

تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده‌ تحریک پذیر

سارا آدرویشی^۱، معصومه اسدی^{۱*}، کوروش زارع^۲، محمد قاسمی‌ده چشمه^۳، مهدیه احمدنیا^۴، فاطمه حردانی^۱

^۱نویسنده‌ی مسئول: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی ostad.2011@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۰۳/۱۹ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: سندرم روده‌ تحریک پذیر، یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکرد دستگاه گوارشی تحتانی است که با درد شکمی، تغییر در اجابت مزاج و اختلالات روحی از جمله اضطراب همراه است. درمان طبی-رفتاری موجب کاهش اضطراب در این بیماران می‌شود، لذا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر اضطراب افراد مبتلا به سندرم روده‌ تحریک پذیر بود.

روش بررسی: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بر ۴۶ بیمار مبتلا به سندرم روده‌ تحریک‌پذیر که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند، انجام شد. گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی روتین، یک بار در هفته به مدت ۸ هفته تحت آموزش مهارت حل مسئله قرار گرفتند و پس‌آزمون در پایان جلسه آخر اجرا شد و برای گروه کنترل نیز اقدامات روتین انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیل‌برگر بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون کای اسکوئر و تی با نرم‌افزار SPSS ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه از نظر میانگین اضطراب قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p>0/05$). آموزش حل مسئله اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ تحریک‌پذیر را به صورت معنی‌داری کاهش داد ($P=0/001$) اما در میانگین اضطراب صفتی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: برای بهبود بهتر و مؤثرتر سندرم روده‌ تحریک‌پذیر، می‌توان علاوه بر دارو درمانی از درمان‌های روانشناختی مانند حل مسئله سود برد.

واژگان کلیدی: آموزش، اضطراب، حل مسئله، سندرم روده‌ تحریک‌پذیر، ایران

مقدمه

نشان می‌دهند (۴). همچنین شیوع سندرم روده‌ تحریک‌پذیر در سراسر جهان متفاوت است به طوری که میزان آن از ۹ تا ۲۲ درصد در ایالات متحده و کشورهای اروپایی (۵) تا کمترین میزان آن ۴/۲ درصد و ۴/۴ درصد در شمال هند و تایلند متغیر است (۶). بر اساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده، شیوع IBS از ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش شده است (۷). شدت علائم در سندرم روده‌ تحریک‌پذیر از یک ناراحتی خفیف تا یک بیماری شدید ناتوان‌کننده متغیر است. این بیماری در مواردی می‌تواند با فوریت، بی‌اختیاری مدفوع، علائم خارج روده‌ای مثل خواب‌آلودگی، علائم ادراری و یا

سندرم روده‌ تحریک‌پذیر یا IBS irritable bowel syndrome) نوعی اختلال عملکردی گوارشی مزمنی است که ویژگی آن تغییر در اجابت مزاج (اسهال، یبوست) و درد شکمی و نفخ در غیاب اختلالات پاتولوژیکی و شیمیایی است که به طور نامنظم نوسان داشته ولی به طور کامل از بین نمی‌رود (۱). سندرم مذکور با عناوین مختلفی از جمله کولون اسپاستیک، کولون تحریک‌پذیر و یا کولون عصبی نام‌گذاری شده است (۲). تمام نژادها و سنین مختلف و هر دو جنس را رفتار می‌کند (۳) اما اکثر مطالعات شیوع بیشتر آن را در زنان

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۲- دکتری آموزش پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد ایمنی شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۴- دکتری متخصص داخلی، بیمارستان سیدالشهداء فارس، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

درمانی که بر روی تمام علائم و اختلال‌های روان-شناختی همراه این سندرم تأثیرگذار باشد وجود ندارد و بسیاری از بیماران و پزشکان از میزان اثر بخشی درمان‌های دارویی و پزشکی رضایت ندارند (۱۶).

گرچه طیف وسیعی از داروها در کارآزمایی بالینی اثر بخش گزارش شده‌اند لذا همراه با افزایش هزینه درمان و خطر مربوط به عوارض جانبی جدی نیز همراه بوده‌اند. لذا برای مؤثر واقع شدن درمان علائم در حفظ و تداوم سلامتی، بایستی مراقبت به نحو دیگری صورت گیرد. در حال حاضر بسیاری از بیماران مبتلا به سندرم ازد درمان‌های دارویی استفاده نمی‌کنند و بین ۱۱ تا ۴۳ درصد بیمارانی که مبتلا به اختلالات گوارشی هستند از روش‌های مکمل یا جایگزین CAM (Complementary and alternative medicine) استفاده می‌کنند (۱۷).

