

اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و اضطراب بیماران روده تحریک پذیر

فرح لطفی کاشانی¹، صفیه بهزادی²، مرصده یاری³

¹ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، عضو هیأت علمی نیمه وقت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

² استادیار، فیزیولوژیست، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

³ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

چکیده

سابقه و هدف: سندرم روده تحریک پذیر (IBS) نوعی اختلال عملکردی در سیستم روده - معده است که با علائم ویژه گوارشی بدون علت ارگانیک تعریف می‌شود. اتیولوژی این بیماری دقیقاً روشن نیست اما افراد مبتلا به این بیماری بیشتر علائم منطبق با اختلالات سایکوپاتولوژی، صفات ناپهنجار شخصیت و استرس‌های روانی را در خود گزارش کرده‌اند. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر انجام شد. **روش بررسی:** در این طرح نیمه آزمایشی، 15 بیمار IBS (با تشخیص پزشک متخصص گوارش و بر اساس ملاک‌های Rome II) با روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین مراجعه کنندگان به مرکز تحقیقات گوارش و کبد تهران در نیم سال اول 1389 انتخاب شدند و درمان گروهی، طی 8 جلسه 2 ساعته هفتگی ارائه گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس اضطراب بک (BAI, 1988) و کیفیت زندگی (SF-36, 1992) بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل واریانس درون گروهی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس درون گروهی (اندازه‌گیری مکرر) و پیگیری یک ماه بعد از آن کاهش معنی‌داری را در نمره‌های اضطراب و نیز افزایش نمرات کیفیت زندگی نشان داد. **نتیجه‌گیری:** به استناد نتایج تحقیق حاضر به نظر می‌رسد تدارک یک طرح درمانگری اختصاصی بر اساس درمان شناختی - رفتاری در بیماران روده تحریک پذیر بر کیفیت زندگی و کاهش اضطراب آنها موثر باشد. **واژگان کلیدی:** درمان شناختی - رفتاری، اضطراب، کیفیت زندگی، نشانگان روده تحریک‌پذیر.

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالات روان‌تنی در حیطه بیماری‌های گوارشی است که مشخصه آن درد شکمی و تغییر در اجابت مزاج، در غیاب اختلال‌های ساختاری قابل شناسایی است (1). شیوع این بیماری در جامعه بالا و بین 7/1 تا 20 درصد برآورد شده

است (2). سندرم روده تحریک‌پذیر با آنکه بیماری مهلکی نیست، ولی فرد مبتلا را بسیار ناراحت می‌کند. بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ممکن است با یکی از «سه شکل بالینی آن» مراجعه نماید. در شکل اول، فرد مبتلا به باصطلاح «کولیت اسپاستیک» از درد مزمن شکم و یبوست شاکی است. در شکل دوم، بیماران دچار اسهال مزمن متناوب‌اند که غالباً بدون درد است. در شکل سوم، بیماران دچار هر دو نمای بالینی فوق هستند و به طور متناوب از یبوست و اسهال رنج می‌برند (1). این بیماری معمولاً در اواخر نوجوانی یا در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و نسبت ابتلای مرد به زن 1 به 2

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، مرصده یاری

(email: myari 111@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: 1390/8/25

تاریخ پذیرش مقاله: 1390/12/23

خصوص تغییر افزایش می‌دهند و سوم موانع روان شناختی (نظیر افسردگی و باورهای غلط) را که کنترل بیماری را دشوار می‌سازند از میان برمی‌دارند. درمیان روان درمانی‌های پیشنهادی در مورد روده تحریک پذیر، درمان شناختی - رفتاری از بنای نظری قوی‌تری برخوردار است.

درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) بر اساس اصول درمان شناختی - رفتاری (CBT)، درمان عقلانی - عاطفی الیس (RET) تدوین یافته است. چندین تکنیک شناختی - رفتاری (بازسازی شناختی، مدیریت استرس) به بیماران کمک می‌کنند تا استرس مرتبط با بیماری را کاهش دهند و موانعی که برسر راه خود مدیریت وجود دارد از میان برداشته و مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دهند. نتیجه به کارگیری این تکنیک‌ها بهبود مهارت‌های مراقبتی از خود و افزایش کنترل علائم بیماری است. از اولین پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی CBT روی افراد مبتلا به IBS می‌توان به مقاله بلانچارد (2007) درخصوص اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران روده تحریک پذیر اشاره کرد. این تحقیق نشان داد که درمان شناختی - رفتاری، افسردگی، اضطراب و ناتوانی ناشی از این اختلال را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (9). محققین بسیاری از جمله Naliboff (2001)، Boyce و همکاران (2003) و lackner و همکاران (2005) اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را به عنوان یکی از راه‌های قابل بحث در کاهش نشانگان، بهبود کیفیت زندگی و درمان اختلال‌های روانی توأم تأیید کرده‌اند (10-12).

لذا با توجه به شیوع بالای این نشانگان در جمعیت عمومی و همراهی بالای آن با اختلال‌های روانی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی به شیوه شناختی - رفتاری در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب بیماران روده تحریک پذیر اجرا شد.

مواد و روشها

در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مبتلایان به روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مرکز تحقیقات کبد و گوارش تهران در شش ماه اول سال 1389 بود. انتخاب نمونه با روش نمونه گیری در دسترس صورت گرفت. به این منظور طی اطلاعیه ای، موارد مورد بحث در دوره آموزشی، اهداف و ویژگی های این دوره، شرایطی که

است (3). در ایران این بیماری از شایع ترین تشخیص های مراجعه کنندگان سرپایی به کلینیک های تخصصی است (4). در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی، نشانگان روده تحریک پذیر در مجموعه ای تحت عنوان اختلال های بدنی شکل که عوامل روان شناختی در آن موثر هستند، آمده است (5).

بسیاری از محققین، شواهد آشفته گی روانی قابل ملاحظه ای نظیر افسردگی، هیستری و خصوصیات وسواس اضطرابی را در اکثریت مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر شرح داده اند فشارهای روانی در خیلی از موارد آغازگر شدید شدن علائم هستند. این امر مطرح می کند که استرس های روانی ممکن است همان طور که در بسیاری از بیماری ها با علل مختلف ایفای نقش می کنند، آغازگر غیراختصاصی علائم در سندرم روده تحریک پذیر نیز باشند (6).

بر اساس پژوهش های انجام شده، عوامل غذایی و سبک زندگی می توانند به طور قابل توجهی بر علائم این نشانگان اثر گذار باشند. لذا جنبه های مراقبت چندگانه که شامل آموزش های غذایی، آموزش مواجهه با تغییر سبک زندگی و کنترل استرس می باشد، لازم و ضروری است (7). همچنین پژوهشی در ایران (1385) نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر به طور معنی داری پایین تر از افراد سالم و علائم جسمانی کردن، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در آنها به طور معنی داری بیشتر از گروه سالم است (8).

این یافته ها به تبعیت از الگوی ادغام روانشناسی و پزشکی دلالت دارند. رویکرد درمانی نشانگان روده تحریک پذیر معمولاً جامع است و روش هایی چون «آموزش»، «کنترل علائم»، «کنترل استرس» و «کنترل پیامدهای رفتاری» را شامل می شود. آموزش، بیمار را از نحوه واکنش دیواره معده و روده به وقایع استرس آور و هیجانات آگاه می سازد. کنترل علامت، علائم کوتاه مدت را از بین می برد ولی مداوای علائم بلند مدت و دیرپا ادامه می یابد. روش کنترل استرس تلاش دارد تا واکنش فرد به شرایط ویژه، همچون انتقاد و سرزنش را کنترل کند.

در روش کنترل پیامدهای رفتاری، درمان به تقویت مثبت رفتارهای سازگارتر بیمار می پردازد. به تعبیری مداخله های روانشناختی به سه شیوه می توانند اثر گذار باشند. اول این که به بیمار کمک می کنند تا بیماری خود را بپذیرد. دوم بیماران را در ایجاد یک سری تغییرهای رفتاری در جهت افزایش رفتارهای مراقبت از خود یاری رسانده و خود کارآمدی را در

جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب 7 جلسه گذشته، معرفی کتب آموزشی به منظور آشنایی با بیماری و شناخت درمانگری و جلب توجه بیماران به باورهای زیربنایی، ارائه سبک زندگی سالم با توجه به ابعاد جسمی و اجتماعی، گرفتن پس‌خوراند نسبت به جلسات درمانی، تأکید بر انجام تکالیف خانگی تا مرحله پیگیری در یک ماه بعد.

