

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۶

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۵۵ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بوده که در طول ۶ ماه اول سال ۱۳۹۸ به بیمارستان آیت الله روحانی بابل مراجعه نمودند. که با استفاده از نمونه گیری در دسترس، تعداد ۳۶ نفر به عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. سپس با روش نمونه گیری تصادفی به سه گروه (گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم و همچنین دریک گروه کنترل قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده و افسردگی بک استفاده شده است. سپس یافته‌های پژوهش توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از تحلیل کوواریانس ارزیابی شدند ($p < 0.05$).

نتایج: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات میانگین استرس ادراک شده و نمرات میانگین افسردگی در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثر است.

کلمات کلیدی: درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استرس ادراک شده، افسردگی، سندرم روده تحریک پذیر.

ناهید حسن نژاد^{۱*}

احمد علیپور^۲

نسرین حسینی^۱

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور،

تهران، ایران

^۲ استاد، گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email: salamatnahid0911@gmail.com

مقدمه

نشانگان روده تحریک پذیر (IBS: Irritable Bowel Syndrome) یکی از شایع‌ترین اختلالات گوارشی که درد شکمی و تغییر در اجابت مزاج بدون اختلال‌های ساختاری از نشانه‌های آن می‌باشد (۱). این بیماری از جمله شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین اختلالات به شمار می‌آید، به طوری که دومین علت غیبت کاری بعد از سرماخوردگی بوده و بستری شدن‌های مکرر را به دنبال دارد و بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. شیوع آن بین ۷/۱ تا ۲۰ درصد برآورد شده است (۲).

نشانگان روده تحریک پذیر علیرغم اینکه بیماری کشنده‌ای نیست، اما برای بیمار مبتلا بسیار ناراحت کننده است و ممکن است به سه شکل بروز پیدا کند (۳). شیوع این بیماری بیشتر مربوط به دوره نوجوانی و جوانی است و زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند. بر اساس آخرین یافته‌ها در برخی پژوهش‌ها، شیوع نشانگان روده تحریک پذیر در ایران بین ۳/۵ تا ۵/۸ درصد می‌باشد (۴). سندرم روده تحریک پذیر با شیوع بالای اختلالات روانی همراه است، که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر سطح اضطراب و افسردگی بالاتری نسبت به گروه شاهد دارند (۵). سندرم روده تحریک پذیر، که با درد مزمن در محدوده زمانی معین در شکم یا ناراحتی و تغییر اجابت مزاج همراه است، یکی از شایع‌ترین سندرم‌های مشاهده شده توسط متخصصان گوارش و ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه است، که در غیاب هرگونه اختلال عضوی و علل ارگانیک قابل تشخیص بروز می‌دهد (۶).

استرس ادراک شده به درجه‌ای که افراد رویدادهای زندگی خود را غیرقابل پیش بینی، غیر قابل کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد. یکی از دلایلی که استرس همواره مورد بررسی قرار گرفته تأثیر بالقوه آن بر سلامت فرد است (۷). رابطه بین عوامل استرس زای روانی و بیماری متاثر از ماهیت، تعداد، و

دوام عوامل استرس زا و همچنین آسیب پذیری زیستی (یعنی ژنتیک، عوامل شرطی)، منابع روانی، و الگوهای آموخته شده مقابله می‌باشد (۸).

استرس واکنش تطبیقی به عامل بیرونی است که پیامدهای فیزیولوژیکی، رفتاری و روانشناختی زیادی برای هر فرد در پی دارد و می‌تواند باعث افزایش خطر و پیشرفت سلول‌های تومور و کاهش بقای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شود (۹). از آنجا که استرس در نتیجه ارزیابی شناختی فرد از موقعیت ایجاد می‌شود، توجه به رویکردهای کنارآمدن با استرس می‌تواند. در تعدیل الگوهای رفتاری و فکری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیرگذار باشد (۱۰).

