

بررسی کیفیت زندگی و سطح استرس روحی در مبتلایان به کولیت السروز و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک و بالینی

نسیم عابدی منش^۱، محمد حسین صومی^۲، علیرضا استاد رحیمی^۳، سعید عابدی منش^۴

^۱ پژوهشگر، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
^۲ استاد، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات تغذیه، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
^۴ پژوهشگر، گروه بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

کولیت السروز یک بیماری التهابی مزمن روده است. افراد مبتلا دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی هستند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت استرس روحی و کیفیت زندگی در بیماران کولیت السروز در مقایسه با افراد سالم و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک و بالینی صورت گرفته است.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه مقطعی، مورد شاهده می باشد. جمعیت مورد مطالعه به روش غیر تصادفی آسان در دو گروه ۵۳ نفری بیمار و سالم جور شده از نظر سن و جنس انتخاب شدند. گروه مورد از بین مراجعه کنندگان مبتلا به کولیت السروز به کلینیک تخصصی شیخ رئیس تبریز و گروه شاهد از بین جمعیت سالم جامعه انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (فرم کوتاه) گردآوری شد. سطح استرس با استفاده از مقیاس استرس کوهن ارزیابی گردید. مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران نیز جمع آوری گردید. نتایج با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون تی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی در بیماران کولیت السروز در مقایسه با افراد سالم پایین می باشد ($p=0/006$). بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سطح استرس همبستگی معنی دار دارد. سطح استرس در بین بیماران زن بالاتر از مردان بود. شدت بالینی بیماری، طول دوره، دفعات عود بیماری و سطح استرس از عوامل پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی در این بیماران می باشند ($p<0/05$).

نتیجه گیری:

با توجه به یافته‌های پژوهش، حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السروز نسبت به افراد سالم پایین تر بوده و با سطح استرس روحی، شدت بالینی بیماری، طول دوره و دفعات عود بیماری آنها رابطه دارد. بیماری کولیت السروز از جوانب مختلف زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد.

کلید واژه: کولیت السروز، کیفیت زندگی، پرسشنامه SF36، استرس

گوارش / دوره ۱۶، شماره ۳ / پاییز ۱۳۹۰ / ۱۵۷-۱۵۱

نویسنده مسئول:

مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۶۷۴۷۳

نمابر: ۰۴۱۱-۳۳۶۷۴۹۹

پست الکترونیک: mhosseinsina@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۲۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۲۲

زمینه و هدف:

کولیت السروز یک بیماری التهابی مزمن روده به شمار می‌رود که بیماران معمولاً مراحل عود و تسکین بیماری را تجربه می‌کنند. این بیماری عمدتاً مخاط کولون و رکتوم را درگیر می‌کند. علائم بیماری شامل پیچش شکمی، اسهال خونی، آنمی و سوء تغذیه می‌باشد. (۱)، عوامل ژنتیکی، محیطی و نیز ایمنولوژیک در ایجاد بیماری نقش دارند. به دلیل مزمن بودن بیماری، نیاز به درمان‌های طولانی مدت با داروها بوده و گاهی اوقات جراحی ضرورت

پزشکی دیگر شناخته شده از جمله دیابت، بیماری‌های قلب و عروق و یا تحت درمان بودن با داروهای روان گردان. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، شاخص شدت بیماری کولیت السروز، پرسشنامه استرس کوهن^۱ و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤال (فرم کوتاه) بوده است. شاخص شدت بیماری با استفاده از فرم ساده و اصلاح شده، با قابلیت نمره دهی (۸) اندازه گیری شده است. مقیاس استرس (Cohen Perceived Stress Scale) دارای ده آیتام می‌باشد (۹)، مقیاس استرس کوهن نوعی پرسشنامه استاندارد در سطح جهانی می‌باشد. به منظور اعتبار سنجی، پرسشنامه توسط چهار کارشناس متخصص، دو بار از زبان انگلیسی به فارسی و بالعکس ترجمه شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می‌باشد که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می‌باشد که قبلاً پایایی و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی بدست آمده است (۱۰)، شیوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی - خیر (پاسخ بسته) تا طیف لیکرتی ۶ درجه ای متغیر است، در این ابزار با افزایش نمره سطح بهتر کیفیت زندگی را مشاهده می‌کنیم. پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران، به گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسشنامه توسط خود بیمار پرداختند.

