

## Comparison of the effect of mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy on pain catastrophizing and severity symptoms in women with irritable bowel syndrome

Arefeh Erfan, Asghar Aghaei\*, Mohsen Golparvar

Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

\* Corresponding author e-mail: [aghaeipsy@gmail.com](mailto:aghaeipsy@gmail.com)

**Citation:** Erfan A, Aghaei A, Golparvar M. Comparison of the effect of mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy on pain catastrophizing and severity symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Daneshvar Medicine* 2021; 29(3):42-56.  
doi: 10.22070/DANESHMED.2021.12916.0

### Abstract

**Background and Objective:** Irritable bowel syndrome is the most common, expensive, and debilitating gastrointestinal dysfunction. Psychological factors have a profound effect on its onset, duration and severity. This study aimed to compare the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy on pain catastrophizing and symptom severity in women with irritable bowel syndrome.

**Materials and Methods:** In this study, semi-experimental research was done on three groups with the two-step plan of pre and post-test. The study sample consisted of 45 women with irritable bowel syndrome in the age range of 18 to 50 years in 2019 which were selected by purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria with random assignment in three groups (one control and two experimental groups). To measure the research variables, ROME III diagnostic tool, the diagnostic structured interview for DSM-V-RV (SCID-I), Pain Catastrophizing Scale (PCS) and Bowel Symptom Severity and Frequency (BSS-FS) questionnaire were used in pre-test and post-test phases were used. The groups of mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy were treated for 8 sessions and the control group remained in the waiting list. Data were analyzed using SPSS23 software and ANCOVA test.

**Results:** The results showed that there was a significant difference between mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy with control group in pain catastrophizing ( $P < 0.01$ ) and severity of symptoms ( $P < 0.01$ ), but no significant difference was seen between the two treatments ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of this study, it seems that mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy can be used as a psychological treatment to reduce the catastrophizing and severity of symptoms in women with irritable bowel syndrome.

**Keywords:** Mindfulness based cognitive therapy, Iranian-Islamic positive therapy, Pain catastrophizing, Severity of symptoms, Irritable bowel syndrome

Received: 01 May 2021

Last revised: 21 July 2021

Accepted: 20 Aug 2021

# مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی بر فاجعه پنداری درد و شدت علائم زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

نویسندگان: عارفه عرفان، اصغر آقایی\*، محسن گل پرور

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

\*نویسنده مسئول: اصغر آقایی Email: aghaeipsy@gmail.com

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه و هدف:** سندرم روده‌ی تحریک پذیر شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است. عوامل روان شناختی تأثیر عمیقی بر شروع، طول مدت و شدت این بیماری دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی بر فاجعه پنداری درد و شدت علائم در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح پژوهش سه گروهی دو مرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال در سال ۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج نتخاب و با انتساب تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزار تشخیصی ROME III، مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی تشخیصی برای (DSM-V-RV SCID-I)، پرسشنامه فاجعه پنداری درد (PCS) و پرسشنامه شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (BSS-FS) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی و گروه کنترل در پس‌آزمون در متغیر فاجعه پنداری درد تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ )، و همچنین بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی با گروه کنترل در متغیر شدت علائم تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ )، اما بین دو درمان با یکدیگر تفاوت معناداری به دست نیامد ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر پایه یافته‌های این پژوهش، به نظر می‌رسد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی می‌تواند به عنوان درمان‌های روانشناختی بر کاهش فاجعه پنداری و شدت علائم در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی، فاجعه پنداری درد، شدت علائم، سندرم روده تحریک پذیر

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱

آخرین اصلاح‌ها: ۱۴۰۰/۰۴/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۰

## مقدمه

نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد علائم IBS، مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به عنوان درمان‌های مستقل برای کاهش علائم جسمی و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به IBS مورد استفاده قرار گیرد. از جمله این مداخلات می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Therapy) (16 MBCT) و درمان‌های مثبت نگر اشاره کرد. MBCT یکی از روش‌های مطرح در درمان علائم IBS محسوب می‌شود، زیرا در کنشی دو سویه قادر به بهبود سلامت روان و جسم می‌باشد (۱۷،۱۸) و تعاملی هنرمندانه بین فرایندهای بدنی، شناختی و هیجانی برقرار می‌نماید (۱۹). ذهن آگاهی، هوشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه است که در یک لحظه ویژه در محدوده توجه یک فرد قرار دارد (۲۰). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از اثرگذاری درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم جسمی IBS است. در بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی و جسمی بیماران مبتلا به IBS عنوان کردند که این روش می‌تواند، میزان و شدت علائم روان‌شناختی و علائم جسمانی را کاهش دهد (۲۱-۲۵). گایلرد و همکاران (۲۰۱۱) در یک پژوهش با هدف تبیین مدل مقابله‌ای ذهن آگاهانه نشان دادند که فاجعه آفرینی درد با ذهن آگاهی همبستگی منفی دارد و با افزایش ذهن آگاهی فاجعه آفرینی کاهش می‌یابد (۲۵).

مداخله‌های مثبت نگر (PPIs Positive Psychology Intervention)، یکی دیگر از درمان‌هایی است که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است (۲۶). روانشناسی مثبت نگر بر مطالعه‌ی هیجانات و تجارب مثبت تاکید دارد و تمرکز خود را به جای مطالعه کاستی‌ها و نقص‌ها و عملکرد ناسازگارانه به مطالعه‌ی نقاط قوت و توانمندی‌های افراد می‌گذارد (۲۷). در روانشناسی مثبت نگر تاکید بر نقاط قوت و توانمندی‌ها و هیجانات مثبت، به صورت مستقیم و غیر مستقیم می‌تواند باعث کاهش رنج شود (۲۸). جمشیدیان قلعه شاهی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به روی زنان ناباور به این نتیجه رسیدند مداخلات مثبت نگر ایرانی-

سندرم روده تحریک‌پذیر ( IBS Irritable Bowel Syndrome) یکی از شایع‌ترین اختلالات دستگاه گوارش (Gastrointestinal Disorders) است (۱). شیوع میانگین جهانی IBS در حدود ۱۱٪، با بالاترین برآورد شیوع در جمعیت آمریکای جنوبی (۲۱٪) و کمترین برآورد در مطالعات جنوب شرقی آسیا (۷٪) است (۲). IBS با علائمی چون درد شکمی و تغییر شکل یا قوام مدفوع مشخص می‌شود (۳،۴). ۷۰ درصد از این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی ساختاری، درد بیشتر و ۴۰ درصد آشفتگی (Distress) بیشتری را گزارش کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان نسبت به مردان بیشتر درگیر این بیماری می‌شوند (۵). در مطالعات جمعیتی ایران، شیوع IBS بین ۳/۵ - ۵/۸ درصد گزارش شده است (۶). این بیماران از فعالیت‌های لذت‌بخش بخاطر ترس از شروع علائم دوری می‌کنند (۷). نتایج پژوهشی روی ۲۳۴ بیمار مبتلا به IBS نشان داد که ترس از شدت علائم گوارشی پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای کیفیت‌زندگی IBS است (۸).

