

## اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر شدت علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

علی کامکار<sup>۱</sup>، محمود گلزاری<sup>۱</sup>، نورعلی فرخی<sup>۲</sup>، شاپور آقایی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، <sup>۲</sup>دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه تربیتی، سنجش و اندازه گیری، <sup>۳</sup>دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی، گروه داخلی  
تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۱۱  
شماره ثبت در مرکز کارآزمایی های بالینی ایران: IRCT201102195868N1

### چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم روده تحریک پذیر نوعی بیماری گوارشی است که با درد مزمن شکم و تغییرات اجابت مزاج و عدم علل عضوی برای این علایم مشخص می شود. هدف این مطالعه تعیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی که در سال ۱۳۸۹ انجام شد، از بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک و مطب های متخصصین گوارش شهر یاسوج، ۴۲ نفر به روش نمونه گیری میثنی بر هدف انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم شدند. پس از اجرای پیش آزمون که با استفاده از مقیاس فراوانی و شدت علایم روده (BSS-FS)، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS-QOL-34) و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک به عمل آمد، گروه مداخله طی ۸ جلسه هفتگی علاوه بر درمان معمول، مورد درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس قرار گرفتند، ولی گروه کنترل تنها درمان معمول را دریافت کردند. پس آزمون دو ماه بعد با همان ابزار انجام گرفت. داده ها با آزمون های آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تی وابسته تجزیه تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس در کاهش علایم بیماران سندرم روده تحریک پذیر در گروه مداخله تأثیر معنی داری داشت ( $p=0/001$ ).

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد، تلفیق درمان های دارویی به همراه مداخلات روان شناختی می توانند در کاهش علایم و بهبود بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر باشند.

**واژه های کلیدی:** سندرم روده تحریک پذیر، درمان شناختی - رفتاری، علایم روانشناختی

## مقدمه

بیشتری توأم با این بیماری گزارش شده است. همچنین استرس‌های روانی و عوامل تروماتیک نقش مهمی در شروع و تداوم علایم این سندرم داشته‌اند(۶). ۵۵ درصد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای حداقل یک اختلال روانپزشکی در محور یک از محورهای پنج‌گانه اختلالات روان‌پزشکی هستند. این بیماری می‌تواند در قسمت‌های مختلف زندگی از جمله: خواب، شغل، عملکرد جنسی، تفریحات و مسافرت تأثیر بگذارد. مبتلایان سه برابر افراد غیر مبتلا از محل کار و مدرسه غیبت می‌نمایند(۷).

بلانچارد و همکاران<sup>(۴)</sup> (۲۰۰۷)، جهت درمان سندرم روده تحریک‌پذیر ترکیب‌های متفاوتی از مداخلات روان‌شناختی را به کار برده‌اند، که در بین این درمان‌های روان‌شناختی، درمان شناختی - رفتاری هم از مبنای نظری قوی‌تری برخوردار است(۸ و ۹). نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که روش‌های روان‌درمانی رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانی در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به دارو درمانی به نتایج متفاوتی دست یافته است(۱۰). در مطالعه‌ای با استفاده از تکنیک‌های شناختی - رفتاری در آموزش راهبردهای مقابله‌ای اثر بخشی این روش را در کاهش علایم سندروم روده تحریک‌پذیر تأیید شد(۱۱). در مطالعه دیگری معلوم

نشانگان روده تحریک‌پذیر<sup>(۱)</sup> نوعی بیماری گوارشی است که با درد مزمن شکم و تغییرات اجابت مزاج و عدم علل عضوی برای این علایم مشخص می‌شود. سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین تشخیص در بین بیماری‌های گوارشی به شمار می‌رود و علت ۲۵ تا ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصین گوارش است(۱). این سندرم علت تعداد قابل ملاحظه‌ای از مراجعه به پزشکان عمومی و دومین علت غیبت از محل کار، پس از سرماخوردگی است(۲). مطالعه‌های بسیاری به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته است. استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع بوده و با شروع و شدت علایم ارتباط زیادی دارد. شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در نقاط جغرافیایی مختلف با هم متفاوت است، این میزان در جوامع غربی بین ۹ تا ۲۲ درصد، ولی در ایران بین ۶ تا ۲۵ درصد گزارش شده است(۳ و ۴).

مطالعه دین و همکاران<sup>(۲)</sup> (۲۰۰۵) نشان داد، حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که در جستجوی درمان خود هستند، تاریخچه‌ای از اختلالات روان‌پزشکی را در طول زندگی خود گزارش کرده‌اند(۵). طبق گزارش فولکز<sup>(۳)</sup> (۲۰۰۴) سندرم روده تحریک‌پذیر حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلال‌های روانی همراه ناشی از استرس، مرتبط است. اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی و اختلال‌های شبه جسمی با فراوانی

1-Irritable Bowel Syndrome (IBS)

2-Dean et al

3- Folks

4- Blanchard et al

شد که علایم و کیفیت زندگی پس از آموزش بهبود یافت (۱۲).

در مطالعه‌ای ثابت شد، کاهش علایم سندرم روده تحریک‌پذیر مستلزم مراقبت‌های چندگانه نظیر آموزش‌های غذایی، آموزش مواجهه با تغییر در سبک زندگی و کنترل استرس می‌باشد (۱۳)، همچنین پژوهش‌های دیگر ارتباط معنی‌داری بین سندرم روده تحریک‌پذیر و اختلالات روانی نظیر؛ اختلالات افسردگی، اضطراب، جسمانی کردن، سوء مصرف و وابستگی به الکل، اختلال جسمانی کردن، آشفتگی‌های روانی، اختلال هراس و ترس از فضاها را به دست آوردند (۱۷-۱۴)، اما در عین حال برخی پژوهش‌ها ارتباطی بین این سندرم و اختلال‌های روانی به دست نیاوردند (۱۹ و ۱۸).

هدف این مطالعه تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر شدت علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود.

#### روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده است که در سال ۱۳۸۹ پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی و اخذ رضایت کتبی بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ارجاع شده از مطب متخصصین گوارش شهر یاسوج انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای

Rome III، با تشخیص متخصص گوارش و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته بودند (۲۱ و ۲۰). معیارهای خروج از مطالعه شامل، داشتن علایمی مانند خون‌ریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش ۱۰ درصد وزن در طی ۶ ماهه گذشته، داشتن سابقه سرطان کولون در خانواده، داشتن بیماری‌های شدید روان پزشکی و فامیل درجه اول و یا همسایه بودن بیماران بودند.

نمونه مورد مطالعه ۴۲ نفر بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که به صورت تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم شدند. طول مدت مداخله ۲ ماه بود و گروه مداخله جهت شرکت در جلسه‌ها به طور تصادفی در سه گروه ۷ نفری قرار گرفتند و برنامه درمانی طی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) اجرا شد.

بیماران هر دو گروه درمان معمول سندرم روده تحریک‌پذیر به وسیله متخصص گوارش را دریافت کردند، ولی گروه مداخله علاوه بر درمان معمول تحت برنامه‌های آموزشی درمانی شناختی - رفتاری، به شیوه مدیریت استرس که در یک پروتکل اجرایی طراحی شده بود، قرار گرفتند. تکنیک‌های اجرا شده در این پروتکل شامل؛ آرام سازی، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش ابرازگری و حل مسئله، مدیریت خشم و ایجاد حمایت‌های اجتماعی بودند که طی ۸ جلسه انجام شد.

جلسات به وسیله پژوهشگر و یک نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی اداره می‌شد. هر

جلسه گذشته، معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیشتر با روش‌های مدیریت استرس و استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری و جلب توجه بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیربنایی، گرفتن پس‌خوراند از بیماران نسبت به جلسه‌های درمانی و در نهایت تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون به وسیله گروه مداخله انجام شد. در یک جلسه جداگانه پس‌آزمون گروه کنترل نیز تکمیل گردید.

ابزارهای سنجش داده‌ها که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت، شامل؛ مقیاس فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک بود. مقیاس فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ملاک‌های تشخیصی Rome III ساخته شد و دارای ۱۰ سؤال در خصوص فراوانی و شدت علائم با یک مقیاس ۵ درجه‌ای در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. این آزمون به وسیله صوتی و همکاری در سال ۱۳۸۷ روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در اصفهان اجرا شد. ضریب پایایی کلی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرانباخ برابر با ۰/۷۰ بود (۲۰). فرم ملاک تشخیصی Rome III دیگر ابزار پژوهش بود که به وسیله متخصصین گوارش جهت تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گرفت. این ملاک تشخیصی در سال ۲۰۰۶ بعد از اصلاحات مختلف که با همکاری بسیاری از متخصصین گوارش در

دو گروه با استفاده از دفترچه‌ای که متشکل از چند آزمون بود، مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند، خلاصه کارهایی که در هشت جلسه صورت گرفت به این شرح بود؛ جلسه اول؛ معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنا کردن اعضاء با ماهیت بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید علائم، تعیین هدف‌ها و انتظارات، جلسه دوم و سوم؛ تکنیک‌های تعریف شده در پروتکل با استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند پاور پوینت، جزوه آموزشی و ایفای نقش به ترتیب آموزش داده شد و در شروع هر جلسه تمرین آرام‌سازی و منطق اثر بخشی، روش اجرا و مزایای آن به روش تمرین آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده جاکوبسون) اختصاص یافت (۲۲). در آخر هر جلسه تکالیف خانگی به بیماران داده شد و در ابتدای جلسه بعدی این تکالیف مرور گردید. همچنین تشخیص باورهای غیر منطقی رایج و پیامد آن در شکل‌گیری احساسات و عواطف، تمرین با بیماران در جهت شناسایی این باورها و تغییر نظام باورهای خویش آموزش داده شد. در جلسه چهارم و پنجم آموزش مهارت‌های حل مسئله و ابرازگری با دادن تکالیف خانگی و تمرین‌های عملی به صورت ایفای نقش ادامه پیدا کرد. در جلسه‌های ششم و هفتم مهارت‌های مدیریت خشم و ایجاد حمایت‌های اجتماعی نیز به روش‌های ساده و گام به گام با مشارکت گروه آموزش داده شد. در جلسه هشتم خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب هفت

کوواریانس چند متغیره<sup>(۲)</sup> و تست تی وابسته<sup>(۳)</sup> تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته ها

دامنه سنی بیماران شرکت کننده در مطالعه ۱۵ تا ۵۰ سال بود. بیماران دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، مدت ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر، سطح تحصیلات، شدت علائم و اضطراب و افسردگی در ابتدای مطالعه تفاوت معنی داری نداشتند ( $p > 0/05$ ) (جدول ۱).

مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله نشان داد که شدت علائم در گروه مداخله به طور معنی داری کاهش داشت ( $p < 0/001$ )، در حالی که در گروه شاهد شدت علائم تغییر معنی داری نداشت ( $p = 0/66$ ).

نتایج تحلیل کوواریانس با در نظر گرفتن ارزیابی شدت علائم قبل از مداخله به عنوان متغیر کوواریانس تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد در شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر نشان داد ( $P = 0/001, F = 28/9$ )، و همچنین تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله و کنترل در اضطراب ( $F = 25/13$ )، افسردگی ( $P = 0/001, F = 27/86$ ) مشاهده شد (جدول ۲).

سرتاسر دنیا صورت گرفت، تحت عنوان Rome III به جامعه علمی عرضه شد، که از استاندارد بالایی برخوردار است (۲۱).

پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک یک آزمون ۲۱ قسمتی است که نشانه‌های تعریف شده افسردگی و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است، همه پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری شده است و نمره کل فرد از راه جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰-۶۳ را شامل می‌شود. از جمله فهرست مقیاس‌های متداول خود سنجی افسردگی و اضطراب است که به وسیله بک در سال‌های ۱۹۸۸ و ۱۹۸۹ تهیه شده است و از آن زمان تا به حال ارزیابی‌های جدی روان‌سنجی در مورد آنها صورت گرفته‌اند، ضریب همسانی درونی در آزمون افسردگی برابر با ۰/۸۶ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۹۱ است که در ایران این پرسشنامه از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش دو نیمه سازی ۰/۷۰ گزارش شده است و ضریب همسانی درونی پرسشنامه اضطراب ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند و پایایی این آزمون در ایران، با روش آلفای کرانباخ برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۰).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>(۱)</sup> و آزمون‌های آماری تحلیل

1-Statistical Package for Social Sciences  
2- Multivariate Analysis of Covariance  
3-Independent -T test

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه‌های کنترل و مداخله در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	گروه	کنترل	مداخله	سطح معنی‌داری
سن (سال)		۳۴/۳۸ ± ۱۰/۶	۳۱/۳۳ ± ۸/۹۷	۰/۳۲
مدت زمان ابتلاء (ماه)		۶۲/۳۳ ± ۷۳/۵	۶۷/۸۰ ± ۵۰/۹	۰/۷۸
زیر دیپلم، تعداد (درصد)		۹(۴۳)	۳(۱۴)	
دیپلم، تعداد (درصد)		۵(۲۴)	۵(۲۴)	۰/۹۱
دانشگاهی، تعداد (درصد)		۷(۳۳)	۱۳(۶۲)	
نمره شدت علایم		۵/۶ ± ۵	۶/۸ ± ۴	۰/۴۴
نمره اضطراب		۲۴/۴۷ ± ۱۱/۳	۲۴ ± ۱۴/۴	۰/۹۱
نمره افسردگی		۲۱/۸۵ ± ۱۰/۶	۲۰/۳۸ ± ۱۱/۲	۰/۶۶

جدول ۲: مقایسه نتایج آماری تحلیل کوواریانس در بیماران گروه‌های مداخله و کنترل

منابع تغییر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
شدت علایم	۱	۸۶۴/۵۲	۲۸/۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۱	۳۲۴/۷۴	۲۵/۱۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۱	۲۰۴/۸۲	۲۷/۸۶	۰/۰۰۱

## بحث

شد. به علاوه مقایسه ارزیابی‌های قبل و بعد از درمان در گروه مداخله نشان داد که ترکیب این روش‌ها در درمان بیماری بیماران نه تنها موجب کاهش علایم آن می‌شود، بلکه به طور معنی‌داری کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء می‌بخشد. در حالی که نتایج این مطالعه با یافته‌های کنسیدی و همکاران<sup>(۱)</sup> (۲۰۰۶)، جانگ کیم و بان<sup>(۲)</sup> (۲۰۰۵)، خیرآبادی و همکاران (۲۰۱۰) و صولتی دهکردی و همکاران (۲۰۰۹) هم‌خوانی دارد، ولی یافته‌های مطالعه مندر<sup>(۳)</sup> (۱۹۸۸)، بوییس و همکاران<sup>(۴)</sup> (۲۰۰۰) را تأیید نمی‌کند (۲۳ و ۲۲، ۱۹، ۱۳، ۱۱، ۱۰).

در مطالعه‌های مختلف به بررسی نقش عوامل روانشناختی در کاهش علایم بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته شده است (۱۰-۱۲). هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر شدت علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تلفیق برنامه آموزش درمان شناختی- رفتاری که شامل: آموزش آرام‌سازی، بازسازی شناختی، آموزش ابرازگری، حل مسئله، مدیریت خشم و ایجاد حمایت‌های اجتماعی و درمان معمول بود، در مقایسه با درمان معمول به تنهایی، موجب کاهش علایم سندرم روده تحریک‌پذیر

1-Kennedy et al  
2-Joungkim & Ban  
3-Manneder et al  
4-Boyce et al

باید توجه داشت که برنامه درمان شناختی رفتاری در مطالعه حاضر شامل مؤلفه‌های اثربخشی است، که از مطالعه‌های گذشته الهام گرفته شده است. انتخاب این مؤلفه‌ها و ادغام آن در یک پروتکل واحد مبتنی بر یک منطق نظری و تجربیات بالینی بود. از سال ۱۹۸۰ چندین مطالعه به بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در درمان سندرم روده تحریک پذیر پرداخته است. طبق یک مطالعه مروری، از ۱۰ مطالعه کنترل شده، ۴ مطالعه نشان دهنده کاهش شدت علائم گوارش و روان شناختی در مقایسه با گروه شاهد و ۳ مطالعه نشان دهنده بهبود علائم گوارشی حد اقل به میزان مشاهده شده با درمان های دارویی بود. در کل، شواهد موجود در این زمینه نشان می‌دهند که درمان شناختی - رفتاری نسبت به درمان معمول سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثرتر می‌باشد(۲۴).

طبق نتایج مطالعه حاضر، درمان شناختی - رفتاری، در قالب ۸ جلسه هفتگی، باعث کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شد و این اثر مستقل از اثر مداخله به عنوان روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) بود. یافته‌ها عدم تغییر معنی‌داری در شدت افسردگی و اضطراب در نتیجه مداخله نشان داد. در این مورد می‌توان ادعا نمود که گرچه کارآزمایی‌های بالینی متعددی از اثر بخشی درمان‌های روان‌شناختی برای

کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر حمایت می‌کنند، مکانیسم‌های مسئول بهبود علامتی نامشخص هستند. یک فرضیه احتمالی آن است که در درمان‌های روان‌شناختی از طریق بهبود بخشیدن به شیوه‌های مواجهه با استرس و کاهش تغییرات فیزیولوژیک همراه که در تشدید علائم روده‌ای و کاهش کیفیت زندگی اثر گذار است، عمل می‌کند. یک فرضیه دیگر آن است که تغییرات در دیسترس به خودی خود یک علت نیست، بلکه نتیجه سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد، که با بهبود علامتی کاهش می‌یابد. در مطالعه لاکنر و همکاران<sup>(۱)</sup> (۲۰۰۷) نشان داده شده است، که درمان شناختی - رفتاری با بهبود علامتی در علائم سندرم روده تحریک پذیر همراه است، ولی این موفقیت درمانی بسته به تغییرات در سطح کلی دیسترس روان‌شناختی نیست و بهبود در علائم سندرم روده تحریک‌پذیر همراه با بهبود در کیفیت زندگی می‌باشد که خود ممکن است دیسترس روان‌شناختی را پایین آورد(۲۵).

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد، تلفیق درمان‌های دارویی به همراه مداخلات روان‌شناختی که نمود و تجلی آن در همکاری بین متخصصین گوارش و

1- lackner et al

متخصصین روان‌شناسی و روانپزشکی مشخص می‌شود، می‌تواند در کاهش علائم و بهبود بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر اثرات مثبتی داشته و در صرفه‌جویی هزینه‌های درمانی و پزشکی این بیماران کمک مؤثری به سیستم بهداشتی و درمانی نماید.

### **تقدیر و تشکر**

لازم است، از همکاری آقایان؛ محمد فرارویی، حسین نیلی، اورنگ ایلامی، کامبیز کریم‌زاده شیرازی و خانم نرگس فولادی و همچنین شرکت کنندگان در پژوهش کمال سپاس‌گذاری را بنماییم.

**REFERENCES**

1. Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology* 1991; 100(4): 998.
2. Schuster MM. Diagnostic evaluation of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America* 1991; 20(2): 269.
3. Cremonini F, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterology Clinics of North America* 2005; 34(2): 189.
4. Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F, Zarghi A, Habibi M. Gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: a significant association in an Iranian population. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2008; 20(8): 719.
5. Dean BB, Aguilar D. Impairment in work productivity and health-related quality of life in patients with IBS. *Am J Manag Care* 2005; 11(1): S17-S26.
6. Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Current Psychiatry Reports* 2004; 6(3): 210-15.
7. Blanchard EB, Scharff L. Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(3): 725.
8. Blanchard EB, Lacner JM, Sanders K, Krasner K, Payne L. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45(4): 633-48.
9. Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski NA, Truman GI. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98(10): 2209-18.
10. Boyce P, Gilchrisi J, Talley NJ, Rose D. Cognitive-behaviour therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34(2): 300-9.
11. Kennedy TM, Chalder T, McCrone P, Darnley S, Knapp M, Jones RH. Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2006; 10(19): 1-67.
12. Saito YA, Parther CM. Effects of multidisciplinary education on outcomes in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2004; 2(7): 576-84.
13. Joung Kim Y, Ban DJ. Prevalence of irritable bowel syndrome, influence of lifestyle factors and bowel habits in Korean college students. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42(3): 247-54.
14. Jarrett M, Heikemper M, Cain KC, Tuftin M, Walker EA. The relationship between psychological distress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nursing Research* 1998; 47(3): 154.
15. North CS, Dowans D, Cluse RE, Alrakawi A, Dokucu ME, Cox J. The presentation of irritable bowel syndrome in the context of somatization disorder. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2004; 2(9): 787-95.
16. Marilov VV. Psychological aspect of psychosomatic pathology of the colon. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni SS Korsakova/Ministerstvo zdravookhraneniia i meditsinsko promyshlennosti Rossi sko federatsii. Vserossi Skoe Obshchestvo Nevrologov [i] Vserossi Skoe Obshchestvo Psikiatrov* 2001; 101(4): 40.
17. Österberg E, Blomquist L, Krakau I, Weibryb RM, Asberg MA. Population study on irritable bowel syndrome and mental health. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2000; 35(3): 264-8.

18. Kumano H, Yamanaka G, Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *The American Journal of Gastroenterology* 2004; **99**(2): 370-6.
19. Maunder RG. Panic disorder associated with gastrointestinal disease: review and hypotheses. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; **44**(1): 91-105.
20. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World Journal of Gastroenterology* 2007; **13**(14): 2020.
21. Toner BB. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectrums* 2005; **10**(11): 883.
22. Kheir-Abadi G, Bagheian R, Nemati K, Daghighzadeh H, Maracy MR, Gholamrezaeh A. The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Isfahan Medical School* 2010; **28**(110): 225-235
23. Solati Dehkordy SK, Kalantary M, Adiby P, Afshar H. Effects of relaxation with drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome- diarrhea dominant. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2009; **3**: 1-8.
24. Ebrahimi Dariany N, Mansournia N, Mansournia MA. Irritable bowel syndrome. *Teb Va Tazkie*. 2007; **14**: 72-87.
25. Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GD, Holroyd K. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work a mediational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2007; **133**(2): 433-44.

# The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management on Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Kamkar A<sup>1\*</sup>, Golzary M<sup>1</sup>, Farrokhi NA<sup>2</sup>, Aghaee SH<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, School of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran, <sup>2</sup>Department of Education, Evaluation & Phallic, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran, <sup>3</sup>Department of Internal, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 11 May 2011 Accepted: 2 Aug 2011

## Abstract

**Background & Aim:** IBS is a gastrointestinal disease with chronic abdominal pain, discomfort, bloating, and alteration of bowel habits in the absence of any detectable organic cause. This study was done to assess the effectiveness of cognitive - behavioral stress management courses on the symptoms of the disease in patients referring to Yasouj gastrointestinal diseases clinic.

**Methods:** A controlled randomized clinical trial was conducted on 42 patients with irritable bowel syndrome referring to Yasouj gastrointestinal diseases clinic in 2010. The participants were randomly assigned to intervention (21 patients) and control (n=21) groups. After performing a pre-test, using frequency and intensity of intestinal symptoms, the required data were gathered using BSS-FS, quality of life in irritable bowel patients (IBS-QOL-34) and Beck Depression and Anxiety Questionnaires. Conventional treatment along with cognitive-behavioral stress management was conducted within 8 weeks in the intervention group. The control group received only routine treatment regimes. After two months, a post- test was taken with the same measures. Covariance analysis and dependent t-test was conducted to analyze the data.

**Results:** cognitive-behavioral stress management significantly reduced IBS symptoms in patients in the intervention group ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** This study showed that combination of drug therapy along with psychological interventions can reduce severity and frequency of symptoms in IBD patients and effectively helps them to improve their quality of life.

**Keywords:** Irritable bowel syndrome, cognitive - behavioral, psychological symptoms

---

\*Corresponding Author: Kamkar A, Department of Psychology, School of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran  
Email: kamkar.ali @ yums.ac.ir