

اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر

موسی کافی^۱ (Ph.D)، حمید افشار^۲ (M.D)، کمال مقتدائی^{۳*} (M.Sc)، سعید آریاپوران^۴ (Ph.D)، حامد دقاق‌زاده^۵ (M.D)، منصوره سلامت^۱ (M.Sc)

۱- دانشگاه گیلان، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

۲- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری‌های روان‌تنی

۳- دانشگاه ملایر، گروه روان‌شناسی

۴- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات بیماری‌های عمل‌کردی گوارش، گروه داخلی گوارش

چکیده

سابقه و هدف: مشکلات روان‌شناختی در حداقل نیمی از بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر وجود دارد و یکی از علل شایع مرتبط با این اختلال است. هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پی‌گیری با گروه کنترل) بود. این پژوهش بر روی چهارده نفر از زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر صورت گرفت که به صورت تصادفی انتخاب و سپس در گروه آموزش ذهن آگاهی و کنترل به صورت تصادفی جای‌گزین شدند. جهت تشخیص اختلال نشانگان روده تحریک‌پذیر از ملاک تشخیصی Rome-III و جهت ارزیابی علائم روان‌شناختی از فرم کوتاه پرسش‌نامه نشانه‌های روانی دورا و هم‌کاران (۲۰۰۶) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات علائم روان‌شناختی در گروه آموزش ذهن آگاهی در پس‌آزمون و پی‌گیری کاهش یافته است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر حمایت می‌کند و تلویحات مهمی در توجه به درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران دارای نشانگان روده تحریک‌پذیر دارد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم روان‌شناختی، روده تحریک‌پذیر

مقدمه

ارگانیک مشخص می‌شود [۱]. افراد مبتلا به این نشانگان، بسته به شدت علائم، دچار درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی می‌شوند به گونه‌ای که بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، پرهیز از مقاربت جنسی و ممانعت از حضور در اجتماع به علت ترس از علائم می‌شود [۲]. این

یکی از اختلالات شایع دستگاه گوارش، نشانگان روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome - IBS) می‌باشد که یک اختلال عملکردی شایع با علائمی چون درد مزمن شکمی و تغییرات اجابت مزاج در غیاب هر گونه اختلال

برند که رسیدن به نوعی ارتباط "تمرکززدایی شده" و توسعه چشم‌اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان‌ها عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی می‌باشد و همین عامل است که توانایی رها شدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه‌های خلق پایین را از بین می‌برد [۱۳].

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بردارنده، اجزایی از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه شده توسط کابات‌زین و شناخت درمانی بک می‌باشد و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه افسردگی و در نتیجه آسیب‌پذیر در برابر دوره‌های بعدی توسعه داده شده است. هر چند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می‌برند ساخته شده با این حال پژوهش‌هایی اثربخشی آن را در اختلالات دیگر مثل اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده‌خویی و اختلالات اضطرابی تأیید [۱۴، ۱۵] کرده‌اند. فرضیه اساسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی آن است که ذهن دارای دو نوع ذهنیت است: ذهنیت انجामी و ذهنیت بودن که از طریق آن‌ها می‌تواند به پردازش تجربه بپردازد. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال‌شدگی ذهنیت انجामी از طریق پایش خودآیند آگاهی یابد و از طریق به‌کارگیری و ایجاد حالت حضور ذهن در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده افکار و احساسات خود از طریق انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی قصدمندانه‌ی توجه به یک شیء خنثی (برای مثال جریان تنفس، یا حس‌های بدنی) بنشیند [۱۶، ۱۷].

به عبارت دیگر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه، ب) توسعه آگاهی فراشناختی، ج) تمرکززدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. بر اساس گفته‌های ویلیامز [۱۸]، ماهیت افکار هر چقدر هم منفی به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شوند بلکه این شیوه واکنش‌دهی به آن‌ها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌هاست که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود.

