

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶

خلاصه

مقدمه: هدف از انجام پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال خواب، ناگویی هیجانی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش کار: به منظور انتخاب شرکت کنندگان، از بین زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به دولتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۴۰۰، ۳۰ نفر بیمار بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند و در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۱۲ جلسه هفتگی بر اساس راهنمای سگال و تیزدل انجام شد و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. پرسشنامه‌های اختلال خواب، ناگویی هیجانی و نشخوار فکری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد.

نتایج: یافته‌های حاصل از تحلیل آنالیز واریانس آمیخته نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود اختلال خواب و نشخوار فکری در مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشته است ($P \leq 0/001$)، اما در متغیر ناگویی هیجانی تاثیر معناداری نداشت ($P \geq 0/001$).

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود اختلال خواب و نشخوار فکری زنان بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثر است اما لازم است برای تأیید این نتیجه، این روش درمانی در مردان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سندرم روده تحریک پذیر، اختلال خواب، نشخوار فکری، ناگویی هیجانی

مریم دانا^۱

فرناز کشاورزی ارشدی^{۲*}

فریبا حسینی^۳

پروانه محمدخانی^۴

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی سلامت، واحد تهران

مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، واحد تهران مرکزی،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۴ استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی و

توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

درباره نشانه‌های افسردگی، علل ممکن و نتایج افسردگی است؛ بنابراین به هنگام نشخوار فکری افراد مکرر افکاری مانند (چرا نمی‌توانم از عهده وظایفم برآیم؟ چه اشتباهی کرده‌ام؟ احساس می‌کنم نمی‌توانم بر این حالاتم غلبه کنم) را مرور می‌کنند و این افکار مانع حل مسئله می‌شوند (۶). شاید بتوان گفت که نشخوار فکری نقش مهمی در دشواری در پردازش هیجانی وقایع آسیب‌زا ایفا می‌کند (۷) و به نظر می‌رسد ناتوانی در تنظیم هیجان به هنگام شرایط سخت و اضطراب‌زا و در حقیقت ناگویی هیجانی می‌تواند عامل مهمی در استمرار بیماری‌هایی همچون سندرم روده تحریک‌پذیر باشد.

ناگویی هیجانی به حالتی گفته می‌شود که در آن فرد نسبت به افراد عادی با احتمال بیشتری از راهبردهای فرونشانی استفاده می‌کند و کمتر از راهبرد ارزیابی مجدد استفاده خواهد شد و از آنجایی که راهبرد فرونشانی ارتباط بیشتری با مشکلات جسمانی دارد، راهبرد ناسازگارانه محسوب می‌شود و می‌تواند برای افراد زمینه بدتر شدن بیماری را فراهم کند و نیازمند درمانهای موثر روانشناختی است (۸).

با تبیین علل روانشناختی این بیماری به نظر می‌رسد که درمان‌های روانشناختی در کاهش نشانه‌های بیماری موثر هستند (۹). لذا یافتن راه حل و درمانهای مناسب برای این مشکلات مرتبط با سلامت روانی می‌تواند به این بیماران در جهت بهبودی و شرایط بهتر زندگی کمک کننده باشد. به نظر می‌رسد یکی از راه‌های کمک کننده برای بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باشد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله روان درمانی مبتنی بر شواهد است که چندین عنصر اساسی درمان شناختی رفتاری را با مراقبه ذهن آگاهی ادغام می‌کند (۱۰). آموزش ذهن آگاهی بر کسب تدریجی آگاهی ذهن برای کاهش استرس و کاهش احساسات و افکار منفی متمرکز است. این رویکرد روان درمانی معمولاً شامل جلسات هشت هفته‌ای گروهی و تکالیف روزانه فردی بین جلسات است. از زمانی که اولین ویرایش کتابچه

سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است و همانطور که در معیارهای تشخیصی رم توضیح داده شده است با درد شکمی مکرر و تغییرات در عادت روده مشخص می‌شود (۱). تشخیص فوری این بیماری از دیدگاه بیمار مهم است؛ زیرا طولانی مدت شدن سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند برای بیمار آزاردهنده باشد. هزینه‌هایی مانند ملاقات با پزشک، آزمایش‌ها و بررسی‌های متعدد آزمایشگاهی و تجویز داروهای درمانی می‌تواند بار اقتصادی قابل توجهی را برای بیمار ایجاد کند (۲). شیوع این بیماری به طور قابل توجهی از ۱/۱ تا ۴۵ درصد در میان کشورهای سراسر جهان متفاوت است. این امر عمدتاً به دلیل تفاوت در معیارهای تشخیصی و همچنین توزیع متنوع عوامل خطر مانند ژنتیک، رژیم غذایی، شیوه زندگی، عفونت گوارشی و عوامل اجتماعی فرهنگی است که درک این اختلال را بیشتر روشن می‌کند (۳). شیوه سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران از گزارشات بین ۱/۱ تا ۱۰ درصد در نظرسنجی‌های عمومی تا ۲۵ درصد در بیماران مراجعه کننده به کلینیک گوارش متفاوت بوده است (۴).

اگرچه سندرم روده تحریک‌پذیر تهدیدی بسیار جدی برای وضعیت زندگی بیماران نیست، اما ماهیت مزمن و عود کننده آن تأثیر منفی بر تمام ابعاد کیفیت زندگی دارد. به طور کلی عوامل زیادی ممکن است در این بیماران مورد اهمیت باشد تا کیفیت زندگی بهتری نسبت به شرایط بیماری خود داشته باشند که یکی از این عوامل با اهمیت کیفیت خواب در این بیماران است. کیفیت خواب به نداشتن مجموعه اختلالات خواب گفته می‌شود و بر اساس تحقیقات انجام شده، زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با جمعیت عمومی، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات خواب هستند و از این رو غربالگری زنان مبتلا به این بیماری برای شناسایی مشکلات مربوط به خواب، با توجه به عوارض خطرناک آن معقول است (۵).

دیگر عامل مهمی که می‌تواند در بین این افراد به دلیل مشکلات روحی ناشی از بیماری و تحمل دردهای شدید مورد توجه قرار گیرد نشخوار فکری است که ناشی از افکار منفعلانه و مکرر

و مارو (۱۹۹۱)، کیفیت خواب و ناگویی هیجانی تورنتو مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس نشخوار فکری دارای ۲۲ عبارت است که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). برای بررسی پایایی این پرسش نامه از روش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد و ضریب آن در پژوهش بهرامی و محمودی (۱۳۸۶) ۰/۹۱ به دست آمد روایی این ابزار با استفاده از روایی ساختاری بررسی و قابل قبول گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت خواب دارای ۱۸ سوال می‌باشد. پاسخ به سوالات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه ای هیچ (۰)، ضعیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است.

جهت اندازه گیری ناگویی هیجانی از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو استفاده شد. این مقیاس یک آزمون ۲۰ ماده ای است که در طیف پنج گزینه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) به آنها پاسخ داده می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش بشارت (۲۰۰۷) تأیید شده است.

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از جلسات مداخله درمانی (سگال و تیزدل، ۲۰۰۲) می‌باشد. این پروتکل توسط پژوهشگر و به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی ۱۲ هفته متوالی اجرا شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از آماره‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار استفاده شد. در بخش استنباطی با توجه به اینکه طرح پژوهش، طرح نیمه آزمایشی در قالب پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد برای مقایسه میانگین نشخوار فکری، کیفیت خواب و ناگویی هیجانی در گروه‌های پژوهش از تحلیل آنالیز واریانس آمیخته و آزمون بونفرونی و برای پیش فرض‌های این روش از (آزمون شاپیرو- ویلک و اسپیلون گرین‌هاوس-گیزر) با سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از بیست و سومین ویرایش نرم افزار SPSS صورت گرفت.

