DOI: 10.22122/rbs.v17i2.2560

مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر معنویت بر شدت علائم روده‌ای و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر

لیلی نداف نیا[۱]، امرالله ابراهیمی[۲]، حمیدطاهر نشاط دوست[۳]، هوشنگ طالبی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome -IBS) نوعی اختلال عملکردی گوارشی است که با درد مزمن شکم و تغییرات اجابت مزاج مشخص می‌شود که به‌نوعی با عوامل روان‌شناختی مرتبط است. هدف این مطالعه در فاز اول (کیفی) تهیه و تدوین یک طرح درمانگری اختصاصی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری برای IBS و نیز تهیه و تدوین یک بسته درمانی مبتنی بر معنویت و فرهنگ و در فاز دوم تعیین و مقایسه اثربخشی این دو بسته درمان برشدت علائم بیماری، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران IBS بود. مقاله حاضر نتایج فاز دوم (کارآزمایی بالینی) است.

مواد و روش‌ها: بر اساس ملاک‌های تشخیصی ROME-III ۲۳ بیمار (زن) مبتلابه IBS وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. یک گروه طی ۱۲ جلسه تحت روان‌درمانی شناختی– رفتاری مختص IBS و گروه دیگر روان‌درمانی شناختی مبتنی بر معنویت قرار گرفتند. مقیاس سیستم غربالگری شدت علائم (IBS-SSS) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-QOL) در پیش از مداخله، هفته ۴، ۱۲ و ۲۴ تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هم درمان شناختی– رفتاری و هم درمان مبتنی بر معنویت بر کاهش شدت علائم روده‌ای و بهبود کیفیت زندگی بیماران تأثیر معناداری داشته و پایداری این اثر تا مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد درمان شناختی– رفتاری مختص IBS و نیز بسته درمان مبتنی بر معنویت و فرهنگ که در مرحله کیفی این پژوهش طراحی شد هردو مؤثر هستند؛ لذا استفاده از هر یک از این درمان‌ها با توجه به شرایط و پذیرش بیمار به‌عنوان درمان همراه توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی، درمان شناختی– رفتاری، درمان مبتنی بر معنوی.

ارجاع: نداف نیا لیلی، ابراهیمی امرالله، نشاط دوست حمیدطاهر، طالبی هوشنگ. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر معنویت بر شدت علائم روده‌ای و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۲): ۳۰۲-۲۹۱.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۰

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴- دانشیار، گروه آمار، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
نویسنده مسئول: امرالله ابراهیمی
Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال عملکردی روده است که با تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب ناهنجاری قابل‌شناسایی ساختاری، مشخص می‌شود (۱). در سراسر جهان بر اساس معیار رم، حدود ۱۰-۲۰٪ بالغین و افراد مسن علائم IBS دارند (۱، ۲). بیماری‌زایی (Pathophysiology) سندرم روده تحریک‌پذیر به‌خوبی شناخته‌شده نیست، بااین‌حال نقش-هایی برای فعالیت غیرطبیعی حرکتی و حسی روده، افزایش ادراک حس احشایی، التهاب مخاطی، اختلالات روان‌شناختی و استرس، عوامل داخل مجرای روده و تغییر در فلور میکروبی روده (۱) تعاملات مغز- روده، حساسیت غذایی، جذب بد کربوهیدرات‌ها (۳) و نیز عوامل ژنتیکی (۴) در نظر گرفته‌شده است.

این سندرم بر عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد (۵) چنانچه در بسیاری از مطالعات، کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش‌شده است (۱، ۶، ۷). بعلاوه پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد مبتلابه IBS در مقایسه با افراد سالم از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند (۸، ۹) که شایع‌ترین آن‌ها اختلالات اضطرابی و خلقی است (۵).

با توجه به اینکه IBS یک اختلال حرکتی- حسی دستگاه گوارش است و علائم آن توسط استرسورهای روانی- اجتماعی شعله‌ور می‌شوند؛ لذا به‌کارگیری طرح درمان چند مؤلفه‌ای موفق‌ترین درمان به نظر می‌رسد (۱۰). دراین‌بین، درمان‌های روان‌شناختی و از بین آن‌ها اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavior Therapy) در درمان IBS در پژوهش‌های متعدد تأییدشده است (۱۱،۱۲) و در سال‌های اخیر شواهد این تأثیر رو به افزایش است (۱۳، ۱۴، ۱۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری بر روی کاهش شدت و فراوانی علائم روده‌ای (۱۵، ۱۶)، علائم روان‌شناختی همراه ازجمله اضطراب و افسردگی (۱۷،۱۸) و نیز بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است (۱۹،۲۰). بااین‌وجود، هنوز شواهد کافی نیست (۲۱) و برخی مطالعات عدم تأثیر (۲۲) یا ناپایداری اثر CBT را در بهبود IBS گزارش نموده‌اند (۲۰،۲۳).

با توجه به نقش ساختار و ارزش‌های فرهنگی در پذیرش و اثربخشی روان‌درمانی‌ها برخی از محققین و درمانگران تلفیق درمان‌های روان‌شناختی با معنویت و فرهنگ را پیشنهاد می‌کنند؛ و شواهدی موفقیت‌آمیزی از نتایج مثبت آن را برای ارتقاء درمان اختلالات روان‌شناختی گزارش نموده‌اند (۲۴، ۲۵، ۲۶). اگرچه درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی یکپارچه‌شده با معنویت هردو به یک اندازه بر نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی به‌عنوان واسطه‌گرهای علائم جسمانی مؤثر بودند ولی در مرحله پیگیری درمان یکپارچه معنوی پایداری بیشتری را نشان داد (۲۷).

برخی یافته‌ها نشان داده‌اند که تلفیق روان‌درمانی با معنویت برای بیماران مسلمان به بهبودی سریع‌تر علائم منجر می‌شود (۲۶،۲۸). در یک مطالعه که به بررسی اثر معنویت درمانی بر روی علائم روده‌ای بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته، اثر موفقیت‌آمیز آن را گزارش نموده است (۲۹). بااین‌حال شواهد کافی جهت مقایسه با درمان‌های استاندارد برای بیماران مبتلابه اختلالات روان‌تنی من‌جمله روده تحریک‌پذیر در دست نیست.

