

تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر شدت علائم، کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر

دکتر غلامرضا خیرآبادی^۱، دکتر رضا باقریان^۲، دکتر کیانوش نعمتی^۳، دکتر حامد دقاق زاده^۴،
دکتر محمد رضا مرثی^۵، علی غلامرضایی^۶

خلاصه

مقدمه: انواعی از مداخلات روان‌شناختی به عنوان بخشی از درمان سندرم روده‌ی تحریک پذیر (IBS) مورد توجه بوده است. با این وجود، اثر بخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای در درمان این بیماری به خوبی شناخته نشده است. هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای در درمان IBS بود.

روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده، ۴۶ بیمار مبتلا به IBS، که بین سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ به صورت پی در پی به بیمارستان نور اصفهان ارجاع شدند، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۲۴ نفره‌ی مداخله و دارونما تخصیص داده شدند. گروه مداخله علاوه بر درمان‌های طبی معمول، در ۸ جلسه هفتگی ۲ ساعته شامل آموزش راهبردهای مقابله‌ای به صورت گروهی شرکت کردند؛ در حالی که در گروه دارونما علاوه بر درمان‌های طبی معمول، از روش توجه و پی‌گیری علائم در قالب ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (هر دو هفته یک بار) استفاده شد. قبل و دو هفته پس از پایان مداخله شدت علائم، کیفیت زندگی، شدت اضطراب و افسردگی با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد ارزیابی شد؛ سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس آنالیز شد.

یافته‌ها: در تحلیل کواریانس، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و دارونما در شدت علائم IBS ($P = ۰/۰۰۴$; $F = ۹/۱۵$) مشاهده گردید. همچنین نتایج، تفاوت معنی‌داری در درصد پاسخ بیماران بین دو گروه نشان داد ($P = ۰/۰۰۱$). گرچه یافته‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در سطوح افسردگی ($P = ۰/۸$; $F = ۰/۳۷۶$) و اضطراب ($P = ۰/۲۴۲$; $F = ۱/۴۰۸$) بعد از درمان نشان نداد اما در سطح کیفیت زندگی ($P = ۰/۰۸۴$; $F = ۳/۱۳۱$) گرایش به معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: ترکیب آموزش راهبردهای مقابله‌ای با درمان‌های معمول، به طور قابل توجهی در بهبود علائم بیماران مبتلا به IBS مؤثر می‌باشد. با این وجود، مطالعات بیشتر روی نمونه‌های بزرگ‌تر و با پی‌گیری طولانی‌تر پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش آرام‌سازی، آموزش مواجهه‌ی منطقی-عاطفی، حل مسأله، درمان شناختی-رفتاری، راهبردهای مقابله‌ای، سندرم روده‌ی تحریک پذیر، کیفیت زندگی.

مقدمه

شکمی همراه با اختلال در دفع و عادات روده، در غیاب علت ارگانیک توجیه‌کننده‌ی علائم، تظاهر پیدا می‌کند (۱). به طور کلی این بیماری در زنان و بین سنین ۳۰ تا ۵۰ شیوع بیشتری دارد (۲). شیوع IBS در

سندرم روده‌ی تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome یا IBS) از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با علائم درد یا ناراحتی

^۱ استادیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دستیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ استادیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۵ استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۶ دانشجوی پزشکی، مؤسسه‌ی پژوهشی درمانی پورسینای حکیم، اصفهان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر رضا باقریان، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

زمان، جرأت ورزشی، کنترل خشم و روش‌های مثبت افکار و احساسات و ارتباط آن‌ها با علائم بیماری بوده است (۹). در حالی که Keefe و Blanchard (۱۰) اثربخشی درمان آرام سازی از طریق مراقبه را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای بر علائم IBS نشان دادند، Boyce و همکاران (۱۱) بیان دادند که آموزش آرام سازی به همراه شناخت درمانی نسبت به درمان معمول به تنهایی برتری ندارد. همچنین در حالی که Kennedy و همکاران (۱۲) در یک مطالعه‌ی اخیر با استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری در آموزش راهبردهای مقابله‌ای اثر بخشی این روش را در کاهش علائم IBS تأیید نمودند، ملکی و همکاران (۱۳) در یک مطالعه در ایران تأثیر یک دوره‌ی آموزشی کوتاه مدت سه جلسه‌ای شامل روش‌های مقابله با استرس و حل مسأله بر کیفیت زندگی بیماران را تأیید نکردند. با این وجود، در مطالعه‌ای دیگر توسط محوی شیرازی و همکاران (۱۴) روش روان‌درمانی شناختی به همراه دارودرمانی بیش از دارودرمانی به تنهایی در بهبود علائم IBS مؤثر بوده است.