افسردگی، نوعی ملالت است که دامنه‌ی آن از لحاظ شدت می‌تواند از نوسان در خلق عادی، تا احساس شدید اندوه، بدبینی و یاس، تغییر یابد. پس از بررسی شکایت اصلی، علائم افسردگی تحت چهار عنوان عمده شرح داده شد: هیجانی، شناختی، انگیزشی، فیزیکی و رویشی (۱۱)، شکایت اصلی ممکن است به شکل‌های مختلف برداشت شود: (۱) یک حالت هیجانی ناخوشایند؛ (۲) تغییر نگرش نسبت به زندگی؛ (۳) نشانه‌های جسمانی خاص ماهیت افسردگی؛ (۴) نشانه‌های جسمانی غیرمعمول افسردگی. هدف از کاربرد حضور ذهن در اختلال روانشناختی کمک به آگاه شدن از فرایندهایی است که زمینه ساز قرار گرفتن بیمار در ذهنیت‌های آسیب زا و یا درجاماندگی در آن حالت‌های ذهنی است. برای مثال هدف از کاربرد تمرین‌های حضور ذهن در درمان افسردگی کمک به بیمار برای آگاهی از نقش نشخوار فکری به عنوان واکنش خودکار و عادت است که موجب شروع یک دوره افسردگی می‌شود. آموزش حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند به جای اینکه در پاسخ به خلق منفی درگیر واکنش عادت نشخوار فکری شود در لحظه حال رویدادهای درون روانی خود را تجربه کند و آن‌ها را

با تلاش‌های بیهوده و بی حاصل برای جلوگیری از تجربه درونی منفی به وجود می‌آید (۱۴).

در همین راستا نتایج پژوهش ثمررخی و همتی با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و میزان سطح نگرانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پرداختند. پس از پایان مداخله از هر دو گروه پس از آزمون و پس از گذشت دو ماه هر دو گروه مورد آزمون پیگیری قرار گرفتند. نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از ارتقا سطح کیفیت زندگی و کاهش میزان نگرانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود (۱۵).

در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که کاهش نمرات استرس و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بود. در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند برای کاهش استرس و نشانه‌های اختلال سندرم روده تحریک پذیر مورد استفاده قرار بگیرد (۱۶).

بنابراین سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثر است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس از آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۵۵ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بوده که در طول ۶ ماه اول سال ۱۳۹۸ به بیمارستان آیت الله روحانی بابل مراجعه نمودند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۶

همان گونه‌ای که هستند بدون اضافه کردن برداشت‌های قضاوتی مورد مشاهده قرار دهد. یافته‌های تجربی نشان داده این شیوه برخورد با رویدادهای درون روانی یا موقعیت‌های افسرده ساز در ایجاد پاسخ‌های سازگاران‌تر از جانب بیماران و کاهش احتمال خطر عود افسردگی موثرتر است (۱۲).

ذهن آگاهی به عنوان یکی از مداخله‌های شناختی- رفتاری از تکنیک‌هایی می‌باشد که در پزشکی ذهن و بدن به منظور کاهش درد و درمان اختلال‌هایی مانند اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن استفاده می‌شود. آموزش ذهن- آگاهی با تلفیقی از تن‌آرامی و مراقبه ذهن آگاهی، یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و اضطراب و روان درمانی می‌باشد که در آن، بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل مستقیم انسان خارج شده، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود (۱۳).

یکی دیگر از رویکردهای نوین روان درمانی و مورد بحث در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ می‌باشد که یک رویکرد درمانی کارآمد بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی می‌باشد و مشکلات روان شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری روانشناختی قلمداد می‌کند، مشکلاتی که توسط هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ایجاد شده است. درمان پذیرش و تعهد این درمان دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده کنند. درمان پذیرش و تعهد فرایندهای تغییر رفتار و فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی را تلفیق می‌کند. در این درمان اعتقاد بر این است که بسیاری از شکل‌های آسیب روانی

¹ Acceptance and commitment therapy (ACT)

- ۵- به بیماری جسمی دیگری مبتلا نباشند.
- ۶- درمان دیگری را به غیر از دارویی برای درمان سندرم روده تحریک پذیر دریافت نکنند.
- ملاک‌های خروج:
- ۱- دو جلسه غیبت منجر به خروج آن‌ها از گروه نمونه می‌شد.
- ۲- ابتلا به بیماری جسمانی دیگری به غیر از سندرم روده تحریک پذیر.
- ۳- ابتلا به بیماری روانی شدید.
- ۴- تمایل به ترک گروه به انتخاب آگاهانه و آزادانه.

