Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

The Effectiveness of Lifestyle-Focused Cognitive Behavioral Therapy versus Semantic Cognitive Restructuring Therapy on Chronic Fatigue in Patients with Irritable Bowel Syndrome

M. Akbari Ebtekar (MSc)[1], S. O. Emadian (PhD)[*1], B. Mirzaian (PhD)[1]

1.Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran.

•Corresponding Author: S. O. Emadian (PhD)
Address: Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran.
Tel: +98 (11) 33301125. **E-mail:** emadian2012@yahoo.com

Article Type
Research Paper

Received:
Mar 29th 2024
Revised:
May15th 2024
Accepted:
Jun 23rd 2024

ABSTRACT

Background and Objective: Gastrointestinal diseases are one of the most important and common chronic non-communicable diseases that impose a great economic burden and psychological pressure on society and the healthcare system. Considering the ambiguity in the field of cognitive etiology and treatment of irritable bowel syndrome, this study was conducted to compare the effectiveness of lifestyle-focused cognitive behavioral therapy versus semantic cognitive restructuring therapy on chronic fatigue in patients with irritable bowel syndrome.

Methods: This cross-sectional study was conducted among 45 patients with irritable bowel syndrome who referred to a private clinic. Patients were assigned into 3 groups (n=15) of lifestyle-focused cognitive behavioral therapy, semantic cognitive restructuring therapy, and a control group that did not receive any cognitive therapy with a pretest-posttest design. The Multidimensional Fatigue Inventory with 5 subscales of general fatigue, physical fatigue, reduced activity, reduced motivation, and mental fatigue was used for data collection. The total score of the patient's fatigue intensity is obtained from 0 to 100, where a score of 20-40 indicates low fatigue, 40-60 indicates moderate fatigue, and a score above 60 indicates high fatigue in the individual. Groups were compared before, after and one month after treatment.

Findings: 22 women (48.9%) and 23 men (51.1%) in the age group of 25-49 years participated in this study. The findings showed that lifestyle-focused cognitive behavioral therapy with a score of (53.53±11.12) and semantic cognitive restructuring therapy with a score of (60.40±14.57) in the post-test, and with scores (55.80±11.68 and 59.72±14.94, respectively) in the follow-up after four months were effective on chronic fatigue in patients with irritable bowel syndrome ($p<0.05$). These two intervention groups also showed a significant difference compared with the control group (64.53±15.70 and 64.46±15.77, respectively) ($p<0.05$).

Conclusion: The results of the study showed that lifestyle-focused cognitive behavioral therapy and semantic cognitive restructuring therapy are effective on chronic fatigue in patients with irritable bowel syndrome.

Keywords: *Cognitive Behavioral Therapy, Lifestyle, Semantic Cognitive Restructuring Therapy, Chronic Fatigue, Irritable Bowel Syndrome.*

Cite this article: Akbari Ebtekar M, Emadian SO, Mirzaian B. The Effectiveness of Lifestyle-Focused Cognitive Behavioral Therapy versus Semantic Cognitive Restructuring Therapy on Chronic Fatigue in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2024; 26: e52.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

Copyright © 2024 Babol University of Medical Sciences. Published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

مقایسه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی با درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

مژگان اکبری ابتکار (MSc)[۱]، سیده علیا عمادیان (PhD)[۱*]، بهرام میرزائیان (PhD)[۱]

۱. گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

نوع مقاله
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۳/۱/۱۰
اصلاح:
۱۴۰۳/۲/۲۶
پذیرش:
۱۴۰۳/۴/۳

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های گوارشی یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیر واگیر هستند که بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کنند، با توجه به ابهام در زمینه سبب شناختی و درمان سندرم روده تحریک‌پذیر، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی با درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به مطب خصوصی در ۳ گروه ۱۵ نفری درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی، درمان بازسازی شناختی معنایی و گروه کنترل که هیچ درمان شناختی دریافت نکردند، به صورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات از مقیاس خستگی استمس با ۵ زیر مقیاس خستگی عمومی، خستگی جسمی، کاهش فعالیت، کاهش انگیزه، خستگی ذهنی استفاده شد. نمره کل شدت خستگی بیمار از صفر تا ۱۰۰ به دست می‌آید، که نمره ۴۰-۲۰ نشان دهنده میزان خستگی پایین، ۶۰-۴۰ میزان خستگی متوسط و نمره بالای ۶۰ بیانگر خستگی بالا در فرد می‌باشد. گروه‌ها قبل، بعد و یک ماه پس از درمان با هم مقایسه شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲۲ زن (۴۸/۹٪) و ۲۳ مرد (۵۱/۱٪) در محدوده سنی ۴۹-۲۵ سال شرکت داشتند. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی در پس آزمون با نمره (۱۱/۱۲±۵۳/۵۳) و درمان بازسازی شناختی معنایی با نمره (۱۴/۵۷±۶۰/۴۰) و در پیگیری یک ماه بعد به ترتیب با نمره (۱۱/۶۸±۵۵/۸۰ و ۱۴/۹۴±۵۹/۷۲) بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بودند ($p<۰/۰۵$). این دو گروه مداخله با گروه کنترل نیز به ترتیب با نمره (۱۵/۷۰±۶۴/۵۳ و ۱۵/۷۷±۶۴/۴۶) نیز تفاوت معنی‌داری داشتند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی و درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، سبک زندگی، درمان بازسازی شناختی معنایی، خستگی مزمن، سندرم روده تحریک‌پذیر.

