

## بررسی رابطه بین فشار روانی ناشی از شغل، بهداشت زندگی و زندگی شخصی و بیماری های التهابی روده در بزرگسالان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** اغلب پژوهش هایی که تاکنون در حوزه ی سبب شناسی بیماری های التهابی روده انجام شده است بر تاثیر عوامل روانشناختی از جمله فشار روانی (stress) و سبک زندگی پرتنش تاکید کرده اند. هدف از اجرای این پژوهش تعیین رابطه ی بین فشار روانی ناشی از شغل، بهداشت زندگی و زندگی شخصی و بیماری های التهابی روده در بزرگسالان مراجعه کننده به پژوهشکده ی گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۹۴-۱۳۹۳ است.

**مواد و روش ها:** تعداد اعضای شرکت کننده در پژوهش، شامل ۸۰ بیمار مبتلا به IBD به عنوان اعضای گروه اصلی و ۸۰ فرد غیربیمار بزرگسال به عنوان اعضای گروه گواه می باشد. روش نمونه گیری از نوع هدف دار است و روش به کار گرفته شده در این پژوهش، تحلیلی از نوع مورد - شاهدی (case-control) است.

**یافته ها:** اختلاف دو گروه از نظر میانگین سنی با آزمون آماری t مستقل (Independent t-Test) اندازه گیری شد که (P = ۰/۰۱) و از نظر توزیع جنسی بر اساس آزمون دقیق فیشر (Fishers Exact Test)، (P = ۰/۸) بود که به لحاظ آماری معنادار نیست. اختلاف دو گروه از نظر فشار روانی در حوزه ی زندگی شخصی که با آزمون آماری t مستقل اندازه گیری شد، (P < ۰/۰۰۱) که به لحاظ آماری معنادار است.

**نتیجه گیری:** نتایج به دست آمده از آزمون های آماری نشان می دهند که این بیماران در حوزه ی زندگی شخصی به عنوان منبع فشار روانی که عواملی از قبیل مسایل عاطفی و روابط بین فردی با اعضای خانواده ی اولیه، همسر و فرزندان را شامل می شود، مشکلات بیشتری نسبت به افراد غیربیمار مورد بررسی در این پژوهش داشتند.

**کلمات کلیدی:** فشار روانی، بیماری های التهابی روده، بیماری کرون، بیماری کولیت اولسروز

شیمیا رحیمی<sup>۱</sup>، همایون واحدی<sup>۲</sup>، لطیف گچکار<sup>۳</sup>، سید حسین مجتهدی<sup>۴</sup>، معصومه سیف الهی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>کارشناس ارشد رشته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup>دانشیار، فوق تخصص بیماری های گوارشی و کبد، گروه گوارش، دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup>استاد، متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، گروه عفونی، دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۴</sup>مدرس سابق گروه روانشناسی بالینی، دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۵</sup>استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

### \* نویسنده مسئول:

دانشیار، فوق تخصص بیماری های گوارشی و کبد، گروه گوارش، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۰۰۲۱-۸۷۳۳۰۴۰

E-mail: vahedi@ams.ac.ir

## مقدمه

جمله دستگاه گوارش و به طور خاص بیماری‌های التهابی روده، مورد نظر بوده است. در ادامه به برخی از این پژوهش‌ها اشاره می‌شود.

بر اساس پژوهشی که لونشتاین (Levenstein) و همکارانش به منظور بررسی تاثیر فشار روانی بر بیماری کولیت اولسروز انجام دادند، مشخص گردید که اگرچه فشار روانی کوتاه مدت تاثیری بر تشدید علائم بیماری کولیت ندارد اما فشار روانی ادراک شده در طولانی مدت خطر تشدید علائم را در پی خواهد داشت.<sup>۱۸</sup>

همچنین براساس نتایج پژوهشی که بیتون (Bitton) و همکارانش به منظور شناسایی پارامترهای بالینی، زیست شناختی و روانشناختی به عنوان عوامل پیش‌بین عود بالینی در بیماران کرون در مرحله‌ی خاموش بیماری بر روی ۱۰۱ بیمار مبتلا به کرون انجام دادند، مشخص گردید بیمارانی که در شرایطی با فشار روانی کمتر قرار داشتند و دارای نمره‌های کمتری در رویکرد سازگار شدن از طریق اجتناب ورزیدن بودند، احتمال عود بسیار پایین‌تری داشتند. این مطالعه از رویکرد زیست - روانشناختی به تشدید بیماری کرون حمایت می‌کند.<sup>۲۱</sup>