محققان جهت درمان IBS ترکیب متفاوتی از مداخلات روانشناختی را به کار برده‌اند که شامل آموزش اطلاعات در مورد عملکرد طبیعی روده و بیماری، استرس و اثر آن بر سیستم گوارشی، کمک در جهت ایجاد راهکارهای مقابله با استرس، شامل تمرین آرام سازی، روش‌های مدیریت زمان، جرأت ورزی، کنترل خشم، روش‌های ثبت افکار و احساسات و ارتباط آنها با علائم بیماری و آموزش مهارت‌های حل مسئله بوده است (۱۸).

آموزش مهارت حل مسئله اشاره به یک فرآیند شناختی-رفتاری دارد که تنوعی از پاسخ‌های بدیل و بالقوه را برای مقابله با شرایط مشکل ساز فراهم می‌کند و امکان انتخاب بهترین و مؤثرترین پاسخ‌های بدیل را افزایش می‌دهد. آموزش مهارت حل مسئله را از بسیاری از جهات می‌توان به مثابه فرآیند کمک به افراد برای رشد آن‌ها و در نتیجه افزایش احتمال مقابله مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت‌ها دانست. طی این فرآیند افراد منابع مقابله مؤثر با وقایع فشارزای زندگی را

علائم جنسی همراه شود. علائم این بیماری گاهی آن قدر آزار دهنده است که حتی برخی از مبتلایان به دلیل عدم بهبودی دست به خودکشی زده‌اند. به دلیل همپوشانی علائم این بیماری با سایر بیماری‌ها، بسیاری از بیماران به علت تشخیص اشتباه، تحت عمل‌های جراحی مانند آپاندکتومی، کله سیستکتومی، هیستریکتومی و غیره قرار می‌گیرند (۸). در آمریکای شمالی این بیماری دومین علت غیبت از کار پس از سرما خوردگی می‌باشد و بیماران دچار این بیماری ۳ بار بیش از سایرین ترک کار داشته‌اند (۹). اگرچه علت دقیق و اصلی سندرم روده تحریک‌پذیر ناشناخته است اما مطالعات گوناگون نشان داده است که فاکتورهای مختلفی از قبیل ژنتیک، محیط، حالات روحی-روانی، پردازش مرکزی غیرطبیعی مغز، تغییرات هورمونی و عادات غذایی و فعال شدن سیستم ایمنی در آن دخیل هستند (۱۰). استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع است و با شروع و شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر ارتباط قابل توجهی دارند (۱۱). به طوری که استرس عامل عمده برای بیماری IBS شناخته شده است (۱۲). در این راستا، صولتی دهکردی و همکاران در بررسی نقش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به این نتیجه رسیدند که در بین افراد مبتلا به این سندرم، اضطراب به طور معنی‌داری بالاتر از گروه گواه است (۱۳).

در تحقیقات متعدد بیان شده که عامل‌های روانی گرچه به خودی خود جزئی از IBS نیستند، اما نقش مهمی در کنترل بیماری و پیش آگهی بالینی آن دارند، لذا توجه بیشتر به جنبه‌های روانی در این بیماری مفید است (۱۴). نتایج مطالعه سون (Son) و همکاران که به منظور بررسی عوامل خطر ساز سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد، نشان داد که فشارروانی و اضطراب به طور مستقل با افزایش شیوع این سندرم در ارتباط است (۱۵).

با وجود شیوع بالای سندرم روده تحریک‌پذیر در حال حاضر

کشف، خلق یا شناسایی می‌کنند. مزیت روش درمان حل مسئله این است که می‌توان آن را به صورت درمان فردی و یا گروهی به کار گرفت (۱۹).

هیمن (Heymann) و همکارانش در پژوهش خود به مقایسه اثرات آموزش و درمان دارویی با درمان دارویی به تنهایی پرداخته است، نتایج نشان داد که آموزش حل مسئله می‌تواند در بهبود علائم IBS مؤثر باشد (۲۰). مطالعه مالکینا فیخ (Malkina-pykh) و همکارانش تأثیر یک دوره آموزشی کوتاه مدت سه جلسه‌ای شامل روش‌های مقابله با استرس و حل مسئله بر کیفیت زندگی بیماران را تأیید نکردند (۲۱).

