

# Acceptance and Commitment Therapy Compared with Metacognition Therapy in Reducing Symptoms and Increasing Life Satisfaction in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Sarah Pashang<sup>1,\*</sup>, Aniss khosh Lahjeh Sedgh<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Health Psychologist, Faculty of psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran

## ABSTRACT

### Background:

The aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance commitment therapy (ACT) with metacognitive therapy (MCT) on reducing symptoms and increasing life satisfaction of patients with irritable bowel syndrome (IBS).

### Materials and Methods:

Research method was quasi-experimental with pretest, post-test, 3-month follow-up and control group. Statistical population was all women (20-40) suffering from IBS who referred to Counseling Center of Pharmaceutical Sciences University and Rasoul Akram Hospital located in Tehran in autumn and winter of 2016 and spring of 2017. Through available sampling and Rome III criteria 30 patients were selected (15 in each group) and allocated randomly to experimental group 1 (MCT) and experimental group 2 (ACT). Also 15 patients with IBS were considered as the control group and did not receive any psychotherapy. The life Satisfaction Inventory (Diener & et.al, 1985) was used for pretest, post-test, and follow-up period. The therapeutic packages of ACT and MCT were used for the experimental groups for eight 90 minute weekly sessions, and the control group was placed in a waiting list.

### Results:

Both therapeutic methods affected the same on reducing symptoms and increasing the life satisfaction of the patients. Three-month follow-up confirmed these results.

### Conclusion:

This study makes available the implications for the effective psychotherapy interventions on reducing symptoms and increasing life satisfaction of patients suffering from IBS.

**Keywords:** Acceptance & commitment therapy, Metacognitive therapy, Life satisfaction, Irritable bowel syndrome

*please cite this paper as:*

Pashang S, khosh Lahjeh Sedgh A. Acceptance and Commitment Therapy Compared with Metacognition Therapy in Reducing Symptoms and Increasing Life Satisfaction in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2019;24:22-29.

### \*Corresponding author:

Sarah Pashang, Phd.  
Faculty of psychology, Islamic Azad University,  
Karaj Branch, Iran  
Tel: + 98 2634182731  
Fax: + 98 2634418156  
E-mail: sarahpashang@yahoo.com

Received: 18 Aug. 2018

Edited: 01 Mar. 2019

Accepted: 02 Mar. 2019

# مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی بر کاهش علائم و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

سارا پاشنگ<sup>۱\*</sup>، انیس خوش لهجه صدق<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> متخصص روانشناسی سلامت، استادیار دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

## چکیده

### زمینه و هدف:

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر کاهش علائم و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

### روش بررسی:

پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با گروه شاهد و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود که در فصول پاییز و زمستان ۹۵ و بهار ۹۶ به مرکز مشاوره واحد علوم دارویی و بیمارستان رسول اکرم واقع در تهران مراجعه نمودند. به شیوه نمونه گیری در دسترس و با استفاده از معیار Rome III، ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) انتخاب و بصورت تصادفی در گروههای آزمایشی ۱ (درمان فرا شناختی) و ۲ (درمان پذیرش و تعهد) جایگزین شدند و ۱۵ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که رواندرمانی خاصی دریافت نمی کردند در گروه شاهد قرار گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه رضایت از زندگی دینر و همکاران، ۱۹۸۵ بود. گروههای آزمایشی بسته های درمانی پذیرش و تعهد و فرا شناختی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بطور هفتگی دریافت و گروه شاهد در لسیت انتظار ماند.

### یافته ها:

نتایج نشان داد هر دو روش درمانی به یک اندازه باعث کاهش علائم و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شده است. پیگیری سه ماهه پایداری درمان ها را تأیید کرد.

### نتیجه گیری:

این پژوهش تلویحاتی در خصوص مداخلات رواندرمانی مؤثر در کاهش علائم و افزایش رضایت از زندگی این گروه از بیماران فراهم می سازد.

**کلید واژه:** درمان پذیرش و تعهد، درمان فرا شناختی، رضایت از زندگی، سندرم روده تحریک پذیر

گوارش/ دوره ۲۴، شماره ۱/ بهار ۱۳۹۸-۲۲

### زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر<sup>۱</sup> یک مشکل گوارشی است که بر عملکرد روانی و کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است. (۱) در حال حاضر تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بر اساس ملاک های روم III<sup>۲</sup> انجام می شود که در آن هر بیماری به مدت ۱۲ هفته، دچار درد یا ناراحتی شکمی با حداقل دو تا از سه ویژگی آن باشد، واجد تشخیص نشانگان روده تحریک پذیر در نظر گرفته می شود. (۲) از آنجا که سندرم روده تحریک پذیر را به عنوان یک اختلال معدی و روده ای می شناسند به طور عمده توسط متخصصان گوارشی درمان و مدیریت می شود. این بیماری شرایط پیچیده ای از درد غیرطبیعی و ناراحتی مرتبط با عادات روده ای متناوب یبوست و اسهال را شامل می شود که نزدیک به ۱۱ درصد مردم دنیا به آن مبتلا هستند و تأثیر بسزایی بر سطح رضایت

