

بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

فرشته پورمحسنی کلوری*، فینا اسلامی**

*استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
**دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳
تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵
پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

هدف: سندرم روده تحریک پذیر با وجود شیوع بالا و علائم مشخص، هنوز علت روشنی ندارد. به نظر می‌رسد عوامل روانشناختی در بروز و تشدید علائم این بیماری نقش قابل توجهی دارند، اما هنوز درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد، هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

کلیدواژه‌ها:

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت روان، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک پذیر.

روش: این مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن چهل نفر از بیمارانی که در ۶ ماه نخست سال ۱۳۹۴ توسط پزشکان متخصص گوارش شهر اردبیل تشخیص سندرم روده تحریک پذیر دریافت کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و بگونه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و سلامت روانی گلدبرگ پاسخ دادند، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت نمود و آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه پس از اتمام برنامه مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک راه و چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس نشان داد که در بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کیفیت زندگی و سلامت روانی به‌طور معناداری بهبود یافته بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد آموزش شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر است.

The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome

*F. Pourmohseni-Koluri, **F. Eslami

*Assistant Professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

**MA in clinical psychology, Azad University branch of Ardabil, Ardabil, Iran.

Abstract

Object: Despite of prevalent and clear signs of irritable bowel syndrome (IBS), the causes of this illness is still unclear. It seems mental factors contribute in severity and incident of this illness, But still there is no cure for this disease The aim of this study was to investigate effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with bowel irritating syndrome.

Method: This research was semi-experimental design pretest-posttest with control group that subjects were 40 people who diagnosed by physician as BIS that selected by available sampling method. And randomly assigned in experimental and control groups. Then two groups answered general health and quality of life questionnaires. Experimental group received 8 sessions of 90 –minute’s group cognitive therapy based on mindfulness and the control group did not receive any treatment. Both groups completed questionnaires after completing the treatment again. Data analyzed by Analysis of univariate and Multivariate Covariance.

Results: Analysis of univariate and Multivariate Covariance revealed mental health and quality of life effectively higher in experimental group compared to the control group ($p < 0/001$).

Conclusion: The findings have showed the group cognitive therapy based on mindfulness promote mental health and improve quality of life of patient with irritable bowel syndrome.

Article Information:

History:

Receipt:2013/08/06

Revise:2013/09/26

Acceptance:2013/10/20

Keywords:

Group cognitive therapy based on mindfulness, mental health, quality of life, irritable bowel syndrome.

مقدمه

ارتباط دائم و پیوسته با همدیگر می‌باشند و ارتباط پیوسته این دو سیستم برای کارکرد مطلوب سیستم روده‌ای ضروری است. از سوی دیگر، سیستم حرکتی-هیجانی^۳ بخشی از سیستم اعصاب مرکزی است که بروندادهایی را از سیستم لیمبیک و پارالیمبیک دریافت می‌نماید و الگوی متفاوتی از پاسخ‌های جسمانی مرتبط با هیجان‌اتی مثل ترس، خشم و لذت را تولید می‌کند. بروندادهای این سیستم بر سیستم عصبی روده‌ای، تاثیر نیرومندی دارد. بازخورد بدن به سیستم حرکتی-هیجانی -به شکل پیام‌های عصبی و هورمونی، پاسخ‌های این سیستم را اصلاح می‌نماید و برون-دادی را به کورتکس مغزی می‌فرستد که الگویی از برانگیختگی، گوش به زنگی و توجه را ایجاد می‌نماید. فعالیت سیستم هیجانی-حرکتی هم تحت تاثیر استرس‌زاهای درونی مثل نشانه‌های روده‌ای و هم استرس‌زاهای بیرونی ناشی از موقعیت‌های استرس‌زای واقعی یا پاسخ‌های شرطی شده و یا باورهای شناختی فرد قرار دارد (نمودار یک) (میر، کراسک و نالی‌باف^۴، ۲۰۰۱). اضطراب ناشی از علائم بیماری، عامل مهمی است که منجر به حساسیت مفرط بیمار نسبت به درد، گوش‌به‌زنگی و مقابله ضعیف و هیجان‌مدار با بیماری می‌گردد (لابوس^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). بدین ترتیب مبتنی بر الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، مواجهه با استرس‌های ملایم روانشناختی، سیستم حرکتی-هیجانی را فعال ساخته و پاسخدهی بیمار را نسبت به تحریکات روده‌ای افزایش می‌دهد و این

سندروم روده تحریک‌پذیر یکی از شایعترین اختلالات گوارشی کارکردی است که با علت‌های نامشخص، دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش‌بینی و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شود (چانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). نشانه‌های این بیماری شامل شکایات غیر-اختصاصی مانند تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست می‌باشد که نمی‌توان آنها را با نابهنجاری‌های زیستی یا ساختاری تبیین کرد (میرین و همکاران، ۲۰۰۱). میزان شیوع این سندروم ۲۰-۱۰ درصد بوده و هزینه‌های اقتصادی و انسانی گزافی را برای بیمار، خانواده و جامعه به همراه دارد، بطوریکه این بیماری دومین علت غیبت از کار بعد از بیماری سرماخوردگی می‌باشد و با بستری شدن در بیمارستان و مراجعه مکرر به پزشک همراه است و همانند اختلال افسردگی و بیماری کلیوی مزمن بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر می‌گذارد (نالی‌باف، فریس و راپگی^۲، ۲۰۰۸).

