



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (بسته درمانی مبتنی بر تجربه‌ها) بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

### Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (Experience-Based Therapy Package) on Anxiety, Depression and Quality of Life in Female Patients with Irritable Bowel Syndrome

Maryam Rezaei  
Mehrdad Kalantari  
Mohammadreza Abedi

مریم رضایی\*  
مهرداد کلانتری\*\*  
محمد رضا عابدی\*\*\*

#### Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of commitment and acceptance therapy (experience-based therapy package) with cognitive behavioral therapy in reducing anxiety and depression and increasing quality of life in female patients with irritable bowel syndrome. The research method was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of data collection, and was conducted in the form of a pre-test-post-test and a two-month follow-up with the control group. The statistical population includes all patients with irritable bowel syndrome who presented to the clinics of gastroenterologists in Isfahan in 2018-19. The statistical sample consisted of 39 female patients with IBS who were randomly selected and then randomly assigned to the experimental and control groups. The Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), and Patients with Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life (QOL-IBS) were used. Data analysis was performed using SPSS-21 software and analysis of variance with repeated measures. The results showed that both treatments had a significant effect on reducing anxiety, depression, and improving patients' quality of life, and that this effect was stable until follow-up. Further ( $p < 0.01$ ), but there was no significant difference between the treatment groups, so the use of either of these treatments is recommended as adjunctive therapy depending on the patient's condition and acceptability.

**Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Quality of Life, Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy.

\* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\* استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Email: maryamrezaei85@edu.ui.ac.ir

Received: 30 Mar 2021

Accepted: 23 Jun 2021

پذیرش: ۰۲/۰۴/۰۰

نوع مقاله: علمی پژوهشی

دریافت: ۰۱/۰۱/۰۰

## مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> (IBS) از دسته اختلال‌های گوارشی کارکردی است و بیشترین بار بیماری را در میان بیماری‌های گوارشی از نظر هزینه‌بر بودن، ناتوان‌کنندگی و میزان شیوع دارد. همچنین عامل ۲۵ تا ۵۰ درصد از ارجاع‌ها به متخصصان گوارش است. این بیماری علت مشخصی ندارد، دوره‌های طولانی‌مدت و پیش‌بینی‌نشده دارد و از نظر پاسخ به درمان دارویی اثربخشی آن کم است (اورهارت و رینالت، ۱۹۹۱ به نقل از کامکار، گلزاری، فرخی و آقایی، ۱۳۹۰). در حال حاضر برای تشخیص IBS باید بیمار به مدت ۱۲ هفته، درد یا ناراحتی شکمی و حداقل دو علامت از سه علامت زیر را داشته باشد: از بین رفتن درد با اجابت مزاج و تغییر در تعداد دفعات اجابت مزاج و تغییر در شکل و قوام مدفوع. همچنین علائم غیرگوارشی شامل بی‌حالی، تکرر ادرار شبانه، تکرر و فوریت ادرار، تخلیه ناقص مثانه، قاعدگی دردناک، کمردرد و سردرد است؛ بنابراین برای تشخیص، هیچ نشانه تشخیصی آشکاری وجود ندارد و به علائم بالینی بیمار تکیه می‌شود (زمردی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۲).

تحقیقات نشان می‌دهد ۹۰-۵۰ درصد بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر با اختلال‌های روان‌پزشکی مواجه هستند. ۵۵ درصد بیماران نیز حداقل یک اختلال روان‌پزشکی از محور یک در دسته محورهای پنج‌گانه داشتند که شایع‌ترین آن‌ها اختلال اضطرابی، افسردگی و اختلال‌های شبه‌جسمی است. این بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی مانند خواب، شغل، روابط جنسی و تفریح اثرگذار است (بلانچارد و اسکارف، ۲۰۰۲). با توجه به تأثیر عوامل روانی در شروع و تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر، لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی آشکار است، اما با توجه به اینکه توافق عمومی درباره علت‌شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر وجود ندارد، در حال حاضر درمان واحدی که به‌صورت جهانی برای این بیماری به‌کار گرفته شود، وجود ندارد. در این میان، طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل درمان شناختی-رفتاری (حقایق، کلانتری، صولتی، مولوی و طالبی، ۱۳۸۶) آموزش تنش‌زدایی عضلانی (بلانچارد و همکاران، ۲۰۰۷)، درمان روان‌پویایی بین‌فردی (زمردی و رسول‌زاده، ۱۳۹۲)، معنویت‌درمانی (اسداللهی و همکاران، ۱۳۹۳) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (فریرا، گیلاندر، پال و موریس، ۲۰۱۷) در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر به‌کار رفته است. بلانچارد و همکاران (۲۰۰۷) ترکیب‌های درمانی متنوعی برای درمان سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده کرده‌اند که در این میان درمان شناختی-رفتاری قوی‌تر ظاهر شده است. همچنین در مطالعات گوناگون اثربخشی تکنیک‌های شناختی-رفتاری در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی تأیید شده است (کندی و همکاران، ۲۰۰۶).

بسیاری از پژوهشگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> را در کاهش علائم IBS و استرس حاصل از مشکلات این بیماری مؤثر دانسته‌اند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری

1. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

2. acceptance and commitment therapy

مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است. این روش درمانی بر خود فرد تأکید دارد و با استفاده از ذهن آگاهی، پذیرش و راهبردهای شناختی به ارتقای قضاوت آگاهانه در زندگی منجر می‌شود. همچنین راهبردهای تنظیم هیجان بیماران را به دور کردن خود از افکار خشک و انعطاف‌ناپذیر و افزایش حضور در لحظه حاضر و کاهش تجارب اجتناب ترغیب می‌کند (اسداللهی، ۱۳۹۳). تاکنون تحقیقات بسیاری دربارهٔ سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر انجام شده و مواردی مانند اختلال‌های روان‌شناختی همراه، شیوع این اختلال، تأثیر آن بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بررسی شده است. همچنین فراتحلیل‌های متعددی برای بررسی و مقایسهٔ تأثیرات درمان‌های متعدد روی این اختلال انجام شده است، اما هنوز محققان تجربه‌های این افراد را جمع نکرده و موارد مرتبط با علت‌شناسی مانند نقش فرهنگ، خانواده و جامعه ناشناخته مانده است. همچنین درمان‌های اجرا شده تنها به بخشی از مشکلات این افراد پرداخته‌اند و این اختلال را به معضل تبدیل کرده‌اند؛ بنابراین مسئلهٔ اساسی این پژوهش دستیابی به مدل روان‌شناختی مؤثر برای افزایش سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر در ایران بوده است؛ از این رو در این پژوهش سه گام اساسی مدنظر بوده است؛ در ابتدا تجربه‌های بیماران جمع‌آوری شد و مهم‌ترین عوامل مشخص و اولویت‌بندی شدند. در نهایت تدوین مداخلهٔ درمانی مبتنی بر تجربه‌های بیماران انجام شد و اثربخشی آن بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بررسی شد. همچنین با توجه به اینکه درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با سایر درمان‌ها مبنای قوی‌تری دارد، با این درمان مقایسه شد؛ بنابراین فرضیهٔ اصلی پژوهش حاضر را می‌توان به این صورت مطرح کرد که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تجارب بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران تفاوتی وجود ندارد.

## روش

### جامعهٔ آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دورهٔ پیگیری بوده است. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد مبتلا به IBS تشکیل داده‌اند که در سال ۹۸-۹۷ به کلینیک‌های متخصصان گوارش در سطح شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. برای نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و با توجه به اینکه برای انجام پژوهش آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر توصیه شده است، ۴۵ نفر از بیماران ارجاع شده از یکی از فوق‌تخصصان گوارش، براساس ملاک ورود و اعلام رضایت از جانب بیماران به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. همچنین با توجه به اینکه در هر سه گروه دو نفر حاضر به همکاری نشدند، نتایج حاصل از ۳۹ نفر تحلیل شد. در این مرحله ملاک‌های ورود به صورت مصاحبهٔ بالینی توسط فوق تخصص گوارش و تشخیص اختلال تعیین شد. علاوه بر ملاک مذکور سایر ملاک‌های افراد عبارت بودند از: بازهٔ سنی ۱۸ سال به بالا، حداقل تحصیلات سیکل برای تکمیل پرسشنامه و دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی طی شش ماه گذشته. ملاک‌های خروج از تحقیق نیز عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات

گوارشی ارگانیک که پزشک فوق تخصص گوارش تأیید کرده باشد، وجود بیماری جسمی حاد، بیماری که در حال حاضر تحت درمان روان‌پزشکی هستند و تمایل نداشتن بیمار به شرکت در طرح پژوهش.

### شیوه اجرای پژوهش

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا توضیحاتی دربارهٔ مداخله به گروه آزمایش داده و از آن‌ها خواسته شد در همهٔ جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند. همچنین از افراد خواسته شد فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در تحقیق را تکمیل کنند که در این فرم اهداف پژوهش و مزایا و معایب احتمالی ذکر شده بود. سپس پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون به شرکت‌کنندگان داده شد و از افراد کنترل نیز خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. برنامهٔ جلسات درمانی برای دو گروه آزمایش هفته‌ای یک جلسه از سوی محقق در یک کلینیک ارائه‌دهندهٔ خدمات روان‌شناختی با ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری (مورو گارلند، ۲۰۰۳) و درمان مبتنی بر تجربه‌ها (بستهٔ درمانی مبتنی بر تجربه‌ها که محقق ساخته است) اجرا شد. گفتنی است محقق آموزش لازم را زیر نظر استادان و صاحب‌نظران این روش‌ها و به‌کمک کارگاه‌های مجازی و فیلم‌های آموزشی دیده بود. جلسات مداخله از نیمهٔ اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۹ آغاز شد و درمان به‌صورت انفرادی صورت گرفت که هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه طول کشید. جلسات درمان شناختی-رفتاری در قالب ۸ جلسه و جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در قالب ۱۲ جلسه تدوین شدند که متناسب با میزان و شدت علائم هفته‌ای یک تا دو جلسه صورت گرفتند. مدت‌زمان هر جلسه نیز ۴۵-۶۰ دقیقه بود. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به‌صورت مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته و از آن‌ها دعوت شد برای پاسخ به پرسشنامه‌ها تا یک هفتهٔ آتی به بیمارستان مراجعه کنند. درنهایت یک ماه بعد از اجرای پس‌آزمون برای انجام مراحل پیگیری بار دیگر همهٔ موارد فوق اجرا شد.

### خلاصهٔ محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری

روش درمان شناختی-رفتاری استفاده‌شده در این مطالعه، نسخهٔ بسط‌یافته از طرح درمان شناختی-رفتاری بود که موروگارلند ۲۰۰۳ (به نقل از صولتی دهکردی، ادیبی و قمرانی، ۱۳۸۷) تدوین کرده است. این طرح درمانی مربوط به بیماران افسرده‌خو است و اهداف درمانی در این بیماران بیشتر معطوف به فرض‌ها و باورهای زیربنایی است. همچنین بنا بر نظر لاکتر، گادلسکی، دیمور، کیفر و برنر (۲۰۱۳) درمان شناختی-رفتاری بر بیماران IBS باید متمرکز بر لایه‌های زیرین و مهم‌تر از آن شناخت یعنی باورها و فرض‌های هسته‌ای و زیربنایی باشد؛ از این‌رو استفاده از طرح درمانی موروگارلند (۲۰۰۳) در این باره مناسب‌ترین گزینهٔ درمان شناختی-رفتاری برای بیماران سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر خواهد بود (صولتی دهکردی، ادیبی و قمرانی، ۱۳۸۷)

## جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی با درمان و مفاهیم مرتبط	معارفه و برقراری ارتباط درمانی، طرح شکایت اصلی بیمار و ارزیابی جامع رفتاری، معرفی اجمالی نوع درمان، تعیین اهداف درمانی، تعیین تکالیف خانگی با توجه به مدل C+B+A و ارائه منطبق، درمان.
جلسه دوم	فعال‌سازی رفتاری، معرفی افکار خودآیند منفی	مرور اطلاعات و بازخورد از جلسه قبل، تعیین لیست کلی از مشکلات و اهداف، صورت‌بندی کلی مشکلات بیمار در قالب مدل شناختی، فعال‌سازی رفتاری با تأکید بر اجتناب‌های شناختی و رفتاری، معرفی مجدد افکار خودآیند منفی و دادن تکلیف ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه سوم	چالش با افکار خودآیند منفی، شناسایی باورهای زیربنایی	مرور مختصر بر اتفاقات جلسه قبل تاکنون، ادامه کار با افکار خودآیند و تبیین مثلث شناختی. افسردگی، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی، شناسایی عقاید و باورهای زیربنایی.
جلسه چهارم	به‌چالش کشیدن باورها و سبک اجتنابی	مروری بر رویدادهای جلسه قبل تاکنون، استفاده از تکنیک‌های استاندارد شناختی-رفتاری برای به‌چالش کشیدن باورها و سبک اجتنابی، ایفا و تداوم اختلال افسردگی و تخریب تعاملات اجتماعی.
جلسه پنجم	فعال‌سازی و بهبود مهارت‌های اجتماعی	استفاده از روش ایجاد تردید درباره باورها، شناسایی باورها به‌عنوان باور، آگاهی‌دادن درباره باورهای زیربنایی با هدف فعال‌سازی و بهبود مهارت اجتماعی.
جلسه ششم	اصلاح باورهای زیربنایی	تقویت انعطاف‌پذیری افراد با هدف اصلاح باورهای زیربنایی، شناسایی معایب افکار شرطی
جلسه هفتم	آگاهی و تضعیف باورهای غیرشرطی	آگاهی از باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، تضعیف باورهای غیرشرطی.
جلسه هشتم	ایجاد باورهای مثبت، آموزش مهارت	ایجاد باورهای مثبت با بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، مهارت حل مسئله و رفتار جرت‌مندانه، جمع‌بندی جلسه و گرفتن بازخورد.

منبع: مورگان‌لند (۲۰۰۳)

محتوای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با استفاد بسته درمانی محقق‌ساخته استفاده شد (رضایی، کلانتری و عابدی، ۱۳۹۹) تنظیم شده است.

## جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (بسته درمانی مبتنی بر تجارب بیماران)

جلسات	اهداف	محتوا
جلسه اول	آموزش درباره نقش عوامل روان‌شناختی در بیماری، معرفی ذهن	معارفه اعضای گروه، آموزش اعضا درباره بیماری IBS و تأثیر عوامل روان‌شناختی در پیدایش و تشدید علائم، تعیین اهداف و انتظارات از درمان، معرفی مناطق روان‌شناختی، معرفی ذهن و تمرین ذهن‌آگاهی.
جلسه دوم	ایجاد درماندگی خلاق	ایجاد درماندگی خلاق (استفاده از استعاره مزرعه)، ایجاد بینش کنترل مسئله است، نه راه‌حل، شناسایی راهکارهای ناکارآمد در زندگی.
جلسه سوم	افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	معرفی مفهوم پذیرش و گسلش از محصولات ذهن (استعاره انوبوس).
جلسه چهارم	معرفی ارزش‌ها و شناسایی آن‌ها	معرفی ارزش‌ها و شناسایی آن‌ها در حیطه‌های مختلف با استعاره جشن تولد.
جلسه پنجم	فعال‌سازی رفتاری در حیطه ارزش‌های مرتبط با سلامتی	بررسی و شناسایی ارزش‌ها در حیطه سلامتی + آموزش درباره سبک زندگی مناسب برای IBS، هدف‌گذاری رفتاری.
جلسه ششم	فعال‌سازی رفتاری در حیطه ارزش‌های مرتبط با تفریح	بررسی و شناسایی ارزش‌ها در حیطه تفریح + هدف‌گذاری (فعال‌سازی رفتاری برای بهبود خلق).
جلسه هفتم	فعال‌سازی رفتاری در حیطه ارزش‌های مرتبط با روابط بین‌فردی	بررسی و شناسایی ارزش‌ها در حیطه روابط بین‌فردی + هدف‌گذاری برای بهبود روابط.
جلسه هشتم و نهم	بهبود روابط بین‌فردی	بررسی موانع تکالیف جلسه قبل + آموزش مهارت ارتباط مؤثر و شفقت‌ورزی برای بهبود روابط.
جلسه دهم	فعال‌سازی رفتاری در حیطه سایر ارزش‌ها	بررسی سایر حوزه‌هایی که مطابق با ارزش‌ها نیستند، هدف‌گذاری و شناسایی موانع.
جلسه یازدهم	آموزش مهارت زندگی	بحث و تمرین متناسب با نیازهای افراد، آموزش مهارت‌های زندگی مورد نیاز (مهارت حل مسئله و مهارت کنترل خشم).
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و خاتمه درمان	توضیح درباره چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به ختم درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پیگیری.

منبع: رضایی، کلانتری و عابدی (۱۴۰۰)

## ابزارهای سنجش

### الف) پرسشنامه اضطراب بک<sup>۱</sup> (BAI)

این پرسشنامه را بک، اپستاین، براون و استیر (۱۹۸۸) ساخته‌اند که ۲۱ عبارت برای سنجش اضطراب دارد. هر عبارت چهار گزینه دارد و بازتاب یکی از نشانه‌های اضطراب است. نحوه امتیازدهی به صورت اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز ۱، متوسط امتیاز ۲ و شدید امتیاز ۳ را می‌گیرد؛ بنابراین دامنه نمرات از صفر تا ۶۳ خواهد بود که نمره ۰-۷ نشان‌دهنده نداشتن اضطراب، ۸-۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، ۱۶-۲۵ متوسط و اگر ۲۶-۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. پرسشنامه اضطراب بک پرسشنامه‌ای خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در بزرگسالان تهیه شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ پایایی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳-۰/۷۶ متغیر است. بک و کلارک (۱۹۹۷) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ گزارش کردند. این ابزار را پیش از این محققان به صورت فارسی ترجمه کرده‌اند. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، پایایی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳-۰/۷۶ متغیر است (حقایق، کلانتری، صولتی، مولوی و طالبی، ۱۳۸۹).

