

الگوی ساختاری روابط بین شدت علایم و ادراک بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران سندرم روده تحریک پذیر

غزاله تیموری^۱، ایلناز سجادیان^۲، حجت اله رحیمی^۳

و علیرضا فهیم^۴

سندرم روده تحریک پذیر یکی از اختلال های کارکردی دستگاه گوارش است و اثر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی دارد. هدف این پژوهش بررسی الگوی ساختاری روابط شدت علایم و ادراک بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود. برای این منظور طی یک پژوهش همبستگی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در دسترس انتخاب و از نظر شدت علایم بیماری، پرسشنامه ادراک بیماری، کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل داده ها با روش مدل سازی معادلات ساختاری نشان داد متغیر شدت علایم بیماری اثر مستقیم بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد و اثر غیرمستقیم متغیر شدت علایم بیماری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با میانجی گیری ادراک بیماری به لحاظ آماری معنادار بود. تاثیر ادراک بیماری بر شدت علایم را مورد تایید قرار گرفت. به نظر می رسد بعد قابلیت درک و فهم از ادراک بیماری در رابطه بین شدت علایم با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نقش میانجی ایفا میکند.

کلمات کلیدی: شدت علایم، ادراک بیماری، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سندرم روده تحریک پذیر

مقدمه

بیماری های گوارشی یکی از مهم ترین و شایع ترین بیماری های مزمن غیرواگیر است. در این بین درصد قابل توجهی از بیماری های دستگاه گوارش بیماری های کارکردی (عملکردی) هستند و شواهد گویای شیوع بیشتر اختلال های روان شناختی در این طبقه از اختلالات گوارشی است (آندرای، پاتریک، دروسمن، ۲۰۱۳). سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال عملکردی دستگاه

۱. دپارتمان روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران (نویسنده مسؤل)، i. sajjadian@khuis.ac.ir

۳. مرکز تحقیقات، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴. مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

گوارش است که با هیچ اختلال ساختاری مشخص نیست، بلکه به علت درد ناگوار و اختلال عملکرد روده به وجود می‌آید. درد شکم یا ناراحتی مرتبط با اختلال در اجابت مزاج در این بیماری به سه دسته یبوست، اسهال، ترکیب اسهال-یبوست تقسیم‌بندی می‌شود. برای بیمار بودن باید این علائم، معیارهای تشخیصی حداقل ۳ روز در هر ماه تکرار شده باشد و از شروع اولیه علائم ۳ ماه یا بیشتر گذشته باشد (دی گاج، ۲۰۱۵). سندرم روده تحریک پذیر، شایع ترین، پر هزینه ترین و ناتوان کننده ترین نوع آنهاست (لی، کان، هاهم، کیم و همکاران، ۲۰۱۶).

شیوع این بیماری در جمعیت عمومی بالاست و بسته به مطالعات حدود ۳ تا ۳۲ درصد بوده (مقیمیان، دریانی، یراقچی، جمهوری، و همکاران ۲۰۱۴). بررسی‌ها نشان داده است که بیماری‌های روانی موجب ایجاد سندرم روده تحریک پذیر نمی‌شود ولی بر روی درک درد در این بیماران، طول مدت و شدت نفوذ ابتلا به آن موثر می‌باشد. برای مثال مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر پاسخ بیشتری نسبت به تنیدگی در مقایسه با افراد غیر مبتلا نشان می‌دهند (فاعلی، محمدی فر، عزیز پور، دبیری، ۲۰۱۶). بنابر این حدس زده می‌شود که آشفتگی‌های روانی ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علائم معده ای روده ای در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر نقش مهمی داشته باشد. نتایج مطالعات انجام شده همسو با یکدیگر حکایت از آن دارد که علائم روانشناختی بخش اختصاصی و مکمل این بیماری است (قربانی تقلید آباد و تسبیح سازان مشهدی، ۲۰۱۶). از آنجاییکه این بیماری اختلال ساختمانی یا نشانه بیوشیمیایی اختصاصی ندارد لذا تشخیص آن بر پایه وجود علائم بالینی است. جهت تشخیص سندرم روده تحریک پذیر از معیارهای کریترایای رم چهار استفاده می‌گردد. معیارهای رم چهار بدین شرح می‌باشد: درد یا ناراحتی راجعه در شکم حداقل به مدت یک بار در هفته در سه ماه گذشته همراه با دو مورد یا بیشتر از این علائم: دل درد وابسته به دفع (با دفع کردن، درد کاهش یابد) شروع آن همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج باشد.

شروع آن همراه با تغییر در شکل (قوام) مدفوع باشد. این علائم باید بیش از ۳ ماه طول کشیده باشند و حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص شروع شده باشد (لسی و پاتل، ۲۰۱۷). مطالعات اخیر نشان داده اند که نوروترانسمیترها در پاتورژن این بیماری نقش دارند. مغز می‌تواند فعالیت روده را تنظیم کند؛ برای مثال هورمون کورتیکوتروپین که هنگام تنیدگی از مغز آزاد می‌شود، می‌تواند فعالیت روده تحریک پذیر را به شدت تحت تاثیر عوامل روان شناختی قرار دهد و افزایش پاسخ انقباضی در بیماران مبتلا به آنرا رقم بزند (تاناکا، کانازاوا، فودوکو، دروسمن و همکاران، ۲۰۱۱). اختلالات

گوارشی بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می کنند. از بین انواع اختلالات گوارشی، دردهای شکم و سندرم روده تحریک پذیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته اند، همچنین این بیماری موجب کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و بهره وری کاری افراد مبتلا به آن می شود (آگاروال اسپینگل، ۲۰۱۱).

بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی میکنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهای شان است (نجات، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل ارزیابی بیمار در رابطه با سلامت جسمی و روانی وی میشود. این ارزیابی بستگی به این دارد که آیا بیماران به علت بیماری خود، محدودیت هایی را تجربه میکنند یا اینکه میزان بیماری آنها با زندگی و عملکرد کلی آنها تداخل دارد (دی گاج، ۲۰۱۵). یکی از اهداف عمده بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به بیماری های گوارش، سنجش تاثیر این بیماریها بر چگونگی زندگی بیماران و هدف دیگر آن ارزیابی تاثیر درمان های مختلف دارویی، جراحی و روانشناختی بر بیماریها و کیفیت زندگی این بیماران است (لی، لی، مون، ۲۰۱۶).

شناخت بیماران از بیماری خود تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری، توسط فرد بیمار بر پایه جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل میگیرد. این عامل می تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. ادراک بیماری به عنوان یک عامل روانشناختی در مدل درک عمومی لونتال و همکارانش (۱۹۸۰) توضیح داده شده و عبارت است از درکی که افراد در پاسخ به اطلاعات تهدید سلامتی شکل میدهند (مهاجرانی، حقایق، ادیبی، ۲۰۱۶). مطابق با نظریه براون (۲۰۰۶)، فعال شدن روان سازه ها باعث می شود که فرد به اطلاعات حسی و حرکتی بیرونی و درونی به صورت انتخابی توجه کند و در نتیجه به تفسیر نادرست از حس های جسمی خود و تجربه بدنی تحریف شده برسد و خود را به صورت اغراق در حس های جسمانی و تشدید علائم نشان دهد (فیلیس، برادلی، کنتت، ۲۰۱۳).

بنابراین می توان گفت که هر چه فرد احساس کنترل کمتری بر درمان خود داشته باشد شدت علائم بیشتری را تجربه میکند، و هر چه امید فرد بالاتر باشد شدت علائم کمتری را تجربه میکند (صدر عاملی، ابراهیمی، زارع، نیستانک، ۲۰۱۶). از آنجا که زیربنای یک راهبرد موفق در غلبه بر بیماری بر مبنای روشن سازی عوامل متعددی است که منجر به شروع، تداوم و فرایندهای بهبود بخش آن بیماری می شود، داشتن یک فهم کامل از مولفه های ادراک بیماری، کیفیت زندگی و

ارتباط بین آنها با شدت علائم بیماری سندرم روده تحریک پذیر و بدست آوردن الگوی روابط بین این متغیرها می تواند ما را در هدایت بیماران به سمت یک زندگی مفید، موثر و با کیفیت یاری برساند.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بودند که در بازه زمانی ۸ ماه به کلینیک تخصصی گوارش پورسینای حکیم، وابسته به مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کردند. از این جامعه، ۱۳۰ بیمار (۹۱ زن و ۳۹ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت شرکت در مطالعه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج توسط پرسشنامه شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر^۱ و پرسشنامه ادراک بیماری^۲ و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۳ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه شدت علائم (VAS) توسط فرانسیس، موریس، و رول در سال ۱۹۹۷ ساخته شد و توسط روش استاندارد و قابلیت اعتماد زبان شناختی به فارسی ترجمه شده است. این پرسشنامه شامل پنج بخش درد، اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثربیماری بر فعالیت های روزانه - زندگی و علائم خارج روده ای است نسخه فارسی این پرسشنامه نیز در مطالعه (افشار، باقریان، فروزنده و همکاران، ۲۰۱۱) توسط روش استاندارد قابلیت اعتماد زبان شناختی به زبان فارسی ترجمه شده است.

پرسشنامه ادراک بیماری دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط برودبنت، پتری، ماین، در سال ۲۰۰۶ بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. همه خرده مقیاسها (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه بندی از ۱۰ تا ۱ پاسخ داده میشوند. 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، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان پذیری، شناخت علائم می باشد. دو مورد واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می دهد که شامل نگرانی

-
1. The irritable bowel syndrome severity scoring system (IBS-SSS)
 2. Brief- illness perception questionnaire (B-IPQ)
 3. Health related quality of life IBS-QOL-34
 4. Visual Analogue Scale

در مورد بیماری و عواطف است. یک مورد قابلیت درک و فهم بیمار را مورد سنجش قرار می دهد. جهت گیری، یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می شود سه مورد از مهمترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند، در نسخه انگلیسی این پرسشنامه این علت ها به دو دسته علل روانشناختی و علل فیزیکی تقسیم شده است. کلاتری، باقریان، افشار و همکاران در سال ۲۰۱۱ نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی ۰/۷۱ می باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به سلامت ویژه بیماران سندرم روده تحریک پذیر توسط پاتریک، دروسمن، فردریک و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در این بیماران است (افشار و همکاران ۲۰۱۱). این پرسشنامه شامل ۸ خرده مقیاس ملال ناشی از بیماری، واکنش اجتماعی، اضطراب سلامتی، تصویر بدنی، روابط بین فردی، اجتناب از غذا، نگرانی جنسی، تداخل با فعالیت روزانه است. این پرسشنامه شامل ۳۴ سوال دارد و بیمار براساس یک مقیاس به آن پاسخ می گوید. همسانی درونی نسخه فارسی این آزمون توسط (حقایق، کلاتری، دهکردی، مولوی و همکاران ۱۳۸۷) تایید شده است.

داده ها با کمک آزمون تحلیل مسیر و مدل سازی معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM)، به کمک نرم افزار (2.3.8) PLS به روش بوت استرپ تحلیل شدند.

یافته ها

در جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرها ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی کل، شدت علائم کل

و ادراک بیماری کل

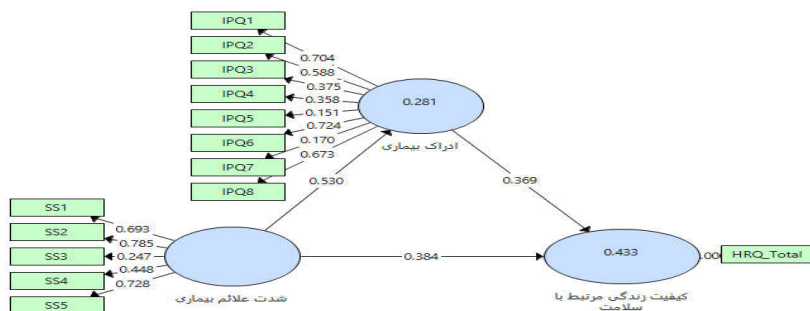
متغیر	تعداد	دامنه	حد پایین	حد بالا	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۱۳۰	۱۲۰	۴۳	۱۶۳	۱۰۵/۸۴	۲۷/۱۱
شدت علائم	۱۳۰	۴۱۷	۸۳	۵۰۰	۲۶۱/۲۹	۸۶/۹۲
ادراک بیماری	۱۳۰	۵۱	۲۲	۷۳	۴۸/۲۱	۸/۸۹۳

برآوردهای مربوط به شاخص های ارزیابی کلیت مدل ساختاری و پارامترهای اصلی این مدل (اثر متغیر شدت علائم بیماری بر ادراک بیماری) در جداول زیر گزارش شده است:

جدول ۲. برآورد مقادیر اثر متغیر شدت علایم بیماری بر ادراک بیماری

Sig	مقدار	ضریب	ضریب	متغیر وابسته	مسیر	متغیر مستقل
	بحرانی	اثر	تعیین	ادراک بیماری	<---	شدت علایم بیماری
۰/۰۰۱	۹/۸۸	۰/۵۴	۰/۲۹			

شاخص‌های برآزش دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند. نتایج نشان می‌دهد متغیر شدت علایم بیماری ۲۹ درصد از واریانس متغیر ادراک بیماری را تبیین می‌کند، با توجه به مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط برآورد می‌شود، بنابراین متغیر شدت علایم بیماری در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر ادراک بیماری را دارد. اثر متغیر شدت علایم بیماری بر ادراک بیماری به لحاظ آماری معنادار است، در نتیجه شدت علایم بیماری بر ادراک بیماری در بیماران سندرم روده تحریک پذیر اثر دارد. همچنین اثر متغیر شدت علایم بیماری بر ادراک بیماری مستقیم و در حد متوسط به بالا برآورد می‌شود. در این پژوهش اثر متغیر شدت علایم با میانجی‌گری ادراک بیماری بر متغیر کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت کل، نیز مورد بررسی قرار گرفت.



شکل (۲) مدل ساختاری اثر متغیر شدت علایم بر کیفیت زندگی کل با میانجی‌گری متغیر ادراک بیماری

توصیف مدل بر اساس شکل شماره (۲): متغیرهای شدت علایم بیماری و ادراک بیماری در مجموع ۴۲ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را تبیین می‌کردند، با توجه به مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین متغیرهای شدت علایم بیماری و ادراک بیماری در حد بالایی توان تبیین واریانس متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را دارا بودند.

جدول ۳. برآورد مقادیر اثر کل، اثر مستقیم و غیر مستقیم شدت علائم بیماری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با میانجی گری ادراک بیماری

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب تعیین	برآورد کل اثر	مستقیم اثر	غیر مستقیم اثر
				p	p	p
شدت بیماری	ادراک بیماری	کیفیت زندگی	۰/۴۲	۰/۵۷	۰/۳۸	۰/۱۹
ادراک بیماری				۰/۳۶	۰/۳۶	۰/۰۱

اثر مستقیم و همچنین اثر غیر مستقیم متغیر شدت علائم بیماری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نیز به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. بنابراین تایید میشود متغیر ادراک بیماری در رابطه بین شدت علائم بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نقش میانجی ایفا می کند. مقادیر شاخص های برازندگی نشان دهنده برازش مطلوب و قابل قبول مدل با داده های پژوهشی بود اما باید توجه داشت که تایید کلی مدل به مفهوم آن نیست که همه روابط موجود در مدل تایید شده اند، به همین علت روابط موجود در مدل به صورت جداگانه برای ابعاد ادراک بیماری نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۴. برآورد اثر غیر مستقیم شدت علائم بر کیفیت زندگی با میانجی گری ابعاد ادراک بیماری

