

عوامل استرس‌زا و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو*

دکتر حمید افشار^۱، دکتر حامد دقاق‌زاده^۲، دکتر پیمان ادیبی^۳، منیره سراج^۴، شاداب نصر^۳، نسرين مسائلی^۴،
علی طغیانی^۵، دکتر رضا باقریان سرارودی^۶

خلاصه

مقدمه: بیماری کولیت اولسراتیو (Ulcerative Colitis یا UC) یک بیماری التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease یا IBD) است که با التهاب مزمن سطح مخاطی روده‌ها مشخص می‌شود. اگر چه علل بیماری ناشناخته است، ولی پیشرفت‌های اخیر برخی عوامل ژنتیکی، ایمونولوژیک، محیطی و فردی بروز این بیماری را تعیین کرده‌اند. این مطالعه جهت بررسی عوامل استرس‌زا و تأثیر آن‌ها بر بروز کولیت اولسراتیو در شهروندان اصفهانی طراحی شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی مورد-شاهدی بر روی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام شد. در این مطالعه، ۷۵ نفر (۴۵ نفر در گروه مبتلا به کولیت اولسراتیو و ۳۰ نفر گروه شاهد) پرسش‌نامه‌های موارد استرس‌زای مزمن (Rahe و Holmes) و حمایت اجتماعی ادراک شده را تکمیل نمودند و سپس داده‌ها جمع‌آوری گردید. برای مقایسه‌ی ویژگی‌های فردی در دو گروه از آزمون‌های *t-test*، *Moncova* و χ^2 و به منظور تحلیل داده‌های اصلی پژوهش از تحلیل کواریانس و تحلیل چند وجهی کواریانس استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، در مجموع ۷۵ نفر در دو گروه مورد و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد این دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. رابطه‌ی معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و بیماری کولیت اولسراتیو به‌دست نیامد. از طرفی، میزان استرس تجربه شده در یک سال گذشته در مبتلایان به کولیت اولسراتیو در مقایسه با افراد گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، میزان استرس بالا می‌تواند در شروع و یا تشدید علایم کولیت اولسراتیو مؤثر باشد؛ توصیه می‌شود، روش‌های درمان و کنترل استرس به مبتلایان به این بیماری آموخته شود.

واژگان کلیدی: کولیت اولسراتیو، استرس، حمایت اجتماعی ادراک‌شده.

مقدمه

اولسراتیو (Ulcerative Colitis یا UC) و بیماری کرون (Crohn's disease) (۴-۵). کولیت اولسراتیو با تغییرات التهابی ممتد در برگیرنده‌ی مخاط و زیر مخاط مشخص می‌شود که از رکتوم (پروکتیت) آغاز می‌گردد و به طرف پروکسیمال ادامه می‌یابد. میزان و شدت التهاب مزمن پیش‌آگهی تظاهر اولیه (تدریجی یا حاد) را مشخص می‌کند. بیشتر بیماران در ابتدا با

اگرچه ارگان‌های عفونی و فرآیندهای غیرعفونی (داروها، پرتوتابی، ایسکمی و ...) می‌توانند التهاب روده ایجاد کنند (۱-۳)، اصطلاح بیماری التهابی روده (IBD یا Ifalmatory Bowel Disease) اغلب به دو بیماری ایدیوپاتیک سیستم گوارش اشاره دارد که با التهاب حاد و مزمن مشخص می‌شود: بیماری کولیت

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

^۱ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

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

^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، اصفهان، ایران.

^۵ دانشجوی پزشکی، باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

^۶ استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

است، شیوع UC در کشور ما به اندازه‌ی شیوع آن در کشورهای توسعه یافته نیست. به علاوه، شدت علائم در بیماران ایرانی کمتر از شدت آن در بیماران کشورهای توسعه یافته است. اما در برخی گزارش‌های غیررسمی نشانه‌هایی از افزایش شیوع این بیماری در ایران بیان شده است (۱۷-۱۸). با توجه به این که این بیماری یک بیماری مزمن است که می‌تواند هزینه‌های فردی و اجتماعی را افزایش دهد، این مطالعه جهت بررسی ارتباط بین استرس و نیز حمایت اجتماعی و حملات عود UC در مبتلایان به این بیماری طراحی شد تا در صورتی که نتایج این مطالعه نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط بین این عوامل و بیماری باشد، بتوان با درمان‌های لازم و نیز افزایش حمایت اجتماعی عود این بیماری را کاهش داد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مورد-شاهدی بر روی بیماران مبتلا به UC مراجعه کننده به کلینیک‌های نور و الزهرا (س) شهر اصفهان انجام شد. افراد مورد مطالعه شامل بیماران ۱۵ تا ۵۰ ساله‌ای بودند که بیماری آن‌ها به تازگی شروع و یا شعله‌ور شده بود (در فاز Remission نبودند). بیماری درگیرکننده‌ی کولون و رکتوم یا یکی از آن‌ها بود و تشخیص قطعی بیماری توسط فوق تخصص گوارش و به وسیله‌ی کولونوسکوپی و بیوپسی داده شده بود. در صورتی که فرد به سایر بیماری‌های گوارشی مبتلا بود، وارد مطالعه نمی‌شد. کلیه‌ی افرادی که در مطالعه شرکت کردند از اهداف و نحوه‌ی اجرای مطالعه آگاهی و جهت شرکت در آن رضایت داشتند. در صورتی که فرد همکاری لازم را جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها

اسهال، درد شکم، عجله برای دفع، خون‌ریزی رکتال و عبور موکوس از رکتوم مراجعه می‌کنند. سیر بالینی تبییک بیماری به صورت مزمن با حملات عود است که در بین حملات دوره‌های خاموشی وجود دارد (۶). در حال حاضر، تئوری پاتوژنز IBD شامل اختلال تنظیم پاسخ ایمنی روده‌ی طبیعی به یک عامل محیطی (نظیر باکتری داخل لومن) در یک فرد مستعد از نظر ژنتیکی است (۷). اگرچه علل IBD ناشناخته است، پیشرفت‌های اخیر در شناخت عوامل ژنتیک، ایمونولوژیک و عوامل محیطی این بیماری کمک زیادی به شناخت اتیولوژی این بیماری پیچیده کرده است (۸). استرس به معنای نیرو، فشار و اجبار، واژه‌ای انگلیسی است که در زبان‌های مختلف با همین لفظ به کار برده شده است (۹). در زبان فارسی، واژه‌ی فشار روانی را به‌عنوان معادل واژه‌ی استرس به‌کار برده‌اند که با مفهوم دقیق استرس سازگار نیست. چون استرس تنها در رابطه با ابعاد روان‌شناختی تأثیر نمی‌گذارد، بلکه ابعاد جسمانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. ارزیابی شناختی فرد از وجود استرس و داشتن منابع حمایتی که فرد را قادر به رویارویی با استرس‌های محیط می‌کند را حمایت اجتماعی گویند. این اصطلاح به مکانیسم‌هایی برمی‌گردد که به وسیله‌ی آن روابط بین فردی، افراد را از اثرات مخرب استرس‌ها محافظت می‌کند (۱۰-۱۲). تاکنون مطالعات مختلفی در مورد ارتباط استرس و حمایت اجتماعی با بروز و عود UC در کشورهای جهان انجام شده است. نتایج این مطالعات ارتباط معنی‌داری را بین سطوح بالای استرس، سطوح پایین حمایت اجتماعی و سطح پایین کیفیت زندگی با بروز یا عود UC نشان داده است (۱۳-۱۶). طبق مطالعاتی که تاکنون در ایران انجام گرفته

نداشت، از مطالعه خارج می‌شد.

تعداد نمونه به طور کلی ۹۰ نفر محاسبه گردید که از این تعداد، ۶۰ نفر در گروه مبتلا به UC (۳۰ نفر کسانی که به تازگی بیمار شده بودند و ۳۰ نفر کسانی که بیماری آن‌ها به تازگی شعله‌ور شده بود) و ۳۰ نفر، که تا حد امکان از خانواده‌ی بیماران در نظر گرفته شده بودند، در گروه شاهد قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، نمونه‌گیری آسان بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل «مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS یا Multidimensional Scale of Perceived Social Support)» و «مقیاس استرس Holmes و Rahe» بود. مقیاس Holmes و Rahe در سال ۱۹۶۷ تهیه شده است و ۴۱ موقعیت استرس‌زا را به ترتیب اهمیت شامل می‌شود و می‌تواند رابطه‌ی دگرگونی‌های زندگی و بهداشت روانی را نشان دهد (۱۹). مقیاس MSPSS نیز در سال ۱۹۸۸ توسط Zimet و همکاران برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خود-گزارشی ۱۲ آیتی است که شامل ۳ خرده‌آزمون می‌شود و هر خرده‌آزمون دارای ۴ آیت است. به این صورت که خرده‌آزمون افراد خاص (Significant others) شامل سؤالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰، خرده‌آزمون خانواده (Family) شامل سؤالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱ و خرده‌آزمون دوستان (Friends) شامل سؤالات ۶، ۷، ۹ و ۱۲ می‌باشد. آیت‌ها در یک مقیاس هفت درجه‌ای Likert از کاملاً موافقم تا کاملاً

