

درمانگری شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر

Cognitive-Behavior Therapy in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Seyyed Abbas Haghayegh
M. A. in Psychology

Mehrdad Kalantari, PhD
Esfahan University

دکتر مهرداد کلانتری
دانشیار دانشگاه اصفهان

سیدعباس حقایق
کارشناس ارشد روان شناسی

Hosein Molavi, PhD
Esfahan University

Majid Talebi, PhD
Esfahan Medical Science University

دکتر مجید طالبی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر حسین مولوی
استاد دانشگاه اصفهان

Abstract

The efficacy of Cognitive-Behavior Therapy (CBT) in decreasing the symptoms of anxiety and depression in patients suffering from irritable bowel syndrome (IBS) was examined. 32 patients, diagnosed by a gastroenterologist applying the RomeII Criteria, were selected and divided into an experimental and a control group-each composed of 12 patients. The experimental group received a weekly session of CBT for eight weeks. The Health Anxiety subscale of the Specific Quality of Life Questionnaire (Patrick et al., 1998) and the Beck Depression Inventory (BDI, 1961) were administered as pre-post and follow-up tests. The results of MANCOVA showed significantly lower mean scores in symptoms of anxiety ($P < 0.05$) and depression ($P < 0.01$) among the experimental group in the post-test. The follow-up test given eight weeks after the post-test did not show a change in the anxiety scores of experimental group. However, the follow-up test showed an increase in the depression scores of experimental group ($P < 0.05$). Findings support the efficacy of CBT in treating the IBS.

Key words: irritable bowel syndrome, cognitive-behavior therapy, health anxiety, depression.

Contact information : abbas_haghayegh@yahoo.com

چکیده

با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب سلامت و افسردگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (IBS)، ۳۲ بیمار (با تشخیص پزشک متخصص و براساس ملاکهای Rome II)، به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. درمان شناختی - رفتاری در گروه آزمایشی طی هشت جلسه هفتگی به کار بسته شد. زیرمقیاس اضطراب سلامت از پرسشنامه کیفیت زندگی (پاتریک و دیگران، ۱۹۹۸) و فهرست افسردگی بک (BDI، ۱۹۶۱) در آغاز و پایان جلسه‌ها و پس از گذشت دو ماه تکمیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری کاهش معناداری را در نمره‌های اضطراب سلامت و افسردگی گروه آزمایشی در پس‌آزمون نشان دادند. آزمون پیگیری هشت هفته که بعد از پس‌آزمون اجرا شد، تغییری در نمره‌های اضطراب سلامت نشان نداد، اما در نمره‌های افسردگی گروه آزمایشی، افزایش معناداری ($P < 0.05$) دیده شد و ضرورت تدارک یک طرح درمانگری اختصاصی را مطرح کرد. براساس این نتایج، در بیماران روده تحریک‌پذیر، درمان شناختی - رفتاری می‌تواند یک درمان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی : نشانگان روده تحریک‌پذیر، درمان شناختی - رفتاری، اضطراب سلامت، افسردگی.

received : 18 Dec 2007

دریافت : ۸۶/۹/۲۸

accepted : 11 Jun 2008

پذیرش : ۸۷/۳/۲۲

مقدمه

در شکل مدفوع (هاریسون، ۲۰۰۵/۱۳۸۴). میزان شیوع IBS در جمعیت عمومی، بین ۷/۱ تا ۲۰ درصد برآورده شده است که در زنان بیش از مردان است (دراسمن، کورازیوری و تالی، ۲۰۰۰). IBS در همه جوامع و گروه‌های اجتماعی - اقتصادی به شکل گسترده‌ای شایع است و باعث غیبت از کار، انزوای اجتماعی و مشکلات مالی زیادی می‌شود و فشار اقتصادی سنگینی را به جامعه وارد می‌کند (لی و دیگران، ۲۰۰۱). به‌رغم بحث‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته‌اند، رایجترین طبقه‌بندی و زیرمجموعه‌های IBS، براساس نشانگان غالب بیماری، به سه دسته یا گروه غلبه با اسهال^{۱۳}، غلبه با یبوست^{۱۴} و غلبه با درد شکمی^{۱۵} تقسیم می‌شود (دراسمن و دیگران، ۱۹۹۴).

