

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Short-Term Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Processing and Pain-Related Anxiety in Adolescents with Gastrointestinal Disorders

Sahar Hayatloo¹, Farnaz Farshbaf Manisefat^{2*}, Mahin Etemadinia³

1-PhD Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

OPEN ACCESS Research Article

*Correspondence: Farnaz Farshbaf Manisefat *
f.farshbaf@iaurmia.ac.ir

Received: June 3, 2025
Accepted: July 30, 2025
Published: Summer 2025

Citation: Hayatloo, S, Farshbaf Manisefat, F, Etemadinia, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Short-Term Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Processing and Pain-Related Anxiety in Adolescents with Gastrointestinal Disorders. Journal of Psycho Research and Educational Studies, 3(2): 107-126.

[doi:org 10.71610/psych.2025.1218714](https://doi.org/10.71610/psych.2025.1218714)

Abstract

This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and short-term cognitive-behavioral therapy on emotional processing, anxiety related to pain in adolescents with digestive disorders. It was a semi-experimental research with a pre-test and post-test design with experimental and control groups and a two-month follow-up period. All adolescents with digestive disorders referred to Milad Hospital in Tehran in 2023 formed the statistical population of the study, which were selected by available sampling of 45 people and randomly assigned to three equal groups of 15 people. Each of the two intervention approaches were implemented during 8 sessions (one 90-minute session each week) for the experimental groups, but the control group did not receive any intervention. In addition to the demographic information checklist, data collection was done using the emotional processing questionnaire (Baker et al., 2007) and the pain-related anxiety questionnaire (McCracken et al., 1992). Data were analyzed using two-way analysis of variance with repeated measurements with SPSS-v24 statistical software. The results showed that both treatment approaches were effective in improving the total scores of emotional processing and pain anxiety in the subjects of the experimental groups ($P < 0.05$). The results of the Benferroni post hoc test also showed that there was no statistically significant difference between the two treatment approaches in terms of effectiveness on the dependent variables studied, and both treatment methods had the same effect on reducing pain anxiety and improving emotional processing in adolescents with digestive problems. ($P < 0.05$). These results further clarify the role of mental and behavioral structures in patients with digestive problems and reveal the necessity of using short-term treatment approaches derived from the third wave of psychotherapy in order to adjust the symptoms of patients with digestive problems.

Keywords: Treatment Based on Acceptance and Commitment, Short-Term Cognitive-Behavioral Therapy, Emotional Processing, Pain Anxiety, Digestive Disorder.

Extended Abstract

Introduction

Suffering from chronic diseases can have a profound impact on the physical, mental, social and economic dimensions of a person's life (Cifuentes et al, 2025). The digestive system is one of the body systems that suffer from various psychosomatic and chronic diseases under the influence of psychosocial factors (Escalante et al, 2025). A review of studies shows that the patient's emotional and cognitive processing is the main determinant of whether people seek to find ways to adapt to the disease or dissociate when faced with a disease or traumatic event (Barandouzi et al, 2022). Shepherd et al (2021) believe that pain anxiety is one of the most common psychological problems of patients with chronic diseases and can affect the course of the disease and the continuation of treatment. A review of reports has indicated the positive role of psychological treatments in different clinical and normal populations (Kim et al, 2022). Among these treatments, we can mention cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment. The result of Liu et al (2024) also showed that cognitive-behavioral therapy is effective in reducing pain symptoms and distress levels. The results of previous studies also indicate that acceptance and commitment therapy has been effective on a wide range of psychological problems of chronic patients (Martinez-Calderon et al, 2024). Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and short-term cognitive-behavioral therapy on emotional processing and anxiety related to pain in adolescents with digestive disorders.

Methodology

The study was a quasi-experimental design with pre-test and post-test phases, including experimental and control groups, and a two-month follow-up period. All adolescents with gastrointestinal disorders referred to Milad Hospital in Tehran in the year 2023 (according to the Iranian calendar) constituted the study population. A targeted sample of 45 individuals was selected and randomly assigned to three equal groups of 15 participants each. The first experimental group underwent 8 sessions of treatment based on acceptance and commitment based on the protocol of Hayes et al. (2011) and the second experimental group underwent 8 sessions of short-term cognitive-behavioral therapy based on the protocol of Rudd (2012) were placed. Data collection included a demographic checklist and questionnaires on emotion processing and pain-related anxiety. The data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS-v24 software.

Discussion and Results

These results further clarify the role of mental and behavioral structures in patients with digestive problems and reveal the necessity of using short-term treatment approaches derived from the third wave of psychotherapy in order to adjust the symptoms of patients with digestive problems.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت

بر پردازش هیجانی و اضطراب مرتبط با درد نوجوانان مبتلا به اختلال های گوارشی

سحر حیاتلو^۱، فرناز فرشباف مانی صفت^{۲*}، مهین اعتمادی نیا^۳

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت بر پردازش هیجانی، اضطراب مرتبط با درد نوجوانان مبتلا به اختلال های گوارشی انجام شد. پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه های آزمایش و کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. تمامی نوجوانان دارای اختلال های گوارشی مراجعه کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند، که با نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری گمارش شدند. هر یک از دو رویکرد مداخلاتی طی ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای) برای گروه های آزمایش اجرا شدند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. گردآوری اطلاعات علاوه بر چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی با استفاده از پرسشنامه پردازش هیجانی (باکر و همکاران، ۲۰۰۷) و پرسشنامه اضطراب مرتبط با درد (مک کراکن و همکاران، ۱۹۹۲) انجام شد. داده ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر با نرم افزار آماری SPSS-v24 تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی بر بهبود نمرات کل پردازش هیجانی و اضطراب درد در آزمودنی های گروه های آزمایش اثربخش بود ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نیز نشان داد که بین دو رویکرد درمانی در میزان اثربخشی بر متغیرهای وابسته مورد مطالعه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشته است و هر دو شیوه درمانی تأثیر یکسانی بر کاهش اضطراب درد و بهبود پردازش هیجانی نوجوانان با مشکلات گوارشی داشته اند ($P > 0.05$). این نتایج بیش از پیش نقش سازه های روانی و رفتاری را در مبتلایان به مشکلات گوارشی روشن ساخته و لزوم استفاده از رویکردهای درمانی کوتاه مدت و برگرفته از موج سوم روان درمانی را به منظور تعدیل علائم بیماران با مشکلات گوارشی آشکار می سازد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت، پردازش هیجانی، اضطراب درد، اختلال گوارشی.

دسترسی آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول*: فرناز فرشباف مانی صفت

f.farshbaf@iaurmia.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۰۸

تاریخ انتشار: تابستان ۱۴۰۴

استناد: حیاتلو، سحر، فرشباف مانی صفت، فرناز، اعتمادی نیا، مهین. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت بر پردازش هیجانی و اضطراب مرتبط با درد نوجوانان مبتلا به اختلال های گوارشی. فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری تابستان ۱۴۰۴ (۲): ۱۰۷-۱۲۶.

[doi.org_ 10.71610/psych.2025.1218714](https://doi.org/10.71610/psych.2025.1218714)

مقدمه

ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند تأثیرات عمیقی بر ابعاد زندگی جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی فرد بر جای بگذارد (کیفونتس^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). از سیستم‌های بدن که تحت تأثیر عوامل روانی-اجتماعی دچار انواع بیماری‌های روان‌تنی و مزمن می‌شود، دستگاه گوارش است (اسکالانت^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). اختلالات گوارشی^۳ در کنار آسیب‌های جسمانی از قبیل سوءهاضمه، احساس سوزش معده، تهوع و استفراغ، اسهال، زخم‌های معده و روده و نفخ (کامپورا^۴ و همکاران، ۲۰۲۲)، بیماری‌های التهابی روده، سندرم روده تحریک‌پذیر، مشکلات کبدی و صفراوی (علیو^۵ و همکاران، ۲۰۲۴)، با طیف وسیعی از آسیب‌پذیری‌های روانی مانند افسردگی، سازگاری پایین، احساسات توأم با ناامیدی، عدم کنترل هیجانات و رفتارهای تکانشی در ارتباط است (سافادی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). زندگی کردن با پیامدهای ناشی از اختلالات گوارشی مستلزم تحمل فشار روانی قابل توجهی است. به‌طوری که ادراک از بیماری و علائم آن، بر استفاده از راهبردهای هیجانی و پردازش هیجانی^۷ تأثیر می‌گذارد (بانرجی^۸ و همکاران، ۲۰۲۲).

مرور مطالعات نشان می‌دهد پردازش هیجانی و شناختی بیمار، تعیین‌کننده اصلی این مسئله است که آیا افراد به هنگام مواجهه با بیماری یا رویداد آسیب‌زا در جستجوی یافتن راه‌هایی برای سازگاری با بیماری هستند یا دچار گسستگی می‌شوند (باراندوزی^۹ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ این در حالی است که پردازش هیجانی به‌عنوان عاملی مهم در ایجاد رفتارهای سازگارانه، می‌تواند تحت تأثیر علائم بیماری و شدت آن قرار گیرد. در واقع ابتلا به اختلالات گوارشی به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن می‌تواند از یک سو، تجربه هیجان منفی را به دنبال داشته و از سوی دیگر، با ایجاد نقص در پردازش هیجانی موجب تداوم نشانیان در این بیماران باشد (هوانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲) و به این ترتیب زمینه را برای بروز نشانه‌های اضطرابی نسبت به درد در بیماران فراهم سازد (محمودعلیلو و همکاران، ۲۰۲۲).

