



The effect of family communication patterns on quality of life through perceived stress

Shima Mansourifar, M.A

Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Hasan Rezaei-Jamalouei, Ph.D

Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of family communication patterns on quality of life mediated by perceived stress in inflammatory bowel disease (IBD) in patients. The research method was cross-sectional correlation using structural equation modeling. The statistical population included all people with inflammatory bowel disease in Isfahan in 1399, from which 331 subjects were selected by convenience sampling. In this study, family communication model tools (Alcalaa et al, 2004): Quality of Life of Inflammatory Bowel Patients (Fitzpatrick & Koener, 2004) and Perceived Stress Questionnaire (Cohen & Williamson, 1988) were used. Lisrel-V8.8 software was used to analyze the data. Findings showed that the dialogue component has a positive effect on quality of life and a negative effect on perceived stress and compliance component has a negative effect on quality of life and a positive effect on perceived stress ($p < 0/05$). Findings also showed that family communication patterns through perceived stress have an indirect and significant effect on the quality of life of inflammatory bowel patients ($p < 0/05$). Based on the findings of this study, it can be said that life stress has an important role in the quality of life of inflammatory bowel patients and it is useful to consider these psychological variables in the training, prevention and treatment of psychiatric patients.

Keywords: quality of life, pattern of family relationships, perceived stress.

تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری استرس ادراک شده

شیمای منصوریفار

کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

*حسن رضایی جمالویی

گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری استرس ادراک شده در بیماران التهابی روده انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی با استفاده از الگوی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری التهابی روده شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که از میان آنها، تعداد ۳۳۱ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای الگوی ارتباطی خانواده (Alcalaa et al, 2004)، کیفیت زندگی بیمار التهابی روده (Fitzpatrick & Koener, 2004) و استرس ادراک شده (Cohen & Williamson, 1988) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Lisrel-V8.8 استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که مولفه گفت و شنود اثر مثبت بر کیفیت زندگی و اثر منفی بر استرس ادراک شده و مولفه هم‌نوایی اثر منفی بر کیفیت زندگی و اثر مثبت بر استرس ادراک شده دارد ($p < 0/05$). همچنین یافته‌ها نشان داد الگوهای ارتباطی خانواده از طریق استرس ادراک شده اثر غیرمستقیم و معنادار بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده دارند ($p < 0/05$). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که استرس‌های زندگی نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران التهابی روده دارد و در نظر گرفتن متغیرهای روان‌شناختی در آموزش، پیشگیری و درمان بیماران روان‌تنی می‌تواند سودمند باشد.

واژگان کلیدی: بیماران التهاب روده، کیفیت زندگی، الگوی روابط خانوادگی، استرس ادراک شده

مقدمه

فرد، کدامیک از عوامل، نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است (Carlsen, Munkholm & Burisch, 2017). بنابراین کیفیت زندگی، ارزشی است که فرد علیرغم تأثیر بیماری، جراحی یا درمان بر میزان کنش‌وری و فرصت‌های اجتماعی وی، برای زندگی خویش قائل است (Engler, Elsenbruch, Rebernik, Köcke & Cramer, 2019). پژوهش‌های مختلفی از جمله Luo, Wangd & Qiana (2018) Lia, Lva, Shengc, Sund, می‌دهند که سطح کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است.

برخی از پژوهشگران نیز بر این عقیده‌اند که عوامل محیطی از جمله عوامل روان‌شناختی و به‌ویژه استرس روان‌شناختی در راه‌اندازی و تشدید کولیت اولسراتیو نقش دارند (Koch, Schöls, Langhorst, Dobos & Cramer, 2020). اما در پی تریدها و مباحثات طولانی در مورد نقش مسائل روان‌شناختی به‌ویژه استرس در این بیماری‌ها، محققان (Sweet, Duerkop & Keestra, 2020) اظهار نموده‌اند که سطوح بالاتر استرس ادراک شده، وخامت یا تشدید بیشتر بیماری را پیش‌بینی می‌کند و روابط معناداری را بین استرس ادراک شده و پیامدهای نامطلوب سلامتی در بیماری التهابی روده گزارش کرده‌اند (Liu, Wang, Lyu, Bai, Chen & Jiansheng, 2018). اصطلاح استرس را برای اولین بار هانس سلیه مطرح کرد، و به این نکته توجه کرد که مجرای گوارشی و سیستم ایمنی در افراد به‌طور خاص نسبت به استرس‌های زندگی پاسخگو هستند (Parian & Limketkai, 2016). لذا با در نظر گرفتن این نکته که بدکارکردی سیستم ایمنی یکی از مهم‌ترین عوامل در سبب‌شناسی این بیماری شناخته شده است، اخیراً عنوان شده است که استرس از طریق تشدید بدکارکردی ایمنی‌شناختی، روی سیر این بیماری‌ها اثر نامطلوب گذاشته و فعالیت بیماری را تشدید می‌بخشد (Larsson, Lööf & Ribaldone & Saracco, 2017). همچنین در پژوهش (Nordin, 2017) نیز عنوان شده است که استرس نقش بسیار مهمی در اختلال عملکرد دستگاه گوارش دارد. یکی از دلایل واضح و

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 همراه با آن‌ها و این واقعیت که درمان مناسب و قطعی برای بیشتر این بیماری‌ها وجود ندارد، بیماری‌های مزمن را به عامل فرساینده سلامت در افراد جامعه تبدیل نموده است (Mills, 2020). یکی از انواع بیماری‌های مزمن بیماری‌های التهابی روده هستند. بیماری‌های التهابی روده دسته‌ای از بیماری‌های ایدیوپاتیک و مزمن 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 (Chiba, Sugawara, Komatsu & Tozawa, 2018). التهاب در این بیماری اغلب در رکتوم و نواحی انتهایی کولون اتفاق می‌افتد، اما امکان دارد تمامی کولون را درگیر کند (Opstelten, Chan, Hart, Van Schaik, 2018). کولیت اولسراتیو نسبت به بیماری کرون افراد بیشتری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Poggioli, Gentilini, Coscia, & Ugolini, 2019).

از سوی دیگر بیماری‌های التهابی روده سبب تغییری مزمن در شرایط زندگی می‌شوند که منجر به پیامدهای مهمی در کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (Thais Karla, Santos & Henrique Marques dos, 2017). این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از ایجاد علائم می‌شود (Minagawa, Ikeuchi, Kuwahara, Horio, Sasaki, 2019). 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 و درمان آن بستگی دارد (Mavroudis, Simren, Jonefjäll, Öhman & Strid, 2019).