در اغلب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، الگوی زیستی-روانشناختی-اجتماعی یا مدل ذهن/بدن مناسب‌ترین شیوه جهت درک علل بروز، تداوم و درمان نشانه‌های این بیماری است (نالی‌باف و همکاران، ۱۹۹۸). در چارچوب الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، سیستم عصبی مرکزی و سیستم عصبی روده‌ای در

3. Emotional Motor System (EMS)

4. Mayer, Craske, Naliboff

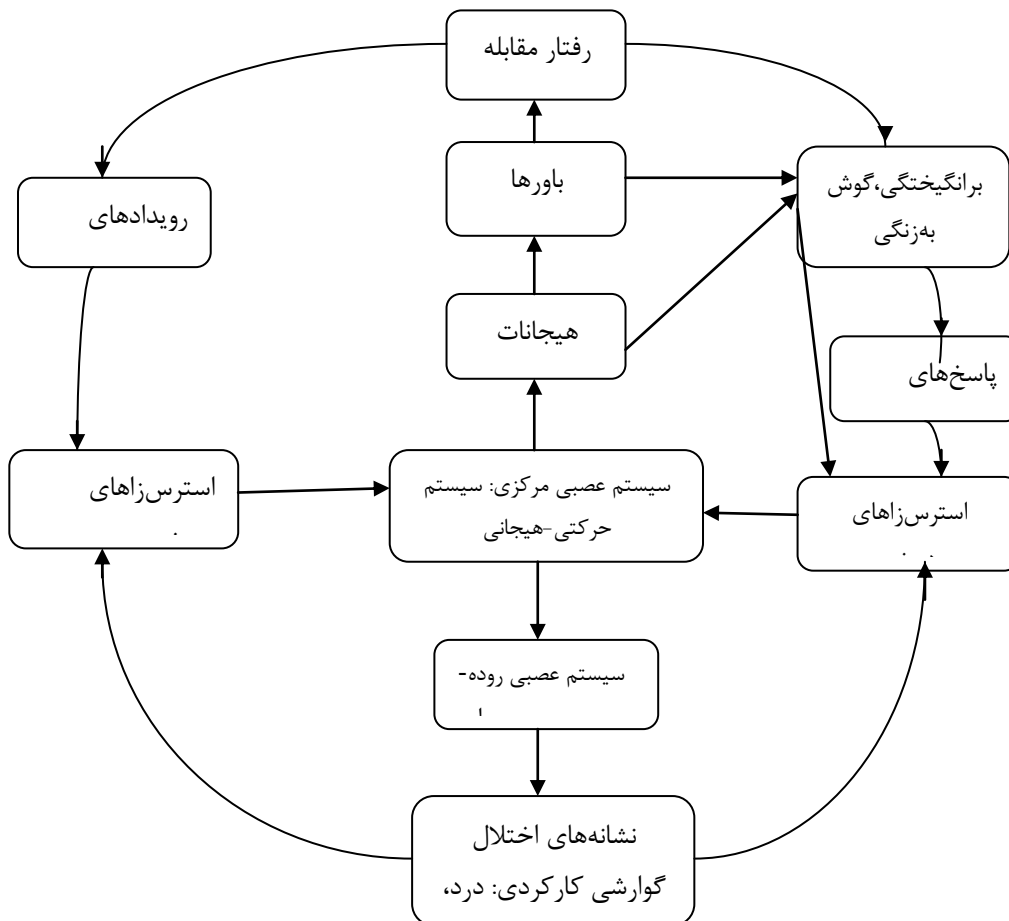
5. Labus et al.

1. Chang & et al

2. Naliboff, Frese, & Rappay

عمومی حاضر می‌گردند. احساس شرم و گناه و خشم از هیجان‌های غالب در این بیماری است تا بیماری را از دیگران مخفی نگه دارند. همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای ضعیف، بخشی به دلیل

بیماران نشانه‌های بیشتری از بیماری را تجربه می‌کنند و حتی اغلب در مواجهه با استرس‌های جزئی نیز درد شدیدی را در ناحیه کولون تجربه می‌نمایند (دیک‌هاوس^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).



نمودار ۱. تعامل ذهن/بدن و اختلال سندروم روده تحریک‌پذیر

باورهای فاجعه‌انگارانه در مورد بیماری و بخشی به دلیل احساس عدم کنترل بر نشانه‌ها، در این بیماران بارز است. حساسیت افراطی نسبت به تحریکات روده‌ای و ترس از آغاز نشانه‌های

بسیاری از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، اشتغال ذهنی و ترس شدیدی درباره این موضوع دارند که مبادا در حضور دیگران خود را کثیف کنند، به همین دلیل خود را منزوی ساخته و تنها در صورت ضرورت در انتظار

1. Dickhaus et al.

هیجانان و افکار است (پراون و رایان، ۲۰۰۳). به عقیده بیشاب و همکاران (۲۰۰۴) ویژگی اصلی رویکرد ذهن آگاهی، آگاهی، توجه و پذیرش می-باشد. این رویکرد، توجه بیمار را به سرخها، پاسخها و خویشنداری در زمان حال جلب می-کند و وی را قادر می‌سازد تا به نشانه‌های بیماری، به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر پاسخ دهد. به عقیده ولز (۲۰۰۲)، ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا به این فراشناخت دست یابد که افکار وی واقعیت ندارد و در نتیجه نگرانی وی نسبت به محتوای افکارش کاهش یابد. درمان شناختی نیز در چارچوب الگوی زیستی-روانی-اجتماعی به بیماران می-آموزد تا نشانه‌های بیماری و ارتباط آن را با استرس با نگاهی نو درک کنند و جهت مدیریت بهتر نشانه‌ها روش‌های موثر و کارآمدی را بیابند (تونر^۸، ۱۹۹۸)

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی (گادفرین و ون-هرینگن، ۲۰۱۲)، افزایش احساس لذت از زندگی، کاهش تنش و نشانه‌های جسمانی، ارتقای بهزیستی روانشناختی، بهبود خلق و کاهش درد (گو و همکاران، ۲۰۱۵) و کاهش نشانه‌های اضطراب و استرس (اشتراوس و همکاران، ۲۰۱۴) نشان داده شده است.

با وجود اینکه پژوهش‌های مختلفی بر نقش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سندروم روده تحریک‌پذیر تأکید کرده‌اند (چیلکات و موس-موریس^۹، ۲۰۱۳؛ فیلیپس، رایت و

بیماری موجب می‌گردد این بیماران از انجام فعالیت‌های لذتبخش اجتناب نمایند. در چنین شرایطی، روز به روز تنهاتر می‌شوند و عزت نفس پایین، نشانه‌های افسردگی و تشدید علائم بیماری را تجربه می‌نمایند (لاکتر، کویکلی و بلنچارد^۱، ۲۰۰۴)؛ بگونه‌ای که پژوهش‌ها حاکی از آنند که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر از سلامت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل برخوردارند (گادفرین و ون‌هرینگن^۲، ۲۰۱۰؛ اشتراوس و همکاران^۳، ۲۰۱۴).

