# اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر

امیر عزیزی[۱]، جواد محمدی[۱*]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/۱۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۵/٤/۲۳

**چکیده**

***مقدمه:*** یکی از چالش های بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر کاهش کیفیت زندگی و چگونگی ادراک بیماری است. در دهه اخیر ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از درمان های موثر در درمان بسیاری از اختلالات معرفی شده است؛ هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

***مواد و روش ها:*** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی می باشد. نمونه آماری پژوهش، شامل ۳۰ بیمار مبتلاء به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که از میان کلیه بیمارانی که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و پس از مصاحبه، دریافت ملاک های تشخیصی Rome-III و تکمیل پرسش نامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده(۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. دو ماه پس از اتمام دوره ۸ جلسه ای(هفته ای یک جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای به مدت دو ماه) درمان ذهن آگاهی، پرسش نامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری در هر دو گروه اجرا شد. داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS vol.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

***یافته های پژوهش:*** درمان ذهن آگاهی در ارتقای کیفیت زندگی(P=0.005) و افزایش ادراک بیماری(P=0.002) بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری اثربخش بوده است.

***بحث و نتیجه گیری:*** به نظر می رسد که با اجرای درمان ذهن آگاهی می توان به ارتقای کیفیت زندگی و ادراک بیماری در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر کمک کرد.

**واژه های کلیدی:** روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی، ادراک بیماری، ذهن آگاهی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

*Email: javad.m60@gmail.com*

*Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.*



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

## مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر یکی از بیماری های شایع گوارشی است که بخش قابل توجهی از جامعه را درگیر می‌کند. در این بیماری گرچه از نظر ارگانیک علل خاصی وجود ندارد اما دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست یا نفخ موجود، کیفیت زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد(۱)، به گونه ای که غیبت از کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می روند(۲).

میزان شیوع این اختلال در کشورهای مختلف متفاوت است. بر اساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده است، شیوع آن را از ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش می دهند(۳،۴). سندرم روده تحریک پذیر بیماری دوران جوانی است و در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می کند(۵) و در زنان شایع تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد(۶).

بر اساس معیارهای تشخیصی روم به عنوان یک بیماری عملکردی یا اختلال روده ای مطرح گردید که با درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل سه بار در ماه در سه ماه گذشته یا حداقل از شش ماه قبل شروع شده باشند و همراه با دو یا بیشتر از معیارهای زیر: ۱) بهبود درد شکمی با اجابت مزاج؛ ۲) شروع درد شکمی با تغییر در دفعات اجابت مزاج؛ ۳) شروع درد شکمی با تغییر در قوام مدفوع(۷).

از دیگر متغیرهای مرتبط به سندرم روده تحریک پذیر، داشتن سبک زندگی ناسالم و کیفیت زندگی آسیب دیده و متعاقب آن، با بالا بودن اختلالات روان شناختی، بیماران مستعد اختلالات مربوط به سلامتی و بیماری هستند. کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه هایی از زندگی را مدنظر قرار می دهد که بیشتر تحت تاثیر بیماری یا سلامت می باشند و به میزان تاثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از بیماری و درمان آن بستگی دارد(۸). در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی این که به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است(۹). بنا بر این کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل ارزشی است که فرد علی رغم تاثیری که بیماری، جراحت یا درمان بر کنشوری، ادراکات و فرصت های اجتماعی وی دارند، برای زندگی خویش قائل است(۱۰).

یکی از چالش های مشترک و معمول بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر، به ویژه بیمارانی که با مسائل درمانی و پزشکی متعددی رو به رو هستند، رویارویی با بیماری و چگونگی ادراک آن است. در این راستا لونتال و دیفنباخ ۱۹۹۷، مدل خودتنظیم گری را که به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می پردازد، مطرح کردند. این مدل، رفتارهای سالم را نتیجه ادراک چندوجهی و پیچیده بیماری می داند. بر اساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری ایفا می کند(۱۱). ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری(مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری برحسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی و موثر بودن کنترل، درمان و بهبودی(۱۲).