### ب) پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI)

این پرسشنامه را بک، استیر و براون (۱۹۸۷) ساخته‌اند که یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که شدت علائم افسردگی را در دو هفته گذشته می‌سنجد. در حال حاضر، ویرایش دوم این پرسشنامه برای سنجش افسردگی استفاده می‌شود که عوامل افسردگی را پوشش می‌دهد. این پرسشنامه ۲۱ آیتمی است و هر سؤال ۴ گزینه دارد که شدت افسردگی را نشان می‌دهد. هر آیتام از صفر تا سه نمره‌گذاری شده است؛ بنابراین نمره کل پرسشنامه از ۰-۶۳ است. این مقیاس ۴ نقطه برش دارد. نمره ۰-۱۳ نشانه نبود افسردگی یا افسردگی جزئی است. نمره ۱۸-۱۳ نشان‌دهنده افسردگی خفیف تا متوسط است. نمره ۱۸-۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید است و نمره ۳۰-۶۴ نشانه افسردگی شدید است. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک به شرح زیر است: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بی‌زاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن، اشغالات ذهنی و کاهش علایق جنسی.

بک، استیر و براون (۱۹۸۷) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳-۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای آن را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی، ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)

2. Beck Depression Inventory (BDI)

۰/۹۳ به‌دست آوردند.

**ج) پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup> (IBS-QOL-34)**

این پرسشنامه را که ویژه بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر است و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در این بیماران محسوب می‌شود پاتریک، دراسمن، فردریک، دی‌سزار و پودر (۱۹۹۸) طراحی کرده‌اند (ضریب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۴). این ابزار شامل ۳۴ پرسش است که هشت خرده‌مقیاس ملال ناشی از بیماری<sup>۲</sup>، واکنش اجتماعی<sup>۳</sup>، اضطراب سلامتی<sup>۴</sup>، تصویر بدنی<sup>۵</sup>، روابط بین‌فردی<sup>۶</sup>، اجتناب از غذا<sup>۷</sup>، نگرانی جنسی<sup>۸</sup> و تداخل با فعالیت روزانه<sup>۹</sup> را بررسی می‌کند. هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هرگز، به‌ندرت، تا حدی، زیاد و شدید) نمره‌گذاری می‌شود. کمینه و بیشینه نمرات ۳۴ و ۱۷۰ بود. با توجه به نحوه نمره‌دهی سؤالات هر چقدر نمره فرد پایین‌تر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. کاناوا در مطالعه خود ضمن تأیید روایی محتوایی آن روی ۳۰ بیمار دارای روده تحریک‌پذیر همسانی درونی آن را ۰/۹۶ گزارش داده است. همچنین گرال و همکاران<sup>۱۰</sup> در مطالعه ۱۰۷ آزمودنی پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آوردند (به نقل از پرهیزگار، مرادی‌منش، سراج خرمی و احتشام‌زاده، ۲۰۲۰). این پرسشنامه را حقایق و همکاران (۱۳۸۶) به‌صورت مقدماتی ترجمه و پایایی و روایی آن را به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۱ گزارش کردند. اعتبار پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمده است.

**روش تجزیه و تحلیل اطلاعات**

در این قسمت برای بررسی معناداربودن تفاوت میانگین بین گروه‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. با توجه به اینکه از این روش به‌منزله یک آزمون پارامتریک استفاده می‌شود، باید در ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها بررسی شود. برای بررسی فرض نرمال‌بودن از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده نرمال‌بودن توزیع است. همچنین برای استفاده از آزمون پارامتریک، مفروضه‌های تحلیل کواریانس بررسی شد. برای آزمون برابری واریانس خطای سطوح متغیرهای پس‌آزمون

1. Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life (IBS-QOL-34)

2. dysphoria

3. interference

4. health worry

5. body image

6. relationship

7. food avoidance

8. sexual concerns

9. social veaction

10. Grol, D., Vanner, S. J., &amp; et al.

در میان دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. بررسی مفروضه همگنی واریانس-کواریانس به کمک آماره «کووریت محلی» نشان می‌دهد ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است؛ بنابراین MANCOVA روش مناسبی برای بررسی اثر متغیر مستقل در پژوهش است. اثر نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیری مخدوش کننده با استفاده از کووریت کردن خنثی شد. همچنین با گماشتن تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌ها توازن برقرار شد. داده‌های جمع‌آوری شده در سه مرحله سنجش و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر<sup>۱</sup> و به کمک نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت شناختی

در پژوهش حاضر ۴۵ زن مبتلا به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر حضور داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۳۶ سال بود. در این پژوهش، ۲۰ نفر در پایه تحصیلی کارشناسی، ۹ نفر در پایه تحصیلی کاردانی و ۱۶ نفر در پایه تحصیلی دیپلم بودند.

### ب) یافته‌های توصیفی

در ابتدا میانگین تعدیل شده، انحراف معیار کمترین و بیشترین نمره متغیرهای اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی رفتاری و پکیج آموزشی) و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۳. مقادیر مربوط به میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره متغیر اضطراب در گروه‌های آزمایش و

#### گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	درمان شناختی-رفتاری	۲۶	۴/۵۴	۱۹	۳۵
	درمان مبتنی بر تجارب	۲۶/۳۸	۴/۲۵	۱۹	۳۳
	گواه	۲۷	۴/۶	۱۸	۳۵
پس‌آزمون	درمان شناختی-رفتاری	۱۹/۰۷	۵/۱۵	۱۱	۳۰
	درمان مبتنی بر تجارب	۱۹/۶۹	۴/۴۶	۱۲	۲۸
	گواه	۲۶/۶۹	۴/۹۸	۱۹	۳۷
پیگیری	درمان شناختی-رفتاری	۱۸/۸۴	۵/۶۶	۱۱	۳۱
	درمان مبتنی بر تجارب	۱۹/۶۱	۴/۳۱	۱۲	۲۷
	گواه	۲۶/۸۴	۴/۵۴	۱۸	۳۵



با توجه به جدول ۳، میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه آزمایش ۱ در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب  $۲۶ \pm ۱۹/۵۴$ ،  $۵/۱۵ \pm ۱۹/۴$  و  $۵/۶۶ \pm ۱۸/۸۴$  بود. این مقدار در گروه آزمایش ۲ به ترتیب  $۲۶/۳۸ \pm ۴/۲۵$ ،  $۱۹/۶۹ \pm ۴/۴۶$  و  $۱۹/۶۱ \pm ۴/۳۱$  و در گروه کنترل  $۲۷ \pm ۴/۶$ ،  $۲۶/۶۹ \pm ۴/۹۸$  و  $۲۶/۸۴ \pm ۴/۵۴$  است.

جدول ۴. مقادیر مربوط به میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره متغیر افسردگی در گروه‌های آزمایش و

گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	درمان شناختی-رفتاری	۲۱	۴/۵۸	۱۴	۳۱
	درمان مبتنی بر تجارب	۲۲/۳۸	۳/۳۵	۱۷	۳۰
	گواه	۲۲/۳۰	۴/۶۰	۱۶	۳۲
پس‌آزمون	درمان شناختی-رفتاری	۱۷/۶۱	۳/۸۶	۱۲	۲۵
	درمان مبتنی بر تجارب	۱۸/۰۷	۲/۴۹	۱۳	۲۱
	گواه	۲۱/۹۲	۴/۵۳	۱۶	۳۱
پیگیری	درمان شناختی-رفتاری	۱۷/۷۶	۳/۸۵	۱۱	۲۵
	درمان مبتنی بر تجارب	۱۸/۲۳	۲/۴۸	۱۳	۲۱
	گواه	۲۲	۴/۴۵	۱۵	۳۱

با توجه به جدول ۴، میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه آزمایش ۱ در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب  $۲۱ \pm ۱۷/۴$ ،  $۳/۸۶ \pm ۱۷/۴$  و  $۳/۸۵ \pm ۱۷/۷۶$  بود. این مقدار در گروه آزمایش ۲ به ترتیب  $۲۲/۳۸ \pm ۳/۳۵$ ،  $۱۸/۰۷ \pm ۲/۴۹$  و  $۱۸/۲۳ \pm ۲/۴۸$  و در گروه کنترل  $۲۲/۳۰ \pm ۴/۶$ ،  $۲۶/۶۹ \pm ۴/۹۸$  و  $۲۶/۴۵ \pm ۴/۴۵$  است.

جدول ۵. مقادیر مربوط به میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره متغیر کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و

گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	درمان شناختی-رفتاری	۱۰۹/۱۵	۶/۴	۱۰۰	۱۲۰
	درمان مبتنی بر تجارب	۱۱۱/۰۷	۴/۶۹	۱۰۳	۱۱۸
	گواه	۱۰۸	۴/۵	۱۰۰	۱۱۶
پس‌آزمون	درمان شناختی-رفتاری	۶۴	۳/۰۲	۶۰	۶۸
	درمان مبتنی بر تجارب	۶۱/۰۷	۲/۵۶	۵۷	۶۵
	گواه	۱۰۹/۰۷	۳/۸۸	۱۰۳	۱۱۵
پیگیری	درمان شناختی-رفتاری	۷۵/۰۷	۳/۵۴	۷۰	۸۰
	درمان مبتنی بر تجارب	۷۷	۴/۳۲	۷۰	۸۴
	گواه	۱۱۲	۲/۳۸	۱۰۸	۱۱۶

با توجه به جدول ۵، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۱ در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب  $109 \pm 4/15$ ،  $64/6 \pm 0/2$  و  $75/07 \pm 3/54$  بود. این مقدار در گروه آزمایش ۲ به ترتیب  $111/07 \pm 4/69$ ،  $61/07 \pm 2/56$  و  $77 \pm 4/32$  و در گروه کنترل  $108 \pm 4/5$ ،  $109/07 \pm 3/88$ ،  $112 \pm 2/38$  است.

### ج) نرمال بودن توزیع نمرات

اساس پیش‌فرض نرمال بودن آن است که تفاوت بین توزیع نمرات نمونه و توزیع نمرات نرمال در جامعه، صفر است. برای آزمون این پیش‌فرض، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده می‌شود (مولوی، ۱۳۸۶). نتایج این آزمون برای نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش در ادامه ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون اضطراب در دو گروه

آزمایشی و گروه کنترل

متغیر	گروه	شاخص آماره	درجه آزادی	معناداری
اضطراب	درمان شناختی-رفتاری	۰/۹۴۷	۱۳	۰/۵۵۴
	درمان مبتنی بر تجارب	۰/۹۶۸	۱۳	۰/۸۷۱
	گواه	۰/۹۹۹	۱۳	۱

با توجه به جدول ۶، آماره شاپیرو-ویلک در مرحله پیش‌آزمون هر سه گروه معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون اضطراب تأیید می‌شود.

جدول ۷. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون افسردگی در دو

گروه آزمایشی و گروه کنترل

متغیر	گروه	شاخص آماره	درجه آزادی	معناداری
افسردگی	درمان شناختی-رفتاری	۰/۹۵۷	۱۳	۰/۷۱۰
	درمان مبتنی بر تجارب	۰/۹۵۰	۱۳	۰/۵۹۲
	گواه	۰/۹۴۴	۱۳	۰/۵۱۴

با توجه به جدول ۷، آماره شاپیرو-ویلک در مرحله پیش‌آزمون هر سه گروه معنادار نیست؛ بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون افسردگی تأیید می‌شود.

جدول ۸. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی در دو

گروه آزمایشی و گروه کنترل

متغیر	گروه	شاخص آماره	درجه آزادی	معناداری
کیفیت زندگی	درمان شناختی-رفتاری	۰/۹۵۶	۱۳	۰/۶۹۱
	درمان مبتنی بر تجارب	۰/۹۵۰	۱۳	۰/۶۰۲
	گواه	۰/۹۸۶	۱۳	۰/۹۹۶

با توجه به جدول ۸، آماره شاپیرو-ویلک در مرحله پیش‌آزمون هر سه گروه معنادار نیست؛ بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی تأیید می‌شود.

د) آزمون فرضیه‌ها

در این بخش به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها بین گروه‌ها از نظر میانگین متغیرهای پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. با توجه به اینکه در تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده می‌شود که یکی از آزمون‌های پارامتریک است، در این طرح، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها و بعد همگنی واریانس‌ها و سپس پیش‌فرض تحلیل اندازه‌گیری مکرر یعنی برابری ماتریس‌های واریانس کواریانس بررسی می‌شود.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی اثرات بین گروهی متغیر اضطراب

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۷۲۱/۶۵	۲	۳۶۰/۸۲	۶/۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱	۰/۸۹۲
خطا	۱۹۳۸/۳۰	۳۶	۵۳/۸۴	-	-	-	-

مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است و یک عامل بین‌گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) و چند عامل درون‌گروهی (متغیرهای مختلف وابسته) دارد. همچنین افراد موجود در هر یک از گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری شده‌اند؛ بنابراین طرح حاضر از نوع طرح چندمتغیره دوگانه است. برای بررسی نتایج و پاسخ‌گویی به سؤالات و فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مختلط) دوعاملی با یک متغیر درون‌گروهی مرحله (سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین‌گروهی (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی رفتاری و گروه گواه) استفاده شد. از آنجا که متغیر گروه و مرحله معنادار است؛ یعنی نمرات اضطراب در گروه‌های مختلف و زمان‌های مختلف متفاوت است، برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در هر یک از این زمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است. نتایج آزمون LSD برای مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد تفاوت دو گروه آزمایش ۱ (درمان شناختی-رفتاری) و آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون معنادار نیست ( $p > 0.05$ ). همچنین تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه آزمایش ۱ در این

مرحله معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ با این حال در مرحله پس‌آزمون تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و گروه گواه و آزمایش ۲ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/01$ )، اما تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ تفاوت معناداری ندارد ( $p > 0/05$ ). در مرحله پیگیری نیز تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/01$ ). همچنین تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/01$ )؛ با این حال تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و ۲ معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). همچنین با توجه به فاصله اطمینان ۰/۹۵ برای اختلاف میانگین دو گروه مشخص می‌شود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین منفی بوده است (زیرا حد بالا و پایین فاصله اطمینان یا اختلاف میانگین‌ها منفی است)؛ بنابراین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بوده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی اثرات بین‌گروهی متغیر افسردگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۲۲۹/۸۱	۲	۱۱۴/۹۰	۲/۷۷	۰/۰۵	۰/۱۳۴	۰/۵۱۳
خطا	۱۴۸۸/۷۱	۳۶	۴۱/۳۵				

از آنجا که متغیر گروه و مرحله معنادار است؛ یعنی نمرات افسردگی در گروه‌های مختلف و زمان‌های مختلف متفاوت است، برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در هر یک از این زمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است. نتایج آزمون LSD برای مقایسه میانگین‌های افسردگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). همچنین تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه آزمایش ۱ در این مرحله معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ با این حال در مرحله پس‌آزمون تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و گروه گواه و آزمایش ۲ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/05$ )، اما تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و ۲ معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). در مرحله پیگیری نیز تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/05$ ). همچنین تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ با این حال تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و ۲ معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). همچنین با توجه به فاصله اطمینان ۰/۹۵ برای اختلاف میانگین دو گروه مشاهده می‌شود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین منفی بوده است (زیرا حد بالا و پایین فاصله اطمینان یا اختلاف میانگین‌ها منفی است)؛ بنابراین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بوده است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی اثرات بین‌گروهی متغیر کیفیت زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۱۸۶۶۸/۹۴	۲	۹۳۳۴/۴۷	۵۰۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱
خطا	۶۷۰/۳۰	۳۶	۱۸/۶۲				

از آنجا که براساس جدول ۵، متغیر گروه و مرحله معنادار است؛ یعنی نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف و زمان‌های مختلف متفاوت است، برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در هر یک از این زمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است.

نتایج آزمون LSD برای مقایسه میانگین‌های کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). همچنین تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه آزمایش ۱ در این مرحله معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ با این حال در مرحله پس‌آزمون تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و گروه گواه و آزمایش ۲ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/01$ )، اما تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). در مرحله پیگیری نیز تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/01$ ) و همچنین تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه گواه معنادار است ( $p < 0/01$ )؛ با این حال تفاوت دو گروه آزمایش ۱ و ۲ معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). همچنین با توجه به فاصله اطمینان ۰/۹۵ برای اختلاف میانگین دو گروه مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین منفی بوده است (زیرا حد بالا و پایین فاصله اطمینان یا اختلاف میانگین‌ها منفی است)؛ بنابراین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بوده است.

با توجه به نتایج شدت اضطراب، افسردگی در هر دو گروه مداخله کاهش معناداری داشته و پس از آن تا مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است؛ بنابراین هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است. آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد اختلاف نمره پیش‌آزمون با تمام مراحل بعدی در هر دو گروه معنادار است، اما تفاوت دو گروه در مراحل پس از درمان و پیگیری معنادار نیست. همچنین شدت کیفیت زندگی در هر دو گروه مداخله افزایش معناداری داشته و پس از آن تا مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است؛ بنابراین هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و تعهد درمانی بر افزایش کیفیت زندگی مؤثر است. آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد اختلاف نمره پیش‌آزمون با تمام مراحل بعدی در هر دو گروه معنادار است، اما تفاوت دو گروه در مراحل پس از درمان و پیگیری معنادار نیست.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (بسته درمانی مبتنی بر تجارب) بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد هر دو درمان موجب کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. نتایج پیگیری نیز حاکی از تداوم اثر مداخله در گروه آزمایشی است. نتایج به‌دست‌آمده از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با تحقیقات پاشینگ و خوش‌لاهی صدق (۲۰۱۹)، فریرا و

همکاران (۲۰۱۷)، بای، لو، ژانگ، وو و کیم (۲۰۲۰) و با یافته‌های به‌دست‌آمده از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری جانگ، هانگ و کیم (۲۰۱۴)، چیل کات و موس موریس (۲۰۱۳)، هانت، مشیر و میلوناوا (۲۰۰۹) و حقایق، کلانتری، مولوی و طالبی (۲۰۱۰) همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌توان بیان کرد این درمان از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی و راهبردهای تنظیم هیجان به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان دارای سندرم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند و سطح کیفیت زندگی آنان را افزایش می‌دهد. این درمان بر پذیرش هرچه بیشتر تجربه‌های ذهنی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است، تأکید دارد. به‌نظر می‌رسد پذیرش فرایند کلیدی در اثربخشی این نوع درمان است؛ بنابراین با توجه به استرس‌ها و افکاری که در این بیماری به سراغ افراد می‌آیند، نیاز به پذیرش این احساسات لازم به‌نظر می‌رسد. سازه اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی با وجود حضور مشکلات و رنج‌هایی مانند مشکلات موجود در بیماری است (عندلیب و فرخ‌زادیان، ۲۰۱۹)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد این درمان با استفاده از مفاهیمی مانند پذیرش سبب کاهش رنج روان‌شناختی افراد می‌شود و درنهایت با فعال‌سازی رفتاری این بیماران در راستای ارزش‌ها و بهبود روابط بین‌فردی به افزایش کیفیت زندگی می‌انجامد.

بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر، رنج روان‌شناختی بسیاری را تحمل می‌کنند که ناشی از وجود اختلالات روانی همراه، استرس‌ورهای متعدد در زندگی به‌ویژه استرس ناشی از روابط بین فرد و رنج ناشی از علائم و پیامدهای بیماری است که درنهایت به اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شود (رضایی، ۱۴۰۰)؛ بنابراین مشخص شد مناسب‌ترین درمان برای بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر با توجه به عوامل استخراج‌شده، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است که با نیاز این بیماران تناسب دارد. در درمان طراحی‌شده در جلسات ابتدایی (جلسه دوم و سوم) به بیمار کمک می‌شود با استفاده از مفهوم پذیرش و گسلش هیجان‌های خود را تنظیم کند. در جلسات بعدی با فعال‌سازی بیمار در راستای ارزش‌ها خلق و احساس خودکارآمدی بیمار افزایش می‌یابد که درنهایت به کاهش هیجان‌های منفی، افزایش هدفمندی در زندگی و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود. با توجه به اینکه یکی از دلایل اصلی استرس در بیماران مشکل در روابط بین‌فردی است، در جلسات هفتم تا نهم روی بهبود روابط بین‌فردی کار شد و درنهایت آموزش مهارت‌های لازم به بیماران صورت گرفت.

همچنین درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است. به‌نظر می‌رسد افکار ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و به‌دنبال آن تفسیرهای پاتولوژیک از حوادث و علائم برانگیزاننده شدت بیماری با واسطه‌گری، تنش و اضطراب است (ابراهیمی، افشار، دوست، موسوی و مولوی، ۲۰۱۲). براساس دیدگاه گاینس و دراسمن (۱۹۹۹)، در یک مکانیسم تداوم و تشدید این بیماری با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی میسر است. از آنجا که با درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تفسیرهای فاجعه‌آمیز

بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر این برداشتها و خطاهای شناختی زیربنایی آن اصلاح شده است (جلسه سوم درمان)، این برونداد پردازش اطلاعات نیز تغییر کرده و علائم کاهش یافته است. از سوی دیگر آموزش در زمینه شناسایی افکار خودآیند منفی و باورهای شرطی و غیرشرطی و مهارت چالش با آنکه در جلسات دوم درمان تا جلسات پایانی انجام شد، سبب کسب توانایی بیرون‌کشیدن افکار خودکار منفی مرتبط با علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و چالش با آن‌ها و افزایش مهارت تغییر نگرش شد که به کنترل تنش و اضطراب و در نتیجه کاهش شدت علائم بدنی انجامید. از سوی دیگر یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری مختص سندرم روده تحریک‌پذیر بر نمرات کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت کیفیت زندگی بررسی شده در این مطالعه در واقع کیفیت زندگی ادراک شده<sup>۱</sup> است؛ بنابراین درمان شناختی-رفتاری ارزیابی و ادراک فرد را از خود به دیگران، محیط و آینده اصلاح می‌کند که به ارزیابی بهتر از کیفیت زندگی منجر می‌شود و به‌نظر می‌رسد این یافته در حین چالش با افکار خودآیند منفی و باورهای زیربنایی و در طول جلسات درمان از جلسه دوم به بعد اتفاق می‌افتد.

نکته مهم دیگر مربوط به نتایج پیگیری است که در هر دو گروه شاهد ادامه روند بهبودی بودیم. از آنجا که این بیماری تأثیر عمیقی بر زندگی روزمره بیماران مبتلا دارد و در این میان مجموعه‌ای از عوامل زیستی-روانی-اجتماعی در پدیدآیی و تداوم سندرم روده تحریک‌پذیر نقش دارند (اسپریر و درسمن، ۲۰۱۲) مداخلات روانی-اجتماعی که به مدیریت شرایط تداوم‌بخش بپردازد، به بهبود درازمدت منجر می‌شود. برای بحث درباره پایداری نتایج در دوره پیگیری هر دو گروه آزمایشی می‌توان گفت با توجه به اینکه هر دو درمان دو بعد اثرگذار تنظیم هیجان و فعال‌سازی رفتاری هستند، ماندگاری اثر آن در پیگیری بدین صورت تبیین می‌شود که در بعد هیجانی از بار هیجان‌های منفی فرد کاسته می‌شود. همچنین با فعال‌سازی رفتاری سبک زندگی بیمار تغییر می‌کند و خلق وی افزایش می‌یابد که در نهایت به کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به متفاوت نبودن درمانگر و پژوهشگر اشاره کرد که این امر ممکن است بر نتایج مربوط به پژوهش تأثیرگذار باشد. محدودیت دوم می‌تواند این باشد که ممکن است اجرای فنون درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که مستلزم مهارت و تجربه بسیار بالای درمانگر است، از سوی محقق حتی پس از طی دوره‌های آموزشی و مطالعات تفصیلی با کاستی‌هایی همراه بوده باشد محدودیت سوم این بود که شرکت‌کنندگان در این کارآزمایی بالینی همگی زن بودند؛ بنابراین در تعمیم نتایج به جمعیت کلی بیماران لازم است این موضوع در نظر گرفته شود. به‌صورت کلی این محدودیت‌ها برخورد محتاطانه با یافته‌ها و تعمیم‌پذیری را ضروری می‌کنند. پیشنهاد می‌شود به‌منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی دو روش بالا با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بالاتر به بررسی و مقایسه درمان‌های مذکور با دیگر رویکردهای نوین پرداخته شود.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، از هرکدام از این دو روش می‌توان متناسب با نیازهای بیماران، زمینه‌های اعتقادی و فرهنگی و سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و تشخیصی انتخاب کرد و در کنار درمان‌های معمول گوارش در مشاوره با بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر برای کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی استفاده کرد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله از رساله دکتری نویسنده مسئول استخراج شده است؛ از این‌رو از تمام کسانی که مرا در انجام این مهم یاری کرده‌اند، قدردانی می‌کنیم؛ به‌ویژه استاد راهنما جناب دکتر کلانتری و استاد مشاور جناب دکتر عابدی و همچنین بیمارانی که صبور بودند.

## منابع

- اسدالهی، ف.، نشاط دوست، ح.، کلانتری، م.، مهرابی، ح.، افشار، ح.، دقاق زاده، حامد. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علایم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲(۳)، ۳۱۷-۳۲۷.
- پرهیزگار، م.، مرادی‌منش، ف.، سراج خرمی، ن.، و احتشام‌زاده، پ. (۲۰۲۰). اثربخشی «تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای» بر درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی زنان دارای سندرم روده تحریک‌پذیر. مدیریت ارتقای سلامت. ۹(۳)، ۲۱-۱۰.
- حقایق، ع.، کلانتری، م.، صولتی دهکردی، ک.، مولوی، ح.، و طالبی، م. (۱۳۸۶). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
- رضایی، م. (۱۴۰۰). بررسی تجارب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر این تجارب با درمان شناختی رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران. پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای روان‌شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان.
- دایسون، ک.؛ محمدخانی، پ (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. آرشیو توانبخشی، ۸(۲۹)، ۸۶-۸۰.
- زمردی، س.، و رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه روان‌شناسی بالینی. ۱۳(۴)، ۶۴-۷۹.
- صولتی دهکردی، ک.، ادیبی، پ.، و قمرانی، الف. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توأم با دارودرمانی بر کیفیت زندگی، فراوانی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی. ۱۳(۵)، ۷۰-۵۵.
- کامکار، ع.، گلزاری، م.، فرخی، ن.، و آقایی، ش. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر شدت



علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *ارمغان دانش*. ۱۶(۴)، ۲۵-۳۶.

## References

- Andalib, L., & Farokhzadian, A. A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the severity of symptoms and quality of life in soldiers with irritable bowel syndrome. *Journal of Military Medicine*, 21(1), 44-52.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1987). *Beck depression inventory*. New York:: Harcourt Brace Jovanovich.
- Blanchard, E. B., & Scharff, L. (2002). Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 725.
- Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, K., Krasner, S., Keefer, L., Payne, A., ... & Dulgar-Tulloch, L. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 633-648.
- Chilcot, J., & Moss-Morris, R. (2013). Changes in illness-related cognitions rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive behavioural therapy intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 690-695.
- Ebrahimi, A., Afshar, H., Doost, H. T. N., Mousavi, S. G., & Moolavi, H. (2012). Attitude scale and general health questionnaire subscales predict depression?. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(1), 40.
- Ferreira, N. B., Gillanders, D., Paul, G., & Morris, M. E. (2018). Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: a preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change. *Clinical Psychologist*, 22(3), 241-250
- Jang, A. L., Hwang, S. K., & Kim, D. U. (2014). The effects of cognitive behavioral therapy in female nursing students with irritable bowel syndrome: a randomized trial. *European Journal Gastroenterol Hepatol*, 26(8), 918 -926.
- Gaynes, B. N., & Drossman, D. A. (1999). The role of psychosocial factors in irritable bowel syndrome. *Baillière's Clinical Gastroenterology*, 13(3), 437-452.
- Hunt, M., Moshier, S., & Milonova, M. (2009). Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behavior Research Therapy*, 47(5), 797-802.
- Haghighyegh, A., Kalantary, M., Molavi, H., & Talebi, M. (2010). Efficacy of cognitive behaviour therapy on the quality of life of patient with IBS with predominant pain

- and diarrhea types. *Journal of Psychology*, 14(3), 95-110.
- Kennedy, T. M., Chalder, T., McCrone, P., Darnley, S., Knapp, M., & Jones, R. H. (2006). Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomized controlled trial. *Health Technology Assessment*, 10(19), 1-67.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Dimuro, J., Keefer, L., & Brenner, D. M. (2013). Psychosocial predictors of self-reported fatigue in patients with moderate to severe irritable bowel syndrome. *Behavioral Research and Therapy*, 51, 323-331.
- Pashing, S., & Khosh Lahjeh Sedgh, A. (2019). Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*, 29(2), 22-34.
- Patrick, D. L., Drossman, D. A., Frederick, I. O., DiCesare, J., & Puder, K. L. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Digestive Diseases and Sciences*, 43(2), 400-411.
- Sperber, A. D., & Drossman, D. A. (2012). Irritable bowel syndrome: a multidimensional disorder cannot be understood or treated from a unidimensional perspective. *Therap Adv Gastroenterol*, 5(7), 387-393.