جهت درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، درمان‌های مختلف دارویی و غیر دارویی به کار گرفته شده است (گرین و بیلینگ^۴، ۲۰۱۲) که از جمله می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد که نوعی درمان ساختاریافته است که بر اساس مدل کاهش استرس کابات زین^۵ و سگال^۶ طراحی شده است و اصول درمان شناختی به آن اضافه می‌شود (کابات زین، میسن و کریستلر^۷، ۱۹۹۱). ذهن-آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانان و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (کابات-زین، ۱۹۸۲). هدف از آموزش ذهن آگاهی به‌عنوان یک روش درمانی، کاهش تجارب اجتنابی و تمایل به تجربه احساس‌های نامطلوب بدنی،

1. Lackner, Quigley, Blanchard
2. Godfrin & van Heeringen
3. Strauss et al
4. Green & Bieling
5. Kabat-Zinn
6. Segal
7. Kabat-zinn, Massion, & Kristller

8. Toner
9. Chilcot, and Moss-Morris

کنت^۱، ۲۰۱۴؛ خیانگ، ژانگ، یو و چن^۲، ۲۰۱۴). اما مطالعات کمی تاکنون به بررسی واسطه‌های تغییر پرداخته‌اند؛ اینکه چگونه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به این تغییرات دست می‌یابد، چندان واضح نیست (لاکرو همکاران، ۲۰۰۷؛ رم^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

برخی پژوهشگران بیان می‌کنند که این درمان از طریق بهبود آشفته‌گی روان‌شناختی بر نشانه‌های سندروم تاثیر می‌گذارد (جونز، کولوسکی، بویسو تالی^۴، ۲۰۱۱). با این وجود، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه این رویکرد درمانی بر نشانه‌های معده/ روده‌ای به‌طور مستقیم تاثیر می‌گذارد و از این طریق باعث کاهش آشفته‌گی روان‌شناختی می‌گردد (لاکرو و همکاران، ۲۰۰۷).

با توجه به شواهد ارائه شده در بیان مساله و نمودار ۱، پژوهش حاضر به دنبال آزمون این ادعاست که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تغییر رفتارها و باورهای ناسازگارانه و هیجان‌های منفی می‌تواند اثرات درمانی خود را بر نشانه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر مثل کاهش در شدت نشانه‌ها و ناتوانی نشان دهد. باورهای فرد درباره بیماری به بیماری او معنای شخصی داده و به عنوان چارچوبی برای هدایت راهبردهای مقابله عمل می‌کند. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌هایی که می‌تواند بطور بالقوه نتایج درمان را تقویت یا تضعیف نماید و بنابراین کارآمدی،

اثربخشی و کارایی درمان را تحت تاثیر قرار دهد، باورهایی است که هر یک از بیماران در مورد بیماری خود، نحوه تشخیص، سیر زمانی و نحوه درمان و پیش‌گیری از عود مجدد آن دارند. بنابراین، امروزه یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی که لازم است تا در رشته‌هایی همچون روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسی بالینی و پزشکی بدان پرداخته شود، تأکید بر باور شخص بیمار درباره بیماری است (لونتال و همکاران، ۱۹۹۲).

بنابراین با توجه به پیامدهای گسترده سندروم روده تحریک‌پذیر بر کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران و هزینه‌هایی که این بیماری برای بیمار، خانواده و جامعه به دنبال دارد، از یکسو و نقش عوامل روانشناختی در بروز این پدیده و بروز مشکلات روانشناختی در نتیجه این بیماری و با توجه به اینکه هنوز درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد، پژوهش حاضر در صدد پاسخ دادن به این سؤال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تاثیر دارد؟.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. بدین منظور از میان تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیری که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴ به مطب پزشکان متخصص گوارش در شهر اردبیل مراجعه نموده بودند و تشخیص این بیماری را دریافت نموده بودند، ۴۰ نفر که واجد

1. Phillips, Wright, and Kent
2. Xiong, Zhang, Yu, and Chen
3. Reme
4. Jones, Koloski, Boyce, & Talley

ب- پرسشنامه سلامت روانی

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، یک پرسش‌نامه‌ی غربالگری (سرندی) مبتنی بر روش خودگزارش-دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف این پرسش‌نامه دست-یابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامتی است. روش‌های مختلفی برای نمره‌گذاری این آزمون پیشنهاد شده است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده که به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) است، یعنی گزینه‌ی الف (نمره‌ی صفر)، گزینه‌ی ب (نمره ۱)، گزینه‌ی ج (نمره ۲) و گزینه‌ی د (نمره ۳) می‌گیرد. حداکثر نمره‌ی آزمودنی با این روش نمره‌گذاری، ۸۴ خواهد بود (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). تقوی و همکارانش (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار دادند که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آوردند. همچنین در پژوهش وی، برای مطالعه روایی پرسشنامه از روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلکس ۰/۵۵ گزارش شده است. مداخله: جلسات بر اساس روش درمانی سگال و همکاران (۲۰۰۲) و با استفاده از کتاب‌خداياری فرد و همکاران (۱۳۹۳) تنظیم شده است و بر اساس شرایط نمونه‌های پژوهش حاضر در آن تغییرات جزئی صورت گرفته است. اما در نهایت در تمامی جلسات استاندارد ذهن آگاهی با

ملاک‌های تحقیق بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۲۰ آزمودنی در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل بگونه تصادفی جایگزین شدند. عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن روده، فقدان سابقه روان درمانی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی، قرار گرفتن در دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال و برخورداري از سطح تحصیلات حداقل متوسطه از جمله ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش بود.

ابزار سنجش

الف- پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت

جهانی^۱

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) دارای ۳۶ سوال است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمی (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)، درد (P) و سلامت عمومی (GH). در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت بهتر زندگی است. روایی و پایایی پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی گردید. ضریب پایایی در زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ و تنها در خرده‌مقیاس سرزندگی ۰/۶۵ گزارش گردید.

1. Quality of life

نمونه‌های مورد مطالعه تکنیک‌های نسبتاً مشابه و رایجی تمرین شد که توسط کابات زین (۱۹۸۵) در دانشگاه ماساچوست تدوین شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا
فردی	آشنایی متقابل اولیه بین درمانگر و مراجع، ارزیابی تناسب مراجع با شرکت در مطالعه و اجرای پیش‌آزمون
۱	معرفی برنامه، ساختار و اهداف گروه، آشنایی با سندرم روده تحریک پذیر و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این بیماری، آشنایی با ذهن‌آگاهی و بیان منطق آن و ارائه تکلیف خانگی جهت تحکیم مطالب آموزشی
۲	آموزش و تمرین تکنیک‌های حضور ذهن یا آگاهی از تنفس جهت افزایش ظرفیت توجه و تمرکز شامل مراقبه ۴۵ دقیقه واری بدن، ۱۰ دقیقه تنفس همراه با ذهن‌آگاهی و بیان منطق هر یک از این تکنیک‌ها، تفکر درباره تمرین‌ها و حس کردن دقیق هر یک از آن‌ها و فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بیان منطق آن.
۳	اجرای تکنیک تن آرامی عضلانی، تمرین حرکت هشیارانه، گسترده نگه‌داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین‌های مراقبه‌ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن، آشنایی با ذهن‌آگاهی (مفهوم هدایت خودکار و حالت‌های ذهن)، آشنایی با منطق و اهداف این درمان (ارتباط با دنیا به‌گونه‌ای متفاوت) و تمرین تکنیک ذهن‌آگاهی، تنفس سه دقیقه‌ای
۴	آموزش و تمرین ۴۵ دقیقه تکنیک مراقبه نشسته، بیان منطق آن، تمرین تنفس سه دقیقه‌ای و ارائه تمرین‌های الگوبرداری شده جهت کاربرد در زمان‌هایی که دچار احساسات می‌شویم، شناخت مدل شناختی بک در مورد اضطراب براساس مدل ABC و شناخت افکار خودآیند منفی در سندروم روده تحریک‌پذیر، آموزش جدول چگونه افکار هیجان را ایجاد می‌کند و تمرین و آموزش ۱۰ دقیقه تنفس همراه با ذهن‌آگاهی
۵	تمرین ۴۵ دقیقه واری بدن، آموزش و تمرین کشف واکنش به الگوهای عادی شده و کاربرد استعدادهای بالقوه مهارت‌های ذهن‌آگاهی جهت آسان‌سازی واکنش به تجارب زمان حال (کنترل ذهن سرگردان)، آموزش و تمرین مراقبه پذیرش و ارزیابی افکار خودآیند و شناسایی خطاهای شناختی شایع در سندروم روده تحریک‌پذیر
۶	تمرین ۴۵ دقیقه مراقبه نشسته، مرور مشکلات بیماران در طی تمرین در منزل و احساسات و هیجانات در حین انجام تمرینات، آموزش تکنیک‌هایی جهت پاسخ به افکار خودآیند منفی، تمرین تکنیک ۳ دقیقه واری بدن و تنفس آگاهانه و به آگاهی درآوردن واکنش‌ها در مقابل استرس و اضطراب
۷	انجام تمرینات مراقبه، تمرین تنفس سه دقیقه‌ای به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تاثیر آن‌ها روی بدن و ذهن، بحث در مورد اینکه چگونه به بهترین نحو تحرک و نظمی که در چند هفته گذشته ایجاد شده، ادامه یابد، فهرست علائم لذت‌بخش و مهارت‌آمیز و تمرین واری بدن
۸	جمع‌بندی و مرور برنامه، دریافت بازخورد از اعضای گروه، کاربرد آموخته‌ها برای سر و کار داشتن با خلق آینده، مراسم اختتامیه و اجرای پس‌آزمون

روند اجرای پژوهش

پس از توضیح اهداف مطالعه به شرکت کنندگان، از آنان جهت شرکت در پژوهش رضایت کتبی اخذ گردید و به آنان گفته شد هر زمان که تمایل به ادامه و حضور در جلسات ندارند، می‌توانند انصراف دهند. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس یک نفر با تحصیلات کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی که در حوزه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی آموزش لازم را دریافت کرده بود، این درمان را به آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی آموزش داده و آزمودنی‌های گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکردند، اما در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از انجام پژوهش وارد جلسات درمانی شوند. افراد در هر دو گروه در خط پایه و بلافاصله پس از پایان مداخله به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری و با نرم‌افزار SPSS ۱۸ تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۰ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بودند که ۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار در گروه کنترل قرار داشتند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳ بیمار زن (۶۵٪) و بقیه مرد بودند. میانگین سنی بیماران گروه آزمایش (۳۲/۹ ± ۱۰/۰۷) سال و گروه کنترل (۳۳/۰۵ ± ۸/۹۸) سال بود. همچنین ۷۰ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۲۰ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۱۰ درصد نیز تحصیلات لیسانس داشتند. در گروه کنترل نیز ۶۵ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۳۰ درصد فوق دیپلم و بقیه لیسانس بودند. از لحاظ وضعیت تاهل، ۶۵ درصد آزمودنی‌های هر دو گروه متاهل و بقیه مجرد بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جهت بررسی تأثیر شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمره کلی کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه و چند متغیره استفاده شد. جهت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری باید مفروضه‌های آن برقرار باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

