DOI: *10.29252/rbs.19.3.477*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 3

The Comparison of the Effectiveness of Trans-diagnostic Treatment and the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Regulation and Illness Perception in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Zahra Karimian[1], **Seyed Abbas Haghayegh**[2], **Seyed Mohammad Hassan Emami-Najafi-Dehkordi**[3], **Mostafa Raisi**[4]

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Professor, Poursina Hakim Digestive Diseases Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Assistant professor, Poursina Hakim Digestive Diseases Research Center and Gastroenterology and Hepatology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Aim and Background: Irritable bowel syndrome is the most common, costly and debilitating type of disorder among functional gastrointestinal disorders. The aim of this study was to compare the effectiveness of trans-diagnostic treatment and acceptance and commitment therapy and the control group on emotion regulation and illness perception in patients with irritable bowel syndrome.

Methods and Materials: The present research was quasi-experimental and pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study included all of the patients with irritable bowel syndrome referred to Poursina Hakim Center of Isfahan during 2019-2020. The sample researchconsisted of 45 infected patients that were selected by available sampling method. In addition, they were randomly placed in two experimental groups (15 patients in each group) and one control group (with 15 patients). Integrated trans-diagnostic intervention of Barlow (2011) was done for the first experimental group during 8 session (90min). On the other hand, acceptance and commitment therapy of Hayes (2002) was done for the second experimental group during 8 session (90min) in two months interval and the control group did not receive any intervention. From the Broadbent et al.'s illness perception questionnaire and the Garnefski & Kraaij (2006) cognitive- emotion regulation and demographic data sheet were used to collect the findings. Multivariate and univariate analysis of covariance were used to analyze the data. The software used was SPSS version 19.

Findings: The results showed that trans-diagnostic therapeutic interventions and acceptance and commitment did not have a significant effect on increasing illness perception and reducing non-adaptive strategies. Trans diagnostic treatment and acceptance and commitment had affected on increasing adaptive strategies ($P < 0.05$).

Conclusions: Therapists can adopt effective methods by using above- mentioned interventions in order to improve the condition of patients having irritable bowel syndrome to increase the efficacy of their treatments.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Trans-diagnostic Treatment, Acceptance Commitment Therapy, Emotion Regulation, Illness Perception

Citation: Karimian Z, Haghayegh SA, Emami-Najafi-Dehkordi SMH, Raisi R. **The Comparison of the Effectiveness of Trans-diagnostic Treatment and the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Regulation and Illness Perception in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS)**. Res Behav Sci 2021; 19(3): 477-488.

* **Seyed Abbas Haghayegh**
Email: Abbas_haghayegh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

زهرا کریمیان[1]، سید عباس حقایق[2]، سید محمدحسن امامی نجفی دهکردی[3]، مصطفی رئیسی[4]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳- استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش پورسینای حکیم، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش پورسینای حکیم و مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در بین اختلالات گوارشی کارکردی، سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌ها است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه میزان اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز پورسینای حکیم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بیمار مبتلا بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر دو مداخله به مدت ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) برای هر دو گروه آزمایش در فاصله زمانی دو ماه اجرا شد. از پرسشنامه‌های ادراک بیماری برادبنت و همکاران و تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج و برگه اطلاعات جمعیت شناختی برای گردآوری یافته‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. نرم‌افزار مورداستفاده SPSS نسخه ۱۹ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخلات درمانی فراتشخیصی و پذیرش و تعهد بر افزایش ادراک بیماری و کاهش راهبردهای غیرانطباقی تأثیر معناداری نداشته است. درمان فراتشخیص و پذیرش و تعهد در افزایش راهبردهای انطباقی تاثیر داشتند ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمانگران می‌توانند با استفاده از مداخلات مذکور روش‌های مؤثری جهت بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اتخاذ کنند که اثربخشی درمان‌های خود را ارتقاء بخشند.

واژه‌های کلیدی: سندروم روده تحریک‌پذیر، درمان فراتشخیص، درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، ادراک بیماری.

ارجاع: کریمیان زهرا، حقایق سید عباس، امامی نجفی دهکردی سید محمدحسن، رئیسی مصطفی. **مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۳): ۴۷۷-۴۸۸.

*- **سید عباس حقایق،**

رایانامه: Abbas_haghayegh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی دسته‌ای از بیماری‌های روان‌تنی هستند که با علت نامشخص ملاک‌های تشخیصی سؤال‌برانگیز و دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل‌پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (۱، ۲). در بین ۲۰ اختلال گوارشی کارکردی، سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین، پرهزینه ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌ها است (۳). ملاک‌های تشخیص این بیماری به این صورت است که در آن بیمار به مدت ۱۲ هفته، دچار درد یا ناراحتی شکمی با حداقل دو تا از سه ویژگی زیر باشد: برطرف شدن درد با اجابت مزاج، شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج و شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع (۴، ۵). شیوع آن در ایران بین ۱/۱ درصد تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۶).

افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، علائم مهمی از اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های روانی را گزارش کرده‌اند[۷]. ازجمله فاکتورهای روان‌شناختی که در سندرم روده تحریک‌پذیر ممکن است دارای اهمیت باشند، می‌توان به تنظیم هیجان و ادراک بیماری اشاره کرد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به رویدادهای فراخواننده هیجان هستند که آگاهانه یا ناآگاهانه به‌منظور اصلاح شدت و یا نوع تجربه هیجانی افراد و یا خود رویداد عمل می‌کنند و به بخش شناختی کنار آمدن اشاره دارد (۸). شواهد نشان داده‌اند که تنظیم شناختی هیجان ارتباطی قوی با استرس در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد (۹). پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دشواری‌هایی در تنظیم هیجانات خود دارند (۱۰، ۱۱).

ادراک بیماری در فرد بیمار بر پایه جذب اطلاعات از منابع مختلف و باروهای بیماری شکل می‌گیرد و می‌تواند سلامت روانی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. وقتی یک بیماری برای یک فرد تشخیص داده می‌شود و یا هنگامی‌که فرد دچار آسیبی می‌شود، تلاش می‌کند یک طرحواره شناختی از بیماری تشکیل دهد تا بیماری را برای خودش معنا کند. این ادراک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد. به‌عبارت‌دیگر، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، قابل‌کنترل بودن و قابل‌درمان بودن و مدت‌زمان بیماری تنظیم می‌نمایند (۱۲). درک بیماری به الگویی گفته می‌شود که فرد برای ایجاد علائم و مشکلات مربوط به آن ایجاد می‌کند و به آن واکنش نشان می‌دهد که عمدتاً شامل ایده‌های خود در مورد هویت، خط زمانی، عواقب، کنترل‌پذیری و علل بیماری است (۱۳). با توجه به آنچه گفته شد عوامل روان‌شناختی در سندرم روده تحریک‌پذیر دارای اهمیت می‌باشند؛ بنابراین، تمرکز بر بهبود و درمان این عوامل می‌تواند در بهبود علائم خود بیماری نیز مؤثر باشد. درمان‌های روان‌شناختی در کنار دارودرمانی ممکن است در بهبود علائم روان‌شناختی مرتبط با این بیماری و نیز خود بیماری اثربخشی بهتری داشته باشند. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که ترکیب درمان‌های روان‌شناختی با دارودرمانی روشی مناسب برای افزایش سلامت روان و کاهش علائم در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد. همچنین، نتایج نشان داده‌اند که عدم ادامه دارودرمانی باعث عود سندرم روده تحریک‌پذیر در بیماران می‌گردد (۱۴)؛ بنابراین، با توجه به محدودیت دارودرمانی در این بیماری، لزوم بررسی درمان‌های روان‌شناختی احساس می‌شود. ازجمله درمان‌های روان‌شناختی که ممکن است بر روی علائم روان‌شناختی مرتبط با این بیماری و خود بیماری مؤثر باشند، می‌توان به درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد.

درمان فراتشخیصی یک پروتکل یکپارچه شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان است که از ترکیب و تجمیع اصول مشترک به‌دست‌آمده از روان‌درمانی‌های مبتنی بر حمایت تجربی ایجاد شده است. این درمان توسط بارلو طراحی شده است که بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی درنتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی (جسمی) و بیرونی است (۱۵). در درمان فراتشخیصی، مدل سه مؤلفه‌ای هیجان‌ها برای بیماران ارائه شده است که به آن‌ها کمک می‌کند تا فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربیات هیجانی درونی داشته باشند. علاوه بر این، بیماران یاد می‌گیرند تا تجربیات هیجانی خود را طبق این مدل منطبق کنند. این موضوع به بیماران کمک می‌کند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزان‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند و نگاه عینی‌تری نسبت به هیجان‌های خود داشته باشند تا این‌که گرفتار پاسخ‌های هیجانی خود باشند. این مهارت بر آگاهی غیرقضاوتی، متمرکز بر حال ضمن تجربه هیجانی تأکید

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

دارد (۱۶). مطالعات گونزالز-روبلز و همکاران (۱۷)، فیروزی و بیرانوندی (۱۸)، عبدی و همکاران (۱۹)، طالبی و همکاران (۲۰)، عظیمی و همکاران (۲۱) و مظاهری و همکاران (۲۲) حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایز ایجاد شد. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه های مختلف، مناسب‌تر باشد، نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد (۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرآیند عبارت‌اند از پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. این فرایندها با یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر یکدیگر تأثیرگذار هستند (۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از مداخلات جدید شناختی و رفتاری است که در مسیر متفاوتی از شناختی-رفتاری حرکت می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور صریح مبتنی بر یک تحلیل آزمایشی پایه از شناخت، زبان و عقلانیت بشری و نظریه چارچوب ارتباطی می‌باشد. این نظریه تبیین می‌کند که چرا همگرایی شناختی و اجتناب تجربی هر دو بااینکه همه‌جا هستند، درعین‌حال زیان‌آور می‌باشند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش این فرایندها را مورد هدف قرار داده و داده‌های حمایتی هر دو سطح فرایند و نتیجه تولید می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارگرا است، اما هنوز بر اساس یک تحلیل جامع تجربی از شناخت انسان ارائه می‌دهد (۲۵). شواهد نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی (۲۶) و سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بوده است (۲۷، ۲۸). پژوهش‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک بیماری مؤثر بوده است (۲۱، ۲۹، ۳۴). مطالعات همچنین نشان داد که این درمان بر تنظیم هیجان مؤثر است (۳۵، ۳۶).

