مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره 22، شماره 4، زمستان 91، صفحات 301 تا 306

Original Article

اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری گروهی برکیفیت زندگی و اضطراب بیماران روده تحریک پذیر

فرح لطفی کاشانی[1]، صفیه بهزادی [2]، مرسده یاری[3]

[1] دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، 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 آزاداسلامی، 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 نابهنجار 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 RomeII) 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 2ساعته 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 تحریک پذیر با آنکه بیماری مهلکی نیست، ولی فرد مبتلا را بسیار ناراحت می‌کند. بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر 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، مرسده یاری
(**email**: myari 111@gmail.com)
تاریخ دریافت مقاله: 1390/8/25
تاریخ پذیرش مقاله: 1390/12/23

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-24]

است (3). در ایران این بیماری از شایع‌ترین تشخیص‌های مراجعه کنندگان سرپایی به کلینیک‌های تخصصی است (4).
در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، نشانگان روده تحریک پذیر در مجموعه‌ای تحت عنوان اختلال‌های بدنی شکل که عوامل روان شناختی در آن موثر هستند، آمده است(5).
بسیاری از محققین، شواهد آشفتگی روانی قابل ملاحظه‌ای نظیر افسردگی، هیستری و خصوصیات وسواس اضطراری را در اکثریت مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر شرح داده‌اند .فشارهای روانی در خیلی از موارد آغازگر شدید شدن علائم هستند. این امر مطرح می‌کند که استرس‌های روانی ممکن است همان‌طور که در بسیاری از بیماری‌ها با علل مختلف ایفای نقش می‌کنند، آغازگر غیراختصاصی علائم در سندرم روده تحریک پذیر نیز باشند (6).
بر اساس پژوهش‌های انجام شده، عوامل غذایی و سبک زندگی می‌توانند به طور قابل توجهی برعلائم این نشانگان اثر گذار باشند. لذا جنبه‌های مراقبت چندگانه که شامل آموزش‌های غذایی، آموزش مواجهه با تغییر سبک زندگی و کنترل استرس می‌باشد، لازم وضروری است (7). همچنین پژوهشی در ایران (1385) نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر به طور معنی‌داری پایین‌تر از افراد سالم و علایم جسمانی کردن، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در آنها به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم است (8).
این یافته‌ها به تبعیت از الگوی ادغام روانشناسی و پزشکی دلالت دارند. رویکرد درمانی نشانگان روده تحریک پذیر معمولاً جامع است و روش‌هایی چون «آموزش»، «کنترل علامت»، «کنترل استرس» و «کنترل پیامدهای رفتاری» را شامل می‌شود. آموزش، بیمار را از نحوه واکنش دیواره معده و روده به وقایع استرس آور و هیجانات آگاه می‌سازد. کنترل علامت، علائم کوتاه مدت را از بین می‌برد ولی مداوای علائم بلند مدت و دیرپا ادامه می‌یابد. 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 می‌پردازد. به تعبیری مداخله‌های روانشناختی به سه شیوه می‌توانند اثر گذار باشند. اول این که به بیمار کمک می‌کنند 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 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 مدیریتی 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

دراین 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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-24]

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 درجلسات 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 هدف ها و انتظارها.

جلسه دوم وسوم: 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 فنونی 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.

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 وشربون (14) بسط یافته است. این پرسش‌نامه یکی از پرسش‌نامه های 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 0/90، 0/85، 0/83، 0/71، 0/65، 0/77، 0/84، 77 /0 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.

پرسش نامه 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 وضریب باز آزمایی آن برابر با 0/75 است. آزمون براساس0 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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-24]

جدول 1- متغیرهای جمعیت شناختی بیماران

متغیر		
تحصیلات		
	سیکل	1 (6/7)*
	دیپلم	1 (6/7)
	لیسانس و بالاتر	13 (86/7)
سن (سال)		46/86±16/16†
مدت ابتلا (سال)		11/53±7/5

* تعداد (درصد)، †میانگین ± انحراف معیار

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 نمره‌های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران طی 4 نوبت اندازه‌گیری قبل، بعد و حین درمان و پیگیری آورده شده است.

جدول 2- شاخص توصیفی در مقیاس اضطراب و کیفیت زندگی

	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب		
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 می‌شود 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 نمره‌های اضطراب، این نمرات را از طریق روش اندازه گیری مکرر مورد آزمون قرار دادیم (جدول 3).

جدول 3- نتایج مربوط به اثر فاکتور درون گروهی اضطراب

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

همان گونه که در جدول 3 مشاهده می‌شود F محاسبه شده در سطح آلفای 5 درصد معنی‌دار می‌باشد و فرض صفر رد می‌شود، درنتیجه می‌توان 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 معنی‌دار است. درنتیجه می‌توان 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 مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری
(جلسات) فرض کرویت	315342/437	3	105114/146	68/856	<0/0001
گرین هاوس -گیزر	315342/437	2/068	152500/401	68/856	<0/0001
(خطا) فرض کرویت	64116/262	42	1526/578		
گرین هاوس - گیزر	64116/262	28/949	2214/770		

بحث

بیماری روده تحریک پذیر از جمله بیماری‌های روان‌تنی است که خاص بیماری‌های گوارشی است. از مشخصه‌های روانی این بیماری می‌توان به ترس مرضی، اضطراب، افسردگی و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-24]

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 نشانه‌های روان شناختی بیمارگونه رنج می‌برند. در این میان، تنیدگی ناشی از وقایع زندگی و اضطراب از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. نتایج جداول 3 و 2 نشان می‌دهند که درمان شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری میانگین نمره‌های اضطراب بیماران روده تحریک‌پذیر را کاهش می‌دهد. این نتیجه با یافته‌های سایر محققان مانند Boyce (2003)، Lackner (2005) و Blanchard (2007)که اثربخشی درمان شناختی –رفتاری را در درمان اضطراب و سایر اختلالهای روانی توام در بیماران روده تحریک پذیر تایید کرده‌اند، همسو است. (9،11،12). به عقیده LauriKeefer (2000)، برنامه آرام‌سازی بنسون به عنوان یک درمان برای کاهش نشانه‌ها 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 آرام‌سازی می‌تواند فعالیت اتونوم را طی فشار روانی تغییر دهد. لذا نقش درمانی مهمی را برای چنین آموزش‌هایی جهت کنترل علائم گوارشی ناشی از فشار روانی مطرح کرده‌اند (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 درکاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران بیان نمودند (21). با توجه به اینکه در ساختار شناختی- رفتاری، درمان اضطراب به خوبی پایه‌ریزی 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 می‌یابند. همچنین افراد از طریق افزایش آگاهی و اطلاعات در مورد بیماری و نیز مشکلات رایج مثل وارسی مکرر نشانه‌های بدنی، رفتارهای اجتنابی که اشتغال ذهنی را تداوم می‌بخشند، با تکنیک‌های صحیح مقابله با فشار روانی آشنا می‌شوند. با بررسی فرض دوم، مشخص شد که در گروه درمانی شناختی- رفتاری، 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 مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامتی بر روی توانایی آنان جهت نایل شدن و حفظ سطح عملکرد عمومی می‌باشد. در این رابطه، Wendy و همکاران (2003) نشان دادند که تغییر شناختی در بیماران روده تحریک پذیر می‌تواند سبب بهبود علائم و کیفیت زندگی آنان شود. خرامین و همکاران (1387) در پژوهشی نشان دادند که تغییر شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای به شیوه‌های کارآمد می‌تواند در روش کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد. در بهبود کیفیت زندگی، برنامه‌های مداخله‌ای شامل تکنیک‌های رفتاری مانند آرمیدگی، تنفس شکمی عمیق و تکنیک‌های شناختی مثل خودگردانی و بازسازی شناختی می‌تواند به بیماران کمک نماید تا کیفیت زندگی و حوزه‌های مهم آن را بهبود بخشند و به احساس خودکارآمدی در تعاملات اجتماعی دست یابند.

لذا باتوجه به تاثیر معنی‌دار گروه درمانی شناختی – رفتاری بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:1-درمان شناختی – رفتاری به عنوان یک شیوه کار آمد در جهت کاهش اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر مورد استفاده قرار گیرد.2-استفاده از سایر روش های روان‌درمانی به صورت مقایسه با درمان شناختی – رفتاری. 3- محدودیت جامعه آماری و نیز نوع پژوهش (نیمه آزمایشی) که محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم و تفسیر متغیرها مطرح می‌کند می‌تواند در پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افراد تحت بررسی و مسؤلان محترم مرکز تحقیقات کبد و گوارش تشکر و قدردانی می‌شود.

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, Naserimoghadam 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]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-24]

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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-24]