بنابراین، با توجه به مبانی نظری و افزایش پیشینه پژوهشی و نیز استقبال مراجعین از روان‌درمانی‌های تلفیقی، ضرورت بومی‌سازی روان‌درمانی احساس می‌شود. هدف این مطالعه ابتدا تهیه و تدوین یک بسته درمان شناختی- رفتاری اختصاصی برای IBS و نیز یک بسته درمان مبتنی بر آموزه‌های دینی و فرهنگی و سپس تعیین و مقایسه اثربخشی این درمان‌ها بر سلامت روان‌شناختی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و شدت علائم روده‌ای در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر بود؛ لذا این مقاله مربوط به فاز دوم (کارآزمایی بالینی) است و هدف آن گزارش تعیین و مقایسه اثربخشی بسته روان‌درمانی مبتنی بر معنویت تدوین‌شده با درمان شناختی رفتاری مختص سندرم روده تحریک‌پذیر (CBT-IBS) بود.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه اصلی آمیخته (Mixed Method) شامل فاز کیفی جهت تهیه بسته‌های روان‌درمانگری معنوی و درمان شناختی رفتاری مختص سندرم روده تحریک‌پذیر (CBT-IBS) بود که در مقاله‌ای جدا گزارش می‌شود. در مرحله کارآزمایی بالینی از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. در تابستان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

۱۳۹۴ از بین بیمارانی که با شکایت علائم IBS به مطب‌های خصوصی همکاران فوق تخصص گوارش طرح در شهر اصفهان و نیز درمانگاه فوق تخصصی روان‌تنی (اختلالات عملکردی گوارش) مراجعه داشتند و بر اساس معیارهای Rome III (Rome diagnostic criteria for irritable bowel syndrome) تشخیص IBS می‌گرفتند وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ابتلا به IBS بر اساس معیار-های Rome III از هر سه نوع M،D،C، جنسیت مؤنث، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر بود. بیماران در صورت داشتن علائم شبانه، مدفوع خونی، سابقه مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک، سابقه خانوادگی سرطان کولون، بیمارانی که حاضر به شرکت در کلاس نباشند، وجود WBC و انگل و خون در مدفوع، سابقه مشکلات تیروئیدی و تست تیروئیدی مختل، مقادیر غیرطبیعی کلسیم، بیماران با کاهش وزن ثابت نشده، آنمی (anemia) و ائوزینوفیلی (eosinophilia)، رکتوسیگموییدوسکوپی (Rectosigmoidoscopy) غیر طبیعی، بیماری قلبی و تنفسی (با گرفتن تاریخچه)، بیماری‌های روان‌پزشکی شدید و بیماری‌های نورولوژیک با تشخیص روان‌پزشک از مطالعه خارج شدند. بیماران واجد شرایط ۲۳ نفر بودند که روزهای پنجشنبه به مرکز تحقیقات روان‌تنی اصفهان دعوت شدند. شرکت‌کنندگان پس از توجیه با اهداف به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان شناختی رفتاری مختص IBS و درمان مبتنی بر معنویت قرار گرفتند. قبل از شروع درمان پرسشنامه سیستم غربالگری شدت علائم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System IBS-SSS) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-QOL) تکمیل شد. درمان شناختی- رفتاری، طی ۱۲ جلسه و درمان مبتنی بر معنویت نیز طی ۱۲ جلسه، هر هفته یک‌مرتبه، به مدت یک ساعت و نیم در روزهای پنجشنبه اجرا شد. طی این مرحله در هفته ۴ و سپس بعد از اتمام درمان یعنی در هفته ۱۲، سنجش‌ها تکرار شدند. آزمون‌ها توسط یک روانشناس بالینی (غیر از درمانگر) انجام می‌شد. در آخر و به‌منظور پایش پایداری اثر درمان، ۱۲ هفته پس از اتمام درمان مجدداً سنجش انجام شد و نتایج مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند.

شرکت‌کنندگان: ویژگی‌های کلی جمعیت شناختی گروه‌ها بدین شرح است. در گروه CBT ۲۵ درصد مجرد و ۷۵ درصد متأهل، ۴۱/۷ درصد دارای دیپلم و ۵۸/۳ درصد با تحصیلات دانشگاهی، ۵۰ درصد شاغل و ۵۰ درصد خانه‌دار، ۵۸/۳ درصد دارای سابقه درمان و ۴۱/۷ درصد بدون سابقه درمان بوده‌اند. میانگین سنی این افراد ۲۹/۴ با انحراف معیار ۵/۳۵ بوده است. در گروه درمان مبتنی بر معنویت، تمامی افراد متأهل، ۴۵/۵ درصد دارای دیپلم و ۵۴/۵ درصد با تحصیلات دانشگاهی، ۳۶/۴ درصد شاغل و ۶۳/۶ درصد خانه‌دار بوده‌اند. میانگین سنی این افراد ۲۸/۴۵ با انحراف معیار ۷/۰۶ بوده است.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: شامل سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، نوع بیماری تشخیص داده‌شده توسط فوق تخصص گوارش، سابقه و نوع درمان، شروع درمان و شدت علائم بود.

مقیاس ملاک‌های تشخیصی سندرم روده تحریک‌پذیر (Rome diagnostic criteria for irritable bowel syndrome): این پرسشنامه برای یکسان‌سازی تشخیصی IBS در سطح جهان به شکل استاندارد پذیرفته‌شده است و از روایی بالایی برخوردار است که توسط فوق تخصص گوارش مورداستفاده قرار می‌گیرد (۱).