خرده مقیاس	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
محدودیت جسمانی	۴۶/۲۵	۳/۵۱	۴۴	۴/۳۱
محدودیت	۴۲/۲۰	۴/۵۶	۴۴/۱۰	۴/۵۸
خستگی	۴۲/۶۵	۴/۸۰	۴۲/۱۰	۴/۶۱
عاطفی	۵۵/۶۵	۴/۴۳	۵۵/۳۵	۳/۷۶
اجتماعی	۶۰/۷۵	۴/۱۴	۵۹/۷۵	۴/۶۳
درد	۵۹	۴/۳۰	۵۷/۳۰	۳/۶۱
عمومی	۵۱/۵۰	۵/۴۶	۵۲/۹۵	۴/۴۸
جسمانی	۱۱/۶۰	۱/۸۱	۱۰/۷۵	۱/۷۳
اضطراب	۱۰/۴۵	۱/۷۳	۱۰/۶۰	۱/۴۳
عملکرد	۱۰/۵۰	۲/۰۶	۱۱/۲۵	۱/۸۰
افسردگی	۱۱/۵۵	۱/۸۲	۱۱/۵۵	۱/۷۹
سلامت روانی کلی	۴۴/۱۰	۳/۲۷	۴۴/۱۵	۳/۳۴

شرط همگنی واریانس نمرات در همه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی برقرار است. بدین- ترتیب استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی فرضیه پژوهش بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل نتایج موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد دو گروه آزمایش و کنترل در همه مولفه‌های کیفیت زندگی با هم تفاوت معناداری داشتند و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایش را بگونه معناداری بهبود بخشیده است.

بدین ترتیب از آنجا که یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از این تحلیل، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها است، از آزمون باکس برای این همسانی استفاده شد که نتایج نشان داد که ماتریس واریانس-کوواریانس در دو گروه ($p > 0.05$)، برابر هستند؛ همچنین یکی دیگر از پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همسانی واریانس نمرات گروه‌ها در متغیر وابسته می‌باشد. جهت بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که

بررسی گردید. نتایج آزمون باکس حاکی از همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس گروه‌ها ($F=1/07, p>0/05$) و آزمون لوین حاکی از برابری واریانس گروه‌ها در همه خرده مقیاس‌های سلامت عمومی بود. بنابراین مفروضه‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (شاخص لامبدای ویلکز) حاکی از آن است که خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بهبود معناداری نشان می‌دهد ($\lambda=76/48=31$ و $F4$ و $0/02$). در ادامه نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۵ آمده است.

جهت بررسی تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمره کلی سلامت روانی آزمودنی‌های هر دو گروه از آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

با توجه به جدول ۵، آماره F سلامت پس‌آزمون در سطح $0/0001$ معنادار است این یافته بیانگر این نکته است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد.

مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در کیفیت زندگی تفاوت معناداری دارند ($\lambda=0/02$ و $F8$ و $23=125/06$). مقدار اندازه اثر $0/98$ می‌باشد که نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

در ادامه نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۳ برای بررسی تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی انجام شد.

در ادامه به منظور بررسی نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه بیماران مورد مطالعه و با کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

با توجه به جدول ۳، آماره F کیفیت زندگی، در پس‌آزمون در سطح $0/0001$ معنادار است؛ این یافته بیانگر این نکته است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

در ادامه به منظور بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و جهت بررسی تاثیر آن بر نمره کلی سلامت عمومی از تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده گردید. مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری یعنی برابری ماتریس واریانس-کوواریانس گروه‌های مورد مطالعه در متغیر وابسته بوسیله آزمون باکس و برابری واریانس گروه‌ها در متغیر وابسته بوسیله آزمون لوین

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات
وضعیت جسمانی	۱۳۳۵/۶۱	۱	۱۳۳۵/۶۱	۷۳/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمانی	۱۹۹۰/۲۷	۱	۱۹۹۰/۲۷	۱۷۴/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
محدودیت هیجانی	۱۹۹۶/۱۳	۱	۱۹۹۶/۱۳	۱۴۳/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
خستگی	۲۶۴۸/۷۳	۱	۲۶۴۸/۷۳	۲۰۴/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷
عاطفی	۱۰۱۸/۹۳	۱	۱۰۱۸/۹۳	۴۸/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
اجتماعی	۳۱۶۲/۰۳	۱	۳۱۶۲/۰۳	۱۸۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
درد	۲۴۷۰/۳۳	۱	۲۴۷۰/۳۳	۷۹/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
عمومی	۱۹۱۴/۳۳	۱	۱۹۱۴/۳۳	۶۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه برای بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی کیفیت زندگی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	آماره F	سطح معناداری
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۱۰۵/۵۵	۱	۱۰۵/۵۵	۰/۶۱	۰/۴۴
گروه	۱۶۴۵۲۱/۷۹	۱	۱۶۴۵۲۱/۷۹	۹۴۹/۶۶	۰/۰۰۰۱
خطا	۶۴۰۹/۹۵	۳۷	۱۷۳/۲۴		

جدول ۵. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات مولفه‌های سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات
نشانه‌های جسمانی	۷۰/۴۷	۱	۷۰/۴۷	۴۱/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
اضطراب	۱۰۸/۷۹	۱	۱۰۸/۷۹	۱۰۲/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
عملکرد اجتماعی	۶۶/۴۵	۱	۶۶/۴۵	۳۳/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
افسردگی	۹۴/۶۵	۱	۹۴/۶۵	۴۱/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه برای بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی سلامت عمومی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	آماره F	سطح معناداری
پیش‌آزمون سلامت عمومی	۲۱/۰۸	۱	۲۱/۰۸	۴/۴۲	۰/۰۴
گروه	۱۴۶۱/۲۹	۱	۱۴۶۱/۲۹	۳۰۵/۹۶	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۷۶/۷۱	۳۷	۴/۷۸		

بحث و نتیجه گیری

یکی از مکانیسم‌های درمانی مهم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد سه عامل اصلی در تحول الگوی فیزیولوژیکی این بیماری نقش دارند: حساسیت افراطی به استرس، واکنش سیستم لیمبیک را افزایش می‌دهد؛ افزایش فعالیت این سیستم سبب می‌گردد سیستم تسهیل درد واکنش شدید نشان داده و موجب افزایش پاسخدهی به تحریکات روده‌ای گردد. فعالیت شناختی نیز نقش مهمی در تنظیم فعالیت سیستم لیمبیک از طریق تعامل با کورتیکولیمبیک دارد و رفتارهایی همچون اجتناب همراه با حذف بازداری طبیعی در این چرخه، پاسخ‌های برانگیختگی را ایجاد می‌نماید (نالی‌باف و همکاران، ۲۰۰۸).

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا به این آگاهی دست یابد که بکارگیری الگوهای شناختی تکراری در مواجهه با حواس جسمانی، افکار و هیجانات، موجب بروز استرس و آشفتگی هیجانی می‌گردد. این نوع درمان، آسیب‌پذیری فرد را نسبت به این‌گونه حالات ذهنی کاهش می‌دهد و موجب بهبود بهزیستی عاطفی فرد می‌گردد (تیزدل، ۱۹۹۹؛ لینهان، ۱۹۹۴)؛ بدین ترتیب، آزمودنی‌ها پس از شرکت در این نوع درمان، آموزش‌های لازم را در خصوص بازسازی شناختی، تغییر نگرش نسبت به بیماری و درد کسب نمودند و یاد گرفتند چگونه بر انرژی کم خود غلبه نمایند، افکار ناکارآمد منفی را شناسایی کرده و در مقابله با افکار ناراحت‌کننده بدون قضاوت عمل کنند و درگیر افکار ناراحت‌کننده یا

سندروم روده تحریک‌پذیر، یکی از شایعترین اختلالات گوارشی کارکردی است که بر روابط دوستانه، ازدواج، شغل و حتی زندگی جنسی بیماران تاثیر مخربی برجای می‌گذارد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و یک‌راهه نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سلامت عمومی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را بگونه معناداری افزایش داده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گو و همکاران (۲۰۱۵)، اشتراوس و همکاران (۲۰۱۴)، گرین و بیلینگ (۲۰۱۲)، چیلکات و موس-موریس (۲۰۱۳) و تمنایی فر و حجازی (۱۳۹۲) همسو است. در همین راستا، چیلکات و موس-موریس (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر وقتی که درمان شناختی رفتاری را دریافت می‌کنند، تغییرات مثبت بیشتری را در چند متغیر شناختی نسبت به بیمارانی که درمان معمولی را دریافت کرده بودند، گزارش دادند.

این تفاوت‌ها بین دو گروه در اضطراب و افسردگی وجود نداشت. اثرات مثبت درمان روی کاهش شدت نشانه‌ها و سازگاری اجتماعی از طریق تغییرات مثبت در ادراک‌های بیماری به وجود آمد. تغییر باورهای ناکارآمد بود که منجر به سازگاری اجتماعی می‌شد. این پژوهشگران در پایان مطالعه خود به این نتیجه می‌رسند که تغییر در شناخت‌ها بیش‌تر از تغییر حالت خلقی به بهبودی می‌انجامد؛ بنابراین تغییر ادراک بیماری،

نشخوارفکری نشوند و بدین ترتیب افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه نمودند.

فرآیند دیگری که تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش افسردگی تبیین می کند و با تفکر تحلیلی نشخوارگرانه ارتباط تنگاتنگی دارد، حافظه اتوبیوگرافی خاص می باشد؛ این حافظه به توانایی فرد در بازیابی خاطرات از رویدادهای خاص شخصی اشاره دارد که در اوقات و شرایط خاصی رخ داده اند. شناخت درمانی به افراد یاد می دهد که به جزئیات ویژه محیطی که تجارب در آن رخ داده اند، توجه کنند و همه تجارب خود را بدون قضاوت یا اجتناب از آن بپذیرند و بدین ترتیب حافظه بیوگرافی خاص خود را بهبود بخشند و از رمزگردانی بسیار کلی موقعیت ها و سرکوبی خاطرات دردناک اجتناب نمایند. بدین ترتیب این نوع درمان، از یکسو، پذیرش بدون قضاوت رویدادها را افزایش داده و از سوی دیگر، عواطف منفی، افکار منفی تکرار شونده و بازیابی حافظه اتوبیوگرافی کلی را کاهش می دهد (ویلیامز، ۲۰۰۰؛ به نقل از گو و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین برنامه شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اضطراب بیماران مورد مطالعه را نیز بطور معناداری کاهش داده است. این یافته همسو با مطالعه لجستین و همکارانش (۲۰۱۱) و اکبری، علیپور و زارع (۱۳۹۴) می باشد. لجستین و همکارانش تاثیر تکنیک های ذهن آگاهی و مواجهه را در قالب درمان شناختی-رفتاری از طریق اینترنت بر روی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بررسی کردند. نتایج به دست آمده

نشان داد علائم بیماری و سطح استرس و اضطراب این بیماران کاهش یافته است. در پیگیری پژوهش، این بیماران ۱۵-۱۸ ماه پس از مداخله دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند و همچنان نسبت به گروه کنترل کاهش در علائم جسمی و روان شناختی را گزارش نمودند.

جهت تبیین این یافته می توان گفت این برنامه درمانی به فرد کمک می کند تا به هنگام مواجهه با تمام جنبه های زندگی، جنبه های دردناک را نیز بپذیرد و به فرد این توانایی را می دهد که به جای پاسخ خودکار که در اختلال های اضطرابی زیاد دیده می شود پاسخی از روی آگاهی بدهد. ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه، برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود، از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و نگرش های ناکارآمد است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می انجامد و از گرایش به پاسخ های نگران کننده جلوگیری کرده و موجب پدیدآیی افکار و هیجان های خوشایند می شود (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر این بود که برنامه درمانی، عملکرد اجتماعی بیماران را بهبود بخشیده بود. در رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، استفاده از تکنیک های شناختی و ذهن آگاهی به بیمار آموزش داده می شود و بیمار می آموزد تا بتدریج رفتارهای بیمارگونه، اجتنابی و غیرجرات ورزانه را کنار گذاشته و به جای آن رفتار جرات ورزانه را در پیش گرفته و آندسته از موقعیت های بین فردی را که از آنها اجتناب نموده

است، کشف نماید. بدین ترتیب عدم حضور در انظار عمومی به دلیل احساس شرم از بیماری و حساسیت افراطی نسبت به بروز نشانه‌ها در جمع، کاهش یافته و بیمار عملکرد اجتماعی و تعاملات خود را افزایش می‌دهد.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر این بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و زیر مقیاس‌های آن (شامل خستگی یا نشاط، محدودیت نقش به خاطر مشکل جسمانی و هیجانی، سلامت عمومی، درد جسمانی، سلامت جسمانی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی) را بگونه معناداری بهبود بخشیده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بانث^۱ و دیده دار (۲۰۱۵)، گادفرین و هرینگن (۲۰۱۰) و مدنی و حجتی (۱۳۹۴) همسو است. نتایج مطالعه مدنی و حجتی (۱۳۹۴) حاکی از آن است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید. این رویکرد درمانی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و موجب گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود.

یکی از دلایل بهبود کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه کاهش تجربه درد بود. همسو با این یافته،

به باور لینهان (۱۹۹۴) مشاهده افکار و هیجانات فعلی، بدون سعی در اجتناب یا فرار از آنها می‌تواند به عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود که به نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی که توسط محرک‌های ترس‌انگیز تقویت شده‌اند، گردد. بنابراین توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی مدارا با آنها پیامدهای مفیدی را به همراه دارد. بیماران مورد مطالعه نیز در طی انجام تمرینات ذهن‌آگاهی یاد گرفتند تا بخشی از وقت روزانه خود را به تنفس آگاهانه اختصاص دهند که این نوع تنفس علاوه بر اینکه توجه شخص را از درد و نگرانی دور می‌کند، باعث ترشح هورمون‌های آرام‌بخش نیز می‌شود (کافی و همکاران، ۱۳۹۲؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۷). از سوی دیگر، در برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و در خلال آموزش مراقبه و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، بیماران روی حس-های درد در بدن و مفاصل تمرکز می‌کنند و یاد می‌گیرند که بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد.

کاهش علائم جسمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از دیگر یافته‌های این تحقیق بود؛ درمان ذهن‌آگاهی تنها با روان فرد سروکار ندارد، این یک روش درمانی تنی-روانی^۲ است که به احساسات بدنی توجه ویژه‌ای دارد و تمرین واریسی بدنی بخش اصلی این روش درمانی را

²-Mind-body

¹Banath

بدین ترتیب انرژی آن‌ها کمتر هدر می‌رود. متعاقب کاهش درد و افزایش انرژی، محدودیت‌های بیمار به دلیل مشکلات جسمانی و هیجانی وی کاهش یافته و عملکرد جسمانی وی بهبود می‌یابد.

یکی دیگر از تبیین‌هایی که جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران در اثر برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان ارائه کرد، آموزش تمرین خوردن و قدم زدن بود. در این تکنیک بیمار یاد می‌گرفت زمان خوردن یا راه رفتن به طور دقیق و با جزئیات به آنچه انجام می‌دهد توجه کند؛ این تمرینات در طی زمان موجب می‌شود شخص در زمان حال زندگی کند و کمتر با خاطرات یا مسائل مربوط به گذشته و یا آینده، خود و دیگران را آشفته کند و نسبت به رفتار خودش در زمان حال آگاهی داشته باشد و سعی نکند با فرافکنی از مسئولیت اعمال شخصی‌اش شانه خالی کند. بدین ترتیب می‌توانست با تأثیر بر سبک تغذیه و سبک زندگی با بیماری و نشانه‌های ارتباط پیدا کند؛ که همه این عوامل در افزایش کیفیت زندگی شخص مؤثر می‌باشند. همسو با این یافته مطالعه رایان و دسی (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی الگوهای رفتاری ناسازگارانه و افکار خودکار منفی را تعدیل کرده و بدین ترتیب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی را تنظیم می‌نماید.

مطالعه حاضر محدودیت‌های نیز داشت که می‌توان به برخی از آنها اشاره کرد. در مطالعه حاضر به دلیل محدودیت زمانی، آزمون پیگیری جهت بررسی تداوم اثربخشی برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بیماری سندروم روده

شامل می‌شود؛ با استفاده از تکنیک واریسی بدنی، بیمار یاد می‌گیرد که چطور ارتباط بین احساسات بدنی و افکارش را کشف کند و با آن‌ها مقابله نماید بنابراین علائم جسمانی وی نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این یافته با نتایج مطالعه مقتدایی فرد (۱۳۹۲)، زارع و همکاران (۱۳۹۳) و گایلورد و همکاران (۲۰۰۹) همخوان است. به طوری که مقتدایی فرد و همکارانش بعد از پیگیری دو ماهه متوجه شدند شدت کاهش علائم جسمانی در گروه مداخله در برخی از بیماران به حدی بوده است که با توافق پزشک داروهای خود را کاملاً قطع کرده‌اند.

همچنین افزایش کیفیت زندگی بیماران همراه با افزایش انرژی و کاهش خستگی بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کافی و همکاران (۱۳۹۲) و لاکان و اسکافیلد^۱ (۲۰۱۴) همسو است؛ مطالعه کافی و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود علائم روانشناختی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت توجه به تمرین‌هایی که در طی جلسات به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد، این نتیجه دور از انتظار نیست. به بیماران یاد داده شد که بر هر کاری که انجام می‌دهند، فقط تمرکز کنند و تمرین‌های دیدن، شنیدن، مراقبه نشسته، مراقبه پیاده‌روی به بیماران کمک می‌کند تا توجه خود را به کاری که انجام می‌دهند معطوف سازند و به جای تشخوار افکار نگران‌کننده و تمرکز بر درد و علائم جسمانی، بیشتر متوجه زمان حال باشند و

1.Lakhan& Schofield

- Behaviour Research and Therapy, 51, 690-695.
- Dickhaus, B., Mayer, E. A., Firooz, N., Stains, J., Conde, F., Olivas, T.I., et al. (2003). Irritable bowel syndrome patients show enhanced modulation of visceral perception by auditory stress. *American Journal of Gastroenterology*, 98:135-43.
- Gaylord, S. A., Whitehead, W. E., Coble, R. S., Faurot, K. R., Palsson, O. S., Garland, E. L., & Mann, J. D. (2009). Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9(1), 24-36.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738-746.
- Green, S. M., & Bieling, P. J. (2012). Expanding the scope of mindfulness-based cognitive therapy: Evidence for effectiveness in a heterogeneous psychiatric sample. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 174-180.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
- Jones, M., Koloski, N., Boyce, Ph., & Talley, N. J. (2011). Pathways connecting cognitive behavioral therapy and change in bowel symptoms of IBS. *Journal of Psychosomatic Research*, 70 (3), 278-285.
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and

تحریک‌پذیر انجام نشد. همچنین آزمودنی‌های مورد مطالعه در این پژوهش به شیوه نمونه‌گیری دردسترس و در شهر اردبیل انتخاب شدند و این خود تعمیم نتایج پژوهش را به جوامع دیگر با محدودیت مواجه می‌سازد.

References

- Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2002). *Psychological test*. Ardebil: Bagh publication
- Akbari, M., Alipour, A., & Zare, H. (2015). The examination effectiveness coping with stress program skills in quality of life and pain severity in patient with breast cancer. *Health Psychology*, 4 (15), 20-36.
- Banth ,S., & Didehdar, M. (2015). Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain, *International Journal of Yoga*, 8(2), 128-133.
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness, A proposed Operational Definition *Clinical Psychological Science Practice*, 11, 230-241.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-834.
- Chang, L., Taner, B. B., Fukudo, S., Gurhrie, E., Locke, G. R., Norton, N. J., & Sperber, A. D. (2006). Gender, Age, Society, culture and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders, *Gastroenterology*, (130), 1435-1446.
- Chilcot, J. and Moss-Morris, R. (2013). Changes in illness-related cognitions rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms an disability following a brief cognitive behavioral therapy intervention.

- clinical trial. *Gastroenterology*, 133 (2), 433-444.
- Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(8), e71834.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73-86). Reno: Context Press.
- Ljótsson, B., Hedman, E., Lindfors, P., Hursti, T., Lindfors, N., Andersson, G., & Rück, C. (2011). Long-term follow-up of internetdelivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior Research Therapy*, 49, 58-61.
- Mayer, E. A., Craske, M.G., Naliboff, B. D. (2001). Depression, anxiety and the gastrointestinal system. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:28-36.
- Madani, Y., & Hojati, S. (2015). The effect of cognitive therapy based on mindfulness in marital satisfaction and quality of life. *Psychological Applied Research*, 6 (2), 39-60.
- Mearin, X., Badía, A., Balboa, E., Baró, E., Caldwell, M., Cucala, M., Díaz-Rubio, A., Fueyo, J., Ponce, M., Roset, S., & Talley, F. (2001). Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36(11), 1155-1161.
- Moghtadaie, K., Kafi, M., Afshar, H., Ariapouran, S., & Daghighzadeh, H. (2011). The examination effectiveness cognitive therapy based on preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-zinn, S., Massion, A.O., & Kristler, I. S. F. (1991). Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder, *American Journal of Psychiatry*, 149, 903-943.
- Kafi, M., Afshar, H., Moghtadaie, K., Ariapouran, S., Daghighzadeh, H., & Salamat, M. (2013). The examination effectiveness cognitive therapy based on mindfulness on psychological symptoms of women with irritable bowel syndrome. *Komesh*, 15 (2), 255-264.
- Kaviani, H., Hatami, N., & Shafi-Abadi, A. (2001). The effectiveness cognitive therapy Based on mindfulness on quality of life of depressed people (non clinical). *Advances in Cognitive Sciences*, 10 (4), 39-48.
- Khodayari Fard, M., Mohammadi, K., & Didedar, M. (2013). *Integrated cognitive therapy with mindfulness*. Tehran: Roshd Publication.
- Labus J, Bolus R, Chang L, Wiklund I, Naesdal J, Mayer E, et al. (2004). The visceral sensitivity index: Development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale. *Aliment Pharmacological Therapy*, 20, 89-97.
- Lackner, J. M., Quigley, B. M., & Blanchard, E. B. (2004). Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosomatic Medicine*, 66, 435-441.
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Krasner, S. S., Kratz, L. A., Gudleski, G. D., & Blachard, E. D. (2007). How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediational analysis of a randomized

- Taghavi, S. M. R. (2001). The study of reliability and validity of general health questionnaire. *Psychological Journal*, 5 (4), 381-398.
- Tamannaie Far, M.R., Akhavan, A., & Hejazi, Z. S. (2012). The comparison mental health and quality of life in patient with irritable bowel syndrome. *The twentieth year Feiz*, 17 (2), 195-202.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Toner, B. B., Segal, Z. V., Emmott, S., Myran, D., Ali, A., DiGasbarro, I., & et al. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 215-243.
- Wells A. (2002). Metacognition and mindfulness: an information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 95-100.
- Xiong, L. L., Zhang, S., Yu, Q. and Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 1-12.
- Zere, H., Mohammadi, N., Mottaghi, P., Afshar, H., & Pour Kazem, L. (2012). The effect of mediated cognitive therapy based on mindfulness on catastrophic thoughts, Acceptance, and intensity of pain in patient with fibromyalgia. *Health of Psychology*, 3 (4), 93-113.
- mindfulness on physical symptoms of women with irritable bowel syndrome. *Behavioral sciences research*, 7 (28), 18-28.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14(3), 875-882.
- Naliboff, B.D., Frese, M. P., & Rapgay, L. (2008). Mind/Body Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome. *eCAM*, 5(1), 41-50.
- Naliboff, B. D, Munakata, J., Chang, L., & Mayer, E. A. (1998). Toward a biobehavioral model of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 485-92.
- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2014). Irritable bowel syndrome and symptom severity: Evidence of negative attention bias, diminished vigour, and autonomic dysregulation. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 13-19.
- Reme, S. E., Stahl, D., Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S., & Ghalder, T. (2011). Mediators of change in cognitive behaviour therapy and mebeverine for irritable bowel syndrome. *Psychological Medicine*, 11 (1), 1-11.
- Ryan, R.M. and Deci, E.L. (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being". *Journal of American Psychologist*; 55(1), 68-78.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), 96-110.