

Efficacy of Emotion Focused Therapy on Quality of Life and Sleep in Irritable Bowel Syndrome

Sayed Abbas Haghayegh¹, Peiman Adibi², Mohamad Hasan Davazdahemami³

¹ Department of Psychology, Faculty of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Isfahan, Iran

² Professor, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Researcher, Department of Clinical Psychology, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background:

This research aimed to determine the efficacy of emotion focused therapy on quality of life and sleep problems of IBS patients.

Materials and Methods:

In this research 52 IBS patients who met this diagnosis, according the Rome II criteria, were selected and assigned to two experimental and control groups with 26 IBS patients in each group. The emotion focused therapy according Greenberg's manual- was conducted in 8 weekly sessions in the clinic of gastroenterology in Isfahan. The questionnaires of quality of life and sleep problems were completed as the pretest, post-test and follow-up.

Results:

Results of multivariate analysis of variance s shows that emotion focused therapy has been significant effect in reduction of post-test mean scores of quality of life, beginning of sleep and wake-up and follow-up mean scores of wake-up ($p < 0.05$).

Conclusion:

Emotion focused therapy could be useful to improvement of psychological status of IBS patients, but It seems to needs to probing more emotional experiences for more persistent effects.

Keywords: Emotion Focused Therapy; Irritable Bowel Syndrome; Quality of Life; Sleep Problems

please cite this paper as:

Haghayegh SA, Adibi P, Davazdahemami MH. Efficacy of Emotion Focused Therapy on Quality of Life and Sleep in Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2015;20:185-92.

Corresponding author:

Peiman Adibi, MD

Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: + 98 31 36688138

Fax: + 98 31 36685149

E-mail: payman.adibi@gmail.com

Received: 02 Jun. 2015

Edited: 02 Aug. 2015

Accepted: 03 Aug. 2015

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و خواب در نشانگان روده تحریک پذیر

سید عباس حقایق^۱، پیمان ادیبی^۲، محمد حسن دوازده امامی^۳

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، اصفهان، ایران
^۲ استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و مشکلات خواب بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر بود.

روش بررسی:

به منظور انتخاب شرکت کننده گان پژوهش، از بین بیمارانی که به دو کلینیک گوارش شهر اصفهان مراجعه می کردند، ۵۲ نفر بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (با تشخیص پزشک متخصص) انتخاب شدند و در دو گروه درمان متمرکز بر هیجان (۲۶ نفر) و گواه (۲۶ نفر) قرار گرفتند. درمان متمرکز بر هیجان طی هشت جلسه هفتگی بر اساس راهنمای گرینبرگ انجام شد و گروه گواه ۴ جلسه روان-آموزشی (بدون رواندرمانی) دریافت کرد. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و مشکلات خواب در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد.

یافته‌ها:

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (در مورد متغیر کیفیت زندگی) و تحلیل واریانس چند متغیری (در مورد مشکلات خواب) نشان داد که، درمان متمرکز بر هیجان در بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکل در بیداری از خواب در مرحله پس آزمون و مشکلات بیداری از خواب در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشته است.

نتیجه گیری:

درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر موثر است، ولی تاثیرات پایدارتر مستلزم پرداختن به تجارب هیجانی بیشتر است.

کلید واژه: درمان متمرکز بر هیجان، نشانگان روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی، مشکلات خواب

گوارش/ دوره ۲۰، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۴/ ۱۸۵-۱۹۲

زمینه و هدف:

نشانگان روده‌ی تحریک پذیر، شایع‌ترین اختلال کارکردی دستگاه گوارش است که با علائم درد یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در دفع و عادات روده، در غیاب علل ساختاری توجیه کننده‌ی علائم، مشخص می‌شود. (۱) درک آسیب شناسی و درمان نشانگان روده تحریک پذیر در

نویسنده مسئول: پیمان ادیبی

دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۸۸۱۳۸

نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۵۱۴۹

پست الکترونیک: payman.adibi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۲

طول ۳۰ سال گذشته از یک الگوی کاهش گرایانه زیستی - پزشکی^۱، امروزه به یک نشانگان پیچیده روانی- اجتماعی- زیست شناختی^۲ تبدیل شده است. (۲) این مدل در کنار زیست شناسی فرد (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژیکی دستگاه گوارش)، عوامل روان شناختی و به ویژه فرایندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز در بر میگیرد. (۳) نقش عوامل روان شناختی در نشانگان روده تحریک پذیر و همراهی بالای آن با اختلالات روانی در فرهنگهای مختلف تایید شده (۴) بین شدت علائم و عوامل روان شناختی همراه رابطه زیادی گزارش شده است. (۵)