با وجود مطالعات بسیاری که در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته، تنها اثربخشی تعداد اندکی از درمان ها اثبات شده است و درمان این اختلال اغلب دست نیافتنی است(۱۳). نیاز به شناسایی درمان های موثر بسیار مهم است، زیرا درمان سندرم روده تحریک پذیر هزینه های بسیار گزافی را به خود اختصاص می دهد و با اختلالات قابل توجهی در زمینه کیفیت زندگی، موقعیت شغلی و عملکرد جنسی در ارتباط است(۱۴).

از جمله روش های درمانی که می تواند در بهبود علائم جسمی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر موثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان ذهن آگاهی است. این درمان یک مداخله کوتاه مدت و ساختاریافته است که از روی مدل کاهش استرس مبنی بر ذهن آگاهی ساخته شده است و اصول درمان شناختی رفتاری به آن اضافه می شود(۱۵). ذهن آگاهی به عنوان یک احساس بدون



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتد، کمک می کند(۱۶). آموزش ذهن آگاهی باعث ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می شود که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است. به واسطه تمرین ها و تکنیک های مبنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت های روزانه خود و از به کار بردن خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد، از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آن ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود(۱۶،۱۷).

هر چند مطالعات مشابهی به طور کامل به بررسی تاثیر درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر صورت نگرفته است، با این حال برخی مطالعات اثربخشی این درمان را در این اختلال مورد بررسی قرار داده اند. به عنوان مثال یاتسون و همکاران ۲۰۱۰، درمان ذهن آگاهی را در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر با روش مواجهه ترکیب کرده اند و کاهش علائم روان شناختی و جسمی و ارتقای کیفیت زندگی را گزارش نمودند(۱۸).

در سال های اخیر ذهن آگاهی، به دلیل پیچیدگی و تنوع مشکلات برخی اختلالات که نیازمند یک برنامه ساختاریافته و دقیق هستند، در بهبود کیفیت زندگی دامنه نسبتاً متنوعی مورد استفاده قرار گرفته است. از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نکته که اکثر مطالعات، مسائل جسمی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر را در نظر گرفته اند و کمتر به بررسی ادراک بیماری در این بیماری پرداخته اند، وجود خلاء های بسیاری در ادبیات پژوهشی این حوزه، انجام مطالعات بیشتر را ضروری می سازد؛ به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری، بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر انجام گرفت.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل با انتساب تصادفی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی شهر تبریز اعم از دولتی و خصوصی مراجعه کرده اند. آزمودنی های این پژوهش شامل دو گروه از بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر بودند که به وسیله مصاحبه بالینی بر اساس ملاک های تشخیصی Rome-III مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و پرسش نامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری را تکمیل کردند. با توجه به این که در طرح های آزمایشی تعداد آزمودنی ها در هر یک از گروه ها حداقل باید ۱۵ نفر باشد(۱۹)، تعداد ۳۰ نفر از بیماران به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش(۱۵ نفر برای هر گروه که از نظر ویژگی های دموگرافیک چون مدت ابتلاء به بیماری، سن، وضعیت اقتصادی و سابقه شغلی همسان شده بودند) جایگزین شدند. یک گروه از آزمودنی ها در معرض درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ گونه مداخله ای بر روی آن ها اجرا نشد. درمان ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد. کیفیت زندگی و ادراک بیماری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه کیفیت زندگی و ادراک بیماری به صورت پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از پرسش نامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری سنجیده شد.

پس از انتخاب گروه های نهایی پژوهش، از آزمودنی های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به مراجعان این اطمینان را دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسش نامه ها محرمانه خواهد بود. ضمن این که جلسات درمان ذهن آگاهی در



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

کلینیک بزرگمهر شهر تبریز انجام شد.

ملاک های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارتاند از عدم دریافت درمان های روان شناختی قبل از ورود به پژوهش، دارا نبودن سایر اختلالات گوارشی ساختاری یا کارکردی همزمان، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی.

