

بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده‌تحریک‌پذیر

فاطمه اسدالهی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان

حمید طاهر نشاط دوست

استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

استادیار روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

حسینعلی مهربابی

استادیار دانشکده روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

حمید افشار

دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حامد دقاق زاده

دانشیار، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکردی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

سندرم روده‌تحریک‌پذیر یکی از اختلالات شایع عملکردی دستگاه گوارش است. درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای درمان این بیماران به کار گرفته شده است. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده‌تحریک‌پذیر است.

بر این اساس، این پژوهش در قالب مطالعه نیمه‌تجربی با گروه کنترل و ارزیابی

به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه انجام شد. تعداد ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=12$) و با استفاده از خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب چک‌لیست علائم مرضی (SCL-90) ارزیابی شدند. گروه آزمایش یک دوره درمانی مبنی بر معنویت‌درمانی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد؛ در حالی که، گروه گواه چنین مداخله‌ای دریافت نکرد.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد اگرچه معنویت‌درمانی در مرحله پس‌آزمون بر علائم اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها تأثیر نداشته است، این مداخله در مرحله پیگیری باعث کاهش ۵۲ درصدی علائم اضطراب و کاهش ۲۴ درصدی علائم افسردگی شده است ($p < 0/05$).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که معنویت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان رویکرد درمانی مؤثر جهت کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شود.

کلید واژه‌ها: سندرم روده تحریک‌پذیر، اضطراب، افسردگی، معنویت‌درمانی.

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر اختلال عملکرد روده‌ای است که در آن درد یا ناراحتی شکمی همراه با دفع یا تغییر در عادت روده‌ای همراه است. نفخ، بادکردگی شکم و دفع مختل از علائم شایع این بیماری هستند (کوايگلی، فرايد، گی، الانو، گوارنر، خلیف و همکاران،^۱ ۲۰۰۹). IBS بیماری مزمن است (اسپیلر، عزیز، کرید، ایمانوئل، هاگتون، هانگین و همکاران،^۲ ۲۰۰۷) که بر عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد (کوايگلی، ۲۰۰۶) و به دنبال آن، کیفیت زندگی^۳ به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد (ویلسون، رابرتز، روآلف،

1. Quigley, Fried, Gwee, Olano, Guarner, Khalif, Hungin & et al
2. Spiller, Aziz, Creed, Emmanuel, Houghton, Hungin & et al
3. quality of life

بریج و سینگ،^۱ (۲۰۰۴).

تقریباً ۱۰ تا ۲۰ درصد بزرگسالان و نوجوانان دارای علائم سندرم روده تحریک‌پذیر هستند (لانگسترت، تامسون، چی، هاگتون، میرین و اسپیلر،^۲ ۲۰۰۶). شیوع IBS در اروپا و امریکای شمالی ۱۵-۱۰ درصد تخمین زده شده است. همچنین، شیوع آن در کشورهای منطقه آسیا-اقیانوسیه، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، در حال افزایش است. شیوع IBS در ایران بین ۵/۸-۳/۴ گزارش شده است (کوايگلی و همکاران، ۲۰۰۹). دلیل پیدایش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر کاملاً مشخص نیست. عملکرد حرکتی نابهنجار روده، حساسیت شدید احشایی، پردازش عصبی محرک‌های احشایی، عفونت‌های معدی-روده‌ای، التهاب خفیف، تغییر در فلور میکروبی روده و عوامل روانی-اجتماعی می‌توانند در ایجاد علائم این اختلال مؤثر باشند (باربارا، ۲۰۰۴؛ به نقل از هیللا،^۳ ۲۰۱۰). عوامل روان‌شناختی ممکن است در تداوم و شدت علائم شکمی این اختلال نقش داشته باشند، کیفیت زندگی این بیماران را مختل کنند و افراد مبتلا به این اختلال، خدمات مربوط به سلامتی را به صورت افراطی به کار گیرند (کوايگلی و همکاران، ۲۰۰۹). در سندرم روده تحریک‌پذیر اختلالات متعددی به عنوان اختلال همراه مطرح هستند که شایع‌ترین آنها اختلالات اضطرابی از جمله اختلال هراس و اضطراب فراگیر، اختلالات خلقی به ویژه افسردگی اساسی و افسرده‌خویی و اختلالات شبه جسمانی نظیر خودبیمارانگاری و جسمانی‌سازی است (دروسمن، کرید، آلدن، سودلواند، تنر و ول‌هد،^۴ ۱۹۹۹). با توجه به اینکه توافق عمومی در مورد علت IBS وجود ندارد؛ بنابراین، جای تعجب نیست که در حال حاضر درمان واحدی هم که به صورت جهانی برای این بیماری به کار گرفته شود، وجود نداشته باشد (کوايگلی، ۲۰۰۹). مداخلات روان‌شناختی نظیر درمان‌های شناختی-رفتاری، روان‌تحلیلگری بین فردی، آموزش تکنیک آرامسازی و

1. Wilson, Roberts, Roalfe, Bridge & Singh
2. Longstreth, Thompson, Chey, Houghton, Mearin & Spiller
3. Hillila
4. Drossman, Creed, Olden, Svedlund, Toner & Whitehead

هیپنوتراپی برای درمان این بیماری استفاده شده‌اند (اسپیلر و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیقات مختلف حاکی از وجود سطوح بالای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است (سان چو، میونگ پارک، هیون لیم، کیونگ چو، سی اک لی و همکاران،^۱ ۲۰۱۱؛ گلباویس، میلج کویس، ناگرنی، لازارویس و نیکولیک،^۲ ۲۰۱۰؛ لادپ، اُبیندو، آدو، اکک و مالو،^۳ ۲۰۰۶). با توجه به اینکه به‌طور کلی ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که برای درمان مراجعه می‌کنند، علائم افسردگی یا اضطراب یا هر دو را دارند (فارتینگ، ۱۹۹۵)، درمان اضطراب و افسردگی در این اختلال، اغلب می‌تواند منجر به بهبودی در علائم روده‌ای و سایر علائم در این بیماران شود (اسپیلر و همکاران، ۲۰۰۷).

امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی^۴ در درمان اختلالات روان‌شناختی به‌کارگرفته می‌شود. این مدل در پی کشف نقش عقاید مذهبی و معنوی در فرایند ارزیابی،^۵ ایجاد امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش بیماری و درد است (لیسنه و واچ هلتنز،^۶ ۲۰۱۱)؛ از این رو، لازم است در درمان اختلالات روانی به هر چهار بُعد توجه شود. زیرا انسان یک کل واحد است و هنگامی سلامت روانی وی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند (جلالی تهرانی، ۱۳۸۳؛ به نقل از غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). مذهب و معنویت بر سلامت جسمی و روانی مؤثر است (سی بلد و هیل،^۷ ۲۰۰۱). بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش می‌کنند که به‌کارگیری منابع معنوی یا مذهبی به آنها در مقابله با درد کمک می‌کند (لیسنه و واچ هلتنز، ۲۰۱۱). افرادی که سلامت معنوی دارند روابط آنها در چهار

1. Sun Cho, Myung Park, Hyun Lim, Kyung Cho, Seok Lee & et al.
2. Golubovic, Miljkovic, Nagorni, Lazarevic & Nikolic
3. Ladep, Obindo, Audu, Okeke & Malu
4. biopsychosocial-spiritual
5. appraisal
6. Lysne & Wachholtz
7. Seybold & Hill

حیطة شخصی (در ارتباط با معنا، هدف، ارزش‌های زندگی و خودآگاهی)، اجتماعی (روابط با دیگران)، محیطی (ارتباط با محیط و طبیعت) و تعالی (ارتباط با نیروی برتر) متعادل است. این فرض مطرح است که بر اثر ایجاد روابط مثبت در هر حیطة، سلامت معنوی ارتقا می‌یابد (فیشر، فرانسیس و جانسون،^۱ ۲۰۰۰). هرگونه برنامه، روش، فرایند یا پروتکلی که در آن نیازها و سلامت معنوی در نظر گرفته شود، می‌تواند مداخله‌ای معنوی محسوب شود. این مداخلات ممکن است شامل فعالیت‌هایی باشد که منابع معنوی و مذهبی افراد را تقویت کند و ارتقا دهد (برنان و هایسر،^۲ ۲۰۰۴). دبرون (۲۰۰۶)^۳، تأثیر میانجی معنویت را در رابطه بین عوامل شخصیت و پیامدهای بالینی سندرم روده تحریک‌پذیر در بین ۱۰۹ بیمار مبتلا به این بیماری بررسی کرد. یافته‌ها نشان داد که بین روان‌رنجوری خفیف و بهبودی در پیامدهای بالینی و بین معنویت بالا و بهبودی در پیامدهای بالینی این بیماران رابطه‌ی زیادی وجود دارد. در مطالعه‌ای، میزان تأثیر دو رویکرد روان‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری و معنوی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران مقایسه شد. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان معنوی باعث کاهش معنادار علائم افسردگی در دانشجویان شده است (ترقی‌جاه، نوابی‌نژاد، بواله‌ری و کیامنش، ۱۳۸۶).

با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان گفت روی بیماران مبتلا به IBS مداخلات متعددی صورت گرفته است. اما در مطالعات انجام‌شده، به‌ویژه در مطالعات داخل کشور، کمتر به اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر توجه شده است. در این مطالعه به اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق در این پژوهش نیمه‌تجربی با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون،

1. Fisher, Francis, Johnson
2. Brennan & Heiser
3. Debrun

پس‌آزمون و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این مطالعه، کلیه بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ بود. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد؛ در مرحله اول، از بین کلیه مراکز درمانی که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به آنها مراجعه می‌کردند سه مرکز به‌طور دسترس انتخاب شد. سپس از بین بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز، ۲۴ بیمار دارای ملاک‌های ورود به مطالعه به شیوه در دسترس انتخاب شدند. در مرحله دوم، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n_1 = n_2 = 12$). ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر براساس ملاک‌های تشخیصی Rome III، دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص، نداشتن تشخیص اختلال روانی شدید در محور اول سیستم طبقه‌بندی چندمحوری DSM-IV^{TR}، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال و تمایل به درمان بود. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، یک دوره درمانی در قالب ۸ جلسه به‌صورت هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه ارائه شد.

در این مطالعه، برنامه درمانی براساس ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و خدا که از شاخص‌های سلامت معنوی است، تدوین شده است. بدین معنا که در قسمت ارتباط فرد با خود بر اهداف و ارزش‌ها (معنا در زندگی)، در ارتباط با اجتماع بر بخشش و در ارتباط با طبیعت و خدا بر شکرگزاری تأکید شده است. برای هر سه مؤلفه معنا در زندگی، بخشش و شکرگزاری از برنامه‌ها و راهکارهای مدون استفاده شد. درمورد معنا استراتژی PURE به‌کارگرفته شد (ونگ، ۲۰۱۰) که در آن بر پیدا کردن ارزش‌ها و اهداف، فهم معنای حوادث، رفتار در جهت ارزش‌ها و درنهایت ارزیابی میزان رضایت از زندگی تأکید شده است (جلسات اول و دوم). در بحث بخشش از برنامه درمانی گام‌به‌گامی که انرایت تدوین کرده است، استفاده شد (انرایت، ۲۰۰۶). این برنامه درمانی در ابتدا به ارزیابی می‌پردازد، سپس مراحل بخشش را به‌صورت گام‌به‌گام پیش می‌برد (جلسه سوم تا پنجم). درباره شکرگزاری، برنامه آموزشی مبتنی بر ۸ مؤلفه‌ای است که آدلر و

فاگلی (۲۰۰۵) در این مبحث بر آن تأکید کرده‌اند (جلسات ششم و هفتم). در جلسه هشتم هم به مرور و جمع‌بندی مباحث گفته‌شده پرداخته شد. در نهایت، پس از جلسه آخر، تمامی آزمودنی‌ها مورد ارزیابی پس‌آزمون قرار گرفتند و دو ماه بعد از آخرین جلسه درمانی، ضمن هماهنگی با آزمودنی‌ها، ارزیابی پیگیری به عمل آمد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه چک‌لیست علائم مرضی (SCL-90) بود. این پرسش‌نامه دارای ۹۰ سؤال جهت ارزشیابی علائم روانی است که نمره‌گذاری آن در قالب طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از هرگز تا همیشه از صفر تا چهار انجام می‌شود. دراگوتیس این پرسش‌نامه را نخستین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی ساخته است. فرم نهایی این پرسش‌نامه نه بعد روان‌شناختی را در افراد مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: شکایات جسمی، وسواس فکری-جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی و موارد اضافی (موارد اضافی شامل اختلال در الگوهای اشتها و خواب است). مرعشی و شکرکن ضریب پایایی کلی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (صولتی، ۱۳۸۷). در مطالعه صولتی هم ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (صولتی، ۱۳۸۷). البته در این مطالعه، شرکت‌کنندگان کل پرسش‌نامه را تکمیل کردند اما در این مطالعه، با توجه به فرضیات آن صرفاً خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی این پرسش‌نامه مدنظر قرار گرفت.

تحلیل آماری داده‌های این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 و روش آماری تحلیل کواریانس انجام شد. در این تحلیل، عضویت گروهی متغیر مستقل، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته و نمرات پیش‌آزمون، تحصیلات و سن به‌عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۱۲ نفر آزمودنی گروه کنترل، ۲ نفر در مرحله ارزیابی پس‌آزمون و پیگیری از همکاری منصرف شدند؛ بر این اساس، جهت یکسان‌سازی حجم گروه‌ها، دو نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش نیز حذف شدند ($n_2=n_1=10$). میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۷/۲۰ و در گروه کنترل ۳۳/۳۰ بود. همچنین، از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۳۰ درصد از آزمودنی‌ها دارای مدرک دیپلم و ۷۰ درصد دارای مدرک لیسانس بودند. در گروه کنترل نیز ۱۰ درصد دارای سیکل و ۹۰ درصد دارای مدرک لیسانس بودند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به ۹/۴۰ و در مرحله پیگیری به ۷/۵۸ کاهش یافته است. همچنین، میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون به ۱۲/۹۰ و در مرحله پیگیری به ۱۰/۵۰ کاهش یافته است (جدول ۱).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات اضطراب و افسردگی

برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

عضویت گروهی	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش (معنویت‌درمانی)	اضطراب	۱۱/۴۰	۵/۸	۹/۴۰	۵/۲	۷/۵۸	۴/۰
	افسردگی	۱۷/۵۰	۱۱/۱	۱۲/۹۰	۸/۲	۱۰/۵۰	۷/۵
کنترل	اضطراب	۱۲/۴۰	۸/۷	۱۲/۶۰	۸/۲	۱۳/۳۰	۸/۸
	افسردگی	۲۳/۵۰	۱۱/۷	۲۰/۰۰	۱۱/۰	۱۸/۶۰	۱۱/۹

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد با کنترل تأثیر سن، تحصیلات (که به منظور خلاصه‌سازی جداول از ذکرشان در جدول صرف نظر شد) و رابطه معنادار ۷۹ درصدی نمرات پیش‌آزمون اضطراب و ۲۹ درصدی پیش‌آزمون افسردگی، تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده - که این میانگین‌های تعدیل‌شده از کسر سن، تحصیلات و نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات متغیرهای وابسته به دست می‌آید - دو گروه، در مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی معنادار

نیست؛ بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود که معنویت‌درمانی تأثیر معناداری بر اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون نداشته است (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر معنویت‌درمانی بر نمرات اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
اضطراب	پیش‌آزمون اضطراب	۱	۲۶۴/۲۹	۵۲/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۷۹۱	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱	۱۵/۵۴	۳/۱۱	۰/۰۹۹	۰/۱۸۲	۰/۳۷۶
افسردگی	پیش‌آزمون افسردگی	۱	۱۰۶/۵۶	۵/۸۷	۰/۰۲۹	۰/۲۹۶	۰/۶۱۷
	عضویت گروهی	۱	۴۳/۶۲	۲/۴۰	۰/۱۴۳	۰/۱۴۷	۰/۳۰۴

تحلیل کواریانس نشان داد که با کنترل تأثیر سن، تحصیلات و رابطه معنادار ۷۳ درصدی نمرات پیش‌آزمون اضطراب و ۲۸ درصدی نمرات پیش‌آزمون افسردگی، تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه در مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی در مرحله پیگیری معنادار است ($p < 0.05$)؛ از این رو، با توجه به میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه و اندازه اثر مشاهده‌شده، نتیجه گرفته می‌شود که ارائه مداخله معنویت‌درمانی باعث کاهش ۵۲٪ علائم اضطراب و کاهش ۲۴٪ علائم افسردگی در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۹۵٪ هم حاکی از دقت آماری مطلوب برای ارزیابی اثربخشی مداخله بر اضطراب و کفایت حجم نمونه است (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر معنویت درمانی
بر نمرات اضطراب و افسردگی در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تأثیر	توان آماری
اضطراب	پیش آزمون اضطراب	۱	۳۸۱/۶۲	۳۸/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۷۳۲	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱	۱۵۶/۷۶	۱۵/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹	۰/۹۵۷
افسردگی	پیش آزمون افسردگی	۱	۱۴۲/۶۱	۵/۵۳	۰/۰۳۴	۰/۲۸۳	۰/۵۹۱
	عضویت گروهی	۱	۱۱۹/۷۸	۴/۶۴	۰/۰۴۹	۰/۲۴۹	۰/۵۱۹

همان‌طور که مشاهده می‌شود با کنترل اثر پیش‌آزمون، تحصیلات و سن، میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات اضطراب و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پیگیری کمتر است که این پایین‌بودن نمره از لحاظ آماری معنادار و بیانگر آن است که ارائه مداخله معنویت‌درمانی با کنترل اثر پیش‌آزمون، تحصیلات و سن باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری شده است (جدول ۴).

جدول ۴. میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات افسردگی و اضطراب
در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	عضویت گروهی مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین
افسردگی	پس‌آزمون	۱۴/۸۳	۱/۴۱	۱۸/۰۶	۱/۴۱
	پیگیری	۱۱/۸۶	۱/۶۸	۱۷/۲۳	۱/۶۸
اضطراب	پس‌آزمون	۱۰/۰۳	۰/۷۴	۱۱/۹۶	۰/۷۴
	پیگیری	۷/۳۷	۱/۰۴	۱۳/۵۰	۱/۰۴

نتیجه گیری

سندرم روده تحریک پذیر شایع ترین اختلال عملکرد روده ای در مراکز درمانی اختلالات گوارش است (سان چو و همکاران، ۲۰۱۱). تحقیقات مختلف حاکی از شیوع بالای اضطراب و افسردگی در این بیماران است. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود. یافته های این مطالعه نشان داد معنویت درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پس آزمون اثربخش نبوده اما در مرحله پیگیری این اثربخشی بر هر دو مؤلفه معنادار است. یافته های این مطالعه با نتایج دبرون و ترقی جاه و همکاران همخوانی دارد. در جلسات معنویت درمانی بر بخشش، شکرگزاری به ویژه از نعمت های الهی و درقبال خدماتی که دیگران به فرد ارائه می دهند و پیدا کردن ارزش ها و اهداف در زندگی تأکید شد. مشاهدات بالینی نشان می دهد برای افراد دارای درد مزمن، بخشیدن کسانی که به آنها آسیب زده اند یا آنها را ناراحت کرده اند، امری دشوار است و ناتوانی بیمار برای بخشیدن سهم زیادی در درد و رنج او دارد (کارسن، کیف، گلی، فریس، لینچ، ترپ و باچلر، ۲۰۰۵).^۱ مطالعات نشان داده است که مداخلات مبتنی بر بخشش باعث افزایش عاطفه مثبت و عزت نفس و کاهش عاطفه منفی می شوند؛ به عبارتی، در افرادی که این مداخله را دریافت کرده اند، ابراز هیجانات منفی نظیر اضطراب و افسردگی به طور چشمگیری کاهش می یابد در حالی که سطح هیجانات مثبت نظیر امید افزایش یافته است (لاندا، تیلر، استیونسون و رابرتس، ۲۰۰۸).^۲ همچنین، نتایج مطالعه هبل و انرایت نشان داد که بخشش با عزت نفس^۳ بالاتر، افسردگی، اضطراب صفت و اضطراب حالت پایین تر مرتبط است (به نقل از توسیانت، ویلیامز، موسیک و اورسون، ۲۰۰۱).^۴ با توجه به تأثیر بخشش بر کاهش هیجانات منفی، افزایش عواطف مثبت و عزت نفس و

1. Carson, Keef, Goli, Fras, Lynch, Thorp & Buechler
2. Lundahl, Taylor, Stevenson & Roberts
3. self esteem
4. Toussaint, Williams, Musick & Everson

با در نظر گرفتن اینکه بخشش یک فرایند^۱ محسوب می‌شود می‌توان کاهش اضطراب و افسردگی در مرحله پیگیری را این‌گونه تبیین کرد که تصمیم به بخشیدن و شروع فرایند بخشش به‌عنوان یکی از عوامل اصلی جلسات توانسته خلق منفی، عزت نفس و روابط بین فردی بیماران را در طول زمان تحت تأثیر قرار دهد و سطح اضطراب و افسردگی آنها را کاهش دهد.

شکرگزاری مؤلفه دیگری است که در جلسات به آن تأکید شده است. شکرگزاری به‌طور چشمگیری با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت ارتباط دارد و ابراز آن منجر به ایجاد پیوندهای اجتماعی می‌شود (آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵). همچنین، مقابله با استرس را بهبود می‌بخشد (اشنایدر، ۲۰۰۱؛ به نقل از آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵). تعیین اهداف و ارزش‌ها مؤلفه تأکیدی دیگر در جلسات معنویت بود. شکل عملی‌سازی معنا در زندگی، داشتن اهداف و انگیزه برای تلاش جهت رسیدن به آنها است (هو، چی یونگ و چی یونگ، ۲۰۱۰^۲: ص ۶۵۸)؛ به عبارتی، بدون اهداف، زندگی ساختار نخواهد داشت (ایمونز،^۳ ۲۰۰۳: ص ۱۰۶). فقدان معنا در زندگی نیز پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ازهم‌گسیختگی است (رکر و ونگ، ۱۹۸۸؛ به نقل از ایمونز، ۲۰۰۳: ص ۱۰۸). براساس تعالیم دینی اسلام با رعایت اصول مطرح‌شده در آن، زندگی انسان می‌تواند به‌طور کامل معنا و مفهوم یابد؛ ازسویی، این دنیا معبری برای رسیدن به سرای باقی است و ازسوی دیگر، زندگی آدمی در گرو عبادت خدا و مهرورزی به دیگران معنا می‌یابد. بعد دیگر معنای زندگی آدمی، نزدیک شدن انسان به خدا است که این نزدیکی نه در بعدی مادی، بلکه در فضایی معنوی و در جهت نزدیک شدن به ذات اقدس الهی در صفات و ویژگی‌هایی است که آدمی قادر به دستیابی به آنها است. چراکه در آدمی نفخه الهی دمیده شده است و قابلیت نزدیکی انسان به خدا در این صفات وجود دارد؛ صفاتی نظیر بخشندگی، گذشت، عطوفت، راضی و... از این قبیل صفات است که اگر آدمی در جریان زندگی خود در جهت رسیدن

1. process

2. Ho, Cheung, Cheung

3. Emmons

به سطوحی از آن اقدام کند، هم در مسیر عبادت گام برداشته و هم در مسیر خدمت به انسان‌ها و این معنایابی در زندگی در جهت ارتقای سلامت روان وی مؤثر خواهد بود. سطح پایین معنا با افزایش افسردگی در بین بیماران افسرده همراه است (پراژر، بار تور و ابرامویچ،^۱ ۱۹۹۷). همچنین، مطالعات تجربی اخیر نشان داده‌اند که داشتن حس قوی معنا با شادی و رضایت از زندگی ارتباط دارد (رکر و ونگ، ۱۹۸۸؛ به نقل از ایمونز، ۲۰۰۳: ص ۱۰۷)؛ بنابراین، با توجه به نتایج تحقیقات انجام‌شده در حیطه بخشش، شکرگزاری و معنا در زندگی، می‌توان گفت گنجاندن این سه مؤلفه در فرایند درمان تاحدزیادی توانسته است سلامت روان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را ارتقا بخشد و عدم کاهش نمرات اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که فرایند بخشیدن، پیدا کردن ارزش‌ها و تعیین اهداف در جهت ارزش‌ها و تلاش برای رسیدن به آنها از جمله تغییرات تدریجی بوده که منوط به تمرین و ممارست در انجام و ادامه تکالیف است.

جنسیت صرفاً زن آزمودنی‌ها و تعداد محدود نمونه، از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود که می‌طلبد محققان بعدی با رفع این محدودیت‌ها به انجام مطالعات بعدی در این حیطه اقدام کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی سایر مؤلفه‌های دینی به پروتکل درمانی اضافه شود؛ علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این مداخله در مرحله پیگیری، پیشنهاد می‌شود از این مداخله در جهت کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شود. در پایان، محققان این مطالعه لازم می‌دانند که از مرکز سلامت گوارش در شهر اصفهان و اعضای شرکت‌کننده در این مطالعه کمال تشکر را داشته باشند.

کتابنامه

۱. رضوانی، ر. ۱۳۸۸. «مقایسه اثر معنویت‌درمانی و فراشناخت درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان دختر مراجعه‌کننده به مراکز جهاد دانشگاهی شهر اصفهان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
۲. صولتی، ک. ۱۳۸۷. «مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرامسازی و دارودرمانی بر کیفیت زندگی، علائم روان‌شناختی و علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر». پایان‌نامه دکتری روانشناسی. دانشگاه اصفهان.
۳. غلامی، ع و ک بشلیده. ۱۳۹۰. «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه». فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. دوره ۱.
۴. ترقی جاه، ص؛ ش. نوابی نژاد؛ ج. بوالهری؛ ع. ر. کیامنش. ۱۳۸۶. «مقایسه تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران». تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. دوره ۶.
5. Adler, M. G. & Fagley, N. S. 2005. "Appreciation: individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective wellbeing". Journal of personality. Vol 73.
6. Brennan, M. & Heiser, D. 2004. "Introduction: spiritual assessment and intervention: current directions and application". Journal Of Religion, Spirituality and Aging. Vol 17.
7. Carson, J. W., Keef, F. J., goli, V., Frasc, A. M., Lynch, T. R., Thorp, S. R. & Buechler, J. L. 2005. "Forgiveness & chronic low back pain: a preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress". The journal of pain. Vol 6.
8. Drossman, D. A., Creed, F. H., Olden, K. W., Svedlund, J., Toner, B. B. & Whitehead, W. E. 1999. "Psychological aspects of the functional gastrointestinal disorders". Gut. Vol 45.
9. Debrun EJ. 2006. "The mediating influence of spirituality on the relationship between personality factors and clinical outcomes of irritable bowel syndrome" [Thesis]. Seattle, united states: Seattle pacific university.
10. Emmons, R. A. 2003. Personal goals, life meaning, and virtue: wellspring of a positive life. Keyes, C. L. & Haidt, J (Ed). Positive psychology and the life well-lived. Washington, DC, US. American psychological association. First edition.
11. Enright, R. D. 2006. Forgiveness is a choice. A step by step process for resolving

- anger and restoring hope. American psychological association. Seventh printing.
12. Farthing, M. J. G. 1995. "Irritable bowel, irritable body, or irritable brain?". *BMJ*. Vol 310.
 13. Fisher, J. W., Francis, L. J. & Johnson. P. 2000. "Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: the sh4di". *Pastoral Psychology*. Vol 49.
 14. Golubovice, S. T., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D. & Nikolic, G. 2010. "Irritable bowel syndrome, anxiety, depression, and personality characteristics". *Psychiatria Danubina*. Vol 22.
 15. Hillila, M. 2010. Irritable bowel syndrome in the general population: epidemiology, comorbidity, and societal costs [Thesis]. division of gastroenterology, department of medicine Helsinki university central hospital, The medical faculty of the university Helsinki, Helsinki university print.
 16. Ho, M. Y., Cheung, F. M. & Cheung, S. F. 2010. "The role of meaning in life and optimism in promoting well-being". *Personality and individual differences*. Vol 48.
 17. Ladep, N. G., Obindo, T. J., Audu, M. D., Okeke, E. N. & Malu, A. O. 2006. "Depression in patients with irritable bowel syndrome in Jos, Nigeria". *World Journal Gastroenterol*. Vol 12.
 18. Lea, R., whorwell, P. J. 2005. "Quality of life in irritable bowel syndrome". *Journal Pharmacoeconomics*. Vol 19.
 19. Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Merin, F. & Spiller, R. C. 2006. "Functional bowel disorders". *Gastroenterology*. Vol 130.
 20. Lundahl, B. W., Taylor, M. J., Stevenson, R. & Roberts, K. D. 2008. "Process – based forgiveness interventions: a meta – analytic review". *Research on social work practice*. Vol 18.
 21. Lysne, C. J, & Wachholtz, A. B. 2011. "Pain, spirituality, and meaning making: what can we learn from the literature". *Religions*. Vol 2.
 22. Prager, E., Bar-Ture, L., & Abramowici, I. 1997. "The sources of meaning profile (SOMP) with aged subjects exhibiting depressive symptomatology". *Clinical gerontologist*. Vol 17.
 23. Quigley. E, Fried. M, Gwee. K. A, Olano. C, Guarner. F, Khalif. I, Hungin, P., Lindberg, G., Abbas, A., Fernandez, L. B., Mearin, F., Bhatia, S. J., Hu, P. J., Schmulson, M., Krabshuis, J. H. & Le Mair, A. W. 2009. "Irritable bowel syndrome: a global perspective". *World Gastroenterology Organization, WGO practice guideline*.
 24. Quigely, E. M. 2006. "Changing face of irritable bowel syndrome". *World Journal*

- Gastroenterol. Vol 12.
25. Seybold. S. K. & Hill. P. C. 2001. "The role of religion and spirituality in mental and physical health". American Psychological Society. Vol 10.
 26. Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P., Tones, R., Kumar, D., Rubin, G., Trudgill, N. & whorwell, P. 2007. "Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management". Gut. vol 56.
 27. Sun cho, H., Myung Park, J., Hyun Lim, C., Kyung Cho, Y., Seok Lee, I., Wookim, S, Guy Choi, M., Sik Chung, I. & Kyung Chung, Y. 2011. "Anxiety, depression, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome". Gut and Liver. Vol 5.
 28. Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A., & Everson, S. A. 2001. "Forgiveness and health: age differences in a U.S. probability sample". Journal of adult development. Vol 8.
 29. Wilson, S., Roberts, L., Roalf, A., Bridge, P. & Singh, S. 2004. "Prevention of Irritable bowel syndrome: A community survey". British Journal Gen Pract. Vol 54.
 30. Wong, P. T. P. 2010. "Meaning therapy: an integrative & positive existential psychotherapy". J contemp psychother. Vol 40.