

Assessment of Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Cross-sectional Study in South-East Iran

Mehdi Hayat Bakhsh Abbasi¹, Hossein Safizadeh², Mohammad Javad Zahedi¹,
Sodaif Darvish Moghadam¹, Sara Shafiei pour^{1,3}, Afshin Mohammad Bagheri Rafsanjani¹,
Nilofar Mohammad Bagheri Rafsanjani¹

¹ Gastroenterology and Hepatology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

² Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Iran

³ Institute of Basic and Clinical Physiology Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

ABSTRACT

Background:

Improving life is the main goal of therapeutic interventions for chronic diseases. Although we needed to determine quality of life by various variables. This study aimed to determine quality of life in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) in Kerman.

Materials and Methods:

This is a cross-sectional study of 143 patients with IBS referred to a specialist, assessed by IBS-QOL.34. Data analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, t-test and ANOVA, using SPSS software. *p*.Value <0.05 was considered as statistically significant.

Results:

In this study from 143 samples, 82 were females (57.3%) and 61 males (42.7%). Quality of life score in patients was 37.16 ± 16.72, and there was significant difference in terms of employment and education level (*p*.value<0.05).

Conclusion:

Among patients with IBS, quality of life is far from desired. Therefore, health care providers should consider psychosocial support alongside medical management for achieving better quality of life in these patients.

Keywords: Quality of life; Irritable Bowel Syndrome; Iran

please cite this paper as:

Hayat Bakhsh Abbasi M, Safizadeh H, Zahedi MJ, Darvish Moghadam S, Shafiei pour S, Mohammad Bagheri Rafsanjani A, Mohammad Bagheri Rafsanjani N. Assessment of Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Cross-sectional Study in South-East Iran. *Govareh* 2016;20:243-9.

Corresponding author:

Sara Shafiei pour, MD

Fax: +98 34 33222270

E-mail: ashafieipour@yahoo.com

Received: 03 Oct. 2015

Edited: 17 Dec. 2015

Accepted: 18 Dec. 2015

بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر: یک مطالعه مقطعی در جنوب شرق ایران

محمد مهدی حیات بخش عباسی^۱، حسین صافی زاده^۲، محمد جواد زاهدی^۱، صدیف درویش مقدم^۱، سارا شفیعی پور^۱،
افشین محمد باقری رفسنجانی^۱، نیلوفر محمد باقری رفسنجانی^۱

^۱ مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۳ پژوهشکده فیزیولوژی پایه و بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

ارتقا سطح کیفیت زندگی هدف اصلی مداخلات درمانی در بیماری های مزمن است، که جهت انجام این مداخلات نیاز است که کیفیت زندگی بیماران بر اساس متغیرهای مختلف مشخص باشد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در شهر کرمان انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه بر روی ۱۴۳ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک بیماریهای گوارش در شهر کرمان در فاصله سال های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ به صورت نمونه گیری غیر احتمالی آسان و بهره گیری از پرسشنامه IBS-QOL 34 انجام شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های ANOVA، t-test و ضریب همبستگی پیرسون و با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

از کل نمونه ۱۴۳ نفر، ۸۲ نفر زن (۵۷/۳٪) و ۶۱ نفر مرد (۴۲/۷٪) بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مورد بررسی $37/16 \pm 16/72$ بدست آمد و میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا بر حسب وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری داشت. ($p.value < 0/05$)

نتیجه گیری:

در مجموع کیفیت زندگی بیماران از وضعیت خوبی برخوردار نمی باشد و پزشکان معالج این بیماران لازم است در کنار درمان های طبی به وضعیت روحی و اجتماعی این بیماران نیز توجه داشته باشند تا منجر به بهبود کیفیت زندگی این بیماران گردد.

