ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Hamid Kalantari[1],
Reza Bagherian Sararoodi[2],
Hamid Afshar[2],
Niosha Khoramian[3],
Nasim Forouzandeh[3]
Hamed Daghagh Zadeh[1],
Mohammad Reza Marasi[4],
Peyman Adibi[1]

[1] Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Department of Psychiatrynd, Psychiatrynd and Behavioral Sciences Research Center, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Medical Student, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4] Department of Biostatistics and Epidemiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received August 1, 2011 ; Accepted June 12, 2012)

Abstract

Background and purpose: Health related quality of life (HRQOL) is a main outcome in irritable bowel syndrome (IBS). Several psychological factors are mentioned as effective factors in determining HRQOL in IBS patients. The aim of this study is to determine the association between patient's illness perceptions and HRQOL in IBS sufferers.

Materials and methods: In this cross-sectional study 160 patients with IBS who were referred to psycho-somatic clinic (related to Noor hospital of Isfahan) were participated. Patients' illness perceptions and HRQOL were assessed by Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) and IBS specific quality of life questionnaire (IBS-QOL-34). Information gathered from questionnaires was finally analyzed by descriptive statistic methods, Pearson correlation and Canonical correlation method.

Results: Results of analysis performed by canonical correlation method showed significant association between patient's illness perception and HRQOL in IBS sufferers (Canonical correlations: 0.84, P<0.001). Among illness perception subscales, Emotions (P<0.001, r=0.69), Consequence (P<0.001, r=0.67), Identity (P<0.001, r=52), Concern (P<0.001, 0.51), Timeline (P<0.001, r=49) and Personal Control (P<0.001, r=0.19), respectively, had the most significant correlation with HRQOL, and there was no relation found between Illness Comprehensibility or treatment control and HRQOL.

Conclusion: Patient's illness perceptions seem to play a role in determining HRQOL in IBS sufferers. Therefor]psychological interventions based on patients' Illness perceptions are recommended for these patients.

Key words: Irritable bowel syndrome, health related quality of life, illness perceptions

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(86): 33-41 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و دوم شماره ۹۰ تیر سال ۱۳۹۱ (۴۱-۳۳)

ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

حمید کلانتری[۱]
رضا باقریان سرارودی[۲]
حمید افشار[۲]
نیوشا خرمیان[۳]
نسیم فروزنده[۳]
حامد دقاق زاده[۱]
محمدرضا مراثی[۴]
پیمان ادیبی[۱]

چکیده

سابقه و هدف: کیفیت زندگی وابسته به سلامت (HRQOL) یکی از مهم‌ترین پیامدهای بیماری در سندروم روده تحریک پذیر(IBS) است. عوامل روان‌شناختی متعددی در تعیین کیفیت زندگی بیماران با سندرم روده تحریک پذیر مد نظر قرار گرفته است. هدف از این پژوهش بررسی رابطه ادراک بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به IBS است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۶۰ بیمار از مراجعه کنندگان به درمانگاه روان-تنی وابسته به بیمارستان نور اصفهان انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس ادراک بیماری (Brief-IPQ) و مقیاس کیفیت زندگی ویژه مبتلایان به IBS (IBS-QOL-34) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با روش‌های آماری تو تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش با استفاده از مدل همبستگی متعارف نشان دادکه رابطه‌ی معنی‌داری بین ادراک بیماری و HRQOL در مبتلایان به IBS وجود دارد (همبستگی متعارف: ۰/۸۴ و $p<۰/۰۰۱$). از میان خرده مقیاس‌های ادراک بیماری، به ترتیب، عواطف نسبت به بیماری ($r=۰/۶۹$ و $p<۰/۰۰۱$)، ادراک از پیامدها ($r=۰/۶۷$ و $p<۰/۰۰۱$)، شناخت علایم ($r=۰/۵۲$ و $p<۰/۰۰۱$)، نگرانی در مورد بیماری ($r=۰/۵۱$ و $p<۰/۰۰۱$)، طول مدت بیماری ($r=۰/۴۹$ و $p<۰/۰۰۱$) و کنترل شخصی ($r=۰/۱۹$ و $p<۰/۰۵$) بیشترین همبستگی را با HRQOL داشتند. همچنین رابطه معنی‌داری بین قابلیت درک و فهم بیماری و کنترل از طریق درمان با HRQOL مشاهده نشد.

استنتاج: به نظر می‌رسد ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در تعیین HRQOL نقش دارد. بنابراین طراحی مداخلات روان‌شناختی بر پایه ادراک بیماری برای این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: سندروم روده تحریک پذیر، ادراک بیماری، کیفیت زندگی وابسته به سلامت

مقدمه

سندروم روده تحریک پذیر(IBS) یک اختلال عملکردی است که با تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب ناهنجاری قابل شناسایی ساختاری مشخص می‌شود(۲،۱). برآورد شیوع این بیماری به دلیل طیف

مولف مسئول: رضا باقریان سرارودی- اصفهان: مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir

۱. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲. گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،
۴. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت : ۹۰/۵/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۹۰/۱۱/۱۲ تاریخ تصویب: ۹۱/۳/۲۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

وسیع و تغییر شکل علایم در هر بیمارو امتناع بیماران از ورود به نظام درمان، همیشه دشوار بوده است(۳). مطالعات اپیدمیولوژیک بیانگر شیوع تقریبی ۵/۸ درصد در نمونه‌ای از جمعیت ایران است(۴). این در حالی است که مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر شیوع تقریبی ۱۵ درصد را تخمین می‌زنند(۶،۵). اگرچه پاتوژنز IBS هنوز به طور کامل شناخته نشده است اختلال حرکت روده، حساسیت احشایی و اختلالات روان شناختی به عنوان خصوصیات اساسی پاتوفیزیولوژیک این بیماری شناخته شده‌اند. همچنین برای اختلال عملکرد اعصاب مرکزی استرس وعوامل داخل مجرایی هم نقش‌هایی در نظر گرفته شده است(۷،۱). همراهی IBS و اختلالات روان‌شناختی کاملاً مشهود است(۹،۸). همچنین عوامل روان‌شناختی به عنوان عواملی تأثیرگذار بر شروع، نحوه بروز و سیر بیماری به خصوص بیمارانی که از بیماری شدیدتری رنج می‌برند شناخته شده است(۳،۱۰،۱۱). شدت علایم در سندرم روده تحریک پذیر می‌تواند از یک ناراحتی خفیف تا یک بیماری ناتوان‌کننده شدید را شامل شود. این بیماری در مواردی می‌تواند با فوریت، بی‌اختیاری مدفوع، علایم خارج روده‌ای مثل خواب آلودگی، علایم ادراری و یا علایم جنسی همراه شود. علایم این بیماری گاهی آن‌قدر آزاردهنده است که حتی برخی از مبتلایان به دلیل عدم بهبودی دست به خودکشی زده‌اند(۱۲).

مطالعات بسیاری نشان داده است که کیفیت زندگی مبتلایان به IBS پایین‌تر از جمعیت عمومی است(۱۴،۱۳). برخی کیفیت زندگی در این بیماران را با کیفیت زندگی در مبتلایان به برگشت اسید معده(GERD) با شدت متوسط تا شدید، بیماری کلیوی مرحله آخر(ESRD)، بیماری التهابی روده (IBD) و بیماری‌های کبدی قابل مقایسه دانسته‌اند(۱۵). کاهش کیفیت زندگی در تمامی زیرگروه‌های بیماری یکسان گزارش شده و تا به حال نقص در کیفیت زندگی را بیشتر به شدت علایم و عوامل روان‌شناختی مثل خود بیمارانگاری و اضطراب نسبت دادند(۱۶،۱۵).علاوه بر موارد ذکر شده، وجود علایم خارج روده ای(۱۷)، استرس مزمن، جنسیت مونث(۱۸) و زمینه فرهنگی متفاوت(۱۹) به عنوان عوامل موثر بر کیفیت زندگی در مبتلایان به IBS شناخته شده‌اند. اخیراً نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار گرفته است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد. بر اساس نظریه Levental و همکاران(۲۰) بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند(۲۱).

دو جنبه مهم درباره ادراک بیماری باید مورد توجه قرار گیرد: اول این‌که باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آنچه درمانگر در این‌باره می‌اندیشد متفاوت است و دوم این‌که ادراک بیماری از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماریشان داشته باشند(۲۲). ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر آرتریت روماتوئید(۲۳)، بیماری هانتینگتون(۲۴)، دیابت(۲۵)، سکته قلبی(۲۶)، کلیوی(۲۷) و به تازگی سرطان سر وگردن (۲۸) است.

در بررسی موضوعی دو مطالعه یافت شد. در یکی از آن‌ها راتر و همکاران(۲۹) تأثیر ادراک بیماری بر پیامدهای بیماری در بیماران IBS را نشان دادند و در مطالعه دیگر که اخیراً انجام شده است تافت و همکاران(۳۰) نقش ادراک بیماری در کیفیت زندگی را گزارش نمودند. جمع‌بندی کلی از مرور متون مربوط به موضوع این نشان می‌دهد که گرچه برخی مطالعات بر نقش ادراک بیماری به عنوان پیش‌بینی‌کننده پیامدهای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

بیماری تأکید نموده‌اند اما مطالعات کافی در مورد ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران IBS انجام نگرفته است این ارتباط به خوبی روشن نیست. از طرف دیگر تجربیات بالینی نقش برداشت‌ها و تفسیر بیمار در کیفیت زندگی این دسته از بیماران را به عنوان یک فرضیه مطرح می سازد(۷،۱۲،۱۴). لذا هدف این مطالعه بررسی رابطه ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBS بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش مقطعی به منظور بررسی رابطه ادراک بیماری(Illness perception) و کیفیت زندگی (Quality of life) در بیماران مبتلا به IBS می‌باشد که طرح آن در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت و هیچ‌گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. نمونه شامل ۱۶۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود که به صورت پی در پی از بین افراد مراجعه کننده به درمانگاه روان- تنی وابسته به بیمارستان نور و پس از اخذ شرح حال توسط روان‌پزشک و تشخیص قطعی IBS توسط پزشک فوق تخصص گوارش (با در نظر گرفتن معیارهای ورود و نداشتن معیار های خروج) انجام گرفت. قبل از ورود به مطالعه از تمام آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- ابتلا به IBS بر اساس معیارهای ROME III و با تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش (وجود درد یا ناراحتی شکمی و تغییر واضح در عادات روده‌ای برای حداقل شش ماه، به‌طوری که فرد در سه ماه اخیر حداقل سه روز علامت‌دار بوده و حداقل دو مورد از سه مورد ذیل را دارا باشد: بهبودی درد و ناراحتی با دفع مدفوع شروع درد با تغییر در دفعات دفع مدفوع، وشروع درد همراه با تغییرات در فرم یا ظاهر مدفوع(۲) ۲- سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال ۳- موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و ۴ - داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها و معیارهای خروج از مطالعه شامل:۱- ابتلا به اختلالات گوارشی ارگانیک(بیماری التهابی روده، سلیاک، دیورتیکولیت، زخم اثنی عشر و بدخیمی) که توسط پزشک فوق تخصص گوارش تأئید شده باشد ۲- وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود ۳- وجود اختلال عمده روان پزشکی در بیمار با تشخیص روان‌پزشک ۴- وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار که در پی مصاحبه روان‌پزشک با بیمار تأئید شده باشد و ۵- عدم توانائی صحبت کردن به فارسی روان به طوری که انجام مصاحبه امکان‌پذیر نباشد. برای بیماران پس از ورود به مطالعه پرونده‌ای تشکیل می‌شد و نمونه‌گیری تا زمان کامل شدن حجم نمونه به همین ترتیب ادامه یافت. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، کیفیت زندگی IBS-QOL-34 و مقیاس ادراک بیماری Brief-IPQ جمع‌آوری گردید.

ابزار جمع آوری اطلاعات: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:این پرسشنامه شامل سوالاتی درباره اطلاعات جمعیت شناختی و اقتصادی – اجتماعی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل زندگی بیماران می‌باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران IBS (IBS-QOL-34) توسط Patrick و Drossman در سال ۱۹۹۸ طراحی و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در این بیماران است (ضریب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۰۹۴)(۳۴). این پرسشنامه به چندین زبان ترجمه و اعتبارسنجی شده است(۳۱،۳۲)، این مقیاس شامل۳۴ پرسش است که هشت خرده مقیاس ملال ناشی از بیماری (Dysphoria)، واکنش اجتماعی(Social Reaction)، اضطراب سلامتی (Health Worry)، تصویر بدنی (Body Image)، روابط بین فردی (Relationship)، اجتناب از غذا (FoodAvoidance)، نگرانی جنسی (SexualConcern) و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

تداخل با فعالیت روزانه (Interference with Activity) را ارزیابی می‌کند. هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (۱ هرگز، ۲ به ندرت، ۳ معمولاً، ۴ اغلب و ۵ همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نسخه ایرانی پرسشنامه نیز از روایی تشخیصی مناسبی برخوردار است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و همچنین مقیاس کلی کیفیت زندگی، دارای ضرایب همسانی درونی نسبتاً قابل قبولی هستند (آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ملال: ۰/۸۸، تداخل با فعالیت‌ها ۰/۶۷، تصویر بدنی ۰/۷۲، اضطراب سلامت ۰/۵۷، اجتناب از غذا ۰/۵۲، واکنش اجتماعی ۰/۷۱، نگرانی‌های جنسی ۰/۷۶، روابط بین فردی ۰/۶۲ و کل مقیاس ۰/۹۳(۳۳).

پرسشنامه ادراک بیماری: این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط Brad Benet وهمکاران و بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک از خرده مقیاس‌های IPQ-R به صورت اختصار در آمده است. همه خرده مقیاس‌ها (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک ازبیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل ادراک از پیامدها ۱- (Consequences)، ۲- طول مدت بیماری (time line)، ۳- کنترل شخصی (PersonalControl)، ۴- درمان‌پذیری (treatment control)، ۵- شناخت علایم (identity) می‌باشد. دو مورد واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل نگرانی در مورد بیماری (concern) و عواطف (emotions) است. یک مورد قابلیت درک و فهم بیماری (illness comprehensibility)را مورد سنجش قرار می‌دهد. جهت‌گیری علی (causal representation) یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از مهم‌ترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از۰/۴۸= r (قابلیت فهم بیماری) تا ۰/۷۰ =r (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلابه دیابت استفاده شد (p <۰/۰۰۱ و r:۰/۶۱)(۳۴) باقریان وهمکاران نسخه فارسی این مقیاس راتهیه نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی R-IPQ ۰/۷۱ می‌باشد. به طور کلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش آن بوده است(۳۵).

پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، کیفیت زندگی IBS-QOL-34 و مقیاس ادراک بیماری Brief-IPQ به تک تک بیماران داده شد و با نظارت دو نفر انترن پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسشنامه‌ها شرایط جسمی و روان‌شناختی بیماران کاملاً در نظر گرفته شد و چنان‌چه برخی در لحظه اجرا پرسشنامه‌ها، از شرایط مناسبی برخوردار نبودند اجرا یا تکمیل باقی‌مانده پرسشنامه به جلسه مراجعه بعدی موکول شد. در اجرا پرسشنامه ادراک بیماری از آزمودنی‌های خواسته شد به موارد طرح شده در پرسشنامه توجه کنند و با در نظر گرفتن دیدگاه خویش در مورد جنبه‌های مختلف بیماری به دقت به موارد آن پاسخ دهند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق این پرسشنامه‌ها توسط دو نفر انترن پزشکی انجام شد. این پرسشگران به افرادی که به خوبی قادر به خواندن و تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند نیز کمک می‌کردند. در پایان اطلاعات جمع‌آوری شده پژوهش با روش‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و همبستگی متعارف (Canonical correlation) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۶۰ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بود. از میان افراد تحت بررسی ۵۰ نفر (۳۱/۳ درصد) مرد و ۱۱۰ نفر (۶۸/۸ درصد) زن

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

بودند. ۷۶ درصد متاهل بودند، میانگین سنی بیماران ۱۲/۸±۳۴/۸ سال بود واکثر آن‌ها در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۸ سال قرار داشتند. میانگین سطح تحصیلات بیماران حدود دیپلم (۳/۷±۱۱/۸ سال) بود و۸۹/۷ درصد جامعه تحت مطالعه شهرنشین بودند. میانگین نمرات ادراک بیماری و هر یک از زیر مقیاس‌های آن جداگانه محاسبه شد. کمترین نمره مربوط به خرده مقیاس۶ نگرانی از بیماری و بیشترین نمرات مربوط به خرده مقیاس۴ کنترل از طریق درمان و سپس خرده مقیاس۷ قابلیت درک و فهم بیماری بود. در مورد خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی نیز بیشترین نمره (بیشترین میزان اختلال) مربوط به خرده مقیاس اجتناب از غذا وسپس خرده مقیاس‌های اضطراب سلامتی و ملال ناشی از بیماری بود و کمترین نمره(کمترین میزان اختلال) را خرده مقیاس روابط بین فردی به خود اختصاص داد. نتایج در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

- نمرات ادراک بیماری در بازه (۱۰- ۰) و نمرات کیفیت زندگی در بازه (۵- ۱) محاسبه شده است.

همبستگی مورد به مورد خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و ادراک بیماری مورد بررسی قرار گرفت. خرده مقیاس‌های ادراک از پیامدها و عواطف با تمامی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار با $p<0/001$ داشتند در حالی که خرده مقیاس‌های قابلیت درک و فهم بیماری و کنترل از طریق درمان نیز هیچ همبستگی معنی‌داری با خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی نداشتند. بررسی همبستگی بین خرده مقیاس‌های ادراک بیماری و میانگین نمرات کیفیت زندگی نشان داد که نمرات بالاتر پیامدهای بیماری، طول مدت بیماری، شناخت علایم بیماری، نگرانی در ارتباط با بیماری و تأثیر بر عواطف و نمره پایین‌تر کنترل شخصی بر روی بیماری (در محاسبات، معکوس محاسبه شده)، باکیفیت زندگی پایین‌تری همراه است (جدول شماره ۲). برای بررسی رابطه کلی میان ادراک بیماری و کیفیت زندگی، ابتدا هر یک به طور جداگانه تحت عنوان یک معادله، تشکیل شده از ترکیب خطی هشت خرده مقیاس با ضرایب متفاوت تعریف شدند، سپس با استفاده از مدل همبستگی متعارف، مقدارهمبستگی این دو معادله ۰/۸۴ محاسبه شد. آزمون این مدل را برای بررسی این همبستگی با $P<0/001$ برازنده گزارش کرد.

تحلیل همبستگی متعارف برای معادله ۲ عبارت بود از: کیفیت زندگی= ۱/۰۶(ملال از بیماری) + ۰/۰۷ (واکنش اجتماعی)-۰/۰۷(اضطراب سلامتی) + ۰/۱۲ (تصویر بدنی) - ۰/۲۱(روابط بین فردی) - ۰/۰۶(اجتناب از غذا) - ۰/۱۴(نگرانی های جنسی) + ۰/۲۶(تداخل با فعالیت‌ها)

تحلیل همبستگی متعارف برای معادله ۱ عبارت بود از: ادراک بیماری=۰/۱۴(ادراک از پیامدهای بیماری) + ۰/۰۰۰۳(طول مدت بیماری) - ۰/۰۰۸(کنترل شخصی) - ۰/۰۲(کنترل از طریق درمان) + ۰/۰۵(شناخت علایم) + ۰/۰۰۳(نگرانی در مورد بیماری) + ۰/۰۱(قابلیت فهم و درک بیماری) + ۰/۲۱(عواطف). ضمناً همبستگی متعارف بین معادلات ۱ و۲ ، ۰/۸۴ به‌دست آمد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس های ادراک بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر

	میانگین ± انحراف معیار		میانگین ± انحراف معیار
ادراک بیماری (کل مقیاس)	۱/۳±۶/۵	کیفیت زندگی (کل مقیاس)	۰/۸۰±۲/۴۳
ادراک از: پیامد ها	۲/۸±۵/۲	ملال	۲/۶۹±۰/۹۶
طول مدت بیماری	۲/۶±۶/۱	واکنش اجتماعی	۰/۹۸±۲/۲۸
کنترل شخصی	۱/۶±۶/۸	اضطراب سلامتی	۱/۰۱±۲/۷۲
کنترل از طریق درمان	۱/۶±۷/۵	تصویر بدنی	۰/۹۵±۲/۱۳
شناخت علائم	۶/۱±۲/۱	روابط بین فردی	۱/۱۰±۲/۱۲
نگرانی در مورد بیماری	۴/۹±۲/۵	اجتناب از غذا	۱/۱۱±۳/۱۹
قابلیت درک و فهم بیماری	۷/۰±۱/۶	نگرانی های جنسی	۱/۳۰±۲/۱۳
عواطف	۶/۰±۲/۸	تداخل با فعالیت ها	۰/۹۲±۲/۲۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

جدول شماره ۲: همبستگی خرده مقیاس های ادراک بیماری با کیفیت زندگی و خرده مقیاس ها ی آن

خرده مقیاس های ادراک بیماری		کیفیت زندگی	مداخلات در فعالیت	نگرانی های جنسی	اجتناب از غذا	روابط بین فردی	تصویر بدنی	اضطراب سلامت	واکنش اجتماعی	ملال
ادراک از پیامدها	Pc	**۰/۶۷	**۰/۵۷	**۰/۲۷	**۰/۳۴	**۰/۵۳	**۰/۵۰	**۰/۴۸	**۰/۵۲	**۰/۷۱
طول مدت بیماری	Pc	**۰/۴۹	**۰/۴۳	۰/۱۵	*۰/۲۴	**۰/۳۳	**۰/۲۷	**۰/۲۷	**۰/۳۴	**۰/۴۹
کنترل شخصی	Pc	*۰/۱۹	*۰/۱۹	-۰/۱۵	۰/۰۲	**۰/۲۷	*۰/۱۹	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۱۵
کنترل از طریق درمان	Pc	۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۰	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۰۲
شناخت علائم	Pc	**۰/۵۲	**۰/۴۷	*۰/۱۹	**۰/۳۰	**۰/۳۸	**۰/۴۱	**۰/۴۱	**۰/۴۳	**۰/۴۷
نگرانی در مورد بیماری	Pc	**۰/۵۱	**۰/۴۹	*۰/۲۱	**۰/۳۴	**۰/۴۰	**۰/۴۱	**۰/۴۸	**۰/۴۳	**۰/۵۰
قابلیت درک و فهم بیماری	Pc	۰/۰۷	۰/۰۷	-۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۶	-۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۰۰
عواطف	Pc	**۰/۶۹	**۰/۵۱	**۰/۳۳	**۰/۳۴	**۰/۵۴	**۰/۴۷	**۰/۵۰	**۰/۵۷	**۰/۷۴

همبستگی پیرسون $p < ۰/۰۰۱$

** سطح معنی‌داری با $p <۰/۰۰۱$

* سطح معنی‌داری با $p <۰/۰۵$

بحث

هدف از این مطالعه بررسی رابطه ادراک بیماری و کیفیت زندگی در مبتلایان به IBS بود. ادراک بیماری به باور بیمار از جنبه‌های مختلف وضعیت جدید وی اشاره دارد. این باورها درباره ماهیت و علایم بیماری و علت به وجود آمدن آن، قابلیت کنترل و درمان‌پذیری بیماری، مدت زمان بیماری و عواقبی که در پی خواهد داشت را شامل می‌شود. به نظر می‌رسد این باورها تفاوت‌ها در انطباق با شرایط جدید و پذیرش درمان در افراد مختلف با شرایط طبی یکسان را تا حدودی توجیه می‌نماید و روی پیامدهای بیماری مثل کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. یافته‌های این پژوهش ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی را در مبتلایان به IBS مورد تأئید قرار داد. به عبارت دیگر ادراکات منفی‌تر نسبت به بیماری به طور کلی با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است. یافته‌های پژوهش نشان داد که اعتقاد به شدیدتر بودن پیامدهای بیماری، طولانی‌تر شدن زمان بیماری، کنترل شخصی ضعیف تر روی بیماری، شدیدتر بودن علایم بیماری و همچنین نگرانی بیشتر در ارتباط با بیماری و واکنش عاطفی شدیدتر، با کیفیت زندگی پایین‌تری همراه است.

مطالعات اخیر بیانگر ارتباط ادراک بیماری با برخی از پیامدهای بیماری از جمله رفتارهای مدیریت فردی (self-management behaviors) و کیفیت زندگی است(۲۲،۲۵). یافته‌های پژوهش حاضر نیز با یافته‌های برخی مطالعات در این زمینه که روی سایر بیماری‌ها انجام شده هم‌خوانی دارد. به عنوان نمونه می‌توان به شباهت یافته‌های این مطالعه با مطالعه Fowler و همکاران در مبتلایان به بیماری مزمن کلیه که تحت همودیالیز قرار می‌گرفتند(۲۷)، Scharloo و همکاران در مورد افرادی که به تازگی سرطان سر و گردن در آن‌ها تشخیص داده شده(۲۸) وByrne و همکاران، درمبتلایان به سکته قلبی(۳۶)، اشاره کرد. همچنین یافته‌های این پژوهش نتایج مطالعه Rutter در سال ۲۰۰۲ در انگلستان در مورد رابطه ادراک بیماری و عوامل مرتبط با پیامدهای بیماری از جمله کیفیت زندگی را در مبتلایان به IBS (۳) را تأیید می‌نماید.