لذا با توجه به اهمیت سندروم روده تحریک‌پذیر و هزینه-های اقتصادی، روانی و بهداشتی که برای شخص و جامعه در پی دارد و با عنایت به این‌که عوامل روان‌شناختی نقش زیادی در سندروم روده تحریک‌پذیر دارند، پژوهش حاضر درصدد بررسی و مقایسه درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است و این‌که کدام‌یک از این دو درمان بر متغیرهای موردمطالعه میزان اثربخشی بیشتری دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیز ازنظر گردآوری داده‌ها، جزء طرح‌های شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز پورسینای حکیم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود و نمونه پژوهش ۴۵ نفر که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به این مرکز در بازه زمانی ۳ ماهه تیر تا پایان شهریور ۱۳۹۹ بودند که توسط متخصص گوارش بر اساس ملاک‌های تشخیصی Rome III انتخاب شدند. این طرح از سه گروه آزمودنی تشکیل شده بود که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند و پیش‌آزمون‌ها از هر سه گروه گرفته شد، سپس گروه‌های آزمایش در جریان مداخله قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل در جریان هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. به این صورت که یک گروه آزمایش تحت مداخله فراتشخیصی یکپارچه گروهی و گروه آزمایش دیگر تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی قرار گرفتند. سپس بعد از اِعمال مداخلات در گروه‌های آزمایش، از هر سه گروه، پس‌آزمون‌های موردنظر گرفته شد و نتایج آن‌ها باهم مقایسه شد. بعد از انتخاب افراد نمونه و مشخص شدن گروه‌ها، بر اساس شرح جلسات تدوین شده برای گروه آزمایش اول، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو (۳۷) و برای گروه آزمایش دوم نیز ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۳۸) در فاصله زمانی دو ماه اجرا شد. این پژوهش در کمیته شورای پژوهش دانشگاه با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.137 ثبت شده است.

از ملاک‌های ورود به پژوهش: ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، قادر به شرکت در مطالعه طبق جدول زمانی ارائه‌شده و داشتن سواد خواندن و نوشتن. از ملاک‌های خروج از پژوهش: عدم شرکت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و غیبت بیش از دو جلسه.

از این پرسشنامه‌ها برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسخه ۱۸ آیتمی (CERQ-18): این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب نه زیرمقیاس شامل راهبردهای ناسازگارانه: سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران و راهبردهای سازگارانه شامل: تمرکزمجدد مثبت، تمرکزمجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، ارزیابی مجددمثبت و دیدگاه‌گیری می‌سنجد (۳۹). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد تأیید است و پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای شناختی هیجان از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شد است (۳۹، ۴۰).

پرسشنامه ادراک بیماری-فرم کوتاه: این پرسشنامه توسط برادبنت و همکاران ساخته شده است و دارای ۹ آیتم است که ۹ خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را موردسنجش قرار می‌دهد که شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان‌پذیری و شناخت علائم می‌باشد. دو خرده مقیاس واکنش عاطفی را می‌سنجد که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است. دو خرده مقیاس دیگر قابلیت درک و فهم بیماری و جهت‌گیری علی را موردسنجش قرار می‌دهد. همه آیتم‌ها به‌جز آیتم ارزیابی‌کننده جهت‌گیری علی، از ۰ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شوند. آیتم مربوط به جهت‌گیری علی یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از مهم‌ترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هریک از خرده مقیاس‌ها از ۰/۴۸ (قابلیت فهم بیماری) تا ۰/۷۰ (پیامدها) به‌دست‌آمده است (۴۱). محتوای جلسات درمانی فراتشخیصی یکپارچه بارلو (۳۷) شامل مراحل زیر است:

جلسه اول: آشناسازی افراد با علائم بیماری و بررسی بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر، بیان منطق کلی درمان فراتشخیص و توضیح درباره اختلال‌های هیجانی

جلسه دوم: شناخت هیجان-بررسی تکالیف جلسه قبل-آموزش روانی درزمینه ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان ها-آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی

جلسه سوم: تشخیص و ردیابی تجربه‌های هیجانی-نظارت بر تجارب هیجانی-معرفی ARC هیجان ها-معرفی مفهوم پاسخ‌های هیجانی آموخته‌شده

جلسه چهارم: آموزش آگاهی از هیجان‌ها، یادگیری مشاهده تجارب، مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی آگاهی هیجانی غیرقضاوتی، معرفی آگاهی معطوف به حال، انجام تمرین آگاهی هیجان‌ها در جلسه، تکنیک های تمرین دهی با استفاده از القای خلق

جلسه پنجم: ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، معرفی تله های فکری، معرفی ارزیابی شناختی، تمرین تصویر مبهم، تغییر ارزیابی شناختی، دادن تکلیف جدید

