

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران نشانگان روده تحریک پذیر با ریخت غلبه اسهال و درد^â

Efficacy of Cognitive - Behavior therapy on the Quality of Life of Patients Suffering from Irritable Bowel Syndrome with Predominant Pain and Diarrhea Types^â

Seyyed Abbas Haghayegh,^{*} M.Sc.

Mehrdad kalantari, Ph.D.

Hosein Molavi, Ph.D.

Dr. Majid Talebi, Ph.D.

سیدعباس حقایق^{ââ}

دکتر مهرداد کلانتری^{ââ}

دکتر حسین مولوی^{ââ}

دکتر مجید طالبی^{ââ}

Abstract

The purpose of this research was to determine the efficacy of cognitive-behavior therapy (CBT) on the quality of life (QOL) of the patients suffering from irritable bowel syndrome (IBS) with predominant pain and predominant diarrhea types. Therefore, 32 patients referred to the clinical centers (diagnosed on the bases of RomeII by gastroenterologist), were selected and divided into two groups; experimental (16 subjects) and control (16 subjects). Instrument was specific- quality of life questionnaire for IBS (IBS-QOL-34) that was completed in pre-test, post - test and follow - up stages. Cognitive-behavior therapy was conducted on the therapeutic group in 8 weekly sessions in Alzahra hospital in Isfahan. The results of analysis covariance showed that the mean scores of quality of life in the therapeutic group significantly increased as compared to the control group ($P<0/05$). However, in the follow- up test the difference was not significant between the two groups ($P<0/05$).

Keywords: irritable bowel syndrome, quality of life, cognitive - behavior therapy.

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی (QOL) بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (IBS) با ریخت غلبه براسهال و درد شهر اصفهان بود. بدین منظور از بیمارانی که در بهار سال 1386 به مراکز درمانی مراجعه کردند، 32 بیمار (بنا بر تشخیص پزشک متخصص و براساس ملاک‌های Rome II) داوطلب انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (16 نفر) و گواه (16 نفر) قرار گرفتند. درمان شناختی - رفتاری در قالب دو گروه 8 نفری و طی هشت جلسه هفتگی در بخش گوارش بیمارستان الزهراء انجام گرفت. ابزار استفاده شده پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران نشانگان روده تحریک پذیر (IBS-QOL) بود که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط بیماران تکمیل شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه گواه افزایش پیدا کرده است ($p<0/05$)، ولی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بدست نیامد ($p<0/05$).

کلیدواژه‌ها: نشانگان روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی، درمان شناختی- رفتاری

^â Faculty of Education & Psychology, University of Isfahan, I.R.Iran

^{*} Email: abbas_haghayegh@yahoo.com. Tel: (+98) 9131946550

^â دریافت مقاله: 1386/7/30 تصویب نهایی: 1387/3/26
^{ââ} دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان
^{âââ} دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

- مقدمه

«اختلالات گوارشی کارکردی»¹ (FGID) دسته‌ای از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سوال برانگیز و دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (چانگ و همکاران، 2006). پزشکان و متخصصان گوارشی، به طور مکرر با بیمارانی که شکایات غیراختصاصی از قبیل «تهوع»²، «استفراغ»³، «درد شکمی»⁴، «اسهال»⁵ و «یبوست»⁶، که توجه آناتومیک ظاهری ندارند، دچار چالش می‌شوند (دراسمن، 1993). 70 درصد از این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی ساختاری درد بیشتر و 40 درصد استیصال بیشتری گزارش می‌کنند (لی و هورول، 2001). «اختلالات روده کارکردی» (FBD)⁷، زیرمجموعه وسیعی از اختلالات گوارشی کارکردی هستند (بیلهارتز، 2000)، که علائم آنها با ناهنجاری‌های ساختاری و زیستی - شیمیایی قابل تبیین نیست (دراسمن، 1993). در بین 25 اختلال گوارشی کارکردی، «نشانگان روده تحریک پذیر»⁸ (IBS)، شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین نوع آنها است (لاکتر، 2005).

