

باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بین افراد سالم و بیماران سندروم روده تحریک

دکتر توکل موسی زاده^{۱*}، دکترعباس ابوالقاسمی^۲، علی اصغر ادبی^۳، خدیجه فولادلو^۳

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل tavakkol.mousazadeh@gmail.com

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اردبیل

چکیده

مقایسه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بین افراد سالم و بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بیمارستان امام خمینی اردبیل انجام شد. جامعه آماری را بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک بیمارستان اردبیل تشکیل دادند. نمونه بیمار پژوهش از بین افراد مبتلا به سندروم روده تحریک که در فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۹۱ به بیمارستان امام مراجعه و توسط پزشک تشخیص داده شده اند به تعداد ۱۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. گروه سالم به تعداد ۱۲۰ نفر از اولیا دانش آموزان مدرسه اردبیل بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد بین نمرات باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر افراد سالم و بیماران مبتلا به این سندروم تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر بین افراد سالم و بیماران سندروم روده تحریک پذیر متفاوت است.

کلید واژه‌ها: روده تحریک پذیر؛ باورهای فراشناخت؛ کنترل فکر

مقدمه

سندروم روده تحریک پذیر بیماری شایعی است باعث درد شکم و اختلال در دفع می‌شود که بنظر می‌رسد اختلالات روان و نیز اعصاب مرکزی در پیدایش آن دخیل می‌باشد و همچنین میتواند همراه با ناتوانی مهم و صرف هزینه‌های بالایی باشد. شیوع آن بالا گزارش شده است به طوری که شایع ترین علت ارجاع بیماران به متخصصین گوارش و ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران ارجاعی را تشکیل می‌دهد. مطالعات همه گیری شناختی انجام شده طی بیش از دو دهه گذشته نشان میدهد که ۱۰ تا ۲۰ درصد افراد در جمعیت عمومی نشانه‌های مطابق با سندرم روده تحریک‌پذیر یا آی‌بی‌اس (*IBS*) را تجربه می‌کنند (دراسمن، ۲۰۰۲). همچنین استرس‌های روانی و عوامل تروماتیک نقش مهمی در شروع و تداوم علائم این سندروم داشته اند (فولکرز، ۲۰۰۴). عوامل روانشناختی به طرق مختلف می‌تواند در بروز سندرم روده تحریک پذیر موثر باشند. به عنوان مثال، استرس اضطراب و حالات هیجانی منفی نظیر خشم، دستگاه اعصاب روده ای نسبت به حالات هیجانی فوق العاده حساس است و در مواقع هیجانی کارکرد حرکتی در روده باریک کاهش یافته و در روده بزرگ افزایش می‌یابد که ممکن است مسئول علائم روده ای مانند این سندرم باشد. درمانهای دارویی برای درمان این افراد غیر موثرند و لذا باعث مراجعات مکرر این افراد به پزشکان می‌شود و اغلب نیز برای این بیماران درمانهای ترکیبی و رویکردهای مختلفی در نظر گرفته می‌شود. از جمله این موارد می‌توان به رویکردهای دارویی، شناختی اشاره کرد. فراشناخت یکی از متغیرهای مهمی است که در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی آسیب جدی می‌بیند رویکرد فراشناختی ادعای کار بر روی این مشکلات اضطرابی و افسردگی را دارد (ولز و متوس، ۱۹۹۴). اگر فرد بتواند در اوضاع بحرانی جسمانی و موقعیتهای روانی از جمله

اضطراب، خشم، نگرانی، که جزئی لاینفک زندگی شهری محسوب میشود. از راهبردهای فکری مناسب و باورهای فراشناختی مفید استفاده کند و یا اینکه از راهبردها و باورهای نامناسب استفاده نکند میتواند کمک شایانی را در کاهش استرس دریافتی و مدیریت استرس بازی کند. تحقیق حاضر در پی پاسخگویی به این سوال می‌باشد که آیا بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل تفکر در افراد سالم و بیماران سندرم روده تحریک پذیر بیمارستان امام خمینی اردبیل تفاوت وجود دارد؟

روش

شرکت‌کننده‌ها و طرح پژوهش

نوع مطالعه در این پژوهش از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بیمارستان امام خمینی اردبیل تشکیل می‌دهند. نمونه بیمار پژوهش از بین افراد مراجعه کننده که در فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۹۱ به بیمارستان امام اردبیل مراجعه و توسط پزشک متخصص تشخیص این سندروم را داده به تعداد ۱۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. گروه سالم به تعداد ۱۲۰ نفر از اولیا دانش آموزان مدرسه اردبیل بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

