

مقایسه اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی

Comparing Pain Anxiety, Distress Tolerance and Mindfulness in the People with Irritable Bowel Syndrome (IBS) and Normal Ones

Saeideh Khaki

Ma of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Hajar Torkan (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: h.torkan@khuisf.ac.ir

Vahid Sebghatollahi

Adult gastroenterology specialist, faculty member of Isfahan Medical University.

Abstract

Aim: IBS is a serious syndrome which damages people's psychological, communicative, social and emotional processes. Therefore the present study was conducted aiming to compare Pain anxiety, distress tolerance and mindfulness in the people with Irritable IBS and normal ones. **Method:** It had a case-control study method. The statistical population included the people with IBS referring to gastroenterologists and normal ones in the city of Isfahan in 2018. The sample size was 150 people with IBS and 150 normal in the city of Isfahan who were selected through non-random convenient sampling method. The applied questionnaires included Pain anxiety questionnaire (McCracken, 1992), distress tolerance questionnaire (Simons & Gaher, 2005) and mindfulness questionnaire (Baer et al, 2003) and impulsivity (Bart et al, 2004). After collecting questionnaires and extracting raw data, the data analysis was done via SPSS 23 software through t-test. **Results:** The results of data analysis showed that there is a significant difference between Pain anxiety, distress tolerance and mindfulness in the people with IBS and normal ones ($p < 0.001$) in a way that people with IBS have lower integrative self-knowledge and higher impulsivity than normal ones. **Conclusion:** According to the findings of the present study, the people with IBS have lower distress tolerance and mindfulness and higher Pain anxiety due to therapeutic and psychological involvement in their disease; so, there needs to use treatments such as third-wave psychological ones (mindfulness treatment and positivist psychotherapy)

Keywords: Pain anxiety, distress tolerance and mindfulness, Irritable Bowel Syndrome (IBS)

سعیده خاکی

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

هاجر تorkan (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: h.torkan@khuisf.ac.ir

وحید سبقت الهی

فوق تخصص رشته گوارش بالغین، عضو هیئت علمی دانشگاه پزشکی اصفهان.

چکیده

هدف: سندرم روده تحریک پذیر سندرمی جدی است که فرایندهای روان شناختی، ارتباطی، اجتماعی و هیجانی افراد را با آسیب مواجه می سازد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی انجام گرفت. روش: روش این پژوهش، علی- مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش مردان و زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به متخصص های گوارش و افراد عادی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ می باشند. حجم نمونه شامل ۱۵۰ فرد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و ۱۵۰ فرد عادی شهر اصفهان بود که به روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس اضطراب درد (مک کران و دینگرا، ۱۹۹۲)، مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه مهارت های ذهن آگاهی (بایر و همکاران، ۲۰۰۴) بود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و استخراج داده های خام، تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار (SPSS) ویرایش ۲۳ با استفاده تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت. یافته ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر از میزان اضطراب درد بالاتر و تحمل پریشانی و ذهن آگاهی پایین تری نسبت به افراد عادی برخوردار هستند. نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به دلیل درگیری درمانی و روان شناختی با بیماری خود، دارای اضطراب درد بالا و تحمل پریشانی و ذهن آگاهی پایینی هستند که لازم است برای بهبود این مولفه ها، از درمان های مرتبط با این مولفه ها نظیر درمان های موج سوم روان شناسی (درمان ذهن آگاهی و روان درمانی مثبت نگر) استفاده شود. واژه های کلیدی: اضطراب درد، تحمل پریشانی، ذهن آگاهی، سندرم روده تحریک پذیر

مقدمه

بیماری‌های روان‌تنی به دسته‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که در آن شخص دارای نشانه‌ها و علائم فیزیکی و جسمی است که تحت تاثیر عوامل روان‌شناختی ایجاد شده و یا تحت تاثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشدید می‌شود (آرونا^۱، ۲۰۰۵). یکی از سیستم‌های بدن که تحت تاثیر عوامل روانی و اجتماعی دچار انواع بیماری‌ها می‌شود، دستگاه گوارش است و یکی از اختلال‌های عملکردی گوارشی مزمن، سندرم روده^۲ تحریک‌پذیر^۳ است (دیفرس و بایلی^۴، ۲۰۱۷). سندرم روده تحریک‌پذیر، با علائمی همچون دردهای مزمن در ناحیه شکم در غیاب هر نوع اختلال ساختاری ارگانیک در بیمار قابل شناسایی است (ویکاریو^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین افراد مبتلا، علاوه بر احساس ناراحتی و درد شکمی مزمن همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج، مبتلا به قوام، عبور مدفوع و علائمی مانند نفخ شکم همراه با وجود موکوس در دفع می‌باشند (لاسکاراتوس^۶ و همکاران، ۲۰۱۵).