جلسه ششم: اجتناب از هیجان، ارائه انواع راهکارهای اجتناب از هیجان، مرور تکالیف جلسه قبل، یادگیری مفهوم اجتناب از هیجان‌ها، یادگیری نحوه اثرگذاری اجتناب از هیجانات روی تجارب هیجانی، یادگیری و شناسایی تله‌های فکری مرسوم، شناسایی راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان

جلسه هفتم: رفتارهای هیجان خواست، بررسی تکالیف جلسه قبل، یادگیری درباره رفتارهای مبتنی بر هیجان، یادگیری نحوه اثرگذاری EDB روی تجارب هیجانی، یادگیری شناسایی و واکنش به EDB ها

جلسه هشتم: پی بردن به حس‌های بدنی و مواجهه با آن‌ها، مرور تکالیف جلسه قبل، آزمون القای علائم، مواجهه مکرر

و محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۳۸) نیز شامل مراحل زیر می‌باشد:

جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری روده تحریک‌پذیر در هریک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام‌شده، ارائه تکلیف خانگی

جلسه دوم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مساله است نه راه‌حل معرفی جای گزینی برای کنترل یعنی تمایل، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی

جلسه سوم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف و تصریح موانع، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، این‌که پذیرش یک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

فرایند همیشگی است، نه مقطعی و سپس مشکلات و چالش-های پذیرش بیماری روده تحریک‌پذیر موردبحث قرار خواهد گرفت، جمع‌بندی مطرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی

جلسه چهارم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خودمفهوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی

جلسه پنجم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین هایی برای گسلش، جمع‌بندی بحث‌های طرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی

جلسه ششم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح متمرکز بر این ارزش‌ها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی

جلسه هفتم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، بررسی ارزش‌های هریک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده خواهد شد، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث خواهد شد، اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست خواهند نمود و با سایر اعضا در میان خواهند گذاشت.

جلسه هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق باارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه

روش آماری

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره در نرم‌افزار SPSS-19 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد شرکت‌کننده ۱۱/۴۰ ± ۳۷ بود. از بعد جنسیت نیز ۶۶/۷٪ زن و ۳۳/۳٪ مرد بودند. در خصوص وضعیت تحصیلات بیشترین آمار مربوط به گروه لیسانس ۴۱٪ بود و کمترین آمار نیز گروه فوق‌لیسانس ۲۵/۶٪ بود.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	فراتشخیص		پذیرش و تعهد		کنترل	
	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	پس‌آزمون	۳/۸۰	۱/۰۶	۳/۳۹	۰/۹۱	۴/۲	۰/۴۸
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	۶/۶۴	۱/۳۵	۶/۱۰	۱/۳۵	۷	۱/۰۴
	پس‌آزمون	۲/۱۱	۰/۵۰	۲/۳۹	۰/۵۶	۲/۸۵	۰/۴۵
راهبرد انطباقی	پیش‌آزمون	۳/۲۱	۰/۵۱	۲/۹۸	۰/۴۴	۳/۰۶	۰/۴۹
	پس‌آزمون	۴/۰۱	۰/۳۶	۳/۵۴	۰/۴۳	۳/۲۴	۰/۶۰
راهبرد غیرانطباقی	پیش‌آزمون	۳/۲۴	۰/۴۹	۳/۰۷	۰/۳۶	۳/۲۵	۰/۷۱
	پس‌آزمون	۳/۳۷	۰/۶۷	۳/۱۲	۰/۴۳	۳/۴۲	۰/۷۵

قبل از انجام تحلیل کوواریانس جهت سنجش توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون کولموگروف–اسمیرنف استفاده شد که مقدار کولموگروف–اسمیرنف برای متغیر ادراک بیماری در پیش‌آزمون (۰/۷۱)، پس‌آزمون (۰/۴۳)، در متغیر راهبرد انطباقی در پیش-آزمون (۰/۴۹)، پس‌آزمون (۰/۶۷) و برای متغیر راهبرد غیرانطباقی در پیش‌آزمون (۰/۸۴)، پس‌آزمون (۰/۸۰) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود و این نشان‌دهنده توزیع طبیعی داده‌ها بود. عدم معنادار شدن سطوح مشاهده‌شده در پیش‌آزمون ادراک بیماری (۱/۶۸)، راهبرد انطباقی (۰/۷۲) و راهبرد غیرانطباقی (۰/۷۱) بود که این نشانگر رعایت همگنی واریانس‌ها درباره متغیرهای پژوهش می‌باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

نتایج آزمون باکس برای ارزیابی برابری ماتریکس و واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد ماتریکس واریانس متغیرهای موردنظر در سه گروه برابر است (P<۰/۰۵، Box M= ۹۳/۴۱۷، F=۱/۱۷). از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی همگنی رگرسیون است که سنجش نمودارها، حاکی از وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته می‌باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های تعقیبی

متغیرها	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	پیلایی- بارتلت	۰/۹۲۴	۲/۹۴	۰/۰۰۳	۰/۴۶
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۱	۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	هتلینگ- لالی	۲/۶۶	۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۳۸	۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰

نتایج جدول ۲ نشان داد که آزمون‌های معناداری در رابطه با متغیر گروه در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار بودند. با توجه به معنادار بودن اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش، وجود تفاوت بین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل، مثبت است و بنابراین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت وجود داشتند.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش در گروه‌های موردمطالعه

متغیرها	تفاوت مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ادراک بیماری	۰/۰۴۸	۰/۰۲۴	۲	۰/۰۶	۰/۹	۰/۰۰۵
راهبرد انطباقی	۲/۳۹۰	۱/۱۹	۲	۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸
راهبرد غیرانطباقی	۰/۲۱	۰/۱۰۸	۲	۰/۴۰	۰/۶	۰/۰۲

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره را نشان می‌دهد و حاکی از آن است که مداخلات بر متغیر راهبرد انطباقی مؤثر بوده است.

برای سنجش اینکه کدام مداخله مؤثر بوده است از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد (نتایج جدول ۴).

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر راهبردهای غیرانطباقی

شاخص‌ها	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر اِتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۲/۵۰	۱	۲/۵۰	۶/۸۴۰	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۲
گروه	۰/۳۰	۲	۰/۱۵۱	۰/۴۱	۰/۶	۰/۰۲	۰/۱۱
خطا	۱۲/۸۰	۳۵	۰/۳۶				
کل	۴۴۷/۳۴	۳۹					

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی مداخلات فراتشخیص و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش راهبردهای غیرانطباقی در مرحله پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفت و با توجه به نتایج جدول ۴ میزان F=۰/۴۱به‌دست‌آمده نشان داد که مداخلات مذکور تأثیر قابل‌ملاحظه و معناداری بر کاهش راهبردهای غیرانطباقی نداشته است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای متغیر راهبردهای انطباقی

شاخص‌ها	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر اِتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۴/۱۴	۱	۴/۱۴	۳۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
گروه	۳/۰۱	۲	۱/۵۰	۱۲/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹
خطا	۴/۳۸	۳۵	۰/۱۲				
کل	۵۱۴/۵۵	۳۹					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی مداخلات فراتشخیص و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش راهبردهای انطباقی در مرحله پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفت و با توجه به نتایج جدول ۵ میزان F=۱۲/۰۲ به‌دست‌آمده نشان داد که مداخلات مذکور تأثیر قابل‌ملاحظه و معناداری بر افزایش راهبردهای انطباقی داشته است. با توجه به اندازه‌اثر محاسبه‌شده اِتا و معنادار بودن آن نیز می‌توان گفت که ۴۰ درصد واریانس متغیر مذکور توسط مداخلات موردنظر قابل تبیین بود.

جدول ٦. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه گروه‌ها در متغیر راهبردهای انطباقی

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
گروه فراتشخیص (۱) و گروه کنترل (۳)	۰/۸۳۵۱۶	۰/۲۲۰۶۷	٭۰/۰۰۲
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲) و گروه کنترل (۳)	۰/۶۲۳۳۸	۰/۲۳۱۱۷	٭۰/۰۳
گروه فراتشخیص (۱) و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲)	۰/۲۱۱۷۹	۰/۲۳۸۵۸	۰/۶۷

برای بررسی تفاوت گروه‌ها از آزمون شفه استفاده شد که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین میانگین گروه فراتشخیص و گروه کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. به‌نحوی‌که گروه دریافت‌کننده مداخله فراتشخیص از میانگین بالاتری برخوردار بودند، یعنی مداخله فراتشخیص اثرگذار بوده است. بین میانگین گروه دریافت‌کننده مداخله پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد. به‌نحوی‌که گروه دریافت‌کننده مداخله پذیرش و تعهد از میانگین بالاتری برخوردار بودند، یعنی مداخله پذیرش و تعهد اثرگذار بوده است.

بین میانگین گروه دریافت‌کننده مداخله فراتشخیص و گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود نداشت.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل پیش‌آزمون برای ادراک بیماری

شاخص‌ها	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر اِتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۶/۷۰۱	۱	۱۶/۷۰۱	۴۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵	۱
گروه	۰/۴۳	۲	۰/۲۱۵	۰/۵۳۶	۰/۵	۰/۰۳	۰/۱
خطا	۱۴/۰۴	۳۵	۰/۴۰۱				
کل	۲۰۴۹/۹۶	۳۹					

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی مداخلات درمانی فراتشخیص و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش ادراک بیماری در مرحله پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفت و با توجه به نتایج جدول ۷ میزان F=۰/۵۳۶ به‌دست‌آمده نشان داد که مداخلات مذکور تأثیر قابل‌ملاحظه و معناداری بر افزایش ادراک بیماری نداشته است. همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که مداخلات درمانی فراتشخیص و پذیرش و تعهد در افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان تأثیر معناداری نداشتند. چون‌که تاکنون تحقیقاتی با این موضوع صورت نگرفته است، بنابراین در تبیین این فرضیه سعی شده تا به نزدیک‌ترین پژوهش‌ها به موضوع حاضر اشاره شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی فرضیه نخست که به سنجش اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌پرداخت، نتایج نشان داد که مداخلات درمانی فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان تأثیر معناداری نداشته است. همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که مداخلات درمانی فراتشخیص و پذیرش و تعهد در افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان تأثیر معناداری داشتند. چون‌که تاکنون تحقیقاتی با این موضوع صورت نگرفته است، بنابراین در تبیین این فرضیه سعی شده تا به نزدیک‌ترین پژوهش‌ها به موضوع حاضر اشاره شود.

پژوهش‌های یراقچی و همکاران (۳۵)، اسپیدل و همکاران [۳۶] نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شد. مطالعات گونزالز-روبلز و همکاران (۱۷)، فیروزی و بیرانوندی (۱۸)، عبدی و همکاران (۱۹)، طالبی و همکاران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

(۲۰)، عظیمی و همکاران (۲۱) نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای آن و سازگاری اجتماعی تأثیرگذار بود. مطالعه عبدی و همکاران نیز (۱۹) نشان داد که روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش هم‌زمان شدت عوامل فراتشخیصی سبب‌ساز و علائم مربوط به اختلالات هیجانی از کارایی لازم برخوردار است. تحقیقات مظاهری و همکاران (۲۲) نیز نشان داد که درمان فراتشخیصی باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نظیر فاجعه‌سازی شد. در تبیین این موضوع باید گفت که در رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراتشخیصی، بر نقش عامل تنظیم هیجان تأکید می‌شود و از روش‌هایی برای تعدیل هیجانات استفاده می‌شود (۴۲). درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش روش‌های مناسب برخورد با موضوعات هیجانی، راهبردهای سازگارانه افراد برای تنظیم هیجانات را افزایش داده و باعث ارتقاء سطح سلامت اشخاص در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی می‌شود و این موجب تجربه کمتر اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی می‌شود و به‌تبع آن بهزیستی آنان افزایش می‌یابد.

درخصوص تأثیرگذاری درمان فراتشخیصی این نکته قابل‌ذکر است که در درمان فراتشخیصی به آموزش چند نوع مهارت پرداخته می‌شود، ابتدا بر ماهیت کارکردی هیجان‌ها تأکید زیادی شده و واکنش‌های هیجانی نامتناسب به نشانه‌های درونی و بیرونی را خاموش می‌کند. دوم به چالش با ارزیابی‌های منفی (مثل تخمین زیاد احتمالات و فاجعه‌آمیز سازی) و تهدیدهای بیرونی و درونی همچون احساسات و هیجانات جسمی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی پرداخته می‌شود و به بیماران کمک می‌شود تا روش‌های ارزیابی مجدد را قبل از موقعیت‌های هیجانی، ضمن و بعد از رویداد استفاده کنند. همچنین این درمان بر تعامل پویا بین شناخت‌ها و رفتارها و احساس‌های جسمی تأکید دارد که مؤلفه‌های مهمی در ایجاد تجربه‌های هیجانی هستند و سوم تأکید بر اصلاح اعمال ناسازگارانه یا رفتارهای مبتنی بر هیجانات که موضوع اصلی در تمرین‌های مواجهه‌ای است.

به عبارتی فراتشخیص بیشتر مدیریت هیجانات است در این درمان الگوهای رفتاری ناشی از هیجان در مراجعین کاهش‌یافته و رفتارهای خوشایند جایگزین آن می‌شود، بنابراین به این طریق موجب افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در آنان می‌شود. از سویی آموزش مواجه‌سازی تجسمی و ذهنی به اشخاص کمک می‌کند تا آنان افکار خود را سرکوب نکنند و تصورات خود را به افکار ناخوشایند تبدیل نکنند.

در خصوص تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت در این درمان از تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه استفاده می‌شود که تعهد به انجام عمل در جهت دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها موجب می‌شود تا فرد از درگیری در افکار و هیجانات منفی رهایی پیدا کند. از دیگر تکنیک‌های این درمان پذیرش است که افکار فرد بدون تلاش برای کنترل آن‌ها پذیرفته می‌شود و با پذیرش، تجربیات درونی دردناک نمی‌شوند و در مورد کاربرد گسلش شناختی در این نوع درمان هدف این است که فرد رویدادهای ذهنی را جداسازی کند و به‌جای اینکه آن‌ها را قسمتی از وجود خود بداند، از افکار و هیجانات خود فاصله بگیرد و خودمشاهده گری را جایگزین خودمفهوم سازی سازد و به‌جای پاسخ به افکار، فعالیت‌های مفیدی که مطابق ارزش‌ها است را انتخاب کنند.

در بررسی فرضیه دوم که به سنجش اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌پرداخت، نتایج نشان داد که مداخلات درمانی فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش ادراک بیماری تأثیر معناداری نداشته است.

از مطالعات صورت گرفته در خصوص ادارک بیماری می‌توان به این موارد اشاره داشت. پژوهش بورسما و همکاران (۳۱) نشان داد که درمان فراتشخیصی باعث کاهش درد و ادراک منفی از بیماری شده است. پژوهش عزیزی و محمدی (۳۲) نشان داد درمان ذهن‌آگاهی بر ادراک بیماری اثربخش بوده است. مطالعه فاطمی و منشیی (۲۹) حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش ادراک منفی از بیماری شد و نتایج مطالعات کریمی و همکاران (۳۳)، خسروشاهی و همکاران (۳۴) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری بود.

در تبیین این ناهمخوانی می‌توان به نکاتی اشاره داشت:

ممکن است نوع پرسشنامه استفاده‌شده در این پژوهش موارد دقیقی از ادراک بیماری و نشانه‌ها را در این قشر از بیماران نسنجد، بنابراین تشخیص نشانه‌های دقیق بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر نیازمند طراحی پرسشنامه‌های خاص و ویژه این نوع از بیماران باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

شخصی که درک درستی از بیماری خود داشته باشد، می‌تواند به‌طور صحیح، علائم و نشانه‌ها و جنبه‌های بیماری خود را بفهمد و تجسم کند و درنتیجه بیماری وی قابل‌درمان و کنترل است، به همین سبب به نظر می‌رسد علت عدم تأثیرگذاری مداخلات درمانی می‌تواند مربوط به روش‌ها و اصول مورداستفاده در این نوع مداخلات باشد که خیلی کارایی مناسبی جهت افزایش ادراک بیماری در بین بیماران نداشته باشد و باید از تکنیک‌های دیگری استفاده شود.

ممکن است تجربه شدید دردهای جسمی توسط بیماران امکان تأثیرگذاری روش‌ها و مداخلات درمانی را خنثی سازد و تأثیرگذاری مداخلات نیازمند طراحی روش‌ها و اصولی باشد که دردهای جسمی و درونی را مستقیماً مورد هدف قرار دهد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود: این پژوهش از بعد تعمیم‌پذیری ارزیابی‌های بیشتری را می‌طلبد، با توجه به محدود شدن نمونه به بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به این‌که ابزار کاربردی در این پژوهش استفاده از پرسشنامه بود و بیشتر آنان ماهیت خودگزارشی دارند و از سویی پرسشنامه‌های مذکور نیز دارای سؤالات زیادی بودند، بنابراین مواردی مثل نگرش‌ها، انگیزش و شرایط محیطی می‌توانست بر دقت آنان در تکمیل پرسشنامه‌ها تأثیرگذار باشد. نداشتن مرحله پیگیری به دلیل عدم دسترسی به برخی از شرکت‌کنندگان به خاطر شرایط کرونایی در کشور نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد و اینکه در تعمیم نتایج کل جامعه باید دقت لازم را داشت.

با توجه به مشکلاتی که افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با آن مواجه هستند، پژوهشگر از بین فاکتورهای مهم در بین این مبتلایان به انتخاب متغیرهای ادراک بیماری و تنظیم هیجان و سنجش اثربخشی دو درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی این متغیرها پرداخته است که نتایج این مطالعه نشان داد، مداخلات درمانی فراتشخیصی و درمان مبتنی پذیرش و تعهد بر افزایش ادراک بیماری و کاهش راهبردهای غیرانطباقی تأثیر معناداری نداشته است. درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان تأثیر داشتند؛ بنابراین با توجه به نتایج حاصله درمانگران می‌توانند با استفاده از مداخلات مذکور روش‌های مؤثری جهت بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اتخاذ کنند که اثربخشی درمان‌های خود را ارتقاء بخشند. علاوه بر این می‌توان با ایجاد آگاه‌سازی‌های مناسب، اقدامات متناسبی را در جهت آموزش بیماران برای شناسایی علائم و نشانه‌های خود و طریقه مواجه با آن را تدارک دید. این پژوهش همچنین اطلاعات مفیدی را نیز در اختیار درمانگران قرار دهد که با شناخت عوامل مطرح در بین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، اقدامات و برخوردهای درمانی مناسبی را در این زمینه انجام دهند. از سویی تدارک برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر این درمان‌ها می‌تواند موجب افزایش مواردی جهت بهزیستی و سازگاری بهتر بیماران شود.

تقدیر و تشکر

از کسانی که در این پژوهش شرکت کرده‌اند، قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده نخست در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد می‌باشد.

References

1. Holtmann, G.J. and N.J. Talley, Inconsistent symptom clusters for functional gastrointestinal disorders in Asia: is Rome burning? Gut, 2018. 67(11): p. 1911-1915.
2. Drossman, D.A., Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterology, 2016. 150(6): p. 1262-1279.
3. Lu, P.L. and M. Saps, Functional gastrointestinal disorders: all roads lead to prevention. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2018. 16(6): p. 814-816.
4. Andresen, V. and P. Layer, Irritable bowel syndrome-a disease. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946), 2018. 143(6): p. 411-419.
5. Owyang, C.H., 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. Vol. 18th ed. 2012: Usa: Mc Graw- Hill Companies Inc perss.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

6. Jahangiri, P., et al., Irritable bowel syndrome in Iran: SEPAHAN systematic review No. 1. International journal of preventive medicine, 2012. 3(Suppl1): p. S1 [in Persian].

7. Grinsvall, C., et al., Relationships between psychological state, abuse, somatization and visceral pain sensitivity in irritable bowel syndrome. United European gastroenterology journal, 2018. 6(2): p. 300-309.

8. Bargh, J.A. and L.E. Williams, The nonconscious regulation of emotion. Handbook of emotion regulation, 2007. 1: p. 429-445.

9. Ghorbani Taghlidabadi B, T.M.R., The Relationship between Cognitive Emotion Regulation and Lifestyle with Depression among Patients with Irritable Bowel Syndrome. J Neyshabur Univ Med Sci, 2017. 4(4): p. 11-21. [in Persian]

10. Mohammadi N , A.A., Daghaghzadeh H, Farzad V, Comparing the difficulties of emotion regulation in patients with irritable bowel syndrome based on handedness. J Res Behave Sci, 2014. 12(4): p. 558-569.[in Persian].

11. Sayar, K., et al., Alexithymia in irritable bowel syndrome. Turkish Journal of Psychiatry, 2000. 11(3): p. 190-7.

12. Leventhal, H., E.A. Leventhal, and R.J. Contrada, Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. Psychology and Health, 1998. 13(4): p. 717-733.

13. Xiong, N.N., Wei, J., Ke, M.Y., Hong, X., Li, T., Zhu, L.M., Sha, Y., Jiang, J., Fischer, F. , Illness Perception of Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. Front Psychiatry, 2018. 9: p. 1-10.

14. A, S.-D.K.A.P.G., The Effects of Cognitive – Behavior Therapy and Drug Therapy on Quality of Life and Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Kerman University of medical science 2011. 18(1): p. 94-103.

15. Wilamowska, Z.A., et al., Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depression and Anxiety, 2010. 27(10): p. 882-890.

16. Farchione, T.J., et al., Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behavior therapy, 2012. 43(3): p. 666-678.

17. González-Robles, A., et al., Upregulating positive affectivity in the transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized pilot study. Behavior modification, 2019. 43(1): p. 26-55.

18. Biranvandi, M., Integrate Metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular disease. Yafteh, 2018. 20(2). [In Persian].

19. Abdi, R., A. Bakhshi, and A.M. Mahmoud, Efficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders. 2013.[in Persian]

20. Talebi, N., et al., Effectiveness of transdiagnostic integrated treatment in cognitive emotion regulation strategies and social adjustment among infertile women. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2017. 19(special issue): p. 160-166.[in Persian].

21. Azimi, A., et al., The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion-focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students. J Arak Univ Med Sci, 2018. 20(10): p. 62-73.[in Persian].

22. Mazaheri, M., et al., The effectiveness of emotion regulation intervention on emotional problems and quality of life among patients with functional gastrointestinal disorders. Govaresh, 2014. 19(2): p. 109-117.[in Persian]

23. Forman, E.M. and J.D. Herbert, New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. 2009.

24. Hayes, S.C., J. Pistorello, and M.E. Levin, Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist, 2012. 40(7): p. 976-1002.

25. Hayes, S.C. and S.G. Hofmann, The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process- based care. World Psychiatry, 2017. 16(3): p. 245.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]

26. Givehki, R., et al., Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. Electronic physician, 2018. 10(7): p. 7008.
27. Ferreira, N.B., et al., Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: A preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change. Clinical Psychologist, 2018. 22(2): p. 241-250.
28. Mirsharifa, S.M., B. Mirzaian, and Y. Dousti, The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Anxiety and Quality Of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. International Journal of Medical Investigation, 2019. 8(1): p. 19-30.[in Persian]
29. Fatemi F, M.G., The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Pain Intensity Perception among Patients with Rheumatoid Arthritis in Isfahan. Journal of Research in Behavioural Sciences, 2016. 14(3): p. 296-301.[in Persian]
30. Rezaeian, M., A. Ebrahimi, and M. Zargham, The effect of acceptance and commitment therapy on catastrophic and disabling pain in chronic pelvic pain in Females. Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 2015. 4(2): p. 17-30.[in Persian]
31. Boersma, K., et al., Efficacy of a transdiagnostic emotion–focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. Pain, 2019. 160(8): p. 1708.
32. Azizi, A., Mindfulness Efficacy on the Perception of the Disease and the Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. scientific journal of ilam university of medical sciences, 2018. 25(6): p. 1-9.[In Persian]
33. Karimi, S., et al., The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Illness Perception in Dialysis Patients. Journal of Pharmaceutical Research International, 2019: p. 1-8.
34. Khosroshahi, H., B. Mirzaian, and R. Hasanzadeh, Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception in Patients with Coronary Heart Disease. Middle Eastern Journal of Disability Studies, 2019. 9: p. 85-85. [in Persian].
35. Yaraghchi A, J.F., Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G., The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. . Iran J Health Educ Health Promot., 2019. 7(2): p. 191-201.[in Persian]
36. Spidel, A., et al., Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2018. 91(2): p. 248-261.
37. Barlow, D., et al., The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. 2011.
38. Hayes, S.C., Acceptance, mindfulness, and science. Clinical Psychology: Science and Practice, 2002. 9(1): p. 101-106.
39. Garnefski, N. and V. Kraaij, Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual differences, 2006. 40(8): p. 1659-1669.
40. Garnefski, N., V. Kraaij, and P. Spinhoven, Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences, 2001. 30(8): p. 1311-1327.
41. Broadbent, E., et al., The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research, 2006. 60(6): p. 631-637.
42. Payne, L.A., et al., Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. 2014.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.9.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.477]