

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management, Optimism Training and Medical Therapy on Somatic Symptoms, Perceived Stress, Illness Perception and Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis

Marzieh Sadat Sajjadinezhad^{1*}, Karim Asgari², Hosein Molavi³, Peyman Adibi⁴

1- Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Arak University, Arak, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

4- Professor, Department of Internal Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 26 Oct 2014, Accepted: 12 Aug 2015

Abstract

Background: Recently it is accentuated on the role of psychological symptoms in the course of chronic diseases and applying psychological interventions as complementary interventions. The aim of this study was to compare the effects of cognitive-behavioral stress management, optimism training and conventional medical therapy on somatic symptoms, perceived stress, illness perception and quality of life in patients with ulcerative colitis.

Materials and Methods: In this study, thirty female patients were selected accidentally, and randomly assigned into three groups including cognitive-behavioral stress management(n=10), optimism training(n=10) and conventional medical therapy(n=10). All patients completed Perceived Stress Scale, Illness Perception questionnaire, WHO Quality of Life questionnaire, and Lichtiger Colitis Activity Index. Then, experimental groups participated in 9 sessions of cognitive-behavioral stress management and optimism training group interventions. Thereafter, three groups answered to scales again. This course was repeated in a 6-month follow-up. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The findings indicated that the effects of two interventions were significant on patient's illness perception, perceived stress and quality of life; however, these interventions did not change somatic symptoms.

Conclusion: Totally, it can be said that psychological interventions such as stress management and optimism training can be effective on improving the psychological symptoms in patients with ulcerative colitis and their cure.

Keywords: Ulcerative colitis, Cognitive-behavioral therapy, Optimism training, Psychological Symptoms

*Corresponding Author:

Address: Department of Educational Sciences, Arak University, Arak, Iran.

Email: msadat.sajadi60@gmail.com

مقایسه اثر بخشی مدیریت استرس شناختی-رفتاری، آموزش خوش بینی و درمان طبی بر علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو

مرضیه سادات سجادی نژاد^{۱*}، کریم عسگری^۲، حسین مولوی^۳، پیمان ادیبی^۴

۱- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، گروه داخلی، مرکز تحقیقات جامع نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۴ تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: اخیراً نقش علایم روان‌شناختی در سیر بیماری‌های مزمن و به کارگیری درمان‌های روان‌شناختی به عنوان درمان‌های مکمل مورد توجه قرار گرفته است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی مدیریت استرس شناختی-رفتاری، آموزش خوش بینی و درمان طبی مرسوم بر علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه مدیریت استرس شناختی-رفتاری (۱۰ نفر)، آموزش خوش بینی (۱۰ نفر) و درمان طبی مرسوم (۱۰ نفر) قرار گرفتند. هر سه گروه به پرسش‌نامه استرس ادراک شده، پرسش‌نامه ادراک بیماری، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و شاخص فعالیت بیماری کولیت پاسخ دادند. سپس سه گروه آزمایشی در ۹ جلسه مداخله گروهی مدیریت استرس شناختی-رفتاری و آموزش خوش بینی شرکت کردند و پس از آن هر سه گروه مجدداً به مقیاس‌ها پاسخ دادند و این کار در یک پی‌گیری ۶ ماهه تکرار گردید. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو شیوه مداخله بر ادراک بیماری، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی و عدم اثربخشی مداخلات بر علائم جسمانی بود.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان اظهار داشت که مداخلات روان‌شناختی از جمله مدیریت استرس و آموزش خوش بینی می‌تواند در بهبود علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری کولیت اولسراتیو و درمان جامع آن‌ها سودمند باشد.

واژگان کلیدی: کولیت اولسراتیو، درمان شناختی-رفتاری، آموزش خوش بینی، علائم روان‌شناختی

*نویسنده مسؤل: ایران، اراک، دانشگاه اراک، گروه علوم تربیتی

Email: Msadat.sajadi60@gmail.com

مقدمه

یکی از عواملی که بیشترین تأثیر منفی را بر سلامت عمومی افراد جامعه دارد، بیماری‌های مزمن است. زمان طولانی ابتلای افراد به این بیماری‌ها، روند طولانی درمان عوارض همراه با آن‌ها و این واقعیت که درمان مناسب و قطعی برای بیشتر این بیماری‌ها وجود ندارد بیماری‌های مزمن را به عامل فرساینده سلامت عمومی جامعه تبدیل نموده است (۱). یکی از انواع بیماری‌های مزمن بیماری‌های التهابی روده هستند. بیماری التهابی روده اصطلاحی است کلی برای مجموعه‌ای از بیماری‌های مزمن گوارشی که با دوره‌های متناوب و غیر قابل پیش‌بینی عود و خاموشی همراهند و کولیت اولسراتیو و بیماری کرون دو نمونه از شایع‌ترین آن‌ها هستند. علیرغم آن که این بیماری کاملاً ارگانیک به نظر می‌رسد، کارشناسان معتقدند که برخی عوامل محیطی از جمله عوامل روان‌شناختی و به ویژه استرس روان‌شناختی در راه‌اندازی و تشدید کولیت اولسراتیو نقش دارند. این بحث به لحاظ تاریخی از دهه ۱۹۳۰ (۲) وجود داشته است، اما در پی تردیدها و مباحثات طولانی و بازنگری مستدل و توانمند در مورد نقش مسایل روان‌شناختی به ویژه استرس در این بیماری‌ها، محققان (۳-۵) اظهار نموده‌اند که سطوح بالاتر استرس ادراک شده، وخامت یا تشدید بیشتر بیماری را در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو پیش‌بینی می‌کند و روابط معناداری را بین استرس و پیامدهای نامطلوب سلامتی در بیماری التهابی روده گزارش کرده‌اند. البته اکثر پژوهش‌گران در این زمینه توصیه نموده‌اند که بهتر است به جای استرسورها تأثیر ادراک استرس از سوی فرد بر بیماری سنجیده شود تا تأثیر متغیرهای واسط نظیر نگرش‌ها، باورها، شخصیت فرد و مهارت‌های مقابله‌ای و ارزیابی‌های فرد نیز لحاظ گردد. با در نظر گرفتن این نکته که بدکارکردی سیستم ایمنی یکی از مهم‌ترین عوامل در سبب شناسی این بیماری شناخته شده است، اخیراً عنوان شده است (۳، ۶) که استرس از طریق تشدید بدکارکردی ایمنی‌شناختی و تأثیر بر شبکه

سیتوکینی، روی سیر این بیماری‌ها اثر نامطلوب گذاشته و فعالیت بیماری را تشدید می‌بخشد.

