

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت-عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

رسول چمنی قلندری^{۱*}، محمدافشار اردلان^۲، فریده دکانه‌ای فرد^۳، سعیده چمنی^۴، اشرف قمچیلی^۵، حجت زارعی^۶، نادر تازی برازین^۷، عیسی پیری^۸

۱- اداره بهداشت، امداد و درمان نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران، نویسنده مسئول. ۲- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران. ۳- دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. ۴- دانشگاه پیام نور آستارا، آستارا، ایران. ۵- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران. ۶- اداره بهداشت، امداد و درمان نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران. ۷- اداره بهزیستی کلیبر، کلیبر، ایران. ۸- اداره بهزیستی تبریز، تبریز، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله پژوهشی</p>	<p>مقدمه: یکی از چالش‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر کاهش کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران است. در دهه اخیر درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های موثر در درمان بسیاری از اختلالات معرفی شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت-عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام گرفته است.</p> <p>روش کار: پژوهش از نوع نیمه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در زمستان سال ۱۳۹۷ بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و همکاران و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.</p> <p>نتایج: نتایج به دست آمده نشان داد درمان شناختی-رفتاری در افزایش سلامت عمومی ($P=0/001$) و کیفیت زندگی ($P=0/026$) بیماران موثر است. میانگین نمرات سلامت عمومی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بهبود یافته است.</p> <p>بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که با اجرای درمان شناختی-رفتاری می‌توان به ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر کمک کرد.</p>
<p>تاریخچه مقاله دریافت: ۹۸/۲/۷ پذیرش: ۹۸/۶/۲۸</p>	
<p>کلید واژگان درمان شناختی-رفتاری، سلامت-عمومی، کیفیت زندگی</p>	
<p>نویسنده مسئول Email: R.chamane@gmail.com</p>	

مقدمه

سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از بیماری و درمان آن بستگی دارد (۴) در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی این که به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است (۵) بنابراین کیفیت-زندگی مرتبط با سلامت عمومی شامل ارزشی است که فرد علی‌رغم تأثیری که بیماری بر ادراکات و فرصت‌های اجتماعی وی دارند، برای زندگی خویش قائل است (۶).

با اینکه سلامت عمومی به معنای تأثیر متقابل و پویا بین رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است، اما سلامت روانی به معنای قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی است، به طوری که فرد در زندگی منطقی، دارای معنا و باهدف باشد (۷).

سندرم روده تحریک‌پذیر^۱ از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با علائم درد یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در دفع و عادات روده، در غیاب علت ارگانیک توجیه کننده علائم، تظاهر پیدا می‌کند (۱). میزان شیوع این سندرم ۱۰ تا ۲۰ درصد بوده و هزینه‌های اقتصادی و انسانی گزافی را برای بیمار، خانواده و جامعه به همراه دارد، به طوری که این بیماری بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران تأثیر می‌گذارد (۲). از متغیرهای مرتبط به سندرم روده تحریک‌پذیر، داشتن سبک زندگی ناسالم و کیفیت زندگی آسیب‌دیده، بالا بودن اختلالات روان‌شناختی هستند (۳). کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه‌هایی از زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشند و به میزان تأثیرپذیری

بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، سلامت عمومی و تسریع بهبودی در این بیماران کمک کرد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در بیماران بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. لذا با توجه به اینکه در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان، عوامل مرتبط با آن در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر و مداخلات روان‌شناختی کمتر پرداخته شده است، پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را مورد بررسی قرار داده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که در زمستان سال ۱۳۹۷ به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تهران مراجعه کرده و توسط متخصص داخلی مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تشخیص داده شده بودند. نمونه پژوهش، ۳۰ نفر از این بیماران بود که به صورت در دسترس، انتخاب و سپس به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفری) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی اجرا شد و فاصله زمانی جلسات یک بار در هفته بود. گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل، ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با تشخیص پزشک، عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی داشتن تحصیلات دانشگاهی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک خروج: کسانی که بیش از سه جلسه غیبت داشتند.

در این پژوهش از دو پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت روان استفاده شد. کیفیت زندگی: این پرسشنامه جهت بررسی کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شده و دارای ۲۶ عبارت است. نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. نمره هر گویه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. پایایی گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ بوده است. همچنین روایی قابل قبولی توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی گزارش شده است. اعتبار افتراقی: توانایی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در متمایز ساختن افراد بیمار از افراد عادی

شخصی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند با دیگران ارتباط سازنده داشته باشد و با فشارهای زندگی مقابله کند (۸). بسیاری از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، اضطراب و ترس زیادی درباره کثیف کردن خود دارند به همین دلیل خود را منزوی می‌سازند. باورهای فاجعه‌انگاری در مورد بیماری و احساس عدم کنترل در این بیماران بارز است. حساسیت افراطی نسبت به تحریکات روده‌ای و ترس از آغاز نشانه‌های بیماری موجب می‌گردد این بیماران از انجام فعالیت‌های لذت‌بخش اجتناب نمایند. در چنین شرایطی، عزت‌نفس پایین، نشانه‌های افسردگی و تشدید علائم بیماری را تجربه می‌نمایند (۹). به‌گونه‌ای که پژوهش‌ها حاکی از آنند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از سلامت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل برخوردارند (۱۰ و ۱۱).

یکی از روش‌های مؤثر در کاهش اضطراب و فشار روانی، درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری^۱ به دنبال تغییر نگرش رفتارهایی است که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به وجود آمده است و همچنین به دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیرمنطقی است. روش درمان شناختی-رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود و نقش خود در جهان است (۱۲). این درمان ماهیتی فعال، رهنمودی، ساخت‌دار، متمرکز بر حال و کوتاه مدت است و هدف عمده آن تغییر فرآیندهای شناختی افراد است (۱۳). این الگو یک مدل روانی آموزشی با تأکید بر فرآیندهای یادگیری است که می‌تواند در دامنه وسیعی از افراد با مشکلات مختلف اجرا شود. در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که پریشانی روان شناختی به طور عمده ناشی از آشفتگی‌هایی در فرآیندهای شناختی افراد است و تمرکز باید به تغییر شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار باشد (۱۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب، افسردگی و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و کاهش فاجعه‌انگاری درد و نشانه‌ها و علائم بیماری گزارش شده است (۱۵ و ۱۶). در مرور مقالات منتشر شده مربوط به کارایی درمان شناختی رفتاری بر سندرم روده تحریک‌پذیر و مدیریت آن، درمان‌گران شناختی-رفتاری نشان دادند که این درمان تأثیرات ویژه‌ای از طریق کاهش دیسترس روانی در پیشرفت بهبودی سندرم روده تحریک‌پذیر دارد (۱۷ و ۱۸). بلانچارد و همکاران نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری برای درمان سندرم روده تحریک‌پذیر از مبنای قوی‌تری برخوردار است (۱۹). تکنیک‌های شناختی-رفتاری باعث کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر شده است (۱۱). در مطالعه‌ای معلوم شد که شدت علائم بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و کیفیت زندگی پس از آموزش شناختی-رفتاری بهبود می‌یابد (۲۰).

۱- Cognitive-behavioral therapy

روانی کمتر است. در ایران به فارسی ترجمه و هنجاریابی شده است. ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده-آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۰ و ۰/۵۸ گزارش شده است (۲۲). مولوی روایی آن را با $p=0/91$ مورد تایید قرار داده و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۳ و ۲۴).

حاکمی از روایی افتراقی این آزمون است (۲۱). پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه مشتمل بر ۲۸ ماده است که توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۲) ساخته شده و بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای و شیوه نمره‌گذاری ۰، ۱، ۲، ۳ و نقطه برش آن ۲۳ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت

جلسه	موضوع و اهداف
اول	معارفه و بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس، نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.
دوم	آموزش آرامش عضلانی تدریجی برای هشت گروه ماهیچه‌ای، افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس
سوم	آموزش تنفس دیافراگمی، آموزش آرامش عضلانی، بحث در مورد ارتباط افکار و هیجانات، آموزش تغییر احساسات از طریق تغییر طرز تفکر.
چهارم	آموزش آرامش عضلانی، بحث در مورد تفکر منفی و تحریفات شناختی، مرور مجدد تنفس دیافراگمی و تمرین آرمیدگی عضلانی همراه با تصویر سازی.
پنجم	آموزش جایگزینی افکار منطقی به جای تحریفات شناختی، آموزش توجه به تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی.
ششم	آموزش یادگیری خودزاد برای ضریان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث در مورد روش‌های مقابله کارآمد، آموزش انواع مقابله کارآمد.
هفتم	اجرای پاسخ‌های مقابله کارآمد و آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای.
هشتم	آموزش مدیریت خشم و مراقبه، توضیح حالات بدنی حین مراقبه، بحث در مورد پاسخ‌های خشم و ارایه جایگزین.
نهم	آموزش ابرازگری در روابط بین‌فردی و مراقبه شمارش تنفس.
دهم	تصویر سازی و مراقبه و بحث در مورد حمایت .

نتایج ۲/۷۲ ± ۲۶/۴۰ بود. همچنین میانگین و انحراف‌استاندارد پس‌آزمون در گروه آزمایش، سلامت عمومی ۶/۴۰ ± ۱۹/۲۰ و در گروه گواه ۴/۸۵ ± ۲۴/۴۶ می‌باشد و میانگین و انحراف-استاندارد در پس‌آزمون گروه آزمایش، کیفیت-زندگی ۳/۵۷ ± ۳۰/۰۶ و در گروه گواه ۲۷/۶۰ ± ۲۷/۶۰ است. برای استفاده از تحلیل کواریانس پیش‌فرض‌های همگنی واریانس، نرمال بودن داده‌ها و شیب رگرسیون بررسی گردید. نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد که دامنه سن افراد نمونه پژوهش، ۲۰ تا ۳۹ سال بود. ۲۱ نفر آنها متاهل و ۹ نفر مجرد بودند. میزان تحصیلات بیشتر بیماران نیز فوق دیپلم و لیسانس بود. میانگین و انحراف‌استاندارد پیش‌آزمون در گروه آزمایش، سلامت عمومی ۶/۱۲ ± ۲۹/۰۶ و در گروه گواه ۵/۰۸ ± ۲۸/۵۳ می‌باشد؛ همچنین میانگین و انحراف‌استاندارد پیش‌آزمون در گروه آزمایش، کیفیت‌زندگی ۲/۴۹ ± ۲۶/۳۳ و در گروه گواه

جدول ۱- نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین‌های نمره سلامت عمومی در گروه آزمایش و گواه

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
پیش‌آزمون	۴۱۰/۱۷۶	۱	۴۱۰/۱۷۶	۲۲/۴۲۰	۰/۰۰۰	۰/۴۵۴
پس‌آزمون گروه	۲۳۷/۱۰۷	۱	۲۳۷/۱۰۷	۱۲/۹۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
خطا	۴۹۳/۹۵۷	۲۷	۱۸/۲۹۵			
کل	۱۵۴۱۳/۰۰۰	۳۰				

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین‌های نمره کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
پیش‌آزمون	۷۶/۳۰۲	۱	۷۶/۳۰۲	۹/۰۲۷	۰/۰۰۶	۰/۲۵۱
پس‌آزمون گروه	۴۷/۲۰۶	۱	۴۷/۲۰۶	۵/۵۸۵	۰/۰۲۶	۰/۱۷۱
خطا	۲۲۸/۲۳۱	۲۷	۸/۴۵۳			
کل	۲۵۲۹۱/۰۰۰	۳۰				

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ارتقای سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری باعث ارتقای سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات لطفی کاشانی و همکاران (۲۵)، هانت و همکاران (۲۶) لاکتر و همکاران (۲۶)، پورمحسنی کلوری و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهشی در خصوص موضوع مورد بحث می‌توان بیان داشت یافته‌های این پژوهش در راستای مطالعاتی قرار می‌گیرد که بیانگر فواید درمان شناختی- رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم، در درمان بیماری‌های مزمن است. بر این اساس، برخی از پژوهش‌ها نقش مداخلات روان‌شناسی در اختلال روده تحریک پذیر را ارزیابی کرده و نشان داده‌اند، مداخلاتی که به منظور تغییرات رفتاری انجام می‌گیرند، در ارتقای توانایی‌های خودمراقبتی و کنترل این بیماری مؤثر بوده‌اند و موجب ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی مبتلایان به اختلال روده تحریک پذیر می‌شود. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که مداخلات شناختی رفتاری که تاثیر چشم‌گیری در بهبودی بیماری سندرم روده تحریک پذیر دارد، به عنوان درمانی دارای ساختار، کوتاه‌مدت و متمرکز بر حل مشکلات جاری و تغییر تفکر مطرح است (۱۴). به طور خلاصه مدل شناختی- رفتاری ادعان دارد که تفکر تحریف شده یا ناکارآمد وجه مشترک تمامی آشفتگی‌های روان‌شناختی است. ارزش‌یابی واقع‌بینانه و تغییر واقع‌گرایانه تفکر منجر به بهبود خلق و رفتار

می‌شود. درمانگر به شیوه‌های گوناگون در پی ایجاد تغییر شناختی است یعنی تغییر در تفکر بیمار و نظام باورهای وی تا به این ترتیب تغییر شناختی به تغییرات پایدار در افکار و رفتار بیمار منجر گردد. هدف این است که بیمار بیاموزد خود، درمانگر خویش باشد. بیماران تنها درباره ماهیت و سیر اختلال در سندرم روده تحریک پذیر، فرایند درمان و مدل شناختی- رفتاری و تاثیرات افکار بر رفتار و هیجان او، آموزش می‌بینند، بلکه در شناسایی و ارزیابی افکار و برنامه‌ریزی برای تغییر رفتار تعلیم می‌بینند و تشویق می‌گردند تا از این آموخته‌ها و دانش و آگاهی تازه در آینده و بعد از خاتمه درمان بهره بگیرد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ از جمله، مرحله پیگیری پس از درمان صورت نگرفت و محقق خود به عنوان درمانگر عمل نمود و این امر می‌تواند اثر هاله‌ای را تقویت نماید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، تاثیر درمان شناختی- رفتاری در زیرگروه‌های سندرم روده تحریک- پذیر به صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرد. همچنین به عنوان یک شیوه کارآمد در جهت کاهش استرس و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از تمامی عزیزان مورد پژوهش که با صبر و شکیبایی ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند و همچنین افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند.

References

- 1-Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1480-91.
- 2-Ganji A, Safavi M, Nouraei SM, Nasseri-Moghadam S, Merat Sh, Vahedi H, et al. Digestive and Liver Diseases Statistics in Several Referral Centers in Tehran, 2000-2004. *GOVARESH, Journal of the Iranian Association of Gastroenterology and Hepatology* 2006; 11(1): 33-8. [Persian].
- 3-Naliboff, B.D., Frese, M. P., &Rapgay, L. Mind/Body Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, 5(1), 41–50.
- 4-Norberg MM, Calanari JE, Cohen RJ, Riemann BC. Quality of life in obsessive compulsive disorder an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Dep Anx*2009; 25: 248-59.
- 5-Albert U, Mania, G, Bogetto F, Chiorle A, Matain D. Clinical predictors of health related quality life. *Psychiatry* J2010; 51:193-200.
- 6-Alakour NO, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life of life and associated factors among Jourdanian adolescents with type diadetes mellitus. *J Diabetes Its Compl*2010; 24: 43-7.
- 7-McFarland MJ. Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender? *J Gerontol Psychol Soc Sci* 2010; 65(5): 621–30
- 8-Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *Am J Prev Med* 2014; 46(3): 87-97.
- 9-Lackner, J. M., Quigley, B. M., & Blanchard, E. B. Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosomatic Medicine*. (2004), 66, 435– 441.
- 10-Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. The effects of mindfulnessbased cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy* (2010), 48(8), 738–746.
- 11-Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulnessbased interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), 96- 110.
- 12-Sadouk, N., Sadouk,. Similar effect of cueing conditions on attentional and saccadic temporal dynamics. *Journal of vision k* (2007), 10(4), 21-21.
- 13-Ramezani Sh, Mohammadi N, Sadri Damirchi E, Rahmani S. Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy on Emotional Control and Signs of Suicide in Veterans with PTSD. *Iranian Journal of War & Public Health* 2018, 10(1), 1-7. [Persian].
- 14-Jannesari Ladani F, Pourshams A. A Review of Cognitive Behavioral Therapy in Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2013; 18:143-8. [Persian].
- 15-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.
- 16-Hunt MG, Moshier S, Milonova M. Brief Cognitive –Behavioral Internet Therapy for Irritable Bowel Syndrome. *Behav Res Ther* 2009; 47:797-802.
- 17-Moss-Morris R, McAlpine L, Didsbury LP, Spence MJ. A randomized controlled trial of a cognitive behavioral therapy-based self management intervention for irritable bowel syndrome in primary care. *Psychol Med* 2010; 40: 85-94.
- 18-Bursch B .Psychological/cognitive behavioral treatment of childhood functional abdominal pain and irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 47:706-7.
- 19-Blancharda, E B, Lacknerb J M, Sandersa K, Krasnerc S, Keefer L, Paynea A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2007; 45:633-48.
- 20-Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GD, Blanchard EB. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2007; 133:433-44.
- 21-WHOQOL group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization, Geneva1996.
- 22-Yaghoubi N. Epidemiology of mental disorders in rural and urban of Somesara-Gilan. [Dissertation]. Psychiatric Institute of Tehran, 1994. [Persian].
- 23-Palahang J. Epidemiology of mental disorders in Kashan. [Dissertation]. Psychiatric Institute of Tehran, 1994. [Persian].
- 24-Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT, Mohammad K. Mental Health Survey Of The Adult Population In Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3. [Persian].
- 25-Lotfi Kashani F, Behzadi S 2, Yari M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life and patient anxiety Irritable bowel. *Journal of Islamic Azad University of Medical Sciences* 2012, 22(4), 301-306. . [Persian].
- 26-Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA,

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the general health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome

Rasoul Chamani Ghalandary (MSc)*, Mohammad Afshar Ardalan (MD), Farideh Dokaneifard (PhD), Saideh Chamani (MSc), Ashraf Ghamchili (MSc), Hojjat Zarei (MSc), Nader Taribarazin (MSc), Isaa Piri (MSc)

Abstract

Background: One of the challenges of patients with irritable bowel syndrome is to reduce the quality of life and general health of patients. In the last decade, cognitive-behavioral therapy has been introduced as one of the effective treatments for many disorders. The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the general health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome.

methods: The research is a semi-experimental pre-test and post-test with the control group. The statistical population included patients with irritable bowel syndrome who were in 2019. Sample size included 30 people from this community, who were selected by available sampling method and tested in two equal groups. The Global health questionnaire, Goldberg et al., and the quality of life of the world health organization were used. The experimental group received cognitive-behavioral therapy for 10 sessions of 90 minutes and the control group received no intervention. The data was analyzed using covariance analysis.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy was effective in increasing general health ($P = 0.001$) and quality of life ($P = 0.026$). In other words, the average of general health and quality of life scores in the experimental group was improved in comparison with the control group.

Conclusion: It seems that by implementing cognitive-behavioral therapy, it is possible to improve the quality of life and general health in patients with irritable bowel syndrome.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, general health, quality of life

*Corresponding Author: Army Air Force Health Department, Tehran, Iran, Email: r.chamane@gmail.com