

مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

سعیده زمردی^۱، سید کاظم رسول زاده طباطبایی^۲

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثر بخشی دو روش درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) صورت گرفت.

روش پژوهش حاضر از نوع طرح های شبه آزمایشی به صورت سه گروهی ، با پیش آزمون و آزمون نهایی همراه با روش های درمانی با گروه گواه است. با توجه به ماهیت پژوهش که جز طرح های آزمایشی محسوب می شود و همچنین با توجه به رعایت افت آزمودنی تعداد ۳۶ نفر (۱۲ نفر در هر گروه) بیمار مبتلا به IBS بر اساس معیارهای رم (ROMEIII)، ۲۰ مرد و ۱۶ زن با میانگین سنی ۳۲ سال به صورت در دسترس انتخاب و با توجه به شرایط ورود به طور تصادفی در گروه های درمانی و کنترل جایگزین شدند. در نظر گرفته شده است در هر سه گروه مقیاس پرسشنامه IBS-QOL34 به عنوان پیش آزمون اجرا گردید. سپس دو گروه درمانی هر کدام

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. saeedeh.zomorody@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول) rasool1340@yahoo.com

تحت درمان‌گری شناختی- رفتاری (CBT) و درمان‌گری مبتنی بر ذهن آگاهی (MFT) قرار گرفته ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در پایان مقیاس فوق به عنوان پس آزمون در هر سه گروه اجرا شد. سپس بعد از پیگیری دو ماهه مجدداً هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد با پرسشنامه IBS-QOL34 قرار گرفتند. نتایج سه گروه در سه مرحله با استفاده از آزمونهای آماری مربوط مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که اختلاف بین روشهای درمانی پس از کنترل و حذف اثر پیش آزمون، معنادار بود ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون پس تبعی LSD نیز نشان دهنده اختلاف معنادار روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود ($p < 0/05$). با توجه به نتایج به دست آمده، می توان نتیجه گرفت که روشهای نوین روان درمانی در بهبود کیفیت زندگی سندرم روده تحریک پذیر بایستی مدنظر درمانگران قرار گیرد، چرا که استفاده از روشهای قدیمی همیشه سودبخش نیست و حتی ممکن است اثربخش نیز نباشد.

واژگان کلیدی: درمان‌گری شناختی رفتاری، درمان‌گری مبتنی بر ذهن آگاهی، سندرم روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی.

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی (FGID)^۱ دسته ای از بیماریهای روان تنی هستند که با علت نامشخص ملاک های تشخیصی سؤال برانگیز و دوره های طولانی مدت و غیر قابل پیش بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می شوند (چانک^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی، سندرم روده تحریک پذیر (IBS) شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین نوع آنهاست (لاکner، ۲۰۰۵^۳). سندرم روده تحریک پذیر (IBS)^۴، نوعی اختلال گوارشی کارکردی است که با تغییر اجابت مزاج و درد با ناراحتی

۱. Functional gastrointestinal disorders

۲. Chunk et. al

۳. Lackner

۴. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

اختلال کارکرد عصبی مرکزی، اختلالات روان شناختی و استرس در آن مطرح شده است (اویانگ، ۲۰۱۲).

نقش عوامل دستگاه عصبی مرکزی (CNS)^۱ در سبب شناختی IBS به خاطر همراهی بالینی اختلالات هیجانی و استرس با تشدید علائم و پاسخ درمانی به درمانهایی که به مرکز قشر مغز عمل می کنند، قویاً مطرح می شود، مطالعات تصویری کارکردی مغز مثل MRI نشان می دهد که قشر سینگولیت میانی، ناحیه ای در مغز که مربوط به فرآیند توجه و انتخاب پاسخ است، در پاسخ به تحریک کولون دیستال در بیماران IBS فعالیت بیشتری نشان می دهد، تغییرات در این ناحیه از مغز با تغییر در احساس ذهنی ناخوشایند بودن در همراه است.

علاوه بر این، در بیماران IBS فعال شدن ارجح لوب پری فرونتال نیز دیده می شود که واجد یک شبکه بیداری در داخل مغز است که موجب بالارفتن سطح هوشیاری می شود، مشخصات روانی غیر طبیعی در حداکثر ۸۰ درصد مبتلایان به IBS، به خصوص در مراکز ارجاعی ثبت شده است اما هیچ تشخیصی روانی واحدی غالب نیست (اویانگ، ۲۰۱۲).

همچنین در نظام پردازش «درد احشایی»^۲ این بیماران نابهنجاری هایی مشاهده شده است که باعث می شود نسبت به گروه گواه، الگوهای درد ارجاعی و شدت بیشتری را ادراک کنند، که ممکن است هم به خاطر عدم تعدیل تحریکات در هر سطحی از انتقال پیامها در مسیر نوروهای آوران^۳ در روده به طناب نخاعی^۴ و قشرحسی بدنی باشد و هم بخاطر مشکل در تنظیم نظام های سرتونرژیک و نوراپی نفرین^۵ باشد که فعالیت آندروفین^۶ را به عنوان یک ماده ضد درد، تسهیل می کند (بیلهارتز و کرافت^۷، ۲۰۰۰). بنابراین عوامل

-
1. Central Nervous System (CNS)
 2. visceral pain
 3. afferent nervous
 4. spinal cord
 5. somatosensory cortex
 6. endorphin
 7. Bilhartz,l. & Croft,c.

روان شناختی و سیستم عصبی خود مختار^۱ (ANS) به سبب شناسی IBS مربوط هستند (پلیسر و همکاران ۲۰۱۰). ارتباط بین بیماری های گوارشی و اختلالات روان شناختی به ارتباط خاص بین مغز و روده بر می گردد که اصطلاحاً محور مغز- روده نامیده می شود. نواحی آمیگدال، هیپوکامپ و کرتکس پری فرونتال می توانند عملکرد روده را تعدیل کنند و از سویی در بر گیرنده تنظیم هیجانات مثل خلق، اضطراب، عواطف منفی و درد و رفتار های شناختی مثل حل مسئله و طراحی کردن و جستجوی اطلاعات باشد و نهایتاً در پرورش رفتار های اجتماعی، مهارت های مقابله ای و بهزیستی روان شناختی موثر باشد (پلیسر^۲ و دیگران، ۲۰۱۰).

تبیین علل روان شناختی بیماری های گوارشی ما را در وحله اول به جهتی سوق می دهد که شایع ترین بیماری گوارشی یعنی بیماری IBS را از نقطه نظر ریشه های روان شناختی مورد بحث قرار دهیم. پژوهش ها نشان داده است که از لحاظ طیف شخصیتی، برون گردی و گشودگی در افراد مبتلا به IBS کمتر از افراد سالم می باشد (مجوی، ۱۳۸۶). به نظر می رسد که افراد مبتلا به IBS حساسیت و وجدان کاری بالاتری دارند، که البته این خصیصه با وجدان بودن نه به جهت مثبت بودن کلمه که صفت شایسته ای است، بلکه مفهوم حساسیت افراطی آنها را در این خصوص نشان می دهد (مجوی، ۱۳۸۶). از سویی در سندرم روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به شکل چشمگیری پائین است که از این لحاظ می تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماری های مانند دیابت و نارسایی قلبی که میزان مرگ و میر در آنها زیاد است مقایسه شود. در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر حیطه های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است (لی و دیگران^۳، ۲۰۰۱). درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در این بیماران منجر به کاهش کیفیت زندگی می گردد. این

1. Autonomic Nervous System (ANS)

2. Pellissier

3. Lea et.al

افراد در مقایسه با افراد غیر بیمار کیفیت زندگی مخربی دارند و در مقایسه با گروه نرمال بیماران IBS سه برابر بیشتر غیبت از کار دارند (ال- جوتسون^۱، ۲۰۱۱) و هزینه های درمانی بالاتری در آنها گزارش شده است (اویانگ، ۲۰۱۲). بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یک مفهوم چند بعدی می تواند ملاکی از میزان کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامتی و کارکرد های روانی- اجتماعی به عنوان مهمترین هدف در درمان این بیماران مطرح باشد (فرانک و دیگران^۲، ۲۰۰۲). حد اقل نیمی از بیماران IBS از هم ابتلایی با یک اختلال روان شناختی چون افسردگی، اختلال اضطرابی فراگیر، و اختلالات وحشت زدگی را گزارش می کنند (اسپیلگر و دیگران، ۲۰۰۷؛ به نقل از ال- جوتسون، ۲۰۱۱). همچنین بین علائم بیماران سندرم روده تحریک پذیر و سطح نگرانی آنها و سوء استفاده های جنسی و جسمی دوران کودکی یک رابطه واضح و معنادار به دست آمده است (لاکتر، ۲۰۰۵ و اویانگ، ۲۰۱۲). افسردگی و اضطراب می تواند مستقیماً منجر به استفاده از یک فرایند مقابله ای نا متناسب در این بیماران گردد، مقابله منفعلانه یا ناکارآمد می تواند منجر به افزایش نشانه های جسمانی و در نتیجه ناتوانی و پریشانی حاصل از نگرانی در کنترل نشانه های جسمانی شود (کرین و مارتین^۳، ۲۰۰۳). نمرات بالا در مقیاس فاجعه انگاری در پرسشنامه مهارت های مقابله ای با سلامت ضعیف تر در زنان مبتلا اختلالات گوارشی گزارش شده است (کرین و مارتین، ۲۰۰۳). بنابر آنچه گفته شد و با توجه به نقش عوامل روان شناختی در IBS، لزوم توجه بکارگیری درمان های روان شناختی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم بیماری بر هیچ کس پوشیده نیست، طیف وسیعی از درمان های روان شناختی شامل هیپنو تراپی^۴ (بلانچارد، ۲۰۰۷)، بازخورد زیستی^۵ (بلانچارد، ۲۰۰۷ و

-
1. L-jotsson
 2. Frank et. al.
 3. Craft & Martin M.
 4. hypnotherapy
 5. biofeedback

الاتانجی و دیگران (۲۰۰۴) درمان شناختی - رفتاری^۱ (CBT) (فردی و گروهی) (کراسک و دیگران^۲، ۲۰۱۱، رمه و دیگران، ۲۰۱۰، حقایق و دیگران، ۱۳۸۹، بلانچارد، ۲۰۰۷، محوی ۱۳۸۶، لاکنر، ۲۰۰۶، بونمیو دیگران^۳، ۲۰۰۴)، آموزش تنش زدایی^۴ (بلانچارد، ۲۰۰۷، بویسه و دیگران^۵، ۲۰۰۳، کیفر و دیگران^۶، ۲۰۰۲)، درمان روان پویایی بین فردی^۷ (گوتتری و دیگران^۸، ۲۰۰۹) در درمان IBS به کار گرفته شده است. در این بین، تا سال های متمادی درمان شناختی رفتاری به عنوان موثر ترین درمان روان شناختی IBS مطرح بوده است. بخصوص در دهه های ۹۰ و ۸۰ میلادی، CBT به عنوان درمان موثر در کاهش علائم کاربرد داشته است (دوزر و دیگران^۹، ۲۰۰۴؛ به نقل از ال- جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱) و در مطالعات مختلف از درمان CBT به عنوان درمان روانشناختی IBS حمایت شده است (هانت و دیگران^{۱۰}، ۲۰۰۹). در الگوی شناختی IBS فرض می شود که افکار ناکارآمد، فرض های زیر بنایی و فرایند شناختی (تفکر، حافظه و توجه)، از طریق ارتباط عصبی بین مغز و روده در نظام های زیست شناختی، احساسات و کارکرد های روده را دچار مشکل می کنند و علائم این اختلال را به وجود می آورند (نالی باف و دیگران^{۱۱}، ۲۰۰۲). همچنین درد در این بیماران ضرورتاً نتیجه یک آسیب بافتی نسبت، بلکه حاصل تعامل پیچیده مولفه های عاطفی، شناختی و حسی است و باور هایی در مورد فاجعه آمیز دانستن علائم و احساس عدم مهارت بیماری خود، آن را تشدید می کند، (لاکنر، ۲۰۰۵). همانند الگوی شناختی بک، در درمان شناختی بیماران مبتلا به IBS نیز سعی می شود که افکار ناکارآمد و

1. cognitive behavior therapy
2. Craske M.G et. al
3. Bunmi et. al.
4. relaxation training
5. Boyce et al.
6. Keefer et al.
7. Psychodynamic Interpersonal Therapy (PIT)
8. Guthrie et al
9. Dowzer
10. Hunt et al
11. Naliboff

باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روان‌شناختی افراطی و علائم گوارشی را به‌مراه دارند، شناسایی و اصلاح شوند. فاجعه‌انگاری که از جمله مهارت‌های منفعلانه است، به خصوص فاجعه‌انگاری درد در این بیماران به نظر می‌رسد پیوند بین نشانه‌های جسمانی و فراوانی این نشانه‌ها را توجیه کند، فاجعه‌انگاری رفتارهای در جستجوی امنیت را در این بیماران افزایش می‌دهد و فاجعه‌انگاری منجر به افزایش نشانه‌های گوارشی و در نهایت کاهش عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی می‌شود (هانت و دیگران، ۲۰۰۹). با وجود نقش CBT در درمان IBS، اما نتایج دو مطالعه بزرگ اخیر حاکی از عدم نتایج مثبت درمان CBT به‌طور کلی برای IBS است (ال-جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱ و ورمه و دیگران، ۲۰۱۰). با توجه به نتایج متناقض اخیر در درمان شناختی-رفتاری IBS و همچنین عدم تاثیر مثبت در مطالعات اخیر به نظر می‌رسد که شاید احتمالاً رویکرد غالب درمان شناختی-رفتاری اکثر مطالعات روان‌شناختی در دهه‌های اخیر، منجر به استفاده از این درمان، در درمان IBS نیز شده است، لذا توجه به سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان IBS و مقایسه آن با درمان شناختی-رفتاری که بیشترین درمان‌بکار گرفته شده روان‌شناختی در درمان IBS تاکنون است، پرفایده است.

یکی دیگر از درمان‌های مطرح در IBS، که مدعی بر این است که اثرات موثرتری در درمان IBS داراست درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ (MFT) است (ال-جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱ و گای لرد و دیگران^۲، ۲۰۰۹). در واقع یکی از جدیدترین درمان‌های مطرح شده در درمان IBS، درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است استفاده از رویکرد‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مراقبه و درمان مبتنی بر پذیرش و مسئولیت^۳ (ACT) می‌تواند به کاهش نشانه‌های جسمانی بدنی، هیجانات نهایتاً افکار و همچنین اجتناب تجربه‌ای منجر شود (نالی باف، ۲۰۰۸). (اجتناب تجربه‌ای، عبارتست از رنج ذهنی طولانی مدت و به عنوان

1. mindfulness based therapy

2. Gaylord et. al

3. Acceptance And Commitment therapy (ACT)

راهبردی برای کنترل رویداد های خاص که قابل کنترل در آینده نیستند به کار برده می شوند) (ال- جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱).

از لحاظ تئوریکی ذهن آگاهی به بهزیستی روان شناختی مربوط است، ذهن آگاهی عبارت است از: آگاهی^۱ و پذیرش غیر قضاوتی^۲ لحظه به لحظه فرد. ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک پاد زهر بر اشکال رایج پریشانی روان شناختی چون اجتناب، سرکوبی، یا بیش اشتغالی فکری و احساسی فرد عمل کند (کنگ و دیگران^۳، ۲۰۱۱). با توجه به استفاده قرن های متمادی از فنون ذهن آگاهی در طب شرقی، اخیراً، فنون ذهن آگاهی در طب غربی نیز مورد توجه قرار گرفته است و اثرات درمانی آن در سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است (کنگ و دیگران، ۲۰۱۱). فنون مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه های استرس و درد و بهبود نشانه ها در فیبرومیالژیا و افسردگی شده است، در یک مطالعه نشان داده شد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه های جسمانی IBS شده است (گای لرد و دیگران، ۲۰۰۹). فنون ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت زندگی و استفاده از مهارت های مقابله ای کارآمد، کاهش افسردگی و خشم گردیده است (گای لرد و دیگران، ۲۰۰۹). مداخلات مبنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش فراوانی افکار خودکار منفی و افزایش توانایی برای بیرون راندن آن افکار و نهایتاً بهزیستی روان شناختی شده است (فرون^۴، ایوانز^۵ و دیگران، ۲۰۰۸). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با درجات بالایی از رضایت از زندگی، موافق بودن (تامسون و والتز^۶، ۲۰۰۷)، عزت نفس، خوشبینی، کیفیت زندگی، عاطفه خوشایند همراه است (لی کینز و بیر^۷، ۲۰۰۹). شواهد بیان می کند که ذهن آگاهی با شاخص های سلامت روان چون سطوح بالای عاطفه مثبت، سر زندگی و تنظیم

-
1. awareness
 2. nonjudgmental acceptance
 3. Keng et. al
 4. Frewen
 5. Evans
 6. Thompson & Waltz
 7. Lykins & Bear

هیجانی سازگارانه و سطوح پائین تر عاطفه منفی و علائم درمان شناختی وجود دارد (لی کینز و بیر، ۲۰۰۹). آموزش و مداخلات مبنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش آگاهی فراشناختی و کاهش نشخوار فکری و افکار منفی می‌گردد (اِهرینگ^۱، وات کینز^۲، ۲۰۰۸؛ به نقل از لی کینز و بیر، ۲۰۰۹).

مشخص شده است که فنون مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه های استرس و درد شده است (زیرنایک^۳ و دیگران، ۲۰۱۳). در الگوی فراشناختی مبنی بر ذهن آگاهی در IBS، فرض می‌شود که تجربه مربوط به احساسات بدنی اغلب منجر به اضطراب می‌شود، اضطراب ناشی از احساسات بدنی، کوشش در کاهش یا دوری از آن احساسات منجر به اضطراب گوارشی می‌شود، (برای مثال اجتناب اجتماعی یا اجتناب از موفقیت های کاری را پدید می‌آورد) و این افزایش اضطراب نهایتاً منجر به انزوای اجتماعی و افسردگی می‌شود. (ال - جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱).

تعامل بین اضطراب اختصاصی و رفتار اجتنابی منجر به این مفهوم می‌شود که اجتناب تجربه شده می‌تواند علت رنج دائمی باشد. بنابراین، در الگوی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ابتدا افزایش آگاهی فراشناختی مطرح می‌شود (یعنی توانایی درک دوباره از افکار و عواطف فردی و نگرستن به آنها به عنوان رویداد های گذرا به جای این که آن افکار به عنوان واقعیت در نظر گرفته شود)، سپس این افزایش آگاهی فراشناختی فرض می‌شود که منجر به کاهش نشخوار که فرایند تکرار افکار منفی است می‌گردد، در نتیجه فاجعه انگاری، نشخوار فکری و سایر نشانه ها از جمله استرس و مهارت های مقابله ای ناکارآمد و منفعلانه نیز کاهش می‌یابد (ال - جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱، لاکنر، ۲۰۰۷، گای لرد، ۲۰۰۹).

1. Ehring
2. Watkins
3. Zernicke

شرایط ورود به نمونه : سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال و حد اقل مدرک تحصیلی فوق دیپلم (با توجه به ماهیت فعال گونه و مشارکتی در دو شیوه درمانگری و انجام تکالیف شب به میزانی از انگیزه و انرژی سطحی از توانایی افراد در شناسایی افکار و هیجانها نیاز است).

- عدم وجود سابقه بیماری روانی به طور مشخص

- عدم وجود سابقه بیماری جسمانی به جز مورد مطالعه.

- تمایل و رضایت از شرکت در طرح.

درمانگری شناختی- رفتاری (CBT) برای مبتلایان به IBS

الگوی شناختی استفاده شده در این درمان براساس یک الگوگیری کلی از مدل جودیس بک بود با توجه به شرایط و ماهیت بیماری سندرم روده تحریک پذیر تغییراتی در آن داده شد و شیوه ها و روشهای رفتاری و همچنین برنامه ریزی فعالیتها نیز در آن ادغام شد. با توجه به الگوی CBT در درمان بیماری های روان تنی به نظر می رسد. جلسات درمان ۸ جلسه یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۲ ساعت بود. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه CBT صورت گرفت به شرح زیر است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی با یکدیگر- آشنا کردن اعضا با ماهیت بیمارشان و نقش عوامل روان شناختی در بروز و تشدید علائم - معرفی کلی شناخت درمانی - تعیین اهداف و انتظارات بیمار از درمان.

جلسه های دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیمار، ارائه برگه های ثبت افکار ناکارآمد - شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند روده ای - بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانها و کمک به حل آنها.

جلسه های چهارم، پنجم، ششم و هفتم: آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری) - استفاده از روشهایی مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می آورند. قرار دادن یک

نوار آموزش تنش زدایی پیش رونده عضلانی در اختیار اعضا تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آن.

جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه گذشته - معرفی کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی - توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیربنائی - گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی.

درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (MFT) برای مبتلایان به IBS

این طرح درمانی براساس طرح درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت درد و استرس در بیماران IBS براساس ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)^۱ طرح ریزی شده است. (گای لرد، ۲۰۰۹) برنامه درمان به صورت ۸ جلسه دو ساعته هفتگی طرح ریزی شد. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه MFT صورت خواهد گرفت به شرح زیر است:

جلسه ۱: معارفه و آشنایی افراد، آشنایی با آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس: آشنایی با نوع بیماری و نقش عوامل روان شناختی در بروز بیماری IBS آموزش ذهن آگاهی با استفاده از تنفس دیافراگمی، واریسی احساسهای بدن و فراهم آوردن آگاهی های غیر متناوبی نسبت به احساسات.

جلسه ۲: ادامه واریسی احساسهای بدن، آموزش مراقبه با آگاهی از تنفس به عنوان شی اولیه توجه خصوصاً برای گسترش تمرکز، تمرین و مراقبه به عنوان تکلیف خانگی، همچنین بیان نقش تفسیر ذهنی به عنوان راهی برای فهمیدن مسئولیت شخصی برای افکار و اعمال، تمرین و تکلیف خانگی همچنین به آگاهی از رویدادهای خوشایند در فعالیتهای روزانه نیز بر می گردد.

۱. stress reduction

جلسه ۳: آموزش حرکات یوگای ذهنی نرم جهت سبک کردن نشانه های جسمانی استرس و آگاه شدن به حرکات دقیق، ظریف بدن، و بحث راجع به قدرت جسمی در لحظه حاضر و مشاهده عینی افکار، صرفاً افکار - نسبت به واقعیت و رویدادها، تمرین خانگی شامل واریسی، احساسهای بدنی، یوگای نرم، مراقبه با تمرکز بر آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت روزانه مختلف.

جلسه ۴: آموزش و تمرین مراقبه با تاکید بر ادراک احساسهای بدنی به عنوان احساسهای ساده که در مقابل تفسیرهای فاجعه انگارانه قرار می گیرند. همچنین در این جلسه پاسخ روان - فیزیولوژیک استرس آموزش داده شد؛ تمرین خانگی شامل: یوگای نرم، مراقبه (برای زمان طولانی مدت)، آگاهی از واکنش استرس.

جلسه ۵: بحث و گفتگو راجع به تعهد در انجام تمرین های خانگی بحث راجع به نقش و کاربرد تمرینهای ذهن آگاهی (مراقبه، یوگا) بر روی کاهش استفاده از مهارتهای مقابله ای فاجعه انگارانه راجع به احساسهای درد حاصل از نشانه های IBS، بیان تجربیات خود بیماران از ظهور شکست در استراتژی های کنترل نشانه، و دنبال کردن نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزانه، بحث و تفسیر راجع به مفهوم هوش هیجانی، تمرین خانگی (تکلیف هفتگی): ادامه واریسی احساسهای بدنی، یوگای نرم، مراقبه، تمرین و آگاهی از خاموشی از واکنشهای روزانه نسبت به استرس و احساسهای بدنی.

جلسه ۶: تمرین مراقبه؛ استفاده از استعاره ها در کیفیت ذهن آگاهی؛ گسترش منابع درونی برای انعطاف پذیری هیجانی براساس مراقبه بدنی، تمرین خانگی (آگاهی از برچسب زدن بر احساساتشان) جلسه ۷: تمرین و تجربه آگاهی بدون انتخاب (غیر انتخابی) براساس مراقبه سپس تمرکز ذهن آگاهی بر موضوع ذهنی یا بدنی نشانه های بدنی و روانی IBS. کسب اعتماد به نفس لازم در تمرین آگاهی، آگاهی نسبت به تغذیه بدنی و نقش هوش هیجانی در تغذیه بدنی تمرین خانگی هر یک از آنها. جلسه ۸: مرور کلی جلسات،

نمره گذاری می شود. کمینه و بیشینه نمرات ۳۴ و ۱۷۰ است. با توجه به نحوه سوالات پرسشنامه نمرات کمتر نشانگر کیفیت زندگی بالاتر است.

روش اجرا: بعد از انتخاب گروه نمونه براساس معیارهای ورود، نخست پرسشنامه شاخص علائم سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیارهای تشخیصی ROMEIII توسط پزشک فوق تخصص گوارش تکمیل گردید. سپس پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، توسط بیماران تکمیل شد. نهایتاً دو شیوه درمان به همراه درمان دارویی بر روی هر دو گروه اجرا شد. و گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی قرار گرفت و هیچ درمان روان شناختی بر روی گروه کنترل صورت نگرفت؛ نهایتاً دو شیوه درمانی هم نسبت به یکدیگر و هم نسبت به گروه کنترل از جهت کیفیت زندگی با هم مقایسه شدند.

روش های تجزیه و تحلیل داده ها: در پژوهش حاضر علاوه بر روشهای توصیفی برای آزمون فرضیه های پژوهشی از روشهای استنباط آماری شامل تحلیل کواریانس یک راه استفاده شد. لازم به ذکر است که تمام داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی کل بیماران ۳۲ سال بود. ۲۰ نفر آنها مرد و ۱۶ نفر آنها زن بودند. ۲۱ نفر آنها متاهل و ۱۵ نفر آنها مجرد بودند. میزان تحصیلات بیشتر بیماران نیز فوق دیپلم و لیسانس بود. میانگین شدت بیماری کل بیماران در پیش آزمون برابر با ۱۹/۳۱ و در پس آزمون برابر با ۱۷/۸۹ بود (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیها به تفکیک گروههای درمانگری

متغیر	گروهها	ذهن آگاهی (تعداد=۱۲)	شناختی رفتاری (تعداد=۱۲)	کنترل (تعداد=۱۲)
سن: (میانگین/انحراف معیار)		۳۴/۲۵±۴/۱۶	۲۹/۴۲±۵/۸۲	۳۳/۴۲±۵/۳
زن (تعداد/درصد)		۶(۵۰)	۵(۴۸)	۵(۴۸)
مرد (تعداد/درصد)		۶(۵۰)	۷(۵۹)	۷(۵۹)
متاهل (تعداد/درصد)		۵(۴۱)	۶(۵۰)	۱۰(۸۳)
مجرد (تعداد/درصد)		۷(۵۹)	۶(۵۰)	۲(۱۷)
فوق دیپلم (تعداد/درصد)		۶(۵۰)	۴(۳۳)	۴(۳۳)
کارشناسی (تعداد/درصد)		۴(۳۳)	۷(۵۹)	۵(۴۲)
کارشناسی ارشد (تعداد/درصد)		۲(۱۷)	۱(۸)	۲(۱۷)
دکتر (تعداد/درصد)		۰(۰)	۰(۰)	۱(۸)

جدول ۲. شاخصهای توصیف آماری مربوط به نمره کلی کیفیت زندگی به تفکیک گروهها وزمان

شاخصهای آماری	پیشینه		کمینه		میانگین		انحراف معیار	
	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس
شناختی-رفتاری	۱۴۸	۱۲۴	۶۳	۵۷	۹۹/۸	۸۵	۲۶/۳	۱۸/۹
ذهن آگاهی	۱۲۵	۹۴	۶۰	۴۸	۹۶	۷۰/۷	۲۳/۶	۱۵
کنترل	۱۳۱	۱۲۸	۸۹	۸۷	۱۱۳/۱	۱۰۸/۳	۱۳/۲	۱۳
کل	۱۴۸	۱۲۸	۶۰	۴۸	۱۰۳	۸۸/۱	۲۲/۴	۲۲

برای آزمون فرضیه پژوهش حاضر که عبارت است از: "روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری توانایی بیشتری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارد." با توجه به بکارگیری پیش آزمون از روش تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد، از این نظر قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس یک

راهه فرض همگونی ضرایب بتا مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد همچنین آزمون همگونی واریانس‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. سپس روش تحلیل کوواریانس یک راهه بکار گرفته شد. نتایج آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای اثر بخشی دو روش درمانگری

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	توان آزمون
بین گروهی	۵۲۸۳/۳۳۰	۱	۵۲۸۳/۳۳۰			
پیش آزمون						
درون گروهی	۳۰۱۵/۸۳۷	۳۲	۹۴/۲۴۵	۵۶/۰۶۰	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
بین گروهی	۴۱۳۱/۷۷۵	۲	۲۰۶۵/۸۸۸			
گروه‌ها						
درون گروهی	۳۰۱۵/۸۳۷	۳۲	۹۴/۲۴۵	۲۱/۹۲۰	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود اختلاف بین روشهای در مانی پس از کنترل و حذف اثر پیش آزمون، معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). بنابراین می‌توان گفت که روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثرتر است. به منظور تعیین اختلاف بین گروههای درمانی از آزمون پس تبعی LSD استفاده شد، نتایج آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۴. نتایج آزمون پس تبعی (LSD) برای تعیین اختلاف بین گروههای درمانگری

گروهها	شناختی رفتاری		ذهن آگاهی		کنترل
	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری	
شناختی رفتاری			۱۲/۳۵۶	۰/۰۰۴	۱۵/۳۰۲
					۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۲۷/۶۵۸	ذهن آگاهی
		کنترل

همانطور که در جدول ملاحظه میگردد نتایج آزمون پس تبعی نشان دهنده اختلاف معنادار روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می باشد.

بحث و نتیجه گیری

سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایع ترین بیماریهایی است که در طبابت بالینی با آن برخورد می شود اما یکی از بیماریهایی است که کمترین شناخت در باره آن وجود دارد (اویانگ، ۲۰۱۲). علائم IBS تمایل دارند که زمانی ایجاد و بعد ناپدید شوند و اغلب با دیگر اختلالات کارکردی مثل فیبرومیالژیا، سردرد، درد کمر و علائم اداری - تناسلی همپوشانی دارد، شدت علائم متغیر است و می تواند به نحو قابل توجهی کیفیت زندگی را مختل می کند و موجب هزینه های سنگین مراقبت سلامتی شود که از این لحاظ می تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماریهای مانند دیابت و نارسایی قلبی که میزان مرگ و میر در آنها زیاد است مقایسه شود.

در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر حیطه های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است (لی و دیگران، ۲۰۰۱). درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در این بیماران منجر به کاهش کیفیت زندگی می گردد (میسنر و دیگران، ۲۰۰۸). این افراد در مقایسه با افراد غیر بیمار کیفیت زندگی مخربی دارند و در مقایسه با گروه نرمال بیماران IBS سه برابر بیشتر غیبت از کار دارند (ال - جوتسون، ۲۰۱۱) و هزینه های درمانی بالاتری در آنها گزارش شده است (اویانگ، ۲۰۱۲). بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یک مفهوم چند بعدی می تواند ملاکی از میزان کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامتی و کارکرد های روانی -

اجتماعی به عنوان مهمترین هدف در درمان این بیماران مطرح باشد (فرانک و دیگران، ۲۰۰۲). مشخصات روانی غیر طبیعی در حداکثر ۸۰ درصد مبتلایان به IBS، به خصوص در مراکز ارجاعی ثبت شده است اما هیچ تشخیصی روانی واحدی غالب نیست (اویانگ، ۲۰۱۲). حد اقل نیمی از بیماران IBS از هم ابتلایی با یک اختلال روان شناختی چون افسردگی، اختلال اضطرابی فراگیر، و اختلالات وحشت زدگی را گزارش می کنند (اسپیلگر و دیگران، ۲۰۰۷؛ به نقل از ال- جوتسون، ۲۰۱۱). همچنین بین علائم بیماران سندرم روده تحریک پذیر و سطح نگرانی آنها و سوء استفاده های جنسی و جسمی دوران کودکی یک رابطه واضح و معنادار به دست آمده است (لاکتر، ۲۰۰۵ و هاریسون، ۲۰۱۲). از سویی درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در این بیماران منجر به کاهش کیفیت زندگی می گردد. با توجه به نقش عوامل روان شناختی در IBS، لزوم توجه بکارگیری درمان های روان شناختی در کاهش علائم بیماری بر هیچ کس پوشیده نیست، در این بین، تا سال های متمادی درمان شناختی رفتاری به عنوان موثرترین درمان روان شناختی سندرم روده تحریک پذیر مطرح بوده است (کراسک و دیگران، ۲۰۱۱، حقایق و دیگران، ۱۳۸۹، بلانچارد، ۲۰۰۷، محوی ۱۳۸۶، لاکتر، ۲۰۰۶، بونمی و دیگران، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از روش درمانگری شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی سودمندتر نیست. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که درمانگری شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر گرچه اثربخش است اما برتری بر سایر روشها، از جمله درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی ندارد و حتی درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی سودمندتر و مفیدتر است. این نتیجه با نتایج پژوهش های اخیر در این زمینه همخوانی دارد. (ال- جوتسون و دیگران، ۲۰۱۱، ۲۰۱۰، گای لرد، ۲۰۰۹). با توجه به نتایج متناقض اخیر در درمان شناختی- رفتاری IBS و همچنین عدم تاثیر مثبت در مطالعه اخیر به نظر می رسد که شاید احتمالاً رویکرد غالب درمان شناختی-

می‌باشد. بنابراین آنچه گفته شد و باتوجه به نقش عوامل روانشناختی در سندرم روده تحریک پذیر لزوم بکارگیری روش های موثر و نوین روان درمانی در کاهش نشانه های بیماری غیر قبل نقض میباشد که البته به همراه درمانهای دارویی می تواند به بهزیستی جسمانی و روانشناختی افراد مبتلا کمک کند که این نیازمند همکاری بین فوق تخصصین گوارش و روانشناسان و روانپزشکان عزیز می باشد.

منابع

- ابراهیمی دریانی، ناصر. (۱۳۸۲). اعتبار یابی پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، *مجله گوارش (ویژه سومین کنگره بیماریهای گوارش و کبد ایران)*، شماره ۴۲، ۲۰۰-۲۰۱.
- ابراهیمی دریانی، ناصر؛ فرامرزی گروسی، فاطمه؛ غفرانی، هادی؛ حسینی، پرویز؛ بشاشت، محمد؛ هشترودی، علی اسد. (۱۳۸۵). تظاهرات بالینی سندرم روده تحریک پذیر در مردان و زنان ایرانی، *مجله گوارش*، شماره ۱، ۱۷-۲۱.
- حقایق، سید عباس؛ کلانتری، محمود؛ مولوی، حسین؛ طالبی، مجید. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران نشانگان روده تحریک پذیر با ریخت غلبه اسهال و درد، *مجله علمی- پژوهش روان شناسی*، شماره ۵۳، ۹۵-۱۱۰.
- فیشر، پیتر؛ ولز، آدریان. (۲۰۱۰). *فرا شناخت درمانی*، ترجمه منصور بیرامی و علی خادمی. تهران، انتشارات نشر علم.
- محو شیرازی، مجید. (۱۳۸۶). مقایسه سطح سلامت روانی و رگه های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، بیماری التهاب روده و افراد سالم و اثر بخشی روشهای دارو درمانگری و روان درمانگری رفتاری - شناختی در درمان سندرم روده تحریک پذیر. رساله دکتری روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ولز، آدریان. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی درمان فرا شناختی اضطراب و افسردگی*، ترجمه شهرام محمدخانی. تهران، انتشارات و رای دانش.

- Blanchard, B., Lackner, J. M., Gusman, O. R. K., Gudleski, G. D., Sanders, k., Keefer, l & Krasner, S. (2006). Prediction of treatment outcome patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behavior research and therapy*, 44, 317-337.
- Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, k., Krasner, S., Keefer, l., Payne, A., Gudleski, G. D., Kats, l., Rowell, D., Sykes, M. Kuhn, E., Gusman, O. R., Carosella, A. M., Firth, R., Tulloch, L. D. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*, 45, 633-648.
- Boyce, M., Talley, N., Hons, b., Truman, G., (2003). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, Relaxation Training, and Routine clinical care for irritable bowel syndrome. *The American journal of gastroenrology*.98, 2210-2218.
- Bunme, o., Tolin, O. F., Lohr, M. J., (2004). Irritable bowel syndrome: associated features and efficacy of psychosocial treatment. *Applied and preventive psychology* .11, 125-140.
- Camiller, M., Andersen, V., (2009). Current and novel therapeutic options for irritable bowel syndrome management. *Digestive and liver disease*, 41, 854-862.
- Chang, L., Toner, B., Fukdo, S. H., Guthrie, E., Locke, G. R., Noton, J. N., Sperber, D. A., (2006). Gender, Age, Society, Culture and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal of Gastroenterology*, 130, 1435-1446.
- Crane, C., Martin, M., (2004). Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *General hospital psychiatry*, 26, 50-58.
- Craske, M. G., Taylor, B. W., Labus, J. Naliboff, B. D., (2001). A cognitive -behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *behavior research and therapy*. 49, 413-421.
- Gaylord, S. A., Whitehead, W., Coble, R. S., Faurot, K., Palsson, S. O., Garland, E. L., Frey, W., Mann, J. D. (2009). Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. *biomed central*, 1-11.
- Guthrie, E., Tamenson, B., Creed, f. (2009). psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with sever irritable bowel syndrome. *pain*, 145, 196-203.
- Hunt, M. G., Moshier, S., Milonova, M., (2009). Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*, 47, 797-802.
- Keefer, L., Blanchard, E. B., (2001). The effect of relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *behavior research and therapy* . 39, 801-811.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *clinical psychological review*, ARTICLE IN PRESS.

- Keefe, I., Blanchard, E. B. (2002). A one year follow up of relaxation response meditation as a treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*, 40, 541-546.
- Lackner, J. M., Coad, M. L., Mertz, H. R., Firth. r., Mahl, T. C., Lockwood, A. H. (2006). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome is associated with reduced limbic activity, GI, symptoms, and anxiety. *behavior research and therapy*, 44,621-638.
- Lackner, j. m., Gurtman, M. G. (2005). Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients a circumplex analysis. *journal of psychosomatic research*,58,523-532.
- Ljotsson, B., Andrewitch, S., Hedman, E., Ruck, C., Andresson, G., Lindefors, N., (2010). Exposure and mindfulness therapy for irritabl bowel syndrome-An open pilot study. *journal of behavior therapy and experimental psychiatry*,41,185-190.
- Ljotsson, B., Falk, L., Vesterlund, A. W., Hedman, E., Lindfors, L., Ruck, CH., Hursti, T., Andreevitch, S., Jansson, L., Lindefors, N., Andersson, G. (2010). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-A randomized controlled trial. *behavior research and therapy*, 48,531-539.
- Ljotsson, B., Hedman, E., Linfors, P., Hursti, T., Linfors, N., Anderson, G., Ruck, CH., (2011). Long-term follow up of internet-delivered exposure and mind fulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*, 49, 58-61.
- Lykins, E., Baer, R. A., (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 23,226-241.
- Naliboff, B. D., Frese, M. P., Rappay, L. (2008). Mind/body psychological treatmentsfor irritable bowel syndrome. Evidence-based Complementary and alternative medicine: ECAM 5(1), 41-50.
- Ohman, L., Semren, m. (2007). New insights in to the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Digestive and liver disease*, 201-215.
- Olatunji, B. O., Tolin, D. F., Lohr, J. M. (2004). Irritable bowel syndrome: associated features and yhe efficacy of psychosocial treatment. *Applied and preventive psychology*, 11, 125-140.
- Owyang, C. H. (2012). Irritable Bowel Syndrome. In: Longo D. L, Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J., editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. Usa: Mc Graw- Hill Companies Inc perss, P, 2496-501.
- Pellissier, S., Dantzer, C., Canini, F., Mathieu, N., Bonaz, B., (2010). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 653-662.
- Reme, S. E., Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S., CHalder, T., (2010). Predictors of treatment outcome after cognitive behavior therapy and antispasmodic treatment for patients with irritable bowel syndrome in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 68,385-388.
- Rey, E., Talley, N. J., (2009). Irritable bowel syndrome: novel views on the epidemiology and potential riskfactor. *digestive and liver disease*, 772-780.

- Thompson, B. L., Waltz, J. (2007). Everyday mindfulness and mindfulness meditation: overlapping constructs or not? *Personality and individual differences*, 43, 1875-1885.
- Zernicke, k. I., Linette, L. S., Lounsberry., J, Zhong, L., Blustein, P. K., Campbell, T. S., Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction Improves Distress in two Different Chronic Illnesses. *Journal Behavior Health.*, 1(3), 201-208.