

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Dysregulation and Pain Indices (Acceptance-Catastrophizing) in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Hengameh Boloorsaz Mashhadi¹, Eisa Jafari^{2*} , Fereshteh Pourmohseni koluri³

¹ Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

² Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

³ Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Correspondence

Eisa Jafari

Email: jafari.esa30@gmail.com

How to cite

Boloorsaz Mashhadi, H, Jafari, E, Pourmohseni koluri, F. (2026). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Dysregulation and Pain Indices (Acceptance-Catastrophizing) in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Quarterly Journal Of Health Psychology, 15(1). 123-140.

ABSTRACT

Objective: Irritable bowel syndrome is the most common diagnosis among functional gastrointestinal disorders and is the cause of 25 to 50 percent of referrals to gastroenterologists (Frozanfar et al., 2023). In a review study, the prevalence of this syndrome in Iran was reported to be between 1.1 and 25 percent (Sheykhani and Goudarzi 2024). People with this syndrome report significant symptoms of psychological disorders and emotional disturbances. Among the symptoms that may be important in this disease, emotional dysregulation can be mentioned (Khoshchin Gol et al., 2021). A review of scientific reports over the past decade clearly shows that emotional dysregulation is of particular importance in the field of physical diseases (Boloorsaz Mashhadi et al., 2025). Irritable bowel syndrome does not lead to dangerous conditions in most patients, but due to side effects such as chronic pain and fatigue, it can increase the patient's medical costs and increase the patients' absence from work (Liu et al., 2025). In this context, Qian and Zhang (2024) showed in a study that stress and emotional dysregulation affect digestive function by activating the brain-gut axis, hormonal changes, and neuroimmune pathways, and thus, one of the most common health problems that causes patients with digestive disorders to seek medical care and treatment is abdominal pain. A review of the findings shows that sensitivity to pain and anxiety-related experiences are higher in patients with irritable bowel syndrome than in other digestive disorders (Prospero et al., 2025; Erfan et al., 2021). Because irritable bowel syndrome reduces the strength of the patient's immune system and muscles, the person may report high muscle and abdominal pain during the disease. For this reason, patients may sometimes experience greater pain intensity for various reasons, such as pain catastrophizing, which should be evaluated (Bagheri Sheykhangafshe et al., 2024). Various pharmacological and non-pharmacological treatments have been used for patients with irritable bowel syndrome. According to research

evidence, one of the non-pharmacological treatments to reduce adverse psychological effects in these patients is mindfulness-based cognitive therapy, a type of cognitive therapy. This treatment, which uses mindfulness and includes various meditations, stretching yoga, education about stress management, anxiety, anger, and depression, and cognitive therapy practice (Seng et al., 2025). For example, Reilly et al (2025) concluded in a systematic review and meta-analysis that mindfulness-based cognitive therapy reduced perceived pain intensity and symptoms of depression and anxiety in patients with spinal cord injury. The present study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on emotional dysregulation and pain indicators (acceptance-catastrophizing) in patients with irritable bowel syndrome. **Method:** The research method was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group and a two-month follow-up. All male patients with irritable bowel syndrome who referred to the internal medicine clinic of Moheb Hospital, Tehran, in 1404 constituted the statistical population of the study. For experimental and quasi-experimental studies, 15 people were recommended for each of the experimental and control groups. The Dysregulation of Emotion Questionnaire (DERS), Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), and Pain Catastrophizing Questionnaire (PCS) were among the instruments used in the present study. The statistical method used for data analysis was two-way analysis of variance with repeated measures. Before statistical analysis, the assumptions of parametric statistics related to analysis of variance were first examined and confirmed. **Results:** According to the results of Table 1, since the significance level related to time is less than 0.05, it can be accepted that there is a significant difference between the mean scores of emotional dysregulation and its components, as well as between the mean scores of pain acceptance, pain catastrophizing and their components in different stages of measurement (pre-test-post-test and follow-up).

Table 1. Results of analysis of variance with repeated measurements of dependent variables in three stages of implementation

Dependent variable	Group	number	Pre-test		Post-test		Follow-up	
			M	SD	M	SD	M	SD
Emotional dysregulation	Experiment	15	117/49	12/00	101/42	9/8	101/02	9/38
	control	15	116/05	13/31	118/22	13/11	118/20	12/08
Pain acceptance	Experiment	15	33/00	3/41	36/99	3/29	37/26	3/00
	control	15	33/37	4/06	32/86	3/88	32/79	3/82
Pain catastrophizing	Experiment	15	30/03	4/17	24/86	5/35	23/39	4/78
	control	15	30/52	3/99	30/99	3/74	30/98	3/75

Conclusion: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on emotional dysregulation and pain indices in patients with irritable bowel syndrome. The results showed that participating in mindfulness-based cognitive therapy sessions reduced emotional dysregulation in patients with irritable bowel syndrome, and this effect remained stable during the follow-up period. Another result of the study showed that

participating in mindfulness-based cognitive therapy sessions increased pain acceptance in patients with irritable bowel syndrome, and this effect remained stable during the follow-up period. The final finding of the study indicated that participating in mindfulness-based cognitive therapy sessions reduced pain catastrophizing in patients with irritable bowel syndrome, and this effect remained stable during the follow-up period.

KEYWORDS

Mindfulness-based Cognitive Therapy, Emotion Dysregulation, Pain, Irritable Bowel Syndrome.

Compliance with ethical principles

Ethical standards in this study, especially the principle of confidentiality, were observed. Participants participated voluntarily in the study and were informed of the research process and were allowed to withdraw from the study at any time. Their information was also kept confidential.

Funding

This study did not receive any financial support.

Author Participation

All authors participated in all stages including data collection, analysis, data reporting, and writing the article.

Conflict of Interest

There were no conflicts of interest among the authors.

© 2026, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد (پذیرش-فاجعه‌پنداری) در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر

هنگامه بلورساز مشهدی^۱، عیسی جعفری^{۲*}، فرشته پورمحسنی کلوری^۳

چکیده

مقدمه: سندرم روده تحریک‌پذیر علاوه بر مشکلات جسمانی، می‌تواند فرایندهای شناختی - هیجانی بیماران را نیز متأثر سازد، که ضروری است با به‌کارگیری درمان‌های کوتاه‌مدت روان‌شناختی نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت.