### \* نویسنده مسئول: سارا پاشنگ

دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

تلفن: ۰۲۶-۳۴۱۸۲۷۳۱

نمابر: ۰۲۶-۳۴۴۱۸۱۵۶

پست الکترونیک: sarahpashang@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۲۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۷/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۱

1. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

2. Rome III

می باشد. (۸۷) لیرد<sup>۳</sup> و همکاران (۹) در یک پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از روان‌درمانی‌های متعدد، سلامت روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را مورد آزمون قرار دادند. آنها برای کاهش علائم بیماری از رفتار درمانی شناختی، هیپنوتیزم درمانی، روان‌درمانی تحلیلی، ریلکسیشن، و همچنین تقویت عملکرد روزانه استفاده کردند. بررسی نتایج نشان داد رفتار درمانی شناختی بیشترین تأثیر را در بین روان‌درمانی‌ها داشت و پس از آن به ترتیب هیپنوتیزم درمانی، روان‌درمانی تحلیلی و ریلکسیشن اثر بخش بودند. بیشتر پژوهشگران در این زمینه توافق نظر دارند که رضایت از زندگی در بین مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر پایین است. این مسئله باعث می شود این گروه از بیماران بیشتر از افراد دیگر غیبت از کار و تحصیل داشته باشند و روابط اجتماعی خود با دیگران را محدود کنند. از این رو در این پژوهش سعی بر آن است ضمن بررسی عمیق تر روش‌های روان‌درمانی درمانی مؤثر بر نشانگان روده تحریک پذیر عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی این بیماران نیز مورد مطالعه قرار گیرد؛ بر این اساس پژوهش حاضر به مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی در کاهش شدت علائم بیماری و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می پردازد.

### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مرکز مشاوره علوم دارویی و بیمارستان رسول اکرم واقع در تهران بود که در فصول پاییز و زمستان ۹۵ و بهار ۹۶ به آن مراکز مراجعه کردند و طبق گزارش مراکز، تعدادشان ۱۲۶ نفر برآورد شد. از این تعداد ۴۵ نفر که داوطلب شرکت در پژوهش بوده و معیارهای ورود را داشتند، بصورت در دسترس انتخاب شده و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایشی ۱ (ACT) و ۲ (MCT) و ۳ (گروه شاهد) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش شامل این موارد بود: ۱. طبق معیار ROME III و معاینه پزشک متخصص گوارش، به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا باشد، ۲. داوطلب شرکت در پژوهش باشد، ۳. دچار سوء مصرف مواد نباشد، ۴. در ۶ ماه گذشته دچار بیماری روانی خاصی نشده باشد، ۵. در ۶ ماه گذشته دارو یا درمان خاصی در رابطه با مشکلات روان‌پزشکی دریافت نکرده باشد، ۶. در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته باشد، ۷. حداقل دارای مدرک تحصیلی دیپلم باشد.

### ابزار

۱. پرسشنامه رضایت از زندگی<sup>۴</sup> (SWLS). این مقیاس توسط دینر و همکاران (۱۰) تهیه و از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه گیری می کند، تشکیل شده است. گویه‌های این پرسشنامه بشکل لیکرت از ۱ تا ۷ تنظیم شده است و بصورت ۱ = کاملاً مخالف، ۲ = مخالف، ۳ = کمی مخالف، ۴ = نه مخالف نه موافق، ۵ = کمی موافق، ۶ = موافق، ۷ = کاملاً موافق، نمره گذاری می شود. جمع نمرات ۵ سوال، نمره کل را تشکیل می دهد که بین ۱ تا ۳۵ قرار می گیرد. نمره ۵ تا ۹ نشانگر عدم رضایت شدید، نمره ۱۰ تا ۱۴ عدم رضایت، نمره ۱۵ تا ۱۹ رضایت پایین تر از

