



اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر شدت علائم بیماری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (IBS)

زهرا اسکافی ثابت^۱، شهره قربان شیرودی^{۱*}، محمد رضا زربخش بحری^۱، کیوان امینیان^{۱،۲}

۱- گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۲- گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه نشانگان روده تحریک پذیر از شایع ترین اختلالات دستگاه گوارش است که موجب کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا می شود. از آنجایی که هیچ علت بدنی برای نشانگان روده تحریک پذیر تشخیص داده نشده است، جهت کاهش علائم بیماری و افزایش سطح کیفیت زندگی افراد می توان از مداخلات روانشناختی بهره گرفت. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم بیماری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر انجام شد. مواد و روش ها پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری، شامل تمامی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی گوارش رازی شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بود. تعداد ۳۰ نفر افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. جهت جمع آوری داده ها از مقیاس شدت علائم بیماری IBS و فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی (ویر و شربورن، ۱۹۹۲) استفاده شد. پس از اجرای مداخله به مدت ۸ جلسه، داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و تحلیل کوواریانس یک طرفه تحلیل شدند. یافته ها بین میانگین نمره های متغیر کیفیت زندگی و شدت علائم بیماری در پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون با مرحله پیگیری (۰/۰۱ < P) تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه گیری براساس نتایج به دست آمده می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم بیماری و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر موثر است. کلیدواژه ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، شدت علائم بیماری، کیفیت زندگی، نشانگان روده تحریک پذیر	تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۶ *نویسنده مسئول: شهره قربان شیرودی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. تلفن: ۵۴۲۷۱۱۰۵ - ۰۱۱ پست الکترونیک: Sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir



مقدمه

نشانگان روده تحریک پذیر (IBS)^۱ یک اختلال کارکردی روده است که با تغییر در عادات‌های روده‌ای و درد یا ناراحتی شکمی بدون حضور مشکلات ساختاری در دستگاه گوارش، مشخص می‌شود. این علائم معمولاً به صورت ناگهانی پدیدار شده، پس از چند روز ناپدید می‌شوند و اغلب با سایر اختلالات کارکردی مانند فیبرومیالژی، سردرد، کمردرد و مشکلات ادراری-تناسلی همپوشانی دارند. از آنجایی که علامت تشخیصی مشخصی برای IBS وجود ندارد، تشخیص بیماری، غالباً توسط پزشک و براساس مشاهدات بالینی صورت می‌گیرد. بر اساس مطالعات انجام شده، حدود ده تا بیست درصد از بزرگسالان و نوجوانان در سراسر دنیا، علائم و نشانه‌هایی دارند که با IBS منطبق است و شیوع آن در زنان بیشتر از مردان، گزارش شده است اما شدت علائم در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر، متغیر و متفاوت است. تاکنون علت زیستی مشخصی برای نشانگان روده تحریک‌پذیر یافت نشده است (۱) و با توجه به تشدید علائم بالینی پس از بروز اختلالات روان‌شناختی و استرس در افراد مبتلا، تأثیر دستگاه عصبی مرکزی (CNS)^۲ در بروز این بیماری تأیید شده و در برخی گزارش‌ها، در ۸۰٪ افراد مبتلا به IBS علائم روان‌شناختی غیرطبیعی مشاهده شده‌است (۲). بیش حساسیتی احشایی غیر معمول این اختلال، با تجربه هیجانات منفی و استرس در ارتباط است (۳) و برخی گزارش‌ها حاکی از تقدم تجربه اضطراب در افراد مبتلا بر تغییر شدت علائم بیماری آنهاست (۴). به نظر می‌رسد که رفتارهای اجتنابی نیز با علائم گوارشی در نشانگان روده تحریک‌پذیر رابطه دارد و درمان‌های روان‌شناختی با کاهش این گونه رفتارها موجب کاهش علائم بالینی افراد مبتلا

می‌شود (۵). مداخلات روان‌شناختی موثر عموماً شامل مواردی مانند آرام‌سازی برای کاهش استرس یا فعال‌سازی رفتاری با وجود درد بوده است (۶-۸). از این رو می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳، یکی از مداخلات روان‌شناختی موثر در این زمینه است.

بسیاری از افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر، به دلیل مشکلات گوارشی، اشتغال ذهنی، ترس شدیدی درباره حضور خود در اجتماع دارند و به همین دلیل، خود را منزوی می‌کنند و تنها در صورت لزوم در انظار عمومی حاضر می‌شوند. احساس شرم، گناه و خشم از هیجانات غالب در این بیماری است. همچنین این افراد به دلیل باورهای منفی اغراق آمیز در مورد بیماری و یا احساس عدم کنترل بر نشانه‌های آن، پاسخ‌های مقابله‌ای ضعیفی از خود نشان می‌دهند و از انجام فعالیت‌های لذت بخش دوری می‌کنند (۹). همین امر به تدریج موجب تنهایی، کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و تشدید علائم بیماری در آنها می‌شود و مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر از سلامت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد عادی برخوردارند (۱۰، ۱۱).

