

Effectiveness of Dialectical Group Behavior Therapy on Perceived Stress and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Azizi A¹, Mohamadi J^{1*}

1. Department of Psychology, Faculty of Literature, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989185558850 Fax: +984133369185 E-mail: javad.m60@gmail.com

Received: May 31, 2015

Accepted: Nov 21, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Depression and perceived stress are considered among the most common symptoms of irritable bowel syndrome. Dialectical behavior therapy was presented as one of the most effective treatment of many disorders in the past decade. Therefore, the purpose of this study was to determine the effectiveness of dialectical group behavior therapy on perceived stress and depression in patients with the irritable bowel syndrome.

Methods: The research method was an experimental pretest-posttest control group design with random assignment). Of all the patients referred to medical centers in Tabriz during 1393 SH, 30 patients selected with irritable bowel syndrome and Rome-III diagnostic criteria after using the interview, completed perceived stress questionnaire and the Beck Depression Inventory. The subjects were selected and randomly assigned to experimental and control groups (n=15 per group). After completing dialectical behavior therapy in the experimental group, the questionnaire was administered in both groups. Data were analyzed using multivariate analysis with SPSS-20 software.

Results: Dialectical group behavior therapy was significantly effective in reducing perceived stress ($p= 0.004$, $F= 9.91$) and depression ($p= 0.005$, $F= 9.60$) in patients with irritable bowel syndrome in experimental group, so that after the intervention the perceived stress and depression scores decreased in experimental group.

Conclusion: It seems that dialectical behavior therapy is effective in reducing perceived stress and depression in patients suffering from irritable bowel syndrome and can be helpful in improving the symptoms of perceived stress and depression in these patients.

Keywords: Behavioral Therapy; Dialectical; Stress; Depression; Irritable Bowel.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر

امیر عزیزی^۱، جواد محمدی^{۱*}

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
* نویسنده مسئول: ۰۹۱۸۵۵۵۸۸۵۰ فاکس: ۰۴۱۳۳۳۶۹۱۸۵ - پست الکترونیک: javad.m60@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی و استرس ادراک‌شده از جمله علایم شایع در اختلال سندرم روده تحریک‌پذیر به شمار می‌آیند. در دهه اخیر رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یکی از درمان‌های مؤثر در درمان بسیاری از اختلالات معرفی شده است. به همین منظور هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی) می‌باشد. نمونه آماری پژوهش، شامل ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که از میان کلیه بیماران که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و پس از مصاحبه، دریافت ملاک‌های تشخیصی Rome-III و تکمیل پرسشنامه استرس ادراک‌شده و افسردگی بک، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه‌ای رفتار درمانی دیالکتیکی در گروه آزمایشی، مجدداً پرسشنامه‌ها در دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS v.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش استرس ادراک‌شده ($F=9/91$, $p=0/004$) و افسردگی ($F=9/60$, $p=0/005$) بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری مؤثر بوده است؛ به طوری که پس از انجام مداخله، میانگین نمرات استرس ادراک‌شده و افسردگی کاهش یافتند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر می‌باشد. بنابراین می‌توان با اجرای آن به بهبود علائم استرس ادراک‌شده و افسردگی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان رفتاری، دیالکتیک، استرس، افسردگی، روده تحریک‌پذیر

پذیرش: ۹۴/۰۹/۱

دریافت: ۹۴/۳/۱۰

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از بیماری‌های شایع گوارشی است که بخش قابل توجهی از جامعه را درگیر می‌کند. در این بیماری گرچه از نظر ارگانیک علل خاصی وجود ندارد اما دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست یا نفخ موجود، کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱،۲]، به گونه‌ای که غیبت از

کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می‌روند [۲]. میزان شیوع این اختلال در کشورهای مختلف متفاوت است. بر اساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده است، شیوع آن را از ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش می‌دهند [۳]. سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری دوران جوانی است و در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می‌کند [۱] و در

زنان شایع‌تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد [۴]. براساس معیارهای تشخیصی Rome-III به عنوان یک بیماری عملکردی یا اختلال روده‌ای مطرح گردید که با درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل سه بار در ماه در سه ماه گذشته یا حداقل از شش ماه قبل شروع شده باشند و همراه با دو یا بیشتر از معیارهای زیر: ۱) بهبود درد شکمی با اجابت مزاج؛ ۲) شروع درد شکمی با تغییر در دفعات اجابت مزاج؛ ۳) شروع درد شکمی با تغییر در قوام مدفوع [۵].

افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلای به سندرم روده تحریک‌پذیر است که در کاهش سلامت روانی این بیماران نقش مهمی بر عهده دارد [۶]. خلق افسرده و احساس عدم لذت، نشانه‌های اصلی افسردگی هستند. تقریباً تمام بیماران افسرده، از کم شدن انرژی، شکایت دارند و هشتاد درصد از آنها از مشکلات خواب شکایت دارند. کاهش اشتها، عدم تمرکز، احساس بی‌ارزشی، اضطراب، افکار مرتبط با مرگ یا تمایلات خودکشی نیز شایع هستند [۵].

یکی از چالش‌های مشترک و معمول بیماران مبتلای به سندرم روده تحریک‌پذیر، به ویژه بیمارانی که با مسائل درمانی و پزشکی متعددی روبه‌رو هستند، رویارویی با استرس است. با توجه به اینکه بسیاری از جنبه‌های سندرم به صورت بالقوه، استرس را افزایش می‌دهد؛ تعریف مفهوم استرس ضروری به نظر می‌رسد. لازاروس و فولکمن^۱ استرس را واکنش فرد در برابر تهدید منابع و توانمندی‌های فرد توسط محیط تعریف نمودند. به عبارت دیگر استرس نوعی فشار جسمی یا روانی است که موجب تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار می‌شود و مطالباتی را بر فرد تحمیل می‌کند [۷]. اگر استرس شدید باشد یا برای مدت طولانی ادامه یابد، ممکن است باعث فروپاشی فرد و در نهایت منجر به اختلالات جسمی-روانی گردد. شرایط استرس‌زا برای هر فردی روی می‌دهد و بیماران مبتلای به سندرم روده

^۱ Lazarus & Folkman

تحریک‌پذیر نیز از این امر مستثنی نبوده و در معرض عوامل استرس‌زای بالینی بیشتری قرار دارند [۸]. برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تمرکز نه تنها بر عامل استرس‌زا بلکه بر تجربه استرس، ممکن است از خود عامل استرس‌زا اهمیت بیشتری داشته باشد. از سوی دیگر استرس ادراک‌شده نباید به عنوان بازتابی از استرس عینی در نظر گرفته شود. در بیماران مبتلای به سندرم روده تحریک‌پذیر استرس ادراک شده به عنوان یک عامل مرتبه دوم ظهور می‌کند، در حالی که در سطح اولیه، دو عامل وجود دارد ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس [۹].

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در بهبود علائم جسمی بیماران مبتلای به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، رفتار درمانی دیالکتیکی است [۸]. رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی-رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد و با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش می‌باشد، درمی‌آمیزد و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌ای شامل ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند. در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به عنوان مولفه‌های مؤثر تغییر در رفتار درمانی دیالکتیکی می‌باشند. از این رو، ارایه یک برنامه درمانی که ناکارآمدی را در این چهار حوزه هدف قرار دهد، بسیار اهمیت دارد [۱۰، ۸]. برخی مطالعات اثر بخشی این درمان را در سندرم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال حقایق و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداختند و رفتار درمانی دیالکتیکی را به عنوان درمان انتخابی و مؤثر در بهبود علائم استرس

در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دادند [۸].

در سال‌های اخیر رفتار درمانی دیالکتیکی، در دامنه نسبتاً متنوعی در درمان سایر اختلالات مورد استفاده قرار گرفته است. دلایل این امر نخست به پیچیدگی و تنوع مشکلات برخی اختلالات برمی‌گردد که نیازمند یک برنامه ساختار یافته و دقیق هستند. از سوی دیگر شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات سایکوسوماتیک موفقیت‌آمیز می‌باشد و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است [۱۱]. این در حالی است که سندرم روده تحریک‌پذیر ملاک‌هایی که رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند برای آن مفید باشد را داراست، علاوه بر این ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان نتایج مثبتی در کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر داشته‌اند [۱۲].

