

## اثر بخشی آرامسازی با دارو درمانی روی کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر

دکتر کمال صولتی دهکردی<sup>۱</sup>، دکتر مهرداد کلانتری<sup>۲</sup>، دکتر حسین مولوی<sup>۳</sup>، دکتر حمید افشار<sup>۴</sup>، دکتر پیمان ادیبی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

<sup>۲</sup>دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup>استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۴</sup>دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۵</sup>دانشیار، گروه گوارش، بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

#### زمینه و هدف

درمان های دارویی و روانشناختی تا حدودی در بهبود کیفیت زندگی و علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثر بوده است. هدف از این مطالعه مقایسه و اثر بخشی دارو درمانی توأم با آرامسازی و دارو درمانی تنها در کیفیت زندگی، میزان و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال بوده است.

#### روش بررسی

نوع پژوهش در این مطالعه، تجربی و به روش کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. تعداد نمونه ها ۶۴ بیمار با سندرم روده تحریک پذیر\* (IBS) با علائم غالب اسهال بودند که براساس ملاک های تشخیصی رم III (Rome) انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه دارو درمانی توأم با آرامسازی و دارو درمانی تنها تقسیم بندی شدند.

#### یافته ها

اختلاف معنی داری در کیفیت زندگی بین دو گروه دارو درمانی توأم با آرامسازی و دارو درمانی تنها، هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پیگیری به دست آمد ( $p < 0.05$ ). در خصوص میزان و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر اختلاف معنی داری در مرحله بعد از درمان بین دو گروه به دست آمد ( $p < 0.05$ ). اما این اختلاف در مرحله پیگیری معنی دار نبود ( $p > 0.05$ ).

#### نتیجه گیری

ترکیب درمان دارویی توأم با آرامسازی می تواند در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال موثر باشد اما عدم استمرار در این نوع درمان ها منجر به عود علائم بیماری می شود.

کلیدواژه: آرامسازی، سندرم روده تحریک پذیر، میزان و شدت علائم، کیفیت زندگی

گوارش / دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۸، ۹۵-۱۰۰

#### زمینه و هدف

سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال عملکرد روده است که با ناراحتی و درد شکمی در ارتباط با اجابت مزاج و تغییر در عادات روده مشخص می شود. (۱)

**نویسنده مسئول:** اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان

الزهرا (س)، بخش داخلی

نمابر: ۰۳۱۱-۶۶۸۷۸۹۸

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۳۰۶۰

پست الکترونیک: adibi@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۸۸/۴/۱۸

این سندرم حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلالات روانی همراه، مربوط است. اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات شبه جسمی با فراوانی بیشتری توأم با این بیماری گزارش شده است. (۲)، افراد مبتلا بسته به شدت علائم این بیماری در جاتی از اختلال در کیفیت زندگی پیدا کرده، به گونه ای که این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی و مسافرت، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع به علت ترس از ایجاد علائم می شود. (۳ و ۴)، کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین تر گزارش شده است. (۹-۵)

\* Irritable Bowel Syndrome

۲- عدم مصرف دارو و درمان های روانشناختی طی سه ماه گذشته

۳- تمایل و رضایت از شرکت در طرح

ملاک های خروج از مطالعه شامل این موارد می شدند:

۱. داشتن علائمی چون خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش ۱۰٪ وزن در طی ۶ ماه گذشته، کم خونی، اسپهال شبانه، درد شکمی که بیمار را از خواب بیدار کند و وجود توده قابل لمس در معاینه فیزیکی بارداری

۲. داشتن سابقه سرطان کولون در خانواده

۳. داشتن بیماری های شدید روانپزشکی

۴. داشتن بیماری های عضوی کولون

۵. عدم تمایل به شرکت در طرح

مداخله: طول مدت مداخله درمانی ۲ ماه بود، جلسات آرامسازی براساس روش کاربردی OST\*\* به مدت ۸ هفته و هر هفته به مدت یک ساعت روی بیماران اجرا شد و بیماران موظف بودند این روش را روزانه دو بار با استفاده از سی دی آموزشی که در اختیار آنها گذاشته شده بود در منزل تمرین کنند. (۱۹) آموزش از اینجا آغاز می شود که شما بتوانید نشانه های اولیه اضطراب را تشخیص دهید. این نشانه ها متشکل از سه جزء فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری است که دور باطلی را در فرد ایجاد می کند و یکی از راه های موثر برای ایجاد گسستگی این دور باطل، تمرکز و چگونگی کنترل بر جزء فیزیولوژیک آن است. نخستین مرحله آرامش کاربردی، آموزش فن آرامش پیشرونده عضلات است. مرحله تنش عضلات ۵ ثانیه و آرامش ۱۰ تا ۱۵ ثانیه طول می کشد. مرحله بعد آرامش بدون تنش است که هدف آن آرامش از طریق حذف تنیدگی و کاهش بیشتر زمان برای آرامش است. در مرحله سوم آرامش از طریق کنترل نشانه ها صورت می گیرد.

در مرحله چهارم آرامش افتراقی است که هدف اصلی در این مرحله یادگیری آرامش در مواقعی است که فرد درگیر کارهای روزمره است و فرد از انقباض غیر ضروری عضلات غیر فعال اجتناب می کند. مرحله پنجم آرامش سریع است که بیمار یاد می گیرد بین ۲۰ تا ۳۰ ثانیه در موقعیت های طبیعی و غیر استرس زا به آرامش برسد و آخرین مرحله آرامش کاربردی است که فرد مهارت های فوق را در موقعیت های واقعی به کار می گیرد. بیمار میزان اضطراب با آرامش خود را براساس یک مقیاس صفر تا ده درجه یادداشت می کند. جهت اطمینان از تمرین آرامسازی توسط بیماران چک لیستی در اختیار آنها گذاشته شده بود که تعداد تمرین های روزانه و اثرات آنها را مشخص می کرد و در جلسات بعدی آنها را به همراه خود می آوردند.

نوع داروی تجویز شده به بیماران "سیتالوپرام" یک مهار کننده انتخابی باز جذب سروتونین بود که با دوز ۱۰ میلی گرم در روز شروع و پس از سه هفته به حداکثر ۴۰ میلی گرم در روز افزایش پیدا می کرد. کلیه بیماران علائم سندرم روده تحریک پذیر و عوارض جانبی دارو را براساس پرسشنامه ای که در اختیارشان آنها گذاشته شده بود ثبت می کردند.

اگر چه مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRIs)\* به طور فراوانی در درمان و اصلاح علائم سندرم روده تحریک پذیر مورد استفاده قرار گرفته است، اما در اثر بخشی آن شواهد کمی وجود دارد. (۱۱ و ۱۰)، اثر بخشی داروهای ضد افسردگی روی علائم سندرم روده تحریک پذیر همیشه بحث انگیز بوده است. (۱۲)، بیشتر پژوهش ها اثر بخشی داروهای ضد افسردگی را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر گزارش کرده اند. (۱۱-۱۵)، در برخی پژوهش ها چنین نتیجه ای به دست نیامده به طوری که نتایج یک پژوهش نشان داد سیتالوپرام و آمی تریپتیلین هیچ برتری نسبت به دارو نماد علائم سندرم روده تحریک پذیر نداشتند. (۱۳)، آرامسازی به عنوان یک درمان روانشناختی در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر گزارش شده است. (۱۷ و ۱۶)، اما برخی پژوهش ها نشان دادند که آرامسازی به تنهایی نمی تواند موثرتر از مراقبت بالینی معمول (به عنوان گروه کنترل) در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر باشد. (۱۸)

با توجه به نتایج متفاوت پژوهش های ذکر شده هدف از پژوهش حاضر، اثر بخشی و مقایسه دارو درمانی (به ویژه سیتالوپرام) و آرامسازی روی کیفیت زندگی و میزان و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسپهال بود.

## روش بررسی

نوع مطالعه تجربی و به روش کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد.

بیماران: جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک بیمارستان نور اصفهان بود که پس از تشخیص گذاری توسط متخصصین گوارش و براساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک های تشخیصی رم III (Rome) تعداد ۶۴ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسپهال به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه دارو درمانی توأم با آرامسازی و دارو درمانی تنها تقسیم شدند.

با توجه به اینکه از نظر اخلاقی نمی توان یک گروه از بیماران را در لیست انتظار قرار داد و از هر گونه درمانی روی آنها اجتناب کرد به هر دو گروه دارو داده شد و برای یکی از گروه ها علاوه بر دارو از روش آرامسازی هم استفاده شد تا اثر آرامسازی روی بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد به همین دلیل گروه کنترل در این پژوهش گروه دارو درمانی صرف بود، هم چنین روش نمونه گیری تصادفی آسان تارسیدن به تکمیل حجم نمونه بود و کفایت حجم نمونه با استفاده از توان آماری صورت گرفت که برای هر گروه ۱۴ نفر کفایت می کرد، ولی برای ریزش احتمالی برای هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک های ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

۱- داشتن ملاک های تشخیصی IBS-D که براساس ملاک های Rome III و با تشخیص متخصصین گوارش صورت می گرفت.

\* Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

\*\* Objective Stress Test

### یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد میانگین سنی کل بیماران ۳۳ سال بود. ۲۴ نفر آنها مرد و ۴۰ نفر آنها زن بودند ۵۰ نفر بیماران متاهل و ۱۴ نفر آنها مجرد بودند. وضعیت تحصیلی بیشتر بیماران هم در گروه آرامسازی و هم دارو درمانی، دیپلم بود (۲۷/۵٪ در مقابل ۳۱/۲۵٪). سابقه بیماری سندرم روده تحریک پذیر در گروه دارو درمانی در محدوده یک تا ۲۳ سال و در گروه آرامسازی توام با دارو درمانی یک تا ۲۸ سال به دست آمد که میانگین آن به ترتیب برابر با ۶/۷۵ و ۶/۴۳ بود (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها به تفکیک گروه های درمانی

گروه آرامسازی همراه با دارو درمانی (تعداد=۳۲)	گروه دارو درمانی (تعداد=۳۲)	گروه ها متغیر
۳۴/۰۲±۹/۰۵	۳۳/۳۷±۱۰/۷	سن: میانگین
۲۲ (۶۸/۷۵)	۱۸ (۵۶/۲۵)	جنس: مونث (درصد)
۲۶ (۸۱/۲۵)	۲۴ (۷۵)	وضعیت تاهل: متاهل (درصد) میزان تحصیلات: فراوانی (درصد)
۸ (۲۵)	۸ (۲۵)	زیر دیپلم
۱۲ (۳۷/۵)	۱۰ (۳۱/۲۵)	دیپلم
۸ (۲۵)	۱۰ (۳۱/۲۵)	لیسانس
۴ (۱۲/۵)	۴ (۱۲/۵)	فوق لیسانس
۶/۴۳±۴/۰۸	۶/۷۵±۴/۲۳	سابقه بیماری (به سال): میانگین [محدوده]
[۱-۱۸]	[۱-۲۳]	

با توجه به این که در این مطالعه دو متغیر وابسته (کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر) وجود دارد استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری مانکوا (MANCOVA) بهترین روش آماری برای این پژوهش است از این نظر قبل از اجرای روش مانکوا باید آزمون باکس (Box) و آزمون لوین (Levenes) در مورد فرض یکسانی کواریانس و واریانس ها اجرا شود. نتایج آزمون باکس نشان داد پیش فرض همسانی کواریانس های مربوط به متغیرهای وابسته در گروه های آرامسازی و دارو درمانی باقی می ماند. نتایج آزمون لوین هم نشان داد پیش فرض همسانی واریانس های مربوط به متغیرهای وابسته در دو گروه باقی می ماند. بنابراین با توجه به یکسانی حجم نمونه ها می توان از مانکوا (MANCOVA) استفاده کرد.

دیگر یافته های پژوهش نشان داد که بین ویژگی های دموگرافیک و نمرات پیش آزمون های پژوهش (کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر) همبستگی به دست نیامد اما بین سابقه بیماری سندرم روده تحریک پذیر با نمرات پیش آزمون های پژوهش همبستگی به دست آمد. همبستگی سابقه بیماری سندرم روده تحریک پذیر با کیفیت زندگی  $r=0/27$

\* Quality of Life-Irritable Bowel Syndrome

\*\* Bowel Symptoms Severity & Frequency Scale

ابزار پژوهش: ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر بود:  
الف - آزمون کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (QOL-IBS)\*: این آزمون در سال ۱۹۹۸ توسط پاتریک و دروسمن ساخته شده که دارای ۳۴ سوال و ۸ زیر مقیاس شامل: ملامت، مداخله در فعالیت (روزانه)، تصویر بدنی، نگرانی نسبت به سلامتی، اجتناب از غذا خوردن، واکنش اجتماعی، مشکلات جنسی و مسائل ارتباطی است و هر سوال آن دارای یک مقیاس ۵ درجه ای به روش لیکرتی از یک تا ۵ است.

این آزمون از اعتبار بالایی برخوردار بوده و پاسخ درمان آن در پژوهش های مختلف مورد تایید قرار گرفته است. (۲۰)، پایایی کلی (Reliability) این آزمون در آمریکا، اروپا و آسیا به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش شده است. (۲۲-۲۰)

هم چنین پایایی کلی نسخه فارسی این آزمون توسط حقایق و همکاران (۱۳۸۷) روی ۱۲۶ نفر از بیمار سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفته که روائی کلی آن برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. (۲۴)

ب - مقیاس فراوانی و شدت علائم روده (BSS-FS)\*\*: این مقیاس بر اساس ملاک های تشخیصی رم (Rome) ساخته شده است که دارای ۵ سوال در خصوص فراوانی علائم و ۵ سوال هم در خصوص شدت علائم با یک مقیاس ۵ درجه ای در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال است. این آزمون ابتدا روی چند بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال اجرا شد و مواردی که برای بیمار قابل درک و فهم نبود حذف و اصلاحات لازم در خصوص سوالات آزمون صورت گرفت. پس از آماده شدن فرم نهایی، اعتبار صوری آن توسط چندین متخصص گوارش تایید شد. جهت به دست آوردن پایایی (Reliability) این آزمون، تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال به صورت تصادفی انتخاب و آزمون فوق از طریق بازآزمائی، دوباره و در فاصله بین دو هفته روی آنها اجرا شد که همبستگی کلی نمرات به دست آمده برابر با ۰/۸۱ بود.

مراحل پژوهش: این پژوهش شامل سه مرحله بود. مرحله اول پیش از درمان بود که بیماران پس از داشتن ملاک های ورود به صورت تصادفی به دو گروه ۳۲ نفره تقسیم می شدند. مرحله دوم بعد از درمان بود که مداخلات درمانی (سیتالوپرام DT و آرامسازی RX+DT) به مدت ۸ هفته روی بیماران اجرا شد و مرحله سوم سه ماه پس از آخرین مداخلات درمانی بود که مرحله پیگیری نام داشت. در پایان هر مرحله ابزارهای پژوهش روی بیماران دو گروه اجرا می گردید.

داده های آماری از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تحلیل قرار گرفت. روش های آماری مورد استفاده شامل ضریب همبستگی پیرسون جهت همبستگی بین ویژگی های دموگرافیک و سابقه بیماری با سندرم روده تحریک پذیر، آمار توصیفی جهت مقدمه استفاده از آمار استنباطی و تحلیل کواریانس چند متغیری مانکوا (MANCOVA) بود.

با میزان علائم  $t=0/44$  و شدت علائم  $t=0/38$  به دست آمده اختلاف معنی دار بود ( $p<0/05$ ). با توجه به این قسمت یافته‌ها در نظر گرفتن سابقه بیماری به عنوان یک متغیر همپراش، به همراه نمرات پیش آزمون‌ها، انجام تحلیل مانکوا ضروری به نظر می‌رسد.

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد کنترل متغیرهای همپراش پیش آزمون و سابقه بیماری روی متغیرهای وابسته تأثیر گذاشته است به طوری که تفاوت بین سنتروئیدهای (Centroids) گروه‌ها به طور کلی (بدون تفکیک متغیر وابسته) معنی دار بود ( $p=0/001$ ). میزان تأثیر ( $\text{Eta}^2$ ) برابر  $0/64$  به دست آمد. به عبارت دیگر ۶۴ درصد تغییر در متغیرهای وابسته، مربوط به

تفاوت در عضویت گروهی است. توان آماری (Observed Power) هم برابر با یک به دست آمد که نشانگر کفایت حجم نمونه بود. مقایسه تفاوت گروه‌ها بر متغیرهای وابسته نشان داد که اختلاف معنی داری بین دو گروه دارو درمانی و آرامسازی با گروه دارو درمانی در مقیاس‌های کیفیت زندگی هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پیگیری وجود دارد ( $p=0/001$ ) در مقابل ( $p=0/047$ ). در مورد میزان و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر اختلاف دو گروه در مرحله بعد از درمان معنی دار بود. ( $p=0/001$ ) در مقابل ( $p=0/014$ ). اما در مرحله پیگیری اختلاف معنی دار به دست نیامد. ( $p=0/38$ ) در مقابل ( $p=0/19$ ) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه زوجی دو گروه در مقیاس‌های کیفیت زندگی، شدت و فراوانی علائم سندرم روده تحریک پذیر در مراحل قبل از درمان، پس از درمان و پیگیری

P-Value پیگیری (سه ماه بعد از درمان)	P-Value پس از درمان	میانگین نمرات تعدیل شده و انحراف استاندارد		گروه‌های درمانی	میانگین نمرات تعدیل شده و انحراف استاندارد		گروه‌های درمانی	متغیرهای وابسته
		قبل از درمان	بعد از درمان		قبل از درمان	بعد از درمان		
۰/۰۴۷	۰/۰۰۴	۸۰/۵۷±۱۲/۳	۷۸/۹±۱۰/۵۴	دارو درمانی	۶۲/۸۷±۹/۹	۸۲/۷±۱۱/۰۴	آرامسازی و دارو درمانی	کیفیت زندگی (QOL)
۰/۰۳۸	۰/۰۰۱	۱۰/۸۶±۱/۳	۹/۸۸±۲/۰۱	دارو درمانی	۶/۴۸±۱/۴	۱۲/۱۰±۲/۱	آرامسازی و دارو درمانی	شدت علائم (BSSS)
۰/۰۱۹	۰/۰۱۴	۱۰/۳۷±۲/۴۲	۹/۳۵±۱/۷۵	دارو درمانی	۹/۵۴±۱/۸	۱۱/۵۷±۲/۶	آرامسازی و دارو درمانی	فراوانی علائم (BSFS)

های دیگر اثر بخشی آرامسازی را موثرتر از مراقبت بالینی روزانه ندانسته‌اند. (۱۸) در بررسی‌های ما بیشتر بیماران در پژوهش زن بودند که نشان از شیوع بالاتر این بیماری در زنان دارد، در سایر مطالعات نیز حالت مشابهی وجود داشته است. (۳۰ و ۲۹) زمان بیماری از حداقل یکسال تا حداکثر ۲۳ سال گزارش شده است که نشان دهنده مزمن بودن و عدم درمان قطعی این بیماری است. (۳) همبستگی بین سابقه بیماری با کیفیت زندگی و علائم سندرم روده تحریک پذیر معنی دار به دست آمد این نتایج نشان می‌دهد که مدت زمان این بیماری در میزان کیفیت زندگی و میزان و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر تأثیر داشته است.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که آرامسازی توأم با دارو درمانی اثر بیشتری نسبت به دارو درمانی تنها در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال داشته است و با برخی پژوهش‌ها که اثر ترکیبی درمان‌های روانشناختی توأم با دارو درمانی (به طور ویژه ضد افسردگی) را در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مورد تأیید قرار داده‌اند، همخوان است. (۱۳ و ۲۸)، بنابراین پیشنهاد می‌شود در بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران تنها به درمان دارویی اکتفا نشود و مداخلات روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی مورد استفاده قرار گیرد. در مرحله پیگیری این پژوهش گروه دارو درمانی تنها به آرامسازی توأم با دارو درمانی در فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر اختلاف

میانگین نمرات مقیاس فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر دو گروه در سه مرحله پژوهش نشان می‌دهد که در مرحله بعد از درمان در هر دو گروه کاهش پیدا کرد اما این کاهش در گروه آرامسازی توأم با سیتالوپرام بیشتر از گروه سیتالوپرام بود که از نظر آماری هم معنی دار به دست آمد اما در مرحله پیگیری فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر در هر دو گروه مجدداً عود کرده و افزایش نشان می‌دهد و جالب این که اختلاف معنی داری در این مرحله بین دو گروه به دست نیامد.

## بحث

مطالعات نشان داده حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که در جستجوی درمان خود هستند، تاریخچه‌ای از اختلالات روان پزشکی را در طول زندگی خود گزارش داشته‌اند. (۲۵)، اختلالات افسردگی و اضطرابی و اختلالات شبه جسمی در این بیماران بیشتر گزارش شده است. (۲)، درمان‌های روانشناختی همواره در کاهش علائم این بیماری موثر بوده است. (۱۸ و ۲۶ و ۲۷)، پژوهش‌های دیگر اثر بخشی برخی درمان‌های روانشناختی را در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نشان دادند. (۲۸)، برخی پژوهش‌ها نشان دادند که آرامسازی نیز به عنوان یک تکنیک روانشناختی در کاهش علائم اختلالات عملکردی گوارش همچون نفخ، آروغ زدن، بادکردگی روده و اسهال موثر بوده است. (۱۷ و ۱۶)، در حالی که پژوهش

## نتیجه گیری

بنابراین نتیجه گیری این پژوهش نشان می دهد که ضد افسردگی هادر کنار آرامسازی می تواند در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر و بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد و عدم استمرار در درمان این بیماران منجر به عود علائم بیماری می شود بنابراین همکاری متخصصین گوارش با روانشناسان و روانپزشکان می تواند در کمک رسانی به این بیماران اثرات مثبتی داشته باشد.

معنی داری نداشتند که نشانگر عود مجدد علائم بوده است و با برخی مطالعات دیگر که عود تدریجی علائم را در طول ۶ ماه بعد از درمان گزارش کردند، هماهنگ است. (۳۱ و ۳۲)، این مسئله ما را به دو نتیجه اصلی رهنمون می کند. اول این که از جنبه های پاتوفیزیولوژی این بیماری به سادگی نمی توان گذشت. دوم عدم تکرار و انجام تکالیف خانگی (رفتاری) بیماران در طول مرحله پیگیری، احتمال بازگشت علائم را بالا می برد.

برخی پژوهش ها اثر بخشی آرامسازی را در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر مورد تایید قرار داده اند که با یافته های این قسمت پژوهش مبنی بر کاهش معنی دار فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر بعد از درمان، همخوانی دارد. (۱۶)

## REFERENCES

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480-1491.
- Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 210-15.
- Feldman M, Scharschmidt BF, Sleizenger MH. Sleizenger and Fordtrans. *Gastrointestinal and Liver diseases*. 7th ed. Philadelphia, PA: Saunders Publishers, 2002. P. 1794-1805.
- Leu R, Whorwell PJ. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 643-53.
- Brun-Strang C, Dapigny M, Lafuma A, Wainsten JP, Fagnani F. Irritable bowel syndrome in France: quality of life, medical management, and costs: the Encoli study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007; 19: 1097-103.
- Wilson A, Longstreth GF, Knight K, Wong J, Wade S, Chiou CF, et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome. *Manag Care Interface* 2004; 17: 24-8.
- Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacher C. Health related quality of life associated with irritable bowel syndrome. : comparison with other chronic disease. *Clin Ther* 2002; 24: 675-89.
- Hahn BA, Yan S, Strassel S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and the United Kingdom. *Digestion* 1999; 60: 77-81.
- Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000; 119: 654-60.
- Kall E, Lindstrom E, Martinez V. The serotonin reuptake inhibitor citalopram dose not affect colonic sensitivity or compliance in rats. *Eur J pharmacol* 2007; 10: 203-11.
- Tack J, Broekaert D, Fischler B, Van-Oudenhove L, Gevers AM, Janssens J. A controlled cross over study of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in irritable bowel syndrome. *Gut* 2006; 55: 1095-103.
- Talley NJ, Kellow JE, Boyce P, Tennant C, Huskic S, Jones M. Antidepressant Therapy (Imipramine and citalopram) for Irritable bowel syndrome: A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Dig Dis Sci* 2007; 15.
- Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, et al. Ament E. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 303-17.
- Bahar RJ, Collins BS, Steinmetz B, Ament ME. Double-Blind placebo-controlled trial of amitriptyline for the treatment of irritable bowel syndrome in adolescents. *J Pediatr* 2008; 152:685-9.
- Vahedi H, Merat S, Momtahn S, Kazazi AS, Ghaffari N, Olfati G, et al. Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27, 678-84.
- Keefer L, Blanchard EB. The effects for relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 2001; 39:801-11.
- Leahy A, Clayman C, Mason I, Lloyd G, Epstein O. Computerised biofeedback games: a new method for teaching stress management and its use in irritable bowel syndrome. *J R Coll physicians lond* 1998; 32: 552-6.
- Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski BA, 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.
- Hawton K, Kirk J, Salkovskis PM, Clark DM. cognitive-behaviour therapy for psychiatric problem- A practical guide. Oxford: oxford university press. 1989.
- Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Bangdiwalas ST, et al. Further validation of the IBS-QOL: A disease-specific quality of life questionnaire. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 999-1007.
- Patrick DL, Drossman DA, Fredrick IO, Dicesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998; 43: 400-11.
- Bushnell DM, Reilly MC, Galani C, Martin ML, Ricci JF, Patrick DL, et al. Validation of electronic data capture of the irritable bowel syndrome-quality of life measure, the work productivity and activity impairment questionnaire for irri-

- table bowel syndrome and the Euro Qol. *Value Health* 2006; 9: 98-105.
23. Kanazawa M, Drossman DA, Shinozaki M, Sagami Y, Endo Y, Palsson O, et al. Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome- quality of life measure (IBS-QOL-J). *Bio Psy Soc Med* 2007; 1:6.
  24. Haghayegh SA, Kalantari M, Solati SK, Molavi G, Adibi P. Study on Validity of Farsi Version of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34). *Govaresh* 1387; 13: 99-105.
  25. Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med* 1999; 107: 65-73.
  26. Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GB, Blanchard EB, et al. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? a medicational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2007; 133: 433-44.
  27. 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.
  28. Drossman DA, Morris CB, Hu Y, Toner BB, Diamont N, Leserman J, et al. Characterization of health related quality of life (HRQOL) for patients with functional bowel disorder (FBD) and its response to treatment. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1442-53.
  29. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J. Prevalence patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 19: 643-50.
  30. Greenberg M, Amitron H, Galiczynski E. A contemporary review of IBS. *Phys Assist* 2002; 26: 26-33.
  31. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, Mcsorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 1035-40.
  32. Novick J, Miner P, Krause R, Glebas K, Bliesath H, Ligozio G, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of tegaserod in female patients suffering from irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1877-88.