سبب‌شناسی این سندرم پیچیده بوده و مداخله عامل‌هایی چون حرکات غیرعادی معده- روده ای، حساسیت زیاد از حد احشا و عامل‌های روان‌شناختی در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (ساین، سالم، ناناواتی و مالین^۶، ۲۰۱۸). علاوه بر این پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که در بین عامل‌های سبب‌شناختی این بیماری، تنیدگی روانی- اجتماعی و عامل‌های عاطفی و هیجانی نیز در بروز و تدام علائم این بیماری دارای نقش هستند. شیوع بالای ۵۴ درصدی مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و ناهنجاری‌های شخصی در افراد مبتلا به این بیماری تاکید همین ادعاست (توسیک- گلابویچ^۷ و همکاران، ۲۰۱۰).

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، علاوه بر علائم دردآور فیزیولوژیک، علائم روان‌شناختی آسیب‌زا نظیر اضطراب را تجربه می‌کنند (وو، یانگ و چن^۸، ۲۰۱۷؛ بانرجی^۹ و همکاران، ۲۰۱۷؛ مرولد و جانسون^{۱۰}، ۲۰۱۸). پدیدآیی آسیب روانی همچون اضطراب، سبب می‌شود که این بیماران به مرور نسبت به درد خود نیز اضطراب نشان داده و دچار اضطراب درد^{۱۱} شوند (نولز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۶؛ مظاهری، ۱۳۹۴). اضطراب ناشی از درد باعث افزایش نیازهای حمایتی بیماران دارای دردهای مزمن می‌گردد (صفری، ۱۳۹۳). پژوهشگران اضطراب مرتبط با درد را به عنوان یکی از متغیرهای سهیم در ایجاد و باقی ماندن دردها مطرح می‌کنند (آسماندسون، آنتونی و مک کاب^{۱۳}، ۲۰۰۹) و اضطراب مرتبط با درد می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد گردد و

1. Aruna

2. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

3. Defrees, Bailey

4. Vicario, et al

5. Milwaukee

6. Singh, Salem, Nanavati, Mullin

7. Tosic-Golubivic

8. Wu, Yang, Chen

9. Banerjee

10. Meerveld, Johnson

11. -Anxiety of pain

12. Knowles

13. - Asmundson, Antony & McCabe

باعث شود، بیماران در مورد علائم و آینده بیماری مضطرب و نگران شوند و این ترس و اجتناب موجب اجتناب از فعالیت و در نتیجه ناتوانی بیشتر در بیماران می‌گردد (بوئرما و لیتون،^۱ ۲۰۰۶).

یکی دیگر از مؤلفه‌هایی که افراد دارای سندروم روده تحریک‌پذیر در آن دارای آسیب هستند، تحمل پریشانی^۲ است (ریعی بابوکانی، ۱۳۹۳). تحمل پریشانی یک عامل در تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و تحمل پریشانی هیجانی اشاره دارد. همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (برنشتاین و همکاران،^۳ ۲۰۰۸). افراد با تحمل پریشانی پایین تجربه آشفتگی هیجانی را غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند، آشفتگی هیجانی را غیر قابل پذیرش ارزیابی می‌کنند، برای تسکین حالت هیجانی منفی تلاش می‌کنند و قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی شان نیستند (کلیریک^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تاثیرگذار است، به گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنش شدیدتر به استرس نشان می‌دهند. افزون بر این، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با بکارگیری استراتژی‌هایی که هدف آن‌ها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (میتچل^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