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مرد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان محب تهران در سال ۱۴۰۴ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه بدتنظیمی هیجانی، پرسش‌نامه پذیرش درد و پرسش‌نامه فاجعه‌پنداری درد انجام شد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به پروتکل سگال طی ۸ جلسه (هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت) برای گروه آزمایش اعمال شد. داده‌ها با آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانست باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی و فاجعه‌پنداری درد در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر شود ($p < 0/05$). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش پذیرش درد و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش برخلاف گروه کنترل مؤثر بود و تأثیرات درمان تا دو ماه پس از مداخله ماندگار بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و مدیریت درد مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر است. بنابراین، استفاده از این رویکرد جهت بهبود شاخص‌های درد و تنظیم هیجان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجان، درد، سندرم روده تحریک‌پذیر.

^۱ مربی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
^۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

عیسی جعفری

رایانامه:

dr.jafari@pnu.ac.ir

استناد به این مقاله:

بلورساز مشهدی، هنگامه، جعفری، عیسی، پورمحسنی کلوری، فرشته، (۱۴۰۵). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد (پذیرش-فاجعه‌پنداری) در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۵(۱)، ۱۴۰-۱۳۳.

مقدمه

تنظیم هیجان بنا به تعاریف عبارت است از توانایی به‌دست آوردن شناسایی، فهم و درک و پذیرش هیجانات خود به‌عنوان یک راهبرد برای تعدیل تجربه، بیان و ابراز هیجانات همسو با اهداف بلندمدت و ارزش‌ها. این توانایی در هر زمان درحال پرورش دادن است، اما تعاملات در زندگی به‌ویژه قبل از میان‌سالی از اهمیت فراوانی برای شکل‌دهی و تغییر آن برخوردار است (کتابی و موسوی اصل، ۱۴۰۳). در عین‌حال، مروری بر گزارشات علمی طی دهه اخیر به روشنی نشان می‌دهد که بدتنظیمی هیجانی در حیطه بیماری‌های جسمی اهمیت خاصی دارد (بلورساز مشهدی و همکاران، ۱۴۰۳). برای نمونه، بررسی نقش اختلال در تنظیم عواطف در ایجاد و سیر اختلال شبه‌جسمی نشان داد که این اختلالات با کاهش توانایی تجربه آگاهی، جداکردن هیجانات و بیان آن‌ها به شیوه‌ای سالم و مناسب در ارتباط هستند (ویلک^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). نتایج مطالعه ورما^۹ و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در شناسایی و بیان احساسات خود مشکل دارند و در تمایز احساسات و عواطف خود از حس‌های جسمانی نقص دارند.

از دیگرسو، سندرم روده تحریک‌پذیر در اغلب بیماران منجر به شرایط خطرناک نمی‌شود، اما به خاطر عوارض جانبی هم‌چون درد مزمن و خستگی، می‌تواند هزینه‌های درمانی بیمار را افزایش داده و باعث افزایش غیبت بیماران از محل کارشان شود (لیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). در این زمینه، کاین و ژانگ^{۱۱} (۲۰۲۴) طی پژوهشی نشان دادند که استرس و بدتنظیمی هیجانی بر کارکرد گوارش با فعال کردن محور مغز-روده، تغییر هورمونی و گذرگاه‌های نوروایمن تأثیر می‌گذارد و به این ترتیب، یکی از رایج‌ترین مشکلات بهداشتی که باعث می‌شود بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی درصدد یافتن مراقبت‌های طبی و درمانی برآیند، احساس درد شکمی است. مطالعات متعددی نیز نشان داده‌اند که شدت تجربه درد در بیماران گوارشی صرفاً به عوامل زیستی محدود نمی‌شود، بلکه عوامل روان‌شناختی و هیجانی نقش مهمی در آن ایفا می‌کنند، به این صورت که بدتنظیمی هیجانی می‌تواند به افزایش حساسیت به درد و شدت تجربه آن بی‌انجامد (لیو و همکاران، ۲۰۲۵). در عین‌حال، به‌نظر می‌رسد

اختلال‌های گوارشی کارکردی^۱، دسته‌ای از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سؤال‌برانگیز، دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند. پزشکان و متخصصان گوارشی همیشه با بیمارانی که شکایات غیراختصاصی از قبیل تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست که توجیه جسمانی و کالبدشناختی ظاهری ندارند، دچار چالش می‌شوند (گوئی^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). سندرم روده تحریک‌پذیر^۳ شایع‌ترین تشخیص در بین اختلال‌های گوارشی کارکردی به‌شمار می‌رود و علت ۲۵ الی ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصین گوارش است (فروزان‌فر و همکاران، ۱۴۰۲). در عین‌حال، همه‌گیرشناسی این سندرم در سراسر جهان متفاوت است و از ۹ تا ۲۲ درصد در امریکا و کشورهای اروپایی تا ۴/۲ و ۴/۴ درصد در شمال هند و تایلند که کمترین میزان بیماری است، متغیر است (ریو و مورنی^۴، ۲۰۲۴). در یک مطالعه مروری، شیوع این سندرم در ایران بین ۱/۱ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (شیخان و گودرزی، ۱۴۰۳). پاتوفیزیولوژی این سندرم به‌درستی شناخته نشده است، اما معمولاً به‌عنوان یک اختلال مرتبط با استرس معرفی می‌گردد و آسیب‌پذیری‌های روانی-هیجانی در کنترل و پیش‌آگهی بیماری نقش بسیار مهمی برعهده دارند (هانت^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهند در بروز این سندرم عوامل متعددی می‌توانند دخیل باشند. بنابراین، در توصیف چگونگی شکل‌گیری آن استفاده از یک الگوی زیستی-روانی-اجتماعی مفید است و توجه به نقش همه این عوامل در ارتباط با هم ضرورت دارد. شیوع بالای ۴۴ درصدی آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی از قبیل علائم افسردگی، اضطراب و مشکلات شخصیتی در مبتلایان به این بیماری تأییدکننده همین ادعاست (لانگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مبتلا به این سندرم، علائم مهمی از اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های هیجانی را گزارش می‌کنند. از جمله علائمی که در این بیماری ممکن است اهمیت داشته باشد، می‌توان به بدتنظیمی هیجانی^۷ اشاره کرد (خوش‌چین گل و همکاران، ۱۴۰۰).

1. functional digestive disorders (FDD)
2. Gwee
3. irritable bowel syndrome (IBS)
4. Rio & Murni
5. Hunt
6. Long
7. emotional dysregulation

8. Wilke

9. Verma

10. Liu

11. Qian & Zhang

تحریک درد، احساس درماندگی در مقابل درد و یک ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام انتظار درد یا حین درد مشخص می‌شود (خوش‌باور رستمی و همکاران، ۱۴۰۳). به این ترتیب، بیش‌برآورد کردن و فاجعه‌پنداری درد توان مقابله با بیماری و مدیریت درد را به شکل منفی متأثر می‌سازند (ابونادر^۹ و همکاران، ۲۰۲۵).