ذهن آگاهی، نوعی درمان شناختی است و متخصصان این فن، آن را احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی معرفی نموده‌اند (۱۲) که موجب می‌شود هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، دیده و پذیرفته شوند و هدف از آن به عنوان یک روش درمانی، کاهش تجارب اجتنابی و تمایل به تجربه احساس‌های نامطلوب بدنی، هیجانات و افکار است (۶). طبق دیدگاه شناختی، افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر در نحوه عملکرد مغزشان بر روی محرک‌ها و تعبیر و تفسیرهای خود دچار تحریفات و

^۳. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

^۱. Irritable Bowel Syndrome

^۲. Central Nervous System



سوگیری‌های شناختی‌اند و الگوهای تفکر ناسالمی در مورد دنیا و بیماری خود دارند. این الگوهای ناسالم موجب بروز نوعی بینظمی و عدم تعادل در فعالیت مراکز شناختی و هیجانی سیستم اعصاب مرکزی و سیستم عصبی روده‌ای (ENS) می‌شود که به نوبه خود موجب بروز علائمی مانند درد شکمی، اسهال و یبوست می‌شود (۱۳). از نظر کابات زین (۲۰۰۲) آموزش ذهن‌آگاهی به افراد بیمار کمک می‌کند که اندیشه‌ها و احساساتشان را مشاهده کنند و با ترویج آگاهی در طول تمرینات، قادر به تمرکز زدایی از الگوهای افکار منفی خواهند شد (۶).

نتایج چندین مطالعه نشان داد که فنون ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشانه‌های استرس و درد و بهبود افسردگی و نشانه‌های فیبرومیالژیا در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شده است. همچنین نتایج مطالعات بر روی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشان داد که این رویکرد درمانی در استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد با استرس و کاهش افسردگی و میزان خشم مؤثر بوده است (۱۴). نتایج چندین پژوهش نشان دهنده اثربخشی ذهن‌آگاهی بر ارتقای کیفیت زندگی بوده است (۱۰، ۱۴-۱۸) و همچنین یافته‌های دیگران نشان داد این رویکرد درمانی در افزایش احساس لذت از زندگی، کاهش تنش و نشانه‌های بیماری و کاهش درد (۶، ۱۰، ۲۱-۱۸) و همچنین کاهش اضطراب، استرس و افسردگی (۱۱-۹، ۱۹، ۲۰) مؤثر بوده است که به نوبه خود موجب افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود.

شواهد نشان دهنده رابطه ذهن‌آگاهی با شاخص‌های سلامت روان، از جمله سطوح بالای عاطفه مثبت، عزت نفس، خوش بینی (۱۸)، سرزندگی و تنظیم هیجان سازگارانه و همچنین سطوح پایین‌تر عاطفه منفی است (۱۶). در الگوی فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نشانگان روده

تحریک‌پذیر، فرض بر این است که تجربه مربوط به احساس بدنی مرتبط با علائم بیماری، در بیشتر موارد موجب بروز اضطراب در فرد می‌گردد. این افزایش اضطراب در ارتباط با علائم گوارشی در نهایت، منجر به انزوای اجتماعی و افسردگی می‌شود. ارتباط دو جانبه میان اضطراب اختصاصی و رفتار اجتنابی می‌تواند موجب رنج دایمی شود بنابراین، در درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ابتدا به افراد آموخته می‌شود که به جای این که افکار خود را به صورت واقعیت‌هایی انکارنپذیر در نظر گیرند، آگاهی فراشناختی خود را افزایش دهند و توانایی درک مجدد افکار و احساسات خود و در نظر گرفتن آن‌ها به عنوان رویدادهای گذرا و ناپایدار را کسب نمایند. انتظار می‌رود که افزایش آگاهی فراشناختی افراد، نشخوار فکری (فرایند تکرار افکار منفی در ذهن) را کاهش دهد و در نتیجه، گرایش به افکار منفی اغراق‌آمیز و سایر نشانه‌های استرس و همچنین کاربرد راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و منفعلانه کاهش یابد (۲۲). به طور کلی برخی پژوهشگران بر این باورند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با بهبود آشفستگی روان‌شناختی بر نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر می‌گذارد (۱۱) با این حال شواهدی مبنی بر اثربخشی مستقیم این رویکرد درمانی بر نشانه‌های معده و روده‌ای IBS وجود دارد که به نوبه خود موجب کاهش آشفستگی روان‌شناختی می‌گردد (۱۳). با توجه به اهمیت مطالعه اثربخشی درمان‌های نوین روان‌شناختی بر بیماری‌های مزمن کارکردی، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت علائم بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری برای گروه آزمایش و گواه انجام شد.



جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک تخصصی گوارش رازی شهر رشت در بازه زمانی مهرماه تا بهمن ۱۳۹۸ بود که از زمان تشخیص بیماری آنها توسط پزشک فوق تخصص گوارش حداقل یک سال می گذشت و تحت نظر و درمان پزشکی قرار داشتند. تعداد زیادی از این افراد، به دلیل علایم جسمانی بی ثبات و غیر قابل پیش بینی نشانگان روده تحریک پذیر، حاضر به شرکت در جلسات مداخله نشدند و یا در مراحل اولیه پژوهش از ادامه راه بازماندند. سرانجام تعداد ۳۶ نفر که حاضر به همکاری بودند بر اساس ملاک های ورود و خروج، به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد، سه نفر به دلیل شرکت نامنظم در جلسات و یک نفر به دلیل بروز مشکلات جسمانی و عود بیماری از مطالعه حذف شدند. دو نفر نیز از ادامه همکاری و شرکت در جلسات مداخله، انصراف دادند. سرانجام ۳۰ نفر باقیمانده به طور تصادفی به دو گروه همگن از نظر جنس، تعداد و میانگین سنی تقسیم شدند. ابتدا از هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه های شدت علایم نشانگان روده تحریک پذیر و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دهند. سپس از گروه آزمایش خواسته شد که هفته ای یک جلسه و به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بر اساس جدول زمانبندی شده برگرفته از پروتکل ۸ هفته ای تیزدل، ویلیامز و سگال، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت نمایند. شرایط ورود به پژوهش، عبارت بودند از تشخیص ابتلا به نشانگان روده تحریک پذیر توسط پزشک معالج و بر اساس معیار Rome III و اینکه دست کم یک سال از تشخیص بیماری آنها گذشته باشد و در این مدت تحت نظر و درمان پزشکی قرار گرفته باشند. داشتن حداقل سواد و یا توانایی پاسخگویی به پرسش های آزمون به تنهایی یا با کمک شخصی دیگر و مراجعه به کلینیک تخصصی گوارش.

ویژگی هایی که موجب خروج افراد از مطالعه حاضر بود نیز شامل این موارد بودند: عدم پاسخگویی مناسب و مسئولانه به پرسشنامه های پژوهش و مخدوش بودن پاسخنامه ها، عدم همکاری و مشارکت در فرایند آموزش و درمان و غیبت بیش از سه جلسه، دارا بودن مشکلات جسمی به تشخیص پزشک یا مواردی که مانع شرکت منظم در جلسات درمانی شود، سابقه تشخیص مشکلات روان شناختی حاد طی ۲ سال گذشته یا تشخیص ابتلا به اختلال شخصیت توسط متخصص سلامت روان. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز شامل این موارد بودند: ۱- پیش از آغاز مراحل مداخله و انجام آزمون ها، توضیحات لازم به افراد شرکت کننده در پژوهش داده شد و رضایت آن ها برای شرکت در پژوهش جلب گردید، ۲- اطلاعات شخصی افراد مورد مطالعه و داده های به دست آمده از نتایج پژوهش، محرمانه قلمداد گردید و تنها از این داده ها برای انجام پژوهش حاضر استفاده شد، ۳- شرکت کنندگان در صورت تمایل در جریان نتایج آزمون ها و میزان اثربخشی مداخلات قرار گرفتند، ۴- پس از اتمام مراحل پژوهش، ارتباط درمانی و حمایتی با افراد شرکت کننده در پژوهش حفظ گردید و ۵- گروه گواه این مطالعه، پس از اتمام فرایند سنجش و مداخله و در صورت تمایل، امکان شرکت در ۸ جلسه کلاس آموزشی رایگان را پیدا کردند.

مقیاس Rome: عده ای از محققان در بنیاد روم، این معیار را به عنوان ساده ترین و معقول ترین رویکرد برای تشخیص IBS معرفی نمودند که در حال حاضر پس از چند بار بازبینی، برای تشخیص بهتر و دقیق تر نشانگان روده تحریک پذیر مورد استفاده قرار می گیرد (۲۲). باید توجه داشت که با توجه به ماهیت نشانگان روده تحریک پذیر و سایر بیماری هایی که علت مشخصی ندارند، تشخیص این بیماری، بیش از آنکه نیازمند معیارهای تشخیصی متعدد باشد، به هنر و تجربه



پزشک معالج بستگی دارد. بنابراین در پژوهش حاضر، معیار تعیین ابتلای افراد به نشانگان روده تحریک پذیر، تشخیص پزشک متخصص گوارش و بر اساس معیار تشخیصی Rome است.

