

بِسْمِ ا...الرحمن الرحيم



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه دکتری رشته روانشناسی

تیب شخصیتی دی در بیماران کولیت اولسراتیو و مقایسه سازگاری روانشناختی و

افراد سالم و مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری و

آموزش خوش بینی بر سازگاری روانشناختی، شاخص های ایمنی- شناختی و

علایم جسمانی آنها

اساتید راهنما:

دکتر حسین مولوی

دکتر کریم عسگری

اساتید مشاور:

دکتر پیمان ادیبی

دکتر مهرداد کلانتری

پژوهشگر:

مرضیه سادات سجادی نژاد

تیرماه: ۱۳۹۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات
و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.










دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه دکتری رشته‌ی روانشناسی خانم مرضیه سادات سجادی نژاد
تحت عنوان

مقایسه سازگاری روانشناختی و تیپ شخصیتی دی در بیماران کولیت اولسراتیو و افراد
بهنجار و مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری و آموزش خوش
بینی بر سازگاری روانشناختی، شاخص های ایمنی- شناختی و علایم جسمانی آنها

در تاریخ ۱۳۹۰/۴/۲۴ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

	با مرتبه‌ی علمی استاد	دکتر حسین مولوی	۱- استاد راهنمای پایان نامه
	با مرتبه‌ی علمی استادیار	دکتر کریم عسگری	۲- استاد راهنمای پایان نامه
	با مرتبه‌ی علمی استاد	دکتر پیمان ادیبی	۳- استاد مشاور پایان نامه
	با مرتبه‌ی علمی دانشیار	دکتر مهرداد کلانتری	۴- استاد مشاور پایان نامه
	با مرتبه‌ی علمی استاد	دکتر حمید طاهر نشاط دوست	۵- استاد داور داخل گروه
	با مرتبه‌ی علمی دانشیار	دکتر حمیدرضا عریضی	۶- استاد داور داخل گروه
	با مرتبه‌ی علمی استاد	دکتر قربانعلی اسداللهی	۷- استاد داور خارج از گروه

امضای مدیر گروه


چکیده: کولیت اولسراتیو یکی از بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده مجرای گوارشی است که مقابله با آن تغییرات عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد ایجاد می‌کند. هدف پژوهش حاضر در بخش نخست، مقایسه سازگاری روانشناختی و تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد سالم بود. هدف بخش دوم پژوهش نیز مقایسه اثربخشی مدیریت استرس شناختی-رفتاری، آموزش خوش بینی و درمان طبی مرسوم بر سازگاری روانشناختی، شاخص‌های ایمنی شناختی و علائم بیماری این بیماران بود.

در بخش نخست، ۵۸ بیمار زن مبتلا به کولیت اولسراتیو، از بین مراجعه کنندگان به کلینیک‌های گوارشی سرپایی انتخاب شده و با ۵۹ نفر از افراد سالم، از لحاظ افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس، استرس ادراک شده، کیفیت زندگی (تحت عنوان سازگاری روانشناختی) و تیپ شخصیتی D مقایسه شدند. یافته‌ها نشان داد که بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو نسبت به افراد سالم در افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده نمرات بالاتری داشتند، بیشتر از راهبردهای مقابله هیجان مدار استفاده می‌کردند و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (سازگاری روانشناختی ضعیفتر) ($P < 0/01$). بین دو گروه از لحاظ مقابله مسأله مدار و مقابله اجتناب‌مدار تفاوتی وجود نداشت. نتایج همچنین فراوانی بیشتر تیپ شخصیتی D را در بین بیماران نسبت به افراد بهنجار نشان داد ($P < 0/05$).

