

# Effectiveness of Logotherapy on Bodily and Psychological Variables: Mental Pain, Adherence to Treatment, and Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome

Mahdiyeh Ebrahimi<sup>1</sup>, Anahita Tashk<sup>2,\*</sup>, Sodaif Darvish Moghadam<sup>3</sup>, Ali Saeid Pour Parizi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Researcher, MA in Clinical Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

<sup>3</sup> Professor, Gastroenterology and Hepatology Research Center, Institute of Basic and Clinical Physiology Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Gastroenterology, and Hepatology Research Center, Institute of Basic and Clinical Physiology Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

## ABSTRACT

### Background:

The purpose of this study was to examine the effectiveness of logotherapy on mental pain, adherence to treatment, and abdominal pain in patients with irritable bowel syndrome.

### Materials and Methods:

The design of the current study was quasi-experimental, which included three stages of evaluation. In the first stage, the research questionnaires were completed by patients of both groups (pre-test). In the second stage, logotherapy was performed for eight sessions of 90 minutes with an interval of once a week on the experimental group by a psychotherapist (Ph.D in psychology and trained in therapy), and then the questionnaires were completed by the patients in both groups (post-test). In the third stage, 2 months after the end of the treatment sessions, the questionnaires were finally completed by the patients of both groups (follow-up).

### Results:

There was a significant difference in reducing abdominal pain and increasing treatment adherence between the experimental and control groups in the post-test phase. These results were also stable in the follow-up phase ( $P < 0.05$ ).

### Conclusion:

Logotherapy reduced the mean of mental pain and abdominal pain and increased the mean of adherence to treatment in the post-test stage. The effectiveness of treatment in the follow-up stage has also been stable. According to the results of the study, logotherapy is effective on the variables of mental pain, adherence to treatment, and abdominal pain in patients with the constipation-dominant type of irritable bowel syndrome. This type of psychotherapy can be used to examine other variables in such patients or in patients with other symptoms (diarrhea and mixed).

**Keywords:** Logotherapy; Mental pain; Adherence to treatment; Abdominal pain; Irritable bowel syndrome

*please cite this paper as:*

Ebrahimi M, Tashk A, Darvish Moghadam S, Saeid Pour Parizi A. Effectiveness of Logotherapy on Bodily and Psychological Variables: Mental Pain, Adherence to Treatment, and Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome. *Govareh* 2022; 27:79-87.

### \*Corresponding author:

Anahita Tashk

Address: Pazhohesh Squ., Shahid Bahonar University of Kerman, Psychology Ward, Kerman, Iran

Tel: + 98-03431322324

Fax: + 98 03433257347

E-mail: atashk@uk.ac.ir

Received: 24 Oct. 2021

Revised: 30 Apr. 2022

Accepted: 01 May 2022

# اثربخشی معنادرمانی بر متغیرهای روانشناختی و جسمانی: درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

مهديه ابراهیمی<sup>۱</sup>، آناهیتا تاشک<sup>۲\*</sup>، صدیف درویش مقدم<sup>۳</sup>، علی سعیدپور پاریزی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> پژوهشگر، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

<sup>۳</sup> استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد پژوهشکده فیزیولوژی بالینی و پایه، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد پژوهشکده فیزیولوژی بالینی و پایه، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

## چکیده

### زمینه و هدف:

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنادرمانی بر درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

### روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی است که شامل سه مرحله ارزیابی بود. در مرحله اول بیماران پس از داشتن ملاک‌های ورود به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. در مرحله اول پرسشنامه‌ها پژوهش توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شدند (پیش‌آزمون). در مرحله دوم ابتدا رویکرد معنادرمانی به مدت زمان هشت جلسه نود دقیقه‌ای با فاصله زمانی یک بار در هفته و به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش توسط روان‌درمانگر (دکترای روانشناسی و آموزش دیده در زمینه درمانگری) اجرا شد و سپس بار دیگر پرسشنامه‌ها توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شدند (پس‌آزمون). در مرحله سوم به فاصله زمانی دو ماه پس از تمام شدن جلسات درمان، در نهایت پرسشنامه‌ها توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شدند (پیگیری).

### یافته‌ها:

اختلاف معناداری در کاهش میانگین درد ذهنی و افزایش میانگین تبعیت از درمان بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون به دست آمد. همچنین این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بود ( $P < 0.05$ ).

### نتیجه‌گیری:

اجرای معنادرمانی باعث کاهش میانگین درد ذهنی، درد شکمی و افزایش میانگین تبعیت از درمان در مرحله پس‌آزمون شده است و همچنین اثربخشی درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. با توجه به نتایج بدست آمده، اجرای معنادرمانی بر متغیرهای درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از نوع یبوست غالب، میتوان از آن در بررسی متغیرهای دیگری در این بیماران و انواع دیگر این بیماری (اسهال و مختلط) استفاده کرد.

