا این کودکان از این نظر غربال شوند چرا که با ارجاع به روان پزشک اطفال و درمان آن، به درمان و کنترل عود یبوست نیز کمک خواهد شد.*

واژه های کلیدی: *یبوست، علایم روانشناختی، علایم رفتاری، کیفیت زندگی*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال۹۵؛ دوره ۸ (۱): ۱۳۴-۱۲۵
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(1):125-134

وصول: ۹۴/۱۱/۱۴
اصلاح: ۹۴/۱۲/۲۶
پذیرش: ۹۵/۲/۱۴

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

یبوست یکی از مشکلات شایع گوارشی در کودکان می باشد و در ۳۰٪- ۲۸٪ کودکان دیده می شود [۳-۱]. یبوست و مشکلات همراه با آن ۳٪ مراجعین به متخصصین اطفال و ۲۵-۳۰٪ مراجعین به کلینک های گوارش کودکان را تشکیل می دهد [۴]. یبوست یک علامت است و یک بیماری تلقی نمی شود ولی تشخیص های افتراقی زیادی را باید در نظر داشت که تحت چهار طبقه عمده دسته بندی می شود: گوارشی، ادراری – تناسلی، روانشناختی – رفتاری و سایر علل طبی [۵]. در عمل دیده می شود که عمده این کودکان ناهنجاری نداشته و یبوست آنها تحت عنوان یبوست عملکری مزمن شناخته می شود [۳-۱]. در بیماری یبوست دفع مدفوع بزرگ و خشک در رکتوم، مشکل و حتی دردناک است؛ بنابراین، احتباس بیش تری روی داده و سیکل معیوبی آغاز می شود. اتساع کولون و رکتوم از حساسیت رفلکس دفع و تأثیر پریستالتیسم می کاهد. در نهایت، ممکن است محتویات آبکی پروکسیمال کولون از اطراف مدفوع سفت و احتباس یافته عبور نموده و بدون آن کودک درک کند از رکتوم دفع شود. دفع غیر ارادی ممکن است با اسهال اشتباه شود. یبوست تأثیر سیستمیک عضوی زیان باری ندارد، اما در موارد شدید طول کشیده می تواند در عفونت دستگاه ادراری تاثیر داشته و ایجاد اضطراب نموده و تأثیر هیجانی قابل ملاحظه ای بر بیمار و خانواده داشته باشد [۶]. مشکلات رفتاری و روانشناختی همراه با یبوست مزمن نیز طیف وسیعی از اختلالات را در بر می گیرد. گرچه اختلالات روانشناختی به خوبی شناخته نشده و در بیشتر موارد مورد بررسی قرار نمی گیرد. علت بی توجهی به علل روانشناختی می تواند ناشی از عدم درک عینی از ارتباط بین یبوست و مشکلات روانشناختی – رفتاری باشد و البته افتراق این مسئله نیز مشکل است که یبوست و مشکلات روانشناختی، کدام یک اولیه و کدام یک ثانوی به دیگری می باشد. بعلاوه ارزیابی تغییرات رفتاری، حوادث استرس آور، دینامیک خانواده که همگی ممکن است در ارتباط با یبوست باشد بسیار مشکل و وقت گیر است. لذا جنبه های روانشناختی یبوست مورد بی توجهی قرار می گیرد . در مطالعات انجام شده، مشکلات همراه و یا ناشی از یبوست شامل کاهش اعتماد به نفس، از دست دادن و یا پسرفت مهارتهای انطباقی، ترس و یا فرار از مدرسه و اختلالات عاطفی مطرح می باشد [۵]. مطالعات انجام شده بر روی علل روانشناختی یبوست در کودکان و خانواده های آنها بسیار محدود و متناقض می باشد. در ۸۴٪ کودکان با یبوست، بی اختیاری دفعی دیده می شود [۷]. مطالعات بیانگر این واقعیت هستند که در تعداد قابل توجهی از کودکان، بی اختیاری دفعی با درجاتی از مشکلات روانشناختی – اجتماعی همراه می باشند [۸]. و همراهی این اختلالات بر روند درمان این بیماران موثر می باشد [۸-۷]. همچنین ممکن است یبوست با بی اختیاری دفعی، با احساس گناه و مشکلات رفتاری (انزوای اجتماعی، اضطراب، افسردگی، رفتارهای بزه و پرخاشگری) همراه شود [۱۰-۸]. از طرف دیگر، در بررسی کیفیت زندگی کودکان با یبوست نشان داده شده که یبوست بر روی هم جنبه های هیجانی و هم فیزیکی عملکرد کودک اثر می گذارد و برداشت والدین از کیفیت زندگی بدتر از کودکان می باشد [۱۱]. یافته های متناقض و محدود موجود در منابع علمی و تحقیقاتی، ما را بر آن داشت تا اختلالات روانپزشکی و کیفیت زندگی را در کودکان و نوجوانان با یبوست (با یا بدون اختلال دفعی) مورد بررسی قرار دهیم تا با شناسایی عوامل روانپزشکی بتوان برنامه ریزی لازم برای درمان این بیماران انجام شود و به تبع آن در ایجاد درمانگاه های مشترک روانپزشکی – گوارش اطفال و دادن مشاوره به خانواده این کودکان، جهت بهبود سلامت روانی و جسمی و درمان این کودکان گام های موثری برداشت. لذا این مطالعه با هدف بررسی مقایسه کیفیت زندگی و علایم روانشناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان سالم و مبتلا به یبوست انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع مورد – شاهد بودکه در آن کیفیت زندگی و ویژگی های روانشناختی کودکان و نوجوانان (۲-۱۸ سال) مبتلا به یبوست عملکردی با کودکان و نوجوانان بدون یبوست عملکردی که از نظر سن، جنس، تعداد افراد خانواده، تحصیلات و شغل والدین با گروه مورد مطالعه همگن بودند بررسی گردید. جهت تعیین حجم نمونه های مورد مطالعه با توجه به میانگین اضطراب و افسردگی در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