«نشانگان روده تحریک پذیر»، از ناشناخته ترین اختلالات گوارشی است که مشخصه آن درد شکمی و تغییر در اجابت مزاج در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی است (هاریسون، 1384). IBS به نام‌های «کولیت مخاطی»⁹ و «روده اسپاستیک»¹⁰ هم خوانده شده است که به منظور همسانی تشخیصی‌ها، این اصطلاحات با نام «نشانگان روده تحریک پذیر» جایگزین شده است (بیلهارتز و کرافت، 2000). به علت نبود یک اساس زیست شناختی مشخص، تشخیص گذاری براساس ارزیابی علائم و ملاک‌های بالینی صورت می‌گیرد. وضع ملاک‌های تشخیصی «نشانگان روده تحریک پذیر» تاریخچه چندین ساله و چندگانه‌ای داشته است. ابتدا مینینگ¹¹ و همکارانش 6 علامت را برای تشخیص آن وضع کردند. حساسیت این ملاک‌ها برای تمییز «نشانگان روده تحریک پذیر» از سایر اختلالات گوارشی بین 42 تا 58 درصد و ویژگی آن بین 76 تا 85 درصد بود. در سال 1982 کرویس¹² و همکاران سه علامت کلی را برای تشخیص «نشانگان روده تحریک پذیر» مطرح کردند. ملاک‌های تشخیصی

منینگ و کرویس به وسیله چند گروه متخصص گوارش و هیأت‌های علمی در رم¹³ مورد بررسی قرار گرفت و نهایتاً ملاک‌های تشخیصی جدیدی تحت عنوان Rome ایجاد شد (بیلهارتز و کرافت، 2000). در حال حاضر تشخیص «نشانگان روده تحریک پذیر» براساس ملاک‌های Rome II گذاشته می‌شود، که در آن هر بیماری که به مدت 12 هفته، دچار درد یا ناراحتی شکمی با حداقل دو تا از سه ویژگی زیر باشد؛ برطرف شدن درد با اجابت مزاج، شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج و شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع، واجد تشخیص «نشانگان روده تحریک پذیر» در نظر گرفته می‌شود (هاریسون، 1384). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بین 7/1 تا 20 درصد برآورده شده است، که شیوع آن در زنان بیش از مردان است (دراسمن، 2000). برای مثال در آمریکا، اکثر کشورهای اروپایی، چین و ژاپن شیوع آن در زنان بین 14 تا 24 و در مردان بین 5 تا 19 درصد گزارش شده است (لی و همکاران، 2001). به استثنای هند و سری لانکا، در بقیه کشورها، زنان بیش از مردان «نشانگان روده تحریک پذیر» به متخصصان مراجعه می‌کنند (دراسمن، 2000). شروع می‌تواند در هر زمانی از نوجوانی تا بزرگسالی باشد (تونر و آکمان، 2000)، ولی دامنه سنی بیماران معمولاً بین 20 تا 45 سال است (هاریسون، 1384). «نشانگان روده تحریک پذیر» در همه جوامع و گروه‌های اجتماعی - اقتصادی به شکل گسترده‌ای شیوع دارد و باعث غیبت در سرکار، انزوای اجتماعی و مشکلات مالی می‌شود، که فشار اقتصادی سنگینی را به جامعه وارد می‌کند (لی و هورول، 2001). علی‌رغم بحث‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است، رایج‌ترین طبقه بندی و خرده گروه‌های «نشانگان روده تحریک پذیر»، براساس علائم غالب بیماران است، که به سه دسته یا گروه بیماران «غلبه با اسهال»¹⁴، «غلبه با یبوست»¹⁵ و «غلبه با درد شکمی»¹⁶ تقسیم می‌شوند (دراسمن و همکاران، 1993).

فهم و درک آسیب شناسی و درمان «نشانگان روده تحریک پذیر» در طول 30 سال گذشته از یک دیدگاه ساده انگارانه و کاهش گرایانه زیستی - پزشکی، امروزه به یک نشانگان پیچیده روانی - اجتماعی - زیست شناختی تبدیل شده است (تامسون، 2000). این الگو در کنار زیست شناسی فرد (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژی دستگاه گوارش)، رفتار، فرایندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز درمی‌گیرد. مهمترین علت