پروتکل درمانی

- درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش در هشت جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش به اجرا درآمد. خلاصه محتوای ارائه شده در هر جلسه در جدول-های زیر ارائه شده است.

پروتکل درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۲)

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واری بدن
دوم	سر و کار داشتن با موانع: مراقبه واری بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرینهای افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت): حرکت ذهن آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارت خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تحریفهای شناختی
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش بینی های قلبی
ششم	افکار واقعیتهای نیستند: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین
هفتم	توانم بهترین مراقبت را از خودم به عمل آورم؟: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها، شناسایی ارتباط چگونگی می بین فعالیت و خلق، راه حل آفرینی سازنده

نفر به عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. سپس با روش نمونه گیری تصادفی به سه گروه (گروه آزمایش اول ۱۲ نفره با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)، (گروه آزمایش دوم ۱۲ نفره با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و همچنین ۱۲ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه اول آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شد و گروه دوم آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند، گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود:

- ۱- با ارزیابی فوق تخصص گوارش با توجه به ملاک تشخیصی، تشخیص سندرم روده تحریک پذیر دریافت نموده‌اند.
- ۲- در دامنه سنی ۲۰ تا ۷۰ قرار داشته باشند.
- ۳- به اختلال روانی قابل ملاحظه و شدید مبتلا نشده باشند. (ارزیابی از طریق مصاحبه)
- ۴- ساکن استان مازندران باشند.

هشتم

کارگیری در آینده: مراقبه واریسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره - چه چیزهایی برای استفاده از آن چیزی که یاد گرفته شده برای به

شما در زندگی تان بسیار ارزشمند هستند، که تمرین می تواند به شما کمک کند؟

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۴)

جلسه	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	به برقراری ارتباط با افراد گروه و فراهم کردن فرصتی برای مراجعان تا با یکدیگر و با اهداف درمان آشنا شوند. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز».
دوم	۱. ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعان ۲. ارائه تمرین جامع تری از تمرینات مبتنی بر آگاهی به مراجعان. ۳. تمرین ذهن آگاهی
سوم	۱. پذیرش ۲. ارزش ها ۳. ذهن آگاهی ۴. تکلیف
چهارم	۱. شفاف سازی ارزش ها ۲. موانع ۳. تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی «اسکن بدن» ۴. تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند
پنجم	۱. مرور تکلیف و یکنواخت کردن حرکت ۲. گسستگی از تهدیدهای زبان ۳. ذهن آگاهی ۴. تکلیف
ششم	۱. مرور درمان ۲. عمل متعهدانه ۳. ذهن آگاهی و تمرین خودمشاهده گری ۴. تکلیف
هفتم	۱. رنج اولیه و ثانویه ۲. تعهد و موانع شکل گیری رضایت ۳. ذهن آگاهی در پیاده روی ۴. تکلیف
هشتم	۱. شفاف سازی ارزش ها ۲. عود و پیشامدهای منفی - آمادگی نه پیشگیری و در ادامه از حضور افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل در پژوهش قدردانی شد.

ابزار پژوهش

مقیاس استرس ادراک شده (PSS): مقیاس استرس ادراک شده کوهن (PSS) در سال ۱۹۸۳ توسط شلدون کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ی ۱۴، ۱۰، ۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ ها، افکار و احساسات درباره ی حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس های تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. قربانی، دیویدسون؛ کریستل و بینگ و همکاران (۱۷) آلفای کرونباخ این مقیاس را در جامعه ی آمریکای ۸۶٪ و در نمونه ی ایرانی ۸۱٪ گزارش کرده اند. دوران و همکاران (۱۸) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۷۴٪ گزارش کرده اند.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II):

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی و خودسنجی مداد-کاغذی است، که شامل ۲۱ گروه سوال است و نسخه ابتدایی آن (BDI) برای نخستین بار توسط (۱۵) تدوین شد. بعدها بک و همکارانش (۱۶) برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک های تشخیصی اختلال های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، یک تجدید نظر اساسی در آن انجام داده و BDI-II را پدید آوردند. ۲۱ ماده این پرسشنامه علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کنند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می آید. ضمن اینکه در این آزمون نقطه برش ۱۳ می باشد به این معنی که آزمودنی دارای نمره ۰ تا ۱۳ سالم یا داری افسردگی جزئی (تقریباً غیر افسرده)، و از ۱۴ تا ۶۳ مبتلا به افسردگی خفیف تا شدید تلقی می شود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی

پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۰/۹۲ در جمعیت آمریکایی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی به دست آمده است. در

نتایج

متغیرها معنادار است. بین نمرات میانگین استرس ادراک شده در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل متفاوت بوده است. همچنین جهت بررسی اینکه کدام یک از گروه‌ها در مرحله پس آزمون با هم تفاوت دارند، مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت. نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک شده در دو گروه کنترل و آزمایشی در جدول ۱ و مقایسه پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایشی در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود با توجه به سطح معناداری محاسبه شده از سطح آلفای ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری در این

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک شده در دو گروه کنترل و آزمایشی

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		آزمایش	کنترل		
استرس ادراک شده	پیش آزمون	۴۵/۷۷	۲/۲۵	۴۳/۱۷	۲/۸۷
	پس آزمون	۳۲/۶۲	۲/۶۴	۴۴/۵۴	۲/۲۵

جدول ۲- مقایسه پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایشی

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		آزمایش	کنترل		
افسردگی	پیش آزمون	۲۱/۸۶	۳/۵۶	۲۲/۲۵	۳/۷۸
	پس آزمون	۱۳/۴۲	۲/۷۴	۲۰/۳۴	۳/۲۴

جدول ۳- اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۸۹,۹۴	۲	۹۴,۹۷	۵,۲۱	۰,۰۱
درون گروهی	۳۶۱,۸۱	۳۳	۱۳,۵۰		
خطا	۵۵۱,۷۵	۳۵			

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۵۸,۲۸	۲	۷۹,۱۴	۴,۴۲	۰,۰۱
درون گروهی	۴۱۹,۳۵	۳۳	۱۲,۷۰		
خطا	۵۷۷,۶۳	۳۵			

معنادار آماری وجود دارد. به عبارتی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اثر داشته، اما تفاوتی از نظر میزان اثربخشی نداشته و نسبتاً اثری یکسان دارند. این یافته‌ها با نتایج کیم و همکاران (۲۰)، شات و همکاران (۲۱)، سود و همکاران (۲۲)، ثمرخی و همی (۱۵) و موسوی جشنی و حسینی (۱۶) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ی فوق مبنی بر تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده، می‌توان گفت که از آنجا که این رویکرد به فرد کمک می‌کند تا علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر بتواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود بخشیده و بر مشکلات غلبه نماید، در نتیجه استرس وی در هنگام مواجهه با دشواری‌ها کاهش می‌یابد (۲۳). همچنین در تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس می‌توان بیان داشت که تکالیف یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک و آموزش تمرین دلیل آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن آگاهی که از جمله تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد است به فرد کمک می‌کند تا سلامتی روان خود را حفظ کند. از این رو می‌توان گفت درمان مبتنی بر

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود با توجه به سطح معناداری محاسبه شده از سطح آلفای ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری در این متغیر معنادار است. بین میانگین نمرات افسردگی در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل متفاوت بوده است.

بحث و نتیجه گیری

سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که در طبابت بالینی با آن برخورد می‌شود اما یکی از بیماری‌هایی است که کمترین شناخت در باره آن وجود دارد (۱۹).. علائم سندرم روده تحریک پذیر تمایل دارند که زمانی ایجاد و بعد ناپدید شوند و اغلب با دیگر اختلالات کارکردی مثل فیبرومیالژیا، سردرد، درد کمر و علائم اداری- تناسلی همپوشانی دارد، شدت علائم متغیر است و می‌تواند به نحو قابل توجهی کیفیت زندگی را مختل می‌کند لذا هدف مطالعه حاضر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می‌باشد.

نتایج مطالعه ما نشان داد که بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل، تفاوت

سندرم روده تحریک پذیر موثر است، از این رو باعث بهبود کیفیت زندگی این افراد می‌شود.

در حقیقت درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نیز با کاهش افکار خودآیند منفی، به فرد این امکان را می‌دهد که بر افکار خود کنترل بیش تری داشته باشد و به جای تمرکز بر نگرانی از آینده و یا نشخوار افکار ناخوشایند گذشته، از افکار اطلاع یافته و بر آنها تسلط یابد. به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری با کاهش افکار منفی فرد را توانمند می‌سازد و موجب می‌شود تا از فرآیندهای ذهنی خودآگاهی یابد و به او این امکان را می‌دهد در در مقابل مشکلات به صورتی اثربخش تر و کارآمدتر عمل کند (۲۸).

با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان افراد افسرده پرداخت که در نهایت باعث کاهش چشمگیر افسردگی در این افراد شد. همچنین، یافته‌های این پژوهش با آنچه در نظریه تیزدل و همکاران بیان می‌شود هماهنگ است. طبق این نظریه، ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. در افرادی که مستعد افسردگی هستند ذهن دائماً معطوف به افکار ناراحت کننده و منفی است که این خود باعث تداوم بیشتر افسردگی می‌شود (۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پاسخ‌های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی عاطفی تغییر می‌دهد و باعث نمرات پایین تر در مشکلات نظم جویی شناختی هیجان، ترس و اجتناب از هیجان ها می‌شود علاوه بر این، به بیماران افسرده کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی می‌تواند نقش مهمی در نظم بخشی هیجان ایفا کند (۲۹).

توجه به این که عامل روانی نقش ویژه‌ای بر بیماری‌های جسمانی دارد پیشنهاد می‌شود روان درمانی در کنار دارو درمانی و دیگر درمان‌های پزشکی صورت گیرد. روان درمانگران و

پذیرش و تعهد توانسته است وضعیت استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را بهبود بخشد (۲۴).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان دریافت که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند این هدف را محقق سازد و نتایج مؤید آن است که این شیوه گروه درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری استرس ادراک شده را کاهش می‌دهد. این امر حاکی از اثر بخشی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش این اختلالات است (۲۵). بطور کلی با استناد به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که پرداختن به مؤلفه‌های شناختی- رفتاری در سندرم روده تحریک پذیر که مستلزم توانایی‌های بیماران در سازگاری و کاهش استرس می‌باشد، یک نیاز اساسی محسوب می‌شود.

از طرفی نتایج پژوهش همچنین نشان داد که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر متفاوت است.

نتایج نشان داد که بین درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. به عبارتی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اثر داشته، اما تفاوتی از نظر میزان اثربخشی نداشته و نسبتاً اثری یکسان دارند. یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مقتدایی و همکاران (۲۶) مدبرنیا و همکاران (۲۷)، ثمررخی و همتی (۱۵) و موسوی جشنی و حسینی (۱۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌های می‌توان بیان نمود که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به

تشکر و قدردانی

از همه شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می-شود.

تعارض در منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

پزشکان می‌توانند با تکیه بر یافته‌های چنین پژوهش‌هایی، اقداماتی موثری در جهت بهبودی بیماران جسمی به انجام برسانند. همچنین پیشنهاد می‌گردد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شناسایی شوند و از همان ابتدا آموزش و درمان پزشکی و روان شناختی بر روی آنان اعمال گردد.

