

The Effects of Religion-Based Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Life and Self-Efficacy of Colostomy Patients

Hashemvarzi MR¹, *Abbasi GH², Hosseini SH³

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;

3. Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

*Corresponding author's email: ghabbasi@iausari.ac.ir

Received: 2020 July 22; Accepted: 2020 October 4

Abstract

Background & Objectives: Every day, a large number of patients are exposed to critical decisions to lose their normal stool excretion and abdominal, and undergo bowel surgery. A colostomy is a part of the intestine, i.e., excreted from the abdominal wall to dispose of waste; in other words, it is the mouth of the colon on the abdomen, i.e., caused by surgery. Depression, suicidal ideation, low self-esteem, and withdrawal from social activities are prevalent in the affected patients. Furthermore, the above-mentioned issues are significantly higher in this population, compared to those without abdominal surgery experiences. It is necessary to help individuals undergoing colostomy to solve problems related to colostomy and identify factors affecting their Quality of Life (QoL) and self-efficacy that can be improved using different approaches. The present study aimed to determine the effects of Religion-based Cognitive-Behavioral Therapy (RCBT) on the QoL and self-efficacy in patients undergoing colostomy.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population of this study included colostomy patients referring to the psychosomatic ward of Imam Khomeini Hospital in Sari City, Iran, in 2019. Accordingly, 50 subjects were selected as the study samples by convenience sampling method and based on the inclusion and exclusion criteria of the study; accordingly, they were randomly divided into two groups of experimental and control (n=25/group). The inclusion criteria of the study were as follows: colostomy patients (based on medical records) aged 30 to 60 years; having the ability to participate in the treatment sessions; not presenting acute psychosis (based on medical records); not having neurological conditions, such as brain injury, stroke, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease (based on medical records); having belief in Islam (based on the obtained demographic data); having reading and writing literacy, and providing informed consent forms to participate in the study. The exclusion criteria of the study included reluctance to complete the research course or providing incomplete questionnaires, developing a debilitating physical illness during the study course, and refusing to continue attending and continuing the research project. The experimental group received RCBT, while the controls received no training. Additionally, a follow-up assessment was performed 6 weeks after the completion of the study program. RCBT was performed in ten 120-minute sessions twice a week for two months based on the Pierce et al.'s educational package (2015). The required data were collected using a demographic data questionnaire, the Quality of Life Questionnaire for Ostomy Patients (Grant et al., 2004), and the Stoma Self-Efficacy Scale (Bekkers et al., 1996). The obtained data were analyzed using descriptive statistics, such as central and dispersion indices, e.g., mean and standard deviation, as well as inferential statistics, including repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni posthoc test. Statistical analysis was performed using SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The present research results suggested that RCBT was effective in improving the QoL ($p<0.001$) and self-efficacy ($p<0.001$) of the explored patients undergoing colostomy. Bonferroni test data indicated that the posttest scores of QoL were higher than those of the pretest phase in the experimental group ($p<0.001$). Moreover, the values of QoL were significantly different in the follow-up stage, compared to the pretest step ($p<0.001$); however, there was no significant difference between the scores of posttest and follow-up phases ($p=0.105$). Furthermore, the posttest scores of self-efficacy were higher than those of the pretest stage in the test group ($p<0.001$). Additionally, the follow-up scores of self-efficacy significantly differed from those of the pretest stage ($p<0.001$); however, there was no significant difference between the scores of posttest and follow-up steps ($p=0.925$).

Conclusion: Considering the positive effects of RCBT on the QoL and self-efficacy of the explored patients undergoing colostomy, it is recommended to use this approach in planning mental health measures, especially in colostomy patients.

Keywords: Religion-Based cognitive-behavioral therapy, Quality of life, Self-Efficacy, Colostomy patients.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور (RCBT) بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی

محمودرضا هاشم‌ورزی^۱، *قدرت‌الله عباسی^۲، سیدحمزه حسینی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۳. استاد تمام، انستیتو اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: ghabbasi@iauasari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ مرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۳ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمه کمک به افراد دارای کولوستومی شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی این افراد است که می‌توان با استفاده از رویکردهای مختلف به بهبود آن‌ها پرداخت. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را بیماران دارای کولوستومی مراجعه‌کننده به بخش سایکوسوماتیک بیمارستان امام‌خیمینی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این تعداد ۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ده جلسه درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور را دریافت کرد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی (گران و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس خودکارآمدی استوما (بکرز و همکاران، ۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۰۱$) و خودکارآمدی ($p < ۰/۰۰۱$) بیماران دارای کولوستومی مؤثر است. همچنین نتایج حاکی از ماندگاری تأثیر مثبت این نوع درمان بر کیفیت زندگی ($p = ۰/۱۰۵$) و خودکارآمدی ($p = ۰/۹۲۵$) در مرحله پیگیری بود.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی اثربخشی دارد؛ بنابراین استفاده از این آموزش‌ها در برنامه‌ریزی اقدامات بهداشت روانی به‌خصوص برای این بیماران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، بیماران دارای کولوستومی.

