

بررسی اثر بخشی آرامش تدریجی توام با دارو درمانی، روی علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

دکتر سید کمال صولتی دهکردی*، دکتر مهرداد کلانتری**، دکتر پیمان ادیبی***، دکتر حمید افشار†
*استادیار گروه روانپزشکی- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **دانشیار گروه روانشناسی- دانشگاه اصفهان، ***دانشیار گروه گوارش- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، †دانشیار گروه روانپزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۲۶ تاریخ تایید: ۸۷/۱۱/۲۹

چکیده:

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایع ترین اختلالات گوارشی است که با درد شکمی مزمن و تغییر اجابت مزاج در غیاب هر گونه اختلال عضوی مشخص می شود. عوامل روانشناختی همیشه به عنوان یکی از عوامل اساسی در بروز این بیماری مطرح بوده است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آرامش تدریجی توام با دارو درمانی روی علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم اسهال غالب (IBS-D) بود. روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۳۲ نفر بیمار IBS با تابلو اسهال غالب انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه درمان با آرامش تدریجی توام با دارو و دارو تقسیم شدند. جهت تشخیص گذاری بیماری IBS از ملاک تشخیصی Rome-III و جهت ارزیابی علائم روانشناختی از آزمون SCL-90-R استفاده شد. اجرای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و ۴ ماه پس از آخرین مداخله درمانی (مرحله پیگیری)، صورت گرفت. روش آماری مورد استفاده تحلیل کوواریانس (ANCOVA) بود. یافته ها: میانگین سنی بیماران $37 \pm 15/43$ سال و ۲۲ نفر (۶۸/۷٪) زن بودند. میانگین نمرات علائم روان شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در هر دو گروه کاهش داشته اما این کاهش در گروه آرامش تدریجی توام با دارو درمانی نسبت به گروه دارودرمانی بیشتر بود ($P < 0/05$). نتیجه گیری: بر اساس یافته های بدست آمده تلفیق و بکارگیری درمان دارویی توام با آرامش تدریجی می تواند در کاهش علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثر واقع شود.

واژه های کلیدی: آرامش تدریجی، دارو درمانی، علائم روانشناختی، سندرم روده تحریک پذیر، اسهال.

مقدمه:

همکاران میزان شیوع این بیماری را روی دانشجویان ۲/۶ درصد (۳)، محمودی و همکاران ۴/۲ درصد (۴)، Ghannadi و همکاران ۱۸/۴ درصد (۵) و حسینی اصل و امرا ۵/۶ درصد (۶) گزارش کردند. اتیولوژی این بیماری دقیقاً روشن نیست اما بنظر می رسد عوامل مختلفی شامل اختلال حرکتی، حس احشایی، ژنتیک، عوامل تغذیه ای، التهاب، انتقال دهنده های عصبی و پدیده درک حس در مغز و اختلالات روانشناختی در بروز این سندرم دخیلند (۷). ۵۵ درصد بیماران IBS دارای حداقل یک اختلال روانپزشکی در محور I هستند (۸).

اختلالات عملکرد دستگاه گوارش شامل چند اختلال است که یکی از این اختلالات، اختلالات عملکرد روده (Functional Bowel Disorders) است. این اختلال خود به چند اختلال تقسیم می شود که سندرم روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome) یکی از این اختلالات است. IBS یک اختلال عملکرد روده ای است که با درد شکمی یا ناراحتی، همراه با تغییر در عادات روده مشخص می شود (۱). شیوع این بیماری در جوامع غربی شایع تر از کشورهای شرقی است (۲). شیوع IBS در ایران متفاوت گزارش شده است. قناعتی و

^۱ نویسنده مسئول: شهرکرد- بیمارستان هاجر (س)- گروه روانپزشکی- تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۰۰۱۶ E-mail: kamal_solati@yahoo.com

