

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی

عنوان

**اثر بخشی درمان فراشناختی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی**

**بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر**

استاد راهنما

دکتر زهره سپهری شاملو

اساتید مشاور

دکتر علی مشهدی

دکتر فرهاد فرید حسینی

دانشجو

عطیه سادات طباطبایی شهر آباد

بهمن ماه ۱۳۹۲

تقدیم با بوسه بردستان مادرم:

به دریای بیکران خداکاری و عشق که وجودم برایش به نچ بود و وجودش بر ایمم به مهر!

به او که نمی دانم از بزرگی اش بگویم یا وسعت سخاوت، مهربانی و سکوتش و...

مادرم راه تمام زندگیست، مادرم دنجوشی بهیچکی ست

تقدیم به مهربان فرستگان زندگیم، به برادرم و خواهرانم که:

سختات ناب باور بودن، لذت غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا و زیبای زندگیم،

مدیون حضور سبز آسماناست.

و تقدیم می کنم به:

بمفرم، بمسرتانم، که سایه مهربانش سایه سار زندگیم می باشد

او که اسوه صبر و تحمل است و در محله محله این راه، دست پر توان یاری دهنده اش را بر شانه های ضعیف من گذاشت و قدم به قدم در این مسیر همراهیم نمود.

به خودم تبریک می گویم که تو را دارم و دنیا با همه بزرگی اش مثل تو را ندارد.

باشکر از اساتید بزرگوارم که شایسته هرنوع پاس، تجلیل و تکریم اند؛

باتقدیر و شکر شایسته از استاد فرزانه سرکار خانم دکتر زهره سپهری شالوک که با نکته های سنجیده و گفته های نفیض خود، نه تنها در اتمام این پژوهش بلکه در طی شش سال تحصیل، همواره راهسما و راه گشای من بوده اند و جناب آقای دکتر علی مشهدی؛ استاد مشاور محترم که با نظرهای اصلاحی ارزنده خود، موجب دلگرمی و حمایت بنده در طول این راه پرپیچ و خم شده اند؛ همچنین باشکر و تقدیر فراوان از استاد ارجمند و فرهیخته جناب آقای دکتر فرهاد فرید حسینی که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از پیچگی در این عرصه بر من دریغ ننمودند و زحمات مشاوره این پایان نامه را بر عهده گرفتند.

بر خود لازم می دانم از دوست عزیزم؛ خانم سمانه ایرانیان که صادقانه در طول دو سال تحصیل، مرا همراهی نمودند صمیمانه قدردانی نمایم.

## چکیده

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات کارکردی دستگاه گوارش است که به علت ایجاد درد مزمن، احساس ناراحتی اثرات منفی بر کیفیت زندگی می‌گذارد. بنابراین بررسی تأثیر درمان‌های روانشناختی بر این اختلالات از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. این پژوهش به روش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. پرسشنامه افسردگی بک نسخه دو (BDI-II) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) به عنوان مقیاس غربالگری مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS) و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت- فرم کوتاه (SF-36) به عنوان مقیاس سنجش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. ۲۲ نفر زن (سن:  $M=36/7$ ;  $SD=9/99$ ) از بیماران مراجعه کننده به متخصص داخلی که نمره پرسشنامه افسردگی بک نسخه دو (BDI-II) آنها بین ۱۳ تا ۲۸ و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) آنها از هشت تا ۲۵ بود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. پس از تکمیل پیش‌آزمون، گروه مداخله هشت جلسه تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره توسط نرم افزار SPSS-۲۱، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری را در اضطراب و افسردگی و بهبود قابل توجهی در شش خرده مقیاس از هشت خرده پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت- فرم کوتاه (SF-36) که عبارتند از: محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد نشان داد؛ اما در دو خرده مقیاس عملکرد جسمانی و سلامت عمومی تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد. براساس نتایج پژوهش بکارگیری درمان فراشناختی می‌تواند در کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سندرم روده تحریک‌پذیر، اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی، فراشناخت درمانی

## فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	<b>فصل اول: مقدمه پژوهش</b>
۴	بیان مسأله
۷	اهداف و ضرورت پژوهش
۹	سؤالات پژوهش
۹	تعریف متغیرهای پژوهش
۹	سندرم روده تحریک پذیر
۱۰	درمان فراشناختی
۱۰	گروه درمانی
۱۱	اضطراب
۱۱	کیفیت زندگی
۱۳	<b>فصل دوم: گستره نظری و ادبیات پژوهش</b>
۱۳	مفهوم سلامت
۱۴	رابطه ذهن و بدن
۱۶	طب روان تنی
۱۷	فیزیولوژی دستگاه گوارش
۱۸	ارتباط دستگاه گوارش با سیستم عصبی
۲۰	سندرم روده‌ی تحریک پذیر
۲۴	تظاهرات بالینی
۲۵	همه‌گیری‌شناسی
۲۶	علت‌شناسی
۲۶	تغییرات سیستم حرکتی کولون و روده باریک
۲۷	افزایش حساسیت احشایی
۲۷	تولید و دفع گاز
۲۸	عدم تحمل غذا