در بخش دوم پژوهش، ۳۰ بیمار زن مبتلا به کولیت اولسراتیو به طور تصادفی به سه گروه مدیریت استرس شناختی-رفتاری بعلاوه درمان طبی مرسوم، آموزش خوش بینی بعلاوه درمان طبی مرسوم، و درمان طبی مرسوم قرار داده شدند. همه بیماران قبل از انجام مداخله، پس از آن و ۶ ماه پس از اتمام آن، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، پرسشنامه‌های شیوه‌های مقابله با استرس، استرس ادراک شده، کیفیت زندگی، ادراک بیماری و شاخص فعالیت بیماری لیتچیگر را تکمیل کردند و در هر ۳ مرحله نمونه‌های خونی از آنان جمع‌آوری شد. یافته‌های حاکی از اثربخشی مداخله مدیریت استرس شناختی-رفتاری و آموزش خوش بینی بر افسردگی، کیفیت زندگی، ادراک بیماری، مقابله مسأله مدار، کورتیزول و $TNF\alpha$ بود ($P < 0/05$)، که به نظر می‌رسد به دلیل تصحیح خطاهای شناختی، تصحیح ادراکات نادرست بیماران راجع به بیماری در گروه، آموزش مستقیم راهبردهای مقابله مسأله مدار و تنظیم بهتر سیستم ایمنی باشد. در بین این متغیرها، اثرات مداخلات بر افسردگی و ادراک بیماری تا مرحله پیگیری باقی ماند ($P < 0/05$). مداخله مدیریت استرس شناختی-رفتاری فقط بر استرس ادراک شده و آموزش خوش بینی فقط بر مقابله هیجان مدار مؤثر بودند ($P < 0/05$). هیچ یک از دو نوع مداخله در مرحله پس از آزمون بر اضطراب مؤثر نبودند اما اثرات آنها در پیگیری معنادار بود ($P < 0/05$)، که به نظر می‌رسد ناشی از اثر مواجهه با اضطراب سلامتی بیماران باشد که پس از مدتی حاصل می‌شود. هیچ یک از مداخلات نتوانستند بر علائم بیماری، $IL_{1\beta}$ ، IL_4 ، IL_6 و IL_{10} مؤثر باشند و به دلیل شباهت کلی چهارچوب مورد استفاده در دو شیوه مداخله، بین اثربخشی مداخله مدیریت استرس شناختی-رفتاری و آموزش خوش بینی بر هیچ یک از متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت.

کلمات کلیدی: کولیت اولسراتیو، سازگاری روانشناختی، تیپ شخصیتی D، مدیریت استرس شناختی-رفتاری، آموزش خوش بینی، شاخص‌های ایمنی شناختی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: مقدمه و تئوری	
۱-۱- مقدمه	۱
۲-۱- بیان مسأله پژوهشی	۶
۳-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش	۱۸
۴-۱- اهداف پژوهش	۲۳
۵-۱- فرضیه‌های پژوهش	۲۴
۶-۱- متغیرهای پژوهش	۲۶
۷-۱- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها	۲۷
فصل دوم: پیشینه پژوهش	
۱-۲- تاریخچه	۳۰
۲-۲- کولیت اولسراتیو	۳۱
۳-۲- تشخیص بیماری کولیت اولسراتیو	۳۴
۴-۲- تشخیص افتراقی	۳۵
۵-۲- سیر بیماری	۳۸
۶-۲- عوارض بیماری	۳۹
۱-۶-۲- عوارض روده‌ای	۳۹
۲-۶-۲- عوارض خارج روده‌ای	۴۱
۷-۲- همبودی‌ها	۴۴
۸-۲- همه گیر شناسی	۴۵
۹-۲- سبب شناسی کولیت اولسراتیو	۴۷
۱-۹-۲- عوامل ژنتیکی	۴۸
۲-۹-۲- عوامل ایمنی شناختی	۵۰
۳-۹-۲- عوامل محیطی	۵۴
۹-۲- نقش عوامل روانشناختی در کولیت اولسراتیو	۵۸
۱۰-۲- مکانیسم‌های اثرگذاری استرس	۶۲

عنوان	صفحه
۱۱-۲- سایر ویژگیهای روانشناختی	۶۶
۱۲-۲- اضطراب و افسردگی	۶۸
۱۳-۲- کیفیت زندگی	۷۱
۱۴-۲- درمان‌های طبی کولیت اولسراتیو	۷۳
۱-۱۴-۲- درمان‌های دارویی	۷۳
۲-۱۴-۲- درمان جراحی	۷۸
۱۵-۲- مداخلات روانشناختی	۷۹
۱-۱۵-۲- مدیریت استرس	۸۲
۲-۱۵-۲- خوش بینی	۸۶
۱۶-۲- مروری بر پژوهشهای انجام شده در داخل و خارج کشور	۹۳
فصل سوم: روش پژوهش	
۱-۳- طرح کلی پژوهش	۱۱۸
۲-۳- طرح تحقیق	۱۲۲
۳-۳- جامعه آماری	۱۲۳
۴-۳- نمونه و شیوه نمونه گیری	۱۲۳
۵-۳- ملاکهای ورود به نمونه تحقیق	۱۲۵
۶-۳- ملاکهای خروج از نمونه تحقیق	۱۲۶
۷-۳- نمونه تحقیق و ویژگیهای جمعیت شناختی نمونه	۱۲۶
۸-۳- ابزارهای پژوهش	۱۲۷
۹-۳- مراحل اجرای طرح	۱۳۷
۱۰-۳- روش اجرای پژوهش	۱۳۷
۱۱-۳- اصول و محتوای جلسات مداخله	۱۳۹
۱۲-۳- روش آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها	۱۴۵
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش	
۱-۴- یافته‌های توصیفی	۱۴۶
۲-۴- یافته‌های تحلیلی	۱۵۸
۱-۲-۴- یافته‌های تحلیلی بخش اول پژوهش	۱۵۹
۱-۱-۲-۴- مقایسه سازگاری روانشناختی(فرضیه‌های اول تا پنجم) در بیماران و افراد بهنجار	۱۶۰

