

مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

سعیده زمردی^۱، سید کاظم رسول زاده طباطبایی^۲، محمد اربابی^۳، ناصر ابراهیمی دریانی^۴، پرویز آزاد فلاح^۲

^۱ پژوهشگر، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۳ دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
^۴ استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثر بخشی دو روش درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفت.

روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع طرح های شبه آزمایشی به صورت سه گروهی، با پیش آزمون و آزمون نهایی همراه با روش های درمانی با گروه شاهد است. با توجه به ماهیت پژوهش که جز طرح های آزمایشی محسوب می شود وهم چنین با توجه به رعایت افت آزمودنی تعداد ۳۶ نفر (۱۲ نفر در هر گروه) ۲۰مرد و ۱۶زن بامیانگین سنی ۳۲ سال در نظر گرفته شده است که به صورت در دسترس انتخاب و با توجه به شرایط ورود به طور تصادفی در گروه های درمانی و کنترل جایگزین شدند.

یافته ها:

اختلاف معناداری در کاهش نشانه های سندرم روده تحریک پذیر در بین دو گروه درمانی و گروه کنترل به دست آمد ($p < 0.05$). که این اختلاف به نفع روش درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بود.

نتیجه گیری:

با توجه به اثبات برتری درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه های سندرم روده تحریک پذیر، لزوم اهمیت بکارگیری روش های نوین روان درمانی در کاهش نشانه های بالینی سندرم روده تحریک پذیر بایستی مدنظر درمانگران قرار گیرد، چرا که استفاده از روش های قدیمی همیشه سودبخش نیست و حتی ممکن است اثربخش نیز نباشد.

کلید واژه: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، سندرم روده تحریک پذیر، کاهش علائم، ایران

گوارش/ دوره ۱۸، شماره ۲/ تابستان ۱۳۹۲-۹۴-۸۸

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، شایع ترین، پر هزینه ترین و ناتوان

نویسنده مسئول: سید کاظم رسول زاده طباطبایی

گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۶۳۹

نمابر: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۶۱۷

پست الکترونیک: rasoolza@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۱۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۲

کننده ترین اختلال گوارشی کارکردی است. (۲۱) سندرم روده تحریک پذیر، نوعی اختلال گوارشی کارکردی است که با تغییر اجابت مزاج و درد با ناراحتی شکمی بدون وجود اختلالات ساختاری قابل شناسایی مشخص می شوند، هیچ نشانگر تشخیصی واضحی برای آن وجود ندارد، بنابراین تشخیص در بیماری بر اساس تظاهرات بالینی استوار است. (۳) مشخصات روانی غیر طبیعی در ۸۰ درصد مبتلایان در مراکز ارجاعی ثبت شده است، اما هیچ تشخیص روانی واحدی غالب نیست. (۳) ارتباط بین بیماری های گوارشی و اختلالات روان شناختی به ارتباط خاص بین مغز و روده بر می گردد که در اصطلاح محور مغز- روده نامیده می شود. نواحی آمیگدال^۲، هیپوکامپ^۳ و کورتکس پری فرونتال^۴ می توانند عملکرد روده را تعدیل کنند و از سویی

2. Amygdale

3. Hippocampus

4. Prefrontal Cortex

1. Irritable Bowel Syndrome

رفتاری در کاهش نشانه های بیماری افراد مبتلا به IBS صورت گرفت.

روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع طرح های شبه آزمایشی^۳ به صورت سه گروهی، با پیش آزمون و آزمون نهایی همراه با روش های درمانگری با گروه شاهد است.

جامعه آماری:

بیماران مبتلا به IBS مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) و یکی از کلینیک های فوق تخصصی گوارش شهر تهران در فاصله زمانی بهمن ۱۳۹۰ تا مهر ۱۳۹۱ که توسط فوق تخصص گوارش اختلال آنها با توجه به معیارهای ROME III آنها مورد تأیید قرار گرفته است.