هر روزه تعداد زیادی از بیماران در معرض تصمیم‌گیری مهمی جهت ازدست‌دادن مسیر عادی دفع مدفوع خود و عمل جراحی شکم و روده هستند (۱). این عمل گاهی در جهت بقای بیمار و گاهی به‌منظور بهبود کیفیت زندگی او انجام می‌گیرد (۲). بیش از یک میلیون نفر از ایالات متحده آمریکا و ۱۰۲ هزار نفر از جمعیت انگلستان، جراحی شکمی و روده‌ای دارند و نیز هرساله تعداد آن‌ها افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که سالانه ۱۰۰ هزار نفر در ایالات متحده آمریکا و ۱۳۵۰۰ نفر در انگلستان گرفتار جراحی شکمی و روده‌ای می‌شوند (۳). کولوستومی^۱ به بخشی از روده می‌گویند که به‌منظور دفع مواد زائد بدن از دیواره شکم بیرون آورده می‌شود؛ به عبارت دیگر دهانه‌ای از کولون (روده بزرگ) روی شکم است که توسط عمل جراحی ایجاد می‌شود (۴). هدف از عمل کولوستومی این است که اجازه عبور مدفوع را می‌دهد تا زمانی که بیماری یا بخش صدمه‌دیده روده بهبود یابد. زمانی که با بیماران درباره ضرورت انجام جراحی استوما صحبت می‌شود، به‌طور طبیعی دچار احساس ترس، نبود اطمینان، اضطراب، عصبانیت و پرخاشگری می‌شوند. افسردگی، تنهایی، افکار خودکشی، اعتمادبه‌نفس ضعیف و کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی در این بیماران شایع است و به‌طور معناداری بیشتر از بیماران بدون جراحی روی شکم است (۵). یکی از عوارض این بیماری نقش منفی آن در کیفیت زندگی^۲ بیماران است. اضطراب و احساس خجالت ناشی از وجود جراحی روی شکم منجر به بروز تغییراتی در سبک زندگی افراد می‌شود؛ در نتیجه بیماران مشکلات زیادی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خود تجربه می‌کنند (۶). کیفیت زندگی عبارت است از تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند و بیشتر متوجه اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنان می‌شود (۷). کیفیت زندگی مفهومی سیال وابسته به فرهنگ و شرایط زندگی هر انسان است و در جمعیت‌ها، زمان‌ها و مکان‌های مختلف تفاوت دارد؛ همچنین پاسخ افراد مختلف به جراحی استوما نیز بسته به هنجارهای فرهنگی، معنوی و مذهبی جامعه متفاوت است (۸). کنت و همکاران پس از ارزیابی بیماران مبتلا به کولوستومی به این نتیجه رسیدند که وجود جراحی روی شکم و ابتلا به کولوستومی کیفیت زندگی این بیماران را کاهش می‌دهد (۹). همچنین تیو و همکاران طی پژوهشی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران دارای کولوستومی را بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که نمرات کیفیت زندگی بیماران دارای جراحی روی شکم، در همه ابعاد آن به‌طور معناداری کمتر از بیماران بدون جراحی روی شکم است (۱۰).

از طرفی بیماران دارای جراحی شکم نه تنها باید انجام جراحی بزرگی را بپذیرند، بلکه باید با تغییرات اساسی که این جراحی در عملکردهای روده‌ای، عادات غذایی و تصویر بدنی آن‌ها به‌وجود می‌آورد، تطابق یابند (۱۱). این امر به‌نوبه خود، خودکارآمدی را در فرد مختل می‌کند. نتایج تحقیقات نشان داده است، وجود خودکارآمدی^۳ به‌عنوان منبع

مقابله‌ای شخصی می‌تواند این فرایند را تسهیل کند (۱۲) و باعث پذیرفتن راحت‌تر جراحی شکمی و افزایش سازگاری با آن شود. خودکارآمدی مفهومی روانی است که از تئوری یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا^۴ گرفته شده است و بر درک افراد از مهارت‌ها و توانایی‌هایشان در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتاری مؤثر، سازگاران و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند به آن دست یابند، اثر می‌گذارد (۱۳، ۱۴). وانگ و همکاران در پژوهش خود مشاهده کردند، عوامل مؤثر بر خودکارآمدی بیماران دائمی کولوستومی در مراحل مختلف متفاوت است و باتوجه به شرایط و مرحله فردی، تدابیر مداخله‌ای فردی تدوین می‌شود و به‌منظور ارتقای اعتمادبه‌نفس بیماران در مواجهه با مدیریت بیماری و در نتیجه افزایش سطح خودکارآمدی تلاش می‌شود (۱۵).

درمان‌های جراحی، دارویی و روان‌شناختی متعددی برای کمک به بیماران دارای کولوستومی وجود دارد که یکی از روش‌های درمانی مؤثر در زمینه روان‌شناختی، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور^۵ است؛ زیرا هدف آن تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکارآمد منفی به افکار منطقی است. طی جلسات درمان‌گری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را افزایش دهد و به وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز کند. همچنین توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی سبب می‌شود امید به زندگی افزایش یابد (۱۶). مذهب به‌عنوان نیرویی روان‌شناختی می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی انسان تأثیر بگذارد. از سوی دیگر وجود باورهای مذهبی می‌تواند بر عواملی مانند تنش و اضطراب، رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار و مواد مخدر، فرار از مدرسه، افسردگی، اعتیاد به الکل، نقص در مهارت‌های اجتماعی، روابط درون‌فردی ضعیف و اعتمادبه‌نفس کم، کم‌رویی و بروز افسردگی اثر منفی بگذارد و از میزان آن بکاهد (۱۷). پژوهش‌ها در حوزه معنویت و سلامت روان از وجود رابطه مثبت میان این دو مقوله خبر می‌دهد (۱۸، ۱۹). همچنین در بیماران دارای کولوستومی از این روش درمانی استفاده می‌شود که نتایج مطلوبی را نشان داده است؛ آنالیز و همکاران در پژوهش خود مشخص کردند، درمان رفتاری-شناختی مذهب‌محور و ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان کودکان مبتلا به بیماری مزمن تأثیر مثبت دارد (۲۰). زمانیان و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان گروهی معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۲۱). آوچکیان و همکاران در پژوهش خود دریافتند، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی تأثیر دارد (۲۲). حمید و کاویانی بروجنی در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مؤثر است (۲۳).

پژوهش حاضر از آن جهت ضرورت دارد که باتوجه به نقش مؤثر عوامل روان‌شناختی در سازگاری بیماران و همچنین تأثیرات مثبت

^۴. Albert Banura

^۵. Religion-Based Cognitive-Behavioral Therapy

^۱. Colostomy

^۲. Quality of life

^۳. Self-Efficacy

درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی و باتوجه به مطالب مذکور، درمی‌یابیم این روش می‌تواند برای ارتقای دانش مراقبت‌کنندگان حوزه سلامت ازجمله روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر گروه‌های درمانی مفید باشد تا بتوانند مداخلات آموزشی و حمایتی را برای بیماران و خانواده‌ها اجرا کنند و از بار استرس و نگرانی بیماران درباره وضعیت بدنی خود، بکاهند. همچنین می‌تواند به ایجاد محیطی حمایت‌کننده کمک کند که منجر به ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور (RCBT) بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را بیماران دارای کولوستومی مراجعه‌کننده به بخش سایکوسوماتیک بیمارستان امام‌خمینی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این تعداد ۵۰ نفر به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. این افراد باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج به‌صورت تصادفی یکی در میان در دو گروه (۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: بیماران دارای کولوستومی ۳۰ تا ۶۰ سال (براساس بررسی پرونده پزشکی)؛ دارای توانایی شرکت در جلسات درمان؛ مبتلانیودن به سایکوز حاد (روان‌پریشی) (براساس بررسی پرونده پزشکی)؛ مبتلانیودن به اختلالات نورولوژیک مانند آسیب مغزی، سکته، آلزایمر، پارکینسون (براساس بررسی پرونده پزشکی)؛ داشتن اعتقاد به دین اسلام (براساس پاسخ به سؤالات دموگرافیک)؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ دادن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه. ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش شامل تمایل نداشتن به اتمام دوره یا تکمیل پرسشنامه، ابتلا به بیماری جسمی ناتوان‌کننده و امتناع از ادامه حضور و ادامه‌دادن طرح بود. انجام پژوهش دو ماه و نیم طول کشید. برای شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش، ده جلسه درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. سپس از شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و گواه پس‌آزمون گرفته شد و مجدداً بعد از یک ماه و نیم از اتمام دوره‌های آموزشی، پیگیری انجام پذیرفت.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه محقق‌ساخته شامل

سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح و مصرف مشروبات، سابقه فشارخون، سابقه دیابت، سابقه بیماری روان‌پزشکی، بیماری جسمانی ناتوان‌کننده و مزمن، زمان جراحی استومی و نوع استومی است.

– پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی^۱: این پرسشنامه توسط گرانت و همکاران در مرکز ملی پزشکی شهر هپ در سال ۲۰۰۴ تدوین شد (۲۴). این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال در سه بخش است و بخش اول پرسشنامه دارای مقدمه و شامل ۱۳ سؤال است و در رابطه با مشخصات دموگرافیک و بیماری است. بخش دوم درباره اثر استومی بر سبک زندگی است که ۳۴ سؤال با پاسخ‌های یک‌کلمه‌ای در زمینه شغل، وضعیت بیمه درمانی، فعالیت جنسی، نگرانی‌های روحی- روانی، لباس پوشیدن، رژیم غذایی، مراقبت روزانه از استومی و مصرف گروه‌های غذایی دارد. پاسخ سؤالات بخش دوم فاقد امتیازبندی است و به همین دلیل از این سؤالات تنها به‌منظور توصیف نمونه استفاده شد. بخش سوم پرسشنامه درباره اثر استومی بر کیفیت زندگی است که ۴۳ سؤال در زمینه ابعاد سلامت جسمانی (سؤالات ۱ تا ۱۱)، روانی (سؤالات ۱۲ تا ۲۴)، اجتماعی (سؤالات ۲۵ تا ۳۶) و معنوی (سؤالات ۳۷ تا ۴۳) کیفیت زندگی دارد. سؤالات این قسمت براساس مقیاس ارزش‌گذاری لیکرت از صفر تا ۱۰ امتیازدهی شده است و در محاسبه میانگین نمره کیفیت زندگی به‌کار می‌رود. در سؤالات با گویه منفی (سؤالات ۱ تا ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۲ تا ۳۰، ۳۲ تا ۳۴، ۳۷) کسب امتیاز صفر نشان‌دهنده بهترین کیفیت زندگی و امتیاز ۱۰ به‌منزله بدترین کیفیت زندگی است؛ برعکس در سؤالات با سویه مثبت (بقیه سؤالات)، امتیاز ۱۰ بهترین و امتیاز صفر بدترین کیفیت زندگی را نشان می‌دهد (۲۴). در پژوهش گرانت و همکاران مقدار آلفای ابعاد این پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به‌دست آمد (۲۴). در پژوهش انارکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کیفیت زندگی به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود.

– مقیاس خودکارآمدی استوما^۲: این مقیاس توسط بکرز و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد (۲۶). این مقیاس دارای ۲۸ سؤال در دو بخش خودکارآمدی مراقبت از استومی و خودکارآمدی اجتماعی (هر بعد ۱۴ سؤال) است. بخش اول میزان خودکارآمدی مورد انتظار فرد را در مراقبت از استومی می‌سنجد و بخش دوم کارایی مورد انتظار فرد را در عملکردهای اجتماعی مرتبط با استوما بررسی می‌کند. در این ابزار پاسخ‌های بیماران براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از اصلاً مطمئن نیستم تا کاملاً مطمئنم (نمره ۱ تا ۵) ارزش‌گذاری می‌شود و در هریک از زیرمقیاس‌ها محدوده نمره به‌دست‌آمده از حداقل ۱۴ (بیشترین خودکارآمدی) تا حداکثر ۷۰ (کمترین خودکارآمدی) است. امتیاز بیشتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است (۲۶). پایایی این مقیاس توسط بکرز و همکاران به‌شیوه بررسی همبستگی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷۷ تأیید شد و ضریب همبستگی برای زیرمقیاس‌های مراقبتی و اجتماعی آن به‌ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۶ به دست آمد (۲۶). در پژوهش نصیری زیبا و همکاران، مقدار آلفای

^۲. Ostoma Self-Efficacy Scale

^۱. Quality of Life-Ostomy Questionnaire

کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود.

فرایند انجام این پژوهش به این صورت بود که در ابتدا با هماهنگی با مسئولان بیمارستان امام خمینی شهرستان ساری نامه همکاری با محقق، به مسئولان بخش سایکوسوماتیک، پزشکان و پرستاران مربوط به بیمارستان ارسال شد. پس از جلب همکاری با همراهی پزشکان متخصص برای استخراج اسامی بیماران از واحد تریاژ و بایگانی اقدام صورت گرفت. سپس براساس معیارهای ورود از آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسه توجیهی دعوت شد. باتوجه به تعداد زیاد بیماران دو جلسه توجیهی برای آنان برگزار شد. پس از توضیح درباره روند مطالعه حاضر و چگونگی انجام شدن طرح، برگزاری جلسات آموزشی برای آن‌ها و احتمال تأثیرگذاری مثبت روش‌های درمانی مدنظر در روند بیماری‌شان، از آنان درخواست شد که در طرح پژوهشی حاضر شرکت کنند و در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری کنند. در ادامه جلسه با رضایت آن‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی (۲۴) و مقیاس خودکارآمدی استوما (۲۶) قبل از شروع مداخله و تعیین گروه‌های آزمایش و گواه توسط روان‌شناسان بالینی

تکمیل شد. پس از گروه‌بندی آزمودنی‌ها طی جلسه جداگانه‌ای از آن‌ها برای شرکت در جلسات آموزش دعوت شد. سپس جلسات آموزشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور در دستورکار قرار گرفت. در پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی (۲۴) و مقیاس خودکارآمدی استوما (۲۶) دوباره توسط بیماران دارای کولوستومی تکمیل شد تا تأثیر روش مداخله‌ای آموزش داده‌شده در آن‌ها بررسی شود. همچنین پیگیری وضعیت درمانی این بیماران یک ماه و نیم بعد از اجرای پژوهش انجام پذیرفت.

درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور در ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دوبار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی پیرس و همکاران اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). همچنین روایی محتوایی بسته آموزشی استفاده‌شده در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور (RCBT)

جلسه	عنوان جلسات	محتوای جلسات	مدت زمان
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح درباره روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، توضیح متغیرهای تعهد سازمانی و اثربخشی سازمانی.	دو ساعت
دوم	آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند	مروری بر افکار منفی و چالش با آن‌ها و استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و رویارویی صحیح با رویدادها، صبر و بردباری و توکل به پروردگار. آموزش فن شناختی-رفتاری حل مسئله، بحث درباره آثار صبر، گذشت و بخشش در زندگی. در این مرحله هریک از افراد رنج‌دیده آگاه می‌شوند که پایمال شدن حقوق آن‌ها، مورد پذیرش همگان و حتی دین است. از سوی دیگر، درمی‌یابند که از نظر دینی فرد خاطی چون حق آن‌ها را ضایع کرده، مرتکب گناه شده است و برای چنین گناهی کیفری وجود دارد که در صورت نبخشودن وی، هر فردی در گروی انجام هر کاری به اندازه ذره‌ای بدی کند کیفر آن را می‌بیند و خداوند حقوق آن‌ها را باز خواهد ستاند. این دیدگاه باعث کاهش احساسات منفی بیماران می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند از انتقام صرف‌نظر کنند. همچنین در پایان جلسه به افراد تکالیف شناختی در زمینه کشف افکار تحریف‌شده و کژکار خود و نیز شناسایی زمینه‌های عمده تعارض آن‌ها داده می‌شود.	دو ساعت
سوم	مروری بر افکار منفی و چالش با آن‌ها	مروری کوتاه بر جلسه‌های قبلی، بررسی تکالیف منزل ارائه‌شده در جلسه قبلی، آموزش فن توقف افکار و فن توجه‌برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال‌سازی رفتار در کنار فنون شناختی-رفتاری به‌منظور به‌چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی و بدبینانه درباره دیگران و همسر خود، ذکر عوامل اصلی نارضایتی ذهنی و تعارض‌های زندگی، بحث درباره مثبت‌نگری و خوش‌بینی درباره دیگران با استناد به آیات قرآن کریم، ارائه تکالیف شناختی-رفتاری در زمینه تمرین و کاربرد فنون ارائه‌شده.	دو ساعت
چهارم	آموزش فن توجه‌برگردانی از خود به سوی کائنات	مروری کوتاه بر جلسات قبلی، بررسی تکالیف ارزیابی از تکالیف جلسه قبل، آموزش فن آرمیدگی عضلانی و ذهنی (فن ریلکس) به افراد با تجسم ذهنی پدیده‌های مختلف هستی برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار تحریف‌شده به‌کمک بیماران و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، مروری بر هیجان‌ها و رفتار منطقی و خوشایند پس از افکار منطقی. در این جلسه با استناد به حدیثی از امام علی (ع) «کم‌گذشتی، زشت‌ترین عیب‌ها است و	دو ساعت

شتاب در انتقام‌گیری بزرگترین گناهان است»، بیماران پی می‌برند که برای رهایی از رنج ذهنی و احساس آزرده‌گی ناشی از تعارض‌ها و اختلاف‌های زندگی افراد و همچنین برای داشتن خشنودی و رضایت از زندگی، باید درجهت بخشودگی اشخاص اقدام کنند.		
پنجم	آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق	افزایش توانایی همدلی، تواضع و درک اینکه هر فرد (به کمک قرارداد مشروط و آموزش فن رفتاری)، در حق دیگری بدی کرده است یا بخشیده شده است یا انتظار بخشش داشته است. در این جلسه به بیماران آموزش داده می‌شود تا به همسرشان به‌عنوان عامل رنجاننده خود با محدودیت‌هایی که دارد بنگرند و با این دید موقعیت او و عملکردش را ارزیابی کنند و شرایط درونی و بیرونی فرد رنجاننده از خود را نیز در علت بروز رفتار نادرست او دخیل بدانند. همچنین به فرد کمک می‌شود تا کوشش کند توجیهی بیابد و شرایط خاصی را که فرد مرتکب رفتار آزارنده شده است، بررسی کند؛ چه‌بسا در آن شرایط و با محدودیت‌هایی که داشته است، جز آن طریق نتوانسته است رفتار کند. این دید مثبت باعث می‌شود که ادراک و ارزیابی فرد رنجیده از رفتار یا رفتارهای نادرست اطرافیان خود تغییر کند و به او در کاهش احساسات خشم و رنجش کمک کند. در پایان جلسه تکلیف‌هایی در زمینه استفاده از فنون ارائه‌شده و تمرین آن‌ها در منزل به بیماران داده می‌شود.
ششم	بیان احساسات توسط شرکت‌کنندگان و بحث درباره آن‌ها	ارزیابی تکالیف ارائه‌شده در جلسه‌های قبل و همچنین بررسی موانع پیش‌آمده در اجرای تکالیف و فنون مدنظر برای افراد و بحث درخصوص راهکارها و چگونگی رفع این موانع، بحث درباره موانع ارتباطی از دیدگاه دینی (خشم، عجله، سوءبرداشت، تندخویی، بداخلاقی، ناسزاگویی، شک و تردیدهای بی‌اساس) و ارائه تکلیف به افراد برای شناسایی این موانع در روابط خود.
هفتم	بحث درباره مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی	بحث درباره مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی، احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش خلقی و آراستگی ظاهری به استناد آیات قرآن کریم و آموزش مهارت‌های ارتباطی به افراد و ارائه تکالیفی به آن‌ها در این زمینه.
هشتم	تأکید بر افراد برای کنارگذاشتن کینه و انتقام‌جویی و ابراز بخشش	مروری بر مهارت‌ها، موانع ارتباطی و بررسی تکالیف ارائه‌شده در «چارت‌بندی» آموزش فن شناختی-رفتاری جلسه‌های قبل، تأکید بر افراد برای کنارگذاشتن کینه و انتقام‌جویی و ابراز بخشش. درمانگر با استناد به حدیث «بر شما باد بخشودگی و عفوکردن؛ زیرا عفو ثمری جز عزت ندارد؛ پس ببخشایید» و اینکه رسول‌اکرم افراد را متوجه می‌کند بخشیدن عزت است و برعکس، اصرارورزیدن بر انتقام و نبود بخشش، از نظر ارزشی نوعی دورماندن از ارزش‌ها است، به این صورت بیماران را به بخشودگی متمایل می‌کند و نظر آن‌ها را بر بخشیدن متمرکز می‌سازد تا آنان به بخشودگی احساس مثبت‌تری پیدا کنند.
نهم	پایدارسازی تغییرات مثبت	بیان احساسات توسط افراد و بحث درباره آن‌ها، بررسی تغییرهای احساس شده توسط افراد در وضعیت خودشان برای پایدارسازی تغییرات مثبت، ارائه تکالیف منزل، اطمینان‌بخشی مشاور به بیماران مبنی بر تقویت مثبت آموزش فنون مدنظر و پیش‌نیامدن مشکلی برای آن‌ها در صورت به‌کارگیری آموخته‌هایشان.
دهم	آموزش انعطاف و ملایمت در دفاع از خواسته‌های متقابل خود در روابط	تأکید بر تأثیر روابط جنسی زوجین بر میزان تعارض‌های زنشویی و رضایت از زندگی و آموزش فنونی در این زمینه، غنی‌سازی و بهبود روابط جنسی بیماران با محوریت فنون رویکرد شناختی-رفتاری و با تأکید بر توصیه‌های مذهبی موجود در این زمینه، آموزش به افراد برای درک نیازهای یکدیگر و تلاش برای ارضای صحیح و منطقی این نیازها و نیز درک تعلقات و وابستگی‌های همدیگر به خانواده و دیگران، تقویت اعتمادبه‌نفس یکدیگر، شفاف‌سازی عوامل بازدارنده عشق در افراد و آموزش انعطاف و ملایمت در دفاع از خواسته‌های متقابل خود در روابط.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی، آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌بکس و آزمون

کرویت موجهی به کار رفت. به منظور مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات) از آزمون خی‌دو استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین $\pm$ انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۳۹/۱۱ $\pm$ ۷/۸۰ سال و در

گروه گواه ۴۰/۸۰ $\pm$ ۷/۸۱ سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($p=0/448$). از نظر جنسیت در گروه آزمایش، تعداد ۲۰ نفر (۸۰ درصد) را زنان و ۵ نفر (۲۰ درصد) را مردان و در گروه گواه، تعداد ۱۸ نفر (۷۲ درصد) را زنان و ۷ نفر (۲۸ درصد) را مردان تشکیل دادند. دو گروه از نظر توزیع جنسیت تفاوت معناداری نداشتند ($p=0/18$). شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. بررسی توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها در طی مطالعه

متغیر	عنوان	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	درمان مذهب‌محور	۲۶/۴۳	۴/۶۶	۳۲/۵۶	۳/۴۴	۳۲/۱۱	۲/۶۵
	گواه	۲۵/۸۵	۳/۲۶	۲۴/۷۵	۴/۴۵	۲۶/۷۸	۲/۶۶
خودکارآمدی	درمان مذهب‌محور	۲۷/۸۳	۴/۷۲	۳۳/۶۰	۳/۴۰	۳۴/۱۰	۲/۷۷
	گواه	۲۷/۹۷	۳/۴۴	۲۸/۸۸	۵/۶۵	۲۸/۷۷	۳/۳۳

جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه درمان مذهب‌محور در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت‌موجهی و لوین، بررسی شد. از آنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رد نشد ($p>0/05$). همچنین معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین مشخص کرد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نمی‌شود ($p>0/05$). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجهی

نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمونی‌ها (فرض کرویت) رعایت نمی‌شود ($p<0/001$)؛ از این رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر ۰/۱۸ ($p<0/001$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول ۳. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
کیفیت زندگی	درون‌گروهی	زمان	۱۱/۵۴	$<0/001$	۰/۲۳
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۴۲/۴۹	$<0/001$	۰/۶۳
خودکارآمدی	درون‌گروهی	گروه	۳۸/۰۱	$<0/001$	۰/۶۱
	درون‌گروهی	زمان	۱۰/۰۷	$<0/001$	۰/۱۹
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۹۵/۱۲	$<0/001$	۰/۸۲
		گروه	۷/۴۴	$<0/001$	۰/۱۸

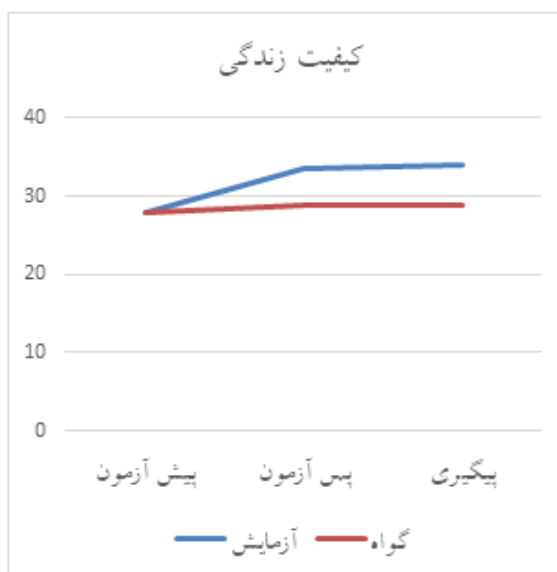
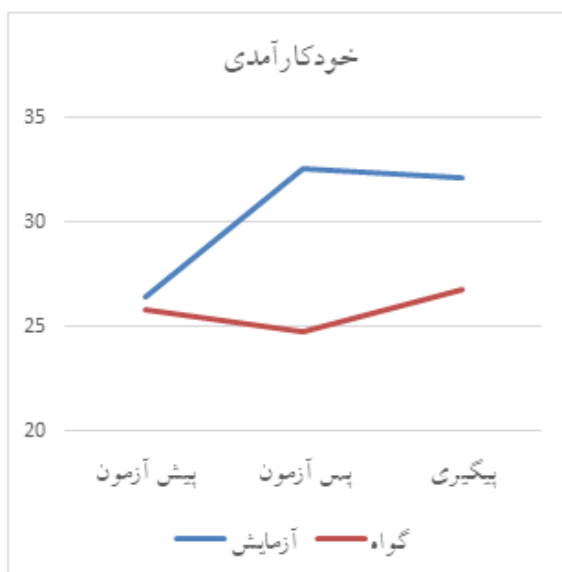
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر کیفیت زندگی برای اثر زمان ($p<0/001$) و اثر گروه ($p<0/001$) معنادار است؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر خودکارآمدی برای اثر زمان ($p<0/001$) و اثر گروه ($p<0/001$) معنادار است. این مطلب به آن معنا است که هر دو متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بین گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری داشته‌اند که حاکی از تأثیر مداخله است. برای بررسی تفاوت در هریک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج

آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج جدول ۴ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<0/001$). نتایج مشخص کرد که کیفیت زندگی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون دارد ($p<0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p=0/015$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر خودکارآمدی در گروه آموزش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<0/001$)؛

همچنین خودکارآمدی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون دارد ($p < 0.001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p = 0.925$)؛ بنابراین نتایج حاکی از این بود که اثربخشی درمان مذهب‌محور در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی ماندگار بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۵/۱۷	۱/۰۴	< 0.001
	پیش‌آزمون	۳/۸۲	۱/۱۶	< 0.001
	پس‌آزمون	۱/۲۴	۰/۵۹	۰/۱۰۵
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲/۳۴	۰/۴۷	< 0.001
	پیش‌آزمون	۳/۴۶	۰/۷۸	< 0.001
	پس‌آزمون	۰/۵۵	۰/۶۶	۰/۹۲۵



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و گواه

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی بود. یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش آناکلیر مبنی بر تأثیر درمان رفتاری-شناختی مذهب‌محور و ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با سلامت روان کودکان مبتلا به بیماری مزمن (۲۰)، همسوست. همچنین با نتایج پژوهش زمانیان و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان گروهی معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (۲۱) همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور (RCBT) بر خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی می‌توان گفت، درمان RCBT

مداخله‌ای است که در آن فرد با پررنگ کردن اعتقاد به بُعد فرامادی به بیماری خود معنا می‌دهد، آن را تفسیر می‌کند و از طریق آن معنای زندگی را درک می‌کند؛ همچنین بیماری را بخشی از زندگی می‌داند و درقبال زندگی احساس وظیفه و تعهد می‌کند و با ارزش‌های معنوی و انسانی نظیر صبر، نوع‌دوستی، توکل و بخشش در زندگی خود معنای جدید می‌آفریند. این درمان موجب کاهش آشفتگی روانی، افزایش خودکارآمدی در زندگی، کاهش احساس خشم و به‌وجود آمدن افکار و احساس مثبت مانند همدلی و نظایر آن می‌شود (۲۹). خودکارآمدی مراقبت از استومی به معنای قضاوت بیماران درباره توانایی‌شان برای اداره استومی خود است؛ به نحوی که پیامدهای نامطلوب به حداقل برسد. بیشتر بیماران دارای استومی اطمینان زیادی به توانایی خود برای مراقبت از استومی دارند؛ اما در زمینه خودکارآمدی اجتماعی مرتبط با استومی که همان کارایی شخصی مورد انتظار هر فرد درباره عملکردهای اجتماعی مربوط به وی است، اطمینان کمتری به خود

دارند؛ به طور کلی خودکارآمدی اجتماعی درک شده به معنای اطمینان درک شده هر فرد برای مشارکت شایسته او در تعاملات اجتماعی است (۱۲). از طرفی خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می کنند به آن دست یابند، اثر می گذارد. همچنین مشخص شده است که خودکارآمدی اجتماعی ارتباط مستقیمی با اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و خوش بینی افراد دارد (۱۹). به نظر می رسد این مسئله که روده باریک روی شکم باز شده باشد یا روده بزرگ، عملاً نمی تواند تأثیر درخور توجهی بر برداشت ذهنی بیمار از توانایی هایش در انجام فعالیت های مراقبتی یا اجتماعی مرتبط با کولوستومی داشته باشد؛ یا اینکه شاید تنها دارای اندک تأثیری بر خودکارآمدی مراقبت از استومی باشد که آن نیز احتمالاً به دلیل ترشحات اسیدی فراوان تر و آبکی موجود در ایلئوستومی است و باعث می شود مراقبت از آن مهارت بیشتر و دقیق تری را برای جلوگیری از عوارض پوستی ایجاد کند؛ در نتیجه ممکن است بیماران (به خصوص مسن ترها) احساس کنند که قادر نیستند به خوبی از عهده مراقبت از آن برآیند؛ اما با توجه به اینکه کسب مهارت های لازم برای زندگی با استومی در طول زمان شکل می گیرد، با تمرین و تکرار مهارت های آموزش داده شده مخصوصاً در کلاس های درمانی RCBT تسلط فرد بیشتر می شود و احساس کارایی بیشتری می کند (۲۰).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد، درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای کولوستومی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش آوچکیان و همکاران همسوست. آن ها در پژوهش خود دریافتند، درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی مؤثر است (۲۲). همچنین این یافته با نتایج پژوهش حمید و کاویانی بروجنی مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، همسوست (۲۳).

در تبیین این یافته می توان گفت، درمان شناختی-رفتاری مذهب محور، مراجع را به گام نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می کند که این مسیر تا پایان دوره درمان نیز ادامه خواهد داشت؛ بنابراین می توان این درمان را به عنوان روشی قوی برای اصلاح ساختارهای ذهنی همچون جهت گیری مذهبی صحیح، افزایش ابعاد مختلف سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی در بیماران دانست. اجرای این روش به بیماران در رسیدن به رشد، تعالی، شکوفایی، یافتن معنا و هدف و بالندگی در زندگی کمک می کند (۱۸). بیماران دارای استومی چون می دانند که استوما تا پایان عمر با آن ها خواهد بود، در طی این درمان سعی می کنند به تدریج با نگاه کردن به استوما، لمس کردن و مراقبت کردن از آن، با آن انس بگیرند تا بتوانند استقلال خود را هرچه سریع تر بازیابند. این امر باعث ایجاد سازگاری بهتر، کاهش عوارض جسمانی و روانی جراحی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آن ها می شود (۱۹).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که بیماران دارای کولوستومی نمونه پژوهش از بیماران تحت درمان بیمارستان امام خمینی شهرستان ساری انتخاب شدند؛ از این رو تعمیم نتایج به بیماران دارای کولوستومی سایر مناطق استان و کشور باید با احتیاط

