

مقایسه عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بین بیماران IBS، بیماران قلبی و افراد

عادی شهر اصفهان

*مژگان مغاره عابد

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

نویسنده مسئول

شماره همراه: 09131392930 . Email: mojgan_mgh@yahoo.com

زهرا یوسفی

دکترای مشاوره، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان (خوراسگان)، اصفهان

پیمان ادیبی

استاد، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اختلالات شایع گوارشی که ریشه‌ی روانشناختی دارد سندرم روده تحریک‌پذیر است. این پژوهش با هدف مقایسه عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بین بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران قلبی و افراد عادی شهر اصفهان انجام شده است.

روش: روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. به نمونه‌گیری ابتدا ۳۰ نفر بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر به شکل در دسترس انتخاب شدند و سپس دو گروه عادی و بیماری قلبی از طریق هم‌تاسازی با متغیرهای دموگرافیک انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه عملکردهای اجرایی و ابعاد آن. یافته‌ها: برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که عملکرد اجرایی و ابعاد آن در گروه سندرم روده تحریک‌پذیر به طور معنادارتری از افراد عادی و بیماران قلبی بدتر بود و بیماران قلبی در عملکرد اجرایی و ابعاد آن به جز کنترل هیجانی با گروه عادی تفاوت معنادار ندارد. به این ترتیب با توجه به نتایج می‌توان گفت بیماری‌های مورد اشاره در عملکرد اجرایی و ابعاد آن موجب تفاوت‌های معناداری در سه گروه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: عملکرد اجرایی، بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران قلبی.

بیان مسأله پژوهش

سندرم روده تحریک‌پذیر^۱ (IBS) یک اختلال کنشی-گوارشی شایع است که با دردهای شکمی و تغییر در عادات روده ای (اسهال، یبوست یا هر دو) مشخص می‌شود (۱) و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری دوران جوانی است و در اکثر افراد قبل از ۴۵ سالگی بروز می‌کند (۳). حدود ۲/۲ میلیون از نسخه های پزشکی در ایالات متحده آمریکا به دلیل سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد (۴). این بیماری بر زندگی روزمره بیماران مبتلا اثر می‌گذارد و کیفیت زندگی آن‌ها را تحلیل می‌برد (۵). شواهدی مبنی بر رابطه ناراحتی‌های روان‌شناختی با شدت نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر گزارش شده است (۶).

از سویی دیگر بیماری‌های قلبی-عروقی از شایع‌ترین علل از کار افتادگی و مرگ‌ومیر در بزرگسالان به شمار می‌رود. از جمله علائم این بیماری می‌توان به احساس فشار آزاردهنده، سنگینی یا درد در وسط قفسه سینه که معمولاً به طور ناگهانی شروع می‌شود و بیش از چند دقیقه ادامه یابد اشاره کرد (۷). هم‌چنین شیوع بالای بیماری قلبی و عروقی اهمیت مقابله با این بیماری را آشکار می‌سازد و به همین دلیل شناسایی و بررسی عوامل خطر ساز زیستی و روان‌شناختی و پیشگیری و درمان در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد. امروزه علاوه بر کشیدن سیگار، بیماری‌های غیرواگیر مانند کلسترول^۲ بالا، دیابت^۳، فشار خون^۴، چاقی^۵ و عدم تحرک و ورزش در ایجاد بیماری نقش دارند و در سال‌های اخیر علاوه بر عوامل مذکور ویژگی‌های روان‌شناختی نیز مؤثر شناخته شده‌اند (۷). یکی از این ویژگی‌ها می‌تواند عملکرد اجرایی افراد باشد.

عملکرد اجرایی^۶ اصطلاحی است کلی که کل فرآیندهای شناختی پیچیده را که در انجام تکالیف هدف‌مدار دشوار و یا جدید ضروری هستند، در خود جای می‌دهد. عملکرد اجرایی به مجموعه‌ای از عملیات پردازشی عالی ذهن اطلاق می‌گردد (۸) که بر اساس رفتارهای هدفمند، چارچوبی برای رسیدن به هدف فراهم می‌کند. به زبان ساده‌تر هنگامی که افراد می‌خواهند مسأله‌ای را حل کنند (که جزء مسائل روزمره آن‌ها حساب نمی‌شود)، از قابلیت‌های ذهنی بهره می‌گیرند که اصطلاحاً عملکرد اجرایی نام دارد. این قابلیت‌ها مربوط به قسمت‌های جلوی مغز و شبکه‌های وسیع عصبی است که با آن مرتبط می‌باشد (۹). عملکردهای اجرایی فرا اصطلاحی است که به فرآیندهای شناختی اشاره دارد که جهت‌دهی رفتار در دستیابی هدف مورد نظر را فراهم می‌سازند. مؤلفه‌های عملکردهای اجرایی شامل برنامه‌ریزی^۷، مهارت‌های سازمان‌دهی^۸، توجه انتخابی^۹، کنترل و بازداری^{۱۰} و دریافت و نگهداری اطلاعات شناختی^{۱۱} به طور مطلوب است (۱۰). میاک و همکاران^{۱۲} (۱۱) معتقدند که عملکردها جدا از یکدیگر، اما دارای وجه اشتراک زیربنایی (بازداری) هستند (۱۲). عملکرد اجرایی با سلامت قطعه پیشانی مغزی ارتباط مستقیم دارد (۱۳، ۱۴).