شیوه نمونه گیری:

با توجه به ماهیت پژوهش که جز طرح های شبه آزمایشی محسوب می شود وهم چنین با توجه به رعایت افت آزمودنی تعداد ۳۶ نفر به عنوان نمونه آماری (۱۲ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شده است که به صورت در دسترس انتخاب و با توجه به شرایط ورود زیر به طور تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

شرایط ورود به نمونه:

- سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال و حد اقل مدرک تحصیلی فوق دیپلم (با توجه به ماهیت فعال گونه و مشارکتی در دو شیوه درمانگری و انجام تکالیف شب به میزانی از انگیزه و انرژی سطحی از توانایی افراد در شناسایی افکار و هیجان ها نیاز است).
- عدم وجود سابقه بیماری روانی به طور مشخص.
- عدم وجود سابقه بیماری جسمانی به جز مورد مطالعه.
- تمایل و رضایت از شرکت در طرح.

شیوه درمان:

درمان شناختی - رفتاری (CBT) برای مبتلایان به IBS

جلسات درمان ۸ جلسه یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۲ ساعت و به صورت گروهی بود. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه CBT صورت گرفت به شرح زیر است:

- جلسه اول: معارفه و آشنایی با یکدیگر - آشنا کردن اعضا با ماهیت بیمارشان و نقش عوامل روان شناختی در بروز و تشدید علائم - معرفی کلی شناخت درمانی - تعیین اهداف و انتظارات بیمار از درمان - جلسه های دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیمار، آرایه برگه های ثبت افکار ناکارآمد - شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند روده ای - بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان ها و کمک به حل آنها - جلسه های چهارم، پنجم، ششم و هفتم: آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری) این که باورهای شناختی روی ارزیابی های ما از شرایط استرس آور اثر می گذارد - استفاده از روش هایی مانند تحلیل مزایا و معایب افکاری که احساسات ناخوشایند را

3. Pseudo-Experimental

در بر گیرنده تنظیم هیجانات مثل خلق، اضطراب، عواطف منفی و درد و رفتار های شناختی مثل حل مسئله و طراحی کردن و جستجوی اطلاعات باشد و در نهایت در پرورش رفتار های اجتماعی، مهارت های مقابله ای و بهزیستی روان شناختی موثر باشد. (۴) حد اقل نیمی از بیماران هم ابتدایی با یک اختلال روان شناختی مانند افسردگی، اختلال اضطرابی فراگیر و اختلالات وحشت زدگی را گزارش می کنند. (۵ و ۶) از سویی درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در این بیماران منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود. از طرف دیگر افسردگی و اضطراب در بین بیماران می تواند به طور مستقیم منجر به استفاده از یک مهارت مقابله ای ناکارآمد و منفعلانه در این بیماران گردد. (۷) مطالعات نشان داده است که شدت علائم IBS با فاجعه انگاری و جسمانی کردن روان شناختی رابطه دارد. (۸) بنابراین، فهم و درک آسیب شناسی و درمان IBS در طول ۳۰ سال گذشته از یک دیدگاه ساده انگارانه و کاهش گرایانه زیستی - پزشکی، امروزه به یک نشانگان پیچیده زیستی - روانی - اجتماعی تبدیل شده است. تبیین علل روان شناختی IBS ما را به این مهم می رساند که درمان های روان شناختی در کاهش نشانه های بیماری موثر هستند. از میان درمان های روان شناختی IBS، درمان شناختی رفتاری (CBT)^۱ بیشترین کاربرد را داشته است، و اثر بخشی آن در کاهش اضطراب، افسردگی و استفاده از مهارت های مقابله ای کارآمد و کاهش فاجعه انگاری درد و نشانه ها و علائم بیماری گزارش شده است. (۹ و ۱۰) با وجود اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم و درمان بیماران در مطالعات مختلف (۹ و ۱۱ و ۱۲) برخی از مطالعات به خصوص پژوهش های اخیر، نشان داده است که درمان شناختی رفتاری در مبتلایان همیشه سودمند نیست. (۵) بنابراین با توجه به نتایج متناقض اخیر، در کاربرد درمان شناختی رفتاری، بر روی بیماران مبتلا به IBS، لزوم توجه به رویکرد های موثر تر روان شناختی در درمان و هم چنین مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری که به هر حال تا کنون بیشترین کاربرد را در درمان های روان شناختی داشته است، ایجاب می گردد. از میان درمان های روان شناختی، درمان فراشناختی مبنی بر ذهن آگاهی^۲ جدید ترین درمان روان شناختی IBS است، که البته پژوهش های اندکی در زمینه اثر بخشی این رویکرد درمانی صورت گرفته است. مطالعات نشان داده است که درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند منجر به کاهش نشانه های جسمانی بدنی، هیجانات و در نهایت افکار و هم چنین اجتناب تجربه ای شود. (۱۳) از سوی دیگر فنون مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه های استرس و درد شده است. (۱۴) مطالعه دیگری نشان داده است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه های جسمانی، بهبود کیفیت زندگی و استفاده از مهارت های مقابله ای کارآمد گردیده است. (۱۵) با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف اهمیت توجه به اثر بخشی درمان های جدید روان شناختی در IBS و هم چنین مقایسه اثر بخشی آن با پرکاربردترین درمان روان شناختی IBS، یعنی درمان شناختی -

