

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری افراد مبتلا

به سندروم روده تحریک‌پذیر

میترا جهانگیرراد^۱ آدیس کراسکیان موجهناری^{۲*} سیاوش ناصری مقدم^۳

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: تاب‌آوری در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان «شناختی- رفتاری» و درمان «هیجان‌مدار» بر تاب‌آوری این بیماران است.

روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر هستند که به «کلینیک گوارش و کبد مسعود» در شهر تهران، سال ۱۳۹۸ مراجعه نموده‌اند. ۳۵ بیمار به روش نمونه‌گیری ساده انتخاب و تصادفی در ۳ گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جای گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه درمان هفتگی «شناختی- رفتاری» قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر (تحلیل واریانس آمیخته) و تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک متغیری استفاده شده است.

نتایج: نتایج نشان داد برقراری پیش فرض‌های یکسانی واریانس‌ها ($F=3/272$, $P\text{-Value}>0/05$) پیش‌فرض رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($F=925/620$, $P\text{-Value}<0/01$) و پیش‌فرض یکسانی شیب رگرسیون‌ها ($F=1/594$, $P\text{-Value}>0/05$) در تحلیل کوواریانس، بعنوان شاخص تاب‌آوری است. حدود ۷۹/۲ درصد از تغییرات تاب‌آوری توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تأثیر قرار می‌گیرد. درمان «شناختی- رفتاری» و درمان «هیجان‌مدار» بر تاب‌آوری مبتلایان سندروم روده تحریک‌پذیر اثربخش و هر دو روش درمانی در طول زمان دارای ماندگاری اثر هستند. تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش درمانی بر تاب‌آوری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این پژوهش، درمان «شناختی- رفتاری» و «هیجان‌مدار» برای افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مداخلاتی مؤثر هستند و برای مدیریت علائم این بیماری می‌توان از این مداخلات سود جست.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، درمان هیجان‌مدار، تاب‌آوری، سندروم روده تحریک‌پذیر.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱۴

ارجاع: جهانگیر راد میترا، کراسکیان موجهناری آدیس، ناصری مقدم سیاوش. مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. طب پیشگیری. ۱۴۰۰؛ ۱۸(۱): ۶۰-۷۰.

مقدمه

نشانگان روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome: IBS) یک اختلال شایع معده- روده‌ای است که با علائمی از جمله درد شکم یا ناراحتی همراه با تغییر عادات روده (برای مثال اسهال، یبوست یا هر دو) در غیاب بیماری عضوی مشخص ظاهر می‌شود (۱). IBS از میان اختلالات کارکردی دستگاه

گوارش، شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال است و اگرچه در هر دو جنس و در میان همه گروه‌های سنی و اجتماعی- اقتصادی ممکن است رخ دهد، در بین بیماران جوان‌تر و زنان تشخیص آن بیشتر صورت می‌گیرد (۱-۳). شیوع IBS در ایران بسیار متفاوت و از ۳ تا ۱۸ درصد گزارش شده است. آسیب‌شناسی این بیماری به طور کامل

نویسنده مسئول: آدیس کراسکیان موجهناری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ORCID: 0000-0002-4979-5655

پست الکترونیکی: adiskraskian@yahoo.com

تلفن: ۹۸۹۱۲۱۴۶۵۳۶۴+

شناخته شده نیست. در مطالعات متعدد بر نقش عوامل روان‌شناختی در بروز تظاهرات و سیر IBS تأکید شده است و این به ویژه در افراد با علائم شدید این بیماری صادق است. درمان واحدی برای IBS وجود ندارد، روش‌های روان‌درمانی می‌تواند سبب بهبود نشانه‌های IBS گردد. یکی از عواملی که می‌تواند تعیین‌کننده بروز مشکلات روان‌شناختی در افراد گردد، میزان تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات است. افراد با تاب‌آوری بالا از افسردگی، اضطراب و پریشانی روانی کمتری رنج می‌برند؛ بنابراین، شناسایی مداخلات کارآمد برای تقویت تاب‌آوری در بیماران IBS می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها را در مواجهه مؤثر با شرایط استرس‌زا به عنوان یکی از عوامل خطر این بیماری و همچنین رسیدگی و کنار آمدن با وضعیت بیماری آماده سازد (۷-۲،۴).

درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) و هیجان‌مدار (Emotion Focused Therapy: EFT) به عنوان درمان‌های مؤثر و پرکاربرد در افزایش تاب‌آوری بیماران IBS به کار گرفته شده‌اند. در جریان مداخلات شناختی- رفتاری فرد می‌آموزد تا افکار و باورهای خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که لازم است اعتبار آن‌ها آزمون شود (۸). همچنین در این روش، فرد تشویق می‌شود تا رابطه بین افکار ناکارآمد و هیجانات منفی و استرس خود را شناسایی کند و با بازسازی شناختی و تکالیف مبتنی بر مواجهه سازی، بر عوامل و افکار استرس‌آور غلبه کند (۹).

فرضیه شناختی- رفتاری بر این اصل استوار است که سبک زندگی، الگوهای رفتاری، نگرش بیمار نسبت به خود و جهان در میزان اضطراب تجربه شده تأثیرگذار است و طی جلسات ارزیابی مشخص خواهد شد که کدام الگوهای شناختی و رفتاری موجب تشدید یا تداوم علائم IBS می‌شوند (۹).

EFT با تأکید بر اهمیت آگاهی، پذیرش و شناختن هیجانات و تجربه آن، به درمان‌جویان کمک می‌کند تا نسبت به هیجانات آگاهی یابند، آن را تجربه کنند، بپذیرند و ابعاد مختلف هیجان را

کاوش، اصلاح و مدیریت کنند. EFT بر این اصل استوار است که فقط زمانی می‌توانیم تغییر کنیم که خود را به همان صورتی که هستیم بپذیریم. فرضیه زیربنایی در درمان هیجان‌مدار این است که هیجان یک عامل اساسی و تعیین‌کننده در تنظیم الگوهای رفتاری و پردازش اطلاعات است که انطباق فرد را با دیگران و شرایط تسهیل می‌سازد؛ بنابراین، هیجانات باید مورد پردازش و پذیرش قرار گیرند تا معنای آن‌ها مشخص شود و با افزایش هیجانات مثبت، زمینه‌ساز افزایش سطح تاب‌آوری بیش‌تر در مبتلایان به IBS گردند (۱۲-۱۰).

در راستای مداخلات مؤثر در افزایش سطح تاب‌آوری، از آنجایی که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS رابطه مثبت وجود دارد، تقویت تاب‌آوری می‌تواند به عنوان نوعی از درمان این بیماران در نظر گرفته شود. هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی و ماندگاری اثر (پایداری) درمان CBT و درمان EFT بر تاب‌آوری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و مقایسه اثربخشی آن‌ها است.

مواجهه با سرطان به خودی خود می‌تواند به عنوان یک حادثه تنش‌زا، جنبه‌های مختلف سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیناندازد. بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی می‌باشند که دامنه این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلالات عاطفی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (۱).

ارتباط میان بیمار مبتلا به سرطان، سازگاری روان‌شناختی و رفتارهای مرتبط با سلامت، موضوع مهمی است که به طور گسترده در دنیا مطرح است، چرا که سرطان، از لحاظ علت‌شناسی و درمان (کنترل و معالجه) چند عاملی است، بدین معنی که عوامل روان‌شناختی و رفتاری به همان اندازه در درمان آن مهم هستند که عوامل جسمی (۲).

به نظر می‌رسد برای درمان مشکلات روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی نیز

می‌تواند مؤثر واقع شود. یکی از اشکال درمان‌های روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که جزو درمان‌های رفتاری موج سوم است (۳). فلسفه زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) بر ساختن مدلی مطابق با واقع را پیشنهاد نمی‌کند بلکه اصل و اساس کار را، پیش‌بینی و اثرگذاری بر رفتار به صورت دقیق و وسیع و عمیق می‌داند.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد آموختن ACT باعث افزایش کیفیت زندگی، افزایش مراقبت از خود، افزایش تمایل به خلاقیت، کاهش خطر فرسودگی شغلی و جذب بهتر و مؤثرتر اطلاعات نو می‌شود (۴). یکی از مشکلات روان‌شناختی که افراد مبتلا به سرطان پروستات تجربه می‌کنند، پریشانی روان‌شناختی یعنی تجربه اضطراب، افسردگی و استرس است. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که پریشانی روان‌شناختی با افزایش خطر ابتلا به بیماری سرطان همراه است. پریشانی روان‌شناختی با تغییرات در سیستم عصبی- غددی، محور هیپوتالاموس- هیپوفیز و آدرنال، عملکرد پلاکت خون و ضربان قلب همراه است (۴،۵).