بین سه روش درمانی وجود نداشت (۲۳). صولتی و همکاران طی پژوهشی اثر بخشی CBT و سیتالوپرام را روی علایم روانشناختی، کیفیت زندگی و علایم IBS بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مورد بررسی قرار دادند که نتایج بدست آمده نشان از اثر بخشی معنی دار درمان های مذکور در مرحله پس آزمون داشت (۲۴). لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر آموزش آرامش تدریجی روی علایم روانشناختی بیماران IBS بود. تا تعیین شود آیا روش آرامش تدریجی می تواند در کاهش علایم روانشناختی این بیماران موثر واقع شود؟ چرا که کاهش علایم روانشناختی همچون اضطراب و افسردگی می تواند تا حدی در کاهش علایم جسمی این بیماران اثر بخش باشد.

روش بررسی:

روش بررسی و مطالعه در این پژوهش کارآزمایی بالینی بود که پس از کسب موافقتنامه کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان اجرا گردید. جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران گوارشی مراجعه کننده به کلینیک سایکوسوماتیک بیمارستان نور اصفهان بوده که پس از تشخیص گذاری توسط متخصصین گوارش بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک های تشخیصی Rome-III به صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه های پژوهش ۳۲ بیمار IBS با علایم غالب اسهال یا تابلو اسهال (Dirrhea predominant) بودند. این نمونه ها بصورت تصادفی بدو گروه آرامش تدریجی توام با دارو درمانی و گروه دارو درمانی تقسیم شدند. با توجه به اینکه این بیماران را نمی توان از نظر اخلاقی در طول اجرای پژوهش در لیست انتظار نگه داشت محقق مجبور شد به هر دو گروه دارو داده و به یک گروه علاوه بر دارو، آرامش تدریجی را هم روی آنها اجرا کند تا اثر آرامش تدریجی نسبت به دارو درمانی بعنوان گروه کنترل مشخص شود. طول مدت مداخلات درمانی ۲ ماه بود که ۸ جلسه آرامش تدریجی

این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلالات روانی همراه، مربوط است، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شبه جسمی با فراوانی بیشتری با این بیماری گزارش شده است (۹). این بیماری می تواند در قسمت های مختلف زندگی از جمله خواب، شغل، عملکرد جنسی، تفریحات و مسافرت تاثیر بگذارد (۱۰). مبتلایان سه برابر افراد غیر مبتلا از محل کار و مدرسه غیبت می نمایند (۱۱). اختلال وسواس فکری - اجباری (۱۲)، اختلالات اضطراب فراگیر، هراس و خود بیمار انگاری (۱۳)، سوء مصرف و وابستگی به الکل (۱۴) و اختلال استرس پس از سانحه (۱۵) از دیگر اختلالاتی است که با این بیماری گزارش شده است.

درمان های مختلفی در خصوص IBS بکار گرفته شده است. درمان های شناختی - رفتاری (۱۶، ۱۷، ۱۸)، هیپنوتراپی (۱۹) آموزش سبک زندگی و رژیم غذایی (۲۰)، آرامش تدریجی (Relaxation) باز خورد زیستی (Biofeedback) و مراقبه (Meditation) (۲۱، ۲۲)، که تاثیرات متفاوتی روی علایم جسمی و روانشناختی بیماران IBS داشته است.

Blanchard و Keffer تاثیر آرامش تدریجی و مراقبه را روی بیماران IBS مورد بررسی قرار دادند که نتایج بدست آمده نشان داد علایم IBS طی ۶ هفته آموزش آرامسازی و مراقبه کاهش زیادی پیدا کرده بود (۲۱). در پژوهش دیگری Leahy و همکاران آموزش عمیق آرامش تدریجی را از طریق بازی های بیوفیدبک کامپیوتری (روش جدید کنترل استرس) روی بیماران IBS مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد علایم ۵۰ درصد بیماران کاهش پیدا کرده بود (۲۲).