استناد: مژگان اکبری ابتکار، سیده علیا عمادیان، بهرام میرزائیان. مقایسه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی با درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۴۰۳؛ ۲۶: e۵۲.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه مژگان اکبری ابتکار دانشجوی دکتری رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر سیده علیا عمادیان

آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، گروه روانشناسی. تلفن: ۳۳۳۰۱۱۲۵-۰۱۱ رایانامه: emadian2012@yahoo.com

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال عملکردی شایع روده می‌باشد که با درد شکمی مکرر مشخص می‌شود و با اجابت مزاج یا تغییر در عادات روده همراه است (۱). عادات غیر عادی روده می‌تواند یبوست، اسهال، یا ترکیبی از یبوست و اسهال و علائم نفخ/ اتساع شکم باشد. علائم در حداقل ۶ ماه رخ می‌دهد و باید در ۳ ماه قبل از تشخیص وجود داشته باشد (۲). ابهام در زمینه سبب شناسی و حتی تشخیص این اختلال به دلیل مکانیسم‌ها و تظاهرات مختلف منجر به بروز رویکردهای درمانی متفاوتی برای این سندرم گردیده است (۳). در غیاب نشانگرهای پایا و معتبر زیستی برای طبقه بندی دقیق این بیماران در حال حاضر روند تشخیص گذاری منطبق با نشانگان ارائه شده توسط خود بیمار صورت می‌گیرد که به تعیین شدت کلی بیماری و تدوین برنامه‌های درمانی نیز منجر خواهد شد (۴). خستگی مزمن از علامت‌های رایج سندرم روده تحریک‌پذیر است که کیفیت زندگی بیماران را کاهش می‌دهد، اما چگونگی مکانیزم دقیق آن هنوز مشخص نیست (۵). خستگی مزمن که به عنوان کاهش انرژی جسمانی، ذهنی و شناختی و افت معنی‌دار فعالیت‌های فرد تعریف می‌شود، یک اختلال پیچیده و ناتوان کننده است که هرگز با استراحت از بین نمی‌رود و حتی ممکن است با فعالیت‌های ذهنی و بدنی بدتر شود (۷و۶). شناخت بیماران از بیماری و رنجشان می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد (۸). نتیجه این کاهش عملکرد، در ابعاد اجتماعی، عاطفی یا هیجانی و به ویژه فرآیندهای شناختی که اهمیت زیادی دارد دیده می‌شود (۹).

وقتی یک بیماری برای یک فرد تشخیص داده می‌شود و یا هنگامی که فرد دچار آسیبی می‌شود، تلاش می‌کند یک طرحواره شناختی از بیماری تشکیل دهد تا بیماری را برای خودش معنا کند (۱۱و۱۰). افرادی که مبتلا به این سندرم هستند اغلب عملکردی در سطح پایین‌تر نسبت به یک فرد معمولی و سالم دارند. در این میان خستگی شایع‌ترین علامت است که با فرسودگی شدید ذهنی و بدنی مشخص می‌شود و عاملی برای کاهش ۵۰٪ تمامی فعالیت‌های فرد مبتلا است. دلایل وقوع و شیوع خستگی مزمن نامشخص است. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از گروه‌های پر خطر برای گرفتار شدن به این بیماری هستند (۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده، ۹۰-۵۰٪ از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در طول زندگی خود، یک اختلال روان شناختی نظیر اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال اضطراب منتشر، افسردگی و اختلالات سوماتوفرم را تجربه می‌کنند (۱۳). نقش عوامل مرتبط با سیستم عصبی مرکزی در بیماری زایی سندرم روده تحریک پذیر، با توجه به تشدید علائم به دنبال اضطراب و اختلالات روان شناختی، و پاسخ مناسب به درمان‌های مؤثر بر قشر مغز، به طور ویژه مورد توجه قرار گرفته است (۱۴).

