MEJDS. 2020; 10:185.

Published online 2020 Dec. **Research Article**

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

Hashemvarzi MR[1], *Abbasi GH[2], Hosseini SH[3]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۸۵.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری 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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ghabbasi@iausari.ac.ir

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

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ 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 شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ 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 به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس 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 شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور را دریافت کرد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ دموگرافیک، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران استومی (گرانت 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 نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

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

نتیجه‌گیری: درمان شناختی‌ـ‌رفتاری 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 شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، بیماران دارای کولوستومی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

۱ مقدمه

هر روزه تعداد زیادی از بیماران درمعرض تصمیم‌گیری مهمی جهت ازدست‌دادن مسیر عادی دفع مدفوع خود و عمل جراحی شکم و روده هستند (۱). این عمل گاهی درجهت بقای بیمار و گاهی به‌منظور بهبود کیفیت زندگی او انجام می‌گیرد (۲). بیش از یک‌میلیون نفر از ایالات متحدهٔ 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 متحدهٔ آمریکا و ۱۳۵۰۰ نفر در انگلستان گرفتار جراحی شکمی و روده‌ای می‌شوند (۳). کولوستومی[1] به بخشی از روده می‌گویند که به‌منظور دفع مواد زائد بدن از دیوارهٔ شکم بیرون آورده می‌شود؛ به عبارت دیگر دهانه‌ای از کولون (رودهٔ بزرگ) روی شکم است که توسط عمل جراحی ایجاد می‌شود (۴). هدف از عمل کولوستومی این است که اجازهٔ عبور مدفوع را می‌دهد تا زمانی که بیماری یا بخش صدمه‌دیدهٔ روده بهبود یابد. زمانی که با بیماران دربارهٔ 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[2] بیماران است. اضطراب و احساس خجالت ناشی‌از وجود جراحی روی شکم منجربه بروز تغییراتی در سبک زندگی افراد می‌شود؛ درنتیجه 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 باتوجه 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 همهٔ ابعاد آن به‌طور معناداری کمتر از بیماران بدون جراحی روی شکم است (۱۰).

ازطرفی بیماران دارای جراحی شکم نه‌تنها 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 به‌نوبهٔ خود، خودکارآمدی را در فرد مختل می‌کند. نتایج تحقیقات نشان داده است، وجود خودکارآمدی[3] 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[4] 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، سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند به آن دست یابند، اثر می‌گذارد (۱۴،۱۳). وانگ و همکاران در پژوهش خود مشاهده کردند، عوامل مؤثر بر خودکارآمدی بیماران دائمی کلوستومی در مراحل مختلف متفاوت است و باتوجه به شرایط و مرحلهٔ فردی، تدابیر مداخله‌ای فردی تدوین می‌شود و به‌منظور ارتقای اعتمادبه‌نفس بیماران در مواجهه با مدیریت بیماری و درنتیجه 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 زمینهٔ روان‌شناختی، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور[5] 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 حوزهٔ معنویت و سلامت روان از وجود رابطهٔ مثبت میان این دو مقوله خبر می‌دهد (۱۹،۱۸). همچنین در بیماران دارای کولوستومی از این روش درمانی استفاده می‌شود که نتایج مطلوبی را نشان داده است؛ آناکلیر و همکاران در پژوهش خود مشخص کردند، درمان رفتاری‌ـ 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 شناختی‌ـ 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 شناختی‌ـ 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

[1]. Colostomy
[2]. Quality of life
[3]. Self-Efficacy
[4]. Albert Banura
[5]. Religion-Based Cognitive-Behavioral Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

درمان شناختی‌ـ رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی و باتوجه به مطالب مذکور، درمی‌یابیم این روش می‌تواند برای ارتقای دانش مراقبت‌کنندگان حوزهٔ سلامت ازجمله روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر گروه‌های درمانی مفید باشد تا بتوانند مداخلات آموزشی و حمایتی را برای بیماران و خانوادهٔ آن‌ها اجرا کنند و از بار استرس و نگرانی بیماران دربارهٔ وضعیت بدنی خود، بکاهند. همچنین می‌تواند به ایجاد محیطی حمایت‌کننده کمک کند که منجربه ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌ـ 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. جامعـهٔ 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 به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس 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 ۳۰تا۶۰ سال (براساس بررسی پروندهٔ پزشکی)؛ دارای توانایی شرکت در جلسات درمان؛ مبتلانبودن به سایکوز حاد (روان‌پریشی) (براساس بررسی پروندهٔ پزشکی)؛ مبتلانبودن به اختلالات نورولوژیک مانند آسیب مغزی، سکته، آلزایمر، پارکینسون (براساس بررسی پروندهٔ 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 تمایل‌نداشتن به اتمام دوره یا تکمیل پرسشنامه، ابتلا به بیماری جسمی ناتوان‌کننده و امتناع از ادامهٔ حضور و ادامه‌دادن طرح بود. انجام پژوهش دو ماه و نیم طول کشید. برای شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش، ده جلسه درمان شناختی‌ـ 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 دربارهٔ 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.