آسیب‌شناسی و درمان IBS در طول ۳۰ سال گذشته، با گذار از یک دیدگاه ساده‌نگر و تقلیلی‌نگر زیستی - پزشکی، به یک نشانگان پیچیده روانی - اجتماعی - زیست‌شناختی تبدیل شده است (تامپسون، ۲۰۰۰). این مدل به‌جز عوامل زیست‌شناختی در فرد (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژیکی دستگاه گوارش)، رفتار، فرایندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز در نظر می‌گیرد (لاکتر، ۲۰۰۵). مهمترین علت IBS، به یک اختلال جنبشی کلونیک^{۱۶} و نوعی نابهنجاری حرکتی نسبت داده شده که به انقباضهای عضلانی در دستگاه گوارش منجر می‌شود. حرکتها و انقباضهای بیش از حد باعث اسهال و کاهش آنها باعث یبوست می‌شود (لاکتر، ۲۰۰۵). همچنین نظریه‌های شناختی، تبیین‌های قابل توجهی در مورد IBS ارائه کرده‌اند. در نظریه‌های شناختی، فرض بر این است که بیماران دچار تحریف‌های شناختی و الگوهای ناسالم تفکر در مورد جهان اطراف و بیماری خود و نوعی بی‌نظمی و بی‌تعادلی بین مراکز شناختی و هیجانی سیستم عصبی مرکزی^{۱۷} (CNS)، سیستم عصبی - هورمونی و سیستم عصبی روده‌ای^{۱۸} (ENS) هستند که این نابهنجاری

اختلال‌های کنش گوارشی^۱ (FGID)، دسته‌ای از بیماریهای جسمانی هستند که با علت نامشخص، ملاکهای تشخیصی سؤال برانگیز، دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (چانگ و دیگران، ۲۰۰۶). پزشکان و متخصصان گوارش، مکرراً با بیمارانی روبه‌رو می‌شوند که از نشانگانی^۲ مانند تهوع^۳، استفراغ^۴، درد شکمی^۵، اسهال^۶ و یبوست^۷ شکایت دارند، که توجیه آناتومیک ظاهری ندارد (دراسمن، ۱۹۹۳). ۷۰ درصد از این بیماران، در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های گوارشی ساختاری^۸، درد بیشتر و ۴۰ درصد استیصال^۹ بیشتری گزارش می‌کنند (لی، مایر، اشمولسان، چانگ و نالیوف، ۲۰۰۱، بلانچارد و دیگران، ۲۰۰۸). همراه با اختلال‌های کنش روده‌ای^{۱۱} (FBD) یک زیر مجموعه وسیع از اختلال‌های کنش گوارشی مشاهده می‌شود (بیلهارتز و کرافت، ۲۰۰۰) که نشانگان آنها براساس نابهنجاریهای ساختاری و زیست - شیمیایی^{۱۱} قابل تبیین نیست (دراسمن، ریچتر و تالی، ۱۹۹۴). در بین ۲۵ اختلال کنش گوارشی، نشانگان روده تحریک‌پذیر^{۱۲}، شایعترین، پر هزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آنهاست (لاکتر، ۲۰۰۵).

نشانگان روده تحریک‌پذیر (IBS)، از شایعترین و ناشناخته‌ترین اختلال‌های گوارشی است که مشخصه آن درد شکمی و تغییر در اجابت مزاج در غیاب اختلال‌های ساختاری قابل شناسایی است (هاریسون، ۲۰۰۵/۱۳۸۴). به دلیل فقدان مبنای زیست‌شناختی مشخص، تشخیص براساس ارزیابی نشانگان و ضوابط بالینی صورت می‌گیرد. در حال حاضر IBS براساس ضوابط Rome II تشخیص داده می‌شود: درد یا ناراحتی شکمی به مدت ۱۲ هفته، که یا دو نشانه از نشانه‌های زیر همراه باشد: برطرف شدن درد با اجابت مزاج، شروع نشانه‌های همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج و شروع نشانه‌های همراه با تغییر

1. Functional Gastrointestinal Disorders
2. syndrome
3. nausea
4. vomiting
5. abdominal pain
6. diarrhea

7. constipation
8. Structural Gastrointestinal Disorders
9. distress
10. Functional Bowel Disorders
11. structural and bio-chemical abnormalities
12. Irritable Bowel Syndrome

13. diarrhea-predominant
14. constipation-predominant
15. painful IBS
16. colonic motility
17. Central Nervous System
18. Entric Nervous System

سلامت از زاویه بالینی مهم است و نقش بسزایی در بهزیستی هیجانی^۱ و رفتاری فرد دارد. در نوع وخیم آن، فرد مرتب نشانگان و تغییرات بدنی خود را کنترل می‌کند، نسبت به آنها حساس می‌شود و آنها را فاجعه-آمیز و خطرناک می‌داند و ضمن اجتناب از دستیابی به اطلاعات درباره بیماریها، به گونه‌ای مکرر به پزشک مراجعه می‌کند (دیل، ۲۰۰۷). اضطراب سلامت یکی از ویژگیهای بارز جدول بالینی بیماران IBS است و به عنوان یک پیش‌بینی کننده مهم در استمرار شکایتهای جسمانی این بیماران مطرح است (وندویک، ویلهمسن و فاروپ، ۲۰۰۳). افسردگی یک اختلال روانی شایع در تمام عمر در بیماران IBS، قبل و بعد از بیماری، است و این بیماران در ملاک افسردگی آزمون^{۱۱} MMPI، همواره نمره بالاتری نسبت به گروه کنترل کسب می‌کنند (الاتونگی، تولین و لوهی، ۲۰۰۴).

در بین روان‌درمانگریهای پیشنهادی در مورد IBS، درمان شناختی - رفتاری هم از مبنای نظری قویتری برخوردار است و هم پژوهشهای متعددی، اثربخشی آن را در کاهش نشانگان، بهبود کیفیت زندگی و درمان اختلالهای روانی توأم، تأیید کرده‌اند (بویس، تالی، بولام، کولوشی و ترومن، ۲۰۰۳، بلانچارد و دیگران، ۲۰۰۷، لاکنر، گلن، کودلسکی، سندرز، کرندرس و کراسنرس، ۲۰۰۵). در مدل شناختی IBS، فرض می‌شود که باورهای ناکارآمد، فرضهای زیربنایی و فرایندهای شناختی (تفکر، حافظه و توجه) از طریق ارتباطهای عصبی بین مغز و روده و نظامهای زیست‌شناختی، احساسها و کنشهای روده را دچار مشکل می‌کنند و نشانگان IBS را به‌وجود می‌آورند (نالیبوف، دربی‌شایر، موناکاتا، برمن، مندلکرن و چنگ، ۲۰۰۱). بیماران IBS، نسبت به سلامت جسمانی و بیماری خود، افکار غیر منطقی و افراطی دارند: مانند «داروها در بهبود علائم مؤثر نبوده‌اند و احتمالاً دچار نوعی بیماری خطرناک مانند سرطان هستیم» و یا «اسهال بیش از حد

نشانگان بیماری مانند درد شکمی و اسهال را به‌وجود می‌آورد (لاکنر، ۲۰۰۵).

در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالهای روانی^۱ (DSM-IV-TR)، نشانگان روده تحریک‌پذیر در مجموعه‌ای تحت عنوان اختلالهای بدنی شکل^۲ که عوامل روان‌شناختی در آن مؤثر هستند، آمده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳/۱۳۸۲). بسیاری از پژوهشها، توأم بودن قابل ملاحظه IBS با اختلالهای روانی را نشان داده‌اند (وایتهد، پالسون و جونز، ۲۰۰۲). بلانچارد و دیگران (۲۰۰۶) در یک پژوهش گسترده به این نتیجه رسیده‌اند که ۵۵ درصد از بیماران IBS دارای یک اختلال روانی در محور I هستند. در این بین، همواره اختلالهای خلقی (به‌ویژه افسردگی مهاد^۳ و کژ-خویی^۴)، اختلالهای اضطرابی (به‌خصوص اختلال اضطراب تعمیم یافته^۵ و وحشت‌زدگی^۶) و اختلالهای بدنی‌سازی^۷ (به‌ویژه خودبیمار پنداری^۸)، همواره شایعترین اختلالهای روانی توأم بوده‌اند (شوارس، بلانچارد، برمن، شارف و گرین، ۱۹۹۳ و سیمون، وانکورف، پیکینلی، فولرتن و ارمل، ۱۹۹۹). در این پژوهش به بررسی دو اختلال اضطراب سلامت^۹ و افسردگی پرداخته شد. اضطراب سلامت با باورها، افکار و هراسهایی که فرد در مورد سلامت جسمانی خود دارد، تعریف می‌شود. اضطراب سلامت بر روی یک پیوستار از خفیف تا شدید قرار می‌گیرد که شکل خفیف آن یک مشکل رایج در جمعیت عمومی است و شکل شدید آن در اختلالهای روانی مانند اختلالهای خودبیمار پنداری و وحشت‌زدگی ظاهر می‌شود (تیلور و آسموندسن، ۲۰۰۴). در گذشته به‌دلیل فقدان مدل‌های نظری جامع، این اختلال از سوی پژوهشگران و متخصصان مورد توجه جدی قرار نگرفته بود، ولی در سالهای اخیر به‌دلیل ارائه فرمول‌بندیهای دقیق و فهم بهتر مکانیزمهای زیربنایی آن، تلاشهای درمانی زیادی به‌سوی آن معطوف شده است (زولنسکی، گرگور و ووجانویک، ۲۰۰۴). اضطراب

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition
2. somatoform disorders
3. major depression
4. dystymic

5. generalized anxiety disorder
6. panic
7. somatization disorder
8. hypochondriasis
9. health anxiety

10. emotional well-being
11. Minnesota Multiple Personality Inventory

باعث دفع آب و املاح حیاتی بدن من می‌شود و ممکن است باعث مرگ شود».

الگوهای اختصاصی شناختی - رفتاری توسط تیلور و آسموندسن (۲۰۰۴) و سالکوویس و وارویک (۲۰۰۱) نقل از زولنسکی و دیگران، (۲۰۰۴)، ابداع شده‌اند و روز به روز اشتیاق به این روی آورد در درمان اختلالهای روانی توأم با IBS بیشتر می‌شود.

در این الگوها، فرض بر این است که، این افراد در دوران کودکی با رویدادهای ناخوشایندی مانند یک بیماری یا جراحی خطرناک مواجه بوده‌اند؛ رویدادهایی که به شکل‌گیری روان‌بنه‌های شناختی نادرست در ذهن آنها منجر و موجب شده‌اند تا احساسها و نشانگان جسمانی، تغییرات بدنی و اطلاعات پزشکی و نتایج آزمایشها را به شیوه‌ای غیرمنطقی و نادرست تفسیر کنند و به رفتارهای اطمینان‌بخش بی‌ثمر، دست بزنند. با توجه به شیوع بالای این نشانگان در جمعیت عمومی و همراهی بالای آن با اختلالهای روانی و کمبود پژوهشهای روان‌شناختی در داخل کشور (به‌خصوص از نوع مداخله‌ای) در این زمینه، انجام چنین پژوهشهایی ضرورت دارد.

فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از :

درمانگری شناختی - رفتاری، اضطراب سلامت و

افسردگی بیماران مبتلا به IBS را کاهش می‌دهد.

روش

جامعه آماری: از کلیه بیماران سرپایی مبتلا به نشانگان

روده تحریک‌پذیر، که در بهار سال ۱۳۸۶ به مرکز درمانی شهر اصفهان مراجعه کردند، تشکیل شد. ۳۲ نفر به‌طور تصادفی از بین بیمارانی که در نوبت بعدازظهر به بیمارستان الزهرای شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. انتخاب گروه نمونه براساس تشخیص IBS توسط پزشک متخصص براساس ملاکهای Rome II، علائم بیماری از نوع درد و اسهال، حداکثر سن ۵۰ سال و حداقل مدرک تحصیلی دوره راهنمایی، انجام شد. به‌علت

عدم مشارکت فعال ۴ نفر از بیماران گروه آزمایشی، ۴ بیمار نیز به‌شکل تصادفی، از گروه کنترل حذف شدند. نمونه نهایی شامل ۲۴ نفر شد (۱۲ نفر در هر گروه). با توجه به علائمی مانند درد شکمی و اسهال در بیماران، پزشک متخصص ناگزیر به تجویز دارو در هر دو گروه بود اما گروه کنترل تحت هیچگونه مداخله دیگری قرار نگرفت.

شیوه اجرا: گروه آزمایشی جهت شرکت در جلسه‌ها، به‌طور تصادفی در دو گروه ۶ نفری قرار گرفتند و برنامه درمانی طی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه به مدت یک ساعت و نیم) اجرا شد. در جلسه اول و هشتم از بیماران خواسته شد تا به زیرمقیاس اضطراب سلامت از پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران IBS و پرسشنامه افسردگی بک (بک، ۱۹۶۱) پاسخ دهند. جلسه پیگیری به فاصله دو ماه در همان محل برگزار شد و بعد از اطلاع از وضعیت سلامت جسمانی و روانی بیماران، از آنها خواسته شد مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. جلسه‌های درمانی طبق یک الگوگیری کلی از مدل بک (۱۹۸۹/۱۳۸۰) و فنون رفتاری مانند آموزش تنش‌زدایی تدریجی^۱ و برنامه‌ریزی فعالیتها^۲ انجام شد. با توجه به اینکه دو متغیر وابسته افسردگی و اضطراب سلامت مبین افکار ناکارآمد و باورهای زیربنایی خاص خود بودند، در هر جلسه به‌طور جداگانه به آنها پرداخته شد. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه صورت گرفت به شرح زیر است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ آشناکردن اعضا با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روان-شناختی در بروز و تشدید علائم؛ معرفی کلی شناخت درمانگری؛ تعیین هدفها و انتظارها.

جلسه‌های دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیماران؛ ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد؛ شناسایی افکار برانگیزاننده علائم منفی (خصوصاً افکار مربوط به اضطراب سلامت مانند: «چون داروها در بهبود بیماریم تأثیر نداشته‌اند، ممکن است به یک بیماری غیرقابل علاج مبتلا شده باشم» و خلق افسرده مانند: «اعضای خانواده

1. relaxation training

2. activity scheduling

محتوایی^۷ آن توسط چند گروه پزشک، روان‌پزشک، روان‌شناس و متخصص همه‌گیری‌شناسی^۸ تأیید شده است (ابراهیمی دریانی، ۱۳۸۲). سؤالها در یک طیف پنج درجه‌ای (هرگز، به‌ندرت، تا حدی، زیاد و شدید) نمره‌گذاری می‌شوند. در این پژوهش تنها از زیرمقیاس اضطراب سلامت استفاده شد (کانازاوا و دیگران، ۲۰۰۷).

فهرست افسردگی بک^۹ (BDI): این فهرست یکی از مقیاسهای متداول خودسنجی افسردگی است، که توسط بک (۱۹۸۹/۱۳۸۰) تهیه شده است و از آن زمان تا به حال ارزیابیهای جدی روان‌سنجی در مورد آن صورت گرفته‌اند. ضریب همسانی درونی آن برابر با ۰/۸۶ و ضریب باز آزمایی آن برابر با ۰/۹۱ است. تکمیل این پرسشنامه بین ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد و نمره افراد افسرده در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد.

نتایج تحلیل عاملی نشان داده‌اند که این فهرست از یک عامل غیرشناختی و یک عامل شناختی - عاطفی، اشباع شده است (مارنات، ۲۰۰۳/۱۳۸۲).

در ایران اعتبار این پرسشنامه را از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش دو نیمه‌سازی ۰/۷۰ و ضریب همستگی بین فرم ۱۳ سؤالی و فرم ۲۱ سؤالی آن ۰/۷۴ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۱). با توجه به طرح تحقیق تجربی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه، برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و آزمون t وابسته استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگیهای جمعیت‌شناختی بیماران دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آورده شده‌اند. میانگین سن بیماران ۳۲ و انحراف معیار آن برابر با ۹ سال است.

در تحلیل داده‌ها، نمره‌های پیش‌آزمون و سن بیماران (به‌دلیل رابطه بالا و معناداری آنها با نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، $r = ۰/۷۳$) به‌عنوان متغیرهای

مرا درک نمی‌کنند و فکر می‌کنند من در بیماریم اغراق می‌کنم؛) بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانها و کمک به حل آنها با استفاده از فنون تجسمی .

جلسه‌های چهارم، پنجم، ششم و هفتم: آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری)؛ استفاده از فنونی مانند پرسشگری سقراطی و فلش رو به پایین^۱، قراردادن یک نوار آموزشی در اختیار اعضا؛ تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آن.

جلسه هشتم: خلاصه‌کردن و جمع‌بندی مطالب هفت جلسه گذشته؛ معرفی چند کتاب به‌منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانگری و جلب توجه بیماران به باورهای بینابینی و فرضهای زیربنایی؛ گرفتن پس‌خوراند^۲ از بیماران نسبت به جلسه‌های درمانی؛ انجام تکالیف خانگی تا مرحله پیگیری (دو ماه بعد).

از گروه کنترل نیز خواسته شد دو پرسشنامه مزبور را تکمیل کنند (پیش‌آزمون). دو نسخه دیگر از هر یک از پرسشنامه‌ها، به‌ترتیب دو ماه (پس‌آزمون) و ۴ ماه (پیگیری) بعد، تکمیل شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران نشانگان روده تحریک‌پذیر (IBS-QOL)^۳: این پرسشنامه توسط پاتریک^۴ و دراسمن (۱۹۹۸) ساخته شده و از جمله ابزارهای معتبر در این زمینه است که نسبت به انواع درمان، حساسیت و پاسخ‌دهی ویژه‌ای دارد و به چندین زبان ترجمه و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۴ سؤال و ۸ زیرمقیاس است که روابط بین فردی، نگرانیهای جنسی، اضطراب سلامت، واکنش اجتماعی، ملال^۵ ناشی از بیماری، تصویر بدنی^۶، اجتناب از غذا و مداخله در فعالیت روزانه را در برمی‌گیرند و ضرایب همسانی درونی آن به‌ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۵۶، ۰/۹۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۶۱ و ۰/۷۴ به‌دست آمده است. ضریب همسانی درونی کل مقیاس، برابر با ۰/۹۶ است (کانازاوا و دیگران، ۲۰۰۷). در ایران این پرسشنامه اعتباریابی شده است و روایی

1. downward arrow
2. feedback
3. Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Questionnaire

4. Patrick, B.
5. disphoria
6. body image
7. content validity
8. epidemiology
9. Beck Depression Inventory

جدول ۱. متغیرهای جمعیت شناختی بیماران به تفکیک گروه

گروه		متغیر
آزمایشی	کنترل	
جنس		
۴۲	۵۰	مرد
۵۸	۵۰	زن
سن		
۵۰	۳۲	۱۹-۲۹
۳۳	۳۷	۳۰-۳۹
۱۷	۳۱	۴۰-۵۰
تحصیلات		
۸	۲۷	راهنمایی
۵۰	۵۶	دیپلم
۱۷	۱۰	فوق دیپلم
۲۵	۷	لیسانس
وضعیت تأهل		
۷۵	۷۵	مجرد
۲۵	۲۵	متأهل

توجه: همه ارقام به درصد ارائه شده است.

همپراش در نظر گرفته شدند. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمره‌های اضطراب سلامت و افسردگی، با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک^۱ بررسی شد و در هر دو گروه آزمایشی ($P = ۰/۳۷, ۰/۹۸$) و کنترل ($P = ۰/۳۵, ۰/۹۴$) مورد تأیید قرار گرفت.

پیش فرض تساوی واریانسها (پس آزمون و پیگیری) با استفاده از آزمون لون^۲ بررسی شد. این پیش فرض در مورد هر دو متغیر وابسته (اضطراب سلامت و افسردگی) در هر دو مرحله پس آزمون ($P = ۰/۲۶, ۰/۹۶$) و پیگیری ($P = ۰/۰۶, ۰/۷۷$) تأیید شد. بررسی پیش فرض تساوی کوواریانس نمره‌ها با استفاده از آزمون باکس^۳ انجام و در هر دو متغیر تأیید شد ($P = ۰/۲۶, ۰/۴۷$).

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب سلامت و افسردگی بیماران دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون (قبل و بعد از کنترل متغیرهای همپراش) و پیگیری آورده شده است. جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب سلامت و افسردگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. مشخصه‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه و دفعات آزمون

	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	SD	M	SD	M	
اضطراب سلامت					
آزمایشی	۹/۶۶	۱/۸۷	۷/۵۸	۱/۳۷	۷/۷۵
کنترل	۱۰/۰۸	۲/۶۰	۹/۵۸	۲/۱۵	۹/۴۱
افسردگی					
آزمایشی	۳۱/۵۸	۸/۰۷	۲۶/۳۳	۷/۴۶	۲۷/۷۵
کنترل	۳۲/۰۸	۸/۹۲	۳۰/۸۳	۸/۵۸	۳۲/۰۰

واریانس اضطراب دو گروه از طریق مداخله تبیین می‌شود. همچنین، بین میانگینهای تعدیل شده نمره‌های پس آزمون افسردگی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P = ۰/۰۲۲$). اندازه اثر آن برابر با $۰/۹۵۲$ و نشان دهنده آن است که ۲۵ درصد از واریانس نمره‌های دو گروه، ناشی از مداخله است.

همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند، بعد از کنترل اثر متغیرهای همپراش بر نمره‌های پس آزمون، بین میانگینهای تعدیل شده نمره‌های اضطراب سلامت دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۷$)، اندازه اثر آن برابر با $۰/۳۳$ است و نشان می‌دهد که ۳۳ درصد

جدول ۳.

خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری برای تأثیر درمانگری شناختی - رفتاری

منبع پراش	E	P	η^2
پیش‌آزمون اضطراب سلامت			
پس‌آزمون اضطراب	۶/۳۷۸	۰/۰۲۱	۰/۲۶۲
پس‌آزمون افسردگی	۲/۰۳۸	۰/۱۷۱	۰/۱۰۲
پیش‌آزمون افسردگی			
پس‌آزمون اضطراب	۲/۸۲۴	۰/۱۱۰	۰/۱۳۶
پس‌آزمون افسردگی	۴۸/۸۱۳	۰/۰۰۰	۰/۷۳۱
سن			
پس‌آزمون اضطراب	۰/۰۱۷	۰/۸۹۷	۰/۰۰۱
پس‌آزمون افسردگی	۰/۳۰۳	۰/۵۸۹	۰/۰۱۷
مداخله			
پس‌آزمون اضطراب	۹/۱۹۵	۰/۰۰۷	۰/۳۳۸
پس‌آزمون افسردگی	۶/۳۰۶	۰/۲۲	۰/۲۵۹

توجه: $\eta^2 =$ قدرت رابطه

بحث

نشانگان روده تحریک‌پذیر از شایع‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالاتی کنش‌گوارشی است که با اختلالات روانی مانند اختلالات افسردگی مه‌اد، افسرده‌خویی، اختلالات اضطراب‌تعمیم‌یافته و وحشت‌زدگی و اختلالات بدنی شکل به‌خصوص خودبیمار پنداری همراه است. نتایج جدول‌های ۳ و ۴ نشان می‌دهند که، درمان شناختی - رفتاری به‌طور معناداری میانگین نمره‌های اضطراب سلامت بیماران روده تحریک‌پذیر را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تداوم می‌یابد. این نتایج با نتایج پژوهش بلانچارد و دیگران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. به‌طور کلی مدل‌های اختصاصی اضطراب سلامت مانند سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۱) نقل از زولنسکی و دیگران، (۲۰۰۴) و تیلور و آسموندسن (۲۰۰۴) و همچنین مدل‌های غیراختصاصی مانند مدل بک (۱۹۸۹/۱۳۸۰) نشان داده‌اند که اصول کلی شناخت درمانگری کلاسیک به بیماران کمک می‌کند تا در مورد ماهیت بیماری و علائم آن، به بینش دست یابند، نگرانی‌های غیر واقع‌بینانه و افراطی خود را بپذیرند، افکاری را که باعث این نگرانی‌ها

به منظور مقایسه میانگین نمره‌های مرحله پیگیری با پس‌آزمون و تعیین استمرار نتایج درمانی، آزمون t وابسته به کار رفت که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده‌اند.

جدول ۴.

خلاصه آزمون t وابسته بین میانگین نمره‌های پیگیری و پس-آزمون اضطراب سلامت و افسردگی

متغیر	d	SD	t
اضطراب سلامت	۰/۲۰۸	۱/۰۲۰	-۱/۰۰۰
افسردگی	۱/۵۱۰	۳/۱۴۸	-۲/۳۳۴*

توجه: d = اختلاف میانگینها $P < ۰/۰۵$.