دو گروه مورد و شاهد حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ عبارت بود از ۵۵ نفر که جهت انتخاب این نمونه ها از روش آسان و با نمونه های در دسترس در بیمارستان شیخ مشهد استفاده گردید [۱۲]. تعداد ۵۵ کودک و نوجوان (۲-۱۸ سال) مبتلا به یبوست عملکردی بر اساس تاریخچه پزشکی و تشخیص و تایید بیماری آنها توسط فوق تخصص گوارش اطفال وارد مطالعه شدند. تعریف یبوست عملکردی، دفعات اجابت مزاج کمتر از سه بار در هفته می باشد که در معاینه این بیماران، توده قابل لمس شکمی و یا رکتال وجود دارد و علل عضوی (رژیم غذایی، بیماری های دستگاه گوارش و اورو ژنیتال) عامل یبوست نباشند. بیماران مراجعه کننده با علل غیر از یبوست و یا همراهی با سایر بیماریهای مزمن داخلی یا بیماریهای عصبی مزمن و حاد و عقب ماندگی ذهنی بر اساس اخذ سابقه از والدین و یا ثبت شده در پرونده، از مطالعه خارج شدند. نمونه ها با روش نمونه گیری در دسترس از بین مراجعین به درمانگاه گوارش اطفال از مهر ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۱ انتخاب شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران و والدین، جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک، کیفیت زندگی، روان شناختی و رفتاری انجام شد. در این مرحله افراد مورد مطالعه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی (Quality of life) و پرسشنامه توانایی ها و مشکلات رفتاری (Strengths and Difficulties Questionnaire) را که خود شامل دو فرم والدین و فرم خودگزارش (برای نوجوانان ۱۱ ساله و بالاتر) می باشد و توسط مسئول مربوطه در اختیارشان قرار می گرفت، تکمیل نمودند. پرسشنامه توانایی ها و مشکلات رفتاری که به بررسی علایم رفتاری در کودکان و نوجوانان می‌پردازد، شامل ۲۵ سؤال برای سنجش پنج معیار احساسی، سلوک، بیش‌فعالی، چگونگی برخورد با همسالان و میزان اجتماعی‌بودن می‌باشد که هر یک در سه سطح طبیعی، مرزی و غیرطبیعی طبقه‌بندی می‌شود. همچنین در مجموع نمرات علایم احساسی، سلوک، بیش‌فعالی و برخورد با همسالان را در اندکس total score بررسی می‌کند. کل پرسشنامه نسخه والد به صورت ۱۳-۰ (طبیعی)، ۱۶-۱۴ (مرزی) و ۴۰-۱۷ (غیرطبیعی) و کل پرسشنامه شرکت‌کننده به صورت ۱۵-۰ (طبیعی)، ۱۹-۱۶ (مرزی) و ۴۰-۲۰ (غیرطبیعی) نمره‌بندی می‌شود. پرسشنامه peds QL کیفیت زندگی کودکی و نوجوانی را ارزیابی می‌کند و به صورت ۲۵-۰ (ضعیف)، ۵۰-۲۵ (متوسط)، ۷۵-۵۰ (خوب) و ۱۰۰-۷۵ (عالی) در هر دو نسخه والد و شرکت‌کننده نمره‌بندی شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی مورد تایید و مورد استفاده قرار گرفته است [۱۳]. داده ها پس از ورود به کامپیوتر با استفاده از نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل از آزمونهای کای دو (Chi square)، آزمون T نمونه های مستقل (independent-samples T test) و نیز تست آماری آنالیز واریانس یک طرفه (one – way ANOVA test) و یا معادل های غیر پارامتریک استفاده شد. ضریب اطمینان مورد نظر ۹۵ ٪ بود. با توجه به آنکه فرآیندی خارج از درمان معمول و مداخله ای صورت نگرفت لذا جهت استفاده از نتایج برای طرح پژوهشی اطلاعات لازم به بیمار و یا قیم و سرپرست او داده شد و در صورت تمایل و پس از اخذ رضایت آگاهانه در طرح شرکت نمودند.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۵۵ کودک و نوجوان (۲-۱۸ سال) مبتلا به یبوست عملکردی که تشخیص آن توسط فوق تخصص گوارش اطفال قطعی بود و تعداد ۵۵ کودک و نوجوان به عنوان گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۵۸ نفر (۵۲/۷٪) از افراد شرکت کننده در مطالعه پسر و ۵۲ نفر (۴۷/۳٪) دختر بودند. بیشترین و کمترین فراوانی سنی در هر دو گروه مورد مطالعه، گروه سنی دو تا چهار سال و گروه سنی سیزده تا هجده سال بود. آزمون کای دو نشان داد که اختلاف معنادار آماری میان ۲ گروه مورد و شاهد از نظر گروه های سنی و جنسیت وجود نداشت. میانگین نمره کیفیت زندگی بر اساس نمره گزارش شده توسط خود کودک و توسط والدین به ترتیب در گروه مورد با تشخیص یبوست عملکردی، ۵۴/۶۷±۳/۹ و ۴۹/۸۶±۳/۲؛ و در گروه کنترل ۶۳/۲۶±۴/۰ و ۶۶/۰۹±۳/۴ به دست آمد. در آنالیز میانگین ها با آزمون تی تست تفاوت کیفیت زندگی گروه

