

بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو

سپهر مهاجرانی^۱، سید عباس حقایق^{۲*}، پیمان ادیبی^۳

^۱ گروه روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

^۲ گروه روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

^۳ استاد، مرکز تحقیقات گوارش، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان

چکیده

زمینه و هدف :

کیفیت زندگی یک متغیر مهم در تعیین اثرات بیماری بر زندگی بیماران مبتلا به کولیت السراتیو می باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السراتیو انجام گرفته است.

روش بررسی :

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع طرح های همبستگی است. ۵۸ بیمار مبتلا به کولیت السراتیو (۳۴ زن، ۲۴ مرد) که از فروردین ماه سال ۱۳۹۵ به کلینیک های گوارش اصفهان مراجعه کردند انتخاب شدند. آن ها با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و داده ها از فرم های جمعیت شناختی مربوط به بیماران و پرسشنامه های اندازه گیری مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۲۰- FTAS)^۱، پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری (IPQ-B)^۲، مقیاس تاب آوری بزرگسالان (CD-RISC)^۳ و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده (۹- IBDQ)^۴ جمع آوری شدند.

یافته ها :

بر اساس نتایج رگرسیون، بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو رابطه وجود دارد. علاوه بر این، نتایج حاصل از همبستگی نشان داده است که بین ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی داری وجود دارد. ($P > 0.05$)

نتیجه گیری :

بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش می توان نتیجه گرفت -در بین متغیرهای پژوهش- ادراک بیماری، بیشترین ارتباط را با کیفیت زندگی این بیماران داشته است.

کلید واژه: ناگویی هیجانی، ادراک بیماری، تاب آوری، کیفیت زندگی، کولیت السراتیو

گوارش/ دوره ۲۲، شماره ۱/ بهار ۱۳۹۶-۳۸-۲۸

1. Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale-20
2. The Brief Illness Perception Questionnaire
3. Connor- Davidson, Resilience Scale
4. Inflammatory bowel disease questionnaire-9

زمینه و هدف :

بیماری های التهابی روده (IBD)^۱ دسته ای از بیماری های ایدیوپاتیک و مزمن روده ای هستند که شامل دو بیماری کرون (CD)^۲ که می تواند تمام قسمت های دستگاه گوارش را درگیر کند و کولیت اولسراتیو (UC)^۳ که به روده بزرگ محدود است، می باشد. (۱) التهاب در این بیماری اغلب در رکتوم و نواحی انتهایی کولون اتفاق می افتد؛ اما امکان این که تمامی کولون را درگیر کند نیز هست. (۲) در سال ۲۰۱۲ بروز سالانه UC، IBD و CD در ایران به ترتیب ۳/۱۱، ۲/۷۰ و ۰/۴۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر و شیوع سالانه UC، IBD و CD به ترتیب ۴۰/۶۷، ۳۵/۵۲ و ۵/۰۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است. (۳) در ایران در سال ۲۰۰۴ سن میانگین افراد مبتلا ۳۱/۹ سال

1. Inflammatory bowel diseases (IBD)
2. Crohn's disease (CD)
3. Ulcerative Colitis (UC)

*نویسنده مسئول: سید عباس حقایق

گروه روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تلفکس: ۰۳۱ - ۴۲۲۹۲۷۷۰

پست الکترونیک: abbas.haghighy@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۲۵

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۵/۱۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۹

در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده ۲۰ سال پس از تشخیص بیماری نشان داد علائم بیماری هنوز هم کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر منفی قرار داده است. (۱۴)

یکی از واضح ترین سازه هایی که به منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است. (۱۵) سیفئوس^۵ نخستین بار واژه "ناگویی هیجانی" را به منظور توصیف مجموعه ای از ویژگیهای شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی مشاهده شده بود، به کار برد. (۱۶) ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی است. این مشخصه ها بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات می باشند. (۱۷). ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات، ناگویی هیجانی نامیده می شود. (۱۸) ناگویی هیجانی را سازه ای روان شناختی در نظر می گیرند که آن را می توان به دو بعد شناختی و خلقی تقسیم کرد. بعد شناختی آن با مشکلاتی در تشخیص، ابراز کلامی و تحلیل احساسات مشخص می شود و بعد خلقی آن کاهش سطوح تجارب و تصویر سازی ذهنی از هیجانات را شامل می شود. (۱۹) در یک مطالعه، پروچلی و همکاران به بررسی ناگویی هیجانی در بیماری التهابی روده در یک گروه ۱۱۲ نفری از بیماران مبتلا به IBD (۸۹ نفر مبتلا به کولیت اولسراتیو و ۲۳ نفر مبتلا به بیماری کرون) پرداختند. گروه مبتلا به IBD به طور قابل توجهی ناگویی هیجانی بیشتری از گروه سالم داشتند. در این مطالعه همچنین ثابت شد که ناگویی هیجانی ربطی به طول مدت بیماری و میزان فعالیت بیماری ندارد. (۲۰) نتایج تحقیق ایگلاسیوس-ری^۶ و همکاران تحت عنوان بررسی تأثیر ناگویی هیجانی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماری های التهابی روده نشان داد ناگویی هیجانی به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی نامناسب این بیماران رابطه دارد. دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی مهمترین خرده مقیاس های ناگویی هیجانی مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران بود. (۲۲)

منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی بیمار از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری بیماری خود می باشد. (۲۳) حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند می توانند دیدگاه های بسیار متفاوتی از بیماریشان داشته باشند. (۲۴) از نظر روان شناسی ادراک بیماری در فرد بیمار بر پایه ی کسب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می گیرد و می تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. (۲۵) وقتی یک بیماری برای یک فرد تشخیص داده شود و با هنگامی که فرد دچار آسیبی می شود، تلاش می کند یک طرحواره ی شناختی از بیماری تشکیل دهد تا بیماری را برای خودش معنا کند. این ادراک از بیماری در هدایت شیوه های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد. به طور کلی طرحواره ی شناختی از بیماری یا ادراک بیماری دارای پنج جنبه می باشد که شامل باورهای بیمار درباره ی هویت بیماری، علل ایجاد بیماری، زمان بیماری، کنترل یا درمان بیماری و پیامدهای