این امر، یک اختلال جنبشی روده‌ای و نابهنجاری حرکتی است که به اسپاسم‌های عضلانی در دستگاه گوارش منجر می‌شود. حرکات و انقباض‌های بیش از حد باعث اسهال و کاهش حرکات و انقباض‌ها باعث یبوست می‌شود (لاکتر، 2005). همچنین در نظام پردازش «درد احشایی»¹⁷ این بیماران نابهنجاری‌هایی مشاهده شده است که باعث می‌شود نسبت به گروه گواه، الگوهای درد ارجاعی و شدت بیشتری را ادراک کنند، که ممکن است هم به خاطر عدم تعدیل تحریکات در هر سطحی از انتقال پیام‌ها در مسیر «نورون‌های آوران»¹⁸ در روده به «طناب نخاعی»¹⁹ و «قشرحسی - بدنی»²⁰ باشد و هم به خاطر مشکل در تنظیم نظام‌های «سرتونرژیک و نوراپی نفرین»²¹ باشد که فعالیت «آندروفین»²² را، به عنوان یک ماده ضد درد، تسهیل می‌کنند (بیلهارتز و کرافت، 2000). همچنین نظریه‌های شناختی و یادگیری اجتماعی، تبیین‌های قابل توجهی در مورد این اختلال فراهم نموده‌اند. در نظریه‌های شناختی فرض بر این است که بین مراکز شناختی و هیجانی «نظام عصبی مرکزی»²³، دستگاه عصبی هورمونی و «دستگاه عصبی روده‌ای»²⁴ بی‌نظمی و عدم تعادلی وجود دارد که در آن بیمارانی که دچار تحریفات شناختی و الگوهای ناسالم تفکر در مورد جهان اطراف و بیماری خود هستند، واکنش‌های هیجانی افراطی و بدن‌بال آن علائم گوارشی را به وجود می‌آورد (لاکتر، 2005). در «نظریه یادگیری اجتماعی»²⁵، افراد در یک محیط خانوادگی، علائم و رفتارهای بیماران مبتلا به «نشانگان روده تحریک پذیر» یکی از اعضای خانواده و پاسخ و بازخوردهای دیگران را نسبت به او مشاهده می‌کنند و در پاسخ به علائمی که خود تجربه می‌کنند، از آنها الگوگیری می‌کنند. همچنین بین علائم بیماران «نشانگان روده تحریک پذیر» و سطح دیسترس آنها و سوء استفاده‌های جنسی و جسمی دوران کودکی یک رابطه واضح و معنادار به دست آمده است (لاکتر، 2005).

فهم، اندازه‌گیری و بهبود تجارب انسانی، هدف اصلی پژوهشگران، جوامع و دولت‌ها بوده است. ارزیابی کلی این تجارب در قالب اصطلاح «کیفیت زندگی»²⁶ نشان داده شده است (کاستانزا و همکاران، 2006). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه مندی آنها (نواچک و تیلور، 1992). مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با تحقیق

برروی افرادی که دارای بیماری‌های خاص مثل دیابت، ایدز و ناتوانی‌های ویژه بودند، آغاز گردید (جیوواگولی و همکاران، 2006). شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت»²⁷ (HRQOL) در سال‌های اخیر توجه و علاقه پژوهشگران و درمانگران را به خود معطوف کرده است (دراسمن، 2000). این کیفیت به ادراکات و دیدگاه بیماران در مورد جنبه‌هایی از زندگیشان است که بیماری و درمان آن، برروی آن تاثیر گذاشته اند (فرانک و همکاران، 2002). یک توافق عمومی و رو به رشدی وجود دارد که تعیین «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت»، باید یکی از مولفه‌های اصلی کارهای درمانی و پژوهشی باشد (تالی و اوئن 1994 و ایسا و بیوو، 2006). در اختلالات گوارشی کارکردی، به دلیل اینکه هیچگونه نشانه عینی و بالینی قابل اعتمادی وجود ندارد و علائم نیز برای بیماران قابل توجیه و معنا نیستند، سنجش «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» به منظور تعیین اینکه میزان بهبودی و پیشرفت درمانی تا چه حد بوده است و تا چه حد کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی روزانه فرد مختل شده است، از اهمیت ویژه و روز افزونی برخوردار است (فرانک و همکاران، 2002، گرول و همکاران، 2002). در نشانگان روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به شکل چشمگیری پایین است که از این لحاظ می‌تواند با «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» در بیماری‌هایی مانند دیابت و «نارسایی‌های قلبی»²⁸، که میزان مرگ و میر در آنها زیاد است، مقایسه شود. در بیماران مبتلا به «نشانگان روده تحریک پذیر» حیطه‌های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است (لی و هورول، 2001). بنابراین «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» به عنوان یک مفهوم چند بعدی می‌تواند به عنوان ملاکی از میزان کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامتی و کارکردهای روانی - اجتماعی به عنوان مهمترین هدف، در درمان این بیماران مطرح باشد (فرانک و همکاران، 2002).

