

مقاله اصلی

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تحمل پریشانی و اضطراب درد در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۳

خلاصه

مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر علاوه بر مشکلات جسمانی، می‌تواند فرایندهای شناختی، هیجانی و روان‌شناختی بیماران را نیز متاثر سازد که ضروری است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب درد و افسردگی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش مردان و زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به متخصص‌های گوارش در شهر همدان در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). گروه آزمایش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان، ۲۰۰۴) را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب درد (مک‌کراکن و همکاران، ۱۹۹۲) و افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب درد و افسردگی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک با بهره‌گیری از تکنیک‌های تحمل پریشانی، پذیرش و خودنظم‌جویی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش اضطراب درد و افسردگی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده گیرد.

کلمات کلیدی

رفتاردرمانی دیالکتیک، اضطراب درد، افسردگی، سندروم روده تحریک‌پذیر
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

رسول روشن چسلی^۱

اعظم عاشوری^{۲*}

مسلم مهدی خانلو^۳

زهرا پارسی نژاد^۴

^۱ استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران.

^۴ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران.

Email: azamashori4@gmail.com

مقدمه

دسته‌ای از بیماری‌ها وجود دارد که در آن شخص دارای نشانه‌ها و علائم فیزیکی و جسمی است که این فرآیند تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی ایجاد شده و یا تحت تأثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشدید می‌شود، به این بیماری‌ها، بیماری‌های روان‌تنی گفته می‌شود (۱). یکی از سیستم‌های بدن که تحت تأثیر عوامل روانی و اجتماعی دچار بیماری‌های مزمن می‌شود، دستگاه گوارش است و یکی از اختلالات‌های عملکردی گوارشی مزمن، سندروم روده تحریک‌پذیر Irritable Bowel Syndrome است (۲). افراد مبتلا، علاوه بر احساس ناراحتی و درد شکمی مزمن همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج، مبتلا به قوام، عبور مدفوع و علائمی مانند نفخ شکم همراه با وجود موکوس در دفع می‌باشند (۳-۴). عوامل مختلفی می‌تواند منجر به سندروم روده تحریک‌پذیر شوند که از مهم‌ترین عوامل می‌توان به حرکات غیرعادی معده- روده‌ای، حساسیت زیاد از حد احشا، عامل‌های روان‌شناختی، هیجانی و عاطفی اشاره کرد (۵). شیوع بالای ۵۴ درصدی مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی depression، اضطراب anxiety و ناپهنجاری‌های شخصی در افراد مبتلا به این بیماری تأیید کننده همین ادعاست (۶-۷).

همانگونه که اشاره شد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، علاوه بر علائم دردآور فیزیولوژیک، علائم روان‌شناختی آسیب‌زا نظیر اضطراب را تجربه می‌کنند (۸). پدیدآیی اضطراب، سبب می‌شود که این بیماران به مرور اضطراب درد anxiety of pain نیز از خود نشان دهند (۹). اضطراب درد می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد شده و سبب شود، بیماران در مورد علائم و آینده بیماری مضطرب و نگران شوند و این ترس و اجتناب موجب اجتناب از فعالیت و در نتیجه ناتوانی بیشتر در بیماران می‌شود (۱۰-۱۱). اضطراب درد یکی از متغیرهای مهم در ایجاد و باقی ماندن دردها در بیماران مورد بحث قرار گرفته است (۱۲).

یکی دیگر از اختلال‌هایی که افراد دارای سندروم روده تحریک‌پذیر با آن مواجهند، افسردگی depression است (۱۳-۱۵). کما اینکه عمده افراد دارای دردهای مزمن افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۶-۱۷). این اختلال با احساس یأس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هرگونه انگیزه و امید، کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی همراه است (۱۸). اکثر افرادی که به این اختلال مبتلا هستند، به طور دایم غمگین بوده و از فعالیت‌هایی که قبلاً از انجام آن‌ها لذت می‌بردند دیگر لذت نمی‌برند (۱۹). برای تشخیص اختلال افسردگی طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا پنج نشانه یا بیشتر باید در قسمت اعظم روز، تقریباً همه روزه به مدت حداقل دو هفته‌ی متوالی دوام داشته و اختلال قابل ملاحظه بالینی را در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های کارکردی مهم ایجاد کند. افراد مبتلا به این اختلال با دوره‌هایی از گریه، تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های - حرکتی، انرژی، احساس بی‌ارزشی با گناه، اشکال در تمرکز، تفکر یا تصمیم‌گیری یا افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی دست به گریبان هستند (۲۰).