عنوان	صفحه
۲-۱-۲-۴- مقایسه تیپ شخصیتی D (فرضیه هشتم) در بیماران و افراد بهنجار	۱۶۶
۲-۲-۴- یافته‌های تحلیلی بخش دوم پژوهش	۱۶۷
۱-۲-۲-۴- آزمون فرضیه هفتم	۱۷۱
۲-۲-۲-۴- آزمون فرضیه هشتم	۱۷۴
۳-۲-۲-۴- آزمون فرضیه نهم	۱۷۶
۴-۲-۲-۴- آزمون فرضیه دهم	۱۸۴
۵-۲-۲-۴- آزمون فرضیه یازدهم	۱۸۶
۶-۲-۲-۴- آزمون فرضیه دوازدهم	۱۸۹
۷-۲-۲-۴- آزمون فرضیه سیزدهم	۱۹۲
۸-۲-۲-۴- آزمون فرضیه چهاردهم	۱۹۳

فصل پنجم: یافته‌های پژوهش

۱-۵- سازگاری روانشناختی	۲۰۵
۲-۵- تیپ شخصیتی D	۲۱۳
۳-۵- یافته‌های بخش دوم پژوهش (اثر بخشی مداخلات)	۲۱۵
۱-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه هفتم	۲۱۶
۲-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه هشتم	۲۲۰
۳-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه نهم	۲۲۵
۴-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه دهم	۲۳۲
۵-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه یازدهم	۲۳۶
۶-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه دوازدهم	۲۳۹
۷-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه سیزدهم	۲۴۲
۸-۳-۵- بحث در خصوص فرضیه چهاردهم	۲۴۴
۴-۵- جمع بندی نهایی	۲۵۲
۵-۵- محدودیت‌های پژوهش	۲۵۵
۶-۵- پیشنهادات	۲۵۶
پیوست‌ها	۲۵۷
منابع	۲۷۰

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۲-۱- انواع مختلف سیر بیماری کولیت اولسراتیو در پیگیری ۱۰ ساله	۳۸
شکل ۳-۱- شمای کلی طرح پژوهشی	۱۲۱
شکل ۴-۱- مدل ترسیمی مربوط به تحلیل عوامل تأییدی سازگاری روانشناختی از روی متغیرهای اضطراب، افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی	۱۶۵
شکل ۴-۲- نیمرخ تغییر میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۷۴
شکل ۴-۳- نیمرخ تغییر میانگین نمرات اضطراب گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۷۶
شکل ۴-۴- نیمرخ تغییر میانگین نمرات مقابله مسأله‌مدار در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۸۰
شکل ۴-۵- نیمرخ تغییر میانگین نمرات مقابله هیجان‌مدار در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۸۲
شکل ۴-۶- نیمرخ تغییر میانگین نمرات مقابله اجتناب‌مدار در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۸۳
شکل ۴-۷- نیمرخ تغییر میانگین نمرات استرس ادراک شده در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۸۶
شکل ۴-۸- نیمرخ تغییر میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۸۹
شکل ۴-۹- نیمرخ تغییر میانگین نمرات ادراک بیماری در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۹۲
شکل ۴-۱۰- نیمرخ تغییر میانگین نمرات علائم بیماری در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۹۳
شکل ۴-۱۱- نیمرخ تغییر میانگین غلظت TNF_{α} در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری	۱۹۸