مقیاس شدت علایم بیماری: شدت علایم در نشانگان روده تحریک پذیر عبارت است از گزارش بیمار از علایم گوارشی و غیر گوارشی، میزان ناتوانی و ادراکات و رفتارهای مرتبط با بیماری. شدت علایم بیماری تحت تأثیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت قرار داشته، با آن مرتبط است. مقیاس شدت علایم بیماری شامل ۵ پرسش است که علایمی همچون درد، اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت های روزانه زندگی و علایم خارج روده ای را بررسی می کند. میانگین نمره هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ است. موارد خفیف، متوسط و شدید به ترتیب به وسیله نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ نمایش داده می شوند (۲۳). ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۴).

مقیاس کیفیت زندگی-فرم کوتاه (SF-36): فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی توسط ویر و شربون^۱ (۱۹۹۲) ساخته شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که در ۸ حیطه مختلف، سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد. هر خرده مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. این خرده مقیاس ها شامل عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی،

اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی- خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می شوند. همچنین از ادغام خرده مقیاس ها، دو خرده مقیاس کلی با نام های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می آید. در مطالعه منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا، همسانی درونی خرده مقیاس ها به جز خرده مقیاس نشاط (آلفا = ۰/۶۵) در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار داشتند. همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ بود (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). تحلیل عامل مقیاس نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان خرده مقیاس ها را توجیه می نمود. ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در پژوهش منتظری و همکاران، ۰/۸۴ به دست آمد (۲۶).

پروتکل ۸ جلسه ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با مشخص نمودن افکار خودآیند منفی و تمرین های آگاهی کامل آغاز می شود و با آموزش فنون تنفس و تمرکز بر توجه به تجربه زمان حال بدون توجه به پیامدها و تفکیک افکار از واقعیت ادامه یافته، سرانجام درمانجو می آموزد چگونه از خودش مراقبت نموده، تمرین های آگاهی کامل را به زندگی روزمره خود تعمیم دهد. در پژوهش حاضر از پروتکل سگال و همکاران استفاده شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

¹. Ware & Sherbourne



جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	اهداف درمان و مداخله‌ها
اول	معرفی افراد به یکدیگر و تعیین چارچوب برنامه درمانی، معاینه بدن و تنفس آگاهانه (تنفس عمیق و هوشیارانه) وارد کردن توجه آگاهی به فعالیت‌های روزمره و خوردن توجه آگاهانه یک کشمش
دوم	برقراری ارتباط با بدن و درک اینکه «افکار ما تنها رویدادهایی ذهنی هستند و نه خود واقعیت» با تمرین پیاده روی در خیابان و تنظیم تقویم تجربه‌های لذت بخش و خوشایند. اسکن بدن، تمرین تنفس توجه آگاهانه به مدت ده دقیقه و آوردن آگاهی به فعالیت‌های عادی روزانه
سوم	مراقبت از بدن و انجام تمرین ترکیبی کشش بدن و تنفس آگاهانه. مراقبه حرکت توجه آگاهانه و فضای تنفس سه دقیقه‌ای و دیدن و شنیدن آگاهانه و با هوشیاری. تنظیم تقویم تجربه‌های ناخوشایند و تقسیم آن به مولفه‌هایش
چهارم	تشخیص بی‌زاری و چارچوب تجربه آن و دیدن افکار منفی با کمترین بی‌زاری. برخورد محترمانه با تجربه ناخوشایند؛ توجه به هیجان نامطلوب یا موضع درد، تنفس آگاهانه (تشبیه درد و بی‌زاری به دو تیر) و تمرین پیاده روی با آگاهانه و با هوشیاری کامل
پنجم	کمک به درک این حقیقت که نشان دادن واکنش بی‌زاری موجب تشدید احساسات ناخوشایند می‌شود. رضایت دادن و پذیرش افکار، احساسات، حس‌ها و تجربه‌های درونی مشکل ساز و انجام تکالیف روزانه مراقبه نشسته، فضای تنفس سه دقیقه‌ای
ششم	آموزش و تمرین دیدن افکار تنها به عنوان افکار (با تمرین صفحه نمایش، پرده سینما و ابرها در آسمان) انجام تمرین قطار تداعی‌ها و مهربانی با خود. نوشتن ۱۰ فکر غیر مفید و گسترش مهارت ادراک برای استقرار سیستم هشداردهنده علائم اولیه افسردگی. تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و یک قدم عقب رفتن از افکار و دیدن آن‌ها
هفتم	آموزش اینکه چطور می‌توان احساسات را با تغییر دادن آنچه که انجام می‌دهیم، تغییر داد بالا بردن حس تسلط و لذت با نوشتن ده جمله درمورد فعالیت‌های روزمره و افزایش فعالیت‌های لذت بخش به عنوان عملی مهربانانه نسبت به خود (خودمراقبتی)
هشتم	مرور مطالب آموخته شده: انتخاب هوشیارانه برعکس هدایت خودکار تأکید بر ساخت مستقیم تجربه از طریق حواس به جای فکر کردن درباره آن، شفقت به خود بودن در اینجا و اکنون، عدم اجتناب از تجربه مسائل ناخوشایند، دیدن افکار به عنوان حوادث ذهنی ادامه تمرین‌های خانگی و وارد کردن توجه آگاهی به زندگی روزمره. خداحافظی و برنامه ریزی برای ملاقات‌های مجدد

یافته‌ها

تشکیل می‌دهد. از ۱۵ نفر گروه کنترل برحسب سن، افراد

۳۶-۴۰ سال با ۵۳/۳۳ درصد بیش‌ترین افراد، افراد با سن

۳۱-۳۵ سال با ۶/۶۷ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل

می‌دهد.

