

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۰

صفورا نصیری*، مریم قربانی**، پیمان ادیبی***

چکیده

مقدمه: نشانگان کارکردی گوارش، اختلال گوارشی شایعی است که بر همه ابعاد زندگی فرد اثر گذار است. عوامل روانی در بروز و شدت این بیماری نقش دارند. این پژوهش در پی بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی این بیماران می باشد.

روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی، از بین کلیه زنان مبتلا به اختلال کارکردی گوارش در شهر اصفهان که به کلینیک مرکز سلامت این شهر مراجعه کرده بودند، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. کلیه آزمودنی ها پرسشنامه ی کیفیت زندگی ۳۶ سوالی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل نمودند. گروه آزمایش در هشت جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. درمان ACT (Acceptance and Commitment Therapy) در ۸ جلسه اجرا شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و به روش کوواریانس تحلیل گردید.

یافته ها: تحلیل یافته ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کل کیفیت زندگی ($F=12/87$) تاثیر معنادار داشته است. همچنین این درمان بر ابعاد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی ($F=30/38$)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ($F=29/61$)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ($F=17/44$)، نشاط ($F=15/02$)، سلامت روانی ($F=9/3$)، عملکرد اجتماعی ($F=12/15$)، درد بدنی ($F=34/83$) و سلامت عمومی ($F=18/9$) تاثیر معناداری داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال کارکردی گوارش شود و در طرح ریزی درمان جهت این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: نشانگان کارکردی گوارش، کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

* safouranasiri@gmail.com

** Ghorbani_psync@yahoo.com

*** peyman adibi@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

** استادیار، گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*** دانشیار، گروه داخلی (گوارش مرکز تحقیقات گوارش) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

که بین مراکز شناختی و هیجانی نظام عصبی مرکزی^۳، دستگاه عصبی هورمونی و دستگاه عصبی - روده ای^۴ بی نظمی و عدم تعادلی وجود دارد که در آن بیمارانی که دچار تحریفات شناختی و الگوهای ناسالم تفکر در مورد جهان اطراف و بیماری خود هستند، واکنش های هیجانی افراطی و به دنبال آن علائم گوارشی را به وجود می آورند. در نظریه یادگیری اجتماعی افراد در یک محیط خانوادگی، علایم و رفتارهای بیماران مبتلا به سندرم روده ای تحریک پذیر یکی از اعضای خانواده و پاسخ و بازخوردهای دیگران را نسبت به او مشاهده می کنند و در پاسخ به علایمی که خود تجربه می کنند، از آن ها الگو گیری می کنند [۳].

بررسی ها نشان داده است که واکنش های روانشناختی و رفتار بیماران در شروع و شکل گیری علایم برخی بیماری ها مهم است. این مسئله نشان دهنده ای ارزش درمان های روان پزشکی در درمان این بیماران می باشد [۴]. این بیماری به تبع کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد [۵]. تحقیقات نشان داده است که بین کیفیت زندگی با شدت علایم سندرم روده ای تحریک پذیر ارتباط وجود دارد و با کاهش شدت علایم بیماری، کیفیت زندگی بیمار افزایش می یابد [۶]. این پژوهش نشان می دهد که علایم این بیماری می تواند کیفیت زندگی این بیماران را تحت الشعاع قرار دهد و لذا، کیفیت زندگی یکی از متغیرهایی است که تحت تاثیر این بیماری قرار می گیرد. طبق بررسی پژوهش گران از جمله درمان هایی که برای این گروه از بیماران می توان در نظر گرفت رژیم غذایی مناسب و داروهای گروه SSRI^۵ می باشد. بسیاری از پژوهش گران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع تری برای مداخله های روانپزشکی و روان درمانی را به منظور کاهش علایم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را بیان کرده اند [۷]. در واقع این پژوهش سندرم روده تحریک پذیر را به عنوان یک اختلال با اساس روان شناختی مطرح می کند و ضرورت

