



## Modeling structural relationships of with perceived pain life in inflammatory bowel patients (IBD)

Shima Mansourifar<sup>1</sup> , Hasan Rezaei Jamalouei<sup>2\*</sup> , Seyyed Mohammad Hassan Emami Dehkordi

1. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
3. Professor, Department of Internal Medicine, Pour Sina Hakim Research and Treatment Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

### ABSTRACT

**Aims and background:** Living with the chronic pain of inflammatory bowel disease requires considerable emotional pressure, as pain reduces a person's emotional abilities so the aim of this study was to explain the Structural model of relationships between family communication patterns and quality of life in patients with inflammatory bowel disease with the pain perception.

**Materials and Methods:** The research method is cross-sectional correlation using structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all people with inflammatory bowel disease in Isfahan in 1399, from which 331 people were selected by convenience sampling. In this study of family communication model tools, quality of life of inflammatory bowel patient, McGill pain perception were used. Lisrel-V8.8 software were used to analyze the data.

**Results:** Findings showed that family communication patterns through pain perception have an indirect and significant effect on the quality of life of inflammatory bowel patients. The research findings also showed that the communication component of dialogue has a positive effect on quality of life and negative effect on pain perception and the compliance component has a negative effect on quality of life positive effect on pain perception.

**Conclusion:** Based on the findings it can be said that pain perception plays an important role in the quality of life of inflammatory bowel patients, therefore paying attention to the mentioned variables in prevention and designing more appropriate treatments helps researchers and therapists.

**Keywords:** Inflammatory bowel patients, Quality of life, Perceived pain, Pattern of family relationships

► Please cite this paper as:

Mansourifar SH, Rezaei Jamalouei H, Emami Dehkordi SMH[Modeling structural relationships of with perceived pain life in inflammatory bowel patients (IBD) (Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(1):55-67.

**Corresponding Author:** Hasan Rezaei Jamalouei, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

**Email:** h.rezayi2@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰

## مدل‌یابی روابط ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی به میانجی‌گری ادراک درد در بیماران التهابی روده (IBD)

شیمیا منصوری فر<sup>۱</sup>، حسن رضایی جمالویی<sup>۲\*</sup>، سیدمحمدحسن امامی نجفی دهکردی<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۳. استاد بیماری‌های گوارش و کبد، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و موسسه پژوهشی پورسینای حکیم، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۱۰/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** زندگی کردن با درد مزمن بیماری التهابی روده مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است به صورتی که درد توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد، لذا هدف پژوهش حاضر تبیین مدل‌یابی روابط ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران التهابی روده با میانجی‌گری ادراک درد انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش مقطعی از نوع همبستگی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری التهابی روده شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که از میان آن‌ها، تعداد ۳۳۱ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای الگوی ارتباطی خانواده، کیفیت زندگی بیمار التهابی روده و ادراک درد مک‌گیل استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Lisrel-V8.8 استفاده گردید.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که الگوهای ارتباطی خانواده از طریق ادراک درد اثر غیرمستقیم و معنادار بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده دارند. همچنین یافته‌ها نشان داد مولفه گفت و شنود اثر مثبت بر کیفیت زندگی و اثر منفی بر ادراک درد و مولفه هم‌نوایی اثر منفی بر کیفیت زندگی و اثر مثبت بر ادراک درد دارد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که ادراک درد نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران التهابی روده دارد لذا توجه به متغیرهای مذکور در پیشگیری و طراحی درمان‌های مناسب‌تر به پژوهشگران و درمانگران یاری می‌رساند.

**واژه‌های کلیدی:** بیماران التهابی روده، کیفیت زندگی، ادراک درد، الگوی روابط خانوادگی

### مقدمه

مناسب و قطعی برای بیشتر این بیماری‌ها وجود ندارد، بیماری‌های مزمن را به عامل فرساینده سلامت در افراد جامعه تبدیل نموده است<sup>(۱)</sup>. یکی از انواع بیماری‌های مزمن بیماری‌های التهابی روده هستند. بیماری‌های التهابی روده دسته‌ای از بیماری‌های ایدئوپاتی‌ک و مزمن

بیماری‌های مزمن یکی از عواملی هستند که بیشترین تأثیر منفی را بر سلامت افراد جامعه می‌گذارند. زمان طولانی‌مدت ابتلای افراد به این بیماری‌ها، روند طولانی درمان، عوارض آن‌ها و این واقعیت که درمان

نویسنده مسئول: حسن رضا جمالویی، دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
پست الکترونیک: h.rezayi2@yahoo.com

سطوح بالاتر استرس، وخامت یا تشدید این بیماری را پیش‌بینی می‌کند و یکی از استرس‌های عمده‌ای که به هنگام عود بیماری بوجود می‌آید، استرس شروع مجدد درد است<sup>(۱۲)</sup>.

موضوع درد در انسان به عنوان یک پدیده ذاتی که در همهٔ ابعاد رفتاری، احساسی، عاطفی وی نمود دارد، شناخته شده است و ادراک حسی درد بر اساس خصوصیات هر فرد به صورت متفاوتی بیان می‌گردد<sup>(۱۳)</sup>. درد یک تجربه شخصی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی از قبیل عوامل فرهنگی، تجارب و برداشتها، موقعیت‌های تربیتی و خانوادگی و همچنین مسائل روان‌شناختی متعددی قرار دارد و مجموعه عوامل فوق‌زمینه ادراکی هر فرد را نسبت به مفهوم درد تشکیل می‌دهد<sup>(۱۴)</sup>. درد شکم یک علامت شایع در بیماران مبتلابه بیماری‌های التهابی روده است که بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد<sup>(۱۵)</sup>. بدین ترتیب درد یک دلیل شایع برای کیفیت پایین زندگی آنها است و در بیماران التهابی روده، التهاب، انسداد، اختلال عملکردی، روانی و عوامل روانشناختی بر درک آنها از درد تأثیر می‌گذارد<sup>(۱۶)</sup>.

