

## بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر علایم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

فاطمه اسداللهی<sup>۱</sup>، حمید طاهر نشاط دوست<sup>۲</sup>، مهرداد کلانتری<sup>۳</sup>، حسینعلی مهربانی<sup>۴</sup>،  
حمید افشار<sup>۵</sup>، حامد دقاق زاده<sup>۶</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از اختلالات شایع عملکردی دستگاه گوارش می‌باشد. درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای درمان این بیماران به کار گرفته شده است. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر علایم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش، در قالب یک مطالعه نیمه‌تجربی با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری انجام شد. بدین منظور، تعداد ۲۴ زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ( $n1=n2=12$ ) و با استفاده از «سیستم نمره‌گذاری شدت علایم» و «مقیاس فراوانی و شدت علایم سندرم روده تحریک‌پذیر» مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش یک دوره درمانی مبنی بر معنویت‌درمانی در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد معنویت‌درمانی در مرحله پس‌آزمون باعث کاهش ۴۳ درصدی میزان بروز علایم شده ( $p<0/05$ ) اما این بهبودی در مرحله پیگیری پایدار نمانده است. هم‌چنین اثربخشی معنویت‌درمانی بر شدت علایم جسمی این بیماران در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه نشان داد معنویت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر جهت کاهش فراوانی علایم جسمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** سندرم روده تحریک‌پذیر، علایم جسمی، بروز، شدت و معنویت‌درمانی

**ارجاع:** اسداللهی فاطمه، نشاط دوست حمید طاهر، کلانتری مهرداد، مهربانی حسینعلی، افشار حمید، دقاق زاده حامد. **بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر**

**علایم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ۳۱۷-۳۲۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۲۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

E-mail: fh.asadollahi@yahoo.com

۲- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶- دانشیار، مرکز تحقیقات جامع نگر عملکردی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر (IBS یا Irritable bowel syndrome) یک اختلال عملکردی روده‌ای می باشد که در آن درد یا ناراحتی شکمی با دفع یا تغییر عادت روده ای همراه است (۱). IBS بیماری مزمنی است (۲) که بر عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد (۳) و به دنبال آن، کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۴). تقریباً ۱۰ تا ۲۰ درصد بزرگسالان و نوجوانان دارای علایم سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشند (۱). نسبت ابتلا در زنان به مردان تقریباً ۲ به ۱ بوده است (۲). شیوع IBS در اروپا و آمریکای شمالی ۱۵-۱۰ درصد تخمین زده شده است. هم‌چنین شیوع آن در کشورهای منطقه آسیا-اقیانوسیه به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. شیوع IBS در ایران بین ۵/۸-۳/۴ گزارش شده است (۵). در برخی مطالعات، شیوع IBS در سطح شدید یا بسیار شدید بین ۳ تا ۶۹ درصد تخمین زده شده است (۶). دلیل پیدایش علایم سندرم روده تحریک‌پذیر به طور کامل مشخص نیست. عملکرد حرکتی نابهنجار روده، حساسیت شدید احشایی، پردازش عصبی محرک‌های احشایی، عفونت‌های معدی-روده‌ای، التهاب خفیف، تغییر در فلور میکروبی روده و عوامل روانی-اجتماعی می‌توانند در ایجاد علایم این اختلال مؤثر باشند (۷).

عوامل روان‌شناختی ممکن است در تداوم و شدت علایم شکمی این اختلال نقش داشته و کیفیت زندگی بیماران را مختل سازند. هم‌چنین تحت تأثیر این عوامل، افراد مبتلا به IBS به میزان افراطی به مراکز خدمات درمانی - بهداشتی مراجعه می‌کنند (۵). در سندرم روده تحریک‌پذیر اختلالات متعددی به عنوان اختلال همراه مطرح هستند که شایع‌ترین آن‌ها اختلالات اضطرابی و از جمله اختلال هراس و اضطراب فراگیر، اختلالات خلقی به ویژه افسردگی اساسی و افسرده خویی، اختلالات شبه جسمانی نظیر خود بیمار انگاری و جسمانی‌سازی می‌باشد (۸). با توجه به این که توافق عمومی در مورد علت‌شناسی IBS وجود ندارد، بنابراین جای تعجب نیست که در حال حاضر درمان واحدی هم که به صورت جهانی برای این بیماری به کارگرفته شود، وجود نداشته باشد (۵).

رویکردهای درمانی که برای این سندرم مورد استفاده قرار گرفته‌اند، از یک سو درمان‌های دارویی نظیر داروهای ضدافسردگی، (۹) و از سوی دیگر مداخلات روان‌شناختی نظیر درمان‌های شناختی- رفتاری، روان تحلیل‌گری بین‌فردی، آموزش تکنیک آرام‌سازی و هیپنوتراپی هستند (۲).

شدت در سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان یک مفهوم ترکیبی زیستی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که تحت تأثیر شدت علایم گوارشی و علایم خارج روده ای (Exteraintestinal)، اختلالات همراه، عوامل روانی - اجتماعی، درجه ناتوانی و رفتارهای مرتبط با بیماری قرار می‌گیرد؛ اگر چه میزان تأثیر هر کدام از عوامل مذکور نامشخص می‌باشد (۱۰). شدت علایم IBS از خفیف و متناوب بودن تا شدید و دائمی بودن در نوسان می باشد (۶). زمانی که شدت علایم در سطح خفیف باشد، تواتر و شدت علایم پایین بوده و کیفیت زندگی در سطح مطلوب و احتمال مراجعه بیمار به پزشک بسیار کم می‌باشد. زمانی که شدت علایم در سطح متوسط باشد، علایم پایدارتر و ناراحت کننده و با میزان بیشتری از اختلال در کیفیت زندگی، کاهش تعامل اجتماعی و حضور کمتر در محل کار همراه است. زمانی که علایم این بیماری شدید باشد، علایم تکرار شونده‌تر و دائمی بوده و با اختلال قابل ملاحظه در عملکرد و مراجعه بیشتر بیمار به پزشک همراه می‌باشد (۱۰).

امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی (Biopsychosocial-Spiritual) در درمان اختلالات روان‌شناختی به کارگرفته می‌شود. این مدل در پی کشف نقش عقاید معنوی و دینی در فرایند ارزیابی، ایجاد امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش بیماری و درد می‌باشد (۱۱). لذا لازم است در درمان اختلالات روانی به هر چهار بعد توجه شود؛ زیرا انسان یک کل واحد است و هنگامی سلامت روانی وی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند (۱۲). اهمیت پرداختن به معنویت از آن‌جا ناشی می‌شود که نیازها و گرایش‌های معنوی از اجتناب‌ناپذیرترین و متعالی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود (۱۳). مذهب و معنویت بر سلامت

به طور قابل ملاحظه‌ای سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند. اما یافته‌های این مطالعه حاکی از عدم وجود ارتباط بین مذهب و معنویت با شدت درد و تداخل درد با زندگی روزمره بود (۲۰). جعفری و همکاران رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روان را در بین ۲۲۳ دانشجوی (۱۱۰ مرد و ۱۱۳ زن) بررسی کرده و دریافتند بین بهزیستی معنوی و سلامت روان رابطه قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. با این وجود بین بهزیستی معنوی با علائم جسمی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (۲۱). (wachholtz & Pargament) به منظور ارزیابی مداخلات معنوی، اثربخشی شکل‌های معنوی و غیرمعنوی مراقبه را مقایسه کردند. نتایج نشان داد گروهی که تکنیک‌های مراقبه معنوی را دریافت کرده بودند پیامدهای مثبت بیشتری نظیر خلق مثبت، اضطراب کمتر، تجارب معنوی و تحمل بیشتر در مقابل درد را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند (۲۲).

با توجه به اجرای مداخلات متعدد روی بیماران مبتلا به IBS، در مطالعات انجام شده به ویژه در مطالعات داخل کشور، اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی به ویژه سندرم روده تحریک‌پذیر کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با در نظر گرفتن پیشینه تأثیر معنویت درمانی بر علائم روان‌شناختی، در این مطالعه به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی از طریق کاهش علائم روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته شد.

### مواد و روش‌ها

روش تحقیق در این پژوهش نیمه‌تجربی با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه، کلیه بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز خدمات درمانی بهداشتی شهر اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۹۱ بود. از بین کلیه مراکز درمانی مربوط به بیماری‌های دستگاه گوارش که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به آن‌ها مراجعه می‌کردند سه مرکز درمانی (یک مرکز دولتی و دو مرکز خصوصی) به طور در دسترس انتخاب شد. سپس از بین ۱۵۰

جسمی و روانی مؤثر می‌باشند (۱۴). بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش می‌کنند که به کارگیری منابع معنوی یا مذهبی به آن‌ها در مقابله با درد کمک می‌کند (۱۱). افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند روابط آن‌ها در چهار حیطه شخصی (در ارتباط با معنا، هدف، ارزش‌های زندگی و خودآگاهی)، اجتماعی (روابط با دیگران)، محیطی (ارتباط با محیط و طبیعت) و تعالی (ارتباط با نیروی برتر) متعادل می‌باشد. این فرض مطرح است که در اثر ایجاد روابط مثبت در هر حیطه، سلامت معنوی ارتقا می‌یابد (۱۵).

هر گونه برنامه، روش، فرایند یا پروتکلی که در آن نیازها و سلامت معنوی در نظر گرفته شود، می‌تواند یک مداخله معنوی محسوب شود. این مداخلات ممکن است شامل فعالیت‌هایی باشد که منابع معنوی و مذهبی افراد را تقویت کند و ارتقا بخشد (۱۶). (Debrun) تأثیر میانجی معنویت را در رابطه بین عوامل شخصیت و پیامدهای بالینی سندرم روده تحریک‌پذیر در بین ۱۰۹ بیمار مبتلا به این بیماری بررسی کرد و نشان داد که بین روان‌رنجوری خفیف و بهبودی در پیامدهای بالینی و بین معنویت بالا و بهبودی در پیامدهای بالینی این بیماران رابطه قابل ملاحظه‌ای وجود دارد (۱۷). یافته‌های مطالعه (Carson) و همکاران نشان می‌دهد بین بخشش، درد، خشم و ناراحتی روان‌شناختی در بیماران دارای کم‌درد مزمن ارتباط وجود دارد؛ به عبارتی بیمارانی که نمی‌توانند ببخشند، درد و ناراحتی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند که البته سطوح بالای خشم در این فرایند نیز دخالت دارد (۱۸). در مطالعه (Cunningham) اثربخشی دوره کوتاه مدت آموزش بهداشت روان (Brief Psychoeducatioanl Course) بر چگونگی نحوه مقابله با بیماری و بهبودی در بیماران مبتلا به سرطان با تأکید بر جنبه‌های معنوی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد بیماران پس از دریافت این مداخله اظهار نمودند که شرایط بیماری خود را بهتر پذیرفته‌اند، درک معنا در زندگی‌شان و شکرگزاری در مورد حوادث روزانه ارتقا و گرایش آن برای تعارض با دیگران کاهش یافته است (۱۹). در مطالعه (Rippentrep) نتایج نشان داد بخشش، مقابله منفی مذهبی، تجربیات معنوی روزانه و حمایت معنوی

شکرگزاری تأکید شد. برای هر سه مؤلفه معنا در زندگی، بخشش و شکرگزاری از برنامه‌ها و راه‌کارهای مدون استفاده شد. در مورد معنی استراتژی PURE به کارگرفته شد (۲۳) که در آن بر پیدا کردن ارزش‌ها و اهداف، فهم معنای حوادث، رفتار در جهت ارزش‌ها و در نهایت ارزیابی میزان رضایت از زندگی تأکید شده است (جلسات اول و دوم). در بحث بخشش از برنامه درمانی گام به گامی که توسط (Enright) تدوین شده است، استفاده شد (۲۴). این برنامه درمانی در ابتدا به ارزیابی می‌پردازد سپس مراحل بخشش را به صورت گام به گام پیش می‌برد (جلسه سوم تا پنجم). در مورد شکرگزاری، برنامه آموزشی مبتنی بر ۸ مؤلفه‌ای که (Adler & Fagley) (۲۵) در این مبحث بر آن تأکید کرده‌اند می‌باشد (جلسات ششم و هفتم) (جدول ۱). جلسه هشتم هم به مرور و جمع‌بندی مباحث گفته شده پرداخته شد. این در حالی بود که آزمودنی‌های گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از جلسه آخر، آزمودنی‌های دو گروه مورد ارزیابی پس‌آزمون قرار گرفتند و دو ماه بعد از آخرین جلسه درمان، ضمن هماهنگی با آزمودنی‌ها، ارزیابی پیگیری به عمل آمد.

بیمار زن مراجعه‌کننده به این مراکز، ۲۴ بیمار دارای ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ( $n1=n2=12$ ). وجود ملاک‌های ورودی، در قالب مصاحبه بالینی اولیه با بیماران ارزیابی شد. ملاک‌های ورود این پژوهش شامل تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ملاک‌های تشخیصی Rome III (۱)، دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص (داروهای SSRI و گوارشی)، نداشتن تشخیص اختلالات سایکوتیک شدید، نداشتن تشخیص اختلال شخصیت در محور دوم سیستم طبقه‌بندی چندمحور DSM-IV<sup>TR</sup>، فقدان تشخیص مشکل هوشی بر اساس مصاحبه و ملاک‌های DSM، حداقل دارای تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال و تمایل به درمان بود. پس از انجام پیش‌آزمون، برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، یک دوره درمانی مبتنی بر معنویت در قالب ۸ جلسه به صورت هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در یکی از مراکز درمانی مربوط به اختلالات روان‌تنی، ارایه شد. جلسات این برنامه درمانی بر اساس ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و خدا-که از شاخص‌های سلامت معنوی می‌باشد- تدوین شد. در مقوله ارتباط فرد با خود بر اهداف و ارزش‌ها (معنا در زندگی)، در ارتباط با اجتماع بر بخشش و در ارتباط با طبیعت و خداوند بر

#### جدول ۱. طرح کلی جلسات معنویت‌درمانی

معرفه، توضیح پیرامون سندرم روده تحریک‌پذیر و تأثیر عوامل معنوی در بروز علایم جسمی و روانی، ارزیابی	جلسه اول
معنی در زندگی، چگونگی تعیین ارزش‌ها و اهداف و پیروی از آنها	جلسه دوم
معنادهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات	جلسه سوم
ارزیابی و معرفی بخشش	جلسه چهارم
مراحل اول، دوم و سوم بخشش (خودداری از به کارگیری هر گونه روش انتقام‌جویانه و کینه‌ورزانه نسبت به فرد مقابل، اتخاذ دیدگاه جدید و متفاوت نسبت به فرد مقابل، بررسی احساساتی که افراد در نتیجه ایجاد دیدگاه جدید تجربه می‌کنند)	جلسه پنجم
مراحل چهارم، پنجم و ششم بخشش (دادن هدیه به فرد مقابل، معنی دادن به رفتار اشتباه او، بررسی نیاز خود به بخشیده شدن)	جلسه ششم
شکرگزاری (با تأکید بر تمرکز بر داشته‌ها، حیرت و تشریفات)	جلسه هفتم
شکرگزاری (با تأکید بر قدردانی، زندگی در زمان حال، تجربه فقدان/ مصیبت، ارزش‌گذاری برای روابط بین‌فردی)	جلسه هشتم
جمع‌بندی مباحث جلسات قبل و تأکید بر مؤلفه‌های معنی، بخشش و شکرگزاری در قالب چهار ارتباط اصلی به عنوان شاخص‌های سلامت معنوی	

## ابزارها

## ۱- سیستم نمره گذاری شدت علائم (IBS-SSS) یا

(IBS Severity Scoring System): یکی از ابزارهای

اندازه گیری شدت علائم IBS می باشد. این مقیاس شدت علائم (درد شکمی، نفخ، فراوانی و ثبات مدفوع و تأثیر علائم بر زندگی) را در ۱۰ روز گذشته ارزیابی می کند. هر کدام از ۵ آیتم در این مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ نمره گذاری می شوند (۱۰). در این مقیاس حداکثر نمره ۵۰۰ می باشد که نمرات ۱۷۵-۷۵، ۳۰۰-۱۷۵ و بیش از ۳۰۰ به ترتیب خفیف متوسط و شدید نام گذاری می شوند. در مطالعه (Francis & Whorwell) این مقیاس، در بین ۱۴۱ بیمار و ۴۰ جمعیت سالم اجرا شد و روایی تشخیصی این ابزار با ایجاد تفاوت معنی دار بین دو گروه سالم و بیمار تأیید شده است ( $p < 0.05$ ). همچنین حساسیت، اختصاصی بودن و توان پیش بینی مثبت این تست نیز بالا بوده است (۲۶). در پژوهش حاضر، ضریب پایایی کلی این مقیاس، با اجرا بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ به دست آمد.

۲- مقیاس فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر: این پرسش نامه شامل ۵ سؤال می باشد. نمره گذاری براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت در خصوص فراوانی علائم از صفر (هیچ وقت)، یک (هفته ای یکی دو بار)، دو (یک روز در میان)، سه (هر روز)، چهار (روزانه به دفعات زیاد) و در خصوص شدت علائم از صفر (بی اهمیت)، یک (قابل تحمل)، دو (آزاردهنده)، سه (غیر قابل تحمل)، چهار (وحشتناک) صورت می گیرد. پایایی این پرسش نامه در خصوص فراوانی علائم ۰/۷۶ و در خصوص شدت علائم ۰/۷۳ به دست آمده است. همچنین پایایی کل پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ به دست آمده است (۲۷).

۳- پرسش نامه جمعیت شناختی: این پرسش نامه شامل اطلاعاتی پیرامون سن، تحصیلات و مدت زمان ابتلا به بیماری IBS بود که توسط اعضا تکمیل شد. تحلیل آماری داده های این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS-19 و روش آماری تحلیل کواریانس انجام شد. در این تحلیل، عضویت گروهی، به عنوان متغیر مستقل، نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته و نمرات پیش آزمون، تحصیلات، سن و طول مدت بیماری به عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شدند.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	گروه آزمایش	گروه کنترل
تحصیلات	۱۴/۶۶ ± ۱/۹۶	۱۵/۲۷ ± ۲/۴۱
سن	۳۵/۷۵ ± ۶/۹۴	۳۳/۸۱ ± ۷/۱۲
طول مدت بیماری	۱۲۷/۶۶ ± ۱۰۵/۶۸	۱۰۰/۳۶ ± ۷۳/۲۴

جدول ۳. شاخص های توصیفی نمرات میزان بروز علائم و شدت علائم جسمی بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

عضویت گروهی	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	شدت (بر اساس IBS-SSS)	۲۶۷/۰۸ ± ۹۴/۴۹	۲۱۰/۰۰ ± ۹۶/۴۱	۲۰۷/۸۱ ± ۱۰۳/۹۳
(معنویت درمانی)	فراوانی بروز علائم	۶/۰۰ ± ۲/۴۱	۵/۳۶ ± ۲/۳۴	۵/۰۰ ± ۲/۵۹
	شدت علائم	۵/۱۶ ± ۱/۸۵	۶/۴۵ ± ۲/۸۴	۵/۶۳ ± ۲/۶۷
کنترل	شدت (بر اساس IBS-SSS)	۲۲۷/۲۷ ± ۱۰۹/۸۴	۱۹۸/۴۵ ± ۱۱۹/۰۵	۱۷۵/۷۲ ± ۸۷/۹۱
	فراوانی بروز علائم	۶/۳۶ ± ۳/۳۵	۷/۱۸ ± ۲/۵۶	۶/۴۵ ± ۲/۵۴
	شدت علائم	۶/۳۶ ± ۲/۶۱	۶/۱۸ ± ۲/۸۵	۵/۰۹ ± ۳/۰۴

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر معنویت‌درمانی بر علائم جسمی بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
شدت (بر اساس IBS-SSS)	پس‌آزمون	پیش‌آزمون شدت	۱	۳۱۷۶۱/۳۳	۱۲/۲۱۳	۰/۰۰۳	۰/۴۴۹	۰/۹۰۴
		عضویت گروهی	۱	۱۶۹۵/۲۵	۰/۶۵۲	۰/۴۳۲	۰/۰۴۲	۰/۱۱۸
	پیگیری	پیش‌آزمون شدت	۱	۱۵۰۶/۶۸	۰/۴۵۳	۰/۵۱۱	۰/۰۲۹	۰/۰۹۷
		عضویت گروهی	۱	۱۲۰۹۳/۹۳	۳/۶۳۹	۰/۰۷۶	۰/۱۹۵	۰/۴۳۱
فراوانی علائم	پس‌آزمون	پیش‌آزمون میزان بروز علائم	۱	۱۵/۱۳	۸/۲۵۲	۰/۰۱۲	۰/۳۵۵	۰/۷۶۶
		عضویت گروهی	۱	۲۱/۰۵	۱۱/۴۸۴	۰/۰۰۴	۰/۴۳۴	۰/۸۸۶
	پیگیری	پیش‌آزمون میزان بروز علائم	۱	۱۶/۴۲	۴/۹۹۵	۰/۰۴۱	۰/۲۵۰	۰/۵۵۲
		عضویت گروهی	۱	۷/۳۶	۲/۲۴۰	۰/۱۵۵	۰/۱۳۰	۰/۲۸۹
شدت علائم	پس‌آزمون	پیش‌آزمون شدت علائم	۱	۳۶/۰۹	۱۰/۷۴۰	۰/۰۰۵	۰/۴۱۷	۰/۸۶۵
		عضویت گروهی	۱	۶/۹۰	۲/۰۵۴	۰/۱۷۲	۰/۱۲۰	۰/۲۶۹
	پیگیری	پیش‌آزمون شدت علائم	۱	۱۵/۹۹	۵/۴۹۸	۰/۰۳۳	۰/۲۶۸	۰/۵۹۲
		عضویت گروهی	۱	۶/۵۸	۲/۲۶۱	۰/۱۵۳	۰/۱۳۱	۰/۲۹۱

به بخشیدن و شروع فرایند بخشش منجر به کاهش هیجانات منفی و به دنبال آن کاهش میزان بروز علائم جسمی شده است. مطالعات نشان داده که مداخلات مبتنی بر بخشش باعث افزایش عاطفه مثبت و عزت نفس و کاهش عاطفه منفی می‌گردند؛ به عبارتی در افرادی که این مداخله را دریافت کرده‌اند، ابراز هیجانات منفی نظیر اضطراب و افسردگی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد در حالی که سطح هیجانات مثبت نظیر امید افزایش یافته است (۳۰). هم‌چنین نتایج مطالعه هیل و ان رایت نشان داد که بخشش با عزت نفس بالاتر، افسردگی، اضطراب صفت و اضطراب حالت پایین‌تر مرتبط می‌باشد (۳۱). با توجه به تأثیر بخشش بر کاهش هیجانات منفی، افزایش عواطف مثبت و عزت نفس و با در نظر گرفتن تأثیر متقابل علائم جسمی و روان‌شناختی (۳۲)، می‌توان کاهش میزان بروز علائم جسمی را این‌گونه تبیین نمود که تصمیم به بخشیدن و شروع فرایند بخشش به عنوان یکی از عوامل اصلی جلسات توانسته از طریق کاهش خلق منفی، ارتقاء عزت نفس و بهبود روابط بین فردی بیماران، میزان بروز علائم جسمی در این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

شکرگزاری مؤلفه دیگری است که در جلسات مورد تأکید قرار گرفت. به اعتقاد آدلر و فاگلی شکرگزاری به طور قابل

### یافته‌ها

سندرم روده تحریک‌پذیر شناخته‌شده‌ترین اختلال عملکردی گوارشی است که تا به حال مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است (۲۸). هدف این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد معنویت‌درمانی منجر به کاهش میزان بروز علائم جسمی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مرحله پس‌آزمون شده است. هم‌چنین نتایج نشان داد که این درمان بر شدت علائم جسمی مؤثر نمی‌باشد. این نتیجه با یافته‌های Rippentrop (۲۰)، جعفری و همکاران (۲۱) همخوان و با یافته‌های Debrun (۱۷) ناهمخوان می‌باشد. در جلسات معنویت‌درمانی بر بخشش، شکرگزاری و پیدا کردن ارزش‌ها و اهداف در زندگی تأکید شد. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد برای افراد دارای درد مزمن، بخشیدن کسانی که به آن‌ها آسیب زده‌اند یا آن‌ها را ناراحت کرده‌اند، دشوار می‌باشد و ناتوانی بیمار برای بخشیدن سهم زیادی در درد و رنج او دارد (۱۸).

با توجه به این که درد شکمی یک علامت مهم در سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد (۲۹)، کاهش میزان بروز علائم در مرحله پس‌آزمون را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که تصمیم



بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را ارتقا بخشد. اما به نظر می‌رسد اضافه کردن برخی دیگر از مؤلفه‌های حیطة معنویت به این گونه مداخلات درمانی، برای افزایش اثربخشی درمان مبتنی بر معنویت بر علایم جسمی در اختلالاتی نظیر IBS ضروری است.

جنسیت صرفاً زن آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود که می‌طلبید محققان بعدی با رفع این محدودیت‌ها به انجام مطالعات بعدی در این حیطة اقدام نمایند. مقایسه معنویت درمانی با سایر درمان‌ها از جمله درمان شناختی-رفتاری و تدوین برنامه درمانی دینی با تمرکز بر علایم و ویژگی‌های سندرم روده تحریک‌پذیر و ارزیابی اثربخشی آن از دیگر پیشنهادات این پژوهش می‌باشد. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این مداخله در مرحله پس‌آزمون پیشنهاد می‌شود از این مداخله در جهت کاهش علایم جسمی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شود. در پایان، محققان این مطالعه لازم می‌دانند که از مرکز دولتی سلامت گوارش و مسؤولین مراکز خصوصی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و اعضای شرکت‌کننده در این مطالعه کمال تشکر را داشته باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

سندرم روده تحریک‌پذیر شناخته‌شده‌ترین اختلال عملکردی گوارشی است که تا به حال مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است (۲۸). هدف این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علایم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد معنویت درمانی منجر به کاهش میزان بروز علایم جسمی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین نتایج نشان داد که این درمان بر شدت علایم جسمی مؤثر نمی‌باشد. این نتیجه با یافته‌های Rippentrop (۲۰)، جعفری و همکاران (۲۱) همخوان و با یافته‌های Debrun (۱۷) ناهمخوان می‌باشد. در جلسات معنویت‌درمانی بر بخشش، شکرگزاری و پیدا کردن ارزش‌ها و اهداف در زندگی تأکید شد. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد برای افراد

ملاحظه‌ای با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت ارتباط دارد و ابراز آن منجر به ایجاد پیوندهای اجتماعی می‌گردد. همچنین مقابله با استرس را بهبود می‌بخشد (۲۵). تعیین اهداف و ارزش‌ها یکی دیگر از محورهای مورد تأکید در جلسات بود. شکل عملی‌سازی معنی در زندگی، داشتن اهداف و انگیزه برای تلاش جهت رسیدن به آن‌ها می‌باشد (۳۳) به عبارتی بدون اهداف، زندگی ساختار نخواهد داشت (۳۴). مطالعات تجربی اخیر نشان داده‌اند که داشتن حس قوی معنی با شادی و رضایت از زندگی ارتباط دارد (۳۴) افرادی که از زندگی خود رضایت بیشتری دارند، سلامت جسمی بهتری گزارش می‌کنند (۳۵). بنابراین شکرگزاری و تعیین ارزش‌ها و اهداف و ممارست در جهت انجام و پیگیری آن‌ها می‌تواند رضایت از زندگی و در نتیجه سلامت جسمی بهتری را به دنبال داشته باشند.

در تبیین عدم اثربخشی معنویت درمانی بر شدت علایم جسمی می‌توان گفت محتوای جلسات معنویت متمرکز بر علایم جسمی نبوده و این درمان علایم IBS را به صورت مستقیم هدف خود قرار نداده است. به عبارت دیگر عدم تمرکز محتوای این مداخله به صورت مستقیم و اختصاصی بر علایم جسمی و عدم ارائه راهکارهایی متمرکز بر تسکین علایم جسمی مخصوص این بیماری می‌تواند یکی از دلایلی باشد که این مداخله بر شدت علایم جسمی بیماری تأثیر نداشته است. مزمن بودن و ماهیت عودکنندگی علایم جسمی سندرم روده تحریک‌پذیر و وجود ناپه‌نجاری‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی در این بیماران، می‌تواند درمان علایم جسمی در آن‌ها را به تأخیر اندازد. بنابراین نتایج این پژوهش نمایانگر آن هستند که به منظور بهبودی و کاهش شدت علایم این بیماری، احتمالاً به مداخلاتی در قالب تعداد جلسات بیشتری نسبت به تعداد لحاظ شده در این پژوهش، نیاز هست. هرچند این موضوع نیز تا زمانی که مورد بررسی علمی قرار نگیرد، قابل تأیید یا رد نیست.

بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده در حیطة بخشش، شکرگزاری و معنی در زندگی، می‌توان گفت گنجاندن این سه مؤلفه در فرایند درمان تا حد زیادی توانسته است سلامت فیزیکی در زمینه میزان بروز علایم جسمی

دارای درد مزمن، بخشیدن کسانی که به آن‌ها آسیب زده‌اند یا آن‌ها را ناراحت کرده‌اند، دشوار می‌باشد و ناتوانی بیمار برای بخشیدن سهم زیادی در درد و رنج او دارد (۱۸).

با توجه به این که درد شکمی یک علامت مهم در سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد (۲۹)، کاهش میزان بروز علائم در مرحله پس‌آزمون را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که تصمیم به بخشیدن و شروع فرایند بخشش منجر به کاهش هیجانات منفی و به دنبال آن کاهش میزان بروز علائم جسمی شده است. مطالعات نشان داده که مداخلات مبتنی بر بخشش باعث افزایش عاطفه مثبت و عزت نفس و کاهش عاطفه منفی می‌گردند؛ به عبارتی در افرادی که این مداخله را دریافت کرده‌اند، ابراز هیجانات منفی نظیر اضطراب و افسردگی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد در حالی که سطح هیجانات مثبت نظیر امید افزایش یافته است (۳۰). همچنین نتایج مطالعه هبل و ان رایت نشان داد که بخشش با عزت نفس بالاتر، افسردگی، اضطراب صفت و اضطراب حالت پایین‌تر مرتبط می‌باشد (۳۱). با توجه به تأثیر بخشش بر کاهش هیجانات منفی، افزایش عواطف مثبت و عزت نفس و با در نظر گرفتن تأثیر متقابل علائم جسمی و روان‌شناختی (۳۲)، می‌توان کاهش میزان بروز علائم جسمی را این‌گونه تبیین نمود که تصمیم به بخشیدن و شروع فرایند بخشش به عنوان یکی از عوامل اصلی جلسات توانسته از طریق کاهش خلق منفی، ارتقاء عزت نفس و بهبود روابط بین فردی بیماران، میزان بروز علائم جسمی در این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