از زندگی و موقعیت اجتماعی بیماران بر جای می گذارد. این بیماران رضایت از زندگی پایین تری نسبت به افراد عادی دارند و درمان آنها برای متخصصان چالش بزرگی است. با توجه به تنوع و پیچیدگی این اختلال مشکلات حمایتی که معمولاً بیماران را درگیر می سازد شامل عدم تشخیص درست، استفاده از روش درمانی اشتباه، انجام آزمایش‌های غیر ضروری از طرف متخصصان و در نتیجه عدم اعتماد کافی بیمار به متخصص و روش درمانی و فقدان سواد سلامت کافی بیمار می باشد. (۳) در طول سال‌ها سندرم روده تحریک پذیر به وسیله رویکردهای متعددی مورد بررسی قرار گرفته است از درمان‌های متنوع دارویی گرفته تا انواع درمان‌های زیستی، روانی و اجتماعی که هر یک بگونه‌ای بر آن تمرکز داشته اند. عفونت، التهاب، نابهنجاری در سیستم اعصاب مرکزی، نقش مهمی در آسیب شناسی روانی اجتماعی این بیماران دارد. استرس به‌همراه مشکلات سیستم اعصاب مرکزی و سیستم هیجانی با توجه به آگاهی پایین وضعیت بدنی در عدم تشخیص صحیح این اختلال دخالت دارند. لذا پس از تشخیص درست بیماری دارو درمانی به همراه روان‌درمانی‌های مبتنی بر خود آگاهی از وضعیت بدنی می تواند مؤثر باشد. (۴) در حوزه روان‌درمانی‌ها انواع مداخلات مبتنی بر CBT<sup>۱</sup> برای کاهش اضطراب، بهبود علائم مرتبط با سندرم روده تحریک پذیر و ارتقا عملکرد فرد مورد استفاده قرار می گیرد. (۱) همانطور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان می دهند سندرم روده تحریک پذیر در بین زنان شیوع بیشتری دارد (تقریباً نسبت ۲ به ۱) و نتیجه زمینه یابی‌های اخیر نشان می دهد این بیماری با اختلالات عملکردی دیگری مانند سوء هاضمه نیز همپوشی دارد. (۵) با توجه به رشد فزاینده انواع بیماری‌های مزمن از جمله اختلالات گوارشی و فقدان درمان قطعی آنها و همچنین افزایش چشمگیر هزینه‌های مراقبت از سلامت و نگرانی افراد در مورد کارایی مداخله‌های درمانی، امروزه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و میزان رضایت از زندگی شاخص‌های مناسبی برای تشخیص و پیش بینی اثر بخشی درمان‌ها بحساب می آید. پژوهش‌ها نشان می دهند تنها در مناطق شهری ایران، سالانه ۲/۸ میلیون دلار صرف هزینه‌های درمانی افراد بزرگسال مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر می شود که به نوبه خود بار سنگینی بر دوش اقتصاد در حال رشد کشور به شمار می رود. در یک مطالعه طولی (۶) میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر در بین ۲۱ تا ۴۲۱ نفر بمدت سه ماه تا ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفت؛ امکان بروز سندرم روده تحریک پذیر تا ۱۲ ماه پس از آغاز عفونت ۱۴/۵ درصد بود و برای افرادی که بیش از ۱۲ ماه از آغاز عفونت آنها گذشته بود به ۴/۲ درصد کاهش یافت. بیمارانی که عامل شروع عفونت آنها ورود انگل یا پروتوز<sup>۲</sup> بود تا ۴۹/۱ درصد امکان ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر در آنها قابل پیش بینی بود. نتایج این بررسی به علت عفونت باکتریایی بیمار شده بودند تا ۱۳/۸ درصد امکان ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر در آنها قابل پیش بینی بود. نتایج این بررسی سراسری نشان داد زنانی که در معرض مصرف مداوم آنتی بیوتیک‌ها بودند و یا به اضطراب، افسردگی و مشکلات دیگر عصبی دچار بودند نیز شرایط مساعدتری برای ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر داشتند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از رویکردهای بر گرفته از درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر بسیار مؤثر

3. Laid

4. Satisfaction with life scale

1. Cognitive behavioral therapy

2. Protozoa

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراشناختی (MCT) در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

جلسه	محتوا
مقدماتی	انجام ارزیابی های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش آزمون
۱	پس از معرفی مدل درمانی، جهت توسعه فرا شناخت استفاده از تکنیک های توجه به بیمار آموزش داده شد تا سطح آگاهی او افزایش یابد.
۲	زمان نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل شناسایی شد. نحوه به تعویق انداختن زمان نشخوار ذهنی و افکار تکراری و همچنین کنترل پذیری آنها مورد بررسی قرار گرفت.
۳	شناسایی تحریک کنندگان و برانگیزاننده های نشخوار ذهنی و افکار تکراری آموزش داده شد. با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی به فرا شناختهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار تکراری پرداخته شد.
۴	به تعویق انداختن حداقل ۷۵ درصد تحریک کنندگان و برانگیزانندگان افکار تکراری و کاهش زمان نشخوار ذهنی به کمتر از دو دقیقه تمرین و تکرار شد. تقویت باورهای مثبت در رابطه با نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک آموزش توجه انجام گرفت.
۵	کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده و ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار ذهنی مورد بررسی قرار گرفت. تکنیک آموزش توجه مجدداً مورد تمرین قرار گرفت.
۶	باورهای منفی درباره هیجان های اضطراب آور و افسرده کننده مورد بررسی قرار گرفت. درباره ماهیت نشخوارهای فکری و عقاید منفی مرتبط با هیجان ها و چگونگی چالش بحث شد. تکنیک های ذهن آگاهی و آموزش توجه مورد تمرین قرار گرفت.
۷	درباره تدوین برنامه های جدید و بررسی و تغییر ترس از بازگشت علایم صحبت شد. تکنیک آموزش توجه و ذهن آگاهی تمرین شد. راهبردهای مقابله ای غیر سودمند مورد بررسی قرار گرفت.
۸	رهنمودهایی جهت پیشگیری از عود ارائه شد و عقاید فرا شناخت باقیمانده و چگونگی پیش بینی برانگیزانندگان آتی مورد بررسی قرار گرفت. تمرینهای مراقبه واری بدن و آرام سازی ذهن انجام شد.