عوامل روان‌شناختی تأثیر عمیقی بر شروع، طول مدت و به طور ویژه، شدت این بیماری در زنان مبتلا به IBS دارند (۹،۷). به نظر می‌رسد عواملی مثل فاجعه پنداری درد (Pain Catastrophizing) در این بیماران بالا باشد. فاجعه‌پنداری درد به عنوان یک فرآیند شناختی - عاطفی منفی و اغراق‌آمیز، در طول مواجهه با درد واقعی یا درد مورد انتظار، موجب پیشرفت درد و ناتوانی ناشی از آن می‌شود (۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فاجعه پنداری درد با شدت علائم IBS رابطه دارد (۱۱،۱۲). پژوهش گایلرد و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر علائم جسمی و کیفیت زندگی این بیماران اثر دارد (۱۳). همچنین لیجتسن و همکاران (۲۰۱۰) با ترکیب روش مواجهه و ذهن آگاهی به این یافته رسیدند که بیماران در علائم جسمی و روان‌شناختی کاهش قابل ملاحظه را گزارش کردند (۱۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که باورهای منفی و فاجعه‌سازی در مورد درد شکم، واسطه ارتباط بین شدت درد شکمی در بیماران مبتلا به IBS و افسردگی است (۱۵). با توجه به

چندان مستند نشده است. این عدم استناد و حمایت پژوهشی، خلاء دانش در این حوزه را افزایش داده است. از طرفی چون جنسیت از عواملی است که با توجه به غلبه این بیماری در زنان مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که مطالعات مختلف نشان می‌دهند زنان نسبت به مردان بیشتر درگیر این بیماری می‌شوند و ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان گزارش می‌شود (۳۱،۵)، لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی بر فاجعه پنداری درد و شدت علائم در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک انجام شد.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح پژوهش سه گروهی، شامل یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یک گروه درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی و یک گروه گواه با دو مرحله، شامل یک مرحله پیش آزمون و یک مرحله پس آزمون بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که در پاییز ۱۳۹۸ به مطب متخصصین گوارش در شهرستان شهرضا مراجعه کردند، تشکیل دادند که از میان آنها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج و انتساب تصادفی ۱۵ نفر به هر گروه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: داشتن ملاک‌های تشخیصی ROME III توسط متخصص گوارش جهت افتراق IBS با سایر اختلالات عملکرد دستگاه گوارش (غالب اسهال)، نداشتن بیماری‌های شدید روانپزشکی (بر اساس مصاحبه SCID)، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم شرکت در جلسات مداخلات روانشناختی طی ۶ ماه گذشته، حداقل تحصیلات متوسطه، تسلط به زبان فارسی، رضایت از شرکت در طرح و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه درمان، دو جلسه غیبت در جلسات رواندرمانی و عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی ۲ جلسه متوالی یا غیر متوالی بود. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی مانند رعایت اصل رازداری کامل برای همه شرکت کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره گیری از پژوهش، اطلاع رسانی کامل در مورد شرایط پژوهش،

اسلامی باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها در کوتاه مدت و بلند مدت می‌شود (۲۹). همچنین در پژوهشی دیگر به مقایسه تاثیر درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان ناباور شهر اصفهان پرداختند که نتایج این تحقیق از اثربخشی هر دو رویکرد بر بهزیستی روانشناختی آزمودنی‌ها خبر داد. علاوه بر مداخلات اندکی که با رویکرد مثبت نگر انجام شده در اغلب موارد رویکردهای مورد استفاده تناسب و تطابق فرهنگی و بومی مورد نیاز در درمان که طی سال‌های اخیر توجه جدی به آن شده، توجه چندانی نشان نداده‌اند (۳۰). به طور کلی در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی در همه نوع درمان روانشناختی حائز اهمیت است. اما به نظر می‌رسد در مورد مداخلات مثبت نگر این موضوع اهمیت بیشتری دارد. زیرا مروری کوتاه بر موضوعات مورد مطالعه روانشناسی مثبت نشان می‌دهد که بسیاری از این موضوعات از ابتدای پیدایش دانش بشری مورد توجه بوده‌اند و روانشناسی مثبت علم جدیدی است که ریشه‌ی آن به فلسفه، ادبیات و مذهب باز می‌گردد و عمدتاً هر فرهنگی ادبیات و مذهب منحصر به فرد خود را دارد و ریشه‌های تاریخی روانشناسی مثبت در عمق گذشته‌های دور و نزدیک ما جای دارد.

در مجموع، شواهد حاصل از مطالعات گذشته نشان می‌دهد که دو درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر، دارای توان بالقوه برای کمک به بیماران روده تحریک پذیر هستند. این دو درمان تا کنون کمتر در مطالعه‌ای بر فاجعه پنداری درد و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر در کنار یکدیگر مورد استفاده و مقایسه قرار گرفته‌اند. از طرف دیگر این دو درمان از دو موج درمانی نوین، یکی درمان‌های موج نوین شناختی-رفتاری (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و دیگر درمان‌های مثبت نگر (درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی) هستند که اکنون در بسیاری از حوزه‌ها برای کمک به بیماران مختلف مورد استفاده هستند. این امر در حالی است که ظرفیت یاری رسانی این دو درمان بر کاهش فاجعه پنداری درد و شدت علائم بیماران روده تحریک پذیر، که هر دو امکان ایجاد اختلال جدی در زندگی این بیماران را دارا هستند،

تشخیص‌هایی را براساس DSM-V-RV فراهم می‌آورد. این ابزار توسط فرست، اسپیتزر و همکاران (۲۰۱۷) ساخته شده است. این ابزار در ایران نیز توسط محمدخانی و همکاران (۱۳۹۶) ترجمه شده است (۳۳). در پژوهش حاضر جهت بررسی عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانپزشکی (ملاک ورود) مثل سایکوز و bipolar حاد و... در نمونه پژوهش استفاده شد.