از دیگر سو، سطح بالای بدتنظیمی هیجانی در بیماران گوارشی و فاجعه‌پنداری درد به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود ادراک درد را گسترش می‌دهند، کمک می‌کند که به نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش پذیرش نسبت به زندگی با وجود بیماری منجر شده و سرانجام به صورت یک چرخه درمی‌آید (جوانشیر و همکاران، ۱۴۰۱). هرچند در بسیاری از پژوهش‌ها، بدتنظیمی هیجانی و فاجعه‌پنداری درد به عنوان پیش‌بینی کننده‌های مهم ناتوانی کارکردی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح شده‌اند (ورما و همکاران، ۲۰۲۵؛ پریگو-پارا و همکاران، ۲۰۲۵)، اما باید گفت ناتوانی کارکردی پدیده‌ای چندبعدی است که نمی‌توان به سادگی آن را توسط عوامل هیجانی-شناختی تبیین کرد و گستره‌ای از عوامل مانند طول مدت درد، اجتناب از درد، احساس کارآمدی و افسردگی در ایجاد آن مؤثر هستند (رومچ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، یافته‌هایی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند همه بیماران با مشکلات گوارشی دچار ناتوانی نمی‌شوند. در بین این بیماران افرادی وجود دارد که با وجود درد، هم‌چنان به انجام وظایف و فعالیت‌های معمول زندگی خود ادامه می‌دهند (وانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگاره‌ای که این افراد از طریق آن‌ها بهزیستی روان‌شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است. یکی از این عوامل روان‌شناختی مثبت، پذیرش درد^{۱۲} است (وایت^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵). پذیرش شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست، بلکه منظور از پذیرش درد، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل‌ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل کنترل است؛ به بیان دیگر، تغییر رفتاری که متضمن کارکرد روزانه بهتر برخلاف وجود

دستیابی به سطوح بالاتر تنظیم هیجانی نقش قابل توجهی در مدیریت چالش‌های زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و به دنبال آن، در وضعیت‌های درد داشته باشد؛ همان‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند ممکن است رنج بردن از دردهای شکمی و همراه با بیبوست به عنوان یک عامل استرس‌زای ثابت ظاهر شود، که میزان عاطفه منفی که فرد تجربه می‌کند را افزایش دهند و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناکارآمد را به‌طور فزاینده‌ای با دشواری مواجه سازد (کاروالیو^۱ و همکاران، ۲۰۲۵؛ اسپینونی^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، حتی در مواردی که تنظیم هیجانی مستقیماً با شدت درد یا ناتوانی ناشی از آن مرتبط نیست، بدتنظیمی هیجانی می‌تواند نقش مهمی در عملکرد کلی بیماران گوارشی داشته باشد، زیرا می‌تواند با علائم خلقی و اضطرابی یا کیفیت زندگی همراه گردد، که همه این عوامل ممکن است شدت درد^۳ را افزایش داده و عملکرد بیماران را محدود سازند (تلی و آکوس^۴، ۲۰۲۵).

مروری بر یافته‌ها نشان می‌دهد حساسیت به درد و تجارب اضطرابی و همراه با استرس در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به سایر اختلالات گوارشی بالاتر بوده است (پروسپرو^۵ و همکاران، ۲۰۲۵؛ عرفان و همکاران، ۱۴۰۰). به علت اینکه سندرم روده تحریک‌پذیر موجب کاهش قدرت سیستم ایمنی و عضلات بدن بیمار می‌شود، فرد در طول بیماری ممکن است دردهای عضلانی و شکمی بالایی را گزارش کند. بدین‌منظور بیماران گاهی ممکن است به دلایل گوناگون از قبیل فاجعه‌پنداری درد^۶ شدت درد بیشتری را تجربه کنند، که باید مورد ارزیابی قرار گیرد (باقری‌شیخانگش و همکاران، ۱۴۰۳). بُعد هیجانی درد با تظاهرات روان‌شناختی مختلفی مانند تبعیت درمانی پایین و میزان افسردگی بالاتر همبستگی قوی دارد و بهبودی بیماران را به طرز قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد (یانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). هیجانات منفی مانند فاجعه‌پنداری درد از طریق کاهش احساس خودکارآمدی، شدت درد ادراک شده را افزایش می‌دهند (پریگو-پارا^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). فاجعه‌پنداری درد به عنوان متغیری شناختی-هیجانی با تمایل به بزرگ‌نمایی در میزان

1. Carvalho
2. Spinoni
3. pain intensity
4. Telli & Akkus
5. Prospero
6. pain catastrophizing
7. Yang
8. Priego-Parra

9. Abounader
10. Rometsch
11. Wang
12. pain acceptance
13. White

درد است (متحمیلیان و سجادیان، ۱۴۰۲).

امریکا تأیید نشده است (شاه^۶ و همکاران، ۲۰۲۵؛ تمیدو و همکاران، ۲۰۲۵). از دیگرسو، دارو درمانی یا روش‌های متداول طبی اگرچه می‌تواند سبب کاهش شدت درد در بیماران مزمن طبی شود، ولی معمولاً موجب بهبودی کارکرد جسمی و روانی نمی‌شود. یکی دیگر از دلایل نامؤثر بودن روش دارو درمانی در بهبودی علائم بیماران مزمن، عوارض دارویی و اثرات موقت و وابستگی به داروها گزارش شده است. به‌عنوان مثال، در بیش از ۴۰ درصد بیمارانی که به‌منظور تسکین درد خود، مسکن مصرف می‌کنند عوارض دارویی گزارش شده است. از طرفی امروز گستره متنوعی از پروتکل‌های برخوردار از حمایت تجربی برای هدف‌گیری اختلالات خاص طراحی شده‌اند (بلورساز مشهدی و همکاران، ۱۴۰۳). با این‌حال، این پروتکل‌ها درمان هر دردی نیستند و در بسیاری از درمانجویان موجب بهبودی کامل علائم نمی‌شوند و بازگشت‌های مکرر در برخی اختلالات پدیده‌ای متداول است (جنکینس^۷ و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود شیوع مشکلات مربوط به بدتنظیمی هیجانی در بیماران مزمن طبی، اغلب درمان‌های موجود تنها بر درمان علائم روان‌شناختی تمرکز می‌کنند و از شناسایی و هدف قرار دادن برانگیزاننده‌های زیربنایی مشکلات هیجانی ناتوان هستند. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی با محوریت شناخت و هیجان در حل مشکلات بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مهم می‌نماید، که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۸ از آن جمله‌اند (رایلی^۹ و همکاران، ۲۰۲۵).

