

Predicting Quality Of Life on the Basis of Illness Perception in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Afsaneh Moghimian¹, Nasser Ebrahimi Daryani², Azadeh Yaraghchi³, Farhad Jomehrie⁴,
Omid Rezaei⁵

¹ MA in Clinical Psychology Student, Islamic Azad University, Kish International Branch, Kish Island, Iran

² Professor, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ MA in Clinical Psychology Student, Islamic Azad University, Tehran Science and Research Branch, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, and Islamic Azad University, Kish International Branch, Kish Island, Iran

ABSTRACT

Background :

Irritable bowel syndrome (IBS) is a disorder of the gastrointestinal system that presents with special gastrointestinal signs and lack of an organic etiology. Quality of life (QOL) is one of the most important outcomes of IBS. Several psychological factors are mentioned as effective in determining QOL in IBS patients. The goal of this study is to determine the relationship between illness perception and QOL in patients with IBS.

Materials and Methods:

This study enrolled 96 patients, 40 males (41.7%) and 56 females (58.3%) who referred to the gastroenterology clinics of Imam Khomeini and Laleh hospitals from September to December 2012, Tehran, Iran. Participants completed a Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) and an IBS-specific QOL (IBS-QOL-34) questionnaire. Information collected by the questionnaire was analyzed with Pearson's correlation and regression analysis.

Results:

Results of the analysis performed by Pearson's correlation showed a significant association between patient's illness perception and QOL among those with IBS. Among the subscales of illness perception, the Consequence ($p < 0.01, r = 0.63$), Emotion ($p < 0.01, r = 0.55$), Concern ($p < 0.01, r = 0.31$), Timeline ($p < 0.01, r = 0.30$), and Identity ($p < 0.01, r = 0.20$) subscales showed the most significant correlation with QOL. There was no relation observed between Illness Comprehensibility, Treatment Control, and Personal Control subscales with QOL.

Conclusion:

Patient's illness perception seems to play a role in determining QOL among IBS sufferers. Therefore, psychological intervention based on the patient's illness perception is recommended for IBS patients.

Keywords: Irritable bowel syndrome; Quality of life; Illness perception; Iran

please cite this paper as:

Moghimian A, Ebrahimi Daryani N, Yaraghchi A, Jomehrie F, Rezaei O. Predicting Quality Of Life on the Basis of Illness Perception in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2013;18:164-71.

Corresponding author:

Omid Rezaei, MD

University of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences, Koodakyar St.,
Daneshjoo Blvd., Evin St., Tehran, Iran

Telefax: +98 2122180140

E-mail: dr.rezaei@uswr.ac.ir

Received: 24 Apr. 2013

Edited: 2 Aug. 2013

Accepted: 3 Aug. 2013

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس ادراک بیماری در مبتلایان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

افسانه مقیمیان^۱، ناصر ابراهیمی دریانی^۲، آزاده یراقچی^۳، فرهاد جمهری^۴، امید رضائی^۵

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکز بین الملل کیش، ایران
^۲ استاد، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
^۴ استادیار، روانشناسی شخصیت، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۵ استادیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و دانشگاه آزاد اسلامی، مرکز بین الملل کیش، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال در سیستم روده ای- معده ایی است و با علائم ویژه روده ای- معده ای بدون علت ارگانیک تعریف می شود. کیفیت زندگی وابسته به سلامت (HRQOL) یکی از مهم ترین پیامدهای بیماری در سندرم روده تحریک پذیر است. عوامل روانشناختی متعددی در تعیین کیفیت زندگی بیماران با سندرم روده تحریک پذیر مد نظر قرار گرفته است. هدف این پژوهش تعیین ارتباط ادراک بیماری بر کیفیت زندگی در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر می باشد.

روش بررسی:

در این مطالعه ۹۶ بیمار (۴۰ مرد، ۴۱/۷٪ و ۵۴ زن، ۵۸/۳٪) از مراجعه کنندگان به بخش گوارش بیمارستان لاله و بیمارستان امام خمینی واقع در تهران انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس ادراک بیماری (Brief-IPQ) و مقیاس کیفیت زندگی ویژه مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر (IBS-QOL-34) و پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پزشکی محقق ساخته مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های پژوهش با روش های آماری ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چند متغیری استفاده شده است.

