

## Original Article

### Comparing the Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Schema Therapy on Health Anxiety and Psychological Flexibility in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Shaghayegh Moradi<sup>1</sup>, Hassan Khoshakhlagh\*<sup>1</sup>, Sedigheh Rezaei Dehnavi<sup>2</sup>,  
Hasan Rezaei Jamaloei<sup>3</sup>

1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
  2. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
  3. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran
- \* *Corresponding author.* Tel: +989133123835, E-mail: Khoshakhlagh\_h@yahoo.com

#### Article info

##### Article history:

Received: Mar 13, 2024

Accepted: Jun 27, 2024

##### Keywords:

Cognitive Behavioral Therapy

Schema Therapy  
Health Anxiety  
Psychological Flexibility  
Irritable Bowel Syndrome

#### ABSTRACT

**Background:** Irritable bowel syndrome is a chronic functional disorder of the gastrointestinal system. Besides physical problems, it can also affect the patient's cognitive, emotional, and psychological processes. The study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on health anxiety and psychological flexibility in patients with irritable bowel syndrome.

**Methods:** The study method was quasi-experimental with a pre-test and post-test design and a 2-month follow-up period with a control group. The study population included all patients with irritable bowel syndrome referred to Velayat and Shahid Rajaei hospitals in Qazvin City in 2022. Based on specialist diagnosis and clinical interviews, 48 patients with irritable bowel syndrome who scored higher than 35 on the health anxiety questionnaire were selected through purposive sampling. They were also divided into three groups based on a table of random numbers, including schema therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups (16 people in each group). The research instruments were the Health Anxiety Questionnaire by Salko-Sakis and Warwick (2002) and the Psychological Flexibility Questionnaire by Dennis and Vanderwaal (2010). The experimental groups received Yang's schema therapy and Leahy's cognitive behavioral therapy in nine 90-minute sessions once a week, and the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) using SPSS-23 software.

**Results:** The results showed that schema therapy and cognitive behavioral therapy were effective in reducing health anxiety and increasing psychological flexibility in patients with irritable bowel syndrome ( $P < 0.001$ ). Furthermore, comparing the two treatment methods, no significant differences were found between the mean scores of the variables studied at post-test and follow-up.

**Conclusion:** According to the results, schema therapy and cognitive behavioral therapy can be used as an effective treatment for health anxiety and psychological flexibility of patients with irritable bowel syndrome.

How to cite this article: Moradi Sh, Khoshakhlagh H, Rezaei Dehnavi S, Rezaei Jamaloei H. Comparing the Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Schema Therapy on Health Anxiety and Psychological Flexibility in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Journal of Health & Care. 2024;26(2): 155-170.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب و انعطاف پذیری روان‌شناختی در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر

شقایق مرادی<sup>۱</sup>، حسن خوش اخلاق<sup>۱\*</sup>، صدیقه رضایی دهنوی<sup>۲</sup>، حسن رضایی جمالویی<sup>۳</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۳۱۲۳۸۳۵ ایمیل: [Khoshakhlagh\\_h@yahoo.com](mailto:Khoshakhlagh_h@yahoo.com)

### چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم روده تحریک‌پذیر، اختلال عملکردی مزمن دستگاه گوارش است که علاوه بر مشکلات جسمانی، می‌تواند فرایندهای شناختی، هیجانی و روان‌شناختی بیماران را نیز متاثر سازد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر بود.

**روش کار:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان ولایت و شهید رجایی قزوین در سال ۱۴۰۱ بود. بر اساس تشخیص پزشک متخصص و مصاحبه بالینی، ۸۸ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که در پرسشنامه اضطراب بیماری، نمره بالاتر از ۳۵ را کسب نموده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و بر اساس جدول اعداد تصادفی به سه گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های اضطراب بیماری سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) بود. گروه‌های آزمایش، روش‌های طرحواره درمانی یانگ و درمان شناختی-رفتاری لیبی را در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک‌بار در هفته دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و نرم افزار SPSS-23 تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج، طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب بیماری و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر داشت ( $p < 0.001$ ). در مقایسه دو روش درمانی، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه، می‌توان از طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری به عنوان روش‌های درمان موثر در کاهش اضطراب بیماری و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی، اضطراب بیماری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سندرم روده تحریک‌پذیر

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۷

دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۳

### مقدمه



ارزش‌های برگزیده فرد، اشاره دارد (۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که عوامل روان‌شناختی از جمله انعطاف ناپذیری شناختی ممکن است در تداوم و شدت علائم شکمی این سندرم نقش داشته باشند و تحت تأثیر این عوامل، افراد مبتلا به IBS به میزان افراطی به مراکز درمانی مراجعه کنند (۱۳-۱۰).

با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در IBS، لزوم توجه به استفاده از روش‌های درمان روان‌شناختی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم بیماری بر کسی پوشیده نیست. برای درمان این بیماری روش‌های متعدد دارویی و غیردارویی به کار گرفته می‌شوند که در تأثیر آنها به تنهایی اختلاف نظر وجود دارد (۱۴). لذا در این زمینه ضرورت استفاده از روش‌های غیردارویی بیشتر مطرح می‌شود. امروزه طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل هیپنوتراپی<sup>۳</sup>، بازخورد زیستی<sup>۴</sup>، درمان شناختی رفتاری<sup>۵</sup>، آموزش تنش زدایی<sup>۶</sup> و درمان روان‌پویایی بین فردی<sup>۷</sup> در درمان IBS به کار گرفته شده است که چندین بررسی و یک فراتحلیل به طور کلی از اثربخشی این مداخلات در کاهش شدت علائم IBS و اضطراب و افسردگی ناشی از آن در مقایسه با عدم درمان یا مراقبت‌های پزشکی استاندارد حمایت می‌کنند (۱). در این بین، تا سال‌های متمادی درمان شناختی رفتاری به عنوان موثرترین درمان روان‌شناختی IBS مطرح بوده است (۱۵). همانند الگوی شناختی بک<sup>۸</sup>، در درمان شناختی بیماران مبتلا به IBS سعی می‌شود که افکار ناکارآمد و باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روان‌شناختی افراطی و علائم گوارشی را به همراه دارند، شناسایی و اصلاح شوند (۱۶). در این بیماران به