کلید واژه: کیفیت زندگی، سندروم روده تحریک پذیر، ایران

گوارش/ دوره ۲۰، شماره ۴/ زمستان ۱۳۹۴/ ۲۴۳-۲۴۹

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر^۱ یک بیماری عملکردی روده است که با علائمی مثل درد شکمی یا احساس ناراحتی و تغییر در عادات روده در غیاب بیماری ساختاری تعریف می شود. برای تشخیص این بیماری هیچ مارکر تشخیصی واضحی وجود ندارد و تشخیص بیماری بر اساس علائم IBS

نویسنده مسئول: سارا شفیعی پور

آدرس: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

تلفن و نمابر: ۰۳۴-۳۳۲۲۲۷۰

پست الکترونیک: sarashafieipour@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۹/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۷

بالینی می باشد. (۱-۳)

شیوع آن در شمال آمریکا ۱۰ تا ۱۵٪ است و ۲۵ تا ۵۰٪ مراجعه به کلینیک های گوارش را تشکیل می دهد. (۵و۴) شیوع IBS در ایران در بین ۱۱-۲۵٪ و اختلالات عملکردی روده در بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه گوارشی، ۴۰٪ گزارش شده است. (۶-۸)

پاتوفیزیولوژی IBS نامشخص است. فاکتورهای ارثی و غیرمحیطی می توانند نقش ایفا کنند. برخی مطالعات، حرکات غیر طبیعی دستگاه گوارش، تحریک پذیری احشایی، اختلال عملکرد روانی و استرس های هیجانی را در ایجاد IBS دخیل دانسته اند. اما علیرغم مطالعات وسیعی که در مورد علت ایجاد IBS انجام شده است کماکان، نتایج، متفاوت بوده و هیچ اختلال فیزیولوژیک یا روانی خاصی برای ایجاد IBS شناخته نشده است. (۹و۵)

تظاهرات روانی غیر طبیعی در برخی مطالعات تا ۸۰ درصد از موارد

سندروم روده تحریک پذیر به ثبت رسیده است با این حال یک تشخیص روانپزشکی منفرد در اکثر این بیماران قابل طرح نیست. برخی بیماران IBS از اضطراب، افسردگی، ترس مرضی (Phobia) و جسمی سازی (Somatization) رنج می برند. این گروه از بیماران، به ندرت علائم کامل بیماری روانی مورد نظر را دارند. علاوه بر این، آن گروه از بیماران IBS که مراجعه پزشکی ندارند از نظر وجود مشکلات روانی، قابل افتراق از افراد سالم نیستند. البته باید در نظر داشت که مشکلات روانی، به طور عمده سبب تشدید علائم IBS می شوند تا این که ایجاد آن شود. (۱۴-۱۰)

بیماری سندروم روده تحریک پذیر به شکل مستقیم باعث افزایش هزینه های بهداشت و درمان و به شکل غیرمستقیم باعث افزایش سایر هزینه ها از جمله سر کار نرفتن بیماران می شود. به نظری رسد که این بیماری تاثیر بسیار زیادی روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا دارد. (۱۵) در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر حیطه های مختلف زندگی مثل کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است. این بیماری در همه جوامع و گروه های اجتماعی-اقتصادی به شکل گسترده ای شیوع دارد و باعث غیبت از کار، انزوای اجتماعی و مشکلات مالی می شود، که فشار اقتصادی سنگینی را به جامعه وارد می کند. (۱۶)

ارتباط میان اختلالات خواب و بیماری های فانکشنال سیستم گوارش به خصوص سندروم روده تحریک پذیر نیز گزارش شده است. (۱۷) در برخی از گزارش ها کیفیت زندگی در این بیماران مشابه و یا حتی بدتر از ریفلاکس معده-مرو، دیابت نوع دو، افسردگی، بیماری پیشرفته کلیوی و کبدی و بیماری های التهابی روده توصیف شده است. (۱۸ و ۱۹) در مطالعه ای که توسط آمورتی^۱ و همکاران بر روی ۲۵۳ بیمار مبتلا به IBS در فرانسه انجام شد، بیماران نسبت به جمعیت عمومی فرانسه شاخص کیفیت زندگی بسیار پایین تری داشتند. (۲۰) در مطالعه ای که توسط نسرین مسایلی و همکاران با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در اصفهان انجام شد ۲۲۵ بیمار وارد مطالعه شدند و با استفاده از ابزارهای IBS-QOL34 و IBSSI تحت بررسی قرار گرفتند. در نهایت به این نتیجه رسیدند که بین شدت علائم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و کیفیت زندگی این بیماران رابطه همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. و با کاهش شدت علائم بیماری، کیفیت زندگی بیمار افزایش می یابد. (۲۱)