صفحه

عنوان

شکل ۴-۱۲- تغییر میانگین غلظت کورتیزول در گروه‌های مداخلات روانشناختی و درمان طبی مرسوم در
مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری..... ۲۰۳

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲- تظاهرات بیماری کولیت اولسراتیو در شدتهای مختلف بیماری.....	۳۳
جدول ۲-۲- ویژگی‌های متفاوت بیماری کرون و کولیت اولسراتیو.....	۳۶
جدول ۳-۲- مطالعات مرتبط با استرس و ایجاد بیماری‌های التهابی روده.....	۱۱۱
جدول ۴-۲- مطالعات مرتبط با استرس و سیر بیماری‌های التهابی روده.....	۱۱۱
جدول ۵-۲- پژوهش‌های مربوط به تأثیر مداخلات روانشناختی معطوف به کاهش استرس بر بیماری‌های التهابی روده.....	۱۱۲
جدول ۱-۴- توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌های پژوهش در بخش اول.....	۱۴۷
جدول ۲-۴- میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های پژوهش در بخش اول.....	۱۴۷
جدول ۳-۴- توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌های بخش اول پژوهش بر حسب سطح تحصیلات.....	۱۴۸
جدول ۴-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه در بخش اول پژوهش، دو دو گروه افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو و آزمودنیهای بهنجار.....	۱۴۹
جدول ۵-۴- فراوانی تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به کولیت اواسراتیو و افراد بهنجار.....	۱۵۰
جدول ۶-۴- توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌های پژوهش در بخش دوم.....	۱۵۱
جدول ۷-۴- میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های پژوهش در بخش دوم.....	۱۵۱
جدول ۸-۴- توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌های بخش دوم پژوهش بر حسب سطح تحصیلات.....	۱۵۲
جدول ۹-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای روانشناختی و علائم جسمانی مورد مطالعه در آزمودنیهای گروه مدیریت استرس شناختی-رفتاری در بخش دوم پژوهش بر حسب مراحل ارزیابی.....	۱۵۳
جدول ۱۰-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای ایمنی شناختی مورد مطالعه در آزمودنیهای گروه مدیریت استرس شناختی-رفتاری در بخش دوم پژوهش بر حسب مراحل ارزیابی.....	۱۵۴
جدول ۱۱-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای روانشناختی و علائم جسمانی مورد مطالعه در آزمودنیهای گروه آموزش خوش بینی بر حسب مراحل ارزیابی.....	۱۵۵
جدول ۱۲-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای ایمنی شناختی مورد مطالعه در آزمودنیهای گروه آموزش خوش بینی بر حسب مراحل ارزیابی.....	۱۵۶
جدول ۱۳-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای روانشناختی و علائم جسمانی مورد مطالعه در آزمودنیهای گروه درمان طبی مرسوم بر حسب مراحل ارزیابی.....	۱۵۷

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱۴- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای ایمنی شناختی مورد مطالعه در آزمودنیهای گروه درمان طبی مرسوم بر حسب مراحل ارزیابی	۱۵۸
جدول ۴-۱۵- نتایج تحلیل واریانس مربوط به مقایسه سن بین دو گروه بیمار و بهنجار	۱۵۹
جدول ۴-۱۶- نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش فرض تساوی واریانسهای نمرات متغیرهای وابسته گروههای بیماران کولیت و افراد بهنجار	۱۶۰
جدول ۴-۱۷- نتایج تحلیل مانکوا مربوط به تفاوت بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد بهنجار در تمامی متغیرهای وابسته	۱۶۱
جدول ۴-۱۸- نتایج تحلیل آنکوا مربوط به تفاوت بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد بهنجار به تفکیک متغیرهای وابسته	۱۶۲
جدول ۴-۱۹- نتایج مقایسه سازگاری روانشناختی بین بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد بهنجار ...	۱۶۶
جدول ۴-۲۰- نتایج مربوط به فراوانی تیپ شخصیتی D در بیماران کولیت اولسراتیو و افراد بهنجار	۱۶۷
جدول ۴-۲۱- نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانسهای متغیرهای وابسته در سه گروه	۱۶۹
جدول ۴-۲۲- نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش فرض تساوی واریانسهای نمرات متغیرهای وابسته بین سه گروه	۱۷۰
جدول ۴-۲۳- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوههای درمان بر متغیر افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری(با کنترل نمرات پیش آزمون و سن).....	۱۷۱
جدول ۴-۲۴- مقایسههای زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری	۱۷۲
جدول ۴-۲۵- : نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوههای درمان بر متغیر اضطراب در مراحل پس آزمون و پیگیری(با کنترل نمرات پیش آزمون).....	۱۷۴
جدول ۴-۲۶- مقایسههای زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر اضطراب در مرحله پیگیری	۱۷۵
جدول ۴-۲۷- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوههای درمان بر متغیر مقابله مسأله مدار در مراحل پس آزمون و پیگیری(با کنترل نمرات پیش آزمون)	۱۷۷
جدول ۴-۲۸- مقایسههای زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر نمرات مقابله مسأله مدار در مراحل پس آزمون و پیگیری	۱۷۸
جدول ۴-۲۹- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوههای درمان بر متغیر مقابله هیجان مدار در مراحل پس آزمون و پیگیری(با کنترل نمرات پیش آزمون)	۱۸۰

عنوان	صفحه
جدول ۴-۳۰- مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر مقابله هیجان مدار در مرحله پس آزمون ۱۸۱	
جدول ۴-۳۱- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر مقابله اجتناب مدار در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات پیش آزمون) ۱۸۳	
جدول ۴-۳۲- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر استرس ادراک شده در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات پیش آزمون) ۱۸۴	
جدول ۴-۳۳- مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر استرس ادراک شده در مرحله پس آزمون ۱۸۵	
جدول ۴-۳۴- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات پیش آزمون) ۱۸۶	
جدول ۴-۳۵- مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون ... ۱۸۷	
جدول ۴-۳۶- : نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر ادراک بیماری در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات پیش آزمون) ۱۸۹	
جدول ۴-۳۷- مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر نمرات ادراک بیماری در مراحل پس آزمون و پیگیری ۱۹۰	
جدول ۴-۳۸- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر علائم بیماری در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات پیش آزمون) ۱۹۲	
جدول ۴-۳۹- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر IL ₆ در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل غلظت در مرحله پیش آزمون و مصرف داروی مؤثر بر سیستم ایمنی) ۱۹۴	
جدول ۴-۴۰- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر IL _{1β} در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل غلظت در مرحله پیش آزمون و مصرف داروی مؤثر بر سیستم ایمنی) ۱۹۵	
جدول ۴-۴۱- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر TNF _α در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل غلظت در مرحله پیش آزمون و مصرف داروی مؤثر بر سیستم ایمنی) ۱۹۶	
جدول ۴-۴۲- مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر غلظت TNF _α در مرحله پس آزمون ۱۹۷	
جدول ۴-۴۳- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر IL ₄ در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل غلظت در مرحله پیش آزمون و مصرف داروی مؤثر بر سیستم ایمنی) ۱۹۹	
جدول ۴-۴۴- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر IL ₁₀ در مراحل پس آزمون و پیگیری (با کنترل غلظت در مرحله پیش آزمون و مصرف داروی مؤثر بر سیستم ایمنی) ۲۰۰	

عنوان	صفحه
جدول ۴-۴۵- نتایج تحلیل آنکوا جهت تعیین تأثیر شیوه‌های درمان بر متغیر کورتیزول در مراحل پس از آزمون و پیگیری (با کنترل غلظت در مرحله پیش از آزمون و مصرف داروی مؤثر بر سیستم ایمنی).....	۲۰۱
جدول ۴-۴۶- مقایسه‌های زوجی تأثیر سه گروه مداخله بر غلظت کورتیزول در مرحله پس از آزمون.....	۲۰۲
جدول ۴-۴۷- جمع بندی نتایج آزمون کل فرضیات تحقیق.....	۲۰۴

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

سلامت مفهوم وسیعی دارد و ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد. سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۸) سلامتی را برخوردار بودن از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و آن را فقط به نداشتن بیماری و نقص عضو منحصر نمی‌داند. بنابراین سلامت فقط معنای جسمی ندارد و به ابعاد روانی و اجتماعی نیز تعلق می‌گیرد. مطابق این تعریف ابعاد مختلف سلامت بر هم اثر متقابل داشته و تحت تأثیر یکدیگر قرار می‌گیرند، به این معنا که مشکلات جسمی بر روان فرد و آشفتگی‌های روانی بر جسم فرد اثر می‌گذارند و البته هر دوی آنها تحت تأثیر شرایط اجتماعی و فرهنگی قرار می‌گیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲) از آنجا که تأمین سلامت افراد جامعه، در جنبه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی از اهداف مهم همه جوامع و حکومتهاست، مد نظر قرار دادن عوامل تهدید کننده سلامت عمومی افراد از راههایی است که تحقق هدف مورد نظر را تسهیل می‌نماید.