در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی این‌که به باور

خودانگیزگی‌ها دارند و به طور باز و آزادانه در مورد موضوعات گوناگون مباحثه می‌کنند (Williams, 2019). در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده است که الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی بیماران رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی هم‌نواپی با کیفیت زندگی بیماران رابطه منفی و معنادار دارد (Parker, 2019).

مطالعات چندی به بررسی رفتارها و تعاملات خانواده در روند درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند که در این میان نشان داده شده که رابطه معنی‌داری بین حمایت خانواده با میزان خودمدیریتی بیماران وجود داشته است (Dibley, Williams, Young, Ironsided, 2017). همچنین برخی از پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند با ارائه حمایت عاطفی توسط خانواده به هنگام بستری بیماران التهابی روده، این بیماران استرس و نگرانی کمتری را تجربه خواهند کرد (Jana, Hashash, Randi Sigal, Wein-Levy, Szigethy, Joy & Merusi, 2016). همچنین هرچه میزان توافق فرزندان مبتلا و والدین بر سر بیماری بیشتر باشد، بروز علائم کمتر و کیفیت زندگی بیماران بیشتر می‌شود (Bert, Derkx, Koopman, Heste, Hugo & Heymans, 2002).

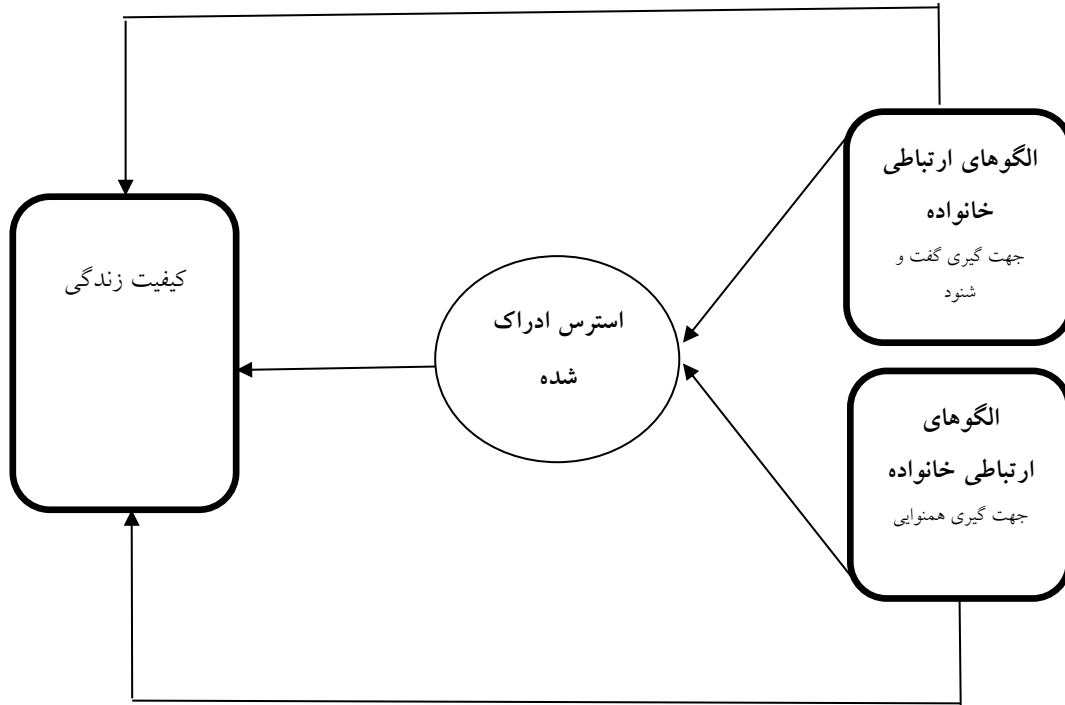
بنابراین امروزه بررسی مسئله میزان ارتباط کیفیت زندگی با مولفه‌های شناختی اختلالات یکی از دغدغه‌های اصلی است که این پژوهش، یکی از زوایای این ارتباط را بررسی کرده است. مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی موثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. از سوی دیگر الگوهای ارتباطی خانواده و ابعاد آن با وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی مرتبط بوده و در سال‌های اخیر کشف اثرات ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده بر سلامت جسمانی مبتلایان به سندرم التهابی روده از اهمیت به‌سزایی برخوردار می‌باشد و می‌تواند راهنمایی در جهت‌دهی به اولویت‌های مداخلات با اهداف بهبود کیفیت زندگی مبتلایان قرار گیرد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال این مسئله است: آیا مدل ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی به میانجی‌گری استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده با داده‌های تجربی برازش دارد؟ با توجه به پیشینه

اصلی استرس این بیماران، دوره‌های عود بسیار زیاد این بیماری است که باعث می‌شود این بیماران حتی در بازه زمانی خاموشی این بیماری هم نمی‌توانند استرس را به درستی درک کنند.

شایع‌ترین استرس برای مبتلایان به بیماران التهابی روده کمبود انرژی است که عواقبی برای زندگی اجتماعی و روابط بین-فردی آن‌ها دارد (Dayan & Turner, 2012). همچنین تقریباً نیمی از بیماران التهابی روده نگران تأثیر بیماری‌شان بر روابط با همسر یا شریک زندگی خود (۵۰٪ درصد) و سایر اعضای خانواده (۴۸٪) هستند (Malinowski, 2015). بنابراین یکی از دیگر حوزه‌هایی که در اثر ابتلا به این بیماری متاثر گشته و بر روند بیماری نیز اثر می‌گذارد کارکرد خانواده و روابط خانوادگی می‌باشد (Murphy, Murray & Compas, 2017). محیط خانواده نقش مهمی در سازگاری مبتلایان به بیماران 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 تأثیر گذاشته و تأثیر می‌پذیرد (Laidlaw, 2020). رفتارهای این سیستم در درمان بیماران التهابی روده که نیازمند خودمدیریتی فعال و مستمر است، نقش اساسی داشته و اعضای خانواده نقش مهمی در کمک به بیمار برای انجام رفتارهای خود مراقبتی، اتخاذ تصمیم‌های مربوط به بیماری و مقابله با استرس ناشی از بیماری دارند (Silina & Kalda, 2018).

