

اثربخشی شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی، بر علایم درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر

مصطفی پرهیزگار^۱، فردین مرادی منش^۲، ناصر سراج خرمی^۳
و پروین احتشامزاده^۴

رودهی تحریک پذیر از مشکلات جدی است که می تواند شرایط زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد. این بیماری معمولاً در غیاب مشکل عضوی رخ می دهد و باعث ناخوش بودن، مرخصی استعلاجی، کاهش کیفیت زندگی، اجتناب از روابط اجتماعی، غیبت از کار و افزایش هزینه های بهداشتی جامعه می شود. هدف پژوهش حاضر آزمون اثربخشی شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی (MiCBT)، بر علایم درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل، ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شهرستان دزفول به شیوه ی در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروه ها در ابتدا و انتهای پژوهش، از نظر اضطراب و افسردگی، درد و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی طی ۸ جلسه تحت روان درمانی گروهی قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ علایم درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. به نظر می رسد شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی قادر است میزان درد، اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر را کاهش دهد و به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک کند. واژه های کلیدی: درد، کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی، روده

مقدمه

در بیماری نشانگان روده تحریک پذیر هم آیندی اضطراب، افسردگی، اختلالات جسمانی سازی و برخی اختلالات روانی دیگر نیز وجود دارد (بلانچارد، ۲۰۰۱). این بیماری معمولاً در غیاب مشکل

۱. دپارتمان روان شناسی سلامت، واحدین المللی خرمشهر- خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران (نویسنده ی مسول) fmoradimanesh@yahoo.com

۳. دپارتمان روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، واحدهاواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

عضوی رخ می‌دهد و باعث ناخوش بودن، مرخصی استعلاجی، کاهش کیفیت زندگی، اجتناب از روابط اجتماعی، غیبت از کار و افزایش هزینه‌های بهداشتی جامعه می‌شود (چانگ، ۲۰۱۴) و به طور معمول با کاهش کیفیت زندگی، افزایش اضطراب و افسردگی و اختلال در روابط اجتماعی آنان همراه است (کاگ بی، میر و آپونوف، ۲۰۱۹). مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیکی احتمالی مسبب بیماری روده تحریک‌پذیر^۱ (IBS) شامل اختلال در سیستم حرکتی کولون و روده باریک، افزایش حساسیت احشایی، التهاب خفیف روده‌ای و رشد بیش از حد باکتری، اختلال در سیستم اعصاب مرکزی که پیام‌های احشایی در آن پردازش می‌شوند، استرس و اتفاقات ناگوار زندگی، فاکتورهای ژنتیکی موثر در پاسخ‌های ایمنی منطقه‌ای، برای ایجاد این بیماری و همچنین بی‌نظمی در شبکه عصبی محور مغز- روده و دستگاه عصبی خودکار مطرح است (سوارز، ۲۰۱۴). واکنشگری موضوعی است که بیماران IBS هنگام درد، اضطراب و افسردگی، از خود نشان می‌دهند. بالعکس تعادل فکری با فعالیت پاراسمپاتیک و افزایش قدرت پاسخ ایمنی همراه است (دیویدسون، کابات زین، شوماخر، روزن کرانز و همکاران، ۲۰۰۳؛ فن، تانگ، ما، پوزنر، ۲۰۱۰). درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند سهم مهمی در کنترل و درمان این اختلال داشته باشند.

شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی^۲ MiCBT^۲ توسط کایون (۲۰۱۱) تالیف گردیده و روش‌های ذهن آگاهی را با عناصر رفتاری-شناختی ترکیب کرده است. در MiCBT تاکید کمتری بر تغییر محتوی افکار می‌شود و به جای آن بیشتر بر آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های جسمانی تاکید می‌گردد. MiCBT به دنبال نوعی تمرکز زدایی (نه تغییر) از افکار است. به طور مثال معتقد است افکار همان واقعیت نیستند، یا اینکه وجود من، افکارم نمی‌باشند، پس باید از افکار عبور کرد تا کنترل بیشتری بر زندگی داشت (زیندل، سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۴). پس از اجرای تمرینات MiCBT، مغز عملکرد بهتر و متعادل‌تری خواهد داشت و نواحی پیشانی در ارتباط با نواحی مربوط به مراکز کنترل هیجان عملکرد قدرتمندتری خواهند داشت (کایون، ۲۰۱۱).

در روش MiCBT سازوکارهای ذهن آگاهی سنتی و همچنین آگاهی احشایی و مفاهیم شرطی‌سازی احشایی پاولوفی یکپارچه شده‌اند. انسان هرچه قدر نسبت به احساسات بدنی- احشایی، خود آگاهی بیشتری داشته باشد و آنها را بدون قضاوت، مورد پذیرش قرار دهد از تعادل فکری بالاتری برخوردار خواهد بود و یکپارچگی عمیق‌تری در ذهن و بدن تجربه خواهد کرد (کایون، ۲۰۱۱). با اجرای روش

1 - Irritable Bowel Syndrome

2 - Mindfulness integrated Cognitive Behavior Therapy

ذهن آگاهی در ترکیب با روش شناختی- رفتاری، رفتارهای اجتنابی و احساس اضطراب در بیماران دارای روده تحریک پذیر کاهش می یابد و این موارد نشان دهنده اثر بخش بودن این روش در این بیماران است (بونرت، الن، بچوربرگ، لالونی وهمکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان می دهد فعالیت آمیگدال با افزایش هیجانات منفی و نارضایتی و کاهش شادکامی و کیفیت زندگی همراه است و در عین حال آمیگدال تحت تاثیر نشوکرکس یا قشر مغز قرار دارد و با افزایش ارتباط بین آنها از طریق ذهن آگاهی، می توان هیجانات منفی اضطراب و افسردگی را تعدیل کرد (فردریک، ۲۰۱۲). ونگ، لی، زینگ، اکسو و همکاران (۲۰۱۸) در یک فرا تحلیل ۱۱ مداخله آزمایشی تصادفی که در آنها از روش های مبتنی بر ذهن آگاهی جهت درمان افسردگی انواع بیماران استفاده شده بود را مورد تحلیل قرار دادند. آنان متوجه شدند افرادی که درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرده اند، پس از درمان به طور معنی داری کاهش افسردگی داشته اند. محمدی، میردریکوند و عزیزی (۲۰۱۵) و شاکری و علیلو (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند روش ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران دارای روده تحریک پذیر روشی موثر محسوب می گردد. عزیزی و محمدی (۲۰۱۸) نشان دادند روش ذهن آگاهی به افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای روده تحریک پذیر منجر می شود و آنان آرامش و راحتی بیشتری را پس از درمان تجربه می کنند. سایر محققان از جمله اسکامن، آن هیر، لاج، دابس و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روش ذهن آگاهی و استفاده از یوگا در کاهش درد بیماران دارای روده تحریک پذیر موفق می باشد. باتوجه به موارد ذکر شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی، بر علایم درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شهرستان دزفول به شیوه ی در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. بیماران توسط متخصص داخلی و گوارش تشخیص بیماری روده تحریک پذیر را دریافت نموده بودند معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل و همکاری آزمودنی، نداشتن بیماری روانپزشکی جدی، مصرف نکردن داروهای روانپزشکی، نداشتن سایر بیماری های گوارشی، عدم مصرف مواد مخدر و الکل و داشتن حداقل تحصیلات سیکل بود.

