

مقایسه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی در کاهش علائم، انعطاف پذیری و امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر

بیوک تاجری^۱، سارا پاشنگ^۲

و انیس خوش لهجه صدق^۳

سندرم روده تحریک پذیر (IBS) اختلال شایعی است که باعث درد شکم، نفخ و اختلال در دفع مدفوع شده و با مشکلاتی نظیر اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلالات شبه جسمی همراه است. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر انعطاف پذیری و امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳۰ زن بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر از مرکز مشاوره واحد علوم دارویی و بیمارستان رسول اکرم، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه درمان فرا شناخت، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل، کاربندی شدند. گروههای آزمایشی بسته‌های درمانی پذیرش و تعهد و فرا شناختی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دریافت کردند. نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد هر دو روش درمانی به یک اندازه باعث افزایش امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر شده اما، درمان فراشناختی بیشتر از پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری بیماران اثر گذار بوده است. از آنجا که بروز تغییر در عوامل زیستی و روانی - اجتماعی بر نشانگان روده تحریک پذیر اثر گذار است، باید مولفه‌های انعطاف پذیری و امیدواری در این بیماران برای ارتقای سلامت آنها مورد توجه قرار گیرد. واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان فرا شناختی، نشانگان روده تحریک پذیر، انعطاف پذیری، امیدواری

مقدمه

نشانگان روده تحریک پذیر در بین ۱۰ تا ۱۲ درصد جمعیت یعنی نزدیک به دو میلیون نفر دیده می‌شود (سلامت ملی انگلستان^۱ (NHS)). از علائم و مشکلات متعدد این بیماری میتوان به درد شکم

۱. دپارتمان روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران. کرج.

۲. دپارتمان روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران. کرج (نویسنده‌ی مسوول) sarahpashang@yahoo.com

۳. دپارتمان روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران. کرج.

و نفخ روده بزرگ اشاره کرد که بر سطح کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و زمان کار فرد اثر گذار است. برای کاهش علائم این مشکل روشهای متعددی وجود دارد بطور مثال علاوه بر دارو درمانی میتوان به تشخیص مثبت، بهبود سبک زندگی و مدیریت استرس اشاره کرد. در رژیم غذایی این افراد میتوان مواد غذایی فاقد گلوتن را برای بیماران که حساسیت گلوتن فاقد سلیاک^۲ دارند و یا آزاد کردن کربوهیدرات دریافتی، بمدت طولانی و محدودیت کربوهیدرات سراسری را تجویز کرد. این بیماران عمدتاً رضایت از زندگی پایبندی دارند و درمان آنها برای متخصصات چالش بزرگی است (الموست، تونبوم و سیمرن، ۲۰۱۶).

در بین درمانهای دیگر از جمله رواندرمانی میتوان به درمان شناختی رفتاری و خود مدیریتی بیشتر اشاره کرد. درمان فراشناختی که اخیراً در زمینه درک و درمان اختلالات هیجانی، اضطراب و افسردگی از نسل سوم روان درمانیها بکار گرفته میشود توجه خود را معطوف به اندازه، تغییر و پذیرش کرده است (محمد پوره، رحمانی، حاجی رسولیها، روشندل و قانعی، ۱۳۹۵) زیرا این روش بر راهبردها و فرایندهایی که شناختها را ارزیابی، کنترل و نظارت می کند تاکید دارد. فراشناخت، اطلاعاتی در رابطه با شناخت فرد از حالات درونی خود و راهبردهای مقابله ای موثر بر آنها را بیان میکند. این روش درمانی به نحوه تفکر و نقش آن در پردازش، سوگیری توجه، کنترل شناخت و محدودیتهای ناپایدار در پردازش، اشاره دارد. درمان فراشناختی مبنی بر ذهن آگاهی تجربه مربوط به احساسات بدنی را عامل اصلی اضطراب و نگرانی می داند و معتقد است این اضطراب و کوشش در کاهش یا دوری از آن منجر به بروز اضطراب گوارشی می شود، (ال- جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱). بسیاری از پژوهشها اثر بخشی این روش درمانی بر کاهش اضطراب را تایید می کنند (برگرسون، فوسلی، سانرهایجن، شانک، ۲۰۱۱).