بسیاری از پژوهشگران، ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع تری برای مداخله‌های روانپزشکی و روان درمانی را به منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران «نشانگان روده تحریک پذیر» را تأیید کرده اند (اوانگ، 2003). طیف وسیعی از درمان‌های روان شناختی شامل «هیپنوتراپی»²⁹، «بازخورد زیستی»³⁰، «درمان شناختی - رفتاری»³¹ (فردی و گروهی) و «آموزش تنش‌زدایی»³² در درمان و کاهش علائم بیماران

«نشانگان روده تحریک پذیر» اثربخش بوده اند (بلانچارد و همکاران، 2007 و الاتونجی، 2004). در این بین، درمان شناختی - رفتاری هم از اساس نظری قوی برخوردار است و هم پژوهش‌های متعددی، اثربخشی آن را در کاهش علائم و درمان بیماران «نشانگان روده تحریک پذیر» تایید کرده است (بویس و همکاران، 2003، بلانچارد و همکاران، 2007، لاکنر و همکاران، 2005).

در الگوی شناختی «نشانگان روده تحریک پذیر»، فرض می‌شود که افکار ناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرایندهای شناختی (تفکر، حافظه و توجه) از طریق ارتباطات عصبی بین مغز و روده در نظام‌های زیست شناختی، احساسات و کارکردهای روده را دچار مشکل می‌کنند و علائم این اختلال را به وجود می‌آورند (نالیوف و همکاران، 2001). همچنین درد در این بیماران ضرورتاً نتیجه یک آسیب بافتی نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده مولفه‌های عاطفی، شناختی و حسی است و باورهای در مورد فاجعه آمیز دانستن علائم و احساس مهار بر بیماری خود، آن را تشدید می‌کند (لاکنر، 2005). همانند الگوی شناختی بک، در درمان شناختی بیماران مبتلا به «نشانگان روده تحریک پذیر» نیز سعی می‌شود که افکار ناکارآمد و باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روان شناختی افراطی و علائم گوارشی را به همراه دارند، شناسایی و اصلاح شوند. با توجه به اینکه اکثر درمان‌های فردی و گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش علائم جسمانی این بیماران متمرکز شده است و کمتر به بهبود کیفیت زندگی، به عنوان یک مفهوم وسیع و پیچیده که مهمترین هدف درمانی به شمار می‌رود، پرداخته شده است، هدف از این پژوهش، «تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران سرپایی مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر با ریخت غلبه با اسهال و درد» در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه است.

● روش

i «طرح پژوهش»، از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری دوماهه است. متغیر مستقل درمان شناختی - رفتاری است، که در طی هشت جلسه و به مدت دو ماه انجام شد. متغیر وابسته، نمرات کیفیت زندگی بیماران است.

i «جامعه آماری» پژوهش حاضر، کلیه بیماران سرپایی مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر با ریخت غلبه با اسهال و درد شهر اصفهان هستند که در بهار سال 1386 به مراکز درمانی این شهر مراجعه کرده اند. به منظور انتخاب نمونه برای گروه آزمایش (گروهی که تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند)، 16 نفر بیمار (توسط پزشک متخصص و براساس ملاک‌های Rome II) که داوطلب به شرکت در جلسات بودند، انتخاب شدند. در انتخاب بیماران سه شرط زیر لحاظ شد: 1. حداکثر سن بیماران 50 سال باشد و حداقل مدرک تحصیلی سیکل را دارا باشند. (با توجه به ماهیت فعال گونه و مشارکتی درمان شناختی - رفتاری و انجام تکالیف شب به میزانی از انگیزه و انرژی و سطحی از توانایی افراد در شناسایی افکار و هیجان‌ها و درک رویکرد شناختی - رفتاری نیاز است). 2. علائم غالب بیماران از نوع درد و اسهال باشد (سهم عوامل روان شناختی در این دو نوع بیش از نوع غلبه با یبوست است). 3. با توجه به زمان تشکیل جلسات و برنامه‌ها و مشغله‌های بیماران، تنها بیمارانی که مطمئن بودند می‌توانند در جلسات شرکت کنند، انتخاب شدند. 16 نفر انتخاب شده، در دو گروه 8 نفری قرار گرفتند و برنامه درمانی طی 8 جلسه هفتگی، از تاریخ 1386/2/20 تا 1386/4/14 در بخش گوارش بیمارستان الزهراء اصفهان انجام شد. در جلسه اول و هشتم از بیماران خواسته شد «پرسشنامه کیفیت زندگی» را پاسخ دهند (پیش آزمون و پس آزمون). جلسه پیگیری به فاصله دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی در همان محل تشکیل شد و بعد از اطلاع از وضعیت سلامت جسمانی و روانی، از آنها خواسته شد مجدداً این پرسشنامه را تکمیل نمایند. 4 نفر از اعضای گروه به دلیل غیبت‌های بیش از حد از لیست گروه آزمایش حذف شدند. الگوی شناختی استفاده شده در این درمان براساس یک الگوگیری کلی از مدل جودیس بک (1380) بود که با توجه به شرایط و ماهیت بیماری مبتلا به «نشانگان روده تحریک پذیر» تغییراتی در آن داده شد و شیوه‌ها و روش‌های رفتاری مانند آموزش تنش‌زدایی و برنامه ریزی فعالیت‌ها، در آن ادغام شد. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه صورت گرفته است به شرح زیر است:

•• جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر - آشنا کردن اعضا با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روان شناختی در بروز و تشدید علائم - معرفی کلی شناخت درمانی - تعیین اهداف و انتظارات بیمار از درمان.