عدم تفاوت معنادار بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری اضطراب سلامت، نشان‌دهنده آن است که، تغییرات درمانی تا مرحله پیگیری استمرار داشته‌اند. در حالی که وجود تفاوت معنادار (P = ۰/۰۲۹) بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری افسردگی مبین عدم استمرار تغییرات درمانی در مرحله پیگیری است.

از پرداختن به لایه‌های زیرین و مهمتر شناختی مانند باورهای بینابینی و باورهای هسته‌ای غفلت کرده‌اند، در حالی که این فرضها و باورهای زیربنایی هستند که ناهشیارانه افکار منفی را بر می‌انگیزند و عواطف ناخوشایند را به همراه دارند. به علت کمبود وقت و تفهیم الگوی شناختی، بیشتر به شناسایی و ارزیابی افکار ناکارآمد پرداخته شد تا قواعد و فرضهای زیربنایی. دو عامل مذکور، می‌تواند عدم ثبات نتایج در مرحله پیگیری و اندازه اثر پایین مداخله را تبیین کنند. همچنین به دلیل نبود وقت کافی، مقایسه درمان شناختی - رفتاری با زیر - ریخت غلبه با بیوست و سایر اختلالهای کنش گوارشی، امکان پذیر نشد، که می‌تواند در پژوهشهای آتی مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آینده از سایر روان‌درمانگریها که در مورد IBS به کار رفته‌اند مانند پس‌خوراند زیستی^۱، هیپنوتراپی^۲، تنش‌زدایی تدریجی و روان‌تحلیلگریهای کوتاه‌مدت به صورت مقایسه‌ای با درمان شناختی - رفتاری استفاده شود.

منابع

- ابراهیمی دریانی، ن. (۱۳۸۲). اعتباریابی پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله گوارش (ویژه سومین کنگره بیماریهای گوارش و کبد ایران)*، ۴۲، ۲۰۱-۲۰۰.
- بک، ج. س. (۱۳۸۰). *راهنمای گام به گام شناخت درمانی*. ترجمه: ا. دوراهی و م. ر. عابدی. اصفهان: انتشارات گل‌های محمدی (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۸۹).
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۲). *خلاصه روان‌پزشکی بالینی - علوم رفتاری*. ترجمه: ج. رفیعی و خ. سبحانین. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).
- گودرزی، م. ع. (۱۳۸۱). بررسی روایی و پایایی مقیاس نومیدی بک در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱۸ (۲)، ۳۹-۲۶.
- مارنات، گ. گ. (۱۳۸۲). *راهنمای سنجش روانی (ج دوم)*. ترجمه: ج. پاشا شریفی و م. ر. نیکخو. تهران: انتشارات سخن (تاریخ

می‌شوند شناسایی و یادداشت کنند و سپس با کمک درمانگر آنها را مورد پرسش و بازنگری قرار دهند. بدین ترتیب افکار منفی و نادرستی مانند: «ممکن است دچار نوعی بیماری خطرناک باشم که تشخیص داده نشده است» یا «اسهال باعث دفع آب و املاح حیاتی می‌شود و ممکن است منجر به مرگ شود» و یا «چون داروها باعث بهبودی من نشده‌اند، بیماریم غیرقابل درمان است»، شناسایی می‌شوند و به تدریج افکار صحیح‌تر و تعدیل شده‌تری مانند «سرطان، علائم بدنی متفاوت و شدیدتری دارد که من آنها را ندارم»، «داروها توانسته‌اند تا حدی علائم آزاردهنده‌ای مانند اسهال و درد شکمی را کنترل کنند» و یا «عدم بهبودی بیماری من ممکن است به خاطر عدم رعایت رژیم غذایی پیشنهاد شده باشد نه عدم تأثیر داروها» جای آنها را می‌گیرند. به این ترتیب، بیمار نسبت به ماهیت افکار منفی خود هشیار می‌شود، به تفسیر علائم بدنی خود به نحو واقع بینانه‌تری می‌پردازد و کمتر دچار اضطراب سلامت می‌شود.

با بررسی فرضیه دوم، مشخص شد که در گروه درمانگری شناختی - رفتاری، میانگین نمره‌های افسردگی در پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافتند. این نتیجه، با نتایج پژوهش بويس و دیگران (۲۰۰۳)، همخوانی دارد، با این حال، این کاهش در مرحله پیگیری دوام نداشته است. به‌طور کلی افسردگی در IBS می‌تواند ناشی از علل مختلفی مانند: انزوای اجتماعی، نارضایتی از فعالیت جنسی، واکنش اطرافیان نسبت به بیماری باشد، که همگی این علل به‌طور مستقیم پیامد شرایط و عوارضی هستند، که بیماری برای آنها ایجاد کرده است. بنابراین افسردگی در این بیماران ناشی از علل و عوامل متعددی است که بایستی به‌طور اختصاصی و در چندین جلسه درمانگری مورد ارزیابی و شناسایی قرار گیرند و همچنین درمان طبق یک طرح درمانگری اختصاصی پیش رود. همچنین همانطور که لاکنر (۲۰۰۵) اشاره کرده است، تمامی شناخت درمانگریهایی که بر روی IBS انجام شده‌اند بر افکار و بازخوردهای ناکارآمد متمرکز شده‌اند و

- severe health anxiety. *Journal of Psychiatry*, 6, 240-246.
- Drossman, D. A. (1993).** U. S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. *Digestive Disease and Sciences*, 38, 1560-1580.
- Drossman, D. A., Corazziori, E., & Talley, N. J. (2000).** *The functional gastrointestinal disorder*. Mclean, VA : Degnon.
- Drossman, D. A., Richter, J. E., Talley, N. J. (1994).** *The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology and treatment.*, VA: Degnon Associates.
- Kanazawa, M., Drossman, D. A., Shinozahi, M., Sagami, Y., Endo, Y., Palsson, O., Hongo, M., Whithead, W. E., & Fuhundo, S. (2007).** Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure. *Psychosocial Medicine*, 1 (6), 1-7.
- Lackner, M. J. (2005).** No brain, no gain : The role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 125-136.
- Lackner, J. M., Gellman, R., Cudleski, G., Sanders, K., Kranders, K., Krasners, S. (2005).** Dysfunctional attitudes, gender, and psychopathology as predictors of pain affect in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 151 -161.
- Lea, Oh., Mayer, E. A., Schmulsan, M., Chang, L., & Naliboff, B. (2001).** Gender-related differences in IBS symptoms. *Journal of Gastroenterology*, 96, 1184-2193.
- Naliboff, B. D., Derbyshire, S. W., Munakata, J., Berman, S., Mandelkern, M., & Chang, L. (2001).** Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during recto-sigmoid stimulation. *Psychosomatic Medicine*, 63, انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).
- هاریسون، ت. ر. (۱۳۸۴).** اصول طب داخلی (بیماریهای گوارش). ترجمه : م. ارجمند. تهران : انتشارات مؤسسه چاپ سامان (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۵).
- Bilhartz, L., & Croft, C. (2000).** *Gastrointestinal disease in primary care*. Philadelphia: Coloplan.
- Blanchard, E. B., Lackner, J., Gusman, O. R. K., Gudleski, G. D., Sanders, K., Keefer, L., & Krasner, S. (2006).** Predication of treatment outcome patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 44, 317-337.
- Blanchard, E., Lackner, J., Jaccand, J., Rowell, D., Carosella, A., Powell, C., Sanders, K., Krasner, S., & Kuhn, E. (2008).** The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *Psychosomatic Research*, 64 (2), 119-128.
- Blanchard, E. B., Lackner, J., Jandres, K, Krasner, S., Keffer, L., Payne, A., Gudleski, C. D., & Dulgar-Tulloch, L. (2007).** A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 45, 633-648.
- Boyce, P. M., Talley, N. J., Bolam, B., Koloshi, N. A., & Truman, G. (2003).** A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology*, 98, 2209 -2218.
- Chang, L., Toner, B., Fukdo, Sh., Guthrie, E., Locke, G. R., Norton, J. N., & Sperber, D. A. (2006).** Gender, age, society, culture and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Journal of Gastroenterology*, 130, 1435-1446.
- Deale, A. (2007).** Psychopathology and treatment of

- Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004).** *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach.* New York: Guilford.
- Thompson, W. B. (2000).** *Functional bowel disorders and functional abdominal pain.* Dungeon Associates Incorporated.
- Vandvick, P. O., Wilhelmsen, I., & Farup, P. G. (2003).** Health anxiety predicts persisting complaints in IBS patients. *Gastroenterology, 124,* A529-A530.
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002).** Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology, 122,* 1140-1156.
- Zvolensky, M. J., Gregor, K., & Vujanovic, A. A. (2004).** *Treating health anxiety: A cognitive behavioral approach.* Burlington: The University of Vermont.
- 365-375.
- Olatungi, B. O., Tolin, D. F., & Lohy, J. M. (2004).** Irritable bowel syndrome: Associated features and the efficacy of psychological treatment. *Applied and Preventive Psychology, 11,* 125-140.
- Patrick, D. L., Drossman, D. A., Fredrick, I. O., Dicesare, J., & Puder, K. L. (1998).** Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: Development and validation of a new measure. *Digestive Disease and Sciences, 45 (2),* 400-411.
- Schawars, S. P., Blanchard, E. B., Berremen, C. F., Scharff, L., Greene. B. R. (1993).** Psychological aspects of irritable bowel syndrome: Comparison with inflammatory bowel disease and non-patients control. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 297-304
- Simon, G. E., Vonkorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999).** An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engle J Med, 341,* 1329-1335.