

# مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی با درمان دارویی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (SBI) شهر اهواز

دکتر یداله زرگر<sup>°</sup>  
دکتر ایران داودی<sup>°</sup>  
منیره مهدی پور<sup>°°</sup>

## چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی با درمان دارویی برافزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) شهر اهواز بود. از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی گوارش شهر اهواز، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند برای شرکت در پژوهش انتخاب گردید. روش این پژوهش شبه تجربی - میدانی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. بدین صورت که بیماران پس از ارزیابی اولیه توسط پزشک متخصص گوارش، به صورت تصادفی در دو گروه ترکیب دارودرمانی و درمانهای روانشناختی به عنوان گروه آزمایش و دارودرمانی تنها به عنوان گروه کنترل جایگزین شدند. بیماران پرسشنامه‌های SCL-۲۵، کیفیت زندگی و ROM - III را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل نمودند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه درمانهای روانشناختی را دریافت نمود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) حاکی از آن بود که این روش درمانی باعث افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون گردید. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بیانگر این بود که روش درمانی ترکیب درمانهای روانشناختی - دارویی در مرحله پیگیری نیز اثربخشی خود را بر افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم IBS نشان داد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ترکیب درمانهای روانشناختی با دارودرمانی روش مناسب برای افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در افراد مبتلا به IBS می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک پذیر، درمانهای روانشناختی، سلامت روان، کیفیت زندگی، علائم IBS، درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی

\*استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\*دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس (نویسنده مسئول)

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم منیره مهدی پور در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس می‌باشد.

## مقدمه

تأثیر متقابل جسم و روان از زمان های قدیم بر انسان آشکار بوده است. بررسی سیر تاریخی بیماری ها در قرن اخیر، نشان دهنده تغییر نوع بیماری ها، از بیماری های عفونی و مسری به بیماری های مزمن و غیر عفونی است. این در حالی است که در چند دهه اخیر نوع جدیدتری از بیماری ها تحت عنوان بیماری ها و اختلالات روان تنی<sup>۱</sup> یا روان فیزیولوژیک ظهور کرده اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند. ویژگی اساسی این تغییر نوع بیماری ها، پررنگ تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و اهمیت یافتن تأثیر ساختارها و رفتارهای اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری های مذکور بوده است. ظهور و بروز اختلالات روان تنی، نیازمند آن است که عوامل روان شناختی و نشانه های جسمی به طور همزمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دائم داشته باشند (آرونا<sup>۲</sup>، پوویاراسان<sup>۳</sup> و پالانیان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) از جمله تأثیرات اساسی استرس و یکی از شایع ترین اختلالات روان تنی، اختلالات گوارش می باشد. اختلالات عملکرد دستگاه گوارش شامل چند اختلال است که یکی از این اختلالات، اختلالات عملکرد روده<sup>۵</sup> است. این اختلال خود به چند اختلال تقسیم می شود، که سندرم روده تحریک پذیر<sup>۶</sup> یکی از این اختلالات است (صولتی دهکردی، کلاتری، ادیبی و افشار، ۱۳۸۷). نشانگان روده تحریک پذیر، از شایعترین و ناشناخته ترین اختلالهای گوارشی است که مشخصه آن درد شکمی و تغییر در اجابت مزاج در غیاب اختلالهای ساختاری قابل شناسایی است (هاریسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). سندرم روده تحریک پذیر در آمریکا ۱۲ درصد از ویزیت های پزشکان عمومی و ۲۸ درصد از ویزیت های متخصصین گوارش را به خود اختصاص می دهند و سالانه ۸ بلیون دلار درآمد این کشور صرف هزینه های بهداشتی این بیماری می شود. شیوع تقریبی سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیار مورد استفاده و جامعه مورد مطالعه ۲۰ - ۵ درصد است. این بیماری هر دو جنس را در سنین مختلف گرفتار می کند، هرچند شیوع آن در زنان و جوانان بیشتر است. شیوع بالاتر آن در زنان می تواند به علت مراجعه بیشتر آنان به پزشک باشد، همچنین میزان شیوع می تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار گیرد. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نه تنها احساس ناراحتی و درد شکم و تغییر اجابت مزاج را تجربه می کنند، بلکه در بسیاری از موارد از خستگی، احساس خفگی، سوزش سردل، کمردرد، سردرد، سرگیجه، تکرر ادرار، دردهای عضلانی، تپش قلب، بی خوابی، بی اشتها، خونریزی زیاد قاعدگی، مقاربت دردناک، اضطراب، افسردگی و حملات هراس هم شکایت دارند (فلدمن<sup>۸</sup>، اسکاسرسمیت<sup>۹</sup>، اسلیزنجر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲). به نقل از

1. Psychosomatic
2. Aruna
3. Puviarasan
4. Palianiappan
5. Functional bowel disorders
6. Irritable Bowel Syndrome
7. Harison
8. Fieldman
9. Oscarsmith
10. Eslizenger