راهنمای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در سال ۲۰۰۲ منتشر شد، علاقه فزاینده‌ای به این روش درمانی و پتانسیل بالینی آن در درمان اختلالات روانی مشاهده شده است (۱۱). مطالعات قبلی نشان داد که در درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (۱۲) و استرس (۱۳، ۱۴) ارتباط دارد. با این حال به دلیل وجود مطالعات بسیار محدود، مشخص نیست که آیا این روش درمانی قادر به کنترل و اثربخشی بر عوامل موثر بر سلامت روانی بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر از جمله نشخوار فکری، ناگویی هیجانی و اختلال خواب هست یا خیر. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، ناگویی هیجانی و اختلال خواب در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود که به صورت دسترس از میان زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به دولتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۴۰۰ انتخاب شدند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: سابقه حداقلی یک ساله از تشخیص بیماری سندرم روده تحریک پذیر، عدم سابقه اختلالات روانشناختی شدید (پسیکوز یا اختلال شخصیت) برحسب تشخیص روانپزشک و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته اسکید، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانی در یک سال اخیر. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: روی آوردن به مصرف الکل و مواد مخدر، درگیر شدن با سایر بیماری‌های جسمانی جدی، عدم شرکت یا غیبت فرد در دو جلسه درمان یا بیشتر. نمونه مورد آزمون ۳۰ نفر بودند که به شکل تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند (گروه آزمون: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل). آزمودنی‌ها قبل و بعد از انجام هر یک از مداخلات با مقیاس نشخوار فکری هوکسما

نتایج

ذهن آگاهی، در مرحله پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری افزایش اندکی داشت که همچنان پایتتر از میانگین مرحله پیش آزمون بود.

ناگویی هیجانی در گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری روند افزایشی ملایمی داشت. در گروه درمان ذهن آگاهی، در مرحله پس آزمون میانگین ناگویی هیجانی کاهش یافت و در مرحله پیگیری افزایش یافت و به میانگین مرحله پیش آزمون نزدیک شد.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در سه مرحله آزمایش به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است. نشخوار فکری در گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تغییرات اندکی داشت. اما نشخوار فکری در گروه درمان ذهن آگاهی، در مرحله پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری افزایش اندکی داشت، اما همچنان پایتتر از مرحله پیش آزمون بود. اختلال خواب نیز در گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تغییرات اندکی داشت. اما در گروه درمان

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته تحقیق

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	نشخوار فکری	۴۱/۷۳	۲/۹۴	۴۱/۸۲	۳/۱۷	۴۲/۶۲	۳/۱۹
	اختلال خواب	۲۳/۲۱	۳/۳۳	۲۲/۸۶	۳/۳۹	۲۳/۷۰	۳/۶۴
	ناگویی هیجانی	۵۹/۰۸	۲/۸۸	۵۹/۶۷	۳/۵۸	۶۰/۴۰	۵/۸۱
آزمایش	نشخوار فکری	۴۴/۰۷	۶/۶۰	۳۹/۹۴	۴/۴۸	۴۰/۷۶	۴/۰۲
	اختلال خواب	۲۸/۲۲	۴/۴۱	۱۹/۳۳	۳/۸۳	۲۲/۲۵	۴/۴۰
	ناگویی هیجانی	۶۰/۶۵	۳/۹۲	۵۷/۴۸	۴/۴۴	۵۹/۶۱	۴/۳۵

در برابر نقض مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس مقاوم است استفاده شده است. اثر اصلی ساده زمان در گروه کنترل معنادار نیست ($F(2,27)=1/07$, $P>0/05$, $\eta^2=0/07$) بنابراین میانگین نشخوار فکری سه مرحله اندازه گیری در گروه کنترل تفاوت معناداری ندارد. اما اثر اصلی ساده زمان در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی معنادار است ($F(2,27)=7/42$, $P<0/05$, $\eta^2=0/35$). نتیجه آزمون تعقیبی بن فرونی در گروه مبتنی بر ذهن آگاهی (جدول ۴) نشان داد که میانگین نشخوار ذهنی گروه مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش معناداری در مقایسه با مرحله پیش آزمون داشته است. علاوه تفاوت بین مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار نیست. می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری موثر بوده است و اثر درمان در مرحله پیگیری حفظ شده است.

برای آزمون فرضیه های تحقیق از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر آمیخته استفاده شد. از شاخص مجذور ایثای جزئی به عنوان اندازه اثر استفاده شد. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیرو-ویلک مورد آزمون قرار گرفت که نشان داد این مفروضه برای همه متغیرها برقرار است ($P>0/001$). به دلیل معنادار شدن آماره کرویت موچلی، از اسپیلون گرین هاوس-گیزر استفاده شد.