۲۹	اختلال در سیستم اعصاب مرکزی
۲۹	ژنتیک
۲۹	عوامل روانی
۳۱	اضطراب در بیماران سندرم روده تحریک پذیر
۳۳	افسردگی در بیماران سندرم روده تحریک پذیر
۳۴	عوارض سندرم روده تحریک پذیر
۳۵	کیفیت زندگی
۳۷	درمان
۳۷	درمان دارویی
۳۹	درمان های غیر دارویی
۳۹	اصلاح رژیم غذایی
۴۰	درمان های جایگزین
۴۰	روان درمانی
۴۱	مراقبه و آرامش تدریجی
۴۲	درمان روان پویشی
۴۳	هیپنوتراپی
۴۵	درمان های شناختی- رفتاری
۴۸	درمان فراشناختی
۵۴	جمع بندی
۵۵	<b>فصل سوم: روش های پژوهش</b>
۵۵	طرح پژوهش
۵۵	شرکت کنندگان (جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری)
۵۶	ابزار پژوهش
۵۶	پرسشنامه افسردگی بک- (BDI-II)
۵۷	مقیاس اضطراب بک (BAI)
۵۸	مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)
۵۹	پرسشنامه زمینه یابی سلامت- فرم کوتاه (SF-36)

۶۰	..... روند اجرای پژوهش
۶۱	..... روش‌های آماری تحلیل داده‌ها
۶۲	..... <b>فصل چهارم: یافته‌های پژوهش</b>
۶۲	..... اطلاعات جمعیت شناختی
۶۲	..... بررسی متغیر وضعیت تأهل
۶۳	..... بررسی متغیر سطح تحصیلات
۶۳	..... بررسی متغیر سن
۶۴	..... آزمون سوالات پژوهش
۷۹	..... <b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری</b>
۸۰	..... بررسی و تفسیر نتایج پژوهش
۹۱	..... جمع‌بندی
۹۲	..... پیشنهادهای پژوهش
۹۲	..... محدودیت‌های پژوهش
۹۳	..... منابع
۱۰۳	..... پیوست‌ها



## فهرست جدول‌ها

- جدول ۴-۱: توزیع فراوانی متغیر وضعیت تأهل به تفکیک در گروه‌های مداخله و کنترل ..... ۶۲
- جدول ۴-۲: توزیع فراوانی متغیر سطح تحصیلات به تفکیک در گروه‌های مداخله و کنترل ..... ۶۳
- جدول ۴-۳: شاخص‌های آمار توصیفی متغیر سن به تفکیک در گروه مداخله و کنترل ..... ۶۳
- جدول ۴-۴: آمار توصیفی متغیر اضطراب ..... ۶۴
- جدول ۴-۵: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر اضطراب (پس آزمون) ..... ۶۴
- جدول ۴-۶: تحلیل کوواریانس متغیر اضطراب ..... ۶۵
- جدول ۴-۷: آمار توصیفی متغیر افسردگی ..... ۶۵
- جدول ۴-۸: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر افسردگی (پس آزمون) ..... ۶۵
- جدول ۴-۹: تحلیل کوواریانس متغیر افسردگی ..... ۶۶
- جدول ۴-۱۰: آمار توصیفی متغیر عملکرد جسمانی ..... ۶۷
- جدول ۴-۱۱: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر عملکرد جسمانی (پس آزمون) ..... ۶۷
- جدول ۴-۱۲: تحلیل کوواریانس متغیر عملکرد جسمانی ..... ۶۸
- جدول ۴-۱۳: آمار توصیفی متغیر محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ..... ۶۸
- جدول ۴-۱۴: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (پس آزمون) ..... ۶۹
- جدول ۴-۱۵: تحلیل کوواریانس متغیر محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ..... ۶۹
- جدول ۴-۱۶: آمار توصیفی متغیر محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ..... ۷۰
- جدول ۴-۱۷: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (پس آزمون) ..... ۷۰
- جدول ۴-۱۸: تحلیل کوواریانس متغیر محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ..... ۷۱
- جدول ۴-۱۹: آمار توصیفی متغیر نشاط ..... ۷۱
- جدول ۴-۲۰: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر نشاط (پس آزمون) ..... ۷۲
- جدول ۴-۲۱: تحلیل کوواریانس متغیر نشاط ..... ۷۲
- جدول ۴-۲۲: آمار توصیفی متغیر سلامت عاطفی ..... ۷۳
- جدول ۴-۲۳: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر سلامت عاطفی (پس آزمون) ..... ۷۳
- جدول ۴-۲۴: تحلیل کوواریانس متغیر سلامت عاطفی ..... ۷۳
- جدول ۴-۲۵: آمار توصیفی متغیر عملکرد اجتماعی ..... ۷۴
- جدول ۴-۲۶: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر عملکرد اجتماعی (پس آزمون) ..... ۷۴
- جدول ۴-۲۷: تحلیل کوواریانس متغیر درد جسمانی ..... ۷۵
- جدول ۴-۲۸: آمار توصیفی متغیر درد جسمانی ..... ۷۵
- جدول ۴-۲۹: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر درد جسمانی (پس آزمون) ..... ۷۵
- جدول ۴-۳۰: تحلیل کوواریانس متغیر درد جسمانی ..... ۷۶