تاکنون پژوهش‌های گوناگونی به مطالعه و مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی در دو گروه عادی و بیمار پرداخته‌اند، از جمله قاسمی (۱۵) نشان داد که هم بیماران قلبی و هم بیماران درد غیرقلبی قفسه‌ی سینه به طور معناداری کمتر از افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای حل مسأله و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده کرده‌اند. خیرجو و همکاران (۱۶) نشان دادند که با توجه به نتایج این پژوهش تحمل ابهام و سرمایه روان‌شناختی در بیماران قلبی کمتر از افراد سالم است

1. Irritable Bowel Syndrome

2. Cholesterol

3. Diabetes

4. Blood pressure

5. Obesity

6. Executive function

7. Planning

8. Organizational skills

9. Selected attention

10. Inhibition

11. Receiving and maintaining cognitive information

12. Miyake

و این بیماران برای مقابله با استرس‌ها بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. محوی شیرازی و همکاران (۱۷) نشان دادند میزان روان‌رنجوری در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر بیشتر از افراد سالم بود، در حالی که میزان گشودگی در افراد سالم بیشتر از بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر بود. زوکالی و همکاران (۱۸) نیز نشان دادند که بین افراد سالم و مبتلابه سندروم روده تحریک‌پذیر در زیرشاخه‌های اضطراب و حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

در کل به نظر می‌رسد برخی ویژگی‌های روانشناختی در دو گروه بیماران جسمانی، روانی جسمانی و یا عادی با یکدیگر متفاوت است و حالت‌های روانشناختی می‌تواند حالت‌های جسمانی را تحت تأثیر قرار دهد و بالعکس. از جمله سازه‌هایی که می‌تواند بر سلامت روان و جسم مؤثر باشد می‌توان به عملکرد اجرایی و ابعاد آن اشاره کرد، چرا که عملکرد اجرایی در مدیریت و تنظیم برنامه‌های روزمره و طبیعتاً مدیریت استرس نقش مهمی دارد. از سویی دیگر تاکنون در ایران پژوهشی به طور اختصاصی به مقایسه عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بین بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر، بیماران قلبی و افراد عادی نپرداخته است، نتایج چنین پژوهشی نه تنها در علت یابی سندرم روده تحریک‌پذیر کمک می‌نماید بلکه در شکل چارچوب‌های پیشگیری و درمانی نیز می‌تواند مؤثر باشد. از این‌رو این پژوهش بر آن بود به بررسی این مسأله پردازد که آیا بین عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بین بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر، بیماران قلبی و افراد عادی شهر اصفهان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

هدف پژوهش مقایسه عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بین بیماران سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، بیماران قلبی و افراد عادی شهر اصفهان بود، لذا روش توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای بود.

جامعه آماری

جامعه آماری در پژوهش حاضر، کلیه بیماران (زن و مرد) مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران قلبی و افراد عادی ساکن اصفهان بود که در سال ۱۳۹۶ به مراکز درمانی مربوطه و مطب‌های خصوصی مراجعه کرده بودند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری آن

نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر بیمار مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر؛ ۳۰ نفر بیمار مبتلابه بیماری قلبی و ۳۰ نفر از افراد سالم بود که بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر به شکل در دسترس و با معرفی متخصصان گوارش انتخاب شدند و بیماران قلبی و افراد سالم بر اساس همتاسازی با گروه بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر در زمینه‌ی جنسیت، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات انتخاب شدند.

