

نقش باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

*فرهاد جهانگیری: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد، ایران (*نویسنده مسئول). jahangirfarhad3@gmail.com

جواد کریمی: دکتری تخصصی مشاوره، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ایران. dr.karimi10@yahoo.com

محمود رضا امین افشاری: پزشک فوق تخصص گوارش و کبد، بیمارستان امام خمینی بروجرد، شبکه بهداشت و درمان بروجرد، ایران. afshari.1066@Gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: فرایندهای زیستی و روان‌شناختی زیادی می‌توانند در آسیب‌پذیری به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome-IBS) اثرگذار باشند. هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی با شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS بود. **روش کار:** در یک مطالعه‌ی مقطعی ۶۱ بیمار مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های متعلق به فوق تخصص دستگاه گوارش و کبد شهرستان بروجرد انتخاب شدند. کلیه‌ی بیماران با استفاده از پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی، مقیاس ذهن‌آگاهی و پرسشنامه‌ی شدت علائم در مبتلایان به IBS مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از مدل‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** بین باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی با شدت علائم مبتلایان IBS ضریب همبستگی معناداری مشاهده شد ($p < 0.01$). بررسی‌های دقیق‌تر با استفاده از آزمون معناداری ضرایب رگرسیون نشان داد که ضرایب رگرسیون کلیه‌ی مؤلفه‌های فراشناختی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم بیماران مبتلا به IBS معنادار است ($p < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که بین باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی با شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS رابطه وجود دارد و تغییرات شدت علائم مبتلایان تا حدود زیادی توسط باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی پیش‌بینی می‌شود. بر این اساس مداخلات روان‌شناختی بر پایه‌ی باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی به منظور کنترل شدت علائم در مبتلایان به IBS پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، ذهن‌آگاهی، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS)، شدت علائم، عوامل روان‌شناختی

مقدمه

هرگونه اختلال عضوی تشخیص داده می‌شود (۲). در غالب مطالعات انجام شده نسبت زنان به مردان مبتلا دو برابر گزارش شده است (۳). مطالعات همه‌گیرشناسی حاکی از شیوع این بیماری در بین ۱۴ تا ۲۵ درصد جمعیت عمومی است (۴-۶). مطالعات انجام شده در کشور نیز شیوع این اختلال در جمعیت ایرانی را بین ۶ تا ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند (۷). سبب‌شناسی این سندرم پیچیده بوده و مداخله‌ی عامل‌هایی چون حرکات غیرعادی معده-روده‌ای، حساسیت زیاده از حد احشاء و عامل‌های روان‌شناختی در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته‌است (۸). در بین عامل‌های سبب‌شناختی این بیماری نقش تنیدگی‌های روانی-اجتماعی و عامل‌های عاطفی و

بیماری‌های گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره‌ی روان‌پزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه‌ی اول را دارند که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماری‌ها و ارتباط بین اختلال‌های روان‌پزشکی و علائم جسمی دستگاه گوارش است. در این بین درصد قابل توجهی از بیماری‌های دستگاه گوارش بیماری‌های عملکردی هستند و شواهد گویای شیوع بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی در این طبقه از اختلالات گوارشی است (۱). سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome یا IBS) یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عملکردی دستگاه گوارش است که با درد شکمی مزمن و تغییر اجابت مزاج در غیاب

۱۷). شواهد پژوهشی گویای آن است که افرادی دارای اختلالات اضطرابی و خلقی، باورهای فراشناختی کژکارانه‌تری نسبت به جمعیت‌های غیربالینی دارند (۲۰-۱۸). نقش باورهای فراشناختی مختل در ناراحتی‌های روان‌شناختی و شخصیتی نیز نشان داده شده‌است (۲۱). این باورها علتی برای تحول و تداوم مشکلات روان‌شناختی می‌باشند. از این‌رو توجه به باورهای فراشناختی در درمان‌ها و مشاوره‌های روان‌شناختی منجر به کاهش مشکلات روانی و شخصیتی افراد مبتلا می‌شود (۲۲). با توجه به نرخ بالای شیوع علائم اختلالات اضطرابی، خلقی و شخصیتی در بیماران IBS محتمل است که باورهای فراشناختی کژکارانه به‌طور ویژه‌ای با تحلیل‌های شناختی این بیماران ارتباط داشته باشد.