بهبود شرایط زندگی و ارزیابی آن، به عنوان هدف اصلی پژوهشگران در این حیطه، در قالب اصطلاح کیفیت زندگی^۳ ارزیابی شده است. (۶) مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با تحقیق بر روی افرادی که دارای

1. Bio- medical
2. Psycho- social- biology
3. Quality of Life

درمانی را ایجاد می‌کند و می‌تواند ظرفیت تحمل در برابر استرس (تاب آوری) را افزایش دهد.^(۲۱) اخیراً این رویکرد وارد حیطه بیماری‌های روانی-فیزیولوژیکی مانند درد کمر و علائم گوارشی شده و نتایج امیدوار کننده‌ای به دست آورده است.^(۲۲) علاوه بر این، در درمان متمرکز بر هیجان بر تجارب ناخوشایند و حل نشده زندگی فرد که وضعیت روانشناختی او را تحت تاثیر قرار می‌دهد تاکید می‌شود^(۱۷) و بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر دچار تجارب آسیب‌زایی در اوایل زندگی^(۲۳) و زندگی فعلی خود^(۲۴) بوده‌اند. با توجه به مطالب فوق، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و مشکلات خواب بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر بود.

روش بررسی:

جامعه این پژوهش را، بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. به منظور انتخاب شرکت کننده گان در پژوهش، از بین بیمارانی که به کلینیک‌های درمانی شهر اصفهان مراجعه می‌کردند، ۵۲ نفر بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر (با تشخیص پزشکی متخصص و براساس ملاک‌های (Rome III)) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه درمان متمرکز بر هیجان^(۲۶ نفر) و گواه^(۲۶ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران عبارت بودند از: همزمان تحت رواندرومانی دیگری قرار نگیرند، همزمان دچار اختلال گوارشی کارکردی یا ساختاری دیگری نباشند، به دلیل تشابه علائم جسمی نشانگان روده تحریک‌پذیر و حاملگی (تهوع و استفراغ)، شرکت کننده گان زن نباید شرایط بارداری داشته باشند و دچار اختلالات شدید روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی یا دوقطبی نباشند. مداخلات در دو گروه انجام شده و پرسشنامه‌های مورد نظر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شدند (شیوه اجرای پژوهش در ذیل توضیح داده شده است). ملاک خروج شرکت کننده گان، غیبت سه جلسه بیشتر در جلسات و یا عدم شرکت در ارزیابی پیش‌آزمون یا پس‌آزمون بود.

طرح اجرایی مداخله

گروه درمان متمرکز بر هیجان: در ابتدا جهت اطمینان از مناسب بودن درمان، موضوع پژوهش از طریق پست الکترونیکی با لژی گرینبرگ (مبدع این شیوه درمانی) مطرح شد و پاسخ مثبت جهت مناسب بودن درمان و استفاده از این رویکرد روان‌درمانی اخذ شد. بر اساس راهنمای درمانی گرینبرگ، درمان متمرکز بر هیجان طی هشت جلسه هفتگی (بدون در نظر گرفتن جلسه پیش و پس‌آزمون) در یک کلینیک خصوصی ویژه بیماران گوارشی انجام شد. راهنمای درمانی گرینبرگ در سه مرحله شناسایی هیجان، تنظیم هیجان و اقدامات رفتاری انجام می‌شود. در

بیماری‌های خاص مثل دیابت بودند، آغاز گردید.^(۷) یکی از مفاهیم مربوط به کیفیت زندگی به نام، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۱ HRQOL در سال‌های اخیر توجه و علاقه پژوهشگران و درمانگران را به خود معطوف کرده است.^(۸ و ۹) در نشانگان روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به شکل چشمگیری پایین است که از این لحاظ می‌توان افت در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را با آن چه در بیماری‌هایی مانند دیابت و نارسایی‌های قلبی^۲ دیده می‌شود، مشابه دانست. در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر، حیطه‌های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی، لذت بردن از زندگی و غیره دچار نقص و اختلال شده است.^(۱۰) بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به عنوان مفهومی چند بعدی، می‌تواند به عنوان ملاکی از میزان کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامتی و کارکردهای روانی-اجتماعی و به عنوان مهمترین هدف در درمان این بیماران در نظر گرفته شود.^(۱۱) یکی از نیازهای اساسی انسان خواب می‌باشد به طوری که هر گونه اختلال در جریان آن علاوه بر ایجاد مشکلات روانی، عملکرد فرد را فعالیت‌های اجتماعی و شغلی نیز کاهش می‌دهد.^(۱۴-۱۲) اختلالات خواب یکی از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است که در کاهش کیفیت زندگی این بیماران نقش مهمی داشته است. مشکلات خواب به خصوص در هنگام بیدار شدن در بیماران IBS بعد از بیماری مشاهده شده است و بیشتر از این که به خاطر علائم بیماری باشد به علت مشکلات خلقی و هیجانی همراه در این بیماران بوده است.^(۱۵) همچنین، سندرم پاهای بیقرار به حرکات غیر ارادی پا (اغلب در شب اتفاق می‌افتد و به طور موقت با حرکت کردن بهبود می‌یابد-به خصوص راه رفتن-) در این بیماران بیشتر از سایر اختلالات گوارشی کارکردی مشاهده شده است.^(۱۶)

درمان متمرکز بر هیجان یک درمان ساختاریافته، مبتنی بر تکنیک‌های تجربی و بر اساس فلسفه اصالت هیجان است که نخستین بار از سوی گرینبرگ در درمان افسردگی مطرح شد و به عنوان یک درمان موثر در درمان افسردگی و اختلال پس از ضربه مورد تایید انجمن روانشناسی امریکا قرار گرفت.^(۱۷) فرضیه زیربنایی در درمان متمرکز بر هیجان (EFT) این است که هیجان یک عامل اساسی و تعیین کننده در تنظیم رفتارهای فردی و پردازش اطلاعات است، که باعث می‌شود افراد خودشان را با دیگران هماهنگ کنند. بنابراین هیجان‌ات بایستی مورد پذیرش و پردازش قرار گیرند، تا معنای آنها مشخص شده و بتواند به بهزیستی و سازگاری افراد کمک کند. به علت ویژگی انعطاف‌پذیری روانی، هیجان‌ات مثبت می‌تواند افزایش یافته و هیجان‌ات منفی کاهش یابد. در عمل، افزایش احساسات مثبت توانسته است حل مسئله، علاقه اجتماعی و عملکرد در موقعیت‌های بین فردی را بهبود دهد.^(۲۰-۱۸) وجود یک خلق مثبت پایدار، زمینه انعطاف‌پذیری روانی و تغییرات

1. Health-related quality of life
2. Heart failures

شده است و به یکی از بهترین ابزارهای موجود در این زمینه، تبدیل شده است و به چندین زبان ترجمه و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۴ گویه است که حیثه‌هایی از زندگی بیماران را که تحت تأثیر بیماری و درمان قرار گرفته است، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات بالاتر به معنای کیفیت زندگی پائین تر است. هر کدام از گویه‌ها در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرتی (هرگز، به ندرت، تا حدی، زیاد و شدید) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط حقایق و همکاران (۲۵) اعتباریابی شده است. روایی همزمان پرسشنامه کیفیت زندگی با پرسشنامه کیفیت زندگی گروول و همکاران (۹)، برابر با ۰/۶۱ به دست آمد ($p < 0/05$) و $r = 0/61$ ، که نشان‌دهنده روایی همزمان قابل قبول این پرسشنامه است. نتایج پایایی درونی این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمده است. (۲۵)

پرسشنامه اختلالات خواب

این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۸ برای جامعه ایرانی تهیه شده و شامل ۱۷ سؤال است که اختلالات را در سه قسمت مشکل در شروع خواب (۵-سؤال)، تداوم خواب (۷-سؤال) و بیداری از خواب (۵-سؤال) ارزیابی می‌کند. سئوال‌ات در دو گزینه بلی-خیر نمره گذاری می‌شود. حداقل نمرات برای هر قسمت، صفر و حداکثر برای قسمت اول و سوم ۱۰ و برای قسمت دوم ۴ بوده است. روایی محتوایی آن به روش والتز و بوسل قابل قبول و برابر با ۳/۵ بوده و پایایی بازآزمایی آن برابر با ۰/۸۶؛ $r = 0/86$ به دست آمده است. (۲۶)

چک لیست تجدید نظر شده نود سوالی علائم بیمارگون (SCL-90-R)

از این پرسشنامه به منظور سنجش وضعیت کلی روانی و به عنوان یک متغیر کنترل استفاده شده است. فرم تجدید نظر شده این چک لیست در سال ۱۹۹۴ توسط دروگاتیس ۲۵ تهیه شده است. این چک لیست وسیله بسیار مناسبی برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌ها است. نمره‌های بدست آمده از SCL-90-R بر روی صفحه نیم‌رخ که بیانگر ۹ بعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی است، انتقال داده می‌شوند. ضرایب همسانی درونی در دامنه حداقل ۰/۶۹ و ۰/۷۹ برای اندیشه پردازی پارانوئید تا بالای ۰/۹۰ برای افسردگی قرار دارد (۲۷).

پرسشنامه اسناد ذهن-بدن نشانگان روده تحریک پذیر

از این پرسشنامه به منظور سنجش نگرش بیمار به بیماری خود و به عنوان یک متغیر کنترل استفاده شده است. این پرسشنامه توسط گرسون و همکاران (۲۸) به منظور ارزیابی نظر بیماران در مورد علل جسمانی و روان شناختی نشانگان روده تحریک پذیر ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه مربوط به علل جسمانی و ۱۰ گویه مربوط به علل روان شناختی این بیماری است. سئوال‌ات در یک طیف لیکرتی چهار گزینه‌ای شامل کاملاً موافق (۴)، تا حدی موافق (۳)، تا حدی

قسمت شناسایی هیجان‌ات سعی شد که ارتباط بین هیجان‌ات و تجربه‌های نادیده گرفته شده با علایم بیماری برای بیماران تفهیم شود. به منظور آشنایی با این مفاهیم از بیماران خواسته شد که خاطرات ناراحت کننده‌ای که در گذشته یا زمان فعلی برای آنها افتاده است ولی به رغبتی به فکر کردن در مورد آنها نداشته‌اند را به زبان بیاورند. درمانگر در این مرحله سعی کرد آنها را به بیان کلامی احساس خود نسبت به تجربیاتشان ترغیب کند و فضای روانی لازم جهت برون ریزی احساسات را در گروه فراهم کند. درمانگر لزوم تمایز بین احساسات ثانویه و اولیه را برای اعضای گروه تشریح کرد و به آنها متذکر شد که ابراز هیجانی (احساسات ثانویه) فقط به طور موقتی احساسات منفی را از آنها دور می‌کند و به منظور تداوم این تغییرات باید هیجان‌ات اولیه خود را شناسایی کنند و از نگرش‌های نادرست مانند باورهای مورد تمسخر قرار گرفتن یا از دست دادن وجهه خود در گروه اجتناب کنند. در مرحله تنظیم هیجان از تکنیک‌های عملی مانند آموزش تن آرامی استفاده شد تا احساس کنترل هیجان‌ات منفی در شرکت کننده گان و اطمینان به بهبودی افزایش یابد. در مرحله سوم که بر اساس اصل تغییر هیجان بر اساس هیجان است درمانگر از اعضای گروه خواست فعالیت‌هایی که به طور طبیعی لذت بخش هستند را فهرست کرده و بر اساس عملی بودن آنها تعدادی از آنها را انتخاب کنند و در زمانی که دچار احساسات منفی هستند از آنها استفاده کنند. در زمانی پرسشنامه‌های مربوطه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد. ۵ نفر از اعضای گروه به دلیل غیبت بیشتر از سه جلسه و یا عدم شرکت در پیش آزمون یا پس آزمون، از فهرست این گروه حذف شدند.

گروه گواه: به دلیل اینکه نقش تعاملات گروهی در پیامدهای درمانی مهم است و بایستی کنترل شود و پرسشنامه‌ای که در جمعیت ایرانی هنجار شده باشد، گروه گواه از نوع در لیست انتظار مناسب این پژوهش نبود و لذا از گروه روانی-آموزشی استفاده شد که هیچ نوع رویکرد روان درمانی خاصی در آن استفاده نمی‌شود. مداخله روانی-آموزشی طی چهار جلسه هفتگی (بدون در نظر گرفتن جلسه پیش و پس آزمون) در یک کلینیک خصوصی ویژه بیماران گوارشی برگزار شد و عوامل دخیل در علت شناسی و آسیب شناسی نشانگان روده تحریک پذیر برای اعضای شرکت کننده آموزش داده شد. پرسشنامه‌های مربوطه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد. ۸ نفر از اعضای گروه به دلیل غیبت‌های بیش از حد (بیشتر از سه جلسه) و یا عدم شرکت در پیش آزمون یا پس آزمون در مرحله پس آزمون، از فهرست این گروه حذف شدند.