از سوی دیگر علیرغم وجود تفاوت‌هایی در سبب‌شناسی بیماری‌های التهابی روده و نشانگان روده‌ی تحریک (Irritable bowel syndrome) پذیر، مشخص شده است که فشار روانی عامل خطر مشترک (Common Risk Factor) در بیماری‌زایی (Pathogenesis) هر دو بیماری محسوب می‌شود. بیماران اغلب وقوع حوادث زندگی توأم با فشار روانی را در آغاز و یا در طول روند بیماری خود گزارش می‌کنند.<sup>۲۲</sup>

در پژوهش‌هایی که در ادبیات پژوهش آمده است، اغلب بر تاثیرات مضر فشار روانی به گونه‌ای کلی پرداخته شده و نقش منابع مختلف فشار روانی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته است. هدف از اجرای این پژوهش، تعیین رابطه‌ی بین سه منبع فشار روانی از بین منابع موثر در ایجاد فشار روانی با بیماری IBD در بزرگسالان مراجعه کننده به پژوهشکده‌ی گوارش و کبد بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۹۴-۱۳۹۳ است. منابع مورد بررسی در این پژوهش عبارتند از شغل، بهداشت زندگی و زندگی شخصی.

از قرن‌ها پیش تاکنون همواره برخی از افراد بشر به بیماری‌های التهابی روده موسوم به IBD (Inflammatory Bowel Disease) مبتلا بوده‌اند.<sup>۱</sup> این بیماری شامل دو نوع، کرون (Crohn's disease) و کولیت اولسراتیو (UC) است.<sup>۲</sup> این دو بیماری مادام‌العمر، مزمن و عودکننده بوده و اغلب در دهه‌ی دوم و سوم زندگی فرد ظاهر می‌شوند، اگرچه آغاز این بیماری‌ها می‌تواند در هر سنی باشد، در ۲۵٪ از همه‌ی بیماران مبتلا به IBD، بیماری قبل از سن ۱۸ سالگی آغاز می‌شود. بیماری‌های التهابی روده با علائم بالینی مختلف از قبیل درد شکمی، اسهال خونی همراه و یا بدون موکوز، خونریزی رکتومی به صورت آشکار یا پنهان، تب و کاهش وزن مشخص می‌شوند. علائم در نوجوانان ممکن است به صورت عدم پیشرفت، اختلال در رشد و بلوغ تعویق یافته بروز یابد. اگرچه بیماری کرون بالقوه بر روی هر قسمتی از دستگاه گوارش از دهان تا مقعد اثر می‌گذارد اما کولیت اولسروز عمدتاً روده‌ی بزرگ و رکتوم را درگیر می‌سازد. شیوع این بیماری در (غرب) بالغ بر ۱۲۰ تا ۲۰۰ نفر در جمعیت صد هزار نفری است. این رقم برای بیماری کرون ۵۰ تا ۲۰۰ نفر در جمعیت مشابه می‌باشد، اما در کشورهای شرقی و ایران این میزان هنوز با آمار بیماران در غرب فاصله دارد. سیر مزمن این نوع از بیماری‌ها با دوره‌هایی از فرونشینی و سپس دوره‌هایی از علائم حاد همراه است.<sup>۳و۲</sup>

با توجه به شیوع رو به افزایش بیماری‌های التهابی روده در ایران و از سوی دیگر ناشناخته بودن علت این بیماری و به تبع آن نبود درمان قطعی،<sup>۳-۵</sup> به نظر می‌رسد که لازم است توجه بیشتری به عوامل محتمل موثر بر آن مبذول گردد. در ادبیات پژوهش به عوامل متفاوتی از قبیل ژنتیک، متولد شدن در فصل بهار، رژیم غذایی، برخی جراحی‌ها از جمله برداشتن آپاندیس (appendectomy) و برداشتن لوزه (tonsillectomy) در دوران کودکی، واکسیناسیون و برخی عفونت‌ها، مصرف برخی داروها، مصرف سیگار<sup>۱۶-۶</sup> و عوامل روانشناختی از جمله نقش برخی صفات شخصیت، سازه‌ی شخصیتی الکسی تایمیا و فشار روانی اشاره شده است.<sup>۱۷-۲۰و۳</sup>