با توجه به مطالب گفته شده بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا داشته است و با اختلالات عمده و ماهیت مزمن و ناتوان کننده و گسترش روز افزون این بیماری و صرف هزینه بالا و عوارض ناشی از آن بر روی جنبه‌های مختلف زندگی، خطر پایین آمدن کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. با وجود مطالعات انجام شده بر روی این بیماران و همچنین فاکتورهای تأثیرگذار فرهنگی، اجتماعی، محیطی و رفتاری بر IBS و با توجه به نقش مهم اضطراب در سبب شناسی و تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و همچنین متناقض اثرات آموزش بر وضعیت اضطراب، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را انجام دهد تا از این طریق بتواند به کاهش اضطراب و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

روش بررسی

این مطالعه نیمه تجربی با طرح دو گروهی و پیش آزمون-پس آزمون، با هدف تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۶ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اهواز که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند، انجام شد. بیماری افراد بر اساس معیارهای Rome III، تشخیص داده شده بود. معیار تشخیصی Rome III به این صورت تعریف می‌شود: وجود درد یا ناراحتی شکمی و تغییر واضح در عادات روده‌ای برای حداقل شش ماه، به طوری که فرد در سه ماه اخیر حداقل سه روز علامت‌دار بوده و حداقل دو مورد از سه مورد ذیل را دارا باشد: بهبودی درد و ناراحتی با دفع مدفوع، شروع درد با تغییر در دفعات دفع مدفوع و شروع درد همراه با تغییرات در فرم یا ظاهر مدفوع (۲۲).

معیارهای ورود شامل محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، رد علل ارگانیک از طریق آزمایشات روتین و انجام کلونوسکوپی توسط پزشک فوق تخصص گوارش، داشتن سواد و آگاهی کافی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم سابقه دریافت درمان‌های روانشناختی، عدم وجود اختلال و یا بیماری حاد روانی مانند دو قطبی، افسردگی ماژور، اسکیزوفرنی و دمانس یا جسمانی شدید به گونه‌ای که مانع شرکت منظم در جلسات درمانی شود، نداشتن اختلال تکلم یا شنوایی و کسب حداقل نمره ۳۲ در پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اسپیلبرگر (STAI: State-Trait Anxiety Inventory) بود.

معیارهای خروج شامل شرکت نامنظم در جلسات آموزشی (غیبت در دو جلسه متوالی یا سه جلسه متناوب) و عدم همکاری در هر یک از مراحل پژوهش بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، قومیت و تحصیلات، شغل و محل سکونت) و بخش دوم اطلاعات بیماری شامل شدت علائم (خفیف، متوسط، شدید)، سابقه بیماری (کمتر از ۲ سال، ۲ تا ۴ سال، بیشتر از ۴ سال)، زیر گروه بیماری (اسهال، یبوست، اسهال و یبوست) و نوع درمان (دارویی، غیر دارویی) بود و پرسشنامه استاندارد اضطراب اسپیل برگر نیز برای

گروهی به تعداد ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و ۱ بار در هفته به مدت ۲ ماه تشکیل شد. محتوای کلاس شامل آناتومی روده، علل تشدید علائم، درمان IBS و روش برخورد با استرس و حل مسئله بود. اطلاعات نیز به صورت پمفلت و جزوه در اختیار بیماران قرار گرفت. همچنین منابع اطلاعاتی برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر به بیماران معرفی شدند و در این مدت برای گروه کنترل نیز اقدامات روتین صورت گرفت.

پس از پایان جلسه آخر آموزشی پرسش‌نامه اضطراب اسپیل برگر، مجدداً برای هر یک از آزمودنی‌ها تکمیل شد. پس از پایان کار و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها کد گذاری و مورد جمع‌بندی قرار گرفت.

جهت رعایت اصول اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شده بود که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و به آنان توصیه گردید که در صورت عدم تمایل می‌توانند در مطالعه شرکت نکنند و یا هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. همچنین به خاطر ملاحظات اخلاقی مطالبی که به گروه مداخله ارائه شد، به صورت جزوه در پایان طرح در اختیار افراد گروه کنترل نیز گذاشته شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۶ و آزمون‌های توصیفی و آزمون‌های کای اسکوتر و تی مستقل و وابسته در سطح معنی‌داری ($P \leq 0.05$). مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آزمون تی وابسته جهت مقایسه اضطراب حالت و اضطراب صفتی در پیش‌آزمون و پس از آزمون در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد و از تی مستقل جهت بررسی اختلاف بین دو گروه مداخله و کنترل در قبل و بعد از مداخله استفاده شد. از آزمون کای اسکوتر جهت مقایسه اطلاعات دموگرافیک در دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها

از میان ۴۶ بیمار مبتلا به IBS با حداقل نمره اضطراب ۳۲، ۱۵ نفر (۶۵/۲ درصد) در گروه مداخله و ۲۱ نفر (۹۱/۳

اندازه‌گیری اضطراب استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال مربوط به احساس هیجانی زودگذر فاعلی وابسته به شرایط اختصاصی و ۲۰ سوال مربوط به تفاوت‌های نسبتاً پایدار فردی و شخصیتی در تمایل به اضطراب بود. پایین‌ترین و بالاترین نمره اضطراب ۲۰ و ۸۰ بود. سؤالات پرسشنامه در مقیاس لیکرت و دارای چهار مقیاس اصلاً (نمره ۱)، تا حدی (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳) و خیلی زیاد (نمره ۴) می‌باشد. پایایی و روایی نسخه انگلیسی این پرسشنامه توسط نونالی (Nvnaly) و پایایی و روایی ترجمه فارسی این پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه تربیت مدرس هنجاریابی گردید (۲۳). قبل از انجام مطالعه تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اهواز با شماره مجوز (ajums.REC.1393.16) دریافت گردید. بعد از توضیحات لازم و اهداف مطالعه، کلیه بیماران رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل و وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب که در ابتدا پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اضطراب اسپیلبرگر در اختیار کلیه بیماران قرار داده شد و پس از تکمیل، جمع‌آوری شد. ۴۶ بیمار با حداقل نمره اضطراب ۳۲ در دو گروه مداخله و کنترل، ۲۳ نفر در هر گروه قرار گرفتند. پس از تعیین گروه مداخله جلسات آموزش مهارت حل مسئله طبق پنج مرحله الگوی دزوریل و گلد فراید (D - zurilla & gold fried) به شرح ذیل برگزار شد. مراحل این الگو عبارت بود از: جهت‌گیری کلی، تعریف و صورت‌بندی مسئله، تولید راه حل‌های بدیل، تصمیم‌گیری، اجرای راه حل و بازبینی. کلیه جلسات دوره آموزشی همگام با این الگو طراحی و هر یک از مراحل در یک جلسه اجرا شد (۲۴).

جهت آموزش راحت‌تر تکنیک ابتدا نمونه‌های گروه مداخله به ۲ گروه ۱۱ نفری و ۱۲ نفری تقسیم شدند. از آن جایی که هدف از آموزش مهارت حل مسئله شناسایی مشکل، جهت‌گیری مناسب و اتخاذ تصمیم مناسب است جلسات با طرح یک مشکل شروع می‌شد، این جلسات به صلاح‌دید روان‌شناس توسط مجریان طرح به صورت سخنرانی و بحث

درصد) دارای سابقه بیماری کمتر از ۲ سال یا بیش از ۴ سال بودند.

از نظر خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، قومیت، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، سابقه بیماری و شدت علائم) از نظر آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده نشد (جدول ۱) و گروه‌ها با یکدیگر همسان بودند.

درصد) در گروه کنترل زن و بقیه مرد بودند. از نظر میانگین سنی اکثر افراد در گروه مداخله و کنترل کمتر از ۳۰ سال سن داشتند. همچنین تعداد ۱۸ نفر (۷۸/۳۰ درصد) در گروه مداخله و ۱۷ نفر (۷۳/۹۰ درصد) در گروه کنترل متأهل بودند. اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۴۷/۸ درصد) و در گروه کنترل (۶۰/۹ درصد) دارای وضعیت بیماری شدید بودند و اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۴۷/۹ درصد) دارای سابقه بیماری کمتر از ۲ سال و در گروه کنترل (۴۳/۵