جدول ۲ نتیجه تحلیل واریانس آمیخته برای نشخوار فکری را نشان می دهد. اثر تعامل گروه و زمان برای نشخوار فکری معنادار است ($F(3,81)=6/51$, $P<0/05$, $F(3,81)=6/51$ ، $\eta^2=0/19$)، به همین دلیل اثر اصلی گروه و اثر اصلی زمان مورد بررسی قرار نمی گیرند، اما اثر اصلی ساده زمان بررسی می شود. این اثر به مقایسه تفاوت سه مرحله آزمایش به تفکیک دو گروه کنترل و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می پردازد. جدول ۳، اثرات اصلی ساده زمان را نشان می دهد. از آماره پیلایی، که

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای نشخوار فکری

اثر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	۶۱/۹۶۶	۱/۳۸۰	۴۴/۹۰۲	۴/۵۵۹	۰/۰۲۸	۰/۱۴۰
	زمان*گروه	۸۸/۴۴۳	۱/۳۸۰	۶۴/۰۸۸	۶/۵۰۶	۰/۰۰۸	۰/۱۸۹
	خطا	۳۸۰/۶۰۷	۳۸/۶۴۱	۹/۸۵۰			
بین آزمودنی	عرض از مبدأ	۱۵۷۴۲۹/۹۹۷	۱	۱۵۷۴۲۹/۹۹۷	۳۸۶۹/۴۶۹	۰/۰۰۰	۰/۹۹۳
	گروه	۴/۹۹۴	۱	۴/۹۹۴	۰/۱۲۳	۰/۷۲۹	۰/۰۰۴
	خطا	۱۱۳۹/۱۸۵	۲۸	۴۰/۶۸۵			

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای اثر اصلی ساده زمان در متغیر نشخوار فکری

گروه	ریشه پیلایی	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
ذهن آگاهی	۰/۳۵۵	۷/۴۲۳	۲	۲۷	۰/۰۰۳	۰/۳۵۵
کنترل	۰/۰۷۴	۱/۰۷۳	۲	۲۷	۰/۳۵۶	۰/۰۷۴

جدول ۴. آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نشخوار فکری در گروه مبتنی بر ذهن آگاهی

تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش از مون-پس از مون	۴/۱۳	۱/۰۸	۰/۰۰۲
پیش از مون-پیگیری	۳/۳۰	۱/۱۲	۰/۰۱۹
پس از مون-پیگیری	-۰/۸۲	۰/۵۵	۰/۴۳۱

جدول ۵ نتیجه تحلیل واریانس آمیخته برای اختلال خواب را نشان می دهد. اثر تعامل گروه و زمان برای اختلال خواب معنادار است (۳۴/۲۷ = F(۴۹/۷۳، ۱/۷۸)، $P < ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۵۵$). جدول ۶، اثرات اصلی ساده زمان را نشان می دهد. اثر اصلی ساده زمان در گروه کنترل معنادار نیست (۰/۷۸ = F(۲، ۲۷)، $P > ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۰۵$) بنابراین میانگین اختلال خواب سه مرحله اندازه گیری در گروه کنترل تفاوت معناداری ندارد. اما اثر اصلی ساده زمان در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی معنادار است (۷۶/۵۳ = F(۲، ۲۷)، $P < ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۸۵$). نتیجه آزمون تعقیبی بن فرونی در گروه مبتنی بر ذهن آگاهی (جدول ۷) نشان داد که میانگین اختلال خواب گروه مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل پس از مون و پیگیری کاهش معناداری در مقایسه با مرحله پیش از مون داشته است. تفاوت بین مرحله پس از مون و پیگیری معنادار بود، که حاکی از افزایش معنادار اختلال خواب در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله پس از مون است. هر چند میانگین اختلال خواب در پیگیری افزایش یافته است، اما همچنان به طور معناداری کمتر از میانگین مرحله پیش از مون است. بنابراین می توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال خواب موثر بوده است و درمان در مرحله پیگیری نیز اثر بخش باقی مانده است.