با توجه به آنچه در تعریف باورهای فراشناختی به آن اشاره شد، می‌توان این سازه‌ی روان‌شناختی را در ارتباط با مفهوم ذهن‌آگاهی دانست. مطابق با تعاریف، ذهن‌آگاهی مشتمل بر یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که در حال وقوع است، می‌باشد (۲۳). افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه‌ی گسترده‌ای از تفکرات، هیجانان و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۲۴). مطابق با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی و سلامت روانی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد (۲۵). یکی از دلایل عمده‌ی پژوهش‌های صورت گرفته ذهن‌آگاهی در ادبیات روان‌شناختی و پزشکی، این است که این مفهوم می‌تواند ابعاد جدیدی از رابطه‌ی ذهن و بدن را مشخص سازد. غالب پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی متمرکز شده‌اند. مداخله‌ی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی رویکرد سیستمی و فشرده است که به منظور اکتساب انواع جدیدی از کنترل و خردمندی بر پایه‌ی توانمندی‌های درونی برای آرمیدگی، توجه کردن، آگاهی و بینش به کار می‌رود (۲۶). نتایج پژوهش‌های صورت گرفته

هیجانی در مستعد نمودن، بروز و تداوم علائم این بیماری در ادبیات پژوهش نشان داده شده است؛ تا جایی که مطالعات انجام شده شیوع بالای ۵۴ درصدی مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و نابهنجاری‌های شخصیتی را در ابتلای به این بیماری ذکر کرده‌اند (۹).

نتایج مطالعات انجام شده همسو با یکدیگر حکایت از آن دارند که علائم روان‌شناختی بخش اختصاصی و مکمل این بیماری است (۱۲-۱۰). در همین راستا مطالعات انجام شده شیوع بالایی از وقوع همزمان اختلالات روانی به‌ویژه اضطراب و اختلال‌های خلقی را در بین افرادی که از IBS رنج می‌برند نشان داده‌است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که کژکاری در تنظیم هیجان‌ها نظیر خشم و اضطراب در بروز مشکلات جسمانی نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی و معده‌ای-روده‌ای نقش دارند (۱۳). از جمله عوامل روان‌شناختی که می‌تواند بر شدت علائم این بیماران اثر بگذارد، باورهای فراشناختی (Metacognition beliefs) و مهارت‌های ذهن‌آگاهی (Mindfulness skills) است.

فراشناخت دانش یا فرایندی شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت دارد و عملکرد شناختی را تنظیم می‌نماید (۱۴). نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روان‌شناختی و شخصیتی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط Wells و Mattew توسعه یافته است (۱۵). در مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی (The Self-Regulator Executive Function Model) آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی توجهی مرتبط است که با تمرکز بالا بر خود، بازبینی تهدید، پردازش نشخواری، فعال‌سازی باورهای مختل و راهبردهای خودتنظیمی مشخص می‌شود. این مدل نقش درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. همسو با این دیدگاه، بین باورهای فراشناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی و شخصیتی ارتباط مثبتی گزارش شده است (۱۶) و