بنابراین بیماران التهابی روده از یک سو با علائم حادی مانند اسهال، خونریزی از مقعد، خروج مخاط و دردهای کرامپی شکم مواجه می‌شود و از سویی دیگر آینده‌ای مبهم، غیرقابل پیش‌بینی و توأم با نگرانی پیش روی وی قرار می‌گیرد.

شایع‌ترین نگرانی برای این بیماران کمبود انرژی است که عواقبی برای زندگی اجتماعی، اوقات فراغت، زندگی کاری و روابط بین‌فردی آنها دارد<sup>(۱۷)</sup>؛ به‌صورتی که تقریباً نیمی از بیماران نگران تأثیر بیماری‌شان بر روابط با همسر یا شریک زندگی خود (۵۰/۲ درصد) و سایر اعضای خانواده (۴۸/۲) هستند<sup>(۱۸)</sup>. بنابراین از دیگر حوزه‌هایی که در اثر ابتلا به بیماری التهابی روده متاثر گشته و بر روند بیماری نیز اثر می‌گذارد کارکرد خانواده و روابط خانوادگی می‌باشد<sup>(۱۹)</sup>.

محیط خانواده نقش مهمی در سازگاری مبتلایان به بیماران

روده‌ای هستند که شامل دو بیماری کرون که می‌تواند تمام قسمت‌های دستگاه گوارش را درگیر کند و کولیت اولسراتیو که به روده بزرگ محدود است، می‌باشد<sup>(۲۰)</sup>. التهاب در این بیماری اغلب در رکتوم و نواحی انتهایی کولون اتفاق می‌افتد، اما امکان این‌که تمامی کولون را درگیر کند نیز هست<sup>(۲۱)</sup>. شیوع بیماری‌های التهابی روده در دهه‌های گذشته افزایش یافته است:

۲۰۰-۱۲۰ مورد در هر هزار نفر در کولیت اولسراتیو و ۲۰۰-۵۰ مورد در هر صد هزار نفر در بیماری کرون<sup>(۲۲)</sup>. از سوی دیگر بیماری‌های التهابی روده همراه با یک تغییر مزمن در شرایط زندگی هستند که منجر به پیامدهای مهمی در کیفیت زندگی این بیماران می‌شود<sup>(۲۳)</sup>. این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین‌فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از ایجاد علائم می‌شود<sup>(۲۴)</sup>. کیفیت زندگی، جنبه‌هایی از زندگی را مد نظر قرار می‌دهد که تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشند و به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از بیماری بستگی دارد<sup>(۲۵)</sup>. در بررسی کیفیت زندگی ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی این‌که به باور فرد، کدام‌یک از عوامل، نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است<sup>(۲۶)</sup>. بنابراین کیفیت زندگی، ارزشی است که فرد علیرغم تأثیر بیماری، جراحت یا درمان بر میزان کنشوری و فرصت‌های اجتماعی وی، برای زندگی خویش قائل است<sup>(۲۷)</sup>. در پژوهش‌های مختلفی سطح کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است<sup>(۲۸)</sup>.

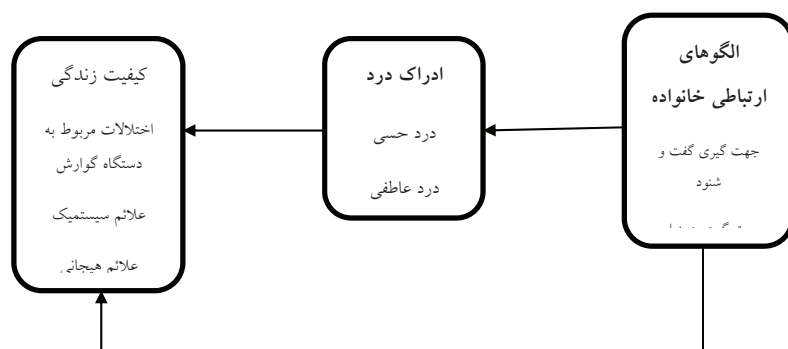
برخی از پژوهشگران بر این عقیده‌اند که عوامل محیطی از جمله عوامل روان‌شناختی در راه‌اندازی و تشدید کولیت اولسراتیو نقش دارند<sup>(۲۹)</sup>. در همین راستا و به دنبال مباحثات طولانی و بازنگری مستدل دربارهٔ نقش مسائل روان‌شناختی در این بیماری، برخی محققان معتقدند که

ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی بیماران رابطه مثبت و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معناداری دارد<sup>(۳۴)</sup>. در مطالعات دیگر با بررسی رفتارها و تعاملات خانواده در روند درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه معنی‌داری بین حمایت خانواده با میزان خودمدیریتی بیماران نشان داده‌اند<sup>(۳۵)</sup>. همچنین برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند با ارائه حمایت عاطفی توسط خانواده به هنگام بستری، این بیماران درد کمتری را تجربه خواهند کرد<sup>(۳۶)</sup> و هرچه میزان توافق فرزندان مبتلا و والدین بر سر بیماری بیشتر باشد، بروز علائم کمتر و کیفیت زندگی بیماران بیشتر می‌شود<sup>(۳۷)</sup>.

بنابراین امروزه یکی از سوال‌های بسیار جذاب مدل‌های روان‌شناختی، بررسی مسئله میزان ارتباط کیفیت زندگی با مولفه‌های روان‌شناختی بیماری‌های روان‌تنی است که پژوهش حاضر یکی از زوایای این ارتباط را بررسی کرده است. علاوه بر این مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی موثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سوال آسات که آیا مدل ساختاری بررسی الگوی ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ادراک درد در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده با داده‌های تجربی برآزش دارد؟ با توجه به پیشینه پژوهشی و نظری مورد بررسی می‌توان مدل مفهومی پژوهش حاضر را این‌گونه ترسیم کرد.

التهابی روده با تغییرات ایجاد شده به دنبال بیماری و چگونگی کنترل آن بر عهده داشته و سیستم کوچکی است که از اجزا متصل به هم تشکیل شده و هر بخش آن بر بخش‌های دیگر تاثیر گذاشته و تاثیر می‌پذیرد<sup>(۳۰)</sup>. رفتارهای این سیستم در درمان این بیماران که نیازمند خودمدیریتی فعال و مستمر است، نقش اساسی داشته و اعضای خانواده نقش مهمی در کمک به بیمار برای انجام رفتارهای خودمراقبتی، اتخاذ تصمیم‌های مربوط به بیماری و مقابله با استرس ناشی از بیماری دارند<sup>(۳۱)</sup>. مدل الگوی ارتباط خانواده یکی از مدل‌های کارساز در مبحث خانواده است که به تعاملات در خانواده و نقش آن در سازگاری با محیط و کیفیت زندگی می‌پردازد. مفهوم الگوی ارتباطی خانواده ساختاری علمی از دنیای ارتباطی خانواده است که شامل مولفه‌هایی مثل ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر، گفتگوی اعضای خانواده با هم و اینکه چه کاری انجام می‌دهند و در نهایت این که چه معنایی از این ارتباطات برداشت می‌کنند<sup>(۳۲)</sup>، می‌شود. دو جهت‌گیری اصلی الگوی ارتباطی خانواده عبارتند از: جهت‌گیری گفت و شنود یعنی آیا اعضای خانواده با یکدیگر تعاملات خودانگیخته‌ای دارند و به طور باز و آزادانه درباره موضوعات گوناگون مباحثه می‌کنند و جهت‌گیری همنوایی یعنی میزان فشاری که خانواده بر اعضا به‌منظور هم‌رایی و یکسان‌سازی گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورها وارد می‌کند<sup>(۳۳)</sup>.

در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده است که الگوی



## روش پژوهش

پژوهش حاضر به دنبال مدلیابی روابط ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران التهابی روده (IBD) با میانجی‌گری ادراک درد است. بنابراین روش پژوهش حاضر، به لحاظ روش گردآوری داده‌ها توصیفی/همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری است.

## جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران التهابی روده مراجعه کننده به کلینیک پورسینای حکیم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. گروه نمونه بر اساس ملاک‌های ورود شامل: (۱) حداقل سواد (۲) تشخیص بیماری التهابی روده بر اساس نظر متخصص گوارش و مبتنی بر کولونوسکوپی، بافت شناسی و رادیولوژی و ملاک‌های خروج: (۱) عدم پاسخگویی به سوالات (۲) عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش مشخص شدند. در مدلیابی معادلات ساختاری درباره حجم نمونه توافق کلی وجود ندارد اما به‌زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه باید ۲۰۰ نفر باشد. همچنین در مدلسازی ۱۵ آزمودنی به ازای هر سازه پیشنهاد می‌شود<sup>(۲۸)</sup>. در پژوهش حاضر حجم نمونه بر اساس ۱۵ نمونه برای هر سازه ۳۰۰ نفر تعیین گردید و برای رعایت جانب احتیاط ۳۵۰ نمونه انتخاب شدند که از این تعداد ۱۹ پرسشنامه از سوی آزمودنی برگشت داده نشد و در نهایت تحلیل داده‌ها بر روی ۳۳۱ پرسشنامه صورت گرفت.

## ابزار گردآوری داده‌ها

● پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده (IBDQ-9) این پرسشنامه توسط آلکالا، کاسلاس، فانتانت، پریو و مالاگلادا (۲۹) به‌منظور سنجش کیفیت زندگی متأثر از بیماری IBD طراحی شد. دارای ۹ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس شامل اختلالات مربوط به دستگاه گوارش، علائم سیستمیک، علائم هیجانی و اجتماعی است. سوالات بر روی طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (بدترین وضعیت) تا ۷ (بهترین وضعیت) قرار دارد.

وضعیت) و حداقل و حداکثر نمره از ۹ تا ۶۳ است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. آلکالا و همکاران<sup>(۲۹)</sup> ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده‌مقیاس‌ها ۷۶ درصد گزارش کرد. در ایران نیز این مقیاس توسط غلامرضایی و همکاران<sup>(۳۰)</sup> هنجاریابی شده است و ثبات درونی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ آن ۷۶ درصد ارزیابی شد.

## ● پرسشنامه ادراک درد مک‌گیل (SF-MPQ-2):

این پرسشنامه توسط دورکین و همکاران<sup>(۳۱)</sup> طراحی شده است و دارای ۲۲ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس شامل درد حسی، درد عاطفی و درد نوروپاتیک است. سوالات بر روی طیف لیکرت صفر تا ۱۰ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صفر تا ۲۲۰ است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. ضریب آلفای کل برای کل پرسشنامه برابر با ۹۵٪ و برای درد عاطفی ۸۶٪ درد نوروپاتیک ۸۳٪، درد حسی ۸۷٪ گزارش شده است. در ایران نیز این مقیاس توسط تنهایی، فتحی آشتیانی، امینی، واحدی و شقاقی<sup>(۳۲)</sup> هنجاریابی شده است.

## ● پرسشنامه الگوی ارتباطی خانواده:

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط فیتزپاتریک و ریچی<sup>(۳۳)</sup> به‌منظور اندازه‌گیری ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده یعنی جهت‌گیری گفت‌و شنود و هم‌نواپی طراحی شده است و دارای ۲۶ سؤال است. سوالات بر روی طیف لیکرت صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۴ است. این مقیاس در ایران توسط کوروش‌نیا و لطیفیان<sup>(۳۴)</sup> هنجاریابی شده است و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۸۷٪ و ۸۱٪ گزارش کرد.

## یافته‌ها

برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش، ابتدا از آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت تشخیص نرمال بودن داده‌ها استفاده شده و سپس از آزمون مدلسازی معادلات ساختاری

### همبستگی بین متغیرها

نتایج ماتریس همبستگی نشان داد بین جهت‌گیری گفت‌و شنود با کیفیت زندگی ( $r=0/16$ )، با ادراک درد ( $r=-0/28$ ) و جهت‌گیری همنوایی با کیفیت زندگی ( $r=0/62$ )، با ادراک درد ( $r=0/38$ ) رابطه معناداری وجود دارد.

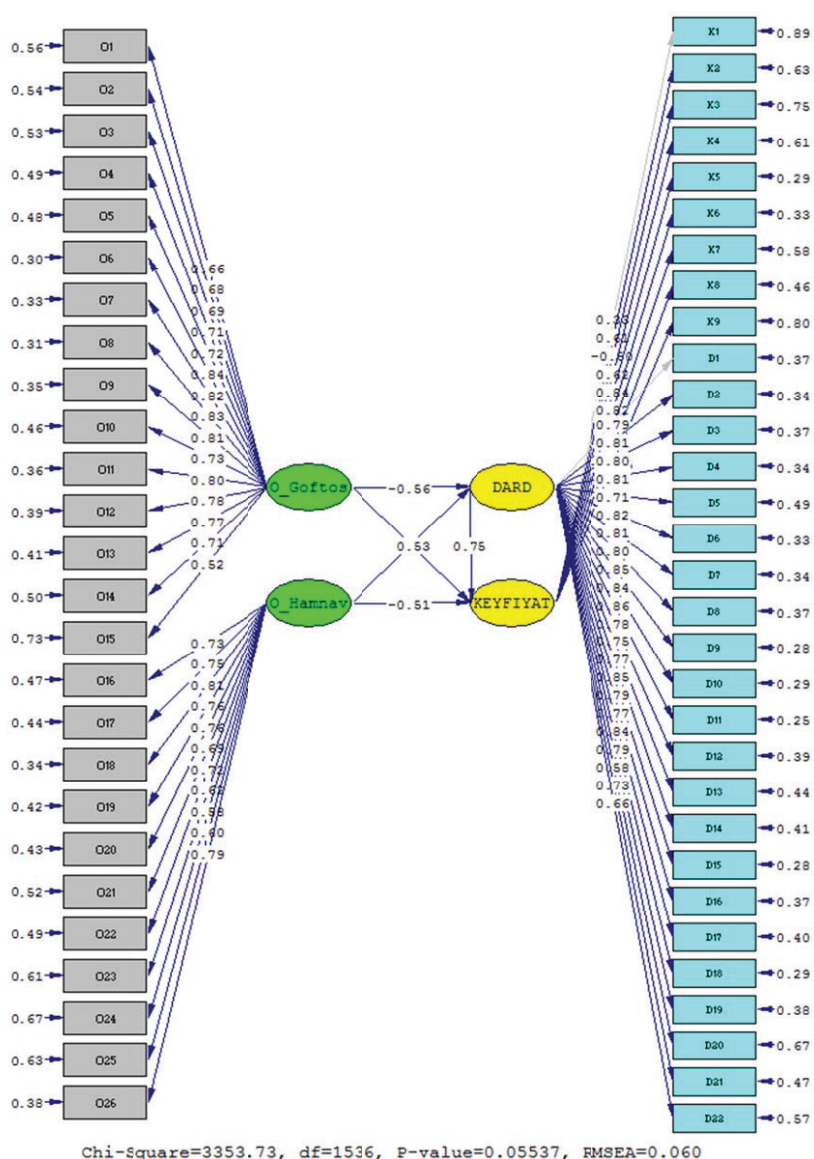
### استنباط آماری داده‌ها

نمودار مسیر برازش شکل‌های زیر به دست آمد.

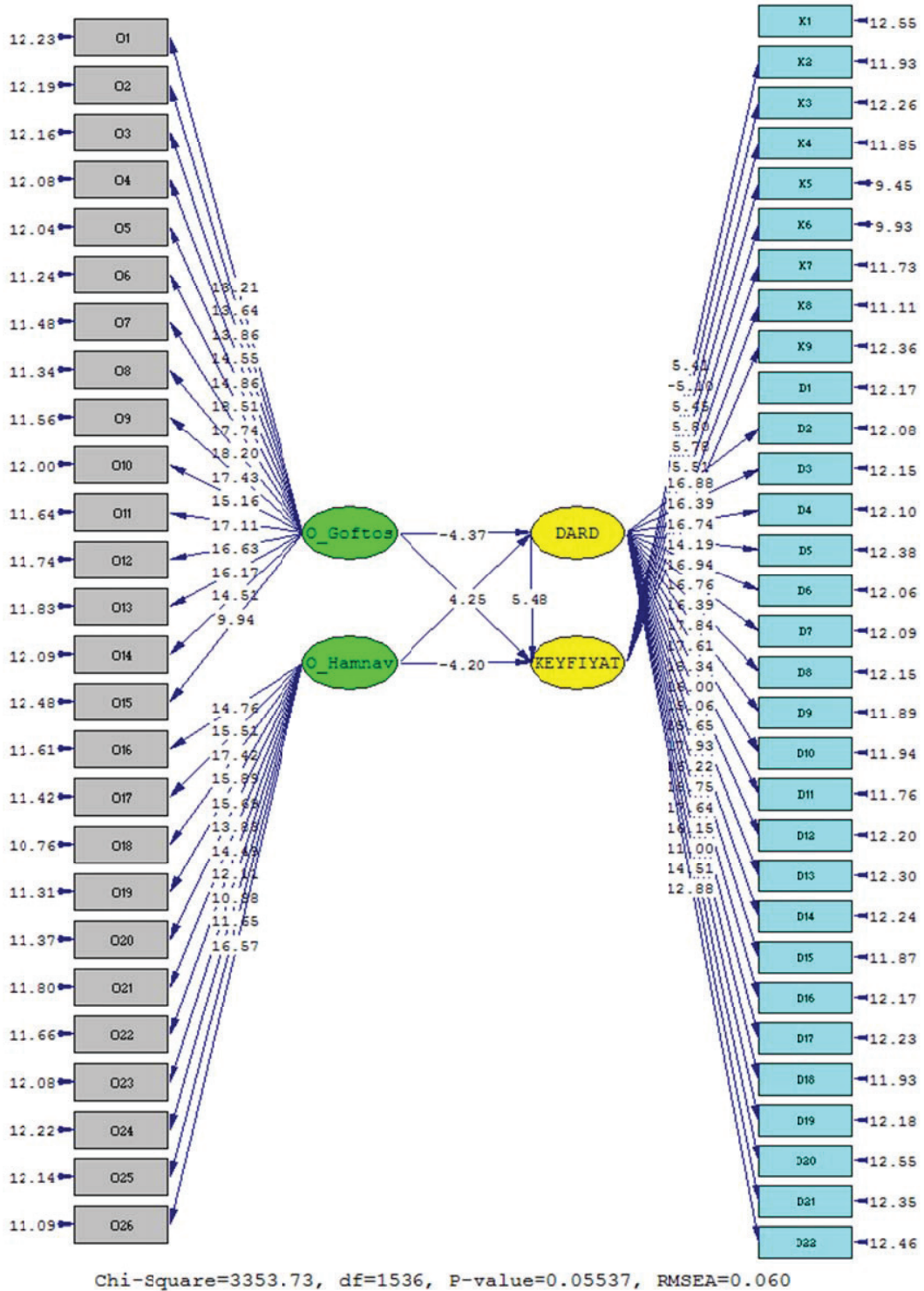
با استفاده از نرم‌افزار LISREL-v8.80 استفاده شد.

### بررسی نرمال بودن

نرمال بودن داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد آماره آنها بین (0/142 تا 0/540) و در بازه (-1,96، +1,96) قرار گرفته است که با توجه به عدم معنی‌داری آنها نرمال بودن متغیرها را تأیید می‌کند.



شکل ۱: مدل تأثیرپذیری کیفیت زندگی از الگوهای ارتباطی خانواده با میانجی‌گری ادراک درد



شکل ۲: t-Value مربوط به مدل تاثیرپذیری کیفیت زندگی از الگوهای ارتباطی خانواده با میانجی‌گری ادراک درد

نشان می‌دهد همه شاخص‌ها کفایت آماری دارند و دارای برازش نسبتاً کاملی هستند.

با توجه به معیارهای خی-دو و RMSEA این مدل برازش مناسبی به داده‌ها ارائه می‌کند. در جدول زیر متداول‌ترین شاخص‌های برازش آورده شده است که

جدول ۱: گزیده‌ای از شاخص‌های برازش مهم مدل ترسیمی

شاخص	نام شاخص	اختصار	مقدار	برازش قابل قبول
شاخص‌های برازش مطلق	سطح تحت پوشش (کای اسکوئر)	-	۳۳۵۳/۷۳	
	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۸۸	بزرگتر از ۰/۸
شاخص‌های برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	AGFI	۰/۸۵	بزرگتر از ۰/۸
	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۵	بزرگتر از ۰/۹
شاخص‌های برازش مقتصد	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۶۰	کمتر از ۰/۱

به عبارتی دیگر، الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی از طریق متغیر میانجی ادراک درد تاثیر دارد.

در جدول زیر، ضرایب مسیر به همراه مقادیر t برای فرضیه‌ی فرعی ششم آورده شده است. همان‌طور که مشخص است، مسیرهای مورد آزمون، پذیرفته می‌شوند.

جدول ۲: ضرایب مسیر و مقادیر t برای فرضیه فرعی ششم

مسیر	ضریب مسیر	مقدار t	وضعیت
الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود) --> ادراک درد	-۰/۵۶	-۴/۳۷	پذیرفته شد
الگوهای ارتباطی خانواده (همنوایی) --> ادراک درد	۰/۵۲	۴/۲۳	پذیرفته شد
الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود) --> کیفیت زندگی	۰/۵۳	۴/۲۵	پذیرفته شد
الگوهای ارتباطی خانواده (همنوایی) --> کیفیت زندگی	-۰/۵۱	۴/۲۰	پذیرفته شد
ادراک درد --> کیفیت زندگی	۰/۷۵	۵/۴۸	پذیرفته شد



غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جداول زیر قابل مشاهده است.

برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و

جدول ۳: تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم و کل الگوهای ارتباطی خانواده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	اثر	
		مستقیم	غیرمستقیم
مولفه گفت و شنود	ادراک درد	-۰/۵۶	----
ادراک درد	کیفیت زندگی	۰/۷۵	----
مولفه گفت و شنود	کیفیت زندگی	۰/۵۳	-۰/۴۲ * ۰/۷۵ = -۰/۵۶
مولفه هم‌نوایی	ادراک درد	۰/۵۲	----
مولفه هم‌نوایی	کیفیت زندگی	-۰/۵۱	۰/۷۵ * ۰/۵۲ = ۰/۳۹

که الگوهای ارتباطی کثرت‌گرا و توافق‌کننده بیشترین فراوانی را در خانواده‌ها به خود اختصاص داده بودند و بین الگوهای ارتباطی خانوادگی با ابعاد کیفیت زندگی در تمام ابعاد، به جز بعد پذیرش اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

مطابق مبانی نظری الگوهای ارتباطی خانواده، در خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت و شنود، افراد در بحث‌های خانوادگی شرکت کرده و یاد می‌گیرند که چگونه با مسائل مختلف روبه‌رو شوند و در مواقع بروز مشکل دستخوش احساسات منفی نشوند و این وضعیت در نهایت منجر به حل مساله شده و از بروز احساسات ناخوشایند، غم و اندوه، افسردگی، اضطراب یا تنیدگی در بیماران جلوگیری می‌کند. در نتیجه بیماران درد کمتری را گزارش می‌دهند و میزان کیفیت زندیشان بالاتر می‌رود. فیتزپاتریک<sup>(۲۵)</sup> نیز معتقد است در خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت و شنود چون به افراد فرصت شرکت در بحث و گفت‌وگو داده می‌شود، آنها در روابط خود از سبک پذیرش استفاده می‌کنند و می‌آموزند که میزان درد خود را که ناشی از این بیماری است مدیریت و به شیوه صحیح ابراز کنند. به‌علاوه در چنین خانواده‌هایی ارتباطات بین اعضای خانواده باز بوده و بین آنها بحث‌هایی گسترده در رابطه با موضوع‌های مختلف صورت می‌گیرد. آرزوها، افکار، احساسات، عواطف افراد مورد

بنابراین، چنین استنباط می‌شود که فرضیه تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری ادراک درد پذیرفته می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان داد فرضیه تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری ادراک درد تأیید می‌شود. این یافته هماهنگ با یافته فیتزپاتریک و کوئر<sup>(۳۳)</sup> است مبتنی بر اینکه خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت و شنود زیاد، احتمالاً مهارت‌های ارتباطی رشدیافته‌تری دارند که این به‌نوبه خود به آنها اجازه می‌دهد درباره نقش‌ها و انتظارات خود به‌طور موثری با دیگران گفتگو کنند. همچنین آنها از مهارت‌های حل مسئله کارآمدتری برخوردارند که باعث می‌شود در موقعیت‌های مختلف عملکرد مناسبی داشته باشند و در برابر مشکلات بیشتر تاب بیاورند و دستخوش عواطف منفی نشوند. همچنین در راستای نتایج بدست آمده هستر و همکاران<sup>(۳۷)</sup> در پژوهش خود نشان دادند هرچه میزان توافق فرزندان مبتلا و والدین (بخصوص مادران) بر سر بیماری التهابی روده بیشتر باشد، بروز علائم کمتر و کیفیت زندگی بیماران بیشتر است. همچنین نتایج پژوهش شهرکی ثانوی و همکاران<sup>(۳۵)</sup>، نشان داد

نمی‌کند که سبب می‌شود بیماری‌رانی التهابی روده دچار درد بیشتری شوند و کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش کنند. در واقع والدین به عنوان افراد تاثیرگذار در زندگی بیماران التهابی روده می‌توانند از طریق به کارگیری سبک تربیتی مقتدرانه و برقراری ارتباط اثربخش آنها را برای قرار گرفتن در مسیر صحیح کمک کنند و از طریق تسهیل نیازهای عاطفی این بیماران رفتارهای وابسته به سلامت آنها را بهبود بخشند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد الگوهای ارتباطی خانواده از طریق ادراک درد اثر غیرمستقیم و معنادار بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده دارند. همچنین نتایج نشان داد مولفه ارتباطی گفت و شنود اثر مثبت بر کیفیت زندگی و اثر منفی بر ادراک درد و مولفه هم‌نوایی اثر منفی بر کیفیت زندگی و اثر مثبت بر ادراک درد دارد. با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی از قبیل ادراک درد در بیماران التهابی روده شناخت این عوامل می‌تواند زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای روان‌درمانی، آموزش مهارت‌های لازم به مبتلایان، کاهش دوره‌ها و هزینه‌های درمانی شود و به برنامه‌ریزان بهداشت روانی کمک کند تا در فراهم نمودن مداخلات روانی مناسب در خصوص پیشگیری افراد مستعد و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان گام بردارند.

### تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانم شیمنا منصوروی فر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است که با همکاری صمیمانه رئیس، کادر پزشکی، پرسنل و بیماران کلینک پورسینای حکیم اصفهان انجام شد که بدینوسیله از مسئولین دانشگاه آزاد واحد نجف‌آباد و کلینکی پورسینا قدردانی به عمل می‌آید.

لازم به ذکر است کد کمیته اخلاق این پژوهش ۱۳۹۹،۰۱۸.IR.IAU.NAJAFABAD.REC

در لینک روبرو قابل دسترسی است:

<https://ethics.research.ac.ir/IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.018>

توجه قرار می‌گیرد و در نتیجه بیماران ادراک درد کمتری را گزارش می‌دهند و میزان کیفیت زندگیشان بالاتر می‌رود. برعکس والدینی که دارای جهت‌گیری هم‌نوایی هستند معتقدند تبادل مکرر، باز و راحت عقاید و ارزش‌ها به طور کلی برای خانواده و به‌ویژه برای اجتماعی کردن افراد ضرورتی ندارد. بدین ترتیب از بیماران انتظار می‌رود تا حرف‌شنوی داشته باشند، مطابق میل والدین عمل کنند و علایق خود را در درجه دوم اهمیت قرار دهند. وجود الگوهای سخت‌گیرانه میزان کیفیت زندگی بیماران را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد و میزان استقلال افراد را در زندگی کاهش می‌دهد. همچنین در خانواده‌های هم‌نوا، والدین تصمیم‌گیرنده مسائل مهم فرزندان هستند. در نتیجه بیماران در انجام مسائل زندگی به والدین وابستگی پیدا می‌کنند و این عامل منجر به کاهش اعتماد به خود و رفتارهای پرخاشگرانه و مشکلات ارتباطی در زندگیشان می‌گردد. یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثر متغیر واسطه‌ای ادراک درد در رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی بود که نشان داد جهت‌گیری گفت‌و شنود علاوه بر تاثیر مستقیم بر کیفیت زندگی به صورت غیرمستقیم و با واسطه ادراک درد در کیفیت زندگی نقش دارد. یعنی جهت‌گیری گفت‌و شنود با کاهش درد در بیماران باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد می‌گردد. در حالی که خانواده‌های دارای جهت‌گیری هم‌نوایی زیاد بر عقاید، نگرش‌ها و ارزش‌های همگون تاکید دارند، خانواده‌های دارای جهت‌گیری هم‌نوایی کم به نگرش‌ها و عقاید ناهمگون و فردیت اشخاص بها می‌دهند. بنابراین، خودپنداره‌های افراد بیمار عمدتاً به وسیله انتظاراتی که خود از خویشان دارند، تعیین می‌شوند.

در نتیجه، تهدیداتی که برای خودپنداره‌های اعضای آنها وجود دارد به صورت ناهمخوانی بین خود واقعی و خود ایده‌آل ایجاد می‌شود که پیامد روان‌شناختی آن احتمال وقوع افسردگی و پیامد جسمانی آن همراه با درد است که یافته‌های این پژوهش این احتمال را تایید می‌کند. به همین دلیل، احتمالاً جهت‌گیری هم‌نوایی کم در خانواده‌های ایرانی ناهمخوانی بین خود واقعی و خود ایده‌آل را آن قدر برجسته

## References

1. Roger M, Mills RM. Chagas Disease. *Epidemiology and Barriers to Treatment. The American Journal of Medicine.* 2020; 133(11): 1262-1265.
2. Chiba M, Sugawara T, Komatsu M, & Tozawa H. Onset of ulcerative colitis in the second trimester after emesis gravidarum: treatment with plant-based diet. *Inflammatory bowel diseases*, 2018; 24(5), e8-e9.
3. Opstelten JL, Chan SS, Hart AR, Van Schaik, FD, Siersema PD, Lentjes EG, & Bergmann, MM. Prediagnostic serum vitamin D levels and the risk of Crohn's disease and ulcerative colitis in European populations: a nested case-control study. *Inflammatory bowel diseases*, 2018; 24(3), 633-640.
4. Byndloss MX, Litvak Y & Bäuml AJ. Microbiota-nourishing immunity and its relevance for ulcerative colitis. *Inflammatory bowel diseases*, 2019; 25(5), 811-815.
5. Thais Karla VT, Santos BM, Henrique Marques dos CH. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Coloproctology*, 2017; 37(1): 279-284.
6. Minagawa T, Ikeuchi H, Kuwahara R, Horio Y, Sasak H, Chohnno T, Bando T, Uchino M. Functional Outcomes and Quality of Life in Elderly Patients after Restorative Proctocolectomy for Ulcerative Colitis. *Digestion*, 2020; 101(6):737-742.
7. Mavroudis G, Simren M, Jonefjäll B, Öhman L, & Strid H. Symptoms compatible with functional bowel disorders are common in patients with quiescent ulcerative colitis and influence the quality of life but not the course of the disease. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 2019; 12: 1756284819827689.
8. Carlsen K, Munkholm P, & Burisch J. Evaluation of Quality of Life in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: What Is Health-Related Quality of Life? In *Crohn's Disease and Ulcerative Colitis* (pp. 279-289). Springer, Cham. 2017.
9. Engler H, Elsenbruch S, Rebernik L, Köcke J, Cramer H, Schöls M & Langhorst J. Stress burden and neuroendocrine regulation of cytokine production in patients with ulcerative colitis in remission. *Psychoneuroendocrinology*, 2018; 98:101-107.
10. Luo H, Sund Y, Lia Y, Lva H, Shengc L, Wangd L, Qiana J. Perceived stress and inappropriate coping behaviors associated with poorer - quality of life and prognosis in patients with ulcerative colitis. *Journal of Psychosomatic Research*, 2018; 113: 66-71.
11. Koch AK, Schöls M, Langhorst J, Dobos G & Cramer H. Perceived stress mediates the effect of yoga on quality of life and disease activity in ulcerative colitis. Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 2020; 130: 109917.
12. Mukherjee S & sloper P. Understanding the impact of inflammatory bowel disease on parent and their children. The university of york. Heslington, 2001; Yo105DD. NACC 1779 03 01.
13. Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Turner S, El-Gabalawy R, Sareen J, & Asmundson GJG. Anxiety-related psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. *Journal of anxiety disorders*, 2018; 55: 48-55.
14. Feingold D, Brill S, Goor-Aryeh I, Delayahu Y, & Lev-Ran S. The association between severity of depression and prescription opioid misuse among chronic pain patients with and without anxiety: A cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 2018; 235: 293-302.
15. Boyle M, Murphy S, Leyden J, MacMathuna P, Doherty G, Cullen G. Analysis of Patient Perception of Pain and Management Strategies in IBD1 St Vincents University Hospital, Gastroenterology, Dublin, Ireland, 2 Mater Misericordiae University Hospital, Gastroenterology, Dublin, Ireland, 2017.
16. Dayan B, & Turner D. Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy.

- World journal of gastroenterology: WJG, 2012; 18(29): 3833.
17. Kawalec P, & Malinowski KP. Indirect health costs in ulcerative colitis and Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 2015; 15(2): 253-266.
  18. Murphy LK, Murray CB, & Compas BE. Topical review: Integrating findings on direct observation of family communication in studies comparing pediatric chronic illness and typically developing samples. *Journal of Pediatric Psychology*, 2017; 42(1): 85-94.
  19. Murphy LK, Murray CB & Compas BE. Topical review: Integrating findings on direct observation of family communication in studies comparing pediatric chronic illness and typically developing samples. *Journal of Pediatric Psychology*, 2017; 42(1): 85-94.
  20. Laidlaw SH. Lifestyle Patterns of Chronic Disease. In *Integrative and Functional Medical Nutrition Therapy* (pp. 563-575). Humana, Cham, 2020.
  21. Silina V, & Kalda R. Challenges for clinical practice and research in family medicine in reducing the risk of chronic diseases. Notes on the EGPRN Spring Conference 2017 in Riga. *European Journal of General Practice*, 2018; 24(1): 112-117.
  22. Lee AA, Piette JD, Heisler M, Janevic MR, Langa KM & Rosland AM. Family members' experiences supporting adults with chronic illness: A national survey. *Families, Systems, & Health*, 2017; 35(4): 463-473
  23. Parker Y. The relationship between spirituality, health related quality of life and occupational balance among adults with chronic diseases. University of the Western Cape, Faculty of Community and Health Sciences, Department of Occupational Therapy, 2019.
  24. Williams, K. M. The Role of Family Context in Family Health History Communication Surrounding Chronic Disease. Georgia Southern University, 2019.
  25. Dibley L, Williams E, Young P, Ironsides P. N798 Kinship stigma in community-dwelling people with inflammatory bowel disease: family acknowledgement matters. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017; 2(1) S490-S491
  26. Hashash JG, Randi Sigal R, Wein-Levy P, Szigethy EM, Merusi JJ, Regueiro MD.. *Inflammatory Bowel Diseases Connect: A Novel Volunteer Program for Hospitalized with IBD and Their Families*. *Inflamm Bowel Dis*, 2016; 22(2): 2748-2753
  27. Hester JL, Bert HF, Derkx HM, Koopman Hugo S, Heymans A. *Inflammatory Bowel Diseases*, 2002; 8(4): 270-276.
  28. Hooman HA. [Statistical inference in behavioral research (Persian)]. Publishers Samt, 2018.
  29. Alcala M. J., Casellas, F., Fontanet, G., Prieto, L. & Malagelada, J-R. (2004). Shortened Questionnaire on Quality of Life for Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis • Volume 10, Number 4*
  30. Gholamrezaei, A., Haghani S., Shemshaki, H., Tavakoli H, Emami M, H. [Linguistic Validation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-Short Form (IBDQ-9) in Iranian Population (Persian)]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012; 28(123): 1850-1859
  31. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain* 2009; 144:35-42.
  32. Tanhaee Z, Fathi-Ashtiani A, Amini M, Vahedi H, Farhad Sh. [New Sequential Versus Triple Treatment Schedules for Helicobacter pylori Eradication in Iran (Persian)]. *Govaresh Journal*, 2012; 17(2):91-97.
  33. Fitzpatrick MA, & Koener AF. Family communication schema effect on children's resiliency running head: Family communication schemata, the evolution of key mass communication concepts: Honoring Jack M. McLeod, 2004;115-139.
  34. koroshniya M, latifiyan M. [Evaluation of validity and

reliability of revised tools of family communication patterns (Persian)]. 2006; 3(12): 855-875.

35. SHahrakisanavi F, Navidiyan A, Ansarimigadam A, Farajshoy M. [The Relationship of Family Communication Patterns on Life Quality in Adolescents (Persian)]. Journal of Family Counseling and Psychotherapy 2011; 1(1): 1-38.