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 و این واقعیت که برای بیشتر این بیماری‌ها درمان مناسب و قطعی وجود ندارد و نیز عوارض همراه با آنها، بیماری‌های مزمن را به عامل فرساینده سلامت عمومی

^۱-World Health Organization

جامعه تبدیل نموده است (کر^۱، ۲۰۰۰). امروزه به دلیل توسعه دانش پزشکی در کنترل بیماری‌ها، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) میزان شیوع بیماری‌های مزمن و غیر واگیر، در کلیه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. به نحوی که چالش عمده سیستم‌های بهداشتی و درمانی در قرن حاضر، دیگر زنده بودن افراد نیست، بلکه به سازگاری بهتر با بیماری‌های مزمن و حفظ سلامتی روانی و اجتماعی و بهزیستی روانی افراد در عین زندگی با یک بیماری مزمن جسمی مربوط می‌شود.

یکی از انواع بیماری‌های مزمن بیماری‌های التهابی روده^۲ 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^۳ و بیماری کرون^۴ دو نمونه از شایع‌ترین آنها هستند. در این بیماری‌ها تغییرات گذرا و موقتی برجسته‌ای در التهاب مخاط روده‌ای وجود دارد که در دوره خاموشی نزدیک به حالت طبیعی است و در دوره عود به زخم شدیدی می‌رسد. این بیماری‌ها به لحاظ جسمی بیماری‌هایی جدی و ناتوان کننده‌اند. نشانه‌های عمده کولیت اولسراتیو عبارتند از اسهال، خونریزی از مقعد، خروج مخاط و دردهای کرامپی شکم. بیماری کرون به صورت التهاب حاد یا مزمن روده تظاهر می‌کند و شامل دوره‌های درد و اسهال عود کننده، یک توده قابل لمس شکمی، تب، آبسه داخل شکمی و کاهش وزن شدید است (فاسی، ۱۳۸۷).

اگرچه بیماری التهابی روده ندرتاً مهلک و کشنده است، در گروه قابل ملاحظه‌ای از بیماران به طور معناداری سلامتی را مخدوش می‌سازد. شروع این بیماری اغلب در اوایل بزرگسالی است و اوج سنی بروز آن را پیرامون ۲۰ سالگی ذکر کرده‌اند (میکوکا والوس^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). تا به امروز درمان قطعی برای بیماری التهابی روده وجود نداشته است و از آنجا که انتظار زندگی در این بیماران تقریباً به اندازه افراد عادی است، بیمار مبتلا باید بقیه عمر خود را با یک بیماری مزمن، غیر قابل پیش‌بینی و ناتوان کننده سپری کند و لذا بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی این بیماران اغلب آسیب می‌بیند و جنبه‌های مختلف زندگی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بیماری که تشخیص بیماری التهابی روده دریافت می‌کند، هیجانات مختلفی 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 (اسپیرو^۶، ۱۹۹۰). کیپلس، دورفلر و کیفر^۱ (۲۰۱۰) روند سازگاری با بیماری التهابی

