

## *Efficacy of Mindfulness on Anxiety and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome*

Javad Mohamadi<sup>1</sup>,  
Fazlollah Mir Drikvand<sup>2</sup>,  
Amir Azizi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

(Received April 11, 2015 Accepted August 26, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Anxiety and depressive symptoms are common in patients with irritable bowel syndrome. The aim of this study was to determine the efficacy of mindfulness on improving anxiety and depression in patients suffering from irritable bowel syndrome.

**Materials and methods:** In an experimental study (pretest-posttest randomized experiment) we included 30 patients with irritable bowel syndrome attending Hospitals of Tabriz, 2014. Data was collected using the Rome-III diagnostic criteria and the Beck Anxiety Inventory. The participants were randomly selected and divided into control and experimental group (n=15 per group). In experimental group, the mindfulness therapy was performed in 8 sessions, once a week for 90 minutes. Beck Anxiety Inventory was readministered as post-test to both groups. Data was then collected in SPSS V.20 using Multivariate analysis of covariance.

**Results:** In this study mindfulness was found to be significantly effective in reducing anxiety and depression in experimental group.

**Conclusion:** Mindfulness therapy could be used as an effective treatment in improving anxiety and depression in patients suffering from irritable bowel syndrome.

**Keywords:** Irritable bowel syndrome, anxiety, depression, mindfulness

# اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

جواد محمدی<sup>۱</sup>

فضل اله میردریکوند<sup>۲</sup>

امیر عزیزی<sup>۱</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** اضطراب و افسردگی از جمله علایم شایع در اختلال سندرم روده تحریک پذیر به شمار می آید. هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر است.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی) می باشد. نمونه آماری پژوهش، شامل ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود که از میان کلیه بیمارانی که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و پس از مصاحبه، دریافت ملاک های تشخیصی Rome-III و تکمیل پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه ای (هفته ای یک جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای به مدت دو ماه) درمان ذهن آگاهی در گروه آزمایشی، مجدداً پرسشنامه اضطراب و افسردگی به عنوان پس آزمون در هر دو گروه تکمیل شد. سپس داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** براساس یافته ها، درمان ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری مؤثر بوده است.

**استنتاج:** درمان ذهن آگاهی به عنوان درمانی مؤثر در بهبود نشانه های اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر کاربرد دارد و می توان با اجرای آن به بهبود وضعیت روانی آن ها کمک کرد.

**واژه های کلیدی:** سندرم روده تحریک پذیر، اضطراب، افسردگی، درمان ذهن آگاهی

## مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر یکی از بیماری های شایع گوارشی است که بخش قابل توجهی از جامعه را درگیر می کند. در این بیماری گرچه از نظر ارگانیک علل خاصی وجود ندارد، اما دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست یا نفخ موجود، کیفیت زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد (۱، ۲). به گونه ای که غیبت از کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می روند (۲). میزان شیوع این اختلال در کشورهای مختلف متفاوت

سندرم روده تحریک پذیر یکی از بیماری های شایع گوارشی است که بخش قابل توجهی از جامعه را درگیر می کند. در این بیماری گرچه از نظر ارگانیک علل خاصی وجود ندارد، اما دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست

E-mail: amir28144@gmail.com

**مؤلف مسئول:** امیر عزیزی - خرم آباد: دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۳/۱۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۶/۴

است. براساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده است، شیوع آن را از ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش می‌کنند (۳). سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری دوران جوانی است و در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می‌کند (۱) و در زنان شایع‌تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد (۴). براساس معیارهای تشخیصی Rome-III به عنوان یک بیماری عملکردی یا اختلال روده‌ای مطرح گردید که با درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل سه بار در ماه، در سه ماه گذشته یا حداقل از شش ماه قبل شروع شده باشند و همراه با دو یا بیش‌تر، از معیارهای زیر باشد: ۱) بهبود درد شکمی با اجابت مزاج؛ ۲) شروع درد شکمی با تغییر در دفعات اجابت مزاج؛ ۳) شروع درد شکمی با تغییر در قوام مدفوع (۵). اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر است که در کاهش بهداشت روانی این بیماران نقش مهمی بر عهده دارد (۶، ۷). خلق افسرده و احساس عدم لذت، نشانه‌های کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه بیماران افسرده، از کم شدن انرژی، شکایت دارند. هشتاد درصد از بیماران نیز از مشکلات خواب شکایت دارند. کاهش اشتها، عدم تمرکز، احساس بی‌ارزشی، اضطراب، افکار مرتبط با مرگ یا تمایلات خودکشی نیز شایع هستند (۵).

