

رابطه‌ی بین ادراک بیماری و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر

دکتر حمید افشار^۱، دکتر رضا باقریان سرارودی^۲، نسیم فروزنده^۳، نیوشا خرمیان^۴، دکتر حامد دقاق زاده^۵، دکتر محمد رضا مرآئی^۵، دکتر پیمان ادیبی^۴

خلاصه

مقدمه: ادراک بیماری در فرد بیمار بر پایه‌ی جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد و می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS) بود.

روش‌ها: در یک مطالعه‌ی مقطعی ۱۶۰ بیمار مبتلا به IBS مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک و گوارش وابسته‌ی به بیمارستان خورشید اصفهان انتخاب شدند. بیماران با استفاده از مقیاس‌های ادراک بیماری و شدت علائم در مبتلایان به IBS مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده‌ی از مدل‌های ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین ادراک بیماری و شدت علائم مبتلایان ضریب همبستگی معنی‌دار مشاهده شد ($r = 0/546$ ، $P < 0/001$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۳۹ درصد از تغییرات شدت علائم مبتلایان به IBS توسط متغیرهای ادراک بیماری قابل تبیین است ($R = 0/63$ ، $R \text{ square} = 0/39$). ضرایب رگرسیون نشان داد که این توانایی پیش‌بینی کنندگی مربوط به دو زیرمقیاس شناخت علائم ($P = 0/04$) و عواطف ($P = 0/04$) بود. با این وجود سایر زیرمقیاس‌ها تأثیری در این رابطه نداشتند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بین ادراک بیماری و شدت علائم در مبتلایان به IBS رابطه وجود دارد و تغییرات شدت علائم مبتلایان به IBS، تا حدی توسط متغیرهای ادراک بیماری پیش‌بینی می‌شود. بنابراین مداخلات روان‌شناختی بر پایه‌ی ادراک بیماری به منظور کنترل شدت علائم در درمان مبتلایان IBS پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، شدت علائم، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، عوامل روان‌شناختی.

مقدمه

سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome) یا IBS یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با درد یا احساس ناراحتی در شکم و عادات روده‌ای متغیر در غیاب ناهنجاری‌های ساختمانی مشخص می‌شود (۱). شروع بیماری اغلب تدریجی و مبهم است و علائم آن از بیماری به بیمار دیگر

متفاوت است (۲). تشخیص IBS بر پایه‌ی علائم بالینی است (۱). مطالعات نشان داده‌اند که IBS در ۱۴ تا ۲۵ درصد جمعیت عمومی دیده می‌شود (۳-۵). زنان بیشتر از مردان به علائم بالینی این بیماری مبتلا هستند (۶). شدت این بیماری در افراد مختلف بسیار متفاوت است. بسیاری از بیماران این بیماری را با علائم خفیف تجربه می‌کنند که می‌توان در این مرحله

^۱ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات روان-تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ دانشیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۵ دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

آن را به جای بیماری، مزاحمت و دردسر (Nuisance) نامید. در مقابل، در آن سوی طیف بیماری مواردی وجود دارند که علائم بیماری آن‌ها را به طور کامل عاجز و ناتوان کرده است که البته این گروه درصد کمی از مبتلایان به IBS را تشکیل می‌دهند. در موارد شدید حتی مواردی از اقدام به خودکشی، تنها به علت عدم بهبود علائم گزارش شده است (۷). پاتوژنز بیماری IBS به طور کامل شناخته نشده است، اگر چه نقش فعالیت حسی و حرکتی غیرطبیعی روده، عملکرد غیرطبیعی سیستم عصبی مرکزی، استرس و اختلالات روانی به عنوان علل بروز بیماری مطرح شده‌اند (۱). نقش عوامل مرتبط با سیستم عصبی مرکزی در بیماریزایی IBS، با توجه به تشدید علائم به دنبال اختلالات روان‌شناختی و استرس و پاسخ مناسب به درمان‌های مؤثر بر قشر مغز به طور ویژه مورد توجه قرار دارد (۸). یک ارتباط دو طرفه بین مغز و روده از طریق سیستم عصبی اتونوم وجود دارد. همچنین مغز می‌تواند از راه‌های دیگر، فعالیت روده را تنظیم کند. برای مثال هورمون کورتیکوتروپین، که هنگام استرس از مغز آزاد می‌شود، می‌تواند فعالیت روده را تغییر دهد. در حال حاضر داروهای مؤثر بر این هورمون برای درمان IBS در دست تحقیق و بررسی هستند (۹-۱۰). به علاوه ارتباط IBS با فعالیت بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و افزایش سیتوکین‌های پیش‌التهابی مشخص است (۱۱-۱۴). از طرف دیگر IBS به شدت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، استرس‌ورهای سایکوسوشیال و اختلالات روان‌پزشکی همراه قرار می‌گیرد (۱۵-۱۷). در مطالعات برای IBS مدل بیوسایکوسوشیال