1. Cognitive Behavior Therapy
2. Mindfulness Based Therapy

راجع به مفهوم هوش هیجانی، تمرین خانگی (تکلیف هفتگی): ادامه واریسی احساس های بدنی، یوگای نرم، مراقبه، تمرین و آگاهی از خاموشی از واکنش های روزانه نسبت به استرس و احساس های بدنی. جلسه ۶: تمرین مراقبه؛ استفاده از استعاره ها در کیفیت ذهن آگاهی؛ گسترش منابع درونی برای انعطاف پذیری هیجانی براساس مراقبه بدنی، تمرین خانگی (آگاهی از برچسب زدن بر احساسات) جلسه ۷: تمرین و تجربه آگاهی بدون انتخاب^۲ (غیر انتخابی) براساس مراقبه سپس تمرکز ذهن آگاهی بر موضوع ذهنی یا بدنی نشانه های بدنی و روانی IBS. کسب اعتماد به نفس لازم در تمرین آگاهی، آگاهی نسبت به تغذیه بدنی و نقش هوش هیجانی در تغذیه بدنی تمرین خانگی هر یک از آنها. جلسه ۸: مرور کلی جلسات، ادامه تمرین مراقبه و تمرین آگاهی بدون انتخاب با هدف تمرین آگاهی بدون نشانه IBS، معرفی کتاب جهت افزایش دانش شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی و تمرین های در نظر گرفته شده، تاکید بر ادامه تمرین ها بعد از اتمام جلسات، گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان نسبت به جلسات درمانی. لازم به ذکر است که تمامی تمرین ها توسط درمانگر انجام می شد و در پایان هر جلسه نیز بیماران به همراه درمانگر تمرینات را انجام می دادند و تا زمانی که تمرین ها به درستی توسط بیماران انجام می شد، تمرین ها توسط درمانگر تکرار می شد.

روش کنترل و ارزیابی بیماران در هر دو شیوه درمان:

تکالیف و تمرین های هر جلسه به صورت جزوه و CD در اختیار بیماران قرار می گرفت. بیماران موظف به ارائه گزارش کار روزانه خود در طی هفته به صورت کتبی به درمانگر در طی جلسات بعدی بودند. هم چنین در آغاز هر جلسه هر بیمار از چگونگی انجام تمرینات، سختی هر کدام، احساسات ضمن هر تمرین و هم چنین علایم بدنی و روانی خود در زمان انجام تمرین و بعد از آن به درمانگر و سایر بیماران توضیح می داد و آنها نیز به وی راجع به هر کدام از موارد فیدبک می دادند.

ابزار پژوهش:

- پرسشنامه مشخصات فردی محقق ساخته که شامل اطلاعات جمعیت شناختی سن-جنس-شغل و میزان تحصیلات می باشد.
- پرسشنامه شاخص علائم IBS براساس معیار های تشخیصی روم III (ROME) ۳:

این پرسشنامه شامل سوالاتی است که وجود یا عدم وجود نشانه های بیماری IBS را می سنجد. هم چنین نمره بالان نشان دهنده شدت بیماری است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال به صورت چند گزینه ای و در مقیاس لیکرتی است که در ازای یک گزینه خاص که IBS را تأیید می کند بیمار یک نمره دریافت می دارد. در پایان نمرات مثبت بیمار در یک مجموعه سوالات جمع شده و میزان شدت بیماری وی تعیین می گردد. هر قدر این نمره بالاتر باشد ملاک های تشخیصی به نفع بیماری بیشتر خواهد بود (شدت بیماری بیشتر است). لازم به ذکر است که نوع بیماری IBS نیز بنا این