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۱: مقایسه نمره مولفه های کیفیت زندگی درکودکان مبتلا به یبوست عملکردی و گروه شاهد

متغیرها	عملکرد فیزیکی		عملکرد هیجانی		عملکرد اجتماعی		عملکرد مدرسه		نمره کلی کیفیت زندگی	
	گزارش کودک	گزارش والدین	گزارش کودک	گزارش والدین	گزارش کودک	گزارش والدین	گزارش کودک	گزارش والدین	گزارش کودک	گزارش والدین
یبوست عملکردی	۵۸/۲۷±۵/۰	۵۵/۳۴±۲/۳	۴۲/۸۸±۵/۲	۴۰/۰۸±۴/۶	۶۹/۲۵±۵/۱	۶۷/۵۲±۵/۳	۴۸/۲۷±۶/۵	۳۶/۴۹±۵/۶	۵۴/۶۷±۳/۹	۴۹/۸۶±۳/۲
گروه شاهد	۶۶/۰۰±۴/۵	۶۷/۴۰±۴/۳	۶۱/۷۵±۵/۴	۵۷/۳۳±۵/۲۸	۷۴/۳۲±۴/۷	۷۷/۹۹±۳/۹	۵۰/۹۹±۷/۱	۶۱/۶۶±۷/۴	۶۳/۲۶±۴/۰	۶۶/۰۹±۳/۴
کل	۶۰/۷۲±۲۶/۳	۶۸/۲۴±۲۲/۱	۵۱/۶۲±۲۹/۰	۵۱/۱۴±۲۷/۲	۷۱/۶۰±۲۵/۹	۷۶/۸۵±۲۳/۱	۴۹/۵۳±۳۴/۸	۳۷/۳۷±۳۸/۵	۵۸/۶۵±۲۰/۹	۵۸/۰۳±۱۷/۵
P-value	۰/۴۷۱	۰/۱۹۰	۰/۰۱۶	۰/۰۲۴	۰/۴۷۸	۰/۱۷۱	۰/۷۷۷	۰/۱۱۷	۰/۱۳۳	۰/۰۱۴
F	۰/۲۱۱	۴/۶۷۱	۰/۲۸۰	۰/۵۹۱	۰/۸۷۲	۵/۸۲۰	۰/۱۷۳	۹/۳۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴۳

های مورد مطالعه، بر اساس نمره گزارش شده توسط والدین (p=۰/۰۱۴) معنی دار بود اما بر اساس نمره گزارش شده توسط خود کودک (p=۰/۱۳۳) معنی دار نبود. میانگین نمره عملکرد هیجانی گزارش شده توسط والدین و توسط خود کودک از نظر آماری اختلاف معنی داری داشت (p=۰/۰۲۴ و p=۰/۰۱۶)، به طوری که با مقایسه میانگین ها مشخص شد که عملکرد هیجانی کودکان مبتلا به یبوست عملکردی از کودکان گروه کنترل پایین تر است. ضمنا در مقایسه سایر عملکرد های کیفیت زندگی کودکان مبتلا به یبوست عملکردی با کودکان گروه شاهد، با اینکه در تمامی موارد، عملکرد کودکان مبتلا به یبوست عملکردی ضعیف تر از کودکان گروه شاهد بود ولی این اختلاف، از نظر آماری معنی دار نبود. (جدول ۱) بین پاسخ والدین در گروه مورد و شاهد در هیچ یک از مولفه های پرسشنامه توانایی ها و مشکلات رفتاری اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. میزان P- value برای علائم احساسی ۰/۲۰۸، برای مشکلات سلوک ۰/۴۴۷، برای بیش فعالی ۰/۴۹۰، برای مشکلات با همسالان ۰/۷۸۳ و برای اجتماعی بودن ۰/۳۰۹ بود. نمره کلی پرسشنامه SDQ در مبتلایان به یبوست عملکردی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲: مقایسه مولفه های پرسشنامه توانایی ها و مشکلات رفتاری گزارش شده توسط والدین در بین دو گروه مورد و شاهد

مولفه ها	مبتلا به یبوست عملکردی				گروه شاهد				Chi-square	df	P value
	طبیعی		مرزی	غیر طبیعی	طبیعی		مرزی	غیر طبیعی			
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)			
علائم احساسی	۳	(۲۰)	۲	(۱۳)	۹	(۳۷)	۶	(۲۵)	۹	(۳۷)	۳/۱۴۳	۲	۰/۲۰۸
مشکلات سلوک	۴	(۲۷)	۴	(۲۷)	۷	(۴۶)	۱۰	(۴۲)	۳	(۱۲)	۱/۶۱۲	۲	۰/۴۴۷
بیش فعالی	۸	(۵۳)	۱	(۷)	۶	(۴۰)	۱۱	(۴۶)	۵	(۲۱)	۱/۴۲۵	۲	۰/۴۹۰
مشکلات با همسالان	۸	(۵۳)	۱	(۷)	۶	(۴۰)	۱۵	(۶۳)	۲	(۸)	۰/۴۹۰	۲	۰/۷۸۳
اجتماعی بودن	۱۴	(۹۳)	۰	(۰)	۱	(۷)	۱۸	(۷۵)	۲	(۸)	۲/۳۴۸	۲	۰/۳۰۹
نمره کلی SDQ	۰	(۰)	۱	(۷)	۱۴	(۹۳)	۰	(۰)	۴	(۱۷)	۰/۸۲۶	۱	۰/۶۳۱

در ۹۳٪ بیماران «غیرطبیعی» و در گروه شاهد در ۸۳٪ افراد «غیرطبیعی» بود. این مسئله نیز از نظر آماری و با آزمون کای-دو معنی دار نبود (p=۰ /۶۳۱). (جدول ۲) نمره شاخص تاثیر در پرسشنامه تواناییها و مشکلات رفتاری حاضر از ۰ تا ۱۰ می باشد که نمره صفر در گروه «طبیعی»، نمره یک در گروه «مرزی» و نمره دو و بیشتر در گروه «غیر طبیعی» طبقه بندی گردید. در گروه کودکان مبتلا به یبوست عملکردی و گروه شاهد، نمره شاخص تاثیر به ترتیب در ۸۰ ٪ و ۷۵ ٪ افراد طبیعی بود. ضمنا بر اساس آزمون کای-دو، تفاوت آماری معنا داری میان دو گروه در شاخص تاثیر وجود نداشت (Chi-square=۰/۶۵۸ ، p=۰/۷۲۰).