(Biopsychosocial) مطرح شده است و نقش شناخت را در علائم IBS بیان می‌کند (۱۸، ۴). در واقع یکی از مشخصه‌های این سندرم، همراهی آن با بیماری‌های روان‌پزشکی است. مطالعات نشان می‌دهد که ۵۴ تا ۱۰۰ درصد بیماران که IBS دارند، بیماری روان‌پزشکی همراه دارند و ۵۱ درصد بیماران مبتلا به IBS یک واقعه‌ی استرس‌زا را قبل از شروع بیماری تجربه کرده‌اند (۲۱-۱۹) و همچنین این بیماری با اختلالات خلق نیز در ارتباط می‌باشد (۲۲). به طور کلی عوامل روان‌شناختی تأثیر عمیقی بر شروع، تظاهرات و سیر IBS دارند. این موضوع به ویژه در بیماران که از علائم شدید این بیماری رنج می‌برند، صادق است (۲۳).

شناخت بیماران از بیماریشان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و بر پایه‌ی جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد. این عامل می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد (۲۴). وقتی یک بیماری برای یک فرد تشخیص داده می‌شود و یا هنگامی که فرد دچار آسیبی می‌شود، تلاش می‌کند یک طرحواره‌ی شناختی از بیماری تشکیل دهد تا بیماری را برای خودش معنا کند. این ادراک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد. به طور کلی طرح‌واره‌ی شناختی از بیماری یا ادراک بیماری دارای پنج جنبه می‌باشد که شامل باورهای بیمار درباره‌ی هویت بیماری، علل ایجاد بیماری، ازمان بیماری، کنترل یا درمان و پیامدهای بیماری می‌باشد. برخی از مطالعات نشان

ایجاد می‌شود یا این که بیماری مدت طولانی ادامه خواهد داشت و یا احساس این که فرد کنترل اندکی بر روی بیماریش دارد، با عوارض جدی بیماری IBS همراه بوده است. برعکس احساس کنترل بر روی بیماری و یا اعتقاد بر این که عوامل روان‌شناختی همراه با عوامل خارجی در بروز بیماری تأثیر داشته‌اند، با امید به درمان موفق بیماری در آینده همراه بوده است (۳۲).

با توجه به اهمیت و نقش ادراک بیماری در پیامدهای بیماری در مبتلایان به IBS به نظر می‌رسد ارتباط بین ادراک بیماری و شدت علائم IBS به خوبی روشن نیست. علاوه بر این تا آن جا که جستجو شد مطالعه‌ای در زمینه‌ی بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و شدت علائم IBS به دست نیامد، بنابراین هدف این مطالعه، بررسی رابطه‌ی بین ادراک بیماری و شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS بود.

روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش مقطعی به منظور بررسی رابطه‌ی ادراک بیماری و شدت علائم بیماری در مبتلایان به IBS بود که بر روی ۱۶۰ بیمار مبتلا به این سندرم در مرکز فوق تخصصی سایکوسوماتیک و گوارش وابسته به بیمارستان خورشید اصفهان انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت پی در پی بود. بیمارانی که بر اساس کرایتریای Rome III توسط فوق تخصص گوارش برای آن‌ها تشخیص IBS گذاشته می‌شد، پس از اخذ رضایت شرکت در مطالعه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شدند.

داده‌اند که به طور کلی در بیمارانی که ادراک و نگرش‌های منفی در مورد بیماریشان دارند، این ادراک با ناتوانی بیشتر در آینده، کاهش سرعت بهبود و استفاده‌ی بیشتر از خدمات پزشکی، مستقل از شدت واقعی بیماری در ارتباط می‌باشد (۲۷-۲۵).

در بیماری‌های جسمی نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی ادراک بیماری، تفاوت در پیامدهای بیماری را تا حد زیادی تبیین می‌نماید (۲۸). همچنین بیماران با شرایط و شدت علائم یکسان، ادراک متفاوتی از بیماری خویش دارند که بر رفتار و عملکرد و شدت علائم بیماران و پیامدهای آن تأثیر می‌گذارد (۲۹).