ابزار پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی ویژه بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (IBS-QOL)

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸، توسط پاتریک^۱ و دراسمن ساخته

1. Patrick

در تاثیر مداخله بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر داشته است ولی این یافته در مشکلات شروع خواب و بیداری از خواب تایید نمی شود.

بحث:

در این قسمت نتایج به دست آمده به ترتیب برای هر متغیر (ابتدا نتایج نمرات متغیر کیفیت زندگی و سپس مشکلات خواب) مورد بررسی قرار می گیرد.

در بررسی نتایج مربوط به فرضیه اول، مشاهده می شود که درمان متمرکز بر هیجان سطح کیفیت زندگی را در مرحله پس از آزمون بهبود بخشیده است ولی این نتایج در مرحله پیگیری استمرار نداشته است. این یافته را می توان به این صورت تبیین کرد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر، بر اساس مشکلات و محدودیت هایی که این بیماران در زندگی خود دچار آن می شوند، تعریف شده و کیفیت زندگی در نشانگان روده تحریک پذیر، یک شاخص چند مولفه ای شامل روابط اجتماعی، رضایت شغلی یا تحصیلی، فعالیت جنسی و وضعیت خلقی - روانی است. این بیماران روابط اجتماعی محدودی دارند، از علائم مختلف افسردگی رنج می برند و در مورد ماهیت بیماری خود نگرانی زیادی دارند. بنابراین بهبود کیفیت زندگی مستلزم پرداختن به همه این مشکلات است. به نظر می رسد آگاهی بیماران به اینکه علت بسیاری از احساسات ناخوشایند روانشناختی و علائم گوارشی که در طول روز تجربه می کنند به علت اشتغال ذهنی و عدم حل تجربه هایی که در زندگی گذشته یا اخیر خود داشته اند، علت اصلی بهبود در مرحله پس از آزمون می باشد. آگاهی نسبت به افکار و تصویرهای بار هیجانی منفی، بیان کردن و ابراز هیجان آن ها، توانسته است حس بهبودی را در آنها ایجاد کند و احساس این که علایم بیماری را کمتر تجربه می کنند، باعث امید به بهبودی بیماری شده است که مدت ها از آن رنج می برده اند، ولی به نظر می رسد عدم معناداری در مرحله پیگیری نشان دهنده این مورد است که تثبیت این روند بهبودی به زمان بیشتری نیاز دارد تا تحمل عاطفی بیشتری برای مواجه با تجربه های عاطفی ناخوشایندتر خود پیدا کنند. این احتمال وجود دارد که تعداد زیاد اعضای گروه این فرصت را به آنها نداده است. به خصوص اینکه موفقیت درمان متمرکز بر هیجان مستلزم تثبیت وضعیت خلقی بیمار است تا زمینه انجام اقداماتی که باعث کاهش هیجانات منفی می شود را فراهم کند. (۲۲) عامل دیگر در تبیین عدم استمرار نتایج در مرحله پیگیری، می تواند این باشد که پرسشنامه استفاده شده جهت ارزیابی کیفیت زندگی در این پژوهش، دارای ۳۴ گویه با محتوای روانشناختی (و خرده مقیاس های مختلف) متفاوت است. ولی سهم سئوالات اختصاص داده شده به این خرده مقیاس ها برابر نبوده، که ممکن است در ارزیابی صحیح سازه کیفیت زندگی تاثیر کاذبی ایجاد کند. به این معنا که، به عنوان مثال، خرده مقیاس ملال سئوالات زیادی دارد و نسبت به تغییرات درمانی به زمان بیشتری نیاز دارد ولی خرده

مخالف (۲) و کاملاً مخالف (۱) نمره گذاری می شوند. پایایی درونی (آلفای کرانباخ) خرده مقیاس جسمانی برابر با ۰/۷۸ و خرده مقیاس روان شناختی برابر با ۰/۷۶ بوده است. (۲۸) جهت استفاده از این پرسشنامه، به فارسی ترجمه شد و به طور مقدماتی بر روی ۲۰ نفر بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر انجام شد که آلفای کرانباخ خرده مقیاس جسمانی و روانشناختی به ترتیب برابر با ۰/۶۲ و ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی: که شامل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، مدت بیماری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، فصل تولد و ترتیب ولادت می باشد که به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شدند که در صورت معنادار بودن با نمرات پیش آزمون کنترل شوند.

تحلیل داده ها

داده های پژوهش، با استفاده از نرم افزار (SPSS-20) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در توصیف داده ها، از شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به منظور انتخاب آزمون آماری، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس ها مورد تایید قرار گرفت و به دلیل تایید این پیش فرض استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع تشخیص داده شد. (۰/۰۵ > p) در مرحله بعد بین نمرات پیش آزمون با متغیرهای کنترل (شامل متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی، وضعیت روانی کلی و نگرش به بیماری) ضریب همبستگی گرفته شد. در مورد متغیر کیفیت زندگی (به دلیل معنادار بودن نمرات شاخص GSI با نمرات کیفیت زندگی) از تحلیل کوواریانس استفاده شد. (MANCOVA) در مورد مشکلات خواب رابطه معناداری با متغیرهای کنترل پژوهش به دست نیامد و لذا از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. (به دلیل تایید نشدن پیش فرض آزمون ماچلی از روش اندازه های تکراری استفاده نشد)

یافته ها:

در جدول ۱ آماره های توصیفی و در جداول بعدی تحلیل استنباطی داده ها گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲، مشخص می شود که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۲۷ > p)، ولی این تفاوت در مرحله پیگیری مشاهده نمی شود. همچنین با توجه به نتایج جدول ۲، مشخص می شود که بین میانگین نمرات مشکل در شروع خواب و مشکل در بیداری از خواب در مرحله پس از آزمون و میانگین نمرات مشکل در بیداری از خواب در مرحله پیگیری، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. (۰/۰۲۷ > p) در نتایج مربوط به مشکلات حین خواب تفاوت معناداری مشاهده نمی شود. با توجه به نتایج جدول ۳ مشخص می شود که مشکلات حین خواب

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
کیفیت زندگی	درمان متمرکز بر هیجان	۲۴/۵۸	۸۲/۵۲	۲۳/۹۵	۸۱/۲۳	۲۴/۸۷
	گواه	۲۴/۸۱	۹۹/۸۳	۲۶/۰۱	۹۷/۸۸	۲۵/۱۷
مشکل در شروع خواب	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۸۹	۳/۶۱	۳/۰۷	۴/۵۷	۲/۷۶
	گواه	۲/۶۳	۴/۴۴	۳/۱۸	۴/۴۴	۳/۲۵
مشکل در تداوم خواب	درمان متمرکز بر هیجان	۲/۷۰۴	۷/۰۴۷	۳/۶۶۷	۸/۵۷۱	۳/۶۴۱
	گواه	۳/۷۰۳	۵/۸۸۸	۳/۵۲۹	۷/۴۴۴	۴/۰۴۷
مشکل در بیداری از خواب	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۸۰۹	۴/۲۸۵	۳/۰۵۱	۲/۶۶۶	۲/۹۸۸
	گواه	۳/۳۰۷	۵/۶۶۶	۳/۲۳۵	۵/۶۶۶	۳/۳۷۸
شاخص مرضی کلی (متغیر کنترل)	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۷۵	-	-	-	-
	گواه	۰/۶۸	-	-	-	-
اسناد ذهن-بدن جسمانی (متغیر کنترل)	درمان متمرکز بر هیجان	۲۱/۶۶	۵/۱۸	-	-	-
	گواه	۲۳/۳۳	۴/۸۵	-	-	-
اسناد ذهن-بدن روانی (متغیر کنترل)	درمان متمرکز بر هیجان	۲۷/۱۹	۵/۳۸	-	-	-
	گواه	۲۷/۷۲	۴/۸۲	-	-	-