اخذ رضایت شرکت در مطالعه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج در این مطالعه شرکت کردند. افراد باسوادی که بر اساس معیارهای تشخیصی RomeIII به IBS مبتلا بودند و بین ۱۷ تا ۶۵ سال سن داشتند و به‌صورت آگاهانه راضی به شرکت در مطالعه بودند، وارد مطالعه شدند. معیارهای تشخیصی RomeIII عبارت است از وجود ناراحتی یا درد شکمی راجعه حداقل سه روز در هر ماه و در طول سه ماه اخیر که با حداقل دو مورد از موارد (۱) بهبودی درد با دفع مدفوع، (۲) شروع درد همراه با تغییر در دفعات دفع مدفوع و (۳) شروع درد همراه با تغییر در ظاهر مدفوع، همراه باشد. وجود اختلالات گوارشی ارگانیک (بیماری التهابی روده، سلیاک، دیورتیکولیت، زخم اثنی عشر و بدخیمی)، بیماری طی‌جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود، اختلال عمده‌ی روان‌پزشکی، اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار و عدم توانایی صحبت کردن به فارسی به‌طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها مشکل ایجاد نماید از ملاک‌های خروج بیمار به این مطالعه بودند. لازم به ذکر است که کلیه‌ی معیارهای مزبور بر اساس تشخیص فوق‌تخصص گوارش، معاینه‌ی روان‌پزشکی، شرح حال و پرونده‌ی پزشکی بیمار، مورد بررسی قرار گرفت. پس از ورود هر بیمار به مطالعه، پرسشنامه‌های شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS و پرسشنامه‌های فراشناخت و ذهن‌آگاهی در هر یک از آنان تکمیل شد و داده‌های مورد نیاز پژوهش جمع‌آوری گردید. کلیه‌ی داده‌های جمع‌آوری شده پس از ورود در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲، از طریق روش محاسبه‌ی ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش: برای ارزیابی باورهای فراشناختی بیماران از فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت که توسط ولز و کاترایت-هاتون در سال ۲۰۰۴ ساخته شد، استفاده گشت (۳۱). این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای (موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه پنج

نشان می‌دهد که این مداخله برای درمان هر دو دسته علائم روان‌شناختی و فیزیکی مؤثر بوده‌است (۲۷ و ۲۸). مداخلات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان علائم افسردگی، وسواس‌های فکری و علائم اضطراب، در بسیاری از مطالعات صورت گرفته تأیید شده‌است. با توجه به اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی در کاهش علائم اختلال‌های خلقی و اضطرابی از یکسو، و شیوع بالای علائم اضطراب و افسردگی در بیماران IBS، آزمون اثربخشی این راهبرد درمانی در این بیماران در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌است (۲۹ و ۳۰). بر این اساس محتمل است که تفاوت‌های فردی در میزان توانمندی بیماران IBS در مهارت‌های ذهن‌آگاهی با شدت علائم بیماری آنها در ارتباط باشد. با توجه به گستره‌ی تأثیراتی که این بیماری بر کارکرد شغلی، تحصیلی و خانوادگی افراد مبتلا و هزینه‌ای که بر سیستم بهداشت و سلامت و اقتصاد کشور تحمیل می‌نماید، ضرورت شناخت عامل‌های روان‌شناختی مداخله‌گر در آن، گام مهمی در کنترل و تقلیل آثار سوء این بیماری است. در همین راستا در مطالعه‌ی حاضر به بررسی نقش باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم بیماران مبتلا به IBS پرداخته شد.

روش کار

نوع مطالعه و روش اجرا: این مطالعه با توجه به موضوع و هدف آن توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به یک مطب خصوصی متعلق به پزشک فوق تخصص دستگاه گوارش و کبد شهرستان بروجرد در سال ۱۳۹۴ می‌باشد که تعداد کل آنان ۸۰ نفر بوده است. به‌منظور انجام پژوهش، ۶۱ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۹۵/۵٪ و خطای نمونه‌گیری ۵٪ محاسبه شد. بیمارانی که بر اساس معیارهای تشخیصی RomeIII توسط فوق تخصص گوارش برای آنها تشخیص IBS گذاشته می‌شد، پس از

اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی و علائم خارج روده‌ای با مقیاس آنالوگ دیداری (Visual analogue scale) بررسی می‌گردد. نمره‌ی هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره‌ی کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ می‌باشد. این پرسشنامه در بیشتر مطالعات مشابه استفاده شده‌است. اعتبار، پایایی و حساسیت این پرسشنامه نیز قابل قبول گزارش شده‌است (ضریب همبستگی درونی ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۶۹). با این پرسشنامه بیماران در سه گروه با شدت علائم خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شوند. بین نمره‌ی ۷۵ تا ۱۷۵ خفیف، ۱۷۵ تا ۳۰۰ متوسط و ۳۰۰ تا ۵۰۰ شدید می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط Francis و همکاران ساخته شده‌است (۳۵). نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه نیز در مطالعه‌ی افشار و همکاران توسط روش استاندارد اعتباریابی زبان‌شناختی به فارسی ترجمه شده‌است (۳۶).