جدول ۵ نتیجه تحلیل واریانس آمیخته برای اختلال خواب را نشان می دهد. اثر تعامل گروه و زمان برای اختلال خواب معنادار است (۳۴/۲۷ = F(۴۹/۷۳، ۱/۷۸)، $P < ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۵۵$). جدول ۶، اثرات اصلی ساده زمان را نشان می دهد. اثر اصلی ساده زمان در گروه کنترل معنادار نیست (۰/۷۸ = F(۲، ۲۷)، $P > ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۰۵$) بنابراین میانگین اختلال خواب سه مرحله اندازه گیری در گروه کنترل تفاوت معناداری ندارد. اما اثر اصلی ساده زمان در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی معنادار است (۷۶/۵۳ = F(۲، ۲۷)، $P < ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۸۵$). نتیجه آزمون تعقیبی بن فرونی در گروه مبتنی بر ذهن آگاهی (جدول ۷) نشان داد که میانگین اختلال خواب گروه مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل پس از مون و پیگیری کاهش معناداری در مقایسه با مرحله پیش از مون داشته است. تفاوت بین مرحله پس از مون و پیگیری معنادار بود، که حاکی از افزایش معنادار اختلال خواب در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله پس از مون است. هر چند میانگین اختلال خواب در پیگیری افزایش یافته است، اما همچنان به طور معناداری کمتر از میانگین مرحله پیش از مون است. بنابراین می توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال خواب موثر بوده است و درمان در مرحله پیگیری نیز اثر بخش باقی مانده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای اختلال خواب

اثر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	۳۲۳/۵۲۴	۱/۷۷۶	۱۸۲/۱۵۸	۳۷/۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱
	زمان*گروه	۲۹۷/۴۱۱	۱/۷۷۶	۱۶۷/۴۵۵	۳۴/۲۷۱	۰/۰۰۰	۰/۵۵۰

خطا	۲۴۲/۹۸۹	۴۹/۷۳۰	۴/۸۸۶			
بین آزمودنی	عرض از مبدأ	۹۵/۴۸۶۳۹۲	۱	۴۸۶۹۵/۳۹۲	۱۳۵۴/۳۷۵	۰/۰۰۰
گروه		۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹۶
خطا		۱۰۰۶/۷۱۶	۲۸	۳۵/۹۵۴		

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای اثر اصلی ساده زمان در متغیر اختلال خواب

گروه	ریشه پیلایی	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
ذهن آگاهی	۰/۸۵۰	۷۶/۵۳۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰
کنترل	۰/۰۵۵	۰/۷۸۵	۲	۲۷	۰/۴۶۶	۰/۰۵۵

جدول ۷. آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه اختلال خواب در گروه مبتنی بر ذهن آگاهی

تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش از مومن-پس از مومن	۸/۸۹	۰/۷۲	۰/۰۰۱
پیش از مومن-پیگیری	۵/۹۷	۰/۸۸	۰/۰۰۱
پس از مومن-پیگیری	-۲/۹۲	۰/۶۷	۰/۰۰۱

نتیجه تحلیل واریانس آمیخته برای ناگویی هیجانی در جدول ۸ ارائه شده است. اثر تعامل گروه و زمان برای ناگویی هیجانی معنادار نیست ($F(۴۶/۱۵, ۱/۶۵) = ۲/۵۴, P > ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۰۸$). اثر اصلی زمان هم نیز معنادار نیست ($F(۴۶/۱۵, ۱/۶۵) = ۱/۷۵, P > ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۰۶$). در اثرات بین آزمودنی هم اثر اصلی گروه

معنادار نیست ($F(۱, ۲۸) = ۰/۱۵, P > ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۰۰۵$). بنابراین نتیجه گرفته می شود میانگین ناگویی هیجانی گروه های کنترل و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد. در طول سه مرحله آزمایش ناگویی هیجانی گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش یا افزایش معناداری نداشته است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای ناگویی هیجانی

اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	۳۷/۳۸۷	۱/۶۴۸	۲۲/۶۸۴	۱/۷۵۱	۰/۱۸۹	۰/۰۵۹
	زمان*گروه	۵۴/۳۱۵	۱/۶۴۸	۳۲/۹۵۴	۲/۵۴۳	۰/۰۹۹	۰/۰۸۳
	خطا	۵۹۷/۹۲۴	۴۶/۱۴۹	۱۲/۹۵۶			
بین آزمودنی	عرض از مبدأ	۳۱۸۴۲۹/۱۲۷	۱	۳۱۸۴۲۹/۱۲۷	۹۶۳۱/۳۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹۷
	گروه	۴/۹۳۱	۱	۴/۹۳۱	۰/۱۴۹	۰/۷۰۲	۰/۰۰۵
	خطا	۹۲۵/۷۳۲	۲۸	۳۳/۰۶۲			

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش، مشخص گردید روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود وضعیت نشخوار فکری و کیفیت خواب مؤثر است اما بر متغیر ناگویی هیجانی اثرگذار نبود. در تبیین یافته ها

می توان چنین گفت نشخوار فکری شامل افکار منفی تکراری در مورد نگرانی ها، احساسات، شرایط و پیامدهای آنها بدون هیچ اقدامی برای حل مساله است (۱۵). نتایج مطالعات صورت گرفته در بحث نشخوار فکری رابطه این عامل را با بیشترین میزان افسردگی و

مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر هستند، با مشکلاتی نظیر تجربیات بد در طول زندگی، قرار گرفتن در شرایط پر از استرس و اضطراب و حتی روبرو شدن با مشکلات افسردگی مواجه هستند (۳۱، ۳۲). اگرچه ذهن آگاهی به نوعی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شوند، شناسایی کنند و شناخت بهتری نسبت به خود پیدا نمایند و سپس از اساس آن راهبردهای مقابله‌ای لازم را برای کنترل اضطراب و استرس دریافت نموده و در نتیجه استرس و اضطراب در آنان پیوسته کاهش می‌یابد؛ اما باید توجه داشت ناگویی هیجانی به تنهایی سازه‌ای چند عاملی است که اضطراب و استرس تنها بر آن تاثیر گذار هستند. بنابراین می‌توان چنین برداشت کرد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی کمتری بر این عامل دارد.

به عنوان یکی از اولین مطالعات در حوزه سندرم روده تحریک پذیر، نتایج این مطالعه سه متغیر کیفیت خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی را بررسی کرد. با توجه به تاثیر روش بررسی شده در این مطالعه بر نشخوار فکری، کیفیت خواب و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، می‌توان ادعا کرد که برای کاهش مشکلات این بیماری و عوارض ناشی از آن، نیاز به توجه به بررسی مسائل و مشکلات رفتاری و عاطفی بیماران برای کاهش عوارض و پیامدهای سندرم روده تحریک پذیر است.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود این مداخلات روان‌شناختی به عنوان روش‌های مؤثر در زمینه کیفیت خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی، توسط درمانگران و متخصصین حوزه مشاوره و سلامت روان در مراکز آموزشی، سازمان‌ها، نهادهای بهداشتی و دیگر محیط‌های مربوط به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی ساتید راهنما و مشاور و همچنین زنان مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

اضطراب تأیید کرده اند (۶، ۱۶، ۱۷) و در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر وجود اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بسیار بالاست (۲۰-۱۸) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در درمان نشخوار فکری نتیجه بخش باشد (۲۱، ۲۲). بر پایه نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر شاید بتوان چنین بیان کرد که این روش درمانی به کاهش افسردگی و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر می‌کند و در نتیجه آن، بهبود نشخوار فکری بیماران اتفاق خواهد افتاد.