با وجود مطالعات بسیاری که در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته است، تنها اثربخشی تعداد اندکی از درمان‌ها اثبات شده است و درمان این اختلال اغلب دست‌نیافتنی است. نیاز به شناسایی درمان‌های موثر بسیار مهم است، زیرا درمان سندرم روده تحریک‌پذیر هزینه‌های بسیار گزافی را به خود اختصاص می‌دهد و با مشکلاتی در زمینه استرس ادراک‌شده و افسردگی همراه می‌باشد. از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نکته که در زمینه موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر مطالعه‌ای صورت نگرفته است، وجود خلأ‌های بسیاری در ادبیات پژوهشی این حوزه، انجام مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد؛ به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل با

انتساب تصادفی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز اعم از دولتی و خصوصی مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که به وسیله مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی Rome-III مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و پرسشنامه استرس ادراک‌شده و افسردگی را تکمیل کردند. تعداد ۳۰ نفر از بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. یک گروه از آزمودنی‌ها در معرض رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آن‌ها اجرا نشد. رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد. استرس ادراک‌شده و افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده و افسردگی سنجیده شد. پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به مراجعان این اطمینان را دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. ضمن اینکه جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کلینیک بزرگمهر شهر تبریز انجام شد.

ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارت‌اند از: عدم دریافت درمان‌های روانشناختی قبل از ورود

به پژوهش، دارا نبودن سایر اختلالات گوارشی ساختاری یا کارکردی همزمان، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، داشتن اختلال سایکوتیک و یا سایر اختلالات گوارشی همزمان، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش وزن، کم‌خونی، اسهال شبانه، دل‌پیچه‌های شدید و سایر عواملی که در پژوهش تداخل ایجاد کند و همچنین سایر مشکلاتی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌سازد به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش بود: پرسشنامه استرس ادراک‌شده و پرسشنامه افسردگی بک^۱. پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۲ و همکاران ساخته شده است [۱۳]. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد که هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (۰-۴) نمره‌گذاری می‌شود و دو خرده مقیاس ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس را دربرمی‌گیرد [۱۳]. گریقیث و میمورا^۳ در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس تجدیدنظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ بدست آوردند که این ضرایب به ضریب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است. در مقیاس اصلی دو عامل ۵۳/۲ واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۷/۳ و عامل دوم ۲۵/۹. در صورتی که در مقیاس تجدیدنظر شده ژاپنی دو عامل ۴۹/۹ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۸/۵ درصد

واریانس و عامل دوم ۴۹/۹ درصد واریانس. در پژوهش گریقیث و میمورا در ضریب آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۷۳ و عامل دوم ۰/۸۵ بود [۱۴]. در ضمن این پرسشنامه در ایران توسط ابوالقاسمی و نریمانی ترجمه و هنجاریابی شده است، اعتبار و پایایی پرسشنامه را مناسب ارزیابی کردند [۱۵]. برای ارزیابی افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از پرسشنامه افسردگی بک^۴ استفاده شد. این پرسشنامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ساخته شد [۱۶] و از ۲۱ گویه تشکیل شده که به اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی که فرد در طی دو هفته گذشته تجربه کرده است می‌پردازد. هر گویه براساس طبقه‌بندی ۴ درجه‌ای به شیوه لیکرتی (۰ = من احساس غمگینی می‌کنم) تا (۳ = من آنقدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره‌گذاری می‌شود [۱۶]. اعتباریابی پرسشنامه افسردگی بک در نمونه بیماران افسرده ایرانی نشان داد که ضریب اعتبار کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ است [۱۷]. جوکار پایایی این آزمون را ۰/۸۷ گزارش نمود [۱۸].

در پژوهش حاضر پایایی درونی پرسشنامه استرس ادراک‌شده و افسردگی براساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۵ برآورد شد. روایی آزمون با نظر ۱۰ تن از اساتید دانشگاه روان‌شناسی و علوم تربیتی تبریز مورد تأیید قرار گرفت.

رفتاردرمانی دیالکتیکی توسط لینهان^۵ در سال ۱۹۹۳ ارائه گردید [۱۹]. هدف از تدوین رفتار درمانی دیالکتیکی کمک به درمان اختلال شخصیت مرزی بود. از همان آغاز این سبک درمانی برای درمان انواع دیگر اختلالات روانی به کار گرفته شد.

در پژوهش حاضر رفتار درمانی دیالکتیکی طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد. هر جلسه، دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین

¹ Beck² Cohen³ Mimura & Griffiths⁴ Beck Depression Inventory⁵ Linehan

مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه بود. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن آگاهی فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز می‌شد. در جلسه اول، پس از خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با اهداف و قوانین گروه، درمان با ارایه تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد.

در جلسه دوم، دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن آگاهی فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته اول مهارت‌های چه چیز که عبارت‌اند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به ذهن آگاهی فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن). دسته دوم، مهارت‌های چگونه که عبارت‌اند از نحوه انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، ذهن آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن). جلسات سوم تا پنجم به بخش اول از مولفه تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقاء در بحران اختصاص داشت.

راهبردهای بقاء در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت می‌باشند که عبارت‌اند از: ۱) راهبردهای پرت کردن حواس؛ ۲- خود آرام‌سازی با حواس پنجگانه؛ ۳- مهارت‌های بهسازی لحظات و ۴- تکنیک سود و زیان. این چهار مجموعه در طی جلسات سوم (مهارت‌های پرت کردن حواس)، چهارم (مهارت‌های خود آرام‌سازی) و پنجم (مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان) آموزش داده شدند.

جلسه ششم اختصاص به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارت‌اند از: ۱) پذیرش محض؛ ۲) برگرداندن ذهن؛

۳) رضایت‌مندی.

در جلسه هفتم به مولفه تنظیم هیجانی پرداخته می‌شود. مباحث مرتبط با این جلسه عبارت‌اند از: هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی می‌باشد؟ آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ات می‌گردد، پذیرش هیجان‌ات حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت‌های (لطفاً بر خود مسلط شوید).^۱ برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ات منفی.

جلسه هشتم دربرگیرنده آخرین بخش از مباحث مربوط به مولفه تنظیم هیجانی می‌باشد. این مباحث عبارت‌اند از: آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه‌مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و ذهن آگاهی فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجان‌ات و تغییر دادن هیجان‌ات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان. سپس نمره افراد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه استرس ادراک‌شده محاسبه شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی، معناداری تفاوت میانگین نمرات در پس‌آزمون، توسط روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شرکت داشتند که ۶۰ درصد آن‌ها را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی آن‌ها ۲۶ سال بود و ۳۶/۶ درصد آن‌ها مجرد و ۶۳/۳ درصد متأهل بودند. پس از اجرای

¹ Please Master

نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، سپس هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش آزمون و پس آزمون استخراج شد. در جدول ۱

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای استرس ادراک شده و افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	افسردگی	۲۰/۶۷	۶/۷۶	۱۴/۶۷	۶/۴۲
	استرس ادراک شده	۳۱/۳۳	۸/۷۰	۲۷/۰۷	۶/۳۷
کنترل	افسردگی	۲۱/۴۷	۸/۶۳	۲۱/۸۰	۵/۵۲
	استرس ادراک شده	۳۲/۹۳	۸/۹۴	۳۰/۶۷	۷/۶۱

ادراک شده و افسردگی بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنادار بودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می‌کند. بنابراین هر دو پیش فرض در مرحله پس آزمون برقرار هستند. به این ترتیب می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد.

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می‌شود. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. جهت بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس از آزمون لون برای بررسی تساوی واریانس خطای دو گروه استفاده شد که بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که معناداری آزمون لون در نمرات استرس

جدول ۲. نتایج معنی داری اثر پیلایی برای گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	معناداری
اثر پیلایی	۰/۲۱۳	۳/۸۰۹	۲	۲۵	۰/۰۵۹
تفاوت گروه های آزمایش و کنترل	۰/۳۲۷	۳/۸۰۹	۲	۲۵	۰/۰۵۹
اثر هتلینگ	۰/۳۹۵	۳/۸۰۹	۲	۲۵	۰/۰۵۹
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۹۵	۳/۸۰۹	۲	۲۵	۰/۰۵۹

همان گونه که مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری در متغیرهای افسردگی و استرس ادراک شده دیده می‌شود. به طوری که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی توانسته باعث کاهش افسردگی و استرس ادراک شده گردد ($p=0.001$).

جدول ۲ نشان می‌دهد که سطوح معنی داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند ($p < 0.059$). نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه استرس ادراک شده و افسردگی گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون و پس از کنترل اثر پیش آزمون در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر استرس ادراک شده

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۲۴۹/۰۶	۱	۱۲۴۹/۰۶	۲۹۰/۵۶	۰/۰۰۱
گروه	۴۲/۶۰	۱	۴۲/۶۰	۹/۹۱	۰/۰۰۴
خطا	۱۱۱/۷۷	۲۶	۴/۳۰		

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر افسردگی

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۳۴۵/۶۲	۱	۱۳۴۵/۶۲	۴۵/۱۶	۰/۰۰۱
گروه	۲۸۵/۸۸	۱	۲۸۵/۸۸	۹/۶۰	۰/۰۰۵
خطا	۷۷۴/۶۲	۲۶	۲۹/۷۹		

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی باعث کاهش افسردگی و استرس ادراک شده در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر شده است. این نتایج با یکی از مطالعات صورت گرفته در این زمینه مطابقت دارد، به طوری که حقایق و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس نشان دادند که این مداخله در کاهش استرس بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر است [۸]. همچنین نتایج مطالعه محمدی و همکاران، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. به طوری که این پژوهشگران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر پرداختند و دریافتند این مداخله به عنوان درمانی مؤثر در کاهش میزان اضطراب این بیماران مؤثر است [۱۱].

در تبیین این یافته می‌توان به دیدگاه کلارک در این خصوص اشاره کرد. به عقیده کلارک^۱ استرس ادراک شده حالت یا فرایندی روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. در واقع ایجاد استرس در افراد مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر بستگی به

^۱ Clark

چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث دارد. ممکن است، یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای دیگر افراد مبتلاء به صورت یک تهدید ادراک شود [۲۰].

با توجه به اینکه در خصوص بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر مطالعه‌ای صورت نگرفته است؛ ناگزیر پژوهشگران به تبیین یافته‌های خود بسنده می‌کنند. در این راستا اشاره به پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی ضروری به نظر می‌رسد. برطبق نظر لینهان در طی رفتار درمانی دیالکتیکی چهار مولفه ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مهارت‌های کارآمدی بین فردی آموزش داده می‌شود. به طوری که ذهن آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا دریابند هیجان‌ها را نباید الزاماً تایید یا سرکوب کرد بلکه می‌توان از طریق بذل توجهی انعطاف پذیر و متمرکز در همان لحظه مربوط به زمان حال تحمل کرد و پذیرفت [۱۹].

تنظیم هیجان به اصلاح آن دسته از باورهای غلط هیجانی کمک می‌کند که مورد تأیید بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر هستند و آنها را تشویق خواهد کرد تا هیجان‌ها را مشاهده کرده و از یکدیگر افتراق دهند تا از طریق به کارگیری آنها به معنای گسترده‌تری دست یابند و بدین ترتیب از میزان بروز تجربیات هیجانی نامطلوب می‌کاهد [۲۱].

مهارت تحمل پریشانی به بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند تا با انجام برخی از فعالیت‌ها مثل، تلفن زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق و غیره، ایجاد تعمدی هیجان‌های خوشایند، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حواس، توجه برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد [۱۹].

مهارت‌های کارآمدی بین فردی به بیماران کمک می‌کند تا از جرات‌مندی بیشتری برخوردار شده و در روابط بین فردی، چیزی را که می‌خواهند، بدست آورند و مهارت «نه گفتن» در آنها تقویت شود، با تعارض‌ها مقابله کرده و توانایی استمرار روابط بین فردی و حفظ احترام به خویشان در آنها بالاتر برود [۲۱].

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی مهارت‌های شناختی و رفتاری مورد نیاز برای کاهش افسردگی و استرس ادراک‌شده را به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر آموزش داده و به کاهش عوارض سندرم روده تحریک‌پذیر می‌انجامد. به طوری که رفتار درمانی دیالکتیکی با تاکید بر توجه آگاهانه در زمان حال، قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند، عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آن‌ها، فراگیری مهارت‌های کارآمدی بین فردی و اصلاح باورهای غلط هیجانی درخصوص استرس ادراک‌شده، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم جسمی و روانی از جمله افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌گردد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در بهبود کاهش افسردگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سندرم روده

تحریک‌پذیر مؤثر است. بنابراین برای مداخله در خصوص این سندرم و کاهش شیوع آن می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی کمک گرفت.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش به کارگیری صرف رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر در بهبود علائم افسردگی و استرس ادراک‌شده سندرم روده تحریک‌پذیر و و عدم پیگیری پس از اجرای پس‌آزمون بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر همسو با این موضوع، دیگر متغیرهای تاثیرگذار بر سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان مثال اضطراب و باورهای فراشناختی افسرده‌ساز را مدنظر قرار داده و تأثیر آن را با سایر عوامل روانشناختی مؤثر بر سندرم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار دهند. با توجه به اینکه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش قابلیت تعمیم‌پذیری محدود آن است، لذا جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌گردد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی را در درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به دفعات متعدد مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی (حداقل یک سال) دنبال نمایند، همچنین پیشنهاد می‌شود اثر بخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل مراکز درمانی شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References

- 1- Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health-care practitioners. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010 Apr; 25(4): 691-699.
- 2- Ghadir M, Ghanoni A. A review on treatment of irritable bowel syndrome. *J Ghoom Univ Med Sci*. 2010 Summer; 4(2): 59-66. [Full text in Persian]
- 3- Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol*. 2005 Sep-Oct;24(5):225-6.
- 4- Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012 Jul;10(7):712-721.
- 5- Kaplan BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral science/clinical psychiatry, 11th ed. New York:Lippincott Williams & Wilkins, 2015: 1809-1814.
- 6- Mahvi Shirazi M, Fathi-Ashtiani A, Rasolzadeh Tabatabaei SK, Amini M. Comparison of mental health levels of patients suffering from irritable bowel syndrome, and inflammatory bowel disease, and healthy people. *J Res in Heal Psycho*. 2008 Autumn; 2(3):75-83. [Full text in Persian]
- 7- Matthieu MM, Ivanoff A. Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: Assessments of coping strategies after disasters. *Bri Treat and Cri Inter*. 2006 Aug; 6(4):337-348.
- 8- Haghayegh SA, Neshatdoost HT, Adibi P, Asgari K. Efficacy of dialectical behavior therapy on sleep disorders of irritable bowel syndrome patients. *J Res Behav Sci*. 2013 winter; 10(7): 663-71[Full text in Persian]
- 9- Lundberg U. Stress hormones in health and illness. The role of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov; 30(10):1017-21
- 10- Miller AL, Rathus JH, Linehan M. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. NY, Guilford Press, 2007: 38-70.
- 11- Mohamadi J, Aziza A, Gholamrezae S. Effectiveness of dialectical behavior therapy on quality of sleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome. *Iran J Psychi Nurs*. 2015 Summer; 3(2): 21-30. [Full text in Persian]
- 12- Kanazawa M, Drossman DA, Shinozaki M, Sagami Y, Endo Y, Fukudo S. Translation and validation of Japanese version of the irritable bowel syndrome –quality of life measure (IBS-QOL-J). *Biopsychosoc Med*. 2007 Mar; 1: 6.
- 13- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983 Dec; 24(4): 385-96.
- 14- Mimura C, Griffiths P. A Japanese version of the perceived stress scale: Translation and preliminary test international. *J Nurs Stud*. 2004 May; 41(4): 379-385.
- 15- Abolgasemi A, Narimani M. Psychological and personality tests. Ardabil: Bagh Rezwan; 2006 Mar: 236-241. [Full text in Persian]
- 16- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and –II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996 Dec;67(3):588-97.
- 17- Dobson K, Mohammadkhani P. Psychometric trait of beck depression inventory-II in patients with major depressive in poor interepisodic recovery. *J Rehabili in Mala and Mental Dis*. 2007 Summer; 8(24), 80-82. [Full text in Persian]
- 18- Jokar M. Investigation of effectiveness of personal counselling, telephonic counselling and book therapy with Beck cognitive method in reduction of depression symptoms at counselling central of Isfahan University [dissertation]. Isfahan: University of Isfahan; 2006. [Full text in Persian]
- 19- Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder, 1st ed. Iran: Arjomand Publications, 2014: 13-25. [Full text in Persian]
- 20- Cohen S, Williamson G. Perceived Stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S. (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage. 1988: 31-67.
- 21- McKay M, Wood J, Brantley J. *The dialectical behavioral therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance*, 1st ed. Iran: Arjomand Publications, 2013: 13-16. [Full text in Persian]