Boyce و همکاران طی پژوهش دیگری تاثیر درمان شناختی - رفتاری، آرامش تدریجی و مراقبت روزانه بالینی را روی علایم جسمی و روانشناختی بیماران IBS مورد بررسی قرار دادند که نتایج بدست آمده نشان داد علایم جسمی و روانشناختی این بیماران بعد از مداخله کاهش پیدا کرد اما اختلاف معنی داری

همکاران در سال ۱۹۷۳ ساخته شد و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۷ تهیه گردید. این آزمون دارای ۹۰ سوال است که نه بعد شکایات جسمانی، وسواس فکری-اجباری، حساسیت بین فردی، افسردگی، و روان اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی پریشی را مورد ارزیابی قرار می دهد. این آزمون توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی با تجارب بالینی در سه مرحله پیش از اتمام مداخلات درمانی و آرامش تدریجی و پس از مداخلات فوق و چهار ماه پس از آخرین مداخلات درمانی که مرحله پیگیری محسوب می شد روی بیماران IBS اجرا گردید. اعتبار و پایایی این آزمون بارها چه در ایران و چه خارج از ایران مورد تایید قرار گرفته است (۲۷، ۲۸، ۲۹).

فرم ملاک تشخیصی Rome-III دیگر ابزار پژوهش بود که توسط متخصصین گوارش جهت تشخیصی IBS مورد استفاده قرار گرفت (۳۰). این ملاک تشخیصی در سال ۲۰۰۶ بعد از اصلاحات مختلف که با همکاری بسیاری از متخصصان گوارش در سرتاسر دنیا صورت گرفت، تحت عنوان Rome-III به جامعه علمی عرضه شد که از استاندارد بالایی برخوردار است (۳۰، ۳۱).

اجرای آزمون SCL-90-R در سه مرحله پیش از آزمون (قبل از مداخلات درمانی)، پس از آزمون (پس از مداخلات درمانی) و مرحله پیگیری (۴ ماه پس از آخرین مداخلات درمانی) صورت گرفت. داده های بدست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس (Ancova)، آزمون لوین جهت آزمون پیش فرض تساوی واریانس ها و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

از کل بیماران IBS مورد بررسی ۲۲ نفر زن (۶۸/۷٪) بودند. محدوده سنی بیماران بین ۱۷ و ۶۵ سال و میانگین سنی آنها $37 \pm 15/43$ سال بدست آمد. ۸۱ درصد بیماران متأهل و ۱۹ درصد آنها مجرد بودند.

به روش کاربردی Ost اجرا گردید (۲۵). این روش یک روش آرامش کاربردی است که با روش سنتی آرامسازی قدری متفاوت است. در این روش به بیمار آموزش داده می شود که نشانه های اولیه اضطراب (فیزیولوژی، شناختی، رفتاری) را تشخیص داده و میزان آنها را بر اساس یک مقیاس صفر تا ده درجه ثبت کند. نخستین مرحله فن آرامش پیشرونده عضلات است در مرحله دوم آرامش بدون تنش عضلانی است که بیمار با تمرکز بر قسمت های مختلف بدن و تنفس آرام و منظم به آرامش می رسد. در مرحله سوم آرامش از طریق کنترل نشانه ها صورت می گیرد، در مرحله چهارم آرامش افتراقی است که هدف اصلی در این مرحله یادگیری آرامش در موقعی است که فرد درگیر کارهای روزمره است و در مرحله پنجم آرامش سریع بوده که بیمار یاد می گیرد بین ۲۰ تا ۳۰ ثانیه در موقعیت های طبیعی و غیر استرس زا به آرامش برسد (۲۵). هر کدام از مراحل فوق در طول یک یا دو هفته در منزل مورد تمرین قرار می گیرد. بیمار پس از یادگیری مراحل فوق، آرامش کاربردی را در موقعیت های واقعی اضطراب انگیز بکار می گیرد.