^۱-Kerr

^۲-Inflammatory Bowel Disease

^۳-Ulcerative Colitis

^۴- Crohn's disease

^۵- Mikocka-Walus

^۶-Spiro

روده را اینگونه عنوان می‌کنند که معمولاً بیماران به فاصله زمانی نسبتاً کوتاهی پس از دریافت تشخیص، ارزیابی اولیه‌ای از تأثیر بیماری بر روی فعالیت‌ها و برنامه‌های زندگی خود به عمل می‌آورند و به لحاظ هیجانی احساساتی مانند آشفتگی، غم و احساس گناه را تجربه کرده، گاهی به تسلاهی خود می‌پردازند. به لحاظ رفتاری بیمار به دنبال مصرف داروهای جدید، جستجوی حمایت اجتماعی و اصلاح رژیم غذایی خود برمی‌آید. این تطابق یا 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. پس از اینکه بیمار با تشخیص به عمل آمده، سازگار شد، احتمالاً وارد فاز دیگری از سازگاری می‌شود که بیشتر به ماهیت مزمن و سیر غیر قابل پیش بینی بیماری مربوط است. در حقیقت دروسمان^۲ (۱۹۸۹) معتقد است که در سازگاری با بیماری التهابی روده چند عامل از جمله بیمار، خانواده، سیستم بهداشتی و جامعه با هم تعامل دارند و تعامل آنها در تعیین اینکه یک فرد چگونه به بیماری پاسخ می‌دهد و بیماری چگونه بر پاسخهای وی اثر می‌گذارد، کمک می‌کند. وضعیت روانشناختی بیمار و اینکه آیا وی به طور همزمان به افسردگی یا اضطراب مبتلا باشد یا خیر، ترس‌ها و نگرانی‌هایش و راهبردهای مقابله‌ای که در برخورد با بیماری و سایر مشکلات زندگی به کار می‌گیرد، نحوه برخورد اطرافیان و بخصوص اعضای خانواده با بیماری، نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی رایج در جامعه درباره سلامت و بیماری و میزان اطلاعاتی که فرد از سیستم خدمات بهداشتی دریافت می‌کند و نیز دسترسی به خدمات این سیستم همگی از عوامل روانی-اجتماعی هستند که سازگاری با این بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهند (دروسمان و رینگل^۳، ۲۰۰۴).

بروز بیماری التهابی روده در مناطق جغرافیایی مختلف متفاوت است. بالاترین میزان بروز کولیت اولسراتیو و بیماری کرون، در اروپای شمالی، بریتانیا و آمریکای شمالی گزارش شده است و تا چند سال پیش شیوع و بروز آن در مناطق آسیایی و آفریقایی بسیار نادر بود. اما طبق گزارش همه گیرشناسانه کوسنس^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در طی ۲۰ سال گذشته بیماری التهابی روده در کشورهایی بروز کرده که قبلاً چنین بیماری‌هایی ندرتاً در آنجا گزارش شده بود: کشورهایی مانند کره جنوبی، چین، هند، ایران، لبنان، تایلند و آفریقای شمالی. از آنجا که شیوع این بیماری در ۵۰ سال گذشته در غرب افزایش یافته و به بیش از ۲۰۰-۱۲۰ در

^۱-Kiebles, Doerfler, Keefer

^۲-Drossman

^۳-Drossman & Ringle

^۴-Cosnes

۱۰۰۰۰۰ نفر برای کولیت اولسراتیو و ۲۰۰-۵۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برای بیماری کرون رسیده است، پیش بینی می-شود که تا چند سال آینده بروز و شیوع آن در اغلب کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران افزایش یافته و مشکلات زیادی را برای بیماران و جامعه ایجاد نماید. الگوی شیوع کولیت اولسراتیو و بیماری کرون در کشورهای توسعه یافته به این ترتیب بود که ابتدا برای چندین سال فراوانی کولیت اولسراتیو بیش از بیماری کرون بود، اما بروز بیماری کرون بتدریج افزایش یافت و به سطح کولیت اولسراتیو رسید. نکته قابل توجه این است که پیش بینی می-شود کشورهای در حال توسعه نیز از همین الگو تبعیت کنند و در این کشورها وقوع و بروز کولیت اولسراتیو برای حدود ۱۰ سال مقدم بر بیماری کرون باشد. در راستای همین پیش بینی همه مطالعات انجام شده در ایران شیوع کولیت اولسراتیو را بیشتر دانسته‌اند (فانی، ۱۳۸۷) و فاخری (۱۳۸۶) نسبت کولیت اولسراتیو به بیماری کرون را ۷/۵ به ۱ ذکر کرده است. بنابراین بر اساس پیش بینی کونسس و همکاران (۲۰۱۱) می-توان انتظار داشت که تا چند سال آینده بروز بیماری کرون نیز در جوامعی مانند جامعه ما افزایش یابد و با توجه به شدیدتر بودن علائم و تظاهرات بیماری کرون نسبت به کولیت اولسراتیو، این مسأله بسیار قابل تأمل بوده و لزوم برنامه ریزی و آمادگی برای مواجهه با آن را می-نمایاند.

