

# اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم جسمی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر

کمال مقتدائی<sup>۱</sup>، موسی کافی<sup>۲</sup>، حمید افشار<sup>۳</sup>، سعید آریاپوران<sup>۴</sup>، حامد دقاق زاده<sup>۵</sup>، طاهره پورکاظم<sup>۶</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از اختلالات شایع دستگاه گوارش، نشانگان روده تحریک پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS) می باشد که با علائمی روان شناختی همراه می باشد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم جسمانی نشانگان روده تحریک پذیر بود.

**مواد و روش ها:** در یک مطالعه کار آزمایی بالینی چهارده نفر از زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر به صورت تصادفی انتخاب و سپس در گروه آموزش ذهن آگاهی و کنترل جایگزین شدند. جهت تشخیص اختلال نشانگان روده تحریک پذیر از مصاحبه و ملاک تشخیصی Rome-III استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** میانگین نمرات شدت و میزان علائم جسمی در گروه آموزش ذهن آگاهی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون و در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافته است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** یافته ها از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علائم جسمی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر حمایت می کند و تلویحات مهمی در توجه به درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مشکلات جسمی بیماران دارای نشانگان روده تحریک پذیر دارد.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی، میزان علائم، شدت علائم، نشانگان روده تحریک پذیر

**ارجاع:** مقتدائی کمال، کافی موسی، افشار حمید، آریاپوران سعید، دقاق زاده حامد، پورکاظم طاهره. اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم جسمی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰(۷): ۶۹۸-۷۰۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۰

بر مبنای علائمی چون درد مزمن شکمی و تغییرات اجابت مزاج در غیاب هر گونه علت ارگانیک استوار است (۱). این بیماری شایع ترین اختلال گوارشی می باشد و علت ۱۲ درصد

### مقدمه

نشانگان روده تحریک پذیر (Irritable bowel syndrome) یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است و تشخیص آن

Email: afshar@med.mui.ac.ir

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

۴- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، همدان، ایران

۵- دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری های عملکردی گوارش، گروه داخلی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶- کارشناس ارشد، گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

استرس مبتنی بر ذهن آگاهی Kabat-Zinn (به نقل از Segal و همکاران) ساخته شده است و اصول درمان شناختی به آن اضافه می‌شود (۱۷). ذهن آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (۱۸). هدف از آموزش ذهن آگاهی به عنوان یک روش درمانی، کاهش تجارب اجتنابی و تمایل به تجربه احساس‌های نامطلوب بدنی، هیجانات و افکار است (۱۹). آموزش ذهن آگاهی باعث ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌شود که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است. به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود و از به کار بردن خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد، از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (۲۰، ۱۸).

هر چند پژوهش به طور کامل مشابهی در توجه به نقش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در IBS وجود ندارد، اما برخی پژوهش‌ها اثر دیگر تکنیک‌های ذهن آگاهی را در IBS مورد بررسی قرار داده‌اند. Gaylord و همکاران در پژوهش خود با هدف اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر روی بیماران اعلام نمودند که این روش بر روی علائم جسمی و کیفیت زندگی بیماران اثر داشته است (۲۱). Ljotsson و همکاران روش ذهن آگاهی را در بیماران IBS با روش مواجهه ترکیب کرده‌اند و کاهش علائم روان‌شناختی و جسمی را گزارش نمودند (۲۲). همچنین در پژوهش دیگری تأثیر تکنیک‌های ذهن آگاهی و مواجهه در قالب درمان شناختی- رفتاری از طریق اینترنت بر روی بیماران IBS مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده نشان داد که علائم جسمی IBS این بیماران کاهش یافته است (۲۳). در پژوهش دیگر، این بیماران ۱۸-۱۵ ماه

از موارد مراجعه به متخصصین گوارش است (۳، ۲). در بررسی‌های انجام شده، میزان شیوع IBS در شمال آمریکا بین ۱۵-۱۰ درصد و در اروپا حدود ۱۱/۵ درصد ذکر شده است. (۴)، ولی میزان شیوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است. بر اساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده است، شیوع آن را از ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش می‌دهد (۶، ۵).