آنالیز آماری:

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. برای تعیین اختلاف میانگین‌ها از آنالیز واریانس، برای بررسی ارتباط بین عوامل از ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و برای تعیین اختلاف بین دو گروه از تست تی استفاده شده است.

یافته ها:

در این مطالعه بیماران در محدوده سنی ۵۱-۱۵ سال، ۴۷/۲٪ بیماران مذکر، ۶۵/۱٪ متاهل، ۷۵٪ با سواد (۳۰٪ تحصیلات دانشگاهی، ۲۰٪ دیپلم، ۱۵٪ ابتدایی)، ۷۶/۶٪ شهرنشین بودند. در حدود نصف (۵۲/۸٪) بیماران دارای تظاهرات خارج روده ای بودند. میانگین و انحراف معیار سن شروع بیماری، طول دوره ی بیماری و شاخص توده بدنی بیماران به ترتیب به صورت ۲۷/۰۵ ± ۳/۹۱ سال، ۵/۱۸ ± ۳/۹۱ سال و ۲۴/۱۷ ± ۴/۹۹ نشان داده شد. میانگین و انحراف معیار تعداد دفعات عود بیماری از زمان تشخیص بیماری ۲/۰۷ ± ۱/۹۱ بار و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان به دلیل بیماری کولیت السروز ۰/۹۲ ± ۱/۸۲ بار بود. میانگین انحراف معیار شاخص شدت بیماری و نمرات مقیاس استرس استنباطی در جمعیت

می‌یابد. این بیماری معمولاً مشکلات فیزیکی، اجتماعی، روانی و اقتصادی قابل توجهی به فرد بیمار تحمیل می‌کند (۲)، بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، مهمترین مشکل در این بیماران بوده و ارزیابی آن می‌تواند به منظور اصلاح روش‌های درمانی به کار برود. کیفیت زندگی، تحت تاثیر عوامل مرتبط با بیماری و نیز سایر عوامل مستقل از فعالیت و شدت بیماری قرار دارد که به طور کامل شناخته نشده اند (۳)، تعیین عوامل دخیل در کاهش کیفیت زندگی می‌تواند در تشخیص زود هنگام بیماران آسیب‌پذیرتر کمک کند، که متعاقباً با اصلاح و تعدیل این عوامل شناخته شده، می‌توانیم باعث بهبود و ارتقا کیفیت زندگی در این بیماران شویم. مطالعات پیشین در این زمینه در سایر کشورها عمدتاً نقش عوامل بالینی (از جمله شدت بیماری، طول دوره بیماری، سابقه بستری شدن در بیمارستان، نیاز به جراحی، تظاهرات خارج روده ای، دفعات عود بیماری در سالهای قبلی) و نیز متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی (سن و جنس) در کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده اند (۴-۶)، از سوی دیگر با توجه به مطالعات داخلی، تعداد بیماران کولیت السروز مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی در کشور در حال افزایش است (۷)، بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و نیز دفعات عود بیماری و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی در این بیماران کمک کرد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در بیماران مبتلا به کولیت السروز بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات اجتماعی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. از این رو با توجه به این که در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در بیماران التهاب روده کمتر پرداخته شده، پژوهش حاضر کیفیت زندگی و سطح استرس بیماران مبتلا به کولیت السروز و افراد سالم جور شده از نظر سن و جنس با گروه بیمار و نیز ارتباط میان عوامل بالینی، دموگرافیک و اجتماعی با سطح استرس و کیفیت زندگی در گروه بیمار را مورد بررسی قرار داده است تا نتایج این تحقیق ضمن حمایت از این بیماران، رهگشای طرح‌های مداخله ای در این خصوص باشد.