یافته ها:

نتایج پژوهش با استفاده از مدل همبستگی نشان داد که رابطه معنی داری بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به IBS وجود دارد. از میان خرده مقیاس های ادراک بیماری، به ترتیب، ادراک از پیامدها ($F=0.163, p<0.01$) عواطف ($F=0.155, p<0.01$)، نگرانی در مورد بیماری ($F=0.131, p<0.01$)، طول مدت بیماری ($F=0.130, p<0.01$)، شناخت علائم ($F=0.120, p<0.05$)، بیشترین همبستگی را با کیفیت زندگی داشتند، هم چنین رابطه معنی داری بین قابلیت درک و فهم بیماری با کیفیت زندگی مشاهده نشد و بین کنترل شخصی و کنترل از طریق درمان با کیفیت زندگی هیچ رابطه ای مشاهده نشد.

نتیجه گیری:

به نظر می رسد ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در تعیین کیفیت زندگی آنها نقش دارد. بنابراین طراحی مداخلات روانشناختی بر پایه ادراک بیماری برای این بیماران پیشنهاد می گردد.
کلید واژه: سندرم روده تحریک پذیر، ادراک بیماری، کیفیت زندگی، ایران

گوارش / دوره ۱۸، شماره ۳ / پاییز ۱۳۹۲ / ۱۷۱-۱۶۴

نویسنده مسئول: امید رضائی

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و

توانبخشی، گروه روانپزشکی، کد پستی: ۱۹۸۵۷۱۳۸۳۴

تلفن و نامبر: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۱۴۰

پست الکترونیک: dr.rezaei@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۱۲

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر (IBS)^۱ یکی از بیشترین اختلالات معده- روده ای کارکردی است که هم متخصصین گوارش و هم پزشکان در مراقبت های اولیه با آن سرو کار دارند. (۱) شیوع آن در جوامع غربی ۲۰٪ (۲) در جوامع آسیایی ۷-۲٪ (۳ و ۴) و در ایران ۶٪ (۵) گزارش شده است.

بیماری با درد یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در عادات روده ای

1. Irritable Bowel Syndrome

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر ابعاد جسمی، روانشناختی و اجتماعی سلامت تأکید دارد و به نظر می رسد که زمینه مجزا و روشنی است که توسط تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تأثیر قرار می گیرد. (۲۲)

شناخت بیماران از بیماری خود تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و بر پایه جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می گیرد. این عامل می تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. (۲۳)

وقتی یک بیماری برای یک فرد تشخیص داده می شود و یا هنگامی که فرد دچار آسیب می شود، تلاش می کند یک طرحواره شناختی از بیماری تشکیل دهد تا بیماری را برای خود معنا کند این ادراک از بیماری در هدایت شیوه های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد. (۲۳)

براساس نظریه لونتال و همکاران بیماران رفتار و واکنش های هیجانی خود، نسبت به بیماری را براساس ادراکات خود از: علت (Cause)، برآیندها (Consequence)، خط زمانی (time line)، کنترل/درمان (treatment/control)، تظاهرات هیجانی (emotional representation) تنظیم می نماید. (۲۴)

حمایت از بیماران درجهت افزایش ادراک کنترل فردی که یکی از مؤلفه های مهم ادراک بیماری می باشد، می تواند یک استراتژی مراقبت اولیه در بازسازی برنامه های تسهیل کننده رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی و افزایش کیفیت زندگی باشد. (۲۵)

بنابراین داشتن یک فهم کامل از مؤلفه های ادراک بیماری، برای هدایت فرد به سمت کیفیت خوب زندگی مفید و مؤثر است. (۲۶)

بررسی تأثیر ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS از آن جهت نیز ضرورت دارد که برداشتن گام های بعدی را در جهت طرح ریزی برنامه های مداخله ای فراهم می کند که هدف نهایی آن تصحیح باورهای بیماران در جهت رسیدن به کیفیت زندگی بهتر و سازگاری روزافزون با شرایط سخت بیماری شان می باشد. (۲۷)

روش بررسی:

این مطالعه به منظور تعیین ارتباط ادراک بیماری (Illness perception) بر کیفیت زندگی (Quality of life) در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر (IBS) می باشد. نمونه شامل ۹۶ بیمار (۴۰ مرد و ۵۶ زن) مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بوده است که به صورت نمونه در دسترس از بین افرادی که از مهرماه ۱۳۹۱ تا دی ماه ۱۳۹۱ به کلینیک تخصصی گوارش بیمارستان لاله و بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده و معیارهای ورود و خروج را دارا بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- تشخیص بیماری سندرم روده تحریک پذیر توسط متخصص گوارش، ۲- موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، ۳- داشتن سن بین ۱۸ تا ۷۵ سال و معیارهای خروج از مطالعه شامل:

مشخص می شود و ترکیب های گوناگونی از سه علامت اصلی سندرم روده تحریک پذیر یعنی اسهال، درد و یبوست رخ می دهد بدون اینکه علت ارگانیک مشخص داشته باشد. (۱)

اگرچه علت IBS هنوز به طور کامل شناخته نشده است اما اختلالات حرکت روده ای به عنوان مهم ترین علت سندرم روده تحریک پذیر نسبت داده شده است که با انقباض های بیش از حد باعث اسهال و با کاهش انقباض ها باعث یبوست می شود. (۶)

برخی محققین نیز معتقدند که در سندرم روده تحریک پذیر حساسیت روده ها به حس های نرمال افزایش می یابد، یعنی آستانه تحریک پذیری عصبی روده ها کاهش پیدا می کند که در اصطلاح ازدیاد حس احشایی نامیده می شود که در این بین به سروتونین به عنوان یک میانجی عصبی توجه خاصی شده است. (۱)

هم چنین اختلالات روانشناختی اغلب به عنوان علت اساسی در این بیماری مطرح بوده است براساس مطالعات انجام شده این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد با استرس (۷)، ۵۰ تا ۹۰ درصد از بیماران IBS در طول زندگی خود یک اختلال روانشناختی نظیر اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال اضطرابی منتشر، افسردگی و اختلالات سوماتوفرم را تجربه خواهند کرد. (۸)

۵۶/۸٪ از بیماران IBS به طور همزمان از افسردگی (۹) و ۳۴٪ از اختلالات اضطرابی منتشر رنج می برند (۱۰) و این همراهی سبب افزایش شدت و فراوانی علائم و در نتیجه افزایش اختلال عملکردی بیماران می شود.

بیماران مبتلا از طیف گسترده ای اختلالات خارج روده ای گوارشی و اختلالات خارج روده ای غیرگوارشی شاک می هستند.

اختلالات خارج روده ای گوارشی عبارتند از: ریفلکس معده ای- مروی، بلع دردناک (دیسفاژی)، احساس سیری زودرس، سوءهاضمه، تهوع، درد سینه غیر قلبی. (۱۱)

اختلالات خارج روده ای غیرگوارشی عبارتند از: مقاربت دردناک یا دیسپارونی (۱۲ و ۱۳)، سندرم پیش از قاعدگی (۱۴ و ۱۵)، علائم اسکلتی - عضلانی در قالب بیماری فیبرومیالژیا (۱۶ و ۱۷)، بی خوابی (۱۸) سندرم مثانه دردناک، افزایش فشار خون، تکرر و نیاز فوری به دفع ادرار، اختلال عملکرد جنسی. (۱)

مطالعات بسیاری نشان داده است که کیفیت زندگی مبتلایان به IBS تحت تأثیر عوامل گوارشی و غیرگوارشی شان قرار گرفته و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی آنها نسبت به جمعیت عمومی می شود. (۱۹ و ۲۰)

یکی از فاکتورهایی که در ارزیابی ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی باید مدنظر قرار گیرد، ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی است و باید دانست که اولین اثر بیماری بر روی عملکرد اشخاص است و سپس اثرات روانی داشته و به دنبال آن سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. (۲۱)

روانشناس و متخصصین همه گیر شناسی تأیید شده است. (۲۹) هم چنین پایایی کلی نسخه فارسی این آزمون توسط حقایق و همکاران روی ۱۲۶ نفر از بیماران سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفته و پایایی کلی آن برابر با ۰/۹۲ گزارش گردیده است.

پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری

برای بررسی ادراک بیماری از پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری (brief- illness perception questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط Broad benet و همکاران براساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. همه خرده مقیاس ها (به جز سوال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه بندی از یک تا ده پاسخ داده می شوند. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می دهند که شامل: ادراک از پیامدها (consequence)، طول مدت بیماری (time line)، کنترل شخصی (personal control)، درمان پذیری (treatment control)، شناخت علایم (identity) می باشد. دو مورد واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می دهد که شامل: نگرانی درمورد بیماری (concern) و عواطف (emotions) است. یک مورد قابلیت درک و فهم بیماری (illness comprehensibility) را مورد سنجش قرار می دهد. جهت گیری (causal representation)، یک سوال باز است که از بیمار خواسته می شود سه مورد از مهم ترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس ها از $I=0/48$ (قابلیت فهم بیماری) تا $I=0/70$ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ($I=0/61, p<0/01$). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی R-IPQ ۰/۷۱ می باشد. به طور کلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش آن بوده است. (۳۰)

