Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2021, Vol 12, NO 3



The Effectiveness of Behavioral Cognitive Intervention based uncertainty Intolerance and acceptance and commitment Intervention on Anxiety, Severity of Gastrointestinal Symptoms and Cortisol Level of Irritable Bowel Syndrome Patients with Generalized Anxiety Disorder; follow up for three months

Zainab Ezzati[1], Fatemeh shahabizadeh[2*], Kourosh Soleimannejad [3], Maryam Nasri[4]

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Ph.D, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
3. Assistant Professor, Ph.D. Birjand Branch, Islamic Azad University and Ilam university of medical sciences, Ilam. Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ph.D, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Irritable bowel syndrome is one of the most common causes of chronic abdominal pain, therefore the aim was the effectiveness of behavioral cognitive intervention based uncertainty intolerance and acceptance and commitment intervention on anxiety, severity of gastrointestinal symptoms and cortisol level in patients with irritable bowel syndrome with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest and posttest design with a control group and follow up for three months. The statistical population included patients with irritable bowel syndrome and generalized anxiety disorder who referred to Parsian Hospital between late winter 1398 to mid-summer 1399 and internal medicine in Tehran. 60 patients were selected through targeted sampling and randomly assigned in Behavioral Cognitive Intervention based Intolerance of uncertainty, acceptance and commitment Intervention and control (n= 20 each). Data were collected analyzed using the Irritable Bowel Syndrome, Severity of Gastrointestinal Symptoms, Anxiety and blood cortisol level test and by SPSS-25 and using analysis of variance were performed by repeated measures.

Results: Both interventions had a significant effect on reducing the severity of irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptoms and blood cortisol levels ($P<0.01$, this effect was stable during follow-up period ($P<0.01$). Regarding anxiety, only cognitive-behavioral intervention had a significant effect ($P<0.01$)

Conclusion: Behavioral cognitive and acceptance and commitment interventions as an effective intervention can be used in medical centers to reduce severity of gastrointestinal symptoms and blood cortisol levels of patients with irritable bowel syndrome and generalized anxiety disorder.

Key words: Intolerance of Uncertainty, Acceptance and Commitment Intervention, Severity of Gastrointestinal Symptoms, Cortisol, Generalized Anxiety Disorder

Please cite this paper as:
Ezzati Z, Shahabizadeh F, Soleimannejad K, Nasri M [The Effective of Behavioral Cognitive Intervention based uncertainty Intolerance and acceptance and commitment Intervention on Anxiety, Severity of Gastrointestinal Symptoms and Cortisol Level of Irritable Bowel Syndrome Patients with Generalized Anxiety Disorder; follow up for three months(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3):60-79.

Corresponding Author: Fatemeh Shahabizadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Ph.D, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

اثربخشی مداخله شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلیفی و مداخله پذیرش و تعهد بر اضطراب، شدت علایم گوارشی و سطح کورتیزول بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر دارای اختلال اضطراب فراگیر؛ پیگیری سه ماهه

زینب عزتی[۱]، فاطمه شهابی زاده[۲*]، کورش سلیمانی نژاد[۳]، مریم نصری[۴]

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۳. استادیار، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ایلام، ایران
۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱۵ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۳/۲۲** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۶**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: سـندرم روده تحریک‌پذیـر یکـی از شـایع‌ترین علت‌هـای دردهـای مزمـن شـکمی اسـت، بنابرایـن هـدف بررسـی اثربخشـی مداخلـه شـناختی رفتـاری عـدم تحمـل بلاتکلیفـی و پذیـرش و تعهـد بـر اضطـراب، شـدت علایـم گوارشـی و سـطح کورتیـزول بیمـاران دارای اختـلال اضطـراب فراگیـر بـا سـندرم روده تحریک‌پذیـر بـود.

مـــواد و روش‌هـــا: ایـن مطالعـه نیمـه تجربـی بـا طـرح پیش‌آزمـون/ پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل و پیگیـری سـه ماهـه بـود. جامعـه آمـاری، بیمـاران دارای اختـلال اضطـراب فراگیـر مبتـلا بـه سـندرم روده تحریک‌پذیـر مراجعـه کننـده در اواخـر زمسـتان ۱۳۹۸ تـا اواسـط تابسـتان ۱۳۹۹ بـه بیمارسـتان پارسـیان و مطب‌هـای متخصصـان داخلـی شـهر تهـران بـود. ۶۰ نفـر بیمـار بـه روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه مداخلـه شـناختی رفتـاری و پذیـرش و تعهـد و کنتـرل (۲۰ نفـره) قـرار گرفتنـد. داده‌هـا بـا اسـتفاده از پرسشـنامه‌های شـدت سـندرم روده تحریک‌پذیـر، شـدت علایـم گوارشـی و پرسشـنامه اضطـراب و سـطح کورتیـزول خـون جمـع‌آوری و در نرم‌افـزار SPSS-25 بـا اسـتفاده از تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر تحلیـل شـد.

یافته‌هـــا: هـر دو مداخلـه اثـر معنـاداری بـر کاهـش شـدت سـندرم روده تحریک‌پذیـر و علایـم گوارشـی و سـطح کورتیـزول خـون داشـت ($P<۰/۰۱$) و ایـن اثـر در طـول دوره پیگیـری پایـدار بـود ($P>۰/۰۱$) در خصـوص اضطـراب تنهـا مداخلـه شـناختی رفتـاری اثـر معنـاداری داشـت ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیـــری: مداخلـه شـناختی رفتـاری و پذیـرش و تعهـد بـه عنـوان یـک مداخلـه موثـر، می‌توانـد در مراکـز درمانـی و بهداشـتی در جهـت کاهـش شـدت علایـم گوارشـی و سـطح کورتیـزول بیمـاران دارای اختـلال اضطـراب فراگیـر بـا سـندرم روده تحریک‌پذیـر بـکار بـرده شـود.

واژه‌های کلیدی: عدم تحمل بلاتکلیفی، مداخله پذیرش و تعهد، شدت علایم گوارش، کورتیزول، اضطراب فراگیر

مقدمه

اختـــلالات گوارشـــی کارکـــردی گروهـــی از بیماری‌هـــای پزشـــکی هســـتند و یکـــی از شـــایع‌ترین و پُـــر عارضه‌تریـــن بیماری‌هـــای گوارشـــی، ســـندرم روده تحریک‌پذیـــر اســـت[(۱)]

نویسنده مسئول: فاطمه شهابی‌زاده، دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
پست الکترونیک: f_shahabizadeh@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

که با "درد مُزمن شکم و تغییرات اجابت مزاج مشخص می‌شود[۲] و شیوع آن در بزرگسالان ایرانی ۲۰/۲۷ درصد گزارش شده است[۳]. این بیماری به عنوان یک مفهوم ترکیبی زیستی-روانی- اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که تحت تأثیر شدت علائم گوارشی و علائم خارج روده‌ای، اختلالات همراه و عوامل روانی- اجتماعی قرار می‌گیرد[۴]، علاوه بر آن مطالعات در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه بین سطح بالای کورتیزول و تشدید علائم اسهال[۵] و شدت علائم بیماری[۶] را نشان دادند، از طرفی موقعیت‌هایی‌که با تجربه‌ی عواطف منفی زیاد، انزاوی اجتماعی، ناتوانی در کنترل و مدیریت نگرانی و احساس درماندگی همراه است، می‌تواند سبب افزایش ترشح کورتیزول شود[۷]. مطالعات نیز در حمایت از این مطلب، رابطه بین استرس و کورتیزول را نشان دادند[۸]. لذا می‌توان به این نتیجه دست یافت که بین نشانگان روانشناختی و شدت سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. بررسی‌ها نیز نشان داده است ۷۰ تا ۹۰ درصد بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، اختلال روان‌پزشکی دارند[۹]. گزارش حجم زیادی از یافته‌ها، درباره نرخ بالای علائم روان‌شناختی و همبودی اختلالات روان‌پزشکی در سندرم روده تحریک‌پذیر، نشان‌دهنده‌ی نقش اضطراب و نشانگان روانی- اجتماعی در سبب‌شناسی و تشدید نشانگان روده تحریک‌پذیر است[۸].

مطالعات نشان داده است، شیوع اختلال اضطراب فراگیر در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر حداقل ده درصد بیشتر از افراد عادی است[۱۰]، اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درباره اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود[۱۱]. در مطالعه زمانی، علیزاده تبری و زمانی[۱۲] نیز ۳۹ درصد بیماران روده تحریک‌پذیر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شناسایی شدند. در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر، رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی و درمان‌های شناختی رفتاری به‌کار گرفته شده است، هر چند در بعضی مطالعات نتایج اثربخشی مداخله شناختی رفتاری تایید نشد[۱۳،۱۴]، اما بعضی مطالعات اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری را در اضطراب بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر همبود با اختلالت اضطرابی نشان داده اند[۱۵]. اگرچه کاملاً مشخص شده است که علائم اضطراب اغلب در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر وجود دارد، اما کمتر در مورد نقش عدم تحمل عدم بلاتکلفی در این جمعیت بررسی شده است. درمان شناختی- رفتاری روش داگاس[۱۶] الگوی اختصاصی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت‌های بالینی و بیماران مزمن طبی است که به سازه‌ی شناختی نگرانی و سازوکارهای شناختی زیربنایی در حفظ و تداوم نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی پرداخته است[۱۷]. مطالعات نقش عدم تحمل بلاتکلیفی را در شدت علایم روده تحریک‌پذیر نشان دادند[۱۸،۱۹]، البته قابل ذکر است برخی مطالعات نیز عدم کارآمدی و وجود مشکلات قابل توجهی را در فرایند ارزیابی و تدوام شرکت بیماران در مداخله شناختی رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی گزارش دادند[۲۰]. از طرفی یکی از درمان‌هایی که اخیراً در مرکز توجه پژوهشگران در زمینه کاهش مشکلات بیماران روان‌تنی و سندرم روده تحریک‌پذیر قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است[۲۱،۲۲]. عدم تحمل بلاتکلیفی ریشه در عدم پذیرش شرایط فعلی و به نوعی پایین بودن سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، بنابراین مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش روانی افکار و احساسات مضطرب‌کننده تأکید دارد[۲۳]. در مجموع در این رویکرد شش فرایند مرکزی شامل پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه آموزش داده می‌شود[۲۴]. شواهد بیان می‌کند که درمان مبتنی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

بـر پذیـرش و تعهـد، بـا سـطوح پایین‌تـر عاطفـه منفـی و علائـم درمـان شـناختی همـراه اسـت[۲۵] و بـر خـلاف نتایـج بعضـی مطالعـات[۲۶] منجـر بـه کاهـش شـدت علایـم روده تحریک‌پذیـر[۲۷] و درد[۲۸] و کاهـش علائـم روان‌تنـی[۲۹] می‌گـردد. امـا نکتـه قابـل تأمـل ایـن اسـت کـه بـا توجـه بـه بررسـی‌های بـه عمـل آمـده توسـط پژوهشـگر، مقایسـه دو مداخلـه شـناختی رفتـاری متمرکـز بـر عـدم تحمـل بلاتکلیفـی و درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد کـه دو مداخلـه فعـال اسـت در کنـار گـروه کنتـرل در بیمـاران سـندرم روده تحریک‌پذیـر کـه تشـخیص اضطـراب فراگیـر را نیـز دریافـت می‌کننـد بررسـی نشـده اسـت. بـه هـر حـال مطالعـات در مـورد اثـرات متقابـل مغـز- روده و اختـلال عملکـرد ایـن محـور در دهـه‌ی گذشـته افزایـش یافتـه اسـت و بـا توجـه بـه ارتبـاط دوطرفـه بیـن مغـز و روده از طریـق سیسـتم عصبـی اتونـوم (خـودکار)، فیزیولـوژی روده تحـت تأثیـر قـرار گرفتـه و بـر چگونگـی تجربـه و علائـم سـندرم روده تحریک‌پذیـر مؤثـر اسـت[۳۰]. بـا اذعـان بـه مطالـب بـالا هـدف پژوهـش حاضـر بررسـی اثربخشـی مداخلـه شـناختی رفتـاری عـدم تحمـل بلاتکلیفـی و مداخلـه پذیـرش و تعهـد بـر اضطـراب، شـدت علائـم روده تحریک‌پذیـر و گوارشـی و سـطح کورتیـزول خـون بیمـاران بـا سـندرم روده تحریک‌پذیـر دارای اختـلال اضطـراب فراگیـر انجـام گردیـد.

روش

ایـن پژوهـش از نـوع نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل و پیگیـری سـه ماهـه بـود؛ جامعـه‌ی آمـاری ایـن پژوهـش شـامل تمامـی بیمـاران مبتـلا بـه سـندرم روده تحریک‌پذیـر سـاکن شـهر تهـران در سـال ۹۹-۱۳۹۸ بـود کـه جهـت دریافـت خدمـات درمانـی بـه بیمارسـتان پارسـیان، مطب‌هـای خصوصـی پزشـکان متخصـص داخلـی و فـوق تخصـص گـوارش مناطـق ۱۷ و ۱۸ تهـران بیـن ماه‌هـای اسـفند ۱۳۹۸ تـا اوایـل مـرداد سـال ۱۳۹۹ مراجعـه کـرده و توسـط پزشـکان مبتـلا بـه سـندرم روده تحریک‌پذیـر تشـخیص داده شـده بودنـد. جهـت بررسـی و مقایسـه ۳ گـروه و بـا در نظـر گرفتـن تـوان آزمـون لازم (۹۳ درصـد) و انـدازه اثـر متوسـط برابـر ۰/۵۰ و احتمـال خطـای ۰/۰۵، و بـا احتمـال ریـزش ۶۰ تـن بـرای ۳ گـروه بـه روش هدفمنـد در نظـر گرفتـه شـد.

در مرحلـه اول بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری در دسـترس، تعـداد ۱۷۸ نفـر بـه صـورت داوطلبانـه و بـا رضایـت آگاهانـه انتخـاب و بـا توجـه بـه ملاک‌هـای ورود و خـروج پژوهـش، بیـن ماه‌هـای اسـفند ۱۳۹۸ تـا اوایـل مـرداد سـال ۱۳۹۹ شناسـایی و وارد مرحلـه اول پژوهـش شـدند. ملاک‌هـای ورود بـه پژوهـش عبـارت بـود از؛ ۱) تشـخیص قطعـی سـندرم روده تحریک‌پذیـر در زیرگـروه اسـهال ایـن مـلاک بـر اسـاس تشـخیص پزشـک متخصـص (براسـاس پرونـده پزشـکی) انجـام گردیـد، ۲- دریافـت درمـان دارویـی زیـر نظـر پزشـک متخصـص (گوارشـی) و عـدم دریافـت درمان‌هـای روان‌شـناختی طـی ۳ مـاه گذشـته؛ ۳- حداقـل دارای تحصیـلات دیپلـم و ۴- دامنـه سـنی ۲۰ الـی ۵۰ سـاله. ملاک‌هـای خـروج از پژوهـش نیـز شـامل؛ ۱) غیبـت بیـش از ۲ جلسـه از شـرکت در جلسـات مداخلـه؛ ۲) بیمـاری گوارشـی ارگانیـک مشـخص؛ ۳) سـابقه جراحـی شـکم؛ ۴) وجـود علائـم هشـداردهنده کـه در پرونـده پزشـکی بیمـار ذکـر گردیـده بـود (اسـهال شـبانه، اسـهال خونـی، کاهـش وزن، آنمـی، دسـفاژی، سـابقه خانوادگـی بدخیمـی) و ۵) اعتیـاد

شـیوه اجـرا در مرحلـه اول بـه ایـن صـورت بـود کـه پـس از هماهنگـی بـا پزشـکان متخصـص داخلـی و فـوق تخصـص گـوارش داوطلـب، تعـداد ۱۷۸ نفـر از بیمارانـی کـه دارای علائـم اسـهال در سـندرم روده تحریک‌پذیـر بودنـد، بـه پژوهش‌گـر ارجـاع داده شـدند و پرسشـنامه اضطـراب فراگیـر نیومـن و همـکاران[۳۱] اجـرا شـد و بیمارانـی کـه در ایـن مرحلـه در ۹ آیتـم ایـن پرسشـنامه نمـره بالاتـر از نقطـه بـرش (۵/۷) کسـب می‌کردنـد، وارد مرحلـه دوم می‌شـدند کـه تعـداد بیمـاران شناسـایی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

شـده در ایـن مرحلـه، ۸۳ نفـر بـود. در مرحلـه بعـد مصاحبـه بالینـی سـاختار یافتـه[۳۲] انجـام شـد. بـرای تشـخیص اضطـراب فراگیـر بـر اسـاس مصاحبـه سـاختار یافتـه، نشـانگان اختـلال اضطـراب فراگیـر در پنجمیـن راهنمـای آمـاری و تشـخیصی اختـلالات روانـی شـماره ۵، بـه شـکل پرسـش‌های سـاخت‌دار از مراجعیـن پرسـیده شـد و بیمارانـی کـه در ۴ نشـانه از ایـن نشـانگان، نمـره ۳ را کسـب کردنـد، شناسـایی شـدند. افـزون بـر آن دیگـر اختـلالات روانـی از جملـه اختـلالات سـایکوتیک و شـخصیت نیـز بررسـی شـد و در نهایـت بیمـاران بـا اضطـراب فراگیـر کـه فاقـد اختـلال سـایکوتیک یـا شـخصیت بودنـد ۶۰ نفـر شناسـایی شـدند. پـس از جایگزینـی تصادفـی گروه‌هـای آزمایـش و گـواه (۲ گـروه آزمایـش و ۱گـروه گـواه)، بـرای ۲۰ نفـر آزمودنـی گـروه آزمایـش ۱، برنامـه تحمـل بلاتکلیفـی بـه شـیوه شـناختی- رفتـاری تـوام بـا آمـوزش بهداشـت خـواب و بـرای ۲۰ آزمودنـی گـروه آزمایـش ۲، آمـوزش مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد انجـام شـد، امـا بـرای ۲۰ آزمودنـی گـروه کنتـرل جلسـات مداخلـه اجـرا نگردیـد. پـس از اتمـام جلسـات مداخلـه، مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری بـرای افـراد سـه گـروه انجـام شـد.

جلسـه آشـنایی بـا کلیـه بیمـاران در مرکـز مشـاوره آمـوزش و پـرورش (سـراج) واقـع در منطقـه ۱۸ تهـران تـدارک دیـده شـد. بنـا بـر شـرایط حاکـم بـه دلیـل شـیوع پاندمـی کرونـا، ۶۰ نفـر بـه گروه‌هـای ۱۰ نفـره تقسـیم شـدند و در ۶ جلسـه، ۱ سـاعته در دو روز متوالـی در تاریـخ ۹۹/۵/۴ و ۹۹/۵/۵ بیـن سـاعت‌های ۹ تـا ۱۲ حضـور بـه عمـل آوردنـد. افـراد گـروه نمونـه بـه صـورت جایگزینـی تصادفـی در سـه گـروه (دو گـروه آزمایـش ۲۰ نفـر و یـک گـروه کنتـرل ۲۰) جایگزیـن شـدند، سـپس پرسشـنامه‌های مرحلـه پیش‌آزمـون بـه تمـام افـراد گروه‌هـای نمونـه تحویـل داده شـد. افـراد گـروه آزمایـش (درمـان شـناختی- رفتـاری داگاس همـراه بـا آمـوزش بهداشـت خـواب) در روزهـای یکشـنبه مورخـه ۹۹/۵/۱۲ بـه مـدت سـه مـاه مداخلـه آمـوزش خـود را شـروع کردنـد. ایـن جلسـات بـه صـورت هفتـه‌ای یـک جلسـه و میانگیـن بـه مـدت دو سـاعت (بیـن سـاعت ۹ صبـح تـا ۱۲ ظهـر) برگـزار می‌گردیـد. در مـورد گـروه آزمایـش دو (مداخلـه پذیـرش و تعهـد) نیـز ایـن گونـه بـود کـه بعـد از تکمیـل فرم‌هـای پرسشـنامه در تاریـخ ۹۹ /۵/۱۳ روز دوشـنبه بـه مـدت سـه مـاه اولیـن جلسـه مداخلـه شـروع گردیـد. ایـن جلسـات نیـز بـه صـورت هفتـه‌ای یـک جلسـه و میانگیـن بـه مـدت دو سـاعت (بیـن سـاعت ۹ صبـح تـا ۱۲ ظهـر) ارائـه می‌گردیـد. لازم بـه ذکـر اسـت مداخـلات آموزشـی در سـالن مرکـز مشـاوره سـراج و مـدارس منطقـه ۱۸ بدلیـل اسـتفاده از فضـای بـاز انجـام شـد و مصاحبـه هـا نیـز در مرکـز مشـاوره سـراج، کلینیـک فرهنگیـان و مطـب پزشـک‌های منطقـه ۱۷ و ۱۸ کـه در ایـن پژوهـش مشـارکت داشـتند صـورت گرفـت. لازم بـه ذکـر اسـت، در مرحلـه پس‌آزمـون در گـروه آزمایـش اول چهـار نفـر بـه دلیـل غیبـت بیـش از ۴ جلسـه از پژوهـش کنـار گذاشـته شـدند (ایـن افـراد تـا آخـر پژوهـش بودنـد، ولـی پرسشـنامه‌های ایـن ۴ نفـر وارد تحلیـل نگردیـد). در گـروه درمـان پذیـرش و تعهـد نیـز از بیـن ۲۰ نفـر، چهـار نفـر بـه دلیـل ناقـص پـر کـردن پرسشـنامه و غیبـت بیـش از ۴ جلسـه از پژوهـش کنـار گذاشـته شـدند. پـس از وارد نمـودن داده‌هـای پرسشـنامه‌ها در نرم‌افـزار spss، و بعـد از گذشـت سـه مـاه از مرحلـه اجـرای پس‌آزمـون، جهـت اجـرای مرحلـه پیگیـری، مجـددا پرسشـنامه‌های پژوهـش بـرای دو گـروه آزمایـش و گـروه کنتـرل ارسـال گردیـد. ایـن مطالعـه از کمیتـه اخـلاق دانشـگاه علـوم پزشـکی شهرسـتان بیرجنـد بـا شـماره و مشـخصه .IR.BUMS REC.1399.117 تاییدیـه دارد. در ایـن مطالعـه نـکات اخلاقـی از جملـه ارایـه توضیحـات جامـع قبـل از نمونه‌گیـری در زمینـه مداخلـه، زمـان پژوهـش، روش کار، اهـداف پژوهـش و امـکان خـروج در هـر مرحلـه از پژوهـش و همچنیـن داوطلـب بـودن شـرکت بیمـاران و اطـلاع رسـانی محرمانـه بـودن اطلاعـات انجـام شـد و رضایـت نامـه شـرکت آگاهانـه در پژوهـش بـه امضـای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

بیمـاران رسـید. لازم بـه ذکـر اسـت اگرچـه بـرای گـروه کنتـرل مداخلـه‌ای صـورت نگرفـت، امـا بعـد از کامـل شـدن فرآینـد پژوهـش، جهـت رعایـت مسـائل اخلاقـی بـرای گـروه کنتـرل نیـز بـه صـورت خلاصـه در ۶ جلسـه و هـر جلسـه بـه مـدت ۳ سـاعت درمـان پذیـرش و تعهـد اجـرا گردیـد.

در ایـن پژوهـش از مصاحبـه بالینـی سـاختار یافتـه و پرسشـنامه اضطـراب فراگیـر جهـت نمونـه گیـری اولیـه اسـتفاده شـد و جهـت گـرداوری داده هـا از پرسشـنامه‌های اضطـراب بـک، شـدت علایـم رو ده تحریک‌پذیـر، شـدت علایـم گوارشـی اسـتفاده شـد، همچنیـن سـطح کورتیـزول خـون نیـز اندازه‌گیـری شـد. پـس از جمـع‌آوری پرسشـنامه‌ها اطلاعـات و داده‌هـا بـه صـورت کـد وارد برنامـه نرم‌افـزاری SPSS25 شـد و مـورد تحلیـل قـرار گرفـت. در ایـن مطالعـه از ابزارهـای زیـر جهـت نمونـه گیـری هدفمنـد اسـتفاده شـد:

مصاحبـه سـاختار یافتـه بالینـی بـر اسـاس راهنمـای تشـخیصی و آمـاری اختلال‌هـای روانـی نسـخه ۵ توسـط فیرسـت و همـکاران در سـال ۲۰۱۶ طراحـی شـد و بـرای تشـخیص گـذاری بالینـی اختـلالات روانـی مـورد اسـتفاده قـرار می‌گیـرد[۳۲]. بـه ایـن معنـا کـه سـوالات هـر اختـلال بـر گرفتـه از تـک تـک ملاک‌هـای هـر یـک از اختلال‌هـای راهنمـای تشـخیصی و آمـاری اختلال‌هـای روانـی نسـخه ۵ اسـت. شـانکمن و همـکاران[۳۳] بـه بررسـی روایـی و پایایـی شـدت علایـم اختلال‌هـای روانـی مصاحبـه سـاختار یافتـه بالینـی پرداختنـد، روایـی ابـزار از طریـق اجـرای روایـی همزمـان مصاحبـه سـاختار یافتـه بالینـی بـا برنامـه ارزیابـی ناتوانـی سـازمان بهداشـت جهانـی در خصـوص اختـلال افسـردگی در ۷۱ تـن از نمونـه بـا میانگیـن سـنی ۲۲/۲۳ سـال شـامل ۲۴ مـرد و ۴۷ زن برابـر ۰/۴۰ بدسـت آمـد. پایایـی نیـز بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـا کرونبـاخ در ۵۱ تـن از نمونـه فـوق، شـامل ۲۱ مـرد و ۳۰ زن بیشـتر از ۰/۸۰ گـزارش شـد. در ایـران در مطالعـه شـریفی و همـکاران[۳۴] جهـت بررسـی ثبـات مصاحبـه سـاختار یافتـه بالینـی از میـزان ثبـات بـه روش آزمـون بازآزمـون در ۲ مصاحبـه مسـتقل بـا فاصلـه ۳ تـا ۷ روز بـرای ۱۰۴ بیمـار ۱۸ تـا ۶۵ سـاله مراجعـه کننـده بـه درمانگاه‌هـای سـرپایی و بخش‌هـای بسـتری ۳ مرکـز روانپزشـکی اسـتفاده شـد و عـدد کاپـا بـرای تمـام تشـخیص هـا (جـز اختـلالات اضطرابـی) بیـن ۰/۴۴ تـا ۰/۷۶ و توافـق کلـی (کاپـای مجمـوع) بـرای کل تشـخیص‌های فعلـی ۰/۵۲ و بـرای کل تشـخیص‌های طـول عمـر ۰/۵۵ بـه دسـت آمـد کـه نشـان دهنـده ثبـات مطلـوب "مصاحبـه سـاختار یافتـه بالینـی" اسـت.

پرسشـنامه اختـلال اضطـراب فراگیـر: ایـن پرسشـنامه توسـط نیومـن و همـکاران[۳۱] در سـال ۲۰۰۲ تدویـن و ۱۳ گویـه دارد کـه بـه صـورت ۹ درجـه‌ای نمـره گـذاری می‌شـود. نیومـن و همـکاران[۳۱] همسـانی درونـی (آلفـا کرونبـاخ= ۰/۹۴) و بازآزمایـی بـرای دو هفتـه را (بـرای ۹۲ نمونـه) قـوی گـزارش کردنـد و ضریـب توافقـی کاپـا بـا مصاحبـه سـاختاریافته ۰/۹۷ گـزارش شـد. نقطـه بـرش ایـن مقیـاس بـه عنـوان یـک ابـزار تشـخیصی ۵/۷ گـزارش شـده اسـت[۳۵]. در پژوهـش حاضـر نیـز میـزان آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۹ بـرای مقیـاس مذکـور بـه دسـت آمـد کـه حاکـی از پایایـی مطلـوب ایـن مقیـاس می‌باشـد.

در ایـن پژوهـش جهـت گـرداوری داده‌هـا از پرسشـنامه‌های زیـر اسـتفاده شـد:

پرسشـنامه اضطـراب بـک: ایـن پرسشـنامه توسـط بـک در سـال ۱۹۸۸ تدویـن شـده اسـت و شـامل ۲۱ گویـه اسـت کـه در برابـر هـر عبـارت، چهـار گزینـه جهـت پاسـخ وجـود دارد. شـیوه امتیازدهـی بـه صـورت ۴ درجـه‌ای از صفـر تـا ۳ اسـت و دامنـه نمـرات اضطـراب از صفـر تـا ۶۳ اسـت و نمـرات بالاتـر نشـان دهنـده اضطـراب بیشـتر اسـت. سـیکا و گایسـیا[۳۶] در پژوهشـی ثبـات درونـی ایـن آزمـون را بـا اسـتفاده از ضریـب آلفـا کرونبـاخ ۰/۸۶ بـه دسـت آوردنـد. در ایـران نیـز ضریـب همسـانی درونـی آن (ضرایـب آلفـا) ۰/۹۲، اعتبـار آن بـا روش بازآزمایـی بـه فاصلـه یـک هفتـه ۰/۷۵ و همبسـتگی ماده‌هـای آن از ۰/۳۰

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

تـا ۰/۷۶ نشـان داده شـد[۳۷]. در پژوهـش حاضـر نیـز میـزان آلفـای کرونبـاخ ایـن پرسشـنامه ۰/۹۳ بـه دسـت آمـد.

مقیـاس شـدت علائـم روده تحریک‌پذیـر: ایـن مقیـاس توسـط فرانسـیس، موریـس و ورویـل[۳۸] در سـال ۱۹۹۷ تدویـن و دارای ۵ سـوال اسـت کـه بیمـار در پاسـخ بـه هـر سـوال روی یـک خـط افقـی از (۰ تـا ۱۰) علامـت می‌گـذارد. در ایـن مقیـاس نمـره صفـر نمایانگـر کمتریـن شـدت و نمـره ۱۰ نمایانگـر شـدیدترین علائم در بیماران اسـت. دامنـه تغییـرات بیـن صفـر تـا بیشـتر از ۵۰ می‌باشـد[۳۸]. ضریـب همبسـتگی درونـی مقیـاس ۰/۸۶ و آلفـا کرونبـاخ ۰/۶۹ گـزارش شـده اسـت[۳۹]. ضریـب آلفـا کرونبـاخ ایـن مقیـاس در پژوهـش حاضـر ۰/۷۱ بـه دسـت آمـد.

پرسشـنامه علائـم گوارشـی: ایـن پرسشـنامه یـک ابـزار سـنجش بیمـاری اسـت کـه بـه وسـیله دایمنـز، گلایـس، هالربـاک، هرنگویسـت، اسـودلاوند و وایکلونـد[۴۰] در سـال ۱۹۹۵ براسـاس بررسـی علائـم معـدوی-روده‌ای و تجربـه بالینـی سـاخته شـده و بـرای ارزیابـی علائـم رایـج اختـلالات گوارشـی بـه کار مـی‌رود. ایـن پرسشـنامه دارای ۱۵ سـوال اسـت کـه هـر سـوال برحسـب طیـف لیکـرت ۷ درجـه‌ای از عـدم ناراحتـی (نمـره صفـر) تـا ناراحتـی شـدید (نمـره ۶) نمره‌گـذاری می‌شـود. همچنیـن، ایـن پرسشـنامه شـامل ۵ زیرمقیـاس اسـت کـه عبارتنـد از: دل درد، سـندرم ریفلاکـس، سـندرم اسـهال، سـندرم یبوسـت، سـندرم سـوءهاضمه. نمـره کل از جمـع میانگیـن نمـرات در هـر زیرمقیـاس بـه دسـت می‌آیـد و افزایـش نمـره در ایـن پرسشـنامه بیانگـر شـدت علائـم اسـت. در پژوهشـی بـه منظـور بررسـی خصوصیـات روانسـنجی پرسشـنامه نتایـج اعتبـار همسـانی بـرای اختـلال سـوء هاضمـه عملکـردی بیـن ۰/۴۳ تـا ۰/۸۷ متغیـر بـود و همچنیـن در بازآزمایـی دو هفتـه ضریـب پایایـی پرسشـنامه بیـن ۰/۳۶ تـا ۰/۷۵ متغیـر بـود[۴۱]. در ایـران نیـز اعتبـار همسـانی درونـی بـرای ۵ زیرمقیـاس برحسـب ضریـب آلفـای کرونبـاخ بـه ترتیـب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ بـرآورد شـده اسـت[۴۲]. در پژوهـش حاضـر نیـز بـه منظـور بررسـی پایایـی پرسشـنامه از روش آلفـای کرونبـاخ اسـتفاده شـد کـه نمـره آلفـای کرونبـاخ بـرای کل پرسشـنامه ۰/۸۱ بـه دسـت آمـد کـه حاکـی از پایایـی مناسـب ایـن پرسشـنامه می‌باشـد.

سـنجش سـطح کورتیـزول: سـطح کورتیـزول سـرم خـون کلیـه بیمـاران (۶۰ نفـر) بـه روش رادیـو ایمونواسـی، سـاعت ۸ صبـح در تاریـخ ۹۹ /۵/۴ در مرحلـه پیش‌آزمـون توسـط یـک پرسـنل آزمایشـگاه معتبـر منطقـه ۱۸ 3CC خون‌گیـری شـده و بـه آزمایشـگاه ارسـال گردیـد و ایـن فراینـد در تاریـخ ۹۹/۷/۱۵ در مرحلـه پس‌آزمـون و در تاریـخ ۹۹/۱۱/۱۵ در مرحلـه پیگیـری اندازه‌گیـری شـد.

مداخلـه شـناختی رفتـاری عـدم تحمـل بلاتکلیفـی: بر اسـاس برنامـه درمانی اقتباس شـده از کتـاب "درمان شـناختی رفتاری برای اختلال اضطـراب فراگیر" اثر داگاس و رابی‌چـاوود[۴۳] این درمـان در مـورد آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۱۲ جلسه هفتگی، ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی اجرا شـد. افزون بـر آن در این پژوهش، آموزش بهداشـت خواب بین جلسـات ۱۰، ۱۱، و ۱۲ صـورت گرفت. عناوین و اهداف مداخلات شـناختی و رفتاری به شـرح جدول ۱ بود:

مداخلـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد: در ایـن پژوهـش، جلسـات درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد در ۱۲ جلسـه هفتگـی در ۹۰ دقیقـه بـه صـورت گروهـی بـر اسـاس کتابچـه راهنمـای درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد نوشـته آیفـرت و فورثایـت[۴۴] بـه شـرح جـدول ۱ اسـتفاده شـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۱. مداخله شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلیفی و مداخله پذیرش و تعهد

مداخله	جلسه	اهداف و تمارین
مداخله شناختی رفتاری	اول	معارفه بین بیماران و درمانگر، شناسایی و ایجاد ارتباط، بیان انتظارات در فرآیند درمان، تاکید بر محرمانه بودن جلسات و افزایش آگاهی در خصوص علائم اختلال اضطراب فراگیر، تهیه فهرستی از مشکلات فعلی بیمار، ارائه منطق درمان و آموزش اصول درمان رفتاری و آگاهی‌افزایی درباره نگرانی، توضیح کاربرگ علائم مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، آموزش آرام‌سازی تنفسی، تکالیف: تکمیل کاربرگ استاندارد پذیرش توسط بیمار و تکمیل کاربرگ فرم نگرانی روزانه.
	دوم و سوم	ارزیابی سوء مصرف مواد و استفاده از کافیین و اختلال‌های خواب، آشکارکننده‌های عدم تحمل بلا تکلیفی و تهیه لیست متنوعی از آن توسط درمانجو، آموزش آرام‌سازی عضلانی تکالیف: تشخیص بلاتکلیفی (کاربرگ نقش عدم تحمل بلا تکلیفی)
	چهارم	مواجهه رفتاری و راهکارهایی برای مقابله با بلاتکلیفی، مرور کاربرگ "ثبت نگرانی بیمار" برای تعیین فراوانی، طول مدت، موقعیت‌های برانگیزاننده، عوامل زمینه‌ساز و پیامدهای نگرانی، ارزیابی وضعیت جسمانی، تمثیل آلرژی و عینک فیلتردار، تکالیف: کاربرگ فرم بلاتکلیفی و نظارت رفتاری
	پنجم	ارزیابی مفید بودن نگرانی، شناسایی باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی، ارزیابی کاربرگ نقش باورهای مثبت درباره نگرانی(منزل)
	ششم	اساس باورهای مثبت و منفی درباره ی نگرانی و تکنیک "وکیل مدافع "، ارزیابی مجدد باورهای مثبت زندگی بدون نگرانی، تهیه لیستی از فعالیت‌هایی که قبلا انجام می‌داده و الان انجام نمی‌دهد و یا خواسته اما هرگز انجام نداده و تکمیل آن در منزل. تکالیف: کاربرگ باورهای مثبت نگرانی
	هفتم	آموزش حل مسئله، راهبردهایی برای بهبود جهت‌گیری نسبت به مشکل، اصلاح جهت‌گیری نسبت به مشکل. تکالیف: تکمیل کاربرگ نقش جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل در منزل.
	هشتم	نگاه کردن به مشکل به عنوان بخشی از زندگی، دیدن مشکل به عنوان فرصتی برای رشد، نه تهدید، به کارگیری مهارت‌های حل مسئله، تکالیف: تکمیل کاربرگ فرم حل مسئله در منزل
	نهم	مواجهه تجسمی، اجرای آزمایش خرس سفید (اجتناب شناختی)، راه حل جایگزین برای اجتناب و خنثی‌سازی. تکالیف: کاربرگ نقش اجتناب شناختی
	دهم	سناریو مواجهه، تکنیک پیکان رو به پایین، اجرای مواجهه. تکالیف: انجام تمرین مواجهه در منزل به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه، تکمیل کاربرگ فرم سناریوی مواجهه
	یازدهم	معرفی و بیان اهداف پژوهش، مفهوم و اهمیت خواب، عوامل موثر بر خواب و انواع اختلالات خواب
	دوازده	شناسایی موقعیت‌های پرخطر، آموزش روش آرام‌سازی عضلانی همراه با تصویرسازی. تکالیف: تکمیل فرم خلاصه مواجهه در مواقع استرس‌زا با فراوانی و شدت هیجان. آموزش دستورالعمل‌هایی برای کاهش عوامل مخرب خواب (محیط فیزیکی، رژیم غذایی و ...) و آموزش مداخلات رفتاری از جمله آرام سازی و تصویرسازی ذهنی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

مداخله	جلسه	اهداف و تمارین
مداخله پذیرش و تعهد	اول	مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن، مطرح کردن اهداف درمان و این که تغییر امکان‌پذیر است، توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مواجهه با نگرانی و آموزش تجسم، قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به موقع و انجام تکلیف.
	دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام می‌داده است، آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، رساندن مراجع به ناامیدی خلاق، شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع.
	سوم	تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و سعی در پذیرش رویدادهای دردناک به جای کشمکش با آن‌ها، تاکید بر شناسایی و مواجهه با نگرانی‌ها و آگاهی از پیامدهای اجتناب از رویارویی با وقایع دردناک.
	چهارم	ادامه‌ی تمرینات رویارویی و مواجهه تجسمی، ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل
	پنجم	تمرینات رویارویی با نگرانی‌های همراه با بحث پیرامون آن‌ها، آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها و هیجانات، بحث درباره‌ی موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش، پردازش بدون قضاوت، تمرینات مربوط به رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی
	ششم	ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهدافی موثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکالیف و گرفتن بازخورد، ادامه تمرینات رویارویی با احساسات مرتبط با نگرانی‌ها و بحث پیرامون آن‌ها.
	هفتم	ادامه تنظیم اهداف موثر مرتبط با ارزش‌ها. بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها
	هشتم	تمرینات رویارویی
	نهم	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه‌ی فعالیت و دادن تمرینات تمرکزی
	دهم	ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج، تمرینات مواجهه در حین راه رفتن
	یازدهم	تمرینات شفاف‌سازی ارزش‌ها و تاکید بر توانمندسازی مراجع
	دوازدهم	ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به عمل به همراه با پذیرش تجارب ذهنی

داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (داده‌های دموگرافیک؛ سن، جنس و تحصیلات) و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه‌ها از آزمون مجذور کای بهره گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS25 از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد، لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل آماره ام باکس، فرض کرویت و آزمون لوین بررسی و گزارش شد.

یافته ها

بیماران سه گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جنسیت، سن و سطح تحصیلات بررسی شدند و نتایج (جدول ۲) نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p<۰/۰۵$).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در بیماران سه گروه آزمایش و کنترل

%		پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلیفی	کنترل	P-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	۱۰ (۵۰٪)	۹ (۴۵٪)	۱۲ (۶۰٪)	x^2=۰/۹۳۴،P=۰/۶۲۷
	زن	۱۰ (۵۰٪)	۱۱ (۵۵٪)	۸ (۴۰٪)	
سن	۳۰ تا ۴۰ سال	۶ (۳۰٪)	۳ (۱۵٪)	۵ (۲۵٪)	x^2=۱/۴۷ ،P=۰/۸۳۱
	۴۱ تا ۵۰ سال	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)	۹ (۴۵٪)	
	۵۱ تا ۶۰ سال	۶ (۳۰٪)	۸ (۴۰٪)	۶ (۳۰٪)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۴ (۲۰٪)	۵ (۲۵٪)	۲ (۱۰٪)	x^2=۴/۵ ،P=۰/۵۹۷
	دیپلم	۳ (۱۵٪)	۷ (۳۵٪)	۶ (۳۰٪)	
	لیسانس	۷ (۳۵٪)	۴ (۲۰٪)	۵ (۲۵٪)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۶ (۳۰٪)	۴ (۲۰٪)	۷ (۳۵٪)	

شاخص‌های توصیفی اضطراب، شدت سندرم روده تحریک‌پذیر و علایم گوارشی و سطح کورتیزول به تفکیک دوره زمانی و نوع گروه مداخله در جدول ۳ آمد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار اضطراب، شدت سندرم روده تحریک‌پذیر و علایم گوارشی و سطح کورتیزول در سه مرحله زمانی

	گروه	اضطراب		شدت سندرم روده تحریک‌پذیر		شدت علایم گوارشی		کورتیزول	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۳۸/۷۰	۱۱/۴۴	۳۱	۳/۲	۶۸/۸	۵/۴	۱۲/۹۳	۳/۵۳
	شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلفی	۳۸/۴۰	۴/۱۴	۳۱/۷	۳/۳	۶۶/۳	۵/۰۷	۱۳/۵	۳/۲
	کنترل	۴۰/۷	۶/۹	۳۲/۰۵	۳/۴	۶۵/۷	۵/۵	۱۳/۴	۳/۶۷
پس آزمون	پذیرش و تعهد	۳۵/۵	۴/۷	۲۳/۶	۶/۴	۵۱/۶	۷/۰۸	۸/۹۳	۱/۶
	شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلفی	۲۶/۴۳	۸/۳	۲۷/۱	۴/۹	۵۶/۵	۴/۵	۱۱/۱	۲/۱
	کنترل	۴۲/۴	۶/۷	۳۲/۱۵	۳/۵	۶۵/۹	۴/۹	۱۳/۵	۳/۳
پیگیری	پذیرش و تعهد	۳۹/۵	۵/۲	۲۴/۶۸	۵/۸	۵۳/۱	۵/۴	۹	۱/۶
	شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلفی	۲۸/۸۷	۶/۸	۲۷/۳۱	۳/۷۷	۵۶/۶۸	۴/۵	۱۱/۱۸	۲/۱
	کنترل	۴۲/۹۵	۶/۳	۳۲/۳	۳/۳۷	۶۵/۹	۴/۷	۱۱/۵	۴/۱۷

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جهت تحلیل داده‌های اضطراب، شدت علایم سندرم روده تحریک‌پذیر و علایم گوارشی و سطح کورتیزول از چهار تحلیل واریانس تک متغیره اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد و مفروضه‌های آن بررسی شد. به منظور اطمینان از نرمال بودن، آزمون شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه و در هر سه مرحله زمانی انجام شد، با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آماره آزمون شاپیرو-ویلک، در تمام متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۱۷ تا ۰/۹۷) بدست آمد، مفروضه نرمال بودن برای تمام متغیرها در هر سه گروه تایید شد. جهت بررسی برابری ماتریس‌های کواریانس برای هر یک از متغیرها از آزمون ام باکس استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، آماره ام باکس در ارتباط با متغیر اضطراب (P<۰/۰۰۱، $F_{(۱۰۵۵۱/۱۲،۳)}$=۴/۵)، برابر ۵۴/۵؛ شدت سندرم روده تحریک‌پذیر نیز آماره ام باکس (P<۰/۰۰۱، $F_{(۱۰۵۵۱/۱۲،۳)}$=۳/۳۸)، برابر ۴۴/۶۶ و در شدت علایم گوارشی نیز آماره ام باکس (P<۰/۰۰۱،$F_{(۱۰۵۵۱/۱۲،۳)}$=۴/۱۳)، برابر۵۴/۶ و در ارتباط با سطح کورتیزول (P<۰/۰۰۱،$F_{(۱۰۵۵۱/۱۲،۳)}$=۶/۵۳)، برابر ۸۶/۲۲ معنادار بدست آمد که موید مفروضه مذکور نبود، لذا در ادامه از F چند متغیره اثر پیلایی جهت بررسی اثر سهم زمان و اثر تعاملی زمان و گروه استفاده شد. نتایج F چند متغیره اثر پیلایی در خصوص اضطراب نشان داد، اثر زمان (P=۰/۰۰۱، F=۸/۳۳)، با اندازه اثر ۰/۲۶ و اثر تعاملی زمان و گروه (P=۰/۰۰۳، F= ۴/۳۹)، با اندازه اثر ۰/۱۵ معنی‌دار بود. همچنین نتایج F چند متغیره اثر پیلایی در خصوص شدت سندرم روده تحریک‌پذیر نشان داد، اثر زمان (P=۰/۰۰۱، F=۳۹/۳۷)، با اندازه اثر ۰/۶۲ و اثر تعاملی زمان و گروه (P<۰/۰۰۱، F= ۹/۸۷)، با اندازه اثر ۰/۲۸ معنی دار بود. در ارتباط با شدت علایم گوارشی نیز اثر زمان (P=۰/۰۰۱،F= ۱۲۰/۳)، با اندازه اثر ۰/۸۳ و اثر تعاملی زمان و گروه (P<۰/۰۰۱، F=۱۵/۳)، با اندازه اثر ۰/۳۸ معنی‌دار بود. علاوه بر آن نتایج F چند متغیره اثر پیلایی در خصوص سطح کورتیزول، اثر زمان (P<۰/۰۰۱، F=۲۲/۶۴)، با اندازه اثر ۰/۴۸ و اثر تعاملی زمان و گروه (P<۰/۰۰۱،F=۷/۷۴)، با اندازه اثر ۰/۲۴ معنی‌دار بود. در واقع می‌توان گفت شاخص‌های مذکور در طول زمان در هر گروه مورد مطالعه متفاوت بود.

اثر درون گروهی: در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تک متغیره جهت بررسی مفروضه کرویت اضطراب، نتایج آزمون موچلی (P<۰/۰۰۱، $x^2_{(۲)}$=۳۳/۷)، برابر ۰/۴۹ بدست آمد و در خصوص شدت علایم سندرم روده تحریک‌پذیر (P<۰/۰۰۱، $x^2_{(۲)}$=۴۸/۹)، برابر ۰/۳۶ و در ارتباط با شدت علایم گوارشی (P=۰/۰۲، $x^2_{(۲)}$=۷/۵۶)، برابر ۰/۸۵ و در ارتباط با کورتیزول نیز، نتایج آزمون موچلی (P=۰/۰۲۳، $x^2_{(۲)}$=۷/۵۶)، برابر ۰/۸۵معنادار بدست آمد که حاکی از رد فرض کرویت است، لذا جهت بررسی اثر درون آزمودنی ها از شاخص اپسیلون گرین هاویس ۰/۶۶، ۰/۷۵، ۰/۸۷ و ۰/۷۴ به ترتیب برای اضطراب، شدت سندرم روده تحریک‌پذیر و علایم گوارشی و سطح کورتیزول استفاده شد. در مجموع در اثر درون آزمودنی‌ها (جدول ۴)، با توجه به سطح معنی‌داری برای اثر تعامل زمان و گروه برای هر متغیر، نتیجه می‌شود متغیرهای مذکور در طول زمان در گروه‌های مختلف متفاوت می‌باشد.

اثر بین گروهی؛ در بررسی برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در طول دوره درمان، نتایج آزمون لون برای متغیرهای پژوهش حاضر در سه دوره زمانی در سطح ۰/۰۱ غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. در بررسی اثر بین آزمودنی‌ها، نتایج جدول ۳ نشان داد اثر گروه در هر سه تحلیل معنادار بود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول۴: اثر درون و بین آزمودنی تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اضطراب، شدت روده تحریک‌پذیر، علایم گوارشی و سطح کورتیزول

متغیر	اثر	اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P	مجذور اتا
اضطراب	اثر درون آزمودنی‌ها	زمان	۴۹۲/۹	۱/۳	۳۷۰/۹	۶/۲۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۹
		زمان*گروه	۹۸۳/۹	۳/۶۵	۳۷۰/۲	۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲
		خطا	۳۸۸۸/۵	۵۹/۷	۵۹/۷۱			
	اثر بین آزمودنی‌ها	عرض از مبداء	۲۱۱۵۸۲/۰۱	۱	۲۱۱۵۸۲/۰۱	۲۹۴۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
		گروه	۳۲۱۹/۳۳	۲	۱۶۰۹/۶	۲۲/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
		خطا	۳۵۲۱/۹	۴۹	۷۱/۸۷			
شدت روده تحریکپذیر	اثر درون آزمودنی‌ها	زمان	۴۸۰/۳	۱/۲۲	۳۹۳/۶	۶۹/۲	۰/۰۰۰	۰/۵۸۶
		زمان*گروه	۳۱۴/۵	۲/۴۴	۱۲۸/۹	۲۲/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۴۸۱
		خطا	۳۳۹/۹	۵۹/۷	۵/۶۸			
	اثر بین آزمودنی‌ها	عرض از مبداء	۱۳۰۸۱۲/۸	۱	۱۳۰۸۱۲/۸	۲۶۹۵/۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
		گروه	۹۰۰/۴	۲	۴۵۰/۲	۹/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۷۵
		خطا	۲۳۷۷/۸	۴۹	۴۸/۵			
شدت علایم گوارشی	اثر درون آزمودنی‌ها	زمان	۲۶۰۳/۷	۱/۷۴	۱۴۹۱/۶	۱۲۰/۱	۰/۰۰۰	۰/۷۱۰
		زمان*گروه	۱۷۰۴/۵	۳/۴۹	۴۸۸/۲	۳۹/۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۶
		خطا	۱۰۶۲/۳	۸۵/۵	۱۲/۴			
	اثر بین آزمودنی‌ها	عرض از مبداء	۵۷۷۴۴۸/۳	۱	۵۷۷۴۴۸/۳	۹۳۰۸/۹	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
		گروه	۱۹۲۶/۵	۲	۹۶۳/۲	۱۵/۵	۰/۰۰۰	۰/۳۸۸
		خطا	۳۰۳۹/۵	۴۹	۶۲/۰۳			
سطح کورتیزول	اثر درون آزمودنی‌ها	زمان	۲۰۵/۲۷	۱/۴۸	۱۳۸/۵۰	۲۶/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۵
		زمان*گروه	۸۰/۹۱	۲/۹۶	۲۷/۲۹	۵/۱۹۰	۰/۰۰۳	۰/۱۷۵
		خطا	۳۸۲/۰۱	۷۲/۶۲	۵/۲۶			
	اثر بین آزمودنی‌ها	عرض از مبداء	۲۱۰۸۰/۰۷	۱	۲۱۰۸۰/۰۷	۱۰۵۰/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵
		گروه	۱۷۲/۳۳	۲	۱۷۲/۳۳	۴/۲۹	۰/۰۱۹	۰/۱۵
		خطا	۹۸۳/۴۸	۴۹	۲۰/۰۷			

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

بـه منظـور بررسـی پایـدار بـودن اثـر بخشـی و تغییـرات در هریـک از گروه‌هـای آزمایـش در طـول سـه دوره زمانـی (پیـش آزمـون، پس‌آزمـون و مرحلـه پیگیـری) بـه کمـک آزمـون بونفرونـی بـه مقایسـه دو بـه دوی میانگیـن متغیرهـا بـه تفکیـک هـر گـروه پرداختـه شـد. نتایـج (جـدول ۴) نشـان داد در خصـوص شـدت روده تحریک‌پذیـر، علایـم گوارشـی و سـطح کورتیـزول، در هـر دو گـروه مداخلـه شـناختی رفتـاری و پذیـرش و تعهـد میانگیـن نمـرات در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری بـه طـور معنـی‌داری کمتـر از پیـش آزمـون بـود (P<۰/۰۱)، امـا میانگیـن نمـره مراحـل پیگیـری و پس‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری بـا هـم نداشـت (P>۰/۰۱) کـه حاکـی از اثربخشـی هـر دو مداخلـه در طـول زمـان بـود. نتایـج (جـدول ۵) نشـان داد در خصـوص اضطـراب، تنهـا در گـروه مداخلـه شـناختی رفتـاری میانگیـن نمـرات در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری بـه طـور معنـی‌داری کمتـر از پیـش آزمـون بـود (P<۰/۰۱)، امـا میانگیـن نمـره مراحـل پیگیـری و پس‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری بـا هـم نداشـت (P>۰/۰۱) کـه حاکـی از اثربخشـی مداخلـه شـناختی رفتارثـی د رخصـوص کاهـش اضطـراب در طـول زمـان بـود.

جدول۵: آزمون بونفرونی مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	زمان		پذیرش و تعهد			شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلفی			کنترل		
			تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
اضطراب	پیش آزمون	پس‌آزمون	۳/۳۷	۳/۱۴	۰/۹	۱۱/۵۰	۲/۶۵	۰/۰۰۲	-۱/۷۵	۱/۸۲	۱/۰۰
		پیگیری	-۰/۶۸	۳/۳۹	۱/۰۰	۹/۰۶	۲/۲۸	۰/۰۰۴	-۲/۲۵	۱/۷۶	۰/۶۵
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۰۱	۲/۴۳	۱/۹۰	۰/۶۶	-۰/۵۰	۰/۴۶	۰/۸۹
شدت روده تحریک‌پذیر	پیش آزمون	پس‌آزمون	۷/۳۷	۱/۱۹	۰/۰۰۱	۴/۵۶	۰/۸۸	۰/۰۰۱	-۱/۰۰	۰/۲۲	۱/۰۰
		پیگیری	۶/۳۱	۱/۰۱	۰/۰۰۱	۴/۴۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱	-۰/۲۵	۰/۲۸	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۰۶	۰/۳۵	۰/۰۲۹	-۰/۱۲	۰/۴۲	۱/۰۰	-۰/۱۵	۰/۱۶	۱/۰۰
شدت علایم گوارشی	پیش آزمون	پس‌آزمون	۱۷/۱۸	۲/۰۰	۰/۰۰۱	۹/۸۷	۱/۳۱	۰/۰۰۱	-۰/۱۵	۰/۴۵	۱/۰۰
		پیگیری	۱۵/۸۱	۱/۱۴	۰/۰۰۱	۹/۶۸	۱/۱۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۰	۰/۶۴	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۳۷	۱/۸۱	۱/۰۰	-۰/۱۸	۰/۷۱	۱/۰۰	۰/۱۵	۰/۳۸	۱/۰۰
کورتیزول	پیش آزمون	پس‌آزمون	۴/۰۰	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۲/۳۱	۰/۵۸	۰/۰۰۴	-۱/۰۰	۰/۱۹	۱/۰۰
		پیگیری	۳/۹۳	۰/۸۳	۰/۰۰۱	۲/۳۱	۰/۵۹	۰/۰۰۴	۱/۸۵	۰/۹۶	۰/۲۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۳	۰/۲۹	۱/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۵	۱/۰۰	۱/۹۵	۰/۸۵	۱/۰۰

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر دارای اختلال اضطراب فراگیر توانست اضطراب، شدت علایم و سطح کورتیزول را کاهش دهد و در طول زمان این اثر پایدار بود. کاهش همزمان این متغیرها نشان دهنده ارتباط متقابل بین آنها است، در این راستا مطالعات نشان داده است استرس و اضطراب با راه‌اندازی سیستم تهدید و حفاظت از خود در مغز باعث می‌شود بدن در حالت دفاعی قرار بگیرد و با فعال شدن آمیگدالا و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، واکنش‌های دفاعی فعال شود و میزان ترشح کورتیزول افزایش یابد، این تغییرات می‌تواند به کاهش سلامت جسمی بدن منجر شود و همچنین باعث تحرکات شدید روده‌ای و افزایش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شود[۴۵]. افزون بر آن همخوان با یافته حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله شناختی رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی، در بعضی مطالعات بر خلاف بعضی دیگر[۲۰]، نقش عدم تحمل بلاتکلیفی در شدت علایم روده تحریک‌پذیر تایید شده است[۱۸،۱۹]، اما قابل ذکر است در این مطالعات بر خلاف مطالعه حاضر صرفا رابطه بررسی شده بود و مداخله عدم تحمل بلاتکلیفی در قالب شناختی رفتاری و در مقایسه با مداخله روانشناختی با ماهیت متفاوت (پذیرش و تعهد) بررسی نشده بود. از سویی دیگر بر خلاف نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری، در بعضی مطالعات[۱۳،۱۴]، اثربخشی مداخله شناختی رفتاری در این گروه از بیماران تایید نشد. البته لازم به ذکر است در مطالعات مذکور بیماران سندرم روده تحریک‌پذیری که همزمان اختلال اضطرابی دارند مورد هدف قرار نگرفت، لذا بایستی این نکته را مد نظر قرار داد که با توجه به نقش فرایندهای شناختی در اختلال اضطرابی، در مطالعات مذکور، درمان شناختی رفتاری بر مکانیسم شناختی خاصی متمرکز نبوده است، از آنجایی که بین سندرم روده تحریک‌پذیر و اختلال اضطراب فراگیر همبودی قابل توجهی وجود دارد، بنابراین احتمالا اثربخشی این مداخله در مطالعه حاضر، به این دلیل است که آماج قرار دادن عامل عدم تحمل بلاتکلیفی در مداخله شناختی رفتاری، کاهش اضطراب را در این پژوهش معنی‌دار کرده است. در نتیجه این نکته پاسخی است بر این مساله که چرا در بین دو مطالعه شناختی رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی و مداخله پذیرش و تعهد، مداخله شناختی رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی توانست اضطراب را در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر دارای اضطراب فراگیر کاهش دهد و مداخله پذیرش و تعهد شکست خورد. مداخله پذیرش و تعهد مکانیسم شناختی مشخصی را هدف قرار نمی‌دهد و در مجموع به پذیرش افکار می‌پردازد، لذا شاید بتوان پاسخ آن را در سبب شناسی شناختی اضطراب بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی کرد. همخوان با مطالعه حاضر و در جهت حمایت از این تبیین، مطالعه‌ای نشان داد مداخله شناختی رفتاری که مکانیسم‌های شناختی اضطراب را در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر که همبودی با اختلالات اضطرابی دارند را آماج قرار می‌دهد بیش از بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر بدون همبود با اختلال اضطرابی، اضطراب و شدت علایم روده تحریک‌پذیر را کاهش می‌دهد[۱۵]، لذا می‌توان این استنباط را مطرح نمود که بیمارانی بیشترین سود را از این مداخله می‌برند که همزمان، اضطراب نیز داشته باشند و به نظر می‌رسد رسیدگی و اصلاح مستقیم این مکانیسم‌های شناختی اضطراب با مداخله شناختی رفتاری باعث بهبود اضطراب و علائم سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود[۱۵]. به هر حال مکانیسم شناختی عدم تحمل بلاتکلیفی شدت علائم روده تحریک‌پذیر و گوارشی را پیش بینی می‌کند و وقتی با اندازه‌گیری اضطراب فعلی ترکیب

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

می‌شود، تقریباً ۳۰٪ از واریانس شدت علایم را تشکیل می‌دهد[۱۹] که نشان‌دهنده نقش مهم عدم تحمل بلاتکلیفی است. بنابراین در این بیماران مضطرب، مداخله‌ای که بتواند عدم تحمل بلاتکلیفی را آماج قرار دهد، در کاهش اضطرب و شدت علایم جسمانی موفق‌تر است، چرا که به نظر می‌رسد عدم تحمل بلاتکلیفی آسیب‌زاتر از سطح بالای اضطراب باشد، همچنان که نشان داده شد بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر اگر چه اضطراب بالایی ندارند، اما سطح بالای بلاتکلیفی را گزارش می‌کنند[۱۹]. عدم تحمل بلاتکلیفی ناشی از باور منفی درباره موقعیت‌های اضطراب برانگیز باعث می‌شود فرد درگیر سؤالات بی‌پایان (چه می‌شود اگر؟)[۴۳] و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب‌های شناختی گردد و هنگام مواجهه با مشکل کاملا ناامید شود[۴۶] و در نتیجه افزایش نگرانی احتمالا بر سطح کورتیزول و تحرکات روده‌ای اثر می‌گذارد[۴۷]. لذا نکته قابل تامل، همبودی سندرم روده تحریک‌پذیر با اضطراب فراگیر و از طرفی نقش سبب‌شناسی عدم تحمل بلاتکلیفی در اضطراب فراگیر است که اهمیت پرداختن به اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری با تمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی را به طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق میانجی‌گری‌های فرایندهای شناختی معیوب چون نگرانی و اجتناب را بیشتر می‌کند.

از سویی مداخله پذیرش و تعهد توانست شدت علایم روده تحریک‌پذیر و گوارشی را بر خلاف اضطراب کاهش دهد. همخوان با این یافته مطالعات نیز اثر بخشی مداخله پذیرش و تعهد را البته در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر غیرمضطرب نشان دادند[۲۷]. هر چند در بعضی مطالعات نیز اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر شدت علایم سندرم روده تحریک‌پذیر در افراد غیر سندرم روده تحریک‌پذیر مطلوب گزارش نشد[۲۶]. در مجموع نکته قابل توجه این مطالعه اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بدون اثرگذاری بر کاهش اضطراب، در کاهش شدت علایم گوارشی و روده تحریک‌پذیر بود. در مجموع با توجه به اینکه در مطالعه حاضر اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر اضطراب تایید نشد و با توجه به آنچه مطرح شد، به نظر می‌رسد پرداختن به سبب شناسی شناختی (عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی) اضطراب فراگیر در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، کارامدتر از هدف قرار دادن صرف اضطراب باشد. علاوه بر آن این احتمال نیز مطرح می‌شود که بالا بودن سطح عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، نشان دهنده نقش نگرانی (پیامد عدم تحمل بلاتکلیفی و مشخصه بالینی اضطراب فراگیر) در شدت علایم گوارشی است لذا مداخله پذیرش و تعهد با کاهش نگرانی که ماهیتی شناختی و غیر اضطرابی دارد، شدت علایم گوارشی را کاهش می‌دهد، لذا آسیب روانشناختی سندرم روده تحریک‌پذیر نه بدلیل اضطراب بلکه تحت تاثیر نگرانی ناشی از بلاتکلیفی که خود نوعی اجتناب از اضطراب است، شدت علایم را موجب می‌شود، بنابراین علی رغم عدم کاهش اضطراب، مداخله پذیرش و تعهد توانست شدت علایم روده تحریک‌پذیر و گوارشی را کاهش دهد. از نگاهی دیگر به نظر می‌رسد اگر چه اضطراب در ایجاد و شدت علایم روده تحریک‌پذیر موثر است، اما تغییر شدت و علایم روده تحریک‌پذیر وابسته به کاهش اضطراب نیست. در این راستا نیز مطالعه‌ای نشان داد بین رفتارهای بیمار جدای از سطح اضطراب از لحاظ نوع علایم سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت وجود دارد و رفتارهای اجتنابی و کنترل کننده اثرات متفاوتی بر نوع روده تحریک‌پذیر دارند[۴۸] که می‌تواند نشان دهنده اهمیت نقش رفتار در نشانه‌های روده تحریک‌پذیر باشد. بنابراین این یافته بر خلاف این دیدگاه است که فن‌های روان‌شناختی از مسیر اصلاح خلق و هیجان می‌توانند سبب بهبود علائم روده‌ای شوند[۴۹]. فرض اساس مداخله مبتنی بر پذیرش و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

تعهد این است که اجتناب از وقایع شخصی باعث بسیاری از رنج‌های انسان است، لذا این مداخله با دو هدف «پذیرش فعالانه افکار و احساسات ناخواسته و شاید کنترل‌ناپذیر و تعهد و عمل در جهت اهداف هماهنگ با ارزش‌های انتخاب شده فرد» در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پیش می‌رود[۵۰]، بنابراین در نتیجه انعطاف‌پذیری، تلاش در زمان حال و پرداختن به اقدامات عملی در جهت اهداف و ارزش‌های زندگی با کاهش استرس و سطح کورتیزول و مطابق آن کاهش علایم همراه است.

نتیجه گیری

در مجموع با توجه به یافته‌ها، اثر بخشی هر دو مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی و پذیرش و تعهد بر کاهش علایم روده تحریک‌پذیر و گوارشی و سطح کورتیزول که مرتبط با استرس است، بدست آمد که حاکی از کارامدی هر دو مداخله است، اما در خصوص کاهش اضطراب اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد معنی‌دار نشد که نشان دهنده اهمیت تغییر منابع شناختی اضطراب است که تحت تاثیر مداخله شناختی رفتاری قرار گرفت. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله کم بودن حجم نمونه هر گروه، کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی. در نهایت پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه با پژوهش حاضر و با مراحله پیگیری ۶ ماهه و یکساله صورت پذیرد تا بینش و درک بهتری از ماندگاری تاثیر مداخله ایجاد شود، همچنین پیشنهاد می‌شود اثر بخشی هر دو مداخله شناختی رفتاری عدم تحمل بلاتکلیفی و مداخله پذیرش و تعهد در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیری که اختلال اضطراب فراگیر ندارند، مقایسه گردد. افزون بر آن پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی نقش تعدیلی اضطراب در اثربخشی مداخلات مذکور بر متغیرهای شدت علایم گوارشی و سطح کورتیزول صورت پذیرد.

قدردانی و تشکر

پژوهش حاضر بر گرفته از رساله دکتری روانشناسی بوده است و نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از بیمارانی که در این پژوهش ما را یاری کردند قدردانی کنیم. کد اخلاق این پژوهش IR.BUMS.REC.1399.117 است.

تضاد منافع

تضاد منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

References

1. Wang B, Duan R, Duan L. Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: A systematic review with meta-analysis. Saudi J Gastroenterol. 2018; 24(3):141-150.
2. Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. Distinct associations of DSM-5 Somatic Symptom Disorder, the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R) and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. General Hospital Psychiatry. 2020; 64, 56-62.
3. Shirvani, G., Fasihi-Harandi, M., Raiesi, O., Bazargan, N., Zahedi, M. J., Sharifi, I., ... & Babaei, Z. Prevalence and molecular subtyping of Blastocystis from patients with irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease and chronic urticaria in Iran. Acta Parasitologica, 2019; 1-7.
4. McIntosh K, Reed DE, Schneider T, Dang F, Keshteli A. H, De Palma G, Vanner, S. FODMAPs alter symptoms and the metabolome of patients with IBS: a randomised controlled trial. Gut. 2017; 66(7), 1241-1251.
5. Heitkemper MM, Han CJ, Jarrett ME, Gu H, Djukovic D, Shulman RJ, Cain K.C. Serum tryptophan metabolite levels during sleep in patients with and without irritable bowel syndrome (IBS). Biological Research for Nursing. 2016; 18(2), 193-198.
6. Sehgal P, Ungaro R.C, Foltz C, Iacoviello B, Dubinsky M.C, & Keefer L. High levels of psychological resilience associated with less disease activity, better quality of life, and fewer surgeries in inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Diseases. 2021; 27(6); 791-796.
7. Staudacher H.M, Mikocka-Walus A, Ford A. C. Common mental disorders in irritable bowel syndrome: pathophysiology, management, and considerations for future randomised controlled trials. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2021; 6(5): 401-410.
8. Young E. S, Doom J. R, Farrell A. K, Carlson E. A, Englund M. M, Miller G. E, Simpson, J. A. Life stress and cortisol reactivity: An exploratory analysis of the effects of stress exposure across life on HPA-axis functioning. Development and Psychopathology. 2020; 33(1): 301-312.
9. Mujagic Z, Jonkers D. M, Ludidi S, Keszthelyi D, Hesselink M. A, Weerts Z. Z. R. M., Masclee A. A. M. Biomarkers for visceral hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome. Neurogastroenterology & Motility. 2017; 29(12): e13137.
10. Mak A.D.P, Chung V.C.H, Yuen S.Y, Tse Y.K, Wong S.Y. S, Ju Y, Wu J.C.Y. Noneffectiveness of electroacupuncture for comorbid generalized anxiety disorder and irritable bowel syndrome. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019; 34(10): 1736-1742.
11. Silvernale C, Kuo B, & Staller K. Lower socioeconomic status is associated with an increased prevalence of comorbid anxiety and depression among patients with irritable bowel syndrome: results from a multicenter cohort. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2019; 54(9): 1070-1074.
12. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, & Zamani V. Systematic review with meta□analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2019; 50(2), 132-143.
13. Ljotsson B, Hedman E, Linfors P, Hursti, T, Linfors, N, Anderson, G, Ruck CH. Long-term follow up of internet-delivered exposure and mind fulness based treatment for irritable bowel syndrome. Behavior Research and Therapy. 2011; 49: 58-61.
14. Reme S. E, Kennedy T, Jones R, Darnley S, CHalder T. Predictors of treatment outcome after cognitive behavior therapy and antispasmodic treatment for patients with irritable bowel syndrome in primary care. Journal of Psychosomatic Research,2010; 68:

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

385-388.

15. Kenwright M, McDonald J, Talbot J, Janjua K. Do symptoms of irritable bowel syndrome improve when patients receive cognitive behavioural therapy for co-morbid anxiety disorders in a primary care psychological therapy (IAPT) Service? Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2017; 45(5): 433-447.
16. Dugas M. J, Freeston M. H, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive Therapy and Research. 2010; 21(6): 593-606.
17. Ikic V, Belanger C, Bouchard S, Gosselin P, Langlois F, Labrecque J, Marchand A. Reduction in costs after treating comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. The journal of Mental Health Policy and Economics. 2017; 20(1): 11-20.
18. Besharat MA, Dehghani S, Lavasani MG, Malekzadeh R. [The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationship between early maladaptive schemas and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome]. Contemporary Psychology. 2015;10(1):73-84. [in Persian]
19. Keefer L, Sanders K, Sykes MA, Blanchard EB, Lackner JM, Krasner S. Towards a better understanding of anxiety in irritable bowel syndrome: a preliminary look at worry and intolerance of uncertainty. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2005; 19(2):163-72.
20. Robichaud, M. Cognitive Behavior Therapy Targeting Intolerance of Uncertainty: Application to a Clinical Case of Generalized Anxiety Disorder. Journal Cognitive and Behavioral Practice. 2013; 20: 251-263.
21. Gaylord S. A, Whitehead W, Coble R. S, Faurot K, Palsson S. O, Garland, E. L, Frey W, Mann J. D. Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. Biomed Central. 2009; 9(24): 1-11.
22. Deng Y, Zhou H. Establishment of the theory and operation of willing acceptance and commitment therapy. Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical Sciences,. 2018; 43(11): 1257-1262.
23. Viskovich S, Pakenham K. I. Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. Journal of Clinical Psychology. 2020; 76(6): 929-951.
24. Hayes S. C, Pistorello J, Levin M. E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012; 40(7): 976-1002.
25. Lykins E, Baer, R. A. Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly. 2009; 23: 226-241.
26. Ito M, Muto T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list controlled trial. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;15:85-91.
27. Ferreira N. B, Gillanders D, Morris P. G, Eugenicos M. 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): 241-250.
28. Zernicke k. I, Linette, L. S, Lounsberry J, Zhong L, Blustein P. K, Campbell T. S, Carlson L. E. Mindfulness-Based Stress Reduction Improves Distress in two Different Chronic Illnesses. Journal Behavior Health. 2012; 1(3): 201-208.
29. Sayyar Khesmakhi S, Goli F, Omidi A, Eduard Scheidt C, & Givehki R. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. Practice in Clinical Psychology. 2019; 7(2): 79-86.
30. Chang, L. The role of stress on physiologic responses and clinical symptoms in irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2011; 140(3): 761-765.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

31. Newman M. G, Zuellig A. R, Kachin K. E, Constantino M. J, Przeworski A, Erickson T, Cashman-McGrath L. Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy. 2002; 33(2): 215-233.
32. First MB, Williams JW, Benjamin LS, Spitzer RL. [Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinical version (Scid-5-CV)]. Arlington, VA; American Psychiatric Association; 2016. Translated by: Shadloo, Tina. Karimian, Samaneh & Shadloo, Behrang.
33. Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2018; 27(1): 1-12.
34. Sharifi V, Asadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabanikia A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shoushtari M, Sedigh A, Jalali Roudsari M. [Reliability and feasibility of the Persian version of the Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID)]. Advances in Cognitive Sciences. 2004; 6(1 and 2):10-22.
35. mousavi Moghadam S, Bairami M, bakhshipour A, HamidPour H. [The Efficacy of Metacognitive Therapy on Reduction of Pathological Symptoms and Trait Anxiety Intensity in Patients with Generalized Anxiety Disorder]. Clinical Psychology Studies 2017; 7(27): 23-45. [in Persian]
36. Sica C, Ghisi M. The Italian versions of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II: psychometric properties and discriminant power. 2007.
37. Fathi Ashtiyani A, Dastani M. [Psycholical tests (Personality and Mental Health Assessment)]. Tehran. Besat publication; 2008 [in Persian]
38. Francis M. Whorwell I. Psychometric validation of translation to Spanish of the gastrointestinal symptoms rating scale (GSRS) and quality of life in reflux and dyspepsia (QOLRAD) in patients with gastroesophageal reflux disease. Revista Clinica Espanola. 2005; 205(12): 588-594.
39. Afshar H, Reza Bagherian H, Forouzandeh N, Khormian N, Daghaghzadeh H, Marasi MR, Adibi P. [The relationship between disease perception and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome]. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 29(137): 526-536. [in Persian]
40. Dimenas E, Glise H, Hallerback B, Hernqvist H, Svedlund J, Wiklund I. Well-being and gastrointestinal symptoms among patients referred to endoscopy owing to suspected duodenal ulcer. Scand J Gastroenterol. 1995; 30: 1046–1052.
41. Kulich K. R, Madisch A, Pacini F, Piqué J. M, Regula J, Van Rensburg C. J, Wiklund I. K. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: a six-country study. Health and Quality of Life Outcomes. 2008; 6(1): 1-12.
42. Mazaheri M, SadatKhoshouei M. Comparison between psychometric characteristics of persian version of the gastrointestinal symptoms rating scale in functional gastrointestinal disorders and normal groups. Govaresh. 2012; 17(1):18-24.
43. Dugas M. J, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. Taylor & Francis. Gilfordpress, New York. 2007
44. Eifert G, Forsyth J. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change. Strategies. New Harbinger Publications. Oakland, CA. 2005. Translated by Faizy, Khagepour, Bahrami. Tehran. Ebn Sina publication; 1395. [Persian]

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

45. Rief W, & Barsky A. J. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30(10): 996-1002.

46. Dugas M. J, Brillon P, Savard P, Turcotte J, Gaudet A, Ladouceur R, Gervais N. J. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. Behavior Therapy. 2010; 41(1): 46-58.

47. Behar E, DiMarco I. D, Hekler E. B, Mohlman J, Staples A. M. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. Journal of Anxiety Disorders. 2009; 23(8): 1011-1023.

48. Windgassen S, Moss-Morris R, Everitt H, Sibelli A, Goldsmith K, Chalder T. Cognitive and behavioral differences between subtypes in refractory irritable bowel syndrome. Behavior Therapy. 2019; 50(3):594-607.

49. Jones M, Koloski N, Boyce P, Talley N. J. Pathways connecting cognitive behavioral therapy and change in bowel symptoms of IBS. Journal of Psychosomatic Research. 2011; 70(3): 278-285.

50. Frögéli E, Djordjevic A, Rudman A, Livheim F, Gustavsson P. A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. Anxiety, Stress, & Coping. 2016; 29(2): 202-218.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]