داشتن اختلال سایکوتیک و یا سایر اختلالات گوارشی همزمان، دارا بودن ملاک های کامل اختلال شخصیت در محور II، وجود مخاطراتی برای بیمار نظیر خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش وزن، کم خونی، اسهال شبانه، دل پیچه های شدید و سایر عواملی که در پژوهش تداخل ایجاد کند و هم چنین سایر مشکلاتی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می سازد به عنوان ملاک های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش می شود: پرسش نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر و پرسش نامه ادراک بیماری. پرسش نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر توسط پاتریک و دراسمن در سال ۱۹۹۸ برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر ساخته شده است(۲۰) و دارای ۳۴ سوال است که در یک طیف پنج درجه ای نمره گذاری می شود حداقل و حداکثر نمرات در این پرسش نامه ۳۴ و ۱۷۰ است. با توجه به نحوه پاسخ دهی به سوالات، نمرات کمتر، نشانگر کیفیت زندگی بالاتر است(۲۰). ابراهیمی دریانی ۲۰۰۳، روایی محتوایی این پرسش نامه را مطلوب و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرد(۲۱). برای ارزیابی ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر از پرسش نامه ادراک بیماری استفاده شد. این پرسش نامه توسط بردبنت و همکاران در سال ۲۰۰۶ به منظور سنجش واکنش شناختی به بیماری ساخته شده است(۲۲) و دارای ۹ سوال و ۹ خرده مقیاس ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان پذیری، شناخت علائم، نگرانی در مورد بیماری، قابلیت درک و فهم، واکنش عاطفی و جهت گیری علی است. دامنه نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. دامنه نمرات سوال ۹ (مربوط به علیت) از صفر تا ده است. آلفای کرونباخ برای این پرسش نامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است(۲۲).

در پژوهش حاضر پایایی پرسش نامه کیفیت زندگی و ادراک بیماری بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ برآورد شد. روایی آزمون با نظر ۱۰ تن از اساتید دانشگاه روان شناسی و علوم تربیتی تبریز مورد تایید قرار گرفت.

روش کاهش استرس مبنی بر ذهن آگاهی توسط کابات-زین در سال ۱۹۹۴ ارائه گردید و سپس به منظور کار با بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می بردند توسعه یافت. با این حال از همان آغاز این سبک درمانی برای درمان انواع دیگر اختلالات روانی به کار گرفته شد(۲۳). در پژوهش حاضر درمان ذهن آگاهی طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد. هر جلسه، دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و هم چنین تمرینات خارج از جلسه بود. خلاصه ای جلسات درمان ذهن آگاهی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

**جدول شماره ۱. پروتکل درمان ذهن آگاهی**

| جلسه | محتوای جلسات |
|---|---|
| جلسه اول | معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط مشی کلی جلسات، اجرای پیش آزمون و تمرین ابتدایی خوردن کشکمش، تنفس آگاهانه و وارسی بدن و تکلیف خانگی تنفس آگاهانه و وارسی بدن به کمک فایل صوتی. |
| جلسه دوم | تمرین وارسی بدن، تمرین مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات و تکلیف خانگی تمرین آگاهی از وقایع خوشایند و فعالیت های معمول روزانه زندگی. |
| جلسه سوم | تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و مشاهده و توجه به افکار تنها به عنوان افکار و نه به عنوان حقایق یا حوادث و تکلیف خانگی وارسی بدنی، نشستن آگاهانه با تمرکز بر تنفس، آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت های معمول متفاوت. |
| جلسه چهارم | انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک احساس بدن(به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)، معرفی پیاده روی آگاهانه و تکلیف خانگی وارسی بدنی، نشستن آگاهانه و طولانی، راه رفتن آگاهانه و به آگاهی آوردن واکنش ها در مقابل استرس و اضطراب. |
| جلسه پنجم | صحبت در خصوص گذاردن نیمی از دوره آموزشی و بیان تجربیات، اثرات تعهد به انجام تکالیف خانگی، نشستن آگاهانه و گسترش آگاهی از افکار، بحث درباره نقش ذهن‌آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره و تکلیف خانگی وارسی بدنی، راه رفتن، نشستن و تنفس آگاهانه و هم چنین تمرین در خصوص آگاهی از تمایز بین واکنش روزمره(بدون انتخاب آگاهانه) و پاسخ(انتخاب آگاهانه) در ارتباط با دیگران. |
| جلسه ششم | مراقبه نشستن طولانی مدت، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره و تکلیف خانگی شناسایی و آگاهی از احساسات و نام گذاری آن ها در طول هفته. |
| جلسه هفتم | مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین ها و تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق و تکالیف خانگی بر اساس تمرینات قبلی. |
| جلسه هشتم | بازنگری بدنی، مراقبه نشسته، بحث و بررسی کوتاه در خصوص موانع موجود در به کارگیری روش ها، علت یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی. |

سپس با استفاده از روش های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS vol.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌های پژوهش

در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر شرکت داشتند که حدود یک سال بود به بیماری مبتلا شده بودند، ۲۶/۱ درصد دارای مدرک دیپلم، ۳۷/۳ درصد لیسانس و ۳۶/۶ درصد کارشناس ارشد بودند و ۶۰ درصد آن ها را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی آن ها ۲۶ سال بود و ۳۶/۶ درصد آن ها مجرد و ۶۳/۳ درصد متاهل بودند. پس از اجرای درمان ذهن آگاهی، پس از دو ماه از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. در جدول شماره ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی(میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

**جدول شماره ۲. آماره های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و ادراک بیماری در گروه کنترل و آزمایش**

| گروه | متغیر | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ادراک بیماری | ۵/۷ | ۲/۰۲ | ۴/۱۳ | ۱/۶۲ |
| | کیفیت زندگی | ۲/۹۵ | ۰/۸۷ | ۲/۰۷ | ۰/۶۸ |
| کنترل | ادراک بیماری | ۵/۳۳ | ۱/۸۳ | ۵/۰۳ | ۱/۶۲ |
| | کیفیت زندگی | ۳/۲۷ | ۰/۹۶ | ۲/۹۷ | ۰/۸۵ |

همان گونه که در جدول شماره ۲ ملاحظه می شود بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می شود. پیش فرض های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس های متغیرهای وابسته که از پیش فرض های آماری استفاده از آزمون پارامتریک است، به وسیله آزمون های



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

کولموگروف–اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون ام باکس با مقادیر($P<0.05$) مورد تایید قرار گرفته است، لـذا می تـوان از تحـلیل کواریانـس چندمتغیره استفاده کرد.

**جدول شماره ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته**

| نام آزمون | ارزش | F | درجه آزادی فرضیه ها | درجه آزادی خطا | معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیلایی | ۰/۴۵۸ | ۱۱/۷۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۵۱۵ | ۱۱/۷۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| اثر هتلینگ | ۰/۹۴۳ | ۱۱/۷۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۹۴۳ | ۱۱/۷۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ |

جدول شماره ۳ نشان می دهد که سطوح اثر اصلی معنی داری برای متغیرهای وابسته وجود دارد($P=0.001, F(2,25)=11.79$).

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه کیفیت زندگی و ادراک بیماری گروه های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون و پیش آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

**جدول شماره ٤. نتایج تحلیل کواریانس برای متغیرهای کیفیت زندگی و ادراک بیماری**

| | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ادراک بیماری | ۳۸/۶۱ | ۱ | ۳۸/۶۱ | ۶۶/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | کیفیت زندگی | ۳/۶۴ | ۱ | ۳/۶۴ | ۸/۰۴ | ۰/۰۰۹ |
| گروه | ادراک بیماری | ۶/۹۰ | ۱ | ۶/۹۰ | ۱۱/۹۰ | ۰/۰۰۲ |
| | کیفیت زندگی | ۴/۳۳ | ۱ | ۴/۳۳ | ۹/۵۷ | ۰/۰۰۵ |
| خطا | ادراک بیماری | ۱۵/۰۷ | ۲۶ | ۰/۵۸ | | |
| | کیفیت زندگی | ۱۱/۷۷ | ۲۶ | ۰/۴۵۳ | | |

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر ادراک بیماری($P=0.002, F(26,1)=11.90$) و کیفیت زندگی($P=0.005, F(26,1)=9.57$) وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان ذهن اگاهی باعث ارتقای کیفیت زندگی و افزایش ادراک بیماری در بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر شده است. با توجه به فقدان یافته های پژوهشی در خصوص موضوع مورد بحث، می توان بیان داشت یافته های این پژوهش در راستای مطالعاتی قرار می گیرد که بیانگر فواید آموزش ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی–رفتاری موج سوم، در درمان بیماری های مزمن است(۲۴). همسو با یافته های پژوهش حاضر گراسمن و همکاران ۲۰۰۴، طی مطالعه ای نشان دادند که درمان ذهن آگاهی مبنی بر کاهش استرس در ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و کاهش مشکلات جسمی–روانی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر موثر است(۲۵).

یافته های پژوهش حاضر همسو با مطالعات گی لورد و همکاران ۲۰۰۹، مبنی بر تاثیر ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهبود علائم جسمی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر(۲۶) و لجتسون و همکاران ۲۰۱۰، مبنی بر اثربخشی ذهن آگاهی همراه با تکنیک های مواجهه در کاهش علائم جسمی و روان شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر می باشد(۱۸). هم چنین محمدی، دریکوند و



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

عزیزی ۲۰۱۵، اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان دادند(۲۷).

تبیین پژوهشگران این است که روش ذهن آگاهی با توجه به رویکرد غیر قضاوتی به تجربیات درونی(احساسات و شناخت) با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش رویدادهای زندگی(که می توانند تغییر یابند)، به ادراک بیماری IBS کمک می‌کند. به طوری که تکنیک های ذهن آگاهی به بیماران مهارت های شناختی و رفتاری مورد نیاز برای ارتقای کیفیت زندگی را داده و به کاهش عوارض سندرم روده تحریک پذیر می انجامد. از سوی دیگر تاکید بر توجه آگاهانه در زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند و عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آن ها باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم جسمی و روانی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر می گردد(۱۷).

به طور کلی این پژوهش نشان داد درمان ذهن آگاهی در ارتقای کیفیت زندگی و افزایش ادراک بیماری، بیماران مبتلاء به IBS اثربخش است. بنا بر این برای مداخله در خصوص این سندرم و کاهش شیوع آن می توان از درمان ذهن آگاهی کمک گرفت.

یکی از مهم ترین کاستی های این پژوهش، به کارگیری صرف درمان ذهن آگاهی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر و عدم پیگیری پس از اجرای پس آزمون می باشد. لذا پیشنهاد می شود پژوهش های دیگر همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تاثیرگذار بر سندرم روده تحریک پذیر به عنوان مثال سبک های زیربنایی تفکر و نشخوار خشم را مدنظر قرار داده و تاثیر آن را با سایر عوامل روان شناختی موثر بر سندرم روده تحریک پذیر مورد بررسی قرار دهند. جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می گردد که درمان ذهن آگاهی را در درمان IBS به دفعات متعدد مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره های طولانی(حداقل یک سال) دنبال نمایند، هم چنین پیشنهاد می شود اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان ها از جمله دارودرمانی و درمان شناختی–رفتاری مورد بررسی قرار دهند.

## سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل مراکز درمانی شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

*References*

1.Gaman A, Bucur MC, Kuo B. Therapeutic advances in functional gastrointestinal disease: irritable bowel syndrome. Therap Adv Gastroenterol 2009; 2: 81-169.

2.Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. Am J Gastroenterol 2001; 96: 2184-93.

3.Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. Indian J Gastroenterol 2003; 22: 215-6.

4.Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. Indian J Gastroenterol 2005; 24: 225-6.

5.Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. Gastroenterology 2003; 125:19-31.

6.Lackner JM, Gellman R, Gudleski G, Sanders K, Krasner S, Katz L, et al. Dysfunctional attitudes gender and psychopathology as predictors of pain affect in patients with irritable bowel syndrome. J Cogn Psychotherap2005;19:151-61.

7.Kaplan BJ, Sadock V.A Synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 11th ed. New York Lippincott



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

Williams Wilkins Publication. 2015; P.365-66.
8.Norberg MM, Calanari JE, Cohen RJ, Riemann BC. Quality of life in obsessive compuslsive disorder an evaluation of impair ment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. Dep Anx2009; 25: 248-59.
9.Albert U, Mania, G, Bogetto F, Chiorle A, Matain D. Clinical predictors of health related quality life. Psychiatry J2010; 51:193-200.
10.Alakour NO, Khader YS, Shatnawi NJ. Qulity of life of life and assocated foctors anong Jourdanian adolescents with type diadetes me llitus. J Diabetes Its Compl 2010; 24: 43-7.
11.Leventhal H, Diefenbach M. The active side of illness cognition. In: Skelton JA, Croyle RT, eds. Mental Representation in Health and Illness. New York: Springer-Verlag 1991; 247–72.
12.Edger KA, Psychol D, Skinner TC. Illness representations and coping as predictors of emotional wellbeing in adolescents with type I diabetes. J Pediatr Psychol 2003; 28:485-93.
13. Mohamadi J, Gholamrezae S, Azizi A. [Effectiveness of dialectical behavior therapy on quality ofsleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome]. Iranian J Psychiatr Nurs 2015; 3: 21-30. (Persian)
14.Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. Am J Gastroenterol 2000; 95: 67-71.
15. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression A new approach to preventing relapse. New York UK Guilford Publication. 2002;P.231.
16. Leathy RL, Dennis T, Napolitano LA. Emotion regulation in psychology a practitioners guide 2010. 1th ed. Iran Arjomand Publications. 2015; P. 150-3.
17. Wells A. GAD metacognition and mindfulness an information processing analysis. Clin Psychol Sci Pract 2002; 9: 95-100.
18. Ljotsson B, Andreewitch S, Hedman E, Ruck C, Andersson G, Lindefors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome an open pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatr 2010; 41: 185-90.
19. Borg W, Gall J. [Quantitative and qualitative research methods in Psychology and educational sciences]. JTehran Beheshti Uni2015;2:455-6. (Persian)
20.Kanazawa M, Drossman DA, Shinozaki M, Sagami Y, Endo Y, Fukudo S. Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure IBS-QOL-J. Biopsychosoc Med2007;1:6.
21.Abrahimidaryani N. Validate specific quality of life questionnaire for patients with syndrome Irritable intestine digestive magazine. Con Gastroenterol Hepatol2003;42: 200-1.
22.Brodbent E, Petrie KJ, Main J, WeinmanJ. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res 2006; 60:631-7.
23.Kabatzinn J. Mindfulness based interventions in context: Past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract 2003;10:144-56.
24.Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychol Sci Pract2003; 10: 125- 43.
25.Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits a metaanalysis. J Psychosom Res 2004; 57: 35-43.
26.Gaylord SA, Whitehead WE, Coble RS, Faurot KR, Palsson OS, Garland EL, et al. Mindfulness for irritable bowel syndrome protocol development for a controlled clinical trial. BMC Comple Alt Med 2009; 9: 24.
27. Mohamadi J, Mir Drikvand F, Azizi A. [Efficacy of Mindfulness on Anxiety and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome]. J Mazandaran Uni Med Sci 2015; 25: 52-61. (Persian)



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]

# Mindfulness Efficacy on the Perception of the Disease and the Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome

*Mohamadi J[1]*, Azizi A[1]*

**(Received: March 7, 2016 Accepted: July 13, 2016)**


## Abstract

*Introduction:* One of the challenges of patients with irritable bowel syndrome is the quality of life and perception of the disease. In recent decade's mindfulness as one of the most effective treatments in the treatment of many disorders has been introduced. This study aimed to determine the effectiveness of mindfulness therapy on quality of life and perception of disease among patients with irritable bowel syndrome.

*Materials & Methods:* The research method was experimental (pretest-posttest control group and random assignment).The sample of the study consisted of 30 patients with irritable bowel syndrome who among all patients were admitted to hospitals in 2014. After the interview, the Rome-III diagnostic criteria and Quality of life and illness perception questionnaire, using random sampling (n=15 per group) the subjects were selected and randomly divided into two experimental groups and one control. Two months after the completion of 8 sessions (90-minute sessions a week for two months) of treatment, mindfulness and perceived quality of life questionnaire was administered to the patients in both groups. Using multivariate analysis of variance, SPSS vol.20 software was also used to analyze the data.

*Findings:* Mindfulness therapy in improving quality of life (P=0.005) and increasing the understanding of the disease (P=0.002) among patients with irritable bowel syndrome in the experimental group was significantly effective.

*Discussion & Conclusion:* It seems that the implementation of mindfulness therapy can improve the quality of life and perception of disease in patients with irritable bowel syndrome.


*Keywords:* Irritable bowel, Quality of life, Disease perception, Mindfulness

*Dept of Psychology, Faculty of Humanities, Lorestan University, Khoram Abad, Iran*
**Corresponding author Email: javad.m60@gmail.com*



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

[ DOI: 10.29252/sjimu.25.6.1 ]