در ادامه باید اشاره کرد که بیماری‌های مزمن همچون سندرم روده تحریک‌پذیر، به دلیل ایجاد مشغله فکری و شناختی زیاد، موجب می‌گردد که ذهن آگاهی^۶ بیماران تحت تاثیر قرار گیرد (جهانگیری، کریمی و امین‌افشاری، ۱۳۹۶). ذهن آگاهی سازه‌ای است که اشتغال ذهنی روان‌شناسان را در دهه‌های اخیر به خود جلب کرده است. ذهن آگاهی کیفیتی از هوشیاری و به معنی توجه کردن به لحظه کنونی است، توجهی هدفمند و بدون قضاوت (کابات زین^۷، ۲۰۰۳). به معنای دیگر ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سگال^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). ذهن آگاهی به افراد یاری می‌دهد تا درک کنند که گرچه هیجان‌های منفی در گستره زندگی رخ می‌دهد اما آنها جزئی ثابت از روند شخصیت و زندگی نیستند و از این رو باعث می‌گردد تا فرد به جای واکنش‌های غیرارادی به این رویدادها، پاسخ‌ها و واکنش‌هایی همراه با تأمل و تفکر را برگزیند (کنگ، اسموکی و رابینز^۹، ۲۰۱۱). بر این اساس ذهن آگاهی سبکی نوین برای ارتباط کارآمدتر با زندگی است که موجب تسکین یا تخفیف دردها و آلام آدمی و غنی‌بخشی بیشتر به زندگی و

¹ -Boerma & Linton

² . Distress Tolerance

³ . Bernstein

⁴ . cleirigh

⁵ . Mitchell

⁶ . Mindfulness

⁷ Kabat

⁸ Segal

⁹ . Keng, Smoski, Robins

معناداری لذت بخش آن می‌شود (سیگل^۱، ۲۰۱۰). طبق شواهد علمی ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بوده است (محمدی، میردریکوند و عزیزی، ۱۳۹۴).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، با وجود اینکه بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه سبب شناسی این بیماری در جنبه‌های زیستی و فیزیولوژیکی متمرکز بوده است، به تنهایی قادر به توجیه و توضیح علت دقیق این بیماری نبوده، علاوه بر این خلاء، وجود عوامل دیگری در زمینه سبب شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر توجه پژوهشگران را به عوامل روان‌شناختی موثر در پیش بینی این سندرم جلب کرده است (تابان، کتتاچی و مارشال^۲، ۲۰۰۷). بنابراین با توجه به شیوع نسبتاً بالای سندرم روده تحریک‌پذیر و صرف هزینه‌های بالای پزشکی و عدم نتیجه‌گیری از درمان کامل، توجه به فرایندهای روان‌شناختی این بیماران می‌تواند منجر به ارائه راهکارهایی روان‌شناختی جهت رفع یا کاهش درد، و بهبود پیامدها و آثار روانی آن شود. حال با توجه به پژوهش‌های گذشته و نقایص در این پژوهش‌ها ضروری است که عوامل روان‌شناختی دیگری در این بیماری بررسی شود و همچنین در مورد متغیرهای اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در گروه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین سوال موجود در مورد این پژوهش این است که آیا بین اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی و به دلیل عدم دخالت پژوهشگر در متغیرهای مورد بررسی از نوع علی-مقایسه‌ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش مردان و زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به متخصص‌های گوارش و افراد عادی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ می‌باشند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین افرادی که جهت درمان به مراکز درمانی تخصصی گوارش مراجعه کرده بودند، تعداد ۱۵۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انتخاب و ۱۵۰ نفر از افراد عادی نیز به شیوه در دسترس انتخاب شدند (۱۵۰ بیمار و ۱۵۰ نفر عادی). دلیل انتخاب این تعداد حجم نمونه رجوع به منابع علمی مربوطه بوده است. چنانکه دلاور (۱۳۸۹) بیان می‌کند که در روش پژوهش علی مقایسه‌ای می‌توان برای هر گروه ۱۰۰ نفر را انتخاب نمود و بر اساس این تعداد نمونه، یافته‌های پژوهش قابل تعمیم است. اعضای دو گروه در ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات هم‌تا شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دارا بودن تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود و ملاک‌های خروج شامل وجود اختلالات شناختی نظیر دمانس، اختلال ناتوانی رشدی ذهنی، اختلال روانپزشکی عمده نظیر اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی نوع یک، اختلال افسردگی اساسی، دارا بودن همزمان سایر اختلالات گوارشی و عدم رضایت یا انصراف از پژوهش در طول تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