روش بررسی:

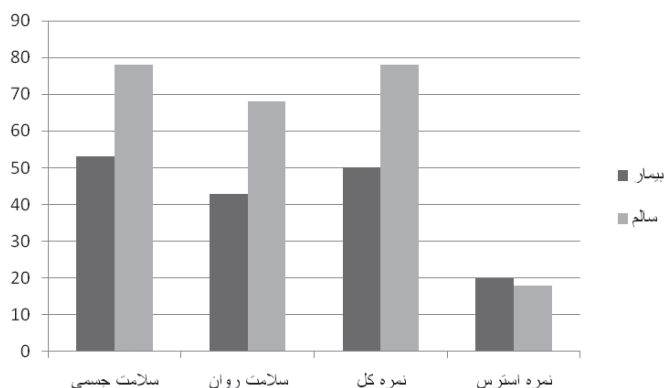
در این مطالعه مقطعی و مورد - شاهدی، جمعیت مورد مطالعه به روش نمونه گیری غیر تصادفی آسان از بین بیماران مبتلا به کولیت السروز که در طی یکسال گذشته به کلینیک تخصصی شیخ الرئیس تبریز مراجعه کرده اند، انتخاب شده است. این افراد در دو گروه ۵۳ نفری جور شده از لحاظ سن و جنس، مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر می‌باشد: سن بالاتر از ۱۵ سال، قطعی بودن تشخیص کولیت السروز با تأیید پزشک متخصص و نتایج کولونوسکوپی و پاتولوژی، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری و عدم وجود مشکلات مزمن

1. Cohen

جدول ۱: رابطه میان عوامل دموگرافیک و بالینی با نمرات شاخص شدت بیماری و پرسشنامه استرس

متغیر	شاخص شدت بیماری		نمرات مقیاس استرس	
	R	P	R**	P*
جنسیت	-۰/۳۱۷	۰/۰۲۳	-	- ^a
سن شروع بیماری	-	-	-۰/۴۲۰	۰/۰۰۲
دفعات عود بیماری	-	-	۰/۴۴۱	۰/۰۰۱
دفعات بستری شدن در بیمارستان	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۰/۰۱۲
سطح تحصیلات	-۰/۳۴۷	۰/۰۲۶	-	-
تظاهرات خارج روده ای	-۰/۳۵۶	۰/۰۱	-	-

* ارزش معنی داری ** ضریب همبستگی اسپیرمن ^a از نظر آماری معنی دار نمی باشد



نمودار ۱: مقایسه میانگین امتیاز کل و امتیازات دو سنجش خلاصه پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و امتیاز سطح استرس در دو گروه سالم و بیمار

کیفیت زندگی بیماران بیشترین میانگین با ۷۵/۲۹ در حیطه عملکرد جسمانی و کمترین میانگین با ۳۱/۳۷ به حیطه محدودیت ایفای نقش بعلت مشکلات عاطفی تعلق داشت (جدول ۲).

بین امتیاز کل پرسشنامه و امتیازات دو سنجش خلاصه (سلامت روانی و سلامت فیزیکی) پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 با عوامل جنس، سطح تحصیلات، شدت بیماری، طول دوره بیماری، دفعات عود و بستری شدن در بیمارستان و نیز سطح استرس بیماران همبستگی معنی داری مشاهده شد ($p < 0/05$). هم چنین بین امتیاز سنجش عملکرد اجتماعی پرسشنامه با وضعیت تاهل بیماران، سطح استرس، طول دوره بیماری و دفعات عود بیماری از زمان تشخیص بیماری تا زمان مطالعه ارتباط معنی داری وجود دارد (جدول ۳).

مورد مطالعه به ترتیب $6/65 \pm 3/67$ (حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۱۸ بوده است) و $20/11 \pm 5/55$ (حداقل نمره ۸ و حداکثر نمره ۳۵ بوده است) گزارش شد.

ارتباط میان عوامل دموگرافیک (سن، جنس) و بالینی بیماران با دو مقیاس شاخص شدت بیماری و نمرات پرسشنامه استرس، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن ارزیابی شد (جدول ۱).

