





دانشگاه تربیت معلم تهران
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی

عنوان:

تأثیر لمس درمانی بر اضطراب و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر

استاد راهنما

دکتر فریدون یاریاری

استاد مشاور

دکتر محمد مولوی

پژوهشگر

مهدی طاهری

دی

۱۳۸۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر لمس درمانی بر میزان اضطراب و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر بود. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پس از انتخاب نمونه آزمودنی‌ها بر اساس نمرات مقیاس نمره‌بندی علائم گوارشی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت چهار هفته (هفته‌ای یک بار) تحت لمس درمانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در این مدت در انتظار درمان بود. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از مقیاس نمره‌بندی علائم گوارشی و مقیاس اضطراب حالت-صفت اسپیل‌برگر استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس و یومن‌ویتی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده نشان دادند که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای علائم گوارشی و اضطراب حالت تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی لمس درمانی توانسته علائم گوارشی و اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را به صورت معناداری کاهش دهد. همچنین در این پژوهش لمس درمانی موجب کاهش اضطراب صفت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر شد اما این کاهش معنادار نبود. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه است تا بتوان بر اساس شواهد بیشتری در این زمینه بحث و نتیجه‌گیری کرد.

کلید واژه‌ها: درمان‌های مکمل، لمس درمانی، اضطراب، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر.

«كُلُّ وَعَاءٍ يَضِيقُ بِمَا جُعِلَ فِيهِ إِلَّا وَعَاءَ الْعِلْمِ فَإِنَّهُ يَتَّسِعُ بِهِ»

هر ظرفی با ریختن چیزی در آن پر می شود جز ظرف دانش که هر چه در آن جای دهی، وسعتش بیشتر می شود.

امیرالمومنین علی (ع)، نهج البلاغه، حکمت ۲۰۵

تقدیم

به پدرم عزیزم

که برای رشد و ترقی‌ام رنج و محنت گردش ایام را به جان خریدند، امید آن دارم که به یاری خداوند رحمان بتوانم قطره‌ای از دریای بیکران لطف و عنایت ایشان را جبران کنم.

و به مادر مهربانم

نازنینی که آغوش پرمهر و محبت و رفتار ایشان پشتوانه‌ی من در مراحل گوناگون زندگی و تحصیل بود.

و خواهران دلسوز و برادران گرانقدرم

به پاس محبت‌ها و حمایت‌های بی‌دریغشان.

سپاس و ستایش پروردگاری راست که اگر معرفت ثنایش، و آیین سپاسگزاریش را از بندگانش دریغ کرده بود و به آنان رسم سپاس و ستایش نمی‌آموخت تا در برابر انبوه نعمت‌های وزین و ارجمندش، و نیکی‌ها و دهش‌های پی در پی‌اش او را بستایند، در نعمت‌هایش تصرف می‌کردند و از ثنای او لب فرو می‌بستند و در روزی‌هایش دست می‌بردند و او را پاس نمی‌داشتند.

صحیفه سجادیه

حال که با یاری ایزد یکتا توفیقی هر چند کوچک در کسب علم و دانش نصیب گردیده، بر خود لازم می‌دانم مراتب سپاس و قدردانی خود را تقدیم استادان و سروران محترمی نمایم که انجام این پژوهش مرهون کمک‌های بی‌شائبه‌ی آنها بوده است:

- استاد محترم راهنما جناب آقای دکتر فریدون یاری که صمیمانه و خالصانه زحمات زیادی را متحمل شدند و با نظرات دقیق و ارزنده خود راهگشای اصلی بنده در تمامی مراحل انجام این پژوهش بودند.
- استاد محترم مشاور جناب آقای دکتر محمد مولوی که با صبر، حوصله و درایت علمی خود در تمام مراحل انجام این پژوهش مشوق من بودند و تجربیات و نظرات ارزشمند خود را در اختیار بنده قرار دادند.
- استاد محترم داور جناب آقای دکتر جعفر حسنی که با بررسی دقیق و موشکافانه و ارایه‌ی نظرات ارزشمند و کامل خود باعث ارتقای سطح علمی و نگارشی این پایان نامه شدند.
- استاد محترم جناب آقای دکتر غلامرضا صرامی و دیگر اساتید محترم گروه روان‌شناسی.

فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل اول: مقدمه و کلیات

- ۱-۱ مقدمه ۱
- ۲-۱ بیان مسأله ۵
- ۳-۱ ضرورت انجام پژوهش ۱۰
- ۴-۱ اهداف پژوهش ۱۳
- ۵-۱ فرضیه‌های پژوهش ۱۳
- ۶-۱ تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها ۱۳

فصل دوم: ادبیات نظری و پیشینه‌ی پژوهش

- ۱-۲ مقدمه ۱۷
- ۲-۲ بیماری‌های دستگاه گوارش ۱۸
- ۳-۲ سندرم روده‌ی تحریک پذیر ۲۳

- ۲۶..... ۱-۳-۲ سبب شناسی
- ۲۹..... ۲-۳-۲ علایم بالینی
- ۲۹..... ۱-۲-۳-۲ علایم گوارشی
- ۳۲..... ۲-۲-۳-۲ علایم خارج از دستگاه گوارش و اختلالات همراه
- ۳۴..... ۳-۳-۲ تشخیص
- ۳۷..... ۴-۳-۲ روش های درمان سندرم روده ی تحریک پذیر
- ۳۹..... ۱-۴-۳-۲ ضد اسپاسم ها
- ۴۰..... ۲-۴-۳-۲ داروهای ضد اسهال
- ۴۰..... ۳-۴-۳-۲ داروهای ضد افسردگی
- ۴۲..... ۴-۴-۳-۲ داروهای ضد اضطراب
- ۴۲..... ۵-۴-۳-۲ مواد حجم زای مدفوع
- ۴۳..... ۶-۴-۳-۲ مشاوره و تغییر رژیم غذایی
- ۴۴..... ۷-۴-۳-۲ درمان های مکمل و جایگزین
- ۴۵..... ۴-۲ اضطراب
- ۴۸..... ۱-۴-۲ نقش اضطراب در اختلالات گوارشی و سندرم روده ی تحریک پذیر
- ۵۰..... ۲-۴-۲ روش های کاهش اضطراب
- ۵۱..... ۱-۲-۴-۲ درمان های دارویی اضطراب
- ۵۲..... ۲-۲-۴-۲ درمان های غیر دارویی اضطراب

- ۵-۲ طب مکمل و جایگزین..... ۵۶
- ۶-۲ لمس درمانی..... ۵۸
- ۱-۶-۲ مبانی نظری لمس درمانی..... ۶۳
- ۱-۱-۶-۲ فیزیک نوین..... ۶۳
- ۲-۱-۶-۲ چاکراها..... ۶۶
- ۳-۱-۶-۲ لایه‌های میدان زیستی..... ۶۹
- ۴-۱-۶-۲ علم انسانی وحدت‌نگر..... ۷۰
- ۵-۱-۶-۲ نظریه وبر..... ۷۴
- ۲-۶-۲ نقش انرژی در لمس درمانی..... ۷۴
- ۳-۶-۲ مراحل اجرای لمس درمانی..... ۷۵
- ۷-۲ مروری بر پژوهش‌های مرتبط با موضوع تحقیق..... ۷۹

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

- ۱-۳ مقدمه..... ۸۲
- ۲-۳ طرح پژوهش..... ۸۰
- ۳-۳ جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری..... ۸۷
- ۴-۳ ملاک‌های ورود به پژوهش..... ۸۷
- ۵-۳ ابزار جمع‌آوری اطلاعات..... ۸۷