در کولیت اولسراتیو، بیمار از یک سو با علائم حادی مانند اسهال شدید، خون‌ریزی از مقعد، خروج مخاط و دردهای کرامپی شکم مواجه می‌شود و از سوی دیگر آینده‌ای مبهم و غیر قابل پیش‌بینی از سیر بیماری پیش روی قرار می‌گیرد. آینده‌ای که در آن دورنمایی از مگاکولون سمی، خون‌ریزی حجیم روده‌ای و سوراخ شدگی روده، افزایش احتمال ابتلا به سرطان (۷) یا عوارضی مانند تظاهرات پوستی، چشمی و اسکلتی-عضلانی (۸) ترسیم می‌گردد. از این رو، معمولاً بیماری که تشخیص بیماری التهابی روده دریافت می‌کند، هیجانانگیزی مانند انکار، خصومت، ناامیدی و غمگینی را تجربه می‌کند و ممکن است نتواند در برابر فراز و نشیب‌های بیماری پاسخ سازگارانه مناسبی از خود بروز دهد (۹). کیلس، دورفلر و کیفر (۱۰) معتقدند سازگاری یک فرایند پیچیده و پویاست که تحت تأثیر عوامل مختلفی مثل سن بیمار در زمان شروع بیماری، شدت بیماری، دامنه تداخل بیماری در زندگی و برنامه‌های آینده وی، افکار و باورهای بیمار درباره سلامت و بیماری، وضعیت هیجانی بیمار، تجارب قبلی وی با بیماری و غیره قرار می‌گیرد. مزمن بودن بیماری به همراه عوارض و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، بستری شدن‌های احتمالی در بیمارستان، مراجعات مکرر به پزشک و عوارض جانبی ناشی از مصرف داروها یا جراحی و گاه اطلاعات مبهم و ادراک نادرست بیماری آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیمار وارد می‌سازد (۱۱) مطالعات ویدال، گومز-گیل، سانز، پورتلا، سالامرو، پیک و پانز (۱۲) و گاتی یر و همکاران (۱۳) نشان داد که علائم روان‌شناختی و شدت یا فعالیت بیماری، هر یک به طور مستقل در آسیب رساندن به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به التهاب روده سهیم هستند. گراف و همکاران (۱۴) عنوان کردند که حتی در آن دسته از بیماران که بیماری‌شان فعال نیست نیز کیفیت زندگی و سازگاری آسیب دیده است. از آن‌جا که تا به امروز درمان قطعی برای این بیماری وجود

هیجان‌های منفی به سمت هیجان‌های مثبت تغییر کرده است. در آغاز فقط به اثرات سودمند هیجان‌های مثبت بر سلامتی و بهزیستی روانی توجه می‌شد، ولی امروزه به اثر این هیجان‌ها بر روی سلامت جسمی نیز پرداخته می‌شود و حتی مسیرهای فیزیولوژیک این تأثیر نیز نشان داده شده‌اند. لای و همکاران (۲۰) و استپتو و اودونل (۲۱) نشان داده‌اند که عاطفه مثبت و به ویژه خوش بینی منجر به افزایش توان و کفایت سیستم ایمنی می‌شود. بنابراین، از آنجا که بدکارکردی سیستم ایمنی به تشدید فعالیت و وخامت علائم کولیت اولسراتیو می‌انجامد، می‌توان انتظار داشت که آموزش سازه‌های مثبت مثل خوش‌بینی ضمن افزایش عاطفه مثبت که خود سبب کاهش آشفته‌گی‌های روان‌شناختی، افزایش کیفیت زندگی و اصلاح نگرش منفی نادرست نسبت به بیماری می‌شود، با بهبود تنظیم عملکرد ایمنی به تخفیف علائم نیز بیانجامد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه تجربی دارای گروه کنترل، همراه با گمارش تصادفی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو در سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ شهر اصفهان بوده که بر اساس ملاک‌های بافت شناختی و آندوسکوپی، ابتلا به این بیماری توسط متخصص گوارش در مورد آن‌ها تشخیص داده شده‌اند و جهت درمان به یکی از مراکز فوق تخصصی گوارش مراجعه نمودند. ملاک‌های ورود بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو عبارت بودند از تشخیص قطعی ابتلا به کولیت اولسراتیو براساس ملاک‌های آندوسکوپی، بافت‌شناسی و رادیولوژیک طبق نظر متخصص گوارش، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی یا عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی طی ۶ ماه گذشته و رضایت کامل از شرکت در طرح پژوهشی.

ندارد، یکی از اهداف اصلی، کوشش‌های درمانی در راستای حفظ و بهبود کیفیت زندگی بیمار است (۱۵).

یکی از شیوه‌های افزایش کیفیت زندگی بیماران، گنجاندن درمان‌های روان‌شناختی به عنوان درمان‌های مکمل در برنامه درمانی مبتلایان است. زیرا این درمان‌ها به نگرانی‌ها، دغدغه‌های ذهنی و ترس‌های مبهم بیماران پرداخته و ضمن فراهم آوردن حمایت روان‌شناختی، توان‌سازگاری و مقابله بیمار را در برابر بیماری بهبود می‌بخشد. در این راستا مادزلی و رامپتون (۶) و لون‌اشتاين (۳) عنوان می‌کنند که با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گری استرس روان‌شناختی در بدکارکردی سیستم ایمنی و در نتیجه تشدید بیماری‌های التهابی روده، مداخلات روان‌شناختی معطوف به کاهش استرس ممکن است ضمن کاهش نگرانی‌ها و استرس‌های ذهنی در تخفیف علائم و نشانه‌های این بیماری‌ها سودمند باشد. با این حال علیرغم پیشرفت‌های اخیر در شناخت ما از ارتباط بین استرس روان‌شناختی و بیماری‌های التهابی روده، مطالعات انجام شده در مورد کارایی درمان‌های مدیریت استرس در این بیماران معدودند. بنابراین یکی از اهداف مطالعه حاضر، بررسی اثر بخشی شیوه درمانی مدیریت استرس بر علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران التهابی روده است. با توجه به نقش بیشتر استرس روان‌شناختی در کولیت اولسراتیو نسبت به بیماری کرون (۱۶) و نیز شیوع بالاتر کولیت اولسراتیو در جامعه ایران (۱۷، ۱۸)، در این پژوهش صرفاً بیماری کولیت اولسراتیو تحت بررسی قرار خواهد گرفت. هم‌چنین با توجه به فهرست غیر رسمی متخصصان گوارش که نشان می‌دهد فراوانی بیماری کولیت اولسراتیو در زنان بیشتر از مردان است و نیز نظر به پژوهش‌های پورافکاری و صارمی (۱۹) بر روی فراوانی علائم روان‌شناختی در بیماران گوارشی سرپایی که نشان داد فراوانی علائم روان‌شناختی به خصوص افسردگی و جسمانی سازی در زنان ۴ برابر مردان است، به همین دلیل صرفاً بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو مورد بررسی قرار می‌گیرند. با ظهور روان‌شناسی مثبت‌نگر در چند سال اخیر، توجه از