علاوه بر درمان‌های فیزیولوژیکی جهت کاهش علائم درد در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، روش‌های درمانی و آموزش روان‌شناختی مختلفی نیز برای این افراد بکار گرفته شده است که تا به بهبود مولفه‌های روان‌شناختی این بیماران یاری رسانده شود. یکی از این درمان‌ها رفتاردرمانی دیالکتیک است که پژوهش‌های پیشین کارآیی این درمان را در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی مختلف افراد نشان داده‌اند (۲۹-۲۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی- رفتاری و فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش است که چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر نهادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و خودنظم‌جویی هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر (۲۵). رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان یک

در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین افرادی که جهت درمان به مراکز درمانی تخصصی گوارش مراجعه کرده بودند، تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). پس از گمارش تصادفی بیماران منتخب در گروه‌های آزمایش و گواه، قبل از ارائه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک، پرسشنامه‌های پژوهش به بیماران ارائه و پس از پاسخگویی جمع‌آوری گردید. در گام بعد بیماران گروه آزمایش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۰ جلسه) را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند، در حالیکه گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پس از اتمام جلسات مرحله پس‌آزمون اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب درد Pain Anxiety Questionnaire: پرسشنامه اضطراب درد یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سوالی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک‌کراکن McCracken و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. پرسشنامه اضطراب درد علائم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می‌کند و شامل چهار زیرمقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد (سوالات ۱ تا ۵)، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد (سوالات ۶ تا ۱۰)، ارزیابی ترسناک از درد (سوالات ۱۱ تا ۱۵) و علائم اضطراب جسمانی مرتبط با درد (سوالات ۱۶ تا ۲۰)

روش غیردارویی و به عنوان مجموعه‌ای از فنون برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر، نحوه زندگی و تغییر رفتار است (۲۸). این درمان با افزایش توانمندی‌ها و برانگیختن درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش توانش‌ها و انگیزش خود درمانگر برای ادامه کار با مراجع به شکلی مؤثر و سالم با رشد دائمی توانش‌های کنترل‌تپیدگی و خستگی و شناسایی تلاش‌های مراجع برای شکل‌دهی یا تعدیل رفتار تأکید می‌کند (۳۰).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، با وجود اینکه بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه سبب‌شناسی این بیماری در جنبه‌های زیستی و فیزیولوژیکی متمرکز بوده است، به تنهایی قادر به توجیه و توضیح علت دقیق این بیماری نبوده، علاوه بر این خلاء، وجود عوامل دیگری در زمینه سبب‌شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر توجه پژوهشگران را به عوامل روان‌شناختی مؤثر در پیش‌بینی این سندرم جلب کرده است (۳۱). بنابراین با توجه به شیوع نسبتاً بالای سندروم روده تحریک‌پذیر و صرف هزینه‌های بالای پزشکی و عدم نتیجه‌گیری از درمان کامل، توجه به فرآیندهای روان‌شناختی این بیماران می‌تواند منجر به ارائه راهکارهایی روان‌شناختی جهت رفع یا کاهش درد، و بهبود پیامدها و آثار روانی آن شود. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و از سویی با نظر به کارآیی رفتاردرمانی دیالکتیکی در فروکاستن آسیب‌های شناختی و فیزیولوژیکی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی مشابه، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک را بر اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش مردان و زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به متخصص‌های گوارش در شهر همدان در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۸ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی

پرسشنامه؛ افسردگی شدید: نمره ۵۴ به بالا) (۳۴). درستی آزمایشی محتوایی و قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش گلدبرگ تایید شده است. در پژوهشی در ایران پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای افراد دارای تحصیلات دبیرستان ۰/۹۰، برای افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۰/۸۶ و برای سایر افراد ۰/۸۱ و برای کل نمونه ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین میزان درستی آزمایشی آن نیز مطلوب گزارش شد (۳۴). میزان قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم، در این پژوهش ابتدا با روش نمونه‌گیری دردسترس، نمونه پژوهش جمع‌آوری شد. سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف بسته درمانی برای بیماران شرکت کننده در پژوهش توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد آگاهی و رضایت لازم جهت شرکت در پژوهش را اعلام نمایند. در گام بعد همه افراد دو گروه (گروه آزمایشی و گروه گواه) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (پیش‌آزمون). سپس افراد گروه آزمایش پس از انتصاب تصادفی در گروه‌ها، مداخله درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک را در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت و پس از اتمام جلسات آموزشی افراد دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (پس‌آزمون). برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان بود که از پژوهش عزیزاده و همکاران (۲۴) اقتباس شده است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

است. هر زیرمقیاس دارای ۵ سوال است. دامنه‌ی نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی‌ها باید در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال‌های این مقیاس پاسخ دهند. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب درد بیشتر است. در پژوهشی که توسط مک‌کراکن و دینگرا Dhingra (۳۲) انجام شد، همسانی درونی پرسشنامه اضطراب درد با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $\alpha = 0.91$ و در زیرمقیاس اجتناب $\alpha = 0.75$ ، ارزیابی ترسناک $\alpha = 0.82$ ، اضطراب جسمانی $\alpha = 0.81$ و در اضطراب شناختی $\alpha = 0.86$ محاسبه شده است. در ایران، این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش داوودی، زرگر، مظفری‌پور سی‌سخت، نرگسی و مولا (۳۳) ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر یک گروه نمونه ۵۰ نفری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن روماتیسمی محاسبه شد که ضریب آلفای و برای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی قابل قبول مقیاس پرسشنامه اضطراب درد در پژوهش حاضر است. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی Depression Scale: پرسشنامه افسردگی توسط گلدبرگ Goldberg در سال ۱۹۷۲ تهیه شد و دارای ۱۸ ماده است. در دستورالعمل پرسشنامه افسردگی گلدبرگ از فرد خواسته می‌شود که با در نظر گرفتن شرایط خود در دو هفته اخیر، به سوالات پاسخ دهد. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (اصلاً: نمره صفر تا خیلی زیاد: نمره ۵) است. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۹۰ است. هر چه نمره فرد در آن زیاد باشد نشانگر افسردگی بیشتر اوست (سالم: نمره صفر تا ۹ در پرسشنامه؛ احتمال رشد افسردگی: نمره ۱۰ تا ۱۷ در پرسشنامه؛ افسردگی مرزی: نمره ۱۸ تا ۲۱ در پرسشنامه؛ افسردگی خفیف تا متوسط: نمره ۲۲ تا ۳۵ در پرسشنامه؛ افسردگی متوسط تا شدید: نمره ۳۶ تا ۵۳ در

جدول ۱ - خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک (۲۴)