صولتی دهکردی، رحیمیان، عابدی و باقری، ۱۳۸۷). طبق گزارشات فولکر<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۴ این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد موارد با اختلالهای روانی همراه ناشی از استرس، مربوط است. اختلال های اضطرابی، اختلال های افسردگی و اختلال های شبه جسمی با فراوانی بیشتری توأم با این بیماری گزارش شده است. همچنین استرس های روانی و سابقه سوءاستفاده جنسی و عوامل تروماتیک نقش مهمی در شروع و تداوم علائم IBS دارد. محرکهای فیزیکی و روانی، سبب تغییر الگوی حرکات روده-ای شده، منجر به علائم در افراد سالم و بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر می شوند. با این وجود میزان پاسخدهی فیزیولوژیک در بیماران مبتلا به IBS با افراد سالم متفاوت است (ابراهیمی دریانی، منصورنیا و منصورنیا، ۱۳۸۴). افراد دارای IBS علائم مهمی از اختلالات روانشناختی، صفات نابهنجار شخصیت و آشفتگیهای روانی را در خود گزارش کرده اند. در مقابل افراد با اختلالات روانی نظیر «اختلالات اضطرابی<sup>۲</sup>» و «حملات هراس<sup>۳</sup>»، علائم روده ای - معدی منطبق با سندرم روده تحریک پذیر را گزارش کرده اند. بنابراین حدس زده می شود که آشفتگی های روانی ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علائم روده ای - معدی در افراد دارای IBS نقش مهمی داشته باشد. مطالعات نشان داده اند بیش از ۷۰ تا ۹۰ درصد مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر همزمان از ناراحتی روانی بویژه اختلالات خلقی و اضطراب رنج می برند (گاراگانی<sup>۴</sup> و گوپتا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). نتایج پژوهشی که در کارولینای جنوبی آمریکا صورت گرفت نشان داد که بیماران دارای IBS که در صدد درمان بیماری خود هستند، در حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد آنها تاریخچه ای از اختلالات روانی در طول زندگی گزارش می کنند. این اختلالات شامل افسردگی اساسی<sup>۶</sup>، اختلالات اضطراب فراگیر<sup>۷</sup>، اختلال هراس<sup>۸</sup>، ترس اجتماعی<sup>۹</sup>، اختلال جسمانی کردن<sup>۱۰</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱۱</sup> می باشند (لیدیارد و فالستی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹). اتیولوژی این بیماری دقیقاً روشن نیست اما به نظر می رسد عوامل مختلفی شامل اختلالات حرکتی حس احشایی، ژنتیک، عوامل تغذیه ای، التهاب، انتقال دهنده های عصبی و پدیده درک حس در مغز و اختلال روانشناختی در بروز این سندرم دخیلند. ۵۵ درصد بیماران IBS دارای حداقل یک اختلال روانپزشکی در محور I هستند. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS نسبت به افراد سالم کاهش می یابد (وایتهد<sup>۱۳</sup>، بورت<sup>۱۴</sup> و کوک<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳).

1. Folks
2. Anxiety Disorder
3. Panic attack
4. Garakani
5. Gutpa
6. Major Depression Disorder
7. General Anxiety Disorder
8. Panic disorder
9. Social phobia
10. Somatization disorder
11. Post Traumatic Stress Disorder
12. Lydiard & Falstti
13. Whitehead
14. Burnet
15. Cook

افراد مبتلا به این بیماری که مراجعه متعدد به پزشک دارند نسبت به افرادی که مراجعه نمی کنند، اختلال بیشتری در کیفیت زندگی نشان می دهند (هان<sup>۱</sup>، یان<sup>۲</sup>، استراسل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). در برخی از گزارش ها، کیفیت زندگی در این بیماران مشابه و یا حتی بدتر از مبتلایان به ریفلاکس معده - مروی (GERD)، دیابت نوع ۲، افسردگی، بیماری پیشرفته کلیوی و کبدی و بیماری التهابی روده توصیف شده است (گرانلک<sup>۴</sup> و هاو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). در بیماران مبتلا به IBS به خاطر ابتلا به علایم همزمان جسمی و روحی و همانگونه که پیشتر اشاره شد و به دلیل همراهی اختلالات گوناگون، می توان شاهد اثرات بسیار جدی بر سلامت روان آنان بود که زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. با توجه به شیوع بالای این نشانگان در جمعیت عمومی در کشورمان و در بین زنان و همراهی بالای آن با اختلالات روانی و کمبود پژوهشهای روانشناختی در داخل کشور (به خصوص از نوع مداخله ای)، در زمینه ی جنبه - های روانشناختی سندرم روده تحریک پذیر و به دلیل اینکه تا کنون پژوهشی درباره ی درمان های روانشناختی (به صورت یکجا) و اثربخشی آن برای بیماران سندرم روده تحریک پذیر با هم در هیچ یک از پژوهش های داخل و خارج از کشور در خصوص این بیماری صورت نگرفته است، انجام این پژوهش ضرورت پیدا می کند. در واقع در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر سلامت روان، کیفیت زندگی و کاهش علایم بیماران سندرم روده تحریک پذیر مؤثر می باشد؟

حسینی، نیک، روز، پور صمد، تقوی و رجائی فرد، در سال ۱۳۸۸ در پژوهشی تأثیر آرامسازی بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران IBS را بررسی نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که انجام آرامسازی در این بیماران باعث ارتقاء کیفیت زندگی آنها می شود. صولتی دهکردی و همکاران همچنین در یک پژوهش در سال ۱۳۸۸ به اثربخشی آرامسازی با دارودرمانی روی کیفیت زندگی و علایم سندرم روده تحریک پذیر پرداختند. در این پژوهش ۶۴ نفر بیمار مبتلا به IBS با علایم غالب اسهال شرکت کردند. نتایج این پژوهش اختلاف معنی داری در کیفیت زندگی بین دو گروه دارودرمانی توأم با آرامسازی و دارودرمانی تنها، هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پیگیری به دست آمد. همچنین در خصوص میزان و شدت علایم سندرم روده تحریک پذیر اختلاف معنی داری در مرحله بعد از درمان بین دو گروه بدست آمد. اما این اختلاف در مرحله پیگیری معنی دار نبود. پس ترکیب درمان دارویی توأم با آرامسازی می تواند در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر می باشد. اما عدم استمرار در این نوع درمان ها منجر به عود علایم بیماری می شود. همچنین صولتی دهکردی و همکاران نیز در طی پژوهشی اثربخشی CBT و سیتالوپرام راروی علایم روانشناختی، کیفیت زندگی و علایم IBS بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مورد بررسی قرار دادند که نتایج بدست آمده نشان از اثربخشی معنی دار درمان های مذکور در مرحله ی پس آزمون داشت (نقل از صولتی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۷). محوی شیرازی، فتحی آشتیانی، رسول زاده طباطبایی و امینی