هر چند که باتوجه به مطالعات مختلف انجام شده در کشورهای مختلف جهان به نظر می رسد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار نیستند ولی تاکنون مطالعه ای که به صورت خام کیفیت زندگی این بیماران را مورد بررسی قرار دهد انجام نشده است. از این رو در این مطالعه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به

1. Amouretti

سندروم روده تحریک پذیر در شهر کرمان را بررسی کردیم.

روش بررسی:

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، بیماران سرپایی که طی سال های ۹۱ تا ۹۳ به کلینیک فوق تخصصی گوارش بعثت شهر کرمان مراجعه کرده اند و بر اساس معیارهای Rome III بیماری IBS در آنها به تازگی تشخیص داده شده بود، با روش نمونه گیری غیراحتمالی آسان وارد مطالعه شدند و پرسشنامه مربوط به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر را تکمیل کردند.

معیارهای ورود به مطالعه:

معیارهای ورود به مطالعه وجود کرایتریای Rome III می باشد که شامل: درد یا ناراحتی راجعه شکمی لاقطل به مدت سه روز در ماه در سه ماه گذشته که همراه با حداقل دو تا از سه ویژگی زیر باشد:

- برطرف شدن درد با اجابت مزاج
 - شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج
 - شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع همراه باشد. (۱)
- بیماران در صورت داشتن علائم شبانه، مدفوع خونی، سابقه مصرف اخیر آنتی بیوتیک، سابقه خانوادگی سرطان کولون، سلیاک، وجود گلبول سفید و انگل و خون در مدفوع، سابقه مشکلات تیروئیدی، بیماران با کاهش وزن ثابت نشده، آنمی، رکتوسیگموئیدوسکوپ غیرطبیعی، بیماری قلبی و تنفسی و دیابت (با اخذ شرح حال) وارد مطالعه نشدند.

معیارهای خروج از مطالعه:

- بیمارانی که حاضر به شرکت در مطالعه نبودند.
- بیمارانی که پرسشنامه را به صورت کامل پر نکرده بودند.
- بیمارانی که قبلاً با تشخیص IBS تحت درمان قرار گرفته اند.

مشخصات ابزار جمع آوری داده های پژوهش (Data Collection Instruments) و چگونگی آن:

پرسشنامه IBS-QOL-34 برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر توسط پاتریک و دراسمن در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و از جمله بهترین ابزارهای موجود در این زمینه است که به چندین زبان ترجمه و اعتباریابی شده است. (۲۲) نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط نسرین مسایلی و همکاران اعتباریابی شده است. (۲۳)

این پرسشنامه شامل ۳۴ سوال است که با مقیاس لیکرت پنج درجه ای (هرگز ۱، به ندرت ۲، معمولاً ۳، اغلب ۴، همیشه ۵) نمره گذاری می شود و پس از تکمیل نمره کسب شده با استفاده از فرمول زیر به امتیاز

جوانترین فرد مورد بررسی ۱۷ سال و مسن ترین آنها ۶۸ سال سن داشتند. (جدول ۱)

از ۱۴۳ بیماری که وارد مطالعه شدند ۹۶ نفر متاهل (۶۷/۱٪) و ۴۴ نفر مجرد (۳۰/۸٪) بودند. از نظر میزان تحصیلات اکثر بیماران مورد بررسی مدرک دیپلم (۳۷/۱٪) و لیسانس و بالاتر (۳۹/۹٪) داشتند، و تنها ۶۷ نفر آنها (۴۶/۹٪) شاغل بودند، ۴۳ نفر (۳۰/۱٪) از ایشان از نظر شاخص توده بدنی دارای اضافه وزن و یا چاقی بودند. (جدول ۱) تنها ۱۲ نفر (۸/۴٪) از بیماران سیگار مصرف سیگار را ذکر کردند و ۱۰ نفر (۷٪) نیز به تریاک معتاد بودند.