جدول ۲: نتایج تاثیر عضویت گروهی بر میانگین نمرات کیفیت زندگی و خواب

متغیر	منبع تغییرات	F	معناداری
کیفیت زندگی	شاخص کلی علائم مرضی (متغیر کنترل)	۰/۷۶۳	۰/۳۸۸
	عضویت گروهی	۵/۲۹۴	۰/۰۲۷
مشکل در شروع خواب	عضویت گروهی	۶۶۱/۴	۰/۰۳۷
	عضویت گروهی	۰/۲۶۳	۰/۶۱۱
مشکل در تداوم خواب	عضویت گروهی	۰/۰۸۸	۰/۹۱۰
	عضویت گروهی	۰/۰۳۹	۰/۹۴۳
مشکل در بیداری از خواب	عضویت گروهی	۴۶/۵۰۵	۰/۰۱۱
	عضویت گروهی	۱۴۰/۶۵۹	۰/۰۰۰

ولی کیفیت خواب و مشکلات حین خواب تغییری پیدا نکرده است. به نظر می رسد علت اصلی این نتایج به این مربوط باشد که تجربه های هیجانی که مراجعان در جلسات گروه در مورد آنها صحبت کرده و از رنج عاطفی آن رها شده اند، فقط بخشی از تجربه های ناخوشایند آنها را شامل شده است و بسیاری از تجربه ها بی که باعث مشکلات آنها شده است را به علت احساس شرم و ترس، مطرح نکرده اند. همان طور که گرینبرگ و سافری (۲۹) اشاره کرده اند یک گرایش قوی برای اجتناب از عواطف

مقیاس مشکلات جنسی فقط دارای ۲ سؤال است، که ممکن است در ارزیابی سازه کیفیت زندگی دچار خطا باشد. اگر چه پژوهش قبلی انجام شده در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر کیفیت زندگی نبوده است ولی نتایج موید اثربخشی این رویکرد بر کاهش علائم جسمانی این بیماری بوده است. (۲۲) در بررسی نتایج فرضیه دوم، مشاهده می شود که مشکلات بیماران در شروع خواب (در به خواب رفتن) و بیداری از خواب کمتر شده است

جدول ۳: نتایج تاثیر عضویت گروهی بر میانگین نمرات پس کیفیت زندگی با توجه به کنترل مشکلات خواب

معناداری	F	منبع تغییرات
۰/۱۵	۲/۱۵	پس آزمون و کنترل شاخص کلی علائم مرضی و مشکلات شروع خواب
۰/۱۸	۱/۸	پیگیری
۰/۰۱	۷/۳۶	پس آزمون و کنترل شاخص کلی علائم مرضی و مشکلات حین خواب
۰/۱	۲/۸۳	پیگیری
۰/۲۲	۱/۵۵	پس آزمون و کنترل شاخص کلی علائم مرضی و مشکلات حین بیداری
۰/۸۸	۰/۰۲	پیگیری

از خواب(حین خواب) نیز وجود داشت. بهبود مشکلات در شروع خواب می تواند به علت آموزش مدیریت هیجانات منفی در مرحله دوم و سوم درمان متمرکز بر هیجان باشد که نشخوارهای فکری منفی هنگام خواب را کاهش می دهد. افزایش مدت خواب ناشی از کاهش مدت بیداری و اندیشناکی قبل از خواب نیز می تواند بهبودی بیداری از خواب را تبیین کند. اگر چه در زمینه پژوهش های روانشناختی بر خواب، پژوهش های مداخله ای کمی انجام شده است ولی پژوهش های غیر مداخله ای موبد مشکلات این بیماران در حین خواب و به خصوص حین بیداری از خواب می باشد.(۱۶-۱۵)

نتیجه گیری:

درمان متمرکز بر هیجان به علت تاکید همزمان بر بینش هیجانی و راهکارهای رفتاری روشن می تواند در بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات خواب بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر موثر باشد ولی به نظر می رسد به منظور استمرار نتایج و افزایش میزان تاثیر درمانی، این درمان بایستی به مدت طولانی تری اجرا شود و به منظور کاهش احساسات شرم و ترس اجتماعی که مانع از خود افشایی بیماران در جلسه گروهی می شود یک فضای درمانی امنیت بخش تر و صمیمانه تر ایجاد گردد. اگر چه این درمان درمان جدیدی در زمینه سندرم روده تحریک پذیر به شمار می رود (و همین عامل مقایسه با نتایج مشابه را در قسمت بحث دچار مشکل کرده است) ولی به لحاظ مشکلات هیجانی این بیماران و ماهیت درمان متمرکز بر هیجان مشابهت زیادی وجود دارد و اثربخشی این درمان بر علائم جسمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تایید شده است.(۲۲) در این پژوهش نوع داروهای مصرفی به شکل آماری کنترل نشد که به نوعی محدودیت برای این پژوهش به شمار می آید و پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این متغیر کنترل آماری شود.