سندرم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> (IBS) در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی، شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آنهاست (۱). این سندرم، نوعی اختلال گوارشی کارکردی<sup>۲</sup> (FGID) است که با تغییر اجابت مزاج و درد بدون وجود اختلالات ساختاری قابل شناسایی مشخص می‌شود (۲). شیوع این بیماری در جهان، حدود ۱۱ درصد و در ایران، ۲۱/۵ درصد گزارش شده است (۳). این سندرم با شیوع بالای اختلالات روانپزشکی همراه بوده و ۴۴ درصد از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر علاوه بر احساس درد جسمانی، علائم اختلالات روانپزشکی را نشان می‌دهند (۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نرخ بالایی از اضطراب و افسردگی، اختلال وسواسی اجباری، حساسیت بین فردی و نشانه‌های اضطرابی در بیماران مبتلا به این سندرم وجود دارد و ۷/۸ درصد از آنها معیارهای تشخیصی اختلال پس از سانحه را دارا می‌باشند (۵-۹). اضطراب ناشی از بیماری، سبب می‌شود که این بیماران به مرور اضطراب سلامتی نیز از خود نشان دهند. اضطراب سلامتی می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد شده و سبب شود بیماران در مورد علائم و آینده بیماری، مضطرب و نگران شوند و این ترس و اجتناب موجب اجتناب از فعالیت و در نتیجه ناتوانی بیشتر در بیماران و کاهش انعطاف ناپذیری روان‌شناختی در آنان شود (۶). امروزه پژوهش‌های بسیاری نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در انواع گوناگون مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذرهراسی، تنش‌های شغلی، سوء مصرف مواد و نگرانی تایید کرده‌اند (۷،۸). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، جزء عمده‌ای از رفتارهای مرتبط با سلامت است و به توانایی فرد در تماس با لحظه کنونی و نیز پافشاری بر تغییر رفتار در راستای

<sup>۱</sup> Irritable Bowel Syndrome (IBS)

<sup>۲</sup> Functional Gastrointestinal Disorders

<sup>۳</sup> Hypnotherapy

<sup>۴</sup> Biofeedback

<sup>۵</sup> Cognitive Behavior Therapy

<sup>۶</sup> Relaxation Training

<sup>۷</sup> Psychodynamic Interpersonal Therapy

<sup>۸</sup> Beck

نظر می‌رسد فاجعه انگاری درد، پیوند بین نشانه‌های جسمانی و فراوانی این نشانه‌ها را توجیه کند. فاجعه انگاری رفتارهای در جستجوی امنیت را در این بیماران افزایش می‌دهد و منجر به افزایش نشانه‌های گواشی و در نهایت کاهش عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی می‌شود (۱۵). در این رابطه پیشینه تحقیق نشان می‌دهد می‌توان به کمک مداخلات شناختی رفتاری عواملی همچون اضطراب و اختلالات مرتبط به آنرا کاهش داد (۲۲-۱۷). پژوهش‌های زیادی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر بهبود علائم بیماری و کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر تأیید کرده اند (۱۶، ۲۵-۲۳). همچنین این درمان بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران افسرده موثر بوده است (۲۶، ۲۷). یکی دیگر از سازه‌های روان شناختی مورد استفاده در حوزه بیماری‌های روان تنی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۲۸). در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، وجود طرحواره‌هایی همچون نقص و شرم، استحقاق، آسیب‌پذیری در برابر بیماری، انزوای اجتماعی و... می‌تواند برداشت فرد را از بیماری به یک اتفاق فاجعه‌آمیز و وجود یک نقص جدی تبدیل کند (۲۹). بر همین اساس جهت برطرف نمودن چنین مشکلاتی می‌بایست در درجه اول طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد را تغییر داد (۲۸). در این رابطه مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر متغیرهای مختلفی مثل کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان، درک بیماری، پریشانی روانشناختی و کاهش شدت علائم بیماری افراد مبتلا به IBS (۳۰، ۲۹)، اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش خودکارآمدی بیماران مولتیپل اسکروزیس (۳۱)، اضطراب و افسردگی (۳۲)، وسواس و استرس پس از سانحه (۳۳)، اضطراب مزمن و اختلالات شخصیت (۳۴)، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روانشناختی (۳۵) و تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی (۳۶) تأثیر دارد. سندرم روده تحریک‌پذیر از جمله

بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده ای است که کیفیت زندگی افراد مبتلا را به شدت تحت تأثیر قرار داده (۳۰) و سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از ایجاد علائم می‌شود (۳۷). بنابراین با توجه به شیوع IBS در بین افراد و به تبع آن بروز مشکلات روان شناختی به مانند اضطراب بیماری و عدم انعطاف‌پذیری شناختی و گسترش دامنه تأثیر آنها در تمام جنبه‌های زندگی، لزوم پرداختن به بررسی و مقایسه اثربخشی مداخلات روانشناختی را به منظور یافتن درمان انتخابی، بیش از پیش نمایان می‌کند. همچنین بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد تاکنون مطالعه ای به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و طرحواره درمانی در رابطه با متغیرهای پژوهش نپرداخته است. لذا، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

### روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به بیمارستان ولایت و شهید رجایی شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ بود. باتوجه به اینکه در مطالعات نیمه تجربی، حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه، مناسب تشخیص داده شده است (۳۸) و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایشی طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری و یک گروه کنترل برای این مطالعه، و با توجه به احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۵۱ نفر در نظر گرفته شد (هر گروه ۱۷ نفر). بنابراین با توجه به فراخوان اعلام شده در بیمارستان ولایت و شهیدرجایی قزوین و تشخیص متخصصین گوارش، از بین بیماران

با سندرم روده تحریک‌پذیر، ۵۱ نفر که در پرسشنامه اضطراب سلامتی، نمره بالاتر از ۳۵ را دریافت نموده بودند بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با اختصاص کد به شرکت کنندگان بر اساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. نمونه‌گیری در خرداد ماه انجام و قبل از شرکت دادن آزمودنی‌ها در مطالعه، مصاحبه بالینی با آنان توسط پژوهشگر، انجام و آزمودنی‌ها از نظر دارا بودن شرایط ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در جلسات درمانی، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، جنسیت زن، نداشتن اختلال روانی حاد بر اساس مصاحبه بالینی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، دریافت تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش در حداقل ۶ ماه گذشته و کسب نمره بالاتر از ۳۵ در پرسشنامه اضطراب سلامتی و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه و شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان بود. طی انجام پژوهش بدلیل عدم همکاری یکی از آزمودنی‌ها، جهت همگن بودن گروه‌های مورد مطالعه دو نفر از آزمودنی‌های گروه‌های دیگر حذف گردید و در نهایت در هر گروه، داده‌های ۱۶ نفر تحلیل شدند. با هماهنگی با علوم پزشکی قزوین و بیمارستان‌های ولایت و شهید رجایی شهر قزوین، نمونه‌های مورد نظر انتخاب شدند. برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در درمان و آگاهی از روند اجرای کار درباره رعایت نکات اخلاقی به آنان اطمینان داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت کنندگان گروه‌های

آزمایش و کنترل تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقیمانده و در گزارش‌ها به آنها اشاره نگردید. نام تمامی شرکت کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این پس از جلب رضایت ایشان، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت کنندگان دریافت گردید. برای رعایت محظورات اخلاقی، پس از اتمام دوره پیگیری و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله جلسات درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. در همهٔ جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات در دستور کار قرار گرفت و بسته‌های درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه اضطراب سلامتی و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود که طی سه بار سنجش مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری از ابتدای خرداد ماه تا اواخر مرداد ماه روی شرکت کنندگان اجرا گردید. برای ویژگی‌های جمعیت شناختی، اطلاعات مرتبط با سن و میزان تحصیلات جمع‌آوری شد. برای بررسی اضطراب بیماری از پرسشنامه اضطراب سلامتی استفاده شد. پرسشنامه اضطراب سلامت در سال ۲۰۰۲ توسط سالکوسکیس<sup>۱</sup> و همکاران به منظور سنجش اضطراب سلامتی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و دارای سه خرده‌مقیاس نگرانی کلی سلامتی (۷ گویه)، احتمال ابتلا به بیماری (۶ گویه) و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری (۵ گویه) است. سوالات بر اساس طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت به سنجش نگران‌های مرتبط با سلامت می‌پردازد و نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ نمره می‌باشد. نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می‌باشد. روایی محتوایی، صوری و

<sup>۱</sup> Salkovskis

سلامت و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی به صورت خودگزارشی اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، اول ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار با روش طرحواره درمانی یانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۴۳) و گروه آزمایش دوم با روش درمان شناختی- رفتاری لیهی<sup>۴</sup> (۴۴) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تأیید رسیده و بر طبق نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار بود، آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله توسط نویسنده اول اجرا گردید. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه)، جلسات به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید. در پایان دوره آموزشی، هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. همچنین، سه گروه پس از گذشت دو ماه در دوره پیگیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-27 انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۵</sup>، برای پیش فرض کرویت از آزمون موچلی<sup>۶</sup>، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین<sup>۷</sup> و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۸</sup> استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاکی این پرسشنامه توسط سازندگان پرسشنامه، مناسب گزارش شده است (۳۹). در ایران، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه بالای ۰/۵۹، ۰/۶۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ به ترتیب برای نگرانی کلی سلامتی ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری و کل آزمون برآورد شد (۴۰). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد. همچنین برای بررسی انعطاف پذیری روان‌شناختی از پرسشنامه انعطاف پذیری روان‌شناختی دنیس و ندروال<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری روان‌شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی می‌باشند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷)، نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۲۰ تا ۱۴۰ می‌باشد (۴۱). در ایران، اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹، و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، ۰/۷۵ بود. همچنین، ضریب بازآزمایی کل مقیاس، ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۹۰ گزارش شده است (۴۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۹ بدست آمد. قبل از انجام مداخله در گروه‌های آزمایش، ابتدا مرحله پیش آزمون با تکمیل پرسشنامه اضطراب

<sup>3</sup> Young

<sup>4</sup> Leahy

<sup>5</sup> Shapiro-Wilk

<sup>6</sup> Mauchly

<sup>7</sup> Levene

<sup>8</sup> Bonferroni

<sup>1</sup> Dennis & Vander Wal

<sup>2</sup> Martin & Rubin



جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معرفی برنامه	آشنایی با مراجع و اتحاد درمانی، پر کردن قرارداد درمان، فهرست کردن مشکلات، بررسی خلق بیمار، سنجش تاریخچه زندگی، اجرای پیش آزمون و توضیح اهداف پژوهش، برقراری ارتباط و همدلی، بررسی چگونگی شکل گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه
دوم	تعریف طرحواره درمانی، آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار	آشنایی و درک مفاهیم طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های آن، عملکردهای طرحواره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار
سوم	سنجش طرحواره‌ها و مفهوم سازی مشکل	ارزیابی طرحواره‌های بیمار از طریق اجرای پرسشنامه و فنون تصویرسازی ذهنی برای شناسایی طرحواره بیمار، مفهوم‌سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرحواره‌محور، شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوطه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره
چهارم	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد	شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی، نوشتن فرم ثبت طرحواره طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها
پنجم	مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی	شناخت و تشخیص طرحواره‌های ناسازگار، ایجاد فرصت برای شناسایی احساسات و کمک به بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آنها
ششم	استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی	اجرای فنون شناختی آزمون اعتبار طرحواره، ارائه تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، اجرای فن صندلی خالی، تحلیل سود و زیان، اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، تدوین کارت آموزشی، ارائه تکلیف و بازخورد
هفتم	استفاده از راهبردهای تجربی (هیجانی) طرحواره درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار، بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، اجرای گفتگوی خیالی، شناسایی نیاز هیجانی ارضا نشده و تلاش علیه طرحواره‌ها در سطح عاطفی
هشتم	آموزش روش‌های الگوشکنی	استفاده از تکنیک‌های رفتاری، آموزش الگوشکنی رفتاری با استفاده از فن تهیه فهرست رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، اولویت بندی رفتارها، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای رفتارهای ناسازگار، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و تمرین رفتارهای سالم تصویرسازی، ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط، بازنگری مزایا و معایب رفتارها، اجرای فنون تجربی گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، ارائه تکلیف و بازخورد
نهم	اجرای پس آزمون	ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری

جلسات	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی، برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد در مراجع، تنظیم دستور کار، بررسی خلق بیمار، بررسی دلایل ناموفق بودن تلاش‌های قبلی با مدل مراحل تغییر و بالابردن انگیزه، تهیه فهرست مشکلات بیمار و تبیین اهداف، آموزش مدل شناختی رفتاری به بیمار، آموزش به بیمار در مورد بیماری، تحلیل سود و زیان، ارائه تکلیف و بازخورد
دوم	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، توضیح درباره ارتباط افکار و احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار و احساس و رفتار، توضیح سبک‌های تفکر ناکارآمد، بررسی شواهد تایید کننده و ردکننده باور یا فکر، تمرین آرام سازی عضلانی، آموزش یادداشت روزانه، ارائه تکلیف و بازخورد
سوم	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، بیان خطاهای شناختی، مقابله با افکار و احساسات منفی، شناسایی افکار و احساسات مثبت و منفی که باعث بهبود و یا ناکارآمدی در رفتارهای خودمدیریتی سبک زندگی خوددلسوزی در بیمار می‌شود، کنترل محرک، خلاصه بندی جلسه، ارائه تکلیف و بازخورد
چهارم	مرور تکلیف و پل زدن به جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثر افکار اصلاح شده)، بحث در مورد خودمدیریتی / سبک زندگی / خوددلسوزی و راه‌های کسب حمایت اجتماعی و بررسی واکنش اطرافیان به تعامل با بیمار، بازسازی افکار، بررسی سود و زیان، آموزش تنفس دیافراگمی، ارائه تکلیف و بازخورد

پنجم	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، ارزیابی خلق بیمار، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب، ارایه تکلیف و بازخورد
ششم	بررسی دلایل ناموفق بودن خودمدیریتی و لزوم تغییر عادات منفی تغذیه ای، آموزش خودتشویقی بعد از خودمراقبتی، آموزش آرماسازی و مواجهه با افکار و احساسات منفی، ارایه تکلیف و بازخورد
هفتم	تعیین دستور جلسه، ارزیابی خلق، بررسی تکلیف، بیان تفاوت رفتار منفعل/ پرخاشگر/ جراتمند، آموزش رفتار جراتمندانه، افکار و خودگویی منفی که مانع جراتمندی می‌شود، خودگویی پیشنهادی برای رفتار جراتمندانه، ارایه تکلیف و بازخورد
هشتم	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق، مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر (خود بازنگری، هدف‌گزینی)، بررسی مشکلات مربوط به پیروی از دستورات پزشکی و دارویی، ارایه تکلیف و بازخورد
نهم	مرور تکالیف، تعیین دستور جلسه، سنجش خلق، مدیریت استرس و حل مساله، تنفس دیافراگمی، آموزش اسکن بدنی، شناسایی افکار منفی موثر در عود و رها کردن درمان، اصلاح و تغییر افکار منفی، مرور جلسات قبل و انجام پس آزمون

### یافته‌ها

(گروه آزمایش طرحواره درمانی ۴۳/۷۵ درصد، گروه شناختی رفتاری ۳۱/۲۵ درصد و گروه کنترل، ۴۳/۷۵ درصد). میانگین نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه طرحواره درمانی  $35/75 \pm 3/79$ ، در گروه درمان شناختی- رفتاری،  $38/23 \pm 3/86$  و در گروه کنترل،  $38/39 \pm 4/63$  سال بود. بیشتر شرکت کنندگان در هر سه گروه، دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش قبل و بعد از آزمون در گروه‌های طرحواره درمانی، درمان شناختی- رفتاری و کنترل

متغیر	گروه آزمون	کنترل		طرحواره درمانی		درمان شناختی- رفتاری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب بیماری	پیش آزمون	۴۲/۷۵	۲/۷۹۲	۴۳	۲/۸۵۱	۴۳/۵۰	۲/۱۹۰
	پس آزمون	۴۲/۳۱	۲/۴۹۵	۳۴/۸۷	۲/۸۴	۳۷	۲/۴۷۶
	پیگیری	۴۲	۲/۱۹۰	۳۴/۹۳	۲/۳۷۹	۳۶/۴۳	۲/۵۵
نگرانی کلی سلامتی	پیش آزمون	۱۶/۸۱	۱/۶۴۱	۱۷/۶۲	۱/۵۰	۱۷/۳۱	۱/۴۹۳
	پس آزمون	۱۶/۴۳	۱/۲۶۳	۱۳/۸۷	۱/۶۶۸	۱۴/۷۵	۱/۴۸۳
	پیگیری	۱۶/۰۶	۱/۴۸۱	۱۳/۶۲	۱/۷۸۴	۱۴/۶۸	۱/۶۲۱
احتمال ابتلا به بیماری	پیش آزمون	۱۴/۳۷	۱/۳۶۰	۱۳/۹۳	۱/۷۶۸	۱۴/۲۵	۱/۳۹۰
	پس آزمون	۱۴/۱۸	۱/۲۷۶	۱۲/۳۱	۱/۸۱۵	۱۲/۷۵	۱/۷۷۰
	پیگیری	۱۴/۱۲	۱/۳۶۰	۱۲/۲۵	۱/۴۸۳	۱۲/۳۷	۱/۷۴۶
پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	پیش آزمون	۱۱/۵۶	۱/۴۱۲	۱۱/۴۳	۱/۳۱۴	۱۱/۹۳	۱/۱۸۱
	پس آزمون	۱۱/۶۸	۱/۷۷۸	۸/۶۸	۰/۹۴۶	۹/۵۰	۱/۱۵
	پیگیری	۱۱/۸۱	۱/۶۰	۹/۰۶	۰/۸۵۳	۹/۳۷	۱/۰۸۷
انعطاف پذیری روان‌شناختی	پیش آزمون	۶۷/۳۷	۷/۴۳	۶۶/۰۶	۸/۴۸	۶۷/۲۵	۴/۳۵
	پس آزمون	۶۷/۴۳	۷/۰۸	۷۸/۸۱	۱۰/۶۴	۷۴/۵۶	۵/۸۴
	پیگیری	۶۸/۳۷	۷/۸۱	۷۹/۳۷	۱۰/۴۴	۷۵/۱۲	۵/۹۷

تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش فرض‌های اصلی آن بررسی

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه، تفاوت وجود دارد. برای بررسی این



شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. نتایج آزمون برای اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی در هر سه مرحله و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، غیرمعنادار بود این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون نرمال بودن متغیرها

درمان شناختی- رفتاری		طرحواره درمانی		کنترل		گروه	متغیر
P	آماره z	P	آماره z	P	آماره z	آزمون	
۰/۲۰۰	۰/۹۲۵	۰/۷۸۳	۰/۹۶۷	۰/۹۴۳	۰/۹۷۸	پیش‌آزمون	اضطراب بیماری
۰/۲۹۸	۰/۹۳۶	۰/۸۱۰	۰/۹۶۸	۰/۱۴۵	۰/۹۱۶	پس‌آزمون	
۰/۱۷۸	۰/۹۲۱	۰/۶۱۳	۰/۹۵۷	۰/۳۰۰	۰/۹۳۶	پیگیری	
۰/۲۵۷	۰/۹۳۱	۰/۰۸۱	۰/۹۰۰	۰/۸۱۶	۰/۹۶۹	پیش‌آزمون	انعطاف پذیری
۰/۲۲۱	۰/۹۲۷	۰/۶۵۹	۰/۹۶۰	۰/۷۰۱	۰/۹۶۲	پس‌آزمون	
۰/۴۶۵	۰/۹۴۸	۰/۲۷۹	۰/۹۳۴	۰/۴۲۶	۰/۹۴۶	پیگیری	

متغیر اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر<sup>۱</sup> استفاده گردید (جدول ۵).

نتایج آزمون لوین نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. همچنین به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، از آزمون موچلی استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی برقرار نبود. لذا برای

<sup>۱</sup> Greenhouse-Geisser

جدول ۵. نتایج آزمون لوین و ماچلی در متغیرهای پژوهش

آزمون ماچلی					
P	x <sup>2</sup>	آماره	P	F	متغیر
۰/۰۱۷	۸/۱۴۷	۰/۸۱۰	۰/۲۴۶	۱/۴۴۵	اضطراب بیماری
۰/۰۱	۷۲/۱۱۰	۰/۱۹۴	۰/۰۶	۳/۱۶۴	انعطاف پذیری روان‌شناختی

مربوط بود. نتایج اثرات درون‌آزمودنی نیز نشان داد که اثر اصلی زمان در متغیرهای پژوهش معنی‌دار به دست آمد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش در اضطراب بیماری، مولفه نگرانی کلی سلامتی، مولفه احتمال ابتلا به بیماری، مولفه پیامدهای منفی ابتلا به بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۶۷ و ۰/۶۰ درصد و معنی‌دار بود. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار به دست آمد ( $p < ۰/۰۰۱$ ) که نشان می‌دهد روند تغییرات اضطراب بیماری و مولفه‌های آن و

بر اساس جدول ۶، در اثرات بین‌آزمودنی، اثر اصلی گروه در متغیرهای پژوهش، معنی‌دار بود ( $p < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمرات اضطراب بیماری و مولفه‌های آن و انعطاف پذیری روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی) و کنترل، تفاوت معنی‌داری داشت ( $p < ۰/۰۵$ ). نتایج نشان داد که ۴۵/۱ درصد از تفاوت‌های فردی در اضطراب بیماری، ۱۵/۱ درصد در مولفه نگرانی کلی سلامتی، ۱۵/۳ درصد در مولفه احتمال ابتلا به بیماری، ۳۴/۸ درصد در پیامدهای منفی ابتلا به بیماری و ۱۴/۵ درصد در انعطاف پذیری روان‌شناختی به تفاوت بین سه گروه

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، سلامتی، مولفه احتمال ابتلا به بیماری، مولفه پیامدهای پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری داشتند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در اضطراب بیماری، مولفه نگرانی کلی منفی ابتلا به بیماری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ترتیب برابر با ۶۶/۳، ۴۹/۳، ۳۳/۵، ۵۶/۷ و ۴۴/۴ درصد به دست آمد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در خصوص اضطراب بیماری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب بیماری	درون آزمودنی	زمان	۸۵۲/۵۴۲	۱/۷۱۱	۴۹۸/۳۲۷	۲۱۹/۲۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۳۴۳/۸۳۳	۳/۴۲۲	۱۰۰/۴۸۹	۴۴/۲۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۳	۱
	بین آزمودنی	گروه	۵۷۳/۵۰۰	۲	۲۸۶/۷۵۰	۱۸/۴۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۱	۱
نگرانی کلی بیماری	درون آزمودنی	زمان	۱۷۷/۰۴۲	۱/۵۸۸	۱۱۱/۵۴۸	۱۲۹/۱۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۲	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۵۹/۹۱۷	۳/۱۷۴	۱۸/۸۷۶	۲۱/۸۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۳	۱
	بین آزمودنی	گروه	۴۷/۵۴۲	۲	۲۳/۷۷۱	۴/۰۴۱	۰/۰۲۴	۰/۱۵۲	۰/۶۹۱
احتمال ابتلا به بیماری	درون آزمودنی	زمان	۳۸/۷۶۰	۲	۳۸/۷۶۰	۶۹/۵۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۷	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۱۲/۶۴۶	۴	۶/۳۲۳	۱۱/۳۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۸۳
	بین آزمودنی	گروه	۵۲/۰۴۲	۲	۲۶/۰۲۱	۴/۰۷۰	۰/۰۲۴	۰/۱۵۳	۰/۶۹۴
پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	درون آزمودنی	زمان	۸۴/۸۷۵	۱/۶۸	۵۰/۵۱۴	۹۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۵	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۵۳/۵۸۳	۳/۳۶۰	۱۵/۹۴۵	۲۹/۴۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۷	۱
	بین آزمودنی	گروه	۹۸/۱۶۷	۲	۴۹/۰۸۳	۱۲/۰۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۸	۰/۹۹۳
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	درون آزمودنی	زمان	۱۶۰۲/۷۶۴	۱/۱۰۸	۱۴۴۷/۱۳۷	۶۸/۷۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۴	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۸۳۸/۷۷۸	۲/۲۱۵	۳۷۸/۶۶۷	۱۷/۹۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۴	۱
	بین آزمودنی	گروه	۱۲۱۹/۸۴۷	۲	۶۰۹/۹۲۴	۳/۸۱۲	۰/۰۳	۰/۱۴۵	۰/۹۹۸

وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ ) که حاکی از اثربخشی هر دو روش مداخله بود. اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله مذکور در متغیرهای پژوهش مشاهده نشد (جدول ۷).

باتوجه به معنی‌داری اثر تعاملی گروه و زمان، از آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد بین گروه‌های طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل در متغیرهای مورد بررسی، تفاوت معنی‌داری

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب بیماری و مولفه‌های آن و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	گروه طرحواره درمانی (A)	گروه شناختی-رفتاری (B)	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	P
اضطراب بیماری	گروه طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۱/۳۷۵	۰/۸۰۴	۰/۲۸۲
	گروه شناختی رفتاری	کنترل	-۳/۳۷۵	۰/۸۰۴	۰/۰۰۱
نگرانی کلی سلامتی	گروه طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۰/۲۹۲	۰/۵۱۶	۱
	گروه شناختی رفتاری	کنترل	-۱/۱۹۶	۰/۵۱۶	۰/۰۲۹
احتمال ابتلا به بیماری	گروه طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۰/۵۴۲	۰/۴۹۵	۰/۸۳۹
	گروه شناختی رفتاری	کنترل	-۱/۳۹۶	۰/۴۹۵	۰/۰۲۱
گروه شناختی رفتاری	کنترل	-۱/۰۵۴	۰/۴۹۵	۰/۰۴۴	

۰/۵۸۸	۰/۴۱۳	-۰/۵۴۲	شناختی رفتاری	گروه طرحواره درمانی	پیامدهای منفی
۰/۰۰۱	۰/۴۱۳	-۱/۹۵۸	کنترل		ابتلا به بیماری
۰/۰۰۴	۰/۴۱۳	-۱/۴۱۷	کنترل	گروه شناختی رفتاری	
۱	۲/۵۸۲	۲/۴۳۷	شناختی رفتاری	گروه طرحواره درمانی	انعطاف پذیری
۰/۰۲۸	۲/۵۸۲	۷/۰۲۱	کنترل		روان‌شناختی
۰/۰۴۸	۲/۵۸۲	۴/۵۸۳	کنترل	شناختی رفتاری	

### بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب سلامتی و انعطاف پذیری روان‌شناختی در بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت. نتایج نشان داد روش طرحواره درمانی در کاهش اضطراب بیماری، تاثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات فرهادی و همکاران در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس (۳۱)، زمانی و همکاران در زمینه اضطراب و افسردگی (۳۲) و پیترز<sup>۱</sup> و همکاران بر اضطراب، وسواس و علایم استرس پس از سانحه (۳۳،۳۴) مشابه بوده و مطالعه مغایری در این زمینه یافت نشد. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری می‌توان گفت بر اساس نتایج مطالعات، افراد دارای سندرم روده تحریک‌پذیر از طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند گوش به زنگی، بازداری هیجانی، نقص و شرم و آسیب پذیری نسبت به بیماری رنج می‌برند. افرادی که دارای چنین طرحواره‌هایی هستند به دلیل ترس افراطی از وقوع پیشامدهای ناگوار همواره در اضطراب به سر می‌برند (۳۰). در این راستا طرحواره درمانی با ارایه تکنیک‌های شناختی و رفتاری همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش اضطراب بیماری افراد دارای سندرم روده تحریک‌پذیر کمک نماید (۲۹).

<sup>1</sup> Peeters

الگوهای رفتاری ناسازگار، سبک‌های مقابله‌ای سالم تری را جانشین سازد. این رویکرد درمانی سبب می‌شود بیماران درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند (۳۱). همچنین از آنجا که استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی، قسمت اعظمی از این درمان را دربرمی‌گیرد، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر ضمن کنترل علایم روان‌شناختی بیماری نسبت به اضطراب بیماری خود آگاهی یافته، آن را بپذیرند و بهتر بتوانند هیجان خود را تنظیم کنند.

بر اساس یافته‌های مطالعه، روش طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری روان‌شناختی این بیماران نیز موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های احمدزاده سامانی در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و انعطاف پذیری روان‌شناختی (۳۵) و جعفرزاده جهرمی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی (۳۶) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد دارای بیماری IBS به علت داشتن طرحواره‌های ناکارآمدی همچون آسیب پذیری در برابر بیماری و نقص و شرم و عدم انعطاف پذیری روان‌شناختی، از اضطراب اجتماعی، افسردگی، ارزیابی منفی از علایم بیماری و نشخوار فکری بالایی برخوردار بوده و از موقعیت‌ها و روابط اجتماعی اجتناب می‌کنند (۳۰). طرحواره درمانی با اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر تعدیل کننده اضطراب اجتماعی در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، فرصتی را برای بهبود و کاهش علایم بیماری در آزمودنی‌ها فراهم می‌کند (۲۹). در این رابطه تکنیک‌های شناختی مانند

محک‌زدن اعتبار طرحواره‌ها، تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره و تدوین کارتهای آموزشی سبب می‌شود تا بیماران از بند پردازش‌های ناکارآمد رها شده و بتوانند پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتری را به نمایش گذاشته و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را نشان دهند (۳۵). همچنین در درمان گروهی به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه، امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرایندهای طرحواره‌ای در یک محیط حمایت‌گرانه افزایش می‌یابد و با افزایش فرصت‌های یادگیری جانمایی، حس خودکارآمدی، خطرپذیری و انعطاف‌پذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود (۳۱). نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب بیماری تأثیر دارد. نتایج مطالعات جهاندار و همکاران در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر استرس، تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز (۱۵)، دیناروند و همکاران در مورد کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر (۱۷)، طهماسب زاده و همکاران در زمینه کاهش علائم اضطراب اجتماعی (۱۸)، شیبانی و همکاران در خصوص اضطراب و افسردگی (۱۹)، کریست<sup>۱</sup> و همکاران در مورد اضطراب و افسردگی در نوجوانان (۲۱)، نیوبی<sup>۲</sup> و همکاران در زمینه اضطراب سلامتی (۲۲) و لی<sup>۳</sup> و همکاران در خصوص اضطراب و کاهش علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به IBS (۲۳) همسو است. مطالعه ناهمسویی در این زمینه یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ارزیابی بیمار از تأثیر بیماری IBS بر روند زندگی، اضطراب بیماری و باورهای خاص درباره بیماری، منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، تشدید علائم روانی-جسمی و رنج و

ناتوانی ناشی از آن می‌شود (۱۶). گروه درمانی شناختی رفتاری نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا افراد بتوانند آزادانه و بدون ترس، افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کرده و به بررسی و اصلاح افکار، باورها و تحریف‌های شناختی بپردازند (۱۴). بازسازی شناختی که به عنوان تجربه‌گرایی منطقی نیز شناخته شده است کمک می‌کند تا بیماران با استفاده از استدلال منطقی، برای آزمون عملی محتوای افکار پر از اضطراب خود، در مقابل واقعیت تجربه‌های زندگیشان، جریان افکار مملو از اضطراب سلامتی خود را شناسایی کنند و حتی افکار اضطرابی غالب خود را مورد آزمایش رفتاری قرار دهند؛ یعنی احتمال رخ دادن اتفاقی را که نسبت به آن نگران هستند (اضطراب بیماری)، در واقعیت بیازمایند. بدین ترتیب، ارزیابی شناختی حوادث بر پاسخ به آن حوادث تأثیر می‌گذارد و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی و کاهش اضطراب بیماری خواهد بود (۱۵). در رابطه با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات آقابابایی و همکاران (۲۶) و فاضلی و همکاران (۲۷) همسو بود. در تبیین این یافته، می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری به بیماران IBS کمک می‌کند تا به وسیله تغییر دادن رفتارها، احساسات، نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی، رفتارهای غیرانطباقی را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کنند (۱۶). استفاده از درمان شناختی-رفتاری در افرادی که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی خود هستند، موجب می‌شود که آگاهی افراد نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالا رود (۲۱). بنابراین، انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات، منجر به اصلاح باورها و اسنادهای غلط و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران می‌شود (۱۴). نتایج نشان داد در اثربخشی دو روش مداخله بر اضطراب بیماری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تفاوت

<sup>1</sup> Christ<sup>2</sup> Newby<sup>3</sup> Li

### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی زنان دارای سندرم روده تحریک‌پذیر اثربخشی معنی‌داری دارد. لذا پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران از این دو روش مداخله به عنوان درمان انتخابی در بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد دارای سندرم تحریک‌پذیر استفاده کنند تا ضمن ارتقاء سلامت روان آنان به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک نمایند.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.392 است. بدین وسیله از مسئولان بیمارستان‌های ولایت و شهید رجایی شهر قزوین و کلیه شرکت کنندگانی که در تکمیل پرسشنامه‌ها وقت کافی مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

معنی‌داری وجود نداشت. بررسی پیشینه پژوهش نشان داد مطالعه‌ای در زمینه مقایسه دو روش طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در زمینه اضطراب بیماری بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر انجام نشده است. به نظر می‌رسد به دلیل برخی مشابهت‌ها در هر دو بسته درمانی و تمرکز اصلی دو مداخله بر تکنیک‌های شناختی و رفتاری، جهت تغییر طرحواره‌ها و باورهای غیرمنطقی و الگوشکنی رفتاری و جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، هر دو درمان به یک اندازه در کاهش اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی موثر بودند.

محدود بودن جامعه پژوهش به زنان دارای سندرم روده تحریک‌پذیر شهر قزوین، مهار نشدن متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر اضطراب بیماری و انعطاف پذیری روان‌شناختی، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

### References

- 1- Lackner JM, Quigley BM, Zilcha-Mano S, Radziwon C, Krasner SS, Gudleski GD, et al. Factors that predict magnitude, timing, and persistence of placebo-like response in patients with irritable bowel syndrome. *Gastro Hep Advances*. 2024;3(2):221-29.
- 2- Seyyed Jafari J. The effectiveness of compassion-focused therapy on reducing stress, anxiety, depression and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2019;8(30):40-52. [Persian]
- 3- Lee AD, Spiegel BM, Hays RD, Melmed GY, Bolus R, Khanna D, et al. Gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease and the general population. *Neurogastroenterology & Motility*. 2017;29(5):e13003.
- 4- Hu Z, Li M, Yao L, Wang Y, Wang E, Yuan J, et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*. 2021;21(5):1-18.
- 5- Badihi Zeraati F, Hasani J, Qasemi Motlagh M. The relationship between behavioral brain systems and illness anxiety disorder with mediating role of emotional cognitive ordering strategies. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;64(1):2561-72. [Persian]

- 6- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(1):1-25.
- 7- Gallego A, McHugh L, Villatte M, Lappalainen R. Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;16(5):128-33.
- 8- Iida H, Fujimoto S, Wakita T, Yanagi M, Suzuki T, Koitabashi K, et al. Psychological flexibility and depression in advanced CKD and dialysis. *Kidney Medicine*. 2020;2(6):684-91.
- 9- GhafariJahed Z, Amini N, Deyreh E, Mirzaei K. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy with compassion-focused therapy on psychological flexibility in male patients with irritable bowel syndrome. *Community Health Journal*. 2021;15(3):1-10. [Persian]
- 10- Begtrup LM, Engsbro AL, Kjeldsen J, Larsen PV, de Muckadell OS, Bytzer P, et al. A positive diagnostic strategy is noninferior to a strategy of exclusion for patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2013;11(8):956-62.
- 11- Jahangiri F, Karimi J, Amin Afshari M. Comparison of psychological flexibility in patients with irritable bowel syndrome in normal counterparts. *Armaghane Danesh*. 2017;22(1):75-86. [Persian]
- 12- Karami M, Pourkamali T. Efficacy of cognitive therapy based on mindfulness on the psychological flexibility and resilience in the patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023;18(69):211-19. [Persian]
- 13- Pietrzak A, Skrzydło-Radomańska B, Mulak A, Lipiński M, Małecka-Panas E, Reguła J, et al. Guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2018;13(4):259-88.
- 14- Rezaei M, Kalantary M, Abedi M. 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*. 2022;13(3):395-412. [Persian]
- 15- Jahandar M, Alipour A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction on resilience and life expectancy of AIDS patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;64(2):2935-45. [Persian]
- 16- Hunt MG, Loftus P, Accardo M, Keenan M, Cohen L, Osterman MT. Self-help cognitive behavioral therapy improves health-related quality of life for inflammatory bowel disease patients: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2020;27(4):467-79.
- 17- Dinarvand F, Bakhtiarpour S, Heydarei A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and neurofeedback on reduction of anxiety symptoms in patients with generalized anxiety disorder in Dezful. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020;63(8):27-38. [Persian]
- 18- Tahmasbzadeh M, Mirzaian B, Hasanzadeh R. Comparison of the efficacy of cognitive behavioral group therapy and reality therapy on reducing the symptoms of social anxiety in mothers of students with special learning disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9(1):22-39. [Persian]
- 19- Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation training on irritability, depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;12(2):41-50. [Persian]
- 20- Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(8):18-28.
- 21- Christ C, Schouten MJ, Blankers M, van Schaik DJ, Beekman AT, Wisman MA, et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(9):178-91.
- 22- Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;69(8):102-110.



- 23- Li L, Xiong L, Zhang S, Yu Q, Chen M. Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014;77(1):1-12.
- 24- Sugaya N, Shirotaki K, Nakao M. Cognitive behavioral treatment for irritable bowel syndrome: a recent literature review. *BioPsychoSocial Medicine*. 2021;15(5):1-5.
- 25- Jacobs JP, Gupta A, Bhatt RR, Brawer J, Gao K, Tillisch K, et al. Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome induces bidirectional alterations in the brain-gut-microbiome axis associated with gastrointestinal symptom improvement. *Microbiome*. 2021;9(4):1-14.
- 26- Aghababaei F, Baldi Y, Sabetro M, Bina A, Shahlaei MH. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy on emotion regulation and Psychological flexibility in depressed individuals. *Family and Health*. 2023;12(4):128-38. [Persian]
- 27- Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi SE. The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015;9(34):27-36. [Persian]
- 28- Gong J, Chan RC. Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 2018;259(4):493-500.
- 29- Erfan A, Aghaei A, Golparvar M. Effectiveness of group emotional schema therapy on psychological distress, severity and frequency of symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*. 2024;13(3):11-23. [Persian]
- 30- Heydarpour K, Mansourieh N. The effectiveness of emotional schema therapy on quality of life, cognitive regulation of emotion and perception of illness in patients with irritable bowel syndrome. 16th International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences. <https://civilica.com/doc/1690043>. 2023. [Persian]
- 31- Farhadi M, Pasandideh MM, Vaziri S. Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*. 2022;19(2):57-69. [Persian]
- 32- Zamani N, Khodabakhsh M, Zamani S, Kiani F, Khastwo Hashjin H. The effectiveness of schema therapy on depression and anxiety among women referring to rehabilitation specialist 2015. *Community Health Journal*. 2017;10(3):62-70. [Persian]
- 33- Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: a systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(3):579-97.
- 34- Peeters N, Stappenbelt S, Burk WJ, van Passel B, Krans J. Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021;60(1):68-76.
- 35- Ahmadzadeh Samani S, Dehnashi A, Kalantari M, Rezaei dehnashi S. Effectiveness of teaching skills based on schema therapy on the distress tolerance and psychological flexibility of female students with early maladaptive schema psychology of exceptional individuals. 2021;11(43):87-116. [Persian]
- 36- Jafarzade Jahromi Z, Bahrainian AB, Shahabizade F. The effectiveness of therapeutic schema and therapy on cognitive regulation of emotion, cognitive flexibility and maladaptive strategies of worry in patients with depressive disorder. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2022;20(3):9-16. [Persian]
- 37- Rudnik A, Piotrowicz G, Basińska MA, Rashedi V. The importance of cognitive flexibility and flexibility in coping with stress for the quality of life in inflammatory bowel disease patients during biological therapy: a preliminary report. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2019;14(2):121-28.
- 38- Delavar A. Applied probability and statistics in psychology and educational sciences. Tehran: Roshd Publication; 2014. [Persian]
- 39- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark D. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 2002;32(5):843-53.

- 40- Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaii Sharif A. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. Quarterly of Educational Measurement. 2017;7(27):147-60. [Persian]
- 41- Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive Therapy and Research. 2010;34(3):241-53.
- 42- Hosseini SA, Mohammadi H, Saadat Z. Investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of Iranian society. Quarterly of Educational Measurement. 2020;11(42):125-50. [Persian]
- 43- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Guilford Press; 2006.
- 44- Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. Guilford Publications; 2017.