حقوق تمامی شرکت کنندگان از لحاظ اخلاقی مورد توجه بوده و کلیه اطلاعات آنان محرمانه در نظر گرفته شدند. از تمامی شرکت کنندگان جهت شرکت در طرح رضایت نامه کتبی آگاهانه گرفته شد و اطلاعات لازم درباره طرح در اختیار آنان قرار گرفت. آزمودنی ها آزاد بودند در هر مرحله از طرح پژوهشی آن را ترک نمایند و از آنان بابت شرکت در طرح پژوهشی هزینه ای اخذ نشد. آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، همزمان با شرکت در طرح، داروهای تجویز شده توسط متخصص داخلی و گوارش که مربوط به سندرم روده تحریک پذیر بودند را مصرف می کردند. آزمودنی ها قبل و بعد از اجرای پژوهش با پرسشنامه ی تجدید نظر شده درد مک گیل^۱، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۲، پرسشنامه ی کیفیت زندگی در روده تحریک پذیر^۳ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ی تجدید نظر شده درد مک گیل که توسط ملزاک (۱۹۷۱) ساخته و توسط دورکین، تراک، رویکی، هاردینگ و همکاران (۲۰۰۹) با ۲۲ ماده ای تجدید نظر شد در دامنه صفر تا ۱۰ نمره گذاری می شود. دورکین و همکاران پایایی آن روی ۸۸۲ آزمودنی که از نشانه های متنوع درد رنج می بردند را ۰/۸۷ گزارش داده اند. جهت ارزیابی و هنجاریابی آن در جامعه ایرانی و بررسی مناسب بودن آن برای بیماران، تهایی، فتحی آشتیانی، امینی، وحیدی و همکاران (۲۰۱۲) آن را بر روی بیماران ایرانی دارای سندرم روده تحریک پذیر هنجاریابی کردند و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ جهت پایایی آن به دست آمد. پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر جهت این پرسشنامه معادل ۰/۷۶۱ بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی در روده تحریک پذیر در سال ۱۹۹۸ توسط دراسمن، پاتریک، ویتهر، تانر و همکاران (۲۰۰۰) ساخته و به چندین زبان ترجمه شده و یک ابزار بین فرهنگی و بین المللی محسوب می شود (کانازاوا، دروسمن، شینوزاکی، سوگامی و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه ۳۴ ماده ای در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود و حساسیت بالایی به انواع درمان دارد (پارک و همکاران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه توسط حقایق، کلانتری، صولتی، مولوی و همکاران (۲۰۰۹) در ایران بر روی بیماران IBS هنجاریابی شد و ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ به دست آمد. پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر جهت این پرسشنامه معادل ۰/۸۹۷ بود.

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی ۱۴ ماده دارد و برای سنجش تغییرات خلقی اضطراب و افسردگی توسط زیگمون و اسنایت در سال ۱۹۸۳ طراحی شده است. این پرسشنامه بر مبنای یک

1. Short Form McGill Pain Questionnaire. (SF-MPQ)
2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
3. The Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL)

مقیاس چهار نمره‌ای (صفر تا ۳) نمره گذاری می‌شود. پایایی آن توسط کایوانی، صیفوریان، شریفی، ابراهیم‌خانی و همکاران (۲۰۰۹) جهت جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته و از نظر پایایی با ضریب تنصیف ۰/۸۷ مورد تایید قرار گرفته است. جهت اندازه‌گیری حالات اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر از این آزمون استفاده گردید. پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر جهت این پرسشنامه معادل ۰/۸۸۸ بود.

شیوه‌ی اجرا

پس از تایید طرح پژوهش در شورای تخصصی دانشگاه وانجام هماهنگی با متخصصین داخلی و گوارش جهت ارجاع آزمودنی‌های دارای شرایط ورود به طرح پژوهشی و سپس دادن توضیحات لازم به شرکت کنندگان و گرفتن رضایت آگاهانه کتبی از آنها جهت شرکت در پژوهش، ابتدا متغیرهای علائم درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی در پیش آزمون سنجیده شد. سپس مداخله گروهی شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ هفته (جدول ۱) جهت گروه آزمایش اعمال گردید و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد.

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی براساس پروتکل کایون (۲۰۱۱)

جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضاء، معرفی بیماری روده تحریک پذیر، معرفی روش ام آی سی بی تی، اصول ذهن آگاهی، آرمیدگی و تنفس، معرفی مراحل درمان و اهداف درمانی
جلسه دوم	آموزش الگوی تعادل ذهنی، تمرین ذهن آگاهی، آموزش واریسی بدنی، توضیح مفهوم ناپایداری جنبه‌های زندگی، آموزش فرم های روزانه ای که باید ثبت شود
جلسه سوم	آموزش درک احساسی و تعادل فکری به شکل عمیق و انجام تمرینات مربوطه
جلسه چهارم	آموزش مولفه های شناختی- رفتاری و مفهوم انعطاف پذیری عصبی و ارتباط آن با واریسی بدنی
جلسه پنجم	آموزش ایجاد ارتباط بین ابعاد ذهن آگاهی و جنبه های شناختی- رفتاری با تاکید بر ابعاد بین فردی و ثبت فرم های مربوطه و تمرینات
جلسه ششم	معرفی مهارتهای جرات ورزی و ایفای نقش زنده به عنوان ابزارهای مواجهه در روابط بین فردی
جلسه هفتم	مرور جلسات قبلی و ترکیب مهارت‌ها با یکدیگر جهت یکپارچگی بیشتر درک و پذیرش خود و افزایش انعطاف‌پذیری
جلسه هشتم	آشنایی با مراقبه شفقت و مهرورزی، تمرین رفتار مشفقانه، مفهوم بخشش و مرور تمام جلسات و رفع اشکال

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل آماری کوواریانس چند متغیری و آنکوا در متن مانکوا استفاده شد. داده‌ها با بیستیمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴ بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر مشارکت داشتند. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی، علایم درد، اضطراب و افسردگی، جهت گروه‌های کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون‌های پژوهش در گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		sd	M	sd	M
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۴/۱۸	۸۶/۶۶	۷/۳۶	۶۲/۰۸
	کنترل	۱۲/۷۷	۹۴/۶۶	۱۲/۳۹	۹۲/۶۶
علایم درد	آزمایش	۹/۵۳	۸۵/۳۳	۶/۸۶	۷۱/۲۵
	کنترل	۸/۷۲	۸۶/۶۶	۹/۱۳	۸۲/۶۷
اضطراب	آزمایش	۲/۳۹	۱۴/۵۰	۳/۹۳	۹
	کنترل	۲/۱۰	۱۵/۹۱	۳/۲۸	۱۵/۳۳
افسردگی	آزمایش	۲/۶۴	۱۳/۵	۲/۶۷	۷/۹۲
	کنترل	۲/۳۱	۱۴/۶۶	۲/۵۳	۱۴/۹۲

برای مقایسه‌ی نمرات گروه‌ها، ابتدا مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس مورد بررسی و تایید قرار گرفتند. محاسبه آزمون‌های اثر پیلالی، آزمون لامبدای ویکلز، آزمون اثر هتلینگ و آزمون بزرگترین ریشه روی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در سطح معناداری ($P < 0.05$) تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای متغیر کیفیت زندگی 0.726 ، متغیر علایم درد 0.367 ، متغیر اضطراب 0.461 و متغیر افسردگی 0.684 به دست آمد، در نتیجه می‌توان گفت حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

جهت بررسی این تفاوت تحلیل آنکوا در متن مانکوا صورت گرفت. چون میانگین گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای وابسته از لحاظ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ($F=54/02$ ، $P=0/001$) علایم درد ($F=11/97$ ، $P=0/002$) اضطراب ($F=18/34$ ، $P=0/001$) و افسردگی ($F=43/17$ ، $P=0/001$) با یکدیگر تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهند و این یافته بیانگر آن است که روش MicBT باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش علایم درد، اضطراب و افسردگی شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل

Sig.	F	MS	df	SS	متغیر وابسته
۰/۱۶۱	۲/۱۰۸	۳۸۴	۱	۳۸۴	پیش آزمون کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۵۴/۰۲	۵۶۱۲/۰۴	۱	۵۶۱۲/۰۴	پس آزمون
۰/۷۲۴	۰/۱۲۸	۱۰/۶۶	۱	۱۰/۶۶	پیش آزمون علایم درد
۰/۰۰۲	۱۱/۹۷	۷۸۲/۰۴	۱	۷۸۲/۰۴	پس آزمون
۰/۱۳۸	۲/۳۶	۱۲/۰۴	۱	۱۲/۰۴	پیش آزمون اضطراب
۰/۰۰۱	۱۸/۳۴	۲۴۰/۶۶	۱	۲۴۰/۶۶	پس آزمون
۰/۲۶۲	۱/۳۲۴	۸/۱۶۷	۱	۸/۱۶۷	پیش آزمون افسردگی
۰/۰۰۱	۴۳/۱۷	۲۹۴/۰	۱	۲۹۴/۰	پس آزمون

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی، بر علایم درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر بود. براساس یافته‌ها شناخت رفتاردرمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی توانسته است باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش علایم درد، اضطراب و افسردگی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر شود. این یافته مطابق با یافته‌های ونگ، لی، زینگ، اکسو و همکاران (۲۰۱۸)، عزیزی و محمدی (۲۰۱۸)، بحرانی، زرگر، یوسف پور و اکبری (۲۰۱۷) و یزدانی مهر، امید، سعادت و اکبری (۲۰۱۶) است. این پژوهش نیز نشان داد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش درد، اضطراب و افسردگی می‌شود. استفاده از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش مشکلات اضطراب، افسردگی و همچنین افزایش کیفیت زندگی و کاهش درد بیماران دارای بیماری روده تحریک پذیر موثر باشد (اسکامن، آن هیر، لاج، دابس و همکاران، ۲۰۱۶؛ عزیزی و محمدی، ۲۰۱۸؛ شاکری، علیلو، ۲۰۱۶).

در شناخت رفتار درمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی رسیدن به تعادل فکری هدفی اساسی است. با انجام این درمان، رفتارهای اجتنابی بیماران IBS که حاصل اضطراب بوده و همچنین واکنشگری‌های بیماران به درد کاهش می‌یابد. تعادل فکری با ترشح اندورفین‌های ضد درد مرتبط است. به عبارتی نقطه مقابل تعادل فکری، یعنی واکنشگری قرار دارد که با ترشح آدرنالین و کورتیزول مرتبط است (دیویدسون، کابات زین، شوماخر، روزن کرائز و همکاران، ۲۰۰۳؛ فن، تانگ، ما، پوزنر، ۲۰۱۰).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد توجه پایدار به عنوان یک مهارت اساسی ذهن آگاهانه، می‌تواند حاصل پیشرفت در شبکه کارکردهای اجرایی باشد و افزایش قدرت کارکردهای اجرایی مستلزم افزایش مهارت‌های ذهنی و رفتاری بازداری است که این کار از طریق تمرینات MiCBT پدید می‌آید. این موارد باعث می‌شوند تا بیماران دارای روده تحریک‌پذیر افسرده، نشخوار ذهنی، گذشته‌نگری منفی و ناامیدی کمتری نسبت به آینده داشته باشند و به طور ذهنی و عملی، بیشتر بر زندگی حال متمرکز شوند. دیویدسون، کابات زین، شوماخر، روزن کرانز و همکاران، (۲۰۰۳) افزایش انعطاف‌پذیری در کرتکس پیش پیشانی را متعاقب انجام تمرینات ذهن آگاهی مشاهده کرده‌اند. این موضوع می‌تواند تبیین‌کننده این مساله باشد که بیماران IBS با انجام MiCBT بهتر می‌توانند تفکرات و رفتارهای مرتبط با درد، اضطراب و افسردگی را رها کنند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار گردند. لوتز، برزنسکی، جانستون، دیویدسون (۲۰۰۸) با استفاده از مطالعات MRI مشاهده کردند که گروه ذهن آگاه پس از تمرین، در نواحی کرتکس پیش‌حدقه‌ای و هیپوکمپ راست از لایه ضخیم‌تری در ماده خاکستری برخوردار می‌شوند و این نواحی در تنظیم هیجانی و کنترل پاسخ رفتاری-هیجانی نقش دارند، این تغییرات فارغ از نوع تمرینات ذهن آگاهانه است.

این یافته توسط لازار، کر، واسرمن، گری و همکاران (۲۰۰۵) نیز تایید شده است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت روش MiCBT باعث کارآمدی بیشتر سیستم اعصاب مرکزی و همچنین هماهنگی ذهن-بدن بیماران IBS جهت تنظیم بهتر هیجانات منفی مرتبط با درد، اضطراب و افسردگی می‌گردد. مطالعات کایون (۲۰۱۱) نشان می‌دهد صرفاً پس از ۴ جلسه تمرین MiCBT آزمودنی‌ها افزایش انعطاف‌پذیری بیشتری در شبکه‌های حسی-تنی کسب کرده و اتصالات بیشتری در کرتکس حسی-تنی ایجاد می‌شود و این کار از طریق انجام تمرینات واریسی بدنی-احشایی (حس کردن حس‌های بدن) حاصل می‌گردد. موسکوویتز و ایی‌پل (۲۰۰۶) نشان دادند افزایش انعطاف‌پذیری با افزایش انتقال‌دهنده عصبی گابا در مغز همراه است. این موضوع با آرامش بیشتر ارتباط داشته و در بیماران دارای روده تحریک‌پذیر، ضد اضطراب و افسردگی عمل می‌کند و همچنین اثرات کاهش فشار خون دارد.

هورمون دیگری که با تمرینات MiCBT تغییر می‌نماید. هورمون معروف استرس یعنی کورتیزول است. افزایش انعطاف‌پذیری و تعادل فکری که حاصل ذهن آگاه شدن بیشتر است، به ایجاد تعادل در ترشح کورتیزول در بدن منجر می‌گردد. آموزش ذهن آگاهی متابولیسم مدارهای عصبی عاطفه منفی را کاهش و بالعکس متابولیسم عواطف مثبت را افزایش می‌دهد (دیویدسون و کابات زین، شوماخر،

روزن کرانز وهمکاران، ۲۰۰۳) و این موضوع به معنی فعال تر شدن مراکز پردازشی عواطف مثبت مانند شادی، امید و آرامش در بیماران IBS است. در MiCBT تاکید بر پذیرش مسایل است و رفتار روی آوری موجب افزایش ترشح دوپامین می گردد. دوپامین نقش بسیار مهمی در هیجانات و عواطف مثبت دارد (فردریک، ۲۰۱۲). فنون آرمیدگی و تنفس ذهن آگاهانه که در روش MiCBT استفاده می گردد با کاهش کورتیزول، آدرنالین و رهایی از تنش عضلانی و احشایی همراه است (کایون، ۲۰۱۱). این موارد باعث رسیدن بیماران IBS به آرامش ذهنی و بدنی بیشتر و همچنین کاهش درد، اضطراب و افسردگی آنان شده و بالتبع این موارد، کیفیت زندگی آنان نیز افزایش پیدا می کند.

Reference

Azizi, A., mohamadi, J. (2018). Mindfulness Efficacy on the Perception of the Disease and the Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *journal of ilam university of medical sciences*, 25, 1-9.

Arwbi, N., Gurmany. S., Bullas, D., Hobson, A., & et al. (2008). Review article: the psychoneuroimmunology of Irritable bowel syndrome-an exploration of interactions between psychological, neurological and immunological observations. *Alimentary pharmacology & Therapeutics*, 28, 830-40.

Bahrani, SH., Zargar, F., Yousefipour, Gh., Akbari, H. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Females with Multiple Sclerosis: A Single Blind Randomized Controlled Trial. *Iran Red Crescent Med J*, 19:e44566. (Persioan).

Bonnert, M., Olén, O., Bjureberg, J., Lalouni, M., & et al. (2018). The role of avoidance behavior in the treatment of adolescents with irritable bowel syndrome: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 27-35.

Blanchard, E. (2001). *Irritable bowel syndrome: Psychosocial assessment and treatment* (1st ed). Washington DC: American Psychological Association (APA).

Cayon, BA. (2011). *Mindfulness-integrated CBT: Principle and practice* (1st ed.). United states: Wileywell.

Chang, FY. (2014). Irritable bowel syndrome: The evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 2499-2514.

Davidson, RJ., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., & et al. (2003). Alteration in brain and immune function reduced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

Dworkin, RH., Turk, DC., Revicki, DA., Harding, G., & et al. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*, 144, 35-42.

Drossman, DA., Patrick, DL., Whitehead, WE., Taner, B., & et al. (2000). Further validation of the IBS – QOL: A disease –specific uality of life Questionnaire. *Journal of Gastroenterol*, 95, 999-1007.

EL-Salhy, M. (2012). Irritable bowel syndrome: diagnosis and pathogenesis. *World Journal of Gastroenterology*, 18, 5151-5163.

Fan, Y., Tang, Y., Ma, Y., & Posner, M. (2010). Mucosal immunity modulated by integrative meditation in a dose-dependent fashion. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 151-155.

Fredrike, B. (2012). *practicing positive CBT: from reducing distress to building success* (1st ed.). United states: Wiley well.

Ghadir, MR., & Ghanooni, AH. (2014). Review of Pathophysiology and Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome. *Qom Univ Med Sci J*, 7, 62-70. (Persioan).

Haghighayegh, SA., Kalantari, M., Solati., SK., Molavi, H., & et al. (2008). Study on Validity of Farsi Version of Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34). *Govaresh*, 13, 99-105. (Persioan).

Kanazawa, M., Drossman, DA., Shinozaki, M., Sagami, Y., & et al. (2007). Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure. *BioPsychoSocial Medicine* 1: 6.

Kaviani, H., Seyfourian, H., Sharifi, V., & Ebrahimkhani, N. (2009). Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran Univ Med J*, 67, 379-385. (Persioan).

- Kugbey, N., Meyer-Weiz, A., Oppof Asante, K. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and Anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102, 1357-63.
- Lazar, SW., Kerr, CE., Wasserman, RH., Gray, JR., & et al. (2005). Meditation experience is associated With increased cortical thickness. *Neuro Report*, 16, 1893-1897.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, RJ. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative practice, *PLoS ONE*, 3, e1897.
- Moskowitz, JT., Epel, ES. (2006). Benefit Finding and Diurnal Cortisol Slope in Maternal Caregivers: A Moderating Role for Positive Emotion. *Journal of Positive psychology*, 1, 83-91.
- Mohamadi, J., Mir Drikvand, F., Azizi, A. (2015). Efficacy of Mindfulness on Anxiety and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 25, 52-61. (Persioan).
- Park, JM., Choi, MG., Oh, JH., Cho, YK., & et al. (2006). Cross-cultural validation of irritable bowel syndrome Quality of life in Korea. *Digestive Diseases and Sciences*. 51,1478-1484.
- Shaker, NS., Alilou, MM. (2016). Effectiveness of Mindfulness in Decreasing the Anxiety and Depression of Patients Suffering from Irritable Bowel Syndrome. *Caspian Journal of Neurological Sciences* ,2, 32-40.
- Sorsse, RL. (2014). Irritable bowel syndrome: A clinical review. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 1244-12160.
- Schumann, D., Anheyer, D., Lauche, R., Dobos, G., & et al. (2016). Effect of Yoga in the Therapy of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14, 1720-1731.
- Swanson, J., Posner, MI., Cantwell, D. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: Syntom domain. Cognitive processes and neural networks*. In R. Massachusetts: MIT Press.
- Tanhaee, Z., Fathi-Ashtiani, A., Amini, M., Vahedi, H., & et al. (2012). Validation of a Revised Version of the Short-form Mc-Gill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2) for IBS Patients. *Govaresh*, 17, 91-97. (Persioan).
- Wang, YY., Li, XH., Zheng, W., Xu, ZY., & et al. (2018). Mindfulness-based intervention for major depressive disorder: a comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 15, 429-436.
- Zindel, V., Segal, D., Teasdale, J & Williams JM. (2004). *Mindfulness and Acceptance Expanding the Cognitive Behavioral Tradition: Mindfulness based cognitive Therapy*. Ed: Hayes, et al. New York : The Guilford Press.
- Yi-Yuan, T., Yinghua, M., Junhong, W., Yaxin F., & et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 17152-17156.
- Yazdanimehr, R., Omid, A., Sadat, Z., Akbari, H. (2016). The Effect of Mindfulnessintegrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 5, 195-204.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 54), pp.37-46, 2020

The Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavior therapy on pain syndrome, quality of life relative with health anxiety

Parhizgar, M

Department of Health Psychology, Korramshahr- Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Korramshahr, Iran

Moradimanesh, F

Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran
(Corresponding author)

Serajkhorrani, N

Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

Ehteshamzadeh, P

Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University Ahvaz, Iran

Received: 2019/09/23

Accepted: 2019/12/20

Irritable bowel syndrome is serious problems that can influence patient's life situation. This illness, usually occur absence organic problem and it cause to disease, sick leave, decrease quality of life, avoid from social relations, absence and increase health charge. The purpose of the present study was to investigate the Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) on pain syndrome, quality of life relative with health, anxiety. Depression in Irritable Bowel Syndrome patients. For this purpose, semi-experimental study with pre-test and post-test design with control group, 24 subjects with Irritable Bowel Syndrome patients in Dezful were selected by available sampling and randomly assigned to experimental and control group. The groups were evaluated before, immediately after in pain syndrome, quality of life relative with health, anxiety. Depression. The experimental group received integration group therapy in 8 sessions. The analysis of covariance data showed a significant difference between experimental and control groups in terms pain syndrome and quality of life relative with health, depression. Mindfulness integrated cognitive behavior therapy seems is able to decrease the pain syndrome, anxiety and depression in Irritable Bowel Syndrome patients and increase their quality of life relative with health.

Keywords: pain, quality of life, anxiety, depression, Bowel