تاثیر متقابل ذهن و روان از گذشته های دور بر انسان آشکار بوده است. بررسی سیر تاریخی بیماری ها در قرن اخیر، نشان دهنده ی تغییر نوع بیماری ها از بیماری های عفونی و مسری به بیماری های مزمن و غیرعفونی است. این در حالی است که در چند دهه ی اخیر، نوع جدیدتری از بیماری ها تحت عنوان؛ بیماری ها و اختلالات روان تنی^۱ یا روان فیزیولوژیک ظهور کرده اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن ها دخیل هستند. ویژگی اساسی این تغییر نوع بیماری ها، پررنگ تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و اهمیت یافتن تاثیر ساختارها و رفتارهای اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری های مذکور بوده است. یکی از بیماری های روان تنی، اختلالات کارکردی گوارش^۲ (FGID) است. FGID با علایمی همچون درد، یبوست، اسهال، سوزش و امثال آن در سیستم گوارش مشخص می شود. علایم FGID مربوط به ترکیب چندین عوامل فیزیولوژیکی شناخته شده است: افزایش واکنش پذیری، افزایش حساسیت احشایی، افزایش تغییر عملکرد سیستم ایمنی و التهابی و تغییرات سیستم عصبی روده که با علت نامشخص، ملاک های تشخیصی سوال برانگیز، دوره های طولانی مدت و غیرقابل پیش بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می شوند و به شش حوزه ی اصلی در بزرگسالان تقسیم می شود: مری، سوء هاضمه، روده، سندرم درد شکم کاربردی، صفاوی و مقعد. اختلالات گوارشی کارکردی، شایع ترین اختلالات گوارشی هستند [۱] و حدود ۵۰ درصد از مراجعین به مراکز خدمات بیماری های گوارشی را شامل می شوند [۲]. این اختلالات بخش عمده ای از فعالیت بالینی پزشکان عمومی و متخصصان گوارش را در بر گرفته، اغلب به عنوان شکست های درمانی مطرح می شوند. آشفتگی های روانی - اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی وجود دارد، به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می کنند. نظریه های شناختی و یادگیری اجتماعی، تبیین های قابل توجهی در مورد این اختلال فراهم نموده اند. در نظریه های شناختی فرض بر این است

3 - central nervous system

4 - centric nervous system

5- Selective serotonin reuptake inhibitors

1 - Somatization Disorder

2 - Functional Gastro Intestinal Disorder(FGID)

ناشی از انعطاف ناپذیری روانشناختی می داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می یابد [۱۸].

ویکسل و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان دادند که درمان ACT بر روی اختلالات روان تنی درد، فیبروز کیستیک و برخی آسیب های مغزی اکتسابی موثر است [۱۹]. براون و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که درمان گروهی ACT می تواند استرس روان شناختی والدین، انعطاف پذیری روان شناختی والدین، اعتماد به نفس پدر و مادر در رفتارهای مدیریتی، انطباق خانوادگی و تعداد اختلالات والدینی را در والدین کودکان مبتلا به مشکلات استخوانی موثر می باشد [۲۰]. تحقیقات دیگر نیز حاکی از اثربخشی این درمان بر درد مزمن [۲۱ و ۲۲]، کنترل وزن [۲۳]، اضطراب و وسواس [۲۴]، افسردگی [۲۵]، ترک سیگار [۲۶]؛ بیماری های مزمن [۲۷] و هراس اجتماعی دانشجویان [۲۸] موثر بوده اند. استافورد براون و پاکنهام (۲۰۱۲) در مطالعه بر روی دانشجویان به طور کلی عوامل روانشناختی تاثیر عمیقی بر شروع، تظاهرات و سیر FGID دارند. بسیاری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علی رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می کنند و اگر قادر به سازش با دردشان نباشند، کیفیت زندگی شان به طور چشم گیری تحت تاثیر قرار می گیرد. در طی سه دهه ی گذشته شواهد قابل ملاحظه ای ارائه شده اند که نشان می دهند درمان های رفتاری برای اختلالات گوارشی سودمند هستند. در بین روان درمانگری های پیشنهادی در مورد FGID و IBS پژوهش های متعددی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در کاهش نشانگان جسمانی این اختلال و درمان اختلال های روانی^۴ توأم با آن تایید کرده اند [۳۱ - ۳۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از نسل سوم درمان های رفتاری است، که هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی روان شناختی در این بیماران است و همانگونه که ذکر شد در این درمان بر عناصر شناختی تاکید نمی گردد و بیشتر ویژگی های هیجانی رفتاری در آن مورد تاکید است، لذا؛ متفاوت از درمان های شناختی عمل می کند. تحقیقات فعلی اثربخشی این مدل درمانی را در زمینه هایی مانند ذکر شده (درد مزمن، کنترل وزن، اضطراب و وسواس، افسردگی و ..)

استفاده از رواندرومانی در آن را نشان می دهد. طیف وسیعی از درمان های روانشناختی شامل هیپنوتراپی، بازخورد زیستی، درمان شناختی رفتاری و آموزش تنش زدایی در درمان و کاهش علائم بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش و به تبع افزایش کیفیت زندگی آنان اثر بخش بوده اند [۸ - ۹]. در طی سه دهه ی گذشته شواهد قابل ملاحظه ای ارائه شده اند که نشان می دهند درمان های رفتاری برای اختلالات گوارشی سودمند هستند. بررسی های فراتحلیلی ادبیات پژوهش همگی نشان داده اند که مداخله های رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود در اختلالات گوارشی کارکردی و سندرم روده ی تحریک پذیر را به بار آورده است. [۱۵-۱۰].

درمان های زیادی تاکنون بر کیفیت زندگی متمرکز بوده اند یکی از درمان های جدید ACT می باشد. در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز به فرد تحمیل شود [۱۶].

استفاده همزمان از شیوه های کلامی و فرایند های شناختی و تعامل آن با عناصر غیرکلامی مورد استفاده در این درمان، منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه^۱، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبت ذهنی است [۱۷]. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد^۲ در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها^۳، بطور کامل پذیرفت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله ی عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه ی نظام ارتباطی می باشد و رنج فرد را

1 - exposure – based

2 - Psychological acceptance

3 - Psychological awareness

4 - psychological acceptance

شد. کلیه ی آزمودنی ها پرسشنامه ی کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) را قبل و بعد از درمان تکمیل نمودند. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار spss و به روش تجزیه و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه ی کیفیت زندگی (SF-36) : این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط وار و شربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است (صادقی اهری و همکاران، ۱۳۸۷؛ انتظاری و همکاران، ۱۳۸۷) و بنابراین استفاده از آن جهت ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مزمن قابل اعتبار است. [۳۲ و ۳۳] . این پرسشنامه دارای چند بعد می باشد، بعد جسمانی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد بررسی قرار می دهد (عبارت شماره ی ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس ها قرار نگرفته و فقط تغییر در وضعیت سلامتی فرد طی دوره ی یک ساله را بررسی می کند). پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود.

تایید کرده است؛ اما تاکنون تحقیقی در زمینه اثربخشی این درمان بر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال گوارش کارکردی صورت نگرفته است. لذا در این مطالعه به بررسی این سوال پرداخته می شود که: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارشی موثر است؟

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل است. بدین منظور بر اساس نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارشی مراجعه کننده به مرکز سلامت شهر اصفهان که در طی ۶ ماه نخست سال ۱۳۹۲ و براساس تشخیص بیماری که از پزشک متخصص گوارش دریافت می کردند واجد ورود به این مطالعه شدند و سپس به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند.

آزمودنی ها: از لحاظ سن و شدت بیماری (براساس تشخیص پزشک متخصص گوارش) همتاسازی شدند. متغیر جنسیت نیز در این پژوهش کنترل گردید. ملاک های ورود شامل: عدم تشخیص اختلالات سایکوتیک براساس مصاحبه بالینی، فقدان اختلالات جسمی همزمان براساس تشخیص پزشک متخصص گوارش، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، جنسیت مونث و حداقل تحصیلات سیکل می باشد. ملاک خروج عبارتند از ابتلا به اختلال پسیکوتیک و دوقطبی به گزارش خود فرد و غیبت بیش از دو جلسه . گروه آزمایشی طی ۸ جلسه گروهی، هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه مورد مداخله قرار گرفتند. سپس، پس آزمون گرفته

جدول ۱) کلید امتیاز هر عبارت در بهترین وضعیت سلامتی (نمره ی ۱۰۰)

ردیف	امتیاز	ردیف	امتیاز	ردیف	امتیاز	ردیف	امتیاز
۱	۱	۱۰	۳	۱۹	۲	۲۸	۶
۲	۱	۱۱	۳	۲۰	۱	۲۹	۶
۳	۳	۱۲	۳	۲۱	۱	۳۰	۱
۴	۳	۱۳	۲	۲۲	۱	۳۱	۶
۵	۳	۱۴	۲	۲۳	۱	۳۲	۵
۶	۳	۱۵	۲	۲۴	۶	۳۳	۵
۷	۳	۱۶	۲	۲۵	۶	۳۴	۱
۸	۳	۱۷	۲	۲۶	۱	۳۵	۵
۹	۳	۱۸	۲	۲۷	۱	۳۶	۱

نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی (۲ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، خستگی یا نشاط و سلامت روانی. پایایی و روایی نسخه ی فارسی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) [۲۶]، تایید شده است که پایایی آن $0.9 - 0.7$ می باشد [۳۴]. خلاصه ی جلسات درمانی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲) خلاصه ی جلسات درمانی ACT (برگرفته از پروتکل هیز و همکاران، ۲۰۰۴)