شکرگزاری مؤلفه دیگری است که در جلسات مورد تأکید قرار گرفت. به اعتقاد آدلر و فاگلی شکرگزاری به طور قابل ملاحظه‌ای با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت ارتباط دارد و ابراز آن منجر به ایجاد پیوندهای اجتماعی می‌گردد. همچنین مقابله با استرس را بهبود می‌بخشد (۲۵). تعیین اهداف و ارزش‌ها یکی دیگر از محورهای مورد تأکید در جلسات بود. شکل عملی‌سازی معنی در زندگی، داشتن اهداف و انگیزه برای تلاش جهت رسیدن به آن‌ها می‌باشد (۳۳) به عبارتی بدون اهداف، زندگی

ساختار نخواهد داشت (۳۴). مطالعات تجربی اخیر نشان داده‌اند که داشتن حس قوی معنی با شادی و رضایت از زندگی ارتباط دارد (۳۴) افرادی که از زندگی خود رضایت بیشتری دارند، سلامت جسمی بهتری گزارش می‌کنند (۳۵). بنابراین شکرگزاری و تعیین ارزش‌ها و اهداف و ممارست در جهت انجام و پیگیری آن‌ها می‌تواند رضایت از زندگی و در نتیجه سلامت جسمی بهتری را به دنبال داشته باشند.

در تبیین عدم اثربخشی معنویت‌درمانی بر شدت علائم جسمی می‌توان گفت محتوای جلسات معنویت‌متمركز بر علائم جسمی نبوده و این درمان علائم IBS را به صورت مستقیم هدف خود قرار نداده است. به عبارت دیگر عدم تمركز محتوای این مداخله به صورت مستقیم و اختصاصی بر علائم جسمی و عدم آرایه راهکارهایی متمركز بر تسکین علائم جسمی مخصوص این بیماری می‌تواند یکی از دلایلی باشد که این مداخله بر شدت علائم جسمی بیماری تأثیر نداشته است. مزمن بودن و ماهیت عودکنندگی علائم جسمی سندرم روده تحریک‌پذیر و وجود ناپهنجاری‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی در این بیماران، می‌تواند درمان علائم جسمی در آن‌ها را به تأخیر اندازد. بنابراین نتایج این پژوهش نمایانگر آن هستند که به منظور بهبودی و کاهش شدت علائم این بیماری، احتمالاً به مداخلاتی در قالب تعداد جلسات بیشتری نسبت به تعداد لحاظ شده در این پژوهش، نیاز هست. هرچند این موضوع نیز تا زمانی که مورد بررسی علمی قرار نگیرد، قابل تأیید یا رد نیست.

بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده در حیطه بخشش، شکرگزاری و معنی در زندگی، می‌توان گفت گنجاندن این سه مؤلفه در فرایند درمان تا حد زیادی توانسته است سلامت فیزیکی در زمینه میزان بروز علائم جسمی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را ارتقا بخشد. اما به نظر می‌رسد اضافه کردن برخی دیگر از مؤلفه‌های حیطه معنویت به این‌گونه مداخلات درمانی، برای افزایش اثربخشی درمان مبتنی بر معنویت بر علائم جسمی در اختلالاتی نظیر IBS ضروری است.



مسئولین مراکز خصوصی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و اعضای شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر را داشته باشند.

### تشکر و قدردانی

از اساتید محترم گروه روان شناسی بالینی و روان شناسی تربیتی دانشگاه شیراز که در تدوین اولیه گویه ها همکاری داشتند صمیمانه سپاس گزاریم. هم چنین از تمامی دانشجویان محترم شرکت کننده در این تحقیق که با صبر و حوصله، ما را در این طرح همراهی کردند تشکر و قدردانی می نماییم.

جنسیت صرفاً زن آزمودنی ها از جمله محدودیت های این مطالعه بود که می طلبد محققان بعدی با رفع این محدودیت ها به انجام مطالعات بعدی در این حیطه اقدام نمایند. مقایسه معنویت درمانی با سایر درمان ها از جمله درمان شناختی- رفتاری و تدوین برنامه درمانی دینی با تمرکز بر علایم و ویژگی های سندرم روده تحریک پذیر و ارزیابی اثربخشی آن از دیگر پیشنهادات این پژوهش می باشد. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این مداخله در مرحله پس آزمون پیشنهاد می شود از این مداخله در جهت کاهش علایم جسمی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر استفاده شود. در پایان، محققان این مطالعه لازم می دانند که از مرکز دولتی سلامت گوارش و

### References

1. Rivers S. E., Bracett M. A., Katulak N. A, Salovey P. Regulating anger and sadness: An exploration of discrete emotions in emotion regulation. *Journal of Happiness Studies* 2007 ; 8, 323-427.
2. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, Review* 2010; 30(2): 217-37.
3. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal psychology*, 2005;114(4): 522-36.
4. Campbell-Sills L, Barlow D.H. In corporating emotion regulation in to conceptualization and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ ediror. *Hand book of emotion regulation*. New York: Guilford Press. 2007; 542-59.
5. Gross J.J., Munoz R.F. Emotion Regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science*. 1995; 2:151-64.
6. Mennin D.S., Farach F.J. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2007; 14: 329-352.
7. Greenberg L.S. Emotion – focused therapy Coaching clients to work through their feelings. Washington D. C; APA: 2002.
8. Nolen-Hoeksema S, wisco B.E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3(5): 400-24.
9. Buss D. The evolution of happiness. *American Psychologist* 2000; 55(1): 5-23.
10. Senik C. Income distribution and well – being: What can we learn from subjective data? *Journal of Economic Surveys* 2005; 19(1): 43-63.
11. Argyle M. *The Psychology of Happiness*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Routledge: 2001.
12. Andrews F.M. , Withey S.B. *Social indicators of well –being: Americans Perception of life quality*. New York: Plenum Press; 1976.
13. Campbell A. *The sense of well – being in America: Recent Patterns and trends*. New York: Mc Graw – Hill; 1981.
14. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*; 1995;.69: 719-27.
15. Dierendonck V.D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 2004;36: 629-43.
16. Hirsch J. K. A examination of optimism, Pessimism and hopelessness as predictors of suicidal ideation in college students: A test of moderator model. [PhD Thesis]. USA: University of Wyoming; 2003.
17. Mohammadi M., Ghanizadeh A. Prevalence of epilepsy and co morbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure*; 2006; 15: 476-82.

18. Reynold C.R., Fletcher E. Handbook of clinical child Neuropsychology. New York, NY: Springer Science Business Media. LLC: 2009; 267- 528.
19. Hartshorn J.C., Byers V. Impact of epilepsy on quality of life, Journal of Neuro Science Nursing, 2004; 42 (3), 42-5.
20. Lanteaume L, Bartolomei F, Bastien- Toniazzo M. How do cognition, emotion, and epileptogenesis meet? A study of emotional cognitive bias in temporal lobe epilepsy. Epilepsy & Behavior, 2009; 15: 218-24.
21. Esmaeili L., Aghaei A., Abedi M.R., Esmaeili M. Effectiveness of Emotion Regulation in the Mental Health of Epileptic Girls. Thought & Behavior in clinical Psychology 2011; 5;31- 42.[In Persian].
22. Tedman S., Thernton E., Bakert G. Development of a scale to measure core beliefs & perceived self-efficacy in adults with epilepsy. Seizure 1995;4(3):221-31.
23. Bayani A. A., Koocheky A.M., Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychology Well-being Scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2008; 14(2), 146-51.[In Persian].
24. Allen L.B., MCHugh R.K., Barlow D.H. Emotional Disorder. Clinical Handbook of Psychological Disorder. A step-by-step, Treatment Manual David H Barlow. New York : The Guilford Press; London: 2009; 216-49.

## Effectiveness of spiritual therapy on somatic symptoms in female patients with irritable bowel syndrome

Fatemeh Asadollahi<sup>1</sup>, Hamid Taher Neshatdoost<sup>2</sup>, Mehrdad Kalantary<sup>3</sup>  
Hossein Ali Mehrabi<sup>4</sup>, Hamid Afshar<sup>5</sup>, Hamed Daghighzadeh<sup>6</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Irritable bowel syndrome is a common functional gastrointestinal disorder. Different psychological treatments have been used for these patients. The aim of this study was an investigation the effect of spiritual therapy on somatic symptoms in female patients with irritable bowel syndrome.

**Methods and Materials:** Thus, in a semi experimental study with control group and pretest-posttest & follow up design, 24 female patients with irritable bowel syndrome, considering inclusion criteria, were divided randomly in experimental & control group (n2=n1=12). IBS Severity Scoring System and Bowel Symptoms Severity and Frequency Scale were used for the assessment of somatic symptoms. The experimental group received eight 90 minute weekly sessions of spiritual therapy.

**Findings:** The results of multivariate covariance of analysis showed that spiritual therapy in posttest assessment reduced 40% of frequency of somatic symptoms. Also spiritual therapy is not effective meaningfully on severity of somatic symptoms on posttest and follow up assessment.

**Conclusions:** The findings showed that spiritual therapy can be used as a therapeutic approach for reduction of frequency of somatic symptoms in patients with irritable bowel syndrome.

**Keywords:** Irritable bowel syndrome, Somatic symptoms, Frequency, Severity, Spiritual therapy

**Citation:** Asadollahi F, Neshatdoost H T, Kalantary M, Mehrabi H A, Afshar H, Daghighzadeh H. **Effectiveness of spiritual therapy on somatic symptoms in female patients with irritable bowel syndrome.** J Res Behave Sci 2014; 12(3): 317-327

Received: 15.09.2013

Accepted: 09.10.2014

- 1- MsC, Clinical Psychology, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. Corresponding Author: E-mail: fh.asadollahi@yahoo.com
- 2- Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
- 3- Associate professor, Department of Psychology, Isfahan university, Isfahan, Iran
- 4- Assistant Professor, Department of psychology, Isfahan university, Isfahan, Iran
- 5- Associate professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan university of Medical sciences, Isfahan, Iran
- 6- . Associate Professor, Integrative Functional gastroenterology Research Center, Isfahan university of Medical sciences, Isfahan, Iran