رویکرد فراشناختی معتقد است که آسیب پذیری در اختلالات هیجانی تحت تاثیر الگوی توجه افراطی معطوف به خود و فعال شدن باورهای غیر منطقی ناسازگارانه و فرایندهای بازخوردی متقابل شکل می گیرد. در میان رواندرمانیها میتوان به انواع مداخلات مبتنی بر CBT برای کاهش اضطراب، بهبود علائم مرتبط با IBS و ارتقا عملکرد فرد اشاره کرد (تریپاتی و مهرتوا، ۲۰۱۵). IBS در بین زنان شیوع بیشتری دارد (تقریباً نسبت ۲ به ۱) و با اختلالات عملکردی دیگری مانند سوهاضمه نیز همپوشی دارد (نالیبوف، فریز و راپچی، ۲۰۰۸). از دیگر رویکردهای برگرفته از درمان شناختی

¹ Nation Health Service

1. Non-celiac gluten sensitivity

رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در کاهش علائم IBS بسیار موثر بوده است (فریرا، یوگنیکاس، ماریس و گیلاندر، ۲۰۱۱؛ ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زمینه‌گرایی عملکردی بنا شده است. مفروضه اصلی این رویکرد اشکال در اجتناب تجربه‌ای است که باعث می‌شود فرد از تجربه افکار و احساسات و سایر رویدادهای شخصی دوری کند. این روش درمانی جهت درمانهای اضطرابی مورد تایید قرار گرفته است (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶).

فرآیند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت‌آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا می‌شود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گفته می‌شود (جانسون، وود، دودینگ و تایلر، ۲۰۱۱) که در آن فرد به کارکرد قلبی خود بازمی‌گردد و به صورت آشکار، تمایل به افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (هیلند، ۲۰۰۳)، منجر به مقاومت در برابر آسیبها، مشارکت فعال و موثر فرد در محیط میشود (اکبری، ۲۰۱۴). روانشناسی مثبت‌گرا و روانشناسی سلامت سعی در تقویت عواملی مانند شادکامی، خوش‌بینی، خلاقیت، معنا در زندگی، خویشتن‌داری، حمایت اجتماعی، انعطاف‌پذیری و امید، در پیشگیری در تمامی سطوح و درمان بیماریهای جسمانی دارند (قمی، خدادادی سنگده، ۲۰۱۵). پژوهش حاضر بدنبال مقایسه درمان فرا شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امید و انعطاف‌پذیری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر است تا شاید بتواند مسیر درمان این گروه از بیماران را تا حدی هموار سازد.

روش

این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری شامل زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بود که به مرکز مشاوره علوم دارویی و بیمارستان رسول اکرم واقع در تهران، مراجعه کردند. از این جامعه، ۴۵ نفر که داوطلب شرکت در پژوهش بوده و معیارهای ورود را نیز داشتند، بصورت در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایشی ۱ (درمان پذیرش و تعهد) و ۲ (درمان فرا شناختی) و ۳ (گروه گواه) جایگزین شدند. برای ملاکهای ورود تشخیص پزشک مبنی بر وجود IBS و رضایت از شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل به بیماریهای خاص روانی و عدم تمایل شرکت در پژوهش بود. کلیه بیماران فرم کتبی رضایت آگاهانه را امضا نمودند و پژوهشگران متعهد شدند در پایان تحقیق آنان را در جریان نتایج قرار دهند. آزمودنی‌ها قبل و بعد و ۳ ماه بعد از اتمام مداخله‌ی با پرسشنامه‌ی

سرمایه‌ی روان‌شناختی^۱ (PCQ) مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز ساخته شد. این ابزار دارای ۲۴ گویه و ۴ خرده‌مقیاس خودکارآمدی (سوالات ۶ تا ۱)، امیدواری (سوالات ۱۲ تا ۷)، انعطاف‌پذیری (۱۸ تا ۱۳)، و خوشبینی (سوالات ۲۴ تا ۱۹)، است. پرسشنامه به روش لیکرت از ۱ تا ۶ تنظیم شده است. نمره پرسشنامه مذکور حاصل جمع نمرات هر یک از خرده‌مقیاس‌ها است که بصورت ۱= کاملاً مخالفم، ۲= مخالفم، ۳= تا حدودی مخالفم، ۴= تا حدودی موافقم، ۵= موافقم، ۶= کاملاً موافقم، بدست می‌آید. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های RMSEA, CFI در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ می‌باشد. خسروشاهی، هاشمی نصرت آبادی و بابا پور خیرالدین (۲۰۱۶) پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش آیت‌های انعطاف‌پذیری و امیدواری از این پرسشنامه مورد آزمون قرار گرفته است.