جلسه اول	آشنایی با فرآیند درمان و جلسات، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، توزیع پرسشنامه ها
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش و ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	مرور تکلیف جلسه قبل، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد
جلسه چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
جلسه پنجم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبل سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک های ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، الگو سازی خروج از ذهن و آموزش دیدن تجربیات درون به عنوان یک فرایند
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش های عملی زندگی
جلسه هشتم	مرور تجارب جلسات قبل، بررسی تکالیف خانگی، درک ماهیت تمایل و تعهد و تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها

یافته ها

ویلیک مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. آزمون لوین و ام باکس ($F=0.79$) نیز حاکی از تساوی واریانس ها و ماتریس کوواریانس ها بود ($p>0.05$)، لذا می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس-آزمون کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و کنترل پژوهش ارائه شده است.

هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ی ترکیب نمرات حیطة های هشت گانه تشکیل دهنده ی سلامت به دست می آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطة ی مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (۴ عبارت)، محدودیت ایفای

شرکت کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش (۱/۱) $33/1 \pm$ و در گروه کنترل $34/8 \pm 2/001$ می باشد. سطح تحصیلات گروه آزمایش $0.72 \pm 12/0$ و گروه کنترل $0.66 \pm 13/09$ می باشد، تحلیل این دو ویژگی تفاوت معنی داری را بین دو گروه مشخص نکرد ($P>0.05$). فراوانی افراد متاهل در گروه مداخله ۱۲ نفر و در گروه شاهد ۱۳ نفر بود. فراوانی تعداد افراد مجرد در هر دو گروه مساوی و دو نفر بود. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت پیش فرض های آماری مانند (۱) نرمال بودن، (۲) همگنی واریانس ها (۳) همگنی شیب های رگرسیون و (۴) هم خطی چند گانه می باشد که مورد تحلیل قرار گرفت ($p>0.05$). پیش فرض نرمال بودن به وسیله آزمون شاپیرو

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جسمانی	گروه کنترل	۲۳/۹۴	۳/۷	۱۹/۹۳	۴/۹۳
	گروه آزمایش	۲۳/۲	۵/۱۲	۲۸/۳	۲/۳۶
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	گروه کنترل	۵/۷۵	۱/۴۸	۵/۱۸	۱/۴۷
	گروه آزمایش	۵/۴	۱/۳۵	۷/۵	۰/۹۷
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	گروه کنترل	۴/۳۷	۱/۳۱	۳/۶۲	۰/۸۱
	گروه آزمایش	۴	۰/۹۴	۵/۴	۰/۸۴
نشاط	گروه کنترل	۱۳/۵۹	۵/۱۲	۹/۸۷	۵/۲۱
	گروه آزمایش	۱۴/۳	۲/۹۸	۱۹/۵	۳/۵۳
سلامت روانی	گروه کنترل	۱۷/۷۲	۴/۹	۱۳/۵۶	۶/۱۱
	گروه آزمایش	۱۸/۱	۳/۴۸	۲۳/۴	۴/۲۵
عملکرد اجتماعی	گروه کنترل	۶/۲۵	۲/۰۸	۴/۸۷	۲/۲۲
	گروه آزمایش	۶/۶	۱/۲۶	۸/۶	۱/۹
درد بدنی	گروه کنترل	۷/۰۶	۱/۹۴	۸/۵۶	۲/۱۳
	گروه آزمایش	۶/۲	۰/۹۲	۴/۳	۱/۴۹
سلامت عمومی	گروه کنترل	۱۶/۱۹	۴/۴۳	۱۹/۹۳	۵/۸۴
	گروه آزمایش	۱۵/۵	۳/۱۳	۱۰	۲/۶۲
کیفیت زندگی کلی	گروه کنترل	۹۴/۸۷	۱۱/۲۷	۸۴/۵۶	۱۳/۳۵
	گروه آزمایش	۹۳/۳	۸/۵۸	۱۰۷	۹/۰۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون دو گروه تقریباً یکسانند و برای بررسی تفاوت در پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. نتایج تحلیل

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس بر کیفیت زندگی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجزور سهمی اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی کلی	۱۳۸۲/۹۹	۱	۱۳۸۲/۹۹	۱۲/۸۷	۰/۰۰۴	۰/۵۲	۰/۹۱
عملکرد جسمانی	۲۶۷/۹۱	۱	۲۶۷/۹۱	۳۰/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۹
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۲۱/۴۸	۱	۲۱/۴۸	۲۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۱۲/۰۵	۱	۱۲/۰۵	۱۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۷
نشاط	۲۴۲/۲۸	۱	۲۴۲/۲۸	۱۵/۰۲	۰/۰۰۲	۰/۵۶	۰/۹۴
سلامت روانی	۲۳۲/۹	۱	۲۳۲/۹	۹/۳	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۸
عملکرد اجتماعی	۴۷/۲	۱	۴۷/۲	۱۲/۱۵	۰/۰۰۴	۰/۵	۰/۸۹
درد بدنی	۷۵/۷۳	۱	۷۵/۷۳	۳۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
سلامت عمومی	۲۶۵/۰۱	۱	۲۶۵/۰۱	۱۸/۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۸

چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در کیفیت زندگی کلی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). مجذور سهمی انا برابر با ۰/۵۲ می‌باشد، و حاکی از آن است که ۵۲ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی کلی مربوط به پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بوده است. بنابراین فرضیه کلی پژوهش مبنی بر این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان تاثیر دارد، مورد تایید قرار می‌گیرد ($p < 0/004$). همچنین این درمان بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی شامل تاثیر معناداری داشته است.

بحث

با توجه به نمرات، فرضیه ی پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی تایید می‌شود. با بررسی جداول، مشاهده می‌گردد که کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از پیش آزمون به پس آزمون تفاوت معناداری نشان می‌دهد. تا کنون تحقیقی که به صورت مستقیم به بررسی تاثیر این درمان بر کیفیت زندگی پرداخته باشد، یافت نشده است. با توجه به اثرات این درمان بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران، می‌توان نتایج را با نتایج پژوهش حقایق و همکاران (۱۳۸۹) مقایسه کرد [۲۱]. این پژوهش نشان داد که نشانگان روده ی تحریک پذیر فرض بر این است که علائم این اختلال در نتیجه ی نابهنجاری های جنبشی و زیست - شیمیایی در محور مغز - روده به وجود می‌آیند، که این خود در نتیجه ی واکنش های جسمانی - فیزیولوژیکی است که افکار ناکارآمد و باورهای زیربنایی بر می‌انگیزند. در درمان شناختی - رفتاری سعی می‌شود که افکار ناکارآمد برانگیزاننده علائم بیماری شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماریش بینش یابد و با مشارکت او سعی کند افکار صحیح تری جایگزین آن‌ها شود. همچنین نتایج این پژوهش با تحقیق استفورد - بروان و پاکنهام (۲۰۱۲) همسو می‌باشد که نشان دادند که این درمان بر بهبود کیفیت درمانی روان شناسان بالینی موثر می‌باشد [۱۲]. همچنین با پژوهش لاندگرن و همکاران (۲۰۰۸) که اثربخشی این درمان را در بیماران صرعی نشان دادند، همسو می‌باشد [۱۳]. در تبیین فرضیه ی تاثیر درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش می‌توان گفت که از جمله عواملی که کیفیت زندگی را تهدید می‌کند، می‌توان به دگرگونی های زندگی (مانند بیماری) اشاره کرد. بنابراین باتوجه به این که هدف اصلی از درمان تمام بیماری های مزمن ارتقا سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران است، پژوهش های متعددی در سایر کشورهای جهان در زمینه ی اثرات بیماری های مزمن و نحوه ی درمان و مراقبت آن بر کیفیت زندگی و جنبه های مختلف زندگی افراد مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش صورت پذیرفته است. همانگونه که ذکر شد، شش فرایند اصلی ACT به هم مربوطند و با هم در تعاملند چهار فرایند اول (پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه و در زمان حال بودن) شامل رویکرد پذیرش و ذهن آگاهی ACT هستند. چهارفرایند آخر (خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش ها و عمل متعهد) رویکرد تغییر و تعهد رفتار را شامل می‌شوند. برخی از این فرایندها ویژگی های کارکردی مشترکی را شامل می‌شوند. برای مثال پذیرش و گسلش هر دو به تدریج تاثیر لفظی فرایندهای زبانی را تضعیف می‌کنند؛ خود به عنوان زمینه و در زمان حال بودن هر دو شامل افزایش تجربه لطیف اینجا و اکنون می‌باشند و ارزشها و عمل متعهد هر دو هدایت جنبه های عملی و موثر زبان به سوی الگوهای تغییر رفتار را شامل می‌شوند. تبیین الگوهای زندگی جاری بودن فرد و تمرکز بر اینجا و اکنون منجر به کاهش افسردگی و به دنبال آن افزایش رضایت و کیفیت زندگی می‌شود [۳۵]. درمان یک مداخله ی عملی - موقعیتی است که مبتنی بر نظریه ی نظام ارتباطی می‌باشد که رنج بشر را ناشی از انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. در بافت روابط درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدامات مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی بیشتر به واسطه ی پذیرش، گسلش شناختی، ایجاد حس متعالی از خود، در لحظه بودن، ارزش ها و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه در ارتباط با آن ارزش ها، به کار می‌گیرد [۳۵]. یکی از تکنیک هایی که در جلسات درمانی مورد تاکید قرار گرفت، فرایند اجتناب تجربی است. این فرایند