تعداد شرکت کنندگان پژوهش حاضر ۳۰ نفر بودند که از

۱۵ نفر گروه آزمایش برحسب سن، گروه سنی ۴۱-۴۵ سال

با ۳۳/۳۳ درصد بیش‌ترین افراد، گروه سنی با سن ۲۵-۲۰

سال و ۳۱-۳۵ سال با ۲۰ درصد کمترین تعداد افراد را



جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

مولفه	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
شدت علائم بیماری	کنترل	پیش آزمون	۱۷۹/۸۰	۱/۸۲
		پس آزمون	۱۷۸/۸۷	۱/۶۴
		پیگیری	۱۷۷/۹۳۳	۱/۶۲۴
	آزمایش	پیش آزمون	۱۸۲/۲۷	۲/۸۴
		پس آزمون	۱۶۸/۰۷	۲/۵۸
		پیگیری	۱۶۵/۷۷	۲/۳۲

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود میانگین (انحراف معیار) شدت علائم بیماری در گروه کنترل در پیش آزمون در مقایسه با پس آزمون لندکی تفاوت دارد که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

مولفه	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	کنترل	پیش آزمون	۷۱/۷۳	۱/۷۹
		پس آزمون	۷۸/۷۳	۱/۷۹
		پیگیری	۷۹/۷۳	۱/۷۹
	آزمایش	پیش آزمون	۷۷/۱۳	۱/۳۰
		پس آزمون	۸۳/۸۷	۱/۲۴
		پیگیری	۸۵/۸۷	۱/۲۴

همچنین میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی گروه آزمایش در پیش آزمون در مقایسه با پس آزمون و همچنین میلنگین (لنحراف معیار) گروه کنترل در پیش آزمون در مقایسه با پس آزمون افزایش یافت که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیری متغیرهای پژوهش بین گروه های آزمایش و کنترل، پیش فرض های آن بررسی شد. از جمله بررسی نمودار، جهت اثبات وجود رابطه خطی بین متغیرهای وابسته، نتایج آزمون لونز برای برابری واریانس ها (توزیع نرمال) و مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون متغیرها انجام شد.



جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بین دو گروه آزمایش و کنترل بر متغیرهای پژوهش

منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
شدت علائم بیماری	۸۱۹/۹۷۹	۱	۸۱۹/۹۷۹	۲۱۵/۱۳۵	۰/۰۰۰۵	-۱۱/۰۴۹
خطا	۱۵۶/۲۷۰	۴۱	۳/۸۱۱			
کیفیت زندگی	۲۲۴/۶۴۳	۱	۲۲۴/۶۴۳	۱۸/۰۳۳	۰/۰۰۰۵	۵/۵۴۶
خطا	۱۱۸/۰۳۹	۴۱	۲/۸۷۹			

نتایج جدول ۴ نیز نشان می‌دهد گروه آزمایش که ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت نمودند و گروه کنترل که هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند، در میزان میانگین تعدیل شده متغیر شدت علائم بیماری و میزان میانگین تعدیل شده متغیر کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($P < ۰/۰۱$) به طوری که نمرات شدت علائم بیماری در افراد گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته و نمرات کیفیت زندگی آنها به طور معناداری افزایش داشته است اما این متغیرها در افراد گروه کنترل تغییر معناداری نداشتند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شدت علائم بیماری و نشانه‌های جسمی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایش پس از دریافت ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش معناداری نسبت به افراد گروه مشاهده که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، داشته است ($P < ۰/۰۱$) و کاهش شدت علائم بیماری حتی در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده بوده است. از این رو می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم بیماری افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر دارد و این نتایج، هم راستا با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۶، ۱۱، ۲۷) می‌باشد. بررسی نالی‌باف^۱ و همکاران نشان می‌دهد سه عامل اصلی در تحول الگوی فیزیولوژیک این بیماری نقش