«جلسه‌های دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیمار، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد- شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند روده‌ای - بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ها و کمک به حل آنها.

«جلسه‌های چهارم، پنجم، ششم و هفتم: آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری) - استفاده از روش‌هایی مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند - قراردادن یک نوار آموزش تنش‌زایی پیش رونده عضلانی در اختیار اعضا - تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آن.

«جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه گذشته - معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی - توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیربنایی - گرفتن بازخورد از بیماران نسبت جلسات درمانی.

به منظور انتخاب گروه گواه، 16 نفر بیمار مبتلا به «نشانگان روده تحریک پذیر» براساس تشخیص پزشک متخصص و ملاک‌های Rome II انتخاب و از آنها خواسته شد «پرسشنامه کیفیت زندگی» را تکمیل کنند (پیش آزمون) و شماره تماس خود را روی آن بنویسند. دو نسخه دیگر نیز به آنها داده شد و به ترتیب دو ماه (پس آزمون) و 4 ماه (پیگیری) بعد با آنها تماس گرفته شد و پرسشنامه از طریق تلفنی، تکمیل گردید. به منظور تساوی گروه آزمایش و گواه، به شکل تصادفی 4 بیمار از گروه گواه حذف شدند. نمونه نهایی شامل 24 نفر شد (12 نفر گروه آزمایش و 12 نفر گروه گواه). با توجه به اینکه علائمی مانند درد شکمی و اسهال بیماران را اذیت می‌کرد، پزشک متخصص ناگزیر به تجویز دارو بود. با این حال گروه گواه تحت هیچگونه مداخله دیگری قرار نگرفت.

i ابزار پژوهش «پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر» (IBS-QOL-34) بود این پرسشنامه توسط پاتریک و دراسمن در سال 1998 ساخته شده است (کانازاوا، 2007). این پرسشنامه از جمله بهترین ابزارهای موجود در این زمینه است، که نسبت به انواع درمان‌ها حساسیت و پاسخ دهی ویژه‌ای دارد و به چندین زبان ترجمه و اعتباریابی شده است. ضریب همسانی درونی آن برابر با 0/96 ($a = 0/96$) و ضریب همبستگی آن با شدت علائم بیماری معنادار بوده است

(1382) $(r = -0/67, p < 0/01)$ (کانازاوا، 2007). این پرسشنامه توسط ابراهیمی دریانی (1382) در ایران اعتباریابی شده است. در اعتبار سنجی که مولف این مقاله انجام داده، ضریب همسانی درونی آن برابر با $(a = 0/88)$ و $(n = 41)$ بدست آمده است. روایی محتوایی آن توسط چند گروه پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی و همه گیرشناسی، در ایران تایید شده است (ابراهیمی دریانی، 1382). این پرسشنامه شامل 34 سوال است که در یک طیف پنج درجه‌ای (هرگز، به ندرت، تا حدی، زیاد، شدید) نمره گذاری می‌شوند. کمینه و بیشینه نمرات 34 و 170 است. با توجه به نحوه سوالات پرسشنامه نمرات کمتر، نشانگر کیفیت زندگی بالاتر است. در توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و در تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

• نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناسی بیماران (سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات) دو گروه آزمایش و گواه در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه

جنس متغیرها	سطوح متغیر	مرد		زن		کل	
		آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه
سن	10-20	0	0	1	1	1	1
	20-30	3	1	2	2	5	3
	30-40	1	3	2	1	3	4
	40-50	2	1	1	3	3	4
سطح تحصیلات	سیکل	0	2	1	1	1	3
	دیپلم	3	2	3	5	6	7
	فوق دیپلم	0	1	2	0	2	1
	لیسانس	3	0	0	1	3	1
وضعیت تاهل	مجرد	5	4	4	5	9	9
	متاهل	1	1	2	2	3	3

داده‌های حاصل با استفاده از برنامه آماری SPSS-13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نمرات پیش آزمون و سن (تنها متغیر جمعیت‌شناختی که با نمرات پیش آزمون

رابطه معنادار داشت)، به عنوان متغیرهای همگام شناخته شده و تاثیر آنها بر روی نمرات پس آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس مهار شد. با توجه به آنکه تحلیل کواریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، پیش فرض تساوی واریانس‌ها (پس آزمون و پیگیری) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جدول‌های 2 و 3 آمده است.