در این خصوص داتکو^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۵) طی پژوهشی نشان دادند که بین تجربه اضطراب و افسردگی در بیماران مزمن طبی با پیش‌بینی درد ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین، یافته‌ی^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۴) حاکی از پیش‌بینی پذیری علائم روان‌تنی و اضطراب ناشی از برانگیختگی فیزیولوژیکی براساس بدتنظیمی هیجانی در میان بیماران سرپایی بود. یافته کامران و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان داد که بین ابتلاء به اختلالات گوارشی کارکردی با تجربه ناراحتی‌های جسمانی و ادراک اضطراب بالا رابطه وجود دارد. در عین حال، نتایج پژوهشی نشان می‌دهد میزان اضطراب درد^{۱۳} در مبتلایان به بیماری‌های روان‌تنی به‌دنبال مدیریت و پذیرش هیجانی تغییر چشمگیری می‌یابد (عرب بافرانی و همکاران، ۱۴۰۳). اضطراب درد به‌عنوان حالت هیجانی فراگیر و آینده‌محور توصیف شده است که به دنبال محرک درد را که لزوماً حضور ندارد رخ می‌دهد (ماتکو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). همچنان که شفرد^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۱) معتقدند اضطراب درد از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی مبتلایان به بیماری‌های مزمن است و می‌تواند روند بیماری و ادامه درمان را تحت تأثیر قرار

¹. Cifuentes

². Escalante

³. gastrointestinal disorders

⁴. Campora

⁵. Aliu

⁶. Safadi

⁷. emotion processing

⁸. Banerjee

⁹. Barandouzi

¹⁰. Huang

¹¹. Datko

¹². Lee

¹³. pain-related anxiety

¹⁴. Matko

¹⁵. Shepherd

دهد. نتایج مطالعات سیستماتیک و متاآنالیز نیز نشان می‌دهد مبتلایان به اختلالات گوارشی، به واسطه تفکر فاجعه‌آمیز نسبت به ابتلای به بیماری، نشانگان بیماری را به عنوان تهدید در نظر گرفته و اضطراب مرتبط با درد را گزارش می‌دهند (گاوا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

هرچند تاکنون درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مختلفی برای کاهش علائم مبتلایان به اختلالات گوارشی توسعه داده شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مختلفی اثرات قابل قبولی را نشان داده‌اند، اما در اکثر موارد این درمان‌ها جنبه پزشکی (دارو درمانی) داشته و به شاخص‌های هیجانی و روانی چندان توجهی نشده است. این در حالی است که مرور گزارشات حاکی از نقش مثبت درمان‌های روان‌شناختی در جمعیت‌های مختلف بالینی و عادی بوده است. لذا شناسایی درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای این بیماران امری ضروری تلقی می‌گردد (کیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از این روی‌آوردها درمان شناختی-رفتاری^۳ است. درمان شناختی-رفتاری به تنهایی به همه متغیرهای بالقوه مهم و سهمین نظیر عوامل زیستی و ترشحات هورمونی در بیماری‌های گوارشی توجه ندارد، اما قادر است مراقبت درمانی را در این بیماران که برخی علائم روان‌شناختی را دارند، بهبود ببخشد (عزتی و همکاران، ۱۴۰۱).

در طول این درمان، بیماران یاد می‌گیرند که افکار خود را کنترل کرده و علل احساسات و اعمال خود را شناسایی کنند. علاوه بر این، فرصت‌هایی برای یادگیری‌های تطبیقی جدید و ایجاد تغییر در زندگی خود را کسب نمایند (نوذری و همکاران، ۱۴۰۰). در این راستا شواهد پژوهشی نشان می‌دهد کارکردهای هیجانی و شدت نشانگان بیماری در مبتلایان به اختلالات گوارشی با شرکت در جلسات درمان شناختی-رفتاری بهبود می‌یابد (شیفل^۴ و همکاران، ۲۰۲۴؛ پیکرل^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). لیو^۶ و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان دادند درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم درد و سطوح پریشانی بیماران گوارشی مؤثر است. همچنین طی پژوهشی سیستماتیک و متاآنالیز نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک مداخله مقرون به صرفه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را بهبود بخشیده است (وانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۳).

به رغم پیشرفت‌هایی که در مداخلات درمانی مربوط به بیماری‌های طبی مزمن با رویکرد شناختی-رفتاری صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن علائم مواجه هستیم. این در حالی است که اخیراً شواهد تجربی در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم بر بهبود کارکردهای عاطفی و رفتاری در جمعیت‌های مختلف بالینی و عادی روبه افزایش است (اردیانسیا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱)، رویکرد شناختی-رفتاری شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کند در حالی که درمان پذیرش و تعهد به مراجع آموزش می‌دهد در مرحله اول هیجانات خود را بپذیرد و در این‌جا و اکنون از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار باشد. براین اساس در مطالعه حاضر دو روش درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انتخاب شده‌اند.

1. Gava

2. Kim

3. cognitive behavioral therapy

4. Schaeuffele

5. Pickerell

6. Liu

7. Wang

8. acceptance and commitment therapy

9. Ardiansyah

در درمان پذیرش و تعهد به جای تمرکز بر تغییر باورها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و هیجان‌هایش افزایش یابد. این درمان دارای دو بخش ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با چالش‌های روزمره مقابله کنند (موریس^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). در این زمینه نتایج مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که درمان پذیرش و تعهد بر طیف وسیعی از مسائل روان‌شناختی بیماران مزمن مؤثر بوده است (مارتینز-کالدرون^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات یوان^۳ و همکاران (۲۰۲۴) و فرناندز-رودریگوئز^۴ و همکاران (۲۰۲۳) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پردازش هیجانی را تایید کرده‌اند. با این وجود مطالعاتی که به شکل مستقیم به مقایسه تأثیر این دو روش درمانی بر اضطراب درد پرداخته باشند، مشاهده نشد اما مطالعات رضایی و همکاران (۱۴۰۱)، اکبریان و همکاران (۱۴۰۰)، کوجوکارو^۵ و همکاران (۲۰۲۴) و مک‌گرت^۶ و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان می‌دهد که هر دو رویکرد تأثیر مشابهی در کاهش اضطراب درد دارند. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده در خصوص سودمندی هر یک از دو شیوه مداخلاتی و پیامدهای اجتماعی، روانی و اقتصادی اختلالات گوارشی بر فرد، خانواده و جامعه، نقش مهم هیجانات در زمینه بیماری‌های جسمانی-روانی و روند صعودی مبتلایان به اختلالات گوارشی در سالیان اخیر، لزوم دستیابی به روش‌های مداخلاتی با کمترین هزینه و بیشترین اثربخشی، ضرورت انجام این مطالعه روشن می‌گردد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر پردازش هیجانی و اضطراب مرتبط با درد نوجوانان مبتلا به اختلالات گوارشی انجام شد.

روش اجرای پژوهش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان دارای اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران به تعداد ۱۱۷ نفر در سال ۱۴۰۲ بود. با نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه مساوی (۱۵ نفر گروه آزمایش اول، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم، ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش علاوه بر تشخیص قطعی ابتلای به اختلال‌های گوارشی (بیماری‌های التهابی روده مانند کرون، کولیت و سندرم روده تحریک‌پذیر) شامل سپری شدن حداقل ۶ ماه از ابتلای به بیماری، رضایت آگاهانه و کتبی برای شرکت در پژوهش، دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص، دامنه سنی ۱۲ الی ۲۰ سال، داشتن حداقل سواد لازم جهت خواندن و تکمیل ابزارهای پژوهش، توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده، رعایت نظم جلسات و انجام تمرینات مربوطه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیماری روان‌پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش، ابتلای به هر یک اختلال‌های جسمانی همزمان براساس تشخیص و نظر پزشک متخصص گوارش (مانند سرطان دستگاه گوارش، سلیاک، سیروز کبدی، و ...) و داشتن علائمی چون خونریزی گوارشی و یا اسهال شبانه، سابقه جراحی شکمی-داخلی، کاهش شدید وزن و مشکل در بلع، سوءمصرف هر یک از انواع مواد مخدر و الکلی، غیبت بیش از دو جلسه درمانی یا دریافت همزمان روان‌درمانی یا یک برنامه روان‌شناختی دیگر با اجرای پژوهش حاضر بود.

¹. Morris

². Martinez-Calderon

³. Yuan

⁴. Fernández-Rodríguez

⁵. Cojocar

⁶. McGirt

پس از قرار گرفتن آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل هیز^۱ و همکاران (۲۰۱۱) و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه برنامه درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت براساس پروتکل رود^۲ (۲۰۱۲)، به‌صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر اجرای جلسات برنامه‌های مداخلاتی توسط خود پژوهشگر که صلاحیت‌ها و تخصص‌های لازم به منظور برگزاری جلسات را با گذراندن کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی-درمانی مختص هر یک از دو رویکر فوق‌الذکر کسب نموده بود، در سالن کنفرانس بیمارستان با نظارات استاد راهنما صورت گرفت؛ به این صورت که روز شنبه بعد از ظهر برای گروه آزمایش اول و روز سه شنبه بعد از ظهر برای گروه آزمایش دوم جلسات اجرا شد. محتوای جلسات مداخله در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

در این مطالعه، قبل از اجرای پژوهش مجوز لازم برای انجام پژوهش از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه با کد (IR.IAU.URMIA.REC.1402.041) دریافت شد و پس از هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان میلاد واقع در شهر تهران، آزمودنی‌ها انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه و مشخص شدن گروه‌ها، گروه‌های آزمایش در جریان مداخله قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در جریان هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. به این صورت که برای گروه آزمایش اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای گروه آزمایش دوم، درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت طی ۸ جلسه گروهی به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط خود پژوهشگر به‌صورت مجزا در بیمارستان میلاد اجرا شد. پس از اتمام جلسات مداخله، به منظور اجرای پس‌آزمون، ابزارهای پژوهش به آزمودنی‌های هر سه گروه ارائه شد و پس از گذشت دو ماه به منظور انجام مرحله پیگیری مجدداً از آزمودنی‌های هر سه گروه درخواست شد به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. در نهایت پاسخ‌های حاصل از سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) تحلیل شد. لازم به ذکر است جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرایند پژوهش برای تمامی افراد نمونه، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، یکی از پروتکل‌های درمانی را به‌صورت رایگان دریافت خواهند نمود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه پردازش هیجانی

در این مطالعه جهت سنجش پردازش هیجانی از پرسشنامه باکر^۳ و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. نسخه اولیه پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال بود که در نسخه کوتاه با حفظ انسجام کلی پرسشنامه، تعداد سؤال به ۲۵ سؤال کاهش یافت. این پرسشنامه ۵ زیرمقیاس سرکوبی (۷، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۵)، تجربه هیجانات ناخوشایند (۳، ۸، ۱۱، ۱۲، ۲۲)، کنترل هیجان (۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۸)، اجتناب (۴، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳) و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده (۱، ۲، ۵، ۲۰، ۲۴) را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) می‌سنجد. دامنه نمرات پرسشنامه از ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. نمرات ۲۵ تا ۵۰ نشان دهنده پردازش اطلاعات هیجانی ضعیف، ۵۱ تا ۷۵ پردازش اطلاعات هیجانی متوسط و نمرات ۷۶ تا ۱۲۵ نشان دهنده پردازش اطلاعات هیجانی بسیار خوب است. سازندگان پرسشنامه پایایی آن را با دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی پرسشنامه نیز از طریق همبسته کردن با یک سؤال کلی ۰/۵۴ بدست آمد (باکر و همکاران، ۲۰۰۷).

^۱. Hayes

^۲. Rudd

^۳. Baker

در پژوهش داخل کشور روایی پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ الی ۰/۸۷ و پایایی نیز با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد (مرادثرین و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه علائم اضطراب درد

در این مطالعه جهت سنجش اضطراب مرتبط با درد از پرسشنامه مک کراکن^۱ و همکاران (۱۹۹۲) که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن ساخته شد، استفاده گردد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال و ۴ زیرمقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد (سوالات ۱ تا ۵)، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد (سوالات ۶ تا ۱۰)، ارزیابی ترسناک از درد (سوالات ۱۱ تا ۱۵) و علائم اضطراب جسمانی مرتبط با درد (سوالات ۱۶ تا ۲۰) است. هر زیرمقیاس دارای ۵ سؤال است و دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد و آزمودنی‌ها باید در دامنه‌ای از هرگز (صفر نمره) تا همیشه (۵ نمره) به سوالات پاسخ دهند. در پژوهشی مک کراکن و دینگرا^۲ (۲۰۰۲) پایایی کل پرسشنامه را به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۸۱ الی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی پرسشنامه را از طریق همبسته کردن سؤالات ابزار در دامنه‌ای بین ۰/۴۸ الی ۰/۷۴ محاسبه کردند. در پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و روایی نتایج گزارش دهنده اعتبار همگرا و واگرا بود (خیر و منشی، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار spss نسخه ۲۴ انجام شد. روش آماری برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، تحلیل واریانس آمیخته بود. قبل از تحلیل آماری ابتدا پیش‌فرض‌های آمار پارامتریک مربوط به تحلیل واریانس بررسی و تأیید شد. برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی استفاده شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تعداد ۸ جلسه برنامه مداخله براساس پروتکل هیز و همکاران (۲۰۱۱) است که به صورت برنامه هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اعمال شد.

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	پیامد
۱	ایجاد ارتباط اولیه و آشنایی با درمان	آشنایی با آزمودنی‌ها، عنوان کردن قوانین و انتظارات از درمان، معرفی درمان پذیرش و تعهد	ایجاد رابطه درمانی، افزایش آگاهی بیمار از ساختار و اهداف درمان، و جلب همکاری بیمار
۲	معرفی مفاهیم بنیادین درمان و شناسایی ارزش‌ها	ارتباط علائم بیماری با عواطف، معرفی مفهوم درماندگی خلاق، مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها، استفاده از استعاره‌ها	درک ارتباط بین علائم و عواطف، افزایش انگیزه برای تغییر از طریق درماندگی خلاق، و شناسایی ارزش‌های اولیه بیمار
۳	تقویت پذیرش و آگاهی از هیجانات	پرداختن به مفهوم پذیرش و شناخت هیجانات و عواطف، آموزش رابطه بین خلق‌وخو با پرداختن به مفهوم پذیرش	افزایش توانایی پذیرش هیجانات بدون مقاومت، بهبود آگاهی از تأثیر خلق‌وخو بر رفتار، و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی
۴	شفاف‌سازی ارزش‌ها و معرفی گسلش شناختی	تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات منفی، استفاده از استعاره	درک تفاوت ارزش‌ها و اهداف، توانایی جداسازی خود از افکار منفی، و تقویت جهت‌گیری ارزش‌محور
۵	تقویت ذهن‌آگاهی و خودآگاهی	مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت‌ها، تمرین ذهن‌آگاهی، تمایز خود مشاهده‌گر و خود به عنوان بافت	افزایش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تقویت خودآگاهی و مشاهده‌گری بدون قضاوت، و تثبیت الگوهای رفتاری مثبت

1. McCracken

2. McCracken & Dhirga

۶	تعمیق شفاف سازی ارزش ها	شفاف سازی ارزش ها در مقابل ابهام ارزش ها، فرم جستجوی ارزش ها و قلمروهای زندگی	شناسایی دقیق ارزش ها در حوزه های مختلف زندگی، کاهش ابهام در تصمیم گیری، و تقویت انگیزه برای عمل ارزش محور
۷	تقویت عمل متعهدانه	عمل متعهدانه در مقابل انفعال، ارائه تکلیف با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد ساختن بیمار به فعالیت های خاصی که با اهداف ارزش های بزرگ تر مشخص شده اند	افزایش رفتارهای متعهدانه، کاهش انفعال، و تقویت الگوهای رفتاری همسو با ارزش ها
۸	آماده سازی بیمار برای خوددرمانگری و خاتمه درمان	شفاف سازی ارزش ها، آموزش بیمار برای خوددرمانگری و پرداختن به نگرانی های بیمار برای خاتمه دادن به درمان	تقویت استقلال بیمار در مدیریت مشکلات، کاهش نگرانی مرتبط با پایان درمان، و تثبیت مهارت ها برای ادامه مسیر

پروتکل درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت

پروتکل درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت تعداد ۸ جلسه برنامه مداخله براساس پروتکل رودد (۲۰۱۲) است که به صورت برنامه هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی آزمودنی های گروه آزمایش اعمال شد.

جدول (۲) خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت

جلسه	هدف	محتوا	پیامد
۱	ایجاد رابطه درمانی و آموزش بیمار درباره مشکلات گوارشی	قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات در مورد اختلالات گوارش، تهیه لیست مشکلات و آموزش آرام سازی	افزایش آگاهی بیمار، ایجاد انگیزه برای درمان، یادگیری تکنیک اولیه آرام سازی
۲	شناخت افکار خودآیند و ارتباط آن ها با علائم گوارشی	توضیح افکار خودآیند و علائم اختلال دستگاه گوارش، تمرین بازبینی شناختی	توانایی شناسایی افکار خودآیند، بهبود درک ارتباط بین افکار و علائم گوارشی
۳	شناسایی تحریف های شناختی مرتبط با علائم و هیجانات	معرفی تحریف های شناختی زیربنایی افکار خودآیند در رابطه با علائم بیماری و هیجانات مرتبط	افزایش آگاهی از تحریف های شناختی، توانایی تشخیص الگوهای فکری ناکارآمد
۴	یادگیری مدیریت درد و کاهش تأثیر آن بر زندگی روزمره	معرفی تئوری درد، تمرین روش های انحراف ذهن، تعیین خط پایه درد، آرام سازی عضلانی و تصویرسازی ذهنی کنترل درد	کاهش شدت ادراک درد، یادگیری تکنیک های مدیریت درد و افزایش کنترل بر علائم
۵	مدیریت اضطراب و هیجانات منفی مرتبط با علائم گوارشی	استخراج افکار خودآیند در مورد موقعیت های راه انداز، تمرین مدیریت اضطراب و سایر هیجانات منفی نسبت به اختلال گوارش و استانداردهای شایستگی بیمار	کاهش اضطراب و هیجانات منفی، بهبود توانایی مقابله با موقعیت های استرس زا
۶	تقویت مهارت های مدیریت هیجان و حل مسئله	توضیح هیجانات منفی و علائم بیماری، تمرین های شناختی-رفتاری مدیریت هیجان، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح رابطه آن با علائم بیماری	بهبود مهارت های حل مسئله، کاهش تأثیر هیجانات منفی بر علائم بیماری
۷	اصلاح نگرش های ناکارآمد و کمال گرایی منفی	شناسایی و چالش با نگرش های ناکارآمد استانداردهای بالا (کمال گرایی منفی)	کاهش کمال گرایی منفی، بهبود نگرش ها و افزایش انعطاف پذیری شناختی
۸	آماده سازی بیمار برای خاتمه درمان و مدیریت اضطراب های مرتبط	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب های مربوط به خاتمه درمان	افزایش آمادگی برای پایان درمان، کاهش اضطراب مرتبط با خاتمه درمان، تقویت خودکارآمدی

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی در سه گروه نشان داد میانگین سن در آزمودنی های گروه درمان پذیرش و تعهد برابر با ۱۶/۱۲، گروه درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت ۱۶/۰۳ و در گروه کنترل میانگین سن برابر با ۱۶/۰۶ بود. در آزمودنی های گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل بالاترین سطح تحصیلات مربوط به مقطع ابتدایی و در گروه درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت بالاترین سطح تحصیلات مربوط به مقطع متوسطه اول بوده است. آزمودنی های هر سه گروه گزارش کردند بیشتر از یک سال به بیماری مبتلا بودند. همچنین سابقه تاریخی خانوادگی نشان داد که بیشتر آزمودنی های هر سه گروه دارای تاریخی خانوادگی بیماری بوده اند.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در نوجوانان دارای اختلال‌های گوارشی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
			SD ± M	SD ± M	SD ± M
سرکوبی	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۲/۷۴ ± ۱۶/۴۰	۱/۷۵ ± ۱۲/۶۵	۱/۶۲ ± ۱۱/۹۰
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۳/۴۱ ± ۱۵/۱۰	۱/۷۱ ± ۱۱/۳۰	۱/۷۹ ± ۱۰/۶۵
	کنترل	۱۵ نفر	۳/۰۲ ± ۱۵/۱۰	۲/۹۴ ± ۱۵/۴۵	۲/۹۷ ± ۱۵/۵۰
تجربه هیجان ناخوشایند	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۳/۰۵ ± ۱۳/۹۰	۱/۳۵ ± ۱۰/۶۰	۱/۰۳ ± ۱۰/۲۰
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۳/۰۱ ± ۱۵/۶۰	۲/۲۳ ± ۱۲/۱۰	۲/۲۶ ± ۱۱/۸۵
	کنترل	۱۵ نفر	۳/۴۵ ± ۱۵/۷۰	۲/۸۱ ± ۱۶/۰۰	۲/۸۰ ± ۱۶/۲۰
عدم کنترل هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۲/۱۱ ± ۱۳/۸۰	۱/۲۵ ± ۱۱/۰۰	۱/۵۴ ± ۱۰/۶۵
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۲/۵۸ ± ۱۳/۴۰	۲/۶۰ ± ۱۱/۰۰	۲/۱۹ ± ۱۰/۸۵
	کنترل	۱۵ نفر	۱/۸۶ ± ۱۵/۰۰	۱/۶۶ ± ۱۵/۲۰	۱/۶۶ ± ۱۵/۲۵
اجتناب	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۱/۴۸ ± ۱۳/۰۰	۲/۱۶ ± ۱۰/۶۵	۲/۰۲ ± ۱۰/۴۰
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۲/۸۷ ± ۱۳/۰۰	۲/۵۲ ± ۱۰/۹۰	۲/۲۵ ± ۱۰/۶۵
	کنترل	۱۵ نفر	۲/۱۵ ± ۱۲/۷۰	۲/۰۱ ± ۱۲/۹۰	۲/۰۳ ± ۱۲/۸۵
هیجان پردازش نشده	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۲/۷۲ ± ۱۴/۴۵	۱/۶۸ ± ۱۱/۵۰	۱/۶۵ ± ۱۱/۲۰
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۲/۹۹ ± ۱۴/۴۰	۲/۸۴ ± ۱۱/۶۰	۲/۳۵ ± ۱۱/۳۰
	کنترل	۱۵ نفر	۳/۰۲ ± ۱۴/۸۰	۲/۹۷ ± ۱۴/۸۵	۲/۸۷ ± ۱۵/۰۰
پردازش هیجانی-کل	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۱۲/۱۰ ± ۷۱/۵۵	۸/۱۹ ± ۵۶/۴۰	۷/۸۶ ± ۵۴/۳۵
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۱۴/۸۶ ± ۷۱/۵۰	۱۱/۹۰ ± ۵۶/۹۰	۱۰/۸۴ ± ۵۵/۳۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱۳/۵۰ ± ۷۳/۳۰	۱۲/۳۹ ± ۷۴/۴۰	۱۲/۳۳ ± ۷۴/۸۰
علائم شناختی	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۳/۳۴ ± ۱۱/۸۰	۲/۲۶ ± ۱۰/۴۰	۲/۲۴ ± ۱۰/۲۰
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۳/۵۲ ± ۱۱/۶۰	۲/۴۶ ± ۱۰/۲۵	۲/۲۳ ± ۱۰/۱۰
	کنترل	۱۵ نفر	۳/۲۳ ± ۱۲/۲۵	۲/۷۶ ± ۱۲/۷۰	۲/۷۳ ± ۱۲/۷۵
فرار-اجتناب	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۲/۲۳ ± ۱۲/۵۰	۱/۶۹ ± ۱۰/۰۰	۱/۵۹ ± ۹/۸۵
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۲/۶۹ ± ۱۲/۸۰	۲/۱۳ ± ۱۰/۴۰	۱/۸۹ ± ۱۰/۲۰
	کنترل	۱۵ نفر	۲/۵۶ ± ۱۲/۲۰	۲/۱۲ ± ۱۲/۶۵	۲/۰۸ ± ۱۲/۷۰
ارزیابی ترس	درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۱/۵۰ ± ۱۰/۸۵	۱/۰۶ ± ۹/۰۰	۱/۰۵ ± ۸/۸۵
	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۱/۸۶ ± ۱۱/۷۰	۱/۲۴ ± ۹/۴۰	۱/۱۶ ± ۹/۲۵
	کنترل	۱۵ نفر	۲/۲۵ ± ۱۲/۳۰	۲/۰۶ ± ۱۲/۴۵	۲/۰۳ ± ۱۲/۵۰

درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۱۳/۱۰ ± ۲/۶۴	۹/۷۰ ± ۱/۴۳	۹/۶۰ ± ۱/۳۴
علامت جسمی	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۱۲/۹۰ ± ۲/۲۵	۹/۵۰ ± ۱/۴۵
کنترل	۱۵ نفر	۱۲/۶۰ ± ۳/۰۴	۱۳/۰۰ ± ۳/۰۲	۱۳/۰۰ ± ۳/۰۲
درمان پذیرش و تعهد	۱۵ نفر	۴۸/۲۵ ± ۹/۷۱	۳۹/۱۰ ± ۶/۴۴	۳۸/۵۰ ± ۶/۲۲
اضطراب درد-کل	درمان شناختی-رفتاری	۱۵ نفر	۴۹/۰۰ ± ۱۰/۳۲	۳۹/۵۵ ± ۷/۲۸
کنترل	۱۵ نفر	۴۹/۳۵ ± ۱۱/۰۸	۵۰/۸۰ ± ۹/۹۶	۵۰/۹۵ ± ۹/۸۶

در جدول ۳، آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در افراد سه گروه در مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است. براساس نتایج میانگین، نمره تحمل پریشانی، اضطراب مرتبط با درد و مؤلفه‌های آن‌ها در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون آن‌ها کاهش یافته است. در حالی که این تغییرات در گروه کنترل قابل توجه نبود. این نتایج در مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز پایدار ماند.

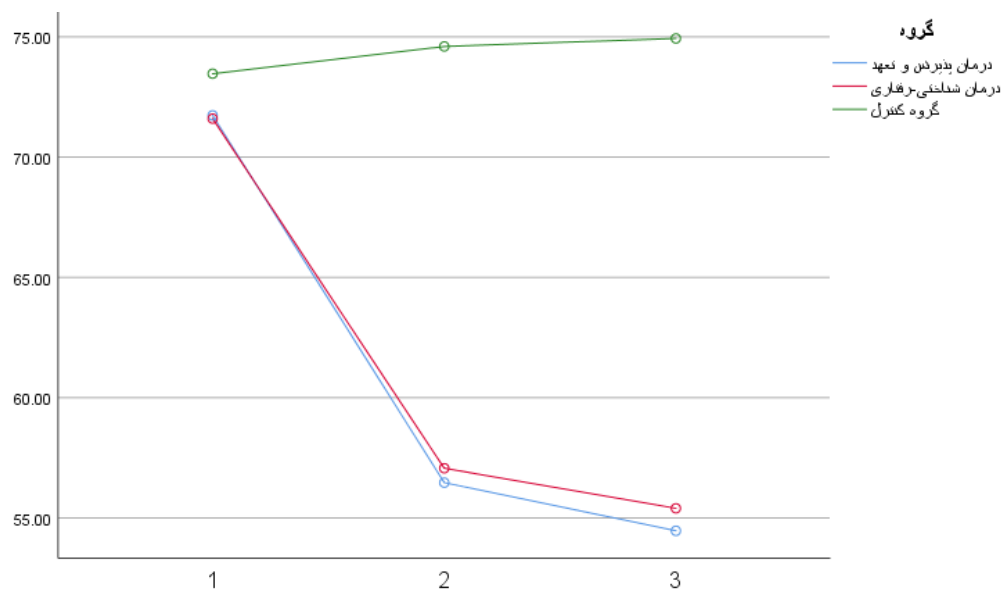
جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد در متغیر پردازش هیجانی ($F=0/964$) و ($P>0/172$) و اضطراب درد ($F=0/980$ و $P>0/502$) شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار است ($P>0/05$). نتایج آزمون لوین نشان داد در پردازش هیجانی ($F=0/851$ و $P>0/434$) و اضطراب درد ($F=1/862$ و $P>0/168$) میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار نشده است. لذا می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌های مورد مطالعه مشابه است. بررسی نتایج آزمون ام باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است؛ به این صورت که در پردازش هیجانی ($p=0/106$ ، $F=3/344$) و ($\text{Box's } M=44/814$) و اضطراب مرتبط با درد این مفروضه نیز رعایت شده است ($p=0/215$ ، $F=3/609$ و $\text{Box's } M=48/365$). هم‌چنین، بررسی نتایج آزمون موچلی برقراری شرط کرویت را رد کرد ($P<0/001$). با عدم فرض کرویت، از آزمون‌های جایگزین یعنی از آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته در نوجوانان

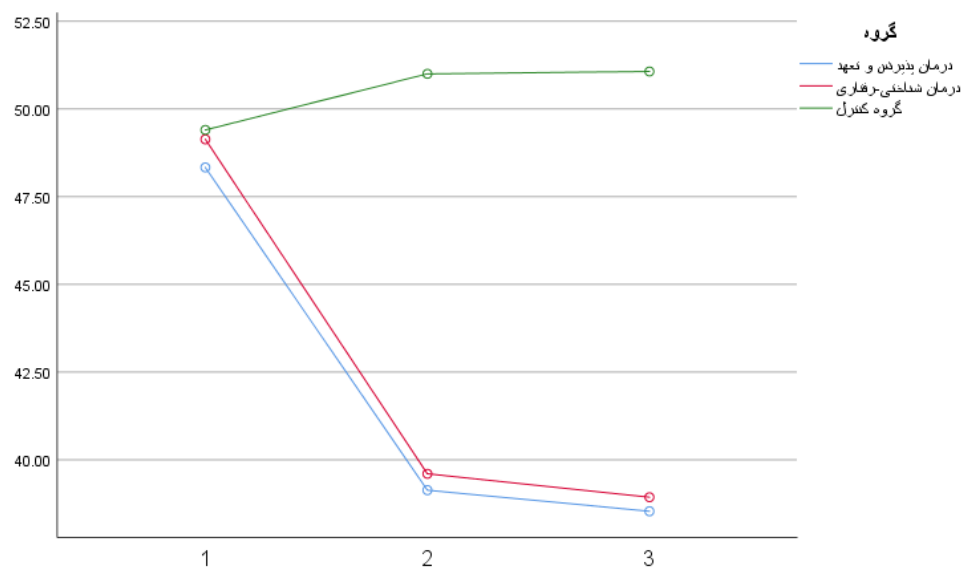
متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	P	اندازه اثر	توان آماری
سرکوبی	گروه	۲۰۶/۷۱۱	۱۰۳/۳۵۶	۷/۳۳۷	۰/۰۰۲	۰/۲۵۹	۰/۹۲۱
	زمان	۲۱۲/۰۴۴	۱۵۷/۹۱۶	۴۰/۸۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۳	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۱۴۱/۵۱۱	۵۲/۶۹۴	۱۳/۶۴۶	۰/۰۰۰	۰/۳۹۴	۱/۰۰۰
	گروه	۴۴۶/۴۰۰	۲۲۳/۲۰۰	۱۴/۰۷۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰۱	۰/۹۹۷
تجربه هیجان ناخوشایند	زمان	۱۵۰/۱۷۸	۱۳۲/۹۲۸	۳۸/۷۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸۰	۰/۹۹۶
	زمان*گروه	۱۰۵/۰۲۲	۴۶/۴۸۰	۱۳/۵۴۷	۰/۰۰۰	۰/۳۹۲	۰/۹۹۸
عدم کنترل هیجانی	گروه	۳۴۴/۵۴۸	۱۷۲/۲۷۴	۱۹/۳۶۵	۰/۰۰۰	۰/۴۸۰	۱/۰۰۰
	زمان	۹۳/۱۷۰	۷۹/۸۵۳	۳۰/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲۳	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۵۸/۸۷۴	۲۵/۲۲۹	۹/۷۱۳	۰/۰۰۰	۰/۳۱۶	۰/۹۸۷
	گروه	۵۸/۴۱۵	۲۹/۲۰۷	۲/۴۸۱	۰/۰۰۶	۰/۲۰۶	۰/۶۷۱
اجتناب	زمان	۷۰/۴۱۵	۶۰/۹۵۷	۲۵/۶۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۹	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۴۳/۵۴۱	۱۸/۸۴۶	۷/۹۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	۰/۹۶۲

۰/۸۲۶	۰/۲۰۸	۰/۰۰۷	۵/۵۲۲	۹۱/۲۸۹	۱۸۲/۵۷۸	گروه	هیجان پردازش نشده
۱/۰۰۰	۰/۴۰۴	۰/۰۰۰	۲۸/۴۳۷	۹۱/۶۷۴	۱۱۶/۵۷۸	زمان	
۰/۹۷۷	۰/۲۸۱	۰/۰۰۰	۸/۲۰۲	۲۶/۴۴۰	۶۷/۲۴۴	زمان*گروه	
۱/۰۰۰	۰/۵۱۱	۰/۰۰۰	۲۷/۸۲۵	۲۶۲۱/۴۵۲	۵۲۴۰/۰۴	گروه	پردازش هیجانی-کل
۰/۹۸۴	۰/۵۴۶	۰/۰۰۰	۱۶۵/۹۲۳	۲۵۲۳/۱۰۱	۳۰۹۴/۸۱۵	زمان	
۱/۰۰۰	۰/۶۱۷	۰/۰۰۰	۵۳/۱۰۸	۸۰۷/۵۸۰	۱۹۸۱/۱۴۱	زمان*گروه	
۰/۴۸۵	۰/۱۰۹	۰/۰۸۹	۲/۵۶۸	۵۲/۴۶۷	۱۰۴/۹۳۳	گروه	علائم شناختی
۰/۷۲۴	۰/۱۳۲	۰/۰۱۳	۶/۴۱۲	۱۷/۶۷۱	۱۹/۳۷۸	زمان	
۰/۷۴۲	۰/۱۶۸	۰/۰۱۷	۴/۲۵۰	۱۱/۷۱۳	۲۵/۶۸۹	زمان*گروه	
۰/۶۱۲	۰/۱۴۰	۰/۰۴۲	۳/۴۲۷	۳۷/۷۱۹	۷۵/۴۳۷	گروه	فرار-اجتناب
۱/۰۰۰	۰/۳۸۶	۰/۰۰۰	۲۶/۴۴۹	۶۵/۰۱۶	۷۲/۷۷۰	زمان	
۰/۹۹۵	۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۱۱/۵۷۲	۲۸/۴۴۵	۶۳/۶۷۴	زمان*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۴۵	۰/۰۰۰	۱۶/۸۴۰	۱۰۷/۴۸۹	۲۱۴/۹۷۸	گروه	ارزیابی ترس
۱/۰۰۰	۰/۴۳۴	۰/۰۰۰	۳۲/۱۷۳	۵۰/۳۵۹	۵۶/۳۱۱	زمان	
۰/۹۹۴	۰/۳۵۰	۰/۰۰۰	۱۱/۲۸۷	۱۷/۶۶۷	۳۹/۵۱۱	زمان*گروه	
۰/۸۵۷	۰/۲۲۲	۰/۰۰۵	۵/۹۸۲	۷۰/۲۵۲	۱۴۰/۵۰۴	گروه	علائم جسمی
۱/۰۰۰	۰/۴۵۲	۰/۰۰۰	۳۴/۶۳۸	۱۳۹/۰۵۹	۱۴۴/۰۱۵	زمان	
۰/۹۹۴	۰/۳۶۶	۰/۰۰۰	۱۲/۱۱۰	۴۸/۶۱۶	۱۰۰/۶۹۶	زمان*گروه	
۰/۹۹۳	۰/۴۶۸	۰/۰۰۰	۲۶/۲۳۹	۱۰۱۴/۸۰۷	۲۰۲۹/۶۱۵	گروه	اضطراب درد-کل
۱/۰۰۰	۰/۵۵۴	۰/۰۰۰	۱۲۷/۹۵۹	۹۶۰/۷۹۶	۱۰۵۱/۸۳۷	زمان	
۱/۰۰۰	۰/۶۱۲	۰/۰۰۰	۵۳/۱۲۳	۳۹۱/۳۷۵	۸۵۶/۹۱۹	زمان*گروه	