به طور کلی عواطف، هیجانات و حالات روحی بر شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر چشمگیری دارند و از طرفی بیماران مبتلا به این سندرم تحت تأثیر رنج ناشی از علائم جسمانی متعدد، هیجانات منفی زیادی را تجربه می‌کنند (۱۵). رویکردهای بازسازی شناختی، به افراد یاد می‌دهند که مفروضات خود را درباره وضعیت‌ها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند. اعتقاد بر آن است که افکار غیر منطقی، رفتارهای منطقی را به وجود می‌آورند که می‌توان آن‌ها را با تغییر دادن افکار زیربنایی اصلاح کرد (۱۶). مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار نادرستی نشأت می‌گیرند که افراد در موقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند (۱۷). از این رو درمانگران شناختی معمولاً به جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی، وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر، اصلاح شناخت، تفسیر فرد، منطقی و مستدل ساختن طرز فکر فرد متمرکز می‌شوند (۱۸).

طبق پروتکل مطرح شده در روش درمانی بازشناختی، بیمار تحت آموزش به روش بازسازی می‌آموزد که بسیاری از باورهای او درباره عوامل ایجاد کننده مشکلات سندرم روده تحریک‌پذیر و روش‌های کنترل و پیشگیری‌اش، غیر منطقی است و باید بازاندیشی شود و به طور واقعی مدنظر قرار گیرد. از این رو طی دوره مداخله، افراد خود را بیش از قبل، در کنترل و درمان وضعیت بیماری خود مسئول می‌دانند. با توجه به بازاندیشی شناختی و دقت در شرایط زندگی، تعاملات با دیگران و نوع سبک زندگی، منبع سلامت مربوط به افراد موثر در این روش به خوبی افزایش می‌یابد. Alipour و همکاران در پژوهش خود، اثربخشی درمان بازسازی شناختی بر کاهش اضطراب را تایید کردند (۱۹). یافته‌های Farid و همکاران نیز نشان داد که مداخله بازسازی شناختی در بهبودی باورهای غیر منطقی می‌تواند مؤثر واقع باشد (۲۰). Kalantari و همکاران نیز نشان دادند که مداخله بازسازی شناختی منجر به کاهش درماندگی آموخته شده می‌گردد (۲۱). از آنجا که روش بازسازی شناختی معنایی نیز برگرفته از روش‌های درمانی شناختی رفتاری است، می‌توان به برخی از پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر متغیرهای گوناگون در جوامع مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اشاره نمود.

با توجه به کمبود منابع پژوهشی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی و درمان بازسازی شناختی معنایی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی با درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1402.025 بر روی ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به مطب خصوصی در سال ۱۴۰۲، در ۳ گروه ۱۵ نفری درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی، درمان بازسازی شناختی معنایی و گروه کنترل که هیچ درمان شناختی دریافت نکردند، به صورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول کوهن و مطالعات قبلی (۲۲) ۱۰ نفر در هر گروه برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزیش نمونه‌ها، ۱۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. بیماران با تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیارهای Rome II (۲۳) با تایید متخصص گوارش، دریافت نکردن درمان‌های روان شناختی طی سه ماه گذشته و عدم سابقه روان درمانی و مصرف داروهای روانپزشکی (بر اساس بررسی پرونده پزشکی) طی ۱۰ سال قبل وارد مطالعه شدند. در صورت عدم تمایل به ادامه کار، غیبت بیش از ۳ جلسه در کلاس‌های درمان از مطالعه خارج شدند.

بیماران به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند؛ بدین صورت که افراد واجد شرایط به روش تصادفی سازی با بلاک‌های شش تایی (AABBCC) (Permuted Block Randomization) و تعداد بلاک ۸ و با استفاده از سایت http://www.randomization.com/ در یکی از سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند.

پس از انتخاب نمونه‌ها، در مورد موضوع، دوره‌های درمان، اهداف و ملاحظات اخلاقی تحقیق توضیح داده شد. ابتدا پیش آزمون اجرا شد، آزمون‌های قبل، بعد و پیگیری ۴ ماه بعد با استفاده از پرسشنامه خستگی مزمن استمس (۲۴) با ۵ زیر مقیاس خستگی عمومی، خستگی جسمی، کاهش فعالیت، کاهش انگیزه، خستگی ذهنی و نمره ۱۰۰-۰ به صورتی که ۴۰-۲۰ نشان دهنده میزان خستگی پایین، ۶۰-۴۰ نشان دهنده میزان خستگی متوسط و نمره بالای ۶۰ بیانگر خستگی بالا در فرد می‌باشد، انجام شد. گروه کنترل هیچ درمان روانشناختی دریافت نکردند. پایایی و روایی پرسشنامه خستگی برای ۵ زیر مقیاس، ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (۲۴).