برای UC و شیوع کلی آن مشابه سایر نقاط جهان و رو به افزایش گزارش شده است. (۴) از طرفی طی مطالعات جدیدتر در ایران در سال ۲۰۱۲ سن میانگین افراد مبتلا برای UC ۳۲/۸۰ سال و سن میانگین افراد مبتلا برای CD ۲۹/۹۸ سال بوده است. (۳) بیماری کولیت اولسراتیو از جمله بیماری های گوارشی هستند که نقش عوامل روانشناختی در سیر بالینی آن ها و کیفیت زندگی مبتلایان و سازگاری آن ها به درمان مورد بررسی قرار گرفته است. افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو معمولاً از افت کیفیت زندگی محسوس ریج می برند که اغلب به خاطر دوره های عود غیر قابل پیش بینی و همچنین نوسانات زیاد در شدت علائم جسمانی بیماری است. (۵) در پژوهش ساینسپوری^۱ و همکاران نشان داده شد که اختلالات روانیزشکی در افراد مبتلا به بیماری های التهابی روده، شیوع بالایی داشته است به دلیل مزمن بودن بیماری، این بیماری معمولاً مشکلات فیزیکی، اجتماعی، روانی و اقتصادی قابل توجهی برای فرد بیمار ایجاد می کند. (۶) نتایج پژوهش طباطبائیان و همکاران تحت عنوان بررسی رابطه وضعیت روانی بیماران کولیت اولسراتیو با کیفیت زندگی آن ها نشان داد سطح اضطراب، افسردگی و تنش روانی با تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران همبستگی معنادار دارد. (۷) همچنین پژوهش لی بلانک^۲ و همکاران نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به کولیت السراتیو نسبت به جمعیت عمومی به طور قابل توجهی پایین تر است. در ذیل ابتدا سازه کیفیت زندگی معرفی شده و چند مولفه مهم و تأثیر گذار در این سازه بررسی می شود. (۸)

کیفیت زندگی به صورت "یک ساختار چندبعدی شامل ادراکات منفی و مثبت فرد از ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی و عملکردهای شناختی، به همراه ابعاد منفی ناراحتی های جسمی و دیگر علائم به وجود آمده ناشی از بیماری و درمان های مربوط به آن" تعریف می شود. (۹) کیفیت زندگی، تحت تأثیر عوامل مرتبط با بیماری و نیز سایر عوامل مستقل از فعالیت و شدت بیماری قرار دارد که به طور کامل شناخته نشده اند. (۱۰) مطالعات پیشین در مورد کیفیت زندگی بیماران التهابی روده در سایر کشورها به طور عمده 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)، را مورد بررسی قرار داده اند. (۱۱ و ۱۲) از سوی دیگر با توجه به مطالعات داخلی، تعداد بیماران کولیت السروز مراجعه کننده به کلینیک های درمانی کشور در حال افزایش است. (۴) یوننو^۳ و همکاران در پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر بیماری های التهابی روده در کیفیت زندگی بیماران مبتلا در ژاپن نشان دادند این بیماران به خاطر بیماری خود مجبور به پیدا کردن کار نیمه وقت شده اند، بعضی از آن ها به دلیل وجود نشانه های بیماری کار خود را از دست داده بودند و فعالیت های اجتماعی آنها به دلیل علائم همراه شدیداً تحت تأثیر قرار گرفته است. (۱۳) همچنین نتایج پژوهش هوپرت-هائوس^۴ و همکاران تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

1. Sainsbury
2. Le Blanc
3. Ueno
4. Huppertz-Hauss

5. Sifneos
6. Iglesias-Rey

داوطلب شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند. نمونه گیری از فروردین تا خرداد ماه ۱۳۹۵ انجام شد. در روند نمونه گیری ملاک های ورود و خروج ذیل در نظر گرفته شد: ملاک های ورود شامل ۱) دارا بودن حداقل سواد برای درک سوالات پرسشنامه ۲) واجد علائم کولیت السراتیو باشند و هنوز به مرحله بهبودی نرسیده باشند و ملاک های خروج ۱) عدم پاسخ گویی به بیش از ۵٪ از سوالات پرسشنامه های مورد استفاده ۲) عدم تمایل بیماران به ادامه شرکت در پژوهش. (به علت این که پرسشنامه ها در داخل اتاقی که از طرف همکار پزشک شرکت کننده در پژوهش در اختیار پژوهشگر قرار داده شده بود و بیماران بلافاصله بعد از معرفی پزشک آن ها را تکمیل می کردند، هیچ ریزشی در فرایند نمونه گیری به وجود نیامد).

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده (IBDQ-9):

این پرسشنامه توسط غلامرضایی و همکاران جهت سنجش کیفیت زندگی در بیماری های التهابی روده در ایران ساخته شده است. هرگویه توسط یک مقیاس رتبه ای ۱ تا ۷ درجه ای نمره گذاری می شود. پرسشنامه IBDQ-9 با روش استاندارد ترجمه، به زبان فارسی ترجمه شده است و ثبات درونی پرسشنامه IBDQ-9 به شیوه آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ و در بررسی روایی همگرا رابطه معناداری بین نمره با نمره کلی پرسشنامه زمینه یابی سلامت ویر و شربون مشاهده شد. (۳۳)

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS-20):

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است که سؤالات را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. ویژگی های روان سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش های متعدد بررسی و تأیید شده است. (۳۴-۳۶) در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (۱۶)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی با آزمای مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ $r =$ برای ناگویی هیجانی کل تأیید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = -0/80, p < 0/001$)، بهزیستی روان شناختی ($r = -0/78, p < 0/001$) و درماندگی روان شناختی ($p < 0/001$)، همبستگی معنادار وجود دارد. (۱۶)

پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری (IPQ-B):

پرسشنامه دارای ۹ سؤال است که توسط براد بنت^۳ و همکاران و بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. (۳۷) همه سؤالات (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه بندی از صفر تا ده پاسخ داده می شود. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس

3. Brad Benet

بیماری می باشد. برخی از مطالعات نشان داده اند که به طور کلی در بیماران که ادراک و نگرش های منفی در مورد بیماریشان دارند، این ادراک با ناتوانی بیشتر در آینده، کاهش سرعت بهبود و استفاده ی بیشتر از خدمات پزشکی، مستقل از شدت واقعی بیماری در ارتباط می باشد. (۲۶) اخیراً نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری های مزمن مورد توجه قرار گرفته است. دوریان^۱ و همکاران در پژوهشی بیان داشتند اهمیت پرداختن به ادراک بیماری در توسعه مداخلات روان شناختی مناسب برای بیماران کولیت السراتیو بسیار ضروری است. جمع بندی کلی از مرور متون مربوط به این ویژگی نشان می دهد که ارتباط معناداری بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران کولیت السراتیو وجود دارد. (۲۸)

تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش (۲۹) یا توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط ناگوار تعریف شده است. (۳۰) افراد تاب آور، در مواجهه با شرایط زندگی، پویا و انعطاف پذیر هستند. (۳۱) در پژوهش دوریان و همکاران، تأثیر تاب آوری در کیفیت زندگی بیماران کرون (به عنوان یک بیماری التهابی روده) مورد تأیید قرار گرفته است. (۳۲)

گزارش های غیررسمی نشان از افزایش چشمگیر تعداد موارد بیماری های التهابی روده کولیت اولسراتیو و کرون در جامعه ایران دارد. (۴) از آنجا که کولیت اولسراتیو در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش می باشد و متغیرهای روان شناختی نقشی غیر قابل انکار در ایجاد و تداوم این بیماری ایفا می کنند باید در درمان این بیماران کلیه ابعاد روانی را در نظر گرفت تا به طور هرچه بهتری به این بیماران کمک شده و کیفیت زندگی آن ها را بهبود بخشید و فشارهای روانی، فیزیکی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از این بیماری را کاهش داد. اکثر پژوهش های روانشناختی داخل کشور در زمینه کیفیت زندگی بیماران گوارشی بر اختلالات گوارشی کارکردی متمرکز بوده است. این در حالی است که کیفیت زندگی در بیماران UC نیز از اهمیت زیادی برخوردار است و به عنوان یک متغیر هدف مهم به شمار می آید. با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سه متغیر روانشناختی ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو بوده است.

روش بررسی:

جامعه و نمونه

پژوهش حاضر به لحاظ نوع طرح در دسته پژوهش های همبستگی قرار دارد. متغیرهای پژوهش شامل متغیرملاک (کیفیت زندگی) و متغیرهای پیش بین (ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری) می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به کلینیک های گوارشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل می دادند. نمونه گیری به شیوه در دسترس بود، تعداد ۵۸ نفر از افرادی که بر اساس تشخیص فوق تخصص گوارش و کبد (و بر اساس شواهد کولونوسکوپی و پاتولوژیک بیماری کولیت السراتیو)

1. Dorrian
2. Dür

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی فاصله ای پژوهش

متغیرها	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد ± میانگین
سن	۲۱ سال	۶۶ سال	۴۰/۶۵ ± ۱۱/۹۰
تعداد خواهر و برادر	۱	۸	۳/۹۴ ± ۱/۹۰
مدت زمان ابتلا به بیماری کولیت السراتیو	۵ ماه	۴۲۰ ماه	۹۳/۳۹ ± ۸۹/۳۲
مدت زمان تأخیر در استفاده از درمان	۰ ماه (بدون تأخیر در استفاده از درمان)	۲۴۰ ماه	۱۴/۸۲ ± ۴۰/۴۸

آمار جدول بالا مقادیر حداقل و حداکثر و همچنین شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی جمعیت شناختی و بالینی مشارکت کنندگان را نشان می دهد. میانگین سن بیماران ۴۰/۶۵ سال بود و مدت زمان ابتلا آنها به بیماری در حدود ۹۴ ماه و مدت زمان تأخیر در استفاده از درمان آنها تقریباً ۱۵ ماه بود.

برای شرکت کنندگان در پژوهش، اهداف مطالعه توضیح داده شد. سپس به منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، در صورتی که فرد رضایت کامل برای شرکت در پژوهش داشت به عنوان نمونه انتخاب شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت کنندگان به آن ها گفته شد هر زمان که تمایل به ادامه و تکمیل پرسشنامه ندارند می توانند انصراف دهند. در ضمن توضیح داده شد که اطلاعات پرسشنامه ها محرمانه و بدون نام خواهد بود. نمونه گیری در اواخر خرداد ماه ۱۳۹۵ پایان یافت. پس از جمع آوری تعداد مورد نیاز، پرسشنامه ها بر اساس دستورالعمل هر کدام به دقت نمره گذاری شده و نمره هر پرسشنامه و اطلاعات مورد نیاز برای هر فرد در یک فایل ثبت شد.

روش تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد و روش های آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار و فراوانی درصد) و آمار استنباطی (رگرسیون چند گانه به روش ورود و ضریب همبستگی پیرسون) به کار گرفته شد.

یافته ها:

مطالعه حاضر در نمونه ای به حجم ۵۸ نفر انجام شد، جداول ۱ و ۲ تعدادی از متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی نمونه پژوهش و جدول ۳ آماره های توصیفی متغیرهای اصلی را نشان می دهد.

پیش فرض های آماری

با توجه به اینکه استفاده از رگرسیون خطی مبتنی بر دو پیش فرض اساسی فقدان روابط انحنایی بین متغیرهای مستقل با وابسته و هم خطی چندگانه است، ابتدا این دو پیش فرض مورد بررسی قرار گرفت.

۱) فقدان روابط انحنایی: جهت اطمینان از فقدان روابط انحنایی بین ترکیب خطی متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک از تحلیل مقادیر باقیمانده استفاده شد که بین ترکیب خطی متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک روابط انحنایی وجود نداشت.

۲) همخطی چندگانه: جهت بررسی هم خطی بین متغیرهای مستقل از دو شاخص عامل تحمل^۱ و عامل تورم^۲ در تحلیل رگرسیون استفاده گردید (نقطه برش مربوط به شاخص های Tolerance

1. Tolerance

2. Variance Inflation Factor

کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ($r = -0/61, p < 0/001$). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه کرده اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی IPQ-R ۰/۷۱ بوده است. به طور کلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش آن بوده است. (۳۸)

مقیاس تاب آوری بزرگسالان (CD-RISC): این مقیاس که توسط کاتر و دیویدسون ساخته شد دارای ۲۵ سؤال می باشد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می شود. نمره میانگین این مقیاس ۵۲ است و هر چه نمره آزمودنی بالاتر از ۵۲ باشد، تاب آوری بیشتر و هر چه به صفر نزدیک تر شود تاب آوری کمتر می شود. به منظور تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب پایایی حاصله برابر با ۸۹ درصد بود، همچنین پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد شد. (۳۹) محمدی نیز در سال ۱۳۸۴ آن را در ایران هنجاریابی کرد. سامانی، جوکار و صحراگرد نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای پایایی این آزمون به دست آوردند. (۴۰)

برگه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی: اطلاعات فردی و جمعیت شناختی شرکت کنندگان از طریق برگه اطلاعات شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد خواهرها و برادرها، ترتیب ولادت، مدت زمان ابتلا به بیماری، تأخیر در استفاده از درمان، سابقه بیماری گوارشی شبیه به بیماری فعلی و سابقه خانوادگی بیماری گوارشی جمع آوری گردید.