مشخصات واحد پژوهش و معیار ورود

ملاک‌های ورود به این پژوهش به شرح زیر بود:

۱) بیماران فقط مبتلابه بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و بیماری قلبی باشند؛ ۲) تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصصان گوارش بر اساس معیارهای تشخیصی (Rome III؛ ۳) عدم ابتلا همزمان به بیماری‌های مزمن دیگر؛ ۴) افراد سالم از لحاظ سن، جنسیت، تأهل و تحصیلات همتای ۲ گروه بیماران باشند؛ ۵) حاضر به تکمیل پرسشنامه‌ها باشند. و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱) بیمار تمایل به پاسخگویی نداشته باشد؛ ۲) شدت بیماری به نحوی باشد که فرد قادر به پاسخگویی نباشد؛ ۳) این بیماران بیماری جدی دیگری مانند صرع یا ام‌اس نداشته باشند؛ ۴) این بیماران بیماری روان‌پزشکی مانند اختلال شخصیت و یا دمانس نداشته باشند؛ ۵) وجود بیماری جسمی حاد؛ ۶) وجود اختلال عمده روان‌پزشکی؛ ۷) وابستگی به الکل و مواد مخدر. همه این ملاک‌ها از طریق بررسی پرونده پزشکی و مصاحبه توسط محقق با آزمودنی‌ها انجام شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات و روایی و پایایی ابزارها

داده‌ها از طریق پرسشنامه و به روش خودگزارشی جمع‌آوری شد. در این پژوهش، به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های عملکردهای اجرایی جیوآ استفاده شد.

پرسشنامه‌ی رتبه‌بندی رفتاری عملکردهای اجرایی (بریف، ۲۰۰۰)^۱

پرسشنامه‌ی عملکردهای اجرایی (جیوآ^۲ و همکاران) (۱۹) دارای ۸۶ سؤال است که روی یک مقیاس ۳ درجه‌ای از هرگز تا بیشتر اوقات نمره‌گذاری می‌شود و به منظور بررسی جنبه‌های مختلف عملکردهای بخش پیشین قطعه پیشانی مغز تدوین گردیده است. این پرسشنامه در دو فرم والد و معلم طراحی شده و برای کودکان و نوجوانان دختر و پسر سنین ۵ تا ۱۸ سال کاربرد دارد که پیش از این یوسفی (۲۰) آن را برای بزرگسالان منطبق کرد. هشت عملکرد اجرایی عمده که در این آزمون سنجیده می‌شود عبارت‌اند از بازداری، جهت‌دهی، کنترل هیجانی، آغاز به کار/ تکلیف، حافظه فعال، سازماندهی، برنامه‌ریزی، سازماندهی و نظارت. در این پژوهش همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های عملکردهای اجرایی در عملکرد بازداری ۰/۸۴۱، جهت‌دهی ۰/۸۴۸، کنترل هیجانی ۰/۸۵۵، آغاز به کار ۰/۸۵۰، حافظه فعال ۰/۹۱۸، برنامه‌ریزی ۰/۸۸۶، سازماندهی و اجرا ۰/۸۵۲، نظارت ۰/۸۹۶ و برای نمره کلی آن ۰/۸۹ به دست آمد. لازم به ذکر است که نمره بالاتر در این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن نشانه‌ی عملکرد اجرایی ضعیف‌تر است.

یافته‌های استنباطی

به منظور بررسی سؤال اصلی: پژوهش آیا بین عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن در بیماران قلبی، بیماران ای‌بی‌اس و افراد سالم شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد؟ از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

1. Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)

2. Gioia, Isguith & Kenworthy

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن را برحسب گروه نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن بر اساس گروه

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
عملکرد اجرایی ضعیف	بیماران قلبی	۲۳۴/۱۰	۵۸/۳۵	۳۰
	بیماران آی‌بی‌اس	۲۷۴/۴۰	۶۱/۳۲	۳۰
جهت‌دهی	افراد سالم	۲۲۰/۷۰	۵۹/۴۳	۳۰
	بیماران قلبی	۳۵/۹۰	۸/۴۱	۳۰
کنترل هیجانی	بیماران آی‌بی‌اس	۴۰/۸۳	۹/۱۸	۳۰
	افراد سالم	۳۲/۸۳	۸/۴۰	۳۰
آغاز به کار- تکلیف	بیماران قلبی	۲۸/۶۳	۷/۷۰	۳۰
	بیماران آی‌بی‌اس	۳۱/۹۳	۷/۷۰	۳۰
حافظه فعال	افراد سالم	۲۵/۱۶	۷/۵۱	۳۰
	بیماران قلبی	۱۷/۵۰	۵/۴۴	۳۰
برنامه‌ریزی	بیماران آی‌بی‌اس	۲۱/۴۶	۶/۸۸	۳۰
	افراد سالم	۱۷/۳۳	۶/۲۴	۳۰
سازماندهی و اجرا	بیماران قلبی	۲۷/۹۶	۱۰/۳۸	۳۰
	بیماران آی‌بی‌اس	۳۴/۱۶	۱۰/۵۶	۳۰
نظارت	افراد سالم	۲۵/۸۳	۸/۸۹	۳۰
	بیماران قلبی	۲۶/۶۳	۱۰/۱۶	۳۰
بازداری	بیماران آی‌بی‌اس	۴۳/۲۳	۱۱/۴۴	۳۰
	افراد سالم	۳۴/۵۳	۱۰/۸۹	۳۰
نظارت	بیماران قلبی	۱۶/۷۶	۶/۸۸	۳۰
	بیماران آی‌بی‌اس	۲۰/۴۰	۶/۵۲	۳۰
بازداری	افراد سالم	۱۶/۱۳	۶/۷۰	۳۰
	بیماران قلبی	۲۹/۴۳	۷/۶۸	۳۰
بازداری	بیماران آی‌بی‌اس	۳۵/۱۳	۷/۸۲	۳۰
	افراد سالم	۲۹/۷۳	۷/۶۰	۳۰
بازداری	بیماران قلبی	۴۱/۴۶	۱۰/۵۲	۳۰
	بیماران آی‌بی‌اس	۴۷/۲۶	۱۰/۱۴	۳۰
افراد سالم	۳۹/۱۳	۹/۹۰	۳۰	

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که بین عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن (جهت‌دهی، کنترل هیجانی، آغاز به کار- تکلیف، حافظه فعال، برنامه‌ریزی، سازماندهی و اجرا، نظارت و بازداری) در سه گروه بیماران قلبی، بیماران آی‌بی‌اس و افراد سالم تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن در سه گروه نرمال است ($p > 0.05$). نتایج آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس متغیرهای عملکرد اجرایی نشان داد واریانس عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن در سه گروه باهم تفاوت معنادار ندارند ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس به منظور بررسی برابری کوواریانس‌های عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن در سه گروه نشان که

تفاوت کوواریانس‌های عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن در سه گروه ($F = 0.1875$ و $p > 0.05$)، لذا این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نیز رعایت شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن را بر اساس عضویت گروهی نشان می‌دهد.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن در بر اساس گروه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
جنس	عملکرد اجرایی ضعیف	۲۶۸/۶۵۷	۱	۲۶۸/۶۵۷	۰/۰۸۲	۰/۷۷۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۹
	جهت‌دهی	۷/۶۳۰	۱	۷/۶۳۰	۰/۱۰۶	۰/۷۲۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۲
	کنترل هیجانی	۳۶/۰۵۰	۱	۳۶/۰۵۰	۰/۶۱۷	۰/۴۳۴	۰/۰۰۷	۰/۱۲۱
	آغاز به کار- تکلیف	۰/۳۹۳	۱	۰/۳۹۳	۰/۰۱۱	۰/۸۸۱	۰/۰۰۰	۰/۰۵۱
	حافظه فعال	۱۲/۰۸۱	۱	۱۲/۰۸۱	۰/۱۲۶	۰/۷۲۳	۰/۰۰۲	۰/۰۶۴
	برنامه‌ریزی	۱/۶۵۱	۱	۱/۶۵۱	۰/۰۱۵	۰/۹۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲
	سازماندهی و اجرا	۶/۲۱۵	۱	۶/۲۱۵	۰/۱۴۷	۰/۶۹۳	۰/۰۰۲	۰/۰۶۷
	نظارت	۱۶/۷۷۶	۱	۱۶/۷۷۶	۰/۳۰۳	۰/۵۸۳	۰/۰۰۴	۰/۰۸۵
	بازداری	۴۴/۹۱۹	۱	۴۴/۹۱۹	۰/۴۷۰	۰/۵۰۳	۰/۰۰۵	۰/۱۰۴
	عملکرد اجرایی ضعیف	۱۱۱۳۵/۷۶۱	۱	۱۱۱۳۵/۷۶۱	۳/۰۴۷	۰/۰۶۸	۰/۰۳۹	۰/۴۴۶
تحصیلات	جهت‌دهی	۲۶۶/۷۹۴	۱	۲۶۶/۷۹۴	۳/۷۱۶	۰/۰۵۷	۰/۰۴۲	۰/۴۷۸
	کنترل هیجانی	۳۱۳/۴۰۵	۱	۳۱۳/۴۰۵	۵/۶۸۱	۰/۰۱۹	۰/۰۶۳	۰/۶۵۴
	آغاز به کار- تکلیف	۱۰۷/۲۶۷	۱	۱۰۷/۲۶۷	۳/۰۱۶	۰/۰۸۶	۰/۰۳۵	۰/۴۰۴
	حافظه فعال	۱۹۸/۴۱۹	۱	۱۹۸/۴۱۹	۲/۰۷۷	۰/۱۵۳	۰/۰۲۴	۰/۲۹۷
	برنامه‌ریزی	۱۲۱/۵۳۲	۱	۱۲۱/۵۳۲	۱/۱۲۱	۰/۲۹۳	۰/۰۱۳	۰/۱۸۲
	سازماندهی و اجرا	۶۵/۶۱۶	۱	۶۵/۶۱۶	۱/۵۵۱	۰/۲۱۶	۰/۰۱۸	۰/۲۳۴
	نظارت	۴۳/۲۰۹	۱	۴۳/۲۰۹	۰/۷۸۱	۰/۳۷۹	۰/۰۰۹	۰/۱۴۱
	بازداری	۴۵۷/۹۴۷	۱	۴۵۷/۹۴۷	۴/۷۹۰	۰/۰۳۱	۰/۰۵۴	۰/۵۸۱
	عملکرد اجرایی ضعیف	۳۱۹۳۹/۲۳۳	۱	۳۱۹۳۹/۲۳۳	۹/۷۷۲	۰/۰۰۲	۰/۱۰۴	۰/۸۷۱
	جهت‌دهی	۳۷۹/۰۴۷	۱	۳۷۹/۰۴۷	۵/۲۸۰	۰/۰۲۴	۰/۰۵۹	۰/۶۲۲
وضعیت تأهل	کنترل هیجانی	۲۴۶/۲۷۹	۱	۲۴۶/۲۷۹	۴/۴۶۵	۰/۰۳۸	۰/۰۵۰	۰/۵۵۱
	آغاز به کار- تکلیف	۳۳۱/۸۶۰	۱	۳۳۱/۸۶۰	۹/۳۳۰	۰/۰۰۳	۰/۱۰۰	۰/۸۵۵
	حافظه فعال	۵۱۳/۸۹۹	۱	۵۱۳/۸۹۹	۵/۳۷۹	۰/۰۲۳	۰/۰۶۰	۰/۶۳۰
	برنامه‌ریزی	۱۱۱۶/۴۵۲	۱	۱۱۱۶/۴۵۲	۱۰/۳۰۲	۰/۰۰۲	۰/۱۰۹	۰/۸۸۷
	سازماندهی و اجرا	۳۴۶/۴۹۵	۱	۳۴۶/۴۹۵	۸/۱۹۰	۰/۰۰۵	۰/۰۸۹	۰/۸۰۸
	نظارت	۵۰۷/۷۸۹	۱	۵۰۷/۷۸۹	۹/۱۷۹	۰/۰۰۳	۰/۰۹۹	۰/۸۵۰
	بازداری	۷۹۹/۳۹۷	۱	۷۹۹/۳۹۷	۸/۳۶۲	۰/۰۰۵	۰/۰۹۱	۰/۸۱۶
	عملکرد اجرایی ضعیف	۴۰۳۲۶/۶۶۴	۲	۲۰۱۶۳/۳۳۲	۶/۱۶۹	۰/۰۰۳	۰/۱۲۸	۰/۸۸۰
	جهت‌دهی	۸۷۶/۵۵۸	۲	۴۳۸/۲۷۹	۶/۱۰۵	۰/۰۰۳	۰/۱۲۷	۰/۸۷۷

۰/۸۴۹	۰/۱۱۸	۰/۰۰۵	۵/۶۴۴	۳۱۱/۳۵۱	۲	۶۲۲/۷۰۳	کنترل هیجانی
۰/۶۷۰	۰/۰۸۲	۰/۰۲۸	۳/۷۴۲	۱۳۳/۰۹۴	۲	۲۶۶/۱۸۷	آغاز به کار- تکلیف
۰/۸۱۶	۰/۱۱۰	۰/۰۰۷	۵/۱۹۴	۴۹۶/۲۴۷	۲	۹۹۲/۴۹۴	حافظه فعال
۰/۷۹۰	۰/۱۰۴	۰/۰۱۰	۴/۸۷۵	۵۲۸/۲۷۶	۲	۱۰۵۶/۵۵۲	برنامه‌ریزی
۰/۵۸۲	۰/۰۶۹	۰/۰۵۱	۳/۰۹۳	۱۳۰/۸۷۵	۲	۲۶۱/۷۴۹	سازماندهی و اجرا
۰/۷۶۹	۰/۱۰۰	۰/۰۱۲	۴/۶۵۱	۲۵۷/۳۳۴	۲	۵۱۴/۶۶۷	نظارت
۰/۷۷۲	۰/۱۰۰	۰/۰۱۲	۴/۶۷۹	۴۴۷/۲۹۹	۲	۸۹۴/۵۹۹	بازداری

از بین متغیرهای دموگرافیک وارد شده (جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل) میزان تحصیلات اثر معناداری بر کنترل هیجانی و بازداری داشته، وضعیت تأهل اثر معناداری بر عملکرد اجرایی ضعیف و تمامی ابعاد آن که اثر آن در این آزمون کنترل شده است، داشته است. همان‌طور که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین گروه‌ها در عملکرد اجرایی و ابعاد آن معنادار است ($p < 0.05$).

ضریب اتا نشان می‌دهد که عضویت گروهی (نوع بیماری) $0.12/8$ از تغییرات عملکرد اجرایی ضعیف و $0.12/7$ از تغییرات جهت‌دهی $0.11/8$ از تغییرات کنترل هیجانی، $0.8/2$ از تغییرات آغاز به کار- تکلیف، 0.11 از تغییرات حافظه فعال، $0.10/4$ از تغییرات برنامه‌ریزی، $0.6/9$ از تغییرات سازماندهی و اجرا، 0.10 از تغییرات نظارت و 0.10 از تغییرات بازداری را تبیین می‌کند. به منظور مقایسه تفاوت میانگین گروه‌ها در عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد بین عملکرد اجرایی ضعیف، آغاز به کار- تکلیف، حافظه فعال، برنامه‌ریزی و نظارت در گروه بیماران قلبی- بیماران آی‌بی‌اس و بیماران آی‌بی‌اس- افراد سالم و بین جهت‌دهی، سازماندهی و اجرا، بازداری در گروه بیماران آی‌بی‌اس- افراد سالم و بین کنترل هیجانی در گروه بیماران قلبی- افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد و بیماران قلبی نمرات بالاتری دارند و از سوی دیگر با توجه به جدول (۱) بیماران آی‌بی‌اس به طور معناداری در عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن بالاتر از گروه بیماران قلبی و افراد سالم است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه‌ی بین عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بیماران قلبی و افراد سالم شهر اصفهان انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای پاسخگویی به این سؤال نشان داد که میانگین عملکرد اجرایی ضعیف و ابعاد آن، در سه گروه بالاتر از سایر گروه‌هاست که نشان می‌دهد بیماران آی‌بی‌اس نسبت به سایر گروه‌ها در عملکرد اجرایی و ابعاد آن وضعیت ضعیف‌تری دارند. این تفاوت برای دو گروه بیماران آی‌بی‌اس و قلبی برای عملکرد اجرایی، جهت‌دهی، آغاز به کار، حافظه فعال و نظارت معنادار است و به طور معناداری وضعیت بیماران آی‌بی‌اس بدتر است. این تفاوت برای دو گروه بیماران قلبی و افراد سالم نشان داد بیماران قلبی به طور معناداری کنترل هیجانی ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی دارند. گرچه پژوهشی تاکنون دقیقاً به این موضوع نپرداخته است، اما یافته‌های این پژوهش در زمینه‌ی عملکرد ضعیف‌تر با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در زمینه‌ی وضعیت روان‌شناختی نابسامان در برخی سازه‌های روان‌شناختی بیماران آی‌بی‌اس هماهنگ است. از جمله تمنایی‌فر و اخوان (۲۱) نشان دادند بیماران سندرم‌مروده تحریک پذیر در کیفیت زندگی و سلامت روان خرامین و همکاران (۲۲) نشان دادند در سبک‌های مقابله منفی یوسفی (۲۳) نشان داد در طرحواره‌های محدودیت‌های مختل و هوشیاری افراطی بشارت و همکاران (۲۴) نشان دادند که در تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی با شدت نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه عادی وضعیت نابسامانی دارند.

در تبیین تفاوت معنادار گروه آی‌بی‌اس با بیماران قلبی و عادی در عملکرد اجرایی و ابعاد آن در دو گروه می‌توان گفت عملکرد اجرایی سیستم شناختی پیچیده‌ای است که تغییرات سازگار در محیط اجتماعی و فیزیکی را میسر می‌سازد (۲۵)، بر اساس مدل بارکلی^۱ (۲۶) از عملکرد اجرایی با نام مدل خودنظم‌بخشی، عملکرد اجرایی مبتنی بر خودنظمی است که شامل

1. Barkley

چهار توانایی بنیادی است: ۱) حافظه کاری که اجازه می‌دهد فرد در مقابل اطلاعات مزاحم مقاومت کند، ۲) مدیریت پاسخ‌های هیجانی است که رفتار نامناسب و کنترل هیجانی را در برمی‌گیرد و باعث می‌شود تا رفتارهای دستیابی به هدف و هدف‌دار حفظ شوند، ۳) گفتار خودنظم‌بخش که فرد را به سمت هدف هدایت می‌کند، ۴) سازمان‌دهی اطلاعات و تحلیل و ترکیب اطلاعات در پاسخ‌های رفتاری که به ترکیبی از خودنظمی و دانش و تجارب اولیه نیاز دارد از سوی دیگر بیماران آی‌بی‌اس بیماری است که روده بزرگ را درگیر می‌کند و با علائمی مانند گرفتگی شکم، نفخ شکم، اسهال و یبوست همراه است، بالای ۶۰٪ افراد مبتلا به این اختلال دچار مشکلات افسردگی و اضطراب هستند. همچنین این بیماری مانع جذب مواد مغذی می‌شود (جاسون^۱ و همکاران) (۲۷). به این ترتیب به نظر می‌رسد به علت علائم مذکور که بخشی از آن جسمانی و بخشی روانی است و از سوی دیگر بی‌ثباتی در اجابت مزاج باعث می‌گردد فرد نتواند به خوبی وظایف روزمره را مدیریت نماید و فرد دچار ضعف شدید در خودتنظیمی می‌شود که ناگزیر بر شروع کار، نظارت بر رفتار، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی و حافظه کاری فرد اثر می‌گذارد به نحوی که عملکرد اجرایی نسبت به گروه بیماران قلبی و افراد سالم وضعیت نابسامان‌تری پیدا می‌کند. در واقع افراد مبتلا به بیماری از علائمی رنج می‌کشند که مانع مؤثر در مقابل مدیریت وظایف روزمره می‌شود و کاهش عملکرد اجرایی را در پی دارد.

از سوی دیگر با توجه به این‌که پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شاید به علت عملکرد اجرایی ضعیف و عدم مدیریت وظایف و ناتوانی برای سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، حفظ حافظه کاری و عدم بازداری از رفتارهای تکانشی در افراد، افراد آماده ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شوند به سخن دیگر فشار روانی حاصل از عملکرد اجرایی ضعیف در ابعاد مختلف افراد را مستعد سندرم روده تحریک‌پذیر می‌کند. چنانچه ادراک بیماران پیش از ابتلا به بیماری بررسی می‌شد احتمال دستیابی به یافته‌های مکمل با این یافته‌ها حاصل می‌شد و این نکته روشن می‌شد که آیا عملکرد اجرایی پیش از ابتلا به بیماری آی‌بی‌اس هم ضعیف بوده است در این صورت به احتمال بیشتری می‌توان گفت که عملکرد ضعیف می‌تواند احتمال ابتلا به بیماری آی‌بی‌اس را افزایش دهد. به هر حال نتایج حاکی از آن است که ابتلا به بیماری در تضعیف عملکرد اجرایی و ابعاد آن در مقایسه با افراد عادی مؤثر است.

در تبیین عدم تفاوت معنادار بین عملکرد اجرایی و ابعاد آن به جز در کنترل هیجانی در بیماران قلبی و افراد عادی باید گفت به نظر می‌رسد عملکرد اجرایی و ابعاد آن متأثر از علائم بیماری قلبی نیست اما از آنجا که کنترل هیجانی به معنای آن است که فرد قادر است هیجان‌هایی که بر اثر محرک‌های بیرونی و درونی ایجاد شده را مدیریت نماید. بنابراین به نظر می‌رسد تنظیم هیجان در افراد مبتلا به بیماری قلبی تحت تأثیر این علائم دچار آشفتگی می‌شود. از سوی دیگر با توجه به این‌که پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است نمی‌توان به طور علی نتیجه‌گیری کرد که بیماری قلبی کاهش کنترل هیجانی را به همراه دارد، بلکه می‌توان از زوایای دیگر به این نتایج نگریست و به این نتیجه رسید که شاید به علت ضعف کنترل هیجانی فرد مبتلا به بیماری قلبی شده است.

در کل با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت بیماری آی‌بی‌اس به طور معناداری می‌تواند افراد بیمار و عادی را در عملکرد اجرایی و ابعاد آن از هم تفکیک نماید اما در بیماران قلبی فقط در کنترل هیجانی اینگونه است.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد از جمله این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود و نمی‌توان از آن استنباط علی کرد. تعمیم نتایج محدود به بیماران قلبی و سندرم روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان بود. روش گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودگزارشی بود. بنابراین یافته‌ها محدود به محدودیت‌های پرسشنامه خودگزارشی است. شدت بیماری می‌تواند بر متغیر روان‌شناختی مؤثر باشد، اما در این پژوهش لحاظ نشد.

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش به علاقه‌مندان پیشنهاد می‌شود: بسته‌های درمانی برای بهبود عملکرد اجرایی و ابعاد آن در بین بیماران آی‌بی‌اس را مورد توجه قرار دهند.

1. Jossan

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاری می‌کنیم، از جمله تمام بیماران بزرگواری که با ما همکاری کردند.

References

- [1]. Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Journal of Psych Neuroendocrinology* 2010; 35, 653-662.
- [2]. Sarembaud A. Irritable bowel syndrome, therapeutic proposal with Colocynthis. *La Revue d' Homé Opathie* 2015; 7 (4): 25-32.
- [3]. Drossman DA. Brain imaging and its implications for studying centrally targeted in irritable bowel syndrome: a primer for gastroenterologists. *Gut* 2005; 54 (5): 569-73.
- [4]. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive-behavioural therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125, 19-31.
- [5]. Wong RK, Drossman DA, Weinland SR, Morris CB, Leserman J, Hu Y, Kelapure R, et al. Partner burden in irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology and Hematology* 2013; 11, 151- 155.
- [6]. Phillips K, Wright BJ, Kent S. Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 75, 467- 474.
- [7]. Nikpazhoh A. Guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular diseases. Tehran: Institute for Prevention and Promotion of Iranian Contemporary Health; 2009. [In Persian].
- [8]. Wu M, Liang X, Lu S, Wang Z. Infant motor and cognitive abilities and subsequent executive function. *Infant Behavior and Development* 2017; 49 (12): 204-213.
- [9]. Anderson V, Rescorla LA, Frith CD. Relationships between cognitive and behavioral measures of executive function in children with brain disease; 2002.
- [10]. Morgan AB, Lilienfeld SO. A Meta-Analytic review of the relation between Anatisocial behavior and neuropsychology measures of executive. *Clinical Psychology Review* 2000; 20 (1): 113-136.
- [11]. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to comolex fronal lobe task: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology* 2014; 41, 49-100.
- [12]. Best JR, Miller PH, Naglieri JA. Relations between executive function and academic achievement from ages 5 to 17 in a large, representative national sample. *Learning and Individual Differences* 2011; 21, 327-336.
- [13]. Fishbein DH, Krupitsky E, Flannery BA, Langevin DJ, Bobashev G, Verbitskaya E. A Neurocognitive characterizations of Russian heroin addicts without a significant history of other drug use. *Drug Alcohol Depend* 2007; 90 (1): 25-38.
- [14]. Aram PW, Bailey GJ, Lavin A, See R. Methamphetamine self- administration produces attentional set-shifting deficits and alters prefrontal cortical neurophysiology in rats biological psychiatry 2011; 69, 253-259.
- [15]. Ghasemi N. Comparison of anxiety sensitivity and stress coping strategies among non-cardiac chest pain, heart patients and healthy subjects in Shiraz. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2016; 17 (3): 45-85. [In Persian].
- [16]. Kheirjou A, Taher M, Farshbaf Manisefat F, Alaei P. The comparison of tolerance of ambiguity, psychological capital and coping strategies between cardiac patients and healthy people. *Health Psychology* 2016; Fifth year, 2 (18). [In Persian].
- [17]. Mahvi Shirazi M, Fathi Ashtiani A, Rasoulzade Tabatabaei K, Amini M. Relationship between brain-behavioral systems and some demographic factors with cardiovascular disease. *New Psychological Research (Psychology, Shiraz University)* 2011; 6, 21, 151-163. [In Persian].
- [18]. Zoccali R, Muscatello M, Bruno A, Barilla G, Campolo D, Meduri M, Familairil, Bonica M, Consolo P, Scaffidi M. Anger and ego- defence mechanisms in non- psychiatric patients with irritable bowel syndrome. *Digesstive and Liver Disease* 2010; 38, 195-201.
- [19]. Gioia AG, Isguith PK, Guy SC, Kenvorthy L. Behavior rating enventory of executive functions. Professional manual. Par psychological assessment resources, INC; 2000.
- [20]. Yusefi Z. 2017. Validity and reliability of executive function scale for adults. Under publishing. [In Persian].
- [21]. Tamanaeifar M, Akhavan Hejazi Z. Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan. *Feyz Scientific- Research Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2012; 17 (2): 195-202. [In Persian].

- [22]. Kharamin Sh, Nili H, Mohamadi A, Mobasheri Gh. Comparison of coping skills in peptic ulcer, irritable bowel syndrome and normal people. *Armaghan Danesh* 2008; 13, 2 (50): 95-104. [In Persian].
- [23]. Yousefi Z. Comparison of maladaptive schemas and cognitive-emotional regulation styles among patients with OCB and normal people. *Digestive Magazine* 2014; 19 (4), 215-264. [In Persian].
- [24]. Besharat M, Dehghani S, Gholamali Lavasani, M, Malekzade R. The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationship between early maladaptive schemas and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Contemporary Psychology* 2015; 10, 1 (19): 73-84. [In Persian].
- [25]. Miyake A, Friedman NP. The nature and organization of individual differences in executive functions: four general conclusions. *Curr. Dir. Psychol. Sci* 2012; 21 8-14 10. 1177/0963721411429458 [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
- [26]. Barkley RA. The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review* 2001; 11 (1): 1-29.
- [27]. Jonsson N, Simren M, Sperber AD, Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H. 165-What Determines Whether Individuals with Irritable Bowel Syndrome in the General Population Seek Medical Care for their Disorder? *Gastroenterology* 2017; 152 (5): S46.