عمل متعهدانه به مراجع کمک می‌کنند تا مسؤلیت تغییرات رفتاری را بپذیرد. بنابراین بین راهبردهایی که در حوزه‌های قابل تغییر به منظور تغییر دادن متمرکز می‌شوند (رفتارهای آشکار) و راهبرد های پذیرش و ذهن آگاهی در حوزه‌هایی که تغییر غیر ممکن است یا مفید نمی‌باشد، تعادل برقرار می‌کند [۳۶]. با توجه به اینکه این بیماری، بر بسیاری از ابعاد جسمانی و روانشناختی فرد تاثیر گذار است، استفاده از این تکنیک‌ها در جلسات درمان می‌تواند منجر به سازگاری بهتر و حرکت رو به جلو در بیمار شود تعریف اهداف در حوزه‌ای خاص که برای فرد ارزشمند است، سپس عمل کردن طبق این اهداف در عین شناسایی و پذیرش موانع روانشناختی برای افزایش عمل متعهد تاکتیک‌های مداخله بسته به مراجع خاص و مساله خاص بسیار متفاوت است [۳۷]. استعاره‌های به کار گرفته شده در جلسات مداخله برای آن‌ها بسیار الهام بخش و تنش زدا به نظر می‌رسید و آن‌ها در انتقال استعاره‌ها به محیط‌های خانوادگی خود علاقه و اشتیاق وافر نشان می‌دادند. نکته‌ی قابل توجه این بود که اعضا با انجام تکالیف و تمرین‌ها و مشاهده‌ی تاثیرات آن‌ها، احساس کنترل بیشتری بر بیماری خویش داشتند. این پژوهش فقط بر روی جامعه‌ی زنان بیمار انجام شده و تعمیم نتایج آن به بیماران مرد مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش باید با احتیاط صورت گیرد، همچنین نتایج محدود به شهر اصفهان می‌باشد. به نظر می‌رسد بیماران با استعاره‌های درمان ارتباط بسیار خوبی برقرار می‌کنند، لذا پیشنهاد می‌شود این درمان با متغیرهای دیگر و در سایر اختلالات روان‌تنی استفاده شود. به منظور تأیید نتایج این پژوهش، اجرای این پژوهش در سایر شهرهای کشور و در سایر اختلالات روان‌تنی به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان شیوه‌ی روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارشی به کار گرفته شود. در حوزه‌ی رفتاری، مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بسته به مراجع فردی و شکل فردی متفاوت است، و می‌تواند در برگیرنده‌ی آموزش روانی، حل مسئله، تکالیف رفتاری، ایجاد مهارت‌های مواجهه و تعدادی مداخلات دیگر که در درمان‌های موج

قویا توسط فرهنگ احساسات مثبت تقویت می‌شوند. فرهنگ این عقیده را پرورش می‌دهد که انسان‌های سالم، درد و رنج روانی ندارند (مانند: استرس، افسردگی، خاطرات آسیب‌های گذشته، اضطراب، وسواس و امثال آن) و اینکه عدم وجود رویدادها و تجربیات منفی مطلوب است. راه حل‌های اجتنابی (الکل، دارو و مانند آن) در رسانه‌ها به صورت گسترده‌ای نمایان می‌شود. نگرش این‌چنینی در بیماری که مبتلا به اختلالی مزمن است می‌تواند منجر به پیامدهای هیجانی منفی بسیاری مانند اضطراب و افسردگی شود. تصور اینکه "این بیماری همیشه با من است" منجر به احساس ناامیدی در فرد می‌شود. در این درمان، ارزش‌ها را به عنوان کیفیت انتخاب شده‌ی اعمال هدفمندانه تعریف می‌کند و به مراجعین یاد می‌دهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قایل شوند و ارزش‌ها را انتخاب نمایند. به مراجعین گفته می‌شود تا آنچه را از زندگی می‌خواهند بررسی کرده و آن را در حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل: زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی و معنویت مدنظر قرار دهند. این عناصر جز مولفه‌های کیفیت زندگی است. بررسی ارزش‌ها در این درمان خود می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی این بیماران شود. در ACT مراجعان مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است مثل شغل، خانواده، روابط صمیمانه، دوستی‌ها، رشد شخصی، سلامت، معنویت و امثال آن توجه کنند. کار روی ارزش‌ها انگیزه مراجع برای مشارکت در درمان را افزایش می‌دهد. ارزش‌ها بسیار با فرایندهایی که قبلاً اشاره شد، ارتباط دارند. برای مثال ارزش‌ها بخش مهمی از کار پذیرش هستند به این صورت که انگیزه‌ای برای پذیرش فراهم می‌کنند پذیرش می‌تواند تجربه‌ای دشوار و گاهی اوقات دردناک باشد و تصریح ارزش‌ها این رنج و کار سخت را تسهیل می‌کند. بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در جلسات درمان به عنوان ارزش‌ها مطرح می‌شوند مانند: عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی. پذیرش این محدودیت و چالش نکردن با آنها که در این درمان مطرح می‌شود می‌تواند منجر به بهبود بیمار شود. فرآیندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و