شیوه اجرا

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که، پژوهشگر در ابتدا پرسشنامه ها را به صورت یک دفترچه با جلد و حاشیه تهیه کرد که از نظر بصری برای شرکت کننده جالب توجه باشد. برای هر پرسشنامه توضیحات لازم در دفترچه نوشته شد، سپس با مراجعه به مطب فوق تخصص گوارش و همهانگی با منشی های مطب، و بعد از مشخص شدن نمونه های دارای بیماری کولیت السراتیو، اقدام به انتخاب نمونه اولیه کرد. فرایند نمونه گیری از اول فروردین ماه ۱۳۹۵ شروع شد. هر گونه توضیح مورد نیاز توسط فوق تخصص گوارش و کبد مطب، در اختیار شرکت کننده قرار گرفت. محل انجام نمونه گیری در اتاق کناری مطب فوق تخصص گوارش انجام پذیرفت.

جدول ۲: متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی مقوله ای پژوهش

متغیرها	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۴
	زن	۳۴
وضعیت تأهل	مجرد	۶
	متأهل	۵۰
	مطلقه یا بیوه	۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۴
	غیر شاغل	۳۴
تحصیلات	دانشگاهی	۲۶
	غیر دانشگاهی	۳۲
ترتیب ولادت	اول	۲۵
	وسط	۲۲
	آخر	۱۱
وضعیت اقتصادی خانواده	خوب	۱۰
	متوسط	۴۱
	ضعیف	۷
داشتن بیماری گوارشی مشابه بیماری فعلی	بدون بیماری	۴۰
	سندرم روده تحریک پذیر	۲
	سو هاضمه	۱
	ورم معده	۳
	زخم معده و زخم اثنی عشر	۵
	مشکلات اعصاب و روان	۷
	بدون بیماری	۲۵
	سندرم روده تحریک پذیر	۴
	سو هاضمه	۱
	ورم معده	۴
داشتن سابقه خانوادگی بیماری گوارشی مشابه بیماری فعلی بیمار	زخم معده و زخم اثنی عشر	۳
	مشکلات اعصاب و روان	۴
	کولیت السراتیو	۱۱
	سرطان روده	۲
	یبوست	۴

آمار جدول بالا توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی پژوهش را نشان می دهد. در حدود بیش از نصف نمونه آماری از نظر جنسیت زن، از نظر وضعیت تأهل متأهل، از نظر وضعیت شغلی غیر شاغل، از نظر وضعیت تحصیلات دارای تحصیلات غیر دانشگاهی، از نظر وضعیت اقتصادی متوسط و بدون هیچ گونه بیماری گوارشی مشابه بیماری فعلی بودند.

جدول ۳: شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای کیفیت زندگی، ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
کیفیت زندگی	۳۱/۸۱	۱۰/۵۲	۶۰	۱۵
ناگویی هیجانی	۵۳/۹۳	۱۳/۱۱	۷۸	۲۶
ادراک بیماری	۴۶/۳۹	۸/۹۹	۶۹	۲۶
تاب آوری	۶۰/۴۴	۱۵/۸۸	۹۲	۲۱

آمار جدول بالا میانگین، انحراف معیار، حداکثر و حداقل متغیرهای پیش بین و ملاک پژوهش را نشان می دهد که در قسمت نتایج به طور جامه در مورد کم و کیف مقادیر هر یک از آن ها و ارتباط آن ها با جدول همبستگی بحث شده است.

جدول ۴: برآورد رگرسیون چندگانه به روش ورود جهت تعیین میزان رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی

مدل					
مدل	R	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای معیار	
مدل	۰/۵۸۹	۰/۳۴۷	۰/۳۱۱	۸/۷۲	
تحلیل واریانس					
مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	Sig
رگرسیون	۲۱۹۵/۱۰۸	۳	۷۳۱/۷۰۳	۹/۵۸۶	۰/۰۰۰
باقیمانده	۴۱۲۱/۸۰۶	۵۴	۷۶/۳۳۰		
کل	۶۳۱۶/۹۱۴	۵۷	-		
ضرایب					
مدل	α	B	خطای معیار	Beta	T
ناگویی هیجانی	۰/۱۳۱	۰/۰۹۵	۰/۱۶۴	۱/۳۸۳	۰/۱۷۲
ادراک بیماری	-۳/۴۵۴	۰/۶۰۰	۰/۱۵۶	۳/۸۶۰	۰/۰۰۰
تاب آوری	۰/۰۰۶	۰/۰۸۳	۰/۰۰۸	۰/۰۶۷	۰/۹۴۷

جدول ۵: برآورد ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل با کیفیت زندگی

متغیر	تعداد	ضریب پیرسون	حداکثر
ناگویی هیجانی	۵۸	۰/۳۵۲	۰/۰۰۳
ادراک بیماری	۵۸	۰/۵۶۹	۰/۰۰۰
تاب آوری	۵۸	-۰/۲۶۴	۰/۰۲۳

مقادیر جدول بالا بیانگر این است: بین متغیرهای ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). با توجه به علامت ضریب همبستگی می توان گفت رابطه بین متغیر ناگویی هیجانی و ادراک بیماری با کیفیت زندگی پایین بیمار، مستقیم می باشد و رابطه بین متغیر تاب آوری با کیفیت زندگی پایین معکوس بر آورد می شود.

های مشاهده شده در نمرات کیفیت زندگی توسط سه متغیر ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری تبیین می شود. و ۶۵ درصد باقی مانده به عوامل دیگری غیر از این سه متغیر مربوط می شود. همچنین، نگاهی به ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که فقط ادراک بیماری ($\beta = ۰/۶۰$) می تواند کیفیت زندگی را به طور مثبت و معناداری پیش بینی کنند. رگرسیون بر اساس ضرایب استاندارد و غیر استاندارد در ذیل ارائه شده است.