¹ Siegel

² Thaban, Koctachchi, Marshall

ابزار

پرسشنامه اضطراب درد: پرسشنامه اضطراب درد یک ابزار ۲۰ ماده ای خودگزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک کراکن و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. پرسشنامه اضطراب درد علائم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می کند و شامل چهار زیر مقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب جسمانی مرتبط با درد است. دامنه نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی ها باید در دامنه ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال های این مقیاس پاسخ دهند. در پژوهشی که توسط مک کراکن و دینگرا^۱ در سال ۲۰۰۲ انجام شد همسانی درونی پرسشنامه اضطراب درد با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $\alpha = 0/91$ و در زیرمقیاس اجتناب $\alpha = 0/75$ ، ارزیابی ترسناک $\alpha = 0/82$ ، اضطراب جسمانی $\alpha = 0/81$ و در اضطراب شناختی $\alpha = 0/86$ محاسبه شده است. در ایران، این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش داوودی و همکاران (۱۳۹۱) ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر یک گروه نمونه ۵۰ نفری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن روماتیسمی برای نمره کل مقیاس اضطراب درد $0/88$ و برای زیرمقیاس ها بین $0/64$ تا $0/87$ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول مقیاس پرسشنامه اضطراب درد است. در پژوهش مک کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ همبستگی بین نمره کل مقیاس پرسشنامه اضطراب درد و افسردگی بک $I = 0/63$ به دست آمد. همچنین در این پژوهش همبستگی این مقیاس با ناتوانی جسمانی و ناتوانی روان شناختی نیز بررسی شد و ضریب همبستگی برای ناتوانی ناتوانی جسمانی $0/44$ و برای ناتوانی روان شناختی $I = 0/59$ محاسبه شد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/79$ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی هیجان: مقیاس تحمل پریشانی هیجانی یک پرسشنامه خودسنجی است که به وسیله سیمونز و گاهر^۲ در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. گویه های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان های منفی در صورت وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها در راستای کاهش پریشانی می شود. گویه های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب $0/72$ ، $0/82$ ، $0/78$ و $0/70$ و برای کل مقیاس $0/82$ گزارش شد. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت شش ماه، $0/61$ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس های راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای

¹. McCracken & Dhingra

². Simons & Gaher

بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزر می و ثمرخی (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (عزیزی، ۱۳۸۹). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی: پرسشنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی^۱ توسط بایر، اسمیت، و آلن^۲ (۲۰۰۴) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۹ ماده و چهار مؤلفه ذهن‌آگاهی طراحی شده است که عبارتند از: مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی به ندرت تا اکثراً (نمره یک تا پنج) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ است. در این مقیاس فردی که نمره بالایی را اخذ نماید به معنی آن است که ذهن‌آگاهی بالایی دارد. نتایج تحلیل روان‌سنجی بایر و همکاران (۲۰۰۶) روی مشارکت‌کنندگان، نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۷۳) برخوردار و نیز ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مشاهده‌گری، توصیف‌گری، تمرکزگری، و پذیرش‌گری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ است. همچنین روایی بازآزمایی آنها نیز به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش بایر، اسمیت، و آلن (۲۰۰۴) همبستگی معناداری بین این سیاهه و مقیاس‌های دیگر از جمله ابزار ارزیابی ذهن‌آگاهی، سیاهه ذهن‌آگاهی فریبرگ و مقیاس شناختی و عاطفی ذهن‌آگاهی به دست آمد. دهقان منشادی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ است و تحلیل عوامل، بیانگر وجود ۴ عامل تمرکزگری، توصیف‌گری، توجه به امور و مشاهده‌گری در این سیاهه بود، که این عوامل، ۴۲/۲۶ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. اعتبار همگرایی خرده‌مقیاس‌های این آزمون، بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۸ بدست آمد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

روش اجرا

پس از مراجعه به مراکز درمانی تخصصی گوارش، از بین افراد مبتلا به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر تعداد ۱۵۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از آن تعداد ۱۵۰ نفر عادی نیز که در متغیرهای دموگرافیک مانند جنسیت، سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات با افراد بیمار هم‌تا بودند، انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش به این افراد ارائه و از آنها درخواست گردید که با حوصله و دقت کافی به سوالات مربوط به عوامل دموگرافیک، اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی پاسخ دهند. سپس این پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که در تعداد نمونه‌ها ریزشی وجود نداشت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل پژوهش آگاه شدند. همچنین به هر فرد حاضر در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