به وجود می آورند و این احساسات ناخوشایند منجر به بروز برخی اعمال برای مدارا کردن با آنها می شود و در نهایت این اعمال یک سری بازتاب های روانی و بدنی نیز دارد. قرار دادن یک نوار آموزش تنش زدایی پیش رونده عضلانی در اختیار اعضا تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آن. - جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه گذشته - معرفی کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی - توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض های زیربنایی که منجر به بروز استرس و در نهایت علایم بدنی می گردد- گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی. لازم به ذکر است که تمامی تکالیف و تمرین ها توسط درمانگر انجام می شد و در پایان هر جلسه نیز بیماران به همراه درمانگر نمونه ای از تکالیف را انجام می دادند و تا زمانی که تکالیف به درستی توسط بیماران انجام می شد، تکالیف توسط درمانگر تکرار می شد.

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (MFT)^۱ برای مبتلایان به IBS:

برنامه درمان به صورت ۸ جلسه دو ساعته هفتگی و به صورت گروهی طرح ریزی شد. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه MFT صورت گرفت به شرح زیر است: جلسه ۱: معارفه و آشنایی افراد، آشنایی با آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس: آشنایی با نوع بیماری و نقش عوامل روان شناختی در بروز بیماری IBS آموزش ذهن آگاهی با استفاده از تنفس دیافراگمی، واریسی احساس های بدن و فراهم آوردن آگاهی های غیر متناوبی نسبت به احساسات. جلسه ۲: ادامه واریسی احساس های بدن، آموزش مراقبه با آگاهی از تنفس به عنوان شیء اولیه توجه به خصوص برای گسترش تمرکز، تمرین و مراقبه به عنوان تکلیف خانگی، هم چنین بیان نقش تفسیر ذهنی به عنوان راهی برای فهمیدن مسئولیت شخصی برای افکار و اعمال، تمرین و تکلیف خانگی هم چنین به آگاهی از رویدادهای ناخوشایند در فعالیت های روزانه نیز بر می گردد. جلسه ۳: آموزش حرکات یوگای ذهنی نرم جهت سبک کردن نشانه های جسمانی استرس و آگاه شدن به حرکات دقیق، ظریف بدن، و بحث راجع به قدرت جسمی در لحظه حاضر و مشاهده عینی افکار، صرفاً افکار - نسبت به واقعیت و رویدادها، تمرین خانگی شامل واریسی، احساس های بدنی، یوگای نرم، مراقبه با تمرکز بر آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت روزانه مختلف. جلسه ۴: آموزش و تمرین مراقبه با تاکید بر ادراک احساس های بدنی به عنوان احساس های ساده که در مقابل تفسیرهای فاجعه انگارانه قرار می گیرند. هم چنین در این جلسه پاسخ روان - فیزیولوژیک استرس آموزش داده شد؛ تمرین خانگی شامل: یوگای نرم، مراقبه (برای زمان طولانی مدت)، آگاهی از واکنش استرس. جلسه ۵: بحث و گفتگو راجع به تعهد در انجام تمرین های خانگی، بحث راجع به نقش و کاربرد تمرین های ذهن آگاهی (مراقبه، یوگا) بر روی کاهش استفاده از مهارت های مقابله ای فاجعه انگارانه راجع به احساس های درد حاصل از نشانه های IBS، بیان تجربیات خود بیماران از ظهور شکست در استراتژی های کنترل نشانه، و دنبال کردن نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزانه، بحث و تفسیر

2. Choices less Awareness

3. IBS Objective Questionnaire Based On The ROMEIII Criteria

1. Mindfulness Based Therapy

پرسشنامه مشخص می شود. پرسشنامه توسط پزشک فوق تخصص گوارش در فرایند معاینه تکمیل می گردد. نسخه فارسی شده پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده است و دارای روایی با α کرونباخ بالای ۰/۷ می باشد. (۱۶ و ۱۷)