بعد از هماهنگی‌ها و کسب مجوزهای لازم و دریافت رضایت نامه کتبی از افراد درخواست شد تا به مرکز مشاوره مراجعه و در پیش آزمون شرکت نمایند. بعد از همسان سازی بر اساس جنسیت، سطح تحصیلات و سن در سه گروه مداخله اول، دوم و کنترل جای گذاری شدند. جلسات گروه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت مجازی برگزار شد (۲۵) (جدول ۱). برای گروه درمان بازسازی شناختی معنایی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک بار در هفته به صورت مجازی انجام شد (۲۶) (جدول ۲). بعد از جلسات مداخله نیز پس‌آزمون اجرا و بعد از چهار ماه، نیز پیگیری انجام شد.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	رویکرد کنترل استرس و سبک زندگی: معرفی برنامه، ارائه توضیحاتی در زمینه تغییر سبک زندگی، تصویر سازی ذهنی، اهمیت خودپایی و ثبت آن، توضیحاتی درباره کاربرگ‌ها
جلسه دوم	اصل‌ها در برابر تکنیک‌ها درک سیستم‌های پاسخ دهی و اهمیت فعالیت بدنی: یافتن الگو، منبع و اصول استرس، نشانه‌های بارز استرس، تعیین اهداف منطقی، مرور و تکلیف خانگی چرخه پاسخ به استرس، اهمیت فعالیت بدنی، اجرای فعالیت بدنی و ثبت آن
جلسه سوم	تنش زدایی و مدیریت زمان، الگوی ABC، نگرش‌ها و نقش روابط اجتماعی: خودگویی‌ها، به چالش کشیدن افکار مخرب و استرس آور، نقش احساسات و منشأ آن، توضیحاتی در زمینه تفکر منطقی
جلسه چهارم	جرأت ورزی و اهمیت تغذیه: مرور کاربرگ‌ها، توضیحاتی درباره جرات ورزی، اهمیت تغذیه مناسب، مدیریت استرس، نقش حمایت خانواده و کمک طلبی
جلسه پنجم	تصویر سازی ذهنی، استرس و غذا خوردن، غلبه بر رویدادهای منفی، اجتناب از خودانتقادگری، پاداش به خود، پیروی از رژیم غذایی مناسب، توضیحاتی در زمینه خشم، ارزیابی فعالیت بدنی نظیر پیاده روی و ...، مرور و حل مشکلات
جلسه ششم	آزمون واقعیت و نردبان دو طرفه، دام‌های نگرشی و حل مسأله: معرفی آزمون، واقعیت ساختن یک نردبان دو طرفه، تنش زدایی از طریق فراخوانی، باورهای مرتبط با ناکامی و استرس، حل مسأله
جلسه هفتم	زنجیره‌های رفتاری و اهمیت نقش‌ها: استرس به عنوان یک زنجیره، شکستن زنجیره، مرور زنجیره رفتاری بیماران، تعیین نقش‌ها و اهداف
جلسه هشتم	تقویت خود در برابر محیطی استرس زا: رویدادهای چالش انگیز زندگی، پیشگیری از عود و کنترل، مرور و جمع بندی برنامه

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

جدول ۲. پروتکل درمان بازسازی شناختی معنایی

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اهداف و قواعد گروه: ایجاد ارتباط و همدلی
جلسه دوم	شناسایی افکار به عنوان علل ناراحتی و آشفتگی شناسایی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها، رفتارها، احساس‌ها، یادآوری قواعد و توصیه‌های گروه و تاکید بر لزوم رعایت آن در طول دوره
جلسه سوم	شناسایی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها: ارائه یک مثال با ۳ موقعیت توسط مشاور برای آشنا شدن اعضا و چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دردسر ساز
جلسه چهارم	بررسی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها، بررسی ارزیابی و اصلاح شناخت‌ها: ارائه اطلاعات راجع به نقش شناخت و معرفی فرمول ABC
جلسه پنجم	بازبینی فهم مراجعین از نتایج الگوی ABC ایجاد بینش در اعضا درباره نقش موثر باورها (B)
جلسه ششم	سنجش افکار اتوماتیک و تحریف‌های شناختی ایجاد بینش نسبت به این که افراد با تکرار افکار نامعقول خود باعث ادامه آشفتگی می‌شوند
جلسه هفتم	ایجاد بینش نسبت به اینکه تکرار افکار نامعقول باعث ادامه آشفتگی فرد می‌شوند
جلسه هشتم	شناخت و ردیابی خطاهای شناختی مهم در افکار توسط اعضای گروه
جلسه نهم	شناخت و ردیابی باورهای غیر منطقی
جلسه دهم	شناخت و چالش با باورهای غیر منطقی از طریق ایفای نقش اعضا به پنج گروه سه نفری تقسیم و هر یک یکی از باورهای غیر منطقی محول شد تا پس از بحث و گفتگو و فهم مشترک آن را به چالش بکشند که چرا غیر منطقی است؟
جلسه یازدهم	شناخت و چالش با باورهای غیر منطقی از طریق ایفای نقش
جلسه دوازدهم	توضیح و بازبینی انواع بینش‌ها در مراجع جمع بندی

سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون آماری تحلیل واریانس، Anova Repeated Measure و با آزمون‌های تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۲ زن (۴۸/۹٪) و ۲۳ مرد (۵۱/۱٪) در محدوه سنی ۴۹-۲۵ سال شرکت داشتند و سه گروه از نظر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند (جدول ۳). یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی در پس آزمون با نمره (۱۱/۱۲±۵۳/۵۳) و درمان بازسازی شناختی معنایی با نمره (۱۴/۵۷±۶۰/۴۰) و در پیگیری یک ماه بعد به ترتیب با نمره (۱۱/۶۸±۵۵/۸۰ و ۱۴/۹۴±۵۹/۷۲) بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بودند ($p<۰/۰۵$). این دو گروه مداخله با گروه کنترل نیز به ترتیب با نمره (۱۵/۷۰±۶۴/۵۳ و ۱۵/۷۷±۶۴/۴۶) تفاوت معنی‌داری داشتند ($p<۰/۰۵$) (جدول ۴).

نتایج بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) با اندازه اثر ۷۳٪ و بین گروهی با اندازه اثر ۷۶٪ معنی‌دار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنی‌دار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنی‌دار بود ($p=۰/۰۰۱$) (جدول ۵). میانگین خستگی مزمن در گروه درمان ترکیبی (شناختی-رفتاری و بازسازی شناختی) در پایان پس آزمون پایین‌تر از گروه گواه بوده است ($p<۰/۰۱$). علاوه بر این، از نظر تاثیرگذاری، درمان شناختی-رفتاری تاثیر بالاتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی بر متغیرهای پژوهش داشت. میانگین خستگی مزمن در گروه درمان ترکیبی (شناختی-رفتاری و بازسازی شناختی) در پایان پس آزمون پایین‌تر از گروه کنترل بوده است ($p<۰/۰۱$) (جدول ۶).

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

جدول ۳. مقایسه مشخصات دموگرافیک سه گروه تحت مطالعه

متغیرهای دموگرافیک	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی تعداد(درصد)	درمان بازسازی شناختی معنایی تعداد(درصد)	گواه تعداد(درصد)	p-value
جنسیت				
زن	۶(۴۰)	۱۲(۸۰)	۴(۲۶/۷)	۰/۳۳
مرد	۹(۶۰)	۳(۲۰)	۱۱(۷۳/۳)	
تأهل				
مجرد	۰(۰)	۰(۰)	۱(۶/۷)	۱/۰۰
متأهل	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۴(۹۳/۳)	
سن				
زیر ۳۰ سال	۱(۶/۷)	۵(۳۳/۳)	۰(۰)	۰/۴۳
۳۰-۳۹	۱۰(۶۶/۷)	۴(۲۶/۷)	۱۰(۶۶/۷)	
۴۰-۴۹	۴(۲۶/۷)	۶(۴۰)	۵(۳۳/۳)	
تحصیلات				
بی‌سواد	۱(۶/۷)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰/۰۸
زیر دیپلم	۱۱(۷۳/۳)	۱۴(۹۳/۳)	۱۴(۹۳/۳)	
فوق دیپلم	۲(۱۳/۳)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	
کارشناسی	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	

جدول ٤. مقایسه نمره خستگی مزمن در سه گروه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی، درمان بازسازی شناختی معنایی و گروه کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر / گروه	پیش آزمون* Mean±SD	پس آزمون* Mean±SD	پیگیری* Mean±SD
خستگی مزمن			
شناختی-رفتاری	۶۵/۸۶±۱۴/۷۴	۵۳/۵۳±۱۱/۱۲	۵۵/۸۰±۱۱/۶۸
بازسازی شناختی	۶۶/۵۸±۱۶/۳۶	۶۰/۴۰±۱۴/۵۷	۵۹/۷۲±۱۴/۹۴
کنترل	۶۵/۱۱±۱۵/۵۹	۶۴/۵۳±۱۵/۷۰	۶۴/۴۶±۱۵/۷۷