به منظور بررسی ضرایب همبستگی متغیرهای پیش بین با ملاک به صورت جداگانه، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

بحث:

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السراتیو بوده است.

معادله غیر استاندارد

$$Y = \alpha + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3$$

(تاب آوری ۰/۰۰۶) + (ادراک بیماری ۰/۱۶) + (ناگویی هیجانی ۰/۱۲۱) + $-۳/۴۵۴$ = کیفیت زندگی

معادله استاندارد

$$Y = \alpha + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3$$

(تاب آوری ۰/۰۰۸) + (ادراک بیماری ۰/۵۱۳) + (ناگویی هیجانی ۰/۱۶۴) + $-۳/۴۵۴$ = کیفیت زندگی

و VIF به ترتیب ۰/۴ و ۲/۵ می باشد). نتیجه این بررسی نشان داد بین متغیرهای پیش بین پژوهش هم خطی بالایی وجود ندارد یا به عبارت دیگر همخطی در حالت نامطلوب نیست.

بعد از رعایت پیش فرض ها به منظور بررسی رابطه متغیرهای ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی از رگرسیون چند گانه به روش ورود استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۴ گزارش شده است. با بررسی همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای بالینی با متغیر ملاک (نمرات کیفیت زندگی)، رابطه معنا داری پیدا نشد و به همین دلیل به عنوان متغیر کنترل به حساب نیامده و وارد معادله اصلی نشدند.

بر اساس جدول بالا مقدار آزمون F برای بررسی نقش ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری بر کیفیت زندگی برابر با ۹/۵۸۶ بوده که در سطح $p > ۰/۰۰۱$ معنی دار است. نگاهی بر ضریب تعیین یا واریانس مشترک برآورده شده در جدول بالا نشان می دهد ۳۵ درصد از واریانس

در ذیل نتایج به دست آمده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات، ناگویی هیجانی نامیده می‌شود. (۱۸) افراد دارای ناگویی هیجانی با مشکلاتی در تشخیص، ابراز کلامی، تحلیل احساسات، کاهش سطوح تجارب و تصویر سازی ذهنی از هیجانات رو به رو هستند. (۱۹) از طرفی تاب آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصایب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آنها تعریف شده است. (۲۹) افرادی که تاب آوری پایینی دارند میزان سازگاری موفق آن‌ها با شرایط ناگوار از جمله موقعیت ابتلا به بیماری محدود می‌شود. در باب متغیر ادراک بیماری باید گفت وقتی ادراکات منفی فرد از ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی و عملکردهای شناختی بالا می‌رود، شدت بیماری، طول دوره بیماری، سابقه بستری شدن در بیمارستان، نیاز به جراحی، تظاهرات خارج روده ای، دفعات عود بیماری در سال‌های آینده همگی رو به وخامت می‌گذارد و بالطبع کیفیت زندگی افت می‌کند. به طور کلی تمامی هر سه عامل یعنی ناگویی هیجانی، ادراک و نگرش منفی بیمار نسبت به بیماری خود و تاب آوری پایین و محدود علاوه بر اختلال در امور روزانه فرد، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد و نتایج این پژوهش نیز به این امر صحت می‌گذارد. گرچه رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری بر اساس ضریب همبستگی پیرسون هر سه با کیفیت زندگی معنادار است اما این رابطه در ناگویی هیجانی و ادراک بیماری به صورت مستقیم و در تاب آوری به صورت معکوس در آمده است. این بدان معناست که هرچقدر فرد از ناگویی هیجانی بیشتری رنج ببرد و درک وخیم تری از بیماری خود داشته باشد و نمره این ادراک وخیم از بیماری بیشتر باشد، کیفیت زندگی پایینتری دارد و بالعکس. در متغیر تاب آوری به شکل دیگری ظاهر شده است به طوری که هر چقدر فرد از تاب آوری بیشتری برخوردار باشد، کیفیت زندگی بالاتری دارد و بالعکس. نتایج حاصل این پژوهش تا حدودی با تحقیقات بویس، جانسن، موکلبی^۱ و همکاران و گوتریه، جکسون، شافر^۲ و همکاران مبنی بر پایین و نامناسب بودن کیفیت زندگی بیماران کولیت السراتیو (۴۱ و ۴۲)، همسو است. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیقات عابدی منش و همکاران در سال ۱۳۹۰ مبنی بر این که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السروز پایین تر از افراد سالم می‌باشد و بیماران مبتلا به کولیت السروز هم از مشکلات روده ای و رفتاری های خارج روده ای و هم از اثرات منفی بیماری روی اعتماد به نفس و زندگی اجتماعی رنج می‌برند (۴۳)، همسو است. نتایج حاصل از تحلیل پرسشنامه های استفاده شده در باب متغیر ناگویی هیجانی نشان داد که بین این متغیر با کیفیت زندگی بیماران کولیت السراتیو رابطه معناداری وجود دارد. این بدان معناست که افرادی که در دوران زندگی خود از ناگویی هیجانی برخوردار باشند، نمرات کیفیت زندگی پایین تری دارند و در نتیجه ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السراتیو تأثیر می‌گذارد و با آن رابطه دارد. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ظرفیت همدردی محدودی با حالت های هیجانی دیگران دارند و در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران

مشکل دارند و همین امر موجب انزوا و گوشه گیری و فاصله گرفتن این افراد از اجتماع می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی از حالت طبیعی خارج می‌شود و همچنین افرادی که دارای ناگویی هیجانی در زندگی خود هستند در حقیقت پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان های ضعیفی دارند که همین امر موجب می‌شود بر سیستم جسمانی و روانشناختی فرد اثر منفی بگذارد و سلامت روانی آن‌ها کاهش می‌یابد و دفعات عود بیماری آن‌ها بیشتر می‌شود و هزینه های درمانی آن‌ها بالا می‌رود، و تمامی اینها سبب افت کیفیت زندگی می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر هم این امر را تأیید کرده است و رابطه این دو متغیر را معنا دار دانسته است. رابطه معنا دار بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت السراتیو تا حدودی با نتایج پژوهش امین پور و همکاران در سال ۱۳۹۴ مبنی بر این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مشکلات بیماران کولیت السراتیو از جمله آن‌هایی که ناتوان در روی آوردن به اجتماع و مردم آمیزی هستند و همچنین آن‌ها که ناتوان در انجام فعالیت‌ها و مسئولیت‌های خود هستند را بهبود بخشد (۴۴)، همسو است، ناتوانی در روی آوردن به اجتماع و مردم آمیزی و ناتوانی در انجام مسئولیت‌ها طبق پژوهش بشارت و همکاران از خرده مقیاس های ناگویی هیجانی می‌باشد (۱۶) و می‌توان از مجموع پژوهش امین پور و همکاران و بشارت و همکاران نتیجه گرفت بیماران کولیت السراتیو دو خرده مقیاس ناگویی هیجانی که ذکر آن گذشت را دارا می‌باشند و به همین علت با نتایج این پژوهش همسو است. همچنین نتایج متغیر مورد تحلیل در این مورد با نتایج پژوهش لونستین^۳ و تونچی، لپره، لیوتا^۴ و همکاران، مبنی بر این که وجود مشکلات بین شخصی، شخصیت درونگرا و اثر منفی بیماری بر روی اعتماد به نفس در این بیماران وجود دارد (۴۵ و ۴۶) تا حدودی همسو است. همچنین این رابطه با نتایج تحقیقات پروچلی، لئوچی، گوئرا و همکاران، همسو است. در تحقیقات این پژوهشگران ۱۰۴ بیمار مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) به مدت ۶ ماه مورد بررسی قرار گرفتند، مطالعات آن‌ها نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب این بیماران در طول زمان با تغییر در میزان فعالیت بیماری تغییر پیدا کرد، ولی هیچ تغییر قابل توجهی در نمرات ناگویی هیجانی آن‌ها مشاهده نشد. این یافته‌ها از بحث های پیرامون این مسئله که ناگویی هیجانی یک ویژگی شخصیتی پایدار در بیماران IBD است، حمایت کرد و در مقابل آن اضطراب و افسردگی بیماری در بیماران بر اساس اطلاعات بدست آمده از منابع متفاوت محیطی و باورهای آن‌ها بدست می‌آید و می‌تواند سلامت روان و توانایی آن‌ها در انطباق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. (۲۵) در بیماران مبتلا به کولیت السراتیو رفتار و واکنش های هیجانی نسبت به بیماری بر اساس ادراک از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری به طور نامناسبی شکل گرفته است و تمامی این موارد گفته شده زمینه ساز دوری گزینی و افسردگی و کاهش سلامت روانی این افراد می‌شود، بیماری خود را لاعلاج تصور می‌کنند و باورهای نامناسب شکل

3. Levenstein
4. Tocchi, Lepre, Liotta

1. Boyce, Jahnsen, Mokleby
2. Guthrie, Jackson, Shaffer

فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد را در خود پرورش نداده اند و به دلیل این که تمامی این موارد گفته شده که از خرده مقیاس های تاب آوری می باشند را ندارند، از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی در وضعیت مساعدی قرار نمی گیرند و همگی این موارد کیفیت زندگی آن ها را پایین می آورد. نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیقات دور، استفر، اسملن و همکاران با موضوع تأثیر تاب آوری در کیفیت زندگی بیماران کرون تا حدودی همسو و شاید قابل تعمیم است. جمع بندی کلی از مرور متون مربوط به این پژوهش نشان می دهد که ارتباط معناداری بین تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران کرون وجود دارد. (۳۲) لازم به ذکر است که کولیت السراتیو و بیماری کرون دو نوع اصلی از بیماری های التهابی روده می باشند. در پایان باید گفت یافته های این پژوهش در بخش گردآوری داده های کمی از طریق پرسشنامه، به دلیل محدودیت دسترسی به هر یک از آن ها منجر به تأخیر در تکمیل پرسشنامه ها و در نتیجه طولانی شدن مدت زمان جمع آوری اطلاعات شد و همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده به دلیل تعداد محدود سوالات همه حیطه های کیفیت زندگی را پوشش نمی دهد. در بیماری کولیت السراتیو هدف نهایی صرفاً کاهش علائم نیست، بلکه بهبود حیطه هایی از زندگی است که به علت بیماری دچار مشکل شده، ولی بهبود این حیطه ها که در غالب اصطلاح کیفیت زندگی بررسی می شود مستلزم شناسایی متغیرهایی است که در کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی می گذارد، به عبارت دیگر صرف کاهش علائم با دارو منجر به بهبود کیفیت زندگی نمی شود. از آن جا که شرایط استرس زا باعث برگشت علائم بیماری می شود مطالعه متغیر های روان شناختی این بیماران حائز اهمیت است. احتمالاً یافته های این پژوهش می تواند باعث شناخت بیشتر نقش عوامل روان شناختی در بروز بیماری های جسمانی شود و با شناسایی ویژگی های روان شناختی افراد مبتلا به کولیت السراتیو به آن ها در جهت شناختن خویشتن کمک کند؛ پیشنهاد می شود، این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر برای نمونه هایی با حجم بیشتر و در کشورها و جوامع مختلف تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج هر چه بیشتر دقیق تر شود. همچنین پیشنهاد می شود، در بین بیماران مبتلا به کولیت السراتیو، بیمارانی که دارای ناگویی هیجانی، ادراک منفی بیماری و تاب آوری محدود هستند شناسایی شوند و درمان های متناسب با بیماری برای آن ها پیشنهاد شود. و برنامه های آموزشی مناسب جهت بالا بردن سطح بهداشت روانی این بیماران انجام گیرد تا تنظیم هیجان های آن ها ارتقا بخشیده شود، ادراک منفی این افراد از بیماری بهبود یابد و به تاب آوری لازم و مناسب برسند. در صورتی که پیشرفت در هر یک از موارد فوق برای آن ها حاصل شود و با درمان دارویی مناسب توأم گردد می توان امید داشت کیفیت زندگی پایین این بیماران تغییرات مثبتی را در پی داشته باشد.

