

Efficacy of Cognitive - Behavioral Stress Management Training on Symptoms Severity and Psychological Well-being of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Abbas Abolghasemi¹, Parisa Soleymani², Aref Rahimi³, Sajjad Vakilee Abasaliloo⁴

¹ Professor, Department of Psychology, Gilan University, Rasht, Iran

² Researcher, MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

³ Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

⁴ Researcher, MA in Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

ABSTRACT

Background :

Irritable bowel syndrome (IBS) was one of the most common functional gastrointestinal disorders. Psychological treatments have been effective in reducing symptoms severity and increasing mental health and well-being of these patients to some extent. The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive – behavioral stress management training on symptoms severity and psychological well-being of patients with IBS.

Materials and Methods:

The study was an experimental clinical trial with pretest – posttest design with control group. The subjects were 30 patients with IBS who were selected based on convenience sampling and were randomly divided into one experimental (N=15) and one control (N=15) group.

Results:

there was a significant relation between symptoms severity and psychological wellbeing in two groups($p<0.001$).

Conclusion:

Cognitive – behavioral stress management training can be effective in reducing symptoms severity and improvement of mental health in patients with IBS and attention to the psychological situation of these patients is necessary.

Keywords: Cognitive – behavioral stress management; Symptoms severity; Psychological Well- being, Irritable bowel syndrome

please cite this paper as:

Abolghasemi A , Soleymani P, Rahimi A, Vakilee Abasaliloo S. Efficacy of Stress Management Training on Symptoms Severity and Psychological Well-being of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2015;20:178-84.

Corresponding author:

Parisa Soleymani, MA

Simetri st., Mobin Building, Consulting and
Psychological Office, Ardabil, Iran

Tel: + 98 45 33365327

Fax:+ 98 45 33337677

E-mail: p62.soleymani@gmail.com

Received: 23 May 2015

Edited: 01 Aug. 2015

Accepted: 02 Aug. 2015

اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

عباس ابوالقاسمی^۱، پریسا سلیمانی^۲، عارف رحیمی^۳، سجاد وکیلی عباسعلیلو^۴

^۱ استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۲ پژوهشگر، کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۳ مرکز گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۴ پژوهشگر، کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر از شایع ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است. درمان های روان شناختی تا حدودی در کاهش شدت علائم و افزایش سلامت روان و بهزیستی این بیماران مؤثر بوده اند. هدف این مطالعه، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بوده است.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. تعداد نمونه، ۳۰ بیمار با علائم سندرم روده تحریک پذیر بود که به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند.

یافته ها:

اختلاف معناداری در شدت علائم و بهزیستی روان شناختی بین دو گروه آموزش مدیریت استرس و گروه کنترل در مرحله بعد از درمان مشاهده شد. ($p < 0.01$)

نتیجه گیری:

آموزش مدیریت استرس شناختی - رفتاری می تواند در کاهش شدت علائم و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر باشد و توجه به وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه: مدیریت استرس شناختی - رفتاری، شدت علائم، بهزیستی روان شناختی، سندرم روده تحریک پذیر

گوارش / دوره ۲۰، شماره ۳ / پاییز ۱۳۹۴ / ۱۸۴-۱۷۸

زمینه و هدف:

اختلالات گوارشی کارکردی (FGIDs)^۱ دسته ای از بیماری های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاک های تشخیصی سوال برانگیز،

1. Functional Gastrointestinal Disorders

نویسنده مسئول: پریسا سلیمانی

اردبیل، خیابان سیمتری، ساختمان مبین، دفتر مشاوره و خدمات روان

شناختی کدپستی: ۵۶۱۴۶۳۳۶۴۳

تلفن: ۰۴۵- ۳۳۳۶۵۳۲۷

نمابر: ۰۴۵- ۳۳۳۳۷۶۷۷

پست الکترونیک: p62.soleymani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۱

دوره های طولانی مدت و غیر قابل پیش بینی و تأثیرات دارویی اندک مشخص می گردند و به علت شیوع بالا و ماهیت ناتوان کننده، تأثیر زیادی بر سلامت عمومی می گذارند. (۲ و ۱) از بین ۲۵ اختلال کارکردی دستگاه گوارش، سندرم روده تحریک پذیر (IBS)^۲، شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین آنهاست و با درد شکم و تغییر در حالات روده، در غیاب هر گونه نابهنجاری ساختاری یا زیست - شناختی مشخص می گردد. (۳ و ۴) شیوع جهانی IBS حدود ۱۱ درصد برآورد شده است. (۵) شیوع این سندرم در ایران در یک مطالعه مروری مابین ۱/۱ درصد تا ۲۵ درصد گزارش شده است. (۶) یک تحقیق اخیر نشان دهنده شیوع ۲۱/۵ درصدی IBS در ایران می باشد. (۷) این سندرم هر دو جنس را در سنین مختلف گرفتار می کند هر چند شیوع آن در زنان به علت نقش احتمالی هورمون های جنسی در IBS بیشتر می باشد. (۸) سبب

2. Irritable Bowel Syndrome

کاهش علائم و بهبود وضعیت روان-شناختی بیماران مبتلا به IBS مؤثر گزارش شده است. (۲۸-۳۰) اما برخی از پژوهش‌ها نشان دهنده تأثیر اندک روش‌های درمانی روان‌شناختی بوده‌اند. (۳۱) با توجه به نتایج متناقض تحقیقات یاد شده و نقش استرس در این سندرم هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه آماری:

کلیه بیماران مبتلا به IBS بود که در سال ۱۳۹۱ به مطب متخصصین گوارش شهر اردبیل مراجعه کرده بودند و توسط فوق تخصص گوارش و بر اساس ملاک‌های تشخیصی رم ROME III مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تشخیص داده شده بودند.

شیوه نمونه‌گیری:

نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این بیماران بود که به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۱۵ نفر در گروه آزمایش (جهت آموزش مدیریت استرس) و ۱۵ نفر در گروه کنترل.

ملاک‌های ورود به پژوهش:

۱. ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر که با تشخیص پزشک و بر اساس ملاک‌های تشخیصی رم ROME III صورت می‌گرفت.
۲. داوطلب بودن برای شرکت در طرح تحقیقی
۳. عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته
۴. تحصیلات بالاتر از دیپلم
۵. عدم ابتلا به بیماری گوارشی یا بیماری دیگر

روش مداخله:

شیوه مداخله در این پژوهش، درمان مدیریت استرس شناختی-رفتاری بود. این شیوه درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی برگزار شد و فاصله زمانی جلسات یک بار در هفته بود. در پایان تمامی جلسات تکالیف خانگی جهت تسلط آزمودنی‌ها بر موارد آموزش داده شده، ارائه می‌شد و بیماران موظف بودند که تکنیک‌های رفتاری را روزانه ۳ بار با استفاده از سی‌دی‌های آموزشی که در اختیار آنها گذاشته شده بود، تمرین نمایند.

جلسه اول شامل معارفه، بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس،

شناسی IBS به طور کامل شناخته شده نیست. از موارد بیان شده در سبب شناسی این سندرم می‌توان به کاهش سلول‌های غدد درون ریز سیستم گوارش، افزایش حساسیت احشایی، التهاب موضعی، فلور غیر طبیعی روده و عوامل روان‌شناختی اشاره نمود. (۹-۱۳) همچنین در این ارتباط، عوامل روانی - اجتماعی نقش مهمی در ایجاد علائم IBS دارند. (۱۴) استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع است و با شروع و شدت علائم این سندرم ارتباط قابل توجهی دارد. (۱۵) نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که استرس روان‌شناختی از طریق تسریع تشدید علائم، نقش عمده‌ای در IBS دارد و بیش از نیمی از بیماران مبتلا اظهار می‌کنند که حوادث فشارزای روانی، علائم گوارشی آنها را بدتر می‌کند. (۱۶) بالا بودن سطح استرس و افزایش شدت علائم منجر به کاهش سطح کیفیت زندگی^۱، سلامت روان^۲ و بهزیستی روان‌شناختی^۳ در اشخاص مبتلا به بیماری‌های گوارشی می‌گردد. (۱۷-۲۰) بهزیستی روان‌شناختی معادل مثبت نگر سلامت روان می‌باشد و به معنای تلاش برای ارتقای سلامت روان است که موجب تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد می‌شود. مطابق نظریه ریف^۴، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ مؤلفه تشکیل می‌گردد: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند، رشد فردی و تسلط بر محیط. (۲۱ و ۲۲)

درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی برای درمان بیماران مبتلا به IBS به کار گرفته شده است. از آن جمله درمان‌های دارویی می‌توان به پروبیوتیک‌ها^۵، داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SSRIs)^۶، ضد افسردگی‌ها، آنتی‌اسپاسمودیک‌ها^۷ و آگونیست‌های گیرنده آلفا دو آدرنژیک^۸ اشاره کرد. (۲۳ و ۲۴) با این حال در اثربخش بودن درمان‌های دارویی در این سندرم اختلاف نظر وجود دارد. (۲۵) و اغلب مواقع که از داروها برای کاهش پاسخ استرس استفاده می‌شود، اثرات جانبی این داروها خود عامل استرس دیگری برای بیمار است و جهت کنترل این اثرات جانبی نیاز به مصرف داروهای دیگر پیش می‌آید. (۲۶) از جمله درمان‌های غیر دارویی، درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT)^۹ می‌باشند. این درمان بر اساس شناخت‌ها، اعتقادات و رفتارهای فرد بنا نهاده شده است و بر اساس اصلاح آنها سعی در تغییر طرز تفکر، اعتقاد و جایگزین کردن واقعیات به جای تصورات غلط در مورد علائم جسمی و در نتیجه اصلاح عملکرد روانی و جسمی فرد دارد. (۱۴) در IBS، افکار منفی و استرسورها ممکن است موجب بروز و بدتر شدن علائم بیماری شوند. در این میان درمان شناختی-رفتاری بیماران را در امر مقابله با استرسورها و افکار منفی از طریق تغییر افکار یاری می‌نماید. (۲۷) درمان مدیریت استرس، بر رویکرد شناختی - رفتاری متمرکز است و به عنوان یک درمان روان‌شناختی در

1. Quality of Life
2. Mental Health
3. Psychological Well-being
4. Ryff
5. Probiotic
6. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
7. Anti-Spasmotic
8. Adrenergic
9. Cognitive Behavioral Therapy

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	گروه مدیریت استرس	گروه کنترل
سن: میانگین		۳۰ ± ۹/۴	۳۶ ± ۸/۱
جنسیت: مونث (درصد)		۱۰ (۶۶/۷)	۱۰ (۶۶/۷)
وضعیت تأهل: متأهل (درصد)		۹ (۶۰)	۱۰ (۶۶/۷)
دیپلم		۵ (۳۳/۴)	۸ (۵۳/۳)
میزان تحصیلات: فراوانی (درصد)	فوق دیپلم	۸ (۵۳/۳)	۵ (۳۳/۴)
	لیسانس و بالاتر	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
آزاد		۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)
نسبت شغلی: فراوانی (درصد)	کارمند	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)
	بیکار	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
سابقه بیماری (به سال)	میانگین	۲/۵ ± ۰/۹۳	۲/۲۷ ± ۱/۵
	محدوده	(۱-۴)	(۱-۶)

توسط ریف ساخته شد و ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای، پاسخ داده می‌شود. تعداد مواد آزمون ۵۴ سؤال می‌باشد که از بین کل سؤالات ۲۷ سؤال به صورت مستقیم و ۲۷ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مؤلفه‌های این مقیاس عبارت است از: ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، رشد شخصی (۰/۸۷)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و پذیرش خود (۰/۹۳). (۲۵) در ایران ضریب همسانی درونی این آزمون برای تمام مؤلفه‌ها بیش از ۰/۹۰ به دست آمده است. (۳۳)

روش اجرا:

این پژوهش شامل دو مرحله ارزیابی بود. مرحله اول پیش از درمان بود که بیماران پس از داشتن ملاک‌های ورود به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها جهت ارزیابی در اختیار بیماران قرار گرفت (پیش آزمون). مرحله دوم پس از درمان بود که مدیریت استرس شناختی-رفتاری همراه با دارودرمانی به مدت ۱۰ جلسه به بیماران گروه آزمایش آموزش داده شد و سپس بار دیگر ارزیابی بر روی بیماران انجام گرفت (پس آزمون). لازم به ذکر است که گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی قرار گرفت و هیچ درمان روان شناختی بر روی گروه کنترل صورت نگرفت.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها:

داده‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس

نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری سندرم روده تحریک پذیر و آموزش آرامیدگی عضلانی تدریجی^۱ برای ۱۶ گروه ماهیچه ای می‌باشد. در جلسه دوم آرامش عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس آموزش داده می‌شود. جلسه سوم شامل آموزش تنفس دیافراگمی، آموزش آرامیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای و بحث در مورد ارتباط افکار و هیجانات می‌باشد و به بیمار آموزش داده می‌شود که از طریق تغییر طرز تفکر، می‌تواند احساسات خود را تغییر دهد. جلسه چهارم شامل آموزش آرامیدگی عضلانی منفعل و بحث در مورد تفکر منفی و تحریفات شناختی است. همچنین در این جلسه تنفس دیافراگمی مجدداً مرور شده و آرامیدگی عضلانی منفعل همراه با تصویرسازی تمرین می‌شود. جلسه پنجم شامل آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما و آموزش جایگزینی افکار منطقی به جای تحریفات شناختی می‌باشد. در این جلسه به بیمار آموزش داده می‌شود به تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی توجه کرده، تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و آنها را با افکار منطقی جایگزین نماید. در جلسه ششم یادگیری خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی آموزش داده شده و در مورد روش‌های مقابله کارآمد بحث می‌شود. در طول این جلسه انواع مقابله کارآمد شامل مقابله مسئله مدار و هیجان مدار به بیماران آموزش داده می‌شود.

جلسه هفتم شامل آموزش خودزاد همراه با تصویر سازی و خودآلایی و اجرای پاسخ‌های مقابله ای مؤثر می‌باشد. آموزش مراقبه مانترا و مدیریت خشم در جلسه هشتم انجام می‌گیرد. حالات بدنی حین مراقبه توضیح داده می‌شود، در مورد پاسخ‌های خشم بحث شده و گزینه‌های جایگزین ارائه می‌شوند. جلسه نهم شامل آموزش مراقبه شمارش تنفس و آموزش خود ابرازگری است. سبک‌های بین فردی توضیح داده می‌شوند و بازی نقش مربوط به هر یک از سبک‌ها انجام گرفته و گام‌هایی برای رفتار ابرازگرانه، آموزش داده می‌شود. جلسه دهم شامل تصویرسازی و مراقبه و بحث در مورد حمایت اجتماعی می‌باشد.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه شدت علائم IBS بر اساس مقیاس رم ROME III:

این مقیاس برای سنجش علائم سندرم روده تحریک پذیر، توسط متخصص گوارش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل سوالاتی است که وجود یا عدم وجود نشانه‌های سندرم روده تحریک پذیر را می‌سنجد و شامل ۱۴ سؤال با پاسخ‌های متغیر و به صورت چند گزینه ای است که در ازای یک گزینه خاص که سندرم روده تحریک پذیر را تایید کند، بیمار یک نمره دریافت می‌کند. نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیماری است. در یک مطالعه مقدماتی ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۹۵ به دست آمد. (۳۲)

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹

1. Progressive muscle relaxation

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه در پس آزمون بهزیستی روانشناختی

آماره						
منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	مجزور اتا سهمی
پیش آزمون	۳۰۰۹/۷۸	۱	۳۰۰۹/۷۸	۱۱/۹۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰۶
گروه	۱۲۲۰/۱۵۳	۱	۱۲۲۰/۱۵۳	۴۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴
خطا	۶۸۲۰/۸۸	۲۷	۲۵۲/۶۲			

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه در پس آزمون شدت علائم IBS

آماره						
منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	مجزور اتا سهمی
پیش آزمون	۱۲۷۸/۵۲	۱	۱۲۷۸/۵۲	۴۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
گروه	۹۸۵/۳۲	۱	۹۸۵/۳۲	۳۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
خطا	۷۳۲/۰۰۴	۲۷	۲۷/۱۱			

(MANCOVA) استفاده شد.

۵۷ درصد از واریانس پس آزمون (شدت علائم) مربوط به مداخله آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری است. از این رو، آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری بر شدت علائم IBS موثر بوده است. (جدول ۳)

یافته ها:

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی کل بیماران ۳۳ بود. ۲۵ نفر آنها زن و ۱۰ نفر مرد بودند. ۱۹ نفر آنها متاهل و ۱۱ نفر آنها مجرد بودند. وضعیت شغلی اکثر بیماران هم در گروه مدیریت استرس و هم کنترل، کارمند بود. (۵۳/۳ در مقابل ۶۶/۷) وضعیت تحصیلی بیماران در هر دو گروه اکثراً دیپلم و فوق دیپلم بود. سابقه بیماری سندرم روده تحریک پذیر در گروه مدیریت استرس ۱ تا ۴ سال و در گروه کنترل ۱ تا ۶ سال به دست آمد که میانگین آنها به ترتیب برابر ۲/۵ و ۲/۲۷ بود. (جدول ۱)

با توجه به وجود دو متغیر وابسته (شدت علائم و بهزیستی روان-شناختی) جهت تحلیل داده ها از روش کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرا، آزمون لوین (Levenes) در مورد فرض یکسانی واریانس ها اجرا شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض همسانی واریانس های مربوط به متغیرهای وابسته در هر دو گروه برقرار است.

بحث: سندرم روده تحریک پذیر اختلال مزمن و عود کننده ای است که نقش عوامل روانی در بروز آن بارها مورد بررسی قرار گرفته شده است و همراهی اختلالات روانی با این بیماری، اثبات شده می باشد. پژوهش ها نشان دهنده شیوع بالای اختلالات روانشناختی و روان پزشکی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می باشند و متغیرهای روان شناختی و روانی-اجتماعی نقش مهمی در پیشرفت و تداوم علائم این سندرم ایفا می کنند. (۱۴) شواهد متعددی نقش متغیرهای روان شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، استرس، شیوه های مقابله ای و نوع ادراک بیماری و تاثیر باورهای بیمار را در تداوم و شدت علائم IBS مورد تایید قرار داده اند. (۳۴) بین استرس، اضطراب و پاسخ دهی فیزیولوژیک دستگاه گوارش ارتباط وجود دارد. دستگاه اعصاب روده ای نسبت به حالات هیجانی فوق العاده حساسند به طوری که کارکرد حرکتی در استرس حاد در روده باریک کاهش یافته و در روده بزرگ افزایش می یابد که ممکن است مسئول علائم روده ای نظیر سندرم روده تحریک پذیر باشد. (۳۵) کیفیت زندگی و بهزیستی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نسبت به افراد سالم پایین تر است و این کاهش در ابعاد جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی افراد صورت می گیرد. (۳۶) همچنین سطح سلامت روان در بیماران مبتلا به IBS مختل می باشد. این واقعیت می تواند ناشی از این باشد که اختلال روان به پیدایش علائم IBS منجر می شود و یا اینکه وجود علائم IBS منجر به اختلالات روان-شناختی می گردد. (۳۷) با توجه به این مسئله که عوامل روانشناختی در بروز سندرم

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله مبتنی بر آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری در مورد بهزیستی روان شناختی، منجر به تفاوت معنی دار بین گروه های آزمایش و کنترل شده است و میزان این تاثیر ۶۴ درصد بوده است. به عبارتی، ۶۴ درصد از واریانس پس آزمون (بهزیستی روانشناختی) مربوط به مداخله آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری است. از این رو، آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به IBS موثر بوده است. (جدول ۲) همچنین نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری در مورد شدت علائم، منجر به تفاوت معنی دار بین گروه های آزمایش و کنترل شده است و میزان این تاثیر ۵۷ درصد بوده است. یعنی

می آیند که این خود در نتیجه واکنش های جسمانی-فیزیولوژیکی است که افکار ناکارآمد و باورهای زیربنایی برمی انگیزند. در درمان مدیریت استرس شناختی-رفتاری سعی می شود که افکار ناکارآمد و برانگیزاننده علائم بیماری شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماری بینش یابد و سعی کند که افکار صحیح تری را جایگزین آن افکار نماید. (۳۹) همچنین درمان مدیریت استرس از جنبه رفتاری با ارائه تمریناتی نظیر تن آرامی های پیش رونده، تنفس دیافراگمی، تصویرسازی و امثال آن به کنترل استرس در این بیماران کمک می کند که این امر به نوبه خود منجر به کاهش علائم و بهبود بهزیستی و علائم روان شناختی این بیماران می شود.

نتیجه گیری:

با توجه به اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی-رفتاری در کاهش علائم و افزایش سلامت روان و بهزیستی بیماران مبتلا به IBS، همکاری روان شناسان در این حیطه می تواند مفید و کمک کننده باشد.

روده تحریک پذیر نقش دارند، لذا راهکارهای روان-شناختی در پیشگیری و درمان این بیماری مؤثر می باشند.

نتایج تحقیق نشان داد که درمان مدیریت استرس شناختی-رفتاری در کاهش شدت علائم و بهبود وضعیت روان شناختی بیماران مؤثر بود. نتایج ما با نتایج تحقیقات اخیر همخوانی داشت. (۱۴،۳۰-۲۸،۳۸) در توجیه اثربخش بودن درمان های روان شناختی یک فرضیه این است که این درمان ها از طریق آموزش متدهای مواجهه با استرس و کاهش تغییرات فیزیولوژیکی ناشی از آن که در تشدید علائم روده ای و کاهش بهزیستی و سلامت روان اثرگذار است، عمل می کنند. نتایج پژوهش ما در نظر گرفتن نقش عوامل شناختی (افکار ناکارآمد، فرض های زیربنایی) در آسیب شناسی سندرم روده تحریک پذیر و ارتباط منفی و معنادار سلامت روان با شدت علائم بیماری و همچنین تأثیر استرس در تشدید علائم بیماری قابل تبیین است. در رویکرد شناختی سندرم روده تحریک پذیر، فرض بر این است که علائم این اختلال در نتیجه نابهنجاری حرکتی و زیست-شیمیایی در محور مغز-روده به وجود

REFERENCES

- Chang L, Taner BB, Fukudo S, Gathrie E, Locke CR, Norton, NJ, et al. Gender, age, society, culture and patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1435-60.
- Soares RL. Irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 12144- 60.
- Lackner JM. No brain, no gain: the role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *J Cogn Psychoter* 2005;19:125-360.
- Drossman DM. Introduction. The rome foundation and Rome III. *Neyrogastroenterol Motil* 2007; 19:783-6.
- Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol* 2014;6:71-80.
- Jahanghiri P, Sadat Hashemi Jazi M, Hasanzadeh Keshteli A, Sadeghpour S, Amini E, Adibi P. Irritable bowel syndrome in Iran: Sepahan systematic review. *Int J Pres Med* 2012;3:1-9.
- Hassanzadeh Keshtli A, Dehestani B, Daghighzadeh H, Adibi P. Epidemiology features of irritable bowel syndrome and its subtypes among Iranian adults. *Ann Gastroenterol* 2015;28:253-8.
- Meleine M, Matricon J. Gender – related differences in irritable bowel syndrome: potential mechanisms of sex hormones. *World J Gastroenterol* 2014;20:6725-43.
- El-salhy M. Recent developments in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2015;21:7621-36.
- Tillisk K, Labus JS. Advances in imaging the brain – gut axis: functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2011; 140: 407-11.
- Weston AP, Biddle WL, Bhatia PS, Miner PB. Terminal ileal mucosal mast cells in irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1590-5.
- Madden JA, Hunter JO. A review of the role of the gut microflora in irritable bowel syndrome and the effect of probiotics. *Br J Nutr* 2002;88: 67-72.
- Dean BB, Aquilar D. Impairment in work productivity and health related quality of life in patient with IBS. *Am J Manag* 2005; 11: 17-26.
- Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Kats LA, Gudleski CD, Holroyd, K. Self administered cognitive behavioral therapy for moderate to severe IBS: clinical efficacy, tolerability, feasibility. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:899-906.
- Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Arbabi M, Ebrahimi Daryani N, Azad Fallah P. Comparison of the effectiveness of cognitive – behavior therapy and mindfulness based therapy on the decrease in symptoms of patients who suffer from irritable bowel syndrome. *Govareh* 2013;18: 88-94.
- Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effect of stressful life events on bowel symptoms: subject with irritable bowel syndrome compared with subject without bowel dysfunction. *Gut* 1992; 33: 825-30.
- Blaqden S, Kingstone T, Soundy A, Lee R, Singh S, Roberts L. A comparative study of quality of life in person with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Gastroenterol* 2015; 38: 268-78.
- Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'Brien S, Musleh M, et al. Risk markers for new onset irritable bowel syndrome- result of a large prospective population – based study. *Pain* 2008; 137: 147-55.
- Alipour A, Oraki M, Jannesari Ladani F, Pourshams A. Comparison of general psychological wellbeing schedule between patients with gastroesophageal reflux and healthy controls. *Govareh* 2014;19: 27-31.
- Osterberg E, Blomquist L, Krakau I, Weinryb RM, Asberg M, Hultcrantz R. A population study on irritable bowel syndrome and mental health. *J Gastroenterol* 2000; 35: 264-68.

21. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psych Inqu* 1998;9:1-28.
22. Ryff CD. Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psych* 1989;6:1069-81.
23. Cash BD. Emerging role of probiotics and antimicrobials in management of irritable bowel syndrome. *Curr Med Res Opin* 2014;30:1405-15.
24. Trinkley KE, Nahata MC. Treatment of irritable bowel syndrome. *J Clin Pharm Ther* 2011; 36: 275-82.
25. Beqtrap LM, Muckadell OB, Kjeldsen J, Christensen RD, Jarbol DE. Long-term treatment with probiotics in primary care patient with irritable bowel syndrome: a randomized double-blind placebo controlled trial. *Scand J Gastroenterol* 2013;48: 1127-35.
26. Hoseini M, Nikrouz L, Poursamad A, Taghavi A, Rajaeefard A. The effect of benson relaxation technique on anxiety level and quality of life of patient with irritable bowel syndrome. *Armaghane Danesh* 2009;53:1-11.
27. Drossman DA, Toner BB, Withehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive - behavioral therapy versus education and despramine versus placebo for modrate to severe functional bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003;125:19-31.
28. Mahvi – shirazi M, Fathi – ashttiyani A, Rasoolzade - tabatabaee SK, Amini M. Irritable bowel syndrome treatment: cognitive – behavioral therapy versus medical treatment. *Arch Med Sci* 2012;29:123-9.
29. Reme SE, Kennedy T, Jones R, Darnley S, Chalder T. Predictors of treatment outcome after cognitive – behavioral therapy and antispasmodic in primary care. *J Psycho Res* 2010;68:385-88.
30. Chilcot J, Moss – morris R. Changes in illness – related cognitive rather than distress mediate improvement in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive – behavioral therapy intervention. *Behav Res Ther* 2013;51:690-95.
31. Ljotsson B, Folks 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: 531-39.
32. Soleymani p. Efficacy of stress management training on emotional and psychological well – being of people with irritable bowel syndrome. Thesis on clinical psychology, faculty of science – department of psychology, Islamic azad university of Ardabil, 2013.
33. Michaeli - manee F. The study of undergraduate students' psychological well – being status in Urmia university. *Ofoogh-e-Danesh* 2011;16:65-72.
34. Afshar H, Bagherian R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghaghzadeh H, Maracy MR, et al. The relationship between illness perception and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *J Isfahan Med School* 2011;137:526-36.
35. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. New York: Lippincott Williams and wilkins, wolter's Kluwer health; 2015.
36. Whitehead WE, Burnett CK, Cook EW, Taub E. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 2248-53.
37. Pourshams A, Zendedel N, Semnani M, Semnani Y. Irritable bowel syndrome and Psychiatric disorders among university freshmen. *Govaresh* 2006;11:22-7.
38. Kamkar A, Golzary M, Farrokhi NA, Aghaee M. The effectiveness of cognitive – behavioral stress management on symptoms of patients with Irritable bowel syndrome. *Armaghan-e- Danesh* 2011;16:300-10.
39. Haghayegh SA, Kalantari M, Molavi H, Talebi M. Efficacy of cognitive – behavioral therapy on the quality of life of patient suffering from irritable bowel syndrome with predominant pain and diarrhea types. *Journal of Psychology* 2010;14:95-110.