از دیرباز تاکنون تاثیرات فشار روانی بر سامانه‌ی عصبی خودکار و به دنبال آن ایجاد اختلال در عملکرد دستگاه‌های مختلف بدن از

اختلال عقب ماندگی ذهنی و اختلال وابستگی به مواد براساس نتایج به دست آمده از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای بیماری‌های روانی (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) معیارهای ورود به نمونه برای گروه غیربیمار در این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- عدم وجود سابقه تشخیص IBD (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) و سایر بیماری‌های گوارشی مزمن دیگر براساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش
- ۲- سن ۱۸ سال به بالا.
- ۳- داشتن حداقل مدرک دیپلم
- ۴- نداشتن سابقه تشخیص بالینی اختلال‌های روان پریشانه، اختلال عقب ماندگی ذهنی و اختلال وابستگی به مواد بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه‌ی نتایج به دست آمده از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای بیماری‌های روانی

#### مراحل اجرای پژوهش

- ۱- تشخیص و ارجاع بیماران بزرگسال (۱۸ سال به بالا) مبتلا به IBD از سوی پزشک فوق تخصص گوارش
- ۲- تعیین گروه گواه از بین افراد بزرگسال سالم غیرمبتلا به بیماری‌های گوارشی مزمن براساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش
- ۳- تعیین وضعیت نمره‌ی فشار روانی اعضای دو گروه بر اساس پرسشنامه‌ی سنجش فشار روانی کودرون
- ۴- مقایسه‌ی وضعیت اعضای دو گروه در رابطه با فشار روانی داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ی ۱۶ و با آزمون تی مستقل (Independent t - Test) و مربع کای (یا دقیق فیشر (Fishers Exact Test)) تجزیه و تحلیل شده و سطح معنی‌داری اختلاف‌ها  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی گروه بیمار مبتلا به IBD برابر با  $36/5 \pm 11/8$  سال و برای گروه افراد غیربیمار برابر با  $33/8 \pm 12/3$  سال بود. اختلاف دو گروه از نظر میانگین سنی، جنس، وضعیت تاهل و شغل

تعریف شغل به عنوان منبع فشار روانی، شامل محیط حرفه‌ای، نوع کار، افراط یا تفریط در کار، خطرهای جسمانی، چگونگی تطبیق با محیط کار و رویارویی خانواده - کار است.<sup>۲۳</sup> همچنین بهداشت زندگی به عنوان منبع فشار روانی، شامل وضعیت مواردی از قبیل میزان و کیفیت خواب و استراحت، ورزش و فعالیت‌های بدنی، تغذیه، محل زندگی، آلودگی صوتی و محیطی و اعتیاد است. زندگی شخصی شامل مسایل افراد در حوزه‌ی روابط زناشویی، خانوادگی و عاطفی و نیز مسایل اقتصادی و وقوع بیماری می‌باشد.

#### مواد و روش‌ها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش تحلیلی مورد - شاهده‌ی، سه آزمون از پرسشنامه‌ی سنجش فشار روانی کودرون (Coudron) است که شغل، بهداشت زندگی و زندگی شخصی را به عنوان منبع فشار روانی می‌سنجند، بود. روایی و اعتبار این ابزارها بررسی شده و مورد تایید قرار گرفته است.<sup>۲۴</sup>

جامعه‌ی مورد بررسی در این پژوهش بیماران بزرگسال مبتلا به بیماری‌های التهابی روده در استان تهران بودند و روش نمونه‌گیری از نوع هدف دار بود. به این معنی که براساس اطلاعات قبلی از جامعه و نیز با توجه به اهداف معینی، پژوهشگر دآوری شخصی خود را برای انتخاب نمونه به کار می‌برد (۲۵). تعداد اعضای شرکت کننده در پژوهش، شامل ۸۰ بیمار مبتلا به IBD به عنوان اعضای گروه اصلی و ۸۰ فرد سالم بزرگسال به عنوان اعضای گروه گواه بود.