۱-۵-۳ پرسشنامه حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر..... ۸۷

۲-۵-۳ پرسشنامه نمره بندی علایم گوارشی..... ۹۰

۶-۳ روش اجرای پژوهش..... ۹۱

۷-۳ پروتکل لمس درمانی کورمک..... ۹۲

۸-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها..... ۹۳

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۱-۴ مقدمه..... ۹۵

۲-۴ یافته‌های توصیفی..... ۹۵

۱-۲-۴ نتایج تحلیل توصیفی داده‌ها در مرحله پیش آزمون..... ۹۵

۲-۲-۴ نتایج تحلیل توصیفی داده‌ها در مرحله پس آزمون..... ۹۷

۳-۴ نتایج تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها..... ۹۸

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱-۵ مقدمه..... ۱۰۲

۲-۵ بررسی نتایج..... ۱۰۲

۱-۲-۵ بررسی فرضیه پژوهشی اول..... ۱۰۲

۲-۲-۵ بررسی فرضیه پژوهشی دوم..... ۱۰۵

- ۱۰۵.....۱-۲-۲-۵ بررسی بخش اول فرضیه دوم
- ۱۰۷.....۲-۲-۲-۵ بررسی بخش دوم فرضیه دوم
- ۱۰۸.....۳-۵ محدودیت‌ها و موانع پژوهش
- ۱۰۹.....۴-۵ پیشنهادها
- ۱۰۹.....۱-۴-۵ پیشنهادهای کاربردی
- ۱۰۹.....۲-۴-۵ پیشنهادهای پژوهشی
- ۱۱۱.....فهرست منابع
- ۱۲۶.....پیوست‌ها
- ۱۳۷.....چکیده لاتین

فهرست جداول

عنوان و شماره	صفحه
جدول ۱-۲ طبقه بندی اختلالات دستگاه گوارش.....	۲۲
جدول ۲-۲ اختلالات همراه سندرم روده‌ی تحریک پذیر در بیماران ایرانی.....	۳۴
جدول ۳-۲ معیار تشخیصی مانینگ.....	۳۵
جدول ۴-۲ معیار تشخیصی Rome II.....	۳۵
جدول ۵-۲ معیار تشخیصی Rome III.....	۳۶
جدول ۶-۲ داروهای مرتبط با علامت غالب در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر.....	۳۸
جدول ۷-۲ طبقه بندی درمان‌های مکمل و جایگزین.....	۵۹
جدول ۸-۲ چاکراهای اصلی و عملکرد روانی آنها.....	۶۸
جدول ۱-۳ طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل.....	۸۶
جدول ۱-۴ شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار علایم گوارشی در پیش‌آزمون.....	۹۵
جدول ۲-۴ شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار اضطراب حالت در پیش‌آزمون.....	۹۶
جدول ۳-۴ شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار اضطراب صفت در پیش‌آزمون.....	۹۶
جدول ۴-۴ شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار علایم گوارشی در پس‌آزمون.....	۹۷
جدول ۵-۴ شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار اضطراب حالت در پس‌آزمون.....	۹۷
جدول ۶-۴ شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار اضطراب صفت در پس‌آزمون.....	۹۸
جدول ۷-۴ نتایج آزمون خطی بودن رابطه بین متغیر همراه و وابسته در عامل علایم گوارشی.....	۹۹
جدول ۸-۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون علایم گوارشی.....	۱۰۰
جدول ۹-۴ نتایج آزمون T مستقل بین نمرات اختلافی عامل اضطراب حالت.....	۱۰۰
جدول ۱۰-۴ نتایج آزمون T مستقل بین نمرات اختلافی عامل اضطراب صفت.....	۱۰۱

فهرست شکل‌ها و نمودارها

صفحه	عنوان و شماره
۶۲.....	شکل ۱-۲ تبادل انرژی بین درمان گر و درمان جو.....
۶۴.....	شکل ۲-۲ دستگاه SQUID.....
۵۱.....	شکل ۳-۲ امواج ثبت شده دست درمان گر قبل و در حین لمس درمانی.....
۵۲.....	شکل ۴-۲ جایگاه چاگراهای اصلی روی بدن انسان.....
۵۵.....	شکل ۵-۲ لایه‌های انرژی اطراف بدن انسان.....