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد سایر مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	مداخله (۲۳)		کنترل (۲۳)		P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	≤ ۳۰	۷	۳۰/۴۳	۸	۳۴/۷۵
	۳۱-۴۰	۶	۲۶/۰۸	۷	۳۰/۴۳
	۴۱-۵۰	۶	۲۶/۰۸	۴	۱۷/۴۱
	≥ ۵۰	۴	۱۷/۴۱	۴	۱۷/۴۱
جنسیت	مرد	۸	۳۴/۸	۲	۸/۷
	زن	۱۵	۶۵/۲	۲۱	۹۱/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۵	۲۱/۷۰	۶	۲۶/۱
	متأهل	۱۸	۷۸/۳۰	۱۷	۷۳/۹۰
قومیت	فارس	۱۸	۷۸/۳	۱۴	۶۰/۹
	غیر فارس	۵	۲۱/۷	۹	۳۹/۱
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۱۳	۵۶/۵	۱۸	۷۸/۳
	بالتر از دیپلم	۱۰	۴۳/۵	۵	۲۱/۷
شغل	شاغل	۱۱	۴۷/۸	۷	۳۰/۴
	غیر شاغل	۱۲	۵۲/۲	۱۶	۶۹/۶
سکونت	شهر	۲۰	۸۷	۲۱	۹۱/۳
	روستا	۳	۱۳	۲	۸/۷
شدت علائم IBS	خفیف	۵	۱۲/۷	۴	۱۷/۴
	متوسط	۷	۳۰/۴	۴	۱۷/۴
	شدید	۱۱	۴۷/۸	۱۵	۶۰/۹
مدت سابقه بیماری	کمتر از ۲ سال	۱۱	۴۷/۹	۱۰	۴۳/۵
	بین ۲-۴ سال	۳	۱۳	۳	۱۳
	بیشتر از ۴ سال	۹	۳۹/۱	۱۰	۴۳/۵

شد. به طوری که در گروه مداخله نمره اضطراب حالت قبل از مداخله از $۶۲/۵۷ \pm ۲/۹۱$ به $۳۴/۸۳ \pm ۲/۷۷$ و در گروه کنترل قبل از مداخله از $۶۳/۱۷ \pm ۳/۲۵$ به $۶۲/۲۶ \pm ۲/۸۴$ تغییر یافت. در حالی که نمره اضطراب صفتی در گروه مداخله از $۵۹/۰۹ \pm ۲/۳۱$ به $۵۸/۴۸ \pm ۲/۳۷$ و در گروه کنترل از $۵۸/۷۴ \pm ۲/۵۲$ به $۵۸/۲۶ \pm ۲/۹۸$ تفاوت معنی داری مشاهده نشد (جدول ۳).

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب حالت و صفت گروه مداخله و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است. با استفاده از آزمون t وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل در میزان اضطراب حالت و اضطراب صفتی از نظر آماری، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). با استفاده از آزمون t مستقل تنها در اضطراب موقعیتی و آن هم در بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌دار ($P < ۰/۰۵$) دیده

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب موقعیتی و صفتی در دو دوره گروه مورد بررسی

عنوان	دوره	مداخله انحراف معیار $\pm$ میانگین	کنترل انحراف معیار $\pm$ میانگین
اضطراب موقعیتی	یک هفته قبل از مداخله	$۶۲/۵۷ \pm ۲/۹۱$	$۶۳/۱۷ \pm ۳/۲۵$
	دو ماه بعد از مداخله	$۳۴/۸۳ \pm ۲/۷۷$	$۶۲/۲۶ \pm ۲/۸۴$
اضطراب صفتی	یک هفته قبل از مداخله	$۵۹/۰۹ \pm ۲/۳۱$	$۵۸/۷۴ \pm ۲/۵۲$
	دو ماه بعد از مداخله	$۵۸/۴۸ \pm ۲/۳۷$	$۵۸/۲۶ \pm ۲/۹۸$

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای بررسی اختلاف بین دو گروه مداخله و کنترل در قبل و بعد از مداخله

عنوان	گروه	میانگین	انحراف معیار	P value
اضطراب موقعیتی قبل	مداخله	$۶۲/۵۷$	$۲/۹۲$	$۰/۵۰۸$
	کنترل	$۶۳/۱۷$	$۳/۲۵$	
اضطراب موقعیتی بعد	مداخله	$۳۴/۸۳$	$۲/۷۷$	$۰/۰۰۱$
	کنترل	$۶۲/۲۶$	$۲/۸۴$	
اضطراب صفتی قبل	مداخله	$۵۹/۰۹$	$۲/۳۱$	$۰/۶۲۹$
	کنترل	$۵۸/۷۴$	$۲/۵۲$	
اضطراب صفتی بعد	مداخله	$۵۸/۴۸$	$۲/۳۷$	$۰/۷۸۶$
	کنترل	$۵۸/۲۶$	$۲/۹۸$	

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به IBS به خصوص مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های تخصصی، دارای درجاتی از اضطراب هستند. در برخی مطالعات نیز اشاره شده است که هر چقدر علائم بیماری شدت بیشتری داشته باشد، سهم عوامل روان شناختی در آن

بیشتر است و در موارد متوسط تا شدید بیماری، به خصوص در بیمارانی که مشکلات روانی - اجتماعی همراه داشته باشند، بهتر است از درمان‌های روان شناختی نیز برای IBS استفاده شود (۲۵).

اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله ($۴۷/۸$ درصد) و در گروه کنترل ($۶۰/۹$ درصد) دارای وضعیت بیماری شدید

بیماری IBS بودند که با مطالعه سان چو (Sun Cho) و همکارانش همخوانی دارد (۲۶). آزمون کای اسکوئر ($P=0/053$) اختلاف معنی داری از نظر وضعیت بیماری را نشان نداد. با یکسان بودن وضعیت بیماری در دو گروه و شبیه بودن شرایط بیماران از لحاظ این متغیر، میزان تأثیر آموزش حل مسئله دقیق تر سنجیده می شود. اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۴۷/۸ درصد) دارای سابقه بیماری کمتر از ۲ سال و در گروه کنترل (۴۳/۵ درصد) دارای سابقه بیماری کمتر از ۲ سال یا بیش از ۴ سال بوده اند که با مطالعه سان چو و همکارانش همخوانی دارد (۲۶).

یافته های پژوهش نشان داد که میزان کاهش ایجاد شده در اضطراب حالت از نظر آماری معنی دار است ولی میزان کاهش اضطراب صفت از نظر آماری معنی دار نیست. یافته اول این پژوهش نشان داد آموزش حل مسئله، اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را به طور معنی داری کاهش داده است، این نتیجه با یافته های بلانچارد (Blanchard) و همکاران (۲۷) و هانت (Hunt) و همکاران (۲۸) که اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری را در درمان اضطراب و سایر اختلال های روانی توأم در بیماران روده تحریک پذیر تأیید کرده اند، همسو است. نتایج حسینی نیز حاکی از اثر بخشی این روش در کاهش سطح اضطراب حالت و شدت علائم گوارشی است (۲۹).

یافته دوم پژوهش نشان داد که آموزش حل مسئله اضطراب صفت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را از نظر آماری به طور معنی داری کاهش نداده است که از جمله پژوهش های همخوان با این یافته پژوهش، می توان به مطالعه حضرتی و همکارانش (۳۰) و طاهری و همکاران (۳۱) اشاره کرد. هانلی (Hanley) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که لمس درمانی بر اضطراب صفت بیماران تأثیر معنی داری ندارد (۳۲). می توان از دلایل عدم تأثیر معنی دار آموزش حل

مسئله بر اضطراب صفت به این مورد اشاره کرد که اضطراب در این بیماران زمینه جسمی و پایه ای دارد. در این راستا می توان به بالاتر بودن ویژگی های عامل شخصیتی روان رنجور خویی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اشاره کرد که از پیامدهای قابل پیش بینی آن، داشتن تجارب و هیجانات منفی و نامطلوب، اضطراب، افسردگی، کم رویی، پرخاشگری، خشونت، بی ثباتی هیجانی، حساسیت و زود رنجی است (۳۳). از آنجایی که علائم روان شناختی با روده تحریک پذیر ارتباط علت و معلولی دارند و با توجه به رابطه مثبت بین اضطراب و علائم سندرم روده تحریک پذیر و این موضوع که در نظریه ها و متون مختلف اضطراب در مواردی به عنوان عامل ایجاد کننده این سندرم و گاهی به صورت حاصل و نتیجه این سندرم مطرح شده، لذا توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی این بیماران، امری مهم و حیاتی محسوب می شود زیرا بهبود علائم روانشناختی، به بهبود علائم و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران کمک می کند.

همان طور که بیان شد آموزش حل مسئله توانسته به میزان قابل ملاحظه ای اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را کاهش دهد، از آن جایی که کاهش اضطراب در این بیماران باعث کمتر شدن شدت علائم می شود و در نتیجه از مراجعات مکرر آنها به پزشک جلوگیری می کند، آموزش حل مسئله به عنوان یک درمان کم هزینه، قابل اجرا توسط خود بیمار و دارای پشتوانه علمی قابل قبول، می تواند برای کاهش اضطراب این بیماران مورد استفاده قرار گیرد. از جمله دلایل احتمالی دیگر که در این پژوهش آموزش حل مسئله بر اضطراب صفت بیماران تأثیر معنی داری نداشته است می توان به فواصل زیاد بین جلسات و تعداد کم این جلسات اشاره کرد که می تواند از محدودیت های مطالعه ما باشد. لذا با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود که پژوهش هایی با تعداد نمونه های بیشتر و فواصل طولانی تر انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت حل مساله بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک گوارش بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اهواز به شماره طرح RDC-9310 بود. بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران عزیزی

که با همکاری بی دریغ شان ما را در انجام رساندن این پژوهش یاری نمودند ابراز می داریم. همچنین از مسئولین محترم واحد آموزش، اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه جندی شاپور اهواز و مسئولین بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز که در مراحل اجرای طرح از راهنمایی های مفیدشان بهره مند شدیم تشکر می نمایم.

