اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر

جواد محمدی [1]، امیر عزیزی *[1]

1) گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/۲/۱٦ تاریخ پذیرش:۹٤/۱۱/۳

چکیده

مقدمه: یکی از چالش‌های مشترک و معمول بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر کاهش کیفیت زندگی و رویارویی با بیماری و چگونگی ادراک آن است. 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 میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی) می‌باشد. نمونه آماری پژوهش، شامل ۳۰ بیمار مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که از میان کلیه بیماران زن و مردی که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و پس از مصاحبه، دریافت ملاک‌های تشخیصی Rome-III و تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه‌ای رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (هفته‌ای یک جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه)، مجدداً پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌های پژوهش: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در ارتقای کیفیت زندگی (۰/۰۰۴ =p) و افزایش ادراک بیماری بیماران (۰/۰۲۳ =p) مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی و افزایش ادراک بیماری در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر گردد. بنابراین این مداخله به عنوان درمانی مؤثر پیشنادی در بهبود این نشانه‌ها می تواند کاربرد داشته باشد و می‌توان با اجرای آن به بهبود وضعیت جسمی و روانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، کیفیت زندگی، ادراک بیماری، روده تحریک‌پذیر

* **نویسنده مسئول**: گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

Email: amir28144@gmail.com

Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

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 بیماری در کشورهای مختلف متفاوت است. براساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده است، شیوع آن را از ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش می‌کنند (۳). سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری دوران جوانی است، 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 سندرم روده تحریک‌پذیر 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 باشد: 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).

از دیگر متغیرهای مرتبط به سندرم روده تحریک‌پذیر، داشتن سبک زندگی ناسالم و کیفیت زندگی آسیب‌دیده و متعاقب آن، با بالا بودن اختلالات روان‌شناختی، بیماران مستعد اختلالات مربوط به سلامتی و بیماری هستند. کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه‌هایی از زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشند و به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از بیماری و درمان آن بستگی دارد (۶). در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است (۸،۷). بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل ارزشی است که فرد علی‌رغم تأثیری که بیماری، جراحت یا درمان بر کنشوری، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی وی دارند، برای زندگی خویش قائل است (۹).

یکی از چالش‌های مشترک و معمول بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر، به ویژه بیمارانی که با مسائل درمانی و پزشکی متعددی روبه‌رو هستند، رویارویی با بیماری و چگونگی ادراک آن است. در این راستا لونتال و دیفنباخ ۱۹۹۷، مدل خودتنظیم‌گری را که به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می‌پردازد، مطرح کردند. این مدل، رفتارهای سالم را نتیجه ادراک چندوجهی و پیچیده بیماری می‌داند. براساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری ایفا می‌کند (۱۰). ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری برحسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبودی (۱۱).

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در بهبود علائم جسمی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، رفتار درمانی دیالکتیکی است (۱۲). رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی – رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش می‌باشد، درمی‌آمیزد و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌ای شامل ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند. در این شیوه درمانی، ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به عنوان مولفه‌های موثر تغییر در رفتار درمانی دیالکتیکی می‌باشند. از این رو، ارایه یک برنامه درمانی که ناکارآمدی را در این چهار حوزه هدف قرار دهد (۱۴،۱۳).

هرچند مطالعه مشابهی که موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر را بررسی کرده باشد، وجود ندارد، با

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

این‌حال محمدی، عزیزی و غلامرضایی ۲۰۱۵، در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداختند و دریافتند این این مداخله به عنوان درمانی موثر در افزایش کیفیت خواب و کاهش میزان اضطراب این بیماران موثر است (۱۵).

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 امیدوار کننده‌ای به همراه داشته است (۱۵). 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 (۱۶).

با وجود مطالعات بسیاری که در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته، 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 کیفیت زندگی و ادراک بیماری همراه می‌باشد. از سوی دیگر با درنظر گرفتن این نکته که در زمینه موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر مطالعه‌ای صورت نگرفته است، انجام مطالعات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد؛ به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

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 کرده‌اند. آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که به وسیله مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی Rome-III مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و پرسشنامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری را تکمیل کردند. تعداد ۳۰ نفر از بیماران به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و 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 درنظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آن‌ها اجرا نشد. رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد. کیفیت زندگی و ادراک بیماری به عنوان متغیر وابسته درنظر گرفته شد. برای هر دو گروه کیفیت زندگی و ادراک بیماری به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری 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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

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 درنظر گرفته شد.

ابزار گرداوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش می‌شود: پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر و پرسشنامه ادراک بیماری. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-QQL-34) توسط پاتریک و دراسمن در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است (۱۷). این پرسشنامه از جمله بهترین ابزارهای موجود در این زمینه است، که نسبت به انواع درمان‌ها حساسیت و پاسخدهی ویژه‌ای دارد. این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال است که در یک طیف پنج درجه‌ای (هرگز، به ندرت، تا حدی، زیاد، شدید) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرات در این پرسشنامه ۳۴ و ۱۷۰ است. با توجه به نحوه سؤالات پرسشنامه نمرات کمتر، نشانگر کیفیت زندگی بالاتر است. ضریب همسانی درونی آن برابر با ۰/۹۶ و ضریب همبستگی آن با شدت علائم بیماری معنادار بوده است (۱۷). ابراهیمی دریانی ۲۰۰۳، همسانی درونی این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۸ گزارش کردند (۱۸).

برای ارزیابی ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر از پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ-R) استفاده شد. این پرسشنامه ۹ سئوالی توسط بردبنت و همکاران در سال ۲۰۰۶، ساخته شده است (۱۹) و دارای ۹ خرده مقیاس است که براساس فرم تجدیدنظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک از خرده مقیاس‌های به صورت اختصار درآمده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ (مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود و سه علت عمدهٔ ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد پرسش قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از خرده مقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. نه خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل ۱- ادراک از پیامدها، ۲- طول مدت بیماری، ۳- کنترل شخصی، ۴- درمان‌پذیری، ۵- شناخت علایم، ۶- نگرانی در مورد بیماری، ۷- قابلیت درک و فهم، ۸- واکنش عاطفی و ۹- جهت‌گیری علی است. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۹). در پژوهش حاضر پایایی درونی پرسشنامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری براساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ برآورد شد. در پژوهش حاضر اعتبار ابزارهای فوق از طریق روش اعتبار محتوا سنجیده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه استرس ادارک شده و کیفیت زندگی در دو مرحله توسط ۱۰ نفر از اساتید صاحب‌نظر در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت.

رفتار درمانی دیالکتیکی توسط لینهان در سال ۱۹۹۳ ارائه گردید (۲۰). 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 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 ذهن‌آگاهی فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز می‌شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

جدول شماره ۱. پروتکل درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی

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 ذهن‌آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد.
جلسه دوم	دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن‌آگاهی فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته اول مهارت‌های چه چیز که عبارت‌اند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به ذهن‌آگاهی 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، ذهن‌آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن).
جلسه 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- خودآرام‌سازی با حواس پنجگانه؛ ۳)- مهارت‌های بهسازی لحظات و ۴- تکنیک سود و زیان. این چهار مجموعه در طی جلسات سوم (مهارت‌های پرت‌کردن حواس)، چهارم (مهارت‌های خودآرام‌سازی) 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.
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 Please Master (لطفاً بر خود مسلط شوید) 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 ذهن‌آگاهی 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 کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده محاسبه شد و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS.20 در سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر شرکت داشتند که ۶۰ درصد آن‌ها را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها به ترتیب ۲۶ سال ۶/۲۴ بود و ۳۶/۶ درصد آن‌ها مجرد و ۶۳/۳ درصد متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۶۳/۳۳ درصد دیپلم، ۳۰ درصد کارشناس و ۶/۶۷ درصد کارشناس ارشد بودند.

پس از اجرای رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استخراج شد. در جدول شماره ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول شماره ۲. آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و ادراک بیماری در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	ادراک بیماری	۵/۱۲	۱/۶۵	۳/۷۳	۱/۴۲
	کیفیت زندگی	۳/۱۱	۱/۰۴	۲/۰۳	۰/۵۲
کنترل	ادراک بیماری	۴/۹۰	۲/۰۶	۴/۷۰	۱/۸۲
	کیفیت زندگی	۳/۰۳	۰/۷۷	۲/۷۳	۱/۰۸

برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. جهت بررسی پیش‌فرض‌های 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 پرسشنامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند. بنابراین هر دو پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون برقرار هستند. به این ترتیب می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد. نتایج معنی‌داری اثر پیلایی برای متغیرهای کیفیت زندگی و ادراک بیماری در آزمون لون در جدول شماره ۳ درج شده است.

جدول شماره ۳. نتایج معناداری اثر پیلایی برای متغیرهای کیفیت زندگی و ادراک بیماری

	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۹۱	۲/۱۲۱	۲	۲۵	۰/۷۱۴
	لامبدای ویلکز	۰/۳۰۹	۲/۱۲۱	۲	۲۵	۰/۷۱۴
	اثر هتلینگ	۰/۲۱۰	۲/۱۲۱	۲	۲۵	۰/۷۱۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۱۰	۲/۱۲۱	۲	۲۵	۰/۷۱۴

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ همگنی واریانس گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۰/۷۱۴ <P).

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه کیفیت زندگی و ادراک بیماری گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون و پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیرهای کیفیت زندگی و ادراک بیماری

	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
	ادراک بیماری	۴۸/۴۲	۱	۴۸/۴۲	۵۳/۴۷	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی	۲/۷۱	۱	۲/۷۱	۴/۰۵	۰/۰۵۵
گروه	ادراک بیماری	۹/۱۶	۱	۹/۱۶	۱۰/۱۲	۰/۰۰۴
	کیفیت زندگی	۳/۹۰	۱	۳/۹۰	۵/۸۳	۰/۰۲۳
خطا	ادراک بیماری	۲۳/۵۴	۲۶	۰/۹۱		
	کیفیت زندگی	۱۷/۴۱	۲۶	۰/۶۷۰		

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در متغیرهای کیفیت زندگی (p= ۰/۰۰۴) و ادراک بیماری (p= ۰/۰۲۳) دیده می‌شود. به طوری که رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته باعث ارتقای کیفیت زندگی و افزایش ادراک بیماری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث ارتقای کیفیت زندگی و افزایش ادراک بیماری در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر شده است. با توجه به فقدان یافته‌های پژوهشی درخصوص موضوع مورد بحث، پژوهشگران تنها به تبیین یافته‌های خود بسنده می‌کنند. از طرف دیگر می‌توان بیان داشت یافته‌های این پژوهش در راستای مطالعاتی قرار می‌گیرد که بیانگر فواید اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی – رفتاری موج سوم، در درمان بیماری‌های مزمن و کاهش مشکلات جسمی – روانی می‌باشد (۱۵).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر اشاره به پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی ضروری به نظر می‌رسد. برطبق نظر لینهان در طی رفتار درمانی دیالکتیکی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

چهار مولفه ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی آموزش داده می‌شود (۲۰). به طوری که ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا دریابند هیجان‌ها را نباید الزاما شاهد یا سرکوب کرد بلکه می‌توان از طریق بذل توجهی انعطاف‌پذیر و متمرکز در همان لحظه مربوط به زمان حال تحمل کرد و پذیرفت (۲۰).

تنظیم هیجان به اصلاح آن دسته از باورهای غلط هیجانی کمک می‌کند که مورد تأیید بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر 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 (۲۰).

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

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی به بیماران مهارت‌های شناختی و رفتاری مورد نیاز برای ارتقای کیفیت زندگی و ادراک بیماری را 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 بین‌فردی و اصلاح باورهای غلط هیجانی درخصوص ادراک بیماری، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم جسمی و روانی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌گردد.

به طور کلی این پژوهش نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی در ارتقای کیفیت زندگی و افزایش ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر است. بنابراین برای مداخله در خصوص این سندرم و کاهش شیوع آن می‌توان از این نوع مداخله کمک گرفت. یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، به کارگیری صرف رفتار درمانی دیالکتیکی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر و عدم پیگیری پس از اجرای پس‌آزمون بود. لذا پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار گیرد. همچنین جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌گردد که رفتار درمانی دیالکتیکی را در درمان روده تحریک‌پذیر به دفعات متعدد مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی (حداقل یک سال) دنبال نمایند.

سپاسگزاری

بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در پژوهش و مسئولین و پرسنل مراکز درمانی شهر تبریز تقدیر و تشکر می شود.

References

1. Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology diagnosis and treatment: an update for health care practitioners. J Gastroenterol Hepatol 2010; 25: 691-9.
2. Ghadir M, Ghanoni A. [A Review on treatment of irritable bowel syndrome]. J Ghoom Uni Med Sci 2010;4:59-66. (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; 24: 225-6.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

4. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10: 712-21.
5. Albrecht UV, von Jan U, Jungnickel T, Pramann O. App-synopsis - standard reporting for medical apps. Stud Health Technol Inform2013;192:1154.
6. Aarnoson NK. Quality of life what is it? How should it be measured? Oncology 1988; 2:69-76.
7. Norberg MM, Calanari JE, Cohen RJ, Riemann BC. Quality of life in obsessive compuslsive disorder anevaluation of impair ment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. Dep Anx 2009; 25: 248-59.
8. Albert U, Mania G, Bogetto F, ChiorleA, Mataincols D. Clinical predictors of health related quality of life. Psychiatry 2010; 51:193-200.
9. Alakour NO, Khader YS, Shatnawi NJ. Qulity of life of life and assocated foctors anong Jourdanian adolescents with type diadetes mellitus. J Diabetes Compl2010; 24: 43-7.
10. Leventhal H, Diefenbach M. Mental representation in health and illness.2thed. New York Springer-Verlag Publication. 1997; P. 247-72.
11. Edger KA, Psychol D, Skinner TC. IIllness representations and coping as predictors of emotional wellbeing in adolescents with type I diabetes. J Pediatr Psychol2003;28:485-93.
12. 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;10: 663-71. (Persian)
13. Robinscikoons CR. Dialectical behavior therapy of server personality disorders. 3th ed. New Jersey Uni Publication. 2004; P. 221-5.
14. Miller PA, Rathus JH, Linehan M. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York Guilford Publication. 2007; P. 57-9.
15. Mohamadi J, Aziza A. Gholamrezae S. [Effectiveness of dialectical behavior therapy on quality ofsleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome]. Iranian J Psychiatr Nurs 2015;3:21-30. (Persian)
16.Kanazawa M, Drossman DA, Shinozaki M, SagamiY, Endo Y, Fukudo S. Translation and validation of japanese version of the irritable bowel syndrome quality of life measure. Biopsychosoc Med 2007; 1:61-7.
17. Abrahimidaryani N. Validate specific quality of life questionnaire for patients with syndrome Irritable intestine digestive. Third Congress Gastroenterol Hepatol 2003; 42: 200-1.
18. Brodbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res 2006; 60:631-7.
19. Gaylord SA, Whitehead WE, Coble RS, Faurot KR, Palsson OS, Garland EL, et al. Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. BMC Comple Alt Med 2009; 9: 24.
20. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder a 3-month randomised controlled clinical trial. Behav Res Ther2009;47:353-8.
21. Koerner K1, Linehan MM. Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am. 2000 Mar;23(1):151-67.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]

Dialectical Behavior Therapy Group on the Perception of the Disease and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Mohamadi J[1], Azizi A[1]*

(Received: May 6, 2015 Accepted: January 23, 2016)

Abstract

Introduction: In the last decade as one of the most effective treatments dialectical, behavior therapy in the treatment of many disorders has been introduced. The purpose of this study was to determine the efficacy of dialectical behavior therapy and cognitive therapy on quality of life in patients with irritable bowel syndrome as a disease. The aim of this study was to determine the efficacy of Dialectical behavior therapy group on quality of life and perception of the disease, patients with irritable bowel syndrome.

Materials & methods: The research method was experimental (pretest-posttest control group and random assignment). The sample of the study consisted of 30 patients with irritable bowel syndrome which in 2014 among all patients were admitted to hospitals. After the interview, the Rome-III diagnostic criteria and Quality of life, and illness perception questionnaire, random sampling (n = 15 per group) was carried out and they were randomly divided into two experimental groups and one control. After completing 8 meeting dialectical behavior therapy group (90-minute sessions a week for two months), re-test was repeated in both groups.

*Findings***:** Multivariate analysis of variance showed that dialectical behavioral therapy group was significantly effective in the improvement of the quality of life and increased understanding of the disease among patients with irritable bowel syndrome.

Discussion & conclusions: Dialectical behavior therapy can improve the quality of life and increase understanding of the disease in patients with irritable bowel syndrome. So, this intervention is effective in improving the signs used and can improve physical and mental performance to help people with irritable bowel syndrome.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Quality of life, Perception of the disease, Irritable bowel

1. Dept of Psychology, Faculty of Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran
** Correspondin author Email: amir28144@gmail.com*

Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.18]