مخالقم پاسخ داده می‌شوند (۲۰).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، به منظور مقایسه‌ی ویژگی‌های فردی در دو گروه از آزمون‌های χ^2 ، t و Mancova و به منظور تحلیل داده‌های اصلی پژوهش از تحلیل کواریانس و تحلیل چند متغیری کواریانس استفاده شد. آنالیز آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام گرفت.

یافته‌ها

به علت محدودیت در تعداد بیماران و عدم رضایت برخی از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه، به طور کلی ۴۵ بیمار (۱۲ بیمار جدید و ۳۳ بیمار که بیماری آن‌ها شعله‌ور شده بود) و ۳۰ فرد سالم در این مطالعه شرکت کردند. ۵۵/۵ درصد (۲۵ نفر) بیماران گروه مورد و ۵۰ درصد (۱۵ نفر) افراد گروه شاهد را نردان تشکیل می‌دادند؛ دو گروه از نظر توزیع جنسی تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P = ۰/۶۴$). همچنین، ۷۷/۷ درصد (۳۵ نفر) از بیماران گروه مورد و ۵۶/۶ درصد (۱۷ نفر) متأهل بودن؛ از لحاظ تأهل نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P = ۰/۰۷۴$). میانگین سن در افراد گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار داشت ($P = ۰/۰۲۳$). لذا نمرات حمایت اجتماعی و استرس بر اساس سن تعدیل شد.

جدول ۱ میانگین نمرات آزمون و خرده‌آزمون‌های حمایت اجتماعی ادراک شده را در دو گروه نشان می‌دهد. تحلیل کواریانس چندمتغیری خرده‌آزمون‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد ($F = ۰/۳۶$; $P = ۰/۷۸$).

جدول ۱. مقایسه‌ی میانگین (\pm انحراف معیار) نمره خرده آزمون‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه بیماران و شاهد

خرده آزمون‌ها	گروه مورد	گروه شاهد	p-value
شخص نزدیک به فرد	۲۰/۶ \pm ۶/۶۴	۲۱/۹ \pm ۵/۷۰	
خانواده	۲۱/۴۶ \pm ۶/۵۳	۲۲/۹۶ \pm ۵/۶۷	
دوستان	۱۵/۹۵ \pm ۶/۹۳	۱۷ \pm ۵/۵۴	

جدول ۲ نتایج آزمون کواریانس نمرات حمایت اجتماعی درک شده با گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که دو گروه مورد و شاهد در نمره‌ی کل و در نمرات خرده آزمون‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس نمرات کلی و خرده آزمون‌های حمایت اجتماعی ادراک شده

P value	آماره‌ی آزمون	متغیرهای وابسته
۰/۳۱	۱/۰۳	نمره‌ی کل
۰/۳۶	۰/۸۳	نمره‌ی خرده آزمون شخص نزدیک به فرد
۰/۴۸	۰/۵۰	نمره‌ی خرده آزمون خانواده
۰/۴۰	۰/۶۹	نمره‌ی خرده آزمون دوستان

بیماری‌های التهابی روده و کیفیت زندگی را در ۳۸۸ نفر از بیماران بررسی کردند. این افراد از سال ۱۹۹۹ به بعد دچار بیماری شده بودند. بررسی انجام شده نشان داد که در ۷۴ درصد از افراد مبتلا به کرون و ۶۶ درصد از افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو با بیماری فعال در ۶ ماه، سطح بالاتری از استرس و اضطراب سلامتی و سطح پایین‌تری از حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در مقایسه با کسانی که بیماری غیر فعال داشتند، وجود داشت (۱۴).

مقایسه‌ی نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی نشان داد که یافته‌های این مطالعه، یافته‌های مطالعات Mauger و همکاران (۱۳) و Rogala و همکاران (۱۶) را تأیید نمی‌کند.

یافته‌های این پژوهش بیانگر آن بود که بین دو گروه از لحاظ میزان استرس‌های سال گذشته، تفاوت معنی‌دار است. مقایسه با مطالعات قبلی نشان می‌دهد که نتایج این مطالعه، یافته‌های مطالعات محققان Mauger و همکاران (۲۱)، Levenstein و همکاران (۲۲)، Mawdsley و Rampton (۲۳) و Hertig و همکاران (۲۴) را مورد تأیید قرار می‌دهد؛ ولی نتایج مطالعه‌ی Rogala و همکاران (۱۶) را تأیید نمی‌کند.