جهت نمونه‌گیری، حدود ۱۲۰ نفر بیمار کولیت اولسراتیو از طرف گروه پزشکی به محققان معرفی شدند. پژوهش‌گران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس با کسانی که ملاک‌های شمول در پژوهش را داشتند تماس می‌گرفتند و درباره تشکیل دوره‌های درمان روان‌شناختی، اهداف دوره و طول مدت آن به اجمال برای بیماران توضیحاتی می‌دادند. در صورت رضایت بیماران به شرکت در دوره و تمایل ایشان به همکاری، قرار ملاقات اولیه‌ای در بیمارستان جهت برگزاری جلسه توجیهی و جمع‌آوری نمونه خونی مربوط به مرحله پیش‌آزمون ترتیب داده می‌شد. در این مرحله از بین حدود ۱۲۰ بیماری که با آنان تماس حاصل شد، ۴۲ نفر مایل به همکاری بودند و موافقت خود را جهت شرکت در مداخلات درمانی اعلام نمودند. سپس بیماران، به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های مورد نظر جای گرفتند: گروهی که علاوه بر درمان طبی مرسوم، تحت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفتند، گروهی که علاوه بر درمان طبی مرسوم، تحت آموزش خوش‌بینی قرار گرفتند و گروهی که تنها درمان طبی مرسوم روی آن‌ها انجام شد. لازم به ذکر است تا مرحله پس‌آزمون در هر گروه ۴ نفر از اعضاء ریزش کردند و در نهایت در مرحله پس‌آزمون در هر یک از گروه‌های مدیریت استرس شناختی- رفتاری، آموزش خوش‌بینی و درمان طبی مرسوم ۱۰ نفر باقی ماندند. به توازی برقراری جلسات مداخله‌ای، هم‌زمان با نخستین جلسات درمانی، برای اعضای گروه شاهد که فقط تحت درمان طبی مرسوم بودند، یک جلسه آموزشی ۳ ساعته تشکیل شد که در آن فقط راجع به بیماری کولیت و عوارض جسمی آن توضیحاتی ارائه شد.

ابزارهای پژوهش

نمایه فعالیت کولیت لیختلیگر: شاخص فعالیت بالینی لیختلیگر برای اندازه‌گیری پاسخ‌دهی بیماران به وسیله لیختلیگر (۲۲) معرفی شد. این شاخص بر سنجش فراوانی اسهال روزانه، وجود اسهال شبانه، مشاهده خون در مدفوع، بی‌اختیاری مدفوع، دردها یا کرامپ‌های شکم، بهزیستی

کلی، حساسیت غیرطبیعی به لمس یا فشار شکم و استفاده از داروهای ضد اسهال مبتنی است. در این ابزار، هر یک از گویه‌ها بر حسب تعداد گزینه‌های پاسخ از حداقل صفر تا ۱ تا حداکثر صفر تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در این شاخص کسب کند، ۲۱ خواهد بود. در پژوهش حاضر، پس از ترجمه این شاخص توسط پژوهش‌گر، محتوا و تناسب گویه‌های ذکر شده در ابزار با علامت‌ها و فعالیت‌های شاخص بیماری توسط پزشک متخصص گوارش تأیید شد. هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده: این مقیاس برای اندازه‌گیری درجه‌ای که موقعیت‌های زندگی فرد استرس‌زا ارزیابی می‌شود، توسط کوهن، کامارک و مرمستین (۲۳) معرفی شده است. سؤالات مقیاس استرس ادراک شده به گونه‌ای طراحی شده‌اند که پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش‌بینی ناپذیر بودن و مشقت بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان می‌کنند. این سه مقوله به کرات به عنوان مؤلفه‌های اصلی و عمده تجربه استرس دیده شده‌اند. به علاوه، این مقیاس دارای تعدادی سؤال مستقیم درباره اندازه‌گیری سطوح فعلی استرس تجربه شده در فرد است. این ابزار شامل ۱۴ سؤال است. هر یک از این سؤال‌ها دارای ۵ گزینه است که نیمی از آن‌ها به صورت مستقیم و نیمی دیگر به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به این ترتیب حداکثر نمره آزمودنی ۵۶ خواهد بود و نمره بالاتر بیان‌گر استرس ادراک شده بیشتر می‌باشد. کوهن و همکاران (۲۳) روایی هم‌زمان این ابزار را از طریق هم‌بستگی نمرات این مقیاس با تعداد وقایع استرس‌زای زندگی، ($r=0/2$) معنی‌دار گزارش کرده‌اند. سپهوند، گیلانی و زمانی (۲۴) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۵ ذکر کرده‌اند. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی
فرم کوتاه: در این پژوهش، برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که فرم

علی از بیمار خواسته می‌شود که سه مورد از مهم‌ترین دلایل بیماری خود را فهرست نماید. برادبنت و همکاران (۲۸) ضرایب پایایی بازآزمایی آیت‌ها را بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۰ گزارش کردند. در ایران، باقریان سرارودی و همکاران (۲۹) روایی محتوای این مقیاس را از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان مناسب و رضایت‌بخش گزارش نمودند. هم‌چنین این محققان آلفای کرونباخ این مقیاس را در بیماران سکته قلبی ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس را با فاصله زمانی ۳ هفته، ۰/۶۸ گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۶۶ به دست آمد.

تکنیک‌های مدیریت استرس که در این برنامه مطرح شده‌اند مبتنی بر برنامه مک نامارا (۳۰) و آنتونی، ابرونسون و اشنایدرمن (۳۱) بود که در ۹ جلسه گروهی طراحی شد و توسط نویسنده اول مقاله با سابقه تحصیلی و عملی در حیطه روان‌شناسی بالینی اجرا شد. جلسه اول به مطرح کردن قوانین گروهی، معرفی اختلال و علائم آن و بیان ارتباط این بیماری با مسایل روان‌شناختی، نقش استرس در این بیماری و اهداف این برنامه جهت کنترل بهتر استرس و اجرای پیش‌آزمون اختصاص داشت. در جلسه دوم مدل ABC درباره ارتباط هیجان‌ها و افکار و بحث راجع به نشانه‌های استرس و تأثیرات استرس، تمرین افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمانی استرس و پیشینه و منطق آرمیدگی عضلانی تدریجی آموزش داده شد. جلسه سوم به معرفی افکار خودآیند و تعیین تکلیف خانگی جهت شناسایی افکار خودآیند و نیز ادامه تمرین آرمیدگی پرداخته شد. جلسه چهارم به اضافه نمودن بخش تفسیر به ارتباط بین هیجان‌ها و افکار و نیز معرفی تحریفات شناختی، تعیین تکلیف خانگی جهت به کارگیری اصول چالش با افکار و نیز ادامه آموزش تمرین آرمیدگی اختصاص داشت. در جلسه پنجم تمرین بیشتر بر روی شیوه‌های چالش با افکار خودآیند، تکنیک‌های مدیریت زمان و نیز ادامه آرمیدگی صورت گرفت. جلسه ششم و هفتم به بحث راجع به مقابله، انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای و آموزش

خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت زندگی است، استفاده شد (۲۵). پرسش‌نامه فوق دارای ۲۶ سؤال است. ۲ سؤال آن در مورد رضایت‌مندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود بوده و بقیه‌ی گویه‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند که مواردی مانند فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی را شامل می‌گردد (۲۵). نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به روش لیکرت و بر اساس درجه‌بندی ۵ درجه‌ای است و کسب نمره بالاتر به معنی کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. پرسش‌ها در ۴ زمینه‌ی کلی شامل سلامت عمومی، جنبه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط فیزیکی هستند و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کنند (۲۶). در ایران، نجات و همکاران (۲۷) روایی این ابزار را به روش روایی محتوا تأیید نمودند و ضریب آلفای کرونباخ را در بخش عملکرد جسمی ۰/۷، درد ۰/۹۰، فعالیت‌های روزانه ۰/۹۵، احساس ۰/۸۴، خواب ۰/۸۹، سلامت کلی ۰/۷۸ و ارتباط با نزدیکان ۰/۹۱ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه ادراک بیماری (فرم کوتاه): پرسش‌نامه ادراک بیماری، یک ابزار چندعاملی است که توسط برادبنت و همکاران (۲۸) معرفی شد. این پرسش‌نامه بازنمایی‌های شناختی و هیجانی بیماری را بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بررسی می‌کند. نسخه تجدیدنظر شده بیش از ۸۰ گویه دارد و فرم کوتاه این پرسش‌نامه به منظور سهولت سنجش ۹ گویه دارد. ۵ گویه از گویه‌ها بازنمایی‌های شناختی بیماری (پیامدهای بیماری، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان و ماهیت بیماری) و ۲ گویه نیز بازنمایی‌های هیجانی بیماری (نگرانی‌ها و عواطف) را منعکس می‌کنند و یک گویه نیز به قابلیت درک و فهم بیماری می‌پردازد. همه گویه‌ها به جز سؤال علی، در یک طیف ۱۰ نمره‌ای درجه‌بندی می‌شوند. در سنجش بازنمایی

این مشاخره آموزش داده شد و تکالیف خانگی مربوطه تعیین شد. جلسه هفتم به ادامه تمرین برای کسب تسلط در به کارگیری مدل ABCDE و معرفی تکنیک‌های خوش بینی نسبت به فاجعه، جلسه هشتم به معرفی تکنیک ثبت رویدادهای خوشایند جهت افزایش دسترسی پذیری سازه‌ای و تعیین تکالیف خانگی جهت به کارگیری تکنیک مزبور در موقعیت‌های روزمره زندگی و جلسه نهم نیز به مرور مطالب آموزش داده شده و اجرای پس آزمون اختصاص داشت.

بلافاصله پس از اتمام جلسات مداخله، تکمیل پرسش‌نامه‌ها و انجام آزمایش خون، مرحله پس آزمون در هر دو گروه آزمایشی و نیز به موازات آن در گروه کنترل اجرا گردید. پس از گذشت ۶ ماه نیز روند تکمیل پرسش‌نامه‌ها و انجام آزمایش خون در مرحله پی‌گیری در هر ۳ گروه اجرا شد. شایان ذکر است که در فاصله بین اتمام جلسات تا مراحل پی‌گیری، هر ماه یک جلسه تقویتی تشکیل می‌شد که هم مطالب آموزش داده شده مرور شود و هم همکاری آزمودنی‌ها جهت همکاری با پژوهش‌گر تا مرحله پی‌گیری بیشتر گردد.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید گردیده و با کد IRCT201011295278N1 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی به ثبت رسیده است.

تحلیل آماری داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام گرفت. برای بررسی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و گروه شاهد پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

گروه‌های آزمایش و کنترل، از لحاظ توزیع سنی و سطح تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه در مورد سن و نتایج آزمون

راهبردهای مقابله‌ای موثر، تعیین تکلیف خانگی جهت تعیین راهبردهای مقابله‌ای خود و ثبت برگه نظارت بر این پاسخ‌ها و نیز تمرین آرمیدگی اختصاص داشت. در جلسه هشتم به بحث در مورد پاسخ‌های خشم، خشم و آگاهی و مدیریت خشم و آموزش مراحل نهایی آموزش آرمیدگی و در جلسه نهم نیز به مرور نکات آموزش داده شده و اجرای پس آزمون پرداخته شد.

در این پژوهش، عمدتاً از شیوه آموزش خوش بینی در چهارچوب شناختی رفتاری بر اساس مدل سلیگمن (۳۲) و نیز برنامه آموزش خوش‌بینی برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی (۳۳) استفاده شد. این برنامه نیز در ۹ جلسه گروهی طراحی شد و توسط نویسنده اول مقاله با سابقه تحصیلی و عملی در حیطه روان‌شناسی بالینی اجرا شد. جلسه اول به مطرح کردن قوانین گروهی، معرفی اختلال و علائم آن و بیان ارتباط این بیماری با مسایل روان‌شناختی، بیان نقش هیجان‌های مثبت در تنظیم عملکرد سیستم ایمنی و ارتباطش با بیماری کولیت و اجرای پیش آزمون اختصاص داشت. در جلسه دوم خوش بینی به عنوان یک هیجان مثبت معرفی شد و تفاوت آن با خوش خیالی و خیال پردازی مطرح گردید و سبک اسنادی و تفاوت افراد خوش بین و بدبین در ۳ بعد آن برای بیماران توضیح داده شد و پرسش‌نامه اسنادهای روزانه برای درک بهتر وضعیت اسنادهای خود توسط مراجعان تکمیل شد. جلسه سوم به بررسی تکالیف خانگی و پرسش‌نامه‌های اسناد روزانه، بحث با مراجعان درباره نحوه تغییر سبک اسنادهای خود در اسنادهای مربوط به وقایع روزانه و تعیین تکلیف خانگی در این راستا پرداخته شد. در جلسه چهارم و پنجم مطرح شد که یکی از موانع تفکر خوش بینانه افکار غیر منطقی است و مدل ABC جهت شناخت رابطه افکار غیر منطقی با احساسات معرفی شد و تمرین‌هایی جهت شناسایی افکار غیر منطقی و موانعی که این گونه افکار در راه مثبت نگری ایجاد می‌کنند و نیز تغییر سبک اسنادی وضع شد. در جلسه ششم قسمت‌های D و E به مدل اضافه شدند و بحث و مشاخره جهت چالش با افکار غیر منطقی و کسب انرژی از

کروسکال والیس در مورد سطح تحصیلات نشان داد که توزیع سن ($F=0/5$ ، $p=0/61$) و سطح تحصیلات ($p=0/61$)، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نیست.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه	سن (سال)	تحصیلات (درصد فراوانی)		
		دیپلم و زیر	دیپلم	فوق دیپلم و لیسانس
مدیریت استرس	۳۵/۹۰±۹/۳۲	۶۰	۳۰	۱۰
آموزش خوش بینی	۳۲/۳۰±۶/۷۶	۷۰	۲۰	۱۰
کنترل کل	۳۶/۸۰±۱۴/۳۶	۷۰	۰	۳۰
	۳۵±۱۰/۴۴	۶۶/۷	۱۶/۷	۱۶/۷

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری آزمودنی‌ها در متغیرهای علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو ملاحظه می‌گردند. برای بررسی معنی‌داری تفاوت نمرات بین مراحل فوق از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شد است. همچنین لازم به ذکر است که نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس‌های خطای گروه‌ها در متغیر وابسته همه این متغیرها بررسی شد. نتایج حاکی از این بود که پیش فرض تساوی واریانس‌ها در مورد همه متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون برقرار است ($p>0/05$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری آزمودنی‌ها در متغیرهای علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی

گروه	مدیریت استرس شناختی- رفتاری			آموزش خوش بینی			درمان طبی مرسوم		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
متغیر علائم جسمی	۷/۷۰±۳/۱۲	۵/۸۸±۴/۰۴	۵/۲۲±۴/۲۶	۵±۳/۶۵	۵/۴۰±۵/۳۹	۵/۱±۰/۷۳	۵±۲/۶۱	۴/۶۲±۲/۸۷	۴/۶۲±۲/۸۷
استرس ادراک شده	۲۶/۹۰±۸/۰۴	۱۹/۶۰±۴/۶۷	۲۲±۸/۳۱	۲۶±۱۲/۰۶	۲۷/۲۲±۱۱/۸۶	۲۸/۶±۷/۰۱	۳۲/۷۵±۵/۳۹	۳۳/۸۷±۶/۰۳	۳۳/۸۷±۶/۰۳
ادراک بیماری	۵۱/۱۰±۹/۰۶	۳۷/۷۷±۱۱/۹۳	۳۸/۳۳±۴/۲۸	۳۱/۵±۱۳/۸۲	۲۸/۳۰±۱۲/۳۹	۳۹/۱±۶/۵۷	۴۵/۶۲±۷/۷۲	۴۴/۸۷±۸/۸۷	۴۴/۸۷±۸/۸۷
کیفیت زندگی	۵۱/۷۰±۱۴/۵۸	۵۸/۲۲±۸/۸۵	۵۲/۴۴±۱۲/۸۱	۶۲±۷/۰۳	۶۰/۲۲±۱۴/۹۸	۳۰/۱۰±۶/۵۷	۴۴/۸۷±۱۲/۶۵	۴۸/۷۵±۱۳/۲۸	۴۸/۷۵±۱۳/۲۸

در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که با کنترل اثر پیش آزمون نمرات، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سه گروه در متغیر ادراک بیماری هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پی‌گیری و در متغیرهای کیفیت زندگی و استرس ادراک شده فقط در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد (عضویت گروهی معنی‌دار است) ($p<0/05$). اما در مورد متغیر علائم جسمانی با کنترل اثر پیش آزمون نمرات، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سه گروه در هیچ یک از مراحل پس آزمون و پی‌گیری معنی‌دار نیست (عضویت گروهی معنی‌دار نیست). در مورد متغیرهای مذکور، میزان تأثیر حاکی از آن است که عضویت گروهی

در مرحله پس آزمون ۴۲ درصد و در مرحله پی‌گیری ۵۲ درصد از تفاوت واریانس‌های نمرات ادراک بیماری آزمودنی‌ها و در مرحله پس آزمون ۵۳ درصد و ۳۰ درصد از تفاوت واریانس‌های نمرات کیفیت زندگی و استرس ادراک شده آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند. با توجه به معنی‌دار بودن اثر عضویت گروهی بر متغیرهای ادراک بیماری، کیفیت زندگی و استرس ادراک شده، نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بر حسب سه گروه مداخله و تأثیر آن‌ها بر این متغیرها در مراحل پس آزمون و پی‌گیری در جدول ۴ ارائه می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل مانکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پی‌گیری (با کنترل نمرات پیش آزمون)

متغیر	منبع تغییر	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
استرس	پیش آزمون	۳	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۳۸
ادراک شده	پیگیری	۶/۱۵	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۶۶
	عضویت	۵/۰۹	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۷۶
	گروهی	۳/۱۳	۰/۰۶	۰/۲۱	۰/۵۴
علائم	پیش آزمون	۱۱/۵۲	۰/۰۰۲	۰/۳۳	۰/۹۰
جسمانی	پیگیری	۷/۴۰	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۷۴
	عضویت	۰/۴۳	۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۱۱
	گروهی	۰/۱۲	۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۰۶
ادراک	پیش آزمون	۱۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۳
بیماری	پیگیری	۹/۶۳	۰/۰۰۵	۰/۲۹	۰/۸۴
	عضویت	۸/۳۳	۰/۰۰۲	۴	۰/۹۳
	گروهی	۱۲/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۰/۹۹
کیفیت	پیش آزمون	۱۱/۵۷	۰/۰۰۳	۰/۳۴	۰/۹۰
زندگی	پیگیری	۳/۷۸	۰/۰۶۵	۰/۱۴	۰/۴۶
	عضویت	۱۲/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۰/۹۹
	گروهی	۱/۸۶	۰/۱۷	۰/۱۴	۰/۳۴

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در مراحل پس آزمون و پی‌گیری

متغیر	مرحله ارزیابی	گروه مبنا	میانگین‌های تعدیل شده	گروه مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل شده	معنی داری	معنی داری یومن ویتنی
ادراک	پس آزمون	مدیریت استرس	۳۳/۴۴	آموزش خوش بینی	۳۱/۸۲	۰/۷۲	۰/۳۸
بیماری				درمان طبی مرسوم	۵۰/۰۹	۰/۰۰۴	۰/۰۴
				درمان طبی مرسوم	۳۱/۸۲	۰/۰۰۶	۰/۰۲
	پیگیری	مدیریت استرس	۳۵/۲۲	آموزش خوش بینی	۲۸/۵۳	۰/۰۹	۰/۰۸
				درمان طبی مرسوم	۴۸/۰۷	۰/۰۰۸	۰/۰۳
				درمان طبی مرسوم	۲۸/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱
کیفیت	پس آزمون	مدیریت استرس	۵۹/۸۷	آموزش خوش بینی	۶۱/۴۹	۰/۶۷	۰/۳۴
زندگی				درمان طبی مرسوم	۶۱/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۰۴
				درمان طبی مرسوم	۴۳/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۰۱
استرس ادراک شده	پس آزمون	مدیریت استرس	۲۵/۹۸	آموزش خوش بینی	۲۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۰۸
				درمان طبی مرسوم		۰/۰۰۴	۰/۰۰۰
				درمان طبی مرسوم	۳۲/۰۸	۰/۱۲	۰/۱۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات ادراک بیماری بین دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و درمان طبی مرسوم و نیز دو گروه آموزش خوش بینی و درمان طبی مرسوم هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پی‌گیری معنی‌دار است ($p < 0.05$). اما تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات ادراک بیماری بین دو گروه مدیریت استرس شناختی-

رفتاری و آموزش خوش‌بینی در هیچ یک از مراحل پس آزمون و پی‌گیری معنی‌دار نیست و معنی‌داری آزمون یومن ویتنی نیز نتایج فوق را تأیید می‌کند. هم‌چنین تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بین دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و درمان طبی مرسوم و نیز دو گروه آموزش خوش‌بینی و درمان طبی مرسوم در مرحله پس آزمون معنی‌دار

است ($p < 0/05$). اما تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بین دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش‌بینی معنی‌دار نبوده است، معنی‌داری یومن ویتنی نیز نتایج فوق را تأیید می‌کند.

بحث

هدف از این پژوهش، مقایسه اثر بخشی مدیریت استرس شناختی- رفتاری، آموزش خوش‌بینی و درمان طبی مرسوم بر متغیرهای روان‌شناختی مانند کیفیت زندگی، ادراک بیماری و استرس ادراک شده و نیز علائم جسمانی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو بود. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت اثر بخشی ۳ گروه مداخله بر متغیر ادراک بیماری در مراحل پس از آزمون و پی‌گیری معنی‌دار بود. به گونه‌ای که هر دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش‌بینی توانسته‌اند در مقایسه با درمان طبی مرسوم به عنوان شرایط کنترل، بر نمرات ادراک بیماری بیماران کولیت اولسراتیو اثر بخش بوده و موجب تغییر ادراک بیماری هم در مرحله پس از آزمون و هم در مرحله پی‌گیری در نظر بیماران شوند. البته بین اثر بخشی دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر ادراک بیماران، در مرحله پس از آزمون و نیز پی‌گیری تفاوتی وجود نداشته است. شیوه ادراک بیماری توسط بیمار متغیر بسیار مهمی است که در نحوه نگرش وی نسبت به بیماری، دغدغه‌ها و نگرانی‌های وی راجع به آن و شیوه‌های مقابله‌ای که وی جهت مقابله با بیماری در نظر می‌گیرد اثر می‌گذارد. کیپلس و همکاران (۱۰) نشان دادند که ادراک بیماری یکی از متغیرهایی است که در سازگاری روان‌شناختی بیماران با بیماری التهابی روده نقش مؤثری ایفا می‌کند و ۴۴ درصد تا ۵۸ درصد واریانس سازگاری روان‌شناختی را تبیین می‌کند. ادراک بیماری مورد سنجش در این پژوهش در حقیقت دو مؤلفه اصلی داشت: بازنمایی شناختی بیماری و بازنمایی هیجانی بیماری. بازنمایی شناختی بیماری مواردی مانند شناسایی بیماری، مدت زمان طول کشیدن بیماری از نظر بیمار، پیامدهای بیماری از نظر بیمار، میزان کنترلی که

بیمار بر روی بیماری خویش حس می‌کند و میزان کنترلی که وی بر درمان بیماری خویش حس می‌کند را در بر می‌گیرد. بازنمایی هیجانی بیماری نگرانی‌ها و دغدغه‌های بیمار نسبت به بیماری خود و نیز عواطف و هیجاناتی را که نسبت به بیماری خود حس می‌کند در بر می‌گیرد. دو شیوه مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش‌بینی هر دو فضایی برای ابرازگری هیجانی و بیان هیجاناتی که بیمار نسبت به بیماری خود احساس می‌کند فراهم نمودند. هم‌چنین در فضای گروهی که از جمع بیماران مشابه تشکیل شده بود و سوابق بیماری افراد متفاوت بود، بیماران مبتلا، بیماران دیگر را مشاهده نموده و راجع به عوارض و پیامدهای احتمالی بیماری در سال‌های آینده اطلاعاتی کسب کردند. هم‌چنین در موارد لازم، پژوهش‌گر بر اساس منابع و مدارک علمی موجود اطلاعات صحیح را تا حد ممکن در اختیار بیماران قرار می‌داد و همه این موارد به اصلاح ادراک بیمارگون بیماران و تصحیح بازنمایی‌های منفی شناختی و هیجانی منجر می‌شد. هم‌چنین بیماران با کسب مهارت‌های پیش‌گفته در هر دو گروه مداخله مدیریت استرس و آموزش خوش‌بینی و بالا رفتن احساس خودکارآمدی، کنترل شخصی خویش را بر بیماری خود بهتر ارزیابی می‌نمودند و با پذیرفتن نقش فعالانه در درمان خویش نسبت به زمانی که فقط دارو مصرف می‌نمودند، کنترل بیشتری بر فرایند درمانی خود احساس می‌نمودند. بنابراین کاهش نمرات ادراک بیمارگون و بهبود یافتن نمرات ادراک بیماری پس از شرکت در مداخلات نتیجه مطلوب مورد انتظار بود. اما به دلیل این که اثر بخشی دو شیوه مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر ادراک بیماری به صورت غیر مستقیم صورت گرفته و هیچ یک از این دو شیوه با تکنیک‌های خود، بهبود نمرات ادراک بیماری را هدف قرار نداده بودند، بین اثر بخشی دو گروه بر نمرات ادراک بیماری نیز تفاوتی مشاهده نشد. در مطالعه‌ای که ارتباط مستقیمی با پژوهش حاضر نداشت، شاو و انرلیچ (۳۴) آموزش آرام‌سازی را برای کاهش درد بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو به کار بردند.

گروه تحت درمان در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند که نه تنها شدت درد شکمی‌شان کاهش یافته، بلکه متعاقب درد آشفتنگی کمتری احساس می‌کنند. در مطالعه شواتزر و بلانچارد (۳۵) نیز بیماران پس از شرکت در یک برنامه درمانی چند مؤلفه‌ای رفتاری، طبق ادراک خودشان مقابله بهتری با بیماری داشته و استرس کمتری را در ارتباط با بیماری خود احساس می‌نمودند.

هم‌چنین یافته‌ها حاکی از معنی‌داری تفاوت اثر بخشی ۳ گروه مداخله بر متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس از آزمون بود. به نحوی که هر دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش بینی توانسته‌اند در مقایسه با درمان طبی مرسوم به عنوان شرایط کنترل، بر نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو اثر بخش بوده و کیفیت زندگی بیماران را البته فقط در مرحله پس از آزمون افزایش دهند. البته شایان ذکر است که بین اثر بخشی دو گروه مدیریت استرس شناختی- رفتاری و آموزش خوش بینی بر کیفیت زندگی بیماران، در مرحله پس از آزمون تفاوتی وجود نداشت. در این خصوص می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش‌های لانگورست و همکاران (۳۶)، بریجیت بوی (۳۷)، الزنبرو و همکاران (۳۸) که همگی به بهبود کیفیت زندگی بیماران کولیت اوسراتیو در نتیجه شرکت در برنامه‌های مداخله روان‌شناختی اشاره کرده‌اند، هم‌سو دانست. با توجه به انواع مهارت‌های آموزش داده شده در گروه مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری، از جمله مهارت‌های تن آرامی، یادگیری انواع مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و کارآمد در برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا، مدیریت خشم و اصلاح خطاها و تحریفات شناختی که در بسیاری از موارد سر منشأ افکار منفی و فاجعه سازی هستند، به نظر می‌رسد مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری، حس کنترل شخصی و احساس کفایت و خودکار آمدی بیمار را در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا و استرس آور افزایش می‌دهد و از این لحاظ به بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک می‌کند. هم‌چنین موقعیتی که گروه جهت ابراز هیجانی و بیان مشکلات و دغدغه‌ها و

نگرانی‌های بیمار در جمع افرادی مشابه خود فراهم می‌کند، در این بهبود بی‌تأثیر نیست. حذف اثر اخیر در دوره پی‌گیری و البته عدم انجام منظم تمرینات و مرور مطالب آموزش داده شده در فاصله پس از اتمام جلسات درمانی تا مرحله پی‌گیری احتمالاً در عدم معنی‌داری اثر بخشی مداخله بر نمرات کیفیت زندگی در مرحله پی‌گیری نقش دارد. در مورد مداخله آموزش خوش‌بینی نیز می‌توان گفت که از آن‌جا که شیوه آموزش خوش‌بینی با تغییر سبک اسنادی، روح امید و انگیزش به سمت تغییر شرایط را پرورش می‌دهد و مانع از تسلیم شدن در برابر شرایط ناگوار می‌گردد، در مراجع نسبت به خود احساس مثبت تری ایجاد می‌کند. کسب دیدگاه خوش‌بینانه‌تر راجع به زندگی و ثبت رویدادهای خوشایند که از جمله تکنیک‌های آموزشی شیوه آموزش خوش‌بینی بود، در حقیقت عاطفه مثبت را در مراجع شکل می‌دهد و این احساسات خوشایند و مطبوع به بهبود کیفیت زندگی کلی بیماران پس از شرکت در مداخله می‌انجامد. البته می‌توان اشاره نمود که شباهت چهارچوب کلی دو روش درمانی و توافق آن‌ها در استفاده از یک الگوی شناختی- رفتاری سبب شده است تا هر دو در نهایت به ایجاد احساس بهتر نسبت به خود و زندگی در مراجع بیانجامند و از این طریق کیفیت زندگی را ارتقا بخشند و از این رو اثر بخشی آن‌ها بر نمرات کیفیت زندگی بیماران با هم تفاوت معنی‌داری نداشته باشد.