شیوه‌ی اجرا

آزمودنیها طی ۸ جلسه تحت مداخله‌ی درمان پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ی دریافت نکرد. در جدول ۱ پروتکلها در مانی ارایه شده است. و سه ماه بعد نیز جلسه تازه‌ی برای پیگیری و پر کردن مجدد پرسشنامه‌ها، برای هر مراجع در نظر گرفته شد.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی

بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱.

جلسه اول. پژوهشگر به معرفی درماندگی خلاق و کشف اهداف و تلاشهای ناموفق پرداخت و سعی داشت تا درمانجو به این بینش برسد که راهبردهای کنترل بکار گرفته شده او در مقابله با مشکلاتش از جمله نشانگان روده تحریک پذیر، ناکارآمد بوده است. درمانگر در ابتدای جلسه توضیحاتی را در زمینه این روش درمانی ارایه داد. همچنین از استعاره ببر گرسنه و استعاره گودال و معرفی چهار چوب ذهنی اگر- پس برای کاهش اضطراب بیمار استفاده شد.

جلسه دوم. در این مرحله به مراجع نشان داده شد که مشکلات روانی وی به شیوه انتخابی پاسخ او مربوط می‌باشد. درمانگر سعی کرد مراجع به این بینش برسد که "کنترل مساله است، نه راه حل". و تلاش طولانی‌تر برای کنترل احساس، منجر به افزایش دور باطل رنج، میشود. در این قسمت نیز از استعاره- های دروغ سنجی و باتلاق شنی استفاده شد.

جلسه سوم. هدف این مرحله آن بود که بیمار به این منطق برسد که "کنترل یک مشکل است" و تمایل به تجربه اضطراب و ناراحتی جایگزین کنترل به حساب می‌آیند. همچنین درمانگر مشکلات مراجع را ارزیابی کرده و با فعال سازی رفتاری، احتمال موفقیت درمانجو را افزایش داد. از استعاره‌های دو مقیاس و جعبه برای سهولت درمان و آموزش بیمار استفاده شد.

جلسه چهارم. در این قسمت مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز مورد بررسی قرار گرفت. عبور به سادگی و با فاصله، نگاه کردن به فکر ناخوشایند و تکرار آن به دفعات تا زمانی که به یک صدای بی معنی تبدیل شود، آموزش داد شد.

جلسه پنجم. در این جلسه سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز و اضطراب آورصورت گرفت و همچنین سایر راه‌های عملی برای پرورش گسلش ارایه شد.

جلسه ششم. در اینجا پژوهشگر به بررسی خود مفهوم سازی متمایز شده در برابر خود مشاهده گر پرداخت. بعضی از تمرینات مانند تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده گر، نیز جهت تسهیل در درمان مورد استفاده قرار گرفت.

جلسه هفتم. هدف این جلسه آن بود که مراجع به این منطق دست یابد که چگونه ارزشها " تمایل / پذیرش " را ارزشمند جلوه می‌دهند. درک تمایل داشتن برای فعال سازی رفتاری نتیجه این جلسه بود. جهت افزایش انعطاف پذیری مراجع از مواجهه استفاده شد.

جلسه هشتم. در این مرحله برای شناسایی حوزه‌هایی که منطبق بر ارزشها نیستند به درمانجو کمک شد. تا مراجع بتواند ارزشهایش را بعنوان منشا تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم تمایل و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار میگیرد. سپس در رابطه با موانع عمل مسوولانه مانند هیجانهای دشوار، خاطرات و تفکرات و موانع محیطی مثل عدم مهارت اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی بحث شد. و در پایان از مراجع خواسته شد تمرینات را همچنان در روزهای بعدی ادامه دهد.

بسته درمان فرا شناختی^۱ (MCT).