1. Kentaki Inventory mindfulness skills

2. Baer, Smith & Allen

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل واریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۲۷ تا ۳۱ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۲ درصد). از طرفی این افراد دارای سطح تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات لیسانس بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۲۶/۶۶ درصد). همچنین بیشتر این افراد متأهل بودند (۶۵/۸۲ درصد). حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. حال به بررسی نتایج تحلیل آزمون توصیفی پرداخته می‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مولفه اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در دو گروه افراد عادی و افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

مولفه ها	گروه افراد عادی		گروه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب درد	۵۹/۱۶	۱۰/۳۸	۷۴/۳۵	۱۰/۸۹
تحمل پریشانی	۴۶/۸۵	۸/۱۲	۵۲/۹۸	۱۰/۲۴
ذهن آگاهی	۱۲۵/۱۳	۱۵/۷۸	۱۱۳/۲۸	۱۳/۳۷

نتایج حاصل از جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین نمرات اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در گروه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نسبت به گروه افراد عادی متفاوت است. اما معناداری این تفاوت توسط آمار استنباطی در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در هر سه متغیر اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در گروه‌های افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی برقرار است ($p > 0/05$). که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس جهت مقایسه اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در دو گروه افراد عادی و افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب درد	عضویت گروهی	۴۵۳۶/۸۸	۱	۴۵۳۶/۸۸	۶۱/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۲۲۰۸۷/۷۶	۲۹۸	۷۴/۱۲				
	کل	۲۶۶۲۴/۶۴	۳۰۰					
تحمل پریشانی	عضویت گروهی	۵۵۶۴/۰۶	۱	۵۵۶۴/۰۶	۶۵/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
	خطا	۲۵۴۵۸/۱۴	۲۹۸	۸۵/۴۳				
	کل	۳۱۰۲۲/۲۰	۳۰۰					
ذهن‌آگاهی	عضویت گروهی	۵۸۵۰/۶۴	۱	۵۸۵۰/۶۴	۵۲/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	خطا	۳۳۰۹۵/۸۸	۲۹۸	۱۱۱/۰۶				
	کل	۳۸۹۴۶/۵۲	۳۰۰					

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه افراد عادی و افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مولفه‌های اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). حال آنکه یافته‌های توصیفی نیز نشان داد که میزان اضطراب درد در گروه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به افراد عادی بیشتر و میزان میانگین مولفه‌های تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی کمتر است. همچنین یافته‌ها بیانگر آنند که به ترتیب ۴۹، ۵۲ و ۴۷ درصد واریانس تغییرات در مولفه‌های اضطراب درد، تکانشگری، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی به وسیله متغیر گروه بندی (داشتن و یا نداشتن بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر) تبیین می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از میزان اضطراب درد بالاتر و تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی پایین تری نسبت به افراد عادی برخوردار هستند.

نتیجه پژوهش حاضر با یافته بانرجی و همکاران (۲۰۱۷) و مرولد و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. چنانکه بانرجی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان اضطراب و افسردگی در سندرم روده تحریک‌پذیر به این نتیجه رسیدند که شیوع بالای اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی در نمونه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر، سبب می‌شود که دیگر مولفه‌های روان‌شناختی این افراد نیز دچار تغییر گردد. همچنین مرولد و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان مکانیزم استرس ناشی درد احشایی به این نتیجه رسیدند که استرس مزمن فیزیکی و عاطفی می‌تواند منجر به

پدیده‌های درد ناگهانی در طول عمر طولانی مدت مانند سندرم روده تحریک‌پذیر شود. علاوه بر این، این پژوهش‌گران نشان داده‌اند که اضطراب درد در افراد دارای سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به جامعه عادی بیشتر است.