از نظر طول مدت بیماری در بیماران مورد مطالعه ۲۵ نفر (۱۷/۵٪) مدت ابتلای کمتر از ۶ ماه ذکر نموده و ۱۱ نفر (۷/۷٪) نیز سابقه ابتلا بیش از ۱۰ سال داشتند، نیمی از بیماران سابقه ابتلا ۲۴ ماه و کمتر را ذکر نمودند. (جدول ۲)

میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مورد بررسی $37/16 \pm 16/72$ با حداقل نمره ۵/۲۹ و حداکثر ۸۵/۸۸ بدست آمد. نمره کیفیت زندگی در زنان و مردان به ترتیب $36/84 \pm 13/78$ و $37/57 \pm 20/1$ بود و از این حیث اختلاف معنا داری بین کیفیت زندگی مردان و زنان مشاهده نگردید. ($p.value < 0.05$) (جدول ۳)

میانگین نمره کیفیت زندگی در بین متاهلین و افراد مجرد بررسی شد که در مجردها $37/16 \pm 17/52$ و در متاهلین $37/14 \pm 16/39$ بدست آمد که نتیجه آزمون آماری اختلاف معناداری بین کیفیت زندگی افراد مجرد و متاهل نشان نداد. ($p.value < 0.05$) (جدول ۳)

کیفیت زندگی بیماران بر حسب شغل نیز مقایسه گردید، در افراد شاغل $33/29 \pm 16/72$ و افراد بیکار $40/56 \pm 16/05$ به دست آمد و نتیجه آزمون آماری حاکی از وجود اختلاف معنادار کیفیت زندگی بین بیماران شاغل و بیکار می باشد ($p.value < 0.05$) مقایسه نمره کیفیت زندگی بر اساس نمایه توده بدنی، مصرف سیگار و تریاک اختلاف معناداری نشان نداد. (جدول ۳).

نمره کیفیت زندگی در بیماران با میزان تحصیلات زیر دیپلم $16/06 \pm 45/18$ ، نسبت به دو گروه دیگر، دیپلم $15/64 \pm 36/42$ و لیسانس و بالاتر $16/70 \pm 33/18$ به طور معناداری بیشتر بود و نتیجه آزمون تکمیلی نیز حاکی از وجود یک اختلاف واقعی و به عبارتی کیفیت زندگی بهتر بیماران با این سطح از تحصیلات نسبت به دو گروه باسوادتر می باشد ($p.value < 0.05$) (جدول ۳).

به منظور بررسی وجود همبستگی بین سن بیماران و نمره کیفیت زندگی بیماران از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید و مشخص گردید که بین آنها همبستگی وجود ندارد. ($r=0.03$ ، $p.value < 0.05$) میانگین امتیاز کیفیت زندگی در ۸ حیطه بررسی شد که در حیطه ملال ناشی از بیماری $22/55 \pm 41/03$ ، در حیطه مداخله در فعالیت روزانه $20/24 \pm 36/50$ ، در حیطه تصویر بدنی $18/29 \pm 27/69$ ، در حیطه اضطراب

از صفر تا ۱۰۰ تبدیل می شود و نمره بالاتر در این ابزار نشان دهنده ی کیفیت زندگی بهتر می باشد.

$\frac{\text{The sum of the items} - \text{lowest possible score}}{\text{Possible raw score range}} \times 100$

Possible raw score range

این پرسشنامه شامل هشت حیطه است که عبارتند از روابط بین فردی، نگرانی های جنسی، اضطراب سلامت، واکنش اجتماعی، ملال ناشی از بیماری، تصویر بدنی، اجتناب از غذا و مداخله در فعالیت روزانه. مدت زمان اجرای پرسشنامه توسط بیمار ده دقیقه می باشد.

در ابتدای پرسشنامه یکسری سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک و سابقه بیماری از بیماران پرسیده می شد، که شامل جنسیت، سن، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، قد و وزن (جهت محاسبه BMI)، طول مدت ابتلا به IBS، اعتیاد به تریاک، مصرف سیگار می باشد.

این پرسشنامه در اختیار بیمارانی که طی سال های ۹۱ تا ۹۳ به کلینیک گوارش که تشخیص قطعی سندرم روده تحریک پذیر بر اساس کرایتریای Rome III داشتند قرار گرفت و بیماران با رضایت شخصی پرسشنامه را پر کردند.

حجم نمونه مورد نیاز در این تحقیق با استفاده از فرمول برآورد یک میانگین و با در نظر گرفتن $\alpha=0.05$ و $d=2.5$ و $\sigma=15$ محاسبه گردیده که برابر با ۱۳۹ نفر می باشد که در نهایت ۱۴۳ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{1.96^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

در این مطالعه از شاخص های مرکزی و پراکندگی، فراوانی نسبی و مطلق برای توصیف داده ها و از آزمون های t-test و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون جهت تحلیل داده ها استفاده شد. داده ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و وسط معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی:

به کلیه بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده از آنان در طول انجام پژوهش و بعد از آن محرمانه باقی می ماند. همچنین بیماران با میل و رضایت شخصی وارد مطالعه شدند و مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار گرفت.

یافته ها:

در طی مدت زمان مطالعه ۱۴۳ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۸۲ نفر زن (۵۷/۳٪) و ۶۱ نفر مرد (۴۲/۷٪) بودند. میانگین سنی بیماران $31/88 \pm 59/9$ سال می باشد و

جدول ۱: فراوانی داده ها بر اساس ویژگی های دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۸۲
	مرد	۶۱
وضعیت تاهل	متاهل	۹۶
	مجرد	۴۴
وضعیت اشتغال	همسر جدا شده	۳
	بیکار	۷۶
وضعیت اشتغال	شاغل	۶۷
	لاغر	۱۶
نمایه توده بدنی	طبیعی	۸۰
	اضافه وزن	۳۲
نمایه توده بدنی	چاق	۱۱
	بدون پاسخ	۴
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۳۳
	لیسانس و بالاتر	۵۷

جدول ۲: فراوانی داده ها و میانگین نمره کیفیت زندگی بر اساس طول مدت بیماری

طول مدت بیماری	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین \pm انحراف معیار
کمتر از ۶ ماه	۲۵	۱۷/۵۰٪	۳۲/۹۲ \pm ۱۹/۵۸
۶ تا ۱۲ ماه	۳۱	۲۱/۷۰٪	۳۶/۳۳ \pm ۱۶/۵۸
۱۳ تا ۲۴ ماه	۲۷	۱۸/۹۰٪	۳۸/۵۶ \pm ۱۵/۱۸
۲۵ تا ۳۶ ماه	۱۳	۹٪	۱۹/۳۷ \pm ۱۷/۱۳
۳۷ تا ۴۸ ماه	۱۱	۷/۷٪	۳۶/۷۹ \pm ۱۹/۱۷
۴۹ تا ۶۰ ماه	۱۶	۱۱/۲۰٪	۴۰/۲۵ \pm ۱۴/۷۷
۶۱ تا ۱۲۰ ماه	۹	۶/۳۰٪	۳۰/۹۸ \pm ۱۱/۸۰
بیشتر از ۱۲۰ ماه	۱۱	۷/۷٪	۴۴/۲۲ \pm ۱۷/۹۷
کل	۱۴۳	۱۰۰٪	

سلامت ۲۰/۳۸ \pm ۴۴/۵۲، در حیطه اجتناب از غذا ۲۰/۶۳ \pm ۵۱، در حیطه واکنش اجتماعی ۲۰/۱۷ \pm ۳۴/۵۸، در حیطه نگرانی های جنسی ۲۴/۳۸ \pm ۲۹/۲۳ و در حیطه روابط بین فردی ۲۸/۴۸ \pm ۱۹/۸۴ بود. (جدول ۴)

بحث:

بیماری سندرم روده تحریک پذیر یک بیماری عملکردی روده است که با علائمی مثل درد شکمی یا احساس ناراحتی و تغییر در عادات روده در غیاب بیماری ساختاری روده تعریف می شود. (۱) استرس، اضطراب و