جلسه	شرح جلسه
اول	ابتدا محقق ضمن خوش آمدگویی و سپاسگزاری از آزمودنی‌ها، هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، شرایط خروج از جلسات و تکالیف خانگی در بین جلسات را برای آنها توضیح می‌دهد، سپس آزمودنی‌ها با یکدیگر آشنا می‌شوند.
دوم	سوال در مورد اینکه: چرا باید این توانش را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، و اینکه همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند. توانش‌های خودنظم‌جویی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های اولیه و ثانویه به شیوه‌های موثرتری کنار بیایند و از رنج روز افزون اجتناب کنند.
سوم	سوال در مورد اینکه چگونه هیجان‌ها عمل می‌کنند؟ نام‌گذاری هیجان‌ها، و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان‌هایش دارد (اسطورها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها.
چهارم	مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خودمشاهده‌گری)، نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، و اینکه بر موانع هیجان‌های سالم غلبه کنید. اگر افراد رفتارهای سالم‌تری بروز دهند و افکار خودتائیدگرایانه بیشتری داشته باشند، باعث می‌شود تجارب هیجانی رضایت‌بخش‌تری برای آنها پیش بیاید.
پنجم	آموزش توانش کاهش آسیب‌پذیری جسمانی (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با افکار آشفتنه‌کننده، تغذیه کافی و مناسب، ورزش کردن). عادت‌های صحیح بخش مهمی از مدیریت حالت تغییرات، افسردگی، خشم، کج‌خلقی یا زودرنجی هستند.
ششم	اتخاذ تصمیماتی در راستای توانش کاهش آسیب‌پذیری شناختی (دوری از ذهن هیجانی و تعادل‌آفرینی بین افکار و احساسات). آموزش توانش حل مسئله، توانش حل مسئله این توانایی را به افراد می‌دهد که با توجه به تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی خود بتوانند در جهت حل مسئله یا مشکل قدم برداشته و به نتیجه مطلوب دست یابند.
هفتم	تسلط بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش.
هشتم	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی. عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی. برعکس تمایل‌های هیجانی‌تان عمل کنید. ذهن خود را از حس جاری و کنونی پر کنید.
نهم	جلسه اول آموزش توانش‌های تحمل پریشانی: راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقاء لحظه جاری، خودآرام‌بخشی با استفاده از حواس پنجگانه، تکنیک سود و زیان. اکثر افراد ترجیح می‌دهند هیجان‌های دردناک را تجربه نکنند. بنابراین آن را نادیده می‌گیرند و نمی‌توانند تحمل کنند، پس دست به رفتارهای غیرانطباقی می‌زنند. درمانگر در تحمل پریشانی به فرد کمک می‌کند تا هیجان دردناک را تجربه کند و بتواند آن را تحمل کند.
دهم	جلسه دوم آموزش توانش‌های تحمل پریشانی: تعریف پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این توانش، آموزش تغییر شیوه‌های تفکر، ایجاد انگیزه (اراده) برای عمل متعهدانه.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۲۷ تا ۳۱ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۲ درصد). از طرفی این افراد دارای سطح تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات لیسانس بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۳۰٪). همچنین بیشتر این افراد متأهل بودند (۶۰٪). علاوه بر این از افراد حاضر در پژوهش ۱۷ نفر (معادل ۵۶/۶۶٪) زن و ۱۳ نفر (معادل ۴۳/۴۴٪) مرد بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (اضطراب

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر) در و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است. مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار اضطراب درد و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۶/۵۴	۳۹/۰۶	۷/۸۹	۵۱/۲۶	گروه آزمایش	اضطراب درد
۶/۴۵	۵۰/۶۰	۷/۹۶	۴۹/۲۶	گروه گواه	
۷/۹۵	۴۳/۹۳	۹/۲۵	۵۰/۹۳	گروه آزمایش	افسردگی
۶/۱۳	۵۲/۲۶	۸/۹۳	۵۱/۴۶	گروه گواه	

توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای اضطراب درد و افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0.05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب درد و افسردگی معنادار نبوده است ($p > 0.05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای اضطراب درد و افسردگی برقرار بوده است.

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب درد و افسردگی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس-کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0.05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	
۰/۸۵	۷۰/۷۲	۲	۲۵		اثر پیلائی
۰/۱۵	۷۰/۷۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	لامبدای ویلکز
۵/۶۵	۷۰/۷۲	۲	۲۵		اثر هتلینگ
۵/۶۵	۷۰/۷۲	۲	۲۵		بزرگترین ریشه روی

معنادار وجود داشته باشد. بنابراین جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدام یک از متغیرهای اضطراب درد و افسردگی است، به بررسی تحلیل به کواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

با معناداری آزمون کواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر ارائه رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
اثر متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیک)	اضطراب درد	۱۲۱۵/۳۷	۱	۱۲۱۵/۳۷	۱۰۳/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
	افسردگی	۴۷۷/۳۳	۱	۴۷۷/۳۳	۸۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۱
خطا	اضطراب درد	۳۰۵/۳۱	۲۶	۱۱/۷۴				
	افسردگی	۱۵۴/۱۲	۲۶	۵/۹۲				
کل	اضطراب درد	۶۱۸۹۷	۳۰					
	افسردگی	۷۱۷۷۵	۳۰					