این طرح درمانی بر گرفته از مقاله "درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی" نوشته ولز و کلیبر (۲۰۱۲) می باشد. در ابتدای تمام جلسات اهداف درمان و برنامه جلسه جاری مورد شرح و در پایان همه جلسات تکالیفی برای منزل ارایه شد که در ابتدای جلسه بعدی مورد بررسی قرار می گرفت. این روش درمان نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی و بطور هفتگی اجرا شد.

جلسه اول. طی این جلسه فرمول بندی کلی و معرفی مدل درمانی صورت گرفت. درمانگر با استفاده از تکنیکهای توجه به مراجع کمک کرد آگاهی خود را نسبت به موقعیت افزایش دهد تا فرا شناخت افزایش یابد.

جلسه دوم. در این مرحله زمان نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل مورد بررسی گرفت. همچنین تمرین به تعویق انداختن زمان نشخوار ذهنی و افکار تکراری، آموزش داده شد. مراجع یاد گرفت که این گروه از افکار قابل کنترل هستند.

. جلسه سوم. در این مرحله سعی شد تحریک کنندگان و بر انگیزاننده‌های نشخوار ذهنی و افکار تکراری شناسایی شوند. از تکنیکهای ذهن آگاهی با فرا شناختهای مربوط به کنترل ناپذیری برای کنترل این افکار استفاده شد.

جلسه چهارم. در این مرحله به تعویق انداختن حداقل ۷۵ درصد تحریک کنندگان و بر انگیزانندگان افکار تکراری و کاهش زمان نشخوار ذهنی به کمتر از دو دقیقه در هر دفعه مورد آموزش و تمرین قرار گرفت.

جلسه پنجم. در این قسمت به مراجع آموزش داده شد تا به واریس کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده و ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار ذهنی بپردازد.

جلسه ششم. طی این جلسه درمانگر به بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجانهای اضطراب آور و افسرده کننده پرداخت. سپس در خصوص ماهیت نشخوارهای ذهنی و عقاید منفی مرتبط با هیجانها و چگونگی چالش با آنها بحث و گفتگو صورت گرفت.

جلسه هفتم. در این قسمت بر روی تدوین برنامه‌های جدید و بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم کار شد. همچنین تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی راهبردهای مقابله ای غیر ضروری و استفاده از تکنیکهای متنوع ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه هشتم. استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با شرایط خلقی در آینده آموزش داده شد. تمرینهای مراقبه واریس بدن و آرام سازی ذهن هم مورد تمرین قرار گرفت. سپس صحتیابی در خصوص پیشگیری از عود انجام شد. و جلسات با تاکید بر تداوم تمرینها در منزل به اتمام رسید.

به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات انعطاف پذیری و امیدواری در گروهها از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنیها و یک عامل بین آزمودنیها) استفاده شد. داده‌ها با نوزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت

¹ Meta cognitive therapy

یافته‌ها

در جدول ۲ مولفه‌های توصیفی کتغیرها ارایه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری سه‌گروه در انعطاف‌پذیری و امیدواری

| پیگیری | | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | متغیر | گروه |
|--------|-------|----------|-------|-----------|-------|--------------|-----------------|
| sd | M | sd | M | sd | M | | |
| ۳/۳۳ | ۲۸ | ۳/۳۰ | ۲۷/۷۳ | ۴/۳۵ | ۲۳/۱۳ | امیدواری | آزمایش ۱ (N=۱۵) |
| ۳/۴۰ | ۲۹ | ۳/۳۵ | ۲۸/۶ | ۵/۲۰ | ۲۳/۰۶ | انعطاف‌پذیری | فراشناختی |
| ۲/۵۴ | ۲۹/۲۶ | ۲/۲۷ | ۲۹/۲۰ | ۳/۵۲ | ۲۳/۵۳ | امیدواری | آزمایش ۲ (N=۱۵) |
| ۲/۸۳ | ۲۵/۲۰ | ۲/۴۴ | ۲۶/۱۳ | ۲/۹۴ | ۲۱/۴۶ | انعطاف‌پذیری | پذیرش و تعهد |
| ۳/۷۵ | ۲۲/۵۳ | ۳/۶۰ | ۲۳/۱۳ | ۳/۴۶ | ۲۳/۴۶ | امیدواری | کنترل (N=۱۵) |
| ۳/۲۰ | ۲۱/۸۶ | ۲/۲۶ | ۲۱/۴۰ | ۲/۸۸ | ۲۱/۸۰ | انعطاف‌پذیری | |