در مطالعات اخیر تأثیر عقاید بیمار بر شدت علائم مبتلایان به IBS مورد بحث قرار گرفته است. Spiegel و همکاران، شش عامل پیش‌بینی کننده‌ی شدت علائم در مبتلایان به IBS را معرفی کرده‌اند که یکی از این عوامل نگرش منفی و نگرانی در مورد ماهیت و پیامدهای بیماری است. آن‌ها مدعی بودند که این عامل نقش تعیین کننده‌ای در شدت علائم دارد (۳۰).

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، پیش‌بینی کننده‌ی مهمی برای شدت علائم است (۳۱).

همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که ادراک بیماری، عامل پیش‌بینی کننده‌ی برجسته‌ای برای پیامدهای بیماری است. نمرات بالای ادراک بیماری با عدم تطابق با بیماری همراه بوده است. ادراکی مبنی بر این که IBS در نتیجه‌ی عوامل خطر روان‌شناختی

برای بررسی ادراک از بیماری از پرسش‌نامه‌ی کوتاه شده‌ی مقیاس ادراک از بیماری (Brief-Illness Perception Questionnaire) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط Broadbent و همکاران و بر اساس فرم تجدید نظر شده‌ی همین پرسش‌نامه طراحی شده است. همه‌ی خرده مقیاس‌ها (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شوند. هر خرده مقیاس یک مؤلفه‌ی ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند که شامل ادراک از پیامدها (ماده‌ی ۱)، طول مدت بیماری (ماده‌ی ۲)، کنترل شخصی (ماده‌ی ۳)، کنترل از طریق درمان (ماده‌ی ۴) و شناخت علایم (ماده‌ی ۵) است. دو خرده مقیاس نگرانی در مورد بیماری (ماده‌ی ۶) و عواطف (ماده‌ی ۸) واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهند. یک خرده مقیاس قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد (ماده‌ی ۷). جهت‌گیری علی یک سؤال باز است (ماده‌ی ۹) 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 از $r = 0/48$ (قابلیت فهم بیماری) تا $r = 0/70$ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسش‌نامه‌ی خود اثربخشی ویژه‌ی بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ($r = 0/61$, $P < 0/001$). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی $0/84$ و ضریب همبستگی آن با نسخه‌ی فارسی R-IPQ $0/71$ می‌باشد. به طور کلی

افرادی با سوادی که بر اساس کرایتریای Rome III به IBS مبتلا بودند و بین ۱۷ تا ۶۵ سال سن داشتند و به صورت آگاهانه راضی به شرکت در مطالعه بودند، وارد مطالعه شدند. معیارهای کرایتریای Rome III شامل وجود ناراحتی یا درد شکمی راجعه حداقل سه روز در هر ماه و در طول سه ماه اخیر است که با حداقل دو مورد از موارد ۱- بهبودی درد با دفع مدفوع، ۲- شروع درد همراه با تغییر در دفعات دفع مدفوع و ۳- شروع درد همراه با تغییر در ظاهر مدفوع، همراه باشد.

وجود اختلالات گوارشی ارگانیک (بیماری التهابی روده، سلیاک، دیورتیکولیت، زخم اثنی عشر و بدخیمی)، بیماری طبی جدی دیگر که موجب کاهش امید به زندگی شود، اختلال عمده‌ی روان‌پزشکی، اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار و عدم توانایی صحبت کردن به فارسی به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها ایجاد مشکل کند از موارد عدم ورود بیمار به مطالعه بودند. لازم به ذکر است معیارهای ذکر شده بر اساس تشخیص فوق تخصص گوارش، معاینه‌ی روان‌پزشکی، شرح حال و پرونده‌ی پزشکی بیمار، بررسی شد.

پس از ورود هر بیمار به مطالعه، پرسش‌نامه‌های شدت علایم در بیماران مبتلا به IBS و ادراک بیماری در هر یک از آنان تکمیل شد و داده‌های مورد نیاز پژوهش جمع‌آوری گردید.

اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تاهل)، اقتصادی اجتماعی (سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، ویژگی‌های محل سکونت) و پزشکی (زمان شروع علایم و استفاده از درمان) شاخص‌های مورد بررسی در پرسش‌نامه‌ها بودند.

درصد) مبتلایان متأهل بودند و ۸۹/۷ درصد آن‌ها ساکن شهر و بقیه ساکن روستا بودند. میانگین سنی گروه مورد مطالعه $۱۲/۸ \pm ۳۴/۸$ سال بود. لازم به ذکر است شیوع بیماری در بین سنین ۲۰ تا ۴۸ سالگی بیشتر از بقیه‌ی رده‌های سنی بود. میانگین سال‌های تحصیلات افراد مورد مطالعه $۱۱/۸ \pm ۳/۷$ سال بود. میانگین نمرات ادراک از بیماری در افراد مورد بررسی بر اساس مقیاس Brief Illness Perception Questionnaire $۱/۳ \pm ۶/۵$ بود. میانگین هر یک از خرده مقیاس‌های ادراک بیماری نیز جداگانه محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۱ خلاصه شده است.

میانگین نمرات شدت علائم مبتلایان به IBS نیز با استفاده‌ی از مقیاس VAS، $۱۰۲/۳ \pm ۲۲۷/۵$ به دست آمد.

ضریب همبستگی بین ادراک از بیماری و شدت علائم مبتلایان به IBS، با مقدار $۰/۵۴۶$ و $P = ۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود. ضرایب همبستگی بین هر یک از خرده مقیاس‌های ادراک از بیماری با شدت علائم، در جدول ۲ خلاصه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین خرده مقیاس‌های ادراک از پیامدها، طول

جدول ۱. میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های ادراک از بیماری در افراد

مورد مطالعه

دامنه‌ی تغییرات	انحراف معیار \pm میانگین	خرده مقیاس
۰-۱۰	$۵/۲ \pm ۲/۸$	ادراک از پیامدها
۰-۱۰	$۶/۰۷ \pm ۲/۶$	طول مدت بیماری
۵-۱۰	$۶/۸ \pm ۱/۶$	کنترل شخصی
۵-۱۰	$۷/۵ \pm ۱/۶$	کنترل از طریق درمان
۵-۱۰	$۶/۱ \pm ۲/۱۱$	شناخت علائم
۰-۱۰	$۴/۹ \pm ۲/۵$	نگرانی در مورد بیماری
۵-۱۰	$۷/۰۴ \pm ۱/۶$	قابلیت فهم و درک بیماری
۰-۱۰	$۶/۰۱ \pm ۲/۸$	عواطف نسبت به بیماری

نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه‌ی فارسی این مقیاس، بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش آن بوده است (۳۴).

تعیین شدت علائم IBS توسط پرسش‌نامه‌ی نمره‌گذاری شدت IBS (The irritable bowel syndrome severity scoring system) انجام شد. در این پرسش‌نامه که شامل ۵ بخش است درد، اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی و علائم خارج روده‌ای با مقیاس Visual analogue scale یا VAS بررسی می‌گردد. نمره‌ی هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره‌ی کل پرسش‌نامه حداکثر ۵۰۰ می‌باشد. این پرسش‌نامه در بیشتر مطالعات مشابه استفاده شده است. اعتبار، پایایی و حساسیت پرسش‌نامه‌ی اصلی قابل قبول است (ضریب همبستگی درونی $۰/۸۶$ و آلفای کرونباخ $۰/۶۹$). توسط این پرسش‌نامه بیماران در سه گروه با شدت علائم خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شوند. بین نمره‌ی ۷۵ تا ۱۷۵ خفیف، ۱۷۵ تا ۳۰۰ متوسط و ۳۰۰ تا ۵۰۰ شدید می‌باشد. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۷ توسط Francis و همکاران ساخته شد (۳۵) و توسط روش استاندارد و اعتباریابی زبان‌شناختی به فارسی ترجمه شده است (Unpublished data). مطالعات گذشته اعتبار و پایایی و حساسیت قابل قبولی برای مقیاس استاندارد بررسی شدت علائم گزارش نموده‌اند (۳۶).

یافته‌ها

۱۶۰ بیمار، که بر اساس معیارهای Rome III توسط متخصص گوارش مبتلا به IBS تشخیص داده شدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. از بین این افراد ۱۱۰ نفر (۶۸/۸ درصد) زن و بقیه مرد بودند. ۱۲۵ نفر (۷۶/۹

جدول ۲. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های ادراک از بیماری با شدت

علائم در بیماران مورد بررسی		
مقدار P	ضریب همبستگی	
< ۰/۰۰۱	۰/۴۱۰**	ادراک از پیامدها
< ۰/۰۰۱	۰/۳۵۴**	طول مدت بیماری
۰/۰۴۷	۰/۱۶۰*	کنترل شخصی
۰/۰۷۵	۰/۱۴۳	کنترل از طریق درمان
< ۰/۰۰۱	۰/۴۵۴**	شناخت علائم
< ۰/۰۰۱	۰/۴۰۱**	نگرانی در مورد بیماری
۰/۷۳۰	۰/۰۲۸	قابلیت درک و فهم بیماری
< ۰/۰۰۱	۰/۴۶۶**	عواطف

* همبستگی در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است.

** همبستگی در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار است.

۳ نشان داده شده است. حدود ۴۰ درصد از تغییرات شدت علائم مبتلایان به IBS توسط متغیرهای ادراک از بیماری تبیین می‌شدند ($R = ۰/۶۳$, $R2 = ۰/۳۹$).

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضرایب رگرسیون با کنترل متغیرهای سن و جنسیت نشان می‌دهد که توانایی پیش‌بینی کنندگی مربوط به دو خرده‌مقیاس شناخت علائم و عواطف بود ($P = ۰/۰۴$) و سایر خرده‌مقیاس‌ها در این پیش‌بینی تأثیری نداشتند.

بحث

شواهد متعددی نقش متغیرهای روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، استرس، شیوه‌های مقابله‌ای را در تداوم و شدت علائم IBS مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۳). هدف این مطالعه نیز بررسی ارتباط بین ادراک بیماری به عنوان یک متغیر روان‌شناختی مهم و شدت علائم در مبتلایان به این بیماری بود.

تا آن جا که جستجو شد به نظر می‌رسد این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که ارتباط ادراک بیماری با شدت

مدت بیماری، شناخت علائم، نگرانی در مورد بیماری و عواطف با شدت علائم همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

توانایی پیش‌بینی کنندگی و تأثیر هر یک از خرده‌مقیاس‌های ادراک از بیماری بر روی شدت علائم مبتلایان به IBS با استفاده‌ی از آزمون رگرسیون چند متغیری مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در جدول

جدول ۳. تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی شدت علائم در افراد مورد مطالعه

فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد	مقدار P	ضریب رگرسیون	معیارهای پیش‌بینی کننده
-۲/۴۷-۱/۱۱	۰/۴۵۶	۱/۶۸	ادراک از پیامدها
-۱/۹۹-۱/۳۴	۰/۷۰۲	-۰/۳۲	طول مدت بیماری
-۱/۱۲-۳/۳۴	۰/۳۲۴	۱/۱۱	کنترل شخصی
-۳/۱۸-۱/۴۴	۰/۰۰۴	-۰/۸۸	کنترل از طریق درمان
۰/۹۷-۴/۹۵	۰/۴۵۶	۲/۹۵	شناخت علائم
-۰/۷۵-۲/۳۴	۰/۳۱۰	۰/۷۹	نگرانی در مورد بیماری
-۲/۱۲-۲/۱۷	۰/۹۸۱	۰/۰۳	قابلیت درک و فهم بیماری
۰/۸۹-۴/۵۸	۰/۰۰۴	۲/۷۵	عواطف نسبت به بیماری
-۴/۱۴-۱/۱۱	۰/۳۶۶	۳/۴۹	جنس
-۰/۴۶-۰/۱۹	۰/۴۲۵	-۰/۱۳	سن

متغیر وابسته: شدت علائم

و نادرست در مورد مفهوم علایم بیماری، در بین بیمارانی که نگرانی‌هایی در مورد IBS دارند، شایع‌تر است و منجر به رفتارهایی مانند مشورت با اطرافیان در بیمار می‌شوند که کمک‌کننده نیستند و این‌گونه رفتارها باعث پایداری بیماری می‌شوند (۴۴). بنابراین، همان‌گونه که در این مطالعه مشخص شد، ادراک نادرست از علایم بیماری می‌تواند با تشدید علایم همراه باشد و تغییر این رفتارها یا شناخت‌ها و یا هر دو می‌تواند باعث بهبود علایم شوند.

در بعضی از حالت‌های درد سوماتیک، ترس ویژه‌ی درد روی شدت بیماری و پاسخ درمانی مؤثر است (۴۵). ترس ناشی از علایم ویژه ممکن است با اجتناب ناشی از کارهای ایجادکننده‌ی ترس (مثل رفتن به رستوران‌ها و مکان‌های ناآشنا و یا خوردن غذاهای ناآشنا) ترکیب شود و رفتارهای بیمارگونه را تشدید کند و یا باعث ایجاد درد شود (۳۰). در واقع هرگونه باور و شناخت بیمار از بیماری و وجود حالاتی مانند ترس و نگرانی در رابطه‌ی با بیماری، می‌تواند بر روی علایم مؤثر باشد.