مقایسه میانگین نمره کل و نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران و جمعیت سالم نشان داد که میانگین نمرات در گروه بیماران به طور معنی داری کمتر از جمعیت سالم بود آزمون t مستقل نیز تفاوت معنی داری را نشان داد ($p = 0/004$)، هم چنین نتایج نشان دادند که مقایسه میانگین نمره مقیاس استرس در گروه بیماران به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p = 0/02$) (نمودار ۱). در زمینه تعیین وضعیت

جدول ۲: مقایسه امتیازهای سنجش های کیفیت زندگی پرسشنامه SF۳۶ در دو گروه سالم و بیمار

حیطه های کیفیت زندگی	گروه بیمار		گروه سالم	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد فیزیکی	۷۵/۲۹	۲۲/۴۵	۷۹/۳۴	۲۰/۱۹
عملکرد اجتماعی	۵۱/۵۸	۱۵/۴۱	۷۴/۴۴	۱۲/۳۹
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۵۲/۴۵	۵۷/۹۳	۶۱/۴۳	۳۲/۱۹
درد جسمی	۵۲/۵۴	۲۲/۶۸	۷۱/۱۷	۳۲/۲۳
سلامت روانی	۵۲/۵۶	۱۴/۰۴	۶۰/۴۵	۱۲/۹۱
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	۳۱/۳۷	۴۰/۸۰	۵۴/۸۷	۲۱/۵۳
درک سلامت عمومی	۳۶/۹۶	۲۱/۶۵	۷۳/۱۷	۱۶/۹۰

*آزمون t-test

جدول ۳: رابطه میان حیطه های مختلف کیفیت زندگی و عوامل دموگرافیک، بالینی و سطح استرس

متغیر	نمره کل		سلامت فیزیکی		سلامت روان		عملکرد اجتماعی	
	R**	P*	R	P	R	P	R	P
جنسیت	۰/۲۸۲	۰/۰۴۵	۰/۳۲۷	۰/۰۱۹				
تحصیلات	۰/۰۳۹	۰/۰۴۳	-۰/۳۹۷	۰/۰۱				
وضعیت تاهل							۰/۰۲۳	-۰/۳۵۴
شدت بیماری	-۰/۳۸۵	۰/۰۰۶	-۰/۳۷۴	۰/۰۰۷	-۰/۳۷۱	۰/۰۰۸		
طول دوره بیماری	-۰/۳۰۲	۰/۰۳۳			-۰/۴۱۷	۰/۰۰۳		۰/۰۰۶
دفعات عود بیماری	-۰/۳۹۵	۰/۰۰۴	-۰/۳۵۱	۰/۰۱۲	-۰/۴۹۵	۰/۰۰۱		۰/۰۰۳
دفعات بستری شدن	-۰/۳۸۹	۰/۰۰۵	-۰/۳۶۵	۰/۰۰۸	-۰/۳۷۱	۰/۰۰۷		
سطح استرس	-۰/۴۷۹	۰/۰۰۱	-۰/۴۲۲	۰/۰۰۲	-۰/۴۸۱	۰/۰۰۱		۰/۰۱۸

* ارزش معنی داری

** ضریب همبستگی پیرسون

مرحله از بیماری نیز تحت تاثیر قرار گرفته است و پایین می‌باشد. (۱۱) سطح استرس روحی در بیماران التهاب روده بالا می‌باشد و می‌تواند جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را در این بیماران تحت تاثیر قرار دهد. یافته‌های این مطالعه در زمینه ارتباط استرس و کیفیت زندگی در این بیماران، نتایج مطالعات پیشین (۱۳ و ۱۲) را تایید می‌کند. بالاتر بودن سطح استرس‌های روحی در این بیماران دلایل مختلفی دارد از جمله احتمال وخیم‌تر شدن بیماری، جراحی‌ها و نیز خطر ابتلا به سرطان روده

بحث:

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کولیت السروز نسبت به افراد سالم جامعه پایین تر می‌باشد و سطح استرس روانی در این بیماران نسبت به افراد سالم به طور معنی داری بالاتر است. در مطالعه تاناکا^۲ که بر روی بیماران مبتلا به کولیت السروز در مرحله تسکین بیماری بودند نیز نشان داد که کیفیت زندگی در این