یافته‌ها

جدول شماره‌ی (۱) حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در این مطالعه است. در مطالعه حاضر، ۶۱ بیمار مبتلا به IBS با میانگین سنی $33/73 \pm 5/48$ شرکت کردند. غالب شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند (۶۲/۲۹ درصد) بودند. ۴۵/۹ درصد از شرکت‌کنندگان مرد و ۵۴/۰۹ درصد زن بودند (جدول ۱).

برای بررسی نقش باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم بیماران IBS در گام نخست ضرایب همبستگی متغیرهای مزبور محاسبه شد که نتایج آن در جدول شماره‌ی (۲) ارائه شده‌است.

همچنان که در جدول شماره‌ی (۱) مشاهده می‌شود همسو با فرضیه‌ی این پژوهش، بین شدت علائم IBS و نمرات مؤلفه‌های مربوط به باورهای فراشناختی شامل اعتماد شناختی ($r = -0/21$)، باورهای مثبت در مورد نگرانی ($r = -0/46$)، خودآگاهی شناختی ($r = -0/26$)، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر ($r = -0/41$)، و

مؤلفه دارد که عبارتند از: باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر، و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده‌است. ضریب همبستگی پرسشنامه‌ی فراشناخت با پرسشنامه‌ی اضطراب صفت حالت اسپیل‌برگر ۰/۳۰ و با پرسشنامه‌ی وسواس فکری- عملی پادوا ۰/۴۹ گزارش شده است. ابوالقاسمی و همکاران در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به‌دست آوردند (۳۲).

برای سنجش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بیماران نیز در این مطالعه از مقیاس ذهن‌آگاهی (Mindful Attention Awareness Scale) استفاده شد. این مقیاس یک آزمون ۱۵ سؤالی است که Ryan و Brown در سال ۲۰۰۳ آن را به‌منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزانه ساختند (۳۳). سؤال‌های این پرسشنامه، سازه‌ی ذهن‌آگاهی را در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از نمره یک برای «تقریباً همیشه» تا نمره شش برای «تقریباً هرگز») می‌سنجد. این مقیاس یک نمره‌ی کلی برای ذهن‌آگاهی به‌دست می‌دهد که دامنه‌ی آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی ذهن‌آگاهی بیشتر است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده‌است. روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب، و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه‌ی مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله‌ی زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده‌است. آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه‌ی فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه‌ی ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۱ محاسبه شده‌است (۳۴).

به‌منظور تعیین شدت علائم IBS نیز از پرسشنامه‌ی نمره‌گذاری شدت IBS استفاده شد. در این پرسشنامه که شامل ۵ بخش است، درد،

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۳۳
	مرد	۲۸
تحصیلات	دیپلم	۳۸
	کاردانی	۸
	کارشناسی	۱۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲

جدول ۲- ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های فراشناخت و ذهن‌آگاهی با شدت علائم در بیماران IBS

متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی
اعتماد شناختی	۱۳/۶۷	۳/۷۲	۰/۲۱- **
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۵/۳۸	۴/۲۱	۰/۴۶- **
خودآگاهی شناختی	۱۸/۱۹	۳/۸۳	۰/۲۶- **
باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر	۱۶/۹۳	۴/۳۶	۰/۴۱- **
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	۱۵/۲۷	۳/۲۱	۰/۳۸- **
ذهن‌آگاهی	۵۸/۷۷	۸/۳۹	۰/۴۹- **

**p<۰/۰۱

چندگانه، از آماره تحمل (Tolerance value) و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. آماره تحمل مربوط به تمام متغیرهای پیشین بالاتر از ۰/۱ بود (از ۰/۶۶ تا ۰/۹۹) و عامل تورم واریانس مربوط به این متغیرها نیز از ۱/۲ تا ۱/۵۹ در نوسان بود. مقادیر فوق نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی میان متغیرهای پیشین است.

نتایج آنگونه که در جدول شماره‌ی (۳) نشان داده شده‌است، بیانگر آن است که مؤلفه‌های فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی، قابلیت پیش‌بینی شدت علائم IBS را دارا هستند ($F=۴۲/۵۹$ ، $R^2=۰/۴۱$ و $P<۰/۰۰۱$). با توجه به مقدار مجذور R تنظیم شده ($\Delta R^2=۰/۳۹$) می‌توان گفت مدل مورد نظر، ۳۹ درصد از واریانس متغیر وابسته (شدت علائم در بیماران IBS) را تبیین می‌کند. بررسی‌های دقیق‌تر با استفاده از ضرایب رگرسیون مؤلفه‌های فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی انجام شد که نتایج آن در جدول شماره‌ی (۴) نشان داده شده‌است.