ـ پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامهٔ محقق‌ساخته شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح و مصرف مشروبات، سابقهٔ فشارخون، سابقهٔ دیابت، سابقهٔ بیماری روان‌پزشکی، بیماری جسمانی ناتوان‌کننده و مزمن، زمان جراحی استومی و نوع استومی است.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران استومی[1]: 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 دربارهٔ اثر استومی بر سبک زندگی است که ۳۴ سؤال با پاسخ‌های یک‌کلمه‌ای در زمینهٔ شغل، وضعیت بیمهٔ درمانی، فعالیت جنسی، نگرانی‌های روحی‌ـ روانی، لباس‌پوشیدن، 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 دربارهٔ اثر استومی بر کیفیت زندگی است که ۴۳ سؤال در زمینهٔ ابعاد سلامت جسمانی (سؤالات ۱تا۱۱)، روانی (سؤالات ۱۲تا۲۴)، اجتماعی (سؤالات ۲۵تا۳۶) و معنوی (سؤالات ۳۷تا۴۳) کیفیت زندگی دارد. سؤالات این قسمت براساس مقیاس ارزش‌گذاری لیکرت از صفرتا۱۰ امتیازدهی شده است و در محاسبهٔ میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی به‌کار می‌رود. در سؤالات با گویهٔ منفی (سؤالات ۱تا۱۲، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۲تا۳۰، ۳۲تا۳۴، ۳۷) کسب امتیاز صفر نشان‌دهندهٔ بهترین کیفیت زندگی و امتیاز ۱۰ به‌منزلهٔ بدترین کیفیت زندگی است؛ برعکس در سؤالات با سویهٔ مثبت (بقیهٔ سوالات)، 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، ۰/۷۵ و ۰/۷۴ با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود.

ـ مقیاس خودکارآمدی استوما[2]: 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 (نمرهٔ ۱تا۵) ارزش‌گذاری می‌شود و در هریک از زیرمقیاس‌ها محدودهٔ نمرهٔ به‌دست‌آمده از حداقل ۱۴ (بیشترین خودکارآمدی) تا حداکثر ۷۰ (کمترین خودکارآمدی) است. امتیاز بیشتر نشان‌دهندهٔ خودکارآمدی بیشتر است (۲۶). پایایی ایـن مقیاس توسـط بکرز و همکـاران بـه‌شـیوهٔ بررسی همبستگی درونی بـا ضـریب 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

[1]. Quality of Life–Ostomy Questionnaire

[2]. Ostoma Self-Efficacy Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ به‌دست 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 امام‌خمینی شهرستان ساری نامهٔ 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 ترخیص و بایگانی اقدام صورت گرفت. سپس براساس معیارهای ورود از آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسهٔ توجیهی دعوت شد. باتوجه به تعداد زیاد بیماران دو جلسهٔ توجیهی برای آنان برگزار شد. پس از توضیح دربارهٔ روند مطالعهٔ حاضر و چگونگی انجام‌شدن 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 ادامهٔ جلسه با رضایت آن‌ها پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامهٔ 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 جلسهٔ جداگانه‌ای از آن‌ها برای شرکت در جلسات آموزش دعوت شد. سپس جلسات آموزشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور در دستورکار قرار گرفت. در پایان جلسات آموزشی، پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران استومی (۲۴) و مقیاس خودکارآمدی استوما (۲۶) دوباره توسط بیماران دارای کولوستومی تکمیل شد تا تأثیر روش مداخله‌ای آموزش‌داده‌شده در آن‌ها بررسی شود. همچنین پیگیری وضعیت درمانی این بیماران یک ماه و نیم بعد از اجرای پژوهش انجام پذیرفت.

درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور در ده جلسهٔ ۱۲۰دقیقه‌ای و هفته‌ای دوبار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ 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 بستهٔ آموزشی استفاده‌شده در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور (RCBT)

جلسه	عنوان جلسات	محتوای جلسات	مدت‌زمان
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح دربارهٔ 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 دربارهٔ حل مشکلات و رویارویی صحیح با رویدادها، صبر و بردباری و توکل به پروردگار. آموزش فن شناختی‌ـ‌رفتاری حل مسئله، بحث دربارهٔ آثار صبر، گذشت و بخشش در زندگی. در این مرحله هریک از افراد رنج‌دیده آگاه می‌شوند که پایمال‌شدن 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 اندازهٔ 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 زمینهٔ کشف افکار تحریف‌شده و کژکار خود و نیز شناسایی زمینه‌های عمدهٔ 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 جلسهٔ 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 شناختی‌ـ‌رفتاری به‌منظور به‌چالش‌کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی و بدبینانه دربارهٔ دیگران و همسر خود، ذکر عوامل اصلی نارضایتی ذهنی و تعارض‌های زندگی، بحث دربارهٔ مثبت‌نگری و خوش‌بینی دربارهٔ دیگران با استناد به آیات قرآن کریم، ارائهٔ تکالیف شناختی‌ـ‌رفتاری در زمینهٔ تمرین و کاربرد فنون ارائه‌شده.	دو ساعت
چهارم	آموزش فن توجه‌برگردانی از خود به‌سوی کائنات	مروری کوتاه بر جلسات قبلی، بررسی تکالیف ارزیابی از تکالیف جلسهٔ 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

		شتاب در انتقام‌گیری بزرگترین گناهان است»، بیماران پی می‌برند که برای رهایی از رنج ذهنی و احساس آزردگی ناشی‌از 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 رنجانندهٔ 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 زمینهٔ استفاده از فنون ارائه‌شده و تمرین آن‌ها در منزل به بیماران داده می‌شود.	دو ساعت
ششم	بیان احساسات توسط شرکت‌کنندگان و بحث دربارهٔ 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 دربارهٔ موانع ارتباطی از دیدگاه دینی (خشم، عجله، سوءبرداشت، تندخویی، بداخلاقی، ناسزاگویی، شک و تردیدهای بی‌اساس) و ارائهٔ تکلیف به افراد برای شناسایی این موانع در روابط خود.	دو ساعت
هفتم	بحث دربارهٔ مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی	بحث دربارهٔ مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی، احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش‌خلقی و آراستگی ظاهری به استناد آیات قرآن کریم و آموزش مهارت‌های ارتباطی به افراد و ارائهٔ تکالیفی به آن‌ها در این زمینه.	دو ساعت
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 شناختی‌ـ 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.	دو ساعت
نهم	پایدارسازی تغییرات مثبت	بیان احساسات توسط افراد و بحث دربارهٔ آن‌ها، بررسی تغییرهای احساس‌شده توسط افراد در وضعیت خودشان برای پایدارسازی تغییرات مثبت، ارائهٔ تکالیف منزل، اطمینان‌بخشی مشاور به بیماران مبنی‌بر تقویت مثبت آموزش فنون مدنظر و پیش‌نیامدن مشکلی برای آن‌ها در صورت به‌کارگیری آموخته‌هایشان.	دو ساعت
دهم	آموزش انعطاف و ملایمت در دفاع از خواسته‌های متقابل خود در روابط	تأکید بر تأثیر روابط جنسی زوجین بر میزان تعارض‌های زناشویی و رضایت از زندگی و آموزش فنونی در این زمینه، غنی‌سازی و بهبود روابط جنسی بیماران با محوریت فنون رویکرد شناختی‌ـ 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 بازدارندهٔ عشق در افراد و آموزش انعطاف و ملایمت در دفاع از خواسته‌های متقابل خود در روابط.	دو ساعت

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 کولموگروف‌اسمیرنف (به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