مفهوم الگوی ارتباطی خانواده ساختاری علمی است که بر اساس مولفه‌هایی مثل ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر، اینکه اعضای خانواده چه چیزی به یکدیگر می‌گویند، چه کاری انجام می‌دهند و چه معنایی از این ارتباطات برداشت می‌کنند قرار دارد (Lee, Piette, Heisler, Janevic, Langa & Roslan, 2017). دو جهت‌گیری اصلی گفت و شنود و هم‌نواپی در رابطه با الگوی ارتباطی خانواده وجود دارد. جهت‌گیری هم‌نواپی میزان فشاری است که خانواده بر اعضا به منظور هم‌رایی و یکسان‌سازی گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورها وارد می‌کند. در این مدل، الگوهای ارتباطی بر پایه حرف شنوی از یکدیگر صورت می‌گیرد. در مقابل جهت‌گیری گفت و شنود، اعضای خانواده با یکدیگر تعاملات

پژوهشی و نظری مورد بررسی می‌توان مدل مفهومی این پژوهش را این‌گونه ترسیم کرد (شکل ۱):



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

فرضیه ۱. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۲. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری همنوایی) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۳. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود) بر استرس ادراک شده بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۴. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری همنوایی) بر استرس ادراک شده بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۵. استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۶. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی با میانجی‌گری استرس ادراک شده روده تاثیر غیر مستقیم دارد.

فرضیه ۷. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری همنوایی) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی با میانجی‌گری استرس ادراک

روش پژوهش، جامعه و نمونه آماری: این پژوهش به دنبال مدل‌یابی روابط ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران التهابی روده (IBD) با میانجی‌گری استرس ادراک شده است. بنابراین روش این پژوهش، به لحاظ روش گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری است. همچنین این پژوهش از نظر هدف، کاربردی از نظر رویکرد، کمی و از نظر زمان گردآوری داده‌ها از نوع مقطعی است.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران التهابی روده مراجعه‌کننده به کلینیک پورسینای حکیم شهر اصفهان در سال

مورد من درست نیست = ۰، کمی در مورد من درست است = ۱، اغلب در مورد من درست است = ۲، خیلی در مورد من درست است = ۳ و کاملاً در مورد من درست است = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۴ است. در ایران نیز این مقیاس توسط (2006) koroshniya M, latifiyan هنجاریابی شده است و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر میزان ضریب پایایی ابزار حاضر با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. یکی از گویه‌های این پرسشنامه «والدین من را تشویق می‌کنند تا احساساتم را بیان و ابراز کنم» است.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده (Quality of Life of Inflammatory Bowel Disease)

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط (2004) Fontanet, Prieto & Malagelada به منظور سنجش کیفیت زندگی متأثر از بیماری IBD طراحی شد. دارای ۹ سؤال و ۴ خرده مقیاس شامل اختلالات مربوط به دستگاه گوارش (سؤال ۵، ۱، ۷، ۸)، علائم سیستمیک (سؤال ۲، ۳)، علائم هیجانی (سؤال ۹، ۶) و اجتماعی (سؤال ۴) است. سؤالات بر روی طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (بدترین وضعیت) تا ۷ (بهترین وضعیت) حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه‌ای از ۹ تا ۶۳ است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. (2004) Alcalá et al ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۶ گزارش کرد. در ایران نیز این مقیاس توسط غلامرضایی و همکاران هنجاریابی شده است و ثبات درونی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ ارزیابی شد. در پژوهش حاضر میزان ضریب پایایی ابزار حاضر با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. یکی از گویه‌های این پرسشنامه «تعداد دفعات اجابت مزاج (دفع مدفوع) شما در دو هفته گذشته به چه صورتی بوده است؟» است.

پرسشنامه استرس ادراک شده (Perceived Stress Questionnaire)

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط (1983) Cohen & Williamson به منظور

تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. گروه نمونه بر اساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش (ملاک‌های ورود شامل: ۱) دارا بودن حداقل سواد برای درک سوالات پرسشنامه، ۲) تشخیص بیماری التهابی روده بر اساس نظر متخصص گوارش و مبتنی بر نتایج بررسی‌های کلونوسکوپی، بافت‌شناسی و رادیولوژی در گروه مورد و ملاک خروج عدم پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌های مورد استفاده مشخص شدند. در مدل-یابی معادلات ساختاری در مورد حجم نمونه توافق کلی وجود ندارد (Sheriber, 2006) اما به‌زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه در معادلات ساختاری باید حداقل ۲۰۰ نفر می‌باشد (Holter, 1983; Hu, 2008). همچنین در مدل‌سازی نسبت ۵ نمونه (مشاهدات) به ازای متغیرهای مستقل نسبت محافظه کارانه تر ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل و حتی در نظر گرفتن ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر پیشنهاد شده است (Hooman, 2018). در پژوهش حجم نمونه بر اساس ۱۵ نمونه برای هر متغیر ۳۰۰ نفر تعیین گردید که برای رعایت جانب احتیاط از طریق لینک اینترنتی و پرسنامه‌های کاغذی ۳۵۰ نمونه انتخاب شدند که از این تعداد ۹ پرسشنامه از سوی آزمودنی برگشت داده نشد و ۱۰ پرسشنامه به صورت ناقص تکمیل شده بود و در نهایت تحلیل داده‌ها بر روی ۳۳۱ پرسشنامه صورت گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (family communication model tools). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط (Fitzpatrick MA, & Koener, 1990) به منظور اندازه‌گیری ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده یا به عبارت دیگر ابعاد جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری هم‌نوایی خانواده طراحی شد. دارای ۲۶ سؤال و ۲ خرده مقیاس شامل جهت‌گیری گفت‌و شنود (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) و جهت‌گیری هم‌نوایی (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶) است. سؤالات بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً در

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین دانشگاه آزاد نجف‌آباد، پژوهشگر با مراجعه به کلینیک پورسینا شهر اصفهان، پس از معرفی کامل، کسب رضایت آگاهانه و توضیحات لازم، با توجه به معیارهای ورود و خروج، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. همچنین لینک اینترنتی نیز در اختیار افراد متفاوت قرار گرفت. همچنین عوامل جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نیز مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است توضیحات لازم در مورد آگاهی از اهداف مطالعه، مشارکت داوطلبانه، رعایت حریم خصوصی، حفظ اسرار، عدم ثبت مشخصات شناسایی و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه نیز اخذ شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به سؤال‌های پژوهش و برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش، ابتدا از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت تشخیص نرمال بودن داده‌ها استفاده شده و چون داده‌ها نرمال تشخیص داده شد، سپس از آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار LISREL-۷8.80 استفاده شد.

سنجش استرس ادراک شده در یک ماه گذشته طراحی شد. دارای ۱۴ سؤال و ۲ خرده‌مقیاس شامل ادراک منفی از استرس (۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳) و ادراک مثبت از استرس (۱، ۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴) و سوالات (۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳) به صورت معکوس نمره گذاری می‌گردد. سوالات بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری اوقات = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه‌ای از صفر تا ۵۶ است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. (Cohen & et al (1983 ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و ۰/۸۷ گزارش کرد. در پژوهش حاضر میزان ضریب پایایی ابزار حاضر با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. یکی از گویه‌های این پرسشنامه «آیا از اتفاقات غیرمنتظره پریشان و آشفته شده‌اید؟» است.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری متغیرهای پژوهش

مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	کمینه	بیشینه
جهت‌گیری گفت‌و شنود	۴۸,۳	۱,۰۰	-۰,۳۹	-۰,۵۰	۰	۴
جهت‌گیری هم‌نوایی	۳۳	۱,۶۸	۱,۰۳	۱,۰۶	۰	۴
ادراک مثبت از استرس	۱۶,۱۷	۰,۶۴	۰,۰۲	۰,۱۰	۰	۴
ادراک منفی از استرس	۱۰,۷۱	۰,۷۵	۰,۸۷	۱,۲۸	۰	۴
استرس ادراک شده	۲۶,۸۸	۰,۶۴	۰,۵۷	۰,۷۸	۰	۴
کیفیت زندگی	۲۷,۱۸	۰,۷۸	۰,۷۵	۰,۴۴	۱	۷

نرمال بودن داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول زیر منعکس شده است.

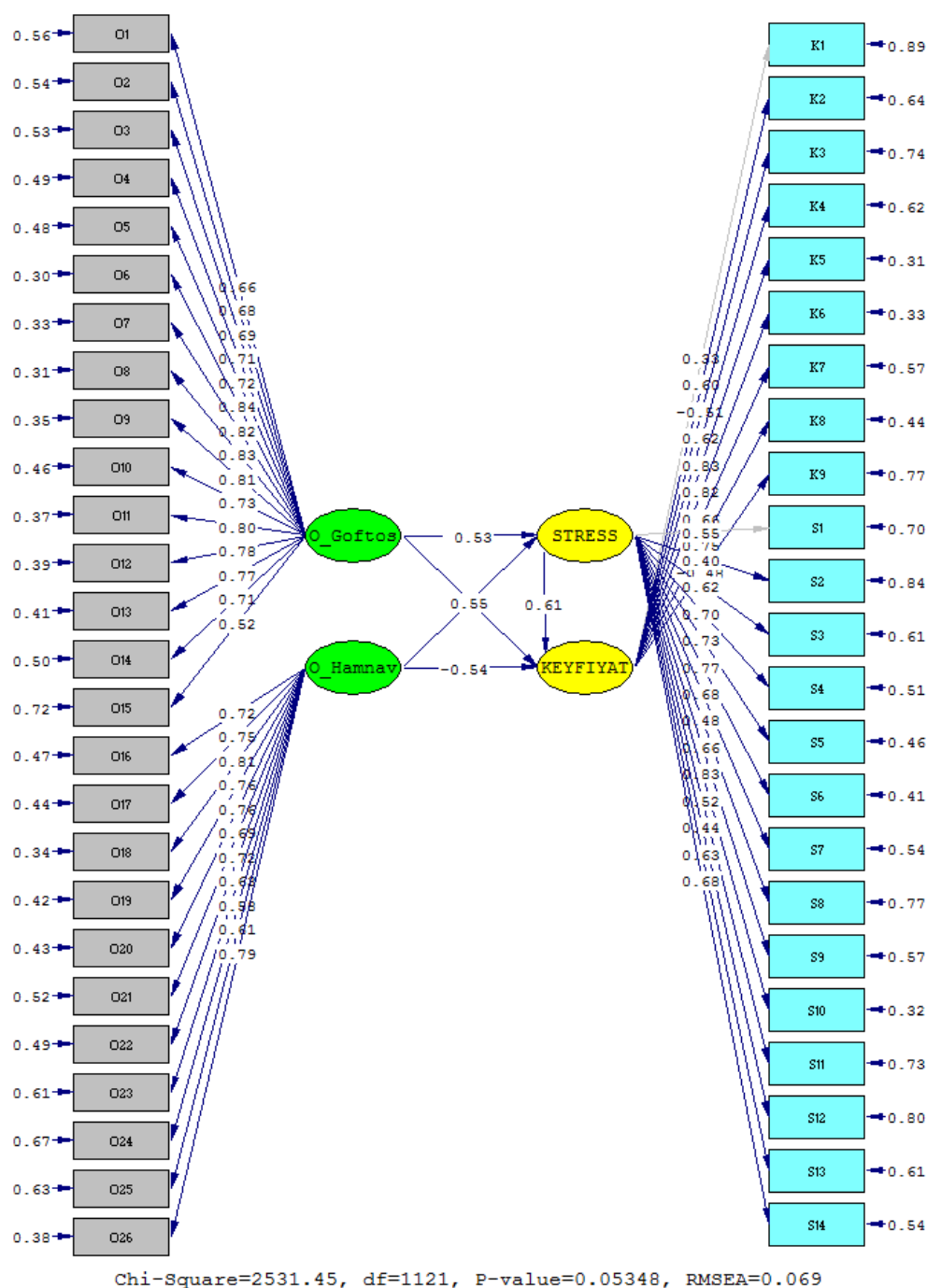
جدول ۲ خلاصه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرها	آماره آزمون	سطح معناداری
---------	-------------	--------------

۰,۵۵	۰,۱۴	الگوهای ارتباطی خانواده - جهت‌گیری گفت‌و شنود
۰,۶۰	۰,۱۵	الگوهای ارتباطی خانواده - جهت‌گیری هم‌نوابی
۰,۵۶	۰,۱۶	استرس ادراک شده
۰,۶۰	۰,۲۷	کیفیت زندگی

بر روی «کیفیت زندگی» با میانجی‌گری «استرس ادراک شده» در یک مدل، از مدل معادلات ساختاری تأییدی استفاده شد. بدین منظور، پس از رسم ساختار در نرم‌افزار LISREL، اضافه نمودن قیود مدل و انتخاب روش ماکسیمم درست‌نمایی، مدل اجرا شده و نمودار مسیر برازش شکل‌های زیر به دست آمد.

چنانکه در اطلاعات جدول ۱ مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری آماره‌ی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد برای متغیرها آماره‌ی آنها در بازه‌ی $(+۱/۹۶, -۱/۹۶)$ قرار گرفته است که سطح معناداری این آزمون در ستون آخر، نرمال بودن متغیرها رد نمی‌شود. به منظور بررسی تاثیرگذاری «الگوهای ارتباطی خانواده»



شکل ۲ مدل تاثیرپذیری کیفیت زندگی از الگوهای ارتباطی خانواده با میانجی‌گری استرس ادراک شده

با توجه به معیارهای خنثی-دو و RMSEA این مدل برازش مناسبی به داده‌ها ارائه می‌کند. در جدول زیر، مهم‌ترین و متداول‌ترین شاخص‌های برازش آورده شده است. همان‌گونه که در جدول زیر دیده می‌شود، تمامی شاخص‌ها کفایت آماری دارند. بنابراین، با اطمینان می‌توان دریافت محقق در مورد این شاخص‌ها به برازش نسبتاً کاملی دست یافته است.

جدول ۳ گزیده‌ای از شاخص‌های برازش مهم مدل ترسیمی

شاخص	نام شاخص	اختصار	مقدار	برازش قابل قبول
شاخص‌های برآزش مطلق	سطح تحت پوشش (کای اسکوئر)	-	۲۵۳۱,۴۵	
	شاخص نیکویی برآزش	GFI	۰,۸۵	بزرگتر از ۰,۸
شاخص‌های برآزش تطبیقی	شاخص نیکویی برآزش اصلاح شده	AGFI	۰,۸۳	بزرگتر از ۰,۸
	شاخص برآزش تطبیقی	CFI	۰,۹۳	بزرگتر از ۰,۹
شاخص‌های برآزش مقتصد	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰,۰۶۹	کمتر از ۰,۱

در جدول زیر، ضرایب مسیر به همراه مقادیر t برای فرضیه‌ی اول تا پنجم آورده شده است.

جدول ۴ ضرایب مسیر و مقادیر t

مسیر	ضریب مسیر	مقدار t	وضعیت
الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود) --> استرس ادراک شده	۰,۵۳	۴,۷۱	پذیرفته شد
الگوهای ارتباطی خانواده (همنوایی) --> استرس ادراک شده	-۰,۵۰	-۴,۶۰	پذیرفته شد
الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود) --> کیفیت زندگی	۰,۵۵	۴,۷۷	پذیرفته شد
الگوهای ارتباطی خانواده (همنوایی) --> کیفیت زندگی	-۰,۵۴	-۴,۷۴	پذیرفته شد
استرس ادراک شده --> کیفیت زندگی	۰,۶۱	۵,۷۵	پذیرفته شد

فرضیه ۱. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد. شنود) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی با میانجی گری استرس ادراک شده روده تاثیر غیر مستقیم دارد.

فرضیه ۲. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری همنوایی) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۳. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود) بر استرس ادراک شده بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۴. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری همنوایی) بر استرس ادراک شده بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۵. استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۶. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر دارد.

فرضیه ۷. الگوی ارتباطی خانواده (جهت گیری همنوایی) بر کیفیت زندگی بیماران التهابی با میانجی گری استرس ادراک شده روده تاثیر غیر مستقیم دارد.

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص است، مسیرهای مورد آزمون، پذیرفته می‌شوند. به عبارتی دیگر، فرضیه ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ تایید می‌شوند.

برای بررسی میزان تأثیر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل و غیر مستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جداول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۵ تفکیک اثرات غیرمستقیم و کل الگوهای ارتباطی خانواده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	اثر غیرمستقیم	کل
مولفه گفت و شنود- استرس ادراک شده	کیفیت زندگی	$۰,۶۱ * ۰,۵۳ = ۰,۳۲$	۰,۸۷
مولفه همنوایی - استرس ادراک شده	کیفیت زندگی	$۰,۶۱ * -۰,۵۰ = -۰,۳۰$	-۰,۲۴

*p<.05

نقطه عطفی در توجه به بیماری‌های جسمی همچون فشار خون، سردرد و اختلالات سیستم ایمنی بدن لحاظ شود. نتایج فرضیه ۲ نشان داد که مولفه همنوایی الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر منفی دارد. در خانواده‌های با همنوایی بالا، در تعاملات بر همسانی عقاید و نگرش‌ها تاکید می‌شود. تعاملات آنها بر همنوایی، اجتناب از تعارض و وابستگی متقابل خانواده به هم تکیه دارد. ارتباطات بین دو نسل در این خانواده‌ها منعکس کننده حرف شنوی از والدین و اطرافیان است. بنابراین اختلاف نظر با والدین، می‌تواند موجب ایجاد تعارضاتی جدی در خانواده گردد. در خانواده‌های با جهت‌گیری همنوایی زیاد، اعضای خانواده تشویق می‌شوند تا خود را با در نظر گرفتن عضویتشان در خانواده تعریف کنند. بنابراین، خودپنداره‌های آنها عمدتاً به وسیله انتظاراتی که دیگران از آنها دارند، تعیین می‌شوند. در نتیجه، تهدیداتی که برای خودپنداره‌های آنها وجود دارد، به صورت ناهمخوانی بین خود واقعی و خود بایسته ایجاد می‌شود. در مورد رابطه جهت‌گیری گفت و شنود و کیفیت زندگی بیماران التهابی روده، نتایج قدرت پیش بینی‌کنندگی گفت و شنود را تایید می‌کنند. افزایش عزت نفس، دوست داشتن دیگران، توجه به عواطف و احساسات دیگران، احساس مسئولیت، تبحر در حل مسائل، مهارت‌های ارتباطی قوی‌تر، سطح تاب‌آوری بالاتر و در نهایت، رشد استقلال از تبعات گفت و شنود بالاست. از سوی دیگر مطالعات متعدد، تاثیر جهت‌گیری همنوایی بر کیفیت زندگی پایین بیماران تایید کرده‌اند (Thais Karla & et al, 2018; Hester & Seyedi, Farahmand, Amini & Hoseyni, 2012) در پژوهش خود نشان دادند هرچه میزان توافق فرزندان مبتلا و والدین (به‌خصوص مادران) بر سر بیماری التهابی روده بیشتر باشد، بروز علائم کمتر و کیفیت زندگی بیماران بیشتر است. بنابراین، تاکید بر یکسانی در تصمیم‌گیری‌های خانواده و سلب آزادی و استقلال بیماران، خطر بزرگی جهت کاهش کیفیت زندگی آنها می‌باشد. این در حالی است که خانواده‌های با جهت‌گیری همنوایی کم، برای آرزوها،

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، تاثیر مولفه گفت و شنود بر کیفیت زندگی از طریق استرس ادراک شده به میزان ۰,۸۷ است. تاثیر مولفه همنوایی بر کیفیت زندگی از طریق استرس ادراک شده به میزان ۰,۲۴- است. بنابراین فرضیه ۶ و ۷ تایید می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی ساختاری الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی با میانجی‌گری استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده انجام شد. نتایج فرضیه ۱ نشان داد که مولفه همنوایی الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی بیماران التهابی روده تاثیر منفی دارد. در مورد رابطه جهت‌گیری گفت و شنود خانواده بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به التهابی روده، نتایج نشان می‌دهد که همان‌طور که انتظار می‌رفت، جهت‌گیری گفت و شنود اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی دارد. در خانواده‌های با گفت و شنود بالا، ارتباطات باز و خودانگیخته وجود دارد. در چنین خانواده‌هایی بحث‌هایی گسترده و در رابطه با موضوعات مختلف صورت می‌گیرد. آرزوها، افکار و احساسات افراد مورد توجه قرار می‌گیرد. در چنین خانواده‌هایی است که افراد احساس می‌کنند که مورد پذیرش والدین هستند و توسط آنها درک می‌شوند. والدین در چنین خانواده‌هایی بیشتر در مورد عواطف و احساساتشان صحبت می‌کنند و این مساله نیز بیماران التهابی روده را در ایجاد ارتباطات وسیع‌تر ترغیب می‌کند. تمام این موارد می‌تواند دلیلی بر کاهش استرس در چنین خانواده‌هایی باشد. استرس پایین‌تر این خانواده‌ها در تحقیقات متعدد تایید شده است (Hester & et al, 2016; Jana & et al, 2016; Souri, A., Ashoori, 2015). این نتیجه حاکی از آن است که گفت و شنود بیماران و والدینشان در خانواده و تبعات آن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنادار کیفیت زندگی بیماران باشد. این مساله در درمان‌های بالینی که از طریق خانواده‌درمانی صورت می‌گیرد، نیز مورد توجه می‌باشد. این مورد همچنین می‌تواند

بها می دهند. بنابراین، خودپنداره های اعضای آنها عمدتاً به وسیله انتظاراتی که خود از خویشان دارند، تعیین می شوند. در نتیجه، تهدیداتی که برای خودپنداره های اعضای آنها وجود دارد به صورت ناهمخوانی بین خود واقعی و خود ایده آل ایجاد می شود که به عقیده هیگینز پیامد روان شناختی آن احتمال وقوع استرس منفی است.

همان طور که نتایج فرضیه ۵ نشان داد استرس ادراک شده اثر مثبت بر کیفیت زندگی دارد نتایج نشان داد بین *Thais* (2018) *Karla & et al* در پژوهشی نشان دادند در افراد مبتلا به بیماری های التهابی روده استرس درک شده بالاتر از طریق تأثیر بر خلق و خو، خواب، خستگی و درد با پایین آمدن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان در بیماران التهابی روده همبستگی دارد. (2001) *Mukherjee & sloper* طی تحقیقی نشان دادند افراد مبتلا به بیماری های التهابی روده به دلیل داشتن دوره های اپیزودیک ناتوانی شدید باعث ایجاد فشار برای خانواده ها می شوند، در چنین شرایطی میزان استرس خانواده ها با توجه به میزان وخامت بیماری، زمان و نوع مشکل به وجود آمده (نیاز به بستری و جراحی) و استرس ادراک شده در آنها متفاوت خواهد بود. (2008) *Ghamrani* پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین استرس ادراک شده با سندرم روده تحریک پذیر انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که بین استرس ادراک شده با سندرم روده تحریک پذیر ارتباط معنی داری وجود دارد. بین شدت و میزان استرس های درک شده در زندگی در گروه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بیشتر از گروه گواه بود. از دیگر نتایج بدست آمده در این پژوهش این بود که مرگ همسر بیشترین استرس را در میان این بیماران ایجاد کرده بود. از سوی دیگر بالا رفتن هزینه های مربوط به زندگی نیز یکی دیگر از استرس های مطرح شده در این گروه از بیماران بود. بنابراین استرس منفی روانی و وقایع استرس آمیز در زندگی یک مولفه مهم در این بیماران است که در طرح ریزی و استراتژی های درمانی باید این مساله مد نظر قرار گیرد.

همان طور که نتایج فرضیه های ۶ و ۷ نشان داد تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی با میانجی گری استرس ادراک شده پذیرفته می شود. در راستای نتایج بدست

احساسات و تفکرات بیماران التهابی روده ارزش قائلند و آنها را برای زندگی با سلامت بیشتر آماده می کنند.

همان طور که نتایج فرضیه ۳ نشان داد جهت گیری گفت و شنود خانواده اثر مثبت بر ادراک مثبت از استرس دارد. این یافته هماهنگ با یافته (2002) *Fitzpatrick & et al* است مبنی بر این که فرزندان خانواده های دارای جهت گیری گفت و شنود زیاد، احتمالاً مهارت های ارتباطی رشد یافته تری دارند که این به نوبه خود به آنها اجازه می دهد درباره نقش ها و انتظارات خود به طور موثری با دیگران گفتگو کنند. آنها همچنین از مهارت های حل مساله کارآمدتری برخوردارند که باعث می شود در موقعیت های مختلف عملکرد مناسبی داشته باشند و در برابر مشکلات بیشتر تاب بیاورند و ادراکشان از استرس مثبت باشد و کمتر دستخوش عواطف منفی شوند. در همین راستا نتایج پژوهش (2006) *koroshniya & et al* نشان داد که جهت گیری گفت و شنود خانواده پیش بینی کننده معنادار استرس و افسردگی در افراد است و استرس و افسردگی آنها را به طور منفی پیش بینی می کند. همچنین جهت گیری همنوایی خانواده به طور معنادار و مثبت استرس را پیش بینی می کند اما پیش بینی کننده معناداری برای افسردگی در افراد نیست.