معیارهای ورود به نمونه برای گروه بیمار در این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- ارائه تشخیص IBD (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) از سوی پزشک فوق تخصص دستگاه گوارش
- ۲- سن ۱۸ سال به بالا. (براساس تعریف انجمن روانشناسی آمریکا، بزرگسال فردی است که به سن قانونی بلوغ رسیده است. یک فرد ۱۸ ساله معمولاً یک بزرگسال در نظر گرفته می‌شود).

۳- داشتن حداقل مدرک دیپلم

۴- نداشتن سابقه‌ی تشخیص بالینی اختلال‌های روان پریشانه،

معنی‌دار نبود (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره فشار روانی وابسته به شغل، بهداشت زندگی و زندگی شخصی در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول شماره (۲) دیده می‌شود، میانگین نمره‌های افراد بیمار در آزمونی که شغل را به عنوان منبع فشار روانی می‌سنجد برابر با  $43/2 \pm 82$  و در گروه افراد غیربیمار برابر با  $41/2 \pm 84/2$  است. اختلاف دو گروه از نظر فشار روانی در حوزه‌ی شغلی که براساس آزمون آماری  $t$  مستقل اندازه‌گیری شد،  $(P = .07)$  بود که به لحاظ آماری معنادار نیست. به این ترتیب دو گروه از نظر این متغیر همسان هستند.

همچنین میانگین نمره‌های افراد بیمار در آزمونی که بهداشت زندگی را به عنوان منبع فشار روانی می‌سنجد برابر با  $42/8 \pm 21/8$

و در گروه افراد غیر بیمار برابر با  $41 \pm 22/3$  است. اختلاف دو گروه از نظر فشار روانی در حوزه‌ی بهداشت زندگی که براساس آزمون آماری  $t$  مستقل اندازه‌گیری شد،  $(P = .06)$  بود که به لحاظ آماری معنادار نیست. به این ترتیب دو گروه از نظر این متغیر همسان هستند.

از سوی دیگر براساس نتایج مشاهده شده در جدول شماره‌ی (۲) میانگین نمره‌های افراد بیمار در آزمونی که زندگی شخصی را به عنوان منبع فشار روانی می‌سنجد برابر با  $28/5 \pm 64/8$  و در گروه افراد غیربیمار برابر با  $26 \pm 38/3$  است. اختلاف دو گروه از نظر فشار روانی در حوزه‌ی زندگی شخصی که براساس آزمون آماری  $t$  مستقل اندازه‌گیری شد،  $(P < .001)$  بود که به لحاظ آماری معنادار است. به این ترتیب دو گروه از نظر این متغیر همسان نیستند.

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به IBD و افراد غیربیمار بر حسب وضعیت جنس، تاهل و اشتغال

| متغیرها | افراد شرکت کننده در پژوهش |              | افراد بیمار  |              | افراد غیربیمار |              |
|---------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
|         | شاخص‌ها                   | فراوانی ساده | فراوانی نسبی | فراوانی ساده | فراوانی نسبی   | فراوانی نسبی |
| مرد     |                           | ۴۲           | ۵۲/۵         | ۳۰           | ۳۷/۵           |              |
| زن      |                           | ۳۸           | ۴۷/۵         | ۵۰           | ۶۲/۵           |              |
| متاهل   |                           | ۵۰           | ۶۲/۵         | ۳۹           | ۴۸/۷۵          |              |
| مجرد    |                           | ۲۹           | ۳۶/۲۵        | ۴۰           | ۵۰             |              |
| مطلقه   |                           | ۱            | ۱/۲۵         | ۱            | ۱/۲۵           |              |
| شاغل    |                           | ۶۰           | ۷۵           | ۷۰           | ۸۷/۵           |              |
| غیرشاغل |                           | ۲۰           | ۲۵           | ۱۰           | ۱۲/۵           |              |

جدول ۲: بررسی اثر فشار روانی بر ایجاد اختلاف در دو گروه بیمار و غیربیمار

| متغیرها                               | شاخص‌ها | گروه بیماران IBD |              |         | گروه افراد غیربیمار |            | سطح معناداری |
|---------------------------------------|---------|------------------|--------------|---------|---------------------|------------|--------------|
|                                       |         | میانگین          | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار        |            |              |
| شغل به عنوان منبع فشار روانی          | ۸۲      | ۴۳/۲             | ۸۴/۲         | ۴۱/۲    |                     | $P = .07$  |              |
| بهداشت زندگی به عنوان منبع فشار روانی | ۴۲/۸    | ۲۱/۸             | ۴۱           | ۲۲/۳    |                     | $P = .06$  |              |
| زندگی شخصی به عنوان منبع فشار روانی   | ۶۴/۸    | ۲۸/۵             | ۳۸/۳         | ۲۶      |                     | $P < .001$ |              |