پرسشنامه سیستم غربالگری شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر (The Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System (IBS-SSS)): این مقیاس بر اساس ملاک‌های تشخیصی رم (Rome) ساخته‌شده و شامل ۵ بخش است که علائم IBS را شامل درد، اختلال در اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت‌های روزانه زندگی را بررسی می‌کند. نمره هر سؤال بین ۰-۱۰۰ محاسبه می‌شود و نمره کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ می‌باشد. موارد خفیف و متوسط و شدید با نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ به ترتیب نمایش داده می‌شوند. ضریب همبستگی درونی مقیاس ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ آن ۰/۶۹ گزارش‌شده است (۳۰).

پرسشنامه کیفیت زندگی- سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

IBS-QOL) Quality of Life Questionnaire این پرسشنامه توسط Patrick و Drossman در سال ۱۹۹۸ ساخته‌شده و ازجمله ابزارهای معتبر در این زمینه است که نسبت به انواع درمان، حساسیت و پاسخ‌دهی ویژه‌ای دارد. دارای ۳۴ سؤال است که در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (هرگز ۱، به‌ندرت ۲، معمولاً ۳، اغلب ۴، همیشه ۵) نمره‌گذاری می‌شود. در تحلیل عاملی اکتشافی نسخه نهایی پرسشنامه ۸ عامل به‌وضوح از هم متمایز شده‌اند: ملال (Dysphoria)، مداخله در فعالیت‌ها (Activities Interference)، تصویر بدنی (Body Image)، اضطراب سلامت (Health Worry)، اجتناب از غذا (Food abstinence)، واکنش اجتماعی (Social Reaction)، نگرانی‌های جنسی (Sexual Worry) و روابط بین فردی (Interpersonal Relations). در مطالعه‌ای در ایران پایایی درونی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه، خرده مقیاس اجتناب از غذا با ۰/۵۲ کمترین و خرده مقیاس ملال با ۰/۸۸ بالاترین آلفای کرونباخ را داشتند. پایایی کلی آن برابر با ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است (۳۱).

داده‌های جمع‌آوری‌شده در چهار مرحله سنجش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (MANOVA-R) و به کمک نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری مختص IBS

جلسات	موضوع جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی با درمان و مفاهیم مرتبط با آن	معرفی اعضاء و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد IBS، توضیح و تبیین منطق درمان، تعیین اهداف فردی و تهیه لیست مشکلات افراد، آموزش تمرین آرام‌سازی
جلسه دوم	ارتباط میان افکار، احساسات، رفتار	توضیح افکار خودآیند و علائم روده تحریک‌پذیر، تمرین بازبینی شناختی
جلسه سوم	تحریف‌های شناختی	معرفی تحریف‌های شناختی زیربنای افکار خودآیند در رابطه با علائم بیماری و هیجانات مرتبط
جلسه چهارم	مدیریت درد	معرفی تئوری دروازه درد، تمرین روش‌های انحراف ذهن، تعیین خط پایه درد، آموزش آرام‌سازی عضلانی، تصویرسازی ذهنی برای کنترل درد
جلسه پنجم	اضطراب عملکرد روده	توضیح مدل «دور معیوب» اضطراب، شناسایی موقعیت‌های راه‌انداز، استخراج افکار خودآیند در مورد موقعیت‌های راه‌انداز، آموزش و تمرین تکنیک‌های مدیریت اضطراب، توضیح اضطراب پیش‌بین و تمرین مقابله با آن
جلسه ششم	شرم ناشی از ابتلا به IBS	شناسایی منابع فرهنگی/ اجتماعی واکنش‌های شرم نسبت به علائم IBS، تعمیم یک مشکل به کل شخصیت فرد، استانداردهای شایستگی مراجعین
جلسه هفتم	کنترل خشم- رفتار جرأتمندانه	تبیین خشم و علائم بیماری در مدل شناختی، آموزش و تمرین‌های شناختی رفتاری مدیریت خشم، تبیین رفتار جرأتمندانه و علائم بیماری، آموزش و تمرین رفتار جرأتمندی
جلسه هشتم	حل مسئله و خود- کارآمدی	آموزش مهارت حل مسئله، توضیح خودکارآمدی و رابطه آن با مهارت حل مسئله، تبیین ارتباط علائم IBS و هیجانات مرتبط با مهارت‌های مذکور
جلسه نهم	تأیید اجتماعی- کمال‌گرایی	شناسایی و چالش با باورهای غیرمنطقی در مورد تأیید اجتماعی، رفتار «طبیعی» و «غیرطبیعی» و رفتار «قابل پیش‌بینی» و «غیرقابل‌پیش‌بینی» مقابله با عدم‌تأیید، شناسایی و چالش با نگرش‌های ناکارآمد استانداردها بالا (کمال‌گرایی منفی).
جلسه دهم	کنترل	کنترل همیشه ممکن و مفید است؟ کنترل و اجتناب، کنترل بیشتر و اضطراب
جلسه یازدهم	متناسب با نیازهای گروه	بحث و تمرین متناسب با بازخورد از نیازهای گروه
جلسه دوازدهم	خاتمه درمان	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پیگیری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

بسته درمان شناختی رفتاری مختص مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر: این بسته درمانی اختصاصی با استفاده از ترجمه کتاب Cognitive Behavior Treatment of IBS تألیف Toner و همکاران (۳۲) و نیز کتاب Irritable Bowel Syndrome: Psychosocial Assessment and Treatment تألیف Blanchard (۳۳) تهیه و سپس با استفاده از منابع موجود تکمیل گردیده است. این بسته شامل ۱۲ جلسه یک ساعت و نیم می‌باشد. موضوع و محتوای هر جلسه در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۲. موضوع و محتوای جلسات درمان مبتنی بر معنویت