اختلالات اضطرابی نیز باعث کاهش کیفیت زندگی و ایجاد هزینه‌های اضافی در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود (۸). اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و احساس ناراحت‌کننده‌ای است که خطری نامعلوم و مبهم را تداعی می‌کند (۹). اضطراب واجد علائم جسمی (مانند لرزش دست و پا، تپش قلب، تهوع، اسهال و خشکی دهان) شناختی (کاهش تمرکز، گوش به زنگ بودن، احساس سردرگمی، ترس از دیوانه شدن)، ادراکی (مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) و رفتاری (تحریک‌پذیری و بی‌حرکت ماندن) است (۱۰). با وجود مطالعات بسیاری که در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته، تنها اثربخشی تعداد

اندکی از درمان‌ها اثبات شده است و درمان این اختلال اغلب دست‌نیافتنی است (۱۱). نیاز به شناسایی درمان‌های مؤثر بسیار مهم است، زیرا درمان سندرم روده تحریک‌پذیر، هزینه‌های بسیار گزافی را به خود اختصاص می‌دهد و با اختلالات قابل توجهی در زمینه کیفیت زندگی، موقعیت شغلی و عملکرد جنسی در ارتباط است (۱۲).

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در بهبود علائم جسمی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد و کم‌تر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان ذهن‌آگاهی است. این درمان یک مداخله کوتاه‌مدت و ساختار یافته است که از روی مدل کاهش استرس مبنی بر ذهن‌آگاهی ساخته شده است و اصول درمان‌شناختی رفتاری به آن اضافه می‌شود (۱۳). ذهن‌آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (۱۴). آموزش ذهن‌آگاهی 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 مبنی بر ذهن‌آگاهی، 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 (۱۵). هرچند مطالعات مشابهی به طور کامل به بررسی تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر صورت نگرفته است، با این حال برخی مطالعات اثربخشی این درمان را در این اختلال مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال Ljotsson و همکاران، درمان ذهن‌آگاهی را در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر با روش مواجهه ترکیب

به سندرم روده تحریک پذیر بودند که طبق نمره برش در سطح بالایی از اضطراب (نمره برش ۱۵) و افسردگی (نمره برش ۱۸) قرار داشتند، به وسیله مصاحبه بالینی و براساس ملاک‌های تشخیصی Rome-III شناسایی شدند.

بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر که تحت درمان سرپایی قرار داشتند، به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. یک گروه از این آزمودنی‌ها در معرض درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آن‌ها اجرا نشد. درمان ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد. اختلال اضطراب و افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه به صورت پیش‌آزمون و سپس پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک سنجیده شد.

بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش، سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به مراجعان این اطمینان را دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. ضمن این که جلسات درمان ذهن آگاهی در کلینیک بزرگ مهر شهر تبریز انجام شد. ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارت بودند از: عدم دریافت درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش در صورت مصرف دارو، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال سن، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی.

کرده‌اند و کاهش علائم روانشناختی و جسمی را گزارش نمودند (۱۶). حسب‌زاده و همکاران نیز با استفاده از روش ذهن آگاهی، کاهش در علائم جسمی بیماران افسرده را گزارش کردند (۱۷).