## بحث

بررسی نقش عوامل اجتماعی و روانشناختی در تعیین شدت بیماری کرون در بزرگسالان انجام شد، عواملی از قبیل وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، کیفیت زندگی و مهارت‌های سازگاری با بیماری مورد سنجش قرار گرفت و مشخص گردید که همه‌ی این عوامل به طور معناداری بر شدت بیماری کرون تاثیرگذار هستند. به طوری که روابط خانوادگی آشفته، نامساعد بودن وضعیت اقتصادی و پایین بودن شاخص کیفیت زندگی (Quality of life) با شدت بیماری کرون مرتبط بودند.<sup>۲۸</sup>

با توجه به همسو بودن نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قبلی که در ادبیات تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند می‌توان گفت که عواملی از قبیل آشفتگی در مسایل عاطفی و بین‌فردی از جمله روابط زناشویی و خانوادگی به عنوان منبع فشار روانی که ریشه در مسایلی از قبیل دل‌بستگی و توجه طلبی دارد نسبت به عواملی همچون دشواری‌های شغلی، پایین بودن ساعات استراحت و تفریح و عدم تغذیه‌ی مناسب، تاثیر بیشتری بر شدت بخشیدن بر روند بیماری‌های التهابی روده دارد.

اگرچه تبیین چرایی این نتایج، خود می‌تواند موضوع پژوهش‌های جدیدی باشد اما بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با توجه به اهمیت عامل زندگی شخصی به عنوان منبع فشار روانی در شدت بخشیدن روند بیماری‌های التهابی روده، می‌توان با اعمال مداخله‌های روانشناختی از قبیل روان‌درمانی فردی و خانواده‌درمانی از اثرات مضر این عامل کاست.

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که دو گروه در دو عامل شغل و بهداشت زندگی به عنوان منبع فشار روانی همسان بوده و تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند اما تفاوت دو گروه در عامل زندگی شخصی به عنوان منبع فشار روانی معنادار است. از جمله پژوهش‌هایی که همسو با این نتایج هستند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

در پژوهشی که ژاکوبسن (Jakobsen) و همکارانش بر روی ۱۱۸ کودک مبتلا به IBD در مقایسه با ۴۷۷ کودک سالم به عنوان اعضای گروه گواه انجام دادند، مشخص گردید که فراوانی طلاق والدین، قبل از تشخیص IBD در کودک، در بین بیماران بالاتر از گروه گواه بود. طلاق والدین موضوعی استرس‌آور برای کودک است و استرس روانشناختی می‌تواند منجر به پاسخ هورمونی که برانگیزاننده سامانه ایمنی در افراد مستعد است، گردد.<sup>۲۶</sup>

نتیجه مشاهده و پژوهش بالینی زانبرگ (Szajnborg) و همکارانش در حوزه‌ی اهمیت دل‌بستگی (attachment) و ارتباط آن با بیماری‌های التهابی روده نشان داد که فشار روانی در حوزه‌ی روابط بین‌فردی می‌تواند موجب آسیب‌پذیری در تشدید نشانه‌ها و عود بیماری گردد. در این مطالعه همچنین روند معنادار رابطه‌ی بین عود و شمار محرک‌هایی که تولید فشار روانی می‌کنند در ماه پیش از عود بیماری گزارش شده است.<sup>۲۷</sup>