جدول ۳: مقایسه نمره کیفیت زندگی بر اساس ویژگی های بیماران

متغیر	بازگین \pm انحراف معیار	p Value
جنسیت	زن	۳۶/۸۴ \pm ۱۳/۷۸
	مرد	۳۷/۵۷ \pm ۲۰/۱۰
وضعیت تاهل	متاهل	۳۷/۱۶ \pm ۱۶/۳۹
	مجرد	۳۷/۱۴ \pm ۱۷/۵۲
وضعیت اشتغال	بیکار	۴۰/۵۶ \pm ۱۶/۰۵
	شاغل	۳۳/۲۹ \pm ۱۶/۷۲
نمایه توده بدنی	لاغر	۴۰/۹۹ \pm ۱۴/۵۵
	طبیعی	۳۷/۷۰ \pm ۱۶/۳۱
نمایه توده بدنی	اضافه وزن	۳۸/۲۵ \pm ۱۸/۷۲
	چاق	۲۵/۶۱ \pm ۱۳/۱۴
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۴۵/۱۸ \pm ۱۶/۰۶
	دیپلم	۳۶/۴۲ \pm ۱۵/۶۴
سطح تحصیلات	لیسانس و بالاتر	۳۳/۱۸ \pm ۱۶/۷۰
	بلی	۴۱/۰۳ \pm ۱۸/۸۶
مصرف سیگار	خیر	۳۶/۸۰ \pm ۱۶/۵۴
	بلی	۴۱/۴۱ \pm ۱۸/۴۴
مصرف تریاک	خیر	۳۶/۸۴ \pm ۱۶/۶۱
	بلی	

NS: Not Significant

جدول ۴: امتیاز کیفیت زندگی بر اساس حیطه های کیفیت زندگی

حیطه ها	میانگین امتیاز	انحراف معیار امتیاز
ملال ناشی از بیماری	۴۱/۰۳	۲۲/۵۵
مداخله در فعالیت روزانه	۳۶/۵۰	۲۰/۲۴
تصویر بدنی	۲۷/۶۹	۱۸/۲۹
اضطراب سلامت	۴۴/۵۲	۲۰/۳۸
اجتناب از غذا	۵۱	۲۰/۶۳
واکنش اجتماعی	۳۴/۵۸	۲۰/۱۷
نگرانی های جنسی	۲۹/۲۳	۴۴/۳۸
روابط بین فردی	۲۸/۴۸	۱۹/۸۴

افسردگی در این بیماران شایع بوده و با شروع و شدت علائم ارتباط زیادی دارد. (۲ و ۳)

با توجه به شیوع بالای بیماری سندرم روده تحریک پذیر در ایران (۸-۶) و عدم انجام مطالعه ای که به صورت خام کیفیت زندگی را در بیماران روده تحریک پذیر بررسی کرده باشد، ما بر آن شدیم که با استفاده از پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی که در ایران استاندارد سازی شده است، کیفیت زندگی را به صورت خام و بدون مداخله ی درمانی در این

به سندروم روده تحریک پذیر انجام شد، نشان داده شد که بین شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر و میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا ارتباط وجود دارد و با اختلال کیفیت زندگی در این بیماران مرتبط است. (۲۹)

بر اساس بررسی های ما در مطالعات انجام شده کیفیت زندگی در بیماران IBS هیچ کدام کیفیت زندگی را بر اساس متغیرهای بررسی شده در این مطالعه، بررسی نکرده اند، در نتیجه امکان مقایسه مطالعه انجام شده با سایر مطالعات نمی باشد.

از محدودیت های مطالعه ما انجام مطالعه در گروهی از بیماران مبتلا به IBS بود که به کلینیک فوق تخصصی گوارش جهت بررسی علایم گوارشی مراجعه کرده بودند و با توجه به این که بعضی از بیماران مبتلا به IBS در کلینیک های عمومی تحت درمان قرار می گیرند یا حتی به پزشک مراجعه نمی کنند ممکن است مطالعه ما تخمین دقیقی از کیفیت زندگی در این بیماران نباشد و پیشنهاد می شود که مطالعه ای مبنی بر جمعیت برای تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBS صورت گیرد. همچنین با توجه به شیوع بالای IBS در ایران به خصوص افراد با مشاغل خاص و دانشجویان (۸-۶ و ۳۰) و همچنین بدتر بودن کیفیت زندگی در افراد شاغل و تحصیلات بالا پیشنهاد می شود که عمده راهکارهای درمانی و وبه خصوص درمان های روانشناختی بر این گروه تمرکز یابد.