12-Garland E L, Gaylord S A, Palsson O , Faurot K , Mann J D , Whitehead W E. Therapeutic mechanisms of a mindfulness-based treatment for IBS: effects on visceral sensitivity, Catastrophizing, and affective processing of pain sensations. 2012; 35 (6): 591-602.

13-Stafford-Brown J, Pakenham K I. The Effectiveness of an ACT Informed Intervention for Managing Stress and Improving Therapist Qualities in Clinical Psychology Trainees. Wiley Periodicals, Inc. 2012.

14-Lundgren T , Dahl J , Hayes S C. Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. J Behav Med. 2008; 31(3): 225-235.

15-Jadid Milani M, Ashktorab T, Abed Saeedi Zh, Alavi Majd H. The relationship between self-transcendence and perceived physical health in patients with multiple sclerosis (MS) attending peer support groups. Behav Sci Res. 1390; 9 (5): 331-340. [Persian]

16-Adibi N, Toghiani A. Acne vulgaris: a review of the psychodermatologic aspects. Behav Sci Res. 1390; 9 (5). [Persian]

17-Forman E M, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. Odonohue, Je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken. NJ: Wiley. 2008; 263-26.

18-Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H R.N, Zinman B , Rossi S.RN, Edwards L, Rossi J S, Prochaska J O. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. Diabetes Care.2003; 26:1468-1474.

19-Drossman D A , Morris C B , Hu Y , Toner B B , Diamant N , Whitehead W E , Dalton C B , Leserman J , Patrick D L, Bangdiwala S I. Characterization of Health Related Quality of Life (HRQOL) for Patients With Functional Bowel Disorder (FBD) and Its Response to Treatment. Am J Gastroenterol. 2007; 102: 1442-1453.

20-Wicksell RK, Kanstrup M, Kemani MK, Holmström L, Olsson GL. Acceptance and Commitment Therapy for children and adolescents with physical health concerns. Curr Opin Psychol. 2015; 2:1-5.

21-Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay L, Sofronoff K. Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric

اول و دوم توسعه یافت، باشد. امید است نتایج این پژوهش، متخصصان را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی این بیماری تشویق نماید که نتیجه ی مستقیم آن می تواند درمان بهتر و سریع تر بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش شود.

منابع

1- Drossman D A, Creed F H, Olden K W , Svedlund J, Toner B B, Whitehead W E. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gastroenterol. 1999; 45 (2): 25-30.

2-Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psycho pathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. Psychotherapy Psycho somatic. 2004; 73(2):84-91.

3-Lackner M J. No brain, no gain: The role of cognitive processes in irritable bowel syndrome, J Cog Psychotherapy. 2005; 19: 125-136.

4-Varis K.. Psychosomatic factors in gastrointestinal disorders. Ann Clin Res. 1987;19(2): 135-42.

5-Giovagholi A.R, Meneses,RF, Silva A M. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. J Epilepsy Behav. 2006; 9:129-143.

6-Tamannaifar M R, Akhavan-Hejazi Z, Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan. Feyz J Kashan univ. 1392;17(2): 195-202. [Persian]

7-Owang G. Illness perception in people with acute bacterial gastroenteritis. J Health psychol. 2003; 8: 694-704.

8-Blanchard Edward , Lackner Jeffrey M, Sanders Kathryn, Krasner Susan, Keefer Laurie, Payne Annette, Gudleski Gregory D, Katz Leonard , Rowell Dianna , Sykes Mark, Kuhn Eric, Gusmano Rebecca , Carosella Ann Marie, Firth Rebecca, Dulgar-Tulloch Lisa. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. Behav Res Thera. 2007; 45 : 633-648.