بحث

بیشترین گروه سنی افراد شرکت کننده در مطالعه، هم در مبتلایان به یبوست عملکردی و هم در گروه کنترل، ۲ تا ۴ سال بود (به ترتیب ۵۰/۹٪ از مبتلایان به یبوست عملکردی و ۴۷/۳٪ از گروه کنترل) و کمترین گروه سنی افراد در هر دو گروه، ۱۳ تا ۱۸ سال بود (به ترتیب ۱/۸٪ از مبتلایان به یبوست عملکردی و ۳/۶٪ از گروه کنترل). در گروه مبتلایان به یبوست عملکردی، تقریبا تفاوتی میان تعداد پسر ها و دختر ها نبود (۵۰/۹٪ پسر و ۴۹/۱٪ دختر) ولی در گروه کنترل، پسرها بیشتر از دختر ها بودند (به ترتیب ۵۶/۴٪ و ۴۳/۶٪ افراد). البته دو گروه اختلاف معنادار آماری از این نظر نداشتند و دو گروه با هم همگن

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

بودند. این در حالی است که در مطالعه کلارک[1] و همکارانش، پسرهای مبتلا به یبوست با سرعت انتقال کند ۲ برابر دخترها بودند [۱۱]. در آنالیز آماری اختلاف کیفیت زندگی گروه های مورد مطالعه، بر اساس نمره گزارش شده توسط والدین معنی دار بود اما بر اساس نمره گزارش شده توسط خود کودک معنی دار نبود. در مطالعه کلارک و همکارانش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به یبوست با سرعت انتقال کند، به طور معناداری از گروه کنترل کمتر بود [۱۱]. در مطالعه والد[2] و همکارانش نیز که براساس پرسشنامه بیمار تکمیل شده از چند کشور شامل کشورهای فرانسه، آلمان، ایتالیا، انگلستان، کره جنوبی، برزیل و امریکا انجام گردید، تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی مبتلایان به یبوست و غیر مبتلایان به یبوست وجود داشت [۱۳]. یوسف[3] و همکاران نمره کیفیت زندگی کسب شده توسط کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی را ۷۸ (از حداکثر نمره ۱۰۰) گزارش کردند که از نظر آماری مشابه کودکان مبتلا به گاستروازوفاژیال ریفلاکس (۸۰) و بیماری روده تحریک پذیر(۸۴) بود ولی نسبت به کودکان سالم (۸۸)، نمره کیفیت زندگی پائین تری بود [۱۴]. این محققین در مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۰۵، کیفیت زندگی کودکان مبتلا به یبوست را با مبتلایان به گاستروازوفاژیال ریفلاکس و بیماری روده تحریک پذیر مقایسه کرده بودند که در نهایت گزارش کردند کودکان مبتلا به یبوست، نمرات کیفیت زندگی کمتری از کودکان مبتلا به گاستروازوفاژیال ریفلاکس و بیماری روده تحریک پذیر و کودکان سالم دارند [۱۵]. همانند نتایج این مطالعه در مطالعه کلارک نیز نمره کیفیت زندگی گزارش شده توسط والدین کودکان بیمار ۶۴/۴۳ و نمره گزارش شده توسط خود کودک ۷۲/۹۰ بود که از لحاظ آماری معنی دار بود؛ این در حالی است که در گروه کنترل این اختلاف وجود نداشت. محققین این مسئله را نشان دهنده تأثیر یبوست و دفع غیر قابل کنترل بر خانواده بیماران دانستند [۱۱] در مطالعه یوسف و همکاران نیز والدین کودکان مبتلا به یبوست، نمرات کمتری را نسبت به کودکان خود گزارش نمودند [۱۵]. یوسف و همکارانش پیشنهاد کردند که پزشکان معالج، باید به نگرانی بیشتر والدین و به همان نسبت گزارش کمتر خود کودک از سطح کیفیت زندگی، توجه کنند تا دچار اشتباه در میزان موفقیت درمان کودک نشوند [۱۵]. در آنالیز هر یک از زیر گروه های کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به یبوست عملکردی و گروه شاهد مشخص شد که در هر چهار حوزه عملکرد فیزیکی، عملکرد هیجانی، عملکرد اجتماعی و عملکرد مدرسه، عملکرد کودکان مبتلا به یبوست عملکردی ضعیف تر از کودکان گروه شاهد بود. در مطالعه بونگرز[4] و همکارانش در سال ۲۰۰۹ که در کودکان مبتلا به یبوست به همراه بی اختیاری مدفوع انجام شد، تعداد بالاتر دفعات بی اختیاری مدفوع، با عملکرد اجتماعی و هیجانی پائین تری همراه بود [۱۶]. در مطالعه فالیروس[5] و ماچادو[6] کودکان مبتلا به اختلالات دفع عملکردی شامل یبوست عملکردی، احتباس مدفوع عملکردی و بی اختیاری مدفوع عملکردی غیر احتباسی، نمرات فیزیکی و روانی – اجتماعی کمتری از کودکان سالم داشتند [۱۷]. در مطالعه ایروین[7] و همکارانش نیز جزء فیزیکی کیفیت زندگی، قویاً پیش گویی کننده تعداد ویزیت پزشک برای یبوست بود [۱۸]. در این مطالعه، پرسشنامه SDQ نیز برای شناسایی توانایی ها و مشکلات رفتاری کودکان شامل علائم احساسی، مشکلات سلوک، بیش فعالی، مشکلات با همسالان و اجتماعی بودن، به کار برده شد. بر اساس نتایج به دست آمده، در هیچ کدام از این موارد اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه مبتلایان به یبوست عملکردی و کنترل مشاهده نشد. ضمنا علی رغم اینکه نمره کلی پرسشنامه SDQ در مبتلایان به یبوست عملکردی در ۹۳٪ بیماران «غیرطبیعی» بود ولی در گروه کنترل در ۸۳٪ افراد «غیرطبیعی» بود، نکته جالب توجه این بود که نمره شاخص تاثیر محاسبه شده در ۸۰٪ از مبتلایان به یبوست عملکردی «طبیعی» و در ۲۰٪ این افراد «غیر طبیعی» بود اما در کودکان گروه کنترل نتایج بدتری به

1-Clarke
2-Wald
3-Yousseff
4-Bongers
5-Faleiros
6-Machado
7-Irvine

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

دست آمد و در ۷۵٪ از آنان «طبیعی» و در ۲۰/۸٪ این افراد «غیر طبیعی» بود. البته این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. انتظار می رفت نتایج بدست آمده در کودکان مبتلا به یبوست عملکردی با گروه شاهد حداقل در زیرگروه هیجانی تفاوت معناداری داشته باشد گرچه بر اساس نمره برش بدست آمده در هر دو گروه تعداد قابل ملاحظه ای از کودکان مشکلات رفتاری را نشان داده اند که بیانگر لزوم ارزیابی تشخیصی دقیق تر از طریق مصاحبه بالینی می باشد. در مطالعه دوانارایانا[1] و همکارانش در سال ۲۰۱۰، اختلالات روان شناختی همچون جدا شدن از بهترین دوست، رد شدن در امتحانات، بیماری شدید اعضای خانواده، بیکار بودن والدین، تنبیه شدن مکرر توسط والدین و زندگی در منطقه بازماندگان از جنگ در کودکان مبتلا به یبوست گزارش شد. همچنین در این مطالعه در افرادی که حوادث پر استرس زندگی را تجربه کرده بود، یبوست ۲/۵۲ برابر شیوع بیشتری داشت [۱۹]. بونگرز و همکارانش در سال ۲۰۰۹ با آنالیز رگرسیون خطی نشان دادند که ارتباط معنی داری میان عملکرد اجتماعی و بی اختیاری مدفوع در کودکان مبتلا به یبوست وجود دارد ولی در این مطالعه مشاهده شد که این کودکان، داشتن دوستان کمتر را گزارش نکردند و در رویدادهای اجتماعی، به خوبی شرکت می کردند [۱۶].رائو[2] و همکارانش در سال ۲۰۰۷، خصوصیات روانشناختی بیماران مبتلا به دفع نامرتب۳ و یبوست با ترانزیت کند را با هم مقایسه نمودند که نتایج نشان داد که اندیشه های پارانوئید و خصومت به طور معناداری در بیماران مبتلا به دیس سینرژی از بیماران مبتلا به یبوست با ترانزیت کند و گروه کنترل بیشتر بود. همچنین ارتباط قوی میان آسیب روانشناختی و اختلال در کیفیت زندگی وجود داشت و هر دو با علائم یبوست مرتبط بودند [۲۰].