2. Tanaka

حتی در مطالعه هیفانتیس^۵ اثر مداخلات روانی در اصلاح مکانیسم‌های دفاعی و بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است. (۱۶)، در ابتدا تصور بر این بود که احتمالاً سبک زندگی ایرانی و نوع ارتباطات انسانی و عاطفی می‌تواند در کاهش استرس روحی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی این بیماران تاثیر مثبت داشته باشد ولی نتایج این مطالعه با فرضیه فوق مغایرت دارد. البته برای تأیید و تعمیم نتایج در سطح جامعه نیاز به مطالعات گسترده تر با جمعیت هدف بیشتر و از مراکز درمانی مختلف با شیوه‌های درمانی متفاوت می‌باشد. هم چنین برای بررسی کیفیت زندگی در این بیماران ابزارهای اختصاصی و استاندارد در سطح دنیا وجود دارد (۱۷) که در کشور ما هنوز اعتبار سنجی نشده اند و عملاً قابل استفاده نیستند. ممکن است استفاده از این ابزارهای اختصاصی بیماران التهاب روده می‌تواند بر نتایج بدست آمده تاثیر داشته باشد.

نتیجه گیری:

یافته‌های برآمده از این تحقیق نشانگر آن است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السروز پایین تر از افراد سالم می‌باشد. بیماران مبتلا به کولیت السروز هم از مشکلات روده ای و رفتاری‌های خارج روده ای و هم چنین از اثرات منفی بیماری روی اعتماد به نفس و زندگی اجتماعی آنها رنج می‌برند. لذا توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان بایستی مد نظر قرار بگیرد. بدین منظور باید برنامه‌های درمانی تیمی در راستای ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان به طور جدی تر و گسترده تر در مراکز درمانی تبیین و اجرا شود.

بزرگ و... می‌باشد. با توجه به مطالعات سایر کشورها معلوم شده است که بین نمرات کیفیت زندگی و عوامل بالینی بیماری از جمله شدت بیماری، طول دوره بیماری، سن شروع بیماری و سابقه بستری شدن در بیمارستان و دفعات عود بیماری ارتباط وجود دارد (۵ و ۱۴-۶). در مطالعه ای که توسط کازیلاس^۳ و همکاران انجام گرفته است نشان دادند که جنس و تحصیلات عوامل معنی دار پیش‌گویی‌کننده سطح کیفیت زندگی مرتبط با بیماری در این بیماران است. (۴)، در مطالعه حاضر نیز بین شدت بیماری و نمره کل پرسشنامه کیفیت زندگی و نمرات زیر گروه‌های سلامت فیزیکی و سلامت روانی ارتباط معنی دار و معکوسی بدست آمده است. هم چنین هر چه طول دوره بیماری، دفعات عود و سابقه بستری شدن در بیمارستان بالاتر بوده به همان نسبت نمرات کیفیت زندگی پایین تر گزارش شده است. در مطالعه تورمبل^۴ (۱۵) نیز همانند این مطالعه بین شدت فعالیت بیماری و عوامل روحی و روانی همبستگی وجود داشت. مطالعات زیادی نشان داده اند که مشکلات روانی و استرس‌های روحی سطح کیفیت زندگی را در این بیماران تحت تاثیر قرار می‌دهد. (۱۲ و ۱۳)، ما نیز در این مطالعه بین سطح بالای استرس روحی و سطوح نامطلوب کیفیت زندگی به همبستگی معنی داری دست یافتیم. بر اساس تعدادی از مطالعات مشخص شده است که عوامل روحی روانی و شدت بیماری، پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی می‌باشند. (۱۲ و ۱۵)، افرادی که در سنین پایین تر به این بیماری مبتلا شده اند، از نظر شدت بالینی بیماری در سطح نامطلوبی قرار دارند و هر چه شدت بالینی بیماری بالاتر بوده، دفعات بستری شدن در بیمارستان و عود بیماری بیشتر بوده است. سطح استرس روحی در زنان نسبت به مردان بالاتر گزارش شده است که در دومطالعه (۲ و ۴) نیز به این نتیجه دست یافته اند.