در مورد متغیر استرس ادراک شده نیز تفاوت اثر بخشی ۳ گروه مداخله فقط در مرحله پس از آزمون معنی‌دار بود. به نحوی که هر دو گروه مداخله در مقایسه با درمان طبی مرسوم، سبب کاهش نمرات استرس ادراک شده البته فقط در مرحله پس از آزمون شدند و باز هم بین اثر بخشی دو گروه مداخله‌ای بر استرس ادراک شده بیماران در مرحله پس از آزمون تفاوتی وجود نداشت. در حقیقت، یافته حاضر با نتایج مطالعات شواتزر و بلانچارد (۳۵) و الزنبرو و همکاران (۳۸) در مورد اثربخشی درمان‌های رفتاری بر استرس ادراک شده بیماران کولیت اولسراتیو هم‌سو است. استرس ادراک شده متغیری است که بر تجربه ذهنی فرد از

مقابله‌ای مؤثرتر و کارآمدتر در برابر استرس‌ها. بنابراین دور از انتظار نخواهد بود که نمرات استرس ادراک شده بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو پس از شرکت در مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری کاهش یابد.

اما در مورد معنی‌دار نشدن نتایج اثر بخشی مداخله در مرحله پی‌گیری با توجه به رضایت بخش نبودن میزان توان آماری و کافی نبودن حجم نمونه، به نظر می‌رسد که اگر حجم نمونه بزرگ‌تری برای آزمون این فرضیه به کار می‌رفت، امکان کسب نتایج معنی‌دار وجود داشت. البته کم‌رنج شدن تماس با درمان‌گر و رها کردن تمرین‌های آموزش داده شده نیز در این نتیجه بی‌تأثیر نیست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه هم‌چنین نشان داد که تفاوتی بین میانگین نمرات علایم بیماری در گروه‌های مداخله در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری وجود ندارد. این نتیجه با یافته‌های شواتزر و بلانچارد (۳۵)، زیگنی و همکاران (۴۰) و کلر و همکاران (۴۱) هم‌سوئی دارد. به علاوه، در خصوص عدم معنی‌داری اثر بخشی مداخلات روان‌شناختی بر علایم بیماری در این پژوهش، ذکر چند نکته مفید به نظر می‌رسد. در ابتدا باید اشاره نمود که بیماری‌های التهابی روده از جمله بیماری کولیت اولسراتیو، نوسان‌های طبیعی عود و خاموشی در طی زمان (سیر غیر قابل پیش‌بینی) دارند و بنابراین یکی از دلایل عدم معنی‌داری اثر بخشی مداخلات می‌تواند این باشد که نمرات علایم بیماری ممکن است تابعی از نوسان‌های طبیعی بیماری بوده باشد. هم‌چنین استرس روان‌شناختی تنها یکی از عللی است که در تشدید فعالیت بیماری کولیت اولسراتیو نقش دارد. عوامل ژنتیکی و سایر عوامل محیطی مانند شغل، عفونت‌ها و غیره نیز ممکن است در تشدید بیماری نقش داشته باشند که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته‌اند و ممکن است علیرغم کاهش اثر استرس روان‌شناختی هم‌چنان بر بیماری اثر داشته باشند.

نکته قابل ذکر دیگر این است که بنا بر دلایل اخلاقی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش، همگی

استرس تأکید دارد و بر این اساس تفاوت‌های فردی را در ادراک استرس به لحاظ تفاوت تجارب شخصی و ذهنی افراد از عوامل مختلف به عنوان عوامل استرس‌زا بسیار مورد تأکید قرار می‌دهد. بر اساس مدل فولکمن و لازاروس (۳۹) رویدادی توسط فرد به عنوان رویداد استرس‌زا ادراک می‌شود که اولاً فرد ارزش تهدیدکنندگی زیادی برای آن رویداد به عنوان یک عامل استرس‌زا قایل شود یا به عبارتی آن را بالقوه تهدیدزا بداند (براساس فرایند ارزیابی اولیه) و ثانیاً فرد ظرفیت و توانایی خود را برای پاسخ‌دهی و مقابله با آن رویداد محدود ارزیابی کند (بر اساس فرایند ارزیابی ثانویه). در بسیاری از موارد، افراد در جامعه رویدادهای زیادی را به عنوان رویداد استرس‌زا ادراک می‌کنند، زیرا اولاً در مورد برآورد یا ارزیابی ارزش تهدیدزایی آن رویدادها اشتباه کرده و ارزش تهدیدزایی و مخاطره آمیز بودن رویدادها را بیش برآورد می‌کنند و ثانیاً ظرفیت‌ها و توان مقابله خود را برای رویارویی و پاسخ‌دهی به آن رویدادها کمتر از حد واقعی برآورد می‌کنند. مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری با درداشتن راهبردهای شناختی که به اصلاح خطاها و تحریفات شناختی معطوف است، در حقیقت به مبارزه با ارزیابی‌های شناختی نادرست بیماران می‌پردازد و سعی در تصحیح این ارزیابی‌ها دارد. یکی از خطاهای شناختی، بیش برآورد یا کم برآورد نمودن واقعیت‌هاست که تکنیک‌های شناختی با آوردن مثال‌های متعدد و روشن نمودن ذهن بیماران به اصلاح این خطاها می‌پردازد. هم‌چنین این مداخله با آموزش دادن شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد و مؤثر، توان و ظرفیت شخصی مراجع را برای رویارویی با تهدید قوت می‌بخشد و احساس خود کارآمدی وی را در این زمینه تقویت می‌نماید. بنابراین این مداخله در حقیقت مراجع را به دو سلاحی مجهز می‌نماید که هر دو در اصلاح ادراک ذهنی وی از رویدادهای استرس‌زا یاری می‌رسانند و به کاهش استرس ادراک شده می‌انجامند: یکی اصلاح بیش برآورد ارزش تهدیدکنندگی رویدادها و دیگری اصلاح کم برآورد نمودن توان و ظرفیت مقابله با استرس‌ها از طریق مجهز نمودن وی با راهبردهای