با مجموع مباحث مطرح شده، این گونه به نظر می رسد که تخریب روانشناختی حاصل از یبوست در کودکان مبتلا، به ویژه در حوزه عملکرد هیجانی بارز می باشد و باید این کودکان را از این نظر غربال نمود و هر چه سریعتر به روان پزشک اطفال ارجاع داد تا به موازات درمان های مخصوص یبوست، از نظر روان شناختی نیز مدیریت و درمان شوند. این درمان ها، به طور حتم به درمان و کنترل عود یبوست نیز کمک خواهد کرد. در مطالعه دینگ[4] و همکارانش ،۱۰ جلسه آموزش بیوفیدبک منجر بهبودی قابل توجه علائم شد و میزان گزارش اضطراب و افسردگی بیماران کاهش یافت. نمره سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد هیجانی، درد بدنی و زنده دلی افراد واقعاً افزایش یافت که در مورد نمره سلامت عمومی و عملکرد فیزیکی بارزتر بود [۲۱]. در مطالعه مسون[5] و همکاران نیز پس از درمان رفتاری (بیوفیدبک)، ۷۰٪ بیماران بهبودی در علائم را گزارش کردند. اضطراب و افسردگی و علائم بدنی به طور معنی داری بهبود یافت و سلامت عمومی و سر زندگی نیز افزایش یافت [۲۲]. از محدودیت های این مطالعه نیز می توان به عدم درک صحیح و سریع برخی از افراد از سوالات پرسشنامه اشاره کرد که با توضیح مناسب تا حدودی مشکل رفع شد

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، یبوست تاثیر مخرب بسیار زیادی بر کیفیت زندگی کودکان و بالغین مبتلا می گذارد که توجه پزشک حتما باید به این مسئله معطوف شود و تا حد امکان سعی در بهبود آن داشته باشد. به نظر می رسد که تاثیر یبوست کودک بر خانواده بیشتر از خود کودک باشد. علت این مسئله نیز می تواند پیگیری های مکرر والدین به مطب های پزشکان مختلف و تخصیص هزینه های مالی و وقت فراوان برای درمان وی باشد. از طرف دیگر با توجه به اینکه علاوه بر مداخلات دارویی، درمان یبوست عملکردی نیاز به صبر و حوصله فراوان خانواده و به خصوص والدین کودک، برای رفع عوامل روانشناختی زمینه ای در منزل و یا مدرسه دارد؛ اهمیت حمایت روانی والدین از سوی پزشک بیش از پیش نمایان می شود. ضمن اینکه صرف کمی وقت برای آموزش والدین جهت جلوگیری از عود دوباره یبوست، علاوه بر صرفه جویی هزینه ها برای خانواده، بر انگیزه والدین نیز

1-Devanarayana
2-Rao
3 -Dyssynergic defecation

4-Ding
5-Mason

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

می افزاید و امکان موفقیت درمان را نیز بیشتر می کند همچنین با توجه به اینکه کیفیت زندگی بر اساس گزارش والدین و عملکرد هیجانی در کودکان مبتلا به یبوست عملکردی مختل است توصیه می شود تا این کودکان از این نظر غربال شوند چرا که با ارجاع به روان پزشک اطفال و درمان آن، به درمان و کنترل عود یبوست نیز کمک خواهد شد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله ازکلیه همکاران و بیمارانی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می گردد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Loening-Baucke V, Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and long-term follow up. Gut. 1993; 34(10):1400–4.
2. Sonnenberg A, Koch TR, Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. Dig Dis Sci. 1989:34(4):606 –11.
3. de Araujo Sant, Anna AM, Calcado AC, Constipation in school-aged children at public schools in Rio de Janeiro, Brazil, J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1999; 29(2):190 –3.
4. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS, Painful defecation and fecal soiling in children, Pediatrics 1992; 89(6 Pt 1):1007–9.
5. Guerrero R A, Cavender CP. Constipation: physical and psychological sequelae, Pediatric annals 1999; 28(5):312-316.
6. Myles B, Abbott, MD; Christopher H, Vlasses, MD, Nelson Textbook of Pediatrics,JAMA. 2011;306(21):2387-2388.doi:10.1001/jama.2011.1775.
7. van Ginkel R, Reitsma JB, Büller HA, van Wijk MP, Taminiau JA, Benninga MA, Childhood constipation: Longitudinal follow-up beyond puberty, Gastroenterology 2003 Aug;125(2):357-63.
8. Cox DJ, Morris JB Jr, Borowitz SM, Sutphen JL, Psychological differences between children with and without chronic encopresis, J Pediatr Psychol 2002; 27(7):585-91.
9. Loening-Baucke V, Cruikshank B, Savage C, Defecation dynamics and behavior profiles in encopretic children, Pediatrics 1987; 80(5):672-9.
10. Benninga MA, Voskuijl WP, Akkerhuis GW, Taminiau JA, Büller HA, Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders, Arch Dis Child 2004; 89(1):13-6.
11. Clarke MC, Chow CS, Chase JW, Gibb S, Hutson JM, Southwell BR, Quality of life in children with slow transit constipation, J Pediatr Surg. 2008 Feb;43(2):320-4
12. Ozokutan BH, Zoroglu S, Ceylan H, Ozkan KU. Psychological evaluation of children with idiopathic constipation and their parents, Pediatr Int. 2005 Jun;47(3):311-5.
13. Wald A, Scarpignato C, Kamm MA, Mueller-Lissner S, Helfrich I, Schuijt C, "et al", The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey, Aliment Pharmacol Ther. 2007 Jul 15;26(2):227-36.
14. Youssef NN, Murphy TG, Langseder AL, Rosh JR, Quality of life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients' and parents' perceptions,Pediatrics 2006 Jan;117(1):54-9
15. Youssef NN, Langseder AL, Verga BJ, Mones RL, Rosh JR, Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case-controlled study, J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005 Jul;41(1):56-60
16. Bongers ME, van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Health related quality of life in children with constipation-associated fecal incontinence, J Pediatr. 2009 May;154(5):749-53.
17. Faleiros FT, Machado NC, Assessment of health-related quality of life in children with functional defecation disorders, J Pediatr (Rio J) 2006 Nov-Dec;82(6):421-5.
18. Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P, Thompson WG, Rance L, Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization, Am J Gastroenterol 2002 Aug;97(8):1986-93.
19. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Association between constipation and stressful life events in a cohort of Sri Lankan children and adolescents, J Trop Pediatr. 2010 Jun;56(3):144-8.
20. Rao SS, Seaton K, Miller MJ, Schulze K, Brown CK, Paulson J, "et al", Psychological profiles and quality of life differ between patients with dyssynergia and those with slow transit constipation, J Psychosom Res. 2007 Oct;63(4):441-9
21. Ding M, Lin Z, Lin L, Zhang H, Wang M, The effect of biofeedback training on patients with functionalconstipation, Gastroenterol Nurs. 2012 Mar-Apr;35(2):85-92.
22. Mason HJ, Serrano-Ikkos E, Kamm MA, Psychological state and quality of life in patients having behavioral treatment (biofeedback) for intractable constipation, Am J Gastroenterol 2002 Dec;97(12):3154-9