ذهن‌آگاهی توجه فرد را بر تجارب درونی و بیرونی زمان حال متمرکز کرده و باعث پذیرش رویدادها بدون تغییر آن‌ها می‌شود و شامل توجه کردن به شیوه‌ای خاص و هدفمند در زمان حال، بدون قضاوت و پیش‌داوری می‌باشد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی شناخت درمانی است که از ذهن‌آگاهی بهره می‌گیرد و شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش درباره مدیریت استرس، اضطراب، خشم و افسردگی و تمرین شناخت درمانی است (سینگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، این روش با ترکیب مهارت‌های شناخت درمانی بر مبنای ذهن‌آگاهی و فن‌های شناختی شرایطی را فراهم می‌سازد تا فرد بتواند به‌صورت مجزا و خالی از قضاوت، نظاره‌گر افکار منفی خود باشد

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی بهتری همراه است (مارتینز-کالدرون^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهش لاندمارک^۲ و همکاران (۲۰۲۴) سطح پذیرش درد توانست علاوه بر پیش‌بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و نیز سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی، شدت درد را نیز پیش‌بینی نماید. نتایج برخی مطالعات نیز حاکی از آن است که پذیرش درد در مقایسه با تعدادی از راهبردهای مقابله با درد پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای پریشانی و ناتوانی است (بهروزفر و آل‌بهبهانی، ۱۴۰۴). همین‌طور به‌دنبال پذیرش درد، بیماران فعالیت‌های غیرمؤثر در جهت کنترل درد را رها می‌کنند و تکالیف ارزشمند و اهداف شخصی مطلوب زندگی خود را پیگیری می‌کنند. همچنین، پذیرش و تحمل ناتوانی‌های ناشی از درد سبب می‌شود عوارض بیماری هموارتر گردد و مراحل درمان با نتایج بهتری حاصل شود (شارپ^۳ و همکاران، ۲۰۲۵).

درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی برای بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر به کار رفته است. برای این بیماری درمان قطعی وجود ندارد، اما می‌توان مداخلاتی انجام داد که علائم کاهش یابد. این اقدامات شامل موارد تغییر رژیم غذایی، دارو درمانی، کنترل یا مدیریت استرس است (تمیدو^۴ و همکاران، ۲۰۲۵؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). در پژوهش هانا-جیرالا و دروسمن^۵ (۲۰۲۴) بیماران غیرافسرده مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با مصرف سیتالوپرام به‌طور قابل توجهی بهبود علائم درد شکمی، نفخ و تأثیر روی علائم روزانه و احساس بهبود کلی در مقایسه با پلاسیبو داشتند، که ارتباطی با تغییر در افسردگی و اضطراب آن‌ها نداشته است. همچنین، پاروکستین به‌عنوان درمان تکمیلی در افرادی که به درمان ۷ هفته‌ای رژیم پرفیبر (بیش از ۲۵ میلی‌گرم در روز) پاسخ ندادند در کاهش شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر مفید گزارش شد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). با توجه به موارد ذکر شده مشخص می‌شود که داروهای ضدافسردگی مختلفی برای کنترل علائم این بیماران استفاده می‌شوند، ولی لازم به ذکر است که هیچ کدام از این داروها هنوز برای درمان سندرم روده تحریک‌پذیر توسط سازمان دارو و درمان

6. Shah
7. Jenkins
8. mindfulnessbased cognitive therapy
9. Reilly
10. Seng

1. Martinez-Calderon
2. Landmark
3. Sharpe
4. Temido
5. Hanna-Jairala & Drossman

فوق تخصصی محب تهران در سال ۱۴۰۴ جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند. به منظور کنترل متغیر جنسیت و همچنین، به دلیل تمایل به همکاری بیشتر در بین مردان تنها آزمودنی‌های مرد استفاده شد، که از بین آن‌ها با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. برای تعیین حجم نمونه از قاعده‌ای که گال^۳ و همکاران (۲۰۰۶) ترجمه نصرافهانی و همکاران، (۱۴۰۳) گزارش کرده‌اند، استفاده شد، که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل پیشنهاد شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش علاوه بر تمایل و رضایت آگاهانه جهت مشارکت در پژوهش، شامل جنسیت (مذکر)، دامنه سنی ۲۵ الی ۵۵ سال، داشتن سواد برای پاسخ‌دهی به ابزارها، تشخیصی قطعی ابتلای به سندرم روده تحریک‌پذیر برمبنای کرایتریای Rome-III توسط متخصص مربوطه، ابتلای به نشانگان بیماری حداقل به مدت شش ماه و داشتن آزمایشات نرمال طبی مربوطه، عدم دریافت همزمان روان‌درمانی‌ها یا یک برنامه روان‌شناختی دیگر و شرکت کامل در جلسات درمانی تعیین شده و رعایت نظم جلسات درمانی بود. ملاک‌های عدم ورود و خروج از پژوهش نیز شامل ابتلای به سایر بیماری‌های طبی یا روان‌شناختی شدید، بیماری گوارشی ارگانیک مشخص، سابقه جراحی‌های شکمی، وجود علائم هشداردهنده از قبیل اسهال خونی، کاهش وزن و سابقه خانوادگی بدخیمی، سوءمصرف هر نوع ماده مخدر و مشروبات الکلی، غیبت بیش از یک جلسه از حضور در جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه بدتنظیمی هیجانی^۴ (DERS): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر^۵ تدوین و دارای ۳۶ سؤال با ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ هیجانی (۶ سؤال)، دشواری در به‌کارگیری رفتار هدفمند (۵ سؤال)، دشواری کنترل تکانه (۶ سؤال)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ سؤال)، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان (۸ سؤال) و فقدان شفافیت هیجانی (۵ سؤال) است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً با ۱ امتیاز تا همیشه با ۵ امتیاز) انجام می‌شود. سؤالات شماره ۳۴، ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۷، ۱۰، ۸، ۷، ۶ و ۲ به صورت معکوس

و درگیر شدن با الگوهای پایدار تفکر منفی را کنار بگذارد. نتایج مطالعات در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی متناقض است. برای مثال، رایلی و همکاران (۲۰۲۵) ضمن پژوهشی سیستماتیک و متآنالیز به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش شدت درد ادراکی و علائم افسردگی و اضطرابی در بیماران با آسیب نخاعی شده است. در مطالعه دیگری، ماکسول^۱ و همکاران (۲۰۲۵) گزارش کردند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود تنظیم هیجان و کاهش علائم افسردگی در مبتلایان به آسیب مغزی شده است. در مقابل، ساور^۲ و همکاران (۲۰۲۴) ضمن پژوهشی نشان دادند اگرچه پژوهش‌های تجربی اولیه و یافته‌های فراتحلیلی نشان داده‌اند که درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری مانند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارای اثربخشی طولانی‌مدت است، اما برای درک کامل ماهیت و عملکرد این درمان، هنوز نیاز به پژوهش‌های تجربی و آموزشی بیشتر وجود دارد.

علی‌رغم شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر و سبب‌شناسی پیچیده و نیز ارتباط قوی آن با آسیب‌های روانی-عاطفی میزان واقعی اختلالات روانی توأم با این بیماری هنوز ناشناخته است. با این احتمال وجود دارد که اگر اختلالات روانی و عاطفی زیربنایی در بیماران دستگاه گوارش به موقع تشخیص داده نشود و هدف درمان‌های روانشناختی قرار نگیرد، درمان پزشکی متداول نیز نتیجه مطلوبی را ایجاد نکند و اختلال ایجاد شده نیز موجب تشدید روند بیماری شود (هانت و همکاران، ۲۰۲۵؛ جنکینس و همکاران، ۲۰۲۵). از طرفی نارسایی و مشکل در تنظیم هیجان علاوه بر اینکه تأثیر مستقیمی بر بهزیستی و سلامت عمومی بیماران دارد، به‌طور بالقوه در وخامت بیماری نیز اثرات آن نشان داده شده است (ویلک و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد (پذیرش-فاجعه‌پنداری) در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. تمامی بیماران مرد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان

3. Gall

4. Difficulties in Emotion Regulation Scale

5. Gratz & Roemer

1. Maxwell

2. Sauer

روش اجرا

پس از هماهنگی با مدیریت درمانگاه داخلی بیمارستان محب تهران، ابتدا از طریق اعلام فراخوان از طریق اعلامیه تشکیل جلسات درمانی و شرایط ثبت نام اولیه به اطلاع مراجعین مرد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و پزشکان درمانگاه جهت ارجاع بیماران رسانده شد. پس از ثبت نام متقاضیان از میان ۶۱ نفر مرد دارای تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر، از طریق مصاحبه مقدماتی بیماران واجد شرایط با توجه به نمره اکتسابی در ابزارهای خودگزارشی، غربال شده و انتخاب شدند. از بین این افراد، تعداد ۳۰ نفر با روش در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. سپس گروه آزمایش در جریان مداخله قرار گرفتند، اما گروه کنترل در جریان هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند. بعد از اعمال مداخله در گروه آزمایش، از افراد شرکت‌کننده در دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً با ابزارهای پژوهش پس‌آزمون و پیگیری گرفته شد. 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 و مشخص شدن نتایج قطعی مطالعه، جلسات درمانی را به صورت رایگان دریافت خواهند نمود.

تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. قبل از تحلیل آماری ابتدا پیش فرض‌های آمار پارامتریک مربوط به تحلیل واریانس بررسی و تأیید شد.

برای گروه آزمایش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط سگال^۵ و همکاران (۲۰۱۲) طی ۸ جلسه (به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) توسط متخصص دارای تجربه در رویکرد درمانی مورد نظر و در مرکز درمانی محب تهران اجرا شد. در جدول شماره ۱ خلاصه محتوای جلسات رویکرد مداخلاتی فوق‌الذکر به ارائه شده است.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین (و انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۴۱/۷۶ (و ۳/۸۴) و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل

نمره گذاری و محاسبه می‌شوند. روایی و پایایی ابزار توسط سازندگان آن و به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳، پایایی آزمون-بازآزمون برابر با ۰/۸۸ و روایی سازه و پیش‌بین مطلوب و تأیید شده است. در داخل کشور نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۴ و اعتماد آزمون-بازآزمون کل ابزار و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۸ الی ۰/۸۹ محاسبه شده است (کتابی و موسوی اصل، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۷۹ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۸ الی ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسش‌نامه پذیرش درد^۱ (CPAQ): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۴ توسط مک‌کراکن^۲ و همکاران تدوین و دارای ۲۰ سؤال با ۲ زیرمقیاس رضایت از درد (۱۱ سؤال) و تعهد به فعالیت (۹ سؤال) است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هیچ وقت با صفر امتیاز تا همیشه با ۵ امتیاز) انجام می‌شود. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در داخل کشور نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۴ و زیرمقیاس‌های آن در رضایت از درد ۰/۸۰ و تعهد به فعالیت ۰/۷۷ محاسبه شده است (متحمیلیان و سجادیان، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۷۹ و زیرمقیاس‌های آن برای رضایت از درد ۰/۷۳ و تعهد به فعالیت ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسش‌نامه فاجعه‌پنداری درد^۳ (PCS): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۵ توسط سالیوان^۴ و همکاران تدوین و دارای ۱۳ سؤال با ۳ زیرمقیاس نشخوار (۳ سؤال)، بزرگ‌نمایی (۷ سؤال) و درماندگی (۳ سؤال) است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ وقت با صفر امتیاز تا همیشه با ۴ امتیاز) انجام می‌شود. روایی ابزار توسط سازندگان آن با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۹/۲۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد، که نشان‌دهنده روایی بالای ابزار بود. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را برابر با ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۳ الی ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در داخل کشور نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۰ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۸ الی ۰/۸۴ محاسبه شده است (شقایق و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۱ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ الی ۰/۷۶ محاسبه شد.

1. Chronic Pain Acceptance Questionnaire
2. McCracken
3. Pain Catastrophizing Scale
4. Sullivan

وابسته و مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه و مراحل سنجش ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمره بدتنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد (پذیرش و فاجعه‌پنداری) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

۴۲/۲۳ (و ۴/۱۰) سال بوده است. همچنین، نتایج آزمون مجذور کای دو درخصوص میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، طول مدت ابتلای به بیماری و تاریخچه خانوادگی از نظر ابتلا به بیماری روان‌شناختی نشان داد که بین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای

جدول ۱. خلاصه محتوای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
۱	بررسی قرارداد رفتاری بسته شده بین درمانگر و مراجعین، مفهوم‌سازی تنظیم هیجان و درد مزمن، ایجاد و گسترش ارتباط درمانی و سوابق بیماران، معرفی درمان و منطق مربوط به آن، طراحی و فرمول‌بندی موردی
۲	بازبینی جلسه قبل، خوردن توجه آگاهانه یک کشمش، واری بدن و آوردن آگاهی به فعالیت‌های روزانه، مراقبه نشسته و نفس کشیدن توجه آگاهانه، تقویم تجارب خوشایند
۳	بازبینی جلسات قبل، آشنایی و ترکیب مراقبه کشش بدن ایستاده توجه آگاهانه و نفس کشیدن، مراقبه حرکت توجه آگاهانه، تنفس سه دقیقه‌ای، تقویم تجارب ناخوشایند
۴	بازبینی جلسات قبل، فهرست افکار منفی و مدیریت آن‌ها، مراقبه نشسته، انواع توجه، راه رفتن توجه آگاهانه
۵	بازبینی جلسه قبلی، ادامه مراقبه نشسته و تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده و ارائه تمرین برای جلسه بعد
۶	دیدن و تمرین افکار به‌عنوان افکار، تهیه لیست افکار غیرمفید و تنفس سه دقیقه‌ای، استقرار سیستم هشدار اولیه
۷	تمرین مهربانی در عمل، بررسی فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط‌بخش، ادامه تنفس سه دقیقه‌ای، تهیه طرح عمل
۸	بازبینی مطالب جلسات قبل، مراقبه نشسته و ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره، فیدبک و درک تغییرات و آمادگی جهت خاتمه جلسه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته و مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه و مراحل مختلف سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
عدم پذیرش پاسخ هیجانی	آزمون	۱۵ نفر	۲۳/۲۰	۲/۱۴	۱۹/۳۰	۱/۳۷	۱۹/۳۰	۱/۱۱
	کنترل	۱۵ نفر	۲۱/۸۶	۱/۸۲	۲۲/۴۰	۱/۶۹	۲۲/۶۰	۱/۶۴
دشواری در به‌کارگیری رفتار هدفمند	آزمون	۱۵ نفر	۱۷/۹۰	۲/۱۵	۱۶/۰۰	۲/۰۰	۱۵/۶۰	۱/۳۴
	کنترل	۱۵ نفر	۱۷/۹۳	۲/۳۷	۱۸/۳۳	۲/۱۶	۱۸/۱۳	۲/۱۹
دشواری کنترل تکانه	آزمون	۱۵ نفر	۱۷/۹۳	۲/۱۵	۱۵/۴۶	۲/۱۶	۱۴/۷۳	۲/۸۹
	کنترل	۱۵ نفر	۱۷/۷۶	۱/۳۸	۱۸/۳۰	۲/۱۰	۱۸/۲۸	۲/۱۲
فقدان آگاهی هیجانی	آزمون	۱۵ نفر	۱۸/۶۰	۲/۲۹	۱۶/۱۳	۱/۲۴	۱۶/۹۳	۱/۱۶
	کنترل	۱۵ نفر	۱۸/۷۳	۲/۵۷	۱۸/۸۶	۲/۵۳	۱۸/۸۶	۲/۵۳
دسترسی محدود به راهبرد هیجانی	آزمون	۱۵ نفر	۲۲/۶۶	۱/۶۶	۱۹/۱۳	۱/۴۹	۱۹/۴۶	۱/۵۸
	کنترل	۱۵ نفر	۲۲/۴۶	۳/۸۳	۲۲/۷۳	۳/۶۵	۲۲/۷۳	۳/۶۰
فقدان شفافیت هیجانی	آزمون	۱۵ نفر	۱۷/۲۰	۱/۶۱	۱۵/۴۰	۱/۵۴	۱۵/۰۰	۱/۳۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱۷/۳۱	۱/۳۴	۱۷/۶۰	-/۹۸	۱۷/۶۰	-/۹۸
بدتنظیمی هیجانی-نمره کل	آزمون	۱۵ نفر	۱۱۷/۴۹	۱۲/۰۰	۱۰۱/۴۲	۹/۸	۱۰۱/۰۲	۹/۳۸
	کنترل	۱۵ نفر	۱۱۶/۰۵	۱۳/۳۱	۱۱۸/۲۲	۱۳/۱۱	۱۱۸/۲۰	۱۲/۰۸
رضایت از درد	آزمون	۱۵ نفر	۱۸/۲۰	۲/۰۴	۲۰/۵۳	۱/۹۹	۲۰/۴۶	۱/۸۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱۸/۳۱	۲/۱۲	۱۸/۱۳	۲/۰۲	۱۸/۱۳	۲/۰۳
تعهد به فعالیت	آزمون	۱۵ نفر	۱۴/۸۰	۱/۳۷	۱۶/۴۶	۱/۳۰	۱۶/۸۰	۱/۲۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱۵/۰۶	۱/۹۴	۱۴/۷۳	۱/۸۶	۱۴/۶۶	۱/۷۹
پذیرش درد-نمره کل	آزمون	۱۵ نفر	۳۳/۰۰	۳/۴۱	۳۶/۹۹	۳/۲۹	۳۷/۲۶	۳/۰۰
	کنترل	۱۵ نفر	۳۳/۳۷	۴/۰۶	۳۲/۸۶	۳/۸۸	۳۲/۷۹	۳/۸۲
نشخوار	آزمون	۱۵ نفر	۸/۲۰	۱/۳۲	۶/۶۶	۲/۰۲	۶/۲۰	۱/۹۳
	کنترل	۱۵ نفر	۸/۲۶	۱/۴۸	۸/۴۰	۱/۵۴	۸/۴۰	۱/۵۴
بزرگ‌نمایی	آزمون	۱۵ نفر	۱۴/۹۰	۱/۳۳	۱۳/۴۰	۱/۷۲	۱۲/۷۳	۱/۷۹
	کنترل	۱۵ نفر	۱۵/۲۰	-/۹۴	۱۵/۳۳	-/۷۲	۱۵/۳۲	-/۷۳

۱/۰۶	۴/۴۶	۱/۶۱	۴/۸۰	۱/۵۲	۶/۹۳	۱۵ نفر	آزمون	درماندگی
۱/۴۸	۷/۲۶	۱/۴۸	۷/۲۶	۱/۵۷	۷/۰۶	۱۵ نفر	کنترل	
۴/۷۸	۲۳/۳۹	۵/۳۵	۲۴/۸۶	۴/۱۷	۳۰/۰۳	۱۵ نفر	آزمون	فاجعه‌پنداری درد-نمره کل
۳/۷۵	۳۰/۹۸	۳/۷۴	۳۰/۹۹	۳/۹۹	۳۰/۵۲	۱۵ نفر	کنترل	

برای انجام تحلیل واریانس برقرار است.

با توجه به نتایج جدول ۳، چون سطح معناداری مربوط به زمان کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان پذیرفت که بین میانگین نمرات بدتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن و همچنین، بین میانگین نمرات پذیرش درد، فاجعه‌پنداری درد و مؤلفه‌های آن‌ها در مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، با توجه به معناداری اثر متقابل زمان*گروه و معناداری اثر گروه نتیجه گرفته می‌شود که میزان تغییرات در بدتنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد در طی مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل یکسان نبوده و در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری بهبود یافته است. با توجه به مقدار اندازه اثر، ۰/۴۱۷ درصد تغییرات نمره بدتنظیمی هیجانی، ۰/۵۱۳ درصد تغییرات نمره پذیرش درد و ۰/۴۰۵ درصد تغییرات نمره پذیرش درد در طی مراحل ناشی از شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است.

برای تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و برای مقایسه مراحل سنجش در دو گروه از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، که شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها در سطح ۰/۰۵ برقرار بود. نتایج آزمون لوین نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها برای بدتنظیمی هیجانی و هر یک از شاخص‌های درد محقق شده و می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌های مورد مطالعه یکسان است (p>۰/۰۵). بررسی نتایج آزمون ام باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است (Box's M=۲۳/۷۷۰، F=۴/۸۶۹ و p>۰/۳۰۲). همچنین، مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد و نتایج نشان داد سطح معناداری برای هر یک از متغیرهای وابسته برابر با ۰/۰۰۱ به‌دست آمد، لذا فرض کرویت رد می‌شود. به‌دلیل تخطی از این پیش‌فرض از آزمون گرین هاوس-گایسر استفاده شد. براین اساس و با توجه به سایر پیش‌فرض‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم

جدول ۳. نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای وابسته در سه مرحله اجرا

متغیر وابسته	اثرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عدم پذیرش پاسخ هیجانی	گروه	۶۲/۵۰۰	۱	۶۲/۵۰۰	۵/۲۰۱	۰/۰۳۰	۰/۱۵۷
	زمان	۵۲/۴۲۲	۱/۴۶۰	۳۵/۹۱۴	۲۱/۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۴۳۰
	گروه×زمان	۱۰۱/۴۰۰	۱/۴۶۰	۶۹/۴۶۹	۴۰/۸۴۵	۰/۰۰۰	۰/۴۹۳
دشواری در به‌کارگیری رفتار هدفمند	گروه	۵۹/۲۱۱	۱	۵۹/۲۱۱	۴/۶۰۰	۰/۰۴۱	۰/۱۴۱
	زمان	۱۸/۱۵۶	۱/۲۵۵	۱۴/۴۶۸	۱۰/۱۴۹	۰/۰۰۲	۰/۲۶۶
	گروه×زمان	۲۹/۷۵۶	۱/۲۵۵	۲۳/۷۱۱	۱۶/۶۳۴	۰/۰۰۰	۰/۳۷۳
دشواری کنترل تکانه	گروه	۹۸/۱۷۸	۱	۹۸/۱۷۸	۷/۲۵۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰۶
	زمان	۳۵/۳۵۶	۱/۳۹۱	۲۵/۴۱۵	۱۲/۲۹۹	۰/۰۰۲	۰/۳۰۵
	گروه×زمان	۵۰/۱۵۶	۱/۳۹۱	۳۶/۰۵۴	۱۷/۴۴۸	۰/۰۰۵	۰/۳۸۴
فقدان آگاهی هیجانی	گروه	۵۷/۶۰۰	۱	۵۷/۶۰۰	۴/۵۸۶	۰/۰۴۱	۰/۱۴۱
	زمان	۲۱/۰۸۹	۱/۶۸۸	۱۲/۴۹۴	۱۶/۸۸۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱۶
	گروه×زمان	۲۶/۶۰۰	۱/۶۸۸	۱۵/۷۵۹	۲۱/۲۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۳۲
دسترسى محدود به راهبرد هیجانی	گروه	۱۱۱/۱۱۱	۱	۱۱۱/۱۱۱	۴/۶۶۲	۰/۰۴۰	۰/۱۴۳
	زمان	۴۸/۴۶۷	۱/۰۸۹	۴۴/۴۸۶	۱۷/۱۵۴	۰/۰۰۸	۰/۳۸۰
	گروه×زمان	۶۶/۴۲۲	۱/۰۸۹	۶۰/۹۶۶	۲۳/۵۰۹	۰/۰۰۴	۰/۴۵۶
فقدان شفافیت هیجانی	گروه	۶۰/۸۴۴	۱	۶۰/۸۴۴	۱۷/۴۲۴	۰/۰۰۷	۰/۲۸۴
	زمان	۱۵/۶۳۲	۱/۲۵۸	۱۲/۴۱۸	۸/۹۷۲	۰/۰۰۳	۰/۲۴۳
	گروه×زمان	۲۶/۲۸۹	۱/۲۵۸	۲۰/۸۹۶	۱۵/۰۹۸	۰/۰۰۹	۰/۳۵۰

