

# مقایسه ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و هم‌تایان عادی

فرهاد جهانگیری<sup>۱\*</sup>، جواد کریمی<sup>۲</sup>، محمود رضا امین‌افشاری<sup>۳</sup>

گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد، ایران، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بروجرد، بروجرد، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۵

## چکیده

**زمینه و هدف:** انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جزء عمده‌ای از رفتارهای مرتبط با سلامت است و به توانایی فرد در تماس با لحظه کنونی و نیز پافشاری بر تغییر رفتار در راستای ارزش‌های برگزیده فرد اشاره دارد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و هم‌تایان عادی بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه مورد-شاهدی، ۶۱ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که به کلینیک تخصصی گوارش واقع در شهر بروجرد ارجاع داده شده بودند، به صورت در دسترس انتخاب شدند و با ۶۱ نفر از افراد بهنجار که از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه بیماران هم‌تا شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش مشتمل بر پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ)، پرسش‌نامه هم‌آمیزی شناختی (CFQ)، مقیاس ذهن‌آگاهی (MAAS)، پرسش‌نامه مقیاس زندگی ارزش‌محور (MLQ) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل و کولموگروف اسمیرنوف تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه در ابعاد پذیرش ( $p < 0/006$ )، ذهن‌آگاهی ( $p < 0/001$ ) و زندگی بر مبنای ارزش‌های درونی ( $p < 0/006$ ) معنی‌دار است، به گونه‌ای که گروه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه عادی نمرات پایین‌تری کسب کرده‌اند. در هم‌آمیزی شناختی ( $p = 0/014$ ) نیز تفاوت دو گروه معنی‌دار بود و افراد بیمار نسبت به گروه عادی نمرات بالاتری به دست آوردند. هر دو یافته به معنای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر، در گروه بیمار است.

**بحث:** بر اساس یافته‌های این مطالعه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به هم‌تایان عادی از سطح پایین‌تری از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برخوردارند و این امر را می‌توان در شروع یا تشدید علایم آنان مؤثر دانست.

**واژه‌های کلیدی:** سندرم روده تحریک‌پذیر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش، ذهن‌آگاهی

\*نویسنده مسئول: فرهاد جهانگیری، بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی

Email: jahangirfarhad3@gmail.com

## مقدمه

نتیجه غالب این پژوهش‌ها بیانگر آن است که

بیماران مبتلا به سندرم فوق نسبت به افراد عادی وقایع فشارزای بیش‌تری را در زندگی روزمره خویش گزارش می‌کنند و ممکن است به تغییر عملکرد گوارشی ناشی از استرس حساس‌تر باشند و همچنین اضطراب و افسردگی در این افراد بالاتر از افراد عادی گزارش شده است (۹).

در طول دهه‌های اخیر و با ظهور درمان‌های موج سوم در عرضه روان‌شناسی، شاهد طرح مفاهیم جدید به منظور بررسی نقش عوامل زمینه‌ساز اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی بوده‌ایم. از جمله این مفاهیم می‌توان؛ به ذهن‌آگاهی<sup>(۲)</sup>، پذیرش<sup>(۴)</sup>، توجه به ارزش‌های درونی<sup>(۵)</sup>، عمل متعهد<sup>(۶)</sup> و هم‌آمیزی و ناهم‌آمیزی شناختی<sup>(۷)</sup> اشاره کرد (۱۱ و ۱۰). این مفاهیم بیش‌ترین کاربرد را در حوزه درمان‌های موج سوم و به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>(۸)</sup> داشته است. به طور خلاصه و در نظرگاه مؤلفین مختلف هدف این نوع درمان‌ها در مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>(۹)</sup> تبلور می‌یابد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در تماس

سندرم روده تحریک‌پذیر<sup>(۱)</sup>، نوعی اختلال گوارشی کارکردی است که با تغییر اجابت مزاج و درد همراه با ناراحتی شکمی بدون وجود اختلالات ساختاری قابل شناسایی مشخص می‌گردد (۲ و ۱). این سندرم شایع‌ترین تشخیص در بیماران گوارشی و از جمله ۱۰ علت اصلی مراجعه به پزشکان عمومی (۳) و همچنین تشخیص سرپایی شایع (۴) می‌باشد، به طوری که پس از سرماخوردگی، این بیماری بیش‌ترین عامل مصرف دارو است (۵).