جدول 2- نتایج آزمون لوین به منظور تساوی واریانس‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه

سطح معناداری	df2	df1	F	شاخص‌ها / مراحل
0/152	22	1	2/198	پس آزمون
0/258	22	1	1/347	پیگیری

نتایج در جدول 2 نشان می‌دهد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها نمرات برقرار است ($p < 0/05$). با توجه به اینکه تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و گواه برابر است ($n = 12$)، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بیماران در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و در مرحله پس آزمون و پیگیری (قبل و بعد از مهار متغیرهای همگام) در جدول 3 آورده شده است.

جدول 3- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بیماران در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص‌ها / عضویت گروهی	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خام	انحراف معیار	میانگین باقی مانده	انحراف معیار
درمان شناختی - رفتاری	102/91	14/39	90/58	14/82	94/75	11/97
گروه گواه	105/41	18/57	103/33	16/89	101/16	12/39

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر گروه درمانی در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه، تفاوت وجود دارد ولی در مرحله پس آزمون این تفاوت بین دو گروه کمتر شده است. جدول 4 نتایج تحلیل کوواریانس، از تاثیر عضویت گروهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر را نشان می‌دهد.

جدول 4- نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک

پذیر در مرحله پس آزمون

شاخص‌ها مرحله	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
* پیش آزمون	1	3056/77	49/01	0/001	0/71	1/000
* سن	1	84/046	1/35	0/258	0/063	0/19
پس آزمون	1	681/76	10/93	0/004	0/45	0/88

* با توجه به اینکه متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات و...) فقط سن با نمرات پیش آزمون رابطه معنادار داشت، لذا فقط متغیرهای سن و پیش آزمون مهار شدند.

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات کیفیت زندگی دو گروه درمانی شناختی - رفتاری و گواه معنادار است ($p < 0/05$). میزان تاثیر این مداخله در بهبود کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون 0/45 است. یعنی 45 درصد واریانس نمرات در دو گروه، ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری 0/88 حاکی از دقت آماری قابل قبولی است.

نتایج جدول 5 نشان می‌دهد که بین میانگین‌های باقیمانده نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$). میزان تاثیر مداخله درمانی 0/15 است که نشان می‌دهد تنها 15 درصد واریانس نمرات دو گروه، ناشی از عضویت گروهی است. همچنین توان آماری 0/53 نشان می‌دهد که این نتایج را، باید با احتیاط به جامعه تعمیم داد.

جدول 5- نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک

پذیر در مرحله پیگیری

شاخص‌ها مرحله	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
* پیش آزمون	1	1843/33	46/34	0/000	0/69	1/000
* سن	1	24/06	0/60	0/446	0/029	0/115
پیگیری	1	139/98	3/51	0/075	0/15	0/53

* به دلیل اینکه از بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات و...) فقط سن با نمرات پیش آزمون رابطه معنادار داشت، نیازی به مهار آماری سایر متغیرها نبود.

● بحث و نتیجه‌گیری

در اختلالات گوارشی کارکردی، با توجه به اینکه هیچگونه علامت ساختاری و بالینی قابل اطمینان و تعیین کننده‌ای وجود ندارد و همچنین به منظور تعیین میزان بهبودی و پیشرفت درمانی، سنجش و اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران، مهمترین هدف درمانی به شمار می‌آید. «نشانگان روده تحریک پذیر»، شایع ترین و پرهزینه ترین اختلال گوارش کارکردی است. نقش عوامل روان شناختی و به ویژه عوامل شناختی در آسیب شناسی «نشانگان روده تحریک پذیر» و اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری در پژوهش‌های متعددی به وضوح تایید شده اند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، که بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه درمانی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های بلانچارد و همکاران (2007)، دراسمن و همکاران (2003) و فرانسیس و همکاران (1997) همخوانی دارد. این نتایج، با در نظر گرفتن عوامل شناختی (افکار ناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرایندهای پردازش اطلاعات مختل شده) در آسیب شناسی و بروز علائم «نشانگان روده تحریک پذیر» و ارتباط بین کیفیت زندگی با علائم بیماری (درد، اسهال و یبوست)، نتایج قابل تبیین است. در رویکرد شناختی «نشانگان روده تحریک پذیر» فرض بر این است که علائم این اختلال در نتیجه نابهنجاری‌های جنبشی و زیست - شیمیایی در محور مغز - روده به وجود می‌آیند، که این خود در نتیجه واکنش‌های جسمانی - فیزیولوژیکی است که افکار ناکارآمد و باورهای زیربنایی بر می‌انگیزند. در درمان شناختی - رفتاری سعی می‌شود که افکار ناکارآمد برانگیزاننده علائم بیماری شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماریش بینش یابد و با مشارکت او سعی کند، افکار صحیح تری جایگزین آنها شود. با کاهش علائم بیماری، کیفیت زندگی این بیماران که از آنها متاثر است بهبود پیدا کرده و شاهد افزایش و بهبود تعاملات اجتماعی، وضعیت خلقی، فعالیت جنسی و سایر شاخص‌های کیفیت زندگی هستیم.