در سال‌های اخیر ذهن آگاهی، به دلیل پیچیدگی و تنوع مشکلات برخی اختلالات که نیازمند یک برنامه ساختار یافته و دقیق هستند، در بهبود نشانه‌های اضطراب و افسردگی در دامنه نسبتاً متنوعی مورد استفاده قرار گرفته است. از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نکته که اکثر مطالعات، مسائل جسمی و کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر را در نظر گرفته‌اند، بنابراین لزوم انجام مطالعات بیش‌تر، ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که ادبیات پژوهشی در این حیطه هنوز در ابتدای مسیر خود بوده و جهت گسترش و تحکیم خود، نیاز به پژوهش‌های بیش‌تری می‌باشد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت تا با کمک به ارائه راه کارهای درمانی و پیشگیرانه مؤثر، تا حدودی زیان‌های تحمیل شده به فرد و جامعه را کاهش داد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با انتساب تصادفی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و از میان آن‌ها تنها ۳۵ نفر مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند. در این میان، تعداد ۲ نفر حاضر به شرکت در پژوهش نشدند و به علت ریزش در گروه آزمایش که به دلیل طولانی بودن مدت درمان، لزوم انجام تمرینات و تکالیف خانگی روزانه، عود مکرر بیماری و در نتیجه تشدید وضعیت بیماران، ۳ نفر نیز از مطالعه خارج شدند. در نهایت آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلاء

نداشتن سابقه ابتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر و دریافت تشخیص IBS به تازگی به علت کنترل تأثیر طول مدت ابتلاء به IBS بر میزان اضطراب و افسردگی به عنوان عامل مداخله‌گر، تشخیص اختلال سایکوتیک و یا دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط روانشناس، تشخیص اختلالات گوارشی ساختاری یا کارکردی همزمان، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش وزن، کم‌خونی، اسهال شبانه، دل‌پیچه‌های شدید به همراه سایر مشکلاتی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه‌داشتن آن را غیرممکن می‌سازد، به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش می‌شود: پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI).

پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory): این پرسشنامه از ۲۱ گویه تشکیل شده که به اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی که فرد در طی دو هفته گذشته تجربه کرده است، می‌پردازد. هر گویه براساس طیف ۴ درجه‌ای به شیوه لیکرتی (۰= من احساس غمگینی می‌کنم) تا (۳= من آن قدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ و نمره برش آن ۱۸ می‌باشد (۱۸). اعتباریابی پرسشنامه افسردگی بک در نمونه بیماران افسرده ایرانی نشان داد که ضریب اعتبار کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ است (۱۹). طباطبایی اعتبار این آزمون را با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش نمود (۲۰).

برای ارزیابی اضطراب بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر از پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory) استفاده شد (۲). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ سوالی است که برای اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اضطرابی در هفته گذشته طراحی شده

است. به هر یک از گویه‌های این پرسشنامه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمرات صفر تا ۷ نشان‌دهنده اضطراب حداقل، ۸ تا ۱۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ نمایانگر اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ نمایانگر اضطراب شدید است. نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ و نمره برش آن ۱۵ می‌باشد.

Beck و همکاران همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ درصد و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ درصد گزارش کردند (۲۱). کاویانی و موسوی پایایی و اعتبار این پرسشنامه را مطلوب ارزیابی کردند (۲۲) و طباطبایی اعتبار این آزمون را با استفاده آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ گزارش نمود (۲۰). روش کاهش استرس مینی بر ذهن‌آگاهی توسط Segal و همکاران ارائه گردید و سپس به منظور کار با بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می‌بردند، توسعه یافت. با این حال از همان آغاز این سبک درمانی برای درمان انواع دیگر اختلالات روانی به کار گرفته شد (۱۴).

در پژوهش حاضر درمان ذهن‌آگاهی طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد. هر جلسه، در برگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و هم‌چنین تمرینات خارج از جلسه بود.

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

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

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

چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر شرکت داشتند که ۱۸ نفر (۶۰ درصد) آن‌ها را زنان و ۱۲ نفر (۴۰ درصد) را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی آن‌ها  $۶/۱۳ \pm ۲۶$  سال بود و  $۳۶/۶$  درصد آن‌ها مجرد و  $۶۳/۳$  درصد متأهل بودند. پس از اجرای درمان ذهن آگاهی، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش آزمون و پس آزمون استخراج شد. در جدول شماره ۱، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه کنترل و آزمایش در شرایط پیش آزمون و پس آزمون درج شده است.