بر اساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی، باید تمامی عوامل جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی در تعامل با هم در توصیف چگونگی شکل‌گیری این نشانگان بررسی شوند، زیرا هیچ یک از این عوامل به تنهایی برای توجیه نشانگان IBS در بیماران کافی نیست (۹-۷). با وجود دوره طولانی مدت مطالعه در درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر، تنها اثربخشی تعداد اندکی از درمان‌ها اثبات شده است و درمان این اختلال اغلب دست نیافتنی است (۱۰)، در حالی که تعدادی از داروهای ارایه شده توسط پزشکان تأثیر خود را بر IBS نشان داده‌اند (۱۱)، اما هیچ یک هنوز نتوانسته است که درمان مناسبی برای طیف کاملی از نشانگان روده تحریک‌پذیر باشد (۱۲). درمان‌های روان‌شناختی نظیر درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral treatment)، آرام‌سازی، رفتار درمانی، روان‌درمانی و هیپنوتیزم (۱۳)، نیز با وجود اثربخشی، اما با نتایج متناقض روبه‌رو بوده‌اند (۱۴). نیاز به شناسایی درمان‌های مؤثر برای نشانگان روده تحریک‌پذیر بسیار مهم است، زیرا هزینه‌های درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر در آمریکا حداقل ۸ میلیارد دلار در سال می‌باشد (۱۵) و با اختلالات قابل توجه در کیفیت زندگی، خواب، شغل و عملکرد جنسی در ارتباط است (۱۶).

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند بر بهبود علائم جسمی بیماران IBS مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT یا Mindfulness-based cognitive-therapy) است. این درمان یک مداخله کوتاه مدت (۸ جلسه‌ای) و ساختار یافته است که از روی مدل کاهش

مشخص می‌گردید، در گروه باقی می‌ماندند. کلیه بیماران همزمان از دارو استفاده می‌کردند، البته بیمارانی در پژوهش حضور یافتند که حداکثر سقف مصرف داروهای TCA (Tri cyclic antidepressants) در آن‌ها ۲۵ mg به عنوان داروهای کاهنده علائم IBS بود. این بیماران در مرحله بعد مورد مصاحبه تشخیصی بر اساس متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) از سوی روان‌پزشک قرار گرفتند و افرادی در گروه باقی ماندند که سابقه اختلالات روانی محور I و II را نداشتند. همچنین بیمارانی که داروهای روان‌پزشکی (با دوز درمانی برای اختلالات روانی) مصرف می‌کردند، وارد مطالعه نشدند. در ادامه فرم کوتاه پرسش‌نامه نشانه‌های روانی (۲۹)، به بیماران داده شد و افرادی که نمره بالاتر از ۴۵ (نمره میانگین) در این پرسش‌نامه گرفتند، برای قرار گرفتن در پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است که با توجه به این که کنترل مصرف دارو امکان‌پذیر نبود، همزمان با اجرای این پژوهش درمان دارویی برای بیماران دنبال می‌شد و تنها تفاوت در بین دو گروه محتوای آموزشی جلسات بود. دیگر ملاک‌های ورود شرکت کنندگان به پژوهش عبارت از دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در جلسات مداخلات روان‌شناختی و مشاوره طی ۶ ماه گذشته و رضایت از شرکت در طرح بود. همچنین ملاک‌های خروج عبارت از داشتن علائمی چون خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش وزن، کم خونی، اسهال شبانه، دل‌دردی که بیمار را از خواب بیدار کند و وجود توده قابل لمس در معاینه فیزیکی و همچنین آزمایشات کلینیکی چون ESR (Erythrocyte sedimentation rate)، CBC (Complete blood count) و (Stool examination) S/E که می‌تواند در خروج بیماران از پژوهش کمک می‌کند، داشتن مدرک تحصیلی زیر دیپلم، عدم تمایل بیمار نسبت به شرکت در طرح پژوهش، افراد دارای تشخیص بیماری روانی یا تاریخ پذیرش بستری در اثر بیماری روانی طی ۲ سال گذشته، سابقه تروما یا جراحی شکم شامل برداشتن دستگاه