منابع

- 1-Anbardan Sj, Ebrahimi Daryani N, Fereshtehnejad S-M, Taba Vakili S, keramatl MR, Ajdarkosh H. Gender Role in Irritable Bowel Syndrome: A Comparison of Irritable Bowel Syndrome Module (ROME III) Between Male and Female Patients. J Neurogastroenterol Motil. 2012; 18(1): 70-77.
- 2-Moghadaszadeh M, Fatahi E, Bonyadi M, Shirzadeh M. Effect of food llergen exculsion on symptoms and quality of life in irritable bowel syndrome. J Gorgan Uni Med Sci. 2012;14(3): 87-91. [In Persian]
- 3-Seyed Mirzaee SM, Mahmoodi M, Bakhshi H, Montazeri M. A Survey on Testosterone Blood Levels in Male Irritable Bowel Syndrome Patients in Comparison with a Control Group. Govarehsh. 2010;15(2): 104-109. [In Persian]
- 4-Sadrkabir SM, Afshar H, Adibi P, Mer'asi M, Daghighzadeh H, Mojtahedzadeh A. Effect of Citalopram and Olanzapine Combination in the Treatment of Refractory Irritable Bowel Syndrome. Govarehsh. 2010; 14(4): 269-74.
- 5-Makharia GK, Verma AK, Amarchand R, et al. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome:A Community Based Study From Northern India. J Neurogastroenterol Motil. 2011; 17(1): 82-87.
- 6-Ghoshal UC, Abraham P, Bhatt C, et al. Epidemiological and clinical profile of irritable bowel syndrome in India: report of the Indian Society of Gastroenterology Task Force. Indian J Gastroenterol. 2008; 27(1): 22-28.
- 7-Ebrahimi Daryani N, Shirzad S, Taher m. Irritable bowel syndrome: a review of diagnosis and treatment. MJIRI. 2011; 29(1): 50-67. [In Persian]
- 8-Rezahosseini O, Seyedmirzaee SM, Sayadi AR, Sataei Mokhtari S. Frequency of Irritable Bowel Syndrome among Students of Rafsanjan University of Medical Sciences; 2008-2009. J Rafsanjan Univ Med Scie 2012; 11(2): 137-44. [In Persian]
- 9-Modabbernia MF, Mansour-Ghanaei F, Imani A, et al. Anxiety-depressive disorders among irritable bowel syndrome patients in Guilan, Iran. BMC Res Notes. 2012; 5: 112.

- 10-Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006; 130(5): 1377-90.
- 11-Gholamrezaei A, Minakari M, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, Emami MH. Extra-intestinal Symptoms and their Relationship to Psychological Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *GOVARESH*. 2010; 15(2): 88-94. [In Persian]
- 12-Naeem SS, Siddiqui EU, Kazi AN, Memon AA ,Tauseeq Khan S, Ahmed B. Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among medical students of Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2012, 5: 255.
- 13-SolatiDehkordy SK, Rahimian GA, Abedi A, Bagheri N. Relationship between mental disorder with the irritable bowel syndrome. *Yafteh*. 2007; 8(2): 31-38. [In Persian]
- 14-Shafiei Darab Asiabi F, Rahmati A. The Impact of Problem Solving and Assertiveness Trainings on Irritable Bowel Syndrome Symptoms. *J Kerman Univ Med Sci*, 2012; 19(5): 468-78. [In Persian]
- 15-Son Y-J, Jun E-Y, Park JH. Prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in Korean adolescent girls: a school-based study. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(1): 76-84.
- 16-Agah S, Fatali S, Ashayeri N. Treatment of Diarrhea Predominant Irritable Bowel Syndrome (IBS-D) Using Plantagel: a Random Double-blind Clinical Trial. *RJMS*. 2010; 16(69): 17-23. [In Persian]
- 17-Tillisch K. Complementary and alternative medicine for gastrointestinal disorders. *Clin Med*. 2007; 7(3): 224-27.
- 18-Kearney DJ, Brown-Chang J. Complementary and alternative medicine for IBS in adults: mind– body interventions. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2008; 5(11): 624-36.
- 19-Gellis ZD, Kenaley B. Problem-solving therapy for depression in adults: a systematic review. *Research on Social Work Practice*. 2008; 18(2): 117-31.
- 20-Heymann I. M Arnold R, Florin I, Herda C, Melfsen S, Mönnikes H. The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95(4): 981-94.
- 21-Malkina-pykh I. Quality of life indicator at different scales: Theoretical background. *Ecological Indicator*. 2008; 8(6): 854-62.
- 22-Dai N, Cong Y, Yuan H. Prevalence of irritable bowel syndrome among undergraduates in Southeast China. *Dig Liver Dis*. 2008; 40(6): 418- 24.
- 23-Jan bozorgi M. The effect proressive relaxation training on agents of Trait anxiety. [MSc Thesis]. Tehran: Medical sciences faculty, Tarbiat Modarres University. 1992: [In Persian]