باورهای فراشناختی: یک مقیاس خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس مدل اجرایی خود تنظیمی (ولز و متوز، ۱۹۹۶) ساخته شده است و دارای ۳۰ گزینه و گزینه‌های آن از طریق مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (۱=کاملاً موافقم تا ۴=کاملاً مخالفم) محاسبه می‌شوند. پرسشنامه فراشناخت، ابعاد فراشناختی را در پنج خرده مقیاس جداگانه بررسی می‌کند که عبارتند از باورهای مثبت فراشناختی در مورد نگرانی، باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی پایین، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی (ولز و کارترایت -هاوتون، ۲۰۰۴). ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاسها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گسترده است و ضریب همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بوده است. نمره کلی برابر ۷۵ درصد ۱- مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، ۷۹ درصد ۲- باورهای منفی درباره نگرانی ۵۹ درصد ۳- اطمینان شناختی ۶۹ درصد، ۴- لزوم کنترل افکار ۷۴ درصد ۵- خودآگاهی شناختی ۸۷ درصد بوده است. (ولز، ۲۰۰۹)

پرسشنامه راهبردهای کنترل تفکر: این پرسشنامه به منظور ارزیابی تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار ناخوشایند و مزاحم تهیه شده است پرسشنامه کنترل افکار یک پرسشنامه 30 گویه ای است که پنج راهبرد آسیب زا که فرد جهت کنترل افکار نامطلوب و مزاحم به کار میبرد را می‌سنجد. که عبارتند از: بازآزمایی، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و حواسپرتی. ماده‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت بوده و هر سوال دارای چهار گزینه میباشد. هر یک از خرده دارای 6 سوال میباشد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است و از همبستگی آزمون مجدد در یک فاصله ۶ هفته ای نتایج ذیل بدست آمده است: توجه برگردانی (۰/۷۲) کنترل (۰/۷۹) نگرانی (۰/۷۱) تنبیه (۰/۶۴) ارزیابی مجدد (۰/۶۷) (محمد خانی ۱۳۸۸).

شیوه اجرا

گردآوری اطلاعات بوسیله پرسشنامه صورت پذیرفت. اطلاعات بوسیله پرسشنامه مداد کاغذی که بصورت خود اظهاری پاسخ داده میشود گردآوری شد. شامل دو سری پرسشنامه (30-MCQ و 30-TCQ) است. پس از جمع آوری داده‌ها اطلاعات بدست آمده با استفاده از روشهای آمار توصیفی، از جمله فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و روشهای آمار استنباطی از جمله تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA جهت تحلیل فرضیه‌های تحقیق استفاده شد.

نتایج

همانطور که در جدول ۱ زیر مشاهده می‌شود میانگین نمرات تمام مولفه‌های فراشناخت در گروه دارای سندرم روده تحریک پذیر بالاتر از گروه سالم می‌باشد. میتوان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات افراد دارای سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم در مولفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره نگرانی، اطمینان شناختی، لزوم کنترل افکار، خودآگاهی شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای مولفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره نگرانی، اطمینان شناختی، لزوم کنترل افکار، خودآگاهی شناختی در سطح $P < 0/05$ معنادار است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

مولفه‌های فراشناخت	گروه سالم		گروه سندرم روده تحریک پذیر	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۲۰	۱۳/۹۳	۳/۱۰۵	۱۲۰
باورهای منفی کنترل ناپذیری خطر	۱۲۰	۱۴/۰۹	۳/۵۵۳	۱۲۰
اطمینان شناختی ضعیف	۱۲۰	۱۳/۳۶	۴/۴۱۱	۱۲۰
لزوم کنترل افکار	۱۲۰	۱۵/۹۵	۳/۱۲۲	۱۲۰
خودآگاهی شناختی	۱۲۰	۱۶/۷۰	۴/۴۶۰	۱۲۰
جمع	۱۲۰	۷۴/۸۴	۱۸/۶۵	۱۲۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق میانگین نمرات تمام راهبردهای کنترل فکر در گروه دارای سندرم روده تحریک پذیر بالاتر از گروه سالم می‌باشد. نتیجه آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای راهبردهای کنترل اجتماعی، نگرانی، ارزیابی مجدد، تنبیه و حواسپرتی در سطح $P < 0/05$ معنادار است. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم در راهبردهای کنترل اجتماعی، نگرانی، ارزیابی مجدد، تنبیه و حواسپرتی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های راهبرد کنترل فکر

های راهبردهای کنترل فکر	گروه سالم		گروه سندرم روده تحریک پذیر	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
کنترل اجتماعی	۱۲۰	۱۴/۸۸	۳/۱۸۰	۱۲۰
نگرانی	۱۲۰	۱۲/۷۲	۳/۷۵۱	۱۲۰
ارزیابی مجدد	۱۲۰	۱۵/۲۰	۲/۷۶۱	۱۲۰
تنبیه	۱۲۰	۱۳/۱۰	۳/۹۶۹	۱۲۰
حواسپرتی	۱۲۰	۱۵/۴۷	۳/۱۱۹	۱۲۰

بحث

بر اساس یافته‌های تحقیق نسبت F بدست آمده در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) معنادار می‌باشد. در نتیجه دو گروه (دارای سندرم روده تحریک پذیر و سالم) حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (مولفه‌های فراشناخت) با هم متفاوت بوده و تفاوت معناداری دارند. همچنین نتایج تحقیق نشان داد بین میانگین نمرات افراد دارای سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم در مولفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره نگرانی، اطمینان شناختی، لزوم کنترل افکار، خودآگاهی شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. عبارت دیگر بین باورهای فراشناختی افراد سالم و سندرم روده تحریک پذیر تفاوت وجود دارد. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیق احمدی طهورسلطانی، نجفی (۱۳۹۰)، بهرامی و رضوان (۲۰۰۷)، اسپادا و نیکوویچ (۲۰۰۸) همسو است. بر اساس یافته‌های تحقیق نسبت F بدست آمده در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) معنادار می‌باشد. در نتیجه دو گروه (دارای سندرم روده تحریک پذیر و سالم) حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (راهبردهای کنترل فکر) با هم متفاوت بوده و تفاوت معناداری دارند. همچنین نتایج نشان داد بین میانگین نمرات افراد دارای سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم در راهبردهای کنترل اجتماعی، نگرانی، ارزیابی مجدد، تنبیه و حواسپرتی تفاوت معنادار وجود دارد. عبارت دیگر بین راهبردهای کنترل فکر افراد سالم و سندرم روده تحریک پذیر تفاوت وجود دارد. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیق زرگر، داوودی، فتاحی نیا، مسجدی زاده (۱۳۹۰)، لیدیارد (۲۰۰۱)، مایر، همسو است. یافته‌ها نشان داد که باورهای فراشناختی که افراد بصورت فرارزیابی‌های منفی از غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها خود دارند عامل اساسی در شکل گیری نگرانی بیمارگون است بر پایه یافته‌های این پژوهش و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیماران آموزش داد تا باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر خود را تغییر داده که این خود باعث کاهش استرس دریافتی و مدیریت استرس این بیماران بازی کند شیوه‌های درمانی باید در راستای تغییر باورهای منفی بیماران در زمینه نگرانی و فراهم ساختن راهبردهای جانشین برای مقابله با تهدید باشد. وقتی این باورها و ارزیابی‌های فراشناختی به طور موثرتری بهبود یافت سپس درمانگر باید به فرمول بندی و چالش با باورهای مثبت در باره نگرانی بپردازد. هم چنین از آنجا که این بیماران از راهبردهای کنترل فکر ناسازگارانه استفاده میکنند بهتر است در درمان این بیماران شیوه‌های مقابله ای سازگارانه به آنها آموزش داده شود. بنابراین درمان این بیماری صرفاً از طریق درمانهای غیر روانشناختی نه تنها نتیجه مثبتی ندارد بلکه منجر به صرف هزینه‌های مالی و زمانی برای بیمار خواهد شد. در صورت داشتن نگرش چند بعدی در این خصوص و همکاری متخصصین گوارش با روانشناسان میتوان کمک شایانی جهت درمان این بیماری انجام داد.

منابع

- ابراهیمی دریانی، ناصر؛ شیرزادف سمیرا؛ طاهر، محمد. (۱۳۹۰). سندرم روده تحریک پذیر: مروری بر تشخیص و درمان، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۹(۱)، ۴۹-۶۸.
- حقایق، سید عباس؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ طالبی، مجید. (۱۳۷۸). درمانگری شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به سندرم نشانگان روده تحریک پذیر. *روانشناسان ایرانی* ۴ (۱۶) ص ۳۸۶-۳۷۷
- خانی پور، حمید؛ سهرابی، فرامرز؛ طباطبایی، سعید. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱ (۱)، صص ۷۱-۸۲.
- زرگر، یدالله؛ داوودی، ایران؛ فتاحی نیا، مرضیه؛ مسجدی زاده، عبدالرحیم. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم با کنترل سلامت روان در اهواز، *مجله علمی پزشکی*، ۱۰(۲)، صص ۱۳۱-۱۳۹.
- سالاری فر، محمد حسین؛ پوراعتماد، حمید رضا. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۳(۴)، صص ۲۹-۳۸.
- غلامرضایی، علی؛ میناکاری، محمد؛ نعمتی، کیانوش؛ دقاق زاده، حامد؛ توکلی، حمید؛ امامی، محمد حسن. (۱۳۸۹). علایم غیر روده ای و ارتباط آن با علایم روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *گوارش*، ۱۵(۲)، صص ۸۸-۹۴.

محمد خانی، شهرام؛ فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. *مجله ی روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳)، ۳۵-۵۱.

Blanchard, E. B., Lancerjm, S., Krasnerk, P. A. (2007). controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*.45(4), 633-48.

Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press , 4-79.

Archive of SID