#### مقیاس فاجعه پنداری درد (PCS)

این مقیاس توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه آمیز درد ساخته شد. این پرسشنامه ۱۳ ماده تشکیل شده است. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت صفر (هیچ وقت) تا چهار (همیشه) است. نمرات پایین‌تر نشانه‌ی فاجعه سازی کمتر و نمرات بالا فاجعه سازی بیشتر می‌باشد. میزان پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در زیر مقیاس نشخوار ۰/۸۸، بزرگنمایی ۰/۶۷ و درماندگی ۰/۸۹ و کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد (۳۴). در ایران برای اولین بار در پژوهش داوودی، زرگر، مظفری پور سی سخت، نرگسی و مولا (۱۳۹۱) همبستگی آن با فرم کوتاه افسردگی بک ۰/۴۶ و همچنین آلفای کرونباخ این کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ و در ابعاد نشخوار ۰/۸۱، اغراق آمیزی ۰/۷۰ و درماندگی ۰/۹۳ به دست آمد (۳۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۱ بدست آمد.

#### پرسشنامه شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (BSS-FS)

این پرسشنامه بر اساس مقیاس شدت علائم روده که توسط بویس و همکاران (۲۰۰۰) در استرالیا ساخته شده بود، طراحی گردید (۳۶). پرسشنامه شامل ۱۰ سوال که ۵ سوال آن مربوط به شدت و ۵ سوال آن مربوط به فراوانی علائم این بیماران است. روش نمره گذاری بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت در خصوص فراوانی علائم از صفر (هیچ وقت)، یک (هفته ای یک الی دو بار)، دو (یک روز در میان)، سه (هر روز)، چهار (روزانه به دفعات زیاد) و در خصوص شدت علائم از صفر (بی اهمیت)، یک (قابل تحمل)، دو (آزار دهنده)، سه (غیر قابل تحمل)، چهار (وحشتناک) صورت گرفت. همبستگی نمرات به دست آمده برای فراوانی علائم برابر با ۰/۷۶: ۲ و برای

کسب رضایت نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای پژوهش به طور کامل در این مطالعه رعایت شد. به علاوه گروه کنترل که با مشارکت خود اجرای این پژوهش را همراهی کردند، در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت درمان روانشناختی قرار گرفتند. ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت عبارتند از: ابزار تشخیصی ROME III، مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی تشخیصی برای DSM-V-RV (Structured Clinical Interview for DSM Disorders SCID-I)، فاجعه پنداری درد (PCS)، پرسشنامه شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (BSS-FS Bowel Symptom Severity & Frequency Scale) بود که در این قسمت به معرفی هر یک از این ابزارها پرداخته شد.

#### ابزار تشخیصی ROME III

این مقیاس یک فرم کوتاه از علائم جسمی نشانگان روده تحریک پذیر است. شرکت کنندگان در مطالعه به صورت گذشته نگر، وجود ناراحتی یا درد شکمی حداقل سه روز در هر ماه و در طول سه ماه اخیر را با حداقل دو مورد از موارد (۱) بهبودی درد با دفع مدفوع، (۲) شروع درد همراه با تغییر در دفعات دفع و مدفوع و (۳) شروع درد همراه با تغییر در ظاهر مدفوع، را باید گزارش کنند. این ملاک تشخیصی در سال ۲۰۰۶ بعد از اصلاحات مختلف که با همکاری بسیاری از متخصصان گوارش در سرتاسر دنیا صورت گرفت، تحت عنوان ROME III به جامعه علمی عرضه شد و از استاندارد بالایی برخوردار است. در ایران توسط صفائی و همکاران (۱۳۹۲) هنجاریابی شده است. به منظور آزمون روایی پرسشنامه، حدود ۴۰۰ بزرگسال (سن بیشتر از ۱۸ سال) از شهرستان دماوند انتخاب و پرسشنامه را طی دو نوبت با فاصله دو هفته تکمیل کردند. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مورد تمام علائم اصلی بالای ۰/۷ بود (۳۲). در این پژوهش از این ابزار برای افتراق سندرم روده تحریک پذیر با سایر اختلالات عملکرد دستگاه گوارش، توسط متخصص گوارش انجام شد.

#### مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی تشخیصی برای

#### (RV DSM-V SCID-I)

SCID یک مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته است که

آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره، مراقبه نشسته طولانی مدت (حضور ذهن از تنفس، صداها و افکار)، تعیین تکلیف خانگی مراقبه واری بدن، نشستن، پیاده روی و تنفس آگاهانه و بررسی آگاهی از تمایز واکنش بدون انتخاب آگاهانه (روزمره) و پاسخ با انتخاب آگاهانه در ارتباطات خود و دیگران).

جلسه هفتم (مرور تکلیف هفته گذشته، مراقبه نشسته طولانی با آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، معرفی مراقبه ایجاد مشکل، تعیین تکلیف خانگی مراقبه طولانی مدت نشسته و مراقبه ایجاد مشکل به همراه فایل صوتی و مشاهده ارتباط بین خلق، درد، فعالیت و تمرینات مراقبه‌ای).

جلسه هشتم (مرور تکلیف هفته گذشته، انجام مراقبه نشسته طولانی مدت، بازنگری مطالب گذشته و بحث در مورد موانع موجود در بکارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن برای انجام تمرینات مستمر و جمع بندی و اجرای پس آزمون) (۲۵).

شرح مختصر جلسات درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی جلسه اول (برقراری رابطه درمانی، توجیه و آشنا سازی).

جلسه دوم (شادی، امید و خوشبینی).

جلسه سوم (صبر در دشواری‌ها).

جلسه چهارم (گذشت و بخشش اشتباهات دیگران).

جلسه پنجم (شوخی طبیعی).

جلسه ششم (شکر گذاری از خدا).

جلسه هفتم (سپاسگزاری از دیگران).

جلسه هشتم (مهربانی و کمک بدون چشم داشت، تعهد به کاربرد مداوم تمرین‌های درمان، اجرای پس آزمون) (۲۹)

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم برای معرفی به مطب متخصص گوارش (استاد مشاور) و صحبت با سایر همکاران متخصص گوارش از جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش در پائیز ۹۸، ۴۵ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه، آن‌ها به صورت تصادفی (همه اسامی به روی برگه نوشته و برگه‌ها با هم مخلوط شدند و به ترتیب هر برگه انتخاب شده در یکی از گروه‌ها قرار گرفت) در دو گروه درمان (گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان مثبت نگر ایرانی-

شدت علائم برابر ۰/۷۳:۲ و پایایی درونی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱:۲ به دست آمد (۳۷). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۶ بدست آمد.

### شرح اختصاری جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول (معرفی اعضا به یکدیگر و تعیین خط مشی کلی جلسات ارائه توضیحاتی در مورد بیماری سندرم روده تحریک پذیر، درد و انواع آن، معرفی مراقبه خوردن کشمش و تنفس آگاهانه همراه با تجربه عملی در جلسه، تعیین تکلیف خانگی خوردن آگاهانه و تنفس آگاهانه به همراه فایل صوتی).

جلسه دوم (مرور تکلیف هفته گذشته، توضیح چرخه درد، آشفستگی و ناتوانی در مدل ABC، معرفی مراقبه واری بدن، تعیین تکلیف خانگی تنفس آگاهانه و مراقبه واری بدن به همراه فایل صوتی).

جلسه سوم (مرور تکلیف هفته گذشته و انجام مجدد مراقبه واری بدن، توضیح رابطه بین افکار منفی و هیجان و درد، معرفی خطاهای شناختی به خصوص در زمینه درد، معرفی تمرین مراقبه نشسته، تعیین تکلیف خانگی واری بدن و مراقبه نشسته همراه فایل صوتی و توجه به افکار منفی، هیجان، درد و بررسی خطاهای شناختی).

جلسه چهارم (مرور تکلیف هفته گذشته و مروری بر رابطه بین استرس و درد، تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در زمان حال، مشاهده و توجه به افکار به عنوان افکار نه حقایق و حوادث، تعیین تکلیف خانگی مراقبه واری بدن، نشستن آگاهانه با تمرکز بر تنفس و آگاهی از تاثیر وقایع خوشایند بر احساس، افکار و حسهای بدن).

جلسه پنجم (مرور تکلیف هفته گذشته، انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساس و افکار مخالف)، معرفی مراقبه پیاده روی آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی مراقبه واری بدن، نشستن آگاهانه و پیاده روی آگاهانه و بررسی آگاهی از تاثیر وقایع ناخوشایند بر احساس، افکار و حسهای بدن).

جلسه ششم (مرور تکالیف هفته گذشته، بحث پیرامون ماندن در زمان حال و متفاوت دیدن افکار، نقش ذهن

گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ نفر (معادل ۶۱/۵ درصد)، درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی ۹ نفر (معادل ۶۹/۲ درصد) و گروه کنترل ۷ نفر (معادل ۵۳/۸ درصد) متاهل هستند. در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل هر کدام ۱ نفر (۷/۷) مطلقه بودند. در دو گروه درمانی، ۲ نفر (معادل ۱۵/۴ درصد) و گروه کنترل ۳ نفر (معادل ۲۳/۱ درصد) دارای تحصیلات سیکل؛ در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۵ نفر (معادل ۳۸/۵ درصد)، درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی ۴ نفر (معادل ۳۰/۸ درصد) و گروه کنترل ۳ نفر (معادل ۲۳/۱ درصد) دارای تحصیلات دیپلم؛ در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۲ نفر (معادل ۱۵/۴ درصد)، درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی و گروه کنترل هر کدام ۳ نفر (معادل ۲۳/۱ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و در همه گروه ها ۴ نفر (معادل ۳۰/۸) دارای تحصیلات لیسانس بودند. نتایج آزمون آنوا و خی دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ متغیرهای مذکور تفاوت معنادار آماری نداشتند ( $P < 0.05$ ).

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی فاجعه پنداری درد و شدت علائم برای گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش ارائه شد. تغییرات از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون در هر دو مولفه در هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل چشمگیرتر است (جدول ۱).

جدول ۱. آماره های توصیفی به تفکیک سه گروه پژوهش و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون (تعداد: ۳۹ نفر)

		شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی				درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی		گروه کنترل
		متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فاجعه پنداری درد	پیش آزمون	۲۱/۴۶	۸/۳۵	۲۰/۴۶	۵/۱۶	۲۰/۲۳	۶/۸۵	
	پس آزمون	۱۳/۷۷	۴/۱۷	۱۶/۶۲	۴/۴۴	۱۸/۵۴	۵/۳۶	
	پیش آزمون	۷/۰۸	۲/۵۰	۷/۳۸	۲/۸۴	۷/۶۹	۱/۴۹	
	پس آزمون	۴/۷۷	۱/۶۹	۴/۹۲	۱/۸۹	۷/۶۱	۱/۳۲	

پیش از اجرای تحلیل کواریانس علاوه بر بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، اثر تعاملی آزمون و گروه از طریق تحلیل کواریانس برای فاجعه پنداری درد ( $p=0.002, F=1.10$ ) و شدت علائم ( $F=1.26, p=0.002$ )، نشان داد که شیب خطوط رگرسیون در گروه‌ها برابر است. آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس خطا (آماره  $F$  لوین به ترتیب برای فاجعه پنداری درد  $۲/۶۰$  و شدت درد  $۲/۱۸$  و غیر معنادار بود) ( $P > 0.05$ ).

اسلامی) و یک گروه کنترل گمارده شدند. سپس در هر گروه پیش‌آزمون اجرا و در ادامه، گروه‌های آزمایش تحت مداخله های موردنظر قرار گرفته (هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه) و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله ای دریافت نکرد. دو درمان توسط روانشناس دارای تجربه، به صورت گروهی و هر هفته یک جلسه اجرا شد. در نهایت پس‌آزمون نیز برای هر سه گروه اجرا شد. لازم به ذکر است با توجه به دو نفر ریزش در گروه‌های آزمایش و یک نفر هم از گروه گواه، آنالیز با ۱۳ نفر در هر گروه انجام شد. پس از جمع آوری در مرحله پس آزمون، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی با ارائه شاخص‌هایی مثل میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی ابتدا به بررسی پیش فرض‌های لازم برای تحلیل کواریانس (نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس خطا، همراه با بررسی پیش فرض استقلال) استفاده شد.

## نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ( $۸۷/۴ \pm ۲۷/۳۱$ )، گروه درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی ( $۶۱/۶ \pm ۲۸/۱۵$ ) و گروه کنترل ( $۷/۸۶ \pm ۲۶/۶۹$ ) بود. گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی ۴ نفر (معادل ۳۰/۸ درصد) و گروه کنترل ۵ نفر (معادل ۳۸/۵ درصد) مجرد،

## شناخت درمانی مبتنی بر

### ذهن آگاهی

پیش از اجرای تحلیل کواریانس علاوه بر بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، اثر تعاملی آزمون و گروه از طریق تحلیل کواریانس برای فاجعه پنداری درد ( $p=0.002, F=1.10$ ) و شدت علائم ( $F=1.26, p=0.002$ )، نشان داد که شیب خطوط رگرسیون در گروه‌ها برابر است. آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس خطا (آماره  $F$  لوین به ترتیب برای فاجعه پنداری درد  $۲/۶۰$  و شدت درد  $۲/۱۸$  و غیر معنادار بود) ( $P > 0.05$ ).

۰/۵۰ و متغیر شدت علائم برابر با ۰/۴۹ است. به این معنی که تحلیل کواریانس تک متغیره در هر دو متغیر با ۱۰۰ درصد توان، ۵۰ درصد تفاوت در فاجعه پنداری درد و ۴۹ درصد در شدت علائم، بین گروه‌های پژوهش را تایید کرده است (جدول ۲).

پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس تک متغیری به ازاء هر دو متغیر انجام شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شد. در متغیر فاجعه پنداری درد و شدت علائم بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۱). اندازه اثر در متغیر فاجعه پنداری درد برابر با

جدول ۲. نتایج تحلیل - تک متغیره فاجعه پنداری درد و شدت علائم

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
فاجعه پنداری درد	پیش آزمون	۵۹۳/۶۰	۱	۵۹۳/۶۰	۱۰۵/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۱
	گروه	۱۹۸/۹۵	۲	۹۹/۴۸	۱۷/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	خطا	۱۹۷/۰۲	۳۵	۵/۶۳				
شدت علائم	پیش آزمون	۳۹/۹۲	۱	۳۹/۹۲	۲۳/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱
	گروه	۵۶/۳۸	۲	۲۸/۱۹	۱۶/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۵۸/۳۹	۳۵	۱/۶۷				

اسلامی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد (۰/۰۵). همچنین در متغیر شدت علائم بین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد (۰/۰۱). اما بین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی تفاوت معناداری وجود ندارد (۰/۰۵) (جدول ۳).

در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر فاجعه پنداری درد و شدت علائم ارائه شده است. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در متغیر فاجعه پنداری درد بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل و درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی تفاوت معنادار وجود دارد (۰/۰۱). اما بین گروه درمان مثبت نگر ایرانی

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی فاجعه پنداری درد و شدت علائم

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای استاندارد	سطح معناداری
فاجعه پنداری درد	گروه کنترل	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۵/۴۹	۰/۹۳۳	۰/۰۰۰۱
	گروه کنترل	گروه درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی	۲/۰۶	۰/۹۳۱	۰/۱۰۱
شدت علائم	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی	-۳/۴۳	۰/۹۳۲	۰/۰۰۲
	گروه کنترل	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲/۵۷	۰/۵۱۰	۰/۰۰۰۱
	گروه کنترل	گروه درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی	۲/۵۵	۰/۵۰۷	۰/۰۰۰۱
	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی	-۰/۱۶	۰/۵۰۷	۱

## بحث

درمان مثبت نگر ایرانی اسلامی بر فاجعه پنداری درد هم کاهش نمرات به نسبت پیش آزمون مشهود بود. در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه، اگر چه به دلیل نوین بودن درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی و از طرفی اثر بخشی دو درمان بر فاجعه پنداری درد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در دسترس قرار نگرفت که به طور کامل از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی بر فاجعه پنداری درد و شدت علائم بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد. نتایج از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری درد و هر دو درمان بر شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر حمایت کرد. هر چند در پس آزمون



(۵۰). مطالعه سپینا و همکاران (۲۰۱۹) و زارع و همکاران (۱۳۹۲) از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری درد حمایت می‌کند. همچنین محمدی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود به بررسی سه درمان دیالکتیک، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر بر کاهش استرس ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران IBS پرداختند که نتایج آنها نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و سپس درمان مثبت نگر بر کاهش استرس ادراک شده و کیفیت زندگی این بیماران موثر است. یکی از جنبه‌های مهم شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد از وجود افکار و تأثیری که بر روی احساسات و رفتارهای آنها به جا می‌گذارد، با خبر شده و نسبت به آن ذهن آگاه می‌شوند (۵۱). همچنین نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم تأثیر مثبت داشته و نمرات به شکل معناداری در پس آزمون کاهش داشته است. مطالعات متعدد در این زمینه از اثربخشی MBCT بر کاهش علائم بیماران IBS حمایت می‌کند. کامکار و همکاران (۳۸) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس منجر به کاهش شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS به نسبت گروه کنترل شد. زمردی و همکاران (۲۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که MBCT بر کاهش علائم در بیماران IBS اثر دارد. همچنین مقتدایی و همکاران (۲۵) نیز در مطالعات خود نشان دادند که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم جسمی زنان مبتلا به IBS تأثیر مثبت دارد.

تأثیر درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی بر شدت علائم در بیماران نیز در پژوهش‌ها تأیید شده است. نداف نیا، ابراهیمی، نشاط دوست و طالبی (۱۳۹۸) در مطالعه خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر معنویت بر شدت علائم روده‌ای و کیفیت زندگی بیماران IBS پرداختند. نتایج نشان داد هر دو درمان بر کاهش شدت علائم روده‌ای و بهبود کیفیت زندگی موثر است (۵۲). همچنین اسدالهی، نشاط دوست، کلانتری و مهربانی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به IBS پرداختند که نتایج آنها نیز با مطالعه حاضر همسو است (۵۳). در تبیین

باشد، ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات داخل ایران، مانند کامکار و همکاران (۳۸)، مقتدایی و همکاران (۲۵)، زمردی و همکاران (۲۱)، عبدالقادری و همکاران (۳۹)، هاشمی و گرجی (۲۲)، نوروزی و همکاران (۴۰)، شیرانی و منشئی (۴۱)، باقری و سجادیان (۴۲)، ترکش دوز و ثناگوی محری (۴۳)، همسویی دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های گزارش شده در خارج از ایران، نظیر مطالعه عبدالقادری و همکاران (۴۴)، محمدی و همکاران (۴۵) و سپینا و همکاران (۴۶)، نامجو و همکاران (۴۷)، اهد و همکاران (۴۸) همسویی نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که گرچه در هیچ یک از پژوهش‌های مورد اشاره به مقایسه این دو درمان بروی فاجعه پنداری و شدت درد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بکار گرفته نشده است، ولی بعضی از مداخلات به اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت جداگانه بر متغیرها پرداخته و درمان مثبت نگر نیز به روی فاجعه پنداری درد و شدت علائم در سایر مشکلات و اختلالات حمایت کرده و با پژوهش‌های این حوزه هم جهت است.

در تبیین اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش فاجعه پنداری و شدت علائم می‌توان گفت که هدف این نوع درمان پرورش آگاهی پایدار و غیر واکنشی در مورد تجربه‌های درونی (شناختی، عاطفی و حسی) و تجربه‌های بیرونی فرد (محیطی و اجتماعی) است. در این روش فرد به جای سرکوب و رد احساسات و افکار دردناک و منفی خود، فقط آنها را مورد مشاهده قرار داده و به آنها اجازه می‌دهد همانگونه که هستند، بمانند. با توسعه‌ی توجه پایدار و آگاهی غیر قضاوتی و غیر واکنشی، دامنه‌ی گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی جسمی، تعادل هیجانی، تغییر در خود قضاوتی و بهبود آن، خودآگاهی و ارتباط با دیگران و در نهایت تنظیم رفتاری، تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. و بهبود در هر یک از حوزه‌های کاربردی می‌تواند به طور بالقوه فشار روانی را کاهش دهد (۴۹). کسب این مهارت‌ها فرد را قادر می‌سازد تا انجام واکنش‌های هیجانی، قضاوتی و تحلیلی از روی عادت را نسبت به موضوع مورد توجه، محدود یا قطع نموده و فرد با آگاهی بیشتری به مسائل زندگی پاسخ دهد

بیماران شود. از آنجایی که فاجعه پنداری یک عامل تعیین کننده در تجربه درد است و باورهای فاجعه آفرینی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند، این اجتناب به خودی خود درد و ناتوانی را در فرد بیشتر می‌کند. به عبارتی افرادی که فاجعه پنداری نسبت به درد دارند، تجربه درد و افزایش شدت علائم را از طریق افزایش سوگیری توجه به اطلاعات حسی و عاطفی درد تقویت می‌کنند (۵۸).

### نتیجه گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی در یک حد بر کاهش فاجعه پنداری درد و شدت علائم بیماری روده تحریک پذیر موثر هستند. بر همین اساس می‌توان نتیجه گرفت که این دو درمان درمان‌های مفیدی برای افراد مبتلا به روده تحریک پذیر در راستای غلبه بر مشکلات مربوط به شدت علائم و فاجعه پنداری و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران هستند. به همین جهت پیشنهاد می‌شود تا از طریق متخصصات گوارش بیماران روده تحریک پذیر به روان‌شناسان ارجاع تا از طریق این دو درمان تحت درمان قرار گیرند. پژوهش حاضر با محدودیت فقدان مرحله پیگیری مواجه است که بر این اساس یافته‌های بدست آمده با احتیاط مورد ارزیابی و تعمیم قرار داد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی در بازه زمانی طولانی‌تر و با لحاظ نمودن مرحله پیگیری تکرار شود. به علاوه در سایر مشکلات گوارش و گروه‌های سنی و جنسی، اثربخشی این درمان‌ها مورد مطالعه قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روانشناسی با کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1398.253 است که بدون دریافت هیچ گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی خاص انجام شده است. بدین وسیله از کلیه بیماران که در این پژوهش شرکت کردند همچنین از دکتر پیمان ادیبی، دکتر فاطمه رستمی، دکتر امین امینی و دکتر رامین امینی که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه شدت علائم این بیماران بالاخص درد شکمی یک علامت مهم در IBS است، کاهش میزان بروز علائم به تصمیم برای بخشیدن و شروع فرایند بخشش خود منجر به کم شدن هیجانات منفی و به دنبال آن کاهش علائم جسمی این بیماران شده است (۵۴). مطالعات نشان داده که مداخلات مبتنی بر بخشش باعث افزایش احساس مثبت و کاهش احساسات منفی می‌شود. به عبارتی افرادی که مداخلات مثبت نگر و معنوی را دریافت کرده‌اند، هیجانات منفی نظیر افسردگی و اضطراب را به طور قابل ملاحظه کاهش داده و سطح هیجاناتی مثل امید و خوش بینی در آنان افزایش یافته است. همچنین شکرگزاری مولفه دیگری است که در جلسات مورد تاکید قرار گرفت (۵۵). داشتن معنا در زندگی، هدف و انگیزه برای تلاش جهت رسیدن به آنها می‌باشد به عبارتی بدون هدف، زندگی ساختار نخواهد داشت. مطالعات تجربی نشان داده‌اند که داشتن حس قوی معنی با شادی و رضایت از زندگی ارتباط تنگاتنگ دارد و افرادی که رضایت از زندگی بیشتری دارند، سلامت جسمی بهتری را گزارش کرده‌اند (۵۶).

در ارتباط با یافته دیگر تحقیق که اثربخشی درمان مثبت نگر ایرانی - اسلامی بر فاجعه پنداری زنان مبتلا به IBS است با وجود کاهش در این متغیر اما در حد معنادار بدست نیامد. این یافته با مطالعه شیرانی و منشی که در مقاله خود به اثربخشی مداخلات مثبت نگر بر فاجعه پنداری درد در زنان مبتلا به سرطان پرداختند، همسو است. که می‌توان به دو نکته اشاره کرد: یکی اینکه درمان‌های مثبت نگر بجای تمرکز بر کاهش علائم روانشناختی، روی بهبود کلی زندگی بیمار کار می‌کنند (۵۷)، دوم اینکه مداخله در ۸ جلسه و بدون دوره پیگیری انجام شد که زمان کوتاهی است و از طرفی این درمان بروی افکار فاجعه آفرین به صورت مستقیم کار نشد.

در تبیین اثربخشی MBCT بر فاجعه پنداری به نسبت گروه مثبت نگر ایرانی-اسلامی و کنترل به نظر می‌رسد MBCT در راستای کنترل درد بیماران می‌تواند بر فاجعه پنداری درد بیماران زن مبتلا به IBS موثرتر باشد. به نحوی که این درمان گروهی باعث کاهش فاجعه پنداری (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) نسبت به درد در این

## تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

## منابع

1. Bhattarai Y, Muniz Pedrogo DA, Kashyap PC. Irritable bowel syndrome: a gut microbiota-related disorder? *American Journal of Physiology Gastrointestinal Liver Physiology* 2017; 312(1):52-62.
2. Jasper F, Egloff B, Roalfe A, Witthöft M. Latent structure of irritable bowel syndrome symptom severity. *World Journal of Gastroenterology* 2015; 21(1):292-300.
3. Stasi C, Bellini M, Gambaccini D, Duranti E, Bortoli N, Fani B, Albano E, Russo S, Sudano I, Laffi G, Taddei S, Marchi S, Bruno RM. Neuroendocrine Dysregulation in Irritable Bowel Syndrome Patients: A Pilot Study. *Journal of Neurogastroenterology and Motility* 2017; 23(3): 428-434.
4. Basnayake Ch. Treatment of irritable bowel syndrome. *Australian Prescriber an Independent Review* 2018; 41(5): 145-149.
5. Grundmann O, Yoon SL. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: an integrative view. *World Journal of Gastroenterology* 2014; 20(2):346-362.
6. Adarvishi S, Zarea K, Asadi M, Mahmoodi M, GhasemiDeh Cheshmeh M, Khodadadi A, Hardani F. Effect of Problem Solving Training on Anxiety in Patients with IBS. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal* 2016; 5(2): 22-32.
7. Ballou S, Bedell A, Keefer L. Psychosocial impact of irritable bowel syndrome: A brief review. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology* 2015; 6(4): 120-123.
8. Lackner JM, Gudleski GD, Ma CX, Dewanwala A, Naliboff B. Representing the IBSOS Outcome Study Research Group. Fear of GI symptoms has an important impact on quality of life in patients with moderate-to-severe IBS. *American Journal of Gastroenterology* 2014; 109(11): 1815-1823.
9. Shah K, Ramos-Garcia M, Bhavsar J, Lehrer P. Mind-body treatments of irritable bowel syndrome symptoms: An updated meta-analysis. *Behavior Research and Therapy* 2020; 128:1-12.
10. Shafiei F, Amini fasakhoudi M. Efficacy of mindfulness-based stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain. *Journal Anesthesiology and Pain* 2017; 7(2):1-10.
11. Stanculete MF, Matu S, Pojoga C, Dumitrascu DL. Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases* 2015; 24(2): 159-164.
12. Gerson MJ, Gerson C, Chang L, Corazziari E, Dumitrascu DL, Ghoshal UC, et al. A Multi-National Investigation of Attachment, Catastrophizing and Negative Pain Beliefs in Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Journal* 2013; 144(5): 490-500.
13. 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 Complementary and Alternative Medicine* 2009; 28(9):24.
14. Ijotsson B, Andreewitch S, Hedman E, Ruck C, Andersson G, Lindefors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--an open pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010; 41(3): 90-185.
  15. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB. Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66(3): 435-441.
  16. Ballou S, Keefer L. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Diseases. *Clinical and Translational Gastroenterology* 2017; 8(1): 1-7.
  17. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine* 2002; 64(1):71-83.
  18. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of ostintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007; 76 (4):226-233.
  19. Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness* 2012; 3:190-199.
  20. Shirazitehrani A R, Gholamrezaee S. Effectiveness of Mindfulness based Stress Reduction on the Mental Health of Mothers who have Educable Mentally Retarded Children. *Journal of Exceptional Education* 2016; 9 (137) :5-16
  21. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Arbabi M, Ebrahimi Daryani N, Azad Fallah P. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavior therapy and mindfulness based therapy on the decrease in symptoms of patients who suffer from irritable bowel syndrome. *Govaresh* 2013; 18(2): 88-94.
  22. Hashemi F, Gorji Y. Effectiveness of group Mindfulness Based Stress Reduction consultation of severity of physical symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2016; 5(1): 32-39.
  23. Ljótsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Rück C, Hursti T, Andréewitch S, Jansson L, Lindefors N, Andersson G. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 2010; 48(6):531-539.
  24. Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, Faurot KR, Coble RS, Mann JD, Frey W, Leniek K, Whitehead WE. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *The American Journal of Gastroenterology* 2011; 106 (9):1678-1688.
  25. Moghtadaei K, Kafi M, Afshar H, Ariapouran S, Daghighzadeh H, Pourkazem T. Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal Research Behavior Sciences* 2013; 10(7): 698-708.
  26. Seligman MEP. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press; 2002.

27. Rashid T. 2009. Positive interventions in clinical practice. *Journal Clinical Psychology* 2002; 65(5): 461-466.
28. Gall M, Gall J, Borg W. [Educational Research: An Introduction]. 3rd ed. Tehran, Iran: Samt Publication 2008.
29. Jamshidian QalehShahi P, Aghaei A, Golparvar M. Comparing the Effect of Iranian Positive Therapy and Acceptance -Commitment Therapy on Depression, Anxiety and Stress of Infertile Women in Isfahan City. *Journal of Health Promotion Management* 2017; 7(3): 8-16.
30. Jamshidian QalehShahi P, Aghaei A, Golparvar M. Comparison of effect Iranian - Islamic positive therapy with acceptance and commitment therapy on psychological well-being of infertile women in Isfahan city. *Nursing and Midwifery Journal* 2017; 15(1): 48-57.
31. Heitkemper M, Jarrett M. Overlapping conditions in women with irritable bowel syndrome. *Urologic Nursing* 2005; 25(1):25-30.
32. Safaee A, Khoshkrood-Mansoori B, Pourhoseingholi M A, Moghimi-Dehkord B, Pourhoseingholi A, Habibi M et al . Prevalence of Irritable Bowel Syndrome: A Population Based Study. *Studies in Medical Sciences* 2013; 24 (1): 17-23.
33. First M B, Williams J B W, Karg R S, Spitzer R L. Structured Clinical Interview for DSM-5 Research Version SCID-5-RV 2017.
34. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment* 1995; 7: 524-532.
35. Davoodi I, Zargar Y, Mozafari Pour E, Nargesi F, Mola K. The Relationship between Pain Catastrophizing, Social Support, Pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients. *Quarterly Journal of Health Psychology* Spring 2012; 1(1) 59 -73.
36. Boyce P, Gilchrist J, Talley NJ, Rose D. Cognitive-behaviour therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34(2):300-309.
37. Solati Dehkordy K, Adibi P, Ghamarani A. The Effects of Cognitive - Behavior Therapy and Drug Therapy on Quality of Life and Symptoms. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2012; 19(1): 94-103.
38. Kamkar A, Golzary M, Farrokhi N, Aghaee S. The Effectiveness of Cognitive - Behavioral Stress Management on Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Armaghane danesh* 2011; 16 (4): 300-310.
39. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Decreasing Pain, Depression and Anxiety of Patients with Chronic Low Back Pain. *Journal of Shahid Sadoughi University* 2014; 21 (6): 795-807.
40. Norouzi A, Fakhri M, Talebi R, Roshandel G, Mohammadi R. Effectiveness of Mindfulness - Based Cognitive Therapy on coping style and gastrointestinal symptoms in patients with Irritable Bowel Syndrome. *Jorjani Biomedicine Journal* 2018; 5 (2): 100-108.
41. Shirani M, Manshaee Gh. Effectiveness of Positive Psychology Interventions on Pain Catastrophizing and Life Expectancy of Women with Breast Cancer. *Journal Research*

- Behavior Sciences 2018; 16(3): 400-407.
42. Bagheri S, Sajjadian I. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction treatment on the Severity of Symptoms and Pain Catastrophizing in Students with Premenstrual Dysphoric Disorder. *European Journal of Anaesthesiology Pain* 2018; 9(1): 52-65.
  43. Tarkeshdooz Sh, Sanagouye-Moharer Gh. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Catastrophizing and Pain Perception among Adolescents with Leukemia. *Community Health* 2019; 6(3): 305-313.
  44. Abdolghaderi M, Kafi S M, Saberi A, Ariaporan S. Research Paper: Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Hope and Pain Beliefs of Patients with Chronic Low Back Pain. *Caspian Journal of Neurological Sciences* 2018; 4(1):18-23.
  45. Mohamadi J, Ghazanfari F, Drikvand FM. Comparison of the Effect of Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy and Positive Psychotherapy on Perceived Stress and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: a Pilot Randomized Controlled Trial. *The Psychiatric Quarterly* 2019; 90(3):565-578.
  46. Sepanta M, Shirzad M, Bamdad S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Catastrophizing and Anxiety associated with Pain in Adolescents with Leukemia. *International Journal of Body, Mind and Culture* 2019; 6(1): 27-34.
  47. Namjoo S, Borjali A, Seirafi M, Assarzagdegan F. Use of Mindfulness-based Cognitive Therapy to Change Pain-related Cognitive Processing in Patients with Primary Headache: A Randomized Trial with Attention Placebo Control Group. *Anesthesiology and Pain Medicine* 2019; 9(5): 1-10.
  48. Ehde D M, Alschuler K N, Day M A, Ciol M A, Kaylor M L, Altman J K, Jensen M P. Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: a randomized controlled trial protocol. *Trials* 2019; 20(774): 1-12.
  49. Van Vliet KJ, Foskett AJ, Williams JL, Singhal A, Dolcos F, Vohra S. Impact of a mindfulness-based stress reduction program from the perspective of adolescents with serious mental health concerns. *Child and Adolescent Mental Health* 2017; 22(1):16-22.
  50. Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2010; 16(1):36-40.
  51. Sevinc G, Hölzel BK, Hashmi J, Greenberg J, McCallister A, Treadway M, Schneider ML, Dusek JA, Carmody J, Lazar SW. Common and Dissociable Neural Activity After Mindfulness-Based Stress Reduction and Relaxation Response Programs. *Psychosomatic Medicine* 2018; 80(5):439-451.
  52. Asadollahi F, Neshatdoost H T, Kalantary M, Mehrabi H A, Afshar H, Daghighzadeh H. Effectiveness of spiritual therapy on somatic symptoms in female patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Behavioral Sciences* 2014; 12(3): 317-327.
  53. Naddafnia L, Ebrahimi A, Neshatdoost H, Talebi H. Comparison of Effectiveness of Cognitive Behavioral

- Therapy and Spiritual Therapy on Symptoms Intensity, Quality of Life, in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal Research Behavior Sciences* 2019; 17(2): 291-302.
54. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research* 2013; 29(2):1-7.
55. Akuchekian Sh, Jamshidian Z , Maracy MR, Almasi A, Davarpanah Jazi A H. Effectiveness of Religious-Cognitive-Behavioral Therapy on Religious Oriented Obsessive Compulsive Disorder and its Co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School* 2011; 28(114): 801-811.
56. Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, Romero C, Stanley MA. Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2011; 41(2):99-108.
57. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Journal* 2002; 123: 2108-2131.
58. Ruscheweyh R, Nees F, Marziniak M, Evers S, Flor H & Knecht S. Pain catastrophizing and painrelated emotions: Influence of age and type of pain. *Clinical Journal Pain* 2011; 27(7): 578-586.