فصل اول

مقدمه و کلیات

۱-۱ مقدمه

در جهان امروز بررسی و مطالعه‌ی اختلال‌هایی که دارای ریشه‌ی روان‌شناختی هستند، بیش از پیش مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته‌است. خانواده‌ی وسیعی از اختلالات روان‌تنی^۱ وجود دارد که به نظر می‌رسد سبب‌شناسی یا نشانه‌های مربوط به آن‌ها هنوز به اندازه‌ی کافی بررسی و تبیین نشده‌است. تا کنون تعداد زیادی از اختلال‌های روان‌تنی مورد شناسایی قرار گرفته که در اغلب موارد اعضای مختلف بدن را درگیر می‌کند. بیماری کرونر قلب، بیماری آرتریت روماتوئید (اختلال مفاصل)، سردردهای شایع روان‌تنی از قبیل سردرد تنشی، برخی از بیماری‌های پوستی، تعدادی از بیماری‌های مربوط به سیستم دفاعی بدن و دستگاه تنفسی و بیماری‌های گوارشی بخشی از اعضای خانواده‌ی وسیع بیماری‌های روان‌تنی را تشکیل می‌دهند (سادوک^۲ و سادوک، ۲۰۰۷).

برخی از این بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی در زمینه‌ی مسایل روان‌شناختی مورد تبیین گسترده‌تری قرار گرفته‌اند، اما در تعدادی دیگر از جمله بیماری‌های گوارشی نیاز به تحقیقات گسترده‌تری احساس می‌شود. در این راستا این پژوهش سندرم روده‌ی تحریک پذیر (IBS)^۳ را که یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌تنی است و در حیطه‌ی بیماری‌های گوارشی قرار دارد مورد مطالعه و درمان قرار داد.

سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS) معمول‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با تغییر اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی، بدون وجود اختلالات ساختاری قابل شناسایی مشخص می‌شود (هاریسون^۴، ۲۰۰۸؛ آستیانو^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). اختلالات عملکردی دستگاه گوارش (FGID)^۶ اختلالات مزمنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سوال برانگیز، دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری، همراهی همیشگی با اختلال‌های

-
1. Psychosomatic disorders
 2. Sadock
 3. Irritable bowel syndrom
 4. Harrison
 5. Astegiano
 6. Functional gastrointestinal disorders

روان‌شناختی و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (چانگ و همکاران^۱، ۲۰۰۶؛ تیل‌برگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

دامنه‌ی شیوع سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر بین ۲/۱ تا ۲۲٪ قرار دارد (نیکول^۳ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ری و تالی^۴، ۲۰۰۹). شایع‌ترین علائم این سندرم درد شکمی مزمن همراه با تغییر در دفعات اجابت اجابت مزاج، قوام و عبور مدفوع و نفخ شکم همراه با وجود موکوس در دفع است (هاریسون، ۲۰۰۸). سبب‌شناسی این سندرم به درستی شناخته نشده، اما نقش احتمالی فعالیت‌های غیر طبیعی حسی حرکتی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و محیطی، اختلالات روانی و اضطراب، عوامل داخل مجرای، اختلال در محور مغز روده (کرید^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاریسون، ۲۰۰۸)، ژنتیک، عوامل غذایی، التهاب و عفونت و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی مطرح می‌باشند (آگاه، فتعلی و عشایری، ۱۳۸۸).

علائم روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر نقش مهمی دارند به گونه‌ای که، به طور معمول علائم بیماران مبتلا به این سندرم در طول یا بعد از دوره‌ای از فشار روانی ظاهر می‌شود (حاتمی‌زاده، ۱۳۸۲). تظاهرات نابهنجار روانی در ۷۰ تا ۹۰ درصد این بیماران دیده می‌شود که شایع‌ترین آنها اضطراب، افسردگی و اختلالات جسمانی شکل است (فولکز^۶، ۲۰۰۴). با این وجود بررسی‌ها نشان می‌دهند که عوامل روانی علت بیماری نیستند، بلکه این عوامل بیماری را تشدید می‌کنند. در ۸۵ درصد بیماران عوامل روانی مقدم یا منطبق بر علائم گوارشی می‌باشند و فقط در ۱۵ درصد موارد علائم گوارشی قبل از عوامل روانی دیده می‌شود (حاتمی‌زاده، ۱۳۸۲). علاوه بر اضطراب و افسردگی تاریخچه‌ای از سوء استفاده جسمی و جنسی نیز در این بیماران معمول است (کرید و همکاران، ۲۰۰۸).

-
1. Chang
 2. Tilberg
 3. Nichols
 4. Rey & talley
 5. Creed
 6. Follks

در نیمی از بیماران میزان استرس بالا است و به وضوح با افزایش نشانه‌ها در ارتباط است (بلانچارد^۱ و همکاران، ۲۰۰۸ به نقل از هانت^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). استرس می‌تواند حرکات روده را در افراد طبیعی نیز به اندازه بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر افزایش دهد، اما به نظر می‌رسد که آستانه بیماران مبتلا به این سندرم پایین تر از حد طبیعی است. همچنین بیمارانی که سندرم روده تحریک پذیر دارند بیشتر درگیر بیماریهای دیگر می‌شوند و اکثراً این بیماری‌ها ارتباطی با این سندرم ندارند بلکه این بیماران در مقابل این بیماری‌ها نسبت به افراد طبیعی که دچار آنها می‌شوند، ناتوان تر می‌گردند که این خود می‌تواند زمینه را برای افزایش اضطراب و فشار روانی در این بیماران فراهم کند. ترس از سرطان نیز به طور تقریبی در نیمی از بیماران وجود دارد که در زمان درمان برای رفع این مشکل و اطمینان بخشی به بیمار باید تدابیری اندیشیده شود (ریدل^۳ و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعه‌ای که سون^۴ و همکاران (۲۰۰۹) به منظور بررسی عوامل خطر ساز سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر در بین دختران نوجوان کره‌ای انجام دادند، نشان داد که فشار روانی، اضطراب و افسردگی به طور مستقل با افزایش شیوع این سندرم در ارتباط هستند. در پژوهش دیگری کوهن^۵ و همکاران^۶ (۲۰۰۶) به بررسی اختلال استرس پس از سانحه^۷ (PTSD) و دیگر اختلالات همراه در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر پرداختند، نتایج این مطالعه نشان داد که ۸۶٪ از این بیماران حداقل یک حادثه تروماتیک را در طول زندگی خود گزارش می‌کنند و ۷۷٪ آنها معیارهای تشخیصی PTSD را دارند. همچنین نرخ بالایی از جسمانی کردن^۸، اختلال وسواس- اجبار^۹، حساسیت بین فردی^{۱۰} و نشانه‌های اضطرابی در بین این بیماران وجود داشت. در حال

-
1. Blanchard
 2. Hunt
 3. Riedle
 4. Son
 5. Cohen
 6. Post- traumatic stress disorder
 7. Somatization
 8. Obsessive- compulsive
 9. Interpersonal sensitivity

حاضر درمانی که بر روی تمام علایم این سندرم تأثیرگذار باشد وجود ندارد (آگاه و همکاران، ۱۳۸۸) و بسیاری از بیماران و پزشکان از میزان اثربخشی درمان‌های دارویی و پزشکی رضایت ندارند. این موضوع سبب می‌شود که تعداد زیادی از این بیماران درمان‌های مکمل و جایگزین^۱ را جستجو کنند (تیل برگ و همکاران، ۲۰۰۸). لمس درمانی (TT)^۲ یکی از درمان‌های مکمل و جایگزین است که برای اولین بار در سال ۱۹۷۵ توسط کریگر^۳ مطرح شد (هانلی^۴، ۲۰۰۸)، با توجه به پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیرگذاری آن یکی از درمان‌های قابل استفاده برای بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر است. اساس لمس درمانی بر این فرض استوار است که همه موجودات زنده میدان‌هایی از انرژی و جزیی از یک میدان انرژی بزرگتر هستند. این میدان‌های انرژی در حال تعامل با یکدیگر هستند و در حالت طبیعی در تعادل کامل به سر می‌برند و عدم تعادل انرژی در آنها منجر به بیماری و اختلال می‌شود. درمان‌گر با عبور دادن دست‌هایش از روی بدن بیمار می‌تواند این نوسانات و عدم تعادل انرژی را کشف کرده و آنها را تعدیل نماید و از طریق ایجاد تعادل در میدان‌های انرژی فرایند بهبودی را در فرد بیمار تسهیل کند (فرانکلین^۵، ۲۰۰۳). به طور معمول لمس درمانی دارای ۴ مرحله است:

- ۱- درمان‌گر بر خودش متمرکز می‌شود.
- ۲- درمان‌گر دست‌هایش را نزدیک بدن بیمار قرار می‌دهد و آنها را در سراسر بدن بیمار حرکت می‌دهد تا نوسانات میدان‌های انرژی را در نقاط مختلف بدن بیمار ارزیابی نماید.
- ۳- درمان‌گر با حرکت دادن دست‌هایش میدان انرژی بدن بیمار را به حرکت در می‌آورد.

1. Complementary and Alternative therapies
 2. Therapeutic Touch
 3. Krieger
 4. Hanley
 5. Franklin

۴- درمان‌گر از طریق هدایت انرژی خود به بیمار، انرژی را در نواحی نامتعادل بدن وی تعدیل می‌کند (جونز و کرافورد^۱، ۲۰۰۳).

لمس‌درمانی بر یافته‌های پژوهشی بسیاری استوار بوده و قابل یادگیری است، حتی فرد بیمار بدون حضور درمان‌گر می‌تواند از این درمان استفاده کند (آدامز و رایت^۲، ۲۰۰۱). این روش درمانی در حوزه‌های گوناگون درمانی از جمله؛ درمان اضطراب، خستگی، آسم، بی‌خوابی، دردهای شکمی، عضلانی و استخوانی، سردرد، کمر درد، دردهای ناشی از سوختگی یا سرطان و بهبود زخم‌ها و عفونت‌ها (کمپر، کلی و اریکا^۳، ۲۰۰۴) و درد بعد از عمل جراحی (مک-کورمک^۴، ۲۰۰۹) به کار رفته و بر روی این مشکلات تأثیر گذار بوده است.

با توجه به شواهد ذکر شده در بالا در مورد تأثیر لمس‌درمانی بر اضطراب و درد، و اختلال‌های عضلانی اسکلتی و سردرد، یکی از روش‌های درمانی است که می‌تواند برای درمان بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر نیز مورد استفاده قرار گیرد.

۱-۲ بیان مسأله

سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS) نوعی اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با تغییر اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی، بدون وجود اختلالات ساختاری قابل شناسایی مشخص می‌شود (هاریسون، ۲۰۰۸). آغاز نشانه‌ها می‌تواند به واسطه‌ی فشارروانی، مشکلات عاطفی یا عادات غذایی، بدون وجود نشانه‌های ساختاری دیگر نظیر کاهش وزن یا تب باشد (یل^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). دامنه‌ی شیوع سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر با توجه به معیار تشخیصی، مکان

1. Jonas & Crawford
2. Adams & Wright
3. Kemper, Kelly & Erica
4. McCormack
5. Yale

نمونه‌گیری و دیگر عوامل مرتبط بین ۲/۱ تا ۲۲٪ قرار دارد (تارل و تدا^۱، ۲۰۰۲؛ ری و تالی، ۲۰۰۹)، بیشتر مطالعات بیان‌گر شیوع ۱۰ تا ۱۵ درصدی این سندرم هستند (گراندمن و یون^۲، ۲۰۱۰). شیوع این سندرم در کشورهای غربی بیشتر از کشورهای شرقی است (صولتی‌دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸). با این وجود مطالعات اخیر بیان‌گر این مسأله است که در کشورهای در حال توسعه‌ی آسیایی نیز سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر رشد روز افزونی دارد (شی^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس مطالعات انجام شده شیوع سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر در ایران در دامنه‌ای بین ۴/۲ تا ۴/۴ قرار دارد (صولتی‌دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸).

این سندرم یک اختلال در افراد جوان است و اکثر موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی بروز می‌کند (گراندمن و یون، ۲۰۱۰). همچنین شایع‌ترین علت ارجاع به متخصصین گوارش است، به گونه‌ای که مبتلایان به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران ارجاعی را تشکیل می‌دهند (صولتی‌دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸). این مراجعات پی‌درپی باعث تحمیل هزینه‌های سنگینی به بیماران، مراکز ارایه دهنده خدمات بهداشتی و نظام بهداشت و سلامت جامعه می‌شود. برای مثال، در یک بررسی در آمریکا هزینه‌ی سالیانه مستقیم و غیرمستقیم این بیماران بالغ بر ۳۰ میلیون دلار بوده است (ساندر^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). این سندرم به طور گسترده‌ای بر سطح فعالیت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد، به گونه‌ای که در اغلب مطالعات کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی پایین‌تر است. این سندرم همچنین منجر به غیبت‌های مکرر بیماران از محل کار در دوره‌های عود بیماری می‌شود (ری و تالی، ۲۰۰۹).

تظاهرات بالینی سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر عبارتند از: درد یا ناراحتی شکمی، تغییر اجابت مزاج، گاز و نفخ و علائم دستگاه گوارش فوقانی. درد یا ناراحتی شکمی، علامت کلیدی در تشخیص این سندرم است، به طوری که اسهال یا یبوست بدون درد معیارهای تشخیصی این سندرم

1. Torrrll & Toda
2. Grandman & Yoon
3. Shi
2. Sander

را بر آورده نمی‌کند. بر اساس معیارهای تشخیصی سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، درد یا ناراحتی شکمی ویژگی پیش نیاز است. درد اغلب بر اثر غذا خوردن و فشار روانی تشدید می‌شود. تغییر در اجابت مزاج ثابت‌ترین تظاهر بالینی این بیماران است. بیماران مبتلا به این سندرم به طور مکرر از اتساع شکمی، آروغ زدن و نفخ زیاد شکایت می‌کنند و همه این علائم را به افزایش میزان گاز نسبت می‌دهند. بین ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر از دیس‌پسی^۱، سوزش سر دل^۲ و تهوع و استفراغ^۳ شکایت می‌کنند، که بیان‌گر این است که نواحی دیگری از لوله گوارش به جز کولون نیز ممکن است در این سندرم درگیر باشند (هاریسون، ۲۰۰۸).

با وجود شیوع بالای سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر سبب‌شناسی آن هنوز به خوبی شناخته نشده و به صورت چند فرضیه در مورد نقش احتمالی ژن‌ها، فعالیت غیر طبیعی حسی حرکتی روده، اختلالات روانی، ناکارآمدی سیستم اعصاب مرکزی، اختلال در محور مغز- روده، عوامل داخل مجرای و فشار روانی مطرح می‌باشد (یل و همکاران، ۲۰۰۸؛ کرید و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاریسون، ۲۰۰۸).

عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر نقش مهمی دارند به گونه‌ای که در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)^۴، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر در طبقه‌ای تحت عنوان عوامل روان-شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی آورده شده‌است. این طبقه حاوی اختلالات جسمانی ناشی از عوامل هیجانی یا روان‌شناختی است و ضمناً اختلالات روانی یا هیجانی را که بر اثر بیماری جسمانی ایجاد یا تشدید شده‌اند، نیز در بر می‌گیرد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

بسیاری از پژوهش‌ها بیان‌گر همراهی همیشگی اختلال‌های روانی با سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر است (ویت‌هید، پالسون و جونز^۵، ۲۰۰۲). بلانچارد و همکاران (۲۰۰۶) در یک پژوهش

1. Dyspepsia
2. Heart burn
3. Nausea & Vomiting
4. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders 4th Edition
5. Whitehead , Palsson & Jones