امروزه با پیشرفت و توسعه دانش پزشکی و پیدایش داروهای جدید، در درمان دارویی بیماری التهابی روده پیشرفتهای زیادی حاصل شده و بسیاری از علائم بیماری توسط داروها کنترل می-شوند. اما واقعیت این است که بسیاری از این داروها با عوارض جانبی همراهند و متقاعدسازی بیماران برای پایبندی به رژیم دارویی منظم نیز خود مقوله‌ای است که توجه خاص و صرف وقت و انرژی می-طلبد. علیرغم اثربخشی داروها گزارش‌ها حاکی از آن است که ۳۰٪-۱۰٪ بیماران در نهایت به جراحی کولکتومی^۱ (برداشتن روده بزرگ) نیاز پیدا می-کنند. نگرانی‌های بیماران راجع به از دست دادن انرژی، از دست دادن کنترل خود، تصویر بدنی، ناتوانی در شکوفاسازی توانمندی‌های بالقوه، احساس سربار بودن، نگرانی از عوارض جانبی داروها و عوارض و تظاهرات خارج روده‌ای بیماری، ترس از جراحی و نگرانی واقع بینانه راجع به احتمال ابتلا به سرطان سبب فرسایش روانی و آشفتگی روانشناختی بیمار مبتلا می-شود. همچنین اگرچه راجع به تأثیر استرس و نقش آن در بیماری التهابی روده تردیدهایی وجود داشت و تا مدتها این بیماری را نوعی بیماری ارگانیک می-دانستند، نظر غالب کنونی این است که اگرچه ممکن است نقش استرس در ایجاد یا شروع این بیماری کم‌رنگ باشد، اما اکثر مطالعات نقش

^۱-Colectomy

مهم آن را در تشدید علائم و عود بیماری تأیید می‌کند (کروکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ بیتون، سویچ و پیرکون^۲، ۲۰۰۳؛ مادزلی و رامپتون^۳، ۲۰۰۵).

البته هر جا سخن از استرس و تجربه ذهنی آن به میان می‌آید، راهبردهای مقابله^۴ با استرس نیز مطرح می‌شود. فولکمن و همکاران^۵ (۱۹۸۶) معتقدند بخشی از تجربه استرس توسط فرد، به ارزیابی وی از منابعی بر می‌گردد که برای مقابله با تهدید یا خطر موجد استرس، در اختیار دارد. وقتی فرد منابع و راهبردهای موثر و کارآمدی برای مقابله با منبع خطر یا تهدید در اختیار داشته باشد، تجربه ذهنی وی از استرس کاهش می‌یابد. توجه به این نکته سبب بررسی راهبردهای مقابله با استرس در بیماران التهابی روده شد و مطالعات انجام شده (بریجیت^۶، ۲۰۰۸؛ سینزبری و هیتلی^۷، ۲۰۰۵) نشان داد که این بیماران معمولاً از راهبردهای مقابله ناکارآمد و ناسازگارانه استفاده می‌کنند.

بنابراین تجربه ذهنی استرس و تنیدگی بیشتر در زندگی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و ناسازگارانه و نیز آشفتگی روانشناختی زیاد به همراه احساس عدم کنترل بر بیماری، بسیاری از اوقات سبب افزایش شیوع اختلالات روانشناختی در این بیماران می‌گردد. این گونه آشفتگی‌های روانشناختی با افزایش فعالیت بیماری^۸، عود بیماری^۹ و نیز افزایش استفاده از سرویسهای خدمات پزشکی^{۱۰} همراه است (بیتون و همکاران، ۲۰۰۳). از سوی دیگر این مشکلات، در کنار مشکلات جسمانی کیفیت زندگی این بیماران را خدشه دار می‌کند، بر روال عادی زندگی بسیاری از بیماران اثر نامطلوب می‌گذارد و رضایت آنان را از زندگی کاهش می‌دهد.

بنابراین در مجموع به نظر می‌رسد شیوع بیماری‌های التهابی روده در برخی جوامع از جمله ایران رو به گسترش است. مزمن بودن این بیماری، فقدان درمان قطعی برای آن و سیر غیر قابل پیش بینی آن، به همراه عوارض و مشکلات ناشی از بیماری و ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار، در بسیاری از موارد به آشفتگی روانشناختی منجر شده و بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد اثر نامطلوب می‌گذارد. اگرچه در سالهای اخیر در سایه بالندگی

¹- Kuroki

²- Bitton, Sewitch & Peppercon

³- Mawdsley & Rampton

⁴-Coping strategies

³ Folkman

⁶- Birgitte

⁷- Sainsbury & Heatley

⁸- Disease activity

⁹- Relapce

¹⁰- Healthcare utilization