جالب توجه است که حتی با هدف قرار دادن ادراک بیماری در مداخلات روان‌شناختی می‌توان علایم بیماری را نیز کاهش داد. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که Petrie و همکاران انجام دادند، نشان دادند که مداخلاتی که برای تغییر ادراک بیماری در بیمارستان طراحی شده‌اند، می‌توانند منجر به بهبود عملکرد بیمار بعد از سکتی قلبی شوند. در پیگیری سه ماهه‌ی بیمارانی که چنین مداخلاتی برای آن‌ها انجام شده بود، علایم ز آنژین صدری به طور چشمگیری کمتر از گروه کنترل بود (۴۶). در واقع آن‌ها با مداخله در ادراک بیماری توانستند در دراز

علایم در این بیماران را مورد ارزیابی قرار داده است. به طور کلی نتایج به دست آمده ارتباط بین ادراک بیماری و شدت علایم IBS را مورد تأیید قرار داد. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که دو جزء شناخت بیماری و عواطف نسبت به بیماری از ادراک بیماری، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی شدت علایم IBS را دارند.

در مطالعات اخیر تأثیر باورهای بیمار بر شدت علایم مورد بحث قرار گرفته است. در مطالعه‌ای که Spiegel و همکاران بر روی ۷۴۹ بیمار انجام دادند، شش متغیر را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی شدت علایم در مبتلایان به IBS مطرح نمودند که یکی از آن‌ها اعتقاد به وجود پدیده‌ای جدی بود، که برای بدن مضر است. نگران بودن در رابطه‌ی با بیماری ارتباط بسیار قوی با شدت بیماری داشت (۳۰).

به طور کلی یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات Spiegel و همکاران (۳۰)، Gerson و Gerson (۳۱)، Gerson و همکاران (۳۷) Rutter و Rutter (۳۲) در مورد شدت علایم IBS و با یافته‌های Petrie و همکاران (۳۸) در مورد ادراک بیماری و بهبود در بیماران قلبی، Murphy و همکاران در مورد درد و ناتوانی و ادراک بیماری در مبتلایان به آرتریت روماتوئید (۳۹) و همچنین با مطالعه‌ی Dempster و همکاران (۴۰) در مورد سلامت روان در مبتلایان به کانسر مری همخوانی دارد. الگوی مشابه در سندرم خستگی مزمن نیز وجود داشت (۴۱).

شواهد نشان می‌دهد که علایم IBS در هنگام استرس بدتر و شدیدتر می‌شوند (۴۳-۴۲). در واقع یک سری پاسخ‌های شناختی توأم با ترس در هنگام استرس به وجود می‌آید، که این شناخت و باورهای بد

درمانگاه سایکوسوماتیک و گوارش بود. این دسته از بیماران اغلب مشکلات شدیدتری دارند. هر چند ما معتقدیم که شدت علائم در سطح سوم ارجاع شدیدتر است ولی عوامل دخیل در شدت بیماری باید بدون توجه به سطح مراقبت مشابه باشد. بنابراین انجام مطالعات بعدی با تعداد نمونه‌های بیشتر برای بررسی عوامل دخیل در شدت بیماری در گروه‌های مختلف شامل سطح مراقبت اول، دوم و سوم پیشنهاد می‌شود. همچنین در این پژوهش، درک بیماران از علل ایجاد بیماری به علت باز پاسخ بودن سؤال آن در پرسش‌نامه‌ی B-IPQ مورد ارزیابی قرار نگرفت. با توجه به این که در تعدادی از مطالعات نقش این عامل در تبیین عوارض و پیامدهای بیماری مطرح شده است، بنابراین انجام مطالعاتی نیز جهت بررسی تأثیر این ماده پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل بررسی گوارشی و تصویب و حمایت از طرح پژوهشی تشکر می‌شود. همچنین از معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی اصفهان جهت حمایت و تخصیص بودجه به این طرح و از همکاران عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رشته‌ی فوق تخصص گوارش برای همکاری صمیمانه‌ی آنان در معرفی بیمار تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Owyang C. Irritable Bowel Syndrome. In: Fauci AS, Eugene B, Hauser SL, Longo DL, Jameson J, editors. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1899-903.
2. Drossman DA, Lowman BC. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment.