مشخصه z آزمون کالموگراف - اسمیرنوف مربوط به نرمال بودن توزیع امیدواری و انعطاف‌پذیری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت ندارد ($P > 0/05$). همچنین بررسی عدم معناداری نتایج حاصل از آزمون لون نشان داد که شرط برابری واریانس‌های سه‌گروه رعایت شده است ($P > 0/05$) و می‌توان از آزمون تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در انعطاف‌پذیری و امیدواری استفاده کرد.

نتایج نشان می‌دهد، با کنترل اثر تکرار که معنادار نبود، تفاوت معناداری در بین گروه‌ها بین مقادیر متغیرهای وابسته در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به وجود آمده است. این نتیجه بیانگر اثر بخشی مداخله‌ها در گروه‌های آزمایشی است. این اثر از طریق عامل گروهی وارد شده و مقدار اثر آن به وسیله مقدار اتا قابل مشاهده و بیشترین مقدار اتا یا ضریب تاثیر برای امیدواری = ۰/۲۵ است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات امیدواری در مرحله پیش‌آزمون ($F=23/37$) پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون ($F=26/68$) و پیگیری ($F=26/6$) است. همچنین اثر گروه‌های آزمایشی درمان فراشناخت و درمان تعهد و پذیرش با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات امیدواری در گروه آزمایشی با درمان فراشناختی ($F=26/28$) کمتر از گروه آزمایشی با درمان پذیرش و تعهد ($F=27/33$) است ولی این تفاوت معنی‌دار نیست.

میانگین‌های تعدیل شده نمرات امیدواری در سه گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله ارزیابی در نمودار ۱ نمایش داده شده است. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی و پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش موجب افزایش نمرات امیدواری در مراحل پس از آزمون نسبت به گروه کنترل شده است و با توجه به تفاوت در مرحله پیش از آزمون نسبت به پیگیری این درمان در مرحله پیگیری پایداری داشته است. و بین درمان فراشناختی و پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۳. خلاصه‌ی آزمون تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیرها

| اندازه اثر | Sig. | F | MS | df | SS | منابع تغییر | عوامل | η ^۲ |
|------------|-------|---------|---------|-------|--------|-------------------|--------------|----------------|
| ۰/۷۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۱۱۴/۲۲۴ | ۲۳۶/۵۶۲ | ۱/۳۵۴ | ۳۲۰/۳۱ | مراحل زمان | امیدواری | ۱ |
| ۰/۲۵۱ | ۰/۰۲ | ۷/۰۴۹ | ۲۲۵/۰۸۹ | ۲ | ۴۵۰/۱۷ | گروه | | |
| ۰/۶۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۴۲/۰۶۳ | ۸۷/۱۱۵ | ۲/۷۰۸ | ۲۳۵/۹۱ | تعامل مراحل* گروه | | |
| ۰/۴۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۳۶/۳۳۸ | ۲۰۰/۷۶۷ | ۱/۵۸۴ | ۳۱۷/۹۷ | مراحل زمان | انعطاف پذیری | ۲ |
| ۰/۳۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۱۳/۱۶۹ | ۳۰۴/۲۰۷ | ۲ | ۶۰۸/۴۱ | گروه | | |
| ۰/۳۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۱۰/۹۳۵ | ۶۲/۱۲۵ | ۳/۱۶۸ | ۱۹۶/۷۸ | تعامل مراحل* گروه | | |