همان‌گونه که ذکر شد، بیشتر مطالعات نقش استرس را تأیید کرده‌اند؛ فقط مطالعه‌ی Rogala و همکاران (۱۶) آن را تأیید نکرده است. در این مطالعه، که بر روی نمونه‌هایی از مردم هندی، اسپانیایی و اروپایی صورت گرفت، رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی، استرس،

میانگین نمرات آزمون Holmes و Rahe در افراد بیمار (۱۲۵/۳۵ \pm ۲۳۴/۲۸) به نحو معنی‌داری بیشتر از افراد گروه شاهد (۶۴/۹۲ \pm ۱۱۳/۵۶) بود (تحلیل کواریانس: $F = ۳۰/۱۹$; $P < ۰/۰۰۱$).

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که گروه بیمار و شاهد از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. همچنین مقایسه‌ی دو گروه در هر یک از خرده آزمون‌های اشخاص نزدیک به فرد، خانواده و دوستان نشان داد که دو گروه در این مؤلفه‌ها نیز تفاوت معنی‌داری ندارند.

جمعی از محققان کانادایی در سال ۲۰۰۶ رابطه‌ی

مورد بررسی آنان از جوامع نامتجانسی بوده است. با توجه به این که ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی که در گزارش استرس‌ها و ناملایمات زندگی نقش دارند، در این مطالعه متفاوت بوده‌اند، داده‌های اخیر اثر یکدیگر را تعدیل نمودند.

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و تأیید رابطه‌ی بین استرس و بیماری کولیت اولسراتیو و نقش و تأثیر غیر قابل انکار عوامل روانی و اختلالات روان‌پزشکی در بیماری‌های عملکردی روده، هر گاه علایم بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های عملکردی دستگاه گوارش طول بکشد یا بدن آن‌ها به داروها خوب جواب ندهد، مراجعه به مشاور و روان‌پزشک الزامی است.

روش‌هایی همچون Stress reduction نیز می‌تواند در جلوگیری از بروز یا عود بیماری تأثیرگذار باشد. از جمله زیر مجموعه‌های این روش می‌توان به روش‌های Relaxation، حمایت‌های اجتماعی، تمرینات تنفسی، تمرینات منظم ورزشی، Meditation، Self hypnosis و بیوفیدبک اشاره نمود.

فعالیت‌های شغلی و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی با بیماری کولیت اولسراتیو در گروه بیماران و شاهد مقایسه شد. نمونه‌ها در محدوده‌ی سنی ۱۷ تا ۸۳ سال قرار داشتند و بیماران از لحاظ سن و جنس همسان بودند؛ اما میزان تأهل و سطح تحصیلات تکمیلی در گروه بیماران بالاتر بود. طبق نتایج این مطالعه، تفاوت چشم‌گیری بین سطح استرس (استرس‌های کاری، فامیلی و اجتماعی) بین دو گروه دیده نشد. همچنین در مورد حمایت اجتماعی در دو گروه تفاوت کمی وجود داشت و در گروه بیماران، بیشتر از گروه شاهد بود. از دیگر اهداف این مطالعه بررسی رابطه‌ی کاهش فعالیت‌های شغلی در دو گروه بیماران و شاهد بود که این کاهش فعالیت در بیماران مبتلا به IBD بیشتر گزارش شد. همچنین در مقایسه‌ی نیاز به مراقبت‌های بهداشتی مشاهده شد که این مراقبت‌ها در گروه بیماران بیشتر از گروه شاهد بوده است (۱۶).

به نظر می‌رسد Rogala و همکاران در مطالعه‌ی خود از ابزار متفاوتی استفاده کرده‌اند. همچنین، نمونه‌ی