همچنان که در جدول شماره‌ی (۴) آمده‌است، آزمون معناداری ضرایب استاندارد رگرسیون نشان داد که ضرایب رگرسیون مربوط به ذهن‌آگاهی (۰/۵۹) و نیز کلیه‌ی مؤلفه‌های فراشناختی شامل اعتماد شناختی (۰/۲۱)، باورهای مثبت در مورد

باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل ($r=-۰/۳۸$)، همبستگی وجود دارد. علاوه بر این، بین شدت علائم IBS و نمره افراد در مهارت‌های ذهن‌آگاهی نیز همبستگی معناداری مشاهده می‌شود ($r=-۰/۴۹$). به عبارت دیگر، هرچه توانمندی بیماران IBS در باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی کمتر باشد، شدت علائم گزارش شده در آنها بیشتر است. در گام دوم به بررسی اثر پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای شدت علائم IBS با استفاده از تحلیل رگرسیون همزمان پرداخته شد که نتایج آن در جدول شماره‌ی (۳) ارائه شده‌است. برای انجام روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرها از طریق نمودار پراکندگی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرها برقرار است. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرهای مورد بررسی از توزیع نرمال برخوردارند. با توجه به آنکه متغیر وابسته‌ی این پژوهش (شدت علائم IBS) در مقیاس فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌است، از این‌رو پیش‌فرض دیگر رگرسیون نیز برقرار است. برای بررسی هم‌خطی

جدول ۳- نتایج اجرای تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی شدت علائم در بیماران IBS

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	R^2	ΔR^2	F	معناداری
پیش‌بینی	۳۱۸۷/۳۱	۶	۷۹۶/۸۲	۰/۴۱	۰/۳۹	۴۲/۵۹	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۳۹۲/۴۷	۵۴	۱۸/۷۰				
کل	۶۴۷۹/۷۹	۶۰					

جدول ۴- ضرایب رگرسیون مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم IBS

متغیرهای پیش‌بین	B	SE.	β	T	Sig
اعتماد شناختی	-۰/۲۲	۰/۹	-۰/۲۱	-۷/۸۴	۰/۰۰۱
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۵۷	۰/۰۸	-۰/۵۵	-۴/۵۵	۰/۰۰۱
خودآگاهی شناختی	-۰/۲۶	۰/۰۸	-۰/۲۵	-۲/۷۱	۰/۰۰۱
باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر	-۰/۴۷	۰/۰۸	-۰/۴۴	-۵/۵۷	۰/۰۰۱
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	-۰/۳۹	۰/۰۷	-۰/۳۷	-۵/۶۱	۰/۰۰۱
ذهن‌آگاهی	-۰/۶۱	۰/۱۰	-۰/۵۹	-۷/۷۶	۰/۰۰۱

پژوهش‌هایی دانست که بیشتر نتایج آن‌ها حاکی از نقش باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی در اختلالات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی بوده است (۲۲-۱۸). با توجه به شیوع بالای علائم روان‌شناختی ناکارآمد همچون اختلال‌های خلقی و اضطرابی در بیماران مبتلا به IBS، می‌توان به سازوکار ارتباط معنادار بین باورهای فراشناختی ناکارآمد و مهارت‌های پایین در ذهن‌آگاهی با شدت علائم این بیماران پی برد. در تبیین ارتباط بین باورهای فراشناختی و شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS باید به چند نکته اشاره نمود. باورهای فراشناختی ناکارآمد احتمالاً به‌طور بالقوه عاملی زمینه‌ساز برای انواع اختلال‌های خلقی و اضطرابی است (۲۱ و ۲۲). چنین باورهای ناکارآمدی به‌طور بالقوه منجر به تشدید و تداوم علائم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به IBS می‌شوند به‌ویژه در زمان‌هایی که این بیماران با حالات هیجانی منفی و ناخوشایند مواجه می‌شوند. وجود این باورهای فراشناختی ناکارآمد همچون باور به اینکه هیجان‌های آنها بی‌معنی هستند و تا ابد ادامه می‌یابند و آنان را از پای درمی‌آورند، ضمن ایجاد حالات ناخرسندی و نارضایتی در این افراد، قابل بیان نبوده و هیچگاه اعتباریابی نخواهند شد. در نتیجه این افراد به احتمال بیشتری ممکن است از روش‌های ددرساز برای مقابله مانند نشخواری فکری، نگرانی و اجتناب، مصرف الکل، پرخوری یا گسست