بیماری شایع‌ترین علت مراجعه به متخصص گوارش بوده و تقریباً ۵۰-۲۰ درصد بیماران ارجاعی را تشکیل می‌دهد [۳]. به طور کلی ۱۵ درصد افراد جامعه مبتلا به این بیماری بوده که زن‌ها بیش‌تر از مردان (۲ به ۱) و افراد جوان بیش‌تر از مسن‌ها مبتلا می‌باشند [۴]. علت IBS هنوز به روشنی مشخص نشده است، اما عامل‌های روان‌شناختی همیشه به عنوان علت اساسی این بیماری مطرح بوده‌اند که می‌توانند علائم گوارش را از طریق تغییر در حرکات روده‌ای و درک محرک‌های احشایی تحت تأثیر قرار دهند [۵، ۶]. هم‌چنین این عوامل با تأثیر بر واکنش‌های رفتاری فرد نسبت به بیماری، در میزان بروز علائم، مراجعه به پزشک، مصرف دارو و یا جستجوی درمان طبی نقش دارند [۷].

هر چند تاکنون درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مختلفی برای درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر توسعه داده شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مختلفی اثرات قابل قبولی را نشان داده‌اند [۸، ۹، ۱۰، ۱۱]، اما در اکثر موارد این درمان‌ها در کاهش علائم روانی که به نحوی علل بیماری IBS می‌باشند، مؤثر نبوده‌اند و بیماران با علائم باقی‌مانده هم‌راه اختلال مانند تداوم فکر مضطرب‌کننده یا افسرده‌ساز در تقلا و مشکل می‌مانند [۱۰]. از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند بر بهبود علائم روان‌شناختی بیماران IBS مؤثر باشد و تاکنون کم‌تر مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۲. (Mindfulness) [۱۲] است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive-Therapy - MBCT) برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده عود افسردگی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۱۹۹۵ مطرح شد [۱۲]. بنیان‌گذاران شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با بررسی عوامل تأثیر رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی به این یافته دست یافتند که کار کردن مکرر با محتوای افکار و گرایش‌های اجتنابی عاداتی به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود، به عبارت دیگر آن‌ها پی

که نتایج به دست آمده نشان داد علائم IBS و سطح استرس و اضطراب این بیماران کاهش یافته است. در پی گیری پژوهش، این بیماران ۱۸-۱۵ ماه پس از مداخله دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند و همچنان نسبت به گروه کنترل کاهش در علائم جسمی و روان شناختی را گزارش نمودند [۲۸].

اکثر پژوهش‌های داخلی در مورد کاربرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که البته به درمان شناختی تیزدل نیز معروف شده‌اند، روی اختلال افسردگی و افسرده‌خویی بوده است و تاکنون اثربخشی این درمان روی اختلال نشانگان روده تحریک پذیر مورد بررسی و پژوهش قرار نگرفته است. از آنجا که در بیماران IBS کانون اصلی توجه به نشانه‌های جسمانی (اسهال، یبوست) و روانی (ترس از مردن، ترس از بیماری‌های خطرناک مثل سرطان و مانند آن) است [۷، ۶، ۵]، و اهداف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسعه آگاهی فراشناختی و تمرکز دایی و توسعه، پذیرش نسبت به این حالت‌ها و محتویات ذهنی است [۲۹، ۱۲]، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان شناختی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر بود.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش. روش تحقیق این پژوهش آزمایش و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پی‌گیری با گروه کنترل بوده است.

شرکت کنندگان. 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 روده‌ی تحریک‌پذیر مراجعه می‌کردند. بیماران توسط متخصص گوارش مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی، Rome-II قرار می‌گرفتند و کسانی که تشخیص

حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آن‌ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارانه‌تری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکر تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به عنوان روی داده‌های ذهنی بنگرند که بازنمایی‌های از واقعیت یا ویژگی‌های از "خود" نیستند [۱۹]. به طور کلی، در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع روی داده‌های ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این روی داده‌های ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً بر می‌انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آن‌ها را تغییر دهد [۱۲]. نتایج مطالعه مروری ایوانوسکی و مالهی [۲۰] روی ۱۹۹۶ مقاله منتشر شده درباره مداخلات مبتنی بر حضور ذهن و مکانیسم‌های اثرگذاری این شیوه‌ها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر حضور ذهن در درمان افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت مرزی، روان‌پریشی و رفتارهای خودکشی مؤثر می‌باشد [۲۱].