همچنین در مطالعات مربوط به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر این نکته تاکید شده است که اختلالات خواب مرتبط با اختلالات عملکردی دستگاه گوارش در این بیماران به صورت جدی مشاهده شده است (۲۳، ۲۴). اختلالات ایجاد شده در وضعیت خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر علاوه بر اینکه کیفیت خواب پایین تری دارند (۲۵)، دچار خستگی‌های مداوم می‌شوند که می‌تواند بر وضعیت سلامت آنها تاثیر گذار باشد (۲۶، ۲۷). عواملی همچون استرس و اضطراب نیز بر این مشکل دامن می‌زند (۲۸). لذا توجه به مسائل مرتبط با بهبود وضعیت خواب این بیماران اهمیت بسیاری دارد. از آنجا که احساسات منفی یکی از عوامل اصلی بروز و تداوم سندرم روده تحریک‌پذیر است، به نظر می‌رسد با تکنیک‌های آرام‌سازی، و مدیریت آرامش می‌توان به فرد بیمار کمک نمود تا موجب افزایش خودتنظیمی در برابر واکنش‌های عاطفی به محرک‌های درونی و محیطی شوند. بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل خستگی، بی‌حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند، ذهن آگاهی، توجه به نشانه‌های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود تا با افزایش تمرکز ذهنی، کیفیت خواب آنها بهبود یابد و لذا از این جهت در بهبود وضعیت خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر است.

از سویی ناگویی هیجانی اغلب همراه با بسیاری از اختلالات روانپزشکی مانند سوء مصرف مواد، ناهنجاری‌های خوردن، اختلالات جسمانی، افسردگی و اختلالات اضطرابی همراه است (۲۹) و می‌تواند منجر به علائم و تظاهرات بالینی شدید و بلندمدت در سندرم روده تحریک‌پذیر گردد (۳۰). بنظر می‌رسد بیمارانی که

References

1. Chen Y, Lian B, Li P, Yao S, Hou Z. Studies on irritable bowel syndrome associated with anxiety or depression in the last 20 years: A bibliometric analysis. *Frontiers in Public Health*. 2022;10.
2. Zeeshan MH, Vakkalagadda NP, Sree GS, Kishore Anne K, Parkash O, Fawwad SBU, et al. Irritable bowel syndrome in adults: Prevalence and risk factors. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022;81:104408.
3. Quach DT, Vu KT, Vu KV. Prevalence, clinical characteristics, and management of irritable bowel syndrome in Vietnam: A scoping review. *JGH Open*. 2021;5(11):1227-35.
4. Alvand S, Mohammadi Z, Rashidian L, Cheraghian B, Rahimi Z, Danehchin L, et al. Irritable bowel syndrome: Psychological disorder or poverty? Results of a large cross-sectional study in Iran. *Archives of Iranian medicine*. 2020;23(12):821-6.
5. Koshki F, Haroon Rashidi H. Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Training on the Quality of Sleep and Psychological Distress in Patients with Type II Diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2019.۸۴۴-۵۶:(۳)۷;
6. Tunheim KJ, Dammen T, Bårdstu SK, Moum TÅ, Munkhaugen J, Papageorgiou C. Relationships between depression, anxiety, type D personality, and worry and rumination in patients with coronary heart disease. *Frontiers in Psychology*. 2022;13.
7. Ogińska-Bulik N, Michalska P. The relationship between emotional processing deficits and posttraumatic stress disorder symptoms among breast cancer patients: The mediating role of rumination. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2020;27:11.۲۱-
8. Obeid S, Akel M, Haddad C, Fares K, Sacre H, Salameh P, et al. Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: results of a cross-sectional study. *BMC psychology*. 2019;7(1):1-10.
9. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabataba'i SK. Comparison of Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy in Improving quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Psychology Studies*. 2013;4(13):63-88.
10. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Guilford publications*; 2018.
11. Williams JMG, Kuyken W. Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(5):359-60.
12. Breedvelt JJ, Amanvermez Y, Harrer M, Karyotaki E, Gilbody S, Bockting CL, et al. The effects of meditation, yoga, and mindfulness on depression, anxiety, and stress in tertiary education students: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2019;10:193.
13. Kriakous SA, Elliott KA, Lamers C, Owen R. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*. 2021;12:1-28.
14. Janssen M, Heerkens Y, Kuijter W, Van Der Heijden B, Engels J. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PloS one*. 2018;13(1):e0191332.
15. Hoebeke Y, Blanchard MA, Contreras A, Heeren A. An experience sampling measure of the key features of rumination. *Clinical Neuropsychiatry*. 2022;19.(۵)
16. Do Bú EA, Dos Santos VM, Lima KS, Pereira CR, de Alexandre MES, dos Santos Bezerra VA. Neuroticism, stress, and rumination in anxiety and depression of people with Vitiligo: An explanatory model. *Acta Psychologica*. 2022;227:103613.
17. Jandrić S, Filaković P, Kurtović A, Kovač V, Benić D, Rogulja S, et al. The role of cognitive control and rumination in predicting depression among adolescents with internalizing disorders. *Psychiatria Danubina*. 2021;33(2):165.۷۲-
18. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, et al. Prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2017;2017.
19. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2019;50(2):132-43.