جلسات آرامش تدریجی هفته ای یک جلسه یک ساعته صورت می گرفت و ادامه آن در منزل توسط خود بیماران با استفاده از CD مربوط به روش فوق در طول هفته اجرا و تمرین می گردید. تجویز درمان دارویی توسط روانپزشک صورت گرفت و نوع دارو سیتالوپرام (Citalopram) که یک مهار کننده اختصاصی جذب مجدد سروتونین (SSRI) جدید بوده که علاوه بر کاهش علائم روانشناختی، حس اتساع رکتوم و میزان پاسخ گاستروکولیک را کاهش داده و باعث کاهش درد در بیماران IBS می شود (۲۶) روش جمع آوری داده ها از طریق یک آزمون روانشناختی، یک فرم ویژگی های دموگرافیک و ملاک های تشخیصی Rome-III صورت گرفت. ابزار پژوهش شامل آزمون SCL-90-R بود که توسط Derogatis و

و هم در مرحله پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بدست آمده نشان از عدم اختلاف معنی دار متغیر وابسته (علایم روانشناسی) داشت بنابراین نتیجه می توان از آزمون تحلیل کوواریانس در این پژوهش استفاده کرد.

نمرات SCL-90-R بین دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (بعد از کنترل متغیرهای همپراش) نشان داد نمرات علایم روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه کاهش پیدا کرده ولی این کاهش در گروه آرامش تدریجی بارزتر بود ($P < 0/05$) (جدول شماره ۱).

سابقه بیماری IBS در آزمودنی ها حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲۲ سال بدست آمد که ۳۰ درصد بیماران سابقه این بیماری را بین ۳-۵ سال گزارش کردند.

با توجه به اینکه در میان متغیرهای فرعی و دموگرافیک پژوهش تنها سابقه بیماری با نمرات پیش آزمون رابطه معنی دار داشت بهمین دلیل نمرات پیش آزمون و سابقه بیماری بعنوان متغیرهای همپراش در نظر گرفته شد و تاثیر آنها روی نمرات پس آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) کنترل گردید.

پیش فرض تساوی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین (Levens Test) هم در مرحله پس آزمون

جدول شماره ۱: میانگین نمرات علایم روانشناختی در گروه های مورد بررسی

گروه ها	زمان بررسی		
	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری
آرامش تدریجی توام با دارو درمانی	۷۵/۵۶±۲۰/۲۳	۱۳۸/۵۶±۳۵/۸۹	۸۱/۷±۲۲/۴
دارو درمانی	۱۱۴/۴±۲۸/۲	۱۴۸/۸۱±۲۸/۹۴	۱۱۱/۲±۲۶/۴

$P < 0/05$ بین مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون در هر دو گروه و بین دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری، داده ها بصورت "انحراف معیار± میانگین" می باشد.

تاثیر (Eta²) ۰/۶۲ بدست آمد بعبارت دیگر ۶۲ درصد تغییر نمرات علایم روانشناختی مربوط به عضویت گروهی یا اثر بخشی گروه هاست. توان آماری (Power) برابر با ۰/۹۷ بدست آمد که نشانگر کفایت حجم نمونه پژوهش دارد (جدول شماره ۲).

یافته های دیگر پژوهش نشان داد در مقیاس علایم روانشناختی (SCL-90-R) بین دو گروه آرامش تدریجی توام با دارو درمانی و دارو درمانی پس از کنترل متغیرهای همپراش (سابقه بیماری و پیش آزمون) در مرحله پیگیری اختلاف معنی داری بدست آمد ($P < 0/05$).

دیگر یافته های پژوهش نشان داد همبستگی معنی داری بین سابقه بیماری و علایم روانشناختی به عنوان متغیر وابسته وجود دارد ($P < 0/05$) که میزان این رابطه $Eta^2 = 0/18$ بدست آمد بعبارت دیگر بین سابقه بیماری و علایم روانشناختی ۱۸ درصد واریانس مشترک وجود داشت به همین دلیل سابقه بیماری به عنوان یک متغیر همپراش در نظر گرفته شد تا اثر آن روی متغیر وابسته کنترل گردد. تفاوت پس آزمون مقیاس علایم روانشناختی (SCL-90-R) بین دو گروه آرامش تدریجی توام با دارو درمانی و دارو درمانی پس از کنترل متغیرهای همپراش (سابقه بیماری و پیش آزمون) معنی دار بدست آمد ($P < 0/05$). میزان