کیفیت زندگی مربوط به سلامت به وسیله فرم کوتاه پیمایش سلامت - 36 سؤالی (SF-36) اندازه‌گیری شد که از مطالعه نتایج پزشکی (MOS) به وجود آمده و به وسیله واره وشریون (14) بسط یافته است. این پرسش‌نامه یکی از پرسش‌نامه‌های معتبر با استانداردهای جهانی است که مصارف آن روز به روز در حال افزایش است. SF-36 دارای 36 آیتم است که بُعد چندآیتمی را می‌سنجد. از 36 آیتم مذکور، 35 آیتم در نمره‌دهی نقش دارند. یک آیتم بدون نمره نیز وجود دارد که تغییرات سلامت طی سال گذشته را می‌سنجد. این پرسش‌نامه دارای 8 زیر مقیاس است که عملکرد جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان را در بر می‌گیرد و ضرایب همسانی درونی آن به ترتیب برابر 0/85، 0/90، 0/83، 0/71، 0/65، 0/77، 0/84، 0/77 به دست آمده است. ضریب همسانی درونی کلی مقیاس، برابر با 0/65 است. در ایران این پرسش‌نامه اعتباریابی شده است و روایی محتوایی آن تأیید شده است (15). سؤال‌ها در یک طیف 5 درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند.

پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI) یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی اضطراب است که توسط بک و همکاران (16) تهیه شده است و از آن زمان تا به حال ارزیابی‌های جدی روان‌سنجی در مورد آن صورت گرفته است. ضریب همسانی درونی آن برابر با 0/92 و ضریب باز آزمایی آن برابر با 0/75 است. آزمون براساس 0 تا 3 نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره‌ای که در آن به دست می‌آید 63 است که نشان دهنده اضطراب شدید می‌باشد. در ایران، اعتبار این پرسش‌نامه از طریق بازآزمایی در شهر زاهدان برابر با 0/70 بود (17).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در جدول 1 آورده شده است. میانگین سنی بیماران 46 و انحراف معیار آن برابر با 16 بود.

می‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند تهیه و از این طریق در اختیار بیماران قرار گرفت.

انتخاب نمونه بر اساس تشخیص IBS توسط پزشک متخصص گوارش بر اساس ملاک‌های ROME II، بیمارانی که حداقل 3 سال از درمان دارویی آنها گذشته باشد، سن بالای 18 سال و حداقل مدرک تحصیلی دوره راهنمایی انجام شد. از بین آنها حدود 30 نفر آمادگی خود را اعلام کردند. بعد از جلسه توجیهی و بررسی‌ها 15 نفر که حضور قطعی خود را تعهد کرده بودند انتخاب و در طرح قرار گرفتند.

پس از انتخاب گروه نمونه، برنامه درمانی طی 8 جلسه هفتگی 2 ساعته اجرا شد. آزمودنی‌ها ابتدا با پرسش‌نامه کیفیت زندگی و اضطراب بک مورد آزمون قرار گرفتند و سپس در جلسات چهارم و هشتم از بیماران خواسته شد تا مجدداً به آنها پاسخ دهند. جلسه پیگیری به فاصله یک ماه در همان محل برگزار شد و بعد از اطلاع از وضعیت سلامت جسمانی و روانی بیماران، از آنها دوباره به وسیله همان مقیاس، بررسی به عمل آمد تا میزان اضطراب آنها معلوم و تأثیر انجام گرفته بعد از درمان شناختی- رفتاری برآورد شود.

چار چوب جلسات طبق یک الگو گیری کلی از مدل بک و بر گرفته از مبانی و اصول شناخت درمانی گروهی فری (13) و فنون رفتاری مانند آموزش تنش زدایی تدریجی و برنامه ریزی فعالیت‌ها طراحی شده بود. خلاصه کارهایی که در 8 جلسه صورت گرفته است به شرح زیر است:

جلسه اول: آشنا کردن اعضا با ماهیت بیماری و نقش علل و عوامل روان شناختی در بروز و تشدید علائم، معرفی کلی شناخت درمانی گروهی، تعیین هدف‌ها و انتظارات.

جلسه دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیماران، آموزش تحریف‌های شناختی، طرح و به نقد کشاندن نگرش‌های نا کارآمد مراجعان (خصوصاً افکار مربوط به اضطراب سلامت)، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و نشان دادن رفتارهای دفاعی و نقد آنها توسط گروه، شناسایی هیجان‌ها و کمک به حل آنها با استفاده از فنون تجسمی.

جلسه چهارم، پنجم، ششم و هفتم: بازخوانی، اصلاح و تغییر ساختارهای شناختی، انگاره‌های فرضی (چالش‌های کلامی و آزمایش رفتاری)، استفاده از فونونی مانند پرسشگری سقراطی، فلش رو به پایین، آموزش آرام سازی و تکنیک تنفس شکمی، قرار دادن یک نوار آموزشی در اختیار اعضا، تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آنها.

جدول 1- متغیرهای جمعیت شناختی بیماران

متغیر	متغیر
تحصیلات	سیکل دیپلم لیسانس و بالاتر
سن (سال)	1 (6/7)* 1 (6/7) 13 (86/7)
مدت ابتلا (سال)	46/86±16/16 [†] 11/53±7/5
* تعداد (درصد)، [†] میانگین ± انحراف معیار	

جدول 3- نتایج مربوط به اثر فاکتور درون گروهی اضطراب

منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	فراوانی	سطح
مجدورات	مجدورات	آزادی	مجدورات		معنی داری
(جلسات) فرض	1476/050	3	492/017	36/051	<0/0001
کرویت					
گرین هاوس -	1476/050	2/253	655/229	36/051	<0/0001
گیزر					
(خطا)فرض	573/200	42	13/648		
کرویت					
گرین هاوس -	573/200	31/538	18/175		
گیزر					

همان گونه که در جدول 3 مشاهده می شود F محاسبه شده در سطح آلفای 5 درصد معنی دار می باشد و فرض صفر رد می شود. در نتیجه می توان گفت درمان شناختی رفتاری (CBT) بر روی اضطراب بیماران روده تحریک پذیر تأثیر داشته است.

همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر رو به افزایش است و در مجموع این میانگین از 58 به 86 افزایش یافته است که در جدول 2 مشهود است. بررسی و تحلیل روند افزایش نمرات کیفیت زندگی نیز بر اساس روش اندازه گیری مکرر مورد آزمون قرار گرفت (جدول 4). بر اساس آنچه در جدول 4 ارائه شده است، F محاسبه شده در سطح آلفای 5 درصد معنی دار است. در نتیجه می توان گفت روش درمان شناختی - رفتاری بر روی کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر تأثیر دارد.

جدول 4. نتایج مربوط به اثر فاکتور درون گروهی کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	فراوانی	سطح
مجدورات	مجدورات	آزادی	مجدورات	معناداری	
(جلسات) فرض	315342/437	3	105114/146	68/856	<0/0001
فرض کرویت					
گرین هاوس -	315342/437	2/068	152500/401	68/856	<0/0001
-گیزر					
(خطا) فرض	64116/262	42	1526/578		
کرویت					
گرین هاوس -	64116/262	28/949	2214/770		
-گیزر					

بحث

بیماری روده تحریک پذیر از جمله بیماری های روان تنی است که خاص بیماری های گوارشی است. از مشخصه های روانی این بیماری می توان به ترس مرضی، اضطراب، افسردگی و

در تحلیل داده ها، تأثیر گروه درمانی رفتاری - شناختی در کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر، مؤلفه های آماری نمرات شرکت کنندگان در این مقیاس طی 4 نوبت ارزیابی آنها به همراه پیگیری یک ماهه بعد از اتمام پژوهش در جدول 2 ارائه شده است. در این جدول میانگین و انحراف معیار نمره های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران طی 4 نوبت اندازه گیری قبل، بعد و حین درمان و پیگیری آورده شده است.

جدول 2- شاخص توصیفی در مقیاس اضطراب و کیفیت زندگی

اضطراب	میانگین	انحراف استاندارد
نوبت 1	26/4000	7/30753
نوبت 2	19/4667	5/55321
نوبت 3	15/0667	5/31126
نوبت 4	13/6667	4/25385
کیفیت زندگی		
نوبت 1	58/27984	417/0527
نوبت 2	62/53322	489/2380
نوبت 3	89/19401	586/9407
نوبت 4	86/19933	590/7193

همانگونه که ملاحظه می شود میانگین نمرات اضطراب در گروه درمانی شناختی - رفتاری، از یک آهنگ کاهشی برخوردار است و در مجموع این میانگین از 26 به 13 رسیده است. برای بررسی و تحلیل روند کاهشی میانگین نمره های اضطراب، این نمرات را از طریق روش اندازه گیری مکرر مورد آزمون قرار دادیم (جدول 3).

میانگین نمرات کیفیت زندگی در طی 4 مرحله اندازه گیری افزایش یافتند. این نتیجه، با نتایج پژوهش های Hazlet و همکاران (2003) و Kumano (2004) همخوانی دارد (22، 23). به طور کلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارزیابی ذهنی افراد از وضعیت فعلی سلامتی و اثرات مراقبت های بهداشتی و فعالیت های ارتقاء دهنده سلامتی بر روی توانایی آنان جهت نایل شدن و حفظ سطح عملکرد عمومی می باشد. در این رابطه، Wendy و همکاران (2003) نشان دادند که تغییر شناختی در بیماران روده تحریک پذیر می تواند سبب بهبود علائم و کیفیت زندگی آنان شود. خرامین و همکاران (1387) در پژوهشی نشان دادند که تغییر شیوه های ناکارآمد مقابله ای به شیوه های کارآمد می تواند در روش کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد. در بهبود کیفیت زندگی، برنامه های مداخله ای شامل تکنیک های رفتاری مانند آرمیدگی، تنفس شکمی عمیق و تکنیک های شناختی مثل خودگردانی و بازسازی شناختی می تواند به بیماران کمک نماید تا کیفیت زندگی و حوزه های مهم آن را بهبود بخشند و به احساس خودکارآمدی در تعاملات اجتماعی دست یابند. لذا باتوجه به تاثیر معنی دار گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر پیشنهادهای زیر ارائه می شود: 1- درمان شناختی - رفتاری به عنوان یک شیوه کارآمد در جهت کاهش اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر مورد استفاده قرار گیرد. 2- استفاده از سایر روش های روان درمانی به صورت مقایسه با درمان شناختی - رفتاری. 3- محدودیت جامعه آماری و نیز نوع پژوهش (نیمه آزمایشی) که محدودیت هایی را در زمینه تعمیم و تفسیر متغیرها مطرح می کند می تواند در پژوهش های آتی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افراد تحت بررسی و مسئولان محترم مرکز تحقیقات کبد و گوارش تشکر و قدردانی می شود.

ناهنجاری بدنی و پرخاشگری اشاره کرد. علائم روان شناختی با روده تحریک پذیر ارتباط علت و معلولی دارند، یعنی آنکه افراد در معرض حتماً از یک سلسله نشانه های روان شناختی بیمارگونه رنج می برند. در این میان، تنیدگی ناشی از وقایع زندگی و اضطراب از جایگاه ویژه ای برخوردار است. نتایج جداول 3 و 2 نشان می دهند که درمان شناختی - رفتاری به طور معنی داری میانگین نمره های اضطراب بیماران روده تحریک پذیر را کاهش می دهد. این نتیجه با یافته های سایر محققان مانند Boyce (2003)، Lackner (2005) و Blanchard (2007) که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در درمان اضطراب و سایر اختلال های روانی توام در بیماران روده تحریک پذیر تایید کرده اند، همسو است. (9، 11، 12). به عقیده LauriKeefer (2000)، برنامه آرام سازی بنسون به عنوان یک درمان برای کاهش نشانه ها و اضطراب بیماران روده تحریک پذیر موثر است (18). نتایج حضرتی (1385) نیز حاکی از اثربخشی این روش در کاهش سطح اضطراب موقعیتی و شدت علائم گوارشی است (19). استفاده از تکنیک آرام سازی می تواند فعالیت اتونوم را طی فشار روانی تغییر دهد. لذا نقش درمانی مهمی را برای چنین آموزش هایی جهت کنترل علائم گوارشی ناشی از فشار روانی مطرح کرده اند (20). Hunt و همکاران (2009) در درمان کوتاه مدت شناختی - رفتاری برای سندرم روده تحریک پذیر اثرگذاری آن را از طریق کاهش فاجعه سازی اجتماعی و شغلی در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران بیان نمودند (21). با توجه به اینکه در ساختار شناختی - رفتاری، درمان اضطراب به خوبی پایه ریزی شده کاهش اضطراب دور از انتظار نیست. در مدل شناختی - رفتاری افراد از طریق آشنایی با الگوی شناختی به شناسایی افکار برانگیزاننده علائم منفی، خصوصاً افکار مربوط به اضطراب دست می یابند. همچنین افراد از طریق افزایش آگاهی و اطلاعات در مورد بیماری و نیز مشکلات رایج مثل واریسی مکرر نشانه های بدنی، رفتارهای اجتنابی که اشتغال ذهنی را تداوم می بخشند، با تکنیک های صحیح مقابله با فشار روانی آشنا می شوند. با بررسی فرض دوم، مشخص شد که در گروه درمانی شناختی - رفتاری،

REFERENCES

1. Harisone TR, Editor. Principles of internal medicine. Digestive diseases. Tehran: Institute Salman Print, Arjomand; 2005. [In Persian]
2. Lucak S. ROME III: The functional gastrointestinal disorders. 3rd ed. MacLean, VA: Degnon Associates, Inc; 2006.
3. Latimer PR. Functional gastrointestinal disorders: a behavioral medicine approach. New York: Springer; 1985.
4. Ganji A, Safavi M, Naserimoghdam S, Vahdi H, Malekzadeh R. Prevalance of various gastrointestinal and liver disease referral center in Tehran in 2001-2005. Journal of Gastro- Intestinal 2006; 11:152-62. [In Persian]

5. Sadock B, Editor. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Tehran: Institute Arjomand Print; 2003. [In Persian]
6. Addolorato G, Marsigli L, Capristo E, Caputo F, Dall'Aglio C, Baudanza P. Anxiety and depression: a common feature of health care seeking patients with irritable bowel syndrome and food allergy. *Hepatogastroenterology* 1998; 45:1559-64.
7. Joung Kim Y, Ban DJ. Prevalence of irritable bowel syndrome influence of lifestyle factors and bowel habits in Korea college students. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 247 -54.
8. Minakari M, Zali M, Heydari M, Alidosti F. Health related quality of life in patients with Irritable bowel Syndrome. *Contemporary Psychology* 2006; 1:13 - 22.
9. Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Keefer L, Payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2007; 45:633-48.
10. Naliboff BD, Derbyshire SW, Munakata J, Berman S, Mandelkern M, Chang L, et al. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med* 2001; 63:365-75.
11. Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski NA, Truman G. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003; 98:2209-18.
12. Lackner JM, Gellman R, Cudleski G, Sanders K, Kranders K, Krasners S. Dysfunctional attitudes, gender, and psychopathology as predictors of pain affect in patients with irritable bowel syndrome. *J Cogn Psychother* 2005; 19:151-61.
13. Ferri M. Practical guide Cognitive group therapy. Tehran: Growth Publication; 2005. [In Persian]
14. Sherbourn V. WHO meeting on quality of life: Development of the WHOQOL instrument. *Quality of life news* 1992.
15. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. Reliability and Validity of the SF-36 questionnaire. *Payesh Health Monit* 2006;5:49-56. [In Persian]
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-7.
17. Bakhshani N. Dimensions of stressful events and social support for people diagnosed with depression, testing cognitive models of depression and anxiety [PhD thesis]. Tehran, Iran: Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 2002. [In Persian]
18. Keefer L, Blanchard EB. The effects of relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 2001; 39:801-11.
19. Hazrati M. The effect of Benson relaxation on anxiety and symptoms of irritable bowel syndrome. *Iranian journal of psychiatry and psychology* 2006; 4:405-15. [In Persian]
20. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. North American: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
21. Hunt MG, Moshier S, Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2009; 47:797-802.
22. Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff BD. Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *J Psychosom Res* 2003; 55:501-505.
23. Kumano H, Kaiya H, Yoshiuchi K, Yamanaka G, Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:370-76.