گزیده‌ای از تازه‌های پزشکی، بیماری‌های داخلی و کودکان
سال دوم، شماره اول، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۱۲ تا ۲۲

اصیل

مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تاب‌آوری و علائم جسمی در بیماران کولیت زخمی‌شونده

هانیه زائررضایی[۱]، شیدا سوداگر*[۱]، سیاوش ناصری‌مقدم[۲]، امیر کسایی‌یان[۳]

۱. گروه روان‌شناسی سلامت واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش، پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات کبد، پانکراس و مجاری صفراوی، پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
***نویسنده مسئول:** Sh.sodagar@iau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: کولیت زخمی‌شونده یکی از شایع‌ترین بیماری‌های التهابی روده است که تأثیرات قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران دارد. با توجه به نقش مهم عوامل روان‌شناختی در مدیریت این بیماری، هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی دو نوع روان‌درمانی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر تاب‌آوری و علائم جسمی در بیماران مبتلا به کولیت زخمی‌شونده بود.

روش: این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون سه‌گروهی و دوره پیگیری بعد از یک ماه و نیم انجام شد. از میان بیماران مبتلا به کولیت زخمی شونده مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی گوارش در سال ۱۴۰۰، ۴۴ نفر بر اساس معیارهای ورود و خروج به صورت تصادفی در سه گروه شاهد (۱۶ نفر)، ACT (۱۶ نفر) و CBT (۱۲ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و شاخص فعالیت بیماری کولیت (SCCAI) بود. مداخلات درمانی طی هشت جلسه گروهی به صورت برخط (آنلاین) برگزار شد و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان ACT منجر به بهبود معنادار علائم جسمی در بیماران شد و درمان CBT به طور معناداری تاب‌آوری آنان را افزایش داد. این تفاوت معنادار در مرحله پیگیری نیز همچنان پایدار باقی مانده بود. در گروه شاهد، تغییر معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روشی مؤثر در بهبود علائم جسمی و درمان شناختی- رفتاری در افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به کولیت زخمی شونده قابل توصیه است. این یافته‌ها تأکید می‌کند که ادغام مداخلات روان‌شناختی با درمان‌های پزشکی می‌تواند نقش مهمی در مدیریت بیماری در این بیماران ایفا نماید.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کولیت زخمی‌شونده

مقدمه

بیماری‌های التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease; IBD) که کولیت زخمی‌شونده یکی از انواع آن است، از جمله بیماری‌های مزمنی هستند که معمولاً فعالیت‌ها و زندگی طبیعی فرد را تا آخر عمر متأثر می‌کنند و به خاطر فعال و غیرفعال شدن متناوب، بیمار را ملزم به بستری شدن گاه‌گاهی، مراقبت در منزل و مراقبت پزشکی و پرستاری همیشگی می‌کنند و تمامی جنبه‌های زندگی نظیر برنامه‌های روتین روزانه، سطح استقلال، توانایی جسمی، اشتغال به کار، کیفیت زندگی، روابط دوستی و خانوادگی، والدگری و بهزیستی هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.کولیت زخمی‌شونده (ulcerative colitis) و بیماری کرون (crohn's disease) دو نمونه از شایع‌ترین بیماری‌های التهابی روده هستند که در این مطالعه ما بیماران مبتلا به کولیت زخمی‌شونده را بررسی کرده‌ایم. ماهیت مزمن کولیت زخمی‌شونده، عود مکرر، علائم خارج روده‌ای، عوارض دارویی، نگرانی از امکان نیاز به جراحی یا ابتلا به سرطان، تاب‌آوری این بیماران را متأثر می‌کند.

تاب‌آوری اشاره به مفهومی دارد که در آن فرد موفق به سازگاری در مقابل مشکلات و فشارهای روانی زندگی، با وجود گرفتاری‌ها و اتفاق‌های ناگوار و ناگهانی، و بازگشت به شرایط عادی می‌شود. افزون بر این، محققان بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود، به کمک پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی، و شناختی است (۱).

باورها، نگرانی‌ها، ترس‌ها، و عوامل محیطی نقش مهمی در ناتوانی، آشفتگی، و تنیدگی فردی که دچار بیماری مزمن است، دارند. تاب‌آوری

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

عاملی حیاتی در رفاه بیماران مبتلا به بیماری‌های مـزمن اسـت، زیـرا بـه آن‌ها اجازه می‌دهد با استرس‌های مختلف،آسیب‌ها، تهدیدها و رویدادهای دردناک مرتبط با بیماری سازگار شوند (۲). مطالعات نشان مـی‌دهـد کـه بهبود تاب‌آوری، تأثیرات اتفاقات ناگوار زندگی، مثل بیماری و آسیب‌هـا و تهدیدها را تعدیل و یا حتی ناپدید می‌کند (۳).

درمان شناختی- رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بـر پـذیرش و تعهـد (ACT) دو نوع مختلف روان‌درمانی هستند که در مطالعات مختلـف بـرای بهبود تاب‌آوری در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، مورد استفاده قرار گرفته‌اند. درمان CBT بر ارتباط بین افکار، احساسات، و رفتارها تمرکز دارد و سعی می‌کند الگوهای نامطلوب افکـار و رفتـار را بـا الگوهـای مطلـوب جایگزین کند (۴). از آنجا کـه بهبـود تـاب‌آوری، نـوعی تغییـر شـناختی محسوب می‌شود که فرد را به استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای جدیـدی که سازگارانه‌تر هستند تشویق می‌کند، بنـابراین در بسـیاری از مطالعـات نقش درمان شناختی- رفتاری در افزایش تاب‌آوری مـورد سـنجش قـرار گرفته است. مثلاً درمان شناختی- رفتاری، روشی اثربخش بـرای افـزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا بـه مولتیپـل‌اسـکلروزیس (Multiple Sclerosis) بوده است (۵).

درمان ACT به جای تلاش برای تغییر افکـار و احساسـات بـه دنبـال افـزایش انعطـاف‌پـذیری روانـی و پـذیرش آنهاسـت. انعطـاف‌پـذیری روانشناختی،به این معناست که فرد بتواند با آگاه بودن و مشاهده افکـار و هیجانات خود و کمی فاصله گرفتن از باورهای سـفت و سـخت، تصـمیم بگیرد و انتخاب کند که آنچه که مهـم اسـت را انجـام دهـد. بنـابراین در درمان مبتنی بر پـذیرش و تعهـد، تغییـر بـه صـورت غیرمسـتقیم انجـام می‌شود. یعنی برخلاف درمان شناختی- رفتاری کـه مسـتقیماً بـه تغییـر افکار و احساسات می‌پردازند، ایـن درمـان بـه تغییـر افکـار و احسـاسـات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن، و مشاهده‌گر بودن نسـبت به خود تشویق می‌کند (۶).