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تاثیر آرامش تدریجی و دارو درمانی بر کاهش علائم روانشناختی بیماران IBS در مرحله پس آزمون

منابع	شاخص های آماری	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معنی دار	میزان اثر	توان آماری
سابقه بیماری		۱۱۴۷/۲۸	۱	۴/۴۴	۰/۰۴۱	۰/۱۸	۰/۸۳
پیش آزمون		۱۶۳۷/۲۷	۱	۹/۸۴	۰/۰۰۸	۰/۳۴	۰/۸۷
عضویت گروهی		۵۳۰۷/۱۳	۱	۱۵/۹	۰/۰۰۱*	۰/۶۲	۰/۹۷

* $P < 0/05$ بین گروه آرامش تدریجی و توام با دارو درمانی و گروه دارو درمانی

روانشناختی بین دو گروه در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری بدست آمد. توان آماری (Power) برابر با ۰/۹۱ بدست آمد که حکایت از کفایت حجم نمونه پژوهش دارد (جدول شماره ۳).

میزان تاثیر (Eta²) برابر با ۰/۴۳ بدست آمد به این معنی که ۴۳ درصد تغییر در نمرات علائم روانشناختی مربوط به عضویت گروهی یا اثر بخشی گروه ها است. به عبارت دیگر بین میانگین های تعدیل شده نمرات علائم

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تاثیر آرامش تدریجی و دارو درمانی (عضویت گروهی) بر کاهش علائم روانشناختی بیماران IBS در مرحله پیگیری

منابع	شاخص های آماری	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معنی دار	میزان اثر	توان آماری
سابقه بیماری		۱۲۶۵/۴	۱	۵/۴۵	۰/۰۳۸	۰/۲۷	۰/۸۹
پیش آزمون		۱۷۵۵/۷	۱	۶/۶۳	۰/۰۴۵	۰/۲۴	۰/۸۵
عضویت گروهی		۶۱۴۳/۲	۱	۸/۷۸	۰/۰۲۷*	۰/۴۳	۰/۹۱

* $P < 0/05$ بین گروه آرامش تدریجی توام با دارو درمانی و گروه دارو درمانی

بحث:

بدلیل نامشخص بودن علت اصلی آن ممکن است سالها افراد مبتلا را درگیر خود کند. از طرف دیگر تصور ذهنی این بیماران مبنی بر صرف طبی بودن اتیولوژی این اختلال مانع از مراجعه آنها به روانشناس یا روانپزشک شده، به همین دلیل علائم جسمی و روانی این بیماری ممکن است سالها ادامه پیدا کرده و بصورت مزمن در آید. در بین متغیرهای فرعی و دموگرافیک تنها سابقه بیماری بود که با نمرات پیش آزمون (علائم روانشناختی) رابطه معنی دار داشت و به همین دلیل در

هدف از اجرای این پژوهش میزان اثر بخشی آرامش تدریجی توام با دارو درمانی و دارو درمانی صرف روی علائم روانشناختی بیماران IBS بود. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که بیش از ۵۰ درصد بیماران در این پژوهش مونث بودند که با پژوهش های Hungin و همکاران و Greenberg و همکاران مبنی بر بالاتر بودن شیوع این بیماری در زنان مطابقت می کند (۳۳،۳۲). سابقه بیماری IBS در آزمودنی ها بین ۶ ماه و ۲۲ سال بود که نشان می دهد این بیماری مزمن بوده و