سپاسگزاری:

از جناب آقای دکتر حمید افشار ریاست محترم مرکز پژوهشی روان-تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که مرا در امر نمونه گیری یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می نمایم.

REFERENCES

- Longstreth GF , Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- Thompson JJ, Elsenbruch S, Harnish MJ, Orr WC. Autonomic functioning during REM sleep differentiates IBS symptom subgroups. *Am J Gastroenterol* 2002;97:3147-53.
- Lackner JM. No brain, no gain: the role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *J Cogn Psychotherapy* 2005;19:125-36.
- Kumano H , Kaiya H, Yoshiucki K , Yamanaka G , Sasaki T, Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004;99:370-9.
- Blanchard EB , Schaff L. Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:725-38.
- Costanza R, Fisher B , Ali S , Beer C , Bond L , Boumas R ,

- et al. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective well-being. *Ecological Economics* 2007;61:267-276.
7. Giovagholi AR, Meneses RF, Silva AM. The Contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006;9:133-9.
 8. Issa BA, Baiyewu O. Quality of life of patients with diabetes mellitus in a Nigerian teaching hospital. *Hon Kong J Psychiatry* 2006; 16:27-33.
 9. Groll D, Vanners SJ, Deppew WT, Daeosta LR, Simon JB. The IBS-36: A New Quality of life measure for irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol* 2002;97: 962-77.
 10. Lea R, Whorwell P. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics* 2001;19:643-53.
 11. Frank L, Kleinman L, Rent A, Cielsa G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: Comparison with other chronic diseases. *Clin Ther* 2002;24:675-89; discussion 674.
 12. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol* 2005;7:339-59.
 13. Smeltzer N. Brunner and Suddarth text book of medical surgical nursing. 10th Lippincott Co.; 2004.
 14. Kaplan IH, Sadock JB. Synopsis of psychiatry Behavioral Science/ Clinical Psychiatry. 2003; 8th ed, Philadelphia, Williams & Wilkins; pp 534-558.
 15. Goldsmith G, Levin JS. Effect of sleep quality on symptoms of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1993;38:1809-14.
 16. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165:1286-92.
 17. Greenberg LA. Emotion-focused Therapy Clinical Psychology and Psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* 2004;11: 3-16.
 18. Lane R, Nadel L. Cognitive neuroscience of emotion. 2000; New York: Oxford University Press.
 19. Bechera A, Damasio H, Tranel D, Damasio A. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science* 1997;75:1293-5.
 20. Frederickson B. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218-26.
 21. Davidson R. Affective style, mood and anxiety disorders: an affective neuroscience approach. In R. Davidson (Ed.), Anxiety, depression and emotion. 2000; Oxford: Oxford University Press.
 22. Walsh SR. Emotion focused couple therapy as a treatment of somatoform disorder: An outcome study. Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute & State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in Human Development Marriage & Family Therapy Program, 2002.
 23. Blanchard EB. Irritable bowel syndrome. 2001; Washington, DC: American Psychological Association.
 24. Olatunji BO, Tolin DF, Lohr JM. Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychosocial treatments. *Apply Preven Psychol* 2004;11:125-40.
 25. Haghayegh SA, Neshatdoost H, Drossman DA, Asgari K, Soulati SK, Adibi P. Psychometric characteristics of the Persian version of the irritable bowel syndrome quality of life questionnaire (P-IBS-QOL). *Pak J Med Sci* 2012;28:312-17.
 26. Mohamadi MA, Dadkhah B, Mozafari N, Molai B. Prevalence of sleep problems of students of universities of Ardebil. *Ardebil J Nursing Midwifery* 2010;11:28-32.
 27. Groth-Marnat, G. Handbook of psychological assessment 2003; John Wiley & Sons: pp1000-1005.
 28. Gerson MJ, Gerson CD, Award RA, Dancy C, Poitras P, Porcelli P, Perber AD. An international study of irritable bowel syndrome: Family relationship and mind-body attributions. *Soc Sci Med* 2006;62:2838-47.
 29. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change. 1987, New York: Guilford Press.