همچنین معلوم شد که با کنترل اثر تکرار که معنادار نبود، تفاوت معناداری در بین گروه‌ها بین مقادیر متغیرهای وابسته در پس از آزمون نسبت به پیش از آزمون به وجود آمده است. این نتیجه بیانگر اثر بخشی مداخله‌ها در گروه‌های آزمایشی است. این اثر از طریق عامل گروهی وارد شده و مقدار اثر آن به وسیله مقدار اتا قابل مشاهده است که بیشترین مقدار اتا یا ضریب تاثیر برای انعطاف پذیری برابر ۰/۳۸ است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات انعطاف پذیری در مرحله پیش از آزمون ($F=۲۲/۱۱$) پایین تر از مرحله پس از آزمون ($F=۲۵/۳۷$) و پیگیری ($F=۲۵/۳۵$) است. همچنین اثر گروه‌های آزمایشی درمان فراشناخت و درمان تعهد و پذیرش با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات انعطاف پذیری در گروه آزمایشی با درمان فراشناختی ($F=۲۶/۸۸$) بیشتر از گروه آزمایشی با درمان پذیرش و تعهد ($F=۲۴/۲۶$) و این تفاوت معنی دار است. میانگین‌های تعدیل شده نمرات انعطاف پذیری در سه گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف پیش از آزمون، پس از آزمون، پیگیری در نمودار ۲ نمایش داده شده است. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی و پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش موجب افزایش نمرات انعطاف پذیری در مراحل پس از آزمون نسبت به گروه کنترل شده است و با توجه به تفاوت در

مرحله پیش آزمون نسبت به پیگیری این درمان در مرحله پیگیری پایداری داشته است. و درمان فراشناختی در انعطاف پذیری بیماران تاثیر بیشتری از درمان پذیرش و تعهد داشته است.

بحث و نتیجه گیری

بررسی نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که هر دو روش درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد به یک اندازه در کاهش علائم بیماری اثرگذار بوده و باعث افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به نشانگه روده تحریک پذیر شده اند. اما درمان فراشناختی بیش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری بیماران را افزایش داده است و پیگیری سه ماهه نیز پایداری درمان را تایید می نماید. بسیاری از پژوهشها اثر بخشی درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد را برای کاهش علائم IBS موثر دانستند (نالی باف، فرس و راپچی، ۲۰۰۸). غضنفری، امیری و زنگی آبادی (۲۰۱۵) نیز درمانهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناختی را بر بهبود علائم و سواسی بیماران موثر یافتند. پارک و همکاران، (۲۰۱۷) دریافتند انعطاف پذیری در افراد مبتلا به IBS پایتتر از افراد عادی است و ابتلا به این بیماری با وقایع دردناک و مهم در اوایل زندگی در ارتباط است. بعضی از مطالعات نیز، ذهن آگاهی را به عنوان یک ابزار درمان فراشناختی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری برای کاهش علائم نشانگان روده تحریک پذیر و افزایش کیفیت زندگی بیماران موثرتر از روشهای دیگر یافتند (زمردی و رسول زاده، ۲۰۱۳). در بررسی نتایج پژوهشها باید به این نکته توجه داشت که بطور کلی رواندرمانی ها از سه جنبه متفاوت به درمان بیماری کمک می کنند در قدم اول پذیرش بیماری را برای بیمار محیا می سازند سپس به او کمک می کنند با ایجاد تغییراتی در سبک زندگی و الگوهای رفتاری، خود کار آمدی و خود یاری را در خویش تقویت نماید و در مرحله سوم با کاهش اضطراب، افسردگی و باورهای غلط به او یاری می رسانند تا کنترل بیماری خود را بدست گیرد (کاشانی، بهزادی و یاری، ۲۰۱۲). شواهد بسیاری استفاده از روان درمانیها را برای بهبود علائم بیماریهای مربوط به معده و روده تایید می کنند. پژوهشها در حوزه نشانگان روده تحریک پذیر (IBS) بیشتر از بیماریهای روده ملتهب^۱ (IBD) گزارش شده است. علاوه بر پیچیدگی بیماری، عدم دسترسی به تحقیقات کافی در زمینه IBD به آن دلیل است که عوامل روانپزشکی و اجتماعی کمتری نسبت به IBS در بروز آن دخالت دارند. اما رواندرمانی در هر دو آنها اثر گذار بوده اند زیرا معمولا رواندرمانی ها منجر به کاهش استرس و علائم عصبی مرتبط با بیماری شده و بر محور مغزی- روده ای تاثیر گذار هستند (بالو