سجادیه و آتش پور (۲۲)؛ دکو DeCou و همکاران (۲۵)؛ لانگ Lang و همکاران (۲۲) بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود گزارش کرده اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی از کارآمدی لازم جهت بهبود مولفه های روان شناختی برخوردار است. چنانکه شیخ سجادیه و آتش پور (۲۲) ابراز کرده اند که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی منجر به کاهش پریشانی روان شناختی زنان می شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب درد افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر می توان بیان نمود که رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می کند روش هایی را برای مدیریت تعارضات خود بیاموزند. در واقع رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش پذیرش بنیادین، به بیماران آموزش می دهد که زندگی توأم با مشکلات و چالش ها را بپذیرند (۲۶). بر این اساس رفتاردرمانی دیالکتیک با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی، می تواند آسیب های روان شناختی همچون اضطراب و متغیرهای مرتبط با آن نظیر اضطراب درد را کاهش دهد. تبیین دیگر اینکه ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان درمانی حمایت گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمان جو و درمانگر است می تواند باعث رشد توانش هایی همچون تحمل درماندگی، ذهن آگاهی، خودنظم جویی هیجانات و توانش کارآمد در مراجعان و بیماران شود (۲۷). به طوری که با ارائه راهکارهای جدید برای تعدیل آثار شرایط ناراحت کننده و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی به بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر کمک می کند تا بهتر با تجربه های دردناک

با توجه به نتایج جدول ۴، ارائه متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیک) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می شود که با کنترل متغیر مداخله گر (پیش آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر با ارائه رفتاردرمانی دیالکتیک دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته منجر به کاهش اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر شود. مقدار تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۷۸ و ۷۵٪ تغییرات متغیرهای اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر توسط ارائه متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیک) تبیین می شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب درد و افسردگی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر انجام گرفت. یافته اول پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات اضطراب درد در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر شده بود. یافته حاضر همسو با یافته پیمان نیا و همکاران (۲۱)؛ شیخ

می‌آموزند که در مقابل تعارض‌ها و مشکلات مقاوم‌تر بوده و اثرات آشفته‌ساز شرایط را کاهش دهند. همچنین آموزش روش رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود جهت‌گیری کلی افراد، احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و پیرامون می‌گردد (۲۵). به‌طوری‌که به افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن با آن بررسی کنند. همچنین بدون داشتن رفتاری مخرب و ناسازگارانه؛ زندگی سازمان‌یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک می‌نمایند. به عبارتی بهره‌مندی از روش رفتار درمانی دیالکتیکی، افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را قادر می‌سازد که ضمن درک هیجان‌ات و احساسات و پذیرش مشکلات و ناکارآمدی‌ها؛ زندگی را قابل درک، کنترل‌پذیرتر و پرمعنی تصور نمایند. از این‌رو افسردگی آنها کاهش می‌یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شهر همدان؛ عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری نظیر بیماران تالاسمی، سرطان، ام‌اس و...، مهار عوامل ذکر شده، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب درد و افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود رفتاردرمانی دیالکتیک به درمانگران و مشاوران مراکز درمانی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر معرفی تا آنها با بکارگیری این درمان و یا معرفی آن به افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، جهت بهبود وضعیت شناختی این بیماران گامی عملی بردارند.

زندگی و علائم بیماری خود کنار بیایند. همچنین بجای تمرکز روی تجربه‌های دردناک گذشته یا اتفاق‌های وحشتناک احتمالی آینده، لحظه فعلی را کامل‌تر تجربه کنند. بدین ترتیب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با بهره‌مندی از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی قادر هستند از انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری برخوردار باشند و در غلبه بر احساسات و هیجان‌ات منفی خود، کارآمدی بالایی داشته باشند. بر این اساس، رفتاردرمانی دیالکتیک با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی، پردازش‌های شناختی دیگر همچون اضطراب درد را نیز متاثر ساخته و باعث می‌شود تا این بیماران اضطراب درد کمتری را تجربه نمایند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات افسردگی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شده بود. یافته حاضر همسو با یافته آقاییوسفی و همکاران (۲۳)؛ علیزاده و همکاران (۲۴)؛ لوئیس و میلر Lois Miller (۲۷)؛ زالوسکی Zalewski و همکاران (۲۸) و رابینسون Robinson و همکاران (۲۹) بود. این پژوهشگران نشان داده‌اند که ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند منجر به کاهش مولفه‌های روان‌شناختی و هیجانی آسیب‌زا در افراد مختلف شود. بدین صورت که علیزاده و همکاران (۲۴) گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و خودنظم‌جویی هیجانی) منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی افراد می‌شود.

در تبیین یافته‌ی حاضر مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌توان بیان نمود که هنگامی که توانش تحمل پریشانی (از توانش‌های بنیادین رفتاردرمانی دیالکتیک)، به افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر آموزش داده می‌شود، حس پیوستگی آنان افزایش می‌یابد؛ به بیان دیگر این توانش به آنان می‌آموزد تا با وقایع آشفته‌ساز نظیر بیماری و علائم آزارنده آن، بهتر مقابله کنند. از طرفی با افزایش احساس پیوستگی، افراد می‌توانند هیجان‌ات و رویدادهایی را که در زندگی پیش می‌آید بهتر درک کرده و آنها را قبول نمایند (۲۸). بر این اساس افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با استفاده از این تکنیک

تشکر و قدردانی

که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز درمانی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در شهر همدان

References

1. Toumi ML, Merzoug S, Boulassel MR. Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life Sciences*, 2018; 210: 96-105.
2. Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2017; 44(4): 655-671.
3. Laskaratos FM, Goodkin O, Thoua, NM, Murray CD. Irritable bowel syndrome. *Medicine*, 2015; 43(5): 266-270.
4. Vicario M, Alonso C, Guilarte M, Serra J, Martinez C, Gonzalez- Castro AM. Chronic Psychosocial Stress Induces reversible mitochondrial damage and corticotropin-releasing factor receptor type-1 upregulation in the rat intestine and IBS-like gut dysfunction. *Psychoneuroendocrinology*, 2012; 37: 65-77.
5. Singh R, Salem A, Nanavati J, Mullin GE. The Role of Diet in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2018; 47(1): 107-137.
6. Tosic-Golubivic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatry Danub*, 2010; 22(3): 418-242.
7. Porcelli P, De Carne M, Leandro G. The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 2017; 73: 127-135.
8. Wu M, Yang Y, Chen Y. The effect of anxiety and depression on the risk of irritable bowel syndrome in migraine patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2017; 44: 342-345.
9. Knowles S, Austin D, Sivanesan S, Tye-Din J, Leung C, Wilson J, Castle D, Kamm M, Macrae F, Hebbard G. Relation between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, Health & Medicine*, 2016; 22(5): 1354-8506.
10. Boerma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of Psychological variable in fear avoidance model in disability. *Clinical Journal of pain*, 2006; 22: 160-166.
11. Park S, Na SH, Oh J, Lee JS, Oh S, Kim J, Park JW. Pain and anxiety and their relationship with medication doses in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 2018; 47: 65-69.
12. Asmundson G, Antony M, McCabe R. Pain relate anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of anxiety disorder*, 2009; 23: 791-798.
13. Lefter R, Ciobica A, Guenne S, Compaore M, Kiendrebeogo M, Stanciu C, Trifan A. Characterization of memory, anxiety, depression and social behaviour in a rat model of irritable bowel syndrome generated by chronic stress contention. *European Neuropsychopharmacology*, 2019; 29: 526-530.
14. Geng Q, Zhang Q, Wang F, Zheng W, Ng CH, Ungvari GS, Wang G, Xiang Y. Comparison of comorbid depression between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 2018; 237: 37-46.
15. Lee SK, Yoon DW, Lee S, Kim J, Choi K, Shin C. The association between irritable bowel syndrome and the coexistence of depression and insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 2017; 93: 1-5.
16. Banerjee A, Sarkhel S, Sarkar R, Dhali GK. Anxiety and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Indian Journal of Psychology Medicine*, 2017; 39(6): 741-745.
17. Meerveld BG, Johnson AC. Mechanisms of Stress-induced Visceral Pain. *Journal of Neurogastroenterol Motil*, 2018; 24(1): 7-18.
18. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 2017; 255: 186-194.
19. Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2007; 29: 147-155.
20. Ganji H. *Psychopathology based on the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Tehran: Arasbaran Publications. 2013. [Persian].
21. Peymannia B, Hamid N, Mehrabizadeh-honarmand M, Mahmoudalilu M. The Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy - Family and child Skills Training (DBT-FST) on Impulsivity and quality of life in girls with self-harm behaviors. *IJRN*. 2018; 4(3): 8-17. [Persian].
22. Sheikh Sajjadih M., Atashpour SH. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy Training in Group Method on Psychological Distress of Infertile Women in Isfahan, Knowledge and Research in Applied Psychology, 2017; 18(1): 23-29. [Persian].