*p<۰/۰۵

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون خستگی مزمن در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value	مجذور اتا
خستگی مزمن						
زمان	۲۳۰/۴۶	۱/۴۳	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
زمان*گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۴۳	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
گروه	۲۸۴/۵۷	۲	۱۴۲/۲۸	۲۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶

جدول ٦. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	زیر گروه	تفاوت میانگین	p-value
خستگی مزمن	شناختی-رفتاری	بازسازی شناختی	-۷/۱۷	۰/۰۰۱
		کنترل	-۹/۹۷	۰/۰۰۱
	بازسازی شناختی	کنترل	-۴/۷۹	۰/۰۰۱

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی تأثیر بالاتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد. نتایج این مطالعه با یافته‌های Mafakheri و همکاران (۲۷)، Pak Andish و همکاران (۲۸)، Mosayebi و همکاران (۲۹)، Babahasani و همکاران (۳۰) و Shareh و همکاران (۳۱) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در سراسر جهان خدمات سلامتی به سمت روش‌های بیمار محور تمایل داشته و زیربنای این کار مشارکت دادن بیماران در ارتقاء سطح سلامتی خودشان است. Sharma و همکاران نیز در پژوهش خود روش بازسازی شناختی را بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی تایید کردند (۳۲). Focht و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی مداخله درمان شناختی رفتاری گروهی متمرکز بر سبک زندگی بر پیامدهای شناختی اجتماعی نشان دادند که مداخله منجر به بهبود قابل توجه خستگی مزمن، خودکارآمدی و رضایت از عملکرد خود می‌شود (۳۳). نتایج مطالعه نشان داد که آموزش سبک زندگی سالم به شیوه شناختی رفتاری، رفتارهای خودمدیریتی را که با کنترل بیماری و کاهش علائم همراه است، به دنبال دارد. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که درمان شناختی–رفتاری تأثیر بالاتری در مقایسه با درمان بازسازی شناختی بر خستگی مزمن دارد. نتایج این مطالعه با یافته‌های Alipour و همکاران (۱۹)، Pak Andish و همکاران (۲۸)، Shareh و همکاران (۳۱)، Addison و همکاران (۳۴) همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی نسبت به درمان بازسازی شناختی معنایی در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان گفت که پزشکان متخصص بر امر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی در این بیماری تأکید کافی ندارند. معمولاً نیازهای آموزشی این بیماران از سوی پزشکان مورد توجه قرار نمی‌گیرد (۳۵). از آنجایی که تمام مشکلات عاطفی و روان شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از خطاهای فکری، تحریف‌های شناختی و باورهای ناکارآمد و غیر منطقی ناشی می‌شود، لذا توجه پزشکان به باورهای بیمارانشان و شناسایی موانع بهداشتی از سوی ایشان می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر افزایش احتمال موفقیت آمیز بودن درمان داشته باشد. با توجه به وضعیت آموزشی فعلی، جهت افزایش اطلاعات بیماران تلاش زیادی لازم است. بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود که ابعاد آن به سرعت در حال گسترش است. دگرگونی‌های سریع اقتصادی و اجتماعی دهه‌های اخیر سبب شده است که شیوع عوامل خطر بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته باشد (۳۶).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، مهم‌ترین محدودیت این پژوهش بود و همچنین استفاده از پرسشنامه که یک ابزار خود گزارش دهی است، احتمال سوگیری در پاسخگویی آزمودنی‌ها را به وجود می‌آورد و محدود شدن جامعه پژوهش به کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شهر بابل در سال ۱۴۰۲، که در تعمیم نتایج به افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر سایر مناطق و شهرها و حتی سایر بیماری‌ها را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به منظور تعمیم دهی بهتر نتایج، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پژوهش بر روی زنان و مردان مبتلا به سایر بیماری‌ها و مراکز درمانی شهرهای دیگر انجام شود و نتایج آن را با نتایج مطالعه حاضر مقایسه نمایند تا بتوان در تعمیم و اثربخشی نتایج با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه‌ای مبتنی بر مصاحبه نیمه ساختار یافته) استفاده شود. همچنین با توجه به اثربخشی روش درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی و درمان بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر، پیشنهاد می‌شود روانشناسان بالینی و درمانگران در مداخلات خود به ویژه در زمینه متغیرهای مذکور از روش درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی و درمان بازسازی شناختی معنایی استفاده کنند. با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی و درمان بازسازی شناختی معنایی بر بهبود خستگی مزمن در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر، به مشاوران و سایر درمانگران توصیه می‌شود تا در مصاحبه بالینی خود و تحلیل سبب‌شناختی مشکلات مراجعان، عناصر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سبک زندگی و درمان بازسازی شناختی معنایی مراجعین را مورد کنکاش قرار دهند و از طریق شناخت راهبردهای ناکارآمد آنان، بر اثربخشی شیوه درمان خود بیفزایند و راهبردهای کارآمد را به فرد آموزش دهند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری برای حمایت از این تحقیق و همچنین از آقای دکتر محمد سالکی برای اجازه تحقیق بر روی بیماران ایشان قدردانی می‌گردد.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