پس از مداخله دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند و همچنان نسبت به گروه شاهد کاهش در علائم جسمی و روان‌شناختی را گزارش نمودند (۲۴). در مطالعه دیگر، پژوهشگران با استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش در علائم جسمی بیمارانی افسرده را گزارش کردند (۲۵). همچنین در پژوهش‌هایی که بر روی مصرف کنندگان مواد (۲۶)، جانبازان شیمیایی (۲۷) و بیماران با درد مزمن (۲۸) انجام شده است، نشان داده شد که تکنیک‌های ذهن آگاهی بر روی کاهش علائم جسمی اثرگذار است. بنابراین با وجود شواهد کافی در خصوص اثربخشی این روش درمانی، هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم جسمی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بود و نتایج آن می‌تواند راهنمای پژوهشگران و درمانگرانی باشد که در زمینه درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر فعالیت می‌کنند. مزیت انجام این پژوهش بر پژوهش‌های قبلی این است که در پژوهش‌های قبلی این روش درمانی (به خصوص به صورت گروهی) در کاهش علائم نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد توجه واقع نگرفته است و انجام این پژوهش از بعد افزایشی موجب تقویت پژوهش‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی خواهد بود.

### مواد و روش‌ها

**طرح پژوهش:** روش مطالعه در این پژوهش، کارآزمایی بالینی با گروه شاهد بود.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی در شهر اصفهان تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۰ به مرکز سایکوسوماتیک اصفهان (روان‌تنی) مراجعه نمودند. در ابتدا روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود، زیرا فقط کسانی در پژوهش شرکت داده می‌شدند که به عنوان بیماران دارای نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه می‌کردند. بیماران توسط متخصصان گوارش مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی، Rome-II قرار می‌گرفتند و کسانی که تشخیص اختلال IBS آن‌ها

نشستن آگاهانه و طولانی‌تر، راه رفتن آگاهانه و به آگاهی آوردن واکنش‌ها در مقابل استرس و اضطراب.

**جلسه پنجم:** صحبت در خصوص گذراندن نیمی از دوره آموزشی و بیان تجربیات، اثرات و تعهد به اجرای تکلیف خانگی، نشستن آگاهانه و گسترش آگاهی از افکار، بحث در مورد نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره و تکلیف خانگی واریسی بدنی، راه رفتن، نشستن و تنفس آگاهانه و همچنین تمرین در خصوص آگاهی از تمایز بین واکنش روزمره (بدون انتخاب آگاهانه) و پاسخ (انتخاب آگاهانه) در ارتباطات خود با دیگران.

**جلسه ششم:** مراقبه نشسته طولانی مدت، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره و تکلیف خانگی شناسایی و آگاهی از احساسات و نام‌گذاری آن‌ها در طول هفته.

**جلسه هفتم:** مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق و تکلیف خانگی بر اساس تمرینات قبلی.

**جلسه هشتم:** بازنگری بدنی، مراقبه نشسته، بحث و بررسی کوتاه در خصوص موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

### ابزار

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت است از:

**فرم ملاک تشخیصی Rome-III:** این مقیاس یک فرم کوتاه معتبر از علائم جسمی نشانگان روده تحریک‌پذیر است. شرکت کنندگان در مطالعه به صورت گذشته نگر، وجود ناراحتی یا درد شکمی حداقل سه روز در هر ماه و در طول سه ماه اخیر را با حداقل دو مورد از موارد ۱- بهبودی درد با دفع مدفوع، ۲- شروع درد همراه با تغییر در دفعات دفع مدفوع و ۳- شروع درد همراه با تغییر در ظاهر مدفوع، را باید گزارش کنند. این فرم توسط متخصصان گوارش جهت تشخیصی IBS مورد استفاده قرار گرفت (۳۱). این ملاک

گوارش و بارداری یا قصد باردار شدن در طول مطالعه بود. در آخر جهت مداخله درمانی از میان کل بیماران، ۲۸ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گروهی (۱۲ بیمار) و گروه شاهد (۱۶ بیمار) قرار گرفتند که در این میان به دلیل ریزش در هر دو گروه که از دلایل آن طولانی بودن مدت درمان و پیگیری، لزوم انجام تمرینات روزانه، عودهای مکرر بیماری و در نتیجه تشدید وضعیت بیماران، در نهایت ۵ نفر در گروه مداخله و ۹ نفر در گروه شاهد تا مرحله پیگیری در پژوهش حضور داشتند.