23. Aghayousefi A, Tarkhan M, Ghorbani T. The Impact of Dialectic Behavior Therapy on the Reduction of Impulsiveness in Women with Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Substance Abuse. *Addiction Research Quarterly*, 2015; 9(34): 79-97. [Persian].
24. Alizadeh A, Alizadeh E, Mohamadi A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. *IJPN*. 2013; 1 (2) :62-69. [Persian].
25. DeCou RC, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 2019; 50(1): 60-72.
26. Lang CM, Edwards AJ, Mittler MA, Bonavitacola L. Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2018; 25(3): 416-426.
27. Lois BH, Miller AL. Stopping the Nonadherence Cycle: The Clinical and Theoretical Basis for Dialectical Behavior Therapy Adapted for Adolescents With Chronic Medical Illness (DBT-CMI). *Cognitive and Behavioral Practice*, 2018; 25(1): 32-43.
28. Zalewski M, Lewis J, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*, 2018; 21: 122-126.
29. Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2018; 32(4): 512-516.
30. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, 2017; 48(4): 557-566.
31. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall KJ. Systematic review and meta- analysis: The incidence and prognosis of post- infectious irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2007; 26(4): 535-544.
32. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity, *Pain res mange*, 2002; 7: 45-50.
33. Davoodi I, Zargar Y, Mozaffaripour Sisakht E, Nargesi F, Mola K. The Relationship between Pain Catastrophizing, Pain Anxiety, Neuroticism, Social Support, and Strategies for Coping with Functional Disability in Rheumatic Patients, *Journal of Health Psychology*, 2012; 1(1): 54-67. [Persian].
34. Aminpoor H, Afshinfar J, Mostafaei A, Ostovar S. Validation of Goldberg's Depression Scale in academic and non-academic peoples. *Annals of Biological Research*, 2012; 3(9): 4564-4573.

Original Article

The Effectiveness of Dialectic Behavior Therapy on Bearing Distress and Pain Anxiety in the People with Irritable Bowel Syndrome

Received: 14/02/2020 - Accepted: 27/04/2020

Rasol Roshan Chesli¹
Azam Ashori^{2*}
Moslem Mahdikhano³
Zahra Parsi Nejad⁴

1 Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

2 MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran.

3 MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran.

4 MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran.

Email: azamashori4@gmail.com

Abstract

Introduction: Irritable Bowel Syndrome can influence the patients' cognitive, emotional and psychological processes in addition to the physical problems that appropriate cognitive therapies should be applied to decrease these damages. therefore the present study was conducted aiming to investigate the dialectic behavior therapy on pain anxiety and depression in the people with Irritable Bowel Syndrome.

Materials and Methods: it was a quasi-experimental study with pretest, posttest with control group. The statistical population of the current study was men and women with Irritable Bowel Syndrome referring to circulatory specialists in the city of Hamedan in the second quarter of 2019. 30 patients with Irritable Bowel Syndrome were selected through available sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (each group of 15). The experimental group received dialectic behavior therapy intervention (Linhan, 2004) during two-and-a-half months in ten seventy-five-minute sessions. The applied questionnaires in this study included pain anxiety (Mc Cracken, et.al., 1992) and depression (Beck et.al., 1996). The data from the study were analyzed through MANCOVA method.

Results: the results showed that the dialectic behavior therapy has significant effect on pain anxiety and depression in the people with Irritable Bowel Syndrome ($p < 0.001$).

Conclusion: according to the findings of the present study it can be concluded that the dialectic behavior therapy can be used as an efficient method to decrease pain anxiety and depression in the people with Irritable Bowel Syndrome employing techniques of bearing distress, acceptance and emotional self-regulation.

Key words: dialectic behavior therapy, pain anxiety, depression, Irritable Bowel Syndrome

Acknowledgement: There is no conflict of interest.