3. Casellas

4. Turnbull

5. Hyphantis

REFERENCES

- Bernklev T, Jahnsen J, Henriksen M, Lygren I, Aadland E, Sauar J, et al. Relationship between sick leave, unemployment, disability, and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:402-12.
- Sainsbury A, Heatley RV. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:499-508.
- Vidal A, Gomez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salamero M, Piqué JM, et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:977-83.
- Casellas F, Lopez-Vivancos J, Casado A, Malagelada JR. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res* 2002;11:775-81.
- Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fábregas S, García N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:488-96.
- Han SW, McColl E, Barton JR, James P, Steen IN, Welfare MR. Predictors of quality of life in ulcerative colitis: the importance of symptoms and illness representations. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:24-34.
- Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi F. Inflammatory Bowel Disease in Iran: A Review of 448 Cases. *Arch Iran Med* 2004;7:210-6.
- Hodgson HJF, Bhatti M. Assessment of Disease Activity in Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis* 1995;1:117-34.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of

- perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-96.
10. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005;14:875-82.
 11. Tanaka M, Kazuma K. Ulcerative colitis: factors affecting difficulties of life and psychological well being of patients in remission. *J Clin Nurs* 2005;14:65-73.
 12. Boye B, Jahnsen J, Mogleby K, Leganger S, Jantschek G, Jantschek I et al. The INSPIRE study: are different personality traits related to disease-specific quality of life (IBDQ) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:680-6.
 13. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1994-9.
 14. Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the Short Form-36: Psychometric assessments and a comparison with general population norms. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:909-18.
 15. Turnbull GK, Vallis MT. Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90:1450-4.
 16. Hyphantis TH, Tomenson B, Bai M, Tsianos E, Mavreas V, Creed F. Psychological distress, somatization, and defense mechanisms associated with Quality of Life in inflammatory bowel disease patients. *Dig Dis Sci* 2010;55:724-32.
 17. Rubin GP, Hungin APS, Chinn DJ, Dwarakanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease : a UK general practice survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:529-35.

Assessing of Health-Related Quality of Life and Stress Levels in Patients with Ulcerative Colitis, and its Relation with Clinical and Demographic Factors

Abedi Manesh N ¹, Somi MH ², Ostadrahimi A ³, Abedi Manesh S ⁴

¹Researcher, Health and Nutrition Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Professor, Liver and Gastrointestinal Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Associate Professor, Nutritional Sciences, Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Researcher, Clinical Biochemistry Department, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

ABSTRACT

Background:

Ulcerative Colitis (UC) is a chronic inflammation of the colon. Patients with UC face numerous physical, psychological, and social problems that are associated with health related quality of life. The aim of this study is to determine the mental stress level and quality of life among UC patients in comparison with a healthy control group, and their relation with clinical and demographic factors.

Materials and Methods:

This study was a case control, cross-sectional study of 106 patients (53 with UC and 53 healthy people as controls). Patients were selected from the Tabriz Medical Science University Clinic in 2010. Clinical and demographic features data were collected. The general health questionnaire (SF36) was used for the assessment of health related quality of life (HRQOL) and mental stress was measured by the Cohen stress scale.

Results:

Statistical analyses showed that the quality of life in UC patients was lower than healthy individuals ($p=0.006$). There was a direct positive relationship between quality of life and stress levels. Stress levels among women were higher than men in the case group. Disease severity, period of disease, and level of stress were the most important factors that determined the quality of life among patients with UC ($p < 0.05$).

Conclusion:

Perceived HRQOL is impaired in UC patients compared with age- and sex-matched controls. Psychological distress and disease severity are powerful predictors of HRQOL in UC patients.

Keywords: Quality of life; Ulcerative colitis; Stress

Govaresh/ Vol.16, No.3, Autumn 2011; 151-157

Corresponding author:

Liver and Gastrointestinal Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel : +98 411 3367374

Fax : +98 411 3367499

E- mail : mhosseinsina@yahoo.com

Received : 13 Jul.2011

Edited : 21 Sep. 2011

Accepted : 22 Sep. 2011