**کلید واژه:** معنادرمانی، درد ذهنی، تبعیت از درمان، درد شکمی، سندرم روده تحریک‌پذیر

گوارش/ دوره ۲۷، شماره ۲/ تابستان ۱۴۰۱-۸۷-۷۹

### \*نویسنده مسئول: آناهیتا تاشک

کرمان- میدان پژوهش، دانشگاه شهید باهنر کرمان، دانشکده ادبیات و

علوم انسانی، بخش روانشناسی

تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۲۲۲۴

نمبر: ۰۳۴۳۳۲۵۷۳۴۷

پست الکترونیک: atashk@uk.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۱۱

### زمینه و هدف:

بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین بیماری‌های گوارشی است که با درد مزمن و مکرر شکمی<sup>۲</sup> مشخص می‌شود و باعث تغییر عادات روده‌ای بدون وجود بیماری‌های گوارشی دیگر می‌شود (۱). علت دقیق این بیماری هنوز مشخص نیست ولی در برخی از تحقیقات به عواملی مانند: کاهش سلول‌های غدد درون‌ریز سیستم گوارش<sup>۳</sup>، فلور غیرطبیعی کولون<sup>۴</sup>، افزایش حساسیت احشایی<sup>۵</sup>، التهاب موضعی<sup>۶</sup>،

1. Functional Gastrointestinal Disorders (FGID)
2. Chronic Abdominal Pain
3. Endocrine Cells Digestive System
4. Abnormal Colon Flors
5. Visceral Sensitivity
6. Topical Inflammation

سلامت با آن روبه‌رو هستند، مشکلات مربوط به عدم تبعیت بیماران از دستورات درمانی تجویز شده است. این مسئله به خصوص در بیماری‌های مزمن از جمله سندرم روده تحریک‌پذیر که بیماران باید مدت طولانی از درمان تجویز شده پیروی کنند اهمیت بیشتری پیدا می‌کند چرا که بیماری تحت تاثیر عوامل مختلفی است که اگر بیماران این عوامل را نادیده بگیرند رسیدن به سلامتی برایشان غیرممکن است (۱۳). تبعیت از درمان<sup>۹</sup> شامل رفتارهایی مانند: مصرف داروهای تجویز شده، پیروی از رژیم غذایی، سبک زندگی سالم و اجرای توصیه‌های درمانی تیم درمان است (۱۴). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۰</sup> میزان تبعیت از درمان در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه‌یافته به طور متوسط ۵۰ درصد گزارش شده و میزان آن در کشورهای در حال توسعه کمتر است به طوریکه دامنه آن بین صفر تا ۱۰۰ است (۱۶ و ۱۵). تبعیت ضعیف و عدم تبعیت از توصیه‌های درمانی مسئله بهداشتی جدی است که یکی از دلایل اصلی شکست در درمان، طولانی شدن مدت درمان، افزایش عوارض بیماری، افزایش مرگ‌ومیر و افزایش هزینه‌های حوزه درمان است (۱۵).

اگر چه درمان‌های دارویی به‌طور موقت می‌توانند علائم سندرم روده تحریک‌پذیر را کاهش بدهند اما معمولاً پرهزینه هستند و می‌توانند مشکل و گاهی بدون نتیجه باشند، به همین دلیل بیمار و پزشک را به سمت درمان‌های روانشناختی موثر سوق می‌دهند (۱۷). از جمله درمان‌های مؤثر روانشناختی می‌توان به درمان‌های شناختی- رفتاری<sup>۱۱</sup>، هیپنوتراپی<sup>۱۲</sup>، روان‌پوشی کوتاه‌مدت<sup>۱۳</sup>، آرام‌سازی<sup>۱۴</sup> و مدیریت استرس<sup>۱۵</sup> اشاره کرد (۱۹ و ۱۸). از میان درمان‌های روانشناختی، رویکرد معنادرمانی<sup>۱۶</sup> یکی از درمان‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا<sup>۱۷</sup> است که در زمینه افزایش سلامت روان و جسم بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی و روانشناختی کاربرد دارد. استفاده از این روش روان‌درمانی به این دلیل مورد توجه قرار گرفت که در این درمان بر ارزش‌ها و جنبه‌های مثبت زندگی با وجود مشکلات و محدودیت‌ها تاکید می‌شود و به بیماران از جمله بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند تا با پیداکردن معنا و هدف‌های متعدد در زندگی از مشکلات جسمانی و روانشناختی مرتبط با بیماری دور بمانند و شرایط برای افزایش امید، خودکارآمدی و در نهایت حس شکست‌ناپذیری و شکست بیماری را در آنها به وجود می‌آورد (۲۰). طبق بررسی‌های انجام شده نتایج پژوهشی مشابه نشان می‌دهد که اجرای معنادرمانی در افزایش میزان تبعیت از درمان و کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱۸</sup> موثر بوده است (۲۱). همچنین پژوهش دیگری نشان می‌دهد که اجرای معنادرمانی