جلسات	موضوع جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	پیش‌آزمون و آشنایی با درمان	معرفی اعضاء و قوانین گروه (رازداری)، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد IBS، تبیین درمان و منطق آن
جلسه دوم	خودشناسی: چیستی، ضرورت و فواید آن	آشنایی با مقوله خودشناسی در منظر دین و فرهنگ، بیان فواید و نتایج خودشناسی،
جلسه سوم	انسان از منظر اسلام	بیان و بحث گروهی موانع خودشناسی، مراحل خودشناسی
جلسه چهارم	خودشناسی عملی (کبر، حرص، حسد)	ویژگی‌های انسان ۱: معرفی کبر، حرص و حسد و ارتباط آن با خلق و رفتار و شیوه‌های سازگاری و مقابله
جلسه پنجم	خودشناسی عملی (تواضع، قناعت، خیرخواهی)	ویژگی‌های انسان ۲: بحث پیرامون تواضع، قناعت و خیرخواهی و سایر توانمندی‌های مثبت در تنظیم هیجانات و سلامت جسم و روان
جلسه ششم	نگرش اسلام در ارتباط با دیگران	تبیین و بحث دیدگاه اسلام در مورد ارتباط بین فردی، مهارت‌های معنوی در کنترل خشم
جلسه هفتم	بخشایشگری	تبیین مفهوم بخشودن، بیان اهمیت و جایگاه بخشش از منظر دین و نتایج آن، راهکارهای عملی برای بخشایشگری
جلسه هشتم	نگرش دین به زندگی و معناداری آن	تبیین دیدگاه اسلام در مورد زندگی، بحث پیرامون معنای زندگی، هدف از زندگی، رابطه سلامت و معنی‌داری زندگی و هدف‌گذاری در زندگی
جلسه نهم	نگرش اسلام به مشکلات و رنج‌ها و مهارت حل مسئله	بحث پیرامون نگرش اسلام به مشکلات و رنج‌ها، رویکردها راهکارهای رهایی از مشکلات و استرس‌ها، حل مسئله
جلسه دهم	صبر، توکل، رضا	تبیین مفهوم صبر، توکل، تسلیم و رضا ازنظر دین، ارتباط این مهارت‌ها با سلامت و شادی و راهکارهای عملی آن.
جلسه یازدهم	متناسب با نیازهای گروه و خاتمه درمان	بازخورد گروه از دوره درمان، آمادگی برای خاتمه درمان و پس‌آزمون

بسته درمان مبتنی بر معنویت: این بسته روان‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی و معنویت با روش تحقیق کیفی (گراندد تئوری) طی دو سال تهیه شد. مصاحبه با صاحب‌نظران، بررسی محتوایی آیات و احادیث، منابع فرهنگی، ادبی و تربیتی در چارچوب روان‌درمانی تدوین‌شده است. مفاهیم کلی این بسته تغییر و اصلاح نگرش و رابطه نسبت به خداوند، خود، جهان، آینده و دیگران و شامل راهبردها و تمرین‌های شناختی، رفتاری و عاطفی مبتنی بر آموزه‌های دینی و فرهنگ است. این بسته شامل ۱۲ جلسه یک ساعت و نیم هست. موضوع و محتوای هر جلسه در جدول ۲ نشان داده شده است.

یافته‌ها

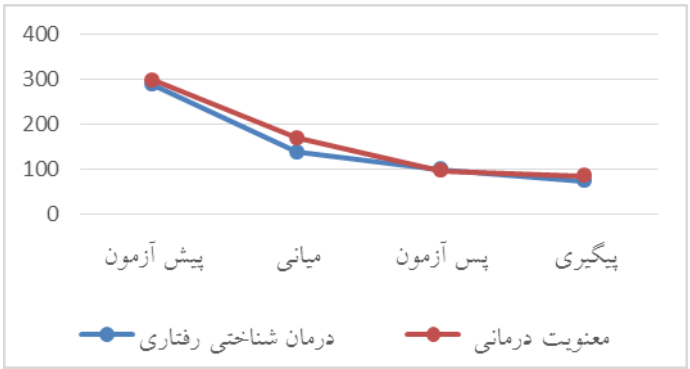
جهت استفاده از آزمون پارامتریک، مفروضه‌های تحلیل کوواریانس موردبررسی قرار گرفت. برای آزمون برابری واریانس خطای سطوح متغیرهای پس‌آزمون در بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. بررسی مفروضه همگنی واریانس ـ کوواریانس به‌وسیله آماره «ام. ـ باکس» نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته در بین دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است. بنابراین MANCOVA روش مناسبی برای ارزیابی اثر متغیر مستقل در پژوهش حاضر بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

با توجه به نتایج جدول ۱ و نمودار، شدت علائم در هر دو گروه مداخله، در طول مراحل مداخله کاهش معنی‌داری داشته و پس‌ازآن تا مرحله پیگیری با شیب ملایم کاهش‌یافته است. به‌این‌ترتیب هر دو روش درمانی CBT و درمان مبتنی بر معنویت بر بهبود شدت علائم IBS مؤثر بوده‌اند. آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد اختلاف نمره‌ی مرحله پیش‌آزمون با تمام مراحل بعدی در هر دو گروه معنی‌دار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ ولی تفاوت دو گروه در مراحل پس از درمان و پیگیری (تفاوت بین گروهی) معنی‌دار دیده نشد.

جدول ۳. مقایسه میانگین شدت علائم IBS در چهار مرحله ارزیابی با آزمون تحلیل واریانس

گروه‌ها	پیش‌آزمون		میانی		پس‌آزمون		پیگیری		F	p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
CBT	۲۸۹/۱۶	۷۹/۲۵	۱۳۹/۱۶	۷۱/۱۵	۱۰۰	۴۱/۳۴	۷۵	۴۶/۴۱	۴۰/۹۸	<۰/۰۰۱
Spiritual	۲۹۹/۰۹	۵۳/۹۳	۱۷۰	۵۵/۳۱	۹۷/۲۷	۴۱/۹۷	۸۵/۴۵	۴۱/۸۰	۷۵/۰۵	<۰/۰۰۱



نمودار ۱. مقایسه میانگین شدت علائم IBS در مراحل چهارگانه در دو روش درمانی

نتایج تحلیل واریانس با اندازه تکراری که در جدول ۲ و نمودار ۲ منعکس‌شده است، نشان می‌دهد اثربخشی دو نوع مداخله CBT-IBS و «درمان مبتنی بر معنویت» بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده و حداقل نمرات یکی از مراحل درمانی با نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری نشان داد. آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان می‌دهد میانگین شاخص‌های احساس درماندگی، واکنش اجتماعی، مداخله در فعالیت، اضطراب سلامت، ارتباطات اجتماعی، اجتناب از غذا و نگرانی‌های جنسی، در مرحله پیش‌آزمون با سایر مراحل تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند؛ فقط در شاخص مداخله در فعالیت بین مرحله میانی و پیگیری هم اختلاف معنی‌دار است. از طرفی در شاخص تصویر بدنی تنها در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنی‌داری وجود دارد. در گروه درمان مبتنی بر معنویت نیز با توجه به نتایج جدول فوق آزمون F معنی‌دار است و می‌توان نتیجه گرفت که اختلاف میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی، در چهار مرحله ارزیابی معنی‌دار بوده است. سپس آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان می‌دهد میانگین شاخص‌های واکنش اجتماعی، مداخله در فعالیت، اضطراب سلامت، تصویر بدنی، ارتباطات اجتماعی و اجتناب از غذا در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و میانی و میانی و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری با یکدیگر دارند. از طرفی اختلاف میانگین دو شاخص احساس درماندگی و نگرانی‌های جنسی، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش-آزمون و میانی معنی‌دار است و اختلاف در مرحله میانی و پس-آزمون معنی‌دار نیست. برای آزمون معنی‌داری اختلاف دو درمان در کاهش علائم IBS از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده کردیم و نتایج نشان داد که آزمون F معنی‌دار نیست و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی‌داری بین میزان اثرگذاری دو روش CBT و معنویت درمانی، در هیچ‌یک از مقیاس‌های کیفیت زندگی وجود ندارد و هر دو روش به یک‌میزان در کاهش مقیاس‌های کیفیت زندگی مؤثر هستند.

جدول ٤. مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی بیماران IBS در مراحل چهارگانه در دو روش درمانی

متغیرها	گروه‌ها	مراحل آزمایش: پیش‌آزمون میانگین	پیش‌آزمون انحراف معیار	میانی میانگین	میانی انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار	پیگیری میانگین	پیگیری انحراف معیار	F	p
احساس درماندگی	CBT	۲۹/۳۳	۴/۹۶	۱۶/۴۱	۵/۴۰	۱۳/۵۸	۵/۰۵	۱۲/۲۵	۳/۳۰	۳۳/۸۷	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۳۱/۷۲	۵/۸۸	۲۰/۹۰	۹/۱۷	۱۵/۲۷	۴/۶۴	۱۲/۴۵	۲/۴۶	۲۳/۵۱	<۰/۰۰۱
واکنش اجتماعی	CBT	۱۱/۶۶	۲/۷۴	۸/۲۵	۲/۹۸	۶/۶۶	۲/۹۶	۶	۱/۶۵	۱۵/۷۱	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۱۵/۱۸	۲/۵۲	۱۱	۲/۷۵	۷/۹۰	۲/۰۲	۸/۴۵	۲/۲۰	۳۷/۷۸	<۰/۰۰۱
مداخله در فعالیت	CBT	۲۱/۴۱	۴/۲۳	۱۵/۳۳	۴/۸۳	۱۲	۳/۳۵	۱۱/۳۳	۲/۵۷	۲۷/۱۸	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۲۵	۵/۸۶	۲۰/۲۷	۶/۳۸	۱۴/۷۲	۳/۲۸	۱۲/۳۶	۲/۲۰	۲۷/۳۰	<۰/۰۰۱
اضطراب سلامت	CBT	۱۱/۵۰	۱/۸۳	۶/۹۱	۲/۸۷	۶/۰۸	۱/۹۷	۴/۷۵	۱/۴۸	۲۸/۱۱	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۱۳/۳۶	۴/۱۰	۹/۶۳	۲/۸۰	۷/۰۹	۲/۷۰	۶/۱۸	۲/۲۲	۲۷/۲۴	<۰/۰۰۱
تصویر بدنی	CBT	۱۱/۲۵	۴/۲۶	۸/۵۸	۳/۰۸	۸/۰۸	۲/۹۰	۷/۴۱	۲/۳۱	۵/۰۵	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۱۴/۰۹	۲/۹۸	۱۱/۷۲	۲/۸۳	۹/۳۶	۲/۲۰	۸/۱۸	۲/۱۸	۱۵/۸۰	<۰/۰۰۱
ارتباطات اجتماعی	CBT	۱۳/۷۵	۴/۰۲	۹/۴۱	۲/۸۷	۶/۶۶	۲/۷۰	۶/۴۱	۱/۲۴	۱۷/۲۴	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۱۵/۶۳	۲/۹۴	۱۱/۲۷	۳/۸۲	۸/۷۲	۲/۰۵	۷/۶۳	۲/۰۱	۳۹/۰۸	<۰/۰۰۱
اجتناب از غذا	CBT	۸/۱۶	۱/۹۴	۶/۲۵	۲/۷۰	۴/۵۰	۱/۳۱	۴/۱۶	۱/۴۰	۱۷/۰۰	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۸/۴۵	۱/۶۹	۶/۱۸	۱/۰۷	۴/۶۳	۰/۸۰	۴/۲۷	۱/۱۰	۳۷/۷۱	<۰/۰۰۱
نگرانی‌های جنسی	CBT	۵/۵۰	۳/۳۱	۲/۵۸	۱/۶۷	۲/۱۶	۱/۳۳	۱/۹۱	۱/۰۸	۱۵/۶۰	<۰/۰۰۱
	Spiritual	۶/۲۷	۲/۴۱	۴/۱۸	۲/۹۲	۳/۲۷	۱/۷۹	۳/۴۵	۱/۷۵	۱۴/۷۵	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پروتکل طراحی‌شده درمان شناختی-رفتاری مختص بیماران IBS، در کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است. این یافته‌ها از نتایج برخی پژوهش‌های قبلی مبنی بر کفایت CBT در کاهش شدت علائم روده‌ای بیماران (۱۵،۱۶) و افزایش کیفیت زندگی آنان (۱۹،۲۰) حمایت می‌کند. به نظر می‌رسد افکار ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و به‌تبع تفسیرهای پاتولوژیک از حوادث و علائم برانگیزاننده شدت بیماری با واسطه‌گری افسردگی، تنش و اضطراب است (۳۴). مطابق با دیدگاه Gaynes و Drossman درک مکانیزم‌های تداوم و تشدید این بیماری با رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی میسر است (۳۵). ازآنجایی‌که با درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تفسیرهای فاجعه‌آمیز بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر این برداشت‌ها و خطاهای شناختی زیر بنایی آن اصلاح‌شده است، به‌تبع برون داد این پردازش اطلاعات نیز تغییر کرده و کاهش علائم اتفاق افتاده است. از سوی دیگر شاید کسب توانایی بیرون کشیدن افکار خودکار منفی مرتبط با علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و چالش با آن و افزایش مهارت تغییر نگرش منجر به کنترل تنش و اضطراب و درنتیجه کاهش شدت علائم بدنی را به همراه داشته است. از طرف دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان شناختی- رفتاری مختص سندرم روده تحریک‌پذیر بر نمرات کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کیفیت زندگی بررسی‌شده در این مطالعه درواقع کیفیت زندگی ادراک‌شده (perceived Quality of Life) است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری مختص سندرم روده تحریک‌پذیر این ارزیابی (appraisal) و ادراک (perception) فرد را از خودش، دیگران و محیط و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

آینده (مثلث شناختی) اصلاح‌کرده که منجر بـه ارزیـابی بهتـر از کیفیت زندگی شده است.

از یافته‌های مهم دیگـر ایـن پـژوهش اثربخشـی پروتکـل طراحی‌شده درمـان مبتنـی بـر معنویـت و آمـوزه‌هـای دینـی و فرهنگی بر کاهش علائم IBS بود. این یافتـه‌هـا بـا بخشـی از یافته‌های پـژوهش اسـدالهی (۲۹) کـه مـداخلات معنـوی را در کاهش فراوانی علائم روده‌ای مؤثر دیده همسـو اسـت ولـی بـا بخش دیگر یافته‌های وی که این درمان را بر شدت علائم غیـر مؤثر دانسته، ناهمخوان است. شاید علت ایـن نـاهمخوانی ایـن است که پروتکل روان‌درمـانی مبتنـی بـر معنویـت کـه در ایـن مطالعه استفاده شد یک بسته درمانی مبتنی بر معنویت که طـی یک مطالعه کیفی تهیه شد و بـا جهـت‌گیـری اصـلاح نگـرش، سبک زندگی و تقویت توانمنـدی‌هـای مثبـت روان‌شـناختی در رابطه با بیماران مبتلابه سندرم روده تحریـک‌پـذیر بـوده اسـت. همچنین اجرای پروتکل باعث افزایش معنـادار کیفیـت زنـدگی بیماران شده است. این پروتکـل بـه لحـاظ اینکـه بـا تکیـه بـر فرهنگ و آموزه‌ای دینـی ویژگـی‌هـای مثبـت روان‌شـناختی را تقویت و مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش و به‌نوعی نگرش فرد را به پدیدها تغییر و اصلاح می‌کند؛ بنابراین بـه نظـر ایـن فراینـد منجـر بـه تـاب‌آوری بیشـتر بیمـاران و درک بهتـر آنـان از درد به‌عنوان بخشی از زندگی موجود زنـده تفسـیر مـی‌شـود. تـأثیر روان‌درمانی مبتنی بـر معنویـت و بافتـار فرهنگـی (cultural context) بـر وضـعیت روان‌شـناختی (افسـردگی و اضـطراب) به‌عنوان واسطه‌گر درمان و علائم سندرم روده تحریـک‌پـذیر از نتایج مطالعات قبلی مبنی اثربخشی روان‌درمـانی غنـی‌شـده بـا معنویت (spiritually augmented psychotherapy) بـر کاهش علائـم بیمـاران مبتلابـه اخـتلال افسـرده خـویی (۲۷)، حمایت می‌کند. این پروتکل روان‌درمانی با جهت‌گیری افـزایش امید، خوش‌بینی، احساس خودکارآمدی، تقویت شیوه‌های مقابلـه با استرس و درد، افزایش تاب‌آوری بر ارزیـابی پـایین‌تـر شـدت علائم و افزایش کیفیت زندگی مؤثر بوده است.

عدم تفاوت کلی اثرگذاری پروتکل درمانی مبتنی بر معنویت با پروتکل درمان شناختی رفتـاری بـه‌عنـوان یـک روان‌درمـانی استاندارد حکایت از کفایت مناسـب ایـن درمـان بـه‌ویـژه بـرای جوامعی با زمینه‌های فرهنگی مشابه است. اگرچه بین اثربخشی درمان شناختی رفتـاری مخـتص IBS و پروتکـل روان‌درمـانی مبتنی بر معنویت و فرهنگ ایرانی تفاوتی دیده نشـد؛ ولـی ایـن موضوع کفایت و ارزش این پروتکل را نشـان مـی‌دهـد کـه بـا درمان‌های اسـتاندارد و تائیـد شـده تفـاوتی نـدارد؛ بنـابراین در بیماران ایرانی با زمینه‌هـای معنـوی و باورهـای دینـی احتمـالاً ارجحیت دارد.