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

A Comparison of Life Quality and Psychiatric comorbidity in Healthy Children and Teens and the Ones with Constipation

*Kianifar HR[1], Kiani MA[1], Hosseini SH[2], Jafari SA[1], Ahanchian H[3], khakshour A[4]**

[1]Associate professor of pediatrics Gastroenterology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2]M.Sc of Health Science, Faculty member at the School of Public Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[3]Associate professor of pediatrics immunology-allergy, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[4]Assistant Professor of Pediatric , Mashhad University of Medical Science, Mashhad,Iran
***Corresponding Author:** Mashhad University of Medical Science.
Email:KhakshourA@mums.ac.ir

Original Article

Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(1):125-134

Abstract

Background & Objectives: *Given constipation as one of the common digestive problems in pediatric patients, the psychiatric comorbidities together with chronic constipation may result in some disorders in children's life quality. This study aims to evaluate the life quality and psychiatric comorbidities in 2 to 18 years old children and teens with constipation.*

Material & Methods: *This study, as a case control study was conducted through many children and teens who were homogeneous in terms of sex and age, 55 patients with functional constipation and 55 people without it. The parents and children were provided with questionnaires of the demographic particulars, QOL and SQD, following collection of their history and physical examinations. The analysis of the collected data was done based on the statistical tests of Chi-Squared test, one sided variance analysis and T-test through SPSS 16 software.*

Result: *The average scores of the life quality obtained from the children and parents were 54.67%+3.9 and 49.86%+3.2 in the case group and 63.26%+4.0 and 66.09%+3.4 in the control group, with a significant difference in the score reported by the parents (P=0.014). A difference has been observed between these two groups due to emotional performance (P=0.024 for parents and P=0.016 for children). The total estimated score of SDQ questionnaire employed for these two groups indicated abnormality of 93% in the case group and 83% in the control group which were statistically not significant (P=0.631). There was no difference through the subgroups mentioned in this questionnaire and the impact scores of these two groups (P>0.05).*

Conclusion: *The life quality based on the parents' reports and the emotional performance in the children with constipation are too low; and screening through children is recommended to help them in the treatment and the control of the constipation and its severity by referring to the child psychiatrists.*

Key words: *Constipation, psychological symptoms, behavioral symptoms, quality of life*

Received:3 Feb 2016
Revised:16 Mar 2016
Accepted:3 May 2016

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]