

# Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Mitra Jahangirrad<sup>1</sup>, Adis Kraskian Mujmenari<sup>2,\*</sup>, Siavosh Nasserimoghaddam<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor of Medicine, Digestive Disease Research Institute, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## ABSTRACT

### Background:

The aim of this study was to compare the effectiveness of "cognitive-behavioral therapy" (CBT) and "emotion-focused therapy" (EFT) on quality of life (QOL) in patients with irritable bowel syndrome.

### Materials and Methods:

Consenting irritable bowel syndrome patients referring to a specialized clinic for gastroenterology in Tehran, Iran (Masoud Clinic) were enrolled in a randomized, controlled study using pre-test, post-test and follow-up assessments. The participants were randomly allocated to one of the three treatment groups: the first group received eight weeks of weekly CBT, the second group received eight weeks of weekly EFT, and the third group received their usual care without any specialized psychological intervention (control). The measurement tool of this study was the specific QOL test for patients with IBS (IBS-QOL). Two-factor analysis of variance with repeated measures (mixed analysis of variance), and one-way covariance analysis were used for analysis as appropriated.

### Results:

We found that CBT and EFT both had a significant effect on improving QOL in the post-test and follow-up phase, but CBT was not effective on the component of sexual concerns with respect to the QOL of patients with IBS.

### Conclusion:

Therefore, CBT and EFT affect the quality of life of patients with IBS, but CBT did not affect the sexual anxiety component of QOL in these patients. EFT was a more appropriate approach and has a long-lasting effect.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, Emotion focused therapy, Quality of life, Irritable bowel syndrome

*please cite this paper as:*

Jahangirrad M, Kraskian Mujmenari A, Nasserimoghaddam S. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2021;26:25-31.

### \*Corresponding author:

Adis Kraskian Mujmenari, PhD  
Tehran - Zafar Alley - No. 79 - Unit 28  
Telefax: + 98 21 22267303  
E-mail: Adis.Kraskian@Kiau.ac.ir

Received: 19 Oct. 2020

Edited: 29 Dec. 2020

Accepted: 30 Dec. 2020

# مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

میترا جهانگیرراد<sup>۱</sup>، آدیس کراسکیان موجدمناری<sup>۲\*</sup>، سیاوش ناصری مقدم<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار، دانشگاه تهران، دانشکده علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، تهران، ایران

## چکیده

### زمینه و هدف:

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان «شناختی-رفتاری» و «درمان هیجان مدار» بر کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر انجام گرفت.

### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر هستند که به «کلینیک گوارش و کبد مسعود» شهر تهران (ایران) مراجعه نموده اند. از بین این بیماران، ۳۵ بیمار به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و تصادفی در ۳ گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جای گرفتند و گروه های آزمایش تحت ۸ جلسه هفتگی «شناختی-رفتاری» یا «هیجان مدار» قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله روان شناختی دریافت نکردند. ابزار اندازه گیری این پژوهش آزمون کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (IBS\_QOL) بود.

### یافته ها:

نتایج تحلیل واریانس دوعاملی با اندازه گیری های مکرر و تحلیل کوواریانس یک راهه، نشان داد «درمان شناختی-رفتاری» و «هیجان مدار» هر دو در بهبود کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون و پی گیری تاثیر معناداری داشته اند، لیکن درمان «شناختی-رفتاری» بر مؤلفه نگرانی های جنسی کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر مؤثر نیست.

### نتیجه گیری:

درمان «شناختی-رفتاری» و «هیجان مدار» برای بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مداخلاتی مؤثر هستند و می توان از این مداخلات برای مدیریت علائم این بیماری سود جست. اما در مؤلفه نگرانی های جنسی کیفیت زندگی بیماران، درمان «هیجان مدار» درمان مؤثرتری است.

**کلید واژه:** درمان شناختی-رفتاری، درمان هیجان مدار، کیفیت زندگی، سندروم روده تحریک پذیر

گوارش/ دوره ۲۶، شماره ۱/ بهار ۱۴۰۰-۳۱-۲۵

### \*نویسنده مسئول: آدیس کراسکیان موجدمناری

تهران- خیابان ظفر - پلاک ۷۹ - واحد ۲۸

تلفکس: ۰۲۱-۲۲۲۶۷۳۰۳

پست الکترونیک: Adis.Kraskian@Kiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۷/۲۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۹/۱۰/۰۹

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۰

### زمینه و هدف:

نشانگان روده تحریک پذیر<sup>۱</sup> یک اختلال شایع معده-روده ای است که با علائمی از جمله درد شکم یا ناراحتی همراه با تغییر حرکات روده (برای مثال اسهال، یبوست یا هردو) در غیاب بیماری عضوی مشخص ظاهر می شود. (۱) IBS از میان اختلالات کارکردی دستگاه گوارش شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین اختلال است (۱) و اگرچه در هردو جنس و در میان همه گروه های سنی و اجتماعی-اقتصادی ممکن است رخ دهد (۲)، در خانم های جوان بیش تر دیده می شود. (۳) شیوع IBS در جهان بسیار متفاوت و از ۵ تا ۲۰ درصد گزارش شده است. (۲) آسیب شناسی این بیماری به طور کامل شناخته شده نیست. در مطالعات متعدد بر نقش عوامل روان شناختی در بروز تظاهرات و سیر IBS، تأکید گردیده که

1. Irritable bowel syndrome (IBS)

از کسب موافقت کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (IR. ۱۳۹۸.۳۳۱.HUMS.REC)، و در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه (شامل عدم مصرف داروهای روان‌شناختی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، تمایل به شرکت در طرح، داشتن سواد در حد دیپلم، داشتن سن بالاتر از ۲۰ سال، نداشتن اعتیاد به هرگونه ماده مخدر، متعهد بودن به شرکت در جلسات درمانی و همچنین پاسخ به پرسش‌نامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به IBS) و معیارهای خروج (شامل داشتن سابقه سرطان کولون، داشتن بیماری عضوی کولون و عدم تمایل به شرکت در پژوهش) ۴۵ بیمار وارد طرح شدند. بیماران واجد شرایط، در ۳ گروه ۱۵ نفره، به روش نمونه‌گیری ساده انتخاب شدند. گروه‌های مداخله طی ۸ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. در حین درمان، ۷ نفر از کل بیماران به دلیل عدم شرکت مرتب در جلسات درمانی و عدم انجام به‌موقع تکالیف و دلایل فردی از طرح پژوهشی کنار گذاشته شدند و در نهایت ۳۸ نفر در طرح باقی ماندند که شامل ۱۱ نفر در گروه شناختی-رفتاری، ۱۲ نفر در گروه هیجان مدار و ۱۵ نفر در گروه گواه بودند. در مرحله آخر، پس از سه ماه، پیگیری یک نفر از گروه هیجان مدار و دو نفر از گروه گواه به دلیل عدم دسترسی و جواب‌گویی به پرسش‌نامه‌ها از تحلیل کنار گذاشته شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۳۵ نفر (۱۱ نفر گروه آزمایشی ۱، ۱۱ نفر گروه آزمایشی ۲ و ۱۳ نفر گروه گواه) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

### ابزار و مداخلات

ابزار اندازه‌گیری این پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس و وضعیت تأهل) و آزمون کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر<sup>۴</sup> است. این پرسش‌نامه با هدف سنجش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تدوین گردیده (۱۲) و دارای ۳۴ سؤال است که در آن هشت عامل ملال، مداخله در فعالیت‌ها، تصویر بدنی، اضطراب سلامت، اجتناب از غذا، واکنش اجتماعی، نگرانی‌های جنسی و روابط بین‌فردی به وضوح از هم متمایز شده‌اند. حداقل نمره در این آزمون ۳۴ و حداکثر نمره ۱۷۰ است. هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند نشان‌دهنده پایین‌تر بودن کیفیت زندگی اوست. (۱۲) روایی و پایایی ترجمه فارسی این پرسش‌نامه سنجیده شده است. (۱۳)

پروتوکل درمانی شناختی-رفتاری به کار رفته در این مطالعه بر اساس الگوی پیشنهادی فولادی و همکاران (۱۱) است. جلسات درمانی شامل ۸ جلسه درمان انفرادی یکبار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه و با هدف بهبود کیفیت زندگی با بهبود اجابت مزاج، ایجاد الگوهای تغذیه‌ای مناسب، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی، کاهش استرس، کاهش توجه متمرکز بر علائم بیماری و در نهایت جلوگیری از عود بیماری بود (جدول ۱).

4. (QOL-IBS) Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome

به‌ویژه در افراد با علائم شدید، این بیماری صادق است. (۴) کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر به علت ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده بیماری نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است. (۴) این بیماران در حیطه‌های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین‌فردی، لذت بردن از زندگی و غیره دچار نقص و اختلال شده‌اند. بنابراین، بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف در درمان این بیماران در نظر گرفته شود. از آنجایی که درمان واحدی برای IBS وجود ندارد و بیش‌تر بیماران دچار مشکلات روان‌شناختی هستند، روش‌های روان‌درمانی می‌تواند سبب کاهش نشانه‌های IBS و بهبود کیفیت زندگی آنان گردد. (۴)

درمان‌های شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> و هیجان مدار<sup>۳</sup> در این بیماری به کار گرفته شده‌اند. در جریان مداخلات شناختی-رفتاری، فرد می‌آموزد تا افکار و باورهای خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که لازم است اعتبار آن‌ها آزمون شود. (۵) همچنین در این روشفرد تشویق می‌شود تا رابطه بین افکار ناکارآمد و استرس خود را شناسایی کند و با بازسازی شناختی و تکالیف مبتنی بر مواجهه‌سازی، بر عوامل و افکار استرس آور غلبه کند. (۶) فرضیه شناختی-رفتاری بر این اصل استوار است که سبک زندگی، الگوهای رفتاری، نگرش بیمار نسبت به خود و جهان در میزان اضطراب تجربه‌شده تأثیرگذار است و طی جلسات ارزیابی مشخص خواهد شد که کدام الگوهای شناختی و رفتاری موجب تشدید یا تداوم علائم IBS می‌شوند. (۷) درمان هیجان مدار با تأکید بر اهمیت آگاهی، پذیرش و شناختن هیجانات و بازتاب فیزیکی آن، به درمانجویان کمک می‌کند تا نسبت به هیجانات آگاهی یابند، آن‌را تجربه کنند، بپذیرند و ابعاد مختلف هیجان را کاوش، اصلاح و مدیریت کنند. درمان هیجان مدار بر این اصل استوار است که فقط زمانی می‌توانیم تغییر کنیم، که خود را به همان صورتی که هستیم بپذیریم. (۸) فرضیه زیربنایی در درمان هیجان مدار این است که هیجان یک عامل اساسی و تعیین‌کننده در تنظیم الگوهای رفتاری و پردازش اطلاعات است که انطباق فرد را با دیگران و شرایط تسهیل می‌کند. (۱۰) بنابراین، هیجانات باید مورد پردازش و پذیرش قرار گیرند تا معنای آن‌ها مشخص شود و با افزایش هیجانات مثبت، زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به IBS گردند.

در راستای مداخلات مؤثر در بهبود کیفیت زندگی، مطالعه حاضر به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و هیجان-مدار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به IBS پرداخته است.

### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به IBS بودند که بنا به تشخیص متخصصین گوارش، جهت مشاوره روان‌شناختی به کلینیک فوق تخصصی گوارش و کبد مسعود، در منطقه ۶ شهر تهران (ایران) در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. پس

1. Quality of Life
2. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
3. Emotion Focused Therapy (EFT)

جدول ۱: شرح جلسات درمانشناختی-رفتاری

جلسه اول	معرفی و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد سندروم روده تحریک‌پذیر و تهیه لیست مشکلات فرد و آموزش آرام‌سازی
جلسه دوم	توضیح افکار خودآیند و علائم روده تحریک‌پذیر، تمرین بازبینی شناختی
جلسه سوم	معرفی تحریف‌های شناختی زیربنایی افکار خودآیند در رابطه با علائم بیماری و هیجانات مرتبط
جلسه چهارم	معرفی تئوری درد، تمرین روش‌های انحراف ذهن، تعیین خط پایه درد، آموزش آرام‌سازی عضلانی و تصویرسازی ذهنی برای کنترل درد
جلسه پنجم	استخراج افکار خودآیند در مورد موقعیت‌های راه‌انداز، آموزش و تمرین تکنیک‌های مدیریت اضطراب، مقابله با آن، شناسایی منابع فرهنگی-اجتماعی واکنش‌های شرم نسبت به علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و استانداردهای شایستگی بیمار
جلسه ششم	توضیح خشم و علائم بیماری در مدل شناختی، آموزش و تمرین‌های شناختی-رفتاری مدیریت خشم، آموزش رفتار جرأت‌مندانه، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح خودکارآمدی و رابطه آن با مهارت حل مسئله و تبیین ارتباط با علائم سندروم روده تحریک‌پذیر
جلسه هفتم	شناسایی و چالش با نگرش‌های ناکارآمد استانداردهای بالا (کمال‌گرایی منفی)
جلسه هشتم	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پیگیری

جدول ۲: شرح جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه اول	معرفی و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد سندروم روده تحریک‌پذیر، تهیه لیست مشکلات بیمار، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان
جلسه دوم	شناسایی هیجان‌های اساسی، شناسایی احساسات متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی
جلسه سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی و آموزش شناخت احساسات اولیه و ثانویه
جلسه چهارم	شناسایی فرآیندهای عاطفی زیربنایی و شناسایی ایجاد شرایط مشکل
جلسه پنجم	شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی، تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه جسمی و اجرای طرح یک صندلی و یا دو صندلی
جلسه ششم	تبدیل هیجانات منفی به هیجانات مثبت، تقویت پردازش هیجانی، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم کردن حمایت برای هیجانات و حل و فصل مجدد
جلسه هفتم	آموزش فرآیند انتقال احساس ناامیدی، گناه، خشم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با هیجانات
جلسه هشتم	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پیگیری

برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری<sup>۱</sup> روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته)، تحلیل کواریانس یک‌راهه<sup>۲</sup> تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بُن‌فرونی<sup>۳</sup> استفاده شد. به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری تفاوت گروهی استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌های آن؛ یعنی نرمال بودن داده‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگوروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) و آزمون لوین بررسی شد. در مجموع، مانعی برای انجام تحلیل‌های واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر وجود نداشت.

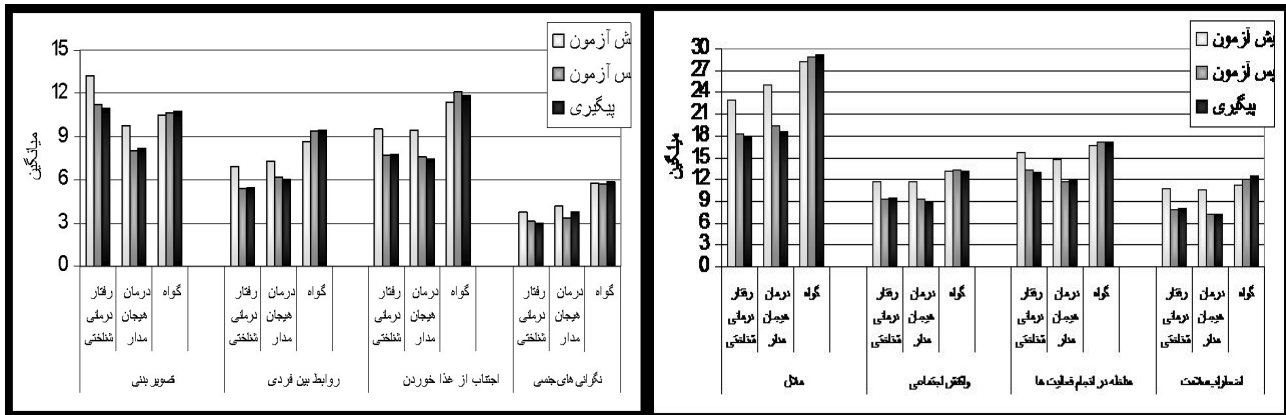
یافته‌ها:

در این پژوهش ابتدا از ۸۷ بیمار ارجاع‌داده‌شده، ۳۲ نفر به علت عدم تمایل به شرکت در طرح پژوهشی حذف شدند. از ۵۵ بیمار باقی‌مانده، ۱۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج کنار گذاشته شدند. ۴۵ نفر بر اساس گرفتن نمره بالاتر از ۶۷ در آزمون کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انتخاب شدند و به صورت مساوی تصادفی در

گرنیبرگ (مبدع این شیوه درمانی) (۹) است. جلسات درمانی شامل ۸ جلسه درمان به صورت یکبار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه در سه مرحله شناسایی هیجان، تنظیم هیجان و اقدامات رفتاری با اهداف بهبود کیفیت زندگی و بهبود علائم بیماری، بهبود اجابت مزاج، ایجاد الگوهای تغذیه‌ای مناسب، شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه، تقویت خود، توجه متمرکز بر علائم بیماری و هیجانات و تجربه‌های نادیده گرفته شده و همچنین جلوگیری از عود بیماری است (جدول ۲).

ابتدا از بیماران واجد شرایط درخواست شد مقیاس کیفیت زندگی مبتلایان روده تحریک‌پذیر که شامل ۳۴ سؤال هست را پاسخ‌گو باشند، و بیمارانی که در این آزمون نمرات بیش‌تر از ۶۷ را کسب نمودند جهت ادامه پژوهش انتخاب شدند (۱۲) و در صورت رضایت خودشان وارد مطالعه شدند. بیمارانی که وارد بررسی شدند تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه اول تحت درمان شناختی-رفتاری گروه دوم تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند و گروه سوم هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکردند. آزمون کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر، پیش از مداخله، بعد از مداخله و پس از سه ماه از پایان مداخله برای کلیه بیماران انجام شد. بیماران گروه سه نیز در ابتدا پس از دو ماه و پس از پنج ماه مورد آزمون قرار گرفتند.

1. Two-way analysis of variance with repeated measures  
2. One-way analysis of covariance  
3. Bonferroni's method of pairwise multiple comparisons



شکل ۱: میانگین نمره مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سه گروه

بنابراین بهبود کیفیت زندگی در این بیماران، مستلزم پرداختن به تمام این مشکلات است.

به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری با به چالش کشیدن افکار و باورهای هسته‌ای فرد و با استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند راهبرد مواجهه‌سازی، راهبرد الگودهی ایفای نقش، راهبرد استفاده از تقویت و برنامه‌ریزی فعال سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود و در درمان هیجان‌مدار، آگاهی بیمار نسبت به بیماری و بیان کردن و ابراز کردن هیجان، موجب ایجاد حس بهبودی در آنها شده است. تثبیت وضعیت خلقی در بیماران، به علت کاهش هیجانات منفی، عامل دیگری در روند بهبودی بیماران در رویکرد هیجان‌مدار می‌باشد.

رویکرد هیجان‌مدار، نقش هیجان را در بهبود کیفیت زندگی کلیدی می‌داند. (۹) بر طبق نتایج حاصل از پژوهش حاضر، درمان‌های هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی (مؤلفه‌های آن) در مبتلایان به IBS مؤثر است و دارای ماندگاری اثر است. این یافته با نتایج پژوهش (۱۵ و ۱۷) هم‌سو است، لیکن نتایج در مرحله پیگیری نهم‌سو است. در پژوهش حاضر در مرحله پیگیری ماندگاری اثر درمان مطلوب گزارش شده است.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان شناختی رفتاری نیز بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به IBS مؤثر و دارای ماندگاری اثر است. این یافته با نتایج (۱۲ و ۱۱ و ۷ و ۱۴) هم‌سو است، لیکن در مرحله پیگیری نهم‌سو است. همچنین درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه نگرانی‌های جنسی کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر نیست و این نتیجه با سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه ناهم‌سو است. در سوابق پژوهشی تاثیر مطلوب درمان شناختی رفتاری بر کلیه مولفه‌های کیفیت زندگی بیماران گزارش شده که در پژوهش حاضر، بر مولفه نگرانی جنسی مطلوب گزارش نشده است.

#### نتیجه‌گیری:

به این ترتیب بر اساس نتایج بدست‌آمده مداخلات درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار از نتایج مطلوبی در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر برخوردار بودند و در حوزه سلامت از این مداخلات به منظور پیش‌گیری از تشدید بیماری و

سه‌گروه قرار گرفتند. ۷ نفر از کل بیماران به دلیل شرکت نکردن مرتب در جلسات درمانی و انجام ندادن تکالیف کنار گذاشته شدند و ۳ نفر به دلیل عدم پاسخ‌گویی به سوالات آزمون در مرحله پیگیری از مطالعه خارج شدند. در مجموع، ۳۵ بیمار مبتلا به IBS (۲۱ زن) وارد مطالعه شدند. میانگین سنی آزمودنی‌های زن ۳۹/۸ سال و آزمودنی‌های مرد ۴۵/۶ سال بود. برای بررسی همگن بودن سه گروه پژوهشی از نظر متغیرهای جمعیت-شناختی (سن، جنس و وضعیت تاهل) همگن بودند (جدول ۳). هم‌چنین با توجه به نتایج بدست آمده، مشخص می‌شود که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی ۳ گروه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۴).

میانگین نمره مؤلفه‌های کیفیت زندگی در شکل ۱ نمایش داده شده است. همانطور که در شکل دیده می‌شود درمان شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار با کاهش نمرات کیفیت زندگی همراه است، در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست. (ستون عمودی براساس تعداد سوالات خرده‌مقیاس‌ها طراحی شده است). جهت بررسی اثربخشی و مقایسه آن در سه گروه از تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است. جهت بررسی ماندگاری اثربخشی‌ها، نمره‌های نوبت پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایشی (رفتار درمانی-شناختی/ درمان هیجان‌مدار) با استفاده از آزمون میانگین دو گروه وابسته (با استفاده از تفاوت زوج نمره‌ها) با یکدیگر مقایسه شده است. بر این اساس کیفیت زندگی توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

#### بحث:

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی مبتلایان به IBS انجام گرفت. در این بیماران، محدودیت‌هایی در ابعاد مختلف زندگی بیماران بوجود می‌آید که به طور مستقیم یا غیر مستقیم باعث کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شوند. به این صورت می‌توان تبیین کرد که، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBS، یک شاخص با مولفه‌های گوناگون است که، شامل، مولفه روابط اجتماعی، ملال، مداخله در انجام فعالیت‌ها، اضطراب سلامت، تصویر بدنی، روابط بین فردی و نگرانی‌های جنسی می‌باشد، مبتلایان به IBS، در مورد ماهیت بیماری خود نگرانی‌های زیادی دارند،

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی جنس و وضعیت تأهل در سه گروه پژوهشی

سطح معناداری	$\chi^2$	گروه پژوهشی				متغیر
		گواه	درمان هیجان مدار	رفتار درمانی شناختی	مرد	
۰/۶۹۳	۰/۷۳۴	۴	۵	۵	مرد	جنس
		۹	۶	۶	زن	
۰/۳۵۰	۲/۱۰۰	۶	۲	۴	مجرد	وضعیت تأهل
		۷	۹	۷	متاهل	

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات در مراحل پیش آزمون-پس آزمون- پی گیری در ۳ گروه

انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۷/۹۱	۲۸/۳۱	۱۰/۰۸	۲۵/۰۰	۶/۶۵	۲۳/۰۰	پیش آزمون
۷/۷۵	۲۸/۹۲	۸/۳۸	۱۹/۳۶	۵/۶۸	۱۸/۳۶	پس آزمون
۷/۷۳	۲۹/۲۳	۷/۷۹	۱۸/۵۵	۵/۲۷	۱۸/۰۰	پیگیری
۳/۶۵	۱۳/۱۵	۳/۴۷	۱۱/۷۳	۴/۰۶	۱۱/۶۴	پیش آزمون
۳/۵۰	۱۳/۳۱	۲/۸۷	۹/۲۷	۲/۵۸	۹/۳۶	پس آزمون
۳/۴۹	۱۳/۲۳	۲/۹۳	۹/۰۰	۲/۶۲	۹/۴۵	پیگیری
۴/۷۴	۱۶/۶۲	۵/۵۳	۱۴/۸۲	۴/۶۵	۱۵/۷۳	پیش آزمون
۵/۰۹	۱۷/۲۳	۳/۷۲	۱۱/۷۳	۳/۷۲	۱۳/۲۷	پس آزمون
۴/۹۶	۱۷/۱۵	۳/۹۵	۱۱/۸۲	۳/۹۵	۱۳/۰۰	پیگیری
۱/۵۹	۱۱/۲۳	۲/۰۲	۱۰/۵۵	۱/۹۴	۱۰/۸۲	پیش آزمون
۱/۵۵	۱۲/۰۸	۰/۹۰	۷/۲۷	۲/۳۹	۷/۹۱	پس آزمون
۱/۷۶	۱۲/۴۶	۱/۰۸	۷/۱۸	۲/۱۲	۸/۰۹	پیگیری
۳/۸۲	۱۰/۵۴	۲/۵۲	۹/۸۲	۳/۵۸	۱۳/۲۷	پیش آزمون
۴/۲۳	۱۰/۶۹	۲/۰۵	۸/۰۰	۳/۶۶	۱۱/۲۷	پس آزمون
۴/۱۵	۱۰/۷۷	۲/۳۲	۸/۱۸	۳/۹۰	۱۱/۰۰	پیگیری
۲/۰۲	۸/۶۹	۲/۶۱	۷/۲۷	۲/۸۶	۶/۹۲	پیش آزمون
۲/۳۳	۹/۳۸	۱/۹۴	۶/۱۸	۲/۴۶	۵/۳۶	پس آزمون
۲/۳۰	۹/۴۶	۱/۶۱	۶/۰۰	۲/۳۸	۵/۴۵	پیگیری
۱/۵۶	۱۱/۳۸	۲/۰۲	۹/۴۵	۳/۳۳	۹/۵۵	پیش آزمون
۱/۸۰	۱۲/۰۸	۲/۰۶	۷/۶۴	۳/۱۷	۷/۷۳	پس آزمون
۱/۷۷	۱۱/۸۵	۲/۳۰	۷/۴۵	۳/۷۴	۷/۸۲	پیگیری
۳/۹۴	۵/۷۷	۲/۱۴	۴/۱۸	۱/۶۸	۳/۷۳	پیش آزمون
۳/۹۰	۵/۶۹	۱/۶۹	۳/۳۶	۰/۹۴	۳/۰۹	پس آزمون
۳/۹۱	۵/۸۵	۱/۷۹	۳/۷۳	۰/۸۹	۳/۰۰	پیگیری
۲۰/۰۲	۱۰۵/۶۹	۲۲/۵۸	۹۲/۸۲	۱۸/۹۵	۹۴/۵۵	پیش آزمون
۲۰/۸۹	۱۰۹/۳۸	۱۴/۹۳	۷۲/۸۲	۱۳/۵۲	۷۶/۳۶	پس آزمون
۲۰/۴۷	۱۱۰/۰۰	۱۵/۵۸	۷۱/۹۱	۱۴/۶۴	۷۵/۸۲	پیگیری

محدودیت‌های این طرح در نظر گرفت. همچنین عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این محدودیت‌ها در نظر گرفته شوند.

با توجه به نتایج بدست‌آمده، پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان در کنار درمان‌های معمول پزشکی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS از مداخلات شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بهره ببرند.

#### تعارض منافع:

هیچ گونه تعارضی در میان نویسندگان وجود ندارد.

تسریع بهبود علائم بالینی IBS می‌توان استفاده کرد. در رابطه با تفاوت دو رویکرد، به علت عدم تأثیر رویکرد شناختی-رفتاری بر مؤلفه جنسی کیفیت زندگی، به نظر می‌رسد رویکرد هیجان‌مدار رویکرد بهتری است. در اجرای این مطالعه محدودیت‌هایی وجود دارد. کمبود تحقیقات در زمینه درمان هیجان‌مدار در داخل و خارج از کشور موجب شد دسترسی به منابع مناسب و معتبر در این زمینه با مشکل مواجه شود. شدت بیماری در مبتلایان به IBS مؤلفه مهمی است که در این پژوهش زمان و امکان بررسی دقیق آن مهیا نبود و بررسی اثربخشی مداخلات بدون در نظر گرفتن متغیر شدت بیماری صورت پذیرفت. به علت شرایط موجود و دلایل فردی، تعدادی از بیماران، از شرکت در جلسات درمانی سرباز زدند که موجب ریزش تعدادی از بیماران شد که می‌توان بعنوان یکی از

#### REFERENCES:

- Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2019;50:132-43.
- 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.
- Pashang S, KhoshLahjeh Sedgh A. Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2019;29:181-90.
- Sararoudi RB, Afshar H, Adibi P, Daghighzadeh H, Fallah J, Abotalebian F. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Res Med Sci* 2011;16:985.
- Haghighyegh SA, Neshatdoost HT, Adibi P, Shafiq F. Efficacy of dialectical behavior therapy on stress, resilience and coping strategies in irritable bowel syndrome patients. *Zahedan J Res Med Sci* 2017;19:1-7.
- Yang JP, Simoni JM, Dorsey S, Lin Z, Sun M, Bao M, et al. Reducing distress and promoting resilience: a preliminary trial of a CBT skills intervention among recently HIV-diagnosed MSM in China. *AIDS Care* 2018;30:S39-48.
- Edebol-Carlman H, Schrooten M, Ljótsson B, Boersma K, Linton S, Brummer RJ. Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome: the effects on state and trait anxiety and the autonomic nervous system during induced rectal distensions—An uncontrolled trial. *Scand J Pain* 2018;18:81-91.
- Carpenter N, Angus L, Paivio S, Bryntwick E. Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: An exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 2016;15:67-94.
- Greenberg LA. Emotion-focused Therapy Clinical Psychology and Psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* 2004;11:3-16.
- Wiebe SA, Johnson SM. Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Curr Opin Psychol* 2017;13:65-69.
- Fouladi, N., Mohammadkhani, Sh., Shahidi, A., EbrahimiDaryani, N. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Improving and Promoting Mental and Physical Health of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Iranian J Health Edu Promo* 1397;3: 313 -23.
- Haghighyegh SA, Kalantari M, Solati SK, Molavi H, Adibi P. Study on Validity of Farsi Version of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34). *Govaresh* 2008;13:99-105.
- Gholamrezaei A, Zolfaghari B, Farajzadegan Z, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, et al. Linguistic validation of the irritable bowel syndrome-quality of life questionnaire for Iranian patients. *Acta Medica Iranica* 2011;49:390-5.
- Blanchard B, Lackner JM, Gusman ORK, Gudleski G D, Sanders K, Keefer L, et al. Prediction of treatment outcome patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2006;44:317-37.
- Haghighyegh 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.