نتیجه گیری:

با توجه به بررسی مطالعات انجام شده هیچ مطالعه ای کیفیت زندگی را به صورت خام بررسی نکرده است، در این مطالعه مشخص گردید که بیماران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند، همچنین بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده شد به گونه ای که در افراد با تحصیلات پایین تر کیفیت زندگی نیز بهتر از موارد با سطح تحصیلات بالاتر می باشد، همچنین بیمارانی که شاغل نبودند در مقایسه با شاغلین از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند.

گروه از بیماران بررسی کنیم. در این مطالعه کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، نمایه توده بدنی، وضعیت تاهل، طول مدت بیماری مقایسه شد.

در مطالعه ما میانگین نمره کل کیفیت زندگی از طریق پرسشنامه IBS-QOL 34، $16/72 \pm 37/16$ بود که در مقایسه با مطالعات مشابه دیگر بالاتر بود. در چهار مطالعه مشابه توسط پارک^۱ و همکاران و کاناساوا^۲ همکاران، غلامرضایی و همکاران و مسایلی و همکاران میانگین کیفیت زندگی به ترتیب $19/9 \pm 30/30$ ، $19/9 \pm 69/2$ و $16/1 \pm 67/6$ و $20/74 \pm 43/27$ گزارش شده است. (۲۷-۲۵ و ۲۱) بالاتر بودن کیفیت زندگی در مطالعه ما نسبت به مطالعات دیگر شاید ناشی از این امر می باشد که در حدود نیمی از افراد تحت مطالعه ما بالای ۲ سال مبتلا به این بیماری بوده اند و احتمالاً دلیل شدت کم بیماری به پزشک دیر مراجعه کرده اند و یا منظم مراجعه نکرده اند و لذا تا زمان مراجعه تحت اقدام تشخیصی و درمانی مناسب قرار نگرفته بودند. افراد مبتلا به این بیماری که مراجعه متعدد به پزشک دارند نسبت به افرادی که مراجعه نمی کنند در برخی از گزارش ها، اختلال بیشتری در کیفیت زندگی نشان می دهند. (۲۸)

در نتیجه ی این مطالعه مشخص شد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بر حسب میزان تحصیلات و اشتغال به کار متفاوت می باشد، که افراد بیکار در مقایسه با افراد شاغل و افراد زیردپلم در مقایسه با دپلم و سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

پایین تر بودن سطح کیفیت زندگی در این افراد شاید به دلیل آگاهی بیشتر آنها از علایم بیماریهای وخیم گوارشی باشد که باعث تشدید اضطراب و افسردگی در این بیماران و در نتیجه کاهش بیشتر کیفیت زندگی در آنها می شود. در مطالعه ای که توسط هین سان چو و همکاران در کره با هدف بررسی اهمیت اضطراب و افسردگی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا

1. Park
2. Kanasawa

REFERENCES

1. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology* 2006;130:1377-90.
2. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123:2108-31.
3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Meairin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480-91.
4. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:712-21.
5. Ford AC, Forman D, Bailey AG, Axon AT, Moayyedi P. Irritable bowel syndrome: a 10-yr natural history of symptoms and factors that influence consultation behavior. *Am J Gastroenterol* 2008;103:1229-39.
6. Jahangiri P, Jazi MS, Keshteli AH, Sadeghpour S, Amini E, Adibi P. Irritable Bowel Syndrome in Iran: SEPAHAN Systematic Review No. 1. *Int J Prev Med* 2012;3(Suppl 1):S1-9.
7. Roshandel D, Rezailashkajani M, Shafae S, Zali MR. Symptom patterns and relative distribution of functional bowel disorders in gastroenterology patients in Iran. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:814-25.
8. Massarraf S, Saberi-Firoozi M, Soleimani A, Himmelmann GW, Hitzges M, Keshavarz H. Peptic ulcer disease, irritable bowel