ACT با تمرکز بر پذیرش واقعیت موجود و بها دادن به خـود و افـزایش تعهد فرد به برنامه برای تغییر، باعث کاهش اضطراب و افـزایش تـاب‌آوری و کیفیت زندگی افراد مبـتلا بـه بیمـاری ام اس و سـرطان شـده اسـت (۷). همچنین تاب‌آوری را در زنان مبتلا به سـرطان پسـتان (۸) و بیمـاری‌هـای مزمن دیگر افزایش داده است. چندین مطالعه نیز اثربخشی آن را در کاهش استرس روانی و بهبود سلامت روانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده از جمله کولیت زخمی‌شونده نشان داده است (۹).

علائم جسمی کولیت زخمی‌شونده شامل دردهای شدید در ناحیه شـکم، احساس نیاز شدید و فوری به دفع مدفوع، احساس دفع ناقص مـدفوع و دفـع مقادیری از خون یا مخاط، خونریزی از ناحیه مقعد به همراه سوزش، اجابت مزاج مکرر به صورت مدفوع شل یا اسهال خونی، درد در مفاصل یا وجـود مشکلات پوستی در صورت پیشروی بیماری و درگیری بخش‌های دیگر به جز دستگاه گوارش، از دست دادن اشـتها و بـه دنبـال آن کـاهش وزن، و خستگی شدید می‌باشد. این بیماری معمولاً با دوره‌های تشـدید علائـم و دوره های بهبودی که در آنها تقریباً هیچگونه علامتـی دیـده نمـی‌شـود، مشخص می‌شود (۱۰).

پزشکان و محققان معتقدند که عوامل روانی و جسمی در بیماری‌های التهابی مزمن، از جمله کولیت زخمی‌شونده، با هم مرتبط هستند زیرا نیاز مداوم به درمان و پیگیری‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پـیش‌بینـی بـودن علائم همگی موجب رنج روان‌شناختی در بیماران می‌شود (۱۱). برخی از مطالعات هیچ اثر قابل‌توجهی بـر فعالیـت بیمـاری پـس از مداخلـه CBT گزارش نکردند یا بهبود کوتاه‌مدت در علائم افسردگی و معیارهای کیفیت زندگی را نشان دادند (۱۲).

در طب و روان‌شناسی، تاب‌آور بودن باعث بهبود مقاومت جسـمانی و توانایی برقراری مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تـنش‌زا اسـت و در واقع به ویژگی‌هایی اشاره دارد که بر سرعت و میزان بهبود بعد از رویارویی بـا موقعیـت خطرنـاک مؤثرنـد/ بنـابراین تـاب‌آوری در برابـر تـأثیرات روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا از فرد محافظت می‌کند (۱۳).

بررسی میزان تأثیر انواع روان‌درمانی بر کولیت زخمی‌شونده، مـی‌توانـد بینش‌هایی در مورد تأثیر متقابل بین جنبه های روانـی و جسـمی بیمـاری ارائه دهد. از طرفی تحقیقات نشان داده اسـتکه روان‌درمـانی کـاهش درد و خستگی، کاهش میزان عود، و بستری شدن در بیمارستان و بهبود پایبندی به دارو و کیفیت زندگی را باعث شده است (۱۴). از آنجا که مطالعـه‌ای کـه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهـد را بـر تاب‌آوری و علائم جسمی در این بیماران مقایسه کرده باشـد وجـود نـدارد، بنابراین بر آن شدیم که در این مطالعه، تأثیر این دو روش روان‌درمانی را بـر بیماران کولیت زخمی‌شونده، بررسی کنیم تا بتوانیم به ایـن سـؤالات پاسـخ دهیم: آیا درمان CBT میتواند تاب‌آوری و علائم جسمی را در بیماران مبـتلا به کولیت زخمی‌شونده بهبود بخشد؟ آیا درمان ACT می‌توانـد تـاب‌آوری و علائم جسمی را در بیماران مبتلا به کولیت زخمـی‌شـونده بهبـود بخشـد؟ کدام‌یک از این درمان‌ها مؤثرتر است و اثر ماندگارتری دارد؟

روش

طرح پژوهش از نوع نیمـه‌آزمایشـی پـیش آزمـون- پـس آزمـون سـه گروهی با دوره پیگیری بعد از یک ماه و نـیم بـود. ایـن پـژوهش شـامل دو گروه آزمایشی (گروه آزمایشی درمان شـناختی- رفتـاری و گـروه آزمایشـی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یـک گـروه شـاهد بـود. جامعـه آمـاری، بیماران مبتلا به کولیـت زخمـی‌شـونده مراجعـه‌کننـده بـه کلینیـک فـوق تخصصی گـوارش مسـعود و درمانگـاه فـوق تخصصـی گـوارش بیمارسـتان طالقانی در سال ۱۴۰۰ بودند که تعداد آنها ۱۲۰ نفر بود. معیارهای ورود بـه پژوهش، ابتلا به بیماری کولیت زخمی شونده با تشخیص متخصص گوارش

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

و کلونوسکوپی، سن ۲۴ تا ۴۵ سال، استفاده از داروهای تجویز شده توسط متخصص گوارش، مربوط به کولیت زخمی‌شونده، نمره پایین‌تر از ۶ در هر خرده مقیاس و نمره کل کمتر از ۲۲ در پرسشنامه سلامت عمومی بود. علت استفاده از این پرسشنامه این بود که از عدم وجود اختلالات سلامت روان، در بیماران اطمینان حاصل کنیم. معیارهای خروج از پژوهش، ابتلا به یک بیماری مزمن همزمان دیگر، مصرف داروهای اعصاب و روان، نیاز به جراحی، عدم شرکت بیمار در جلسات درمانی بیش از دوبار در طول دوره، عدم انجام و ارسال پرسشنامه‌های داده شده در زمان مشخص بود. براساس معیارهای ورود و خروج ۵۰ بیمار به صورت تصادفی در ۳ گروه درمانی قرار گرفتند که نهایتاً ۶ نفر به دلیل عدم مشارکت از مطالعه خارج شدند و ۴۴ بیمار (۲۱ زن و ۲۳ مرد) که همه معیارهای ورود را داشتند، پژوهش را تا انتها و دوران پیگیری ادامه دادند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire; GHQ-28) که توسط گلدبرگ (Goldberg D) در سال ۱۹۷۹ ساخته شده، از جمله شناخته‌شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات سلامت روان است و به طور گسترده‌ای در تحقیقات پزشکی، روان‌شناسی و سایر حوزه‌های مرتبط با سلامت روان استفاده می‌شود. این پرسشنامه ۲۸ سؤال و ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی دارد و در مطالعات، برای سنجش سلامت روان عمومی افراد مورد مطالعه از آن استفاده می‌شود. ما از همه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک گوارش که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند خواستیم که به سؤالات این پرسشنامه پاسخ دهند و تنها افرادی که نمره پایین‌تر از ۶ در هر خرده مقیاس و نمره کل کمتر از ۲۲ داشتند، معیار ورود به مطالعه را داشتند (۱۵).

به منظور ارزیابی تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری ۲۵ سؤالی بزرگسالان CD-RIS که معادل انگلیسی آن Conner-Davidson Resilience Scale و توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و در ایران توسط امینی (۱۳۹۱) هنجاریابی شده، استفاده کردیم. پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال است که از ۰تا ۴ (۰ کاملاً نادرست و ۴کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. در در این پرسشنامه کمترین نمره ۰ و بیشترین ۱۰۰ است و عدد بالاتر، به معنای تاب‌آوری بهتر است. این پرسشنامه ثبات درونی و تکرارپذیری بالایی دارد. آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ است(۱۶).

برای سنجش فعالیت بیماری در کولیت زخمی شونده از پرسشنامه شاخص فعالیت بالینی بیماری کولیت (Simple Clinical Colitis Activity Index Questionnaire) یا به اختصار (SCCAI-Q) استفاده کردیم. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط ویلیام سندبرن (Sandborn, W) برای ارزیابی فعالیت بیماری کولیت در بیماران ساخته شده است و در تحقیقات دانشگاهی از آن استفاده می‌شود (۱۷). این پرسشنامه ۶ سؤال دارد فعالیت بیماری را در هفته گذشته می‌سنجد. هرچه نمره به دست آمده از این پرسشنامه بالاتر باشد به معنای فعال‌تر بودن بیماری در هفته گذشته است.

در گروه درمان شناختی رفتاری، الگوی کلی از مدل جودیت بک (Beck, J) استفاده شده که با هدف شناخت درمانی برای بیماران مشکل‌آفرین، ساخته شده است (۱۸). با توجه به شرایط و ماهیت بیماری کولیت زخمی شونده، تغییراتی در آن داده‌شده و شیوه‌ها و روش‌های رفتاری و همچنین برنامه‌ریزی فعالیت‌ها نیز در آن ادغام شده است. این پروتکل درمانی برگرفته از کتاب «درمانگری شناختی رفتاری برای بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن» نوشته رنه تیلور در سال ۲۰۰۶ است که در سال ۱۳۹۴ توسط مسعود جان بزرگی و همکارانش به فارسی ترجمه شده است (۱۹). در این مدل ۸ جلسه‌ای، هفته‌ای یکبار یه مدت یک ساعت و نیم، به صورت آنلاین و در فضای اسکای روم جلسات گروهی CBT را برگزار کردیم. خلاصه جلسات درمانی که در هشت جلسه صورت گرفته، در جدول ۱ قابل رؤیت است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات شناختی رفتاری

جلسه	هدف	محتوی
جلسه اول	آشنایی اولیه با بیماران	معارفه و آشنایی با برنامه و پژوهشگر، صحبت در مورد بیماری کولیت زخمی‌شونده و نقش عوامل روحی وروانی در مدیریت بیماری، شنیدن سخنان بیماران و تجربیاتشان در مورد بیماری. پژوهشگر مفاهیم درمان شناختی رفتاری، اصل رازداری و نیز اهداف و قوانین گروه را برای اعضا شرح می‌دهد.
جلسه دوم	صحبت در مورد رابطه افکار، احساس و رفتار و تفاوت آن‌ها	در این جلسه پژوهشگر در مورد رابطه افکار، احساس و رفتار و تفاوت آن‌ها برای اعضای گروه صحبت می‌کند و در ادامه نیز به بیان خطای شناختی می‌پردازد و اعضای گروه با انجام تمرین های عملی با کاربرگ آن را به‌خوبی فرا می‌گیرند. از بیماران خواسته شد دفتر ثبت وقایع روزانه داشته باشند و افکار و احساساتشان را ثبت کنند.
جلسه سوم	درک مفهوم بازسازی افکار	در این جلسه درمانگر مفهوم بازسازی افکار را برای اعضای گروه شرح می‌دهد که شامل چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده) می‌باشند، اعضای گروه با استفاده از «کاربرگ بازسازی افکار» این مفهوم را به خوبی فرا می‌گیرند.
جلسه چهارم	آشنایی با ABC	آشنایی با ABC و صحبت در مورد ارتباط بین افکار و احساسات و رفتار. پس از ارائه چند مثال، بیماران قادر بودند مثال‌های واقعی از زندگی با بیمار خودشان را مطرح کنند و الگوی ABC را در مثال‌هایشان شناسایی کنند. همچنین پژوهشگر راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب را برای اعضای گروه شرح می‌دهد.

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

ادامه جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات شناختی رفتاری

جلسه	هدف	محتوی
جلسه پنجم	آشنایی با خطاهای شناختی	شناخت خطاهای شناختی مؤثر بر ادراک ما از بیماری و مراحل استفاده از آرامش عضلانی و تکنیک‌های تنفسی شناخت تکنیک‌های مقابله با افکار منفی (گام‌های جایگزین افکار منطقی)
جلسه ششم	شناخت راهکارهای مقابله با تنش	شناخت راهکارهای مقابله با تنش، آموزش روش حل مسئله، تمرین روش آرامش عضلانی و تکنیک‌های تنفسی و نوشتن دو مشکل تنش‌زا در رابطه با بیماری و استفاده از روش حل مسئله به عنوان تکلیف جلسه بعد
جلسه هفتم	آشنایی با مفاهیم تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق	در این جلسه درمانگر به بیان سه مفهوم تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق می‌پردازد و راهکارهایی برای بالا بردن خلق به اعضا می‌دهد
جلسه هشتم	جمع‌بندی	مرور مباحث مطرح شده، دریافت بازخورد اعضا دربارهٔ مباحث و جمع‌بندی مطالب، پاسخ به سؤالات و توضیح در مورد تکمیل پرسشنامه

در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از پروتکل هشت جلسه‌ای که توسط کوین وولز (Vowles, K) و جان سورل (Sorrell, J) در سال ۲۰۰۷ با هدف مداخله درمانی برای بیماران دارای بیماری مزمن تهیه شده است استفاده شد که جلسات آن برای کنار آمدن و سازگاری با بیماری تدوین شده است (۲۰). جلسات به صورت گروهی و آنلاین و در فضای اسکای‌روم برگزار شد و طول مدت هر جلسه یک ساعت و نیم بود و هفته‌ای یکبار برگزار میشد. در تمام جلسات درمان، تمرین‌های اکت را به صورت گروهی انجام دادیم. نمونه پروتکل مورد استفاده، در جدول ۲ قابل رویت است.

در گروه سوم که گروه شاهد بود، افراد، درمان دارویی معمول را دریافت کردند. البته برای جلوگیری از اثر دارونما (GHQ-28) جلسات هفتگی به مدت یک ساعت و نیم و در طی ۸ هفته برای افراد گروه شاهد نیز برقرار بود، اما به عمد، از مفاهیم درمان‌های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صحبت نمی‌شد. همه افراد یکبار پیش از شروع جلسات روان‌درمانی، یک بار بلافاصله بعد از اتمام درمان و یکبار یک ماه و نیم بعد، پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزشی ACT

جلسه	هدف	محتوی
جلسه اول	آشنایی اولیه با بیماران	معرفی افراد و برقراری رابطه مناسب با هدف ایجاد اعتماد و تأکید بر اصل رازداری. در این جلسه ، قوانین حاکم بر ACT و محورهای اصلی آن معرفی شدند، معرفی درمان و علت انتخاب آن برای مدیریت بیماری مزمن
جلسه دوم	آشنایی با ACT	شش ضلعی‌های انعطاف‌پذیری هیجانی و انعطاف‌ناپذیری هیجانی و توضیحات مختصر در مورد اجزای آنها
جلسه سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بیهودگی آن	مرور جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بیهودگی آن، پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و غیره و اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است، نه مقطعی و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری کولیت زخمی‌شونده مورد بحث قرار گرفت؛ توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب؛ تعریف مقابله و راهبردهای مقابله در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ تکلیف خانگی ارائه شد.
جلسه چهارم	معرفی و تفهیم موضوع آمیختگی و گسلش	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم موضوع آمیختگی و گسلش. استفاده از استعاره‌های مربوطه و تمرین گروهی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهوم‌سازی شده	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهوم سازی شده و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل و استعاره های مربوطه، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	توجه به عاملیت فرد در زندگی	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ توجه به قدرت انتخاب‌ها و عاملیت فرد در زندگی و تصریح و تمرکز بر یافتن ارزش‌ها و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور ارزش‌ها و اهداف	مرور ارزش‌ها و اهداف هریک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ صحبت درباره موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها و اهداف و متعهد ماندن به آنها. اعضا رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را انتخاب کردند و اینکه هر یک از اهداف در راستای کدام یک از آن ارزش‌ها است را مشخص کردند.
جلسه هشتم	جمع‌بندی	جمع‌بندی مفاهیم دوره. در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر. بررسی انتظاراتی که برآورده شده یا نشده بود و موانعی که پس از عمل، ظاهر شده بود که برای مقابله با آنها نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و درنهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و قدردانی شد و توضیحاتی درباره پر کردن پرسشنامه ارائه شد.

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و پزشکی، رضایت‌نامه‌ای تهیه شده بود که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت‌کننده در ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده و درصورت تمایل در پژوهش شرکت کرده بودند. محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به طور کامل رعایت شده و به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که هیچگونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود نداشته و از نتایج این پژوهش جهت پیشرفت نمونه و تعمیم به جامعه مشابه استفاده خواهد شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها پس از جمع‌آوری، مرتب و وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. توصیف داده‌ها به کمک شاخص‌های آمار توصیفی به صورت فراوانی و میانگین و انحراف معیار، بیان شد. بعد از بررسی نرمالیتی داده ها با آزمون چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن (Skewness and kurtosis tests for normality) و بررسی میزان همگنی واریانس‌ها با آزمون لِوِن، و بررسی همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس از آزمون ام باکس، از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر و برای مقایسه بین گروه‌های درمانی در زمان‌های مختلف از آزمون t مستقل، استفاده شد و سطح معنی‌داری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که به صورت تصادفی در سه گروه تقسیم شدند: ۱۶ نفر در گروه شاهد، ۱۶ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و ۱۲ نفر در گروه درمان شناختی- رفتاری (CBT). همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از نظر متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود نداشت و بدین ترتیب همگنی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بین گروه‌ها برقرار بود.

میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و علائم بیماری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، در گروه ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

برای بررسی میزان همگنی واریانس‌ها در متغیرهای تاب‌آوری و علائم جسمی از آزمون لِوِن استفاده کردیم که نتایج آن در جدول ۵ قابل ملاحظه است و نشان میدهد مقادیر P بالای ۰/۰۵ بوده و بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، برقرار بوده است.

برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است. همانطور که ملاحظه میشود، مقدار P بدست آمده از آزمون ام-باکس معنی‌دار نیست، بنابراین فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در گروه‌ها برقرار است.

جدول۳. آمار توصیفی به تفکیک گروه‌ها

متغیر		CBT	ACT	شاهد	P
سن		۳۲/۵(۳۱/۵-۳۶/۵)	۳۰/۵(۲۸-۳۵)	۳۳(۲۸-۳۸/۵)	۰/۵۶۸
جنس	زن	۴(۳۳/۳ درصد)	۹(۵۶/۲ درصد)	۸(۵۰ درصد)	۰/۴۷۳
	مرد	۸(۶۶/۷ درصد)	۷(۴۳/۸ درصد)	۸(۵۰ درصد)	
تاهل	مجرد	۴(۳۳/۳ درصد)	۹(۵۶ درصد)	۴(۲۵ درصد)	۰/۱۷۵
	متاهل	۸(۶۶/۷ درصد)	۷(۴۳/۸ درصد)	۱۲(۷۵ درصد)	
شغل	بیکار	۲(۱۶/۷ درصد)	۷(۴۳/۸ درصد)	۵(۳۱/۲ درصد)	۰/۵۵۰
	آزاد	۶(۵۰ درصد)	۴(۲۵ درصد)	۷(۴۳/۸ درصد)	
	کارمند	۴(۳۳/۳ درصد)	۵(۳۱/۲ درصد)	۴(۲۵ درصد)	

جدول۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و علایم جسمی به تفکیک گروه‌ها در سه مرحله

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	شاهد	۴۴/۱۳	۱۰/۶۶	۴۸/۶۹	۱۰/۳۷	۵۰/۶۲	۱۰/۱۴
	ACT	۵۳/۱۳	۱۰/۸۵	۶۲/۵۶	۱۱/۲۲	۶۲/۶۹	۱۱/۲۹
	CBT	۴۳/۲۵	۱۰/۲۷	۵۰/۸۳	۹/۷۳	۴۲/۳۶	۹/۳۹
علائم جسمی	شاهد	۴۴/۱۳	۱۰/۶۶	۴۸/۶۹	۱۰/۳۷	۵۰/۶۲	۱۰/۱۴
	ACT	۵۳/۱۳	۱۰/۸۵	۶۲/۵۶	۱۱/۲۲	۶۲/۶۹	۱۱/۲۹
	CBT	۴۳/۲۵	۱۰/۲۷	۵۰/۸۳	۹/۷۳	۴۹/۳۶	۹/۳۹

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها

	آماره آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
پیش‌آزمون تاب‌آوری	۰/۴۲۳	۲	۳۴	۰/۶۵۸
پس‌آزمون تاب‌آوری	۰/۰۵۶	۲	۳۴	۰/۹۴۵
پیگیری آزمون تاب‌آوری	۰/۰۶۴	۲	۳۴	۰/۹۳۸
پیش‌آزمون علائم جسمی	۰/۹۳۶	۲	۳۴	۰/۴۰۲
پس‌آزمون علائم جسمی	۰/۲۳۶	۲	۳۴	۰/۷۹۱
پیگیری آزمون علائم جسمی	۰/۲۳۶	۲	۳۴	۰/۷۹۱

جدول ۶. نتایج آزمون ام باکس برای همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس

	مقدار ام باکس	آماره آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
تاب‌آوری	۱۷/۷۴	۱/۲۸	۱۲	۵۲۴۱/۶۴	۰/۲۲۰
علائم جسمی	۱۵/۳۸	۰/۹۹	۱۲	۴۶۳/۴۷	۰/۲۱۰

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهد، روند زمانی تغییرات معنی‌دار است و در ضمن بین گروه‌های درمانی نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این به آن معناست که بین گروه‌های ACT و CBT و شاهد از همان ابتدا از نظر تاب‌آوری تفاوت وجود داشته و به صورت درون گروهی نیز صرفنظر از اینکه افراد در چه گروه مداخله ای بوده اند، تاب‌آوری آنها از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، افزایش یافته است. اما وقتی که زمان و گروه را با هم درنظر گرفتیم، مقدار P بالای ۰/۰۵ شده بنابراین معنادار بودن نتایج قابل تفسیر و استناد است و معتبر درنظر گرفته می‌شود. جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر را نشان می‌دهد.

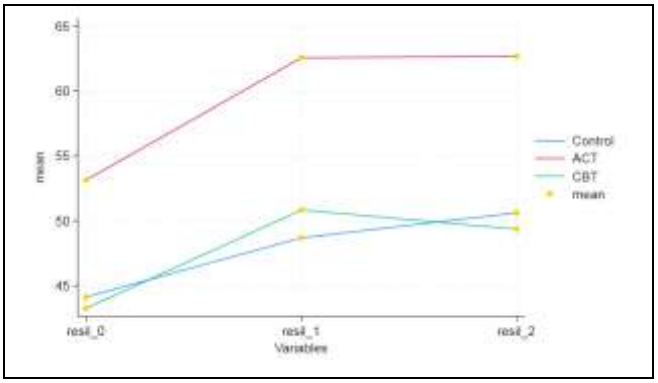
جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر تاب‌آوری

	منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
تاب‌آوری	درون گروهی	زمان	۱۳۱۵/۲۵	۱/۰۱۴	۱۲۹۶/۸۸	۲۵/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
		زمان- گروه	۱۱۸/۹۳	۲/۰۲۸	۵۸/۶۳۶	۱/۱۵۹	۰/۳۲۶	۰/۰۶۴
	بین گروهی	گروه	۳۴۰۷/۱۰	۲	۱۷۰۳/۵	۶/۰۸۲	۰/۰۰۶	۰/۲۶۴

جدول ۸. نتایج آزمون t مستقل برای متغیر تاب‌آوری

	گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
تاب‌آوری	پیش‌آزمون				
	شاهد	ACT	۹	۳/۸۰۲	۰/۰۲۴
		CBT	۰/۸۷۵	۴/۰۰۸	۰/۸۲۹
	ACT	CBT	۹/۸۷۵	۴/۰۵۱	۰/۰۲۲
	پس‌آزمون				
	شاهد	ACT	۱۳/۸۷۵	۳/۸۱۹	۰/۰۰۱
		CBT	۲/۱۴۶	۳/۸۵۹	۰/۵۸۲
	ACT	CBT	۱۱/۷۲۹	۴/۰۵۴	۰/۰۰۸
	پیگیری				
	شاهد	ACT	۱۲/۰۷۷	۴/۲۰۸	۰/۰۰۸
		CBT	۱/۲۵۱	۴/۰۱۷	۰/۷۵۸
	ACT	CBT	۱۳/۳۲۹	۴/۲۸۸	۰/۰۰۵

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]



شکل ۱. نمودار تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها در زمان‌های مختلف

برای مقایسه تاب‌آوری بین گروه‌های درمانی در زمان‌های مختلف از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که در زمان پیش‌آزمون تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌های شاهد و ACT (۰/۰۲۴) و CBT با ACT (۰/۰۲۲) وجود داشته است. این اختلاف معنی‌دار آماری در زمان پس‌آزمون و پیگیری نیز برقرار بوده اما بین گروه CBT و شاهد چه در زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و چه در زمان پیگیری تفاوت معنادار نبوده است. در شکل ۱ این یافته نشان داده شده است.

جدول ۹، مقایسه زمان‌های مختلف در هر گروه درمانی را نشان می‌دهد. نتایج این جدول بیانگر آن است که در گروه شاهد، بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ایجاد شده است. این تغییرات معنادار در گروه‌های درمانی نیز مشاهده شد؛ به طوری که افرادی که در گروه‌های CBT یا ACT شرکت کرده بودند، در مرحله پس‌آزمون از نظر تاب‌آوری به طور معنادار بهبود یافته بودند.

از آنجا که در این مطالعه، در مرحله پیش‌آزمون که هنوز مداخله‌ای انجام نشده بود، براساس آزمون t مستقل، تفاوت معناداری از نظر تاب‌آوری بین گروه شاهد و گروه ACT وجود داشت، نمی‌توان اطمینان داشت که تنها مداخله در بهبود تاب‌آوری مؤثر بوده است اما در مورد CBT، چون در زمان پیش آزمون تفاوت معناداری از نظر تاب‌آوری بین گروه شاهد و گروه CBT وجود نداشت، می‌توانیم تفاوت معنادار ایجاد شده در گروه CBT را به مؤثر بودن مداخله انجام شده، مرتبط دانست. بنابراین در گروه درمان شناختی رفتاری، در مرحله پس آزمون و پیگیری (مقدار P = ۰/۰۰۱> و ۰/۰۰۱>)، تغییر معناداری در تاب‌آوری بیماران ایجاد شده است.

در مورد متغیر علائم جسمی نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر علائم جسمی که در جدول ۱۰ نشان داده شده، اثر متقابلی بین گروه‌های درمانی و زمان وجود دارد. بنابراین نمی‌توان اثرات اصلی زمان و گروه را به راحتی تفسیر کرد.

جدول ۹. نتایج آزمون مقایسه تاب‌آوری بین زمان‌های مختلف به تفکیک گروه‌های درمانی

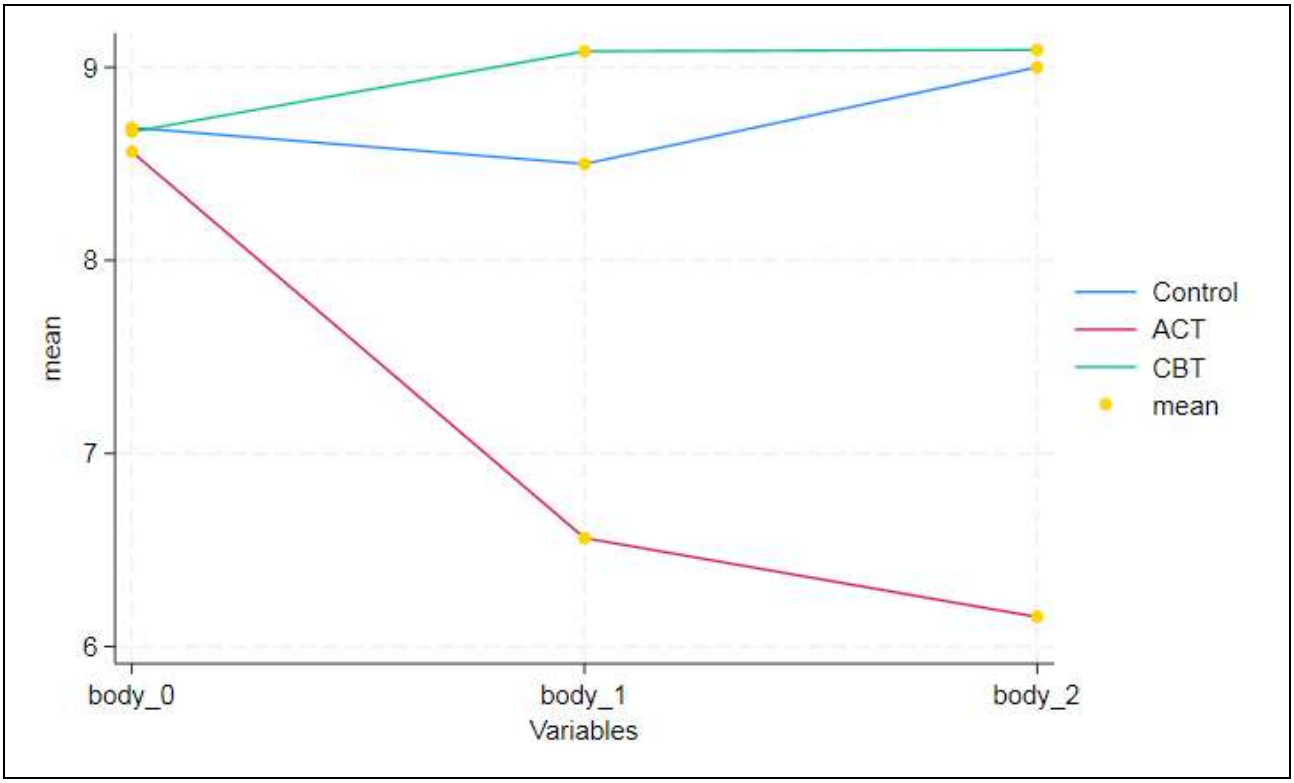
	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
تاب‌آوری	شاهد				
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۵۶۲	۱/۳۲۶	۰/۰۰۴
		پیگیری	-۴/۳۰۸	۱/۷۰۳	۰/۰۲۷
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰۸	۰/۲۰۸	۰/۱۶۵
	ACT				
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۴۳۸	۲/۸۵۲	۰/۰۰۵
		پیگیری	-۹/۳۸۵	۳/۵۲۹	۰/۰۲۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۶۱	۰/۲۴۳	۰/۰۸۲
	CBT				
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۵۸۳	۱/۵۱۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۷/۵۴۵	۱/۳۸۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۳۶	۰/۲۷۹	۰/۰۶۰

جدول ۱۰. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر علایم جسمی

	منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
علائم جسمی	درون گروهی	زمان	۱۱/۹۸۸	۱	۱۱/۹۸۸	۵/۸۲۲	۰/۰۲۱	۰/۱۴۶
		زمان- گروه	۲۷/۸۶۹	۲	۱۳/۹۳۵	۶/۷۶۸	۰/۰۳	۰/۲۸۵
	بین گروهی	گروه	۱۱۹/۴۲۴	۲	۵۹/۷۱۲	۶/۰۲۶	۰/۰۰۶	۰/۲۶۲

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

برای مقایسه علائم جسمی بین گروه‌های درمانی در زمان‌های مختلف از آزمون t مستقل استفاده کردیم که نتایج آن در جدول ۱۱ نشان داده شده است. این آزمون نشان داد که در مرحله پیش آزمون، از نظر علائم جسمی گروه ها با هم تفاوت معناداری نداشتند اما در مرحله پس آزمون، ازنظر علائم جسمی بین گروه شاهد و گروه ACT (مقدار P = ۰/۰۲۳) و همچنین بین گروه ACT و CBT (مقدار P = ۰/۰۰۴) تفاوت معناداری ایجاد شده است. این تفاوت در زمان پیگیری نیز ماندگار بوده است. بنابراین گروه درمانی بر پایه ACT، می‌تواند بر علائم جسمی بیماری کولیت زخمی شونده، تأثیر مثبت داشته باشد. شکل ۲ به وضوح این مطلب را تأیید می‌کند.