1. Haan
2. Yann
3. Estrasell
4. Granlek
5. Have

هم در سال ۱۳۸۷ در یک پژوهش به مقایسه روان درمانگری رفتاری - شناختی با دارو درمانگری بر وضعیت روانشناختی و درمان افراد مبتلا به IBS پرداختند. یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که روش روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری، بیش از دارو درمانگری به تنهایی در بهبود علائم IBS مؤثر است و سطح سلامت روانی در گروه آزمایش بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. صولتی دهکردی، رحیمیان و قمرانی نیز در سال ۱۳۸۷ به بررسی رابطه بین استرس و سندرم روده تحریک پذیر پرداختند که نتایج این پژوهش بیانگر این بود که استرس منفی روانشناختی و وقایع استرس زای زندگی یک مولفه مهم در بیماران با سندرم روده ی تحریک پذیر است. در سال ۱۳۸۷ نیز حقایق، کلاتری، مولوی و طالبی در پژوهشی درمانگری شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر را مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری کاهش معناداری را در نمره های اضطراب سلامت و افسردگی گروه آزمایشی در پس آزمون نشان دادند. بر اساس این نتایج در بیماران روده تحریک پذیر، درمان شناختی - رفتاری می تواند یک درمان مؤثر باشد. جاستن<sup>۱</sup>، آندرویچ<sup>۲</sup>، هدمن<sup>۳</sup>، راک<sup>۴</sup> و آندرسون<sup>۵</sup> در سال ۲۰۰۹ در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان توسط مواجهه و آموزش جرأت ورزی بر روی بیماران با سندرم روده تحریک پذیر پرداختند. در این پژوهش که بر روی ۴۹ بیمار به مدت ۱۰ هفته انجام شد، بیماران تکلیف های مانند یادداشت برداری علائم روده ای - معدی، پرسش نامه های خود گزارشی شامل کیفیت زندگی، اضطراب و عملکرد کلی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که مواجهه و آموزش جرأت ورزی تأثیر قابل توجهی بر روی کاهش علائم بیماران IBS داشته است. همچنین نتایج درمان پس از دوره ی پیگیری که به مدت یک ماه بود، بررسی شد و نشان دهنده ی استمرار نتایج درمان و اثرگذاری این تکنیک ها می باشد.

همچنین رم<sup>۶</sup>، کندی<sup>۷</sup>، جونز<sup>۸</sup>، دارنلی<sup>۹</sup> و چالدر<sup>۱۰</sup> در سال ۲۰۰۹ در یک پژوهش به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و مقایسه آن با درمان دارویی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان برای گروهی که تحت درمان دارو و درمان شناختی - رفتاری بودند نتیجه ی بهتری نسبت به درمان دارویی به تنهایی نشان دادند. بهاروچ<sup>۱۱</sup> در سال ۲۰۰۷ در پژوهشی نشان دادند که روشهای روان درمانی رفتاری - شناختی (CBT) به همراه دارو درمانگری در درمان IBS نسبت به دارو درمانی تأثیر بیشتری دارد. هاوسر و گراندت<sup>۱۲</sup> همچنین در سال ۲۰۰۷ مطالعاتی در مرکز استرس و اختلالات اضطرابی دانشگاهی در

1. Ljostsson
2. Andreewitch
3. Hedman
4. Ruck
5. Andersson
6. Reme
7. Kennedy
8. Jones
9. Darnley
10. Chalder
11. Beharoch
12. Hawser & Granth

امریکا انجام دادند و طی آن کلیه روشهای درمانی روانشناختی برای افراد مبتلا به IBS بررسی شدند، از این مطالعات شواهدی دال بر کارایی هیپنوتراپی، شناخت درمانی و روانکاوای کوتاه مدت به دست آمده است. بلانچارد و همکاران در سال ۲۰۰۷ نیز به انجام پژوهشی پرداختند با عنوان ارزیابی کنترل شده درمان شناختی گروهی در درمان IBS. در این پژوهش ۲۱۰ بیمار با تشخیص سندرم روده تحریک پذیر انتخاب شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی با کاهش کلی درد و بهبود حال عمومی بیماران همراه بوده و به صورت کلی برای درمان روانشناختی IBS موثر بوده است.

### روش پژوهش

جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی گوارش شهر اهواز بودند. که از بین آنان، ۳۰ نفر زن با تابلوی بالینی غلبه یبوست به روش نمونه گیری هدفمند برای شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. این بیماران در دهه دوم تا پنجم زندگی قرار داشتند و مدت ۶ سال از بیماری آن ها می گذشت، همچنین داروی سیتالوپرام را مصرف می نموده اند. با توجه به اینکه اکثر پژوهش های انجام شده بر روی بیمارانی با تابلو بالینی غلبه اسهال بود، تصمیم گرفته شد، برای انجام پژوهشی نو و بدست آوردن نتایجی جدید و کاربردی، در این پژوهش نمونه با غلبه یبوست انتخاب گردد. روش این پژوهش شبه تجربی - میدانی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. بدین صورت که بیماران پس از ارزیابی اولیه توسط پزشک متخصص گوارش و توسط مقیاس ROME III به صورت تصادفی در دو گروه دارودرمانی به عنوان گروه کنترل و ترکیب دارودرمانی و درمانهای روانشناختی به عنوان گروه آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه در یک ماه و نیم تحت درمان قرار گرفتند. درمانهای روانشناختی شامل آموزش مهارتهای مقابله با استرس و هیجان (مدیریت استرس)، مهارت کنترل خشم، مهارت حل مسئله و تصمیم گیری (از مؤلفه های ده گانه مهارتهای زندگی)، آرامسازی عضلانی (برای کاهش اضطراب)، مقابله با افکار منفی، توسط تکنیک های شناختی بود. در جلسات، یک بسته شامل جزوه، بروشور و لوح فشرده آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت. سپس مرحله پیگیری به مدت دو ماه انجام شد.

### ابزارهای پژوهش

۱) مقیاس ROM - III: برای سنجش علائم IBS توسط پزشک متخصص گوارش مورد استفاده قرار می گیرد. این ابزار تشخیصی در سال ۲۰۰۶ بعد از اصلاحات مختلف که با همکاری بسیاری از متخصصان گوارش در سرتاسر دنیا صورت گرفت به جامعه علمی عرضه شد که از استاندارد بالایی برخوردار است (حقایق و همکاران، ۱۳۸۷). این پرسشنامه شامل سؤالاتی است که وجود یا عدم وجود نشانه های بیماری IBS را می سنجد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال با پاسخ های متغیر و به صورت چند گزینه ای است که در ازای یک گزینه خاص که IBS را تایید کند، بیمار یک نمره دریافت می کند. در پایان نمرات بیمار در یک مجموعه سوالات جمع و میزان شدت بیماری وی تعیین می گردد. نمره بالاتر، بیانگر شدت بیشتر بیماری است. لازم به ذکر است که پرسشنامه ROM - III توسط پزشکان فوق

تخصص گوارش که بیماران را برای درمان های روانشناختی ارجاع می دادند، در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل گردید.

۲) پرسشنامه SCL-۲۵: SCL-۲۵ فرم کوتاه شده نسخه تجدید نظر شده فهرست نود نشانه ای یعنی SCL-۹۰-R می باشد که توسط نجاریان و داودی در سال ۱۳۸۰ تهیه گردید که یک ابزار خود گزارشی رایج برای سنجش آسیب شناسی روانی است. این مقیاس شامل ۲۵ ماده می باشد. نسخه اولیه فهرست ۹۰ نشانه ای یعنی SCL-۹۰ با استفاده از ماده های اصل «فهرست نشانه های پکینز»<sup>۱</sup> (دراگتیس، لیپمن، ریکلز، اولنهلث و کاوی ۱۹۷۴) و اضافه کردن ماده های جدید به مقیاس مذکور و همچنین ایجاد تغییراتی در شیوه درجه بندی و روش اجرا توسط دراگتیس، لیپمن و کاوی (۱۹۷۳) ساخته شد. بر اساس تجارب بالینی و نتایج تحلیل های روانسنجی که روی SCL-۹۰ انجام گردید، اصلاحاتی در آن اعمال و SCL-۹۰-R نامیده شد (دراگتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶، به نقل از نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). نمره گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت می باشد و هر سؤال در این پرسشنامه بر روی یک پیوستار از ۱ (برای هیچ) تا ۵ (برای اکثر اوقات) است. ضرایب پایایی این آزمون به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش بویری در سال ۱۳۸۶ نیز ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ و تصحیف به ترتیب برابر ۰/۹۳ و ۰/۸۸ بدست آمده که بیانگر پایایی خوب این آزمون است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). نجاریان و داودی در سال ۱۳۸۰ رویایی این پرسشنامه را به صورت زیر گزارش نمودند. همبستگی SCL ۲۵ با پرسشنامه اضطراب عمومی ANQ برابر ۰/۶۹، با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۴۹، با مقیاس کمال گرایی اهواز برابر ۰/۶۶، با مقیاس سرسختی برابر ۰/۵۶ گزارش شده که همگی در سطح ۰/۱ معنادار می باشد. همچنین با SCL ۹۰ برابر ۰/۹۷ گزارش شده (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰).

۳) پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQL-BREF: پرسشنامه WHOQL-BREF پس از ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سوالات WHOQL-۱۰۰ ایجاد شد. به دلیل تعداد کم سوالات تصمیم گرفته شد از فرم خلاصه شده پرسشنامه در این پژوهش استفاده شود (بنومی<sup>۲</sup> و همکاران ۲۰۰۰، به نقل از نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجد زاده، ۱۳۸۵). پرسشنامه WHOQL-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می سنجد و هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشند. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). نمره گذاری به صورت لیکرت و از ۱ تا ۵ می باشد که بیشترین نمره نشانه رضایت بالا و کمترین نمره نشانه رضایت پایین می باشد. اما در سوالات ۳، ۴ و ۲۶ که بار منفی دارند نمره گذاری به صورت برعکس از ۵ تا ۱ می باشد. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵، و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بود. سازگاری درونی حیطه های

1. Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

2. Bonomi

چهارگانه با استفاده از آلفای کرونباخ در گروه های مختلف، در گروه سالم ۰/۸۳ و در گروه بیمار ۰/۸۵ بدست آمد. روایی تمایز این پرسشنامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه های مختلف نشان داده شد، که با معنی دار بودن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تایید گردید. در حیطه سلامت جسمانی علاوه بر تفاوت معنی دار در میان گروه های بیمار با گروه سالم که دال بر قدرت تمایز ابراز در حیطه مذکور بود. ضرایب آن به ترتیب چهار حیطه، به این قرار است. حیطه سلامت جسمانی،  $2/73 - p < 0/0001 (0/308)$  حیطه سلامت روان  $1/88 - p < 0/0001 (0/334)$  حیطه روابط اجتماعی  $1/2 - p < 0/0001 (0/35)$  حیطه سلامت محیط  $1/6 - p < 0/0001 (0/32)$  (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش به صورت میدانی است. همچنین در این پژوهش از آمار توصیفی شامل «میانگین»، «انحراف استاندارد»، «جداول»، «نمودارها» و جهت آزمون فرضیه ها از روش «تحلیل کوواریانس چند متغیری» MANCOVA استفاده شده است.

### یافته های پژوهش

یافته های این پژوهش در دو بخش یافته های توصیفی و یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته های توصیفی: یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره و تعداد آزمودنی های شرکت کننده می باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش نشان داده می شود.

### جدول ۱: شاخص های مرکزی و پراکندگی در مؤلفه سلامت روان، کیفیت زندگی و علایم سندرم روده تحریک پذیر

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		مطالعه پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش	۱۵	۶۵/۰۶	۱۱/۰۲	۴۲/۶۶	۶/۰۴	۳۹/۲۶	۲/۷
کنترل	۱۵	۶۳/۸۰	۱۲/۰۳	۶۳/۷۳	۱۲/۰۲	۶۳/۶۰	۱۲/۱۱
آزمایش	۱۵	۶۷/۲۶	۵/۱	۹۵/۶۶	۷/۸	۹۴/۷۳	۷/۰۳
کنترل	۱۵	۵۷/۶۰	۵/۶	۵۷/۳۳	۵/۴	۵۶/۹۳	۵/۵
آزمایش	۱۵	۴۳/۲۰	۲/۲	۲۷/۶۰	۳/۶	۲۶/۴۶	۳/۳
کنترل	۱۵	۴۳/۰	۲/۱	۴۳/۲۶	۱/۹	۴۲/۶۰	۱/۸

همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می دهد میانگین گروه های آموزش و کنترل در پیش آزمون تفاوت چندانی ندارد (۶۵/۰۶ در مقابل ۶۳/۸۰). اما در میانگین نمرات پس آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۴۲/۶۶ در مقابل ۶۳/۷۳). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است. (هرچه نمره سلامت روان کمتر باشد، فرد از سلامت روان بالاتری برخوردار است) علاوه بر این مقایسه میانگین دو گروه در مطالعه پیگیری نشان از این است که این تفاوت یعنی تفاوت میان دو گروه در طول زمان



نیز ادامه داشته و به نفع گروه آزمایش بوده است (۳۹/۲۶ در مقابل ۶۳/۶۰). همچنین میانگین گروه های آموزش و کنترل در پیش آزمون تفاوت چندانی ندارد (۶۷/۲۶ در مقابل ۵۷/۶۰). اما در میانگین نمرات پس آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۹۵/۶۶ در مقابل ۵۷/۳۳). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است. علاوه بر این مقایسه میانگین دو گروه در مطالعه پیگیری نشان از این است که این تفاوت یعنی تفاوت میان دو گروه در طول زمان نیز ادامه داشته و به نفع گروه آزمایش بوده است (۹۴/۷۳ در مقابل ۵۶/۹۳).

و میانگین گروه های آموزش و کنترل در پیش آزمون تفاوت چندانی ندارد (۴۳/۲۰ در مقابل ۴۳/۰). اما در میانگین نمرات پس آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۲۷/۶۰ در مقابل ۴۳/۲۶). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است. (هرچه نمره علائم IBS کمتر باشد، فرد از سلامت بالاتری برخوردار است). علاوه بر این مقایسه میانگین دو گروه در مطالعه پیگیری نشان از این است که این تفاوت یعنی تفاوت میان دو گروه در طول زمان نیز ادامه داشته و به نفع گروه آزمایش بوده است (۲۶/۴۶ در مقابل ۴۶/۶۰).

#### یافته های مربوط به فرضیه ها

فرضیه ۱: درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) مؤثر است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمرات پس آزمون سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر دو گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	آزمون F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۴۸	۱۳۹/۰۴۸	۳	۲۳	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۵۲	۱۳۹/۰۴۸	۳	۲۳	۰/۰۰۱
آزمون اثر هیلینگ	۱۸/۱۳۷	۱۳۹/۰۴۸	۳	۲۳	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۸/۱۳۷	۱۳۹/۰۴۸	۳	۲۳	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن است که میانگین آزمون ها از نظر حداقل یکی از نمرات پس آزمون سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم (IBS) دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر ۰/۰۵۲ و آزمون  $F = ۱۳۹/۰۴۸$  تفاوت معناداری را میان نمرات مرحله پس آزمون سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم (IBS) دو گروه آزمایش و کنترل را در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان می دهد. برای بررسی بیشتر بین میانگین نمرات پس آزمون سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم (IBS) دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون از آزمون تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول (۴-۵) گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن (مانکوا) روی نمرات پس آزمون سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	F آزمون	درجه آزادی	منبع تغییرات	گروه
۰/۰۰۱	۷۵/۲۰۳	۱	سلامت روان	
۰/۰۰۱	۱۸۷/۷۵	۱	کیفیت زندگی	
۰/۰۰۱	۱۵۵/۴۴	۱	علائم IBS	

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می دهد، مقدار F سلامت روان برابر با ( $F=75/203$  و  $p<0/001$ ) است که نشان می دهد تفاوت میان نمرات پس آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۱) میانگین سلامت روان گروه آزمایش (۴۲/۶۶) تفاوت آشکاری با سلامت روان گروه کنترل (۶۳/۷۳) در پس آزمون دارد و با توجه به این نکته که هرچه نمره سلامت روان پایین تر باشد فرد از سلامت روان بالاتری برخوردار است. به این نتیجه می رسیم که درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر افزایش سلامت روان بیماران (IBS) تأثیر داشته است. پس فرضیه ۱-۱ پژوهش (درمانهای روانشناختی بر افزایش سلامت روان بیماران IBS مؤثر است) تأیید می شود.

مقدار F کیفیت زندگی برابر با ( $F=187/75$  و  $p<0/001$ ) است که نشان می دهد تفاوت میان نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۲) میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش (۹۵/۶۶) تفاوت آشکاری با کیفیت زندگی گروه کنترل (۵۷/۳۳) در پس آزمون دارد. نتیجه می گیریم که درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران (IBS) تأثیر داشته است. پس فرضیه ۱-۲ پژوهش (درمانهای روانشناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS مؤثر است) تأیید می شود.

مقدار F علائم IBS برابر با ( $F=155/44$  و  $p<0/001$ ) است که نشان می دهد تفاوت میان نمرات پس آزمون علائم IBS در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۳) میانگین علائم IBS گروه آزمایش (۲۷/۶۰) تفاوت آشکاری با علائم IBS گروه کنترل (۴۳/۲۶) در پس آزمون دارد. نتیجه می گیریم که درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر کاهش علائم IBS بیماران تأثیر داشته است. پس فرضیه ۱-۳ پژوهش (درمانهای روانشناختی بر کاهش علائم بیماران IBS مؤثر است) نیز تأیید می شود.

فرضیه ۲: درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) در مرحله پیگیری تداوم دارد.

**جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری**

نام آزمون	مقدار	آزمون F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلابی	۰/۹۵۰	۱۶۴/۴۷۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۵۰	۱۶۴/۴۷۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱
آزمون اثر هیلتینگ	۱۸/۹۷۸	۱۶۴/۴۷۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۹۵۰	۱۶۴/۴۷۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن است که میانگین آزمون‌ها از نظر حداقل یکی از نمرات سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم (IBS) دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر ۰/۰۵۰ و آزمون  $F=164/475$  تفاوت معناداری را میان نمرات مرحله پیگیری سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم (IBS) دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. برای بررسی بیشتر بین میانگین نمرات سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم (IBS) دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری از آزمون تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا استفاده شده است که در جدول (۴-۷) گزارش شده است.

**جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس یک راه در متن (مانوا) روی نمرات مرحله پیگیری سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر دو گروه آزمایش و کنترل**

منبع تغییرات	درجه آزادی	آزمون F	سطح معناداری
سلامت روان	۱	۵۷/۵۵۲	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۱	۲۶۷/۴۶۲	۰/۰۰۱
علائم IBS	۱	۲۷۱/۴۸۹	۰/۰۰۱

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می دهد، مقدار F سلامت روان برابر با  $F=57/552$  و  $p < 0/001$  است که نشان می دهد تفاوت میان نمرات مرحله پیگیری سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (۴-۱) میانگین سلامت روان گروه آزمایش (۳۹/۲۶) تفاوت آشکاری با سلامت روان گروه کنترل (۶۳/۶۰) در مرحله پیگیری دارد و با توجه به این نکته که هرچه نمره سلامت روان پایین تر باشد فرد از سلامت روان بالاتری برخوردار است. به این نتیجه می رسیم که درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر افزایش سلامت روان بیماران (IBS) در مرحله پیگیری تداوم داشته است. پس فرضیه ۲-۱ پژوهش (اثربخشی درمانهای روانشناختی بر افزایش سلامت روان بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.) تأیید می شود. مقدار F کیفیت زندگی برابر با  $F=267/462$

و  $p < 0/001$ ) است که نشان می دهد تفاوت میان نمرات مرحله پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۲) میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش (۹۴/۷۳) تفاوت آشکاری با کیفیت زندگی گروه کنترل (۵۶/۹۳) در مرحله پیگیری دارد. نتیجه می گیریم که درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران (IBS) در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

پس فرضیه ۲-۲ پژوهش (اثربخشی درمانهای روانشناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.) تأیید می شود. مقدار F علائم IBS برابر با  $F = 271/489$  و  $p < 0/001$  است که نشان می دهد تفاوت میان نمرات مرحله پیگیری علائم IBS در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۳) میانگین علائم IBS گروه آزمایش (۲۷/۶۰) تفاوت آشکاری با علائم IBS گروه کنترل (۴۳/۲۶) در مرحله پیگیری دارد. نتیجه می گیریم که درمانهای روانشناختی همراه با دارودرمانی بر کاهش علائم IBS بیماران در مرحله پیگیری تداوم داشته است. پس فرضیه ۲-۳ پژوهش (اثربخشی درمانهای روانشناختی بر کاهش علائم بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.) تأیید می شود.

### بحث و نتیجه گیری

هدف عمده این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی همراه با دارودرمانی بر افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می باشد. این پژوهش شامل دو فرضیه اصلی است که هر کدام سه خرده فرضیه دارند، در فرضیه اول و خرده فرضیه های آن، اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر در بیماران مورد بررسی قرار میگیرد و در فرضیه دوم و خرده فرضیه های آن همین متغیرها در مرحله پیگیری پس از دو ماه مورد بررسی قرار می گیرند و نتایج آن بیان می گردد.

فرضیه ۱: درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۲ نشان داده شد، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نمرات مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد، در واقع درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی (گروه آزمایش) نسبت به دارودرمانی صرف (گروه کنترل) در افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم IBS تأثیر بیشتری داشته است. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش های صولتی دهکردی و همکاران در سال ۱۳۸۸، محوی شیرازی و همکاران در سال ۱۳۸۷ و رم و همکاران در سال ۲۰۰۹ همخوان می باشد، اما با پژوهش ملکی و همکاران در سال ۱۳۸۶ همخوان نیست.

فرضیه ۱-۱: درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر افزایش سلامت روان بیماران IBS مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۳ دیده می شود میانگین سلامت روان گروه آزمایش تفاوت آشکاری با

سلامت روان گروه کنترل در پس آزمون دارد. نتیجه میگیریم درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی (گروه آزمایش) نسبت به دارودرمانی صرف (گروه کنترل) بر افزایش سلامت روان بیماران IBS تأثیر داشته است. نتایج حاصل از این پژوهش مشابه با نتایج پژوهش های صولتی دهکردی و همکاران در سال ۱۳۸۷، حسینی و همکاران در سال ۱۳۸۸ و بویس و همکاران در سال ۲۰۰۵ می باشد. بر طبق اظهارات بلانچارد (۲۰۰۵) به نقل از حقایق و همکاران ۱۳۸۷، این بیماری می تواند در قسمت های مختلف از جمله خواب، شغل، عملکرد جنسی و... تأثیر بگذارد و در واقع این موضوع تأثیر زیادی بر سلامت روان افراد مبتلا به IBS دارد.

فرضیه ۱ - ۲: درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۳ نشان داده شد، تفاوت معناداری بین میانگین سلامت روان گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد، پس می توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی نسبت به دارو درمانی تنها اثربخشی بیشتری دارد و همچنین نشان دهنده این است که پس از پیگیری دو ماهه و انجام تکالیف در این دوره و تقویت مهارت های آموزش داده شده همچنان کیفیت زندگی گروه آزمایش بهبود بیشتری را نسبت به گروه کنترل نشان می دهد. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش های انجام شده توسط صولتی و همکاران در سال ۱۳۸۷ همخوان می باشد. در مطالعه ای که توسط کولول و پراتز در سال ۲۰۰۷ انجام شد به بررسی کلاس آموزشی شناختی بر رفتار و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS پرداخته شد. ۵۲ بیمار وارد مطالعه شدند و در کلاس آموزشی - شناختی شرکت نمودند، نتایج این مطالعه نشان داد که کلاس آموزشی - شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS مؤثر است.

فرضیه ۱ - ۳: درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر کاهش علائم بیماران IBS مؤثر است. همانطور که در جدول ۳ نشان داده شد میانگین علائم IBS گروه آزمایش تفاوت آشکاری با علائم IBS گروه کنترل در پس آزمون دارد و می توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی همراه با دارودرمانی بر کاهش علائم در بیماران مبتلا به IBS تأثیر زیادی دارد و این اثربخشی ترکیب درمان های روانشناختی و دارو نسبت به دارودرمانی تنها بیشتر است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های محوی شیرازی و همکاران در سال ۱۳۸۷ و بهاروچ در سال ۲۰۰۷ همخوانی دارد. بر اساس اظهارات بویس و همکاران در سال ۲۰۰۷ در بین روان درمانگری های پیشنهادی در مورد کاهش علائم IBS، درمان شناختی، هم ارز مبنای نظری قوی تری برخوردار است و هم اثربخشی آن با توجه به پژوهش های بیان شده، در کاهش نشانگان تأیید شده است. همچنین در سال ۲۰۰۵ نیز بویس و همکاران طی پژوهشی تأثیر درمان شناختی - رفتاری، آرامش تدریجی و مراقبت روزانه بالینی را روی علائم جسمی و روانشناختی بیماران IBS مورد بررسی قرار دادند که نتایج بدست آمده نشان داد علائم جسمی و روانشناختی این بیماران بعد از مداخله کاهش پیدا کرده است (به نقل از صولتی دهکردی و

همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش وانگ<sup>۱</sup> و همکاران تأثیر شناخت درمانی روی کاهش اضطراب و علائم IBS بسیار مؤثر بوده است (به نقل از صولتی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۵).

فرضیه ۲: اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.

با توجه به آنچه که در جدول ۴ نشان داده شد، تفاوت معناداری بین نمرات مرحله پیگیری سلامت روان، کیفیت زندگی و علائم IBS دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و بیانگر این است که اثربخشی و تفاوت نتایج درمان در دو گروه آزمایش و کنترل کاملاً مشهود بوده است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش های حقایق و همکاران در سال ۱۳۸۷ و بلانچارد و همکاران در سال ۲۰۰۷ همخوان می باشد

فرضیه ۲ - ۱: اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی برافزایش سلامت روان بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.

همانگونه که در جدول ۵ نشان داده شده، تفاوت معناداری میان نمرات مرحله پس آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. در واقع این نتیجه نشان می دهد که درمان ترکیب روانشناختی - دارویی بیشتر از دارودرمانی به تنهایی برافزایش سلامت روان بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم داشته است که این نتیجه حسینی و همکاران در سال ۱۳۸۸ و صولتی و همکاران در سال ۱۳۸۷ و هاوسر و گراندت در سال ۲۰۰۷ همخوان می باشد. کيفر (۲۰۰۵) بیان می دارد که مداخلات روانشناختی همچون آرامش تدریجی می تواند تا حد زیادی علائم روانشناختی این بیماران را کاهش دهد و سطح سلامت روان بیماران را بالا ببرد (نقل از ملکی و همکران، ۱۳۸۶).

فرضیه ۲ - ۲: اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.

همانگونه که در جدول ۵ ملاحظه شد، میان نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد و می توان نتیجه گرفت که اثربخشی در گروه آزمایش بعد از دو ماه مرحله پیگیری در کیفیت زندگی تأثیر داشته است. این بخش از نتایج پژوهش با پژوهش های هاوسر و گراندت در سال ۲۰۰۷، بهاروچ در سال ۲۰۰۷، بلانچارد و همکاران در سال ۲۰۰۵ می باشد. در واقع این همخوانی بیانگر این است که کیفیت زندگی افراد مبتلا به IBS بسیار زیاد تحت تأثیر علائم و مشکلات جسمی آن ها قرار می گیرد، به دلیل اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که به کار بردن درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی تأثیر زیادی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS داشته است.

فرضیه ۲ - ۳: اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر کاهش علائم بیماران IBS در مرحله پیگیری تداوم دارد.

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، تفاوت معناداری میان نمرات مرحله پیگیری علائم

IBS در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد که این نتیجه با نتایج پژوهش های صولتی دهکردی در سال ۱۳۸۷، اما با نتایج پژوهش های صولتی دهکردی و همکاران در سال ۱۳۸۸ در مرحله پیگیری همخوان نیست که در واقع علت این ناهمخوانی را می توان به عوامل گوناگون همچون کوتاه بودن زمان مرحله پیگیری، عدم تداوم تمرین ها در این مرحله و عدم همکاری گروه آزمایش برای انجام تکالیف در مرحله پیگیری، نسبت داد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که گروه آزمایش وقتی تحت درمان دارویی (داروهای مشخصی که برای بیماران IBS مشخص می شوند) قرار می گیرند و همزمان درمان روانشناختی دریافت می دارند به دلیل آنکه این دو روش به صورت ترکیبی برای این بیماران اعمال می گردد، به نظر می رسد بیش از آنکه فقط تحت درمان دارویی قرار گرفته باشند (گروه کنترل) علائم IBS در آنها کاهش می یابد. در واقع به نظر می رسد دو روش درمان دارویی و درمان های روانشناختی وقتی با هم ترکیب می شوند، پیش آگهی بهتری را در خصوص درمان IBS از خود نشان می دهند. از نتایج دیگر این پژوهش تأثیر درمان روانشناختی بر افزایش سلامت روان افراد گروه آزمایش بود و گروه آزمایش پس از درمان روانشناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری از سطح سلامت روان بالاتری برخوردار بودند و در سطح سلامت روانی گروه کنترل که فقط دارو دریافت کردند تغییری ایجاد نشد. از دیگر نتایج این پژوهش تأثیر درمان های روانشناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران می باشد، چرا که سطح کیفیت زندگی گروه آزمایش تفاوت معنی داری را در مرحله پس آزمون نشان داد در حالی که این تفاوت در گروه کنترل بوجود نیامده بود. در واقع نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر نشان می دهد که اثرات منفی بیماری سندرم روده تحریک پذیر بر کیفیت زندگی این بیماران بسیار مشهود می باشد، لذا کیفیت زندگی بیماران IBS که تحت درمان های روانشناختی بوده اند، به طور قابل توجهی بالاتر از کیفیت زندگی بیمارانی است که تحت درمان روانشناختی نبوده اند.

اما در بررسی اینکه چگونه درمان ترکیبی روانشناختی - دارویی بر افزایش سلامت روان بیماران IBS کمک می کند و کیفیت زندگی آن ها را بهبود می بخشد و باعث کاهش علائم IBS می شود، می توان به نکات گوناگونی دست یافت:

اول) در این روش درمانی مداخله ای از تکنیک هایی استفاده می شود که باورهای ناکارآمد بیماران را که باعث بوجود آمدن علائم روانشناختی و به دنبال آن علائم جسمی IBS می شود، را مورد بررسی قرار می دهد و به آن ها اصلاح این باورهای ناکارآمد را آموزش می دهد. همانگونه که لاکتر (۲۰۰۵) اشاره می کند افکار و باورهای ناکارآمد یکی از علت های اصلی در IBS است، پس تلاش برای تغییر در آنها یکی از عوامل اثربخشی است.

دوم) تکنیک های شناختی - رفتاری که در این رویکرد استفاده گردید در مدیریت استرس و کنترل هیجان های منفی (مثل افسردگی، اضطراب و خستگی مزمن) مؤثر است. چرا که دسته ای از عوامل جسمی آن تحت تأثیر مستقیم عوامل روحی و روانی هستند.

سوم) آرامسازی عضلانی: در آرامسازی عضلانی که انجام شد، مجموعه ای از تغییرات فیزیولوژیکی در بدن ایجاد می شود که نقطه مقابل فشار روانی است. کاهش تنش در عضلات باعث افزایش احساس خوب بودن و سلامت روانی و آرامش می شود و این کاهش تنش احساسات منفی، افسردگی و

اضطراب رانیز کاهش می دهد.

چهارم) آموزش مهارت های مقابله با خشم، جرأت ورزی و حل مسئله : خشم، نگرانی، حالت های اضطراب عامل بسیار مؤثری در تنش های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر است و تأثیر بسیار زیادی بر روابط بین فردی بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری دارد. به دلیل نفخ، اتساع شکمی، یبوست یا اسهال مزمن آن ها را عموماً منزوی می کند و یا اگر در اجتماع حضور یابند عموماً به دلیل فشار روانی که احساس می کند، عصبانی و تحریک پذیر هستند و همین باعث بالا رفتن اضطراب آن ها می شود و چرخه ای را بوجود می آورد که بین اضطراب، خشم و بروز علائم IBS در حرکت است. بدین ترتیب آموزش مهارت های مدیریت خشم و حل مسئله می تواند به این افراد کمک کند، به جای ابراز واکنش های خشونت آمیز از روش های مفید و مناسب برای حل تعارضات استفاده کنند.

شاید بتوان گفت درمان توأم روانشناختی و دارو درمانی در افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم IBS در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر ارجحیت دارد، بنابراین ارجاع این بیماران همراه با دریافت دارو درمانگری توسط پزشک متخصص گوارش به روانپزشکان و روانشناسان جهت اعمال روان درمانگری ضرورت قابل توجهی پیدا می کند. از آنجا که ممکن است عود بیماری در اثر توقف روان درمانگری مشاهده شود، بهتر است بیماران به مدت طولانی تری تحت درمان روان درمانگری و درمان روانشناختی به همراه دارو درمانی قرار گیرند.

#### منابع

- ابراهیمی دریانی، ن، منصورنیا، ن، منصورنیا، م. ع، (۱۳۸۴). سندرم روده تحریک پذیر، طب و تزکیه، ۱۴، ۳، ۸۷ - ۷۲.
- حسینی، م، نیک روز، ل، پور صمد، ع، تقوی، ع، رجایی فرد، ع، (۱۳۸۸). تأثیر آرام سازی بنسون بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مجله ارمان دانش، ۱۴، ۱، ۱۱۱ - ۱۰۱.
- حقایق، ع، کلاتری، م، مولوی، ح، طالبی، م، (۱۳۸۷). درمانگری شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر، فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۴، ۱۶، ۳۷۳ - ۳۸۶.
- صولتی دهکردی، ک، رحیمیان، ق. ع، عابدی، ا، باقری، ن، (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین اختلالهای روانی با سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۸، ۲، ۳۷ - ۳۱.
- صولتی دهکردی، ک، رحیمیان، ق. ع، قمرانی، ا، (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین استرس و سندرم روده تحریک پذیر، مجله پزشکی هرمزگان، ۱۲، ۱، ۱۹ - ۱۳.
- صولتی دهکردی، ک، کلاتری، م، ادیبی، پ، افشار، ح، (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی تدریجی توأم با دارو درمانی روی علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۱، ۱، ۳۸ - ۳۱.



مجوی شیرازی، م، فتحی آشتیانی، ع، رسول زاده طباطبایی، ک، امینی، م (۱۳۸۷). مقایسه روان درمانگری رفتاری - شناختی با دارو درمانگری بر وضعیت روانشناختی و درمان افراد مبتلا به IBS، مجله علوم رفتاری، ۲، ۳، ۲۰۸ - ۲۰۱.

هاریسون، ت، ر، (۱۳۸۴)، اصول طب داخلی (بیماریهای گوارش)، ترجمه ارجمند، م، تهران، تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، (۲۰۰۵).

- Aruna P, Puviarasan N, & Palaniappan B, (2005). An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst*, 28,4:673 – 679.
- Bharucha L, (2007). Psychological aspects of assessment and treatment of IBS, stress and anxiety disorder. Center of an American University, USA; 358 – 367.
- Blandchard EB, Lackner, J, Sandres, K, Krasner, S., Keffer, L, Gudleski, G.D, Katz, L, Rowell, D, Syked, M, Kuhn, E, Gusmano, R, Carosella, A.M, Firth, R, Dular, & Tulloch, L (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome, *Behavior Research and Therapy*, 45, 633 – 648.
- Garakani, A, Wint T, & Gupta. S (2003). Co morbidity of irritable bowl syndrome in psychiatric patient : a review. *AMJ*; 10 (1) : 61-67.
- Hauser, W.G. (2007). Quality of life measurement in gastroenterology – concepts, Instruments and problems. *Zeitschrift Fur Gastroenterology*, 39 :475-481.
- Jotsson, B., Andrewitch, S., Hedman, E. Ruck, C. & Andersson, G. (2009). Exposure and mindfulness based therapy for IBS-An open pilot study. *Journal of Behavior therapy and Experimental psychiatry*, 10. 2. 4.1 – 6.
- Lydiard, R.B, & Falstti, S.A. (1999). Experience whit anxiety and depression treatment studies, implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med*, 8, 107 (5A) : 65-75.
- Whitehead, W.E. Palsson, O. & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders; what are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122, 1140 – 1156.

تاریخ وصول: ۸۹/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۷