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چند متغیری و نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

یافته ها:

مطالعه حاضر در نمونه به حجم ۹۶ نفر انجام شد. توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ مشاهده می شود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ادراک بیماری در افراد مورد بررسی بر اساس مقیاس فرم کوتاه ادراک بیماری، $6/67 \pm 1/32$ بود. میانگین هر یک از

۱- بیماری روانشناختی یا بیماری جسمانی به همراه سندرم روده تحریک پذیر، (عوامل روانشناختی موثر بر وضعیت طبی مانند زخم معده، کولیت اسپاستیک وغیره و یا داشتن بیماری جسمانی دیگری مانند بیماری قلبی-عروقی) ۲- وجود اختلال شناختی در بیمار، ۳- بیماری که در حال حاضر تحت درمان با داروهای روانپزشکی هستند.

داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه های مشخصات جمعیت شناختی و پزشکی محقق ساخته شامل: جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل و سابقه خانوادگی ابتدا به سندرم روده تحریک پذیری می باشد. به منظور ارزیابی ادراک بیماری از فرم کوتاه پرسشنامه زندگی و همچنین جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران سندرم روده تحریک پذیر (IBS-QOL-34)، استفاده شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر

به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران سندرم روده تحریک پذیر (IBS-QOL-34) استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران سندرم روده تحریک پذیر (IBS-QOL-34) که توسط پاتریک^۱ و دروسمن^۲ در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در این بیماران است، همچنین نسبت به انواع درمان ها حساسیت ویژه ای دارد و به چندین زبان ترجمه و اعتبار یابی شده است این پرسشنامه شامل ۳۴ سوال است که در مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای (هرگز ۱، به ندرت ۲، معمولاً ۳، اغلب ۴، همیشه ۵) نمره گذاری می شود. (۲۸)

این پرسشنامه شامل ۸ خرده مقیاس است که عبارت اند از:

ملال ناشی از بیماری (dysphoria) واکنش اجتماعی (social Reaction)، اضطراب سلامتی (health Worry)، تصویر بدنی (body Image)، روابط بین فردی (relationship)، اجتناب از غذا (food Avoidance)، نگرانی جنسی (sexual concern)، تداخل با فعالیت روزانه (interference with activity) ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس ها برابر است با:

ملال ناشی از بیماری ۰/۸۸، تداخل با فعالیت ها ۰/۶۷، تصویر بدنی ۰/۷۲، اضطراب سلامت ۰/۵۷، اجتناب از غذا ۰/۵۲، واکنش اجتماعی ۰/۶۱، نگرانی های جنسی ۰/۷۶، روابط بین فردی ۰/۶۲، و کل مقیاس ۰/۹۳.

دامنه نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی بین ۱۷۰-۳۴ می باشد. پایایی کلی این آزمون در امریکا، اروپا و آسیا به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش شده است. این پرسشنامه اعتباریابی شده و روایی محتوایی (content validity)، آن توسط چند گروه پزشک، روانپزشک،

1. Patrick
2. Drossman

ادراک بیماری و سندرم روده تحریک پذیر

جدول ۳: همبستگی بین خرده مقیاس های ادراک بیماری با کیفیت زندگی

خرده مقیاس های ادراک بیماری	ضریب همبستگی
ادراک از پیامدها	۰/۶۳۱**
طول مدت بیماری	۰/۳۰۱**
کنترل شخصی	-۰/۱۴۵
کنترل از طریق درمان	-۰/۱۶۷
شناخت علائم	۰/۲۰۲*
نگرانی در مورد بیماری	۰/۳۱۴**
قابلیت درک و فهم بیماری	۰/۰۷۳
عواطف	۰/۵۵۶**

$p^* < 0.05, p^{**} < 0.01$

ضرایب همبستگی بین هر یک از خرده مقیاس های ادراک بیماری با کیفیت زندگی، در جدول ۳ خلاصه شده است. توانایی پیش بینی کنندگی و تاثیر هر یک از خرده مقیاس های ادراک بیماری بر روی کیفیت زندگی بیماران IBS با استفاده از آزمون رگرسیون چند متغیری مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. حدود ۰/۴۶ از تغییرات کیفیت زندگی بیماران IBS توسط متغیرهای ادراک بیماری تبیین می شدند ($R^2 = 0.467, R = 0.684$) همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، ضرایب رگرسیون و نتایج آزمون آماری آنها نشان می دهد که توانایی پیش بینی کنندگی مربوط به دو خرده مقیاس ادراک از پیامدها و عواطف بود و سایر خرده مقیاس ها در این پیش بینی تاثیر قابل توجهی نداشتند.