انجام شود. ابزار استفاده شده در این تحقیق پرسشنامه بود که خود یکی از محدودیت های تحقیق حاضر است؛ زیرا آزمودنی ها ممکن است تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی به سؤال ها پاسخ داده باشند. طرح پژوهش نیمه آزمایشی بود و مزایای طرح های آزمایشی حقیقی را نداشت. پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی در منطقه جغرافیایی وسیع تری انجام پذیرد تا با اطمینان بیشتری تعمیم نتایج صورت گیرد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر جامعه بیماران دارای کولوستومی انجام شد، در پژوهش های آتی طبقه و پایگاه اجتماعی نمونه ها به عنوان متغیر متداخل در اثربخشی آموزش مهارت درمان شناختی-رفتاری مذهب محور زمینه توجه قرار گیرد. با توجه به اینکه مطالعه حاضر پژوهشی کمی بود، پیشنهاد می شود در تحقیق های بعدی از پژوهشی کیفی (نظریه زمینه ای مبتنی بر مصاحبه نیمه ساختاریافته) استفاده شود. با توجه به محدودیت های روش های تحقیق بین گروهی (تحقیقات آزمایشی) توصیه می شود محققان در آینده به منظور بررسی اثربخشی برنامه های درمان شناختی-رفتاری مذهب محور از طرح های آزمایشی از نوع تک آزمودنی استفاده کنند.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش های مناسب الهام گرفته شده از آموزش برنامه های درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر سلامت روان بیماران دارای کولوستومی بیفزایند. با توجه به تأثیر درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی پیشنهاد می شود، روان شناسان از درمان شناختی-رفتاری مذهب محور به طور گسترده ای به صورت گروهی بهره گیرند؛ همچنین با انعقاد قرارداد همکاری پژوهشی میان مراکز مطالعاتی و دانشگاهی با بیمارستان ها و مؤسسات پژوهشی مرتبط با جامعه آماری، برای تسهیل و تسریع رفع مسائل فراوری پژوهشگران در حوزه وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روان شناسی و مشاوره، با آموزش برنامه های درمان شناختی-رفتاری مذهب محور، روان شناسان زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر پزشکان و پرستاران با این مفاهیم فراهم کنند. انجام پژوهش های متعدد در مراکز مختلف، بستری مناسب برای مقایسه نتایج و کاربردی کردن هر چه بهتر این نوع پژوهش ها است. با توجه به هزینه ها و پیامدهای روان شناختی که این نوع از بیماری ها برای جامعه به دنبال دارد، پیشنهاد می شود از طریق نهادهای مختلف مثل رسانه ها، مجلات و... اطلاع رسانی هایی در زمینه برخورداری این نوع بیماران یا سایر بیماران سایکوسوماتیک از خدمات روان شناختی انجام شود. تمامی پرستاران، به خصوص پرستاران شاغل در بخش های جراحی گوارش و کلینیک های کولوستومی شایسته است با شرکت در کلاس های آموزشی و سمینارهای روان شناسی و انجام تحقیقات کاربردی، دانش خود را در زمینه مراقبت از استومیت ها افزایش دهند تا بتوانند ضمن ارائه مراقبت های دارای کیفیت مطلوب تر، با دادن آموزش های مناسب به بیماران و خانواده های آن ها زمینه را برای ارتقای خودکارآمدی و کیفیت زندگی این افراد فراهم آورند. توصیه می شود خودکارآمدی استومیت ها در قالب مطالعه ای طولی نیز بررسی شود. همچنین با توجه به محدودیت زمانی موجود در این مطالعه، پیشنهاد

گروه مطالعه شده از بیمارستان امام خمینی ساری به شماره نامه ۴۶ صادر شده است. تمامی افراد به صورت کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضام منافع

نویسندگان اعلام می کنند تضاد منافی بین آنها وجود ندارد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده های به دست آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم در نگارش نسخه دست نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

می شود پژوهش دیگری به منظور بررسی خودکارآمدی و کیفیت زندگی و سایر متغیرهای روان بیماران مبتلا به کولوستومی روده ای در مدت زمان طولانی تری پس از جراحی صورت گیرد. به ویژه انجام مطالعات کیفی در رابطه با چگونگی سازگارشیدن، می تواند ابعاد پنهان زندگی بیماری های روده ای، نگرش ها و چگونگی شکل گیری خودکارآمدی را در آنها به طور بارزتری نمایان کند.

۵ نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش می توان گفت، درمان شناختی- رفتاری مذهب محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی تأثیر دارد. استفاده از فنون درمان شناختی- رفتاری مذهب محور در کنار فضای همدلانه گروه، می تواند باعث تغییر دیدگاه بیماران دارای کولوستومی و آشنایی و کنترل بیشتر افراد به وضعیت بیماری و در نتیجه کیفیت زندگی و خودکارآمدی این بیماران شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران دارای کولوستومی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان شناسی تربیتی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر

References

1. Rafiei H, Hoseinabadi-Farahani MJ, Aghaei S, Hosseinzadeh K, Naseh L, Heidari M. The prevalence of psychological problems among ostomy patients: a cross-sectional study from Iran. *Gastrointestinal Nursing*. 2017;2;15(2):39-44. <https://doi.org/10.12968/gasn.2017.15.2.39>
2. Yilmaz E, Celebi D, Kaya Y, Baydur H. A descriptive, cross-sectional study to assess quality of life and sexuality in Turkish patients with a colostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2017;1;63(8):22-9. doi: [10.25270/owm.2017.08.2229](https://doi.org/10.25270/owm.2017.08.2229)
3. Goldwag JL, Wilson LR, Ivatury SJ, Tsapakos MJ, Wilson MZ. The prevalence of fascial defects at prior stoma sites in patients with colorectal cancer. *Int J Abdom Wall Hernia Surg*. 2020;3(2):50-5. doi: [10.4103/ijawhs.ijawhs_56_19](https://doi.org/10.4103/ijawhs.ijawhs_56_19)
4. Jin Y, Ma H, Li Y, Zhang Y, Jiménez-Herrera M. Development and psychometric evaluation of the colostomy disgust scale in patients with colostomy. *Eur J Cancer Care*. 2020;29(6):e13323. <https://doi.org/10.1111/ecc.13323>
5. Repić G, Ivanović S, Stanojević Č, Trgovčević S. Psychological and spiritual well-being aspects of the quality of life in colostomy patients. *Vojnosanit pregl*. 2018;75(6):611-7. doi: [10.2298/VSP151118357R](https://doi.org/10.2298/VSP151118357R)
6. Silva KD, Duarte AX, Cruz AR, de Araújo LB, Pena GD. Time after ostomy surgery and type of treatment are associated with quality of life changes in colorectal cancer patients with colostomy. *PloS One*. 2020;15(12):e0239201. doi: [10.1371/journal.pone.0239201](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239201)
7. Elfeki H, Thyø A, Nepogodiev D, Pinkney TD, White M, Laurberg S, et al. Patient and healthcare professional perceptions of colostomy-related problems and their impact on quality of life following rectal cancer surgery. *BJS Open*. 2018;2(5):336-44. doi: [10.1002/bjs5.69](https://doi.org/10.1002/bjs5.69)
8. Boutry E, Bertrand MM, Ripoché J, Alonso S, Bastide S, Prudhomme M, of Ostomy FF. Quality of life in colostomy patients practicing colonic irrigation: An observational study. *J Visc Surg*. 2020; S1878-7886(20)30187-9. doi: [10.1016/j.jviscsurg.2020.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.07.003)