References

- Garcia Rodriguez LA, Ruigomez A, Panes J. Acute gastroenteritis is followed by an increased risk of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2006; 130(6): 1588-94.
- Gradel KO, Nielsen HL, Schonheyder HC, Ejlersen T, Kristensen B, Nielsen H. Increased short- and long-term risk of inflammatory bowel disease after salmonella or campylobacter gastroenteritis. *Gastroenterology* 2009; 137(2): 495-501.
- Felder JB, Korelitz BI, Rajapakse R, Schwarz S, Horatagis AP, Gleim G. Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on inflammatory bowel disease: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(8): 1949-54.
- Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease. *Arq Gastroenterol* 2010; 47(3): 313-25.
- Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: etiology and pathogenesis. *Gastroenterology* 1998; 115(1): 182-205.
- Cantor M, Bernstein CN. Clinical course and natural history of ulcerative colitis. In: Sartor R, Sandborn W, Editors. *Kirsner's inflammatory bowel diseases*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p. 280-8.
- Lakatos PL, Fischer S, Lakatos L, Gal I, Papp J. Current concept on the pathogenesis of inflammatory bowel disease-crosstalk between genetic and microbial factors: pathogenic bacteria and altered bacterial sensing or changes in mucosal integrity take "toll"? *World J Gastroenterol* 2006; 12(12): 1829-41.
- Molodecky NA, Kaplan GG. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2010; 6(5): 339-46.

9. Goldberger L, Breznitz S. Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. Detroit, MI: Free Press; 1993.
10. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38(5): 300-14.
11. Dean K, Holst E, Kreiner S, Schoenborn C, Wilson R. Measurement issues in research on social support and health. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(2): 201-6.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Social support and health-related quality of life among older adults--Missouri, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54(17): 433-7.
13. Maunder RG, Greenberg GR, Nolan RP, Lancee WJ, Steinhart AH, Hunter JJ. Autonomic response to standardized stress predicts subsequent disease activity in ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18(4): 413-20.
14. Graff LA, Walker JR, Lix L, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L, et al. The relationship of inflammatory bowel disease type and activity to psychological functioning and quality of life. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4(12): 1491-501.
15. Gomez-Gil E, Vidal A, Panes J, Jaen J, Peri JM, Fernandez-Egea E, et al. Relationship between patient's subjective stress perception and the course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26(7): 411-6.
16. Rogala L, Miller N, Graff LA, Rawsthorne P, Clara I, Walker JR, et al. Population-based controlled study of social support, self-perceived stress, activity and work issues, and access to health care in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14(4): 526-35.
17. Daryani NE, Bashashati M, Aram S, Hashtroudi AA, Shakiba M, Sayyah A, et al. Pattern of relapses in Iranian patients with ulcerative colitis. A prospective study. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15(4): 355-8.
18. Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi F. Inflammatory bowel disease in Iran: a review of 457 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20(11): 1691-5.
19. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11(2): 213-8.
20. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol* 1991; 47(6): 756-61.
21. Maunder RG, Levenstein S. The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Curr Mol Med* 2008; 8(4): 247-52.
22. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Andreoli A, et al. Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(8): 1219-25.
23. Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut* 2005; 54(10): 1481-91.
24. Hertig VL, Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Heitkemper MM. Daily stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 2007; 56(6): 399-406.

The Stressors and Perceived Social Support in the Patients with Ulcerative Colitis*

Hamid Afshar MD¹, Hamed Daghaghzadeh MD², Peyman Adibi MD², Monireh Seraj³, Shadab Nasr³, Nasrin Masaeli⁴, Ali Toghiani⁵, Reza Bagherian Sararoodi PhD⁶

Abstract

Background: Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory bowel disease (IBD) characterized with chronic inflammation of mucosal surface of bowels. Genetic, immunologic, environmental and individual factors contribute disease have been identified in recent studies. This study was done to investigate the effect of stressors on the incidence or relapsing of this disease.

Methods: This was a case-control study on the patients with ulcerative colitis. In this study, 75 patients (45 patients with ulcerative colitis group and 30 control person) filled the questionnaire of cases of chronic stressor (Holmes and Track) and social support. We analyzed the data with t-test, Moncova, chi-square and covariance analysis tests using SPSS software.

Finding: 75 patients were studied in the study and control groups. According to the results, the relationship between social support and ulcerative colitis was not significant. In the other hand, results showed that the stress experienced in the past year in patients with ulcerative colitis compared with controls was significantly greater.

Conclusion: Based on the results of this study, high stress can exacerbate symptoms in the beginning or relapse of ulcerative colitis. Therefore, learning stress management techniques to patients with ulcerative colitis is recommended.

Keywords: Ulserative colitis, Stress, Perceived social support.

* This paper derived from a Medical Doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

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

² Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Medical Student, Young Researchers Club, Azad Islamic University, Najaf Abad Branch, Isfahan, Iran.

⁴ MSc, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁵ Medical Student, Islamic Azad University, Branch of Najafabad, Isfahan, Iran.

⁶ Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Reza Bagherian Sararoodi MD, Email: bagherian@med.mui.ac.ir