و کیفر، ۲۰۱۷). بلادن و همکاران (۲۰۱۵) به مقایسه علایم IBS و IBD در رابطه با کیفیت زندگی بیماران پرداختند و دریافتند اگرچه علایم روده ای در هر دو گروه یکسان است اما آنها در کیفیت زندگی متفاوت هستند. این یافته نشان می‌دهند IBS بر خلاف IBD بیشتر یک مشکل زیستی-روانی اجتماعی است و آن را می‌توان از این طریق کنترل نمود. این موضوع را پژوهشهای بسیاری تایید می‌نمایند و با استفاده از روشهای متفاوت سعی در کنترل این علایم دارند. به عنوان مثال کاشانی، بهزادی و یاری (۲۰۱۲) اثر بخشی CBT بر کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر را بررسی نمودند. نتایج حاکی از آن بود که این روش می‌تواند از طریق کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی بیماران، علایم بیماری را تا حدی بهبود بخشد. امیدواری یک الگوی با ثبات از خویشتن در ارتباط با اهداف اساسی زندگی فرد است. بسیاری از محققان معتقدند که امیدواری تجسمی است از استعدادها و انگیزه‌های ادراک شده برای رسیدن به اهداف مهم زندگی که همراه با یک هیجان مثبت دریافت می‌شود (شاید، ۲۰۰۰). تفکر مسیره‌های متنوعی دارد که شامل راهبردهای مورد نیاز برای رسیدن به اهداف شده و خودکارآمدی و انگیزه از مهمترین مولفه‌های امیدواری در نظر گرفته می‌شوند (کمر و اتیک، ۲۰۱۲). امفری و شربلام (۲۰۰۴) دریافتند الگوی تغییر عادات از تفکر هم بر امیدواری و هم بر افزایش شفقت به خود و بهبود مهارتهای بین فردی و افزایش رضایت از زندگی موثر است. اگر چه تحقیقات اندکی اثر بخشی رواندرمانیهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناختی را در افزایش امیدواری بیماران مبتلا به IBS تایید کرده اند اما نتایج این پژوهش با تاکید بر نقش اساسی و بنیادی امیدواری و انعطاف پذیری به عنوان مولفه‌های روانی اجتماعی موثر در کاهش استرس و اضطراب بیماران، بررسی پژوهشهای بیشتر در این زمینه را پیشنهاد می‌نماید.

از کلیه شرکت کنندگان در تحقیق که با پشتکار باورنکردنی تمامی جلسات درمانی و پیگیری آن را دنبال نمودند و همچنین کلیه دست اندر کاران و حمایتگران این طرح نهایت قدر دانی و تشکر را بعمل می‌آوریم.

References

- Almquist, E., Törnblom, H., Simrén, M. (2016). Practical management of irritable bowel syndrome: a clinical review. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 62(1): 30-48.
- Akbari M. The role of personality traits and resiliency in prediction of nurses' psychological wellbeing. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2014 Feb 1;7(4):307-13. id
- Bergersen, H., Foslie, F., Sunnerhagen, K.S., Schank, A.K. Anxiety depression and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 1, 2011; 2(23):2011-6.
- Ballou, S., Keefer, L. Psychological interventions for irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *clinical and translational gastroenterology*, 2017; 8: 214.
- Bladen, S., Kingstone, T., Soundy, A., Lee, R., Singh, S., Roberts, L. A comparative study of quality of life persons with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Nurs*. 2015; 38(4): 268-78.
- Ferreira, N. B., Eugenicos, M. M., Paul G., Gillanders, D. (2011). Using acceptance and commitment therapy in irritable bowel syndrome. *Gastrointestinal Nursing*. 9(9): 28-35.