جدول شماره ۱: آماره‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای اضطراب و افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	اضطراب	۲۶/۳۳	۸/۳۳	۱۸/۹۳	۶/۰۹
	افسردگی	۲۳/۲۷	۸/۵۴	۱۶/۴۷	۵/۸۰
کنترل	اضطراب	۲۸/۲۷	۱۱/۱۸	۲۶/۷۳	۱۱/۳۹
	افسردگی	۲۵/۶۰	۹/۲۰	۲۳/۳۳	۸/۵۵

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار پیش-آزمون و پس آزمون برای دو گروه کنترل و آزمایش گزارش گردیده است. برای نشان دادن معنی داری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. جهت بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره از آزمون لون و برای بررسی تساوی، واریانس خطای دو گروه استفاده شد که بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که معنی داری آزمون لون در نمرات پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیش تر از  $۰/۰۵$  است. با توجه به این امر، پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنی دار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می کند؛

بر تنفس، آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت‌های معمول متفاوت.

جلسه چهارم: انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)، معرفی پیاده‌روی آگاهانه و تکلیف خانگی واریسی بدنی، نشستن آگاهانه و طولانی، راه رفتن آگاهانه و به آگاهی آوردن واکنش‌ها در مقابل استرس و اضطراب.

جلسه پنجم: صحبت در خصوص گذاردن نیمی از دوره آموزشی و بیان تجربیات، اثرات تعهد به انجام تکالیف خانگی، نشستن آگاهانه و گسترش آگاهی از افکار، بحث درباره 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 ارتباط با دیگران.

جلسه ششم: مراقبه نشستن طولانی مدت، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، تمرین بازننگری تکلیف خانگی، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره و تکلیف خانگی شناسایی و آگاهی از احساسات و نام گذاری آن‌ها در طول هفته.

جلسه هفتم: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازننگری تمرین‌ها و تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق و تکالیف خانگی براساس تمرینات قبلی.

جلسه هشتم: بازننگری بدنی، مراقبه نشسته، بحث و بررسی کوتاه در خصوص موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، بازننگری مطالب گذشته و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس آزمون.

سپس نمره افراد در پیش آزمون و پس آزمون در پرسشنامه اضطراب و پرسشنامه افسردگی محاسبه شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی، معناداری تفاوت میانگین نمرات در پس آزمون، توسط روش آماری تحلیل کواریانس

بنابراین هر دو پیش فرض در مرحله پس آزمون برقرار هستند. به این ترتیب می توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد. نتایج معنیداری اثر پیلاسی برای متغیرهای افسردگی و اضطراب در آزمون لون در جدول شماره ۲ درج شده است.

جدول شماره ۲: نتایج معنی داری اثر پیلاسی برای متغیرهای افسردگی و اضطراب در آزمون لون

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی	اندازه اثر	توان	معناداری
گروه اثر پیلاسی	۰/۴۵۶	۲	۰/۲۵۶	۰/۹۷۸	۰/۰۶۷
لامبدای ویلکر	۰/۵۴۴	۲	۰/۲۵۶	۰/۹۷۸	۰/۰۶۷
اثر هتلینگ	۰/۸۳۹	۲	۰/۲۵۶	۰/۹۷۸	۰/۰۶۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۳۹	۲	۰/۲۵۶	۰/۹۷۸	۰/۰۶۷