i در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری در نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه درمانی و گواه به دست نیامد. همچنین اندازه اثر مداخله در این مرحله بسیار پایین آمده است. مهمترین دلیل برای این نتایج و عدم پایداری نتایج شناخت درمانی، به دلیل

نپرداختن به عوامل زیرین و عمیق ترشناختی، به خصوص باورها و فرض‌های ناکارآمد است. لاکنر (2005) نیز این نکته را یادآور شده است که در تحقیقات شناختی که در مورد «نشانگان روده تحریک پذیر» انجام شده است، تقریباً همگی بر روی افکار و نگرش‌های ناکارآمد متمرکز شده اند و به بررسی باورهای هسته‌ای و قواعد، پرداخته نشده است، این فرض‌ها و باورها هستند که ناهشیاران افکار منفی را بر می‌انگیزانند. به ویژه اینکه در جلسه پیگیری، بیماران اذعان می‌کردند که بعد از پایان درمان هرچه زمان بیشتر می‌گذشت، علائم ناراحت کننده (به خصوص درد و اسهال را) بیشتری را تجربه می‌کردند. دلیل دیگر به نقش تکلیف خانگی و اهمیت آن در درمان شناختی-رفتاری برمی‌گردد. در آخرین جلسه درمانی برنامه و سیر مطالعاتی کتاب‌های شناخت درمانی در اختیار بیماران قرار داده شد و از آنها خواسته شد در کنار مطالعه آنها، به شناسایی افکار ناکارآمد و احساسات ناخوشایند و ثبت آنها ادامه دهند تا جلسه پیگیری ادامه دهند، که متأسفانه این تکلیف از سوی بیماران تا حد زیادی انجام نشده بود. در مرحله پیگیری مقدار توان آماری از حد مطلوب آن (0/8) پایینتر آمده است. کوچک بودن حجم نمونه و وجود کجی احتمالی در توزیع نمرات، می‌تواند تبیین کننده آن باشد.

i i i

یادداشت‌ها

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. functional gastrointestinal disorders | 2. nausea |
| 3. vomiting | 4. abdominal pain |
| 5. diarrhea | 6. constipation |
| 7. functional bowel disorders | 8. irritable bowel syndrome |
| 9. mucous colits | 10. spastic colon |
| 11. Manning | 12. Kruis |
| 13. Rome | 14. diarrhea -predominant |
| 15. constipation –predominant | 16. painful IBS |
| 17. afferent neurons | 18. visceral pain |
| 19. spinal cord | 20. somatosensory cortex |
| 21. serotonergic and norepinephrine | 22. Endorphin |
| 23. central nervous system | 24. entric nervous system |
| 25. social learning theory | 26. quality of life |
| 27. health –related quality of life | 28. heart failure |

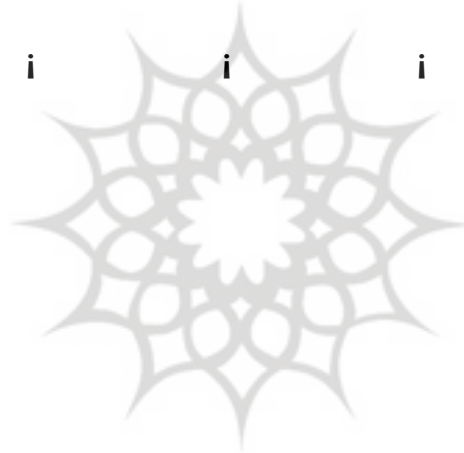
29. hypnotherapy
31. cognitive-behavior therapy
30. biofeedback
32. relaxation training