حنا سب‌زاده و همکاران [۲۲]، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر علائم شناختی، عاطفی و جسمانی افسردگی، موسویان و همکاران [۲۳]، و بارنوفر و همکاران [۲۴] بر افسردگی حاد و عقاید خودکشی اثربخش گزارش کردند. همچنین، گیلورد و همکاران [۲۵] در پژوهشی به بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران IBS پرداختند و اعلام نمودند که این روش بر روی علائم جسمی و کیفیت زندگی بیماران اثر داشته است. در پژوهش دیگری روش ذهن آگاهی را در بیماران IBS با روش مواجهه ترکیب کرده و کاهش علائم بالینی را گزارش نمودند [۲۶]. همچنین لجتسن و همکاران [۲۷] تأثیر تکنیک‌های ذهن آگاهی و مواجهه را در قالب درمان شناختی - رفتاری از طریق اینترنت بر روی بیماران IBS مورد بررسی قرار گرفت

ذهن‌آگاهی گروهی (۱۲ بیمار) و گروه کنترل (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 کنترل تا مرحله‌ی پی‌گیری در پژوهش حضور داشتند.

شرح جلسات روش مداخله ذهن‌آگاهی گروهی. در این پژوهش برای گروه آزمایش، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اعمال شد. اجرای این پژوهش توسط یکی از محققین که تحت نظارت و راهنمایی اساتید روان‌شناسی بالینی دوره ذهن‌آگاهی را گذرانده بود و سابقه فعالیت بالینی و کلینیکی در این رابطه را داشت در مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک اصفهان صورت پذیرفت. سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌ها بر اساس راهنمای عملی درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده شده است [۲۸]. همچنین با توجه به انعطاف‌پذیر بودن درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در این پژوهش آموزش ذهن‌آگاهی با توجه به نشانه و علائم بیماران IBS تدوین گردید. تعداد جلسات آموزش ذهن‌آگاهی ۸ جلسه ۲ ساعته بود که در مدت ۲ ماه به صورت مستمر برگزار گردید. شرح جلسات به صورت زیر می‌باشد: جلسه اول: معرفی افراد به یک‌دیگر و تنظیم خط‌مشی کلی جلسات، اجرای پیش‌آزمون، تمرین ابتدایی خوردن کشمش و تنفس آگاهانه. جلسه دوم: تمرین وارسی بدنی، تمرین مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات. جلسه سوم: تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و توجه به افکار تنها به عنوان افکار و نه به عنوان حقایق یا حوادث. جلسه چهارم: انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)، معرفی پیاده‌روی آگاهانه. جلسه پنجم: نشستن آگاهانه، آگاهی از افکار، بحث در مورد نقش ذهن‌آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره. جلسه ششم: مراقبه نشسته طولانی‌مدت، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار،

اختلال IBS آن‌ها 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 در آن‌ها ۲۵ mg به عنوان داروهای کاهش‌دهنده 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 به بیماران داده شد و افرادی که نمره بالاتر از میانگین (۴۵) در این پرسش‌نامه گرفتند، برای قرار گرفتن در پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است با توجه به این‌که 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 شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در جلسات مداخلات روان‌شناختی و مشاوره طی ۶ ماه گذشته، رضایت از شرکت در طرح. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بود از: داشتن علائمی چون خون‌ریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش وزن، کم‌خونی، اسهال شبانه، دل‌دردی که بیمار را از خواب بیدار کند و وجود توده قابل لمس در معاینه فیزیکی و همچنین آزمایشات کلینیکی چون CBC, S/E, ESR 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 گوارش و بارداری یا قصد باردار شدن در طول مطالعه. در آخر جهت مداخله‌ی درمانی از میان کل بیماران، ۲۸ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر

($r=0/58$) و افسردگی ($r=0/48$) با این پرسش نامه همبستگی معنی داری وجود دارد [۳۱].

روند اجرای پژوهش. پس از توضیح اهداف مطالعه به شرکت کنندگان از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و جهت رعایت اخلاق پژوهشی اعلام شد هر زمان که تمایل به ادامه و حضور در جلسات را ندارند می توانند انصراف دهند. سپس افراد به صورت تصادفی به دو گروه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل تقسیم شدند. پس از اجرای پیش آزمون 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 پس آزمون به عمل آمد و ۲ ماه پس از اجرای پس آزمون هر دو گروه در مرحله پی گیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نکته دیگر این که گروه کنترل تا پایان دوره پی گیری تحت دارودرمانی بود و مداخلات روان شناختی دریافت نکرد، تا این که بعد از پس آزمون 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 ۱۳۹۰/۴/۱ تا ۱۳۹۰/۸/۱ طول کشید. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به این که در این تحقیق یک متغیر درون آزمودنی (دوره های پیش آزمون، پس آزمون، پی گیری) و یک متغیر بین گروهی (گروه ذهن آگاهی و کنترل) وجود داشت از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (آنالیز واریانس مختلط) و جهت بررسی دقیق میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در هر گروه از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

نتایج

یافته های توصیفی و جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده

است.

بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره. جلسه هفتم: مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین ها، بازنگری تکالیف خانگی. جلسه هشتم: بازنگری بدنی، بررسی موانع به کارگیری تکنیک ها، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی و اجرای پس آزمون.

ابزار. الف- فرم ملاک تشخیصی Rome-III: این مقیاس یک فرم کوتاه معتبر از علائم جسمی نشانگان روده تحریک پذیر 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 [۱۹]. صولتی دهکردی، گزارش نمود که اعتبار صوری این فرم توسط چند متخصص گوارش تأیید گردیده است. هم چنین جهت به دست آوردن پایایی آزمون، این فرم از طریق بازآزمایی، دوبار و در فاصله دو هفته بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر اجرا شد و همبستگی کلی نمرات به دست آمده برابر با ۰/۸۱ بود [۶].

ب- فرم کوتاه پرسش نامه نشانه های روانی: این فرم با ۱۸ گویه جهت ارزیابی آشفتگی های روان شناختی می باشد. این پرسش نامه سه عامل جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب را می سنجد. به گویه های این پرسش نامه روی مقیاس پنج درجه ای لیکرتی (هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می شود. دورا و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه را ۰/۸۹ گزارش نمودند و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسش نامه را ۰/۸۲ به دست آوردند. در ایران در یک پژوهش مقدماتی ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی این آزمون را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ به دست آوردند و نشان داده شد که بین مقیاس عواطف مثبت ($r=0/47$) و مقیاس عواطف منفی ($r=0/70$)، مقیاس شادی

روان‌شناختی، علائم جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی در دو گروه آموزش ذهن‌آگاهی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین، اندازه اثر آموزش ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌شناختی ۰/۷۸ و در همه متغیرها اثر تعاملی گروه * دوره معنی‌دار بوده است (جدول ۳). بنابراین با توجه به میانگین‌ها می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون و پی‌گیری علایم روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در گروه آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است. اما بین نمرات پس‌آزمون و پی‌گیری علایم جسمانی در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

نتایج آزمون بنفرونی نشان داد که نمرات علائم روان‌شناختی، علائم جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پی‌گیری علایم روان‌شناختی و ابعاد آن با نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (جدول ۴).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات علائم روان‌شناختی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جدول ۲ آمده است.

پس از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض تحلیل واریانس با استفاده از آزمون‌های باکس، کرویت‌موچلی و لوین مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس نتایج آزمون باکس که برای علایم روان‌شناختی معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت‌موچلی که در علایم روان‌شناختی معنی‌دار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای علایم روان‌شناختی، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری علائم

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی و طبی شرکت‌کنندگان

متغیرها	گروه‌ها	آموزش ذهن‌آگاهی		کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وضعیت تاهل	مجرد	۴۰	۲	۳۳/۳۳	۳
	متاهل	۶۰	۳	۶۶/۷	۶
سن	۲۰-۲۵	۴۰	۲	۳۳/۳۳	۳
	۲۶-۳۰	۶۰	۳	۴۴/۵	۴
	۳۰ به بالا	-	-	۲۲/۲	۲
میزان تحصیلات	دیپلم	-	-	۱۱/۱	۱
	فوق دیپلم	۴۰	۲	۱۱/۱	۱
	کارشناسی	۶۰	۳	۶۶/۷	۶
	کارشناسی ارشد و دکتری	-	-	۱۱/۱	۱
شغل	شاغل	۴۰	۶	۵۳/۳۳	۸
	خانه‌دار	۶/۶۶	۱	۶/۶۶	۱
	دانشجو	۲۰	۳	۳۳/۳۳	۵