روش اجرا: بعد از انتخاب گروه نمونه براساس معیارهای ورود، نخست پرسشنامه شاخص علائم سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیارهای تشخیصی ROMEIII توسط پزشک فوق تخصص گوارش تکمیل گردید. سپس پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، توسط بیماران تکمیل شد. در نهایت دو شیوه درمان به همراه درمان دارویی بر روی هر دو گروه اجرا شد. و گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی قرار گرفت و هیچ درمان روان شناختی بر روی گروه کنترل صورت نگرفت؛ در نهایت دو شیوه درمانی هم نسبت به یکدیگر و هم نسبت به گروه کنترل از جهت کاهش علائم با هم مقایسه شدند.

روش های تجزیه و تحلیل داده ها: در پژوهش حاضر علاوه بر روش های توصیفی برای آزمون فرضیه های پژوهشی از روش های استنباط آماری شامل تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. لازم به ذکر است که تمام داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی کل بیماران ۳۲ سال بود. ۲۰ نفر آنها مرد و ۱۶ نفر آنها زن بودند. ۲۱ نفر آنها متاهل و ۱۵ نفر آنها مجرد بودند. میزان تحصیلات بیشتر بیماران نیز فوق دیپلم و لیسانس بود. میانگین شدت بیماری کل بیماران در پیش آزمون برابر با ۱۹/۳۱ و در پس آزمون برابر با ۱۷/۸۹ بود (جدول ۱).

برای آزمون فرضیه پژوهش حاضر که عبارت است از: "روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری توانایی بیشتری در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر دارد." با توجه به بکارگیری پیش آزمون از روش تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. از این نظر قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس یک راهه فرض همگونی ضرایب بتا مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. سپس روش تحلیل کوواریانس یک راهه بکار گرفته شد. نتایج آن در جدول ۲ آمده است:

همانطور که در جدول مشاهده می شود اختلاف بین روش های درمانی پس از کنترل و حذف اثر پیش آزمون معنادار می باشد ($p < 0/05$). بنابراین می توان گفت که روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر موثرتر است. به منظور تعیین اختلاف بین گروه های درمانی از آزمون پس تبعی LSD استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ آمده است:

همانطور که در جدول ملاحظه می شود نتایج آزمون پس تبعی نشان دهنده اختلاف معنادار روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر می باشد.

بحث:

با توجه به نقش عوامل روان شناختی در IBS، لزوم توجه بکارگیری درمان های روان شناختی در کاهش علائم بیماری بر هیچ کس پوشیده نیست، طیف وسیعی از درمان های روان شناختی شامل هیپنوتراپی^۱ (۱۱)، بازخورد زیستی^۲ (۹ و ۱۸) درمان شناختی-رفتاری (۱۱ و ۱۲ و ۱۹)، آموزش تنش زدایی^۳ (۱۱ و ۲۰ و ۲۱)، درمان روان پویایی بین فردی^۴ (۲۲) در درمان به کار گرفته شده است.

در این بین، تا سال های متمادی درمان شناختی رفتاری به عنوان موثرترین درمان روان شناختی سندرم روده تحریک پذیر مطرح بوده است. اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از روش درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانه های سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی سودمندتر نیست که این نتیجه با نتایج پژوهش های اخیر در این زمینه همخوانی دارد علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه های سندرم روده تحریک پذیر دارد، نتایج سایر مطالعات اخیر نیز موید همین مطلب است. با توجه به استفاده قرن های متمادی از فنون ذهن آگاهی در طب شرقی، اخیراً فنون ذهن آگاهی در طب غربی نیز مورد توجه قرار گرفته است و اثرات درمانی آن در سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است. در واقع، استفاده از رویکرد های مبتنی بر ذهن آگاهی، مراقبه و درمان مبتنی بر پذیرش و مسئولیت^۵ می تواند به کاهش نشانه های جسمانی بدنی، هیجانات در نهایت افکار و هم چنین اجتناب تجربه ای^۶ منجر شود. (۵ و ۳۱) با توجه به اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر در پژوهش های اخیر و همخوانی آن با یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی موثرترین درمان روانشناختی، در درمان سندرم روده تحریک پذیر می باشد.

نتیجه گیری:

بنابراین آنچه گفته شد و با توجه به نقش عوامل روانشناختی در سندرم روده تحریک پذیر لزوم بکارگیری روش های موثر و نوین روان درمانی در کاهش نشانه های بیماری غیر قابل نقض می باشد که البته به همراه درمان های دارویی می تواند به بهزیستی جسمانی و روانشناختی افراد مبتلا کمک کند که این نیازمند همکاری بین فوق تخصص گوارش و روانشناسان و روانپزشکان عزیز می باشد.

1. Hypnotherapy
2. Biofeedback
3. Relaxation training
4. Psychodynamic Interpersonal therapy
5. Acceptance and Commitment Therapy
6. Experiential Avoidance

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها به تفکیک گروه های درمانی

متغیر	گروه ها	ذهن آگاهی (تعداد=۱۲)	شناختی رفتاری (تعداد=۱۲)	کنترل (تعداد=۱۲)
سن (میانگین/ انحراف معیار)		۳۴/۲۵±۴/۱۶	۲۹/۴۲±۵/۸۲	۳۳/۴۲±۵/۳
جنس	زن (تعداد/ درصد)	۶(۵۰)	۵(۴۸)	۵(۴۸)
	مرد (تعداد/ درصد)	۶(۵۰)	۷(۵۹)	۷(۵۹)
وضعیت تاهل	متاهل (تعداد/ درصد)	۵(۴۱)	۶(۵۰)	۱۰(۸۳)
	مجرد (تعداد/ درصد)	۷(۵۹)	۶(۵۰)	۲(۱۷)
میزان تحصیلات	فوق دیپلم (تعداد/ درصد)	۶(۵۰)	۴(۳۳)	۴(۳۳)
	کارشناسی (تعداد/ درصد)	۴(۳۳)	۷(۵۹)	۵(۴۲)
	کارشناسی ارشد (تعداد/ درصد)	۲(۱۷)	۱(۸)	۲(۱۷)
	دکترا (تعداد/ درصد)	۰(۰)	۰(۰)	۱(۸)
شدت بیماری	پیش آزمون (میانگین/ انحراف معیار)	۱۷/۷±۳/۷	۱۷/۸±۳/۰۱	۲۲/۴۱±۵/۴۲
	پس آزمون (میانگین/ انحراف معیار)	۱۳/۶±۳/۱۵	۱۷/۵±۳/۶	۲۲/۵۸±۶/۲

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای اثر بخشی دو درمانی

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجدورات	F	سطح معنا داری	توان آزمون
پیش آزمون	بین گروهی	۱/۴۱۷۵	۱	۱/۴۱۷۵	۴/۶۶۸	۰/۰۳۸	۰/۵۵۴
	درون گروهی	۱۰/۱۰۹	۳۲	۰/۳۱۶			
گروه ها	بین گروهی	۲/۹۴۸	۲	۱/۴۷۴	۴/۶۶۶	۰/۰۱۷	۰/۷۴۵
	درون گروهی	۱۰/۱۰۹	۳۲	۰/۳۱۶			

جدول ۳: نتایج آزمون پس تبعی^۱ LSD برای تعیین اختلاف بین گروه های درمانگری

گروه ها	شناختی رفتاری		ذهن آگاهی		کنترل	
	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
شناختی رفتاری	-	-	۰/۶۱۹	۰/۰۱۱	۰/۲۵	۰/۹۱۷
ذهن آگاهی	-	-	-	-	۰/۵۹۵	۰/۰۱۵
کنترل	-	-	-	-	-	-

1. LSD Post Hoc Test

REFERENCES

- Lackner JM, Coad ML, Mertz HR, Firth R, Mahl TC, Lockwood AH. Cognitive Therapy For Irritable Bowel Syndrome Is Associated with Reduced Limbic Activity, GI Symptoms, and Anxiety. *Behav Res and Ther* 2006; 44:621-38.
- Haghighyegh SA, Kalantari M, Solati SK, Molavi H, Adibi P. Study on Validity of Farsi Version of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34). *Govaresh* 2008;13:99-105.
- Owyang CH. Irritable Bowel Syndrome. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed. USA: Mc Graw-Hill Companies Inc; 2012. P.2496-501.
- Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. Psychological Adjustment and Autonomic Disturbances in Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2010; 35:653-62.
- Ljotsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors L, Ruck CH, et al. Internet-Delivered Exposure and Mindfulness Based Therapy for Irritable Bowel Syndrome-A Randomized Controlled Trial. *Behav Res and Ther* 2010;48:531-9.
- Ebrahimi-Daryani N, Faramarzi-Garousi F, Ghofrani H, Hosseini P, Bashashati M, Hashtroudi AA. Clinical Manifestations of Irritable Bowel Syndrome in Iranian Men and Women: A Comparative Study. *Govaresh* 2006;11:17-21.
- Crane C, Martin M. Social Learning, Affective State and Passive Coping in Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. *Gen Hos Psy* 2004;26:50-8.
- Miranda AL, Tilburg V, Palsson OS, Whitehead WE. Which Psychological Factors Exacerbate Irritable Bowel Syndrome? Development of a Comprehensive Model. *J Psychos Res*, In Press, Corrected Proof. Available online. 2013.
- Reme SE, Kennedy T, Jones R, Darnley S, Chalder T. Predictors of Treatment Outcome After Cognitive Behavior Therapy and Antispasmodic Treatment for Patients with Irritable Bowel Syndrome in Primary Care. *J Psycho Res* 2010;68:385-8.
- Hunt MG, Moshier S, Milonova M. Brief Cognitive-Behavioral Internet Therapy for Irritable Bowel Syndrome. *Behav Res Ther* 2009;47:797-802.
- Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Keefer I, Payne A, et al. A controlled Evaluation of Group Cognitive Therapy in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Behav Res Ther* 2007;45:633-48.
- Bunne O, Tolin F, Lohr MJ. Irritable bowel syndrome: Associated Features and Efficacy of Psychosocial Treatment. *Appl Prev Psy* 2004;11:125-40.
- Naliboff BD, Frese MP, Rapgay L. Mind/Body Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;5:41-50.
- Zernicke KL, Linette LS, Lounsbury J, Zhong L, Blustein PK, Campbell TS, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction Improves Distress in two Different Chronic Illnesses. *J Behav Health* 2012;1:201-8.
- Gaylord S, Whitehead W, Coble RS, Faurot K, Palsson SO, Garland EL, et al. Mindfulness For Irritable Bowel Syndrome: Protocol Development For a Controlled Clinical Trial. *BMC Complement Altern Med* 2009;9:24.
- Khoshkrood-Mansoori B, Pourhoseingholi MA, Safae A, Moghimi-Dehkordi B, Sedigh-Tonekaboni B, Pourhoseingholi A, et al. Irritable bowel syndrome: a population based study. *J Gastrointest Liver Dis* 2009;18:413-8.
- Anbardan SJ, Ebrahimi Daryani N, Fereshtehnejad SM, Taba Taba Vakili S, Keramati MR, Ajdarkosh H. Gender Role in Irritable Bowel Syndrome: A Comparison of Irritable Bowel Syndrome Module (ROME III) Between Male and Female Patients. *J Neurogastroenterol Motil* 2012;18:70-7.
- Olatunji BO, Tolin DF, Lohr JM. Irritable Bowel Syndrome: Associated Features and Efficacy of Psychosocial Treatment. *Applied and preventive psychology* 2004;11:125-40.
- Craske MG, Taylor BW, Labus J, Naliboff BD. A Cognitive-Behavioral Treatment For Irritable Bowel Syndrome Using Interceptive Exposure to Visceral Sensations. *Behav Res Ther* 2001;49:413-21.
- Boyce M, Talley N, Hons B, Truman GA. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy, Relaxation Training, and Routine Clinical Care for Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2210-8.
- Keefer L, Blanchard EB. The Effect Of Relaxation Response Meditation on the Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: Results of a Controlled Treatment Study. *Behav Res Ther* 2001;39:801-11.
- Guthrie E, Tamenson B, Creed F. Psychodynamic Interpersonal Therapy and Improvement in Interpersonal Difficulties in People with Severe Irritable Bowel Syndrome. *Pain* 2009;145:196-20.