9-Olatungji B O, Tolin D F, Lohy J M. Irritable bowel syndrome: Associated

10-Features and the efficacy of psychological treatment. Appl Prev Psychol. 2004; 11:125 - 40.

11-Whitehead W E . Control groups appropriate for behavioral interventions. Gastroenterol. 2004;126: S159-S163.

- Quality of Life. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2008; 8 (4) :394-402. [Persian]
- 34- Entezari A , Nabaei L , Moravvej Farshchi H , Meshkat Razavi G , Tousi P .Quality of Life in Outpatients Dermatologic Clients. *Pajoohandeh J.* 2008; 13 (1):65-69.
- 35-Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaniniya M. Translation, validity and reliability of Persian quality of life questionnaire 36. *Payesh.* 1384; 5 (1): 49-56. [Persian]
- 36-Hayes S C, Follette V M, Linehan M. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition.* New York: Guilford Press. [Shows how ACT is part of a change in the behavioral and cognitive therapies more generally]. 2004.
- 37- Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *Anal Verbal behav.* 1994; 4:30-8.
- 38- Izadi R. The study and investigation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy on obsessive symptoms and beliefs, quality of life, psychological flexibility, depression, and anxiety in treatment resistant obsessive compulsive patients [dissertation]. Isfahan Univ. 2013. [Persian]
- acquired brain injury? A randomized controlled trial. *Behav Res Thera.* 2015; 73: 58-6.
- 22-Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Curr Opin Psychol.* 2015; 2:91-96
- 23-Lin J, Lüking M, Ebert DD , Buhrman M, Andersson G, Baumeister H. Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci.* 2015; 2(1): 7-16.
- 24-Lillis J, Kendra KE. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *J Contextual Behav Sci.* 2015; 3(1): 1-7.
- 25-Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *J Anxiety Dis.* 2015.
- 26-Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol.* 2015; 2: 65-69.
- 27-McCallion EA, Zvolensky MJ. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Curr Opin Psychol.* 2015; 2: 47-51.
- 28-Haghayegh S A, 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 diarrhea type. *J Psychol.* 1389; 14 (1): 95-110. [Persian]
- 29- Pourfaraj Omran Majid. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowledge Health.* 2011; 6 (2): 1-5. [Persian]
- 30- Ghorbani M, Amin Pur R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Coping Strategies in Women with Ulcerative Colitis . *Govaresh.* 2015; 20(1):34-42. [Persian]
- 31-Lackner J M, Gellman R, Gudleski G, Sanders, K., Kranders, K., Krasner , S. Dysfunctional attitudes, gender, and psychopathology as predictors of pain affect in patients with irritable bowel syndrome. *J Cog Psychothera.* 2005; 19: 151-161.
- 32-Dahl J, Plumb JC, Stewart I, Lundgren T. *The Art & Science of Valuing in Psychotherapy Helping Clients Discover, Explore and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy,* New Harbinger Publications, Inc. 2009.
- 33-Sadeghie Ahari S, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoosh H. The Effect of Complications of Type II Diabetes on Patients'

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Quality of Life in Patients with Functional Gastro Intestinal Disorder

Nasiri, S. *M.A., Ghorbani, M. Ph.D., Adibi, P. Ph.D.

Abstract

Introduction: Functional Gastro Intestinal Disorder (FGID) is common disorder that has influence on all aspects of life. This study sought to evaluate the effectiveness acceptance and commitment therapy on quality of life in these patients

Method: In semi-experimental study, 30 women having FGID disorder were selected by inconvenience sampling and participants completed quality of life (SF-36) among women who referred to Isfahan Health Central Clinic, then experimental group received 8 sessions of treatment was based on acceptance and commitment. Data were analyzed by Covariance with SPSS software.

Results: Result of analysis showed that there is significance differences between two groups in quality of life ($F=12.87$). This treatment also have had significant effect on the quality of life including physical function ($F=30.38$), role limitations for physical reasons ($F=61.29$), role limitations for emotional reasons ($F=17.44$), exhilaration ($F=15.02$), mental Health ($F=9.3$), social function ($F=12.15$), somatic pain ($F=34.83$), and general health ($F=18.9$) ($p<0.05$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy can improve the quality of life in patients with functional gastrointestinal disorders and also can be used as treatment plan for these patients.

Keywords: Functional gastrointestinal disorder, Quality of life, Acceptance and commitment therapy

*Correspondence E-mail:
safouranasiri@gmail.com