۱۳، ۱۴). مداخلات روانشناختی همچون آرامش تدریجی و درمان دارویی همچون سیتالوپرام می تواند تا حد زیادی علایم روانشناختی این بیماران را کاهش دهد. نتایج پژوهش Keefe و Blanchard تاثیر آرامش تدریجی و مراقبه را در کاهش برخی علایم جسمی (نفخ، ورم روده و اسهال) و علایم روانشناختی (اضطراب و افسردگی) نشان داد که با پژوهش حاضر همخوان است (۲۱). باتوجه به نتایج بدست آمده از پژوهش پیشنهاد می شود سایر درمان های روانشناختی روی این بیماران صورت گرفته تا تاثیر هر کدام از آنها روی علایم روانشناختی مورد بررسی قرار گیرد. از طرف دیگر بررسی و ارزیابی مداخلات دارویی و روان شناختی روی علایم جسمی IBS و کیفیت زندگی آنها آنهم روی تمام گروه های IBS (اسهال، یبوست، درد و...) می تواند بعنوان یک پیشنهاد در پژوهش های بعدی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری:

آسیب شناسی و درمان سندرم روده تحریک پذیر در طی ۳۰ سال گذشته از یک دیدگاه ساده انگارانه زیستی پزشکی بصورت یک دیدگاه پیچیده زیستی- روانی- اجتماعی (Biopsychosocial) در آمده است (۳۴). این مدل در کنار عوامل زیستی فرد (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژی دستگاه گوارش)، رفتار، فرآیندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز در بر می گیرد (۱۸). بنابراین نتیجه گیری از این پژوهش نشان می دهد تلفیق درمان های دارویی به همراه مداخلات روانشناختی که نمود و تجلی آن در همکاری بین متخصصین گوارش و متخصصین روانشناسی و روانپزشکی مشخص می شود، می تواند در کاهش علایم و بهبودی بیماران IBS اثرات مثبتی داشته و در صرفه جویی هزینه های درمانی و پزشکی این بیماران کمک موثری به سیستم بهداشت و درمان کشور بنماید.

آنالیز آماری این عامل به عنوان یک متغیر همپراش به همراه نمرات پیش آزمون در نظر گرفته شد تا تاثیر آنها روی نمرات پس آزمون و پیگیری کنترل شود.

میانگین های تعدیل شده نمرات علایم روانشناختی (SCL-90-R) در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در هر دو گروه کاهش پیدا کرد که نشان می دهد هم دارو درمانی و هم آرامش تدریجی در کاهش علایم روانشناختی مؤثر بوده است اما این کاهش در گروه آرامش تدریجی توام با دارو درمانی نسبت به گروه دارو درمانی در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری بیشتر بود بطوری که اختلاف نمرات در دو گروه معنی دار بدست آمد که با نتایج پژوهش Boyce و همکاران (۲۳) که تاثیر سه روش درمان شناختی- رفتاری (CBT)، آرامش تدریجی و مراقبت روزانه بالینی را در کاهش علایم جسمی و روانی بیماران IBS مورد تایید قرار داده بودند، همخوانی دارد. اما تفاوت معنی داری بین سه گروه در پژوهش Boyce و همکاران بدست نیامد که با پژوهش حاضر همخوانی ندارد که شاید یکی از دلایل آن در یکسان بودن ماهیت درمان های روانشناختی باشد در حالی که در پژوهش حاضر با توجه به نقش عوامل طبی و روانشناختی در اتیولوژی و بروز این بیماری، هم از درمان دارویی و هم درمان روانشناختی استفاده شد.

Leahy و همکاران در پژوهش دیگری از طریق آموزش آرامش تدریجی روی بیماران IBS نشان دادند که علایم جسمی و روانشناختی ۵۰ درصد این بیماران کاهش پیدا کرد (۲۲) که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. با توجه به اینکه اختلالات روانی همراه همچون اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی (وسواس فکری- اجباری، هراس، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب فراگیر، اختلالات شبه جسمی، اختلال خواب، اختلال عملکرد جنسی و اختلال سوء مصرف و وابستگی به الکل در بیشتر بیماران IBS گزارش شده است (۱۲، ۸)،

تشکر و قدردانی:

می دانم قدردانی خود را از پرسنل محترم دفتر مجله بواسطه همکاری های صادقانه اشان اعلام نمایم.