شکل ۲. نمودار علایم جسمی به تفکیک گروه‌ها در زمان‌های مختلف

جدول ۱۱. نتایج آزمون مقایسه علایم جسمی بین گروه‌های درمانی در زمان‌های مختلف براساس تی مستقل

	گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
علائم جسمی	پیش‌آزمون				
	شاهد	ACT	۰/۱۲۵	۰/۷۴۵	۰/۸۶۸
		CBT	۰/۰۲۱	۰/۸۷۴	۰/۹۸۱
	ACT	CBT	-۰/۱۰۴	۰/۶۸۱	۰/۸۸۰
	پس‌آزمون				
	شاهد	ACT	۱/۹۳۸	۰/۸۰۶	۰/۰۲۳
		CBT	-۰/۵۸۳	۰/۷۸۹	۰/۴۶۶
	ACT	CBT	-۲/۵۲۱	۰/۸۰۳	۰/۰۰۴
	پیگیری				
	شاهد	ACT	۲/۸۴۶	۰/۷۹۱	۰/۰۰۱
		CBT	-۰/۹۱۰	۰/۸۴۲	۰/۹۱۵
	ACT	CBT	-۲/۹۳۷	۰/۷۵۴	<۰/۰۰۱

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی میزان تأثیرگذاری انواع روان درمانی بر بهبود تاب‌آوری و علائم جسمی در بیماران مبتلا به بیماری کولیت زخمی شونده بود. کولیت زخمی شونده که با دوره‌های متناوب و غیرقابل پیش‌بینی عود وخاموشی، نگرانی‌های مربوط به عوارض و احتمال جراحی، و همچنین علائم خارج روده‌ای، زندگی بیمار را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما در درمان این بیماری به ابعاد روانی و اجتماعی به میزان کافی توجه نمی‌شود.

در سال ۲۰۱۷ میکوکاوالوس (Mikocka-Walus A) درمان شناختی رفتاری را در کنار درمان دارویی، برای بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده به‌کار برد و تأثیر آن را در مدت ۲۴ ماه پیگیری، نسبت به گروهی که فقط درمان دارویی روتین را استفاده کرده بودند، مورد مقایسه قرار داد. درآن مطالعه نیز، مانند مطالعه حاضر، درمان شناختی رفتاری بر فعالیت بیماری، تأثیر معناداری نداشت (۲۱).

ریگوت (Riggott C) و همکارانش نیز در سال ۲۰۲۳ در یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز، تأثیر روان درمانی بر افراد مبتلا به بیماری التهابی روده را ارزیابی کردند. آنها می‌خواستند بدانند که آیا در کل روان‌درمانی توانسته به بیماران التهابی روده کمک کند یا خیر. اطلاعاتی که از مطالعات مختلف به دست می آمد ضد و نقیض بود. آنها ۴۶۹ مطالعه را بررسی کردند و نهایتا ۲۵ مطالعه را واجد شرایط ورود به این مطالعه دانستند و به این نتیجه رسیدند، که روان درمانی هیچ تأثیری بر خطر عود بیماری یا شاخصهای فعالیت بیماری ندارد، اما میتواند منجر به بهبود در نمره‌های اضطراب، افسردگی و استرس و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری التهابی روده شود. این بهبود تا پیگیری نهایی برای نمرات افسردگی ادامه داشت، اما برای نمرات اضطراب یا استرس این پایداری وجود نداشت. در تجزیه و تحلیل زیر گروهی، تنها درمان‌های موج سوم مثل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات قابل‌توجهی بر نمرات اضطراب و استرس داشتند و منجر به بهبود در نمرات افسردگی و کیفیت زندگی در انتهای درمان شده بودند (۲۲). در مطالعه ما اما درمان ACT بر علائم جسمی و درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری این بیماران تأثیر معناداری داشت.

درمان ACT، برای بهبود علائم جسمی در کولیت زخمی شونده مناسب است، زیرا بر تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد به معنای توانایی حضور در لحظه، پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی خود و در عین حال ادامه دادن به اقدامات ارزشمند، حتی در مواجهه با تجربه‌های چالش‌برانگیز یا آزاردهنده متمرکز است. علت اینکه ACT تفاوت معناداری در علائم جسمی وفعالیت بیماری در این بیماران ایجاد کرده، می‌تواند ناشی از تأثیری باشد که این درمان بر پذیرش بیماری و نجنگیدن با آن میگذارد. این پذیرش فرد را از تمرکز بر علائم و چسبیدن به افکار منفی مربوط به بیماری دور می‌کند و به از سرگرفتن زندگی متعهدانه براساس ارزش‌های مهم، تشویق می‌کند.

درمان CBT که در مطالعه ما بر تاب‌آوری بیماران مؤثر بود، بر تصحیح خطاهای شناختی و باورهای اشتباه درمورد بیماری و پیامدهای آن تأکید دارد. در مطالعه‌ای که در ۲۰۲۱ توسط لو و همکارانش در مورد بیماران مبتلا به التهاب روده انجام شده بود، نشان داده شده که تاب‌آوری یک پیش‌بینی‌کننده مهم برای استیگمای بیماری و کیفیت زندگی در این بیماران است. بنابراین CBT با بهبود تاب‌آوری، می‌تواند در کاهش انگ بیماری و بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز مؤثر باشد (۲۳).

این مطالعه در دوران شیوع بیماری کرونا انجام شده است. به همین دلیل، برای پیدا کردن بیماران واجد شرایط که به کلینیک‌ها مراجعه کنند و حاضر به همکاری باشند، ماه ها وقت صرف شد و نهایتاً با حجم نمونه کم مطالعه انجام شد و جلسات روان‌درمانی به صورت آنلاین برگزار شد. توصیه می‌شود که در شرایط بهتر، با تعداد بیماران بیشتر و جلسات روان‌درمانی حضوری، این مطالعات تکرار شوند و نه تنها بیماران مبتلا به کولیت زخمی‌شونده، بلکه سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، را نیز شامل گردند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، نشان داده شد که درمان ۸ جلسه ایACT، با افزایش انعطاف‌پذیری روانی، می‌تواند بر بهبود علائم جسمی در بیماران مبتلا به کولیت زخمی‌شونده، مؤثر واقع شود و درمان ۸ جلسه‌ای شناختی رفتاری یا CBT، با اصلاح باورهای نادرست درباره بیماری، می‌تواند بر تاب‌آوری این بیماران تأثیر معناداری داشته باشد. بنابراین استفاده از این درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان دارویی، توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

۱. این پژوهش دارای تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با شناسه IR.IAU.K.REC.1400.069 است.
۲. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و پزشکی، رضایتنامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت‌کننده ابتدا رضایتنامه را مطالعه نموده و درصورت تمایل در پژوهش شرکت کردند.
۳. داده‌ها با رضایت آگاهانه از تمام شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد.
۴. به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که هیچگونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود نداشته وسعی خواهد شد اطلاعات وارد شده هیچ آسیبی برای گروه نمونه نداشته باشد و از نتایج این پژوهش جهت پیشرفت نمونه و تعمیم به جامعه مشابه استفاده شود.
۵. درباره محرمانه بودن پرسشنامه ها و نتایج آنها به آزمودنی‌ها توضیحات لازم داده شد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از جناب آقای دکتر علیرضا سیما و سرکار خانم

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

دکتر شبنم شاهرخ که برای شرکت بیماران مراجعه کننده به ایشان در کلینیک گوارش و کبد مسعود و درمانگاه بیماری‌های التهابی روده بیمارستان طالقانی در این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. Lawton RC, "The Tough Get Going": Understanding the Role of Resilience and a Multidimensional Conceptualization of Mental Health Among Patients With Inflammatory Bowel Disease, Inflammatory Bowel Diseases, 2022; 28: 6, 977–979.
2. Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K, Ebadi A, Dalvandi A, Dalvand S, Nourozi Tabrizi K. Resilience of patients with chronic physical diseases: a systematic review and meta-analysis. *Iran Red Crescent Med J*. 2016 28;18(7):e38562. doi: 10.5812/ircmj. 38562.
3. Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci*. 2002; 13(2):172-175.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th ed. Translated by: Rezaee F. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
5. Kaviani Z. Comparing the effect of cognitive-behavioral (CBT) religious- based therapy, and treatmentbased admission and commitment (ACT) on resilience, inefficient attitude, and coping styles of women with MS in Tehran. The 4th International Academic Conference on Humanities and Social Sciences; 2020.
6. Moens M, Jansen J, De Smedt A, Rouland m, Billot M, Laton J, et al. Acceptance and commitment therapy to increase resilience in chronic pain patients: A clinical guideline. *Medicina*. 2022; 58:499.
7. Jafarizadeh F, Bahrainian M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological flexibility and resilience of women with breast cancer. EBNESINA 2019; 21 (3) :23-30.
8. Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H. Effect of acceptance and commitment group therapy on quality of life and resilience of women with breast cancer. *Arch Breast Cancer*. 2018;5(3):111-117.
9. Wynne B, McHugh L, Gao W, Cullen G, Dooley B, Mulcahy H. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2019; 935-945.
10. Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2023 12;402(10401):571-584. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00966-2.
11. Turkiewicz J, Bhatt RR, Wang H, Vora P, Krause B, Sauk JS, et al. Altered brain structural connectivity in patients with longstanding gut inflammation is correlated with psychological symptoms and disease duration. *Neuroimage Clin*. 2021;30:102613.
12. Chen J, Chen X, Sun Y, Xie Y, Wang X, Li R, Hesketh T. The physiological and psychological effects of cognitive behavior therapy on patients with inflammatory bowel disease before COVID-19: a systematic review. *BMC Gastroenterol*. 2021 15;21(1):469.
13. Pinquart M. Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2009; doi:10.1016/J. APPDEV. 2008.10.005.
14. Ajami M, Sajjadian I, Tamizifar B. The effectiveness of yoga and mindfulness-based cognitive therapy on negative and positive emotions and cognitive emotion regulation in people with inflammatory bowel disease. *Res Behav Sci* 2022; 19(4): 718-730.
15. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9:139-145.
16. Amini F, Farahbakhsh K, Nikoozadeh Kordmirza E. Comparative analysis of life satisfaction, resilience and burnout among intensive and other units nurses. *Faslname-i Mudiriyyat-E Parastari*; 2013, 1(4), 9-17. (Farsi)
17. Walmsley RS, Ayres RC, Pounder RE, Allan RN. A simple clinical colitis activity index. Gut. 1998 Jul;43(1):29-32.
18. Beck J. Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't work. 2005, (Hamid pour H. trans). Tehran, Arjmand; 2015.
19. Taylor RR. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Illness and Disability. 1st ed. New York, NY: Springer; 2006. xiv, 378 p. https://doi.org/10.1007/b107158
20. Vowles K, Sorrell J. Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach-Therapist Guide and Patient Workbook. Bath, University of Bath; 2007.
21. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews J. Cognitive-Behavioral Therapy for inflammatory bowel disease: 24-month data from a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine (IJBM)*. 2017; 24:127–135.
22. Riggott C, Mikocka-Walus A, Gracie D, Ford A. Efficacy of psychological thereapies in people with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroentrology & Hepatology*. 2023; 8: 919–31.
23. Luo D, Lin Z, Shang XC, Li S. "I can fight it!": A qualitative study of resilience in people with inflammatory bowel disease. *Int J Nurs Sci*. 2018 26;6(2):127-133. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.12.008. PMID: 31406881; PMCID: PMC6608668.

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]

Original

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Resilience and Physical Symptoms in Ulcerative Colitis Patients

Hanieh Zaerrezaii[1], Sheida Sodagar[*1], Siavosh Nasseri-Moghaddam[2], Amir Kasaeian[3]

1. Department of Health psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
2. Digestive Diseases Research Center, Digestive Diseases Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Liver and Pancreatobiliary Diseases Research Center, Digestive Disease Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Sh.sodagar@iau.ac.ir

Abstract

Background: Ulcerative colitis, a form of inflammatory bowel disease (IBD), significantly affects patients' quality of life and psychological well-being. Given the important role of psychological factors in disease management, this study aimed to evaluate the effectiveness of two psychotherapeutic interventions—Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT)—on resilience and physical symptoms in patients with ulcerative colitis.

Methods: This quasi-experimental study was conducted using a three-group pretest-posttest design with a one-and-a-half-month follow-up. A total of 44 patients with ulcerative colitis referred to specialized gastroenterology clinics in 2021 were recruited based on inclusion and exclusion criteria and randomly allocated to ACT (n=16), CBT (n=12), and control (n=16) groups. Instruments included the General Health Questionnaire (GHQ-28), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and the Simple Clinical Colitis Activity Index (SCCAI). Both intervention groups received eight weekly online group therapy sessions, while the control group received routine medical care. Data were analyzed using appropriate statistical tests.

Results: Results demonstrated that ACT significantly improved physical symptoms compared to the control group, while CBT led to a significant increase in resilience. This significant difference remained stable during the follow-up stage as well. No significant change was observed in the control group.

Conclusion: Acceptance and Commitment Therapy appear to be effective in alleviating physical symptoms, while Cognitive Behavioral Therapy enhances resilience in patients with ulcerative colitis. These findings emphasize that integrating psychological interventions with medical treatments can play an important role in managing the disease in these patients.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Commitment Therapy, Resilience, Ulcerative Colitis

Please cite this article as follows:

Zaerrezaii H, Sodagar Sh, Nasseri-Moghaddam S, Kasaeian A. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Resilience and Physical Symptoms in Ulcerative Colitis Patients. Selec Intern Dis and Pediat 2026; 3(1): 12-22.

[Downloaded from idap.ir on 2026-10-13]