بحث:

هدف از این مطالعه تعیین ارتباط ادراک بیماری بر کیفیت زندگی در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر (IBS) می باشد.

خرده مقیاس های ادراک بیماری نیز جداگانه محاسبه شد که نتایج آن در

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

جنسیت	وضعیت تاهل		کل
	متاهل	مجرد	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
مرد	۳۰ (۳۱/۳)	۱۰ (۱۰/۴)	۴۰ (۴۱/۷)
زن	۳۸ (۳۹/۶)	۱۸ (۱۸/۸)	۵۶ (۵۸/۳)
کل	۶۸ (۷۰/۸)	۲۸ (۲۹/۲)	۹۶ (۱۰۰)

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس های ادراک بیماری در افراد مورد مطالعه

خرده مقیاس های ادراک بیماری	حدود اطمینان میانگین (۰/۹۵)	انحراف استاندارد
ادراک از پیامدها	۵۸/۵ ± ۰/۵۲	۲/۵۸
طول مدت بیماری	۷۹/۶ ± ۰/۵۴	۲/۶۹
کنترل شخصی	۸۳/۵ ± ۰/۵۰	۲/۵۱
کنترل از طریق درمان	۱۵/۷ ± ۰/۵۱	۲/۵۳
شناخت علائم	۳۲/۷ ± ۰/۴۹	۲/۲۴
نگرانی در مورد بیماری	۵۵/۷ ± ۰/۵۳	۲/۶۳
قابلیت درک و فهم بیماری	۸۵/۶ ± ۰/۴۹	۲/۴۴
عواطف	۲۷/۶ ± ۰/۶۱	۳/۰۳

جدول ۲ خلاصه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی نیز با استفاده از مقیاس (IBS-QOL-34)، $98/19 \pm 27/68$ به دست آمد. ضریب همبستگی بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS، با مقدار ۰/۴۵۳ و $p < 0.01$ معنادار بود.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون در پیش بینی کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه

متغیر ملاک	مقدار باقیمانده (a)	متغیرهای پیش بین					
		ادراک از پیامدها	طول مدت بیماری	کنترل شخصی	کنترل از طریق درمان	شناخت علائم	نگرانی در مورد بیماری
ضریب b	۵۷/۳۰۳	۴/۵۵۶	۱/۱۳۶	-۰/۹۶۱	-۰/۴۲۴	-۰/۳۳۲	۰/۲۱۴
خطای استاندارد	۱۲/۱۵۱	۱/۱۳۹	۰/۸۹۷	۰/۰۰۱	۱/۰۱۷	۱/۱۴۶	۱/۰۴۹
بتا	-----	۰/۴۲۵	۰/۱۱۰	-۰/۰۸۷	-۰/۰۳۹	-۰/۰۲۷	۰/۰۲۰
T	۴/۷۱۶**	۴/۰۰۰**	۱/۲۶۶	-۰/۹۶۰	-۰/۴۱۷	-۰/۲۹۰	۰/۲۰۴

$p^* < 0.05, p^{**} < 0.01$

نتیجه رسیدند که IBS یک بار سنگین اقتصادی بر روی جامعه و افراد مبتلا به این بیماری ایجاد کرده و موجب کاهش کیفیت زندگی وابسته به سلامت (HRQOL) و بهره‌وری کاری می‌شود. در نتیجه این یافته‌ها و مطالعات گذشته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. (۳۶)

نتیجه مطالعات تیمنرها و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز نشان داد که مداخله خودگردانی ممکن است در ارتقاء ادراک بیماری و پیرویه آن پیشرفت کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد. (۳۷).