بدینوسیله از کلیه پزشکان و پرسنل محترم کلینیک سایکوسوماتیک بیمارستان نور اصفهان که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر می نمایم. همچنین لازم

منابع:

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr; 130(5): 1480-91.
2. Gwee KA, Wee S, Wong ML, Png DJ. The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am J Gastroenterol*. 2004 May; 99(5): 924-31.
3. Mansour-Ghanaei F, Fallah MS, Pourrasouli Z, Ghasemipour R, Heidarzadeh A, Joukar F, et al. [Irritable Bowel Syndrome (IBS): prevalence in medical students of Gilan University. *J Govarehsh*. 2007; 11(1): 7-11.]Persian
4. Mahmoudi S, Pourshams A, Akbari MR, Malekzadeh R. [Frequency of irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux in student university of Tehran. *J Govarehsh*. 2003; 8: 62-159.]Persian
5. Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol*. 2005 Sep-Oct; 24(5): 225-6.
6. Hoseini-Asl MK, Amra B. [Evaluation of symptoms of irritable bowel syndrome and its relation to some risk factors in above 20 years old females, Shahrekord, 2002. *J Shahrekord Univ of Med Sci*. 2003; 5(1): 55-60.]Persian
7. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002 Dec; 123(6): 2108-31.
8. Blanchard EB. Irritable bowel syndrome: psychological assessment and treatment. Washington DC: Am Psychol Associat. 2000; p: 546
9. Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep*. 2004 Jun; 6(3): 210-5.
10. Zaman T. Irritable bowel syndrome. *Clin Cornerstone*. 2002; 4(4): 22-33.
11. Agrawal A, Whorwell PJ. Irritable bowel syndrome: diagnosis and management. *BMJ*. 2006 Feb; 332(7536): 280-3.
12. Masand PS, Keuthen NJ, Gupta S, Virk S, Yu-Siao B, Kaplan D. Prevalence of irritable bowel syndrome in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spe*. 2006 Jan; 11(1): 21-5.
13. Olatungi BO, Tolin DF, Lohy JM. Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychological treatment. *Appl Prev Psychology*. 2004; 11: 125-40.
14. Jarrett M, Heikemper M, Cain KC, Tuftin M, Walker EA. The relationship between psychological distress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res*. 1998 May-Jun; 47(3): 154-61.
15. Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med*. 1999 Nov; 107(5A): 65S-73S.