نتایج فرضیه ۴ نشان داد جهت گیری همنوایی خانواده اثر منفی بر ادراک منفی از استرس دارد. این موضوع با مورد توجه قرار دادن تفاوت های فرهنگی قابل توجه به نظر می رسد. از آن جا که نمی توان تصور کرد واحد خانواده در خلاء شکل گرفته باشد، باید نقش جامعه را مورد توجه قرار داد. رویکرد بوم شناختی (1995) *Brenner* خانواده را سیستمی در نظر می گیرد که درون سیستم های اجتماعی بزرگ تر از قبیل محله، جامعه، خرده فرهنگ و یا فرهنگ وسیع تر قرار گرفته است و از این سیستم ها تأثیر می پذیرد. فرهنگ جامعه به شیوه های متعددی بر خانواده و اعضای آن تأثیر می گذارد. یکی از شیوه ها تأکیدی است که فرهنگ جامعه بر رابطه فرد با جمع دارد. به عبارت دیگر، همان ویژگی های فردگرایی و جمع گرایی. خانواده ها با جهت گیری همنوایی زیاد بر عقاید، نگرش ها و ارزش های همگون تأکید دارند، خانواده ها با جهت گیری همنوایی کم به نگرش ها و عقاید ناهمگون و فردیت اشخاص

خانواده‌ها موجب می‌شود روابط اطمینان بخش در میان اعضا به وجود بیاید و همین امر موجب شکل‌گیری چهارچوب‌های شناختی از قبیل تشخیص و درک هیجان‌های خود و دیگران و تشخیص علل و عواقب هیجان‌ها می‌شود و به این ترتیب، افراد خانواده قدرت شناسایی مناسب و ارزیابی‌های مجدد از شرایط را پیدا می‌کنند که به تعدیل و مدیریت هیجان‌های خود و دیگران منجر می‌گردد و این امر باعث کاهش استرس ادراک شده در بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش مبنی بر زمینه بررسی اثر متغیر واسطه‌ای استرس ادراک شده 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 استرس ادراک شده در کیفیت زندگی نقش دارد. یعنی جهت‌گیری گفت‌و شنود با کاهش استرس ادراک شده در بیماران باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد می‌گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تفکیک زیرگروه‌های بیماری‌های گوارشی است. که این عامل مانعی است که نمونه حاضر معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. بنابراین باید تعمیم دادن نتایج با رعایت احتیاط انجام شود. علاوه بر این داده‌ها و تحلیل‌های این پژوهش از نوع مطالعات مقطعی است و از این‌رو نتیجه‌گیری علی در مورد داده‌ها صحیح نیست و باید پژوهش‌های طولی در این باره صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه و با تفکیک زیرگروه‌های بیماری‌های گوارشی انجام گیرد تا بتوان نتایج حاصل از پژوهش را با آن‌ها مقایسه کرد. همچنین انجام مطالعات دارای طرح پژوهشی آمیخته (کمی-کیفی) و کاربرد روش‌های سنجشی فراتر از ابزار، پیشنهادهایی به منظور رفع این محدودیت‌ها طی پژوهش‌های آتی است. همچنین انجام کارآزمایی بالینی در این زمینه می‌تواند اثربخش باشد. نهایتاً با توجه به نقش مولفه‌های روانشناختی در این بیماری‌برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده‌های بیماران التهابی روده در زمینه نحوه تعامل و برخورد با این بیماران به دلیل تاثیر بسزای آن بر روی میزان کیفیت زندگی آنان توصیه می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد الگوهای ارتباطی خانواده از

آمده Liu & et al (2018) پژوهشی تحت عنوان اثر میانجی استرس روانشناختی بر حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام دادند. نتایج نشان داد همبستگی معناداری بین مولفه‌های حمایت اجتماعی درک شده مانند افراد مهم و خانواده و مولفه‌های کیفیت زندگی مانند سلامت جسمی و روانشناختی، وجود دارد. همچنین نتایج نشان دهنده این بود که با کاهش میزان استرس ادراک شده تنها رابطه بین حمایت اعضای خانواده و کیفیت زندگی ارتقا دهنده سلامت می‌تواند سلامت روان این بیماران را میانجی‌گیری کند. Kemp & et al (2018) در پژوهشی تحت عنوان پیش‌بینی حمایت‌های اجتماعی ادراک شده و استرس ادراک شده بر اساس رفتارهای مرتبط با خودمدیریتی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به این نتایج دست یافت که مولفه‌های حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل موثر بر رفتارهای مرتبط با خودمدیریتی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر باشد. همچنین نتایج نشان داد که استرس ادراک شده با رفتارهای خودمدیریتی رابطه منفی و معناداری دارد و همچنین با در نظر گرفتن این مهم در برنامه‌های درمانی، آموزشی و مراقبتی می‌تواند با ارتقا وضعیت خودمدیریتی، باعث کاهش دادن هزینه‌های مرتبط با اقتصادی و همچنین افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر شد.

Fitzpatrick & et al (2004) در زمینه شکل‌گیری ارتباط خانوادگی به دو گونه جهت‌گیری گفت‌و شنود و هم‌نوایی اشاره کرده‌اند. جهت‌گیری گفت‌و شنود به شرایطی اشاره دارد که در آن خانواده اعضا را به شرکت آزادانه و آسان در تعامل و گفتگو در زمینه‌های گوناگون تشویق می‌کند. هم‌نوایی مصداق ارتباط‌های خانوادگی می‌شود که اعضا را وادار به یکسان کردن نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها می‌کند. الگوهای ارتباطی خانواده یا به عبارت دیگر نحوه برقراری ارتباط میان اعضای خانواده نقش مهمی در آشفستگی جو خانواده و یا در نقطه مقابل، آرامش محیط خانواده دارند. چنانچه این الگوها در شرایط مناسب نباشند می‌توان انتظار داشت که این شرایط تاثیر خود را در بروز استرس زیاد بر جای گذارد. بنابراین وجود جهت‌گیری گفت‌و شنود بالا در

WJG, 18(29), 3833.

Dibley, L., Williams, E., Young, P., Ironsided P. (2017). *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 11, Issue suppl_1, Pages S490–S491

Engler, H., Elsenbruch, S., Rebernik, L., Köcke, J., Cramer, H., Schöls, M., & Langhorst, J. (2018). Stress burden and neuroendocrine regulation of cytokine production in patients with ulcerative colitis in remission. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 101-107.