- جدول ۴-۳۱: آمار توصیفی متغیر سلامت عمومی ..... ۷۶
- جدول ۴-۳۲: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیر سلامت عمومی (پس آزمون) ..... ۷۷
- جدول ۴-۳۳: تحلیل کوواریانس متغیر سلامت عمومی ..... ۷۷

# فصل اول

## مقدمه پژوهش

سرشت زندگی انسانی با فشار روانی و محرومیت‌های روزمره، فقدان‌ها، رقابت‌ها، حوادث غیر مترقبه، بلایا و فجایع طبیعی و غیر طبیعی درهم تنیده است و آنچه که سلامت جسمی و روانشناختی یا بیماری را پدید می‌آورد مرهون عوامل متعددی است (وُلْمَن، ۱۳۸۰). بررسی سیر تاریخی بیماری‌ها در قرن اخیر، نشان دهنده تغییر نوع بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی و مُسری به بیماری‌های مزمن و غیرعفونی است. این در حالی است که در چند دهه اخیر، نوع جدیدتری از بیماری‌ها تحت عنوان بیماری‌ها و اختلالات روان تنی ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند (رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸).

از دیدگاه چند علتی تمام بیماری‌ها را می‌توان روان تنی تلقی کرد؛ چون هر اختلالی تحت تاثیر عوامل هیجانی است. احساس خصومت، افسردگی و اضطراب به درجات مختلف در ریشه اکثر اختلالات روان تنی وجود دارد. زمینه‌یابی‌ها حاکی از این است که ۵۰ درصد بیماران داخلی و جراحی در کلینیک‌های سرپایی، تماماً آشفتگی‌های روان شناختی همچون انواع اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت و ... را هم تجربه می‌کنند (کاپلان، سادوک، ۱۳۸۹).

یکی از سیستم‌های بدن که تحت تاثیر عوامل روانی و اجتماعی دچار انواع بیماری‌ها می‌شود دستگاه گوارش است و یکی از بیماری‌های روان تنی دستگاه گوارش سندرم روده تحریک پذیر<sup>۱</sup> (IBS) می‌باشد. سندرم روده‌ی تحریک پذیر، یک اختلال کارکردی دستگاه گوارش است که با مجموعه‌ای از علائم گوارشی بدون مبنای زیستی

---

1. Irritable Bowel Syndrome

تشخیص داده می‌شود. در جوامع مختلف شیوع این اختلال را در دامنه‌ای از ۵ تا ۲۳ درصد در جمعیت عادی و از ۴۰ تا ۷۰ درصد در مراجعه کنندگان به متخصص معده و روده گزارش کرده‌اند (لانگستری و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). در مورد سبب شناسی IBS نظریه‌های مختلفی مطرح است، برخی از محققین بر نقش عوامل جسمی و برخی بر نقش عوامل روانی در ایجاد این بیماری تأکید می‌کنند. آنچه که مسلم است وجود تفاوت بین بیماران IBS و افراد سالم در برخی از متغیرهای روانی و اجتماعی است. برخی مطالعات بطور واضح نشان داده‌اند که اختلالات روحی در بیماران IBS از جمعیت سالم بیشتر است و این علائم عمدتاً اختلالات خلقی یا اضطرابی است (درُسن، ۲۰۰۶<sup>۲</sup>؛ کاریستنسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴ به نقل از قدیر و قانونی، ۱۳۸۹؛ والکر<sup>۴</sup>، بیرن<sup>۵</sup> و کاتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). لازم به ذکر است که، در بین این بیماران افسردگی تا حد شدید آن ممکن است وجود داشته باشد اما فرق آن‌ها با بیمار افسرده شدید در این است که بیماران IBS خود را افسرده نمی‌دانند. در یک گزارش ۳۸ درصد بیماران IBS که به سطح سوم ارجاع مراجعه کرده بودند اظهار داشته‌اند که به علت مشکلات روده‌ای خود جداً تصمیم داشته‌اند به زندگی خود خاتمه دهند (تونر و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷).

گرچه فاکتورهای روحی روانی به خودی خود جزئی از علائم IBS نیستند اما نقش مهمی در سیر، کنترل، پیش آگهی و پیامدهای بالینی این سندرم ایفا می‌کنند و از سوی دیگر به این علت که IBS بیماری بسیار شایع و مزمنی است، می‌تواند همراه با استرس روحی شدید، با اختلال در کیفیت زندگی و از کارافتادگی همراه باشد و افرادی که شدت بالای درد شکم و مشکلات خارج شکمی از قبیل سردرد، خستگی، سندرم پیش از قاعدگی و اختلال اضطرابی دارند به کلینیک‌های سلامت ارجاع داده می‌شوند (تالی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸).

ماهیت مزمن و عود کننده IBS، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی این بیماران به‌جا گذاشته است که مشابه تأثیرات افسردگی اساسی بر زندگی افراد و حتی بیشتر مشابه تأثیراتی است که دیابت نوع دو و حملات قلبی بر کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد. اغلب بیماران درگیر با این سندرم به علت اینکه از بحث درباره مشکلات دفعی

- 
1. Langstreth, GF. et al.
  2. Drossman, A. D.
  3. Christensen, J.
  4. Walker, E.D.
  5. Byrne, P.P.
  6. Katon, W.J.
  7. Toner, B.B. et al.
  8. Tally, N.J.

خود شرم دارند، در سکوت رنج می‌برند و کیفیت زندگی به نحو قابل ملاحظه ای در این افراد نسبت به افراد سالم پایین تر است (دور وال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰ به نقل از قدیر و قانونی، ۱۳۸۹؛ گرن وایل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

به منظور کاهش پیامدهای منفی IBS و بهبود علایم و کیفیت زندگی در این بیماران درمان‌های متعددی در خصوص این بیماری مطرح شده است. که به دو دسته کلی درمان‌های دارویی و روانشناختی تقسیم می‌شوند که پژوهشها تاثیرات متفاوتی از اثر بخشی این درمان‌ها بیان کرده‌اند (لیندلفوز، ۲۰۰۸؛ کیفر<sup>۳</sup> و بلانچارد، ۲۰۰۱؛ لاکنر و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

## بیان مسأله

در سالهای اخیر مشکلات مزمن پزشکی شیوع فزاینده‌ای یافته است. یکی از سیستم‌های بدن که مستعد ابتلا به شماری از این اختلالات است، دستگاه گوارش می‌باشد (صدوقی و تمنایی‌فر، ۱۳۸۸). این دستگاه از جمله اعضای آسیب‌پذیر بدن در بروز علائم روان‌تنی است که نسبت به عوامل فشارزا و حالات هیجانی فوق العاده حساس است. از شایع‌ترین اختلالات کارکردی دستگاه گوارش که بیش از نیمی از بیماران گوارشی این حوزه را تشکیل می‌دهند، نشانگان روده‌ی تحریک پذیر است (درُسمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰).

از نقطه نظر بالینی سندرم روده تحریک پذیر با علائمی چون تغییر وضعیت اجابت مزاج، درد و احساس اتساع شکمی، بدون وجود اختلال‌های ساختاری قابل مشاهده، تشخیص داده می‌شود. اختلال در اجابت مزاج به صورت اسهال یا یبوست و یا اسهال و یبوست متناوب دیده می‌شود (قدیر و قانونی، ۱۳۸۹). در ایالات متحده آمریکا شیوع این سندرم ۲۰-۱۰ درصد جمعیت بزرگسالان است که ۷۵-۷۰ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند و مطالعات همه‌گیر شناسی بیانگر شیوع تقریبی ۸/۵ درصد در نمونه‌ای از ایران است (حسینی اصل، ۲۰۰۴).

در مورد سبب شناسی این اختلال فرضیه‌های متعددی مطرح شده اما تقریباً هیچ فرضیه‌ای در این رابطه وجود ندارد که مورد پذیرش همگان باشد، در واقع علت اصلی بیماری هنوز مشخص نیست، اما تداخل عوامل مختلف نظیر افزایش حساسیت احشایی، اختلال حرکتی روده‌ای، حساسیت بالا نسبت به فشارهای روانی و سایر

- 
1. Dorval, Q.C.
  2. Grenville, A.
  3. Keefer, L.
  4. Lakner, et al.
  5. Drossman

عوامل روان شناختی در علت شناسی این بیماری تأیید شده است (مایر<sup>۱</sup>، نالیبوف<sup>۲</sup> و چانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). آنچه مسلم است، همراهی بیماری با اختلالات روانپزشکی است. در ۵۵ درصد موارد IBS با یک اختلال روانی محور یک همراه است (فولکز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، که از دیدگاه محققان فراوانترین اختلالات روان پزشکی گزارش شده برای افراد IBS را می توان در سه دسته ی کلی اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر و حملات هراس)، اختلالات خلقی (افسردگی اساسی و اختلال کج خلقی<sup>۵</sup>) و اختلالات بدنی شکل (خودبیمار پنداری و اختلالات جسمانی کردن) طبقه بندی کرد (لی و همکاران، ۲۰۰۱).

۳۴ درصد از بیماران IBS در طول زندگی خود به یکی از انواع اختلالات اضطرابی به ویژه اضطراب منتشر مبتلا شده اند (لی و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب در بیماران IBS باعث برانگیختگی بالای این بیماران شده است و همین عامل تحریکات روده ای و احشایی آنان را افزایش می دهد (قدیرو قانونی، ۱۳۸۹). گرچه بیماران IBS در ۵۵ درصد از موارد در طول زندگی خود به یک اختلال محور یک مبتلا خواهند شد، اما ممکن است یکی از اختلالات محور یک به ویژه اختلالات اضطرابی باعث پیدا ایجاد علائم IBS در فرد شود (اسکیز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

علاوه بر اضطراب باید بر نقش عوامل روانی دیگر به خصوص افسردگی در ایجاد یا تشدید IBS توجه ویژه ای داشت. یک بررسی فراتحلیل نشان می دهد که IBS و سندرم های غیرقابل توضیح از لحاظ پزشکی، با افسردگی در ارتباط هستند (هنینگسن<sup>۷</sup>، زیمرمان<sup>۸</sup> و ساتل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹) و در مطالعه ی مایکلتون و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) همراهی IBS با اختلالات خلقی مشخص گردید. همچنین در فراتحلیل گلاباویس<sup>۱۱</sup>، میلکویس<sup>۱۲</sup>، ناگورنی<sup>۱۳</sup> و نیکولیک<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۰) نتایج نشان داد که در مجموع ۴۶ درصد از افراد IBS از افسردگی رنج می برند و این که ۴۱ درصد از بیماران افسرده دارای ملاک های تشخیصی IBS هستند.

1. Mayer, E.A.
2. Naliboff, B.D.
3. Chang, L.
4. Folks, D.G.
5. Dysthymic
6. Sykes, M. A.
7. Henningsen, P.
8. Zimmermann, T.
9. Sattel, H.
10. Mykeltun, A. et al.
11. Golubovic, S.T.
12. Miljkovic, S.
13. Nagorni, A.
14. Nikolic, G.

از سویی دیگر افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بسته به شدت علائم این بیماری درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی پیدا کرده‌اند به‌گونه‌ای که این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به‌علت ترس از ایجاد علائم می‌شود از این رو، سطح کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است (میلر، هاپکینز و هور ول، ۲۰۰۴) و همچنین بیمارانی که دچار علائم خیلی شدید هستند، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سایر مبتلایان دارند (هسلر<sup>۱</sup>، چانگ<sup>۲</sup> و یامادا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

با توجه به شیوع بالای IBS، سیرمزمین و پیامدهای منفی آن، درمان‌های متعددی در ارتباط با آن مطرح شده‌اند، اما با توجه به مشخص نبودن علت، درمان قطعی برای IBS وجود ندارد و درمان به‌صورت علامتی است. از جمله درمان‌های مطرح شده را می‌توان در دو دسته کلی درمان‌های دارویی و غیر دارویی تقسیم کرد. درمان‌های دارویی شامل تجویز داروهای آنتی اسپاسموتیک، ضدافسردگی، داروهای ضداسهال و استفاده از مسهل‌هاست، اما پژوهش‌ها اثربخشی متفاوت داروها را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران گزارش کرده‌اند (قدیر و قانونی، ۱۳۸۹ به نقل از آلدن<sup>۴</sup> و شاستر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸)؛ درمان‌های غیر دارویی شامل آموزش و حمایت، اصلاح رژیم غذایی، طب مکمل و درمان‌های روانشناختی هستند. از این میان صاحب‌نظران در امر گوارش بر اهمیت درمان‌های روان‌شناختی در کنترل علائم IBS تأکید دارند. از جمله درمان‌های مطرح شده، درمان‌های شناختی-رفتاری (لاکner و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶؛ صولتی، ادیبی، قمرانی، ۱۳۹۰)؛ هیپنوتراپی (گالوسکی و بلانچارد، ۲۰۰۲ به نقل از لیندنفوز، ۲۰۰۸؛ هور ول<sup>۷</sup>، پری آر<sup>۸</sup> و فراگر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰)، آموزش سبک زندگی (ویدلاک و چانگ، ۲۰۰۷؛ پورفرسی و همکاران، ۱۳۹۰؛ فانی و همکاران، ۱۳۸۹)، آرامش تدریجی، بازخورد زیستی و مراقبه (کیفر<sup>۱۰</sup> و بلانچارد، ۲۰۰۱؛ لیهی و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰)، که تأثیرات مؤثری بر کاهش علائم جسمی و روان‌شناختی بیماران IBS داشته است.

- 
1. Hasler, W.L.
  2. Chung, O.
  3. Yamada, T.
  4. Olden, K.W.
  5. Schauster, M.
  6. Lakner, et al.
  7. Whorwell, P.J.
  8. Prior, A.
  9. Faragher
  10. Keefe, L.
  11. Leahy, A. et al.

همان‌طور که اشاره شد، تحقیقات متعددی تأثیرات درمان‌های روانشناختی را در کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی کرده‌اند. یکی از درمان‌های روانشناختی تازه مطرح شده درمان فراشناختی است. بررسی‌های مختلفی تأثیر درمان فراشناخت بر روی بیماری‌های اضطرابی و خلقی را بررسی و اثربخشی آن را اثبات کرده‌اند (ولز و همکاران، ۲۰۱۲؛ ولز<sup>۱</sup> و کینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ بهادری و همکاران، ۱۳۹۰). اما تاکنون پژوهشی اثربخشی این شیوه درمانی را بر علائم اضطرابی و خلقی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی نکرده است. در این پژوهش بر آن شدیم تا بررسی کنیم، آیا درمان فراشناختی بر روی علائم اضطرابی، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر است؟

## اهداف و ضرورت پژوهش

سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به متخصصین گوارش بوده و تقریباً ۲۰٪ تا ۵۰٪ بیماران ارجاعی را تشکیل می‌دهند (میلر، هاپکینز و هور ول، ۲۰۰۴). برخی بیماران IBS که به مراکز فوق تخصصی، ارجاع داده می‌شوند، از اضطراب، افسردگی، ترس مرضی<sup>۳</sup> و جسمی سازی<sup>۴</sup> رنج می‌برند. این گروه از بیماران، به ندرت علائم کامل بیماری روانی مورد نظر را دارند و علاوه بر این، آن گروه از بیماران IBS که مراجعه پزشکی ندارند از نظر وجود مشکلات روانی، قابل افتراق از افراد سالم نیستند (وایت هید و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). البته باید در نظر داشت که مشکلات روانی، عمدتاً سبب تشدید علائم IBS می‌شوند تا ایجاد آن. در بیماران دچار IBS احتمال بیشتری وجود دارد که در گذشته دچار سوء استفاده فیزیکی یا جسمی شده باشند و یا الگوی رفتاری یادگیری شده‌ای از دوران کودکی داشته باشند. درُسمن و همکاران (۲۰۰۰) در طی مطالعه‌ای مشاهده نمودند که بیماران IBS نسبت به افراد سالم، روان پریشی بیشتری را نشان می‌دهند. روان پریشی با سوء استفاده فیزیکی یا جنسی در کودکی و بزرگسالی ارتباط دارد. محققین این تئوری را پیشنهاد کرده‌اند، همان‌روندی که سبب روان پریشی می‌شود سبب ایجاد IBS هم می‌شود. فرضیات دال بر نقش استرس و روان پریشی در IBS بر اساس نقش فاکتور آزاد کننده کورتیکوتروپین<sup>۶</sup> (CRF) استوار شده است. CRF پپتیدی است که از هسته پاراونتریکولر ترشح می‌شود و نقش آن در پاسخ به استرس به اثبات رسیده است. یافته‌های اخیر بر این موضوع

- 
1. Wells, A.
  2. King, P.
  3. Phobia
  4. Somatization
  5. Whitehead, W.E. et al.
  6. Corticotropin Releasing Factor (CRF)



دلالت دارند که افزایش فعالیت CRF مغزی و گیرنده‌های CRF سبب اضطراب و افسردگی می‌شود. تزریق داخل وریدی CRF سبب افزایش درد شکمی و تحریک‌پذیری کولون در بیماران IBS می‌شود و همین یافته در مدل‌های حیوانی نیز دیده شده است. از طرف دیگر دیده شده است درد شکمی و تحریک‌پذیری کولون با تجویز مهارکننده‌های گیرنده‌های CRF بر طرف می‌شود (ساگامی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در واقع این بیماری با علائم ویژه گوارشی بدون علت ارگانیک تعریف می‌شود و افراد دارای IBS، همانطور که قبلاً بیان شد، از اختلالات روانشناختی، صفات نابهنجار و آشفتگی‌های روانی شکایت کرده‌اند و متقابلاً افراد با اختلالات روانی نظیر اضطراب و حملات هراس، علائم گوارشی منطبق با IBS را نشان داده‌اند و این حاکی از ارتباط مسقیم تن و روان است. علائم IBS در مردان و زنان IBS به طور معمول در دوره نوجوانی و ابتدای بزرگسالی تظاهر پیدا می‌کند و معمولاً در تمام دوران زندگی بیمار باقی می‌ماند، و تنها در ۱۵٪ موارد علایم کوتاه مدت بوده و مزمن نمی‌شود (لانگستری و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

امروزه نقش فاکتورهای روانی در بروز و یا شدت بسیاری از بیماری‌ها به اثبات رسیده است و اهمیت و نفوذ اختلالات اعصاب و روان و استرسورهای زندگی هر فرد در بیماری جسمی وی نیز به قدری زیاد است که به‌نظر می‌رسد امروزه پزشکان باید علاوه بر توجه به اختلالات جسمی هر بیمار، به همان اندازه به ذهن و روان وی توجه ویژه داشته باشند تا پاسخ بیمار به درمان‌های تجویز شده مطلوب‌تر، کامل‌تر و البته سریع‌تر صورت گیرد.

اختلالات دستگاه گوارش در برگیرنده بخش قابل توجهی از کل هزینه‌های درمانی است. تحقیقات نشان داده شده است که هزینه‌های اجتماعی IBS قابل توجه بوده و افراد مبتلا به IBS ۱/۶ برابر افراد سالم از منابع و امکانات درمانی استفاده می‌کنند، همچنین این افراد تا ۳۰ درصد بیشتر از افراد دیگر از محل کار غیبت می‌کنند (بادیا و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از صولتی و همکاران، ۱۳۸۶)، و مبتلایان سه برابر بیش از سایرین ترک از کار و مدرسه داشته‌اند. هزینه‌های معالجه این بیماری هم به شیوه مستقیم و هم غیر مستقیم بر فرد و جامعه تحمیل می‌شود. هزینه‌ی معالجه‌ی این بیماری در امریکا سالیانه معادل ۸ میلیارد دلار برآورد شده‌است که اگر هزینه‌های غیرمستقیم دیگری مانند غیبت از کار هم لحاظ شود این خسارت به مراتب افزایش می‌یابد (اورهارت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). با توجه به سیر مزمن و عودکننده این سندرم اهمیت توجه به درمان آن برهمگان محرز است و با توجه به

---

1. Sagami, Y. et al.

2. Longstreth, G.F. et al.

3. Everhart, J. E.

هزینه‌های بالای درمانی باید بهترین، موثرترین و کم هزینه‌ترین درمان برای کاهش علائم این سندرم انتخاب شود. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بوده است. به همین منظور برای بررسی تأثیر این مداخله اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد ارزیابی و آزمون قرار گرفت.

## سوالات پژوهش

این پژوهش با پاسخ دادن به سوالات زیر به دنبال بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

آیا درمان فراشناختی در گروه آزمایش باعث کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل می‌شود؟

آیا درمان فراشناختی در گروه آزمایش باعث کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل می‌شود؟

آیا درمان فراشناختی در گروه آزمایش باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل می‌شود؟

## تعریف متغیرهای پژوهش

### سندرم روده تحریک‌پذیر

**تعریف نظری:** درد یا ناراحتی شکمی عود کننده، حداقل سه بار در ماه در سه ماه گذشته که با دو یا بیشتر از معیارهای ذکر شده که عبارتند از: ۱- بهبود درد شکمی با اجابت مزاج، ۲- شروع درد شکمی با تغییر در دفعات اجابت مزاج، ۳- شروع درد شکمی با تغییر در قوام مدفوع همراه است و این معیارها بایستی حداقل در سه ماه اخیر تکمیل شده باشند و شکایات، حداقل از شش ماه قبل شروع شده باشند.

**تعریف عملیاتی:** افرادی که به مراکز درمانی مراجعه کرده و توسط متخصص گوارش و یا روانپزشکان

کلینیک‌های تخصصی، تشخیص IBS دریافت می‌کنند.

## درمان فراشناختی

**تعریف نظری:** درمان فراشناختی براساس نظریه‌ی بنیادی "کارکرد اجرایی خود نظم بخش"<sup>۱</sup> (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۴) استوار است. براساس مدل "کارکرد اجرایی خود نظم بخش"، دلیل آسیب‌پذیری به اختلالات هیجانی، الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعالیت باورهای غیرمنطقی و فرآیندهای بازتابی خاص است (ولز، کاتریت-هاتن، ۲۰۰۴). پردازش اطلاعات در این مدل از طریق تعامل بین سه سطح از فراشناخت صورت می‌گیرد: سطح اول، دانش ذخیره شده یا باورهای موجود در حافظه بلند مدت که معادل طرحواره در نظریه شناختی بک است. سطح دوم پردازش کنترل شده که شامل برداشت‌های آگاهانه از رویدادها و در واقع مسئول کنترل تفکر و فعالیت‌ها می‌باشد. سطح سوم، سطح پایین‌تر پردازش خودکار که فعالیتش خارج از حوزه آگاهی است، اما فرآورده‌های این سطح ممکن است وارد هشیاری شوند. پردازش اطلاعات در این سطح خیلی به منابع شناختی وابسته نیست و عمدتاً حالت انعکاسی و بازتابی دارد (گارسیا و همکاران، ۲۰۰۵).

**تعریف عملیاتی:** این مداخله به صورت گروهی و در طی هشت جلسه بر روی اعضای گروه انجام می‌شود.

## گروه درمانی

**تعریف نظری:** نوعی روش درمان مشکلات و اختلالات روان‌شناختی که شامل جلساتی می‌باشد که توسط یک و یا چند درمانگر جهت‌دهی می‌شود و معطوف به چندین مراجع است و هدف آن افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آنها در جهت روشن ساختن تغییراتی است که در زندگی روزمره مایلند به آنها دست یابند و نیز فراهم ساختن ابزارهای لازم برای انجام این تغییرات است. شرکت کنندگان در گروه از طریق تعامل با دیگران در یک محیط امن و پذیرنده این فرصت را پیدا می‌کنند که رفتارهای جدید را تجربه و بازخورد صادقانه‌ای را از دیگران راجع به اثرات رفتارشان دریافت نمایند. بر اساس رویکرد درمانی، نقش درمانگر همچون یک تصریح‌بخش، تسهیل‌گر و تفسیر کننده می‌باشد (کوری و کوری، ۱۳۹۰).

**تعریف عملیاتی:** آموزش گروهی با حضور چندین مراجع و یک درمانگر که نقش هدایت‌کننده و تسهیل‌گر را بر عهده دارد، در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا خواهد شد، که در جریان آن طرح درمان عمومی ولز (۲۰۰۹) به گروه مداخله آموزش داده خواهد شد.

---

1. Self-regulatory executive function model

## اضطراب

**تعریف نظری:** اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب، علایم دستگاه خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی نفس در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده را نیز به همراه دارد و فرد مضطرب ممکن است احساس بی‌قراری هم داشته باشد. اضطراب بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹).

**تعریف عملیاتی:** در پژوهش حاضر براساس مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS سنجیده می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر ۲۱ نمره است.

## افسردگی

**تعریف نظری:** واژه افسردگی طیفی از اختلالات خلقی از خفیف تا شدید و از حالت گذرا تا پایدار را در بر می‌گیرد. نشانه‌های افسردگی، همواره در هر جمعیتی به چشم می‌خورد، اما تنها وقتی که در فعالیت‌های طبیعی زندگی تداخل ایجاد کند و حداقل به مدت دو هفته دوام یابد، به عنوان یک بیماری بالینی در نظر گرفته می‌شود و در این صورت تشخیص بیماری افسردگی یا اختلال افسردگی گذاشته می‌شود. تشخیص به حضور دو نشانه اصلی از میان نشانه‌هایی نظیر پایین آمدن مداوم و فراگیر خلق (خلق افسرده) و از دست دادن علاقه یا لذت برای انجام فعالیت‌های معمول است (مایو، شارپه و کارسون، ۱۳۸۶).

**تعریف عملیاتی:** براساس نمره آزمودنی در مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS سنجیده می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر ۲۱ نمره است.

## کیفیت زندگی

**تعریف نظری:** سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵) کیفیت زندگی را اینگونه تعریف می‌کند؛ برداشت و درک افراد از موفقیت خود در رابطه با اهداف و نظام ارزشی مورد قبول آنان با توجه به شرایط عینی زندگی. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه‌ی ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد و این اصطلاح مربوط به ابعاد فیزیکی، اجتماعی، روانی و معنوی است (ریبریو، ۲۰۰۴).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) ۶ بُعد و ۲۸ جنبه را برای کیفیت زندگی بیان می‌کند. ابعاد و جنبه‌های تشکیل دهنده‌ی کیفیت زندگی شامل بُعد سلامت جسمی (سلامت عمومی، درد و ناراحتی، انرژی و خستگی،