فهم و درک آسیب‌شناسی و درمان سندرم روده تحریک‌پذیر در طول ۳۰ سال گذشته از یک دیدگاه ساده‌انگارانه و کاهش‌گرایانه زیستی - پزشکی، امروزه به یک نشانگان پیچیده زیستی، روانی و اجتماعی تبدیل شده است. بر این اساس در دهه‌های اخیر تأکید ویژه‌ای بر نقش عوامل روان‌شناختی در تشدید و حتی ایجاد اختلال‌های گوارشی شده است. مطابق با دیدگاه جونز و همکاران (۶)، علایم مزمن سندرم روده تحریک‌پذیر در نتیجه ترکیبی از فعالیت‌های روده‌ای، حسی، حرکتی و سیستم اعصاب مرکزی یا همان «محور مغز- روده»<sup>(۲)</sup> شکل می‌گیرند. با توجه با این که رویکردهای درمانی در پزشکی به طور کامل موفق نبوده، در سالیان اخیر بر نقش سازگاری روان‌شناختی تأکید ویژه‌ای شده است (۷ و ۸).

- 1-Irritable Bowel Syndrome
- 2-Brain-Gut Axis
- 3-Mindfulness
- 4-Acceptance
- 5-Internal Values
- 6-Committed Action
- 7-Cognitive Fusion and Diffusion
- 8-Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- 9-Psychological Flexibility

قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند. توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بدون واسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. به واسطه تمرین و فن‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خودآگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز برگزیده و آینده رها می‌شود (۱۸).

نتیجه نهایی فرآیند انعطاف‌پذیری شناختی، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. ارزشمند زیستن تأکید بر فرآیند رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است. پای‌بندی یا تعهد در بنیادی‌ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است و شامل قول دادن یا توافق برسر اجرای آن نیست (۱۹).

به طور خاص پژوهش‌های انجام شده در حوزه‌ی بهداشت، سلامت و درد مزمن نشان داده که بهره‌مندی پایین از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر به نشخوار فکری، استرس و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در مواجهه با درد‌های مزمن جسمانی می‌گردد (۲۰) و برعکس برخورداری از ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند منجر به افزایش

با لحظه کنونی آن گونه که هست و بدون هیچ دفاع روان‌شناختی و نیز همسو با ارزش‌های برگزیده فرد اشاره دارد (۱۳ و ۱۲). برخی از این فرآیندها، ویژگی‌های کارکردی مشترکی را شامل می‌شوند. برای مثال، پذیرش و گسلش هر دو به تدریج تأثیر لفظی فرآیندهای زبانی را تضعیف می‌کنند؛ خود به‌عنوان زمینه و ذهن‌آگاهی، هر دو شامل هدایت جنبه‌های عملی و مؤثر زبان به سوی الگوهای تغییر رفتار می‌شوند (۱۴).

هم‌آمیزی می‌تواند به‌عنوان ناتوانی در مشاهده افکار به‌عنوان افکار، که برای افزایش اثر این افکار بر رفتار فرض شده، تعریف شود. هم‌آمیزی مفهوم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی که به طور فزاینده‌ای برای مجموعه‌ای از مشکلات مزمن سلامتی مطالعه شده است (۱۵).

پذیرش عبارت است از آگاهی از تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات و علایم بدنی) و پذیرفتن فعال آنها، بدون اقدامی برای کاهش آنها و بدون اقدام بر اساس جنبه لفظی آنها می‌باشد. اجتناب تجربی تلاش برای از بین بردن یا مقاومت در برابر تماس با افکار، احساسات، حواس و سایر رویدادهای خصوصی نامطلوب است (۱۶).

