



روان پرستاری

دوره سوم شماره ۲ (پیاپی ۱۰) تابستان ۱۳۹۴ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۴۵-۲۵۰۱

- ۱..... مقایسه میزان استرس شغلی زنان پرستار و زنان عضو گروه پزشکی در بیمارستانهای آموزشی منتخب شهر اصفهان
مریم معین، دکتر محسن ادیب حاج باقری
- ۱۱..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به چاقی
لیلی نوریان، اصغر آقایی
- ۲۱..... اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک پذیر
جواد محمدی، سیمین غلامرضایی، امیر عزیزی
- ۳۱..... رابطه بین فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد در بیماران سرطانی
نرگس صفری، علی کاوسی، لایلا جویباری، اکرم ثناگو
- ۴۳..... مقایسه اثر درمانی فلوکسامین و پاروکستین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا
محمد رضا خدایی اردکانی، عماد ثنائی، آرش میراب زاده، نرگس پورحیدری، ندا علی بیگی، محمد رضا شیخی
- ۵۱..... استرس ادراک شده و شیوه های مقابله با آن در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک
مریم گنجور، هادی جعفری منش، مریم جدید میلانی، هاجر صادقی
- ۶۲..... رابطه بین اعتماد اجتماعی و گرایش های مطلوب اجتماعی
فاطمه افقری، سیمین قاسمی
- ۷۲..... مقایسه افسردگی پس از زایمان در پدران و مادران سقزی
رضا قانع قشلاق، حسن محمودی، وجیهه باغی

به نام خداوند جان و خرد
نشریه تخصصی روان پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره سوم - شماره ۲ (پیاپی ۱۰) - تابستان ۱۳۹۴

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره بین المللی نشریه چاپی (Print-ISSN): ۲۵۰۱-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی (e-ISSN): ۲۵۲۸-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیون نشریات علوم پزشکی کشور: به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

• **شورای نویسندگان** (به ترتیب حروف الفبا):

• **مشاوران علمی این شماره** (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عباس عبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)
- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نجومی، دانشیار انستیتو پاستور ایران
- دکتر علی نویدبان، دانشیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتا طلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

• **ویراستار انگلیسی:** دکتر علی نجومی

• **ویراستار فارسی:** محمدرضا شیخی

• **حروفچینی و صفحه‌آرایی:** مهندس صادق توکلی

• **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸، **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

• **e-mail:** info@ijpn.ir , **Website:** http://ijpn.ir

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده

تحریک‌پذیر

جواد محمدی^۱، سیمین غلامرضایی^۲، امیر عزیزی^۳

چکیده

مقدمه: اختلال در کیفیت خواب و اضطراب از جمله علایم شایع در بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر به شمار می‌آیند. در دهه‌ی اخیر رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یکی از درمان‌های موثر در درمان بسیاری از اختلالات معرفی شده است. به همین منظور هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر است.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد و انتساب تصادفی) می‌باشد. نمونه‌ی آماری پژوهش، شامل ۳۰ بیمار مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که از میان کلیه بیمارانی 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 خواب پترزبرگ و اضطراب بک، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و شاهد قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه‌ای (هفته‌ای یک جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) رفتار درمانی دیالکتیکی در گروه آزمایشی، به منظور سنجش متغیر وابسته (کیفیت خواب و اضطراب)، مجدداً پرسشنامه کیفیت خواب و اضطراب به عنوان پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS v.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری موثر بوده است؛ به طوری که بعد از انجام مداخله، میانگین نمرات کیفیت خواب و اضطراب کاهش یافتند.

نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند باعث افزایش کیفیت خواب و کاهش میزان اضطراب در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر گردد. بنابراین این مداخله به عنوان درمانی موثر در بهبود این نشانه‌ها کاربرد دارد و می‌توان با اجرای آن به بهبود وضعیت روانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک کرد.

کلیدواژه: سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت خواب، اضطراب، رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۹

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم‌آباد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسؤل).

پست الکترونیکی: javad.m60@gmail.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

مقدمه

اضافی در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر می‌شوند. اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و احساس ناراحت کننده‌ای است که خطری نامعلوم و مبهم را تداعی می‌کند (۱۱) اضطراب واجد علائم جسمی (مانند لرزش دست و پا، تپش قلب، تهوع، اسهال و خشکی دهان) شناختی (کاهش تمرکز، گوش به زنگ بودن، احساس سردرگمی، ترس از دیوانه شدن) ادراکی (مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) و رفتاری (تحریک پذیری و بی حرکت ماندن) است (۱۲).

با وجود مطالعات بسیاری که در درمان سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفته، تنها اثربخشی تعداد اندکی از درمان‌ها اثبات شده است و درمان این اختلال اغلب دست‌نیافتنی است (۱۳). نیاز به شناسایی درمان‌های موثر بسیار مهم است، زیرا درمان سندرم روده تحریک پذیر هزینه‌های بسیار گزافی را به خود اختصاص می‌دهد و با اختلالات قابل توجهی در زمینه کیفیت زندگی، موقعیت شغلی و عملکرد جنسی در ارتباط است (۱۴).

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در بهبود علائم جسمی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر موثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، رفتار درمانی دیالکتیکی است (۱۵). رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical behavioral therapy) یا DBT 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 ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را در شیوه‌ی درمان گروهی مطرح می‌کند. ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش؛ تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان متغیرهای تغییر در DBT را حوزه‌های ناکارآمدی می‌داند. از این رو، ارایه‌ی یک برنامه‌ی درمانی که ناکارآمدی را در این چهار حوزه هدف قرار دهد؛ می‌تواند منجر به بهبودی نشانه‌های بیماران مبتلاء به اختلال شخصیت مرزی می‌گردد (۱۶، ۱۷).

در رابطه با موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر مطالعات

سندرم روده تحریک پذیر 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)، به گونه‌ای که غیبت از کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می‌روند (۲).

میزان شیوع این اختلال در کشورهای مختلف متفاوت است. براساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده است، میزان شیوع آن در حدود ۳/۵ تا ۵/۸٪ گزارش شده است (۳، ۴). سندرم روده تحریک پذیر بیماری دوران جوانی است و در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می‌کند (۵) و در زنان شایع‌تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد (۶).

براساس معیارهای تشخیصی Rome-III 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 حداقل دو یا چند مورد از ملاک‌های زیر را داشته باشند: (۱) درد شکمی با اجابت مزاج؛ (۲) شروع درد شکمی با تغییر در دفعات اجابت مزاج؛ (۳) شروع درد شکمی با تغییر در قوام مدفوع (۷).

اختلالات خواب یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر است که در کاهش بهداشت روانی این بیماران نقش مهمی بر عهده دارد. اختلال خواب بیشتر از اینکه به دلیل علائم این اختلال باشد، به علت مشکلات خلقی و هیجانی، به ویژه اضطراب همراه در این بیماران است (۸). اختلال خواب یک اختلال شایع و مهم است که باعث پریشانی فرد می‌گردد، مشکلی که مکرراً در زمینه‌ی اختلالات روان شناختی جدی دیگری نیز رخ می‌دهد. برای مثال، وجود اختلال خواب در یک چهارم از کسانی که از آن رنج می‌کشند با پیشرفت تدریجی یک اختلال اضطرابی همراه است (۹). به همین دلیل اختلال خواب و اضطراب با تأثیرات پویای پیچیده بر یکدیگر (۱۰) باعث کاهش کیفیت زندگی و ایجاد هزینه‌های

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد با انتساب تصادفی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۳۹۳ به تمامی مراکز درمانی شهر تبریز اعم از دولتی و خصوصی مراجعه کرده‌اند. آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از بیماران مبتلاء به اختلال روده تحریک‌پذیر بودند که تحت درمان سرپایی قرار داشتند، توسط روان‌شناس بالینی و براساس مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی Rome-III مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و پرسشنامه کیفیت خواب پترزبرگ و اضطراب بک را تکمیل کردند. با توجه به اینکه در طرح‌های آزمایشی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل باید ۱۵ نفر شرکت داشته باشد؛ تعداد ۳۰ نفر از این بیماران که طبق نمره برش در سطح بالایی از اضطراب قرار داشتند و نمره بالاتر از ۵ در پرسشنامه کیفیت خواب گرفتند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. ضمن اینکه هر دو گروه نشانه‌های اختلال خواب و اضطراب را داشتند. یک گروه از این آزمودنی‌ها در معرض رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آنها اجرا نشد. رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد. اختلال خواب و اضطراب به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه اختلال خواب و اضطراب به صورت پیش‌آزمون و سپس ده روز بعد از اعمال مداخله نیز پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب پترزبرگ و اضطراب بک سنجیده شد.

پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه‌ی 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

اندکی صورت گرفته است. حقایق و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس و اختلال خواب در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداختند و رفتار درمانی دیالکتیکی را به عنوان درمان انتخابی و موثر در بهبود علائم استرس و اختلالات شروع خواب در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دادند (۱۵).

در سال‌های اخیر DBT، 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 مانند درد کمر و اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی (۱۸)؛ سوء مصرف مواد (۱۹)؛ بیش‌فعالی (۲۰) و افسردگی (۲۱، ۲۲) موفقیت‌آمیز می‌باشد و نتایج امیدوار کننده‌ای به همراه داشته است. این در حالی است که (Syndrome irritable bowel) یا IBS ملاک‌هایی که DBT می‌تواند برای آن مفید باشد را داراست (سوء استفاده جنسی و عاطفی در گذشته بیماران مبتلاء، طیف گسترده علائم بیماران و تکنیک‌های استفاده شده در DBT)، علاوه بر این ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان نتایج مثبتی در کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر داشته‌اند (۱۵).

رابطه‌ی نزدیکی میان اختلال خواب و اضطراب وجود دارد. متأسفانه فهم ما از این رابطه با مفروضات اشتباه مختل شده است (برای مثال، اختلال خواب همیشه یک نشانه‌ی منفرد است). با توجه به اینکه اختلال خواب به طور معمول همراه با نشانه‌های اضطرابی اتفاق می‌افتد و با در نظر گرفتن این نکته که اکثر مطالعات، مسائل جسمی و کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر را در نظر گرفته‌اند و کمتر به بررسی نشانه‌های اضطراب و اختلال خواب در این بیماری پرداخته‌اند، انجام مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد؛ به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت خواب و اضطراب بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت.

این اطمینان را دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. ضمن اینکه جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی در کلینیک بزرگمهر شهر تبریز انجام شد. ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارتند 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 بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی.

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 باعث بی‌خوابی بیمار گردد و 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 در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش می‌شود: شاخص کیفیت خواب پترزبرگ (sleep Pittsburg quality index) یا PSQI و پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory) یا BAI. شاخص کیفیت خواب پترزبرگ یک ابزار خودگزارشی است که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ است و توسط Buysee و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده است (۲۳). این پرسشنامه دارای هفت مؤلفه است و نمره بالاتر از پنج در آن نشان‌دهنده کیفیت خواب نامناسب است (۲۴). Carpenter & Andrykowski، آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کردند (۲۵). همچنین در مطالعه Backhaus و همکاران پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد (۲۴). در ایران نیز این پرسشنامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های اعتبارسنجی آن قابل قبول گزارش شده است.

برای مثال مکرمی و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و مهدی‌زاده و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند (۲۶،۲۷). برای ارزیابی اضطراب بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد (۲۸). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ سوالی است که برای اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اضطرابی در هفته گذشته طراحی شده است. به هر یک از گویه‌های این پرسشنامه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد و دامنه نمره کلی اضطراب فرد بین صفر تا ۶۳ است. نمرات صفر تا ۷ نشان‌دهنده اضطراب حداقل، ۸ تا ۱۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ نمایانگر اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ نمایانگر اضطراب شدید است. Beck و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۸). کاظمی (۲۰۰۴)؛ به نقل از اوپانی و همکاران، (۲۰۰۹) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲۹). همچنین کاویانی و موسوی (۲۰۰۹) پایایی و اعتبار این پرسشنامه را مطلوب ارزیابی کردند (۲۹).

رفتار درمانی دیالکتیکی توسط Linehan در سال ۱۹۹۳ ارائه گردید (۳۰). 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، دربرگیرنده‌ی 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 جلسه‌ی دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه‌ی قبل، آغاز می‌شد. در جلسه‌ی اول، پس از خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با اهداف و قوانین گروه، درمان با ارایه‌ی تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه‌ی دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی و سه حالت

ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد. در جلسه‌ی دوم، دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن‌آگاهی فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته‌ی اول مهارت‌های چه چیز که عبارتند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به ذهن‌آگاهی فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن)، دسته‌ی دوم، مهارت‌های چگونه که عبارتند از نحوه‌ی انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، ذهن‌آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن). جلسات سوم تا پنجم به بخش اول از مهارت تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقاء در بحران اختصاص داشت.

راهبردهای بقاء در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت می‌باشند که عبارتند 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 پرت کردن حواس)، چهارم (مهارت‌های خودآرام‌سازی) و پنجم (مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان) آموزش داده شدند.

جلسه‌ی ششم اختصاص به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارتند از: ۱) پذیرش محض؛ ۲) برگرداندن ذهن؛ ۳) رضایت‌مندی.

جلسه‌ی هفتم به اولین بخش مهارت تنظیم هیجانی اختصاص یافت. این مهارت شامل بخش‌های زیر می‌گردد: هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی می‌باشد؟ آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی شاهد 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.

جلسه‌ی هشتم به دومین بخش از مهارت تنظیم هیجانی اختصاص یافت. این مهارت شامل بخش‌های زیر می‌گردد: 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 حوزه‌ی 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 پیش آزمون و پس آزمون در پرسشنامه کیفیت خواب پترزبرگ و پرسشنامه اضطراب بک محاسبه شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی، معناداری تفاوت میانگین نمرات در پس‌آزمون، توسط روش آماری تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS v.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر شرکت داشتند که ۶۰٪ آنها را زنان و ۴۰٪ را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین و (انحراف معیار) سنی آنها ۲۶ (۶/۲۴) سال بود و ۳۶/۶٪ آنها مجرد و ۶۳/۳٪ متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۶۳/۳۳٪ دیپلم و ۳۰٪ کارشناس و ۶/۶۷٪ کارشناس ارشد بودند. پس از اجرای رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، پس از ده روز از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استخراج شد. در جدول ۱ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و شاهد در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت خواب و اضطراب در دو گروه شاهد و آزمایش

گروه	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش	کیفیت خواب	۱۰/۸۶	۲/۸۵
	اضطراب	۳۲/۶۰	۷/۶۰
شاهد	کیفیت خواب	۱۱/۳۳	۲/۳۱
	اضطراب	۳۰/۵۳	۹/۳۸

همان گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای کیفیت خواب و اضطراب برای دو گروه آزمایش و شاهد به صورت پیش آزمون و پس آزمون گزارش گردیده است.

برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کواریانس استفاده شد. جهت بررسی پیش فرض‌های 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 اضطراب و کیفیت خواب بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، پیش فرض

همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می‌کند. بنابراین هر دو پیش فرض در مرحله پس آزمون برقرار هستند. به این ترتیب می‌توان از تحلیل کواریانس برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد.

نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه کیفیت خواب و اضطراب گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون و پس از شاهد اثر پیش آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس برای متغیرهای اختلال خواب و اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
کیفیت خواب	۱۰۴/۱۲۱	۱	۱۰۴/۱۲۱	۱۲/۶۸۶	۰/۰۰۱
اضطراب	۵۰۱/۲۶۴	۱	۵۰۱/۲۶۴	۱۴/۴۶۴	۰/۰۰۱

همان گونه که مشاهده می‌شود، بین میانگین نمرات آزمون‌های گروه آزمایش و گروه شاهد تفاوت معنی داری در متغیرهای کیفیت خواب و اضطراب دیده می‌شود. به طوری که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی توانسته باعث کاهش اضطراب و افزایش کیفیت خواب در گروه آزمایش گردد.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی باعث کاهش اضطراب و کیفیت خواب در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر شده است. با توجه به اینکه تنها پژوهش داخلی و خارجی صورت گرفته در این رابطه، پژوهش حقایق و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد؛ بنابراین پژوهشگران تنها به مقایسه یافته‌های خود با نتایج این محققان بسنده می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر با بخشی از یافته‌های مطالعه‌ی حقایق و همکاران مطابقت می‌کند. این پژوهشگران در مطالعه‌ای با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس و کیفیت کلی خواب شامل شروع، تداوم و بیداری از خواب نشان دادند که این نوع درمان تنها در کاهش استرس و کاهش مشکلات مربوط به شروع خواب بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر موثر است (۱۵). در صورتی که نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش

اضطراب و کیفیت خواب گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد به طور معناداری موثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در پژوهش حاضر نمره‌ی کلی اختلال خواب لحاظ شده است و نمره هر کدام از ابعاد کیفیت خواب براساس پرسشنامه پیتزبرگ قبل و بعد از مداخله بررسی نشده است؛ چرا که تنها در یکی از ابعاد شروع خواب بررسی می‌شود.

در پژوهش حاضر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علائم هر دو مولفه‌ی تداوم و شروع خواب موثر بود. در تبیین تضاد یافته‌ها اشاره به پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی ضروری به نظر می‌رسد. پروتکل اجرا شده براساس راهنمای درمانی Mushain (یک راهنمای اصلاح شده DBT برای همه اختلالات و شامل چهار جزو ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و رابطه بین فردی می‌شود) انجام گرفت (۱۵). که بنابر الگوی لینهان در طی رفتار درمانی دیالکتیکی چهار مولفه ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مهارت‌های کارآمدی بین فردی آموزش داده می‌شود (۳۰). پژوهشگران در تبیین این یافته این نکته را خاطر نشان می‌سازند که عواملی که مانع از شروع خواب در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر می‌شود، طیف وسیعی شامل نشخوارهای فکری، افکار منفی هنگام خواب، تنش روزانه و اضطراب می‌باشد که

هیجانی، می‌تواند عوامل اضطراب‌زا و سایر عواملی که مانع از یک خواب مطلوب و خستگی‌زدا می‌شود را از میان بردارد.

نتیجه‌گیری نهایی

به طور کلی این پژوهش نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در بهبود علائم و کاهش اضطراب و بی‌خوابی بیماران مبتلاء به IBS موثر است. بنابراین برای مداخله در خصوص این سندرم و کاهش شیوع آن می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی کمک گرفت.

یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، به کارگیری صرف رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای موثر در بهبود اضطراب و کیفیت خواب سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تأثیرگذار بر سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان مثال سبک‌های زیربنایی تفکر و نشخوار خشم را مدنظر قرار داده و تأثیر آن را با سایر عوامل روان‌شناختی موثر بر سندرم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار دهند. جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌گردد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی را در درمان IBS به دفعات متعدد مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی (حداقل یک سال) دنبال نمایند، همچنین پیشنهاد می‌شود اثر بخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل مراکز درمانی شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی تأثیر اضطراب و عوامل تداخل‌گر در خواب را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود بیماران مبتلاء به IBS مشکلی در شروع خواب نداشته باشند.

با توجه به اینکه علت اشکال در شروع خواب، اضطراب و اشکال تداوم خواب، حالات افسردگی و نشخوار افکار افسرده‌ساز می‌باشد (۱۰)؛ درمان بر هر دو مقوله اضطراب و کیفیت خواب (مشکل در شروع و تداوم خواب) تأثیر گذاشته است و علت این امر را در آموزش مهارت‌های بنیادین رفتار درمانی دیالکتیکی باید جست. به طوری که 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 (۳۱).

ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا دریابند هیجان‌ها را نباید الزاماً شاهد یا سرکوب کرد بلکه می‌توان از طریق بذل توجهی انعطاف‌پذیر و متمرکز در همان لحظه مربوط به زمان حال تحمل کرد و پذیرفت (۳۰).

مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی به بیماران کمک می‌کند تا از جرات‌مندی بیشتری برخوردار شده و در روابط بین‌فردی خود چیزی را که می‌خواهد، بدست آورند، قدرت «نه گفتن» در آنها تقویت شود، با تعارض‌ها مقابله کرده و توانایی استمرار روابط بین‌فردی و حفظ احترام به خویشان در آنها بالاتر برود (۳۲).

مهارت تحمل پریشانی به بیمار مبتلاء به IBS 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 (۳۰).

بنابراین کاهش استرس‌های روزانه، توانایی حل تعارضات بین‌فردی، افزایش تحمل رنج و اندوه و پذیرش هیجان‌ات از طریق توجه متمرکز به زمان حال و اصلاح باورهای غلط

منابع

- 1- Gaman A, Bucur MC, Kuo B. Therapeutic advances in functional gastrointestinal disease: irritable bowel syndrome. *Therap Adv Gastroenterol* 2009; 2(3): 81-169.
- 2- Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(7): 2184-93.
- 3- Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2003; 22(6): 215-6.
- 4- 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(5): 225-6.
- 5- Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125(1): 19-31.
- 6- Lackner JM, Gellman R, Gudleski G, Sanders K, Krasner S, Katz L, et al. Dysfunctional Attitudes, Gender, and Psychopathology as Predictors of Pain Affect in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005; 19(2): 151-61.
- 7- - Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Bahavioural Science (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 8- Goldsmith G, Levin JS. Effect of sleep quality on symptoms of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1993; 38(10): 1809-14.
- 9- Ford D, Kamerow D. Epidemiologic study of sleep disturbances in sychiatric disorders. *Journal of the American Medical Association*, 1989; 262, 1479-1484.
- 10- Sanderson WC, Di Nardo PA, Rapee RM, Barlow DH. Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1990; 99, 308-312.
- 11- Solati J, Sanaguye Motlagh H. Anxiolytic effects of Valepotriates extracted from *Valeriana officinalis* L. in rats *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2008; 12(3) 63-67.(Persian)
- 12- Omidvari S, Azin A, Montazeri A, Sadighi J, Jahangiri K, Aeenparast A, et al. Treat anxiety among Iranians: a nationwide study. *Payesh*. 2011; 10 (3): 373-80.(Persian)
- 13- Camilleri M, Mayer EA, Drossman DA, Heath A, Dukes GE, McSorley D, et al. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5-HT₃ receptor antagonist. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(9): 1149-59.
- 4 Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(1): 67-71.
- 15- 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(7): 663-71.
- 16- Robins Cikoons CR. Dialectical Behavior therapy of server personality disorders. In: Magnavita JJ, Editor. *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey,

NJ: John Wiley & Sons; 2004. p. 221-5.

17- Miller PA, Rathus JH, Linehan M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York, NY: Guilford Press; 2007.

18- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 1061-5.

19- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67(1): 13-26.

20- Hesslinger B, Tebartz Van EL, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults-a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252(4): 177-84.

21- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(1): 33-45.

22- Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(2): 131-43.

23- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer, DJ. The Pittsburg sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989; 28: 193-213.

24- Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53: 737-740.

25- Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998; 45(1): 5-13.

26- Mokarami H, Kakooei H, Dehdashti A, Jahani Y, Ebrahimi H. Comparison of general health status and sleeping quality of shift workers in a car industry workshop 2008. *Behbood Journal*. 2010; 14 (3): 237-243. (Persian)

27- Mahdizadeh S, Salari MM, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Avazeh A, Abbasi S. Relationship between sleep quality and quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans referred to Baqiyatallah hospital of Tehran, Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2011; 10 (2): 265-271. (Persian)

28- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56, 893-897.

29 - Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory. *Tehran University Medical Journal*. 2009; 66(2): 136-140. (Persian)

30- Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. c 1993.

31- Miller AL, Rathus J, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York, Guilford. 2007.

32- McKay M, Wood J, Brantley j. The dialectical behavioral therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance, 2007.

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality of Sleep and Anxiety in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Mohamadi¹ J (Ph.D Cond) - Gholamrezae² S (Ph.D) - Azizi³ A (Ph.D Cond)

Abstract

Introduction: Sleep problems and anxiety symptoms in patients with irritable bowel syndrome are considered. Dialectical behavior therapy in the past decade as one of the most effective treatments in the treatment of many disorders is presented, Therefore the aim of this study was to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy for irritable bowel syndrome is a group of sleep quality and anxiety.

Methods: The research method was experimental (pretest-posttest control group and random assignment) is. The sample of the study consisted of 30 patients with irritable bowel syndrome in 2014 among whom all patients were admitted to hospitals. After the interview, the Rome-III diagnostic criteria and completed and Beck Anxiety Inventory and Quality of sleep Petersburg questionnaire, using simple random sampling (n = 15 per group) were selected and were allocated to experimental and control groups. After completion of 8 sessions (one session a week for 90 minutes over two months), dialectical behavior therapy in the control group, in order to measure the dependent variable (Sleep quality and anxiety), Quality of sleep and anxiety as a post- test questionnaire was administered in both groups. The collected data were statistically analyzed using analysis of covariance obtained by SPSS.20 software.

Results: According to a dialectical behavior therapy in reducing insomnia, anxiety, irritable bowel syndrome patients in the experimental group was significantly effective. So that after the intervention, mean scores decreased sleep quality and anxiety.

Conclusion: Dialectical behavior therapy can improve sleep quality and reduce the level of anxiety in patients with irritable bowel syndrome. So this intervention is used as an effective method in improving the signs. Also, it can be the mental state of patients with irritable bowel syndrome improved with the implementation of the treatment.

Keywords: irritable bowel syndrome, Quality of sleep, anxiety, dialectical behavior therapy group.

Received: 30 December 2014

Accepted: 10 June 2015

1- Ph.D Student of General Psychology, Young Researchers and Elite Club, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: javad.m60@gmail.com

2- Assistant of Professor, Department of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

3- Ph.D Student of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.



**Iranian Nursing
Scientific Association**

Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol.3 Issue.10 No.2 Summer 2015 ISSN: 2345-2501

- Comparison of Occupational Stress among Female Nurses and Female Members of the Medical Group in Chosen Training Hospitals in Isfahan.....1**
Moein M (MS) - Adib Hajbaghery M (Ph.D)
- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Body Mass Index in women afflicted with obesity.....11**
Nourian L (MSc) - Aghaei A (PhD)
- Effectiveness of dialectical behavior therapy on Quality of sleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome.....21**
Mohamadi J (Ph.D Cond) - Gholamrezae S (Ph.D) - Azizi A (Ph.D Cond)
- The Relationship between Pain Catastrophizing, pain-related Anxiety, Social Support and Coping Strategies in cancer patients.....31**
Safari N(Msc) - Kavosi A(Msc) - Jouybari L(PhD) - Sanagu A(PhD)
- Comparison of paroxetine versus Fluvoxamine in Trichotillomania Management.....43**
Khodaie Ardakani MR (Ph.D) - Sanaei E (Msc) - Mirabzadeh A (Ph.D) - Poorheidari N (Ph.D) - Alibaigi N (Msc) - Sheikhi MR (Ph.D)
- The strategies to deal with stress in mothers of children with type I diabetes.....51**
Ganjvar M (BSc) - Jafarimanesh H (MSc) - Jadid Milani M (PhD) - Sadeghi H (MSc)
- The Relationship between Social Trust and Prosocial Tendencies.....62**
Afghari F (MA) - Ghasemi S (MA)
- A comparison of postpartum depression between fathers and mothers in Saqqez.....72**
Ghanei Ghesblagh R (MSc) - Mahmoodi H (MSc) - Baghi V (BSc)