ژنتیک، جنسیت، سن، رژیم غذایی، استرس و عوامل روانشناختی<sup>۱</sup> اشاره شده است (۲). در حال حاضر تشخیص این بیماری براساس ملاک‌های تشخیصی رم<sup>۲</sup> است که در آن درد مکرر شکم به طور متوسط حداقل یک روز در هفته درسه ماه گذشته با دو یا چند مورد از موارد زیر در ارتباط است: ۱- در ارتباط با دفع ۲- همراه با تغییر در مقدار مدفوع ۳- همراه با تغییر در شکل مدفوع (۳). مطالعات متعددی در ایران شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر را در جمعیت‌های مختلف از حدود ۱/۱ تا ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند (۴ و ۵). این بیماری هر دو جنس مرد و زن را در سنین مختلف درگیر می‌کند ولی در زنان به دلیل نقش هورمون‌های جنسی<sup>۳</sup> بیشتر است (۶). اوج شیوع آن در دهه‌های سوم و چهارم زندگی است و در همه کشورها و گروه‌های اجتماعی - اقتصادی شیوع دارد و به صورت مستقیم باعث افزایش هزینه‌های بهداشتی - درمانی از جمله بستری شدن و غیرمستقیم باعث افزایش سایر هزینه‌های بیماران از جمله پرهیز از رابطه جنسی، دوری از اجتماع و غیبت از کار می‌شود (۷). هزینه سالانه درمان این بیماری در ایران ۲/۸ میلیون دلار برای جمعیت بزرگسال شهری گزارش شده است که بار سنگینی بر اقتصاد ایران است (۸).

درد شکمی یکی از علائم جسمانی اصلی سندرم روده تحریک‌پذیر است که بیماران بیشترین شکایت را از آن دارند. در صورت نبود درد شکمی بیماری را نمی‌توان تشخیص داد. درد شکمی با دفع، تغییر در دفعات مدفوع و تغییر در شکل مدفوع همراه است (۹). درد شکمی در این بیماران بیشتر به صورت درد کرامپی<sup>۴</sup> با شدت متغیر در دوره‌های مختلف و بیشتر در نیمه مرکزی شکم به ویژه سمت چپ احساس می‌شود. محل و ویژگی درد ممکن است همیشه تغییر کند و شدت آن می‌تواند از یک درد خفیف تا یک درد شکمی ناتوان‌کننده متفاوت باشد. عوامل مختلفی مانند استرس‌های عاطفی<sup>۵</sup> و زیاد غذا خوردن ممکن است درد را افزایش دهد ولی دفع باعث کاهش درد می‌شود (۱۰).

اگرچه آسیب‌های فیزیکی از علت‌های اصلی درد در بیماری‌های مزمن از جمله سندرم روده تحریک‌پذیر هستند اما آسیب‌های هیجانی و روانشناختی نیز باعث به وجود آمدن درد ذهنی<sup>۶</sup> در این بیماران می‌شوند (۱۱). درد ذهنی یک حس پریشانی شدید است که در اثر وقوع رویدادهایی که سلامتی فرد را تهدید و در آنها نابودی او احساس می‌شود، به وجود می‌آید (۱۲). اگر درد ذهنی درمان نشود باعث عوارضی جدی همچون آسیب روانی<sup>۷</sup> و خودکشی<sup>۸</sup> خواهد شد بنابراین بسیار مهم است که علامت‌ها و عوامل به وجود آورنده آن شناسایی و به‌طور موثر بررسی و حل شوند چرا که از فواید مهم درمان درد ذهنی این است که می‌تواند به عنوان یک تجربه شفا، افزایش سازگاری روحی - روانی، رشد شخصی و توانایی یافتن معنا در زندگی تبدیل شود (۱۱).

یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌ها و مشکلات بالینی که کارکنان نظام

9. Compliance  
10. World Health Organization (WHO)  
11. Cognitive Behavior Therapy (CBT) n  
12. Hypno Therapy  
13. Psychosis  
14. Relaxtion  
15. Stress Management  
16. Logo Therapy  
17. Positive Psychology  
18. PTSD

1. Psychological  
2. Rome-IV  
3. Sex Hormones  
4. Crumpy  
5. Emotional Stress  
6. Mental Pain  
7. Mental Damage  
8. Suicide

- مصرف داروهای اعصاب و روان

### روش اجرای پژوهش:

#### روش مداخله:

روش مداخله در پژوهش حاضر، رویکرد معنادرمانی پژوهشگر ساخته مبتنی بر رویکرد فرانکل<sup>۷</sup> بود. این شیوه درمانی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای با فاصله زمانی یک بار در هفته و به صورت گروهی توسط روان درمانگر (دکترای روانشناسی و آموزش دیده در زمینه درمانگری) برگزار شد. در پایان تمامی جلسات، تکالیف خانگی برای اثر بخشی بیشتر جلسات درمانی ارائه می‌شد و مراجعه کنندگان می‌بایست آنها را برای جلسه بعد انجام دهند (پروتکل درمان برای جلسات در پیوست ذکر شده است). این پژوهش با کد اخلاقی E A 00033002 انجام شده است

#### ابزار پژوهش:

**پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:** این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی از جمله: سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات است.

**پرسشنامه درد ذهنی اورباخ و میکولینسر<sup>۸</sup> (OMMP):** این پرسشنامه یک ابزار برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی است. نسخه اولیه این پرسشنامه توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) و نسخه ایرانی آن توسط بگیان کولهمرز و همکاران (۱۳۹۷) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۴ سوال است که به طور کلی شامل ۶ عامل و یک نمره کلی است و سوال‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. بیمار در ازای پاسخ به هر سوال نمره‌ای دریافت میکند و در پایان نمرات تمام سوالات جمع می‌شود، هر چه نمره فرد بالاتر باشد شدت درد ذهنی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ<sup>۹</sup> نسخه فارسی این پرسشنامه ۰/۹۶۶ است و این ۶ عامل در مجموع ۴۰/۶۶ درصد از واریانس درد ذهنی را نشان می‌دهند (۲۴ و ۲۳).

**پرسشنامه تبعیت از درمان:** این پرسشنامه یک ابزار برای اندازه‌گیری میزان تبعیت از توصیه‌های درمانی تیم درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در فرهنگ ایرانی است که توسط مدانلو و همکاران (۱۳۹۷) طی سه بخش طراحی و روان‌سنجی<sup>۱۰</sup> شده است. نسخه اولیه این پرسشنامه دارای ۱۲۷ سوال و ۸ عامل بود و با اجرای رویایی صوری و محتوایی<sup>۱۱</sup> در طی سه بخش، سوالات پرسشنامه در نسخه آخر اصلاح شد. این نسخه دارای ۴۰ سوال است که به طور کلی ۷ عامل و یک نمره کلی دارد و سوال‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از (کاملاً

7. Frankl  
8. Orbach, Michelangelo  
9. Cronbachs Alpha  
10. Psychometrics  
11. Visual and Conceptual Narrative

بر کاهش رنج روانی<sup>۱</sup> (درد ذهنی) و یافتن معنایی مثبت در زندگی در بیماران مبتلا به سرطان<sup>۲</sup> موثر بوده است (۲۲). با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی اجرای معنادرمانی بر متغیرهای روانشناختی و جسمانی: درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

#### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی است که با یک گروه آزمایش و کنترل و به روش پیش آزمون<sup>۳</sup> - پس آزمون<sup>۴</sup> با مرحله پیگیری<sup>۵</sup> دو ماهه اجرا شد.

#### جامعه آماری:

کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بعثت شهر کرمان در فاصله زمانی تابستان تا پاییز سال ۱۳۹۸ که توسط پزشک متخصص بیماری آنها با توجه به ملاک‌های تشخیصی رم (Rome-IV) تأیید شد.

#### روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از نوع یبوست غالب<sup>۶</sup> (IBS-C) مراجعه‌کننده به بیمارستان افضل‌پور کرمان بودند. با توجه به ماهیت نیمه آزمایشی بودن پژوهش تعداد ۳۰ نفر بیمار با روش نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ بیمار) قرار گرفتند.

#### معیارهای ورود به پژوهش:

- تمایل و رضایت از شرکت در جلسات درمان  
- تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر از نوع یبوست غالب توسط پزشک متخصص  
- مبتلا نبودن به بیماری‌های گوارشی دیگری که عوارضی شبیه به سندرم روده تحریک‌پذیر به وجود می‌آورد و یا علائم بیماری را افزایش می‌دهد  
- شرکت نکردن در نوعی دیگر از روان درمانی به طور همزمان و یا در شش ماه گذشته

#### معیارهای خروج از پژوهش:

- داشتن بیماری جسمانی دیگری به غیر از سندرم روده تحریک‌پذیر  
- داشتن سابقه اختلال روانپزشکی (بر اساس مصاحبه اولیه تشخیصی  
- بیماران IBS هر نوع علامت و نشانه بیماری روانی لحاظ و بیمار از نمونه حذف شده است)

1. Psychological Suffering  
2. Cancer  
3. Pree -Test  
4. Post- Test  
5. Follow- Up  
6. Constipation

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	معنادرمانی	کنترل
سن (میانگین/انحراف معیار)		۳۲/۹۳ ± ۸/۱۸	۲۷/۸۰ ± ۱۳/۶
جنسیت (تعداد/درصد)	زن	۱۳ (۸۶/۷)	۱۳ (۸۶/۷)
	مرد	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
وضعیت تاهل (تعداد/درصد)	مجرد	۵ (۳۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)
	متاهل	۱۰ (۶۶/۷)	۵ (۳۳/۳)
میزان تحصیلات (تعداد/درصد)	زیر دیپلم و دیپلم	۶ (۴۰/۰)	۹ (۶۰/۰)
	لیسانس	۸ (۵۳/۳)	۵ (۳۳/۳)
	فوق لیسانس	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تأثیر مداخله معنادرمانی و پیش‌آزمون بر متغیرهای درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p-مقدار	مجذوراتا
درد ذهنی	پیش‌آزمون	۹۰۶۶/۸۵۲	۱	۹۰۶۶/۸۵۲	۵۴/۲۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۸
	گروه‌های آزمون	۲۵۶۱۷/۲۵۱	۱	۲۵۶۱۷/۲۵۱	۱۵۳/۲۵۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵۰
	خطا	۴۵۱۳/۲۸۲	۲۷	۱۶۷/۱۵۶	-	-	-
	کل	۴۶۵۱۴/۶۶۷	۲۹	-	-	-	-
تبعیت از درمان	پیش‌آزمون	۱۰۲۳/۷۸۲	۱	۱۰۲۳/۷۸۲	۲۹/۹۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
	گروه‌های آزمون	۲۱۳۱/۵۰۷	۱	۲۱۳۱/۵۰۷	۶۲/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷
	خطا	۹۲۴/۴۸۶	۲۷	۳۴/۲۴۰	-	-	-
	کل	۵۱۳۰/۹۶۷	۲۹	-	-	-	-
درد شکمی	پیش‌آزمون	۸۵/۸۱۰	۱	۸۵/۸۱۰	۶۷/۵۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴
	گروه‌های آزمون	۲۱/۰۱۲	۱	۲۱/۰۱۲	۶/۵۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰
	خطا	۳۴/۳۲۴	۲۷	۱/۲۷۱	-	-	-
	کل	۱۵۲/۱۶۷	۲۹	-	-	-	-

عامل و یک نمره کلی دارد و سوال‌ها در یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از (عدم ناراحتی تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. بیمار در ازای پاسخ به هر سوال نمره‌ای دریافت می‌کند و در پایان نمرات تمام سوالات جمع می‌شود، هر چه نمره فرد بالاتر باشد شدت علائم گوارشی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ در گروه بیماران گوارشی برای کل این مقیاس ۰/۷۶ است و این ۴ عامل در مجموع ۵۳/۶۱ درصد از واریانس کل بیماری‌های عملکردی گوارشی را نشان می‌دهند (۲۶ و ۲۷).

#### روش اجرا:

پژوهش حاضر شامل سه مرحله ارزیابی بود. در مرحله اول بیماران پس از داشتن ملاک‌های ورود به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها برای ارزیابی متغیرهای

مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. بیمار در ازای پاسخ به هر سوال نمره‌ای دریافت می‌کند و در پایان نمرات تمام سوالات جمع می‌شود، هر چه نمره فرد بالاتر باشد میزان تبعیت از درمان بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۹۲۱ است و این ۷ عامل در مجموع ۴۸/۵۱۴ درصد از واریانس تبعیت از درمان را نشان می‌دهند. (۲۵)

**مقیاس سنجش شدت علائم گوارشی (GSRS):** این مقیاس یک ابزار برای سنجش بیماری است که بر اساس بررسی علائم گوارشی و تجربه بالینی ساخته شده است و برای ارزیابی علائم شایع بیماری‌های گوارشی به کار می‌رود. نسخه آمریکایی آن توسط روسکی<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸) و نسخه ایرانی این مقیاس توسط مظاهری و خشوعی (۱۳۹۱) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۵ سوال است که به طور کلی ۴

1. Revicki

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر مرتبط با درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد ذهنی در گروه کنترل و آزمایش در زمان‌های مختلف

P value	آنالیز واریانس در اندازه‌گیری مکرر	آزمایش		کنترل		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<b>درد ذهنی</b>						
.۰/۰۰۱	۳۵/۴۶۹	۳۰/۲۶	۱۲۵/۴۰	۲۳/۸۶	۱۳۵/۶۰	پیش آزمون
		۱۷/۴۱	۷۵/۵۳	۲۵/۸۲	۱۴۱/۸۰	پس آزمون
		۱۴/۵۵	۷۵/۶۷	۲۵/۹۱	۱۴۳/۲۷	پیگیری
		۶۱/۰۱۹		۲۱/۲۸۰		آزمون Greenhouse-Geisser
		.۰/۰۰۱		.۰/۰۰۱		P value
<b>میزان تبعیت از درمان</b>						
.۰/۰۰۱	۲۸/۵۷۶	۱۰/۹۲	۱۴۰/۰۰	۸/۷۱	۱۳۵/۸۷	پیش آزمون
		۷/۴۶	۱۵۶/۲۷	۹/۱۴	۱۳۵/۶۷	پس آزمون
		۶/۲۷	۱۵۵/۰۰	۷/۵۸	۱۳۷/۴۷	پیگیری
		۲۲/۴۶۵		۲/۰۶۷		آزمون Greenhouse-Geisser
		.۰/۰۰۱		.۰/۱۴۵		P value
<b>درد شکمی</b>						
.۰/۰۳۹	۴/۶۸۰	۲/۵۳	۳/۱۳	۲/۳۵	۳/۶۷	پیش آزمون
		۱/۶۶	۱/۸۰	۲/۴۲	۳/۸۷	پس آزمون
		۱/۶۳	۱/۶۷	۲/۲۳	۴/۴۷	پیگیری
		۱۸/۵۰۰		۲/۹۷۵		آزمون Greenhouse-Geisser
		.۰/۰۰۱		.۰/۰۹۴		P value

تحلیل کوواریانس یک‌راهه<sup>۱</sup> و واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر<sup>۲</sup> استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) در نظر گرفته شده است.

#### یافته‌ها:

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش (۳۲/۹۳) و گروه کنترل (۲۷/۸۰) بود. ۲۶ نفر از آنها زن و ۴ نفر مرد بودند. ۱۵ نفر از آنها متاهل و ۱۵ نفر دیگر مجرد بودند. وضعیت تحصیلی اکثر بیماران زیر دیپلم و دیپلم بود که میانگین آن در گروه آزمایش (۴۰/۰) و در گروه کنترل (۶۰/۰) بود (جدول ۱). برای آزمون فرضیه پژوهش حاضر که عبارت است از: "اجرای معنادرمانی بر متغیرهای روانشناختی و جسمانی: درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر دارد" از تحلیل کوواریانس یک‌راهه و واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد، اما قبل از اجرای این روش‌های آماری از آزمون لوین<sup>۳</sup> برای بررسی برقراری همسانی واریانس‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد که پیش فرض همسانی واریانس‌های مربوط به متغیرهای وابسته در هر دو گروه برقرار است.

1. One-Way Analysis of Covariance (ANCOVA)
2. Variance of Repeated Measurements
3. Levene Statistic

پژوهش توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شدند (پیش آزمون). در مرحله دوم ابتدا مداخله (معنادرمانی) اجرا شد و سپس بار دیگر برای ارزیابی مجدد متغیرهای پژوهش، پرسشنامه‌ها توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شدند (پس آزمون). در مرحله سوم به فاصله زمانی دو ماه پس از تمام شدن جلسات درمان، در نهایت برای ارزیابی نهایی متغیرهای پژوهش، پرسشنامه‌ها توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شدند (پیگیری). تکمیل پرسشنامه‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری به مدت زمان ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامید. لازم به ذکر است که مداخله معنادرمانی بر روی گروه کنترل اجرا نشد. این شیوه درمانی براساس دیدگاه ویکتور فرانکل است که در آن او یافتن معنا را نیروی اساسی زندگی افراد می‌داند و بر این اصل اساسی تاکید می‌کند که راحتی از دل سختی و رنج عبور می‌کند به عبارت دیگر زندگی تحت هر شرایطی حتی در سخت‌ترین و رنج‌آورترین شرایط معنادار است و انگیزه اصلی برای زندگی، داشتن معنا است (۲۸).

#### روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در پژوهش حاضر از روش‌ها و آزمون‌های آماری در دو سطح آمار توصیفی (انواع شاخص‌ها و نمودارهای آماری) و آمار استنباطی (آزمون



پروتکل معنادرمانی پژوهشگر ساخته

جلسات	شرح مختصر جلسات	تکلیف
جلسه اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر در مورد رویکرد معنادرمانی و زندگی ویکتور امیل فرانکل	تهیه فهرستی از رویدادهای معنی‌ساز در زندگی.
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل - بحث و بررسی در مورد رویدادهای معنی‌ساز در زندگی و پیگیری در یافتن معنا از حوادث رنج‌آور زندگی	تهیه فهرستی از تغییرات مثبت و منفی در اثر رویدادهای رنج‌آور زندگی
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل - آموزش سه منبع به وجود آورنده معنا در رویکرد فرانکل: ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی و ارزش‌های نگرشی و توضیح آنها با استفاده از مثال‌هایی در زندگی شرکت‌کنندگان	یافتن نمونه‌هایی از این سه منبع ایجاد کننده معنا در زندگی
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل - آموزش و بحث در مورد مفاهیم اراده، آزادی و مسئولیت‌پذیری بودن انسان ضمن تاکید بر موقتی بودن زندگی با هدف یادآوری آزاد و مسئول بودن انسان در انتخاب واکنشی مناسب نسبت به همه شرایط	تهیه فهرستی از شرایط کلی زندگی که ایجادکننده نگرانی و اضطراب هستند.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل - توضیح فن فراخوانی <sup>۱</sup> و قدرت تلقین و به کارگیری اصول گفته شده در حوزه‌های اضطراب‌زا و رنج‌آور زندگی برای ایجاد تغییرات مثبت - بررسی مولفه‌های معنویت در اعضا برای به وجود آوردن دیدگاهی متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌زا و رنج‌آور زندگی	استفاده از فن فراخوانی در حوزه‌های اضطراب‌زا و رنج‌آور زندگی و گزارش آن در جلسه آینده
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل - آموزش سایر تکنیک‌های رویکرد معنادرمانی: تصحیح نگرش <sup>۲</sup> ، قصد متناقض <sup>۳</sup> و بازتاب‌زدایی <sup>۴</sup>	به کارگیری هر یک از فنون در برابر مشکلات مهم و آشکار زندگی
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل - بحث در مورد اهداف و برنامه‌های آینده و اولویت‌بندی کردن آنها، ارائه راه‌حلی برای حل کردن برخی موانع	دسته‌بندی و خلاصه کردن آنچه که در طول جلسات درمانی یادگیری شده است.
جلسه هشتم	خلاصه، جمع‌بندی و مرور کردن موضوعات جلسات قبل، بررسی دیدگاه اعضا نسبت به جلسات درمانی، ارائه پکیج آموزشی به اعضا و تاکید بر ادامه تکالیفشان بعد از اتمام جلسات.	

- 1 Calling Fan
- 2 Attitude Correction
- 3 A Contradictory Intention
- 4 Reflection

معنادرمانی در کاهش شدت درد ذهنی و درد شکمی و افزایش میزان تبعیت از توصیه‌های درمانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بوده است و این نتایج با نتایج تعدادی از پژوهش‌های مشابه همانند پژوهش‌های کانگ<sup>۱</sup> و همکاران<sup>۲</sup> (۲۲)، هایفانتیس<sup>۳</sup> و همکاران<sup>۴</sup> (۲۹)، درگاهی (۲۱)، چیلکات و مس - موریس<sup>۵</sup> (۳۰)، جنز<sup>۶</sup> و همکاران<sup>۷</sup> (۳۱)، زرنیکه<sup>۸</sup> و همکاران<sup>۹</sup> (۳۲) و ژونگ<sup>۱۰</sup> و همکاران<sup>۱۱</sup> (۳۳)، همسو و همگام است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در واقع درد شکمی یکی از علائم اصلی گوارشی و یکی از شایع‌ترین شکایت‌ها در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است. همچنین درد ذهنی یکی از تجربه‌های ناخوشایند روانشناختی بیماران از جمله این بیماران است که باعث ارزیابی منفی از خود و عوارض فراوان و خطرناکی همچون خودکشی می‌شود (۱۱). این بررسی‌ها همچنین نشان می‌دهد که درحال حاضر یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌ها و مشکلات بالینی که کارکنان نظام سلامت با آن روبرو هستند، مشکلات مربوط به عدم تبعیت بیماران (مبتلا به بیمارهای مزمن جسمی و روانشناختی) از توصیه‌های درمانی تجویز شده است چرا که اگر این توصیه‌ها نادیده گرفته شوند سلامتی محقق نمی‌شود (۱۴). با توجه به آنچه که گفته شد لازم است که برای کاهش شدت درد شکمی و درد ذهنی و افزایش میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از مداخله‌های روان‌درمانی در کنار درمان‌های پزشکی

1. Kang
2. Hyphantis
3. Chilcot & Moss – morris
4. Jones
5. Zernicke
6. Zhang

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اجرای معنادرمانی در زمینه درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی باعث تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل شده است و میزان این تاثیر به ترتیب ۸۵، ۶۹ و ۳۸ درصد بوده است. به عبارتی ۸۵، ۶۹ و ۳۸ درصد از واریانس پس آزمون (درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی) مربوط به اجرای این رویکرد درمانی است. از این رو، اجرای معنادرمانی بر درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بوده است (جدول ۲).

نتایج تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین درد ذهنی در گروه آزمایش از ۱۲۵/۴۰ پیش آزمون به ۷۵/۶۷ در دوره پیگیری کاهش یافت. از این رو، تاثیر اجرای معنا درمانی در کاهش درد ذهنی در دوره پیگیری نیز پایدار بوده است ( $P \text{ value} < 0/001$ ). (جدول ۳) همچنین نتایج تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین تبعیت از درمان در گروه آزمایش از ۱۴۰/۰۰ در پیش آزمون به ۱۵۵/۰۰ در دوره پیگیری افزایش یافت. از این رو، تاثیر اجرای معنادرمانی در افزایش تبعیت از درمان در دوره پیگیری نیز پایدار بوده است ( $P \text{ value} < 0/001$ ). (جدول ۳) در نهایت نتایج تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین درد شکمی در گروه آزمایش از ۳/۱۳ در پیش آزمون به ۱/۶۷ در دوره پیگیری کاهش یافت. از این رو، تاثیر اجرای معنا درمانی در کاهش درد شکمی در دوره پیگیری نیز پایدار بوده است ( $P \text{ value} < 0/039$ ) (جدول ۳).

بحث:

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رویکرد

ابعاد مختلف زندگی افراد، چارچوبی ارزشی را برای فرد فراهم می‌کند و آنها ارزش‌های قدیمی و منسوخ را کنار می‌گذارند و طبق چارچوب مفهومی جدید معنای زندگی خود را به چالش خواهند کشید بنابراین اگر در مورد سلامت جسمانی خود کوتاهی کرده‌اند براساس ارزش‌های جدید درصد جبران بخواهند آمد.

اجرای معنادرمانی بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر باعث می‌شود که آنها به معنای ویژگی‌های منحصر به فرد خودشان در زندگی پی ببرند و هدف‌هایی را که متناسب با خودشان و زندگیشان است و برای آنها معنا دارد را جستجو کنند (۲۸). در نتیجه با پی بردن به معنای زندگی و پیدا کردن هدف‌های زندگی، درد ذهنی (رنج روانی) که یکی از تجربه‌های ناخوشایند روانشناختی این بیماران است و همچنین درد شکمی که جزء علائم تشخیصی اصلی این بیماری است کاهش پیدا کند و میزان تبعیت از توصیه‌های درمانی برای تحقق سلامتی در آنها افزایش می‌یابد. تبعیت از درمان فرایندی فعال همراه با احساس مسولیت و همکاری بیمار با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی \_ درمانی در جهت به دست آوردن سلامتی است (سِمَلتِزِر، و باری، ۲۰۱۳).

#### تعارض منافع:

هیچ گونه تعارضی در میان نویسندگان وجود ندارد.

#### REFERENCES:

- Defrees DN, Baile J. Irritable bowel syndrom epidemiology pathophysiology diagnosi and treatment. *Prim Car*. 2017;44(4):655-671.
- El-Salhy M. Resent developments in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2015;21:7621-36.
- Douglas A, Drossman MD, Linchang MD, William D, Chey MD, John, et al. Rome iv common gl symptoms. Philadelphia: The Rome Foundation Raleigh, North Carolina 2016;69-72.
- Akhondi N, Memarmontzareyn S, Saneei P, Hassanzadeh-Keshteli A, Esmailzadeh A, Adibi P. The association of irritable bowel syndrome and obesity in iranian adults. *Journal of Isfahan Medical School* 2016;34(396):1007-12.
- Jahanghiri P, Sadat-Hashemi-Jazi M, Hasanzadeh\_Keshteli A, Sadeghpour S, Amini E, Adibi P. Irritable bowel syndrome in iran: sepanan systematic review. *Int J Pres Med* 2012;3:1-9.
- Meleine M, Matricon J. Gender-related differences in irritable bowel syndrome: potential mechanisms of sex hormones. *World J Gastroenterol*. 2014;20(22):6725-43.
- Dehghanian L, Rustee A, Hekmatdoost A. Effects of vitamin d3 supplementation on clinical symptoms in patients with irritable bowel syndrome and vitamin d deficiency: clinical trials. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 2016;11(1):11-8.
- Khajedalou M, Vosughinia H, Bahari A, Khosravi A, Esmailzadeh A, Ganji A, et al. Demographic, social and clinical characteristics in patients with irritable bowel syndrome in mashhad in 2013. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Science* 2014; 57:57-886.
- Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey W, Lembo A, Simren M, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; In Press.
- Chen MX, Chenlu JX. Treating irritable bowel syndrome with diarrhea patients by yigan fupi decoction: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhong* 2014; 34(6):656-663.
- Biro D. Redefining pain. *Palliat Support Care*. 2011;9(1):107-10.
- Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Inter Med* 1999; 131(7):531-4.
- Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting herapeutic compliance: a review from the atient's perspective. *Therclin Risk Manag* 2008; 4:269-86.
- World health organization. 2013, Retrieved from <http://www.who.int/en>.
- Bissonnette J. Adherence: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;63:634-43.
- Patti F. Optimizing the benefit of multiple sclerosis therapy: the importance of treatment adherence. *Patient Prefer Adherence* 2010; 4:1-9.
- Rahimian G, Babaeian M, Kheiri S, Moradi M, Rafeieian-Kopaei M. Effect of glycyrrhiza glabra (d\_reglis tablet) on pain and defecation of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2010;17(4):240-8.
- Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Björnsson E, Abrahamsson H, et al. Effects of gut directed hypnotherapy on ibs in different clinical settings results from two randomized, controlled trials. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(2):276-85.
- Park SH, Han KS, Kang CB. Relaxation therapy for irritable bow-



- el syndrome: a systematic review, *Asian Nurs Res.* 2014;8(3):182-92.
20. Wong PTP. Meaning therapy: an integrative and positive existential psychotherapy. *J Contemporary Psychotherapy* 2010;40(2):85-93.
  21. Dargahi M. The efficacy of logotherapy on treatment adherence, general health and reduce severity of symptoms in patients with posttraumatic stress disorder (ptsd). *General Psychology Mcs Dissertation, Payamnoor Tehran University, Theran Jonob* 2014.
  22. Kang KA, Im JI, Kim HS, Kim SJ, Song MK, Sim S. The effect of logotherapy on the suffering, inding meaning and spiritual wellbeing of adolescents with terminal cancer. *J Korean Academy Child Health Nurs* 2009;15(2):136-144.
  23. Karami J, Bagiyan-Koulemarz MJ, Momeni KH, Elahi A. Measurement of mental pain: psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *Health Psychol* 2018; 7(1):146-172.
  24. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental Pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav.* 2003;33(3):219-30.
  25. Seyed\_Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: a mix method study. *Social Determinants Health Suppl* 2018; 20(2):179-191.
  26. Mazaheri M, Khoshouei M. Comparison between psychometric characteristics of scale in functional gastrointestinal disorders and normal groups. *Govaresh* 2012;17(1):18-24.
  27. Revicki DA, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and validity of the gastrointestinal symptom rating scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Qual Life Res* 1998;7:75-83.
  28. Frankel AV. *Logotherapy*. Philadelphia: Fatemeh Shoaibi 1392. Electronic Publication.
  29. Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, Creed F. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain.* 2009;145(1):196-203.
  30. Chilcot J, Moss\_Morris R. Changes in illness related cognitive rather than distress mediate improvement in irritable bowel syndrome (ibs) symptoms and disability following abrief cognitive behavioral therapy intervention. *Behav ResTher.* 2013;51:690-95.
  31. Jones M, Koloski N, Boyce P, Talley N. Pathways connecting cognitive behavioral therapy and change in bowel symptoms of IBS. *J Psychosom Res.* 2011;70(3):278-85.