یافته اول پژوهش نشان دهنده آن بود که افراد دارای سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به افراد عادی دارای اضطراب درد بالاتری هستند. مطابق با یافته مظاهری (۱۳۹۴) و نولز و همکاران (۲۰۱۶) فرایندهای مرتبط با درد همچون شدت درد، پذیرش درد و اضطراب درد در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در تفاوت با افراد عادی است. بر این اساس سندروم روده تحریک‌پذیر باعث اختلال در عملکرد روده شده و با ناراحتی و درد در ارتباط با اجابت مزاج و تغییر در عادات روده همراه می‌شود و این فرایند می‌تواند ادراک افراد مبتلا را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و این فرایند سبب شود که آنها رفتارهای اضطرابی بیشتری را از خود نشان دهند. علاوه بر این، فرایند دردناک و آزار دهنده این بیماری سبب می‌شود که این بیماران ادراک بیماری و حساسیت بالاتری را تجربه نموده و بر این اساس علائم، رفتار، پردازش شناختی و هیجانی اضطراب‌آمیز بیشتری را نیز تجربه نمایند. بر این اساس مشاهده می‌شود که مولفه اضطراب درد در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از افراد عادی بیشتر است.

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر آن بود که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای تحمل پریشانی پایین‌تری نسبت به افراد عادی هستند. همسو با نتایج پژوهش حاضر، مسائلی و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در ابعاد کیفیت زندگی همچون سلامت روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارای ضعف هستند. بر اساس این یافته می‌توان بیان کرد که عدم برخورداری از سلامت روان‌شناختی و هیجانی کافی در این افراد، باعث می‌شود که این افراد نتوانند تاب‌آوری روان‌شناختی خود را حفظ و یا بهبود بخشند. نتیجه این فرایند آن است که افراد مبتلا به بیماری روده تحریک‌پذیر، تحمل پریشانی کمتری نسبت به افراد عادی داشته باشند. چرا که به شکل عمده، عدم برخورداری از تاب‌آوری، سبب می‌شود که افراد قدرت تحمل روانی پایین‌تری را نیز داشته باشند.

در تبیین یافته دیگر مبنی بر تفاوت معنادار مولفه ذهن آگاهی بین افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد عادی، باید اشاره کرد که جهانگیری، کریمی و امین افشاری (۱۳۹۶) نشان داده‌اند که مهارت‌های ذهن آگاهی نقش مهمی در پیش‌بینی شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارند. ذهن آگاهی به عنوان توجه بدون قضاوت به تجارب درونی (به عنوان مثال احساسات و شناخت) به فرد اجازه می‌دهد تا با کاهش پاسخ‌های خودکار به تجارب استرس‌زا بپردازند. با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش رویدادهای زندگی (که می‌تواند تغییر کند)، فعال‌سازی سیستم‌های پاسخ به استرس و نشانه‌های جسمی کاهش می‌یابد (کنگ، اسموکی و رایبیز، ۲۰۱۱). بر این اساس بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به دلیل درگیری روان‌شناختی بالا با بیماری، با افکار خود درآمیخته‌اند که نقطه انفصالی بین تفکرات و اعمالشان وجود ندارد. بر همین اساس است که آنها ادراکات درد و اضطراب بالاتری را نیز تجربه می‌کنند. از این رو افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به دلیل تأثیرپذیری صرف از افکار خود و عدم تمایز بین خود و افکار، ذهن آگاهی پایین‌تری را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند.

محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت اجتماعی و هوشی افراد حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، عدم بهره‌گیری از روش‌های

نمونه‌گیری تصادفی و محدودیت روش شناختی (استفاده از روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و عدم استنباط علی از یافته‌ها) از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماری‌ها، کنترل عوامل ذکر شده، روش نمونه‌گیری تصادفی و روش آزمایشی (بکارگیری مداخلات روان‌شناختی مناسب) اجرا شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۵۹ بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز درمانی اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اسماعیلی‌نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ ثمررخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتادپذیری دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۲۹): ۶۳-۴۹.
- جهانگیری، فرهاد؛ کریمی، جواد؛ امین افشاری، محمودرضا. (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۴(۱۵۷): ۳۵-۲۵.
- داوودی، ایران؛ زرگر، یدالله؛ مظفری‌پور سی‌سخت، الهام؛ نرگسی، فریدا؛ مولا، کریم. (۱۳۹۱). ذابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای با ناتوانی عملکردی در بیماران رماتیسمی، مجله روان‌شناسی سلامت، ۱(۱): ۷۴-۵۹.
- دلاور، علی. (۱۳۸۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- دهقان منشادی، زبیده؛ تقوی، سیدمحمدرضا؛ دهقان منشادی، ماریه. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی سیاهه مهارت ذهن آگاهی کتاکتی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۷(۲۵): ۳۶-۲۷.
- ریبعی بابوکانی، زهرا. (۱۳۹۳). مقایسه مشکلات تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به رفلاکس معده-مری و افراد غیرمبتلا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. مجله پژوهشی حکیم، ۱۱(۱): ۱۸-۱۳.
- محمدی، جواد؛ میردیکوند، فضل‌الله؛ عزیزی، امیر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۰(۴۵): ۱۶۷۳-۱۶۸۶.
- مسائلی، نسرین؛ خیرآبادی، غلامرضا؛ افشار، حمید؛ مرآتی، محمدرضا؛ دقاق‌زاده، حمید؛ روح‌افزایی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط کیفیت زندگی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۱): ۳۹-۴۵.
- مظاهری، مینا. (۱۳۹۴). پیش‌بینی شدت، پذیرش درد و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ویژگی‌های بخشودگی بین فردی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۹(۹): ۲۶-۳۴.

- Aruna, P., Puviarasan, N., Palaniappan, B. (2005). An investigation of neuro-fuzzy system in Psychosomatic disorders. *Expert Syst*, 28(4), 673-697.
- Asmundson, G., Antony, M., McCabe, R. (2009). Pain relate anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of anxiety disorder*, 23, 791-798.
- Baer, R.A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-reports the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Banerjee, A., Sarkhel, S., Sarkar, R., Dhali, G.K. (2017). Anxiety and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Indian J Psychol Med*. 2017; 39(6), 741-745.
- Bernstein, A., Ivolsky, M, J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance Behavior *Therapy*, 40(3), 291-301.

- Boerma, K., Linton, S.J. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of Psychological variable in fear avoidance model in disability. *Clinical Journal of pain*, 22, 160-166.
- Defrees, D.N., Bailey, J.(2017). Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*; 44(4), 655-671.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychological: Science & Practice*, 10, 144-156.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health:A review of empirical studies.*Clinical psychology review*, 31(6),1041-1056.
- Knowles, S., Austin, D., Sivanesan, S., Tye-Din, J., Leung, C., Wilson, J., Castle, D., Kamm, M., Macrae, F., Hebbard, G. (2016): Relation between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 1354-8506.
- Laskaratos, F.M., Goodkin, O., Thoua, N.M., Murray, C.D.(2015). Irritable bowel syndrome. *Medicine*; 43(5), 266-270.
- McCracken, L. M. & Dhingra, L. (2002), A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity, *Pain res manage*, 7, 45-50.
- Meerveld, B.G., Johnson, A.C.(2018). Mechanisms of Stress-induced Visceral Pain. *J Neurogastroenterol Motil*; 24(1), 7–18.
- Mitchell, M. A., Riccardi, C. J., Keough, M. E., Timpano, K. R., & Schmidt, N. B. (2013). Understanding the associations among anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A comparison of three models. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 147-154.
- O’Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J.A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior therapy*, 38(3), 314-323.
- Siegel, R.D. (2010). *The mindfulness Solution(every day practices for every day problems*, New York: Guilford.
- Simons, J.S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Singh, R., Salem, A., Nanavati, J., Mullin, G.E.(2018). The Role of Diet in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Gastroenterology Clinics of North America*; 47(1): 107-137.
- Thabane, M., Kottachchi, D.T., Marshall, K.J.(2007).Systematic review and meta- analysis: The incidence and prognosis of post- infectious irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, (26)4, 535-544.
- Tosic-Golubivic, S., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D., Nikolic, G.(2010). Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatry Danub*, 22(3),418-24.
- Vicario, M., Alonso, C., Guilarte, M., Serra, J., Martinez, C., Gonzalez- Castro, A.M.(2012). Chronic Psychosocial Stress Induces reversible mitochondrial damage and corticotropin-releasing factor receptor type-1 upregulation in the rat intestine and IBS-like gut dysfunction. *Psychoneuroendocrinology*; 37: 65-77.
- Wu, M., Yang, Y., Chen, Y.(2017). The effect of anxiety and depression on the risk of irritable bowel syndrome in migraine patients. *Journal of Clinical Neuroscience*; 44: 342-345.