جدول شماره ۲ نشان می دهد که سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره را مجاز می شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۶۷$ ). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه اضطراب و افسردگی گروه‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۳ ملاحظه می گردد، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری در متغیرهای افسردگی و اضطراب دیده می شود. به طوری که می توان گفت، درمان ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش شده است.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در مرحله پس آزمون و پس از کنترل اثر پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
اضطراب	۶۷۱/۰۵	۱	۶۷۱/۰۵	۱۵/۷۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۲۵۹/۴۲	۱	۲۵۹/۴۲	۱۱/۹۲	۰/۰۰۲
اضطراب	۵۳۱/۰۳	۱	۵۳۱/۰۳	۱۲/۴۶	۰/۰۰۲
افسردگی	۲۱۲/۱۷	۱	۲۱۲/۱۷	۹/۷۵	۰/۰۰۴

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد که درمان ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر شده است. یافته‌های این پژوهش در راستای مطالعاتی قرار می گیرد که بیانگر فواید آموزش ذهن آگاهی در درمان افسردگی، اختلالات اضطرابی و بیماری‌های مزمن و بسیاری از مشکلات روان‌شناختی دیگر می باشند (۲۳). یافته‌های پژوهش حاضر همسو با مطالعاتی است که بیانگر بهبود خلق و خو، کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر می باشد (۲۴). به عنوان مثال صولتی و همکاران دریافتند که تفاوت معنی داری میان آموزش ذهن آگاهی مبنی بر کاهش استرس و دارو درمانی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر وجود دارد (۲۵). اسدالهی و همکاران نیز در مطالعه‌ای دریافتند که آموزش ذهن آگاهی تأثیری بر شدت علائم جسمی زنان مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر نداشته است، اما با این حال منجر به کاهش اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون شده است؛ البته این کاهش در مرحله پیگیری معنادار نبوده است (۲۶). هم‌چنین مقتدایی و همکاران دریافتند که آموزش ذهن آگاهی بر علائم جسمی و روان‌شناختی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر دارد (۲۷). مطالعات اخیر نیز نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر علائم جسمی و روان‌شناختی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر می باشد؛ به طوری که این روش مداخله می تواند باعث کاهش اضطراب (۲۴)؛ افزایش تحمل درد (۲۸)؛ افزایش کیفیت زندگی و لذت بردن از زندگی گردد (۲۹). بنابراین آموزش ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم می تواند درمان مناسبی برای بهبود سلامت جسمی و روانی به ویژه اضطراب و افسردگی در گروه‌های مختلفی از بیماران مبتلاء به مشکلات گوارشی مزمن باشد (۳۰، ۳۱). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر

کاربرد دارد و می‌توان با اجرای آن به بهبود وضعیت روانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک کرد. یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، به کارگیری صرف درمان ذهن‌آگاهی و نادیده گرفتن سایر مداخلات مؤثر در بهبود اضطراب و افسردگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، کاهش حجم نمونه در جریان انجام مداخله و عدم پیگیری پس از اجرای پس‌آزمون بود؛ به همین منظور جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها، به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌گردد که درمان ذهن‌آگاهی را در درمان بیماران IBS، به دفعات متعدد مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی (حداقل یک سال) دنبال نمایند.

### سپاسگزاری

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

می‌توان بیان داشت که روش ذهن‌آگاهی با توجه به رویکرد غیر قضاوتی به تجربیات درونی (احساسات و شناخت)، به افراد اجازه می‌دهد تا با کاهش پاسخ‌های خودکار، به تجارب استرس‌زا پردازند. با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش رویدادهای زندگی (که می‌توانند تغییر یابند)، فعال‌سازی سیستم‌های پاسخ به استرس و نشانه‌های جسمی کاهش می‌یابد (۳۲)؛ بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی با کاهش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی در عملکرد دستگاه گوارش بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر می‌گذارد. از طرفی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به بیماران، مهارت‌های شناختی و رفتاری مورد نیاز برای مقابله با اضطراب و افسردگی را داده و به کاهش عوارض سندرم روده تحریک‌پذیر می‌انجامد. به طوری که تأکید بر توجه آگاهانه در زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند و عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آن‌ها، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم جسمی و روانی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌گردد (۳۳). به طور کلی این پژوهش نشان داد درمان ذهن‌آگاهی در بهبود علائم و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلاء به IBS مؤثر است؛ بنابراین این مداخله به عنوان درمانی مؤثر در جهت بهبود این نشانه‌ها