وجود این ارتباط را می‌توان به تأثیر باورهای بیمار بر رفتار او نسبت داد. هنگامی که بیمار به طولانی بودن مدت بیماری و درمان ناپذیری آن معتقد باشداحساس درماندگی کرده، از پذیرفتن درمان امتناع می‌کند و با عدم بهبودی روبرو می‌شود یا وقتی عواقب سختی را برای بیماریش متصور شده درک صحیحی از ماهیت آن نداشته و پیوسته نگران وضعیت خود است، با افزایش اضطراب نسبت به سلامتیش مواجه می‌شود. از آن‌جا که اضطراب نقش تأیید شده‌ای در تشدید علایم IBS دارد، کاهش کیفیت زندگی بیمار نیز دور از انتظار نیست.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

تلقی بیمار از علت ایجاد بیماری نیز حائز اهمیت است؛ بیماری که خوردن نوع خاصی از غذا یا ترکیب غذایی یا مقدار مشخصی از غذا را از علل بروز بیماری خود می‌داند از خوردن غذا اجتناب می‌کند و در بسیاری از موارد از این‌که مجبور به انجام چنین کاری‌است احساس نارضایتی می‌کند. اعتقاد به عدم کنترل روی بیماری نیز می‌تواند باعث محدود شدن فعالیت‌های بیمار شود که این به معنای تداخل بیماری با فعالیت‌های روزانه فرد است. با توجه به نقش ادراک بیماری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS، طراحی مداخلات روان‌شناختی که این پدیده روان‌شناختی را هدف قرار دهد، پیشنهاد می گردد. در مورد چنین مداخلاتی در مورد سایر بیماری‌ها اقداماتی نیز صورت گرفته است. به عنوان نمونه یافته‌های یک کارآزمایی بالینی که به منظور بررسی تأثیر تغییر ادراک بیماری بر روند بهبودی بیماران مبتلا به سکته قلبی طراحی شده بود، نشان داد که ادراک بیماری به شکل موفقیت از طریق مداخلات شناختی تغییر می‌کند(۳۷).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که تفسیر یافته‌ها را در چهارچوب آن الزامی می‌سازد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به محدودیت در محل نمونه‌گیری اشاره کرد. جمع‌آوری نمونه مورد مطالعه تنها از میان بیماران ارجاع شده به سطح سوم خدمات بهداشتی درمانی، یعنی درمانگاه روان- تنی و گوارش انجام گرفت. بدیهی است که بیماران با مشکلات خفیف‌تر که به مراکز بهداشتی درمانی سطح اول و دوم مراجعه کردند در این مطالعه شرکت داده نشدند. هم‌چنین در این پژوهش از پرسشنامه Brief-IPQ به دلیل سهولت در تکمیل آن پرسشنامه، استفاده شده که در آن درک بیماران از علل ایجاد بیماریشان (خرده مقیاس ۹)، به علت باز پاسخ بودن سؤال مربوط به آن مورد ارزیابی قرار نگرفت، با توجه به این که نقش این عامل در تبیین پیامدهای بیماری در تعدادی از مطالعات مطرح شده است، تکرار پژوهش فوق در محل‌های نمونه‌گیری متنوع‌تر و با استفاده از پرسشنامه‌ای که تحلیل تمام جنبه‌های ادراک بیماری را در حجم نمونه بالا امکان‌پذیر سازد، پیشنهاد می‌شود.

در پایان نتیجه می‌گیریم 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 توجه به این جنبه روان‌شناختی در برخورد بالینی با این بیماران توصیه و همچنین طراحی مداخلات روان‌شناختی بر پایه ادراک بیماری برای این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

از حمایت‌های معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری،کارشناسان این مرکز، به خصوص خانم مسائلی و مسئولین درمانگاه سایکوسوماتیک که در جهت پیشبرد این پژوهش و جمع‌آوری نمونه نهایت همکاری را داشتند کمال تشکر را داریم.

References

1. Owyang C. Irritable Bowel Syndrome. In: Fauci, Brownwald, Kasper, Hauser et al. Harrison's Principle of Internal Medicine. United States of America. Mc Grow-Hill, 2008: 1899-1903.
2. Longstreth GF, Thompson WD, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006; 130(5):1480-91
3. Rutter CL, RutterDR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). British Journal of Health Psychology 2002, 7(4): 377–391.
4. Hosseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

Indian J Gastroenterol 2003; 22(6): 215-216.

5. Camirelli M, Choi M. Rewiew article: Irritable bowel syndrome. Alimentary pharmacology and therapeutics 1997; 11(1): 13-15
6. Cremonini F, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. Gastroenterology Clinics of North America 2005; 34(2): 189-204 .
7. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 45(2): 25-30 .
8. Ford MJ, Miller DM, Eastwood MA. Lifetime events, psychiatric illness and irritable bowel syndrome. Gut 1987; 28(2): 160-5.
9. Fullwood A, Drossman DA. The relationshipof psychiatric illness with gastrointestinal disease.Annu Rev Med 1995; 46: 483-96.
10. Whitehead WE, Crowell MD. Psychologic considerations in the irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. Dig Dis Sci 1982; 27: 202-8.
11. Hislop IG. Psychological significance of Irritable colon syndrome. Gut 1971; 12(6): 452-257.
12. Miller V, Hopkins L , Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome.ClinGasteroenterolHeptol. 2004; 2(12): 1064-8 .
13. Silk DB. Impact of irritable bowel syndrome on personal relationships and working practices.Eur J GastroenterolHepatol 2001; 13(11):1327-1332.
14. Li FX, Patten SB, Hildsen RJ, Sutherland LR. Irritable bowel syndrome and Healt-Related Quality of life: A population based study in Calgary, Alberta.Can J Gastroenterol. 2003; 17: 259-263.
15. Mearin F, Baloa A, Badia X, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: Revisiting the alternating subtype. Eur J Gastroenterol Hepatol 2003; 15(2): 165-172.
16. Rey E, Garcia-Alonso MO, Moreno-Ortega M, Alvarez-Sanchez A, Diaz-Rubio M. Determinants of quality of life in irritable bowel syndrome. J ClinGastroenterol. 2008; 42(9): 1003-9.
17. Hungin AP, Chang L, Locke GR, Dennis EH, BarghoutV. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact.Aliment Pharmacol Ther 2005; 21(11): 1365-1375.
18. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Healt-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. Aliment PharmacolTher 2002; 16(6): 1171-1185.
19. Spiegel bM, Gralnek IM, Bolus R, Chang L, Dulai GS, Mayer EA et al. Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Arch Intern Med 2004; 164(16): 1773-1780.
20. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Selfregulation, health, and behavior: A perceptualcognitive approach. Psychology and Health.1998; 13(4): 717-33.
21. Hagger MS, Orbell S. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. Psychology and Health 2005; 20(2):161-73.
22. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

conditions.Curr Opin Psychiatry. 2007;20(2):163-167.

23. Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA.Well being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. J Health Psychol 2005; 10(3):457–474.
24. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, et al. Illness perceptions and coping explain well being in patients with Huntington's disease. Psychol Health 2006; 21(4):431–446.
25. Ponzo MG, Gucciardi E, Weiland M, *et al*. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. Behav Med 2006; 31(4):153–160.
26. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. J Psychosom Res 2005; 58(5):403–415.
27. Fowler C, Baas LS. Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis.Nephro lNurs J 2006; 33(2):173–186.
28. Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, et al. Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. Head Neck 2005; 27(10):857–863.
29. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). Br J Health Psychol. 2002; 7(Part 4):377-391.
30. Taft TH, Keefer L, Artz C, Bratten J, Jones MP. Perceptions of illness stigma in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. Qual Life Res. 2011; 20(9):1391-9.
31. Kanazawa M, Drossman DA, Shinozahi M, Sagami Y, Endo Y, Plasson O, et al. Translation and validation of Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure. Biopsychosoc Med 2007;3:1:6.
32. Park JM, Choi MG, Oh JH, Cho YK, Lee IS, Choi HY, et al. Cross cultural validation of irritable bowel syndrome Quality of life in Korea. Dig Dis Sci 2006;51(8):1478-84.
33. Haghayegh A, Kalantari M, Solati K, Molavi H, Adibi P. Study on Validity of Farsi Version of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34). Govaresh 2008; 13(2):99-105.
34. Brodbent E, Petrie KJ, Main J, WeinmanJ.The brief illness perception questionnaire. Jurnal of psychosomatic reseach. 2006;60(6):631-637.
35. Bagherian sararudi R.,Bahrami ehsan h.,Sanei h. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. Research in psychological health 2008; 2(2):29-39.
36. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. J Psychosom Res 2005; 58(5):403–415.
37. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman, J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. Psychosom Med 2002;64(4):580–6.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]