منابع

- ابراهیمی، دریانی، ناصر. (1382). اعتباریابی پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مجله گوارش (ویژه سومین کنگره بیماری‌های گوارش و کبد ایران). شماره 42، 201-200.
- بک، ج. اس. (1380). راهنمای گام به گام شناخت درمانی. ترجمه ایرج دوراهکی و محمدرضا عابدی. اصفهان، انتشارات گل‌های محمدی.
- هاریسون، ت. ن. (1384). اصول طب داخلی (بیماری‌های گوارش) ترجمه محسن ارجمند. تهران: انتشارات موسسه چاپ سامان.
- Bilhartz, L., Croft, C. (2000). *Gastrointestinal disease in primary care*. Philadelphia: Coloplon.
- Blanchard, E. B., Lackner, J., Gusman, O. R., K Gudleski, G. D., Sanders, K., Keefer, L & Krasner, S. (2006). Prediction of treatment outcome patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 44, 317-337.
- Blanchard, E. B., Lackner, J., Jandres, & et al. (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., Koloski, 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.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C. & et al (2007) Quality of life: An approach integrating opportunities, health needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276
- 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 disorders*. McLean, VA: Degnon.
- Drossman, D. A., Patrick, D. L., Whitehead, W. E., Toner, B. B., Diamant, N. E., Hu, Y., Jia, H & Bangdiwalas's. I. (2000). Further validation of the IBS-QOL: A disease-Specific Quality-of-Life Questionnaire. *Journal of Gastroenterology*. 95, 999-1007.
- Drossman, D. A., Richter, J. E., & Tallery, N. J. (1994). *The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology and treatment*. (1st ed.) McLean, VA: Degnon Associates.

- Drossman, D., A Taner, B. B., Whitehead, & et al. (2003). Cognitive –behavioral therapy versus education and dispraise versus placebo for moderate to sever functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 125, 19 -31.
- Faresjo, A., Anatasiou, F., Liois, C., Jhonsson, S., Wallander , M-A., & Faresjo, T. (2006). *Health-related quality of life irritable bowel syndrome patients in different culture settings*. This article is available from: <http://www.Hqlo.Com>
- Francis, C. Y., Morris, J., & Whorwel, P. J.(1997). The irritable bowel severity scoring system: A simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary Pharmacological Therapy*, 11, 395-402.
- Frank, L., Kleinman, L., Rent, A., Cielsa,G., Kim, J. J., & Zacker , C. (2002). Health –related quality of life associated with irritable bowel syndrome: Comparison with other chronic diseases. *Clinical Therapeutics*, 24, 675-689.
- Giovagholi, A.R.,Meneses,R.F.,& Silva,A.M.(2006).The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Journal of Epilepsy & Behavior*, 9,129-143.
- Groll, D., Vanners, S. J, Deppew , W. T., Daeosta , L. R., Simon , J. B & Groll. (2002). The IBS-36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology*, 97, 962-977.
- Issa, B.A., & Baiyewu, O.(2006). Quality of life of patients with diabetes mellitus in a nigerian teaching hospital. *Hon Kong Journal Psychiatry*, 16, 27 -33.
- Kanazawa, M., Drossman, D. A., Shinozaki, M., Sagami, Y I, Endo, Y & Fukudo, S. (2007). *Translation and validation of japanese version of the irritable bowel syndrome –quality of life measure(IBS-QOL-J)*. This article is available from: <http://www.bpsmedicine.com>.
- 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., Gudleski, G., Sanders, K., Kranders, K., & Krasner , 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 & Nabiloff , B. (2001). Gender –related differences in IBS symptoms. *Journal of Gastroenterology*, 96, 1184-2193.
- Lea, R., & Whorwell.P. (2001). Quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Pharmacy Economies*, 19(6), 643-653.
- 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 rectosigmoid stimulation.*Psychosomatic Medicine*,63,365-375
- Newachek , P. W., & Taylor. W. R. (1992). Childhood chronic illness: prevalence severity and impact. *America Journal of Public Health*, 82,364-371.

- Olatunji, 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.
- Owang, G. (2003). Illness perception in people with acute bacterial gastroenteritis. *Journal of Health Psychology, 8*, 694-704.
- Tally, N.J., & Owen, B.K. (1994). Psychological treatment for irritable bowel syndrome. A critique of controlled treatment trials. *American Journal Gastroenterology, 91*, 277-286.
- Thompson, W. G. (2000). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Degnon Associates Incorporated, 351-432*.
- Toner, B. B., & Akman, D. (2000). Gender role and irritable bowel syndrome: Literature review and hypothesis. *Journal of Gastroenterology, 95*, 576-582.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی