

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی

سودابه بساک‌نژاد^{۱*}، علیرضا بدری علی‌کردی^۲، مهناز مهربابی‌زاده هنرمند^۳

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. استاد روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

زمینه بیماری زخم گوارشی یکی از مشکلات روانی فیزیولوژیک رایج در بین دانشجویان است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی است.

روش کار طرح تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بودند که طی یک دوره شش‌ماهه، به‌علت بیماری زخم گوارشی به کلینیک دانشگاه مراجعه کردند. تعداد ۲۴ نفر از دانشجویان مبتلا به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگزار گردید. ابزارهای مورد استفاده مقیاس تکانشگری بارت و شاخص حساسیت اضطرابی بودند که در دو مرحله قبل از مداخله و پایان مداخله تکمیل شدند و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها تایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش تکانشگری ($F = 8/80, p = 0/001$) و حساسیت اضطرابی ($F = 5/62, p = 0/02$) در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون شد.

نتیجه‌گیری با توجه به اثربخشی این درمان بر کاهش تکانشگری و حساسیت اضطرابی پیشنهاد می‌شود تا درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بیماران زخم گوارشی به‌همراه سایر روش‌های درمان‌های طبی اجرا شود.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

کلیدواژه‌ها:

ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، زخم گوارشی، تکانشگری، حساسیت اضطراب.

۱. مقدمه

زخم‌های گوارشی از شایع‌ترین اختلالات جسمی و روانی فیزیولوژیک به‌شمار می‌آیند. علامت بیماری زخم گوارشی درد در ناحیه شکم یا فوقانی شکم (ابی گاستر) است؛ دیگر علائم احتمالی این بیماری تهوع، استفراغ، سوءهاضمه و خون‌ریزی گوارشی است

[۱]. ۸۱٪ این بیماران از دردهای شکمی رنج می‌برند و بین ۲۵ تا ۳۴٪ از دردهای شبانه، علائم ریفلاکس و استفراغ شکایت دارند [۲]. با کشف نقش هلیکوباکتر پیلوری برای توجیه علت این بیماری، توجه به استرس و سایر عوامل روان‌شناختی کم‌رنگ شد؛ اما به‌تدریج تأثیر این عامل بیشتر در مرکز توجه قرار گرفت. گزارش‌های تحقیقی نشان می‌دهند که در ۵ تا ۲۰٪ افراد مبتلا به

* نویسنده مسئول: سودابه بساک‌نژاد

نشانی: اهواز بلوار گلستان دانشگاه شهید چمران اهواز

تلفن: ۰۹۱۶۶۱۴۹۰۲۵

رایانه: soodabeh_bassak@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-7850-6525

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۸، ص ۴۵۳-۴۵۹

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

زندانی مرتبط با مواد مخدر در ۱۱۳ روز برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی شرکت کردند و بهبود بسیاری در تکانشگری، عزت نفس و نوسانات خلق و کنترل تکانه را نشان دادند [۱۷-۱۸]. اثربخشی درمان‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی مبتنی بر مراقبه ذهن بر روی اضطراب، افسردگی، درد و ناراحتی‌های روان‌شناختی بیماران جسمی مزمن اثربخش است [۱۹]. با توجه به گسترش استفاده از درمان‌های غیردارویی در کنترل علائم زخم‌های گوارشی و نیاز به تحقیق در این زمینه روی نمونه‌های ایرانی، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی در دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی دانشگاه شهید چمران اهواز انجام گرفت.

۲. مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نوع مطالعات تجربی با طرح گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل تمام دانشجویانی بود که از ابتدای سال ۹۴ به مدت ۶ ماه، ۱۰۴ نفر به پزشک کلینیک دانشجویی دانشگاه شهید چمران مراجعه کرده و براساس نظر پزشک دانشگاه، مبتلا به زخم گوارشی تشخیص داده شده بودند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بودند از: ابتلا به بیماری زخم گوارشی به تشخیص متخصص داخلی کلینیک پزشکی دانشگاه حداقل به مدت ۶ ماه، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی و درمان‌های روان‌شناختی (دست‌کم از ۳ ماه قبل از ورود به پژوهش) و اعلام رضایت به شرکت در برنامه مداخله‌ای کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی. ملاک خروج از تحقیق نیز شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی طی یک دوره شش‌ماهه و عدم حضور در تمام جلسات درمانی و غیبت در بیش از دو جلسه درمان بود. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس انجام شد. ابتدا پس از تشخیص پزشک معتمد دانشگاه و پس از تأیید ابتلا به بیماری، دانشجویان واجد شرایط شرکت در پژوهش ثبت‌نام شدند و از آن‌ها درخواست شد تا دو مقیاس تکانشگری بارت و شاخص حساسیت اضطرابی را تکمیل کنند. در نهایت ۲۴ نفر از افرادی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و نمرات بالاتر از میانگین در تکانشگری و حساسیت اضطرابی داشتند، به روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. بنابراین تعداد نهایی در هر گروه ۱۲ نفر (شامل ۴ مرد و ۸ زن) بودند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی از آزمودنی‌ها درخواست شد تا بدون ذکر نام و نام خانوادگی و در صورت علاقه به شرکت در پژوهش به صورت اختیاری با ثبت یک کد و شماره تلفن، با درمانگر پژوهش ارتباط برقرار کنند. همچنین در طی جلسات

زخم گوارشی هیچ‌گونه علت بیولوژیک مشخصی یافت نمی‌شود [۳]. براساس یافته‌های تحقیق درباره رابطه بین استرس و ایجاد و تشدید زخم معده، عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم ۳۰ تا ۶۰٪ از زخم‌های گوارشی دخالت دارند؛ جایی که داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و هلیکوباکتر پیلوری نقش کمتری در درمان این مبتلایان ایفا می‌کنند. در ۱۶ تا ۳۱٪ از موارد زخم گوارشی فاکتور هلیکوباکتر پیلوری مشاهده نمی‌شود و استرس علت زخم گوارشی مطرح می‌گردد [۴-۵]. مطالعات نشان دادند که بین شخصیت آلکسی تایمیک و خشم به‌عنوان متغیر واسطه‌ای در تظاهر زخم معده [۶]، بین استرس‌های زندگی و زخم گوارشی [۷] و بین سبک‌های مقابله با استرس در بیماران زخم گوارشی سندرم روده تحریک‌پذیر [۸-۹] رابطه وجود دارد. تکانشگری با خطرپذیری همراه است و مشاهدات بالینی در بیماران مبتلا به زخم گوارشی در مقایسه با افراد غیرمبتلا اثبات کرد که نمرات تکانشگری آزمون MMPI به‌طور چشمگیری در آنان بالاتر از افراد غیرمبتلاست [۱۰]. سازه روان‌شناختی دیگر مرتبط با زخم گوارشی حساسیت اضطرابی است که یک گرایش باثبات تلقی می‌شود و نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری آزاردهنده و خطرناک است [۱۱]. افراد با حساسیت اضطرابی بالا ممکن است تنگی نفس را نشانه خطر خفگی یا احساس تپش قلب را علامت حمله قلبی بدانند. تحریف شناختی عنصر اصلی تولید حساسیت اضطرابی است و این افراد تمایل دارند تا تجربه‌های جسمی مانند ضربان سریع قلب، عرق کردن و گیجی را به ترتیب نشانه‌ای از حمله قلبی، شرمساری اجتماعی و بی‌ثباتی روانی تفسیر کنند [۱۲]. یکی از برنامه‌های درمانی پیشنهادی برای کاهش مشکلات زخم‌های گوارشی استفاده از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی است [۱۳-۱۴]. در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به افراد یاد می‌دهند تا مشاهده‌گر جریان‌ات ذهنی خود، یعنی احساسات، افکار و حس‌های بدنی، باشند که هر یک می‌توانند منبع بالقوه اضطراب در افراد مستعد محسوب شوند. احساسات منفی (نظیر ترس و تشویش، افکار فاجعه‌پندار و نشخوار فکری درمورد آینده) و حس‌های بدنی منفی (مانند درد ناشی از بیماری‌های مزمن) هر یک می‌توانند منبع تولید اضطراب در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا به‌شمار آیند. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که صرفاً با مشاهده بدون ارزیابی همه این منابع (احساسات و افکار) از آن‌ها اجتناب نکنند و تسلیم صرف آن‌ها نشوند [۱۵]. یافته‌های پژوهشی نشان داد که اثر این روش درمانی در کاهش شدت علائم افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی بسیار سودمند است [۱۶]. در پژوهش‌های درمانی - تحقیقاتی، ۱۳۵۰ نفر

طریق اجرای توأمان با پرسشنامه SCL-25 انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر برابر ۰/۶۲ است که در حد قابل قبولی است. در مطالعه کنونی، برنامه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای طراحی شد [۲۳].

جلسه اول: تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، تمرین وارسی بدنی و آغاز تمرین با آموزش تنفس دیافراگمی، تمرین خوردن پنج حس با پرتقال، توضیح مختصر راجع به بیماری زخم گوارشی، استرس، اضطراب و نقش آن بر ذهن و بدن، تکلیف خانگی و بحث و تعیین جلسات هفتگی، و اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه.

جلسه دوم: تمرکز بر حس‌های بدنی، داشتن حضور ذهن از افکار، احساسات و هیجانات. تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، تمرین شناسایی و ثبت منابع استرس، آرمیدگی پیش‌رونده عضلانی و ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز).

جلسه سوم: توضیح دادن در مورد حضور داشتن در لحظه، تماشای زمان حال و دیدن و احساس کردن به جای قضاوت کردن. تمرین «دیدن» یا «شنیدن» به مدت ۱۵ دقیقه، تمرین وارسی بدن، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و بازنگری آن، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند و دادن تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: توضیحات درباره رفتار تکانشگرانه و نقش آن در تشدید استرس و سایر مشکلات، به‌کارگیری ذهن آگاهی در تعدیل تکانشگری، تمرین پنج‌دقیقه‌ای «دیدن» یا «شنیدن»، آرمیدگی عضلانی، تمرین نوار مراقبه متحرک، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و تعیین تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: تشریح اضطراب و آگاهی از مکانیسم‌های آن، نقش اضطراب و استرس در ایجاد بیماری، ۱۵ دقیقه آرمیدگی عضلانی، ۱۵ دقیقه مراقبه نشسته و آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای - مقابله‌ای و بازنگری آن و تعیین تکلیف خانگی.

جلسه ششم: بیان افکار و رویارویی با آن، دیدن نوار ذهن و تسمه نقاله افکار برای آگاهی از آنچه در ذهن می‌گذرد و اینکه افکار فقط فکر هستند، مراقبه نشسته پانزده‌دقیقه‌ای، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، خلق افکار و تمرین نظرات با افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، معرفی و بیان نکاتی در مورد مدیریت خشم و تعیین تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: ارائه توضیحاتی در مورد سرگردانی ذهن و تمرکز بر بدن و حس‌های بدنی، حضور داشتن در لحظه حال، آگاهی از حس‌های دردناک بدن و دوری از پردازش‌های خودکار، تمرین

گروهی از افراد خواسته شد تا بحث‌های گروهی را به بیرون از جلسات درمانی منتقل نکنند و هر زمان تمایل داشتند می‌توانند جلسات گروهی را ترک کنند.

۲.۱. ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات روان‌شناختی از دو ابزار استفاده شد:

۱.۲.۱. مقیاس تکانشگری بارت - نسخه ۱۱

مقیاس خودگزارشی تکانشگری بارت شامل ۳۰ سؤال مدرج چهارنمره‌ای (لیکرتی) است که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. محتوای این مقیاس در قالب سه عامل تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه‌ریزی خلاصه می‌شود. تکانشگری توجهی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌سازی بلافاصله، تکانشگری حرکتی نشان‌دهنده عمل بدون فکر و تأمل، و تکانشگری مبنی بر عدم برنامه‌ریزی مبین بی‌توجهی به آینده‌نگری در رفتار و اعمال است. استنفورد و همکاران [۱۹] به بررسی ۱۶ پژوهش در رابطه با پایایی این آزمون پرداختند که مقدار ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ متغیر بود. نسخه فارسی مقیاس تکانشگری بارت - ۱۱ از روی نسخه انگلیسی ترجمه و سپس اعتباریابی شده است [۲۰]. به‌منظور بررسی ساختار عامل مقیاس تکانشگری بارت از روش تحلیل عامل به‌شیوه مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. نتایج ضریب آلفای کرونباخ با فاصله ۲ هفته برای کل مقیاس تکانشگری بارت برابر ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی آزمون برای نمره کل برابر ۰/۷۷ است. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها نشانگر میزان روایی رضایت‌بخش این مقیاس است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تکانشگری بارت - ۱۱ در این پژوهش برابر ۰/۶۷ به‌دست آمد.

۲.۲.۱. شاخص حساسیت اضطرابی

شاخص حساسیت اضطرابی یک مقیاس شانزده‌آیتمی است که ترس از تجربه کردن علائم اضطرابی را ارزیابی می‌کند. آیتم‌ها روی یک مقیاس پنج‌نقطه‌ای (۰ = بسیار کم تا ۴ = بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. با روش تحلیل عاملی، دو عامل اصلی ترس از احساسات بدنی و ترس از فجایع ذهنی را عوامل اصلی حساسیت اضطرابی معرفی کردند [۲۱]. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش می‌کند. بازآزمایی بعد از ۲ هفته، ۰/۷۵ و به مدت ۳ سال، برابر ۰/۷۱ است که نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است. این شاخص در ایران ترجمه و سپس اعتباریابی شده است [۲۲]. نسخه فارسی شاخص حساسیت اضطرابی دارای پایایی بازآزمون ۲ هفته برابر ۰/۷۵ و ۳ هفته برابر ۰/۷۱ است که رضایت‌بخش محسوب می‌شود. روایی هم‌زمان از

موقعیت‌های استرس‌زا بیان شد [۲۳]. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و مفروضه‌های آن با کمک نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۰) برای تجزیه و تحلیل آماری در سطح معناداری برابر ۰/۰۵ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره‌های تکانشگری و حساسیت اضطرابی را در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره گروه‌ها در تکانشگری و حساسیت اضطرابی

گروه	متغیر گروه	آزمون‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	بیشترین نمره	کمترین نمره
کنترل	تکانشگری	پیش‌آزمون	۱۲	۶۷/۰۰	۹/۴۰	۸۱	۵۳
		پس‌آزمون	۱۲	۶۴/۰۰	۸/۲۶	۷۹	۵۳
	حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	۱۲	۳۵/۹۱	۹/۸۷	۵۱	۲۸
		پس‌آزمون	۱۲	۳۲/۳۳	۱۱/۵۵	۴۸	۲۹
آزمایش	تکانشگری	پیش‌آزمون	۱۲	۶۶/۷۵	۸/۸۱	۸۰	۵۳
		پس‌آزمون	۱۲	۵۶/۲۵	۴/۵۹	۶۳	۵۰
	حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	۱۲	۴۶/۴۱	۵/۸۲	۵۵	۳۹
		پس‌آزمون	۱۲	۳۸/۸۳	۵/۶۲	۵۰	۳۰

واریانس‌ها مقدار F در متغیر تکانشگری برابر با ۱/۶۳ و سطح معناداری ۰/۲۱ و در حساسیت اضطرابی مقدار F برابر با ۰/۱۵ و سطح معناداری ۰/۷۰ است. بنابراین چون تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه آزمایش و گواه) معنادار نیست، پس فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود.

مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده‌برآیی می‌شود، تمرکز به تسلط یافتن بر امور و لذت بردن، آماده شدن برای اتمام دوره، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن و دادن تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: تمرین واریسی بدنی، آرمیدگی عضلانی، بازنگری تکلیف خانگی، بازنگری کل برنامه درمانی و تمرین حضور تمرکز بر حس، واریسی بدنی و یوگا، تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمدی؛ در انتهای این جلسه به‌منظور جمع‌بندی پایان دوره، نکاتی درمورد استفاده بهتر از این مهارت‌ها به‌خصوص در مواقع مواجهه با

در بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون برابری خطای واریانس لوین استفاده شد. نتایج این آزمون برای تکانشگری ۰/۰۵ F = و سطح معناداری ۰/۸۱ p = و در حساسیت اضطرابی ۰/۱۵ F = و سطح معناداری ۰/۶۹ p = و فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر معنادار نبود و به محقق اجازه می‌دهد فرض کند که واریانس‌ها مساوی هستند. به‌منظور آزمون فرض همگنی

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون تکانشگری و حساسیت اضطرابی گروه آزمایش و گواه

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	df فرضیه	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
اثر پیلای	۰/۳۴	۴/۹۸	۱۹	۲	۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۶۵	۴/۹۸	۱۹	۲	۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۰۱
اثر هتلینگ	۰/۵۲	۴/۹۸	۱۹	۲	۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۲	۴/۹۸	۱۹	۲	۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۰۱

متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ درج شده است.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < ۰/۰۵$ تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت دستکم در یکی از

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تکانشگری و حساسیت اضطرابی گروه آزمایش و گواه

نام آزمون	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	p	توان آماری	اندازه اثر
تکانشگری	۲۳۱/۹۰	۱	۲۳۱/۹۰	۸/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۳۰
حساسیت اضطرابی	۳۰/۰۲	۱	۳۰/۰۲	۵/۶۲	۰/۰۲	۰/۷۱	۰/۶۱

همچنین تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه، از لحاظ متغیر حساسیت اضطرابی در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۱٪ تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر حساسیت اضطرابی مربوط به مداخله آزمایشی است و توان آماری برابر با ۷۱٪ است.

بروز و شدت رفتارهای تکانشگرانه است. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش تمرینات و تکنیک‌هایی مانند آرمیدگی پیش‌رونده عضلانی، مراقبه عالی، هاتا یوگا به صورت منظم روزانه و نیز هنگام احساس فشار می‌تواند بیش‌واکنش به محرک‌های محیطی و احساسی را کاهش دهد. بیش‌واکنشی به محرک‌های محیطی یکی از مؤلفه‌های مهم تکانشگری است. این مسئله به شکل‌گیری نگرش سالم‌تر و کارآمدتر در فرد منجر می‌شود که متعاقباً پاسخ‌های مناسب‌تر به فشارهای محیطی و استرس‌های ناشی از بیماری در فرد مبتلا به زخم گوارشی را دربردارد. هنگامی که ادراک دقیق از پاسخ‌های ذهنی فرد به محرک‌های درونی و بیرونی ایجاد شود، به توسعه بینشی منجر می‌شود که توانایی عملی فرد در دنیای واقعی و حس کنترل او افزایش می‌یابد [۱۳]. ذهن آگاه بودن می‌تواند استدلال اخلاقی و تصمیم‌گیری منطقی را در فرد بهبود بخشد. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا به میل خود برای انجام سریع کنش، بدون در نظر گرفتن عواقب آن، آگاهی پیدا کند و مانند یک مشاهده‌گر این فرایند را بنگرد و به ابعاد گوناگون تصمیم و میل خود توجه بیشتری داشته باشد [۱۴] و این مسئله می‌تواند در تعدیل تکانشگری نقش اساسی ایفا کند.

مبتلایان به زخم‌های گوارشی دارای رگه‌های شخصیتی تکانشگری و حساسیت اضطرابی هستند که نسبت به جمعیت بیشتر است. استفاده از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن-آگاهی، از طریق درک و شناخت بیشتر احساسات و باورهای خود درباره رویدادها و حوادث گذشته و حال، می‌تواند در کنترل احساسات منفی مبتلایان مؤثر واقع شود. این پژوهش با موانع و مشکلاتی مواجه است؛ از جمله محدود بودن نمونه به گروه‌های دانشجویی مبتلا، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی و محدودیت‌های اجرایی در زمان اجرای پژوهش متناسب با برنامه زمانی محدود دانشجویان. پیشنهاد می‌شود تا متخصصان حوزه

با توجه به مندرجات جدول ۳، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر تکانشگری در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد ۳۰٪ تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر تکانشگری مربوط به مداخله آزمایشی است و توان آماری برابر با ۸۰٪ است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی دانشگاه شهید چمران اهواز بود. نتایج این پژوهش نشان داد این روش درمانی می‌تواند در تعدیل شخصیت تکانشگر و کاهش حساسیت اضطرابی اثربخش باشد. تحقیقات اندک درباره اثربخشی درمان‌های موج سوم در کاهش زخم‌های گوارشی مانع ایجاد نگرش زیستی - روانی - اجتماعی در آسیب‌شناسی و درمان این اختلال شده است. یافته‌های کنونی با نتایج پژوهش بارکون و همکاران [۲]. جونز [۳]. و لون اشتاین و همکاران [۵]. مبنی بر نقش عوامل فشارزا و بروز ریسک‌فاکتورهای روان‌شناختی در ایجاد زخم‌های گوارشی همخوانی دارد. از سوی دیگر یافته‌های کنونی با دستاوردهای مقاله گلی و همکاران [۲۴] و کفر و همکاران [۲۵] در حیطه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی منتهی به کاهش زخم گوارش همسوست. احساسات منفی (نظیر غم، ترس و تشویش، افکار فاجعه‌پندار و نشخوار فکری درمورد آینده) و حس‌های بدنی منفی (نظیر درد ناشی از بیماری‌های مزمن) هریک می‌توانند منبع بروز استرس در افراد باشند. در مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی از افراد خواسته می‌شود تا مشاهده‌گر جریان‌های ذهنی خود باشند. منظور از جریان‌های ذهنی عبارت است از احساسات، افکار و حس‌های بدنی که هریک می‌توانند منبع بالقوه اضطراب و در نتیجه استرس در افراد مستعد باشند. همچنین این مداخله به افراد می‌آموزد که صرفاً با مشاهده بدون داوری درباره همه این منابع (احساسات، افکار و حس‌ها)، نه از آن‌ها اجتناب کنند که خود می‌تواند باعث تشدید آن‌ها شود و نه تسلیم صرف آن‌ها شوند. همچنین برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک مداخله مؤثر در کاهش

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده دوم است که با کد اخلاق ۲۳۹ در شورای اخلاق دانشگاه شهید چمران اهواز به ثبت رسیده است.

پزشکی و بیماری‌های داخلی و گوارش به اهمیت روان‌درمانی در کنترل علائم بیماری زخم گوارش توجه کنند و آن را در برنامه‌های درمانی خود قرار دهند. همچنین در محیط‌های دانشجویی کارگاه‌های سلامت با محوریت بیماری‌های گوارش برگزار گردد و روش درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به آن‌ها آموزش داده شود.

References

- [1]. Najm WI. Peptic ulcer disease. *Prim Care* 2011; 38(3): 383-39.
- [2]. Barkun A, Leontiadis G. Systematic Review of the symptom Burden, Quality of life Impairment and Costs associated with Peptic Ulcer Disease. *Am J Med* 2010; 123: 358-66.
- [3]. Jones MP. The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease: Beyond helicobacter pylori and NSAIDs. *J Psychosom Res.* 2006; 60(4): 407-12.
- [4]. Levenstein S. The very model of a modern etiology: A bio psycho social view of peptic ulcer. *Psychosom Med* 2000; 62(2): 158-76.
- [5]. Levenstein S, Rosenstock S, Jacobsen RK, Jorgensen T. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of helicobacter pylori infection or use of non steroidal anti-inflammatory drugs. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 7:1-16.
- [6]. Alizadeh fard S. Investigate the relationship between alexithymia and peptic ulcer disease: whether aggression is a mediator variable?. *J of Health Psychology* 2012; 1(4): 28-32. (Persian)
- [7]. Vafaie B, Golabi J. Surveying the association between life stresses and gastrointestinal diseases (peptic ulcer). *J of Medical Science* 2004; 28(4): 285-89. (Persian)
- [8]. kharamin Sh, Nili H, Mohamadi A, Mobasheri Gh. Compare ways to deal with stress in patients with gastric and duodenal ulcers, irritable bowel syndrome and normal individuals. *J of Armaghan Danesh* 2009; 13(2): 104-94. (Persian)
- [9]. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. *Am Med* 2010; 123(4): 358-66.
- [10]. Granö N, Puttonen S, Elovainio M, Virtanen M, Väänänen A, Vahtera J et al. Impulsivity as a predictor of newly-diagnosed peptic ulcer disease: A prospective cohort study. *Pers Individ Dif* 2006; 41(8): 1539-50.
- [11]. Goodwin RD, Talley NJ, Hotopf M, Cowles RA, Galea S, Jacobi F. A link between physician-diagnosed ulcer and anxiety disorders among adults. *Annu Epidemiol* 2013; 23(4):189-92.
- [12]. Keough E, Dillon C, Georgiou C, Hunt C. Selective attentional biases for physical threat in physical anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord* 2001; 15: 299-315.
- [13]. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits a meta-analysis. *J Psychosom res* 2004; 57(1): 35-43.
- [14]. Han KS. The effect of an integrated stress management program on the psychological and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. *Intl J nurs stud* 2002; 39: 539-48.
- [15]. Eyles C, Leydon GM, Hoffman CI, Copson ER, Prescott P, Chorozoglou M et al. Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety and depression in women with metastatic breast cancer: A mixed methods feasibility study. *Integr Cancer Ther* 2014;14(1): 42-56.
- [16]. Jeevitaa S, Krishna R, Kashinath GM, Nagaratna R, Nagendra HR. Mindfulness and impulsivity in diabetes mellitus. *Int J Indian Psychol* 2014; 2(1): 14-20
- [17]. Samuelson M, Carmody J, Kabat-Zinn J, Bratt MA. Mindfulness-based stress reduction in massachusetts correctional facilities. *Prison J* 2007; 87(2): 254-268.
- [18]. Mantziosas M, Giannou K. Group vs. single mindfulness meditation: Exploring avoidance, impulsivity and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Psychol Health Wellbeing* 2014; 6(2): 173-91.
- [19]. Stanford MS., Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* 2009; 47(5): 385-95.
- [20]. Javid M, Mohamadi N, Rahimi CH. The psychometric properties of the Persian version of Barratt Impulsiveness Scale eleventh edition. *Journal of Psychology Methods and Models* 2012; 2(8): 23-34. (Persian)
- [21]. Schmidt NB, Joiner TE. Structure of the anxiety sensitivity index psychometrics and factor structure in a community sample. *J Anxiety Dis* 2002; 16: 33-49.
- [22]. Ghasemi Nejad MA, Zargar Y, Mehrabi Zadeh Honarmand M. Examine the role of anxiety sensitivity, alexithymia, positive and negative emotions and mental health in predicting asthma. *Urmia Medical J.* 2013; 24(9): 719-29. (Persian)
- [23]. Goldstein E, Stahl B. A mindfulness-based stress reduction workbook. Oakland, California, United States: New Harbinger Publications; 2010.
- [24]. Goli F, Javanmard GH. Mindfulness Based Stress Reduction on Negative Emotions about Disease's Signs in Patients with Gastrointestinal Disorders. *Bi qrtly Asian J Health Psycholo.* 2016; 1(2):73-82.
- [25]. Keffer L, Palsson OS, Pandolfino JE. Best Practice Update: Incorporating Psycho gastroenterology Into Management of Digestive Disorders. *Gastroenterology* 2018; 154:1249-57.

The Effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction on Impulsivity and Anxiety Sensitivity Among Students with Peptic Ulcers

Soodabeh Bassak Nejad*¹, Alireza Badri Alikordi², Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³

1. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2. M. Sc., of clinical psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
3. Professor of Psychology, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Abstract

Background Peptic ulcers is a common psycho- physiologic disease among students. The aim of the present study was to experiment of the effectiveness of Mindfulness Based on Stress Reduction on anxiety sensitivity and impulsivity among Shahid Chamran university of Ahvaz students with peptic ulcers.

Materials & Methods Through a quasi-experimental design with the pre-test, post-test and follow-up with the control group, a total number of 24 BA level students with peptic ulcers were selected through available sampling and divided to [12 experimental group] and [12 control group]. The experimental group received eight sessions of Mindfulness Based Stress Reduction through two 120-minute sessions per week. The instruments applied comprised Baret Impulsivity Scale [BIS-11] and Anxiety Sensitivity Index [ASI], which were answered in three phases, namely prior to the treatment, after the treatment and one-month follow-up.

Results The results of Multivariate covariance showed that Mindfulness-Base Stress Reduction reduces the impulsivity ($F= 8.80, p= 0.001$) and anxiety sensitivity ($F= 5.62, p= 0.02$) in the experimental group compared with the control group, in posttest.

Conclusion Considering the efficacy of this treatment on impulsivity and anxiety sensitivity, we suggested that Mindfulness Based on Stress Reduction with other medical treatment operate for peptic ulcers.

Received: 2018/05/14

Accepted: 2018/07/22

Keywords: Mindfulness Based Stress Reduction, Peptic ulcers, Impulsivity, Anxiety sensitivity.