متغیر مستقل	اثر	متغیر میانجی	اثر	متغیر وابسته	اثر غیر مستقیم	Sig.
شدت علائم بیماری	۰/۵۰	واکنش شناختی	۰/۱۹	کیفیت زندگی	۰/۱۰	۰/۰۷۴
	۰/۳۶	واکنش عاطفی	۰/۱۹	مرتبط با سلامت	۰/۰۷	۰/۰۸۱
	۰/۳۴	قابلیت درک و فهم	۰/۳۳		۰/۱۱	۰/۰۰۲

نتایج نشان میدهد اثر غیر مستقیم متغیر شدت علائم بیماری با میانجی گری ابعاد واکنش شناختی و عاطفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به لحاظ آماری معنادار نیست. ولی اثر غیر مستقیم متغیر شدت علائم بیماری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با میانجی گری بعد قابلیت درک و فهم به لحاظ آماری معنادار است و این بعد از متغیر ادراک بیماری در رابطه بین شدت علائم بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی ایفا می کند. با توجه به اینکه اثر مستقیم متغیر شدت

علائم بیماری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نیز به لحاظ آماری معنادار بود، بنابراین می توان گفت میانجی گری متغیر ادراک بیماری از نوع میانجی گری جزئی برآورد می شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه بررسی روابط شدت علائم ادراک بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر بود. یافته ها در پژوهش نشان داد مدل ساختاری اثر متغیر شدت علائم بیماری بر ادراک بیماری از برازش مطلوب برخوردار است همچنین اثر متغیر شدت علائم بیماری بر ادراک بیماری به لحاظ آماری معنادار است. افشار و همکاران (۲۰۱۱) همسو با این یافته بیان کردند بین ادراک بیماری و شدت علائم در مبتلایان به سندرم روده رابطه وجود دارد و تغییرات شدت علائم بیماران توسط متغیرهای ادراک بیماری پیش بینی می شود و میتوان گفت ادراک نادرست از علائم بیماری می تواند با تشدید علائم همراه باشد و تغییر این رفتارها یا شناخت ها یا هر دو می توانند باعث بهبود علائم شود.

صدر آملی و همکاران (۲۰۱۶) نیز بیان کردند که شدت علائم گوارشی رابطه معناداری با ادراک بیماری، امید و بخشودگی در روابط بین فردی دارد و شدت علائم گوارشی در سندرم روده تحریک پذیر توسط نمره واریانس ادراک بیماری قابل پیش بینی است. همچنین یافته ها نشان میدهد مدل ساختاری روابط شدت علائم، ادراک بیماری، با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر از برازش مطلوبی برخوردار است و اثر مستقیم متغیر شدت علائم بیماری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نیز به لحاظ آماری معنادار است. یافته حاضر همسو با یافته، مسائلی، مرآئی، افشار، خرمیان و همکاران (۲۰۱۴) بود که ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر را تأیید کردند و بیان داشتند با کاهش شدت علائم بیماری سطح کیفیت زندگی بیماران افزایش می یابد و بالا بودن شدت علائم پیشگویی کننده کیفیت پایین زندگی بیماران است. بنابراین میتوان گفت بیماری های مزمنی چون سندرم روده تحریک پذیر باعث ایجاد اختلال در محیط اجتماعی بیماران شده و باعث می شود افراد نتوانند تعهدات خود را همانطور که از آنها انتظار می رود انجام دهند، و در نهایت کیفیت زندگی افراد بیمار را کاهش میدهد. این امر به نوبه خود به ارزش کاهش سرمایه انسانی منجر می شود چون با ناتوانی فرد در انجام فعالیت های جسمانی یا تجربه فردی از درد یا خستگی، مرتبط است. یافته بعدی پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم متغیر شدت علائم بیماری بر کیفیت زندگی

مرتبط با سلامتی نیز به لحاظ آماری معنادار بود و بعد قابلیت درک و فهم از متغیر ادراک بیماری در رابطه بین شدت علائم بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نقش میانجی ایفا می کند. مطابق با این یافته دی گاج (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ادراک بیماری بین شدت علائم و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی ایفا می کند و شدت علائم روده وقتی ادراک بیماری به عنوان میانجی وارد مدل شد به طور غیر مستقیم با کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت مرتبط است. در تبیین یافته های فوق میتوان گفت، ادراک از بیماری در هدایت شیوه های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد، بنابراین در نظر گرفتن جنبه های مختلف ادراک بیماری در مبتلایان در پروتکل های درمانی میتواند جهت کنترل شدت علائم سودمند باشد. یافته دیگر پژوهش مطابق بود با بررسی سوال مربوط به علیت- در پرسشنامه ادراک بیماری و نشان داد که در این پژوهش، بیماران (استرس)، فشار عصبی و اضطراب را مهم ترین علل روانشناختی و عدم رعایت رژیم غذایی و خوردن غذای نامناسب را مهم ترین علل فیزیکی موثر در ایجاد بیماری خود بیان کردند.

در تبیین این یافته میتوان گفت در تحقیقات قبلی بر روی ادراک بیماری در مبتلایان پژوهشگران به دلیل باز پاسخ بودن سوال ۱۱ پرسشنامه ادراک بیماری (درک بیماران از علل ایجاد بیماری) آن را مورد ارزیابی قرار ندادند، اما در این پژوهش با توجه به اینکه در تعدادی از مطالعات نقش این عامل در تبیین عوارض و پیامدهای بیماری مطرح شده بود آنها ارزیابی شدند و نتایج بیان گردید. در کل میتوان بیان کرد، از آنجا که کیفیت زندگی زمینه معجزا و روشنی است که توسط تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تأثیر قرار می گیرد و این مهم با ادراک فرد ارتباط دارد، بنابراین اولین اثر بیماری بر روی عملکرد اشخاص نمایان میگردد. بیماران که ادراک نادرست نسبت به بیماری خود دارند و عواقب و پیامدهای بیشتری را برای خود در نظر می گیرند و نمره کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت پایین تری دارند، هنگامیکه بیمار به طولانی بودن مدت بیماری و درمان ناپذیری آن معتقد باشد احساس درماندگی کرده از پذیرفتن درمان امتناع می کند و با عدم بهبودی روبه رو می شود، که این به معنای تداخل بیماری با فعالیت های روزانه فرد است و باعث پایین آمدن سطح کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت می شود.

References

- Afshar, H., Bagherian, R., Foroozandeh, N., Khorramian, N., Daghighzadeh, H., Maracy, M., & Adibi, P. (2011). The Relationship between Illness Perception and Symptom Severity in Pa-tients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Isfahan Medical School*, 29(137). (persian)

- Andrae, D. A., Patrick, D. L., Drossman, D. A., Covington, P. S. (2013). Evaluation of the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL) questionnaire in diarrheal-predominant irritable bowel syndrome patients. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 200-208 .
- Agarwal, N., Spiegel, B. M. (2011). the effect of irritable bowel syndrome Health Related Quality of life and health care expenditure. *Gastroenterol Clin North American*, 40(1), 9-11.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main J., Weinman J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-7.
- De Gucht, V. (2015). Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patient. *Quality of Life Research*, 24(8), 1845-1856 .
- Drossman, D. A., Corazzini, E., Talley, N.J., Thompson, W.G., Whitehead, W.E. (2000). (Eds) Rom III. Functional Gastrointestinal disorder: diagnosis. Pathophysiology and treatment – a multinational consensus. 2nd ed. Mclean. *N. A. Degnon Association*, 15, 57- 64 .
- Francis, C.Y., Morris, J. Whorwell, P.J. (1997). The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther*, 11 (2), 395-402.
- Faeli, A., Mohammadifar, M.A., Azizpour, M., Dabiri, R. (2016). Comparison of personality characteristics and quality of life in people with irritable bowel syndrome and normal people. *Journal of Clinical Psychology*, 33(9), 1-10. (persian)
- Ghorbani Taghliabad, B., Tasbihsazan Mashhadi, R. (2016). The relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 10 (39),17-26. (persian)
- Haghighayegh, S.A., Kalantari, M., Solati Dehkordi, S.K., Molavi, H., Adibi, P. (2009). Preliminary Study of Psychometric Properties of the Persian Version of the Quality of Life Questionnaire in the Irritable Bowel (IBS-QOL-34). *Digestive Mag*, 13 (63),99-105. (persian)
- Lacy, B., & Patel, N. (2017). Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *Journal of clinical medicine*, 6(11), 99-115 .
- Lee, E. H., Kwon, O., Hahm, K. B., Kim, W., Kim, J. I., Cheung, D. Y., . . . & Joo, M. K. (2016). Irritable bowel syndrome-specific health-related quality of life instrument: development and psychometric evaluation. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 22
- Lee, J. Lee, E. H. Moon, S. H. (2016). A systematic review of measurement properties of the instruments measuring health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research*, 25(12), 2985-2995
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., Contrada, R. J. (1998). Self-regulation health and behavior: A perceptual cognitive approach, psychology and health, 13. 717 – 733.
- Masaeli, N., Marathi, M. R., Afshar, H. Kheirabadi, R., Daghighzadeh, H., Rohafza, H.R. (2014). Survey of Relationship between quality of life and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 11(1), 39-45. (persian)
- Moghimiyan, A., Ebrahimian Dariani, N., Yarahghchi, A., Jamhari, F., Rezaei, O. (2014). Predicting the quality of life based on the perception of the disease in patients with irritable bowel syndrome. *Digestive Journal*, 18 (3), 164-171. (persian)
- Mohajerani, S., Haghaiegh, S.A., Adibi, P. (2016). Investigating the relationship between emotional collapses, perceived disease and resiliency with quality of life in patients with ulcerative colitis. *Digestive Journal*, 22 (1), 28-38. (persian)
- Nejat S. (2009). Quality of Life and Measurement. *Iranian Journal of Epidemiology*, 4(2), 57-62. (persian)
- Patrick, D. L., Drossman, D. A., Frederick, I. O., Dicesare, J., Puder, K. L. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci*, 43(2), 400-11.
- Phillips, K., Bradley J., Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(5), 467-474 .
- Sadrameli, S., Ibrahimf, A., Zare Nistanak, H. (2016). Relationship between perceived diseases, Hope and forgiveness in interpersonal relationships with severity of symptoms in patients with IBS. *Journal of Thought & behavior in Clinical Psychology*, 11(45), 47-56. (persian)
- Tanaka, Y., Kanazawa, M., Fukudo, S., & Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 17(2), 131-138 .
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Blustein, P. K. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Randomized Wait-list Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 385–396 .

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 58), pp.57-66, 2021

The structural equations model the relationship between symptom severity and illness perception with health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome

Teimory, Ghazale

Dept. of Psy, Isfahan (Khorasgan) branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran.

Sajjadian, Ilnaz

Dept. of clinical Psy, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Rahimi, Hojatolah

Digestive Disease Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Fahim, Alireza

Digestive Disease Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 2019/08/05

Accepted: 2020/03/20

Irritable bowel syndrome is one of the functional disorders of the gastrointestinal tract and has a negative effect on health-related quality of life. The aim of this study was to investigate the structural pattern of the relationship between symptom severity and illness perception with health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. For this purpose, during a correlational study of structural equations modeling, 130 patients with irritable bowel syndrome were selected by the Pursina Hakim Gastroenterology Clinic in Isfahan by the convenience sampling and evaluated in terms of severity of symptoms, illness perception questionnaire and quality of life. Data analysis by structural equation modeling method showed that the severity of disease symptoms has a direct effect on quality of life related to health and the indirect effect of severity of disease symptoms on quality of life related to health was mediated by illness perception. The effect of illness perception on the severity of symptoms was confirmed. The ability to understand the illness perception seems to play a mediating role in the relationship between the severity of symptoms and health-related quality of life.

Keywords: symptom severity, illness perception, quality of life, irritable bowel syndrome