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار علائم روانشناختی و ابعاد آن در بیماران IBS به تفکیک نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
الف- علائم جسمانی	آموزش ذهن آگاهی	۱۹/۶۰±۴/۵۰	۹/۶±۲/۶	۱۰/۲±۳/۱۱
	کنترل	۱۷/۰۰±۴/۴۹	۱۷/۵۶±۵/۲۹	۱۶/۵۶±۵/۱۰
ب- اضطراب	آموزش ذهن آگاهی	۲۱/۰۰±۴/۷۹	۱۱/۸±۱/۹۲	۱۲/۸۰±۲/۴۹
	کنترل	۱۹/۷۸±۳/۴۹	۱۹/۴۴±۵/۱۷	۲۰/۲۲±۴/۵۷
ج- افسردگی	آموزش ذهن آگاهی	۱۷/۲۰±۲/۶۸	۱۱/۰۰±۱/۵۸	۱۰/۴±۲/۵۱
	کنترل	۱۷/۵۶±۳/۷۷	۱۶/۶۷±۳/۵۳	۱۷/۳۳±۳/۷۴
علائم روانشناختی (کل)	آموزش ذهن آگاهی	۵۷/۸±۹/۹۳	۳۲/۰۰±۴/۱۸	۳۳/۶±۵/۵۵
	کنترل	۵۴/۳۳±۸/۳۲	۵۳/۶۷±۱۰/۸۹	۵۴/۱۱±۹/۹۰

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری علائم روانشناختی و ابعاد آن در بیماران IBS در گروه

آموزش ذهن آگاهی و کنترل

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	اندازه اثر ذهن آگاهی
علائم روانشناختی	دوره	۹۵۸/۵۷۲	۱	۹۵۸/۵۷۲	۴۲/۴۱۸**	۰/۷۸
	خطا	۲۷۱/۱۷۸	۱۲	۲۲/۵۹۸		
	گروه	۱۶۰۵/۵۸۹	۱	۱۶۰۵/۵۸۹	۷/۶۸۸*	۰/۳۹
	خطا	۲۵۰۶/۰۳۰	۱۲	۲۰۸/۸۳۶		
اضطراب	گروه**دوره	۹۲۴/۰۰۱	۱	۹۲۴/۰۰۱	۴۰/۸۸۸**	۰/۷۷
	دوره	۹۶/۶۶۷	۱	۹۶/۶۶۷	۲۴/۴۱۶**	۰/۶۷۰
	خطا	۴۷/۵۱۱	۱۲	۳/۹۵۹		
	گروه	۲۰۵/۳۵۹	۱	۲۰۵/۳۵۹	۴/۵۷۶*	۰/۲۷۶
افسردگی	خطا	۵۳۸/۴۳۴	۱۲	۴۴/۸۷۳		
	گروه**دوره	۱۲۰/۰۹۶	۱	۱۲۰/۰۹۶	۳۰/۳۳۳**	۰/۷۱۷
	دوره	۷۹/۲۵۱	۱	۷۹/۲۵۱	۱۲/۹۹۶**	۰/۵۲۰
	خطا	۷۳/۱۷۸	۱۲	۶/۰۹۸		
جسمانی سازی	گروه	۱۷۹/۸۳۵	۱	۱۷۹/۸۳۵	۷/۲۴۶*	۰/۳۷۷
	خطا	۲۹۷/۸۰۷	۱۲	۲۴/۸۱۷		
	گروه**دوره	۶۹/۵۳۷	۱	۶۹/۵۳۷	۱۱/۴۰۳**	۰/۴۸۷
	دوره	۱۵۵/۷۵۳	۱	۱۵۵/۷۵۳	۱۷/۳۵۲**	۰/۵۹۱
جسمانی سازی	خطا	۱۰۷/۷۱۱	۱۲	۸/۹۷۶		
	گروه	۱۴۶/۹۷۴	۱	۱۴۶/۹۷۴	۲/۹۰۶	۰/۱۹۵
	خطا	۶۰۶/۶۹۶	۱۲	۵۰/۵۵۸		
	گروه**دوره	۱۲۸/۸۹۶	۱	۱۲۸/۸۹۶	۱۴/۳۶۰**	۰/۵۴۵

** p<۰/۰۱ * p<۰/۰۵

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه نمرات علائم روان شناختی در گروه آموزش ذهن آگاهی و کنترل

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
علائم روان شناختی	آموزش ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۲۵/۸۰۰ ^{**}	۲۴/۲۰۰ ^{**}
		پس‌آزمون	-	-۱/۶۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۶۶۷	۰/۲۲۲
		پس‌آزمون	-	-۰/۴۴۴
اضطراب	آموزش ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۹/۲۰۰ ^{**}	۸/۲۰۰ ^{**}
		پس‌آزمون	-	-۱/۰۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۳۳۳	-۰/۴۴۴
		پس‌آزمون	-	-۰/۷۷۸
افسردگی	آموزش ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۶/۲۰۰ [*]	۶/۸۰۰ [*]
		پس‌آزمون	-	۰/۶۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۸۸۸	۰/۲۲۲
		پس‌آزمون	-	-۰/۶۶۷
جسمانی سازی	آموزش ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۰/۰۰۰ [*]	۹/۴۰۰ [*]
		پس‌آزمون	-	-۰/۶۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۲/۱۱	۰/۷۶۵
		پس‌آزمون	-	-۰/۴۲۱