9. Kent DJ, Long MA, Bauer C. Does colostomy irrigation affect functional outcomes and quality of life in persons with a colostomy? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(2):155–61. doi: [10.1097/won.0000000000000121](https://doi.org/10.1097/won.0000000000000121)
10. Thyø A, Emmertsen KJ, Pinkney TD, Christensen P, Laurberg S. The colostomy impact score: development and validation of a patient reported outcome measure for rectal cancer patients with a permanent colostomy. A population-based study. *Colorectal Dis.* 2017;19(1):O25–33. doi: [10.1111/codi.13566](https://doi.org/10.1111/codi.13566)
11. Aktas D, Gocman Baykara Z. Body image perceptions of persons with a stoma and their partners: a descriptive, cross-sectional study. *Ostomy Wound Manage.* 2015;61(5):26–40.
12. Wang S, Wang W, Zhu B, Song G, Jiang C. Efficacy of prophylactic mesh in end-colostomy construction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg.* 2016;40(10):2528–36. doi: [10.1007/s00268-016-3576-0](https://doi.org/10.1007/s00268-016-3576-0)
13. Tewari SO, Getrajdman GI, Petre EN, Sofocleous CT, Siegelbaum RH, Erinjeri JP, et al. Safety and efficacy of percutaneous cecostomy/colostomy for treatment of large bowel obstruction in adults with cancer. *J Vasc Interv Radiol.* 2015;26(2):182–8. doi: [10.1016/j.jvir.2014.09.022](https://doi.org/10.1016/j.jvir.2014.09.022)
14. Chen CK, Teo SC, Phui VE, Saman MA. Analgesic efficacy of transversus abdominis plane block in neonates and early infants for colostomy and reversal of colostomy. *Agri.* 2015;27(4):210–4. doi: [10.5505/agri.2015.66487](https://doi.org/10.5505/agri.2015.66487)
15. Wang H, Qin F, Zhen L, Su X, Zhang Y, Ma Y, et al. A study on the self-efficacy of permanent colostomy patients at different stages. *Chinese Journal of Practical Nursing.* 2015;31(6):439–43. [Chinese]
16. Pearce MJ, Koenig HG. spiritual struggles and religious cognitive behavioral therapy: a randomized clinical trial in those with depression and chronic medical illness. *Journal of Psychology and Theology.* 2016;44(1):3–15. doi: [10.1177%2F009164711604400101](https://doi.org/10.1177%2F009164711604400101)
17. Park W, Park WC, Kim KY, Lee SY. Efficacy and safety of laparoscopic hartmann colostomy reversal. *Ann Coloproctol.* 2018;34(6):306–11. doi: [10.3393/ac.2018.09.07](https://doi.org/10.3393/ac.2018.09.07)
18. Hosseini SH, Rafiei A, Gaemian A, Tirgari A, Zakavi A, Yazdani J, et al. Comparison of the effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and sertraline on depression and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery: study protocol for a randomized controlled trial. *Iran J Psychiatry.* 2017;12(3):206–13.
19. Gonçalves JP de B, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186539. doi: [10.1371/journal.pone.0186539](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186539)
20. Anclair M, Hjärthag F, Hiltunen AJ. Cognitive behavioural therapy and mindfulness for health-related quality of life: comparing treatments for parents of children with chronic conditions - a pilot feasibility study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2017;13:1–9. doi: [10.2174/1745017901713010001](https://doi.org/10.2174/1745017901713010001)
21. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iran J Med Sci.* 2016;41(2):140–4.
22. Aouchekian S, Karimi R, Najafi M, Shafiee K, Maracy M, Almasi A. Effect of religious cognitive behavioral therapy on religious obsessive-compulsive disorder (3 and 6 months Follow-up). *Adv Biomed Res.* 2017;6:158. doi: [10.4103/abr.abr_115_16](https://doi.org/10.4103/abr.abr_115_16)
23. Hamid N, Kaviany Brojeny A. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on religion on depression and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences.* 2016;18(2):69–76. [Persian] <http://goums.ac.ir/journal/article-1-2764-en.pdf>
24. Grant M, Ferrell B, Dean G, Uman G, Chu D, Krouse R. Revision and psychometric testing of the city of hope quality of life-ostomy questionnaire. *Qual Life Res.* 2004;13(8):1445–57. doi: [10.1023/b:qure.0000040784.65830.9f](https://doi.org/10.1023/b:qure.0000040784.65830.9f)
25. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Esmaeilpour S, Maghsoodi N, Safaee A, et al. The city of hope-quality of life-ostomy questionnaire: persian translation and validation. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(4):634–7. doi: [10.4103/2141-9248.139355](https://doi.org/10.4103/2141-9248.139355)
26. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van den Borne HW, van Berge-Henegouwen GP. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom Med.* 1996;58(2):183–91. doi: [10.4103/2141-9248.139355](https://doi.org/10.4103/2141-9248.139355)
27. Nasiri Ziba F, Saati M, Haghani H. The correlation of emotional intelligence and self-efficacy in patients with intestinal stoma. *Iran Journal of Nursing.* 2019;32(117):35-50. [Persian] http://ijn.iuums.ac.ir/browse.php?a_id=2884&sid=1&slc_lang=en
28. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, et al. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy (Chic).* 2015;52(1):56–66. doi: [10.1037/a0036448](https://doi.org/10.1037/a0036448)
29. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Robins CJ, Daher NS, et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(4):243-51. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000273>