- 24-Phillips JK. Exploring student nurse anesthetist stressors and coping using grounded theory methodology. AANA J. 2010; 78(6): 474-82.
- 25-Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 2009; 104(Suppl 1): S1-35.
- 26-Sun Cho H, Park JM, Lim CH, et al. Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Gut and Liver. 2011; 5(1): 29-36.
- 27-Blanchard EB, Lacker JM, Sanders K, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. Behav Res Ther. 2007; 45 (4): 633-48.
- 28-Hunt MG, Moshier S, Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. Behav Res Ther. 2009; 47(9): 797-802.
- 29-Hoseini M, NiK Rouz L, Poursamad A, Taghavi A, Rajaeeard A. The effect of Benson Relaxation Technique on Anxiety Level and Qquality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Armaghane Danesh. 2009; 14(1): 101-11. [In Persian]
- 30-Hazrati M. The effect of Benson relaxation on anxiety and symptoms of irritable bowel syndrome. Iranian journal of psychiatry and psychology. 2006; 4: 405-15. [In Persian]
- 31-Taheri M, Yaryari F, Molavi M. The effect of therapeutic touch on anxiety patients with irritable bowel syndrome. Complementary Medicine. 2013; 3(1): 406-17. [In Persian]
- 32-Hanley MA. Therapeutic touch with preterm infants: composing a treatment. Explore (NY). 2008; 4(4): 249-58.
- 33-Alpers DH. Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders. J Psychosom Res. 2008; 64(6): 567-72.

Effect of Problem Solving Training on Anxiety in Patients with IBS

Adarvishi S¹, Asadi M^{1*}, Zarea K², GhasemiDeh Cheshmeh M³, Ahmadnea M⁴, Hardani F¹

¹MSc. Dept. of Instructor Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

²PhD, Dept. of Nursing Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

³MSc. Dept. of Immunology, School of Medicine, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

⁴PhD, Dept. of Specialist in Internal Medicine, Hossein hospital in Farsan, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

****Corresponding Author:*** Dept. of Instructor Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Email: ostad.2011@yahoo.com

Received: 9 Jun 2014 **Accepted:** 2 Feb 2016

Background and Objectives: Irritable bowel syndrome (IBS) is the most common functional gastrointestinal disorder. It is characterized by lower abdominal pain, changes in bowel habits and mood disorders such as anxiety. Behavioral treatments can reduce anxiety in the patients. This study aimed to investigate the effect of the problem solving training on anxiety in patients with the IBS.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was carried out on 46 patients with the IBS. The participants were randomly assigned to the intervention and control groups. Intervention group received one training session on problem-solving skills per week for eight weeks, in addition to the routine medication therapy and The control group was routine measures. Data were gathered using the Spielberg State-Trait Anxiety Inventory and were analyzed using the Chi-squared test and t-test in the SPSS-19.

Results: There was no significant difference between the two groups on the mean anxiety at baseline ($p > 0.05$). State anxiety was decreased after the problem solving training among the intervention group ($p < 0.001$). There was no significant difference between the two groups in the mean trait anxiety after the intervention.

Conclusion Problem solving training was effective in reducing state anxiety among patients with the IBS.

Key words: training, anxiety, problem solving, Irritable Bowel Syndrome, Iran

Please cite this article as follows:

Adarvishi S, Asadi M, Zarea K, GhasemiDeh Cheshmeh M, Ahmadnea M, Hardani F. Effect of Problem Solving Training on Anxiety in Patients with IBS. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2015-2016; 5(2): 22-32.