در پژوهشی که توسط فرایگر (Friger) و همکارانش به منظور

## منابع

- Mulder DJ, Noble AJ, Justinich CJ, Duffin JM. A tale of two diseases: The history of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;8(5):341-8.
- Laass MW, Roggenbuck D, Conrad K. Diagnosis and classification of Crohn's disease. *Autoimmunity Reviews*. 2014;13(4-5):467-71.
- Sajadinejad M, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterology research and practice*. 2012;2012.
- Taghavi SA, Safarpour AR, Hosseini SV, Noroozi H, Safarpour M, Rahimkazerooni S. Epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases (IBD) in Iran: A review of 740 patients in Fars province, Southern Iran. *Ann Colorectal Res*. 2013;1(1):17-22.
- Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi F. Inflammatory bowel disease in Iran: A review of 448 cases. *Archives of Iranian Medicine*. 2004;7(3):210-6.
- Vahedi H, Merat S, Momtahn S, Olfati G, Kazzazi A-S, Tabrizian T, et al. Epidemiologic Characteristics of 500 Patients with Inflammatory Bowel Disease in Iran Studied from 2004 through 2007. *Archives of Iranian Medicine*. 2009;12:454 – 60.

7. Ventham NT, Kennedy NA, Nimmo ER, Satsangi J. Beyond Gene Discovery in Inflammatory Bowel Disease: The Emerging Role of Epigenetics. *Gastroenterology*. 2013;145(2):293-308.
8. Parkes GC, Whelan K, Lindsay JO. Smoking in inflammatory bowel disease: Impact on disease course and insights into the aetiology of its effect. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;8(8):717-25.
9. Danese S, Sans M, Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: the role of environmental factors. *Autoimmunity Reviews*. 2004;3(5):394-400.
10. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC. Systematic Review: The Role of Breastfeeding in the Development of Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *The Journal of Pediatrics*. 2009;155(3):421-6.
11. Chatterton DEW, Nguyen DN, Bering SB, Sangild PT. Anti-inflammatory mechanisms of bioactive milk proteins in the intestine of newborns. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*. 2013;45(8):1730-47.
12. Abramson O, Durant M, Mow W, Finley A, Kodali P, Wong A, et al. Incidence, Prevalence, and Time Trends of Pediatric Inflammatory Bowel Disease in Northern California, 1996 to 2006. *The Journal of Pediatrics*. 2010;157. (2):233-9.e1.
13. Lee D, Albenberg L, Compher C, Baldassano R, Piccoli D, Lewis JD, et al. Diet in the Pathogenesis and Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2015;148(6):1087-106.
14. Hou JK, Lee D, Lewis J. Diet and Inflammatory Bowel Disease: Review of Patient-Targeted Recommendations. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. (0.)
15. Hart AR, Bergmann M, Luben R, Camus J, Oakes S, Welch A, et al. The role of diet in the aetiology of ulcerative colitis—A pilot study in a european prospective cohort study. *Gastroenterology*. 2003;124(4, Supplement 1):A37.
16. Hansen TS, Jess T, Vind I, Elkjaer M, Nielsen MF, Gomborg M, et al. Environmental factors in inflammatory bowel disease: A case-control study based on a Danish inception cohort. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2011;5(6):577-84.
17. Keefer L, Keshavarzian A, Mutlu E. Reconsidering the methodology of "stress" research in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2008;2(3):193-201.
18. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American journal of gastroenterology*. 2000;95(5):1213-20.
19. Robertson D, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 1989;30(5):623-6.
20. Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1999;68(5):263-9.
21. Bitton A, Dobkin P, Edwardes MD, Sewitch M, Meddings J, Rawal S, et al. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut*. 2008;57(10):1386-92.
22. Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(5):653-62.
23. Stora. stress. Tehran: Roshd; 1386. 252 p.
24. Ganji H. Personality Evaluation. Tehran: Savalan; 1392. 424 p. (Full Text in Persian).
25. Delavar A. Educational and Psychological Research. Thran: Ravan; 1386. 298 p. (Text in Persian).
26. Jakobsen C, Paerregaard A, Munkholm P, Wewer V. Environmental factors and risk of developing paediatric inflammatory bowel disease—a population based study 2007–2009. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013;7(1):79-88.
27. Szajnberg NMD, Wilson MEP, Beauchaine TPP, Waters EP. Mothers of Children with Inflammatory Bowel Disease: A Controlled Study of Adult Attachment Classifications and Patterns of Psychopathology. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2011;48(1):34-41.
28. Friger M, Sarid O, Greenberg D, Vardi H, Schwartz D, Slonim-Nevo V, et al. Sa1172 Role of Social and Psychological Factors in Determining Severity of Disease in Adult Patients With Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2015;148(4, Supplement 1):S-247.