### شرح جلسات روش مداخله ذهن آگاهی به

**شیوه گروهی:** در این پژوهش برای گروه آزمایش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اعمال شد که برای اولین بار توسط Segal و همکاران (به نقل از محمدخانی و همکاران) طراحی شده است (۳۰). در این پژوهش، آموزش ذهن آگاهی با توجه به نشانه و علائم بیماران IBS تدوین گردید. تعداد جلسات آموزش ذهن آگاهی ۸ جلسه ۲ ساعته بود که ۲ ماه طول کشید و شرح جلسات به صورت زیر می‌باشد:

**جلسه اول:** معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط مشی کلی جلسات، اجرای پیش‌آزمون و تمرین ابتدایی خوردن کشمش، تنفس آگاهانه و واریسی بدنی و تکلیف خانگی اجرای تنفس آگاهانه و واریسی بدن به کمک فایل صوتی.

**جلسه دوم:** تمرین واریسی بدنی، تمرین مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسؤلیت شخصی برای افکار و احساسات و تکلیف خانگی تمرین آگاهی از وقایع خوشایند و فعالیت‌های معمول زندگی روزانه.

**جلسه سوم:** تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و مشاهده و توجه به افکار تنها به عنوان افکار و نه به عنوان حقایق یا حوادث و تکلیف خانگی واریسی بدنی، نشستن آگاهانه با تمرکز بر تنفس، آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت‌های معمول متفاوت.

**جلسه چهارم:** انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)، معرفی پیاده‌روی آگاهانه و تکلیف خانگی واریسی بدنی،

پس‌آزمون و پیگیری در هر گروه از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی و جمعیت‌شناختی در جدول ۱ آمده است. میانگین و انحراف استاندارد نمرات علایم جسمی بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

پس از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش فرض تساوی واریانس با استفاده از آزمون‌های Box، کرویت Mauchly و Leven مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس نتایج آزمون Box که برای شدت و میزان علایم جسمی معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت Mauchly که در شدت و میزان علایم جسمی معنی‌دار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون Leven و عدم معنی‌داری آن برای علایم جسمی، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی نیز رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شدت و میزان علایم جسمی در دو گروه آموزش ذهن آگاهی و شاهد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین، اندازه اثر آموزش ذهن آگاهی بر شدت و میزان علایم جسمی به ترتیب  $0/403$  و  $0/755$  و در هر دو متغیرها اثر تعاملی گروه \* زمان معنی‌دار بوده است (جدول ۳). بنابراین با توجه به میانگین‌ها، می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون و پیگیری شدت و میزان علایم جسمی در گروه آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه شاهد کاهش پیدا کرده است.

نتایج آزمون Bonferroni نشان داد که نمرات شدت و میزان علایم جسمی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. اما در گروه شاهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری شدت و میزان علایم جسمی با نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (جدول ۴).

تشخیصی در سال ۲۰۰۶ بعد از اصلاحات مختلف که با همکاری بسیاری از متخصصان گوارش در سرتاسر دنیا صورت گرفت، تحت عنوان Rome-III به جامعه علمی عرضه شد که از استاندارد بالایی برخوردار است (۳۲، ۳۱).

**روش اجرای پژوهش:** در این پژوهش، پس از مراجعه بیماران به مرکز سایکوسوماتیک اصفهان (روان‌تنی) و هماهنگی با متخصصان گوارش و روان‌پزشک، آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد مطالعه شدند. سپس برای شرکت کنندگان در پژوهش، اهداف پژوهش توضیح داده شد و جهت شرکت در پژوهش از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و جهت رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت کنندگان به آن‌ها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در جلسات را ندارند، می‌توانند انصراف دهند. در ضمن توضیح داده شد که اطلاعات جلسات محرمانه خواهد بود. سپس افراد به صورت تصادفی به دو گروه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و شاهد تقسیم شدند. قبل از شروع جلسات یکی از پژوهشگران به صورت انفرادی با شرکت کنندگان، جلسه‌آشنایی اولیه و توجیهی برگزار کرد. پس از اجرای پیش‌آزمون از هر دو گروه، برای گروه آزمایش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در هشت جلسه دو ساعته اجرا شد. در انتهای جلسه هشتم از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نکته دیگر این که گروه شاهد تا پایان دوره پیگیری تحت دارو درمانی بود و مداخلات روان‌شناختی دریافت نکرد تا این که بعد از پس‌آزمون از هر دو گروه، بنا به رعایت اصول اخلاقی، هشت جلسه آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز برای آن‌ها تشکیل شد. مدت زمان اجرای پژوهش ۴ ماه از تیرماه ۹۰ تا مهر ۹۰ طول کشید. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) و بر اساس آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آنالیز واریانس مختلط) و جهت بررسی دقیق میانگین پیش‌آزمون،

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و طبی آزمودنی‌ها

متغیرها	گروه‌ها	آموزش ذهن آگاهی		شاهد		
		تعداد آزمودنی‌ها	درصد	تعداد آزمودنی‌ها	درصد	
جمعیت	جنسیت	زن	۵	۱۰۰	۹	۱۰۰/۰۰
	وضعیت تأهل	مجرد	۲	۴۰	۳	۳۳/۳۳
سن	۲۰-۲۵	متاهل	۳	۶۰	۶	۶۶/۷۰
	۲۶-۳۰	۲۰-۲۵	۲	۴۰	۳	۳۳/۳۳
میزان تحصیلات	۳۰ به بالا	۲۶-۳۰	۳	۶۰	۴	۴۴/۵۰
	دیپلم	۳۰ به بالا	-	-	۲	۲۲/۲۰
	فوق دیپلم	دیپلم	-	-	۱	۱۱/۱۰
	کارشناسی	فوق دیپلم	۲	۴۰	۱	۱۱/۱۰
شغل	کارشناسی ارشد و دکتری	کارشناسی	۳	۶۰	۶	۶۶/۷۰
	شاغل	کارشناسی ارشد و دکتری	-	-	۱	۱۱/۱۰
بیماری شناختی	خانهدار	شاغل	۶	۴۰	۸	۵۳/۳۳
	دانشجو	خانهدار	۱	۶/۶۶	۱	۶/۶۶
	کمتر از ۲ سال	دانشجو	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳
	۲ تا ۴ سال	کمتر از ۲ سال	۲	۴۰/۰	۳	۳۳/۳۰
۴ تا ۶ سال	۲ تا ۴ سال	۲	۴۰/۰	۵	۵۵/۶۰	
		۱	۲۰/۰	۱	۱۱/۱۰	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار علایم جسمی بیماران IBS به تفکیک نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شدت علایم IBS	آموزش ذهن آگاهی	۱۴/۶۰ ± ۲/۰۷	۹/۰۲ ± ۰/۸۳	۱۰/۸۰ ± ۱/۳
	شاهد	۱۳/۲۲ ± ۲/۲۲	۱۲/۷۸ ± ۲/۴۳	۱۳/۲۲ ± ۱/۹۸
میزان علایم IBS	آموزش ذهن آگاهی	۱۴/۲۰ ± ۱/۰۹	۹/۰۰ ± ۱/۲۲	۱۰/۰۴ ± ۱/۸۱
	شاهد	۱۳/۶۷ ± ۱/۸۰	۱۲/۵۶ ± ۲/۷۴	۱۳/۰۰ ± ۲/۳۴

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شدت و میزان علایم جسمی در بیماران IBS در گروه آموزش ذهن آگاهی و شاهد

متغیر	منبع	SS	df	MS	F	اندازه اثر ذهن آگاهی
شدت علایم جسمانی	زمان	۲۳/۲۰۷	۱	۲۳/۲۰۷	۸/۰۹۶**	۰/۴۰۳
	خطا	۳۴/۴۰۰	۱۲	۲/۸۶۷		
	گروه	۲۲/۸۹۱	۱	۲۲/۸۹۱	۲/۸۹۴*	۰/۱۹۴
میزان علایم جسمانی	خطا	۹۴/۹۱۹	۱۲	۷/۹۱۰		
	گروه * زمان	۲۳/۲۰۷	۱	۲۳/۲۰۷	۸/۰۹۶**	۰/۴۰۳
	زمان	۳۲/۰۶۴	۱	۳۲/۰۶۴	۳۶/۹۹۷**	۰/۷۵۵
	خطا	۱۰/۴۰۰	۱۲	۰/۸۶۷		
	گروه	۳۳/۸۶۷	۱	۳۳/۸۶۷	۳/۷۰۳*	۰/۲۰۴
	خطا	۱۳۲/۲۵۲	۱۲	۱۱/۰۲۱		
گروه * زمان	۱۵/۷۷۹	۱	۱۵/۷۷۹	۱۸/۲۰۶**	۰/۶۰۳	

\*\* P < ۰/۰۱ و \* P < ۰/۰۵

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه نمرات شدت و میزان علائم جسمی در گروه آموزش ذهن آگاهی و شاهد

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
شدت علائم جسمانی	آموزش ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۵/۴۰۰*	۳/۸۰۰*
		پس‌آزمون	-	-۱/۶۰۰
گروه شاهد		پیش‌آزمون	-۰/۴۴۴	-۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	-۰/۴۴۴	-۰/۴۴۴
میزان علائم جسمانی	آموزش ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۵/۲۰۰*	۳/۸۰۰*
		پس‌آزمون	-	-۱/۴۰۰
گروه شاهد		پیش‌آزمون	-۱/۱۱۱	-۰/۶۶۷
		پس‌آزمون	-۰/۴۴۴	-۰/۴۴۴

روان‌شناختی بیماران (۲۲) می‌باشد. با توجه به آن که در پژوهش حاضر در پیگیری دو ماهه نیز بیماران گروه آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه شاهد کاهش در شدت و میزان علائم جسمی را گزارش کردند، این یافته با یافته‌های پیگری Gaylord و همکاران (۲۱) و Ljotsson و همکاران (۲۲-۲۴) همخوان می‌باشد. همچنین بنا به گزارش، ۳ نفر از افراد گروه آموزش ذهن آگاهی که از هفته ششم جلسات به علت کاهش علائم جسمی و مشورت با متخصص گوارش، داروی خود را قطع کرده بودند و در پایان پیگیری نیز همچنان از دارو استفاده نمی‌کردند، این یافته با پژوهش‌های قبلی در خصوص تداوم اثرات درمان ذهن آگاهی مشابه می‌باشد (۲۴-۲۱).

شاید بتوان گفت که از دلایل اثربخشی روش ذهن آگاهی در مورد بیماران IBS آن است که آموزش روش ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار شده است و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و به رفع نواقص و اشکالات خود در جلسات می‌پردازد. همچنین به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه می‌تواند مؤثر واقع شود (۳۸). روش ذهن آگاهی به عنوان توجه بدون قضاوت به تجارب درونی (به عنوان مثال

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر در شهر اصفهان بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که نمرات علائم جسمی از قبیل شدت و میزان در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر گروه آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه شاهد در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است و بر اساس آزمون تعقیبی در گروه آزمایش، نمرات شدت و میزان علائم جسمی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است، اما در گروه شاهد چنین نبوده است.

با در نظر گرفتن فقدان پژوهش‌های مرتبط با اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم جسمی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر، یافته‌های این پژوهش در راستای یافته‌های قبلی است و نشان داد که درمان‌های روان‌شناختی کاهش علائم روانی و جسمانی بیماران IBS را به همراه دارند (۳۳، ۳۴) و آموزش ذهن آگاهی نیز به عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری نسل سوم یا موج سوم می‌تواند درمان مناسبی برای بهبود سلامت جسمی و روانی در گروه‌های مختلف از بیماران باشد (۳۷-۳۶-۳۵). همچنین همسو با یافته‌های دیگر مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش علائم جسمی و افزایش کیفیت زندگی بیماران IBS (۲۱) و اثر ذهن آگاهی همراه با تکنیک‌های مواجهه در کاهش علائم جسمی و

بهبود علایم می‌گردد که شاید یکی از دلایل کاهش علایم جسمی در بیماران گروه آموزش ذهن آگاهی تغییر در راه‌برد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن نمونه به زنان مبتلا به IBS بوده است. این امر از این نظر مهم است که ویژگی‌های روان‌شناختی و جسمی زنان و مردان می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش، کاهش نمونه‌ها در جریان انجام مداخله و کمتر بودن تعداد نمونه‌ها در گروه آموزش ذهن آگاهی و عدم تساوی تعداد نمونه‌ها در دو گروه بوده است. بر اساس نتایج پیشنهاد می‌شود که به اثرات درمانی ذهن آگاهی جهت کاهش علایم جسمی مرتبط با نشانگان روده تحریک‌پذیر توجه شود که این امر می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های درمانی مربوط به مصرف داروها در این بیماران شود. با توجه به این که نمونه‌های انتخاب شده در این پژوهش بیماران زنان مبتلا به IBS با علایم غالب اسهال بودند، پیشنهاد می‌شود که روش آموزش ذهن آگاهی بر روی زیر مجموعه‌های مختلف اختلال نشانگان روده تحریک‌پذیر یعنی بیماران با علایم غالب یبوست، مختلط، درد و غیره در دو جنس مورد بررسی قرار گیرد.

### سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه پزشکان و پرسنل محترم مرکز سایکوسوماتیک اصفهان (روان‌تنی) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند و شرکت کنندگان در این پژوهش به واسطه همکاری‌های صادقانه تشکر به عمل می‌آید.

احساسات و شناخت) به فرد اجازه می‌دهد تا با کاهش پاسخ‌های خودکار به تجارب استرس‌زا بپردازد. با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش رویدادهای زندگی (که می‌تواند تغییر کند)، فعال‌سازی سیستم‌های پاسخ به استرس و نشانه‌های جسمی کاهش می‌یابد (۳۹، ۱۹).

همچنین شاید آموزش ذهن آگاهی با کاهش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی در عملکرد دستگاه گوارش بیماران مبتلا به IBS، تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، تکنیک‌های ذهن آگاهی به بیماران مهارت‌های شناختی و رفتاری مورد نیاز جهت مدیریت استرس، اضطراب و یا علایم و عوارض نشانگان روده تحریک‌پذیر را آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها می‌تواند ترس و هراس همراه با استرس، اضطراب و علایم نشانگان روده تحریک‌پذیر را کاهش دهد و به بیماران کمک می‌کند تا رویکردی با فعالیت‌های سالم و مدیریت احساسات در زندگی با داشتن IBS داشته باشند. در این مداخله یک چرخه مثبت رفتاری و تغییر شناختی حادث می‌گردد و در نتیجه بهبود در عملکرد روانی و جسمی و کاهش علایم IBS رخ می‌دهد.

درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازند، دارای اثربخشی بالایی برای برخی از اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی هستند (۳۶). به عنوان نمونه اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی در بیماران سرطانی (۱۹)، مصرف کنندگان مواد (۲۶)، جانبازان شیمیایی (۲۷) و بیماران دارای دردهای مزمن (۲۸) نیز به اثبات گردیده است که نتایج پژوهش حاضر در راستای آن نتایج می‌باشد. تأکید بر توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و

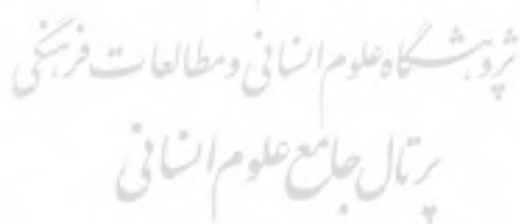
### References

1. Gaman A, Bucur MC, Kuo B. Therapeutic advances in functional gastrointestinal disease: irritable bowel syndrome. *Therap Adv Gastroenterol* 2009; 2(3): 169-81.
2. Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology* 1991; 100(4): 998-1005.
3. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002; 122(5): 1500-11.



4. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, Ferrazzi S, Rance L. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002; 47(1): 225-35.
5. Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2003; 22(6): 215-6.
6. Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol* 2005; 24(5): 225-6.
7. Gerson MJ, Gerson CD, Awad RA, Dancey C, Poitras P, Porcelli P, et al. An international study of irritable bowel syndrome: family relationships and mind-body attributions. *Soc Sci Med* 2006; 62(11): 2838-47.
8. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *J Psychosom Res* 2005; 58(6): 523-32.
9. Johanson JF, Drossman DA, Panas R, Wahle A, Ueno R. Clinical trial: phase 2 study of lubiprostone for irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27(8): 685-96.
10. Camilleri M, Mayer EA, Drossman DA, Heath A, Dukes GE, McSorley D, et al. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5-HT<sub>3</sub> receptor antagonist. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(9): 1149-59.
11. Bradesi S, Tillisch K, Mayer E. Emerging drugs for irritable bowel syndrome. *Expert Opin Emerg Drugs* 2006; 11(2): 293-313.
12. Andresen V, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: recent and novel therapeutic approaches. *Drugs* 2006; 66(8): 1073-88.
13. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147(12): 1656-61.
14. Talley NJ, Owen BK, Boyce P, Paterson K. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled treatment trials. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(2): 277-83.
15. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Evans RW. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109(6): 1736-41.
16. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(1): 67-71.
17. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, UK: Guilford Press; 2002.
18. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149(7): 936-43.
19. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(4): 822-48.
20. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(1): 95-100.
21. Gaylord SA, Whitehead WE, Coble RS, Faurot KR, Palsson OS, Garland EL, et al. Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. *BMC Complement Altern Med* 2009; 9: 24.
22. Ljotsson B, Andreevitch S, Hedman E, Ruck C, Andersson G, Lindfors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--an open pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41(3): 185-90.
23. Ljotsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Ruck C, et al. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010; 48(6): 531-9.
24. Ljotsson B, Hedman E, Lindfors P, Hursti T, Lindfors N, Andersson G, et al. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2011; 49(1): 58-61.
25. Hanasabzade Esfahani M, Yazdandoost R, Asgharnejadfarid A, Gharaiy B. What is the impact of mindfulness based cognitive therapy on psychological, affective and somatic symptoms of depression factors? *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2009; 16(3): 288-9. [In Persian].
26. Dabbaghi P, Asgharnejad Farida A, Atef-Vahidb MK, Bolharic J. Effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness and spiritual schema activation in the prevention of opioid abuse relapse. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 13(4): 366-75. [In Persian].

27. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims. *Journal of Clinical Psychology* 2011; 2(4): 61-71. [In Persian].
28. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4(1): 33-47.
29. Modanlo F. Relationship between resilience, coping strategies and social support with vulnerability of the bereaved women. [Thesis]. Ardabil, Iran. Mohaghegh Ardabili University; 2010. p. 67. [In Persian].
30. Mohammadkhani P, Tamannaifar Sh, JahaniTabesh O. Mindfulness-based cognitive-therapy for depression. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Faradid Application; 2006. p. 302. [In Persian].
31. Ebrahimi Dariany N, Mansournia N, Mansournia MA. Irritable bowel syndrome. *Teb va Tazkieh* 2005; 14(2): 72-87. [In Persian].
32. Thompson WG. The road to rome. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1552-6.
33. Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Keefer L, Payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2007; 45(4): 633-48.
34. Naliboff BD, Frese MP, Rapgay L. Mind/Body psychological treatments for irritable bowel syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5(1): 41-50.
35. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med* 2002; 64(1): 71-83.
36. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice* 2003; 10: 125-43.
37. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 35-43.
38. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995; 33(1): 25-39.
39. Randolph PD, Caldera YM, Tacone AM, Graek ML. The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in West Texas. *Pain Digest* 1999; 9: 103-12.



## Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome

Kamal Moghtadaei<sup>1</sup>, Musa Kafi<sup>2</sup>, Hamid Afshar<sup>3</sup>, Saeid Ariapouran<sup>4</sup>,  
Hamed Daghighzadeh<sup>5</sup>, Tahereh Pourkazem<sup>6</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** One of the most common gastrointestinal disorders is irritable bowel syndrome (IBS) which is characterized by symptoms such as abdominal pain and altered bowel habits in the absence of any organic disorder. This study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on somatic symptoms in patients with IBS.

**Methods and Materials:** This was an experimental study (pre-test-post-test follow up with the control group) in which 14 women with IBS were randomly selected, and then were allocated to mindfulness training and control groups. Interview and Rome-III diagnostic criteria were used for the diagnosis of IBS. Data were analyzed using analysis of variance (ANOVA) with repeated measures.

**Findings:** Results showed that the mean scores of severity and rate of symptoms in mindfulness training in post-test and follow up decreased compared with the pre-test and control group ( $P \leq 0.01$ ).

**Conclusions:** The results supported the effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in patients with IBS and have important implications considering the mindfulness-based therapies in reducing the somatic symptoms in these patients.

**Keywords:** Mindfulness, Somatic symptoms, Irritable bowel syndrome

**Citation:** Moghtadaei K, Kafi M, Afshar H, Ariapouran S, Daghighzadeh H, Pourkazem T. **Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome.** J Res Behav Sci 2013; 10(7): 698-708

Received: 01.10.2012

Accepted: 22.01.2013

1- MSc Student, Department of Psychology, University of Gilan, Gilan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, University of Gilan, Gilan, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychosomatic Disease Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: afshar@med.mui.ac.ir

4- Assistant Professor, Department of Psychology, University of Malayer, Hamadan, Iran

5- Associate Professor, Functional Gastrointestinal Diseases Research Center, Department of Gastroenterology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran