

الله أكبر

۱۱۶۲۸۱



دانشگاه اصفهان  
دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی  
گروه روانشناسی

## پایان نامه دکتری رشته‌ی روانشناسی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی و دارو درمانی بر کیفیت زندگی، علائم روانشناختی، فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

استادان راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

دکتر حسین مولوی

استاد مشاور:

دکتر بیمان ادیبی

پژوهشگر:

سید کمال صولتی



۱۳۸۸ / ۴ / ۶

اسفندماه ۱۳۸۷

۱۱۴۲۸۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و  
نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این پایان‌نامه متعلق  
به دانشگاه اصفهان می‌باشد



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

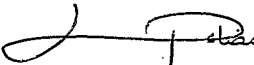

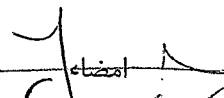

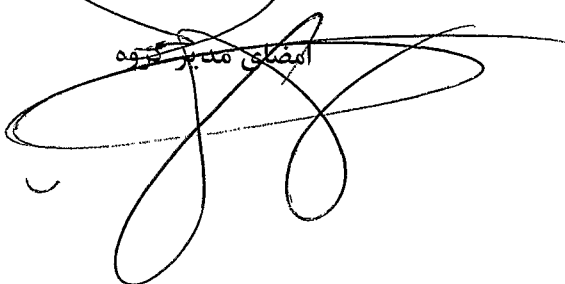
گروه روانشناسی

## پایان نامه‌ی دکتری رشته‌ی روانشناسی سیدکمال صولتی

### تحت عنوان

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی و دارو  
درمانی بر کیفیت زندگی، علائم روانشناختی، فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به  
سندرم روده تحریک پذیر

در تاریخ ۸۷/۱۲/۱۴ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

 امضاء امضاء	با مرتبه‌ی علمی دانشیار با مرتبه‌ی علمی استاد	دکتر مهرداد کلانتری دکتر حسین مولوی	استادان راهنمای پایان نامه
 امضاء	با مرتبه‌ی علمی دانشیار	دکتر پیمان ادیبی	استاد مشاور پایان نامه
 امضاء امضاء	با مرتبه‌ی علمی دانشیار با مرتبه‌ی علمی استادیار	دکتر حمیدطاهر نشاط دوست دکتر کریم عسگری	استادان داور داخل گروه
 امضاء امضاء	با مرتبه‌ی علمی دانشیار با مرتبه‌ی علمی دانشیار	دکتر حمید توکلی دکتر محسن معروفی	استادان داور خارج از گروه
 امضاء متبصر گروه			

## تقدیر و تشکر

سپاس خدایی را که نه تنها در این پژوهش، که در تمامی لحظه‌های زندگی از الطاف بیکران و بی‌انتهایش بهره‌مند بوده‌ام، سپاس برای آنچه به لطف عطایم نمود و آنچه به حکمت در بغم داشته است و توان و فرصت آموختن آموزه‌هایی از دانش هر چند اندک را برایم فراهم آورده است، زیرا هم باور داریم که: «و ما اوتیتم من العم الاقلیلاً».

تشکر و قدردانی از اساتید بزرگوام که در طول دوران تحصیل از آنها بسیار آموختم: جناب آقای دکتر مهرداد کلانتری که با راهنمایی‌های ارزنده و محققانه خود زمینه بهتر شدن رساله‌ام را فراهم نمودند، جناب آقای دکتر حسین مولوی که مرا در متدولوژی و آمار پژوهش یاری کردند، جناب آقای دکتر بیمان ادیبی که صبر، متانت، سختکوشی و تواضع علمی او ترسیم‌کننده زندگی علمی آینده‌ام خواهد بود، از اساتید محترم داور گروه روانشناسی دانشکده جناب آقای دکتر حمید طاهر نشاط دوست و جناب آقای دکتر کریم عسگری، از اساتید محترم داور گروه‌های گوارش و کبد و روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جناب آقای دکتر حمید توکلی و جناب آقای دکتر محسن معروفی به دلیل نقطه نظرات دقیق و عالمانه‌شان تشکر و قدردانی می‌شود. جا دارد تشکر خود از جناب آقای دکتر حمید افشار ریاست محترم بیمارستان نور و کلینیک سایکوسوماتیک به خاطر همکاری و مساعدت‌های بی‌دریغشان چه در اجرای پژوهش و چه در مشاوره روانپزشکی و تجویز دارو به بیماران به عنوان روانپزشک طرح، اعلام نمایم. از طرف دیگر از آقای دکتر حجت‌اله فراهانی و آقای دکتر احمد عابدی به واسطه راهنمایی‌های ارزنده‌شان جهت غنی‌تر شدن رساله سپاسگزاری می‌نمایم. همچنین بر خود لازم می‌دانم که از کلیه متخصصان گوارشی و روانپزشک کلینیک سایکوسوماتیک و درمانگاه بیمارستان نور آقایان دکتر دقاق زاده، دکتر شواخی، سرکار خانم دکتر خرم، سرکار خانم دکتر امانت‌کار که در ارزیابی و ارجاع بیماران IBS با من همکاری کردند تشکر نمایم. از سرکار خانم مؤیدی روانشناس بیمارستان، آقای اصغر عظیمی مدیر درمانگاه، آقای یعقوبی روانشناس بالینی و مسئول امور عمومی بیمارستان و کلیه پرسنل درمانگاه و کلینیک سایکوسوماتیک بیمارستان نور که در طول اجرای پژوهش با من نهایت همکاری را داشتند قدردانی و تشکر می‌نمایم.

## تقدیم

تقدیم به آنانکه به جای اندیشه‌ها، اندیشیدن را به من آموختند و به آنانی که در علم همچو بارانند و هیچگاه نمی‌پرسند این جامهای تھی از آن کیست.

## و تقدیم به

همسر مهربانم که همیشه در راه زندگی پرفراز و نشیب بخصوص دوران تحصیلم، یار شفیق و همدم بوده و به فرزندان عزیزم آیدا و طاهها که شمع امید، تلاش و انگیزه پیشرفت را همیشه در من روشن نگه داشته‌اند به این امید که پویندگان همیشگی راه علم و معرفت باشند و خواندن را برای دانستن و علم را برای عمل کردن به آن، بیاموزند.

## چکیده

سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات گوارشی است که با دردشکمی مزمن و تغییر در اجابت مزاج در غیاب هرگونه اختلال عضوی مشخص می‌شود. دارو درمانی و روان‌درمانی همواره در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روانشناختی بیماران موثر بوده است اما در خصوص علائم جسمی این بیماران اتفاق نظری وجود ندارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی و آرامسازی با دارودرمانی بر کیفیت زندگی، علائم روانشناختی و علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال بوده است نوع پژوهش تجربی و به روش کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری شامل کلیه بیماران گوارشی بوده است که در طول اجرای پژوهش به کلینیک سایکوسوماتیک بیمارستان نور اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه‌های پژوهش ۶۴ بیمار IBS با علائم غالب اسهال بودند که براساس ملاک‌های تشخیصی Rome -II , III توسط متخصصین گوارش انتخاب و به صورت تصادفی به چهار گروه درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی و دارودرمانی تقسیم شدند. طرح نمونه گیری، تصادفی آسان تا رسیدن به تکمیل حجم نمونه گروهها در طول دوره زمانی بود. جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از: ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران IBS (QOL-IBS) ۲- چک لیست علائم روانشناختی نوع ۹۰ سوالی اصلاح شده (SCL-90-R) ۳- مقیاس فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (BSS-FS) بودند که در سه مرحله پیش از مداخلات درمانی (پیش آزمون)، پس از مداخلات درمانی (پس آزمون) و چهار ماه پس از آخرین مداخلات درمانی (پیگیری) روی بیماران اجرا گردید. اجرای پژوهش ۶ ماه به طول انجامید و مداخلات درمانی روی نمونه‌های پژوهش طی ۸ جلسه به مورد اجرا گذاشته شد. جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده گردید. نتایج بدست آمده نشان داد اختلاف معنی‌داری بین گروههای مداخلات روانشناختی (درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی و آرامسازی) با گروه دارودرمانی در مقیاس‌های علائم روانشناختی، کیفیت زندگی، فراوانی علائم IBS و شدت علائم IBS در مرحله پس آزمون وجود داشت اما این اختلاف در مرحله پیگیری در خصوص فراوانی و شدت علائم IBS معنی دار بدست نیامد. در مقایسه‌ی گروههای درمانی نتایج نشان داد که گروههای مداخلات روانشناختی (درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی) در مقیاس‌های علائم روانشناختی، کیفیت زندگی، فراوانی و شدت علائم IBS در دو مرحله پس آزمون و پیگیری با همدیگر اختلاف معنی‌داری نداشتند، اما در مقایسه با گروه دارو درمانی به استثنای مقیاس فراوانی و شدت علائم IBS در مرحله پیگیری این اختلاف معنی‌دار بدست آمد. نتیجه‌گیری از پژوهش حاضر نشان داد که درمان‌های دارویی توأم با مداخلات روانشناختی می‌توانند در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روانشناختی و جسمانی بیماران IBS موثر واقع شوند اما عدم استمرار در این نوع درمان‌ها منجر به عود علائم بیماری می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** سندرم روده تحریک پذیر، درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی، دارودرمانی.

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه.....	۱
۲-۱- شرح و بیان مسئله پژوهش.....	۵
۳-۱- اهداف پژوهش.....	۹
الف) اهداف کلی .....	۹
ب) اهداف فرعی .....	۹
۴-۱- اهمیت و ارزش پژوهش.....	۱۰
۵-۱- کاربرد نتایج پژوهش.....	۱۱
۶-۱- فرضیه های پژوهش.....	۱۲
۱-۶-۱- فرضیه اصلی اول .....	۱۲
۱-۱-۶-۱- فرضیه فرعی اول .....	۱۲
۲-۱-۶-۱- فرضیه فرعی دوم .....	۱۲
۳-۱-۶-۱- فرضیه فرعی سوم .....	۱۲
۲-۶-۱- فرضیه اصلی دوم .....	۱۲
۱-۲-۶-۱- فرضیه فرعی چهارم.....	۱۲
۲-۲-۶-۱- فرضیه فرعی پنجم .....	۱۲
۳-۲-۶-۱- فرضیه فرعی ششم .....	۱۲
۷-۱- تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها.....	۱۳
۱-۷-۱- تعریف مفهومی سبک زندگی .....	۱۳
۲-۷-۱- تعریف عملیاتی آموزش سبک زندگی.....	۱۳
۳-۷-۱- تعریف مفهومی درمان شناختی - رفتاری .....	۱۳
۴-۷-۱- تعریف عملیاتی درمان شناختی - رفتاری .....	۱۴
۵-۷-۱- تعریف مفهومی آرامسازی.....	۱۴
۶-۷-۱- تعریف عملیاتی آرامسازی.....	۱۵
۷-۷-۱- تعریف مفهومی دارو درمانی .....	۱۵
۸-۷-۱- تعریف عملیاتی دارو درمانی .....	۱۵



- ۱۶-۹-۷-۱ - تعریف مفهومی علائم روانشناختی..... ۱۶
- ۱۶-۱۰-۷-۱ - تعریف عملیاتی علائم روانشناختی ..... ۱۶
- ۱۷-۱۱-۷-۱ - تعریف مفهومی کیفیت زندگی..... ۱۷
- ۱۷-۱۲-۷-۱ - تعریف عملیاتی کیفیت زندگی..... ۱۷
- ۱۸-۱۳-۷-۱ - تعریف مفهومی علائم سندرم روده تحریک پذیر..... ۱۸
- ۱۸-۱۴-۷-۱ - تعریف عملیاتی علائم سندرم روده تحریک پذیر..... ۱۸

## فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

- ۱۹-۱-۲ - مقدمه..... ۱۹
- ۲۰-۲-۲ - اختلالات سایکوسوماتیک (عوامل روانشناختی مؤثر بر وضعیت طبی)..... ۲۰
- ۲۰-۱-۲-۲ - تاریخچه..... ۲۰
- ۲۳-۲-۲ - سندرم روده‌ی تحریک پذیر..... ۲۳
- ۲۳-۳-۲-۲ - تعریف و اپیدمیولوژی..... ۲۳
- ۳۶-۴-۲-۲ - ملاکهای تشخیصی..... ۳۶
- ۳۷-۵-۲-۲ - علائم بالینی..... ۳۷
- ۴۱-۶-۲-۲ - سبب شناسی سندرم روده‌ی تحریک پذیر..... ۴۱
- ۴۴-۷-۲-۲ - درمان سندرم روده‌ی تحریک پذیر..... ۴۴
- ۴۵-۱-۷-۲-۲ - درمانهای دارویی..... ۴۵
- ۵۰-۲-۷-۲-۲ - درمانهای روانشناختی..... ۵۰
- ۵۲-۱-۲-۷-۲-۲ - درمان شناختی - رفتاری..... ۵۲
- ۶۴-۲-۲-۷-۲-۲ - آرامسازی..... ۶۴
- ۶۷-۳-۷-۲-۲ - آموزش سبک زندگی..... ۶۷
- ۶۸-۱-۳-۲-۷-۲-۲ - عناصر کلی سبک زندگی..... ۶۸
- ۶۸-۲-۳-۲-۷-۲-۲ - نظریه های تغییر سبک زندگی..... ۶۸
- ۶۹-۳-۳-۲-۷-۲-۲ - سبک زندگی و بیماری..... ۶۹
- ۷۲-۴-۲-۷-۲-۲ - سبک زندگی و سلامتی..... ۷۲
- ۷۴-۵-۳-۷-۲-۲ - ابعاد سبک زندگی..... ۷۴
- ۹۷-۶-۳-۷-۲-۲ - کیفیت زندگی..... ۹۷

۱۰۲	۳-۲- پیشینه پژوهشهای انجام شده در خارج
۱۰۲	۱-۳-۲- سندرم روده‌ی تحریک پذیر و اختلالات روانی
۱۱۱	۲-۳-۲- سندرم روده تحریک پذیر و درمانهای روانشناختی
۱۱۶	۳-۳-۲- سندرم روده‌ی تحریک پذیر و کیفیت و سبک زندگی
۱۱۹	۴-۳-۲- سندرم روده‌ی تحریک پذیر و درمان دارویی
۱۲۱	۵-۳-۲- سندرم روده‌ی تحریک پذیر و ژنتیک
۱۲۲	۳-۲- پیشینه پژوهشهای انجام شده در داخل
۱۲۵	جمع بندی

### فصل سوم : روش اجرای پژوهش

۱۲۸	۱-۳- طرح پژوهش
۱۲۸	۱-۱-۳- آموزش سبک زندگی
۱۲۹	۲-۱-۳- درمان شناختی - رفتاری
۱۲۹	۳-۱-۳- آرامسازی
۱۲۹	۴-۱-۳- دارو درمانی
۱۳۰	۲-۳- جامعه آماری
۱۳۰	۳-۳- روش و طرح نمونه گیری
۱۳۱	۴-۳- ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها
۱۳۳	۵-۳- معیارهای ورود و خروج نمونه های پژوهش
۱۳۳	۶-۳- ابزار گردآوری داده ها
۱۳۳	۱-۶-۳- پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر (QOL - IBS)
۱۳۷	۲-۶-۳- پرسشنامه SCL-90-R
۱۳۸	۱-۲-۶-۳- پایائی و روائی آزمون SCL-90-R
۱۳۹	۲-۲-۶-۳- نمره گذاری آزمون SCL-90-R
۱۴۰	۳-۶-۳- مقیاس فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (BSS-FS)
۱۴۱	۷-۳- ابزار تجزیه و تحلیل
۱۴۲	۸-۳- متغیرهای پژوهش
۱۴۲	۱-۸-۳- متغیرهای مستقل

۱۴۲	..... ۳-۸-۲- متغیرهای کنترل
۱۴۲	..... ۳-۹- مداخلات درمانی
۱۴۲	..... ۳-۹-۱- درمان شناختی - رفتاری
۱۵۱	..... ۳-۹-۲- آرامسازی
۱۵۸	..... ۳-۹-۳- آموزش سبک زندگی
۱۶۵	..... ۳-۹-۴- درمان دارویی

## فصل چهارم: نتایج داده‌ها

۱۶۷	..... ۴-۱- مقدمه
۱۶۸	..... ۴-۲- یافته‌های توصیفی
۱۷۸	..... ۴-۳- فرضیه اصلی اول
۱۸۰	..... ۴-۳-۱- فرضیه فرعی اول
۱۸۱	..... ۴-۳-۲- فرضیه فرعی دوم
۱۸۳	..... ۴-۳-۳- فرضیه فرعی سوم
۱۸۹	..... ۴-۴- فرضیه اصلی دوم
۱۹۰	..... ۴-۴-۱- فرضیه فرعی چهارم
۱۹۲	..... ۴-۴-۲- فرضیه فرعی پنجم
۱۹۴	..... ۴-۴-۳- فرضیه فرعی ششم
۱۹۸	..... جمع بندی

## فصل پنجم: بحث

۲۰۴	..... مقدمه
۲۰۵	..... ۵-۱- فرضیه اصلی اول
۲۰۵	..... ۵-۱-۱- فرضیه فرعی اول
۲۰۵	..... ۵-۱-۲- فرضیه فرعی دوم
۲۰۶	..... ۵-۱-۳- فرضیه فرعی سوم
۲۱۶	..... ۵-۲- فرضیه اصلی دوم

صفحه	عنوان
۲۱۷.....	۵-۲-۱- فرضیه فرعی چهارم.....
۲۱۷.....	۵-۲-۲- فرضیه فرعی پنجم.....
۲۱۷.....	۵-۲-۳- فرضیه فرعی ششم.....
۲۲۳.....	۵-۳- بحث در یافته های جانبی.....
۲۲۸.....	۵-۴- نتیجه گیری.....
۲۲۸.....	۵-۴-۱- تعیین و مقایسه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی و دارو درمانی در کیفیت زندگی، علائم روانشناختی و علائم سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پس آزمون.....
۲۲۹.....	۵-۴-۲- تعیین و مقایسه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی و دارو درمانی در کیفیت زندگی، علائم روانشناختی و علائم سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پیگیری.....
۲۳۱.....	۵-۵- پیشنهادات.....
۲۳۲.....	۵-۶- محدودیتهای پژوهش.....
۱۳۴.....	پیوستها.....
۲۵۹.....	منابع و ماخذ.....

## فهرست شکل ها

صفحه	عنوان
۳۳.....	شکل ۱-۲: سیستم دستگاه گوارش - برگرفته از کتاب پزشکی سیسیل (۲۰۰۰).....
۵۳.....	شکل ۲-۲: عناصر نظریه اصلی طرحواره ای اختلال هیجانی.....
۷۲.....	شکل ۳-۲: ده علت اصلی مرگ و میر در ایالات متحده امریکا بعد از سال ۱۹۶۸ تا به امروز (۲۰۰۶).....
۸۹.....	شکل ۳-۲: فاکتورهای مرتبط با رشد زخم معده.....
۹۹.....	شکل ۴-۲: مؤلفه های بعد معنویت کیفیت زندگی.....
۱۸۱.....	شکل ۴-۱: میانگین های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی (QOL - IBS) در مرحله پس آزمون در گروههای درمانی.....
۱۸۳.....	شکل ۴-۲: میانگین تعدیل شده نمرات علائم روانشناختی در مرحله پس آزمون در گروههای درمانی.....
۱۸۵.....	شکل ۴-۳: میانگین تعدیل شده نمرات فراوانی علائم IBS در مرحله پس آزمون در گروههای درمانی.....
۱۸۶.....	شکل ۴-۴: میانگین تعدیل شده نمرات شدت علائم IBS در مرحله پس آزمون در گروههای درمانی.....
۱۹۲.....	شکل ۴-۵: میانگین های تعدیل شده مرحله پیگیری مقیاس کیفیت زندگی (QOL-IBS) گروههای درمانی.....
۱۹۴.....	شکل ۴-۶: میانگین های تعدیل شده مرحله پیگیری مقیاس علائم روانشناختی (SCL-90-R) گروههای درمانی.....
۱۹۶.....	شکل ۴-۷: میانگین های تعدیل شده مرحله پیگیری مقیاس فراوانی علائم IBS در گروههای درمانی.....
۱۹۷.....	شکل ۴-۸: میانگین های تعدیل شده مرحله پیگیری مقیاس شدت علائم IBS در گروههای درمانی.....
۱۹۸.....	شکل ۴-۹: نیمرخ تغییر میانگین نمرات علائم روانشناختی (SCL-90-R) گروه های درمانی در سه مرحله آزمایش.....
۱۹۹.....	شکل ۴-۱۰: نیمرخ تغییر میانگین نمرات کیفیت زندگی گروههای درمانی در سه مرحله پژوهش.....
۲۰۰.....	شکل ۴-۱۱: نیمرخ تغییر نمرات فراوانی علائم گروه های درمانی در سه مرحله پژوهش.....
۲۰۲.....	شکل ۴-۱۲: نیمرخ تغییر نمرات شدت علائم IBS گروههای درمانی در سه مرحله پژوهش.....

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲: طیف‌های مختلف سندرم روده تحریک پذیر بر حسب شدت علائم .....	۵۱
جدول ۳ - ۱: دیاگرام طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری .....	۱۲۹
جدول ۳ - ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنیها به تفکیک گروههای درمانی .....	۱۳۲
جدول ۳ - ۳: نتایج درونی پرسشنامه کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن در سه قاره جهان .....	۱۳۶
جدول ۴ - ۱: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس جنس .....	۱۶۸
جدول ۴ - ۲: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس وضعیت تأهل .....	۱۶۸
جدول ۴ - ۳: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس میزان تحصیلات .....	۱۶۹
جدول ۴ - ۴: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس محل سکونت .....	۱۶۹
جدول ۴ - ۵: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس تعداد اعضاء خانواده .....	۱۷۰
جدول ۴ - ۶: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس وضعیت شغلی .....	۱۷۰
جدول ۴ - ۷: توزیع فراوانی و درصد بیماران IBS بر اساس سابقه بیماری .....	۱۷۱
جدول ۴ - ۸: ضریب پایائی مقیاس علائم سندرم روده تحریک پذیر به روش بازآزمائی .....	۱۷۱
جدول ۴ - ۹: نتایج آزمون کوموگراف - اسمیرنوف در مورد نرمال بودن توزیع نمرات علائم روانشناختی (SCL-90-R)، کیفیت زندگی (QOL) و علائم (IBS) در گروههای درمانی .....	۱۷۲
جدول ۴ - ۱۰: نتایج آزمون باکس در خصوص تساوی کواریانسهای نمرات متغیرهای وابسته .....	۱۷۲
جدول ۴ - ۱۱: نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض همسانی واریانسهای نمرات متغیرهای وابسته در گروهها در مرحله پس آزمون .....	۱۷۳
جدول ۴ - ۱۲: نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض همسانی واریانسهای نمرات پس آزمون علائم روانشناختی بیماران IBS .....	۱۷۴
جدول ۴ - ۱۳: نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض همسانی واریانسهای نمرات پس آزمون زیر مقیاسهای کیفیت زندگی بیماران IBS .....	۱۷۵
جدول ۴ - ۱۴: همبستگی بین سابقه بیماری و ویژگیهای دموگرافیک با نمرات پیش آزمون‌های پژوهش .....	۱۷۶
جدول ۴ - ۱۵: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمونهای علائم روانشناختی (SCL-90-R)، کیفیت زندگی (QOL) و علائم سندرم روده تحریک پذیر (BSS-FS) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری .....	۱۷۷

- جدول ۴ - ۱۶ : نتایج تحلیل مانکوا مربوط به تأثیر تفاوت گروهها بر متغیر وابسته در مرحله پس آزمون با کنترل متغیرهای سابقه بیماری و نمرات پیش آزمونها..... ۱۷۸
- جدول ۴ - ۱۷: نتایج تحلیل مانکوا مقایسه تفاوت گروههای درمانی بر متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون با کنترل متغیر سابقه بیماری و نمرات پیش آزمونها در مرحله پس آزمون..... ۱۷۹
- جدول ۴ - ۱۸: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی (درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی و آرامسازی) با دارو درمانی در کیفیت زندگی بیماران IBS در مرحله پس آزمون..... ۱۸۰
- جدول ۴ - ۱۹: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی (درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی و آرامسازی) با دارو درمانی در علائم روانشناختی بیماران IBS..... ۱۸۲
- جدول ۴ - ۲۰: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی (درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی و آرامسازی) با دارو درمانی در فراوانی علائم IBS..... ۱۸۴
- جدول ۴ - ۲۱: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی (درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی و آرامسازی) با دارو درمانی در شدت علائم IBS..... ۱۸۵
- جدول ۴ - ۲۲: میانگین، انحراف استاندارد نمرات مرحله پیگیری آزمونهای علائم روانشناختی، کیفیت زندگی و علائم IBS به تفکیک گروهها در مرحله پیگیری..... ۱۸۷
- جدول ۴ - ۲۳: نتایج آزمون باکس مربوط به آزمون فرض همسانی کوواریانس متغیر وابسته در گروهها ۱۸۷..... ۱۸۷
- جدول ۴ - ۲۴: نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض همسانی واریانسهای نمرات متغیرهای وابسته در گروهها در مرحله پیگیری..... ۱۸۸
- جدول ۴ - ۲۵: نتایج تحلیل مانکوا مربوط به تأثیر تفاوت گروهها بر متغیر وابسته با کنترل متغیرهای سابقه بیماری و نمرات پیش آزمونها در مرحله پیگیری..... ۱۸۸
- جدول ۴ - ۲۶: نتایج تحلیل مانکوا مقایسه تفاوت گروههای درمانی بر متغیرهای وابسته با کنترل متغیر سابقه بیماری و نمرات پیش آزمونها در مرحله پیگیری..... ۱۹۰
- جدول ۴ - ۲۷: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی با دارو درمانی در کیفیت زندگی بیماران IBS در مرحله پیگیری..... ۱۹۱
- جدول ۴ - ۲۸: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی با دارو درمانی در علائم روانشناختی بیماران IBS در مرحله پیگیری..... ۱۹۳
- جدول ۴ - ۲۹: مقایسه زوجی مداخلات روانشناختی با دارو درمانی در فراوانی و شدت علائم IBS در مرحله پیگیری..... ۱۹۵

## فصل اول

### کلیات پژوهش

#### ۱-۱- مقدمه

این عقیده که حالت‌های روانی می‌توانند بر کنش‌های بدن انسان تأثیر بگذارند، حرف تازه‌ای نیست، قرن‌ها پیش متفکرانی به اثر ذهن بر بدن اشاره نموده‌اند. افلاطون<sup>۱</sup> (۳۴۷ - ۴۲۸ ق.م) در کتاب "چارمیدز"<sup>۲</sup> از سقراط نقل می‌کند: "همانطور که تلاش برای درمان چشم‌ها بدون سر و سر بدون بدن صحیح نیست به همین نحو صحیح نیست که بدن را بدون روح درمان کنیم. دلیل اینکه چرا بسیاری از امراض توسط پزشکان یونانی که این کل را نادیده گرفته‌اند بدون درمان مانده، همین است" (افلاطون، ۱۹۴۰).

به عقیده‌ی بقراط (۳۷۷ - ۴۶۰ ق.م)، اختلالات روانی تنی و اکنش‌های غیر طبیعی جسمی به هیجان‌ات فشار آور، تصادفات و موقعیت‌هاست. (بنجامین ولمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸ ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

"اختلالات روان تنی"<sup>۴</sup> بیماری‌های بدن هستند، و عبارتند از اختلالات فیزیوشیمیائی، آناتومیک یا فیزیولوژیک موجودات زنده. اصطلاح "روان تنی" نسبتاً مهم است، زیرا معمولاً عوامل روانشناختی خاصی

---

1 -Plate

2 -Charmides

3 - Wolman & Benjamin

4 - psychosomatic



در سبب شناسی بسیاری از بیماریهای روان تنی و درمان بیماران، صرف نظر از ماهیت بیماریها وجود داشته است (کناپ<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵ ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

بنا به عقیده برخی از دانشمندان، موضوعات روانشناختی و فیزیولوژیکی صرفاً دو روی یک سکه‌اند. ولی تفسیر چگونگی ارتباط آنان در معرض سوء تعبیرهای زیادی قرار گرفته است. با اینکه آنها دو روی یک سکه‌اند، می‌توانند حاصل متغیر سومی باشند. بعلاوه احتمال دارد پدیده‌های روانشناختی و فیزیولوژیکی تحت تأثیر متغیرهای مستقل از هم باشند که هیچگونه ارتباطی با یکدیگر نداشته و عملی جداگانه دارند. طی سالیان دراز بیماریهای روان تنی تغییر یافته است. امروزه کمتر کسی می‌تواند یک مورد کلاسیک از اختلال هیستری پیدا کند، این بیماری در الگوهای جدید نوع نباتی متجلی شده است. یک بیماری از نوع نباتی (مانند اکزما<sup>۲</sup> یا التهاب و تورم پوست) از این جهت بیماری روان تنی تلقی می‌شود که بطور همزمان با تعارضات روانی آغاز گشته و با حل این تعارضات پایان می‌پذیرد. طب کلاسیک در مواجهه با چنین اختلالات نباتی، حرفی برای گفتن ندارد و اکثر اوقات در جهت درمان علائم جسمانی تلاش می‌کند، درحالیکه علل روانشناختی آن را نادیده می‌گیرد (شیفر<sup>۳</sup>، ۱۹۶۶ به نقل نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

اختلالات روان تنی که در آخرین اصلاحیه طبقه بندی انجمن روانپزشکی امریکا (۲۰۰۰) تحت عنوان عوامل روانشناسی مؤثر بر وضعیت طبی شناخته می‌شود، عبارت است از اختلالات فیزیوشیمیائی، آناتومیکی و فیزیولوژیکی موجودات زنده. امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً همه‌ی بیماریهای جسمانی بالقوه با فشارهای روانی مرتبط‌اند. استرسها و مشکلات روانشناختی می‌توانند روی تمام دستگاههای بدن از جمله: قلب و عروق، دستگاه تنفس، غدد درون ریز، پوست، دستگاه ایمنی و دستگاه گوارشی اثر داشته باشند. اگر چه میزان شیوع برخی از بیماریهای روان تنی رو به کاهش است، برخی دیگر در حال افزایش می‌باشند.

"سندرم روده‌ی تحریک پذیر"<sup>۴</sup> یکی از اختلالات "عملکرد"<sup>۵</sup> دستگاه گوارش است که ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران ارجاعی به کلینیکهای گوارش را تشکیل می‌دهد (اورهات<sup>۶</sup> و رینولت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱). این

- 
- 1 - Knapp
  - 2 - Eczema
  - 3 - Schaefer
  - 4- Irritable bowel syndrome
  - 5 - Functional
  - 6 - Everhart
  - 7 - Renuult

اختلال، بیماری شایعی است که باعث درد شکمی، نفخ و اختلال در دفع مدفوع شده و می تواند همراه با ناتوانی و صرف هزینه زیاد درمانی باشد. فهم ناکامل فیزیوپاتولوژی آن و عدم صراحت تشخیصی و درمانهای اختصاصی برای آن مانع از برخورد عملی در جهت تشخیص و درمان بیماران مبتلا به آن شده است (دروسمن<sup>۱</sup> و گامیلری<sup>۲</sup>، مایر<sup>۳</sup>، وایت هد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

علت این بیماری دقیقاً روشن نیست اما افراد با علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر علائم مهمی از اختلال روانشناختی، صفات نابهنجار شخصیت و آشفتگی روانی را در خود گزارش کرده اند. از طرف دیگر مبتلایان به اختلالات روانی نظیر: "اختلال اضطرابی"<sup>۵</sup>، "حملات هراس"<sup>۶</sup> سطوح زیادی از علائم روده - معده منطبق بر سندرم روده‌ی تحریک پذیر را گزارش کرده اند. بنابراین حدس زده می شود که آشفتگی های روانی ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علائم گوارشی در افراد با سندرم روده‌ی تحریک پذیر نقش داشته باشند (جارت<sup>۷</sup> و هیتکمپر<sup>۸</sup>، کان<sup>۹</sup>، تافتین<sup>۱۰</sup>، والکر<sup>۱۱</sup>، باند<sup>۱۲</sup>، لوی<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۸).

بر اساس پژوهش فولکرز<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۴) این اختلال حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلالات روانی همراه، مربوط است. اختلالات اضطرابی، افسردگی<sup>۱۵</sup> و اختلال شبه جسمی<sup>۱۶</sup> با فراوانی بیشتری با این بیماری گزارش شده است. بر اساس پژوهش لایدیارد و فالستی<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۹) حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران با سندرم روده‌ی تحریک پذیر تاریخچه ای از اختلالات روانی همچون افسردگی شدید، اضطراب فراگیر، اختلال هراس، ترس اجتماعی، اختلال جسمانی کردن و اختلال استرس پس از سانحه را گزارش کرده اند. از

- 
- 1 - Drossman
  - 2 - Gamilleri
  - 3 - Mayer
  - 4 - Whithead
  - 5 - anxiety disorder
  - 6 - Panic attack
  - 7 - Jarrett
  - 8 - Heitkemper
  - 9 - Cain
  - 10 - Taftin
  - 11 - Walker
  - 12 - Bond
  - 13 - Levy
  - 14 - Folks
  - 15 - Depression
  - 16 - Somatoform disorder
  - 17 - Lydiard & Falsetti

طرف دیگر در پژوهش مندر<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) ارتباطی بین اختلال هراس و اختلال عملکرد دستگاه گوارش بدست نیامد. همچنین کوهن<sup>۲</sup>، جوتکویتز<sup>۳</sup>، بوسکیلا<sup>۴</sup>، پلز<sup>۵</sup>، کاپلان<sup>۶</sup>، طی<sup>۷</sup> پژوهشی نشان دادند که شیوع اختلال استرس پس از سانحه در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر شبیه به میزان شیوع آن در جمعیت عمومی است.

برخی پژوهشها تأثیر مداخلات روانشناختی همچون درمان شناختی - رفتاری را در کاهش آشفتگی های روانی مؤثر دانسته اما در کاهش علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر بی تأثیر یا کم اثر بوده‌اند (بویس<sup>۷</sup>، گیلچریست<sup>۸</sup>، تالی<sup>۹</sup>، روس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). و برخی دیگر پژوهشها درمانهای روانشناختی را در کاهش علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر مؤثر دانسته‌اند (بلانچارد<sup>۱۱</sup>، لاکنر<sup>۱۲</sup>، ساندز<sup>۱۳</sup>، کراسنر<sup>۱۴</sup>، کفر<sup>۱۵</sup>، پین<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۷).

بر اساس یافته های فوق الذکر که برخی از آنها اثرات روانشناختی و درمانهای روانشناختی را در کاهش علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر مؤثر دانسته و برخی دیگر به چنین نتیجه ای نرسیده‌اند و بر اساس گفته ی لانگ استریت<sup>۱۷</sup>، تامپسون<sup>۱۸</sup>، چی<sup>۱۹</sup>، هاگتون<sup>۲۰</sup>، مارین<sup>۲۱</sup>، اسپیلر<sup>۲۲</sup>، (۲۰۰۶) اگر چه وقایع استرس زای زندگی در برخی مواقع با شدت علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر همبسته است، اما ربط دادن سندرم روده‌ی تحریک پذیر به عوامل روانشناختی هنوز روشن نیست. از اینرو این پژوهش بر آن است تا معلوم دارد اولاً درمانها و مداخلات روانشناختی چه تأثیری در کیفیت زندگی و علائم سندرم

- 
- 1 - Maunder
  - 2- Cohen
  - 3 - JotKowits
  - 4 - Buskila
  - 5 - Pelles
  - 6 - Kaplan
  - 7 - Boyce
  - 8 - Gilchrist
  - 9 - Tally
  - 10 - Ross
  - 11 - Blanchard
  - 12 - Lakner
  - 13 - Sanders
  - 14 - Krasner
  - 15 - Kefer
  - 16 - Payne
  - 17 - Longstreth
  - 18 - Thampson
  - 19 - Chey
  - 20 - Hugton
  - 21 - Mearin
  - 22 - Spiller

رودهی تحریک پذیر داشته و ثانیاً کدام روشهای درمانی (تغییر در سبک زندگی، درمان شناختی - رفتاری، آرامسازی و دارو درمانی از اثر بخشی بیشتری در این خصوص برخوردار است.

## ۱-۲- شرح و بیان مسئله پژوهش

سندرم روده‌ی تحریک پذیر اختلال معمول گوارش است که با درد شکم، اسهال و یا یبوست مشخص می شود و علت واضح جسمی ندارد. درمان این بیماری در کوتاه مدت ممکن است موفقیت آمیز باشد ولی نشانه های آن معمولاً مجدداً عود می کند. استرسهای روانی و تاریخچه ای از سوء استفاده جنسی و عوامل تروماتیک نقش مهمی در شروع و تداوم این بیماری داشته است. سندرم روده‌ی تحریک پذیر می تواند همراه با بیماریهای جدی تر دیگری از جمله زخم پپتیک و بیماریهای التهابی و بدخیمی های روده باشد و این مسئله باعث می شود که ذهن پزشکان بیشتر متوجه بیماریهای اخیر شده (بدلیل ارگانیک بودن این بیماریها) و سندرم روده‌ی تحریک پذیر با این همه وفور به دست فراموشی سپرده شود. از ۴۱ درصد بیماران مبتلا به اختلال عملکردی گوارش، ۲۸ درصد را بیماران سندرم روده‌ی تحریک پذیر و ۱۳ درصد را بقیه‌ی بیماران عملکردی تشکیل می دهند. مبتلایان به سندرم روده‌ی تحریک پذیر بیش از ۱/۴ کل بیماران متخصصین گوارش را تشکیل می دهند (میچل<sup>۱</sup> و دروسمن، ۱۹۸۷).

اختلالات روانی همچون اختلال هراس، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال خلقی، اختلال استرس پس از سانحه، آشفتگی در خواب، اختلال در روشهای مقابله و تاریخچه ای از سوء استفاده جسمی و جنسی در دوران کودکی در مبتلایان به سندرم روده‌ی تحریک پذیر گزارش شده است (دروسمن، ۱۹۹۹، لی و ورو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از لانگ استریت و همکاران، ۲۰۰۶).

مینوچا<sup>۳</sup>، جانسون<sup>۴</sup>، آبل<sup>۵</sup>، (۲۰۰۶) بر اساس پژوهشی نشان دادند که کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده‌ی تحریک پذیر بطور معنی داری پایین تر از افراد سالم بوده است.

- 
- 1 - Mitchell
  - 2 - Lea & Whor well
  - 3 - Minocha
  - 4 - Jhonson
  - 5 - Abell