نگرانی (۰/۵۵)، خودآگاهی شناختی (۰/۲۵)، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر (۰/۴۴) و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل (۰/۳۷) در پیش‌بینی شدت علائم IBS معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS انجام شد. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی، استرس و شیوه‌های مقابله‌ای در تداوم و شدت علائم IBS نقش دارند (۱۲-۱۰). همسو با نتایج این پژوهش‌ها، یافته‌های این مطالعه نیز حاکی از وجود یک رابطه‌ی معنادار بین باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی بیماران مبتلا به IBS با شدت علائم بیماری‌شان بوده‌است. تا جایی که مطالعات محقق نشان می‌دهد، مطالعه‌ی حاضر نخستین مطالعه‌ای است که ارتباط بین باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی را با شدت علائم بیماری در بیماران IBS مورد جستجو قرار داده است. مطابق با نتایج این مطالعه مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی توان پیش‌بینی شدت علائم را در بیماران مبتلا به IBS دارا است. این قسم از نتایج پژوهش حاضر را می‌توان همسو با نتایج

فاجعه‌انگاری، نشخوارگری فکری و علائم روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و مهارهای مقابله‌ای ناکارآمد و منفعلانه نیز کاهش می‌یابد و نهایتاً منجر به کاهش شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS و افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود. در همین راستا این ارتباط معنادار بین مهارت‌های ذهن‌آگاهی و شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS را که در این مطالعه نشان داده‌شد، می‌توان مبنای نظری و تجربی دقیقی برای تبیین اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در این بیماران در نظر گرفت (۲۹). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوارگری فکری، بیش‌تعمیمی ناکارآمد در حافظه‌ی سرگذشتی و ارزیابی‌های خودانتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری عاری از قضاوت پیرامون محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. بر این اساس قابل توجه است که کیفیت توانمندی بیماران مبتلا به IBS در ذهن‌آگاهی با شدت علائم بیماری‌شان در ارتباط باشد.

پیامدهای پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های این مطالعه تأییدی است مجدد در مورد نقش عامل‌های روان‌شناختی در آسیب‌شناسی علائم بیماران مبتلا به IBS. از جمله پیامدهای نظری یافته‌های پژوهش حاضر، فراهم‌سازی اندیشه‌ها و فرض‌های جدید در مورد تعیین‌کننده‌های (باورهای فراشناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی) علائم روان‌شناختی ناکارآمد در بیماران مبتلا به IBS است. در سطح پیامدهای عملی نیز یافته‌های این مطالعه می‌توانند مبنای تجربی مناسبی برای به‌کارگیری برنامه‌ها و مداخله‌های بالینی مبتنی بر مهارت‌های فراشناختی و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به IBS باشد. در همین راستا توجه به برخی از محدودیت‌های این مطالعه نیز حائز اهمیت است. جامعه‌ی آماری این پژوهش و طرح تحقیق آن (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی

استفاده نمایند (۱۸). استفاده از این راهبردهای ناکارآمد نیز به تدریج شدت علائم را در آنها تشدید خواهد کرد. این در حالی است که وجود باورهای فراشناختی کارآمد منجر به اخذ دیدگاه‌های مثبت‌تر و انطباقی‌تر نسبت به هیجانات ناخوشایند و رویدادهای تنیدگی‌زا خواهد بود و زمینه‌ی اعتباریابی بیشتری هیجانات و عواطف ناخوشایند را فراهم می‌آورد. پذیرش عواطف منفی و باور به اینکه این عواطف منحصر به خود نیستند و طولانی‌مدت نمی‌باشند، منجر به اتخاذ راهبردهای مفیدتر برای مقابله خواهد شد (۱۹). در نتیجه شدت علائم روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی نیز در این بیماران کمتر بوده و شدت علائم بیماری‌شان نیز تقلیل خواهد یافت. بر این اساس می‌توان بیان کرد که باورهای شناختی ناکارآمد با ایجاد کژکاری در رفتارهای خودتنظیمی و مهارت‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به IBS، پیامدهای روان‌شناختی ناگواری همچون اضطراب، استرس و افسردگی را رقم خواهند زد. این کژتنظیمی رویدادهای شناختی و روانی و ضعف در پیگیری اهداف اختصاصی و مداخله، و تمایل قوی برای عدم کنترل خویشتن بازتابی از باورهای فراشناختی مختل می‌باشد که منجر به تشدید علائم جسمی در IBS می‌شود. بر این اساس قابل توجه خواهد بود که بین باورهای فراشناختی و شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS رابطه‌ی معناداری وجود داشته باشد.

علاوه بر موارد یاد شده، نتایج این مطالعه حاکی از ارتباط معنادار بین ذهن‌آگاهی و شدت علائم در بیماران مبتلا به IBS بوده است. در تبیین این یافته نیز باید به این نکته اشاره کرد که فنون ذهن‌آگاهی موجب افزایش آگاهی فراشناختی می‌شوند. به عبارت دیگر توانایی درک دوباره‌ی افکار و عواطف فردی، و نگرستن به آنها به‌عنوان رویدادهای گذرا به‌جای اینکه آن افکار به‌عنوان واقعیت در نظر گرفته شود، زمینه‌ساز ارتقای یک آگاهی و هوشیاری مثبت است. این افزایش آگاهی مطابق با نتایج پژوهش‌های پیشین منجر به کاهش نشخوارگری فکری که هسته‌ی آسیب‌شناختی عمده‌ی تکرار افکار منفی است، می‌گردد. در نتیجه

Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatry Danub.* 2010;22(3):418-24.

10. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy Bryne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Am J Med.* 1992;92(1A):26S-30S.

11. Creed F, Guthrie E. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut.* 1987; 28(10):1307-18.

12. Choung RS, Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Schleck CD, Talley NJ. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104(7):1772-9.

13. Begley TM. Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *J Organ Behav.* 1994;15(2): 503-16.

14. Flavell J. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *Am Psychol.* 1979; (34):906-11.

15. Wells A, Matthews G. Modeling cognitive in emotional: The S-REF. *Behaviour Research and Therapy.* 1996; 34(11-12): 881- 8.

16. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD and PD. *Behav Ther.* 2001; 32(1): 85-102.

17. Wells A, Cartwright-Hatton SA. A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30 *Behav Res Ther.* 2004; 42(2): 385-396.

18. Davis RN, Valentiner DP. Does metacognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Pers. Individ. Dif.* 2000; 29(3): 513-26.

19. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model, personality and individual differences *Pers. Individ. Dif.* 2006; 40(10): 111-22.

20. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clin Psychol Psychother.* 2004; 11(2): 137-144.

21. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patient with hallucinations and delusions. *Behav Res Ther.* 2003; 41(2): 251- 56.

22. Lobban F, Haddock E, Kinderman P, Wells A. The role of meta cognitive beliefs in auditory hallucinations, personality and individual differences. *Pers. Individ. Dif.* 2002; 32(8): 1351-63.

23. Ryan R, Brown KW. Why we don't need self-esteem: On fundamental need, contingent love, and mindfulness. *Psychol Inquiry.* 2003; 14(3): 27-82.

متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش به صورت داوطلب در دسترس انتخاب شدند و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. همچنین، تکرار پژوهش‌های مشابه نیز می‌تواند میزان درستی یافته‌های پژوهش حاضر را محک بزند و دامنه‌ی تأثیرگذاری آنها در مفهوم‌سازی‌ها و نظریه‌پردازی‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را گسترش دهد.

تقدیر و تشکر

به این وسیله از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان این مطالعه صمیمانه تشکر می‌نماییم.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA. Psychosomatic medicine. In Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (10th ed). 2007; Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

2. Owyang C. Irritable Bowel Syndrome. In: Fauci AS, Eugene B, Hauser SL, Longo DL, Jameson J, editors. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1899-903.