References

1.Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2020;17(8):473-86.

2.Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. Gut. 2021;70(7):1214-40.

3.Chong PP, Chin VK, Looi CY, Wong WF, Madhavan P, Yong VC. The Microbiome and Irritable Bowel Syndrome - A Review on the Pathophysiology, Current Research and Future Therapy. Front Microbiol. 2019;10:1136.

4.Kim YS, Kim N. Sex-Gender Differences in Irritable Bowel Syndrome. J Neurogastroenterol Motil. 2018;24(4):544-58.

5.Sotzny F, Blanco J, Capelli E, Castro-Marrero J, Steiner S, Murovska M, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome - Evidence for an autoimmune disease. Autoimmun Rev. 2018;17(6):601-9.

6.Wong TL, Weitzer DJ. Long COVID and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)-A Systemic Review and Comparison of Clinical Presentation and Symptomatology. Medicina (Kaunas). 2021;57(5):418.

7. Kim YJ, Lee SG, Lee JS, Choi YJ, Son CG. Comparative characteristics of fatigue in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res. 2024;177:111589.

8. Koloski N, Shah A, Kaan I, Ben Jacob R, Talley NJ, Jones MP, et al. Healthcare Utilization Patterns: Irritable Bowel Syndrome, Inflammatory Bowel Disease, and Gastroesophageal Reflux Disease. Dig Dis Sci. 2024;69(5):1626-35.

9.Tattan M, Ørnbøl E, Wellnitz KB, Hanssen DJC, Dantoft TM, Rosmalen JGM, et al. Factors associated with having previously received a diagnosis of fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and irritable bowel syndrome: A cross sectional DanFunD study. J Psychosom Res. 2024;181:111693.

10.Brenner DM, Sharma A, Rao SSC, Laitman AP, Heimanson Z, Allen C, et al. Plecanatide Improves Abdominal Bloating and Bowel Symptoms of Irritable Bowel Syndrome with Constipation. Dig Dis Sci. 2024;69(5):1731-8.

11.Nybacka S, Törnblom H, Josefsson A, Hreinsson JP, Böhn L, Frändemark Å, et al. A low FODMAP diet plus traditional dietary advice versus a low-carbohydrate diet versus pharmacological treatment in irritable bowel syndrome (CARIBS): a single-centre, single-blind, randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024;9(6):507-20.

12.Lim EJ, Ahn YC, Jang ES, Lee SW, Lee SH, Son CG. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). J Transl Med. 2020;18(1):100.

13.Simpson CA, Mu A, Haslam N, Schwartz OS, Simmons JG. Feeling down? A systematic review of the gut microbiota in anxiety/depression and irritable bowel syndrome. J Affect Disord. 2020;266:429-46.

14.Le Morvan de Sequeira C, Kaeber M, Cekin SE, Enck P, Mack I. The Effect of Probiotics on Quality of Life, Depression and Anxiety in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2021;10(16):3497.

15.Porcelli P, De Carne M, Leandro G. Distinct associations of DSM-5 Somatic Symptom Disorder, the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R) and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. Gen Hosp Psychiatry. 2020;64:56-62.

16.Asikhia OA. Effect of Cognitive restructuring on the reduction of Mathematics anxiety among senior secondary school students in Ogun State, Nigeria. Int J Educ Res. 2014;2(2):1-20.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

17.Kranke D, Weiss EL, Gin J, Der-Martirosian C, Brown J, Saia R, et al. A "culture of compassionate bad asses": A qualitative study of combat veterans engaging in peer-led disaster relief and utilizing cognitive restructuring to mitigate mental health stigma. Best Pract Ment Health. 2017;13(1):20-33.