خاصی را برای تمرین در منزل انجام دهند و نتایج آنها در ابتدای جلسه بعد مورد بررسی قرار می گرفت.

**شیوه اجرا.** از آنجا که آزمودنی ها بطور انفرادی مورد درمان قرار گرفتند از این رو هر یک از کسانی که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بوده و داوطلب شرکت در پژوهش هم بود فرم قرارداد رضایت آگاهانه را پر کرده و بصورت تصادفی در یکی از گروه های آزمایشی یا گروه شاهد قرار گرفت. قبل از شروع جلسات درمانی برای هر شرکت کننده یک جلسه مقدماتی تشکیل شد و ضمن اجرای پیش آزمون شرایط ادامه کار نیز مورد شفاف سازی قرار گرفت. با توجه به ریزش نسبتاً بالای آزمودنی ها نمونه گیری هر یک از گروهها تا سقف ۱۵ نفر ادامه داشت پس از اتمام جلسه هشتم برای هر مراجع پس آزمون اجرا شده و سه ماه بعد نیز از طریق یک تماس تلفنی زمانی برای جلسه پیگیری و پر کردن مجدد پرسشنامه ها فراهم شد. نمونه گیری از پاییز ۱۳۹۵ آغاز و تا انتهای بهار ۱۳۹۶ ادامه داشت. در طول این مدت حدود ۶۷ بیمار به مرکز مشاوره علوم دارویی و ۵۹ نفر نیز به مرکز درمانی رسول اکرم مراجعه کردند. از این تعداد جمعاً ۷۴ نفر در هر دو مرکز مایل به همکاری بودند و ۲۳ نفر در اواسط درمان از شرکت در پژوهش انصراف دادند. در بین ۵۱ نفر باقیمانده هم ۶ نفر در مراحل پس آزمون و پیگیری شرکت نکردند. از این رو در خرداد ۱۳۹۶ تعداد اعضای هر ۳ گروه که تا پایان مرحله پیگیری پژوهش باقی مانده بودند به ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) رسید. پس از اتمام مرحله نمونه گیری داده ها جهت بررسی های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته ها:

آزمودنی های پژوهش متشکل از ۴۵ زن بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان با میانگین و انحراف معیار ( $28 \pm 4$ ) متفاوت بود. آزمودنی ها به مدت کمتر از ۵ سال ۲۲ درصد، ۵ تا ۱۰ سال ۶۵ درصد، و بالای ۱۰

متوسط، نمره ۲۰ تا ۲۴ رضایت متوسط، نمره ۲۵ تا ۲۹ رضایت زیاد، نمره ۲۵ تا ۳۵ نیز نشانگر رضایت بسیار زیاد می باشد. دینر و همکاران در نمونه ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی را ارزشیابی کردند. میانگین و انحراف استاندارد نمره ها به ترتیب ۲۳/۵ و ۶/۴۳ و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره ها پس از دو ماه اجرا ۰/۸۲ بود. در ایران بیانی، کوچکی و گودرزی (۱۱) با انجام مطالعه ای به بررسی اعتبار و روایی این مقیاس پرداختند. پایایی مقیاس رضایت از زندگی با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ بدست آمد. همچنین مظفری (۱۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۵ و پایایی بازآزمون را ۰/۸۴ بدست آورد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

**۲. بسته درمان فرا شناختی (MCT).** این بسته درمانی بر گرفته از کتاب "درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی" نوشته آدرین ولز و کلبر<sup>۲</sup> (۱۳) است. این برنامه درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بطور هفتگی اجرا شد. هر جلسه دارای اهداف، تکنیک ها و تمرین های ویژه ای بود که سر فصل آنها در جدول ۱ بطور خلاصه ذکر شده است. در ضمن درمانگر در پایان هر جلسه درمانی از بیماران می خواست که تکالیف خاصی را برای تمرین در منزل انجام دهند و نتایج آنها در ابتدای جلسه بعد مورد بررسی قرار می گرفت.

**۳. بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> (ACT).** این بسته درمانی بر اساس پروتکل درمانی زاتل<sup>۴</sup> (۱۴) برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بطور هفتگی تنظیم شده است. هر جلسه دارای اهداف، تکنیکها و تمرینهای ویژه ای بود که سر فصل آنها در جدول ۲ بطور خلاصه ذکر شده است. در ضمن درمانگر در پایان هر جلسه درمانی از بیماران می خواست که تکالیف