References

1. Sibelli A, Chalder T, Everitt H, Chilcot J, Moss Morris R. Positive and negative affect mediate the bidirectional relationship between emotional processing and symptom severity and impact in irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*. 2018;10(5):1-3.
2. Naliboff BD, Frese MP, Rappay L. Mind/body psychological treatments for irritable bowel syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008;5(1):41-50.
3. Fournier A, Mondillon L, Dantzer C, Gauchez AS, Ducros V, Mathieu N, Faure P, Canini F, Bonaz B, Pellissier S. Emotional overactivity in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*. 2018.
4. Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian journal of gastroenterology: official journal of the Indian Society of Gastroenterology*. 2003;22(6):215-226.
5. Addante R, Naliboff B, Shih W, Presson AP, Tillisch K, Mayer EA, Chang L. Predictors of Health-related Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared With Healthy Individuals. *Journal of clinical gastroenterology*, 2018.
6. 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.
7. 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
8. Saiful Bahri y, Fuad A, Jamil M. Prevalence and sources of stress among university Sains Malaysia medical students. *Malaysian J Med, Sci*. 2010; 17(1): 30-37.
9. Kravits K. Hypnosis: adjunct therapy for cancer pain management. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*. 2013; 42(4):83-85.
10. Paquier-Valette C, Wierzbicka-Hainaut E, Cante V, Charles S, Guillet G. Evaluation of hypnosis in pain management during photodynamic therapy: a pilot study. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2014, 141(3), 181-185.
11. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
12. Mohammadkhani P, Khanipour H. Mindfulness based therapies (along with a practical mind-based cognitive therapy guide to prevent recurrence of depression). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2014.
13. 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.
14. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(1):60-78
15. Samarrokh A, Hemmati M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to quality of life and the level of concern of clients with irritable bowel syndrome, 2nd National Congress of the Third Wave of Behavioral Therapies, Kashan, Kashan University of Medical Sciences, 2019.

16. Mousavi Jashni R, Hosseini E. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Reduction and Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome, 2nd National Congress of the Third Wave of Behavioral Therapies, Kashan, Kashan University of Medical Sciences, 2019.
17. Zhong MM, Zhang QM, Bao JM, Xu W. Relationships between meaning in life, dispositional mindfulness, perceived stress, and psychological symptoms among Chinese patients with gastrointestinal cancer. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2019; 207 (1): 34-37.
18. Ghorbani, Nima., Davison, H. Kristl., Bing, Mark. N., Watson, P. J., & Mack, Dan. A. . Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 2002, 37(5), 297-308.
19. 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.
20. Kim J, Seok J. The Protective Role of Resilience in Attenuating Emotional Distress and Aggression Associated with Early-life Stress in Young Enlisted Military Service Candidates. *J Korean Med Sci*, 2015; 30: 1667 -1674.
21. Shatte A, Perlman A, Smith B. The Positive Effect of Resilience on Stress and Business Outcomes in Difficult Work Environments, 2017; 59(2): 135-140.
22. Sood A, Loprinzi C, Sharma V, Prasad K. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2012; 12(1): 211-221.
23. Ljótsson B, Andréewitch S, Hedman E, Rück C, Andersson G, Lindefors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—an open pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010; 41(3): 185-190.
24. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on longterm sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(4): 583-594.
25. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, 1st ed. New York, UK: Guilford Press, 2001.
26. - Muqtada'i K, Kafi M, Afshar H, Aryapuran S. The educational effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on the physical symptoms of women with irritable bowel syndrome. *Behavioral Science Research*, 2012; 8(6): 708-698.
27. - Madbarnia, MJ, Imani A, MirSafa M . Anxiety-depression disorder in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011; 15(3): 31-39.
28. 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.
29. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*. 2007; 31(6): 772- 799.

*Original Article***Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment-based therapy on perceived stress and depression in patients with irritable bowel syndrome**

Received: 26/03/2020 - Accepted: 16/05/2021

Nahid Hassannezhad ^{1*}Ahmad Alipour ²Nasrin Hosseini ¹¹ Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran² Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email:

salamatnahid0911@gmail.com

Abstract**Introduction:** : The aim of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment-based therapy on perceived stress and depression in patients with irritable bowel syndrome.**Methods:** The method of the present study was a quasi-experimental study with a pretest, posttest design with a control group. The statistical population included 55 patients with irritable bowel syndrome who referred to Ayatollah Rouhani Hospital in Babol during the first 6 months of 1398. Using available sampling, 36 people were surveyed as a sample. Then, they were divided into three groups by random sampling method (the first experimental group, the second experimental group and also in a control group. Perceived stress and Beck depression questionnaires were used to collect data. Version 22 was evaluated using analysis of covariance ($p < 0.05$).**Results:** The results of analysis of covariance showed that there was a significant difference between the mean scores of perceived stress and the mean scores of depression in the three groups of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance, commitment and control therapy.**Conclusion:** That mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment-based therapy are effective on perceived stress and depression in patients with irritable bowel syndrome.**Keywords:** Mindfulness Based Therapy, Acceptance and Commitment Based Therapy, Perceived Stress, Depression, Irritable Bowel Syndrome.