کاهش یافته است. این نتیجه، در راستای یافته‌های قبلی مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی ذهن آگاهی بر کاهش علائم روانی و افزایش سلامت روان قرار دارد [۲۴، ۲۳، ۲۲]. هم‌چنین هم‌سو با یافته‌های دیگر مبنی بر اثربخشی دیگر تکنیک‌های ذهن آگاهی از جمله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و ذهن آگاهی هم‌راه با تکنیک‌های مواجه می‌باشد، که در این پژوهش‌ها مشخص گردید تکنیک‌های ذهن آگاهی در بیماران مبتلا IBS بر کاهش علائم جسمی و افزایش کیفیت زندگی [۲۵] و کاهش استرس، اضطراب و افکار خودآیند منفی [۲۶] اثربخش می‌باشد. با توجه به آن‌که در پژوهش حاضر در پی‌گیری ۲ ماهه نیز بیماران گروه آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل کاهش در علائم روان‌شناختی را گزارش کردند، این یافته با یافته‌های پی‌گیری پژوهش‌های دیگر نیز در زمینه آثار طولانی‌مدت ذهن آگاهی در سلامت روان هم‌خوان بود [۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸].

بحث و نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین عوامل موثر در اختلال نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر، اختلالات روان‌شناختی می‌باشد، به گونه‌ای که ۵۵ درصد بیماران IBS دارای حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در محور I هستند. این نشانگان چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلالات روانی هم‌راه، مربوط است، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شبه‌جسمی با فراوانی بیشتری با این بیماری گزارش شده است [۳۲]. در این راستا، هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر علائم روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر در شهر اصفهان بود.

نتایج نشان داد که نمرات علائم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر گروه آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پی‌گیری

انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکرکردن آموزش داده می‌شود [۳۷]. هم‌چنین 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 بهبود علائم می‌گردد که شاید یکی از دلایل کاهش علائم روان‌شناختی در بیماران گروه آموزش ذهن آگاهی تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد.

مطالعات چندانی روی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شاخص‌های عمومی روان‌پزشکی انجام نشده است. از محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن نمونه به زنان مبتلا به IBS بوده است. این امر از این نظر مهم است که ویژگی‌های روان‌شناختی زنان و مردان ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد و بر اساس نتایج پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده تأثیر این نوع درمان با طرح‌های قوی‌تر و در نظر گرفتن دوره‌های پی‌گیری ۶ ماهه سنجیده شود. هم‌چنین در تحقیقات آتی با تعداد نمونه بیشتر اثر بخشی و تأثیر این روش با درمان‌های معمولی انفرادی و گروهی مقایسه گردد. علاوه بر این، به اثرات درمانی مثبت ذهن آگاهی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی مرتبط با نشانگان روده تحریک‌پذیر توجه شود که این امر می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های درمانی مربوط به مصرف داروها در این بیماران شود.

در کل یافته‌های به دست آمده از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که نسبت بالایی از بیماران IBS، اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات جسمی عمل‌کردی را با هم تجربه می‌کنند که با توجه به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر روی کاهش علائم روان‌شناختی و جسمی، از این روش می‌توان در کنار درمان‌های دارویی برای بیماران سود برد.

هم‌چنین بنا به گزارش ۴ نفر از افراد گروه آموزش ذهن آگاهی که از هفته ششم جلسات به علت کاهش شدید علائم جسمی و روان‌شناختی، و مشورت با متخصص گوارش داروی خود را قطع کرده و در پایان پی‌گیری نیز هم‌چنان از دارو استفاده نمی‌کردند، این با پژوهش‌های قبلی ذکر شده در خصوص تداوم اثرات درمان ذهن آگاهی مشابه می‌باشد. علاوه بر این، نتایج این پژوهش در راستای یافته‌های قبلی قرار دارد که نشان دادند طیف درمان‌های روان‌شناختی در کاهش علائم روانی و جسمانی بیماران IBS سودمند واقع می‌شود [۳۲، ۹].

نتایج این مطالعه با یافته‌های کینگستون، دولی، باتس، مامور و مالون [۳۳] نیز تا حدودی هم‌سو است که نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند درمان مؤثری در کاهش نشخوار فکری در بیماران باشد. راهکارهای به‌کار گرفته شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش نشخوار فکری، کنترل توجه و کاهش قضاوت‌گری است که با تمرین‌های ذهن آگاهی در چارچوب و چشم‌انداز گسترده‌ای به‌کار گرفته می‌شوند [۳۵، ۳۴]. نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علائم جسمانی و روانی به‌طور هم‌زمان موثر بوده است که این ادعا بنابر نتایج پرسش‌نامه نشانه‌های روانی و خودگزارشی بیماران در خصوص علائم جسمانی آن‌ها می‌باشد که در مرحله پس‌آزمون و دوره پی‌گیری کاهش مشخصی را داشته است. نتایج این پژوهش هم‌خوان با نتایج کیم [۳۶] نیز می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تعدیل‌یافته‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلالات اضطرابی در برابر آموزش روانی اضطراب تأثیر بیشتری در کاهش علائم اضطراب و استرس در مقیاس‌های مرتبط با اضطراب و استرس را دارد.

یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند و نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافصل

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کمال مقتدائی تحت عنوان "اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر

[17] Diodona f. Hand book Of mindfulness. New York: Willy press; 2009: 36-65.

[18] Williams JMG. Psychological treatment of depression. New York: Routledge; 1992: 87-94.

[19] Mckay M. Handbook of research method in abnormal and clinical psychology. New York: Guilford Press 2008: 342-376.

[20] Ivanovski B, Malhi GS. The Psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness form meditation. *Acta Neuropsychiatr* 2007; 19: 76-91.

[21] Khanipour H. The effect of mindfulness based therapy on depression symptoms: A case study [MA Thessrtation]: Allameh Tabatabaee Univ 2009. (persion).

[22] Hanasabzade esfahani M, Yekeyazdan dost R, Asgharnejad farid AA, Gharaei B. Mindfulness-based cognitive-therapy on wich one of symptoms cognitive, emotional and physical of depression has more effective? *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16: 278-289. (persion).

[23] Mousaviyan N, Moradi A, Mirzayi J, Shidfar F, Mahmoudi K, Bahram Taheri F. Effectiveness of mindfulness on weight loss. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 4: 49-58. (persion).

[24] Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47: 366-373.

[25] Gaylord SA, Whitehead WE, Coble RS, Faurot KR, Palsosn OS, Garland EL, Frey W, Mann JD. Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. *BMC Complement Altern Med* 2009; 9: 24.

[26] Ljótsson B, Andréewitch S, Hedman E, Rück 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: 185-190.

[27] Ljótsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Rück C, et al. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010; 48: 531-539.

[28] Ljótsson B, Hedman E, Lindfors P, Hursti T, Lindfors N, Andersson G, Rück C. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2011; 49: 58-61.

[29] Mace C. Mind fullness and mental health. New York: Roudedye press 2004: 235-256.

[30] Ebrahimi Dariany N, Mansournia N, Mansournia MA. Irritable bowel syndrome. *Teb Tazkiyeh* 2007; 14: 72-87. (Persian).

[31] Modanlo F. Relationship between resilience, coping strategies and social support with vulnerability of the bereaved women. [MA dissertation]. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010. (Persian).

[32] Naliboff BD, Fresé MP, Rapgay L. Mind/Body psychological treatments for irritable bowel syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5: 41-50.

[33] Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother* 2007; 80: 193-203.

[34] Chambers R, Lo C, Allen PN. The impact of intensive mindfulness training on intentional control, cognitive style, and affect. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 303-322.

[35] Harrington N, Pickles C. Mindfulness and cognitive behavioral therapy: are they compatible concepts. *J Cogn Psychother* 2009; 23: 315-323.

[36] Kim Y. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjunctive to pharmaco -therapy in patients with panic disorder or Generalized anxiety disorder. *J dep & Anx* 2009; 26: 601-606.

[37] Mace C. Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science. America, New York. Routledge Press 2008; 35-36.

علائم روان‌شناختی و جسمی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر" در مقطع کارشناسی ارشد با کد ثبت در کتابخانه ملی به شماره ۲۰۸۱۹۸۱ می‌باشد که با حمایت دانشگاه گیلان اجرا شد. هم‌چنین از تمامی پرسنل مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تقدیر و تشکر را می‌نمایم.

منابع

[1] Vicario M, Alonso C, Guilarte M, Serra J, Martínez C, González-Castro AM, et al. Chronic psychosocial stress induces reversible mitochondrial damage and corticotropin-releasing factor receptor type-1 upregulation in the rat intestine and IBS-like gut dysfunction. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37: 65-77.

[2] Chang JY, Talley NJ. Current and emerging therapies in irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment. *Trends Pharmacol Sci* 2010; 31: 326-334.

[3] Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office-based practice in United States. *Gastroenterology* 1991; 100: 998-1005.

[4] Solati Dehkordi K, Rahimian GH, Ghamrani A. The relationship between stress and irritable bowel syndrome. *Hormozgan Med J* 2008; 12: 13-19. (Persian).

[5] Olatungi BO, Tolin DF, Lohy JM. Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychological treatment. *Appl Prev Psychology* 2004; 11: 125-140.

[6] Piche T, Saint-Paul MC, Dainese R, Marine-Barjoan E, Iannelli A, Montoya ML, et al. Mast cells and cellularity of the colonic mucosa correlated with fatigue and depression in irritable bowel syndrome. *Gut* 2008; 57: 468-473.

[7] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130: 1377-1390.

[8] Rayman RB. Irritable bowel syndrome: aeromedical considerations. *Aviat Space Environ Med* 2011; 82: 1061-1063.

[9] Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Kefer L, Payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2007; 45: 633-648.

[10] Lackner JM. No brain, no gain: the role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *J Cogn Psycho Ther* 2005; 19: 125-136.

[11] Kim YJ, Ban DJ. Prevalence of irritable bowel syndrome influence of life style factors and bowel habit in Korean Collega student. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 247-254.

[12] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press 2002: 121-145.

[13] Crane R. Mindfulness-based cognitive Therapy. New York: Rout ledge; 2009; 167-180.

[14] Hayes S. Acceptance, mindfulness and science. *J Clin Psychol Sci Pract* 2002; 9: 101-106.

[15] Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 14.

[16] Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol* 2003; 11: 56-78.

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Therapy on Psychological Signs Women with Irritable Bowel Syndrome

Mosa Kafi (Ph.D)¹, Hamid Afshar(M.D)², Kamal Moghtadaei(M.Sc)^{*2}, Saeed Ariaporan(Ph.D)³, Hamed Daghighzadeh(M.D)⁴, Mansure Salamat(M.Sc)¹

1 – Dept. of Psychology, college of Humanities, , Guilan University, Guilan, Iran

2 - Research Center Psychosomatic, college of Medical , Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3 – Dept. of Psychology, Malayer University, Hamedn, Iran

4 - Research Center Functional gastrointestinal disorders, Department of Gastroenterology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received: 3 Feb 2013; Accepted:8 Sep 2013)

Introduction: Psychological problems exist in at least half of patients with irritable bowel syndrome (IBS), and there is one of the common causes that related to this disorder. This study aimed to determine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on psychological symptoms in patients with IBS.

Materials and Methods: The method research of current study was experimental (pre-test-post-test-follow up with control group). This research was conducted on fourteen women with IBS that randomly selected, and then randomly replaced in MBCT and control groups. Rome-III diagnostic criteria were used for the diagnosis of irritable bowel syndrome and Brief Symptoms Inventory (Dura et al, 2006) to assessing the psychological symptoms. Data were analyzed using the analysis of variance with repeated measure.

Results: Results showed that the mean scores of psychological symptoms has decreased in MBCT group in post-test and follow up.

Conclusion: The Results supported the effectiveness of MBCT on psychological symptoms in patients with IBS and have important implications in attention to MBCT in reducing the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome.

Keywords: Mindfulness based cognitive therapy, Psychological symptoms, Irritable bowel syndrome

Corresponding author: Fax: +98 815 9997951Tel: +98 9133065337
kmoghtadaei@yahoo.com

How to cite this article:

Kafi M, Afshar H, Moghtadaei K, Ariapooran S, Daghighzadeh H, Salamat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Therapy on Psychological Signs Women with Irritable Bowel Syndrome. koomesh. 2014; 15 (2) :255-264

URL http://www.koomeshjournal.ir/browse.php?a_code=A-10-1907-1&slc_lang=en&sid=1