افرادی که تحمل پریشانی پایین‌تری دارند، در معرض شرایط استرس‌زا رفتارهای اجتنابی از خود نشان می‌دهند و یا احساسات خود را بیان نمی‌کنند و به منظور کاهش سریع پریشانی خود رفتارهای اجتنابی را ادامه داده و به صورت یک الگوی رفتاری در می‌آورند. اجتناب‌های تجربه‌ای اغلب خود را به صورت تجارب فیزیولوژیکی و افکار و احساسات و خاطرات نشان می‌دهد (۶).

پریشانی روان‌شناختی به عنوان مهم‌ترین و یا دومین عامل خطر برای تعداد زیادی از بیماری‌ها مانند نارسایی قلبی و سرطان در نظر گرفته می‌شود. در واقع، مشکلات روان‌شناختی و جسمانی به همراه درمان‌های سرطان از قبیل جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی به شدت زندگی خانوادگی، شغلی، فعالیت‌های اجتماعی و عملکرد جنسی افراد

مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب مشکلات روان‌شناختی متعدد و کیفیت پایین زندگی این افراد می‌شود (۹-۷).

از آن‌جا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفاف‌سازی ارزش‌ها، اهداف و تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه نمودن همه هیجان‌ها و موقعیت‌ها (راهبردهای اولیه مبتنی بر پذیرش) متمرکز است. بنابراین پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شده است که نشان‌دهنده تأثیر آن بر اختلالات و مشکلات روان‌شناختی است. به عنوان مثال، محبت بهار و همکاران نشان دادند که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان تأثیر معناداری داشته است (۱۰،۱۱). در مطالعه Butow و همکاران مشخص شد که پروتکل غلبه بر ترس که براساس ترکیبی از درمان‌ها از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تدوین شده بود، توانست ترس از عود بیماری را کاهش و باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران شود (۱۲). حاج‌صادقی و همکاران نشان دادند که آموزش پذیرش و تعهد، نمرات پایین اضطراب، کاهش پریشانی شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی را به دنبال دارد (۱۳).

در مطالعه Hulbert و همکاران مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری بیماران با سرطان اثربخش بوده است (۱۴). همچنین Thekiso و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی در افراد شده است و حتی بعد از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز در این افراد باعث کاهش اختلالات خلقی شده بود (۱۵). Feros و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تغییراتی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی، پریشانی روانی و خلق و خوی زنان مبتلا به سرطان سینه به وجود آورد (۱۶).

در مجموع، شواهد تجربی برای ACT به عنوان درمانی برای مردان مبتلا به سرطان پروستات بسیار محدود است،

اگرچه این درمان با سلامت جسم و روان مرتبط می‌باشد و پژوهش‌ها نتایج مثبتی از اثربخشی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند، اما این حوزه دارای ظرفیت بالقوه بالایی برای ادامه پژوهش‌های مربوط به خود می‌باشد. بنابراین، با توجه به نقش مهم سازه‌های روان‌شناختی مطرح شده در سلامت مردان مبتلا به سرطان پروستات و اهمیت سلامت روانی و تأثیر احتمالی آن بر نتیجه درمان و با توجه به کمبود برنامه‌های آموزشی ویژه در مراکز درمانی، لزوم و ضرورت مداخلات روان‌شناختی براساس درمان‌های جدید به ویژه مداخلات مبتنی بر تجربه در این حوزه احساس می‌شود. در همین راستا، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران مبتلا به سرطان پروستات بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به IBS بودند که بنا به تشخیص متخصصین گوارش، جهت مشاوره روان‌شناختی به کلینیک فوق تخصصی گوارش و کبد مسعود، در منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند.

در این پژوهش، ابتدا از ۸۷ بیمار ارجاع داده شده، ۳۲ نفر به علت عدم تمایل به شرکت در طرح پژوهشی حذف شدند. از ۵۵ بیمار باقی‌مانده ۱۰ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج کنار گذاشته شدند. ۴۵ نفر براساس گرفتن نمره پایین‌تر از ۵۰ در آزمون کانر و دیویدسون انتخاب شدند و به تعداد مساوی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ۷ نفر از کل بیماران به دلیل شرکت نکردن مرتب در جلسات درمانی و انجام ندادن تکالیف کنار گذاشته شدند و ۳ نفر به دلیل عدم پاسخ‌گویی به سؤالات آزمون در مرحله پیگیری، از مطالعه خارج شدند. در مجموع، ۳۵ بیمار مبتلا به IBS (۲۱ زن) وارد مطالعه شدند. پس از کسب

موافقت کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و رعایت ملاحظات اخلاقی که شامل، تضمین محرمانه بودن اطلاعات بیماران و اجازه انصراف بیماران در هر مرحله از پژوهش و در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه (شامل عدم مصرف داروهای روان‌شناختی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، تمایل به شرکت در طرح، داشتن سواد در حد دیپلم، داشتن سن بالاتر از ۲۰ سال، نداشتن اعتیاد به هرگونه ماده مخدر، متعهد بودن به شرکت در جلسات درمانی و همچنین پاسخ به پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به IBS) و معیارهای خروج («شامل داشتن سابقه سرطان کولون، به دلیل این که سرطان کولون یک بیماری عملکردی نیست داشتن بیماری عضوی کولون و عدم تمایل به شرکت در پژوهش») بیماران وارد طرح شدند. بیماران واجد شرایط، در ۳ گروه ۱۵ نفر برگرفته از فرمول کوهن، به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. گروه‌های مداخله شامل گروه آزمایش اول که درمان شناختی-رفتاری را طی ۸ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه و گروه آزمایش دوم که درمان هیجان‌مدار را طی ۸ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کرده‌اند، می‌باشند. گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. در حین درمان، تعدادی از بیماران به دلیل عدم شرکت مرتب در جلسات درمانی و عدم انجام به موقع تکالیف و دلایل فردی از طرح پژوهشی کنار گذاشته شدند و در نهایت ۲۵ بیمار در طرح پژوهشی باقی ماندند، که ۱۱ نفر در گروه آزمایش اول و ۱۱ نفر در گروه آزمایشی دوم و ۱۳ نفر در گروه گواه باقی ماندند.

ابزار اندازه‌گیری این پژوهش، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس و وضعیت تأهل) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون است. این مقیاس با هدف سنجش تاب‌آوری در افراد و همچنین ارزیابی میزان تغییر نمره تاب‌آوری در پاسخ به درمان تدوین گردیده است (۱۳). این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال پنج گزینه‌ای است. هر سؤال به یک نشانه می‌پردازد و هر گزینه فراوانی وقوع آن علامت را از صفر

(نبود نشانه) تا ۴ (بیش‌ترین فراوانی) نمره‌گذاری می‌کند. جمع نمره پرسشنامه می‌تواند بین صفر تا ۱۰۰ متغیر باشد. هرچه نمره فرد به ۱۰۰ نزدیک‌تر گردد، تاب‌آوری او بالاتر است. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی به فارسی ترجمه شده و مورد انطباق قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد.

پروتکل درمانی CBT به کار رفته در این مطالعه براساس الگوی پیشنهادی فولادی و همکاران بوده است (۱۴). جلسات

درمانی شامل ۸ جلسه درمان انفرادی یک بار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه و با هدف افزایش تاب‌آوری و بهبود علائم بیماری با بهبود عادات روده، ایجاد الگوهای تغذیه‌ای مناسب، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی، کاهش استرس، کاهش توجه متمرکز بر علائم بیماری و در نهایت جلوگیری از عود بیماری بود (جدول ۱).

جدول ۱- شرح جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول	معرفی و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد سندروم روده تحریک‌پذیر و تهیه لیست مشکلات فرد و آموزش آرام‌سازی
جلسه دوم	توضیح افکار خودآیند و علائم روده تحریک‌پذیر، تمرین بازبینی شناختی
جلسه سوم	معرفی تحریف‌های شناختی زیربنایی افکار خود آیند در رابطه با علائم بیماری و هیجانات مرتبط
جلسه چهارم	معرفی تئوری درد، تمرین روش‌های انحراف ذهن، تعیین خط پایه درد، آموزش آرام‌سازی عضلانی و تصویرسازی ذهنی برای کنترل درد
جلسه پنجم	استخراج افکار خودآیند در مورد موقعیت‌های راه‌انداز، آموزش و تمرین تکنیک‌های مدیریت اضطراب، مقابله با آن، شناسایی منابع فرهنگی-اجتماعی واکنش‌های شرم نسبت به علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و استانداردهای شایستگی بیمار
جلسه ششم	توضیح خشم و علائم بیماری در مدل شناختی، آموزش و تمرین‌های شناختی-رفتاری مدیریت خشم، آموزش رفتار جراتمندانه، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح خودکارآمدی و رابطه آن با مهارت حل مسئله و تبیین ارتباط با علائم سندروم روده تحریک‌پذیر
جلسه هفتم	شناسایی و چالش با نگرش‌های ناکارآمد استانداردهای بالا (کمال‌گرایی منفی)
جلسه هشتم	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پیگیری

پروتکل درمانی EFT به کار رفته در این پژوهش براساس راهنمای درمانی گرینبرگ (مبدع این شیوه درمانی) است (۱۵). جلسات درمانی شامل ۸ جلسه درمان به صورت یک بار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه در سه مرحله شناسایی هیجان، تنظیم هیجان و اقدامات رفتاری و با اهداف افزایش تاب‌آوری و بهبود

علائم بیماری با بهبود عادات روده، ایجاد الگوهای تغذیه‌ای مناسب، شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه، تقویت خود، توجه متمرکز بر علائم بیماری و هیجانات و تجربه‌های نادیده گرفته شده و همچنین جلوگیری از عود بیماری است (جدول ۲).

جدول ۲- شرح جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه اول	معرفی و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد سندروم روده تحریک‌پذیر، تهیه لیست مشکلات بیمار، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان
جلسه دوم	شناسایی هیجان‌های اساسی، شناسایی احساسات متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی
جلسه سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی و آموزش شناخت احساسات اولیه و ثانویه
جلسه چهارم	شناسایی فرآیندهای عاطفی زیربنایی و شناسایی ایجاد شرایط مشکل
جلسه پنجم	شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی، تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی و اجرای طرح یک صندلی و یا دو صندلی
جلسه ششم	تبدیل هیجانات منفی به هیجانات مثبت، تقویت پردازش هیجانی، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم کردن حمایت برای هیجانات و حل و فصل مجدد
جلسه هفتم	آموزش فرآیند انتقال احساس ناامیدی، گناه، خشم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با هیجانات
جلسه هشتم	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پیگیری

یافته‌ها

برای بررسی همگن بودن سه گروه پژوهشی از نظر متغیرهای جمعیت شناختی؛ سن، جنسیت و وضعیت تأهل؛ از

آزمون‌های تحلیل واریانس یک راهه و مجذور خی دو متغیری استفاده شده است. نتایج آزمون‌های فوق در جداول (۳) و (۴) گزارش شده است.

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی جنسیت و وضعیت تأهل در سه گروه پژوهشی

متغیر	گروه پژوهشی	رفتار درمانی-شناختی	درمان هیجان‌مدار	گواه	χ^2	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۵	۵	۴	۰/۷۳۴	۰/۶۹۳
	زن	۶	۶	۹		
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۲	۶	۲/۱۰۰	۰/۳۵۰
	متاهل	۷	۹	۷		

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه سن در سه گروه پژوهشی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
رفتار درمانی شناختی	۱۱	۳۸/۲۷	۱۷/۶۳	بین گروهی	۸۱۷/۳۷۷	۲	۴۰۸/۶۸۹	۱/۴۰۲	۰/۲۶۱
درمان هیجان‌مدار	۱۱	۴۹/۲۷	۱۸/۶۸	درون گروهی	۹۳۳۷/۵۹۴	۳۲	۲۹۱/۴۸۷	-	-
گواه	۱۳	۳۹/۴۶	۱۵/۰۹	کل	۱۰۱۴۴/۹۷۱	۳۴	-	-	-

برای بررسی اثربخشی درمان‌های CBT و EFT بر تاب‌آوری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و اثربخشی آنها در طول زمان از تحلیل واریانس دوعاملی با اندازه‌گیری‌های

مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) استفاده شده است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای نمره‌های تاب‌آوری در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵- خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل تاب‌آوری

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	انحراف اثر مجزورات جزئی
R (سطرها): رفتار درمانی شناختی، درمان هیجان‌مدار، گواه)	۱۴۱۰/۳۷۷	۲	۷۰۵/۱۳۹	۰/۷۸۷	-
S/R (خطا ۱)	۲۸۶۶۴/۰۴۷	۳۲	۸۹۵/۷۵۱		
C (ستون‌ها: پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری)	۱۱۴۳/۲۴۸	۱/۵۳	۷۴۶/۵۷۱	۱۷۷/۶۴۴**	۰/۸۴۷
C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۶۳۷/۱۶۵	۳/۰۶	۲۰۸/۰۴۳	۴۹/۵۰۳**	۰/۷۵۶
C*S (خطا ۲)	۲۰۵/۹۳۹	۴۹/۰۰	۴/۲۰۳		

P-Value < ۰/۰۱

آمارهای توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۶ ارائه شده است. میانگین‌های ارائه شده در جدول ۶، در شکل ۱

نمایش داده شده است و نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار با افزایش نمرات تاب‌آوری همراه است، در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست.

جدول ۶- میانگین و انحراف استاندارد نمره متغیر وابسته (تاب‌آوری)

متغیر	نوبت اجرا	رفتار درمانی - شناختی CBT (n=۱۱)		درمان هیجان‌مدار EFT (n=۱۱)		گواه Control (n=۱۳)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۵۰/۸۲	۱۲/۶۵	۴۲/۰۹	۱۴/۲۴	۵۰/۳۱	۲۱/۹۹
	پس‌آزمون	۶۰/۷۳	۱۱/۴۶	۵۲/۴۵	۱۵/۰۰	۵۰/۰۰	۲۲/۳۱
	پیگیری	۶۱/۴۵	۱۱/۵۷	۵۳/۵۵	۱۵/۳۲	۵۰/۲۳	۲۲/۷۶

P-Value < ۰/۰۱



شکل ۱- میانگین نمره تاب‌آوری در گروه نمونه

رفتاری، رویکرد مؤثری برای افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس است، هم‌سو بود (۱۷). همچنین با نتایج پژوهش امامی و همکاران که به تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته و به این نتیجه رسیده بودند که درمان شناختی-رفتاری، سبب افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش می‌شود نیز هم‌جهت بود (۱۸).

پژوهش Happer و همکاران که اثربخشی درمان CBT بر میزان تاب‌آوری کودکان آسیب دیده جنسی را تأیید کردند و مطالعات Yang و همکاران (که با مطالعات خود اثربخشی درمان CBT بر تاب‌آوری مبتلایان به ویروس ایدز را تأیید کردند، هم‌سو می‌باشد (۸،۹).

ابتلا به IBS با تبعات مختلف اجتماعی، اقتصادی، جسمانی، عاطفی، بین فردی همراه است که می‌تواند منجر به افزایش استرس، تزلزل روانی بیمار و ناتوان شدنشان گردد. در بستر CBT مبتلا به بیماری و مواجهه با بحران امری اجتناب‌ناپذیر است، ولی می‌توان با تغییر تفکر، نگرش و رفتار افراد در رابطه با شرایط ناخوشایند، تاب‌آوری آن‌ها را در برابر این موقعیات افزایش داد. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور نحوه

جهت بررسی اثربخشی و مقایسه آن در سه گروه از تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است.

جهت بررسی ماندگاری اثربخشی‌ها، نمره‌های نوبت پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایشی (رفتاردرمانی شناختی / درمان هیجان‌مدار) با استفاده از آزمون میانگین دو گروه وابسته (با استفاده از تفاوت زوج نمره‌ها) با یکدیگر مقایسه شده است. بر این اساس تاب‌آوری توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی CBT و EFT بر تاب‌آوری مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت. طبق نتایج حاصل، CBT بر افزایش سطح تاب‌آوری بیماران مؤثر بود که با یافته طبیب‌زاده و همکاران که با اجرای مداخله شناختی-رفتاری بر ۳۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در شهرستان ارومیه به این نتیجه رسیده بودند که درمان شناختی-

استدلال و نگرش متفاوتی در مواجهه با شرایط ناگوار اتخاذ می‌کنند؛ یعنی در پردازش فکری به جای تمرکز بر مشکل و پیامدهای آن، به خود توجه بیشتری می‌کنند.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت با تغییر تفکر، نگرش و رفتار افراد در بستر درمان شناختی-رفتاری، فرد مبتلا به IBS با اصلاح همزمان افکار و رفتار ناکارآمد خود می‌تواند با ناتوانی‌های حاصل از بیماری مزمن خود به شیوه‌ای سازگارانۀ مقابله کند و با دستیابی به تاب‌آوری بر تبعات منفی ناشی از بیماری تا حد زیادی غلبه کند.

طبق نتایج حاصل از این پژوهش، EFT نیز در افزایش سطح تاب‌آوری این بیماران مؤثر بود که این با یافته مطالعات پاینده و همکاران که در پژوهش خود به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری زنان مبتلا به دیابت پرداخته بودند، هم‌سو بوده است (۱۹).

در تبیین این یافته، می‌توان گفت تاب‌آوری منبعی درون روانی برای تسهیل غلبه بر مشکلات است و می‌تواند مدیریت استرس و دستیابی به آرامش و بهزیستی را در افراد تسهیل سازد (۲۰، ۶).

مداخلات CBT و EFT از نتایج مطلوبی در جهت افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر برخوردار بودند و در حوزه سلامت از این مداخلات می‌توان در جهت تسریع بهبود علائم بالینی IBS استفاده کرد.

در اجرای این مطالعه محدودیت‌هایی وجود دارد. در بیماران مبتلا به IBS شدت بیماری مؤلفه مهمی است که در این پژوهش زمان و امکان بررسی دقیق آن مهیا نبود و بررسی اثربخشی مداخلات بدون در نظر گرفتن متغیر، شدت بیماری صورت پذیرفت. همچنین عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده بررسی اثربخشی مداخلات CBT و EFT با کنترل اثر

متغیرهای مداخله‌گر و همچنین در نظر گرفتن تأثیر این مداخلات بر متغیر شدت علائم بیماری IBS صورت پذیرد. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان در کنار درمان‌های معمول پزشکی برای افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به IBS از مداخلات شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند که از مدیریت کلینیک داخلی گوارش و کبد مسعود و کارکنان آن که با همراهی خود و کلیه بیماران مبتلا به IBS که در این پژوهش شرکت کرده‌اند، قدردانی کنند.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه بین‌الملل کیش با کد اخلاق کمیته مصوب به شماره IR.HUMS.REC.1398.331 از دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان است.

تعارض منافع

بنا به اظهارات نویسندگان این مقاله، هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

میترا جهانگیرراد (نویسنده اول) طراحی مقاله، نگارش و جمع‌آوری داده‌ها ۴۰ درصد؛ آدیس کراسکیان موجهناری (نویسنده دوم و مسئول) مفهوم‌پردازی و ویرایش نهایی مقاله ۴۰ درصد؛ سیاوش ناصری‌مقدم (نویسنده سوم) نگارش بحث و ویرایش نهایی مقاله ۲۰ درصد.

حمایت مالی

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

References

1. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: The prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019; 50(2):132-43. DOI: 10.1111/apt.15325
2. Eriksson EM, Andrén KI, Kurlberg GK, Eriksson HT. Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(40):11439-49. DOI: 10.3748/wjg.v21.i40.11439
3. Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh. A 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 Sciences.* 2019; 29(2):181-90. DOI: 10.29252/iau.29.2.181
4. Sararoudi RB, Afshar H, Adibi P, Daghighzadeh H, Fallah J, Abotalebian F. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Res Med Sci.* 2011; 16(8):985-92. PMID: PMC3263093
5. Mortazavi NS, Yarolahi NA. Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *J Fundamentals Mental Health.* 2015; 17(3):103-8. [Persian] DOI: 10.22038/jfmh.2015.4309
6. Jones-Bitton A, Best M, Mac Tavish J, Fleming S, Hoy S. Stress, anxiety, depression, and resilience in Canadian farmers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020; 55(2):229-36. DOI: 10.1007/s00127-019-01738-2
7. Peter S, Tran Us, Michalski M, Moser M. The structure of resilience in irritable bowel syndrome and its improvement through hypnotherapy: Cross-sectional and prospective longitudinal data. *PLoS one.* 2018; 13(11):e0202538 DOI: 10.1371/journal.pone.0202538
8. Happer K, Brown EJ, Sharma-Pate K. Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child Abuse Negl.* 2017; 73:30-41 DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.09.021
9. Yang JP, Simoni JM, Dorsey S, Lin Z, Sun M, Bao M, Lu H. Reducing distress and promoting resilience: A preliminary trial of a CBT skills intervention among recently HIV-diagnosed MSM in China. *AIDS Care.* 2018; 30(sup5):S39-48. DOI: 10.1080/09540121.2018.1497768
10. Carpenter N, Angus L, Paivio S, Bryntwick E. Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: An exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies.* 2016; 15(2):67-94. DOI: 10.1080/14779757.2015.1132756
11. Wiebe SA, Johnson SM. Creating relationships that foster resilience in emotionally focused therapy. *Curr Opin Psychol.* 2017; 13:65-9 DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.05.001
12. Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan.* 2011; 1(2):30-44
13. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor - Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003; 18(2):76-82. DOI: 10.1002/da.10113
14. Fouladi N, Mohammadkhani Sh, Shahidi A, Ebrahimi Daryani N. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in improving and promoting mental and physical health of patients with irritable bowel syndrome. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2018; 6(3):312-3. [Persian] DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.3.312

15. Elliott R, Greenberg LS. The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *Am J Psychother.* 2007; 61(3):241-54. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241
16. Haghayegh SA, Neshatdoost HT, Adibi P, Shafii F. Efficacy of dialectical behavior therapy on stress, resilience and coping strategies in irritable bowel syndrome patients. *Zahedan J Res Med Sci.* 2017; 19(1):1-7. [Persian] DOI: 10.17795/zjrms-5809
17. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother.* 2011; 18(4):314-21. DOI: 10.1002/cpp.719
18. Tabibzadeh F, Sepehrian Azar F. The effect of cognitive-behavioral therapy on the resilience and obsessive rumination among multiple sclerosis (MS) patients. *MEJDS.* 2017; 7:45-45. [Persian]
19. Emami M, Askarizade G, Faziltpour M. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management group therapy on resilience and hope in women with breast cancer. *Positive Psychology Research.* 2018; 3(4):1-4. [Persian] DOI: 10.22108/ppls.2018.106094.1217
20. Payende F, Borjali M. The effectiveness of emotion therapy on resilience and coping self-efficacy with problems in women with diabetes. *Proceeding of the 2nd International Conference on Psychology, Counseling, Education;* 2018 Nov 22; Mashhad, Iran. [Persian]

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion focused therapy on resilience in patients with irritable bowel syndrome

Mitra Jahangirrad¹Addis Kraskian^{2*}Siavash Naseri Moghaddam³

1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Gastroenterology and Liver Diseases Research Center, Tehran, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Resilience is very important in patients with irritable bowel syndrome. The aim of this study was to compare the effectiveness of "cognitive-behavioral" therapy and "emotional" therapy on resilience in these patients.

Methods: In this quasi-experimental study, the statistical population were the patients with irritable bowel syndrome who referred to "Massoud Gastroenterology and Liver Clinic" in Tehran in 2020. Among these patients, 35 subjects were selected by simple sampling method and were assigned into three groups (two experimental groups and one control group) and the experimental groups underwent 8 weekly sessions of "cognitive-behavioral" or "emotional" treatment. The control group did not receive any psychological intervention. The measurement tool of this study was Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Two-factor analysis of variance with repeated measures (mixed analysis of variance) and one-way covariance analysis were used to analyze the data. SPSS software version 26 was used for data analysis.

Results: The results showed that "Cognitive-behavioral" therapy and "emotion-focused" therapy were effective on the resilience of patients with irritable bowel syndrome ($P < 0.05$), and both treatments had a lasting effect over the time ($P < 0.05$). There was no significant difference between the effectiveness of these two treatments on the resilience ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, Cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy are effective interventions for enhancing resilience of irritable bowel syndrome patients and these interventions can be used in programs designed to manage the symptoms of these patients.

Key Words: Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion Focused Therapy, Resilience, Irritable Bowel Syndrome.

Original Article

Received: 27 May 2021

Accepted: 5 Sep 2021

How to cite this article: Jahangirrad M, Kraskian A, Naseri Moghaddam S. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion Focused Therapy on Resilience in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(1):60-70.

Correspondence: Addis Kraskian, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Tel: +98 9121465364

Email: adiskraskian@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-4979-5655