گرچه شیوه‌ای که افراد مبتلا به IBS در رویارویی با استرس‌ها به کار می‌گیرند، بر شدت علائم و آشفتگی‌های روان‌شناختی در آنان اثر می‌گذارد، اما شواهد کافی در مورد تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای (Coping Strategies) بر علائم IBS در دست نیست. مطالعه‌ی حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای در مقایسه با دارونما، بر علائم و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS اجرا شد. آموزش راهبردهای مقابله‌ای در این مطالعه شامل درمان عقلانی- عاطفی الیس (Ellis's Rationale-Emotive Therapy) و مهارت‌های حل مسأله و آموزش آرام سازی بود. از بین

نقاط جغرافیایی مختلف با هم متفاوت است؛ این میزان در جوامع غربی بین ۹ تا ۲۲ درصد و در ایران حدود ۶ درصد گزارش شده است (۳-۲). حدود ۱۲ درصد از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های عمومی و ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی گوارش را این بیماران تشکیل می‌دهند (۴).

مطالعات بسیاری به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در IBS پرداخته است. استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع بوده، با شروع و شدت علائم ارتباط زیادی دارد (۵). مفهوم استرس به وجود یک رویداد تهدید آمیز و ارزیابی شخص از منابع موجود در رویارویی با آن رویداد اشاره دارد و مفهوم مقابله (Coping) به عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری به منظور تسلط یافتن بر موقعیت‌های تهدید آمیز، نظیر چالش‌های حاصل از بیماری، تعریف شده است (۶). طبق گزارش‌ها، نقص در راهبردهای مقابله‌ای یکی از عوامل خطر ساز مهم در شدت علائم IBS می‌باشد؛ به عنوان مثال Jones و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به IBS اتکای بیشتری بر راهکارهای مقابله‌ای منفعل دارند و سطوح بالاتری از آشفتگی روان‌شناختی را نیز تجربه می‌نمایند (۷). در یک مطالعه‌ی اخیر، Kharamin و همکاران نقص در شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران ایرانی مبتلا به IBS را گزارش کرده‌اند (۸).

محققان جهت درمان IBS ترکیب متفاوتی از مداخلات روان‌شناختی را به کار برده‌اند که شامل آموزش اطلاعات در مورد عملکرد طبیعی روده و بیماری، استرس و اثر آن بر سیستم گوارشی، کمک در جهت ایجاد راهکارهای مقابله با استرس، شامل تمرین آرام سازی (Relaxation)، آموزش مهارت‌های حل مسأله (Problem Solving Skills)، روش‌های مدیریت

مداخله و ۱۰ نفر در گروه دارونما به دلیل عدم شرکت منظم در جلسات از مطالعه خارج شدند. بنابراین گروه مداخله شامل ۲۴ بیمار و گروه شاهد شامل ۲۲ بیمار بود که مطالعه را تا انتها همراهی نمودند.

معیارهای ورود شامل محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص IBS توسط متخصص گوارش بر اساس شاخص ROME III (۱) و رد علل ارگانیک از طریق آزمایشات روتین و انجام کلونوسکوپی، داشتن سواد و آگاهی کافی جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها و عدم سابقه‌ی دریافت درمان‌های روان‌شناختی جهت IBS بود. معیارهای خروج نیز عبارت از تشخیص هر گونه بیماری ارگانیک در رابطه با علائم در طول مطالعه، وجود اختلال و یا بیماری حاد روانی (مانند دو قطبی، افسردگی ماژور، اسکیزوفرنی و دمانس) یا جسمانی شدید به گونه‌ای که مانع شرکت منظم در جلسات درمانی شود و شرکت نامنظم در جلسات آموزشی (غیبت در دو جلسه‌ی متوالی یا سه جلسه‌ی متناوب) بود.

گروه مداخله: بیماران در هر دو گروه، درمان معمول IBS که شامل توصیه‌های مربوط به رژیم غذایی، افزایش مصرف فیبر و تجویز پسیلیوم می‌شد را توسط متخصص گوارش دریافت کردند. بیماران گروه مداخله علاوه بر درمان معمول، تحت آموزش راهبردهای مقابله‌ای قرار گرفتند. این برنامه‌ی آموزشی شامل ۸ جلسه‌ی هفتگی ۲ ساعته در گروه‌های ۸-۶ نفره بود که جلسات توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و یک دستیار روان‌پزشکی اداره می‌شد. محتوای آموزشی در جلسات از جلسه‌ی اول با بحث راجع به علائم بیماری و عوامل تشدید کننده‌ی آن شامل استرس، علائم جسمانی و روان‌شناختی استرس، راهبردهای مقابله با استرس