20. Barberio B, Zamani M, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2021;6(5):359-70.
21. Cladder-Micus MB, Becker ES, Spijker J, Speckens AE, Vrijsen JN. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2019;43(4):666-78.
22. Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2020;42. ۱۳۸-۴۶:
23. Jarrett M, Heitkemper M, Cain KC, Burr RL, Hertig V. Sleep disturbance influences gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Digestive diseases and sciences*. 2000;45:952-9.
24. Orr WC, Fass R, Sundaram SS, Scheimann AO. The effect of sleep on gastrointestinal functioning in common digestive diseases. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2020;5(6):616-24.
25. Ananthakrishnan AN, Long MD, Martin CF, Sandler RS, Kappelman MD. Sleep disturbance and risk of active disease in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2013;11(8):965-71.
26. Jelsness-Jørgensen L-P, Bernklev T, Henriksen M, Torp R, Moum BA. Chronic fatigue is more prevalent in patients with inflammatory bowel disease than in healthy controls. *Inflammatory bowel diseases*. 2011;17(7):1564-72.
27. Weaver KR, Melkus GDE, Henderson WA. Irritable bowel syndrome: a review. *The American journal of nursing*. 2017;117(6):48.
28. Muscatello MRA, Bruno A, Mento C, Pandolfo G, Zoccali RA. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*. 2016;22(28):6402.
29. Eraslan P, İlhan A, Karacin C, Öksüzoğlu ÖBÇ, ERASLAN P. Alexithymia May Be Associated With Depression in Early-Stage Breast Cancer Patients. *Cureus*. 2022;14.(۹)
30. Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropiani M, et al. Alexithymia and inflammatory bowel disease: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1763.
31. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2016;87:70-80.
32. Choi K, Chun J, Han K, Park S, Soh H, Kim J, et al. Risk of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a nationwide, population-based study. *Journal of clinical medicine*. 2019;8(5):654.

*Original Article***The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on sleep disorder, rumination and ataxia in patients with irritable bowel syndrome**

Received: 08/01/2022 - Accepted: 06/01/2023

Maryam Dana¹
Farnaz Keshavarzi Arshadi^{2*}
Fariba Hassani³
Parvaneh Mohammadkhani⁴

¹ PhD Student, Department of Health psychology, Central Tehran Branch Branch, Islamic Azad University, Tehra, Iran.

² Associate Professor, Department of Clinical psychology, Central Tehran Branch Branch, Islamic Azad University, Tehra, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of psychology, Central Tehran Branch Branch, Islamic Azad University, Tehra, Iran

⁴ Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Email: far.keshavarzi@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of the research was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on sleep disorder, ataxia and rumination in patients with irritable bowel syndrome.

Methods: In order to select the participants, 30 patients were selected from the women with irritable bowel syndrome who referred to the public health center in Kerman in 1400 based on the study entry and exit criteria and were divided into two cognitive therapy groups based on mindfulness. (15 people) and control (15 people) were placed. Cognitive therapy based on mindfulness was performed during 12 weekly sessions based on Segal and Tizdel's guidelines, and the control group did not receive any treatment. Questionnaires of sleep disorder, alexithymia and rumination were completed in three stages: pre-test, post-test and follow-up.

Results: The results of mixed analysis of variance showed that cognitive therapy based on mindfulness had a significant effect in improving sleep disorder and rumination in the post-test and follow-up phase ($P \geq 0.001$), but it did not have a significant effect on the emotional ataxia variable ($P \leq 0.001$).

Conclusion: It seems that cognitive therapy based on mindfulness is effective in improving the sleep disorder and rumination of female patients with irritable bowel syndrome, but it is necessary to investigate this treatment method in men to confirm this result.

Keywords: Cognitive Therapy Based On Mindfulness, Irritable Bowel Syndrome, Sleep Disorder, Rumination, Ataxia