گرفته در ذهن این بیماران روند درمان را چه از نظر پیروی از دستورات پزشک و چه از نظر ابعاد دیگر با مشکلات عدیده ای روبه رو می کند و در ادامه کیفیت زندگی به دلیل وجود این باورهای اشتباه افت فاحشی پیدا می کند. نتایج حاصل از ضریب همبستگی و مدل رگرسیون چند گانه در باب متغیر ادراک بیماری با نتایج پژوهش درین، دمیستر، آدایر، مبنی بر این که ادراک افراد مبتلا به بیماری التهابی روده به طور کامل با کیفیت زندگی این بیماران در ارتباط است و پزشکان باید با پرداختن به مسائل مربوط به ادراک بیماری، بتوانند موجبات کاهش نگرانی های مشخص و اغلب ابراز نشده این بیماران را فراهم کنند و به بهبود کیفیت زندگی کمک کنند همسو است. آنها اهمیت پرداختن به ادراک بیماری در توسعه مداخلات روان شناختی مناسب برای بیماران کولیت السراتیو را توصیه کردند. (۲۸) همچنین نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج تحقیقات ون-در-هیو، فیدر، لندرز^۱ و همکاران، همسو است. آن ها بیان داشتند که بیماران مبتلا به کرون نسبت به بیماران کولیت السراتیو از نظر ادراک از بیماری ناتوان تر هستند و این ناتوانی در بیماران مبتلا به بیماری های التهابی روده به طور عمده توسط برداشت از بیماری می باشد تا مدت زمان بیماری یا فنوتیپ بیماری. (۴۷) نتایج پژوهش هاگز، لیندزلی، لومر^۲ و همکاران، مبنی بر این که ادراک بیماران مبتلا به بیماری های التهابی روده از بیماری و علائم همراه با آن مختل می باشد و این موضوع که علائم بیماری از نظر آن ها شرم آور است و موجب دوری گزینی و کاهش کیفیت زندگی می شود (۲۷)، همسو با نتایج این پژوهش است. پژوهش کاسلاس، آرناس و بائودت و همکاران^۳، مبنی بر بالا بودن سطح استرس روحی و نگرانی در مورد بیماری در بیماران کولیت السراتیو (۴۸)، نیز در جهت تایید یافته های این پژوهش است. این یافته ها را می توان تا حدودی با مطالعه بنبروک-اورتر^۴ و همکاران همسو دانست که در آن بیماران التهابی روده پس از شرکت در یک درمان چند مؤلفه ای رفتاری که شامل استفاده از راهبردهای مقابله ای شناختی و تن آرامی تدریجی بود، گزارش کردند که علاوه بر تجربه اضطراب و افسردگی کمتر، درک و نگرش های منفی کمتری در مورد بیماری پیدا کرده اند. (۴۹) نتایج حاصل از این پژوهش در باب متغیر تاب آوری نشان داد بین این متغیر با متغیر کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. این بدان معناست که هر چقدر میزان تاب آوری افراد در سطح بالاتری باشد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار خواهند شد. زمانی که تاب آوری یک فرد بالا باشد، توانمندی او در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط ناگوار در وضعیت بهتری قرار می گیرد و مشارکت فعال و سازنده ای با محیط برقرار می کند و اقدامات او به پیامدهای سازگارانته منتهی می گردد. (۳۰) در این پژوهش تاب آوری نه چندان بالای بیماران کولیت السراتیو نشان دهنده این است که مشارکت کاملاً فعال و سازنده ای در برقراری یک نوع تعادل زیستی-روانی در شرایط ناگوار و نامناسب محیط بین فردی ندارند، توانایی های لازم برای غلبه بر تنش را به طور کامل دارا نمی باشند، توانایی های مقابله ای در محیط اجتماعی، ویژگی های

1. van der Have, Fidder, Leenders
2. Hughes, Lindsay, Lomer
3. Casellas, Arenas, Baudet
4. Bennebroek Evertsz'

REFERENCES

- Friedman S, Blumberg RS. Inflammatory Bowel Disease (Chapter 295). In: Longo, DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Larry Jameson J, Loscalzo J, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18 ed. *New York: McGraw-Hill Medical* 2012.
- Maines LW, Fitzpatrick LR, French KJ, Zhuang Y, Xia Z, Keller SN, et al. Suppression of ulcerative colitis in mice by orally available inhibitors of sphingosine kinase. *Dig Dis Sci* 2008;53:997-1012.
- Malekzadeh M, Vahedi H, Gohari K, Mehdipour P, Sepanlou S, Ebrahimi Daryani N, et al. Emerging Epidemic of Inflammatory Bowel Disease in a Middle Income Country: A Nation-wide Study from Iran. *Arch Iran Med* 2016;19:1-15.
- Aghazadeh R, Zali M, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi, F. Inflammatory bowel disease in Iran: a review of 457 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:1691-5.
- Voth J, Sirois, FM. The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabil Psychol* 2009;54:99-108.
- Sainsbury A, Heatley RV. Reviewarticle: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:499-508.
- Tabatabaiean M, Afshar H, Roohafza HR, Daghighzadeh, H, Feizi A, Sharbafchi, MR, et al. Psychological status in Iranian patients with ulcerative colitis and its relation to disease activity and quality of life. *J Res Med Sci* 2015;20: 577-84.
- LeBlanc K, Mosli MH, Parker CE, MacDonald JK. The impact of biological interventions for ulcerative colitis on health-related quality of life. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(9):CD008655.
- Koeng HG. Spirituality, Wellness, and Quality of Life, sexuality, Reproduction & Menopause 2004;2:76-82.
- Vidal A, Go´mez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salameo 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.
- 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.
- Ueno F, Nakayama Y, Hagiwara E, Kurimoto s, Hibi T. Impact of inflammatory bowel disease on Japanese patients' quality of life: results of a patient questionnaire survey. *J Gastroenterol* 2016 .
- Huppertz-Hauss G, Lie Høivik M, Jelsness-Jørgensen LP, Henriksen M, Høie O, Jahnsen J, et al. Health-related Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease 20 Years After Diagnosis: Results from the IBSEN Study. *Inflamm Bowel Dis* 2016;22:1679-87.
- Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:13-24.
- Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007;101:209-20.
- Lumineta O, Vermeulenb N, Demaretb C, Taylorc G J, Bagby MR. Alexithymia and level of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotional words. *J Res Personal* 2006.5:713-33.
- Heshmati R, GHorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavan V. Comparative study of alexithymia in patient with psychotic disorders, on psychotic and normal people. *Sci J Hamadan Uni Med Sci Health Serv* 2010;17:61-56.
- van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R, et al. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014;10:285-93.
- Porcelli Pa, Zaka Sa, Leoci Cb, Centonze Sc, Taylor, GJd. Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease. A Case-Control Study. *Psychother Psychosom* 1995;64:49-53.
- Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996;41:569-73.
- Iglesias-Rey M, Barreiro-de Acosta M, Caamaño-Isorna F, Vázquez Rodríguez I, Lorenzo González A, Bello-Paderne X, et al. Influence of alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: are there any related factors. *Scand J Gastroenterol* 2012;47:445-53.
- Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health* 1998;13:717-33.
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:163-7.
- Bahrami L, Ahmadian H, Eshghi G. Relationship between illness perception, depression and quality of life among vitiligo patients referred to Farshchian Hospital in Hamedan. 2014;5:139-131.
- 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;14:1104-10.
- Hughes LD, Lindsay J, Lomer M, Myfanwy M, Ayis A, King L & Whelan K. Psychosocial impact of food and nutrition in people with Inflammatory Bowel Disease: A qualitative study. 2011;17:60-32.
- Dorrian A, Dempster M, Adair P. Adjustment to inflammatory bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:47-55.
- Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol* 2009;30:53-60.
- Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-

- RISC). *Depress Anxiety* 2003;18:76-82.
31. Stratta P, Capanna C, Dell'Osso L, Carmassic C, Patriarca S, Di Emidio G, et al. Resilience and coping in trauma spectrum symptoms prediction: A structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences* 2015;77: 61-55.
 32. Dür M, Stoffer M, Smolen J, Stamm TA. Gender Differences of Concepts Important to People Living with Crohn's Disease and Their Coverage by Commonly Used Patient-Reported Outcome Instruments: Patient's Perspective Elevated by a Qualitative Study. Medical University of Vienna, Department for Internal Medicine III Division of Rheumatology 2012;18:45-20.
 33. Gholamrezaei A, Haghani S, Shemshaki H, Tavakoli H, Emami MH. Linguistic Validation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-Short Form (IBDQ-9) in Iranian Population. *J Isfahan Med Sch* 2011;28:1850-9.
 34. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences* 2001;30:115-107.
 35. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 2003;55:269-75.
 36. Palmer BR, Gignac G, Manocha R, Stough C. A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence* 2005;33:285-305.
 37. Brodbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60:631-7.
 38. Bagherian sararudi R, Bahrami ehsan h, Sanei h. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. *Research in psychological health*. 2008;2:39-29.
 39. Janie Pinterits E. Assessing resilience in youth exposed to trauma. *Development of the life assets and values assessment* 2012;40:24-12.
 40. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol (IJPCP)* 2007;13:290-5.
 41. 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.
 42. 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 Psychological Disorder in Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1994-9.
 43. Abedi Manesh N, Somi MH, Ostadrahimi A, Abedi Manesh S. Assessing of Health-Related Quality of Life and Stress Levels in Patients with Ulcerative Colitis, and its Relation with Clinical and Demographic Factors. *Govaresh* 2011;16:151-7.
 44. Amin Pur R, Ghorbani M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Coping Strategies in Women with Ulcerative Colitis. *Govaresh* 2015;20:34-42.
 45. Levenstein S. Stress and ulcerative colitis: convincing the doubting Thomases. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2112-5.
 46. Tocchi A, Lepre L, Liotta G, Mazzoni G, Costa G, Taborra L, et al. Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis. *Ital J Gastroentrol Hepatal* 1997;29:395-8.
 47. van der Have B, Fidder HH, Leenders M, Kaptein AA, van der Valk ME, van Bodegraven AA, Dijkstra G, de Jong DJ, Pierik M, Ponsioen CY, van der Meulen-de Jong AE, van der Woude CJ, van de Meeberg PC, Romberg-Camps MJ, Clemens CH, Jansen JM, Mahmmod N, Bolwerk CJ, Vermeijden JR, Siersema PD, Oldenburg B. COIN study group; Dutch Initiative on Crohn and Colitis. 2015;11:173-40.
 48. 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 multi-center study. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:488-96.
 49. Bennebroek Evertsz' F, Bockting CL, Stokkers PC, Hinnen C, Sanderman R, Sprangers MA. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol (KL!C- study). *BMC Psychiatry* 2012;14:212-27.

Relationship between Alexithymia, Illness Perception and Resilience with Quality of Life of Patients with Ulcerative Colitis

Sepehr Mohajerani¹, Sayed Abbas Haghayegh^{2*}, Peiman Adibi³

¹ Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

² Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

³ Professor, Research Center of Gastroenterology, Isfahan University of Medical Sciences.

ABSTRACT

Background:

The quality of life is an important target variable in determining the impact of the illness on the life of patients with ulcerative colitis. The present study aimed to investigate the role of alexithymia, illness perception, and resilience in the quality of life of patients with ulcerative colitis.

Materials and Methods:

This study is descriptive and correlational. 58 patients (34 females, 24 males) who suffered from ulcerative colitis and had referred to gastrointestinal clinics of Isfahan from March to May 2016 were selected. They were examined by using available sampling methods. The data were collected by three methods: 1. Demographic forms concerning the subjects. 2. Clinical interview done by gastroenterologists based on the evidence of endoscopic, pathological, and colonoscopic findings. 3. Questionnaires that measured the variables alexithymia (Bagby, Taylor, & Parker, 1994), illness perception (Brad Benet, and his colleagues, 2006), resilience (Conner & Davidson, 2003), and quality of life (standardized by Gholamrezaei, and his colleagues).

Results:

Based on regression results, there is a relationship between illness perception and the quality of life of the patients with ulcerative colitis. In addition, the results of correlation have shown that there is a significant relationship between alexithymia, illness perception, and resilience with the quality of life of the patients ($p < 0.05$).

Conclusion:

It can be concluded that among the variables, illness perception is the most relevant to the quality of life.

Keywords: Alexithymia, Illness perception, Resilience, Quality of life, Ulcerative colitis

please cite this paper as:

Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between Alexithymia, Illness Perception and Resilience with Quality of Life of Patients with Ulcerative Colitis. *Govaresh* 2017;22:28-38.

*Corresponding author:

Sayed Abbas Haghayegh
Department of Psychology, Najafabad Branch,
Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
Telefax: +98 31 42292770
Email: abbas.haghayegh@gmail.com

Received: 15 Nov. 2016

Edited: 16 Feb. 2017

Accepted: 17 Feb. 2017