3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006; 130(5):1480-91.

4. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology.* 1982; 83(3): 529-34.

5. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1992;304 (6819):87-90.

6. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ, III. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 1991;101(4): 927-34.

7. Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F, Zarghi A, Solhpour A, Habibi M, et al. Gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: a significant association in an Iranian population. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2008;20(8):719-25.

8. Posserud I, Ersryd A, Simrén M. Functional findings in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2006;12(18):2830-8.

9. Tomic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A,

24. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing fundamental questions about Mindfulness. *Psychol Inquiry*. 2007; 18(4): 272-81.
25. Brown KW, Kasser T. Are psychological and ecological well-being compatible? The role of values, mindfulness, and lifestyle. *Soci Indicat Res*. 2005; 74(7): 349-68.
26. Falkenstrom F. Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-experimental approach. *Personal Individual Different*. 2010; 48(9): 305-10.
27. Kaviyani H, Hatami N, Shafieeabadi A. [Effectiveness of MBCT in treatment of OCD: A case study]. *Advance Cogn Sci*. 2009; 10(4): 39-48. Persian
28. Kaviyani H, Javaheri F, Boheyrariee H. [Effectiveness of MBCT in quality of life of individuals with depression (non clinical)]. *Advance Cogn Sci*. 2006; 7(1): 49-59. Persian
29. Solati Dehkordi K, Nikfarjam M, Sanaei S. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and drug therapy on quality of life in patients with irritable bowel syndrome in Shahrekord. *Life Sci*. 2014; 11(9): 445-9.
30. Haghayegh SA, Kalantari M, Molavi H, Talebi M. Efficacy of cognitive-behavior therapy on the quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome with predominant pain and diarrheal types. *JRL* 2010; 14(1): 95-110 (Persian).
31. Wells A, Certwright-Hatton S A. Short form of metacognition questionnaire. *Behav Res Ther*. 2004; 42(4): 385-96.
32. Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. [The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts]. *J Res Behav Sci*. 2007; 5(2): 73-8- Persian.
33. Linda E, Carlson Kirk, Warren B. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *J Psychosom Res*. 2005; 58(5): 29-33.
34. Ghorbani N, Watson PJ, Bart LW. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Curr Psychol*. 2009; 28(6): 211-24.
35. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997; 11(2): 395-402.
36. Afshar H, Bagheriyan R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghighzadeh H, Maracy MR, et al. The relationship between illness perception and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *IUMS*. 2011; 29(3): 526-36.

The role of metacognitive beliefs and mindfulness skills in prediction of symptom severity in patients with irritable bowel syndrome

***Farhad Jahangiri**, MA, Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran (*Corresponding author). jahangirifarhad3@gmail.com

Javad Karimi, PhD, Assistant Professor, Department of Psychology, The University of Malayer, Malayer, Iran. dr.karimi10@yahoo.com

Mahmood Reza AminAfshari, MD, Gastroenterologist, Imam Khomeini Hospital, Boroujerd, Iran. afshari.1066@Gmail.com

Abstract

Background: Many biological and psychological processes could be effective in Irritable Bowel Syndrome (IBS). The aim of the present research was to determine the relationship of metacognitive beliefs and mindfulness skills with severity of symptoms in IBS.

Methods: In a cross-sectional study, 61 consecutive IBS patients, referred to one of the gastrointestinal tract and liver specialty clinics belonging to the city of Boroujerd, were selected. The patients completed Metacognitive Beliefs Questionnaire, Mindful Attention Awareness Scale and the IBS Symptom Severity Scoring System. Data was analyzed by Pearson correlation and Enter regression model.

Results: A relationship between metacognitive beliefs and mindfulness skills with symptom severity in patients with IBS was observed ($p < 0.01$). More reviews using regression coefficient test showed that regression coefficients of all factors of metacognitive beliefs and mindfulness is significant in prediction of symptoms severity of IBS ($p < 0.05$).

Conclusion: This study showed that there is a relationship between metacognitive beliefs and mindfulness with symptom severity in IBS. So interventions based on metacognitive beliefs and mindfulness skills are proposed for managing symptom severity in IBS.

Keywords: Metacognitive beliefs, Mindfulness, Irritable bowel syndrome (IBS), Symptom severity, Psychological factors