کرویت موچلی به‌کار رفت. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات) از آزمون خی‌دو استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن در گروه آزمایش۷/۸۰±۳۹/۱۱ سال و در گروه گواه ۷/۸۱±۴۰/۸۰ سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند (p=۰/۴۴۸). از نظر جنسیت در گروه آزمایش، تعداد ۲۰ نفر (۸۰درصد) را زنان و ۵ نفر (۲۰درصد) را مردان و در گروه گواه، تعداد ۱۸ نفر (۷۲درصد) را زنان و ۷ نفر (۲۸درصد) را مردان تشکیل دادند. دو گروه از نظر توزیع جنسیت تفاوت معناداری نداشتند (p=۰/۱۸). 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 به‌تفکیک 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 درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت‌موچلی و لوین، بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس_ کوواریانس رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین مشخص کرد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نمی‌شود (p>۰/۰۵). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نمی‌شود (p<۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر ۰/۱۸ (p<۰/۰۰۱) 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	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
		زمان*گروه	۴۲/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
	بین‌گروهی	گروه	۳۸/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۱
خودکارآمدی	درون‌گروهی	زمان	۱۰/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۹
		زمان*گروه	۹۵/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۲
	بین‌گروهی	گروه	۷/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر کیفیت زندگی برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار است؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر خودکارآمدی برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه (p<۰/۰۰۱) 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 حاکی‌از 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 مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است (p<۰/۰۰۱). نتایج مشخص کرد که کیفیت زندگی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود (p=۰/۰۱۵). نتایج نشان داد، نمرات متغیر خودکارآمدی در گروه آموزش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است (p<۰/۰۰۱)؛

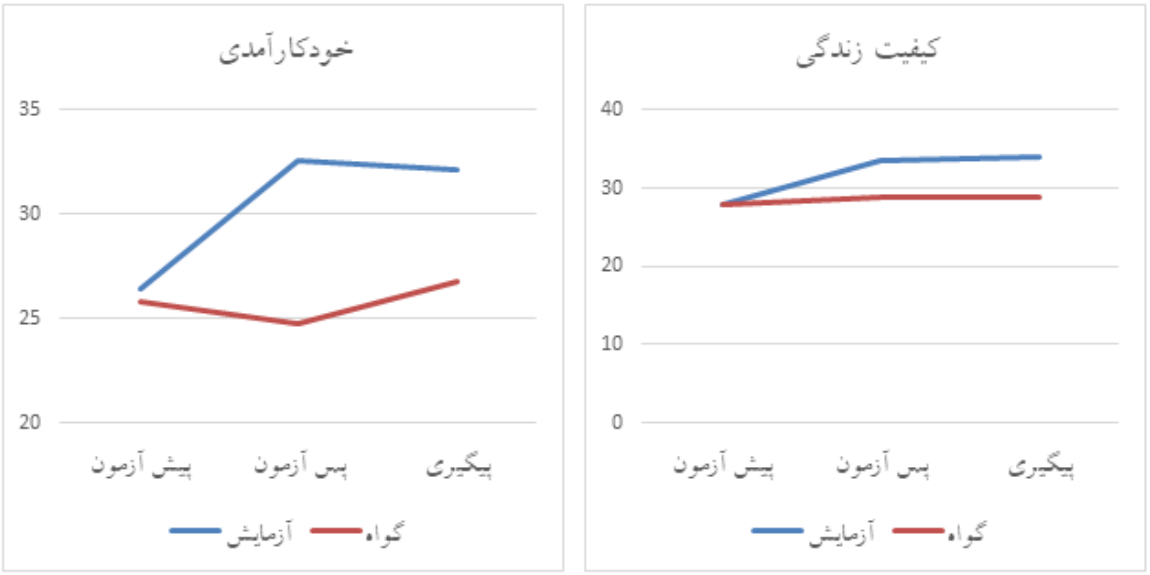
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

همچنین خودکارآمدی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p=۰/۹۲۵$)؛ بنابراین نتایج حاکی‌از این بود که اثربخشی درمان مذهب‌محور در مرحلهٔ پیگیری برای هر دو متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی ماندگار بوده است.

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

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۱۷	۱/۰۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۸۲	۱/۱۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۴	۰/۵۹	۰/۱۰۵
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۴	۰/۴۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۴۶	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۵	۰/۶۶	۰/۹۲۵



نمودار ۱. مقایسهٔ 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 شناختی‌ـ رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی بود. یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی‌ـرفتاری مذهب‌محور بر خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش آناکلیر مبنی‌بر تأثیر درمان رفتاری‌ـشناختی 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 شناختی‌ـ رفتاری مذهب‌محور (RCBT) بر خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی می‌توان گفت، درمان RCBT مداخله‌ای است که در آن فرد با پررنگ‌کردن اعتقاد به بُعد فرامادی به بیماری خود معنا می‌دهد، آن را تفسیر می‌کند و ازطریق 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 می‌آفرینند. این درمان موجب کاهش آشفتگی روانی، افزایش خودکارآمدی در زندگی، کاهش احساس خشم و به‌وجودآمدن افکار و احساس مثبت مانند همدلی و نظایر آن می‌شود (۲۹). خودکارآمدی مراقبت از استومی به‌معنای قضاوت بیماران دربارهٔ توانایی‌شان برای ادارهٔ استومی خود است؛ به‌نحوی‌که پیامدهای نامطلوب به حداقل برسد. بیشتر بیماران دارای استومی اطمینان زیادی به توانایی خود برای مراقبت از استومی دارند؛ اما در زمینهٔ خودکارآمدی اجتماعی مرتبط با استومی که همان کارایی شخصی مورد انتظار هر فرد دربارهٔ عملکردهای اجتماعی مربوط به وی است، اطمینان کمتری به خود

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

دارند؛ به‌طور کلی خودکارآمدی اجتماعی درک‌شده به‌معنای اطمینان درک‌شدهٔ هر فرد برای مشارکت شایستهٔ او در تعاملات اجتماعی است (۱۲). ازطرفی خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند به آن دست یابند، اثر می‌گذارد. همچنین مشخص شده است که خودکارآمدی اجتماعی ارتباط مستقیمی با اعتمادبه‌نفس، رضایت از زندگي و خوش‌بینی افراد دارد (۱۹). به‌نظر می‌رسد این مسئله که رودهٔ باریک روی شکم باز شده باشد یا رودهٔ بزرگ، عملاً نمی‌تواند تأثیر درخورتوجهی بر برداشت ذهنی بیمار از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌های 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 به‌دلیل ترشحات اسیدی فراوان‌تر و آبکی موجود در ایلئوستومی است و باعث می‌شود مراقبت از آن مهارت بیشتر و دقیق‌تری را برای جلوگیری از عوارض پوستی ایجاب کند؛ درنتیجه ممکن است بیماران (به‌خصوص مسن‌ترها) احساس کنند که قادر نیستند به‌خوبی از عهدهٔ مراقبت از آن برآیند؛ اما باتوجه به اینکه کسب مهارت‌های لازم برای زندگی با استومی در طول زمان شکل می‌گیرد، با تمرین و تکرار مهارت‌های آموزش‌داده‌شده مخصوصاً در کلاس‌های درمانی RCBT تسلط فرد بیشتر می‌شود و احساس کارایی بیشتری می‌کند (۲۰).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای کولوستومی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش آوچکیان و همکاران همسوست. آن‌ها در پژوهش خود دریافتند، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی مؤثر است (۲۲). همچنین این یافته با نتایج پژوهش حمید و کاویانی بروجنی مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، همسوست (۲۳).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور، مراجع را به گام‌نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می‌کند که این مسیر تا پایان دورهٔ درمان نیز ادامه خواهد داشت؛ بنابراین می‌توان این درمان را به‌عنوان روشی قوی برای اصلاح ساختارهای ذهنی همچون جهت‌گیری 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 می‌کند (۱۸). بیماران دارای استومی چون می‌دانند که استوما تا پایان عمر با آن‌ها خواهد بود، در طی این درمان سعی می‌کنند به‌تدریج با نگاه‌کردن به استوما، لمس‌کردن و مراقبت‌کردن از آن، با آن انس بگیرند تا بتوانند استقلال خود را هرچه سریع‌تر بازیابند. این امر باعث ایجاد سازگاری بهتر، کاهش عوارض جسمانی و روانی جراحی و درنتیجه بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱۹).

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که بیماران دارای کولوستومی نمونهٔ پژوهش از بیماران تحت درمان بیمارستان امام‌خمینی شهرستان ساری انتخاب شدند؛ ازاین‌رو تعمیم نتایج به بیماران دارای کولوستومی سایر مناطق استان و کشور باید با احتیاط انجام شود. ابزار استفاده‌شده در این تحقیق پرسشنامه بود که خود یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر است؛ زیرا آزمودنی‌ها ممکن است تحت‌تأثیر مطلوبیت اجتماعی به سؤال‌ها پاسخ داده باشند. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را نداشت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در منطقهٔ جغرافیایی وسیع‌تری انجام پذیرد تا با اطمینان بیشتری تعمیم نتایج صورت گیرد. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر بر جامعهٔ بیماران دارای کولوستومی انجام شد، در پژوهش‌های آتی طبقه و پایگاه اجتماعی نمونه‌ها به‌عنوان متغیر متداخل در اثربخشی آموزش مهارت درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور زمینهٔ توجه قرار گیرد. باتوجه به اینکه مطالعهٔ حاضر پژوهشی کمّی بود، پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از پژوهشی کیفی (نظریهٔ زمینه‌ای مبتنی‌بر مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته) استفاده شود. باتوجه به محدودیت‌های روش‌های تحقیق بین‌گروهی (تحقیقات آزمایشی) توصیه می‌شود محققان در آینده به‌منظور بررسی اثربخشی برنامه‌های درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور از طرح‌های آزمایشی از نوع تک‌آزمودنی استفاده کنند.

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزهٔ سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام‌گرفته‌شده از آموزش برنامه‌های درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور بر سلامت روان بیماران دارای کولوستومی بیفزایند. باتوجه به تأثیر درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان از درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور به‌طور گسترده‌ای به‌صورت گروهی بهره گیرند؛ همچنین با انعقاد قرارداد همکاری پژوهشی میان مراکز مطالعاتی و دانشگاهی با بیمارستان‌ها و مؤسسات پژوهشی مرتبط با جامعهٔ آماری، برای تسهیل و تسریع رفع مسائل فراروی پژوهشگران در حوزهٔ وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، با آموزش برنامه‌های درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مذهب‌محور، روان‌شناسان زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر پزشکان و پرستاران با این مفاهیم فراهم کنند. انجام پژوهش‌های متعدد در مراکز مختلف، بستری مناسب برای مقایسهٔ نتایج و کاربردی‌کردن هر چه بهتر این نوع پژوهش‌ها است. باتوجه به هزینه‌ها و پیامدهای روان‌شناختی که این نوع از بیماری‌ها برای جامعه به‌دنبال دارد، پیشنهاد می‌شود ازطریق نهادهای مختلف مثل رسانه‌ها، مجلات و... اطلاع‌رسانی‌هایی در زمینهٔ برخورداری این نوع بیماران یا سایر بیماران سایکوسوماتیک از خدمات روان‌شناختی انجام شود. تمامی پرستاران، به‌خصوص پرستاران شاغل در بخش‌های جراحی گوارش و کلینیک‌های کولوستومی شایسته است با شرکت در کلاس‌های آموزشی و سمینارهای روان‌شناسی و انجام تحقیقات کاربردی، دانش خود را در زمینهٔ مراقبت از استومیت‌ها افزایش دهند تا بتوانند ضمن ارائهٔ مراقبت‌های دارای کیفیت مطلوب‌تر، با دادن آموزش‌های مناسب به بیماران و خانواده‌های آن‌ها زمینه را برای ارتقای خودکارآمدی و کیفیت زندگی این افراد فراهم آورند. توصیه می‌شود خودکارآمدی استومیت‌ها در قالب مطالعه‌ای طولی نیز بررسی شود. همچنین باتوجه به محدودیت زمانی موجود در این مطالعه، پیشنهاد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

می‌شود پژوهش دیگری به‌منظور بررسی خودکارآمدی و کیفیت زندگی و سایر متغیرهای روان بیماران مبتلا به کولوستومی روده‌ای در مدت زمان طولانی‌تری پس از جراحی صورت گیرد. به‌ویژه انجام مطالعات کیفی در رابطه با چگونگی سازگارشدن، می‌تواند ابعاد پنهان زندگی بیماری‌های روده‌ای، نگرش‌ها و چگونگی شکل‌گیری خودکارآمدی را در آن‌ها به‌طور بارزتری نمایان کند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، درمان شناختی‌ـ رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی تأثیر دارد. استفاده از فنون درمان شناختی‌ـ رفتاری مذهب‌محور در کنار فضای همدلانهٔ گروه، می‌تواند باعث تغییر دیدگاه بیماران دارای کولوستومی و آشنایی و کنترل بیشتر افراد به وضعیت بیماری و درنتیجه 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 می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی تربیتی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان امام‌خمینی ساری به شماره نامهٔ ۴۶ صادر شده است. تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

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
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
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
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
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
8. Boutry E, Bertrand MM, Ripoche 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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.iums.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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.221.0]
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]