### References

1. Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health-care practitioners. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25(4): 691-699.
2. Ghadir M, Ghanoni A. A Review on Treatment of Irritable bowel syndrome. *Journal of Ghoom University of Medical Sciences* 2010; 4(2): 59-66 (Persian).
3. 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): 225-226.
4. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10(7): 712-721.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Eleventh ed. LWW; 2014.
6. Son YJ, Jun EY, Park JH. Prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in



- 
- Korean adolescent girls: a school-based study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 76-84.
7. Posserud I, Svedlund J, Wallin J, Simren M. Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 399-405.
  8. Kashani F, Behzadi S, Yari M. The efficacy of cognitive-behavior group therapy on quality of life and anxiety among patients with irritable bowel syndrome. *Islamic Azad University of Medical Sciences* 2013; 22(4): 306-301 (Persian).
  9. Cooper, Valerie R. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> ed. London: Karnac; 2014.
  10. Omidvari S, Azin A, Montazeri A, Sadighi J, Jahangiri K, Aeenparast A, et al. Treat anxiety among Iranians: a nationwide study. *Payesh* 2011; 10(3): 373-380 (Persian).
  11. Kamkar A, Golzary M, Farrokhi NA, Aghae SH. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Armaghane-danesh* 2011; 16(4): 300-310 (Persian).
  12. Zare H, Zare M, khalegi Delavar F, Amirabadi F, SHahriari H. Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of mindfulness based stress reduction on glycemic control in diabetes. *Razi Journal of Medical Sciences* 2013; 20(108): 40-52 (Persian).
  13. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, 1<sup>st</sup> ed. New York, UK: Guilford Press; 2001.
  14. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(1): 95-100.
  15. Ljotsson B, Andreewitch S, Hedman E, Ruck C, Andersson G, Lindefors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-an open pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41(3): 185-190.
  16. Hanasab zadeh Esfahani M, Yekeh Yazdan Doost R, Gharayi B, Nejade Farid AA. Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1(1): 35-45 (Persian).
  17. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996. Available from: <http://www.nctsn.org/content/beck-depression-inventory-second-edition-bdi-ii>. Accessed May 2, 2014.
  18. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *J Rehabil* 2005; 8(29): 82-86 (Persian).
  19. JafarTabatabaee T, Ahadi H, Khamesian A. The effect of optimism training on the anxiety and depression of students of psychology at the Azad University of Birjand (2012). *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2013; 10(1): 34-42 (Persian).
  20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(6): 893-897.
  21. Hossein Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory. *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2): 136-140 (Persian).

22. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 125-143.
23. Zernicke KA, Campbell TS, Blustein PK, Fung TS, Johnson JA, Bacon SL, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Randomized Wait-list Controlled Trial. *Int J Behav Med* 2013; 20(3): 385-396.
24. Solati Dehkordi K, Nikfarjam M, Sanaei S. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and drug therapy on quality of life in patients with irritable bowel syndrome in Shahrekord. *Life Science Journal* 2014; 11(9): 445-449.
25. Haghayegh SA, kalantari M, Molavi H, Talebi M. Efficacy of Cognitive-Behavior therapy on the Quality of Life of Patients Suffering from Irritable Bowel Syndrome with Predominant Pain and Diarrhea Types. *Journal of Psychology* 2010; 14(1): 95-110 (Persian).
26. Moghtadaei K, Kafi M, Afshar H, Ariapouran S, Dagha ghzadeh 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.
27. Kingston J, Chadwick P, Meron DT, Skinner TC. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res* 2007; 62(3): 297-300.
28. Fjorback LO, Arendt M, Ørnbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2011; 124(2): 102-119.
29. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med* 2002; 64(1): 71-83.
30. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A metaanalysis. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 35-43.
31. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(4): 822-848.
32. Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, Faurot KR, Coble RS, Mann JD, et al. Mindfulness Training Reduces the Severity of Irritable Bowel Syndrome in Women: Results of a Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106(9): 1678-1688.