4. Keefer L, Keshavarzian A, Mutlu E. Reconsidering the methodology of "stress" research in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2008;2(3):193-201.
5. Cámara RJ, Ziegler R, Begré S, Schoepfer AM, Von Känel R. The role of psychological stress in inflammatory bowel disease: quality assessment of methods of 18 prospective studies and suggestions for future research. *Digestion*. 2009;80(2):129-39.
6. Mawdsley J, Rampton D. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*. 2005;54(10):1481-91.
7. Cantor M, Bernstein CN. Clinical course and natural history of ulcerative colitis. *Kirsner's inflammatory bowel diseases* Edinburgh: Saunders. 2004:280-88.
8. Fasi A. Harison's principle of internal medicin. Translated by: Khoshnia M, Delshakib A. Tehran: Samat; 2008.
9. Spiro HM. Six physicians with inflammatory bowel disease. *Journal of clinical gastroenterology*. 1990;12(6):636-42.
10. Kiebles JL, Doerfler B, Keefer L. Preliminary evidence supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*. 2010;16(10):1685-95.
11. Casellas F, Lopez-Vivancos J, Casado A, Malagelada J-R. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Quality of life research*. 2002;11(8):775-81.
12. Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salamero M, Piqué JM, Panés J. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: The role of psychopathology and personality. *Inflammatory bowel diseases*. 2008;14(7):977-83.
13. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *The American journal of gastroenterology*. 2002; 97(8): 1994-9.
14. Graff LA, Walker JR, Lix L, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L, et al. The relationship of inflammatory bowel disease type and activity

تحت درمان دارویی قرار داشته و بیماری آنها تحت کنترل بود. نگاهی به نمرات شاخص فعالیت بیماری که علایم بیماری در این پژوهش با آن سنجیده شد، نشان می‌دهد که در هر ۳ گروه مداخله نمرات تقریباً در دامنه ۴/۵ تا ۷/۵ قرار دارند. در حالی که حداکثر نمره شاخص فعالیت بیماری نمره ۲۱ بوده است. بنابراین زمانی که بیماران از ابتدا علایم شدیدی را تجربه نمی‌کرده‌اند و واریانس نمرات بسیار پایین بوده است، نمی‌توان انتظار داشت که در نتیجه تأثیر مداخلات، نتایج و تفاوت‌های معنی‌دار در نمره این شاخص حاصل گردد. البته ممکن است واقعاً عمق اثر بخشی مداخلات روان‌شناختی به اندازه‌ای نبوده باشد که بتواند علاوه بر علایم روان‌شناختی علایم جسمانی بیماری بیماران را نیز بهبود بخشد. نکته آخر این که با توجه به توان آماری ذکر شده، حجم نمونه مورد پژوهش جهت آزمون فرضیه بررسی اثر بخشی مداخلات بر علایم بیماری کافی نبوده است و بنابراین به نظر می‌رسد که نمی‌توان در این خصوص نظر قطعی ارائه داد و باید نتیجه‌گیری قطعی را به پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر واگذار نمود.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله پژوهش‌گران از مشارکت تمامی بیماران و هم‌چنین از حمایت مالی صندوق حمایت از پژوهش‌گران ریاست جمهوری که در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و سپاس‌گزاری را دارند.

منابع

1. Kerr J. Community health promotion changes for practice. *Bailliere Tindal*. 2000.P. 5-23.
2. Murray CD. Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Am J Med Sci*. 1930;180:239-48.
3. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American journal of gastroenterology*. 2000; 95(5): 1213-20.

- to psychological functioning and quality of life. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2006; 4(12): 1491-501.
15. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol*. 2007; 58: 565-92.
16. Shih DQ, Targan SR. Immunopathogenesis of inflammatory bowel disease. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2008;14(3):390-400.
17. Fani A. Investigation of epidemiologic patterns of inflammatory bowel diseases and its clinical indices in Arak. *AMUJ*. 2008; 5(1): 23-8.[Persian]
18. Fakheri H. Inflammatory bowel diseases in Sari: reports of 302 cases. *Govaresh*. 2007; 3(12): 155-60.[Persian]
19. Hadipoor M, Poorafkari N, Saremi F. Psychological symptoms in inflammatory bowel diseases. *Andishe va Raftar Quart*. 2006; 12(2):169-17.[Persian]
20. Lai JC, Evans PD, Ng SH, Chong AM, Siu OT, Chan CL, et al. Optimism, positive affectivity, and salivary cortisol. *British journal of health psychology*. 2005;10(4):467-84.
21. Steptoe A, O'Donnell K, Badrick E, Kumari M, Marmot M. Neuroendocrine and inflammatory factors associated with positive affect in healthy men and women the Whitehall II Study. *American journal of epidemiology*. 2008;167(1):96-102.
22. Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, Gelernt I, Bauer J, Galler G, et al. Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(26):1841-5.
23. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983:385-96.
24. Sepahvand T, Gillani B, Zamani R. The relationship between perceived stress and general health with regarding attribution style. *J Educ Psychol*. 2008; 4: 27-43.[Persian]
25. WHO. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version.1996.
26. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. The investigation of Zahedan's quality of life elderly. *Hayat*. 2006; 22(61):117-23.[Persian]
27. Nejat S, Montazeri A, Holakoe K, Mohammad K, Majdzadeh R. Standardization of WHO quality of life inventory in Iran. *J Health Faculty Health Res Ins*. 2007; 4(4): 1-12.[Persian]
28. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic research*. 2006; 60(6): 631-7.
29. Bagherian Sararoudi R, Afshar H, Adibi P, Daghaghzadeh H, Fallah J, Abotalebian F. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;16(8) : 985-92.
30. McNamara S. Stress Management Programme For Secondary School Students: A Practical Resource for Schools: Routledge; 2001.
31. Antoni M, Ironson G, Sniderman N. Manual of cognitive-behavior stress management. Translated by: Alemohammad J, Joker S, Nesht-doost H. First Edition, Isfahan: Jahad Daneshgahi Publication; 2009.[Persian]
32. Seligman M. Learned optimism. Vintage Books, New York; 2002.
33. Seligman M, Rayovich K, Kaks LG, Gilham J. Optimistic child: tested schedule for immunizing children versus depression. Translated by: Davarpanah F. Tehran: Roshd Publication ; 2009.
34. Shaw L, Ehrlich A. Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain*. 1987;29(3):287-93.
35. Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behaviour Research and therapy*. 1991; 29(2):167-77.
36. Langhorst J, Mueller T, Luedtke R, Franken U, Paul A, Michalsen A, et al. Effects of a comprehensive lifestyle modification program on quality-of-life in patients with ulcerative colitis: a twelve-month follow-up. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2007; 42(6):734-45.
37. Birgitte B. Do personality traits predict general Quality of life (short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn. *Scand J Gastroenterol*. 2008; 43:1505-13.

38. Elsenbruch S, Langhorst J, Popkirowa K, Müller T, Luedtke R, Franken U, et al. Effects of mind-body therapy on quality of life and neuroendocrine and cellular immune functions in patients with ulcerative colitis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005; 74(5): 277-87.
39. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50(3): 571-9.
40. Szigethy E, Whitton SW, Levy-Warren A, DeMaso DR, Weisz J, Beardslee WR. Cognitive-behavioral therapy for depression in adolescents with inflammatory bowel disease: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 43(12):1469-77.
41. Keller W, Pritsch M, von Wietersheim J, Scheib P, Osborn W, Balck F, et al. Effect of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Crohn's disease: main results of the German Prospective Multicenter Psychotherapy Treatment study on Crohn's Disease. *Journal of Psychosomatic research*. 2004;56(6):687-96.