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه×زمان نیز برای نمرات کل پردازش هیجانی ($\eta^2=0/617$ ، $F=53/123$ و $P=0/000$) و اضطراب درد ($\eta^2=0/612$ ، $F=53/108$ و $P=0/000$) متغیرهای مستقل (درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت)، متغیرهای وابسته شامل پردازش هیجانی و اضطراب درد را به صورت معناداری تحت تأثیر قرار داده است.



شکل ۱. نمودار پردازش هیجانی در گروه‌های مختلف در طی زمان



شکل ۲. نمودار اضطراب مرتبط با درد در گروه‌های مختلف در طی زمان

همانطور که در شکل ۱ و شکل ۲ مشاهده می‌شود، نمرات پردازش هیجانی و اضطراب درد در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری کمتر شده در حالی که در گروه کنترل تغییرات کمتری مشاهده می‌شود. برای بررسی دقیق‌تر نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها و میانگین مراحل مختلف زمانی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر متغیرهای پژوهش در نوجوانان

متغیر وابسته	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
پردازش هیجانی-کل	پیش‌آزمون	۹/۵۵۶*	۰/۷۴۸	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون	۱۰/۶۶۷*	۰/۷۴۸	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱/۱۲۳	۰/۳۹۳	۰/۱۰۱
اضطراب درد-کل	پیش‌آزمون	۵/۷۱۱*	۰/۴۹۰	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون	۶/۱۱۰*	۰/۵۳۸	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۰/۴۰۱	۰/۱۳۹	۰/۳۱۸
متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
پردازش هیجانی-کل	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۴۶۷	۲/۰۴۶	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۱۳/۴۴۰*	۲/۰۴۶	۰/۰۰۰
	درمان شناختی-رفتاری	-۱۲/۹۷۰*	۲/۰۴۶	۰/۰۰۰
اضطراب درد-کل	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۵۵۶	۱/۳۱۱	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۸/۴۸۹*	۱/۳۱۱	۰/۰۰۰
	درمان شناختی-رفتاری	-۷/۹۳۳*	۱/۳۱۱	۰/۰۰۰

در جدول ۵، با توجه به معنی‌داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمره کل پردازش هیجانی و اضطراب درد در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین نمرات این متغیرها در مراحل پس‌آزمون- پیگیری غیرمعنادار است. در مقایسه اثرات گروه نتایج نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمره کل هر دو متغیر پردازش هیجانی و اضطراب درد در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت با گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار است، به‌طوری که اجرای هر یک از دو رویکرد درمانی فوق‌الذکر باعث شده تا میانگین نمرات این متغیرهای وابسته در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون بهبود یابد. همچنین، نتایج نشان داد که با وجود اثربخشی هر دو رویکرد درمانی بر بهبود نمرات پردازش هیجانی و کاهش اضطراب مرتبط با درد، اما از نظر میزان اثربخشی بین دو رویکرد بر متغیرهای مذکور از نظر آماری تفاوت معنادار نبوده است و دو رویکرد تأثیر یکسانی بر این متغیرها داشته‌اند ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر پردازش هیجانی و اضطراب مرتبط با درد نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی انجام شد. نتایج مندرج در جدول ۴ نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود پردازش هیجانی مؤثر بوده و تأثیر درمانی در دوره پیگیری پایدار مانده است. این یافته همسو با نتایج برخی از مطالعات پیشین از قبیل مطالعه یوان و همکاران (۲۰۲۴) و فرناندز-رودریگوئز و همکاران (۲۰۲۴) است. در تبیین می‌توان گفت با توجه به اینکه در طول مداخله پذیرش و تعهد از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود،

نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجارب خود در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، بنابراین منجر به عمل نمودن به شیوه‌ای که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده باشد، می‌گردد. این تجربه در زمان حال به مراجع کمک می‌کند تغییرات را آن‌گونه که هست، تجربه کند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. در واقع از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی افراد در پاسخ‌های سازگارانه و تاب‌آور به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، نارسایی در پردازش هیجانی و عدم سلامت روانی آن‌ها در برخورد با مشکلات می‌شود، افزایش می‌یابد. به بیانی دیگر، هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف روانی است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، که این امر باعث افزایش تاب‌آوری، پردازش سریع‌تر اطلاعات و توجه متمرکز بر زمان حال و موضوع اصلی و کارآمدی در شناسایی و استفاده از هیجانات می‌شود. همچنین، درمان پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این امر باعث کاهش برانگیختگی‌های شناختی و هیجانی و افزایش مقابله صحیح از هیجانات خواهد شد.

دیگر یافته مطالعه حاضر همسو با نتایج پیشین از قبیل شیفل و همکاران (۲۰۲۴)، پیکرل و همکاران (۲۰۲۳) و نوذری و همکاران (۱۴۰۰) در جدول شماره ۴ نشان داد درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر بهبود پردازش هیجانی سومند است. در همین راستا دریای لعل و اکبری (۱۴۰۱) طی پژوهشی نشان دادند درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان مداخله‌ای کارآمد می‌تواند بر پردازش هیجانی تأثیرگذار باشد. درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت نیز بر مدیریت و پردازش کارآمد هیجانی متمرکز است و با دادن تمرینات شناختی چون فلش رو به پایین، کاربرگ‌های ABC، برگه سئوالات چالش‌برانگیز و کاربرگ تفکر مسأله‌مدار بر توانمندسازی هیجانی و شناختی بیمار تأکید دارد. همچنین، در حوزه رفتاری این درمان با قرار دادن تمرینات رفتاری فعال‌سازی و بازبینی فعالیت و برنامه‌ریزی، سعی در بهبود پردازش و تفسیر علائم هیجانی در این افراد دارد. در این شکل از درمان عوامل خطر ساز اصلی مرتبط با مشکل مانند نقص مهارت در زمینه‌های پردازش هیجانی و مدیریت آن مورد توجه قرار گرفته و در فاز اول درمان، مستقیماً نقایص این توانش‌ها مورد هدف و بازپروری قرار می‌گیرند. در واقع، یک مؤلفه اصلی این درمان برنامه ایمنی است که هدف اصلی آن کمک به فرایند تصمیم‌گیری بیمار در دوره‌های حاد پریشانی عاطفی و اختلال در حل مسأله است. این برنامه منحصر به فرد است، زیرا یک رویکرد منظم و جامع برای حفظ ایمنی در بیماران مختلف نسبت به اختلالات خلقی و شناختی بدن‌بال نارسایی و ناکارآمدی در پردازش هیجانی ایجاد می‌کند و بهترین روش مداخله کوتاه‌مدت است که شامل استراتژی‌های شناسایی مسأله و کنترل هیجانی است. در خصوص عدم تفاوت بین مداخلات درمانی براساس نتایج جدول شماره ۵ مبنی بر بهبود پردازش هیجانی می‌توان گفت بیمارانی که به مدت طولانی براساس راهبردهای هیجانی ناکارآمد عمل می‌کنند، ادراک معیوب از نشانگان بیماری افزایش یافته و به بیمار اجازه نمی‌دهد که طبق اهداف خود در زندگی رفتار کند. هر دو شیوه درمانی در بعد فرمول بندی بالینی و استفاده از تکنیک‌ها برای کاهش مشکلات روانشناختی (افزایش فعالیت با فعالسازی رفتاری در هر دو رویکرد، ارزشمند زیستن و ذهن‌آگاهی در درمان پذیرش و تعهد) نیاز به تمرین، ممارست و گذشت زمانی دارند؛ تا مدیریت و استفاده از راهبردهای کارآمد هیجانی جایگزین پردازش هیجانی معیوب و ناکارآمد شود. لذا هر دو رویکرد با تغییر در پردازش اطلاعات و نحوه مواجهه فرد با نشانگان بیماری و تعدیل در رفتارهای اجتنابی منجر به پردازش هیجانی مؤثر خواهند شد و این بیشتر به بعد اشتراک درمانی مربوط است.

برآیند دیگر مطالعه حاضر در جدول شماره ۴ نشان داد اضطراب درد با شرکت در جلسات درمان پذیرش و تعهد کاهش چشمگیری داشته است و این تأثیر در دوره پیگیری پایدار بود. این یافته در راستای با نتایج مطالعه موریسو همکاران (۲۰۲۴) و مارتینز-کالدرون و همکاران (۲۰۲۴) بود.

در تبیین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر رابطه فرد با احساسات و افکار خود، پذیرش و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، حمایت فرد در یافتن ارزش‌ها و اهداف و تعهد به عمل در راستای آن‌ها و کمک به فرد در ارتباط با خود و زمان حال که موجب بهبود خودکارآمدی درد، پذیرش بیشتر درد در زندگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن می‌شود و در نهایت این چرخه منجر به کاهش اضطراب درد بیماران گوارشی می‌گردد. در واقع یکی از مراحل مهم در اکثریت آموزش‌ها به خصوص آموزش یا درمان براساس رویکرد پذیرش و تعهد، دادن مسئولیت و تکالیف بیشتر به مراجعان است. این امر به نحوی پاسخ به این سؤال است که «آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه؟» درمان به شیوه پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار بر روی ارزش‌ها می‌تواند خودباوری و کنترل فرانگرانی را در مراجعان افزایش داده و این امر منجر به کاهش اضطراب مرتبط با درد در آنان گردد. به‌طور کلی، درمان به شیوه پذیرش و تعهد به افراد شرکت‌کننده در این پژوهش کمک کرد که درک درستی از هیجانات داشته باشند و آن‌ها را با زبان آمیخته سازند و این هیجانات را به صورت کامل تجربه کنند. بنابراین، تجربه کامل هیجانات به وسیله فرایندهای پذیرش، گسلش و خود به عنوان زمینه صورت گرفت تا بتواند ابراز هیجانات را تعدیل کرده و ارتباط افراد شرکت‌کننده را با افکار، باورها و هیجانات خود تغییر دهند که این امر سبب افزایش مهارت فرد در پذیرش رنج در زندگی و خودکنترلی در مواجهه با چالش‌های زندگی شده و اضطراب درد را تحت تأثیر قرار داده است.

از دیگر نتایج این پژوهش می‌توان به تأثیر درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر کاهش میزان اضطراب درد در جدول شماره ۴ اشاره کرد، که در راستای با نتایج مطالعات پیشین مانند نودری و همکاران (۱۴۰۰)، شیفل و همکاران (۲۰۲۴)، پیکرل و همکاران (۲۰۲۳) و وانگ و همکاران (۲۰۲۳) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که به‌زعم پژوهشگر اصلاح افکار و تفسیرها باعث ایجاد آرامش می‌شوند و از سوی دیگر، تمرین آرام‌سازی عضلانی باعث می‌شود که از تنش و فعالیت سیستم سمپاتیک یا پاسخ اضطرابی در برابر استرس کاسته شود، در نتیجه علائم جسمانی مرتبط با سیستم سمپاتیک تخفیف می‌یابد و درد و اضطراب ادراک شده همراه با آن نیز کمتر گزارش می‌شود. همچنین، از طریق تکنیک شناختی و رفتاری به مراجعان آموزش داده شد که از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده، علائم مربوط به اضطراب درد را نیز کنترل کنند، بنابراین، با افزایش حس کنترل بر علائم و کاهش بروز نشانه‌ها و حملات، شدت درد و اضطراب مرتبط با آن نیز کاهش پیدا کرد. درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت نیز مانند سایر رویکردهای شناختی-رفتاری شامل بازسازی شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و ایجاد شبکه اجتماعی مستحکم است که تا پایان برنامه، شرکت‌کنندگان به تکنیک‌های متنوع و یکپارچه‌ای مجهز شدند که به آنان کمک کرد تا به منظور کاهش میزان درد و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در مواجهه با اضطراب درد از آن استفاده کنند.

یافته نهایی پژوهش در جدول شماره ۵ نشان داد علی‌رغم اثربخشی دو رویکرد درمانی فوق‌الذکر بر اضطراب درد، اما از نظر اثربخشی یکسان بوده‌اند. مطالعاتی که به شکل مستقیم به مقایسه تأثیر این دو روش درمانی بر اضطراب درد پرداخته باشند، مشاهده نشد اما به‌طور غیرمستقیم یافته حاضر در راستا و همخوان با نتایج مطالعات محققان پیشین مانند رضایی و همکاران (۱۴۰۱)، اکبری و همکاران (۱۴۰۰)، کوجوکارو و همکاران (۲۰۲۴) و مک‌گرت و همکاران (۲۰۲۳) بود. از دلایل عدم تفاوت معناداری می‌توان به این نکته اشاره کرد که یکی از ویژگی‌های اساسی در کاهش اضطراب درد داشتن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد، که انعطاف‌پذیری روانی هم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم در درمان شناختی-رفتاری مورد توجه قرار می‌گیرد. به عبارتی نقطه مشترک بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان به شیوه شناختی و رفتاری انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد ولی جهت و مسیر رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو رویکرد کاملاً با هم متفاوت است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قدرت انعطاف‌پذیری بیشتر بر پذیرش درونی درد و رنج بیمار می‌باشد؛

اما در درمان شناختی و رفتاری قدرت انعطاف‌پذیری بر پایه نقاط قوت، توانمندی‌ها، تاب‌آوری، حل مسئله و خودبازنگری مثبت فرد می‌باشد و همین مسئله باعث شده تا قدرت اثربخشی هر دو روش مداخله بر کاهش اضطراب مرتبط با درد یکسان باشد.

در زمینه محدودیت‌های مطالعه حاضر باید بیان نمود نمونه آماری مطالعه را نوجوانان مبتلا به مشکلات گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران تشکیل داد، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی، جمعیتی و همچنین، مبتلایان به مشکلات روانپزشکی و طبی مزمن دیگر (مانند بیماران قلبی، سرطان، مولتیپل اسکلروزیس و ...) را با محدودیت مواجه می‌کند. برای تعمیم نتایج درمان می‌توان این درمان‌ها را بر روی سایر گروه‌های جامعه اجرا کرد تا میزان تعمیم‌پذیری نتایج درمانی بیشتر شود. اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. براساس نتایج به‌دست آمده به روان‌شناسان و درمانگران پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات هیجانی و اضطراب مرتبط با درد در بیماران گوارشی با برگزاری کارگاه‌های روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر اکت به‌عنوان درمان‌های راحت، در دسترس و کم هزینه برای کمک به این افراد اقدام کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت و پذیرش و تعهد بر روی سایر پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری مبتلایان به اختلال‌های گوارشی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی در مقایسه با این روش‌ها استفاده گردد تا امکان مقایسه سودمندی هر یک از دو رویکرد درمانی فوق‌الذکر با سایر رویکردهای درمانی فراهم گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان و همچنین کارکنان بیمارستان میلاد شهر تهران اعلام می‌کنند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع

- Akbarian, M., Mohammadi Shir Mahalleh, F., Borjali, A., Hassanabadi, H., & Abolghasemi, S. (2022). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Anxiety, Sleep and Severity of Pain in Patients with Fibromyalgia. *Health Psychology*. 10(40), 111-30. [Persian]. <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.58174.5162>
- Aliu, A., Bosch, D.H., Keszthelyi, D., Rezazadeh Ardabili, A., Colombel, J.F., Sawyer, R. & Mujagic, Z. (2024). A practical approach to persistent gastrointestinal symptoms in inflammatory bowel disease in remission. *Alimentary Pharmacology & Therapeutic*. 59(12), 1470-88. <https://doi.org/10.1111/apt.17988>
- Ardiansyah, F., Shinta, S., & Amita, D. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT) for patients with chronic renal failure. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*. 4(1), 51-6. doi: <https://doi.org/10.33024/minh.v4i1.3462>
- Arab Bafarani, H.R., Rezaei Jamaloui, H., & Sobhani A. (2025). Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and hope therapy on pain anxiety and self-acceptance in patients with migraine. *Rooyesh-e Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(9), 151-162. [Persian]. <http://frooyesh.ir/article-1-5358-fa.html>
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P.W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic Research*. 62(2), 167-78. doi: [10.1016/j.jpsychores.2006.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005)

- Banerjee, S.C., Camacho-Rivera, M., Haque, N., Flynn, L., Thomas, J., Smith, P., Sheffer, C., & Ostroff, J.S. (2022). Understanding cognitive and emotional illness representations of South Asian head and neck cancer survivors: A qualitative study. *Ethnicity & health*. 27(1), 119-36. doi: [10.1080/13557858.2019.1625872](https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1625872)
- Barandouzi, Z.A., Lee, J., Del Carmen Rosas, M., Chen, J., Henderson, W.A., Starkweather, A.R., & Cong, X.S. (2022). Associations of neurotransmitters and the gut microbiome with emotional distress in mixed type of irritable bowel syndrome. *Scientific Reports*. 12(1), 25-39. doi: [10.1038/s41598-022-05756-0](https://doi.org/10.1038/s41598-022-05756-0)
- Campora, M., Mastracci, L., Carlin, L., Unti, E., Parente, P., Fassan, M., Grillo, F. (2022). Pathologist's approach to paediatric and neonatal eosinophilic gastrointestinal disorders. *Pathologica*. 114(1), 79-88. doi: [10.32074/1591-951X-734](https://doi.org/10.32074/1591-951X-734)
- Cifuentes, M., Verdejo, H. E., Castro, P. F., Corvalan, A. H., Ferreccio, C., Quest, A. F., ... & Lavandero, S. (2025). Low-grade chronic inflammation: a shared mechanism for chronic diseases. *Physiology*, 40(1), 4-25. doi: [10.1152/physiol.00021.2024](https://doi.org/10.1152/physiol.00021.2024)
- Cojocaru, C.M., Popa, C.O., Schenk A., Suci, B.A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Medicine and Pharmacy Reports*. 97(1), 26-34. doi: [10.15386/mpr-2661](https://doi.org/10.15386/mpr-2661)
- Daryaye Lal, G.h., & Akbari, B. (2023). The effectiveness of Cognitive behavioral therapy on emotional processing in students with social anxiety disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 65(5), 1950-61. [Persian]. [10.22038/mjms.2022.21847](https://doi.org/10.22038/mjms.2022.21847)
- Datko, M., Lutz, J., Gawande, R., Comeau, A., Gan, J., To, M. N., ... & Schuman-Olivier, Z. (2025). Neural regulation of pain anticipation is associated with mindful behavior change in patients with anxiety or depression: A pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 347, (2), 23-39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.111941>
- Escalante, J., Artaz, O., Diwakarla, S., & McQuade, R. M. (2025). Leaky gut in systemic inflammation: Exploring the link between gastrointestinal disorders and age-related diseases. *GeroScience*, 47(1), 1-22. doi: [10.1007/s11357-024-01451-2](https://doi.org/10.1007/s11357-024-01451-2)
- Ezzati, Z., Shahabizadeh, F., Soleimannejad, K., & Nasri, M. (2022). The efficacy of commitment and acceptance and behavioral cognitive interventions on emotional schemas and quality of life in patients with irritable bowel syndrome with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 21(117), 1833-1850. [Persian]. [10.52547/JPS.21.117.1833](https://doi.org/10.52547/JPS.21.117.1833)
- Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., & Cuesta, M. (2023). Is activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Journal of Behavior modification*. 47(1), 3-45. doi: [10.1177/01454455221083309](https://doi.org/10.1177/01454455221083309)
- Gava, V., Fialho, H.R., Calixtre, L.B., Barbosa, G.M., & Kamonseki, D.H. (2022). Effects of gaming on pain-related fear, pain catastrophizing, anxiety, and depression in patients with chronic musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Games for health journal*. 11(6), 369-84. doi: [10.1089/g4h.2021.0232](https://doi.org/10.1089/g4h.2021.0232)
- Hayes, S.C. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
- <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02131-6>
- Huang, Y.C., Zuniga, J., Garcia, A. (2022). Illness perceptions as a mediator between emotional distress and management self-efficacy among Chinese Americans with type 2 diabetes. *Ethnicity & Health*. 27(3), 672-86. doi: [10.1080/13557858.2020.1817339](https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1817339)
- Kamran, A., Rostamifar, R., & Moghtadaei, K. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance and Emotional Processing in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 11(1), 155-70. [Persian]. [20.1001.1.23221283.1401.11.41.9.6](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1401.11.41.9.6)

- Khayar, G., & Manshaei, G. (2021). Effectiveness of Child-Oriented Mindfulness Therapy on Pain Self-Efficacy and Pain Anxiety of the Children with Rheumatism. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 10(2), 85-100. [Persian]. <https://doi.org/10.30473/hpj.2021.53523.4855>
- Kim, H., Oh, Y., & Chang, S.J. (2022). Internet-delivered cognitive behavioral therapy in patients with irritable bowel syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 24(6), 35-49. doi: [10.2196/35260](https://doi.org/10.2196/35260)
- Lee, S. J., Lee, M., Kim, H. B., & Huh, H. J. (2024). The relationship between interoceptive awareness, emotion regulation and clinical symptoms severity of depression, anxiety and somatization. *Psychiatry Investigation*, 21(3), 255-264. doi: [10.30773/pi.2023.0221](https://doi.org/10.30773/pi.2023.0221)
- Liu, K., Liu, Y., Ma, X., Fu, D., & Fan, Z. (2024). Effect of cognitive behavioral therapy on pain, knee function, and psychological status in patients after primary total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 25(1), 271-280. [10.1186/s12891-024-07413-1](https://doi.org/10.1186/s12891-024-07413-1)
- Mahmoud Alilou, M., Pak, R., & Mahmoud Alilou, A. (2022). The mediating role of coping strategies and emotion regulation in the relationship between pain acceptance and pain-related anxiety. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 29(4), 977-90. [Persian]. doi: [10.1007/s10880-022-09863-y](https://doi.org/10.1007/s10880-022-09863-y)
- Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F.J. (2024). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: an overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *journal of pain*. 25(3), 595-617. doi: [10.1016/j.jpain.2023.09.013](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013)
- Matko, K., Burzynski, M., Pilhatsch, M., Brinkhaus, B., Michalsen, A., & Bringmann, H.C. (2023). How does meditation-based lifestyle modification affect pain intensity, pain self-efficacy, and quality of life in chronic pain patients? An experimental single-case study. *Journal of Clinical Medicine*. 12(11), 37-41. <https://doi.org/10.3390/jcm12113778>
- McCracken, L.M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale: Preliminary development and validity. *Pain research and management*. 7(1), 45-50. doi: [10.1155/2002/517163](https://doi.org/10.1155/2002/517163)
- McCracken, L.M., Zayfert, C., & Gross, R.T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*. 50(1), 67-73. doi: [10.1016/0304-3959\(92\)90113-P](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90113-P)
- McGirt, M.J., Holland, C.M., Farber, S.H., Zuckerman, S.L., Spertus, M.S., Theodore, N., Pfortmiller, D., & Stanley, G. (2023). Remote cognitive behavioral therapy utilizing an in-home virtual reality toolkit (Vx Therapy) reduces pain, anxiety, and depression in patients with chronic cervical and lumbar spondylitic pain: A potential alternative to opioids in multimodal pain management. *North American Spine Society Journal (NASSJ)*. 16(2), 95-108. <https://doi.org/10.1016/j.xnsj.2023.100287>
- Moradsamarain, A., Meschi, F., Sodagar, S., & Rajaei, A. (2024). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment on increasing emotional processing and self-efficacy of people with rheumatoid arthritis. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(4), 105-114. [Persian]. <http://frooyesh.ir/article-1-5057-fa.html>
- Morris, E.M., Johns, L.C., & Gaudiano, B.A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 97(1), 41-58. doi: [10.1111/papt.12479](https://doi.org/10.1111/papt.12479)
- Nozari, M., Nejati, V., & Mirzaeyan, B. (2021). The Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Mind Reading, Recognizing the Expression of Emotion Faces, and the Symptoms of Depression in Individuals with Major Depressive Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 179(11), 1-9. [Persian]. <http://jdisabilstud.org/article-1-2169-fa.html>
- Pickerell, L.E., Pennington, K., Cartledge, C., Miller, K.A., & Curtis, F. (2023). The effectiveness of school-based mindfulness and cognitive behavioural programmes to improve emotional regulation in 7–12-year-olds: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 14(5), 1068-87. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02131-6>

- Rezaei, M., Kalantary, M., & Abedi, M. (2022). 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. *Journal of Applied Psychological Research*. 13(3), 395-412. [Persian]. [20.1001.1.22518126.1401.13.3.22.4](https://doi.org/10.1001.1.22518126.1401.13.3.22.4)
- Rudd, M.D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidality in military populations. *Military Psychology*. 24(6), 592-603. <https://doi.org/10.1080/08995605.2012.736325>
- Safadi, J.M., Quinton, A.M., Lennox, B.R., Burnet, P.W., & Minichino, A. (2022). Gut dysbiosis in severe mental illness and chronic fatigue: a novel trans-diagnostic construct? A systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*. 27(1), 141-53. doi: [10.1038/s41380-021-01032-1](https://doi.org/10.1038/s41380-021-01032-1)
- Schaeuffele, C., Meine, L.E., Schulz, A., Weber, M.C., Moser, A., Paersch, C., ... & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature human behavior*. 8(3), 493-509. doi: [10.1038/s41562-023-01787-3](https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3)
- Shepherd, J., Rogers, A., Garey, L., Ditre, J., Smit, T., Fogle, B., Bakhshaie, J., & Zvolensky, M. (2021). Tobacco use severity in relation to opioid misuse and dependence among adult tobacco users with chronic pain: The moderating role of pain-related anxiety. *Addictive Behaviors*. 117(2), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106844>
- Wang, C., Sheng, Y., Yu, L., Tian, F., Xue, Y., & Zhai, Q. (2023). Effects of cognitive behavioral therapy on mental health and quality of life in inflammatory bowel disease patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Behavioural Brain Research*. 2(454), 114-125. [10.1016/j.bbr.2023.114653](https://doi.org/10.1016/j.bbr.2023.114653)
- Yuan, J., Zheng, M., Liu, D., & Wang, L. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Alpha psychiatry*. 25(1), 47-53. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231324>