ذهن‌آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (۱۷) و به رشد سه کیفیت خودداری از

بهبودی روان شناختی، کیفیت زندگی، کارکرد روزمره و نیز پذیرش درد شود (۲۱).

در ارتباط با سبب‌شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر، همواره بر نقش عوامل روان‌شناختی تأکید شده است. این احتمال مطرح است که برخورداری پایین از انعطاف‌پذیری روان شناختی در شروع یا تشدید علائم اثرگذار باشد. بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی با این هدف انجام نشده است. بر این اساس هدف از مطالعه حاضر، مقایسه ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (پذیرش، ناهم‌آمیزی، ذهن‌آگاهی و ارزش‌های درونی) در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و هم‌تایان عادی است.

#### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل؛ کلیه بیماران و افراد بهنجار مراجعه کننده به مطب خصوصی متعلق به فوق تخصص دستگاه گوارش و کبد شهرستان بروجرد در سال ۱۳۹۴ می‌باشد که تعداد کل آنان ۱۲۲ نفر بود. ۶۱ نفر از این افراد به روش در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود این بیماران به مطالعه شامل؛ مصاحبه، معاینه و شرح حال به وسیله فوق تخصص گوارش بر اساس Rome III Criteria بود. ملاک‌های خروج شامل؛ الگوی یکسان در پاسخگویی به

پرسشنامه‌ها، سابقه ابتلا به اختلال روان‌پزشکی و نیز جسمانی مزمن بود. گروه کنترل (۶۱ نفر) از بین دانشجویان و کارکنان دانشگاه آزاد بروجرد و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود این افراد به گروه نمونه عدم ابتلا به هر گونه اختلال گوارشی مزمن و همچنین اختلال روان‌پزشکی به تشخیص متخصص گوارش و روان‌شناس بالینی بود.

در پژوهش حاضر به منظور بررسی ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از چهار پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل؛ این ابزار یک نسخه ۱۲ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که به وسیله باند و همکاران (۲۱) ساخته شده بود. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. پایایی آزمون - باز آزمون این پرسشنامه ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است. همچنین این پرسشنامه به صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی‌اش است (۲۱).

پرسشنامه هم‌آمیزی شناختی؛ پرسشنامه هم‌آمیزی شناختی (CFQ) به وسیله گیلاندرز و همکاران (۲۲)، برای سنجش هم‌آمیزی شناختی تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس

گزارش شده است (۲۶). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر ۰/۸۸۲ به دست آمد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی مستقل و کولموگروف اسمیرنوف تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

در گام نخست از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این مطالعه، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن جامعه در متغیرهای مورد بررسی استفاده شد. نتایج نشان داد که در چهار متغیر مورد بررسی نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف معنی‌دار نبوده است. بنابراین فرض نرمال جامعه در متغیرهای مورد بررسی مورد تأیید قرار گرفته است. به منظور بررسی تفاوت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی در ابعاد مختلف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۲، آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه در متغیر اجتناب تجربی معنی‌دار بود ( $P < 0/006$ ). بدین صورت که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه افراد بهنجار از میزان اجتناب تجربی بالاتری

لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز تا همیشه رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر است. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسش‌نامه به وسیله گیلاندرز و همکاران ۰/۸۶ و همسانی درونی آن ۰/۹۱ به دست آمده است (۲۲).

مقیاس ذهن‌آگاهی (MAAS): این مقیاس یک آزمون ۱۵ سوالی در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت است که براون و رایان (۲۳) آن را به منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزانه ساختند. همسانی درونی سوال‌های آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است (۲۴). ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده است (۲۵).

پرسش‌نامه مقیاس زندگی ارزش‌محور؛ پرسش‌نامه ۱۶ سوالی زندگی ارزش‌محور به وسیله استگر (۲۶) در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تهیه شده است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده این است که فرد دارای ارزشها و انتخاب‌هایی در مورد نحوه زندگی کردن خود می‌باشد و بیشتر می‌داند از زندگی چه می‌خواهد و چه نوع فردی می‌خواهد باشد. همسانی درونی ۰/۸۶

(پذیرش پایین‌تر) برخوردار بوده‌اند. همچنین نتایج بیانگر تفاوت معنی‌دار دو گروه در هم‌آمیزی شناختی است ( $p < 0/014$ ). به گونه‌ای که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه عادی از میزان هم‌آمیزی شناختی بالاتری برخوردار بودند که این نکته به معنای پایین‌تر بودن انعطاف‌پذیری روانشناختی در بیماران IBS می‌باشد. تفاوت دو گروه در متغیر ذهن‌آگاهی ( $p = 0/001$ ) و ارزش‌های درونی ( $p < 0/006$ ) نیز معنی‌دار می‌باشد و گروه عادی نسبت به گروه بیماران IBS نمرات بالاتری به دست آورده‌اند. نمره‌ی پایین‌ترِ گروه بیمار در ذهن‌آگاهی و

نیز ارزش‌های درونی، بیانگر انعطاف‌پذیری روان شناختی پایین‌تر در این افراد است.

### بحث

سؤال عمده پژوهش حاضر این بود که آیا ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (پذیرش، ناهم-آمیزی، ذهن‌آگاهی و ارزش‌های درونی) در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با هم‌تایان عادی آنان متفاوت است؟ یافته‌ها به طور کلی نشان داد بیماران IBS نسبت به هم‌تایان عادی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

	تحصیلات				میانگین سنی	جنسیت		
	فوق لیسانس و بالاتر	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم		زن	مرد	
بیماران IBS	۲	۱۳	۸	۳۸	۳۳/۷۳	۳۳	۲۸	
افراد عادی	۱۵	۲۰	۹	۱۷	۳۷/۳۶	۱۸	۴۳	

جدول ۲: مقایسه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و هم‌تایان عادی در ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی بر اساس آزمون تی مستقل

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تی	درجه آزادی	معنی‌داری
اجتناب تجربی	IBS*	۴/۷۹	۱/۴۰	-۲/۷۷	۱۲۰
	عادی	۴/۰۵	۱/۵۳		
هم‌آمیزی شناختی	IBS	۴/۵۱	۱/۲۸	-۲/۵۰	۱۲۰
	عادی	۳/۹۶	۱/۱۷		
ذهن‌آگاهی	IBS	۳/۲۴	۱/۵	۴/۸۹	۱۲۰
	عادی	۴/۲۸	۱		
زندگی بر مبنای ارزش‌های درونی	IBS	۲/۷۳	۱/۱۷	۲/۷۷	۱۲۰
	عادی	۳/۳۳	۱/۲۱		

\* IBS: سندرم روده تحریک‌پذیر

اجتناب تجربی را پیش‌بینی می‌کند (۳۲)، بنابراین نتیجه فوق‌قابل پیش‌بینی است. به نظر می‌رسد که راهبرد اجتناب تجربی راهی است که افراد در مواجهه با رویدادهای ناگوار و شرایط فشارزا پاسخ گویند (۳۳). احتمالاً یکی از موارد توجیه‌کننده اضطراب و افسردگی در بیماران IBS اجتناب تجربی در آنان باشد. علاوه بر این بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه بهنجار از میزان هم‌آمیزی شناختی بالاتر و در نتیجه انعطاف روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار بودند. نتایج این بخش تا حدی با نتایج برخی از پژوهش‌های مشابه قبلی هم‌خوانی دارد (۱۲ و ۱۳). هم‌آمیزی شناختی می‌تواند به‌عنوان ناتوانی در مشاهده افکار به‌عنوان افکار، که برای افزایش اثر این افکار بر رفتار فرض شده، تعریف شود. به عبارتی، هم‌آمیزی شناختی را می‌توان به‌عنوان نمونه‌ای از رفتار تحت کنترل به وسیله سوابق و عواقب زبانی (به‌عنوان مثال افکار، احساسات، قضاوت)، به‌جای اینکه به‌طور مستقیم با احتمالات غیر دلخواه تماس پیدا نمود، تعریف کرد. در واقع هم‌آمیزی شناختی را می‌توان تهدیدی برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانست (۱۲). احتمالاً افراد مبتلا به IBS، با تجارب خود پیرامون درد و به‌طور کلی احساس‌های بدنی با شیوه هم‌آمیزی شناختی رفتار کرده و این امر موجب شروع یا تشدید علایم آنان می‌گردد.

افراد بهنجار نسبت به گروه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از میزان ذهن‌آگاهی بالاتری

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه افراد بهنجار از میزان اجتناب تجربی بالاتری (پذیرش پایین‌تر) برخوردار بودند. یافته‌های این بخش با مطالعه‌هایی که پایین بودن سطح پذیرش را در بیماران IBS نشان داده بودند (۲۸ و ۲۷) تا حدودی همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، برخی پژوهشگران کیفیت زندگی در این بیماران را مشابه و یا حتی بدتر از مبتلایان به ریفلاکس معده - مروی، دیابت نوع دو، افسردگی، بیماری پیشرفته کلیوی و کبدی و بیماری التهابی روده گزارش کرده‌اند. در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به‌خاطر ابتلا به علائم هم‌زمان جسمی و روان‌شناختی و به دلیل همراهی اختلالات گوناگون، می‌توان شاهد اثرات بسیار جدی بر سلامت روان آنان بود که زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۹). البته اثرات فوق‌را می‌توان به صورت یک علیت دوسویه در نظر گرفت بدین گونه که وجود برخی از علایم جسمانی را نیز می‌توان منتسب به مسایل روان‌شناختی دانست. علاوه بر این، پژوهش‌های زیادی همراهی عوامل روان‌شناختی و اختلال‌های روانی با سندرم روده تحریک‌پذیر را تأیید کرده است. برای نمونه، بلانچارد و همکاران (۳۰) در یک پژوهش گسترده به این نتیجه رسیدند که ۵۵ درصد از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای حداقل یک اختلال روانی در محور یک هستند. برخی مطالعه‌ها حاکی از سطح بالای اضطراب و فشار روانی در بیماران IBS (۳۱) بوده است، از آن جایی که اضطراب،

برخوردار بودند. یافته‌های حاصل از آزمون این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین تا حدی هم‌خوان بود (۳۴ و ۳۳). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت پژوهش‌های انجام‌شده بیانگر این است که فنون ذهن‌آگاهی موجب افزایش آگاهی فراشناختی می‌شود. یعنی توانایی درک دوباره از افکار و عواطف فردی و نگریستن به آنها به‌عنوان رویدادهای گذرا به جای این که آن افکار به عنوان واقعیت در نظر گرفته شود. بدین ترتیب این افزایش آگاهی منجر به کاهش نشخوار که فرآیند تکرار افکار منفی است، می‌گردد. در نتیجه فاجعه‌انگاری، نشخوار فکری و سایر نشانه‌ها از جمله استرس و مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و منفعلانه نیز کاهش می‌یابد (۳۴). می‌توان گفت نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر تا حد زیادی متأثر از کمبود دانش فراشناختی و ذهن‌آگاهی است.

سرانجام یافته‌ها نشان داد گروه افراد بهنجار نسبت به گروه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از میزان ارزش‌های درونی بالاتری برخوردار هستند. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها که بر پایین بودن ارزش‌های درونی و زندگی اثربخش در مبتلایان به درد مزمن تأکید کرده‌اند، همسو است (۲۸).

هدف نهایی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رسیدن به ارزش‌های درونی و ارتباط با زمان حال مهم است (۱۲). به طور کلی فقدان رفتارهایی که در جهت ارزش‌های فرد هستند، باعث می‌شود که فرد احساس کند زندگی بدون معنا و هدف است و یا

زندگی‌اش را سراسر درد و رنج درک کند. در مقابل فقدان تعهد، عمل متعهدانه قرار دارد که دربردارنده رفتارهایی است که در جهت مجموعه اهداف فرد هستند و با ارزش‌های فرد هماهنگ و سازگار هستند (۳۵). در مبتلایان به دردهای جسمی و روانی وجود فلسفه‌ای معنابخش در زندگی و برخورداری از عمل متعهدانه می‌تواند منجر به تسکین درد و یارهایی از برخی علایم همچون نشخوارهای فکری پیرامون درد گردد. بر اساس یافته‌های این بخش می‌توان گفت مبتلایان به IBS نسبت به گروه عادی از سطح پایین‌تری از مهارت‌های فوق برخوردارند.

نکته‌ای که باید بدان اشاره کرد این است که در مطالعه حاضر از روش مورد-شاهدی بهره گرفته شد و با تکیه بر این روش نمی‌توان در مورد تأثیر علی سندرم روده تحریک‌پذیر بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به طور قطع سخن گفت. در واقع در چنین روشی همواره با مسئله «علیت دوسویه» مواجه هستیم؛ بدین معنا که ممکن است عدم برخورداری از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ابتلا به IBS اثرگذار باشد و یا آن که علایم جسمانی و روانی سندرم فوق منجر به تضعیف انعطاف‌پذیری گردد. پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های آتی نقش پیش‌بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در شدت علایم IBS مورد مطالعه قرار گیرد تا از این طریق بتوان با اطمینان بیش‌تری از ارتباط بین این دو سخن گفت.

### نتیجه‌گیری



مبتلایان به اختلالات گوارشی و نیز لزوم بهره‌گیری از روش‌های نوین روان‌درمانی به ویژه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد را بیش از پیش برجسته می‌سازد.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد می‌باشد. بدین وسیله از همه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

به طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از تفاوت معنی‌دار افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد عادی در ابعاد مختلف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود، به طوری که نمرات افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در ارزش‌های درونی و ذهن‌آگاهی، پایین‌تر و در هم‌آمیزی شناختی و اجتناب تجربی، بالاتر از گروه عادی بود. تمام این یافته‌ها بیانگر ضعف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر است. نتایج این مطالعه، نقش متغیرهای روان‌شناختی از جمله انعطاف‌پذیری در

## REFERENCES

1. Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine. New York: Mcgraw-hill; 1998 Feb.
2. Drossman D. Introduction. The Rome Foundation and Rome III. *Neurogastroenterology & Motility* 2007; 19(10): 783-6.
3. Yakoob J, Jafri W, Jafri N, Khan R, Islam M, Beg MA, Zaman V. Irritable bowel syndrome: in search of an etiology: role of Blastocystis hominis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2004; 70(4): 383-5.
4. Canavan C, West J, Card TR. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology* 2014; 6(1): 71-80.
5. EbrahimiDaryani N, FaramarziGarousi F, Ghofrani H, Hosseini P, Bashashati M, AsadHashtroudi A. Clinical manifestations of irritable bowel syndrome in Iranian men and women: a comparative study. *Govaresh* 2006; 11(1): 17-21.
6. Jones MP, Dille J, Drossman D, Crowell MD. Brain-gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterology & Motility* 2006; 18(2): 91-103.
7. Kennedy PJ, Cryan JF, Quigley EM, Dinan TG, Clarke G. A sustained hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to acute psychosocial stress in irritable bowel syndrome. *Psychological Medicine* 2014; 44(14): 3123-34.
8. Peter J, Knoblich L, Dejaco C, Moser G. Symptom severity and psychological stress are independent from low-grade inflammation in Irritable Bowel Syndrome. *Zeitschrift Für Gastroenterologie* 2016; 54(05): P45.
9. Qin HY, Cheng CW, Tang XD, Bian ZX. Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2014; 20(39): 14126-31.
10. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Wilson KG. Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2012; 1(1):1-6.
11. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeldt A, Rowse J, Turner S, Hayes SC, Tengström A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies* 2015; 24(4): 1016-30.
12. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy* 2013; 44(2): 180-98.
13. Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78(2): 73-80.
14. Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 2014; 61: 105-21.
15. Halliburton AE, Cooper LD. Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2015;4(1):1-1.
16. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 639-65.
17. Walsh JJ, Balint MG, SJ DR, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences* 2009; 46(2): 94-9.
18. Siegel RD, Germer CK, Olendzki A. *Mindfulness: What is it?. Where did it come from?.* Springer New York : InClinical Handbook of Mindfulness; 2009; 17-35.
19. Kabat-zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology. Science and Practice* 2003; 10(2):144-56.
20. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62(3): 373-86.
21. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy* 2011 ; 42(4): 676-88.
22. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy* 2014; 45(1): 83-101.
23. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 84(4): 822.

23. Brown KW, West AM, Loverich TM, Biegel GM. Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment* 2011; 23(4): 1023.
24. Ghorbani N, Watson PJ, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology* 2009; 28(4): 211-24.
25. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology* 2006; 53(1): 80.
26. Ljótsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Rück C, et al. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48(6): 531-9.
27. Ljótsson B, Andréewitch S, Hedman E, Rück C, Andersson G, Lindefors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—an open pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010; 41(3): 185-90.
28. Zargar Y, Davoodi I, Mehdipoor M. Comparison of the Efficacy of psychological drug treatment on mental health, improve the quality of life and reduce symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *New Finding in Psychology* 2010; 16(5): 7- 23.
29. Blanchard EB, Lackner JM, Jaccard J, Rowell D, Carosella AM, Powell C, et al. The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64(2): 119-28.
30. Taheri M, Yaryari F, Molavi M. The effect of therapeutic touch on anxiety patients with irritable bowel syndrome. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery* 2013; 3(1): 406-17.
31. Kashdan TB, Roberts JE. Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders* 2007; 21(3): 284-301.
32. Hunt MG, Moshier S, Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47(9): 797-802.
33. Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, Faurot KR, Coble RS, Mann JD, et al. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *The American Journal of Gastroenterology* 2011; 106(9): 1678-88.
34. Trompetter HR, ten Klooster PM, Schreurs KM, Fledderus M, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological Assessment* 2013; 25(4): 1235.
35. McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, Keefe FJ. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain* 2004; 109(1-2): 4-7.

# Comparison of Psychological Flexibility in Patients with Irritable Bowel Syndrome in Normal Counterparts

Jahangiri F<sup>1\*</sup>, Karimi J<sup>2</sup>, AminAfshari MR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran, <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran, <sup>3</sup>Department of Internal Medicine, Boroujerd *University of Medical Sciences, Boroujerd, Iran*

Received: 8 Jan 2017      Accepted: 25 May 2017

## ABSTRACT

**Background & aim:** Psychological flexibility is a major component of health-related behaviors and refers to ability to get in touch with the present moment and insist on behavior modification in line with personal values. The purpose of this study was to comparing psychological flexibility in patients with irritable bowel syndrome and normal control group.

**Methods:** In a case-control study 61 patients with irritable bowel syndrome which were referred to gastroenterologist in Boroujerd, were selected via convenience sampling and compared with normal control group in psychological flexibility. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) and Meaningful Live Questionnaire (MLQ) were used as research tools. Independent t test was used for data analysis.

**Results:** The results showed that the difference between the two groups in terms of acceptance ( $p < 0.006$ ), mind-consciousness ( $p < 0.001$ ) and life based on internal values ( $p < 0.006$ ) is significant, as the band syndrome irritable bowel compared to the normal group received lower scores. In cognitive fusion ( $P < 0.014$ ) difference between two group was significant, so that the patient group achieved the higher scores. Both this findings mean lower psychological flexibility in individuals with irritable bowel syndrome.

**Conclusions:** According to this study, patients with irritable bowel syndrome had lower levels of psychological flexibility than normal group and it can effective in initiating or exacerbating their symptoms.

**Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Psychological Flexibility, Acceptance, Mindfulness

---

**Corresponding author:** Jahangiri F, Department of psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

**Email:** jahangirifarhad3@gmail.com

**Please cite this article as follows:**

Jahangiri F, Karimi J, AminAfshari MR. Comparison of Psychological Flexibility in Patients with Irritable Bowel Syndrome in Normal Counterparts. *Armaghane-danesh* 2017; 22 (1): 75-86.