مداخلات روان‌شناختی، انواع روش‌های مدیریت استرس (Stress Management)، از جمله تمرین آرام سازی و مهارت حل مسأله، مورد مطالعه قرار گرفت. در مطالعاتی که راهبردهای مقابله‌ای شناختی را به کار برده‌اند، از درمان شناختی- رفتاری استفاده شده است. در این مطالعه، برای نخستین بار از مواجهه‌ی منطقی- عاطفی به عنوان مؤلفه‌ی مقابله‌ای شناختی استفاده شد که طی مدت کوتاهی در حد ۴ الی ۵ جلسه به بیماران آموزش داده می‌شود.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده و یک سو کور بود که بر روی بیماران مبتلا به IBS ارجاع شده از مطب متخصص گوارش به بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان از آبان ماه ۱۳۸۷ لغایت شهریور ۱۳۸۸ انجام شد. طرح این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت. از تمام بیماران شرکت کننده در این مطالعه موافقت کتبی و آگاهانه اخذ گردید.

نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۴۶ بیمار IBS بین ۱۹ تا ۴۸ ساله با میانگین سنی ۳۱/۷۷ (انحراف معیار ۷/۷۴) ارجاع شده به بخش روان‌پزشکی مرکز پزشکی نور بود. آزمودنی‌ها اغلب زن (۸۳ درصد)، و به طور عمده با تحصیلات دیپلم و بالاتر (۸۰ درصد) بودند. این بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس با در نظر داشتن معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های مداخله و شاهد (دارونما) تخصیص داده شدند. نمونه‌ی اولیه شامل ۶۳ بیمار در دو گروه مداخله و شاهد بود که ۷ نفر در گروه

می‌شد و سایر توصیه‌های ارائه شده توسط متخصص گوارش به بیماران تکرار می‌گردید.

روش‌های جمع‌آوری اطلاعات: به منظور تعیین

شدت علائم، کیفیت زندگی و علایم روان‌شناختی قبل و دو هفته بعد از پایان مداخله، به ترتیب از پرسش‌نامه‌ی استاندارد بررسی شدت علائم IBS (The Irritable Bowel Severity Scoring System) یا IBSSS، پرسش‌نامه‌ی بررسی کیفیت زندگی IBS (Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Questionnaire یا IBS-QOL) (۱۷) و پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستان (Hospital Anxiety and Depression Scale یا HADS) (۱۸) استفاده شد. این پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران تکمیل می‌شد. مطالعات گذشته اعتبار، پایایی و حساسیت قابل قبولی برای هر سه مقیاس استاندارد بررسی شدت علائم (۱۶-۱۵)، کیفیت زندگی IBS (۲۰-۱۷) و پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستان (۲۲-۲۱) گزارش نموده‌اند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: در مقایسه‌ی ویژگی‌های

خط پایه‌ی دو گروه مداخله و شاهد از آزمون‌های آماری t مستقل و χ^2 و در مواردی که توزیع داده‌ها نرمال نبود، از آزمون Mann-Whitney استفاده شد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده طی دو مرحله ارزیابی قبل و بعد از مداخله با استفاده از روش تحلیل کواریانس و t وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه، درصد پاسخ به درمان بر اساس کاهش بیش از ۵۰ نمره در پرسش‌نامه‌ی IBSSS در نظر گرفته شد. سطح معنی‌دار آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد.

مانند تمرین آرام‌سازی و منطق اثربخشی و توضیح روش اجرا و مزایای آن، و آموزش تنفس آرام شروع شد. حدود ۲۰ دقیقه از جلسات دوم تا آخر به آموزش تمرین آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده به روش Jacobson اختصاص یافت. همچنین از جلسه‌ی دوم تا ششم به آموزش تشخیص باورهای غیر منطقی رایج و پیامد آن در شکل‌گیری احساسات و عواطف (طی ۲ جلسه)، تمرین با بیماران در جهت شناسایی این باورها و تغییر نظام باورهای خویش و ادامه‌ی توصیه‌های لازم در برطرف نمودن موانع ایجاد اصلاح باورها اختصاص یافت. سپس بخشی از سه جلسه‌ی آخر به آموزش مهارت‌های حل مسئله تخصیص داده شد. از ابتدای دوره‌ی آموزشی، در آخر هر جلسه تکالیف خانگی به بیماران داده می‌شد و در ابتدای جلسه‌ی بعدی این تکالیف مرور می‌گردید؛ متن کامل پروتکل اجرایی در ضمیمه‌ی شماره ۱ آمده است.

گروه دارونما: بیماران در گروه دارونما علاوه

بر دریافت درمان معمول توسط متخصص گوارش، تحت تأثیر دارونمای روان‌شناختی قرار گرفتند. دارونما در این مطالعه از نوع توجه و پی‌گیری علائم بود؛ بدین صورت که برای بیماران ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هر دو هفته یک بار در گروه‌های ۸-۶ نفره و توسط همان تیم دو نفره‌ی اداره‌کننده‌ی گروه مداخله برگزار شد. این جلسات بیشتر به بحث در مورد معارفه، بیان مشکلات مربوط به بیماری از زبان بیماران، بیان تجربیات ایشان و عوامل تشدیدکننده‌ی بیماری، عوارض دارویی و بیاناتی از جانب درمانگر در مورد علائم بیماری و روش‌های درمانی موجود اختصاص یافت. بخشی از وقت این جلسات به صورت پرسش و پاسخ سپری

یافته‌ها

زمان ابتلا به IBS، نوع IBS، سطح تحصیلات، نمره‌ی شدت علائم، کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در ابتدای مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$).

پیامد اولیه؛ درصد پاسخ به درمان: مقایسه‌ی نمرات قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون t وابسته نشان داد که شدت علائم در گروه مداخله به طور معنی‌داری کاهش داشته است ($P < 0/001$)؛ در حالی که در گروه دارونما شدت علائم تغییر معنی‌داری نداشت ($P = 0/520$) (نمودار ۱).

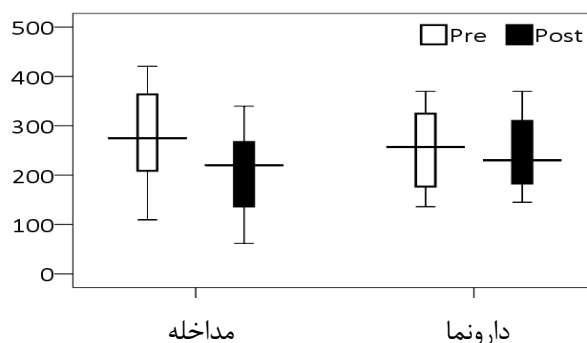
مشخصات دموگرافیک و پایه: در ابتدا ۶۳ بیمار مبتلا به IBS به دو گروه مداخله و دارونما وارد شدند که طی مطالعه ۷ نفر در گروه مداخله و ۱۰ نفر در گروه دارونما، به دلیل عدم شرکت منظم در جلسات از مطالعه خارج شدند. در نهایت اطلاعات ۴۶ نفر (۲۴ نفر در گروه مداخله و ۲۲ نفر در گروه دارونما) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همان طور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است، دو گروه مداخله و دارونما از نظر سن، جنس، مدت

جدول ۱. مقایسه‌ی مشخصات دموگرافیک و پایه بین دو گروه

P	گروه دارونما (n = ۲۲)	گروه مداخله (n = ۲۴)	
۰/۶۱۷*	۳۱/۰ ± ۷/۰	۳۲/۰ ± ۶/۸	سن (سال)
۰/۳۰۰**	۱۷/۵	۲۱/۳	جنس (مرد/زن)
۰/۹۹۰***	۶۸/۶ ± ۷۲/۷	۵۴/۳ ± ۵۷/۳	مدت زمان ابتلا به IBS (ماه)
۰/۳۳۷**	۱۰ (۴۵/۴)	۷ (۲۹/۱)	D-IBS
	۳ (۱۳/۶)	۲ (۸/۳)	C-IBS
	۹ (۴۰/۹)	۱۳ (۵۴/۱)	A-IBS
	۰	۲ (۸/۳)	U-IBS
۰/۰۹۰**	۲ (۹)	۷/۲۹/۱)	زیر دیپلم
	۱۱ (۵۰)	۷ (۲۹/۱)	دیپلم
	۶ (۲۷/۲)	۱۰ (۴۱/۶)	کارشناس
	۲ (۹)	۰	کارشناس ارشد
۰/۵۳۴*	۲۵۷/۳ ± ۷۹/۹	۲۷۳/۴ ± ۹۳/۰	نمره‌ی شدت علائم
۰/۴۶۴*	۶۴/۸ ± ۱۵/۴	۶۰/۸ ± ۲۰/۴	نمره‌ی کیفیت زندگی
۰/۴۴۴*	۱۲/۰ ± ۴/۴	۱۱/۰ ± ۳/۶	نمره‌ی اضطراب
۰/۴۲۵*	۸/۱ ± ۴/۴	۷/۲ ± ۳/۶	نمره‌ی افسردگی

IBS: Irritable Bowel Syndrome; D-IBS: Diarrhea Predominant-IBS; C-IBS: Constipation Predominant-IBS; A-IBS: IBS with Alternating Bowel Habit; U-IBS: Unclassified-IBS

* آزمون‌های آماری t مستقل، ** آزمون χ^2 و *** آزمون Mann-Whitney



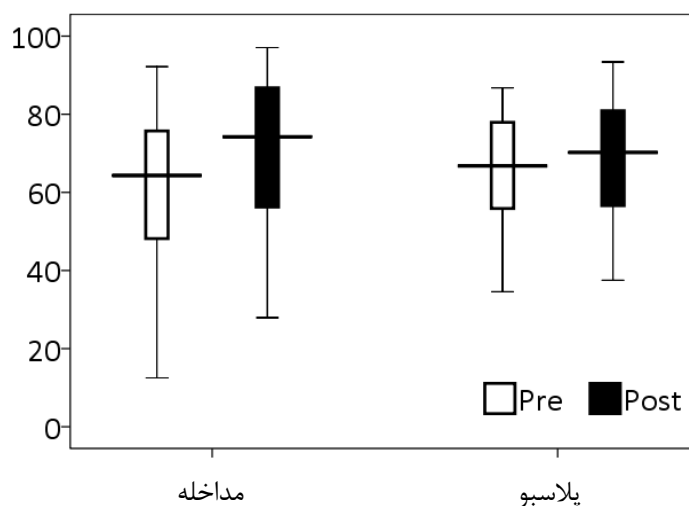
نمودار ۱. شدت علائم قبل و بعد از مداخله در دو گروه

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج آماری تحلیل کواریانس مقایسه‌ی دو گروه مداخله و دارونما

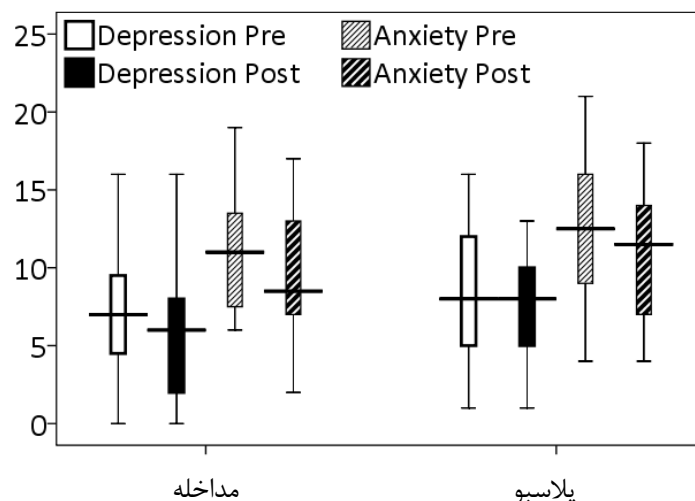
منابع تغییر	df	MS	F	P
شدت علائم IBS	۱	۳۰۹۹۴/۶۸۵	۹/۱۵	۰/۰۰۴
کیفیت زندگی	۱	۳۱۳/۲۴۷۱۴	۳/۱۳۱	۰/۰۸۴
اضطراب	۱	۸/۴۲۴	۱/۴۰۸	۰/۲۴۲
افسردگی	۱	۷/۷۱۳	۰/۸	۰/۳۷۶

روان‌شناختی: در مقایسه‌ی نمرات قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون t وابسته، نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله ($P = ۰/۰۰۲$) و دارونما ($P = ۰/۰۰۷$) به طور معنی‌داری افزایش داشت (نمودار ۲). همچنین در گروه مداخله کاهش شدت اضطراب معنی‌دار نبود ($P = ۰/۰۹۰$) در حالی که کاهش شدت افسردگی گرایش به معنی‌داری داشت ($P = ۰/۰۵۴$). در گروه دارونما، کاهش شدت اضطراب پس از مداخله معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۲۱$) اما کاهش شدت افسردگی تغییر معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۱۸۸$) (نمودار ۳).

نتایج تحلیل کواریانس با در نظر گرفتن ارزیابی شدت علائم قبل از مداخله به عنوان متغیر کواریانس ($F = ۳۳/۶$; $P = ۰/۰۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و دارونما در شدت علائم IBS ($F = ۹/۱۵$; $P = ۰/۰۰۴$) نشان داد (جدول ۲). همچنین با در نظر گرفتن کاهش بیش از ۵۰ نمره در پرسش‌نامه‌ی IBSSS به عنوان معیار بهبودی (۱۵)، ۱۳ نفر (۵۴/۱ درصد) در گروه مداخله و فقط ۲ نفر (۹/۰ درصد) در گروه دارونما به درمان پاسخ دادند که از نظر آماری تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۱$). پیامدهای ثانویه؛ کیفیت زندگی و متغیرهای



نمودار ۲. کیفیت زندگی علائم قبل و بعد از مداخله در دو گروه



نمودار ۳. شدت اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

نیز اشاره شده است که هر چقدر علائم بیماری شدت بیشتری داشته باشد، سهم عوامل روان‌شناختی در آن بیشتر است و در موارد متوسط تا شدید بیماری، به خصوص در بیمارانی که مشکلات روانی-اجتماعی همراه داشته باشند، بهتر است از درمان‌های روان‌شناختی نیز برای IBS استفاده شود (۲۳). یافته‌های این مطالعه نشان داد که تلفیق برنامه‌ی آموزش راهبردهای مقابله‌ای (شامل آموزش آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های اصلاح باورها با تکنیک منطقی-عاطفی و آموزش مهارت‌های حل مسأله) و درمان معمول در مقایسه با درمان معمول به تنهایی، موجب کاهش علائم IBS گردید. گرچه مقایسه دو گروه، تأثیر معنی‌دار اضافه نمودن این روش به درمان معمول بر کیفیت زندگی را نشان نداد اما گرایش به معنی‌داری در یافته‌ها مشهود بود. به علاوه مقایسه‌ی ارزیابی‌های قبل و بعد از درمان در گروه مداخله نشان داد که ترکیب این روش‌ها در درمان بیمارانی که IBS نه تنها موجب کاهش علائم آن می‌شود بلکه به طور معنی‌داری کیفیت زندگی بیمارانی را ارتقاء می‌بخشد.

در تحلیل کواریانس، در مقایسه‌ی دو گروه مداخله و دارونما (با در نظر گرفتن ارزیابی قبل از مداخله هر کدام از متغیرهای وابسته به عنوان متغیر کنترل) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و دارونما در کیفیت زندگی ($F = 3/131$; $P = 0/084$)، اضطراب ($F = 1/408$; $P = 0/242$)، افسردگی ($F = 0/8$; $P = 0/376$) مشاهده نشد (جدول ۲)؛ با این وجود، در تحلیل کواریانس داده‌های مربوط به ارزیابی‌های بعد از مداخله، کیفیت زندگی قبل از مداخله ($F = 85/34$; $P = 0/0001$)، سطح اضطراب قبل از مداخله ($F = 32/34$; $P = 0/0001$)، سطح افسردگی قبل از مداخله ($F = 65/89$; $P = 0/0001$) به عنوان متغیرهای کواریانس معنی‌دار شدند.

بحث

درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به IBS، به خصوص مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های تخصصی، دارای درجاتی از اضطراب و افسردگی و شواهدی از اختلال جسمانی سازی (Somatization) هستند (۵). در برخی مطالعات

حاضر، برای گروه دارونما از روش توجه و پی‌گیری علائم استفاده شد که در بیشتر مطالعات گذشته نیز به عنوان دارونما از این روش استفاده شده است (۹). طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، در قالب ۸ جلسه‌ی هفتگی، در مقایسه با دارونما باعث کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBS شد و این اثر مستقل از اثر مداخله بر عوامل روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) بود. یافته‌ها عدم تغییر قابل توجهی را در شدت افسردگی و اضطراب در نتیجه‌ی مداخله نشان داد. در این مورد می‌توان ادعا نمود که گرچه کارآزمایی‌های بالینی متعددی از اثر بخشی درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر حمایت می‌کنند، مکانیسم‌های مسؤول بهبود علامتی نامشخص هستند. یک فرضیه‌ی احتمالی آن است که 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 می‌کنند. یک فرضیه‌ی دیگر آن است که تغییرات در دیسترس به خودی خود یک علت نیست بلکه نتیجه‌ی IBS می‌باشد که با بهبود علامتی کاهش می‌یابد. در مطالعه‌ی Lackner و همکاران (۲۶) نشان داده شده است که درمان شناختی- رفتاری با بهبود علامتی در علائم IBS همراه است ولی این موفقیت درمانی بسته به تغییرات در سطح کلی دیسترس روان‌شناختی نیست و بهبود در علائم IBS همراه با بهبود در کیفیت زندگی می‌باشد که خود ممکن است دیسترس روان‌شناختی را پایین آورد.

از محدودیت‌های استفاده از درمان‌های شناختی- رفتاری می‌توان به نیاز به یک درمانگر با تجربه و تعداد جلسات و هزینه‌ی زیاد درمان اشاره کرد. در مطالعه‌ی

در حالی که نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه Keefe و Blanchard (۱۰)، Kennedy و همکاران (۱۲) و محوی شیرازی (۱۴) همخوانی دارد، یافته‌های مطالعه‌ی Boyce و همکاران (۱۱) و ملکی و همکاران (۱۳) را تأیید نمی‌کند. گرچه پروتکل مداخله‌ای در مطالعه Boyce و همکاران شامل مؤلفه‌های رفتاری و شناختی بود اما با مؤلفه‌های موجود در مداخله‌ی مورد استفاده در این مطالعه به طور کامل همسان نبود. به علاوه باید توجه داشت که برنامه‌ی آموزش راهبردهای مقابله‌ای در مطالعه‌ی حاضر شامل مؤلفه‌های اثر بخشی است که از مطالعات گذشته نظیر مطالعه Boyce و همکاران الهام گرفته شده است. مؤلفه‌های اصلی مداخله در مطالعه‌ی حاضر شامل آموزش آرام‌سازی، آموزش تکنیک منطقی- عاطفی و آموزش مهارت‌های حل مسأله بود. انتخاب این مؤلفه‌ها و ادغام آن در یک پروتکل واحد مبتنی بر یک منطق نظری و تجربیات بالینی بود. اثر بخشی آموزش آرام‌سازی به عنوان یک مؤلفه‌ی منفرد در مطالعات مختلف بسیار متفاوت بوده است. از سال ۱۹۸۰ چندین مطالعه به بررسی اثر بخشی CBT در درمان IBS پرداخته است. طبق یک مطالعه‌ی مروری، از ۱۰ مطالعه‌ی کنترل شده، ۴ مطالعه نشان دهنده‌ی کاهش شدت علائم گوارشی و روان‌شناختی در مقایسه با گروه شاهد (لیست انتظار یا پی‌گیری علائم) و ۳ مطالعه نشان دهنده‌ی بهبود علائم گوارشی حداقل به میزان مشاهده شده با درمان‌های دارویی بود. در کل، شواهد موجود در این زمینه نشان می‌دهند که CBT نسبت به درمان معمول IBS مؤثرتر است (۲۴). یکی از نقایص مهم مطالعات مشابه در گذشته عدم استفاده از گروه دارونما بود، گرچه ایجاد گروه دارونما در کارآزمایی‌های مداخلات روان‌شناختی بسیار دشوار است (۲۵). در مطالعه‌ی

الی ۱۲ ماه است (۲۷) که در مطالعه‌ی حاضر در حال انجام است. در نهایت، با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کنار درمان‌های معمول، به میزان قابل توجهی به بهبود علائم و کیفیت زندگی بیماران IBS کمک می‌کند و این اثر مستقل از اثر دارونما است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی اصفهان جهت تأمین بودجه‌ی این طرح و همچنین دکتر محمد حسن امامی (مؤسسه‌ی پژوهشی - درمانی پورسینای حکیم) جهت همکاری علمی در طراحی و اجرای طرح اعلام می‌دارند.

حاضر، میزان پاسخ به درمان در گروه مداخله ۵۴ درصد بود در حالی که در مطالعات گذشته میزان پاسخ به درمان در گروه مداخله از ۵۷ تا ۸۰ درصد گزارش شده است؛ این یافته با توجه به تشابه نسبی در نوع مداخله می‌تواند نشان دهنده‌ی اثر تجربه‌ی مداخله‌گر بر میزان اثربخشی این نوع درمان باشد (۹).

در مطالعه‌ی حاضر سعی شد تا با حجم نمونه‌ی کافی، تصادفی سازی، استفاده از گروه شاهد (دارونما) و استفاده از ابزارهای استاندارد جهت سنجش علائم و کیفیت زندگی نقایص مطالعات گذشته برطرف شود. در عین حال، مطالعه‌ی حاضر خالی از اشکال نبود. گرچه از گروه دارونما استفاده شد، کورسازی امکان پذیر نبود که می‌تواند بر نتایج اثر گذار باشد. همچنین مدت زمان پی‌گیری توصیه شده در کارآزمایی‌های بالینی IBS بین ۶

References

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1480-91.
2. Cremonini F, Talley NJ. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34(2): 189-204.
3. Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F, Zarghi A, Solhpour A, Habibi M, et al. Gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: a significant association in an Iranian population. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20(8): 719-25.
4. Ganji A, Safavi M, Nourai SM, Nasserimoghadam S, Merat Sh, Vahedi H, et al. Digestive and Liver Diseases Statistics in Several Referral Centers in Tehran, 2000-2004. *GOVARESH, Journal of the Iranian Association of Gastroenterology and Hepatology* 2006; 11(1): 33-8.
5. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007; 13(14): 2020-7.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
7. Jones MP, Wessinger S, Crowell MD. Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4(4): 474-81.
8. Kharamin SHA, Nilli H, Mohamadi A, Mobashery GH. Comparison of Coping Skills in Peptic Ulcer, Irritable Bowel Syndrome and Normal People. *Armaghan Danesh* 2008; 13(2): 95-104.
9. Kearney DJ, Brown-Chang J. Complementary and alternative medicine for IBS in adults: mind-body interventions. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008; 5(11): 624-36.
10. Keefe 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(7): 801-11.
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(10): 2209-18.
12. Kennedy TM, Chalder T, McCrone P, Darnley S, Knapp M, Jones RH, et al. Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2006; 10(19): iii-iv, ix-x1-67.
13. Maleki H, Hosseini A, Khalilian T, Taghavi F.

- Effects Of Psycho- Edjucation On Quality Of Life In Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2007; 5(1): 39-45.
14. Mahvi-Shirazi M, Fathi-Ashtiani A, Rassolzade-Tabatabaei SK, Amini M, IBS Treatment: Cognitive Behavioral Therapy vs Medical Treatment. *Journal of Behavioral Sciences* 2008; 2(3): 201-8.
 15. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11(2): 395-402.
 16. Gholamrezaei A, Nemati K, Emami MH. Which end point is more comprehensive in reflecting changes in irritable bowel syndrome treatment trials? *Am J Gastroenterol* 2009; 104(11): 2859.
 17. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: a disease- specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(4): 999-1007.
 18. Bijkerk CJ, De wit NJ, Muris JW, Jones RH, Knottnerus JA, Hoes AW. Outcome measures in irritable bowel syndrome: comparison of psychometric and methodological characteristics. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(1): 122-7.
 19. Gholamrezaei A, Zolfaghari B, Farajzadegan Z, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakoli H, et al. Translation and Cultural Adaptation of Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Questionnaire for Iranian Population. *Proceedings of the 9th Congress of Gastroenterology and Hepatology; 2009 Nov 11-13; Tehran, Iran; 2009.*
 20. Donald L. Pritch, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome. *Digestive Diseases and Sciences* 1998; 43(2): 400-11.
 21. Bjelland I, Dahl AA, Tangen Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review *J Psychosom Res* 2002; 52(2): 69-77.
 22. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1(1): 14-9.
 23. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, Spiegel BM, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009; 104(Suppl 1): S1-35.
 24. Toner BB. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectr* 2005; 10(11): 883-90.
 25. Gholamrezaei A, Emami MH. How to put hypnosis into a placebo pill? *Complementary Therapies in Medicine* 2008; 16(1): 52-4.
 26. Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GD, Blanchard EB. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2007; 133(2): 702-5.
 27. Irvine EJ, Whitehead WE, Chey WD, Matsueda K, Shaw M, Talley NJ, et al. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1538-51.

The Effectiveness of Coping Strategies Training on Symptom Severity, Quality of Life and Psychological Symptoms among Patients with Irritable Bowel Syndrome

Gholamreza Kheir-Abadi PhD¹, Reza Bagherian PhD², Kianoosh Nemati PhD³,
Hamed Daghighzadeh MD⁴, Mohamad Reza Maracy PhD⁵, Ali Gholamrezaei⁶

Abstract

Background: Various psychological interventions were considered as part of the treatments of irritable bowel syndrome. However, the effectiveness of coping strategies in improving symptoms of this disease remains unclear. The objective of this study was to assess the effects of coping strategies training in treatment of irritable bowel syndrome (IBS).

Methods: In this randomized, placebo-controlled trial 46 consecutive patients with IBS were selected from referrals to Noor hospital, Isfahan from 2008 to 2009; they were randomly assigned to the intervention group or the placebo group (twenty four in the intervention group and twenty two in the placebo group). The intervention group received usual care plus a 8-weekly 2 hours group sessions of coping strategies training whereas the placebo group received usual care plus psychological placebo in four 90 minutes group sessions (bi-weekly). Severity of symptoms, quality of life, anxiety, and depression were evaluated before and two weeks after the intervention using standard questionnaires. Analysis of covariance was used to analyze the data.

Findings: Covariance analysis showed significant differences between intervention and placebo groups in severity of IBS symptoms ($F = 9.15$, $P = 0.004$). Also the results indicated the significant difference in the percent of the response of patients between the two groups ($P = 0.001$). Although the findings showed no significant difference between two groups in the levels of depression ($P = 0.376$, $F = 0.8$) and anxiety ($P = 0.242$, $F = 1.408$) after treatment; quality of life ($P = 0.084$, $F = 3.131$) had a trend to be significant.

Conclusion: The combination of coping strategies training with standard medical care has considerable effects in the improvement of IBS symptoms. Further studies with larger samples and long-term follow-up are warranted.

Key words: Relaxation training, Rational-emotive training, Problem-solving, Cognitive-behavioral therapy, Coping strategies, Irritable bowel syndrome, Quality of life.

¹ Assistant Professor of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Assistant Professor of Clinical and Medical Psychology, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Resident of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Assistant Professor of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁵ Assistant Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁶ Medical Student, Poursina Hakim Research Institute, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Reza Bagherian PhD, Email: bagherian@med.mui.ac.ir