16. Boyce P, Gilchrist J, Tally Ross D. Cognitive- Behavior therapy as a treatment for irritable bowel syndrome. *Aust NZJ Psychiatry*. 2000 Apr; 34(2): 300-9.
17. Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Kefer L, payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther*. 2007 Apr; 45(4): 633-48.
18. Lackner JM. No brain, no gain: the role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *J Cogn Psycho Ther*. 2005 Jul; 19: 125-36.
19. Galovski TE, Blanchard EB. Hypnotherapy and refractory irritable bowel syndrome: a single case study. *Am J Clin Hypn*. 2002 Jul; 45(1): 31-7.
20. Joung Kim Y, Ban DJ. Prevalence of irritable bowel syndrome influence of life style fastros and bowel habit in Korean Collega student. *Inter J Nurs Stud*. 2005 Mar; 42 (3): 247-54.
21. Keefer L, Blanchard EB. The effects of relaxation response meditation on the syndrome of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behav Res Ther*. 2001 Jul; 39(7): 801-11.
22. Leahy A, Clayman C, Mason I, Lioyd G, Epstein O. Computerized biofeedback games: a new method for teaching stress management and its use in irritable bowel syndrome. *J R Coll Physicians Lond*. 1998 Nov; 32(6): 552-6.
23. Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski NA, Truman G. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2003 Oct; 98(10): 2209-18.
24. SolatiDehkordy K, Kalantari M, Molavi H, Adibi P. [The effect cognitive-behavior therapy on psychological symptoms, quality of life and IBS symptoms. The 2nd International Psychosomatic Congress. Isfahan Univ of Med Sci. 2008 May; 7-9.] Persian
25. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavior therapy for psychiatric problem. Translated to Persian by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjmand Pub; 1999. p: 122.
26. Wang WA, Qian JM, Pan GZ. Treatment of refractory irritable bowel syndrome with subclinical dosage of antidepressants. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*. 2003 Feb; 25(1): 74-8.
27. Bagheri Yazdy A. [The epidemiology of mental disorders. Thesis master sciences of clinical psychology. Psychiatric Institute. Tehran, Iran. 1993.] Persian
28. Derogatis LR. SCL-90-R administation scoring and procedures manual. Baltimor: Clin Psychom Rer. 1977.
29. Behkish P. [Psychological testing (Symptoms Chek List-90-Revise). Thesis master scences of psychology. Faculty of education sSciences and psychology, Department of Psychology. Tehran University. Tehran. Iran 1994.] Persian
30. Ebrahimi Dariany N, Mansournia N, Mansournia MA. [Irritable bowel syndrome. *Teb Va Tazkie*. 2007; 14: 72-87.] Persian
31. Thompson WG. The road to Rome. *Gastroenterology*. 2006 Apr; 130(5): 1552-6.
32. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Mar; 17(5): 643-50.
33. Greenberg M, Amitron H, Galiczynski E. A contemporary review of irritable bowel syndrome. *Physician Assistant*. 2002; 26(8): 26-33.
34. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Mueller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. In: Drossman DA, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, Corazziari E, eds. *Rome II: functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology, and treatment*. 2nd ed. McLean, VA: Degnon Associates Inc. 2000; p: 351-432.

Received: 16/June/2008

Accepted: 18/Feb/2009

Effect of relaxation with drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea dominant (IBS-D)Solati Dehkordy SK (PhD)^{*1}, Kalantary M (PhD)** , Adibi P (MD)***, Afshar H (MD)†

Assistant professor, Psychology Dept & Medical Plants Research Center, Shahrekord Univ. of Med. Sci. Shahrekord, Iran, **Associate professor, Psychology Dept., Isfahan Univ. Isfahan, Iran, * Associate professor, Internal Dept., Isfahan Univ. of Med. Sci. Isfahan, Iran, †Associate professor, Psychology Dept., Isfahan Univ. of Med. Sci. Isfahan, Iran.*

Background and aim: Irritable bowel syndrome is the most prevalent functional bowel disorder which is characterized by chronic abdominal pain and altered bowel habit in the absence of organic disease. Psychological factors are of the major factors involved in this disease. The aim of this study was comparison of the effect of relaxation with and without drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea predominant (IBS-D).

Methods: This clinical- trial study was performed on 32 IBS-diarrhea dominant patients. Patients were randomly divided into two groups. One group was treated by using relaxation technique without drug therapy and another group was treated by using relaxation technique combined with drug therapy. Diagnostic characters of Rome-II and III were used for diagnosing the IBS-D patients and SCL-90 test was used for evaluating the psychological symptoms. The study was performed in three steps, pretest, post test and 4 months after last intervention (follow up group). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) method.

Results: The average age of the patients in this study was 37±15.43 years. Our study demonstrated that there was a significant reduction in psychological symptoms scores in post test and follow up groups compared to the pre test group. This reduction was higher in patients receiving relaxation combined to drug therapy compared to the drug therapy group (P<0.05).

Conclusion: Based on the results of this study, Combination of relaxation and drug therapy is effective for reducing the psychological symptoms in irritable bowel syndrome patients.

Keywords: Drug therapy, Irritable bowel syndrome, Psychological symptoms, Relaxation.

¹Corresponding author:
Psychology Dept.,
Hajar Hospital
Parastar St.
Shahrekord, Iran.
Tel:
0381-2220016
E-mail:
Kamal_solati@yahoo.com