- Ferreira N. B., Gillanders D., Paul G., Morris, M. E. (2017). Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: A preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change, First published: 11 April 2017 Full publication history.
- Ghazamfari F., Amiri F., Zangi Ayadab M. (2015). The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment and Metacognitive Therapy on Improving OCD Symptoms in Khorramabad. *Journal of Disability Studies*, 5(11): 160-168.
- Ghomi M., Khodadadi Sangdeh J. (2016). The effectiveness of existential psychotherapy in a group way on increasing the hope of mothers with cancerous children. *Social Work Quarterly*, 5(3): 14-22.
- Heiland MF. The relationship between personal and environmental resources, subjective experience with trauma, and posttraumatic growth in low socioeconomic individuals with cancer. 2003.
- Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical psychology review*. 2011 Jun 30;31(4):563-91.
- Kemer, G., & Atik, G. (2012). Hope and social support in high school students from urban and rural areas of Ankara, Turkey. *Journal of Happiness Studies*, 13, 901-911. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-011-9297-z>
- Khosroshahi Bahadori J., Habibi Kalibar R. (2016). Effectiveness of group reality therapy on psychological capital. Self-esteem and social well-being of the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 2(3-6):153-165.
- Ljotsson, B., Hedman, E., Linfoors, P., Hursti, T., Linfoors, N., Anderson, G., Ruck, CH., (2011). Long-term follow up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*. 49: 58-61.
- Lotfi Kashani F., Behzadi S., Yari M. (2012). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Anxiety in Irritable Bowel Patients. *Medical journal of Islamic Azad University*, 22(4): 301-306.
- Luthans, F., Luthans, K., Luthans, B.C. (2007). Positive Psychological Capital: Going beyond human and social capital. *Bus horiz*. 47 (1): 45-50.
- Luthans, F., Luthans, K., Luthans, B.C. (2014). Positive Psychological Capital: Going beyond human and social capital. *Bus horiz*. 47 (1): 45-50.
- Marmarchi Nia M., Doghi Paydar M. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hope and Happiness of Adolescent Girls Under Coverage of Welfare Applied Psychology Research, 11(2-42):157-174.
- Mohammad Pur M., Rahmani S., Hajirasuliha Z., Roshandel Z., Ghaedi F. (2016). The Effectiveness of Group-Based Metacognitive Therapy on Depression and Rumination in Women with Breast Cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 18:21-34.
- Naliboff, Bruce D., Fresé, Michael, P, and Lobsang Rapgay. (2008). Mind/Body Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 5(1): 41-50.
- Park, SH., Naliboff, BD., Shih, W., Presson, AP., Videlock, EJ., JU, T., Kilpatrick, L., Gupta, A., Mayer, EA., Chanq, L. Resilience is decreased irritable bowel syndrome and associated with symptoms and cortisol response. *Neurogastroenterol motil*. 2017; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28718999>
- Umphrey, LR., Sherblom, JC. The relationship of hope to self-compassion, relational social skill, communication apprehension, and life satisfaction. *International journal of well-being*. 2014; 4(2): 1-18
- Tripathi R., and Mehrotra S. (2015). Irritable bowel syndrome and its psychological management, *Ind Psychiatry J*. 24(1): 91-93 .
- Wells, A., Colbear, JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Jclin Psychol*. 2012;68(4):373-81.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy VS. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Journal of psychological record*. 53: 197-215.
- Zomorodi S., Rasoolzadi Tabatabaee SK. (2013). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Improving Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome, *Quarterly Clinical Psychology*. 4(13):64-84.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 12 (No. 48), pp. 37-46, 2018

Comparison of effectiveness acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on hopefulness and flexibility of patients suffering from irritable bowel syndrome

Tajeri, Beuk

Health psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj Iran

Pashing, Sarah

Health psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj Iran

khoshLahjehSedgh, Aniss

Health psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj Iran

Received:15.01.2018

Accepted: 17.04.2018

Irritable bowel syndrome (IBS) is a common disorder that causes abdominal pain, bloating, and stomach upset, and accompany with some problems like anxiety disorders, depression disorders and psychosomatic disorders. The aim of this study was comparison of effectiveness of Acceptance commitment therapy and Meta cognition therapy on flexibility and hopefulness of patients suffering from irritable bowel syndrome. For this purpose, in a semi-experimental research with control group, and pre-test, post-test and follow up design, 30 woman patients who were suffering from Irritable bowel syndrome selected in available sampling from Pharmaceutical sciences University and Rasool Akram Hospital and sited randomly in three groups of meta cognition, acceptance commitment therapy and control group. The experimental groups received eight nighty minutes the therapeutic plans of metacognition and acceptance commitment therapy. The results of mixed variance analysis showed that both of therapeutic plans increased the same, hopefulness of patients suffering from irritable bowel syndrome but, metacognition was more effective than acceptance commitment therapy on flexibility of patients. Since demonstration of change in biological and psychosocial factors of these patients is effective on irritable bowel syndrome, so the components of flexibility and hopefulness should be considered to promote the healthy of these patients.

Key words: Acceptance commitment therapy, Metacognition, Irritable bowel syndrome, Flexibility, Hopefulness.

Electronic mail may be sent to: sarahpashang@yahoo.com