نکته قابل‌توجه دیگر مربوط به نتایج مرحله پیگیـری اسـت که در هر دو گروه شاهد ادامه روند بهبودی هستیم و انـدازه اثـر مداخله نه‌تنها کاهش نیافته بلکه بیشتر هم شده اسـت. بـه ایـن معنا که هم شدت و فراوانـی علائـم IBS کـاهش‌یافتـه و هـم شاخص‌های کیفیت زندگی، در مرحله پیگیری نسبت بـه پـس-آزمون بهبودی بیشـتری را نشـان مـی‌دهـد. ازآنجـایی‌کـه ایـن بیماری عمیقاً بر زندگی روزمره بیماران مبـتلا اثـر مـی‌گـذارد و دراین‌بین مجموعه‌ای از عوامـل زیسـتی-روانـی- اجتمـاعی در پدید آیی و تداوم IBS نقش دارنـد (۳۶). لـذا مـداخلات روانـی اجتماعی که به مدیریت شرایط تداوم‌بخـش بپـردازد بـه بهبـود درازمدت منجر می‌شود. به‌ایـن‌ترتیـب ایـن یافتـه‌هـا از دیـدگاه تئوریک دروسمن و همکاران (۳۷) حمایت می‌کند. شاید یکی از دلایل پایداری اثر این باشد کـه هـم درمـان شـناختی رفتـاری مختص IBS طراحی‌شده بود و هم روان‌درمانی بـومی‌سـازی و مطابق با زمینه‌های فرهنگی بود. بعلاوه اثربخشـی دو پروتکـل درمانی در مرحلـه میـانی (پـس از چهـار جلسـه) در بسـیاری از شاخص‌ها دیده شد که این امـر نیـز مـی‌توانـد دال بـر کفایـت مطلوب این پروتکل‌ها به‌عنوان یک درمان کوتاه و به‌صرفه تلقی شود. ازآنجایی‌که بیماری IBS یک اختلال مـرتبط بـا اسـترس است و از طرف دیگر مبتلایان به برخی اختلالات روانـی نظیـر اضطراب و حمله هراس، سطوح زیادی از علائم روده‌ای معده‌ای منطبق بر سندرم روده تحریـک‌پـذیر را گـزارش کـرده‌انـد (۳۸) بنابراین شاید یکی از توجیهات اثربخشی این دو پروتکـل نقـش مشـترک آن‌هـا در کـاهش واسـطه‌گـر افسـردگی، اسـترس و اضطراب است.

نتایج این پژوهش نشان داد هم درمان شـناختی- رفتـاری مختص IBS به‌عنوان یک درمان اسـتاندار و اختصاصـی و هـم درمان مبتنی بر معنویت بر بهبود علائم IBS و کیفیـت زنـدگی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر مـؤثر اسـت؛ بنـابراین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

هرکدام از این دو روش متناسب با نیازهای بیماران، زمینه‌های اعتقادی، فرهنگی و سایر متغیرهای جمعیت شناختی و شخصیتی می‌تواند انتخاب شود ویکی از این دو نوع راهبرد درمانی در طرح جامع درمان این بیماران در کنار درمان‌های روتین گوارش استفاده شود.

شرکت‌کنندگان در این کارآزمایی بالینی همگی زن بودند لذا در تعمیم نتایج به جمعیت کلی بیماران لازم است این موضوع در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به‌واسطه حمایت مالی، از ریاست و کارکنان مرکز تحقیقات روان‌تنی و به‌طور ویژه آقای پیرستانی هماهنگ‌کننده وقت بیماران و مشارکت‌کنندگان در طرح کمال تشکر را داریم. این طرح تحت کد علمی ۲۹۵۰۳۲ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب‌شده است.

References

1. Longo D, Fauci D, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York:McGraw Hill;2012.
2. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors of IBS: A meta-analysis. Clin Gastroenteral Hepatol, 2012; 10: 712-721.
3. Occhipinti K, Smith JW. Irritable Bowel Syndrome: A Review and Update. Clin Colon Rectal Surg2012; 25(1): 46–52.
4. Ghadir MR, Hatami K, Pourshams A. Disseminated Burkit B cells lymphoma with stomach, breast and eyelid involvement. Govaresh2006; 11(3):163-66. [Full Text in Persian]
5. Stanculete MF, Buga AM, Wagner AP, Dumitrascu. The Relationship between IBS and Psychiatric Disorder, J Mol Psychiatry2014; 2(1): 4-14.
6. Tamannaifar MR, Akhavan-Hejazi Z. Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan, Iran. ***Feyz*** 2013; 17(2): 195-202. [In Persian].
7. Masaeli N, Kheirabadi Gh R, Afshar H, Maracy MR, Daghaghzadeh H, Rohafza HR. Relationship between quality of life and symptom severity in patient with IBS. J Res Behave Sci2013; 11 (1): 39-45. [In Persian].
8. Alpers DH. Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res*2008; 64:567-72.
9. Mahvi-Shirazi M, Fathi-Ashtiani AR, Tabatabaei SK, Amini M. Comparison of Mental Health the Mental Health Levels of Patients Suffering from Irritable Bowel Synsrome, and Inflammatory Bowel Disease, and Healthy People. *Res psychol health*2009; 2:75-82.
10. Ghadir MR, Ghanooni AH. Review of Pathophysiology and Diagnosis of IBS. Qom Univ Med Sci2014; 7 (6): 62-70. [In Persian].
11. SE, Stahl D, Kennedy T, Jones R, Darnley S, Chalder T. Mediators of change in cognitive behaviour therapy and mebeverine for irritable bowel syndrome. Psychol Med2011; 41:2669–2679.
12. Andersson E, Ljótsson B, Smit F, Paxling B, Hedman E, Lindefors N, Andersson G, Rück C. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome result from a randomized controlled trial. BMC Public Health2011; 11:215.
13. Kinsinger SW. Cognitive Behavior Therapy for patient with IBS: current insights. Psychol Res Behave Manage2017; 10: 231-237.
14. Tang QL. Lin GY. Zhang MQ. Cognitive-behavioral therapy for the management of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2013; December 14; 19(46): 8605-8610.
15. Jang AL, Hwang SK, Kim DU. The effects of cognitive behavioral therapy in female nursing students with irritable bowel syndrome: a randomized trial. Eur J Gastroenterol Hepatol2014; 26(8):918 -26.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