افشار و همکاران در سال ۱۳۹۰، ضریب همبستگی معنی داری بین ادراک بیماری و شدت علائم به دست آوردند و مشخص شد حدود ۴۰٪ از تغییرات شدت علائم افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر توسط متغیرهای ادراک بیماری پیش بینی می‌شد. (۳۸)

در مطالعه مسعودنیا در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷ که یافته‌های این مطالعه اعتبار الگوی خودگردانی لونتال و دیگران را به عنوان یک الگوی نظری در تبیین و پیش بینی رفتار بیماران التهاب مفصلی شبه روماتیسمی در واکنش و راهبردهای مقابله و تطابق با آن نشان داد که این نتیجه تا حدودی هم راستا به نتایج تحقیق حاضر می‌باشد. (۳۹)

نتایج مطالعه راتر ۲۰۰۲ در انگلستان در مورد رابطه ادراک بیماری و عوامل مرتبط با پیامدهای بیماری از جمله کیفیت زندگی را در مبتلایان به IBS نشان می‌دهد. (۴۰)

در پژوهش هیمان و همکاران (۲۰۰۰) نشان داده شد که اختلالات روانشناختی و روانپزشکی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شیوع بالایی داشته است و متغیرهای روان شناختی و روانی - اجتماعی نقش مهمی در پیشرفت و تداوم علائم این سندرم ایفا می‌کنند. (۴۱)

اثر عقاید بیمار بر شدت درد در مبتلایان به IBS در برخی مطالعات نشان داده شده است. به طوری که مبتلایان به IBS که علائم شدیدتری داشتند عقاید منفی بیشتری نسبت به درد داشتند به طور کلی عقیده بیمار بر این که درد وی مبهم و مرموز است پیش بینی کننده مهمی برای شدت علائم است. (۴۲)

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که عبارتند از: بنابر دلایل مختلف از جمله مشکلات مربوط به بیماری‌های خاص و بیمار یابی، تعداد افرادی که در چنین پژوهش‌هایی مورد مطالعه قرار می‌گیرند، اندک است و تحقیق حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده و از این بابت حجم نمونه مورد مطالعه دارای محدودیت است، تمامی ابزارهای اندازه‌گیری، ابزارهای خود گزارش می‌باشند، بنابراین امکان سوگیری احتمالی این روش یکی از محدودیت‌های این پژوهش است، عدم کنترل متغیرهایی نظیر، حمایت اجتماعی، جایگاه اقتصادی - اجتماعی و ارزش‌ها و اعتقادات مذهبی.

به نظر می‌رسد ابعاد ادراک بیماری به عنوان یک پدیده مهم روانشناختی بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر حائز اهمیتی دارد لذا بررسی کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از

در تبیین ادراک بیماری می‌توان گفت که افرادی که با بیماری مزمن مواجه می‌شوند، روان‌سازه‌ها یا شناخت‌هایی از بیماری در نظام شناختی خود شکل می‌دهند که در شکل‌گیری آنها متغیرهای درونی و بیرونی مانند سبک‌های دلبستگی و عوامل شخصیتی، محیط اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی نقش دارند. این عوامل به همراه تهدید بیماری، ادراک بیمار از ماهیت، علل، درمان پذیری/ کنترل پذیری و پیامدهای آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۳۱)

افرادی که ادراک ناسالم و منفی نسبت به بیماری خود دارند، در زمان‌های بحران سلامت، نسبت به نیازهای بدنی خود بیگانه بوده و خود مهارگری لازم ندارند، در غیاب حس استقلال و انعطاف پذیری، بحران سلامت، مقاومت، به خصوص انکار، را ایجاد می‌کند. این مسأله به همراه پاسخ عاطفی نامناسب به بیماری و عدم مهارگری عواطف، کاهش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت. (۳۲)

از سوی دیگر افرادی که ادراک سالم، متعادل و مثبتی نسبت به بیماری خود دارند، تأثیر بیماری بر زندگی خود را اغراق آمیز تصور نمی‌کنند و کیفیت زندگی آنها کاهش نمی‌یابد.

فردی که دارای روان‌سازه مثبت از بیماری خویش است قادر است، به طور واقع بینانه و صحیح علائم و نشانه‌ها و ابعاد دیگری را درک و تحلیل نماید. ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علائم و عواطف توأم با آن همراه است، موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب می‌شود که بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت تر می‌انجامد. بنابراین، انتظار می‌رود فردی که دارای ادراک مثبت نسبت به بیماری است، کیفیت زندگی بالاتری داشته باشد. (۳۳)

بنابراین ابعاد ادراک بیماری به عنوان یک پدیده مهم روانشناختی بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر حائز اهمیتی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نیز با یافته‌های برخی مطالعات در این زمینه هم‌خوانی دارد. به عنوان نمونه ارتباط ادراک بیماری با کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی مطالعه‌ای بود که آلسون در سال ۲۰۱۰ انجام داد. معلوم شد کاهش باورهای کنترل فردی و کنترل درمان با کیفیت زندگی پایین ارتباط دارند. (۲۵)

نتیجه مطالعات دالبچ و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد ادراک شدت نشانه‌ها و پیامدها، کنترل پایین شخصی و درمان، ناتوانی بیماران را پیش بینی می‌کند. (۳۴)

بر اساس تحقیقات انجام شده توسط هونگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ نمرات مردان مبتلا به IBS در پرسشنامه کیفیت زندگی با کاهش ابعاد عملکرد اجتماعی، بهزیستی و سلامت عمومی، همبستگی بالایی داشت و نمرات پرسشنامه SF-۳۶ نشان دهنده ضعف در عملکرد اجتماعی، نقش فیزیکی (عملکرد جسمانی)، سلامت روانی و درد بدنی بود. (۳۵)

طی مطالعات انجام شده توسط آگاروال و برنان در سال ۲۰۱۱ به این

مدیریت بیماری قرار گیرند، که خود گامی خواهد بود به سمت کیفیت زندگی بهتر برای این بیماران. در روند درمانی این بیماران می بایست به بیماریها و علائم گوارشی و غیرگوارشی همراه و هم چنین همراهی علائم روانشناختی با علائم غیرگوارشی در این بیماران توجه و جهت درمان آنها بیماران را به طور مناسب راهنمایی کنند.

مراحل درمانی پزشکی و روانشناختی به منظور مطالعه پیشرفت درمان، بررسی ویژگی های روانشناختی مبتلایان به IBS قبل و بعد از درمان روانشناختی و پزشکی به منظور مطالعه پیشرفت درمان مبتلایان، مقایسه درمانهای روانشناختی و درمان های پزشکی در مبتلایان به IBS به منظور تعیین بهترین درمان برای آنها، علاوه بر بیماران، درمانگرها و مراقبین ویژه بیماران IBS تحت آموزش و آشنایی با ادراک بیماری و

REFERENCES

- Pashaei M, Pourfakharan M. Irritable bowel of syndrome. 6nd ed. Tehran: Ebtokare danesh;1391.
- Gwee KA. Irritable bowel syndrome in developing countries –a disorder of civilization or colonization? *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:317- 24.
- Hoky, Kang JY, Seow A. prevalence of gastrointestinal symptoms in multiracial Asian population, with particular reference to reflux- type symptoms. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:1816-22.
- KheirAbadi Gh. Bagherian R, Nemati K, Daghighzadeh H, Maracy MR, Gholamrezaie A. the effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *J Isfahan Med Sch* 2005;28:225-34. [in Persian].
- Kumano H, Kaiya H, Yoshiuchi K, Yamanaka G, Sasaki T, Kubaki T. Co morbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder and agoraphobia in a Japanes representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004;99:370-6.
- Lackner J, Quigley BM. Pain catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patient with irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2005;43:943-57.
- Hayee B , Forgacs I . Psychological approach to managing irritable bowel syndrome. *BMJ* 2007;334:1105-9.
- Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med* 1999;107:65-73.
- Ladep NG, Obindo TJ, Audu MD, OkekeEN, Malu AO. Depression in patient with irritable bowel syndrome in jos, Nigeria. *World J Gastroenterol* 2006;12;7844-7.
- Lee S, Wu J, Ma YL, Tsang A, Guo WJ, Sung J. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder : a community study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:643-51.
- Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel: *Br Med J* 1978;2:653-4.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Bio psychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1997; 90:583-9.
- Bachmann, GA, Leiblum, SR, Kemmann, E, et al. sexual expression and its determinants in the post- menopausal woman. *Maturitas* 1984;6:19-29.
- Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;13: 5-17.
- Mortola, JF, Girton, L, Beck, L, Yen, SSC. Diagnosis of premenstrual syndrome by a single, prospective and reliable instrument: The Calendar of Premenstrual Experiences. *Obstet Gynecol* 1990;76:302-7.
- Lee S WU J , Ma YL , Tsang A , Guo WJ , Sung J . Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder : a community study. *Aliment pharmacol Ther* 2008;30:643-51.
- Mease P, Arnold LM, Bennett R, Boonen A, Buskila D, Carville S, et al. Fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 2007; 34:1415-25.
- International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd, American Academy of sleep medicine, Westchester, IL 2005.
- Silk DB. Impact of irritable bowel syndrome on personal relationships and working practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:1327-32.
- Li FX, Patten SB, Hilsden RJ, Sutherland LR. Irritable bowel syndrome Health Related Quality of life:A population based study in Calgary. *Alberta Can J Gastroenterol* 2003;17:259-63.
- Cynthia PK, Pamela SH. Quality of life From nursing and patient perceptive: Theory Research, Practice: *Jones Bartlett* 1998;30:30-5.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality of life outcomes. *N Eng J Med* 1996;334:835-40.
- Leventhal H, Nerenz DR, Steel DJ. Illness representation and coping with health treats. In: Baum A, Taylor. SE, singer JE, editors. Social psychological aspect of health. Volume 4 of handbook of psychology and health. Newjersey: L. Erlbaum Associate; 1984. P. 219- 52.
- Leventhal H , Leventhal EA , Contrada RJ. Self-regulation health and behavior: A perceptual cognitive approach. *Psychology and Health* 1998;13:717-33.
- Alsen P, Brink E, Persson LO, Brandstrom Y, Karlson BW. Illness perception after myocardial infraction: relations to fatigue emotional distress, and health- related quality of life. *J Cardivasc Nurs* 2010; 25:10-6.

26. Sousa KH, Holzemer WL, Henry SB, Slaughter R. Dimensions of health related quality of life in person living with HIV disease. *J Adv Nurs* 1999; 29:178-87.
27. Moos-Morris, R. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *J psychology & health* 2003;19:11-6.
28. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. (Eds). Rome III. Functional Gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology, and treatment- a multinational consensus, 2nd ed. Mclean, N.A.: Degnon Associates. 2000;15:57-64.
29. Hghayegh A, Kalantar M, Kalantar M. Cognitive-behavioral therapy in patient with Irritable bowel syndrome. *Iranian Seasonal Psychologist* 2009;13:99-105.
30. Bagheriansararoudi R, Afshar H, Forouzandeh N, Khoramian N, Daghighzadeh H, Merati M, et al. The relationship between illness perception and symptom severity in patient with irritable bowel syndrome. *J Isfahan Med School* 2011; 29:2-5.
31. Bazzazian S, Besharat M, Bahramiehsan H, Rajab A. The moderating role of coping strategies in relationship between illness perception, quality of life and HbA1c in patient with type I diabetes. *Iranian J Endocrinol Metabol* 2010;3:219-20.
32. Schore JR, Schore AN. Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clin Social Work J* 2008;36:9-20.
33. Bazzazian S, Besharat M. Attachment styles, illness perception and quality of life in patient with type I diabetes. *Contemporary Psychology* 2010;5:1-9.
34. Dalbeth Nicola. Illness perceptions predict disability after one year in patients with Gout. Bone and Joint Research group. Department of medicine, Faculty of medical and health sciences, university of Auckland, 85 Pard Rd, Grafton, Auckland, New Zealand by the American college of Rheumatology 2011;23:105-10.
35. Huang W, Zhou H, Bushnell D, Biakite B, Yang X, Cultural adaptation and application of the IBS- QOL in china a disease- specific quality of life questionnaire. *Qual Life Res* 2007;16:991-6.
36. Agarwal N, Spiegel BM. The effect of irritable bowel syndrome on Health- Related Quality of life and Health care Expenditures. *Gastroenterol Clin North Am* 2011;40:11-9.
37. Timensma J, Kaptein AA, Pereira AM, Smit JW, Romija JA, Biermasz, NR. Affected illness perception and the association with Impaired Quality of life in patient with Long-Term Remission of Acromegaly. *Jclin Endocrinol Metab* 2011;14:171-9.
38. BagherianSaraudi R, BahramiEhsan H, Sanei H. relationship Between history of myocardial infarction and cognitive representation of myocardial infarction. *Research in psychological health* 2008;2:29-39.
39. Masoudnia E, Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms An appraisal of self-regulation model. *J Behavioral Sciences* 2008;3:271-282.
40. Rutter CL, Rutter DR. Illness perception coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol* 2002; 7:377-91.
41. Himan RI, Arnold C, Florin S, HerdaMelfsen H. The combination of medical treatment plus multi component behavioral therapy in IBS. *Am J Gastroenterol* 2000;95:981-94.
42. Gerson JM, Gerson CD. Relationship between pain beliefs, stress perception and symptom severity in IBS. *Gastroenterology* 2008;134:418.