18.Ashrafi M, Jomehri F, Niknam M, Rafieipour A. Effects of Cognitive Restructuring on Health Control and Self-Care in Women With Hypertension. Middle Eastern J Disabil Stud (MEJDS). 2020;10:191. [In Persian]

19.Alipour A, Rezai A, Hashemi T, Yousefpour N. The effectiveness of cognitive behavioral therapy focused on lifestyle modification to increase monitoring vital signs and coronary heart disease and psychological well-being. Health Psychol. 2017;5(20):125-36. [In Persian]

20.Farid A, Habibi-Kaleybar R, Moshtary E Sahneh B. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Neurofeedback on the Executive Functions of Primary School Female Students with Learning Disabilities. J Psychol Exceptional Individuals. 2021;11(43):175-206. [In Persian]

21.Kalantari M, Molavi H, Jafari D. The effectiveness of cognitive restructuring training on reducing the learned helplessness of male students of Hamadan, cognitive science news. Adv Cogn Sci. 2001;3(4):10-5. [In Persian] Available from: https://icssjournal.ir/article-1-683-fa.pdf

22.Stemmet CL. Perceptions and experiences of nurses about the mobile clinic work environment [MSc thesis]. South Africa, Stellenbosch: Stellenbosch University, Faculty of Health Sciences; 2016. Available from: https://core.ac.uk/download/188223604.pdf

23.North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. World J Gastroenterol. 2007;13(14):2020-7.

24.Schulz R, Monin JK, Czaja SJ, Lingler JH, Beach SR, Martire LM, et al. Measuring the experience and perception of suffering. Gerontologist. 2010;50(6):774-84.

25.Barlow DH, Rapee RM, Reisner LC. Mastering Stress. American Health Publishing Company; 2001. p. 451-2.

26.Amani A, Hadi M, Yoosefi N. The Effectiveness of Adlerian Group Counseling on Marital Disturbance and Interpersonal Conflict of Couples. Biannual J Appl Couns. 2018;8(2):73-92. [In Persian]

27.Mafakheri A, Khorrami M, Kaviyani F, Ashrafifard S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Strategies of Emotional Regulation and General Self-Efficacy among Mothers of Children with Cerebral Palsy. Q J Health Psychol. 2022;11(42):85-100. [In Persian]

28.Pak Andish Sh, Kraskian A, Jamhari F. Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Regulating Emotion and Mental Health of Obese Women. Iran J Nurs Res (IJNR). 2021;16(2):59-68. [In Persian]

29.Mosayebi M, Ghanadzadegan H, Mirzaian B. Comparison of the Effectiveness of Semantic Cognitive Reconstruction Therapy and Self-Encouragement Therapy on Chronic Fatigue in People with Psychosomatic Skin. Rooyesh-e-Ravanshenasi J (RRJ). 2021;10(9):193-204. [In Persian]

30.Babahasani Kh, Amini N, Shafieabadi A, Deyreh E. Effectiveness of Existential Group Therapy on Experience and Perception of Suffering, Emotional Regulation and Happiness in Migraine patients. J Soc Psychol. 2021;9(58):295-309. [In Persian]

31.Shareh H, Robati Z. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. Iran J Psychiat Clin Psychol. 2021;26(4):418-31. [In Persian]

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]

32.Sharma A, Rushton K, Lin IW, Nguyen T, Althoff T. Facilitating Self-Guided Mental Health Interventions Through Human-Language Model Interaction: A Case Study of Cognitive Restructuring. In: CHI '24: Proceedings of the CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. Honolulu, HI, USA: 2024. p.1-29.

33.Focht BC, Lucas AR, Grainger E, Simpson C, Fairman CM, Thomas-Ahner JM, et al. Effects of a Group-Mediated Cognitive Behavioral Lifestyle Intervention on Select Social Cognitive Outcomes in Prostate Cancer Patients Undergoing Androgen Deprivation Therapy. Integr Cancer Ther. 2019;18:1534735419893764.

34.Addison S, Shirima D, Aboagye-Mensah EB, Dunovan SG, Pascal EY, Lustberg MB, et al. Effects of tandem cognitive behavioral therapy and healthy lifestyle interventions on health-related outcomes in cancer survivors: a systematic review. J Cancer Surviv. 2022;16(5):1023-46.

35.Pan Y, Liu HY, Zhong S. Effect of cognitive behavior therapy (CBT) on lowering of blood glucose levels in gestational diabetes mellitus (GDM) patients: study protocol for a prospective, open-label, randomized controlled trial. Trials. 2023;24(1):26.

36.Reynolds AC, Sweetman A, Crowther ME, Paterson JL, Scott H, Lechat B, et al. Is cognitive behavioral therapy for insomnia (CBTi) efficacious for treating insomnia symptoms in shift workers? A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2023;67:101716.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.52]