16. Chilcot J, Moss-Morris R. Changes in illness-related cognitions rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive behavioral therapy intervention. Behav Res Ther2013; 51(10): 690-5.
17. Palsson OS, Whitehead WE. Psychological treatments in functional gastrointestinal disorders: a primer for the gastroenterologist. Clin Gastroenterol Hepatol2013; 11: 208–216.
18. Khan S, Chang L. Diagnosis and management of IBS. Nat Rev Gastroenterol Hepatol2010; 7:565–581.
19. Hunt M, Moshier S, Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. Behav Res Ther2009; 47: 797–802.
20. Haghayegh A, Kalantary M, Molavi H, Talebi M. Efficacy of cognitive behaviour therapy on the quality of life of patient with IBS with predominant pain and diarrhea types. J psychology2010; 14: 95-110. [In Persian].
21. Boyce P, Gilchrist J, Talley NJ, Rose D. Cognitive-behaviour therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study.Aust N Z J Psychiatry2000; 34 (2): 300-9.
22. Blanchard EB, Lackner JM, Gusmano R, Gudleski GD, Sanders K, Keefer L, et al. Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. Behav Res Ther2006; 44(3): 317-37.
23. McCrone P.Cost-effectiveness of cognitive behavior therapy in addition to mebeverine for irritable bowel syndrome. Eur J Gastroenterol Hepatol2008; 20 (4): 255-63.
24. Akuchekian S, Jamshidian Z, Maracy MR, Almasi A, Jazi AHD. Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co morbidity. Isfahan Med. Sch. 2011;(28) 801–811. [In Persian].
25. Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, Romero C, Stanley MA. Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. J. Contemp. Psychother2011;41 (2) 99–108.
26. Hook J N,Worthington EL, Davis DE, Jennings DJ, Gartne AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. Journal of clinical psychology 2010;66 (1): 46–72.0
27. Ebrahimi A1, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. Adv Biomed Res. 2013 Jun 29; 2:53
28. Mir Gh, Meer Sh, Cottrell D, McMillan D, House A, Kanter J W. Adapted behavioural activation for the treatment of depression in Muslims. Journal of Affective Disorders2015;180 190–199.
29. Asadollahi F, Neshatdoost HT, Kalantari M, Mehrabi HA, Afshar H, Daghaghzadeh H. Effectiveness of spiritual therapy on somatic symptoms in female patients with Irritable Bowel Syndrome. J Res Behave Sci2014; 12 (3): 317-327.
30. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The Irritable Bowel Severity Scoring System. Aliment Pharmacol Ther1997; 11 (2): 395-402.
31. Haghayegh 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). Govaresh2008; 13 (2): 99-105.
32. Toner BB, Segal ZV, Emmott SD, MyranD. Cognitive Behavior Treatment of IBS. New York: Guilford2000.
33. Blanchard EB. Irritable Bowel Syndrome: Psychosocial Assessment and Treatment. American Psychological Association. 2000
34. Ebrahimi A1, Afshar H, Doost HT, Mousavi SG, Moolavi H. Attitude scale and general health questionnaire subscales predict depression? J Res Med Sci. 2012 Jan; 17(1):40-4

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

35. Gaynes B N, Drossman D A, The role of psychosocial factors in irritable bowel syndrome. Baillière's Clinical Gastroenterology, 1999, Vol. 13, No. 3, pp 437–452,

36. Sperber AD, Drossman DA. Irritable bowel syndrome: a multidimensional disorder cannot be understood or treated from a unidimensional perspective. Therap Adv Gastroenterol. 2012; 5:387–393.

37. Drossman DA, Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 1999 May; 13 Suppl 2:3-14

38. Haghayegh SA, Neshatdoost H, Drossman DA, Asgari K, Solati 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(2):312-7. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]

Comparison of Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Spiritual Therapy on Symptoms Intensity, Quality of Life, in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Leyli Naddafnia[1], Amrollah Ebrahimi[2], Hamid Taher Neshatdoost[3], Hooshang Talebi[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder with chronic abdominal pain, bowel habit variations, and lack of structural causes. Symptom intensity has a statistical relation with patients' quality of life (QOL) and mental health. The first objective of the present study was to develop and provide a therapeutic plan based on cognitive behavioral therapy (CBT) for IBS that was operated for the very first time in Iran, as well as, compilation a therapeutic plan based on cultural and spiritual components. The second objective was to determine the effectiveness and comparison of those treatments on IBS symptoms intensity, Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL) among patients with IBS.

Methods and Materials: The participants were 23 women with IBS that put in two groups randomly. The participants were diagnosed on the basis of Rome-III diagnosis criteria. One group received cognitive-behavioral therapy and the other group received spiritual therapy for 12 sessions. The data collection tools consisted of IBS Symptom Severity Scale (IBS-SSS), the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL) questionnaire. Data were collected during the weeks of 1, 4, 12, and 24, during the treatment process. Data was analyzed statistically via repeated measures MANOVA in SPSS software.

Findings: Both CBT and Spiritual therapy have a significant effect on IBS symptoms reduction and QOL improvement in patients. The effect of two therapeutic plans persisted until the follow-up stage.

Conclusions: According to the results, applied CBT and spiritual therapy can be implemented as effective treatments for IBS. Therefore, considering with condition and acceptance of patient, the use of each of them as complementary treatment is advised.

Keywords: Irritable bowel syndrome (IBS), Quality of life (QOL), Cognitive behavioral therapy (CBT), Spiritual Therapy.

Citation: Naddafnia L, Ebrahimi A, Neshatdoost H, Talebi H. **Comparison of Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Spiritual Therapy on Symptoms Intensity, Quality of Life, in Patients with Irritable Bowel Syndrome.** J Res Behav Sci 2019; 17(2): 291-302.

Received: 2019.01.13 Accepted: 2019.08.11

1- PhD Student, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2- Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
4- Professor, Department of Statistics, School of Mathematical and Statistical Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
Corresponding Author: Amrollah Ebrahimi Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.12.7]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.291]