دارند بدین صورت که ابتدا حساسیت افراطی به استرس، واکنش سیستم لیمبیک را افزایش می‌دهد سپس افزایش فعالیت سیستم لیمبیک سبب می‌گردد سیستم تسهیل درد واکنش شدید نشان داده، موجب افزایش پاسخدهی به تحریکات روده‌ای گردد؛ فعالیت شناختی نیز از طریق تعامل با کورتیکولیمبیک نقش مهمی در تنظیم فعالیت سیستم لیمبیک دارد و رفتارهایی همچون اجتناب همراه با حذف بازداری طبیعی در این چرخه، پاسخ‌های برانگیختگی را ایجاد می‌نماید. در واقع، ذهن آگاهی به عنوان توجه بدون قضاوت به تجارب درونی به فرد امکان می‌دهد تا با کاهش پاسخ‌های خودکار به تجارب استرس‌زا بپردازد. با افزایش آگاهی و پذیرش رویدادهای زندگی، فعال‌سازی سیستم‌های پاسخ به استرس و نشانه‌های جسمی کاهش می‌یابد (۱۴). همچنین احتمالاً ذهن آگاهی با کاهش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی در عملکرد دستگاه گوارش بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر تأثیر می‌گذارد و تکنیک‌های ذهن آگاهی به بیماران در جهت مدیریت استرس، اضطراب و در نتیجه کاهش علائم جسمانی نشانگان روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند؛ چراکه در بروز نشانگان روده تحریک‌پذیر هردو عامل بدنی و روانی نقش دارند (۲۸).

نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد افرادی که تحت تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفته‌اند نسبت به افراد گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند،

¹. Naliboff, B.D.



تجربه هیجان‌ها و رفتارهای اجتنابی کمک می‌کند (۲۹)، ۳۰، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این روش درمانی با ایجاد امکان مشاهده‌گری تجارب بیرونی و درونی و بدنی، اجتناب تجربی را کاهش و قدرت سازگاری، انعطاف‌پذیری و انطباق فرد را افزایش می‌دهد (۳۰) از این رو در کاهش اضطراب، افسردگی و علائم بیماری و شدت آن و افزایش کیفیت زندگی افراد موثر است.

انجام پژوهش حاضر، با محدودیت‌هایی نیز رو به رو بود؛ از جمله اینکه به دلیل محدودیت زمانی و مقطعی بودن پژوهش، امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت بنابراین ارائه تصویری دقیق و کامل از متغیرهای موثر در نتیجه درمان امکان پذیر نشد. پیشنهاد می‌شود عوامل اثرگزاری مانند سن، جنسیت و سایر متغیرهای جسمانی و روان شناختی افراد، در پژوهشی گسترده‌تر، از نظر زمان و حجم نمونه مورد بررسی قرار گیرد. همچنین به دلیل بروز مشکلات اقتصادی و شیوع بیماری‌های فصلی در پاییز و زمستان ۱۳۹۸ و به دلیل شرایط جسمانی بی‌ثبات و غیر قابل پیش بینی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر، مداخلات در گروه‌های پنج نفری اجرا شد و در بسیاری از موارد، شرکت‌کنندگان، توان حضور منظم در جلسات را نداشتند و به ناچار برخی از آن‌ها از پژوهش حذف شدند. پیشنهاد می‌شود در شرایط مناسب، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم بیماری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به IBS به دفعات متعدد مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش شدت علائم بیماری و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر می‌گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که مولفه‌های شناخت درمانی مبتنی بر

با افزایش بیشتر در کیفیت زندگی روبرو بوده‌اند و این تغییرات در مرحله پیگیری هم ماندگار بوده است. بنابراین می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر دارد ($P < 0/01$). این یافته‌ها همسو با مطالعات بسیاری است که نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را افزایش می‌دهد (۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

بیماری‌های کارکردی دستگاه گوارش از جمله IBS از جمله بیماری‌های مزمنی است که درمان پزشکی قطعی ندارند و از آنجایی که بروز و شدت علائم بیماری در افراد مبتلا به IBS متغیر است و حیطه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی و شغلی آنها را تحت تأثیر منفی خود قرار می‌دهد (۲۲) می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن را کاهش داده، هزینه مراقبت‌های سلامتی را افزایش دهد (۲). بروز مشکلات روان شناختی در افراد مبتلا به IBS شایع است و حداقل نیمی از این افراد، به طور همزمان از یک اختلال روان شناختی مانند افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وحشت زدگی رنج می‌برند (۲۲) و درجات بالای استرس، اضطراب و نگرانی در این افراد مشاهده می‌شود که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می‌گردد (۹). بنابراین می‌توان کیفیت زندگی را به عنوان ملاکی از میزان کاهش علائم بیماری، بهبود وضعیت سلامتی و کارکردهای روانی - اجتماعی این افراد و به عنوان مهم‌ترین هدف درمان در نظر گرفت (۱۷).

با توجه به همراهی رفتارهای اجتنابی با علائم گوارشی در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر (۵)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق مکانیسم‌های عملی آگاهی از وضعیت بدن، ارزیابی مجدد و آموزش تنظیم هیجان و همچنین افزایش انعطاف‌پذیری ذهنی به کاهش اجتناب از



در انتها ضمن سپاس از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری نموده اند اعلام می‌دارد این مقاله، برگرفته از رساله دانشجویی مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TON.REC.1399.018 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای شناختی و فراشناختی برای متمرکز کردن فرایند توجه است که موجب بروز تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌شود و با اجرای فنون ذهن‌آگاهی و افزایش سطح هشیاری، پریشانی افراد را کاهش می‌توان از این روش درمانی برای کاهش علائم بدنی بیماری و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بهره گرفت.

تشکر و قدردانی

References

1. Kilpatrick, L.A., Ornitz, H., Ibrahimovic, M., Treanor, M., Craske, M., Nazarian, M., Labus, J.S., Mayer, E.A. & Naliboff, B.D. (2010). Sex-related differences in prepulse inhibition of startle in irritable bowel syndrome (IBS). *Biol Psychol*, 84(2), 272-8. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20193731/>]
2. Owyang C. Irritable Bowel Syndrome. In: Longo D. L., Kasper D. L., Jameson J. L., Fauci A.S., Hauser S.L., Loscalzo J. (Eds.). *Harrison's Principles of internal medicine*, 18thed. New York; MC Graw-Hill Companies, 2012: 2: 2496-2501. [<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2129§ionid=192282670>]
3. Pellissier, S. & Bonaz, B. (2017). The Place of Stress and Emotions in the Irritable Bowel Syndrome. *Vitamins and Hormones*, 103, 327-354. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28061975/>]
4. Ljotsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lindfors, P., Hursti, T., Ruck, C. & Hedman, E. (2013). Mechanisms of change in an exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *J Consulting and Clinical Psy*, 81(8), 1113-1126. [<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:643549>]
5. Bonnert, M., Olen, O., Bjureberg, J., Lalouni, M., Hedman-Lagerlof, E., Serlachious, E. & Ljotsson, B. (2018). The role of avoidance behavior in the treatment of adolescents with irritable bowel syndrome: A mediation analysis. *Behave Research and Therapy*, 105, 27-35. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29614378/>]
6. Pirkhaefi, A., Rozbahani, M., Rastgoo, S., (2018). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Therapy on somatic symptoms in patients with irritable boel syndrome. *Health Psychology*, 7(4), 52- 66 [http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_5575_en.html]
7. Palermo, T. M., Law, E. F., Fales, J., Bromberg, M.H., Jessen-Fiddick, T. & Tai, G. (2016). Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: A randomized controlled multicenter trait. *Pain*, 157(1), 174- 185. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26335910/>]
8. Gros, M., & Warschburger, P. (2013). Evaluation of cognitive-behavioral pain management program for children with chronic abdominal pain: A randomized controlled study. *Int J BehaveMed*, 20(3), 434-443. [<https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-012-9228-3>]
9. Lackner, J. M., Quigley, B. M., & Blanchard, E. B. (2004). Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing psychosomatic Medicine, 66, 435-441. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15184708/>]



10. Godfrin.K. A., & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res and therapy*, 48(8), 738-746. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20462570/>]
11. Moghtadaei K., Kafi M., Afshar H., Arianpouran S., Daghighzadeh H., Pourkazan T. Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Res Behav Sci*, 2013; 10(7): 698-708. [Persian] [<https://www.sid.ir/FileServer/JE/50003220160705.pdf>]
12. Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychilical Well-being. *J Personality & soci Psy*, 84(4), 822-834. [<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>]
13. Lackner, J. M., Jaccard, J., Krasner, S. S., Kratz, L. A., Gudleski, G. D., & Blanchard, E. D. (2007). How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediational analysis of randomized clinical trial. *Gastroenterology*, 133(2), 433-444. [<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.05.014>]
14. Gaylord, S. A., Whitehead, W. E., Coble, R. S., Faurot, K. R., Palsson, O. S., Garland, E. L., et al. Mann, J. D. (2009). Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. *BMC complementary and alternative medicine*, 9(1), 1-11. [<https://doi.org/10.1186/1472-6882-9-24>]
15. Thompson, B. L., Wertz, J. (2007) Everyday mindfulness and mindfulness meditation: overlapping constructs or not? *Personality and individual differences*, 43, 1875-1885. [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886907001973>]
16. Lykinsm, E., Bear, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *J cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 23,226-241. [<http://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/baermeditators.pdf>]
17. Zomorodi S., Rasulzadeh Tatabaee SK., The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome, *Clinical Psychology*, 2013; 13(4): 63-87. [Persian] [https://jcps.atu.ac.ir/article_544_ed0fbae874b147d21bb690be63399ef0.pdf]
18. Pourmohseni-Koluri, F., Eslami, F. The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on quality of life of patients with irritable bowel syndrome, *Health Psychology*, 2017; 5(20): 5-24. [Persian] [<http://ensani.ir/fa/article/author/175524>]
19. Gu, J., Strauss, C., Bond, R., &Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systemic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37: 1-12. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25689576/>]
20. Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness- based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4):96-110. [<https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0096110>]
21. Zernicke, k.I., Campbell, T. S., Blustein P. K., Fung, T. S., Johnson, J. A., Bacon, S. L., & Carlson L. E., (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction for the treatement of irritable bowel syndrome symptoms: a randomized wait- list controlled trial. *Int. J. Behav. Med.* 20: 385-396. [<https://doi.org/10.1007/s12529-012-9241-6>]
22. Ljótsson , B., He, Hedman E., Lindefors P., Hursti T., Lindefors, N., Andersson, G., et al (2010). Long-term follow-up of internet- delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther*, 48(6):531-9. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21092934/>]
23. Ferreira, N. M. D. R. B. (2011). Investigating the role of psychological flexibility and the use of an acceptance and commitment therapy based intervention in irritable bowel syndrome. [<http://hdl.handle.net/1842/6312>]
24. Farokhzadian A A, Ahmadian F, Andalib L. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Severity of Symptoms and Quality of Life in Soldiers with Irritable Bowel Syndrome. *J Mil Med*. 2019; 21 (1): 44-52. [Persian] [<http://militarymedj.ir/article-1-2006-fa.html>]
25. Ware J. E., & Sherbourne C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 3(6): 473-483.



[https://www.researchgate.net/publication/21561645_The_MOS_36-item_short-form_health_survey_SF-36_I_Conceptual_framework_and_item_selection]

26. Montazeri A, Goshtasbi A., Vahdaninia M. Validity and Reliability of MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) translated in Persian. Payeshjournal. 2006; 4: 49-56. [Persian] [<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=45342>]
27. Sebastián Sánchez B, Gil Roales-Nieto J, Ferreira NB, Gil Luciano B, Sebastián Domingo JJ. New psychological therapies for irritable bowel syndrome: Mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT). Vol. 109, Revista Espanola de Enfermedades Digestivas. 2017; 2(3): 648-57. [<http://dx.doi.org/10.17235/reed.2017.4660/2016>]
28. Naliboff, B. D., Frese, M. P., Rappay, L. (2008). Mind/body psychological treatments for irritable bowel syndrome. Evidence-based complementary and alternative medicine: ECAM 5(1): 41-50. [<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1093%2Fecam%2Fnem046>]
29. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness J. Clin. Psychol. 62(3), 373-86. [<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>] [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16385481/>]
30. Grecucci A., Pappaanni E., Siugzdaite R., Theuninck A., Job R. (2015). Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. Biomed Res Int. Volume 2015, Article ID 670724, [<https://doi.org/10.1155/2015/670724>]



The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on severity of symptoms and quality of life in people with irritable bowel syndrome (IBS)

Zahra Eskafi Sabet¹, Shohreh Gorban Shiroodi^{1,*}, Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri¹, Keyvan Aminian^{1,2}

1- Department of Health Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Iran

2- Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Original Article

Received: 25 May 2021

Accepted: 7 Aug 2022

*Corresponding Author:

Shohreh Gorban Shiroodi,
Department of Health
Psychology, Faculty of
Psychology, Tonekabon Branch,
Islamic Azad University, Iran
TEL: 0115-4271105

Email:

sh.ghorbanshiroodi@toniau.ac.ir

ABSTRACT

Introduction

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common gastrointestinal disorders that reduce the quality of life. Since no physical cause has been identified for Irritable bowel syndrome, psychological interventions can be used to reduce the symptoms of the disease and increase the quality of life in people with IBS. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the severity of symptoms and quality of life in people with irritable bowel syndrome.

Materials and Methods

The present study was conducted as a quasi-experimental method of pre-test and post-test with a control group. The statistical population included all patients with irritable bowel syndrome referred to the Razi subspecialty gastroenterology clinic in Rasht. 30 people were selected by convenience sampling method and assigned to experimental and control groups. The IBS Symptom Severity Scale and the Short Quality of Life Scale (SF-36) were used to collect data. After performing the intervention for 8 sessions, the research data were analyzed using SPSS software and a one-way analysis of covariance.

Results

The result revealed significant differences between the mean scores of quality of life and severity of symptoms in the pre-test and post-test and post-test with follow-up ($P < 0.01$).

Conclusion

Based on the results, it can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy is effective in reducing symptom severity and increasing the quality of life in people with irritable bowel syndrome.

Keywords

Mindfulness-based cognitive therapy, symptom severity, quality of life, irritable bowel syndrome.

► **Please cite this article as:** Eskafi Sabet Z, Gorban Shiroodi SH, Zarbakhsh Bahri M.R, Aminian K. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on severity of symptoms and quality of life in people with irritable bowel syndrome (IBS). J Neyshabur Univ Med Sci 2022;10(1):65-77.