1. Meta cognitive therapy
2. Wells & colbear
3. Acceptance commitment therapy
4. Zettle

جدول ۲: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

جلسه	محتوا
مقدماتی	انجام ارزیابی های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش آزمون
۱	معرفی روش درمانی، بررسی راهبردهای نا کارآمد در مقابله با مشکلات، معرفی چهار چوب ذهنی با استفاده از استعاره های متعدد، انجام تمرینات حمایتی در رابطه با راهبردهای کنترل عاطفی و فاصله از ارزش ها
۲	ارائه تمرینات تجربی برای ایجاد چالش با اثر بخشی راهبردهای کنترل، با استفاده از استعاره های متعدد به مراجع آموزش داده شد که "کنترل مسئله است نه راه حل"، بررسی رابطه بین خلق و خو و رفتار
۳	ادامه بحث مربوط به کنترل و منطق تجربه اضطراب و ناراحتی به جای کنترل، تمرینات حمایتی شامل: میزان موفقیت ظاهری در کنترل عمدی احساسات، برنامه نویسی از رویدادهای درونی، درجه تمایل به عنوان یک جایگزین برای کنترل، ارائه استعاره های متعدد جهت افزایش تسلط مراجع
۴	معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز، ارائه راهبردهایی برای گسلش و تغییر کلامی که در خدمت افزایش به تمایل گرایی است، ارائه تکنیک هایی برای مقابله با افکار ناخوشایند
۵	سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز و اضطراب آور و نشان دادن سایر راههای عملی برای پرورش گسلش، تمرین ذهن آگاهی و بررسی مجدد افکار
۶	معرفی تمایز مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده گر، تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده گر، شناسایی هدف رفتاری ساده که نیازمند گسلش و تمایل است
۷	بررسی ارزشها و چگونگی اثر بخشی آنها بر تمایل/ پذیرش، تاکید بر داشتن تمایل برای فعال سازی رفتار، تکالیف حمایتی شامل مقدمه ای بر ارزش ها، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساس، تمرین جوراب، انتخاب ارزش ها: انتخاب ها در برابر قضاوت ها / تصمیم ها، شناسایی ارزشها: تمرین مراسم دفن/ تمرین سنگ قبر،
۸	بررسی موانع عمل مسئولانه مانند هیجان های دشوار، خاطرات و تفکرات و موانع محیطی مثل عدم مهارت اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی، تمرینات حمایتی شامل مطرح کردن ارتباط بین اهداف و ارزش ها، مطرح کردن ارتباط بین فرآیند و نتایج، با استفاده از استعاره های متعدد.

جدول ۳: شاخص های توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه گروه در رضایت از زندگی

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایشی ۱ (n = ۱۵) MCT	رضایت زندگی	۱۴/۵۳	۳/۶۶	۲۲/۵۳	۲/۴۷	۲۱/۰۴
آزمایشی ۲ (n = ۱۵) ACT	رضایت زندگی	۱۴/۹۳	۲/۶۳	۱۹/۸۰	۲/۵۶	۲/۵۲
کنترل (n = ۱۵)	رضایت زندگی	۱۴/۲۰	۲/۲۷	۱۴/۶۰	۲/۶۶	۲/۳۵

نتایج جدول ۴ در ردیف ۳ نشان می دهد، رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنا دار است ( $F = ۰/۷۷$ ,  $\eta^2 = ۰/۰۱$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رضایت زندگی در سه گروه تفاوت معنا دار وجود دارد، همچنین برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنا دار است ( $F = ۲۲/۵۵۳$ ,  $p > ۰/۰۱$ ,  $\eta^2 = ۰/۵۱۸$ ) در نتیجه بین میانگین کلی رضایت زندگی در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنا دار وجود دارد نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها محاسبه شد. نتایج جدول ۵ نشان می دهد تفاوت بین نمرات رضایت زندگی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ولی تفاوت بین نمرات پس آزمون با پیگیری معنی دار نیست. مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان می دهد که نمرات رضایت زندگی در مرحله پیش آزمون ( $M = ۱۴/۵۵$ ) پایین تر از مرحله پس آزمون ( $M = ۱۸/۹۷$ ) و پیگیری ( $M = ۱۹/۰۲$ ) است. همچنین اثر گروه های آزمایشی درمان فراسناخت و درمان تعهد و پذیرش با گروه

سال ۱۳ درصد، به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا بودند. همچنین ۵۱ درصد مجرد و ۴۹ درصد متاهل بودند. به منظور بررسی تفاوت معنی دار بین میانگین های نمرات رضایت از زندگی در گروه آزمایشی اول (MCT) گروه آزمایشی دوم (ACT) و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی ها و یک عامل بین آزمودنی ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی ها در سه گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند.

بطور کلی نتایج حاصل از جدول ۳ نشانگر آن است که در گروه آزمایش اول و دوم (درمان فراسناختی و درمان پذیرش و تعهد) میانگین نمرات رضایت زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش داشته است ولی در گروه کنترل میانگین نمرات تغییر چندانی نداشته است.

فرضیه پژوهش: بین روش درمانی فراسناخت و درمان تعهد و پذیرش در رضایت زندگی بیماران مبتلا به ABS تفاوت وجود دارد.

جدول ۴: یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در رضایت زندگی

عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	اندازه اثر
رضایت زندگی	مراحل زمان	۵۹۲/۶۳۷	۲	۲۹۶/۳۱۹	۱۴۰/۹۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۰
	گروه	۷۳۳/۴۳۷	۲	۳۶۶/۷۱۹	۲۲/۵۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۸
	تعامل مراحل * گروه	۳۱۴/۱۶۳	۴	۷۸/۵۴۱	۳۷/۳۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۰

$p < ۰/۰۱$

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

مراحل / گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	Sig.
مراحل	رضایت زندگی - پیش آزمون - پس آزمون	۰/۳۵۰	۰/۰۰۰۱
	رضایت زندگی - پیش آزمون - پیگیری	۰/۳۶۴	۰/۰۰۰۱
	رضایت زندگی - پس آزمون - پیگیری	۰/۱۵۹	۱
گروه‌ها	رضایت زندگی - پذیرش و تعهد	۰/۱۸۵	۰/۱۴۳
	رضایت زندگی - کنترل	۰/۱۸۵	۰/۰۰۰۱
	رضایت زندگی - پذیرش و تعهد - کنترل	۰/۱۸۵	۰/۰۰۰۱

\*  $p > ۰/۰۵$

گرفت و با استفاده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه، ذهن آگاهی و تقویت آموزش روانی توانستند درد معده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را کاهش داده و رضایت از زندگی آنها را افزایش دهند نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بوده است. محمدی، دوران، ربیعی و سلیمی (۱۸) در یک مطالعه نیمه آزمایشی با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی دانشجویان علوم انتظامی را افزایش دادند. بسیاری از محققان معتقدند که این روش‌های روان‌درمانی عموماً نقش میانجی یا تعدیل کننده را در درمان سندرم روده تحریک پذیر بر عهده دارند و تا حد قابل توجهی باعث کاهش طول درمان و افزایش اثربخشی آن می‌شوند. با بررسی بسیاری از یافته‌های پژوهشی مشخص شده است که روش شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی نسبت به رویکردهای دیگر مؤثرتر می‌باشند؛ اگرچه بعضی از مطالعات پایداری اثر درمانهای شناختی رفتاری را تأیید نمی‌کنند اما پژوهشگران درمانهای جایگزین مانند درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی را در کاهش این علائم پیشنهاد می‌کنند که دارای ماندگاری اثر نیز می‌باشند (۱۹) و البته نتایج پژوهش حاضر نیز آن را تأیید می‌کنند. همچنین از آنجا که درمان پذیرش و تعهد برگرفته از درمان شناختی رفتاری است و درمان‌های فراشناختی از نظر روش و محتوا شباهت‌های بسیاری با ذهن آگاهی دارند لذا یکسان بودن اثر بخشی آنها بر کاهش علائم بیماری خیلی دور از انتظار نیست. مطالعات دیگری همچون بررسی سوردیا، بابان، ندلکو و دامیتراسکو<sup>۲</sup> (۲۰) که با استفاده از روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و جایگزین کردن راهبردهای مقابله‌ای مثبت برای کاهش افکار و رفتارهای نا سازگار بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر توانستند شدت علائم بیماری آنها را کاهش دهند نیز این نتایج را حمایت می‌کند. همچنین

کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات رضایت زندگی در گروه آزمایشی با درمان فراشناختی ( $M = ۱۹/۹۵$ ) بیشتر از گروه آزمایشی با درمان پذیرش و تعهد ( $M = ۱۸/۲۲$ ) و این تفاوت معنی دار نیست. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه آزمایش و کنترل در سطح  $۰/۰۱$  معنادار است ( $F = ۳۷/۳۷۲, p < ۰/۰۱, \eta^2 = ۰/۶۴$ )، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رضایت زندگی در سه گروه تفاوت معنی دار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی و پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش موجب افزایش نمرات رضایت زندگی در مراحل پس آزمون نسبت به گروه کنترل شده است و با توجه به تفاوت در مرحله پیش آزمون نسبت به پیگیری این درمان در مرحله پیگیری پایداری داشته است. و بین درمان فراشناختی و پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت.

#### بحث:

بررسی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد هر دو روش درمانی به یک اندازه باعث کاهش علائم بیماری و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شده‌اند. همچنین پیگیری سه ماهه نیز پایداری اثربخشی درمان‌ها را مورد تأیید قرار داده است. البته پژوهش‌های روانشناختی بسیاری اثر بخشی روان‌درمانی‌ها و ماندگاری اثر آنها را در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأیید می‌نمایند. (۱۵) از جمله نتایج مطالعه مرمرچینیا و ذوقی پایدار (۱۶) که همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه دیگری که توسط بورسما، هانا، کارلمن، برجان و لینتون (۱۷) انجام

2. Surdea, Baban, Nedelcu, Dumitrascu

1. Boersma, Hanna, Carlman, Brjánn, Linton

عوامل مربوط به رژیم غذایی، حساسیت های غذایی، تحمل پایین، وراثت، فقدان آنزیم های گوارشی بوجود می آید که باعث کاهش طول عمر و ابتلا به سرطان شده و با افزایش سن نیز شدیدتر می شود. (۲۸) این گروه از افراد بدلیل مشکلات مربوط به بیماری خود ترجیح می دهند کمتر در موقعیت های اجتماعی حضور داشته باشند و این تمایل به حفظ انزوای اجتماعی می تواند آنها را به سمت مشکلات روانشناختی سوق دهد. در پژوهشی که توسط اسکانی ثابت و وارسته (۲۹) انجام گرفت مشخص شد سطح رضایت از زندگی در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر پایین تر از افراد عادی است لذا کلیه درمان های مبتنی بر ارتقا سلامت و افزایش سازگاری و رضایت از زندگی می تواند برای آنها مؤثر واقع شود. در کل نتایج این پژوهش اثر بخشی رواندرومانی های مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرا شناختی را به یک اندازه، در افزایش رضایت از زندگی و کاهش علائم بیماری افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مورد تأیید قرار می دهد. با توجه به اهمیت موضوع در پژوهش های آتی پیشنهاد می شود در یک شرایط آزمایشی کنترل شده به مقایسه روش های رواندرومانی مؤثر بر سندرم روده تحریک پذیر در گروه های سنی و جنسیتی متفاوت پرداخته شود و البته یک پیشنهاد کاربردی مهم آن است که با توجه به پیشینه پژوهشی و همچنین یکسان بودن اثر بخشی هر دو روش درمانی، برخی از رویکردهای رواندرومانی که همخوانی بیشتری با هم دارند با یکدیگر یکپارچه شده و اثر بخشی آنها برای کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گیرد. در پایان با توجه به رأی کمیته اخلاق پژوهش در پزشکی مبنی بر لزوم در دسترس بودن روش نمونه گیری و وجود محدودیتهای این روش، باید در تعمیم نتایج پژوهش حاضر جانب احتیاط رعایت شود.

#### سیاسگزاری:

در پایان از کلیه شرکت کنندگان و کارکنان محترم مراکز درمانی فوق که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند نهایت قدردانی و تشکر را داریم. لازم به ذکر است که این مقاله بر گرفته از یک طرح پژوهشی با مجوز شماره ۱۵۲۲۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۱۹ است که با پشتیبانی مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به انجام رسیده و در کمیته اخلاق پژوهش در پزشکی با کد IR.IAU.K.REC.۱۳۹۷،۱۱ تصویب شده است.

کینسینگر<sup>۱</sup> (۲۱) هم طی پژوهشی درمان شناختی رفتاری و رویکردهای نزدیک به آن مانند درمان پذیرش و تعهد را بهترین گزینه برای بهبودی علائم سندرم روده تحریک پذیر می داند که در پژوهش حاضر نیز مورد تأیید قرار گرفته است. تالونن، زمیک و کالسون<sup>۲</sup> (۲۲) مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناختی را برای کاهش علائم بیماری های سرطان، سندرم روده تحریک پذیر، صرع، درد مزمن، تینایتیس<sup>۳</sup> و مشکلات قلبی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری و یا مدیریت کنار آمدن با بیماری یا پذیرش بیماری مؤثر دانستند. همچنین مطالعه دیگری که به بررسی اثر بخشی مداخلات رواندرومانی در بهبودی علائم سندرم روده تحریک پذیر و بیماری های التهابی روده پرداخت، به این نتیجه رسید که بترتیب رواندرومانی شناختی رفتاری، هیپنوتیزم درمانی و درمان فراشناختی علائم این بیماری ها را بطور معناداری کاهش می دهند. (۲۳) اگر چه در مطالعه فوق درمان شناختی رفتاری در اولویت اول قرار گرفته و درمان های دیگر از سطوح اثر بخشی پایینتری برخوردار بوده اند که البته این عدم همسویی با یافته های پژوهش حاضر احتمالاً به تفاوت جوامع پژوهشی و یا احتمالاً نحوه اجرا مربوط می باشد؛ به عنوان مثال مطالعه حاضر بر خلاف بسیاری از پژوهش های دیگر بصورت انفرادی انجام شده است. همچنین پژوهش های دیگری اثر بخشی درمان های فراشناختی و پذیرش و تعهد بر بیماران متعدد را مورد بررسی قرار داده اند که از جمله می توان به پژوهش ادبول-کارلمن، الجوتسن، لینتون، بورسما، شروتین و رپسیلبر<sup>۴</sup> (۲۴) اشاره کرد که اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات معده روده ای را مورد بررسی قرار دادند و همسو با نتایج پژوهش حاضر دریافتند این روش ها به یک اندازه علائم روانپزشکی را در این بیماران کاهش می دهند. پور محسنی کلوری و اسلامی (۲۵) نیز درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر دانستند. زمانی، معتمدی و بختیاری (۲۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش اضطراب گروهی از بیماران مورد بررسی قرار داده و آن را مؤثر دیدند. میشلسن، وندویک و فاراپ<sup>۵</sup> (۲۷) دریافتند پیش بینی کننده های کیفیت زندگی پایین در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شامل بیماریهای عضوی و شکایات مربوط به بهداشت روانی هستند. بسیاری از محققان معتقدند سندرم روده تحریک پذیر بدلیل

1. kinsinger
2. Toivonen, Zemick, Carlson
3. Tinnitus
4. Edebol- Carlman, Ljotsson, Linton, Boersma, Schrooten, Repsilber
5. Michalsen, Vandvik & Farup

#### REFERENCES:

1. Tripathi R, and Mehrotra S. Irritable bowel syndrome and its psychological management. *Ind Psychiatry J* 2015;24:91-3.
2. Owyang CH, Irritable Bowel Syndrome. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18<sup>th</sup> ed. Usa: Mc Graw- Hill Companies Inc perss, P 2012;2496-501.
3. Almqvist E, Törnblom H, Simrén M. Practical management of irritable bowel syndrome: a clinical review. *Minerva Gastroenterol Dieta* 2016;62:30-48.
4. Eriksson EM, Andrén KI, Kurlberg GK, Eriksson HT. Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2015;21:11439-49.
5. Naliboff BD, Fresé MP, Rappagay L. Mind/Body Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;5:41-50.

6. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, Sundt WJ, Farrugia G, Camilleri M, et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome after Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology* 2007;152:1042-1054.
7. Ferreira, NB, Eugenicos MM, Paul G, Gillanders D. Using acceptance and commitment therapy in irritable bowel syndrome. *Gastrointest Nurs* 2011;9:28-35.
8. Ferreira NB, Gillanders D, Morris PG, Eugenicos M. Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: A preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change. *Clin Psychol* 2018;22:241-50.
9. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017;51:142-52.
10. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess* 1985;49:71-5.
11. Bayani AA, Koochaki Ashoor M, Goodarzi H. Psychometric properties of the short form of the problem solving log. *Develop Psychol* 2007;3:259-65. [in Persian].
12. Mozafari SH. Personality correlates of mental happiness based on a five-factor model among college students Shiraz. Master's Thesis, Psychology, Faculty of psychology, Shiraz University. [In Persian].
13. Walls A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy. *J Clin Psychol* 2012;68:373-81.
14. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy VS. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *J Psychol Record* 2003;53:197-215.
15. Radziwon CD, Lackner JM. Cognitive Behavioral Therapy for IBS: How Useful, How Often, and How Does It Work? *Curr Gastroenterol Rep* 2017;19:49.
16. Marmarchi nia M, Zoghi Paydar MR. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hope and Happiness of Adolescent Girls Under Coverage of Welfare. *App Psychol Res* 2016;11:157-74. [In Persian].
17. Edebol-Carlman H, Ljótsson B, Linton SJ, Boersma K, Schrooten M, Repsilber D, et al. Face-to-Face Cognitive-Behavioral Therapy for Irritable Bowel Syndrome: The Effects on Gastrointestinal and Psychiatric Symptoms. *Gastroenterol Res Pract* 2017;2017:8915872.
18. Mohammadi R, Doran B, Rabiee M, Salimi SH. The effectiveness of treatment based on admission and commitment to the quality of life of students at a military center. *J Police Med* 2016;1:21-30. [In Persian].
19. Sebastián Sánchez B, Gil Roales-Nieto J, Ferreira NB, Gil Luciano B, Sebastián Domingo JJ. New psychological therapies for irritable bowel syndrome: mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT). *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109:648-57.
20. Surdea-Blaga T, Baban A, Nedelcu L, Dumitrascu DL. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *J Gastrointest Liver Dis* 2016;25:359-66.
21. Kinsinger SW. Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. *Psychol Res Behav Manage* 2017;19:231-7.
22. Toivonen KI, Zernicke K, Carlson LE. Web-Based Mindfulness Interventions for People with Physical Health Conditions: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2017;19:e303.
23. Ballou S, Keefer L. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Transl Gastroenterol* 2017;8:214.
24. Edebol-Carlman H, Ljótsson B, Linton SJ, Boersma K, Schrooten M, Repsilber D, et al. Face-to-Face Cognitive-Behavioral Therapy for Irritable Bowel Syndrome: The Effects on Gastrointestinal and Psychiatric Symptoms. *Gastroenterol Res Pract* 2017;2017:8915872.
25. Puor Mohseni Kalooli F, Eslami F. The Effectiveness of Group-Based Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Mental Health and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *J Health Psychol* 2016;5:5-24. [In Persian].
26. Zamani E, Motamedi A, Bakhtiari M. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on reducing anxiety in patients with MS. *J Health Psychol* 2016;5:152-67. [In Persian].
27. Michalsen, Vilde Lehne Per Olav Vandvik, and Per G. Farup. Predictors of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study in Norway. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13:113.
28. Flik CE, Van Rood YR, de Wit NJ. Systematic review: knowledge and educational needs of patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2015;27:367-71.
29. Askani Sabet Z, Varasteh AR. Life satisfaction, anxiety and depression in the irritable bowel syndrome. *J Guilan Univ Med Sci* 2016;26:8-19. [In Persian].