Fitzpatrick, M.A., & Koener, A.F. (2004). Family communication schema effect on children's resiliency: the evolution of key mass communication concepts: Honoring Jack M. McLeod, 115-139.

Hester J. L., Bert H. F., Derkx, H. M. Koopman, Hugo, S., Heymans, A. (2002). *Inflammatory Bowel Diseases*, 8, 4, 270–276.

Hooman, H. A. (2018). Statistical inference in behavioral research]. Publishers Samt. [Persian]

Jana, G., Hashash, M. D., Randi Sigal, C. Wein-Levy, P., Szigethy, E. M., Joy J. Merusi, B. A. (2016). *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 22, Issue 11, Pages 2748–2753.

Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Jäghult, S., Ashton, K., ... & Moortgat, L. (2018). Second N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(7), 760-776.

Koch, A. K., Schöls, M., Langhorst, J., Dobos, G., & Cramer, H. (2020). 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*, 130, 109917.

Koroshniya M, latifiyan M. (2006). Evaluation of validity and reliability of revised tools of family communication patterns. *Psychological studies*, 3(12): 855-875. [Persian]

Laidlaw, S. H. (2020). Lifestyle Patterns of Chronic Disease. In *Integrative and Functional Medical Nutrition Therapy* (pp. 563-575). Humana, Cham.

Larsson, K., Löf, L., & Nordin, K. (2017). Stress,

طریق استرس ادراک شده 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 استرس ادراک شده و مولفه همنوایی اثر منفی بر کیفیت زندگی و اثر مثبت بر استرس ادراک شده دارد. با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی از قبیل استرس ادراک شده 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.

منابع

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

Byndloss, M. X., Litvak, Y., & Bäuml, A. J. (2019). Microbiota-nourishing immunity and its relevance for ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(5), 811-815.

Carlsen, K., Munkholm, P., & Burisch, J. (2017). 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.

Chiba, M., Sugawara, T., Komatsu, M., & Tozawa, H. (2018). Onset of ulcerative colitis in the second trimester after emesis gravidarum: treatment with plant-based diet. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(5), e8-e9.

Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S. (Eds). *The social psychology of health*. Newbury park, California: sage, p: 31-67.

Dayan, B., & Turner, D. (2012). Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy. *World Journal of Gastroenterology*:

- Psychology*, 42(1), 85-94.
- Opstelten, J. L., Chan, S. S., Hart, A. R., Van Schaik, F. D., Siersema, P. D., Lentjes, E. G., ... & Bergmann, M. M. (2018). 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*, 24(3), 633-640.
- Parian, A., & N Limketkai, B. (2016). Dietary supplement therapies for inflammatory bowel disease: Crohn's disease and ulcerative colitis. *Current Pharmaceutical Design*, 22(2), 180-188.
- Parker, Y. (2019). The relationship between spirituality, health related quality of life and occupational balance among adults with chronic diseases
- Poggioli, G., Gentilini, L., Coscia, M., & Ugolini, F. (2019). Results and Quality of Life after Surgical Treatment of Ulcerative Colitis. In *Ulcerative Colitis* (pp. 155-171). Springer, Milano.
- Ribaldone, D. G., & Saracco, G. M. (2017). Food supplements, stress and gastrointestinal diseases
- Seyedi, M., Farahmand, S., Amini, M., Hoseyni, S. M. (2012). Relationship between Family Communication Pattern and Personality Traits with Psychological Well Being in Multiple Sclerosis Patients. *Psychological methods and models*, 3.11.2. . [Persian]
- Silina, V., & Kalda, R. (2018). 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*, 24(1), 112-117.
- Solati dehkordi, S. M., Rahimian, Gh, Ghamrani A (2008). Evaluating the relationship between irritable bowel syndrome and stress. *Hormozgan medical journal*, 12(1): 13-19. [Persian]
- Souri, A., Ashoori, J. (2015). The relationship between perceived social support, psychological hardness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes. *J Diabetes Nurs*; 3 (2):53-65. [Persian]
- Sweet, L., Duerkop, S., & Keestra-Gounder, M. (2020). coping and support needs of patients with ulcerative colitis or C rohn's disease: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 648-657.
- Lee, A. A., Piette, J. D., Heisler, M., Janevic, M. R., Langa, K. M., & Rosland, A. M. (2017). Family members' experiences supporting adults with chronic illness: A national survey. *Families, Systems, & Health*, 35(4), 463.
- Liu, W., Wang, J., Lyu, S., Bai, X., Chen, X., & Jiansheng, L. I. (2018). Effects of psychological stress and social support on quality of life of patients with ulcerative colitis. *Chinese Journal of Digestion*, 38(9), 613-617.
- Luoa, H., Sund, Y., Lia, Y., Lva, H., Shengc, L., Wangd, L., Qiana, J., (2018). Perceived stress and inappropriate coping behaviors associated with poorer - quality of life and prognosis in patients with ulcerative colitis. *Journal of Psychosomatic Research*. 113: 66-71.
- Mavroudis, G., Simren, M., Jonefjäll, B., Öhman, L., & Strid, H. (2019). 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*, 12, 1756284819827689.
- Mills, R. M. (2020). Chagas Disease. Epidemiology and Barriers to Treatment. *The American Journal of Medicine*.
- Minagawa, T., Ikeuchi, H., Kuwahara, R., Horio, Y., Sasaki, H., Chohno, T., & Uchino, M. (2019). Functional Outcomes and Quality of Life in Elderly Patients after Restorative Proctocolectomy for Ulcerative Colitis. *Digestion*, 1-6.
- Mukherjee. S., and sloper. P. (2001). *Understanding the impact of inflammatory bowel disease on parent and their children*. The University of York. Heslington. Yo105DD. NACC 1779 03.01
- Murphy, L. K., Murray, C. B., & Compas, B. E. (2017). Topical review: Integrating findings on direct observation of family communication in studies comparing pediatric chronic illness and typically developing samples. *Journal of Pediatric*

- J.), 37, 4, 279-284. ISSN 2237-9363
- Williams, K. M. (2019). The Role of Family Context in Family Health History Communication Surrounding Chronic Disease
- The role of the ER stress response during *C. rodentium* infection.
- Thais Karla, V. T., Santos, B. M., Henrique Marques dos, C. H. (2017). Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Coloproctol.* (Rio