- syndrome and constipation in two populations in Iran. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7:427-33.
9. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. Irritable bowel syndrome in twins: Heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology* 2001;121:799-804.
 10. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Costa PT Jr, Schuster MM. Symptoms of psychological distress associated with irritable bowel syndrome: Comparisons of community and medical clinic samples. *Gastroenterology* 1988; 95:709-14.
 11. Chang L. The role of stress on physiologic responses and clinical symptoms in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2011; 140:761-5.
 12. Locke GR 3rd, Weaver AL, Melton LJ 3rd, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:350-7.
 13. Solmaz M, Kavuk I, Sayar K. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Eur J Med Res* 2003; 8:549-56.
 14. Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'Brien S, Musleh M, et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome--results of a large prospective population-based study. *Pain* 2008;137:147-55.
 15. Haghayegh SA, Kalantari M, Molavi H, Talebi M, Alemohamad J. The efficacy of cognitive-behavior group therapy on health-related quality of life, health anxiety and depression in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Pak J Med Sci* 2011;27:749-53.
 16. Jamali R, Jamali A, Poorrahnama M, Omid A, Jamali B, Moslemi N, et al. Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients. *Health Qual Life Outcomes* 2012;12:1-6.
 17. Bellini M, Gemignani A, Gambaccini D, Toti S, Menicucci D, Stasi C, et al. Evaluation of latent links between irritable bowel syndrome and sleep quality. *World J Gastroenterol* 2011;17:5089-96.
 18. Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J Ther* 2003;10:61-7.
 19. Blagden S, Kingstone T, Soundy A, Lee R, Singh S, Roberts L. A Comparative Study of Quality of Life in Persons With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Nurs* 2015;38:268-78.
 20. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruszniewski P, Poynard T, Maurel F, Priol G, El Hasnaoui A. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life(HRQOL). *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:241-6.
 21. Masaeli N, Kheirabadi Gh, Afshar H, Merasi MR, Daghighzadeh H, Rohafza HR. Relationship between quality of life and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *J Res Behav Sci* 2013;11:39-45.
 22. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: Development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998;43:400-11.
 23. Masaeli N, Kheirabadi GR, Afshar H, Daghighzadeh H, Maracy MR, Assadolahi F, Adibi P. Validity, reliability, and factor analysis of Persian version of quality of life questionnaire for irritable bowel syndrome (IBS-QOL-34). *J Res Med Sci* 2013;18:492-6.
 24. Zargar Y, Davoudi I, Mahdipour M. Comparing the effectiveness of Psychological - Medicinal therapy and medicinal therapy on mental health, Quality of life and reducing symptoms in Irritable Bowel Syndrome (IBS) Patients of Ahvaz. *J Soci psychol* 2010 ;5:5 - 21.
 25. Kanazawa M, Drossman DA, Shinozaki M, Sagami Y, Endo Y, Palsson OS, et al. Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure (IBS-QOL-J). *Biopsychosoc Med* 2007 ;1:6.
 26. Park JM, Choi MG, Oh JH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, et al. Cross-cultural validation of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life in Korea. *Dig Dis Sci* 2006;51:1478-84.
 27. Gholamrezaei A, Zolfaghari B, Farajzadegan Z, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, et al. Linguistic validation of the Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Questionnaire for Iranian patients. *Acta Med Iran* 2011;49:390-5.
 28. Häuser W, Grandt D. Measuring quality of life in gastroenterology--concepts, instruments and problems. *Z Gastroenterol* 2001;39:475-81.
 29. Cho HS, Park JM, Lim CH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, et al. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver* 2011;529-36.
 30. Mirzaei Alavijeh M, Nasir Zadeh M, Mostafei M, Khodarahmi SH, Jalilian F, Zoalghadr R, et al. Anxiety Prevalence Survey of 144 Students from Payam-e-Nour Boiene Mieandasht University (Isfahan) and its Relationship with Irritable Bowel Syndrome in 2011. *Govaresh* 2011; 16: 83-90.