مدت علائم بیماران را کاهش دهند. با در نظر داشتن نتایج چنین مطالعاتی و با توجه به این که در مطالعه‌ی حاضر نیز تأثیر ادراک بیماری بر شدت علائم مبتلایان به IBS مورد تأیید قرار گرفت، می‌توان انتظار داشت که در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف ادراک بیماری در مبتلایان در پروتکل‌های درمانی IBS می‌تواند جهت کنترل شدت علائم سودمند باشد. بنابراین در مداخله‌ی روان‌شناختی توجه به ادراک بیماری منفی بیماران، جهت کاهش شدت علائم و عوارض بیماری و کاهش پیامدهای منفی، افزایش پذیرش بیماری و بهبود کیفیت زندگی پیشنهاد می‌گردد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، که توانایی پیش‌بینی‌کنندگی دو جزء شناخت بیماری و عواطف نسبت به بیماری از اجزای ادراک بیماری را مورد تأیید قرار داده است، پیشنهاد می‌گردد در مداخلات روان‌شناختی، ادراک بیماری به خصوص دو جزء ذکر شده مورد هدف قرار گیرند.

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود که تفسیر یافته‌ها در چهارچوب محدودیت‌ها را الزامی کرد. یکی از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر به جمع‌آوری نمونه‌های مورد مطالعه مربوط می‌شد. چون روش ارجاع بر پایه‌ی سیستم دانشگاهی بود، ممکن است نتوان نتایج را به کل جامعه تعمیم داد. جمع‌آوری نمونه‌ی مورد مطالعه از بین بیماران ارجاع شده به سطح سوم خدمات بهداشتی درمانی، یعنی

- Clin Gastroenterol 1985; 14(3): 559-73.
3. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. Gastroenterology 1982; 83(3): 529-34.
4. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in

- the general population. *BMJ* 1992; 304(6819): 87-90.
5. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ, III. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101(4): 927-34.
 6. Hungin APS, Tack J, Mearin F, Whorwell PJ, Dennis E, Barghoui V. Irritable bowel syndrome (IBS): prevalence and impact in the USA - the truth in IBS (T-IBS) survey. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 242.
 7. Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2(12): 1064-8.
 8. Hayee B, Forgacs I. Psychological approach to managing irritable bowel syndrome. *BMJ* 2007; 334(7603): 1105-9.
 9. Talley NJ. *Conquering irritable bowel syndrome: a guide to liberating those suffering with chronic stomach or bowel problems*. Chicago: PMPH-USA; 2006.
 10. Enck P, Martens U, Klosterhalfen S. The psyche and the gut. *World J Gastroenterol* 2007; 13(25): 3405-8.
 11. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(7): 781-97.
 12. Dinan TG, Quigley EM, Ahmed SM, Scully P, O'Brien S, O'Mahony L, et al. Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker? *Gastroenterology* 2006; 130(2): 304-11.
 13. Karling P, Norrback KF, Adolffsson R, Danielsson A. Gastrointestinal symptoms are associated with hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression in healthy individuals. *Scand J Gastroenterol* 2007; 42(11): 1294-301.
 14. Kilkens TO, Honig A, Fekkes D, Brummer RJ. The effects of an acute serotonergic challenge on brain-gut responses in irritable bowel syndrome patients and controls. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22(9): 865-74.
 15. Faresjo A, Grodzinsky E, Johansson S, Wallander MA, Timpka T, Akerlind I. Psychosocial factors at work and in every day life are associated with irritable bowel syndrome. *Eur J Epidemiol* 2007; 22(7): 473-80.
 16. Koloski NA, Boyce PM, Talley NJ. Somatization an independent psychosocial risk factor for irritable bowel syndrome but not dyspepsia: a population-based study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18(10): 1101-9.
 17. Lea R, Whorwell PJ. Psychological influences on the irritable bowel syndrome. *Minerva Med* 2004; 95(5): 443-50.
 18. Kovacs Z, Kovacs F. Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37(3): 245-55.
 19. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95(3): 701-8.
 20. Whitehead WE, Crowell MD. Psychologic considerations in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20(2): 249-67.
 21. Hislop IG. Psychological significance of the irritable colon syndrome. *Gut* 1971; 12(6): 452-7.
 22. Crane C, Martin M, Johnston D, Goodwin GM. Does depression influence symptom severity in irritable bowel syndrome? Case study of a patient with irritable bowel syndrome and bipolar disorder. *Psychosom Med* 2003; 65(5): 919-23.
 23. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB. Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosom Med* 2004; 66(3): 435-41.
 24. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. *Social psychological aspects of health*. Volume 4 of *Handbook of psychology and health*. New Jersey: L. Erlbaum Associates; 1984. p. 219-52.
 25. Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM, Scharloo M, Houwing-Duistermaat JJ, Slagboom E, et al. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis Cartilage* 2006; 14(11): 1104-10.
 26. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HG. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol* 2000; 142(5): 899-907.
 27. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA, Hazes JM, Breedveld FC, Rooijmans HG. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1999; 26(8): 1686-93.
 28. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66(3): 305-15.
 29. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res* 1997; 42(2): 113-6.

30. Spiegel B, Strickland A, Naliboff BD, Mayer EA, Chang L. Predictors of patient-assessed illness severity in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2008; 103(10): 2536-43.
31. Gerson JM, Gerson CD. Relationship Between Pain Beliefs, Stress Perception and Symptom Severity in IBS. *Gastroenterology* 2008; 134(1): 418.
32. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol* 2002; 7(Part 4): 377-91.
33. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-7.
34. Bagherian R, BahramiEhsan H, Saneei H. Relationship Between History of Myocardial Infarction and Cognitive Representation of Myocardial Infarction. *Journal of Research in Psychological Health* 2008; 2(2): 29-39.
35. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11(2): 395-402.
36. Gholamrezaei A, Nemati K, Emami MH. Which end point is more comprehensive in reflecting changes in irritable bowel syndrome treatment trials? *Am J Gastroenterol* 2009; 104(11): 2859.
37. Gerson CD, Gerson MJ, Awad RA, Chowdhury A, Dancey C, Poitras P, et al. Irritable bowel syndrome: an international study of symptoms in eight countries. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20(7): 659-67.
38. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996; 312(7040): 1191-4.
39. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1999; 46(2): 155-64.
40. Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors? *J Health Psychol* 2011; 16(3): 500-9.
41. Petrie K, Moss-Morris R, Weinman J. The impact of catastrophic beliefs on functioning in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1995; 39(1): 31-7.
42. Whitehead WE. Assessing the effects of stress on physical symptoms. *Health Psychol* 1994; 13(2): 99-102.
43. Welgan P, Meshkinpour H, Beeler M. Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 94(5 Pt 1): 1150-6.
44. Gomborone J, Dewsnap P, Libby G, Farthing M. Abnormal illness attitudes in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 1995; 39(2): 227-30.
45. Asmundson GJ, Norton PJ, Norton GR. Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity. *Clin Psychol Rev* 1999; 19(1): 97-119.
46. 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.

The Relationship between Illness Perception and Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Hamid Afshar MD¹, Reza Bagherian PhD², Nasim Foroozandeh³, Newsha Khorramian³, Hamed Daghighzadeh MD⁴, Mohammad Reza Maracy PhD⁵, Peyman Adibi MD⁴

Abstract

Background: Patient's illness perception is formed base on patient's beliefs and perceived information about their condition and it may influence the individual's mental health and how the patient deal with the medical condition. The aim of this study was to determine the relationship between illness perception and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome (IBS).

Methods: In a cross-sectional study, 160 consecutive IBS patients, referred to the gastrointestinal and psychosomatic clinics at khorshid hospital in Isfahan, were selected. The patients completed illness perception questionnaires and the IBS Symptom Severity Scoring System (IBS-SSS). Data was analyzed by pearson correlation and multi variant regression models.

Findings: A relationship between illness perception and symptom severity in patients with IBS was observed ($R = 0.546$, $P = 0.001$). The results showed that 39% of variation in symptom severity is predicted by variation in illness perception components ($R = 0.63$, $R\text{ Squer} = 0.39$). Rgression model showed that only the identity and emotion components of illness perception can predict symptom severity variation ($P = 0.04$). However, there is no relationship between other subscales of illness perception and symptom severity.

Conclusion: This study showed that there is a relationship between illness perception and symptom severity. So the interventions based on illness perception is proposed for managing symptom severity in IBS.

Keywords: Illness perception, Symptom severity, Irritable bowel syndrome, Psychological factors.

¹ Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁵ Associate Professor, Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Reza Bagherian PhD, Email: Bagherian@med.mui.ac.ir