۰/۳۶۹	۰/۰۰۶	۲۹/۰۸۳	۲۶۴۶/۰۴۴	۱	۲۶۴۶/۰۴۴	گروه	بدن‌تنظیمی هیجانی-نمره کل
۰/۵۱۹	۰/۰۰۴	۶۸/۹۴۱	۷۳۰/۰۷۰	۱/۴۱۵	۱۰۳۳/۳۵۶	زمان	
۰/۴۱۷	۰/۰۰۲	۱۱۰/۱۰۱	۱۱۶۵/۹۳۶	۱/۴۱۵	۱۶۵۰/۲۸۹	گروه×زمان	
۰/۱۶۰	۰/۰۲۹	۵/۳۳۸	۵۲/۹۰۰	۱	۵۲/۹۰۰	گروه	رضایت از درد
۰/۲۶۷	۰/۰۰۱	۱۰/۱۸۵	۱۵/۵۵۸	۱/۴۱۸	۲۲/۰۶۷	زمان	
۰/۳۴۰	۰/۰۰۴	۱۴/۴۳۱	۲۲/۰۴۴	۱/۴۱۸	۳۱/۲۶۷	گروه×زمان	
۰/۱۴۸	۰/۰۳۵	۴/۸۵۴	۳۲/۴۰۰	۱	۳۲/۴۰۰	گروه	تعهد به فعالیت
۰/۲۶۳	۰/۰۰۲	۱۰/۰۰۶	۸/۵۵۷	۱/۲۸۸	۱۱/۰۲۲	زمان	
۰/۴۴۶	۰/۰۰۰	۱۹/۵۱۳	۱۹/۲۵۳	۱/۲۸۸	۲۴/۸۰۰	گروه×زمان	
۰/۳۳۳	۰/۰۰۱	۱۳/۹۵۵	۱۶۸/۱۰۰	۱	۱۶۸/۱۰۰	گروه	پذیرش درد-نمره کل
۰/۲۸۲	۰/۰۰۰	۱۶/۹۴۱	۴۵/۱۷۱	۱/۴۱۱	۶۳/۷۵۶	زمان	
۰/۵۱۳	۰/۰۰۰	۲۹/۴۵۸	۷۸/۵۵۰	۱/۴۱۱	۱۱۰/۸۶۷	گروه×زمان	
۰/۱۷۹	۰/۰۲۴	۵/۷۱۶	۴۰/۰۰۰	۱	۴۰/۰۰۰	گروه	نشخوار
۰/۲۸۰	۰/۰۰۰	۱۰/۹۱۶	۸/۲۱۹	۱/۷۲۲	۱۴/۱۵۶	زمان	
۰/۳۴۲	۰/۰۰۰	۱۴/۵۴۸	۱۰/۹۵۴	۱/۷۲۲	۱۸/۸۶۷	گروه×زمان	
۰/۳۷۴	۰/۰۰۰	۱۶/۷۶۱	۵۷/۶۰۰	۱	۵۷/۶۰۰	گروه	بزرگ‌نمایی
۰/۲۸۳	۰/۰۰۰	۱۱/۰۴۴	۱۰/۴۴۰	۱/۵۹۹	۱۶/۶۸۹	زمان	
۰/۳۳۹	۰/۰۰۰	۱۴/۳۳۸	۱۳/۵۵۴	۱/۵۹۹	۲۱/۶۶۷	گروه×زمان	
۰/۳۳۸	۰/۰۰۱	۱۴/۳۰۷	۷۲/۹۰۰	۱	۷۲/۹۰۰	گروه	درماندگی
۰/۳۶۴	۰/۰۰۰	۱۶/۰۴۸	۱۷/۱۵۴	۱/۳۱۰	۲۲/۴۶۷	زمان	
۰/۴۴۷	۰/۰۰۰	۲۲/۶۱۹	۲۴/۱۷۸	۱/۳۱۰	۳۱/۶۶۷	گروه×زمان	
۰/۴۹۰	۰/۰۰۰	۴۰/۲۱۱	۵۰۴/۱۰۰	۱	۵۰۴/۱۰۰	گروه	فاجعه‌پنداری درد-نمره کل
۰/۵۱۱	۰/۰۰۰	۳۱/۷۳۹	۱۰۵/۸۱۷	۱/۴۸۸	۱۵۷/۴۸۹	زمان	
۰/۴۰۵	۰/۰۰۰	۴۲/۸۸۶	۱۴۳/۰۲۵	۱/۴۸۸	۲۱۲/۸۶۷	گروه×زمان	

پیگیری تفاوت معنادار نبود ($p > 0.05$).

با توجه به نتایج جدول ۴، بین میانگین نمرات بدن‌تنظیمی هیجانی، پذیرش درد و فاجعه‌پنداری درد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین، در پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$)، ولی بین میانگین نمرات در پس‌آزمون و

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مراحل سنجش گروه‌ها در متغیرهای وابسته

سطح معناداری	خطا	تفاوت میانگین	مراحل	متغیر وابسته
۰/۰۰۰	۰/۸۷۹	۷/۰۳۳*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۰	۰/۷۱۴	۷/۳۳۳*	پیگیری	پیش آزمون
۱/۰۰۰	۰/۴۶۵	۰/۳۰۰	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۳۹۶	-۱/۷۳۳*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۰	۰/۴۱۸	-۱/۸۲۴*	پیگیری	پیش آزمون
۱/۰۰۰	۰/۲۱۲	-۰/۱۰۹	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۴۵۵	۲/۳۶۷*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۰	۰/۴۶۹	۳/۱۰۰*	پیگیری	پیش آزمون
۰/۲۲۸	۰/۲۶۲	۰/۷۳۳	پیگیری	پس آزمون

به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نتایج نشان داد شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش بدن‌تنظیمی هیجانی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر شده است و این تأثیر در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته‌ای که

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدن‌تنظیمی هیجانی و شاخص‌های درد در مبتلایان

عدالتیان حسینی و همکاران (۱۴۰۰) نیز طی پژوهشی در افراد مبتلا به کمردرد مزمن همسو با یافته حاضر نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش درماندگی روان‌شناختی و شدت درد و افزایش پذیرش درد شده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با انجام تمرینات ذهن‌آگاهی مانند واریسی بدن و بازاریابی مثبت افکار شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق به کاهش شدت درد و پذیرش علائم و تعهد به فعالیت با وجود درد کمک نمایند. مکانیسم‌های اثرگذار ذهن‌آگاهی مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش باعث کاهش شدت درد می‌شوند. به بیان دیگر، افراد مهارتی یاد می‌گیرند که به کمک آن در هر لحظه نسبت به حالات بدنی، احساسات و افکار خود آگاه باشند و طی تمرینات حالت‌های بدنی و ذهنی معیوب را شناسایی کنند و به جای واپس‌رانی و کنترل آن‌ها، آن‌ها را بپذیرند و در زمان حال ننگه دارد و کنار بگذارد، یعنی به جای انکار، وجود آن‌ها را می‌پذیرد و همین پذیرش بار منفی این حالت را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم می‌شود. در حقیقت، به کاربردن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت کردن درباره آن، می‌تواند منجر به فهم و درک این نکته گردد که این تجربیات تنها فکر هستند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شوند. پر واضح است بیمارانی که به وقت تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیرقضاوتی را از دست می‌دهند، ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک متغیر فراشناختی از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به پذیرش علائم بیماری و درد کمک می‌کند.

یافته آخر پژوهش حاکی از آن بود که شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش فاجعه‌پنداری درد در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر شده است و این تأثیر در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته حاضر در راستا و همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند پریگو-پارا و همکاران (۲۰۲۵)؛ متحمیلان و سجادیان (۱۴۰۲)؛ شارپ و همکاران (۲۰۲۵)؛ جنکینس و همکاران (۲۰۲۵) و سینگ و همکاران (۲۰۲۵) است. در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش فاجعه‌پنداری درد می‌توان گفت که هدف این نوع درمان پرورش

ناهمسو با نتیجه مطالعه حاضر باشد، یافت نشد اما به‌طور کلی نتیجه حاضر در راستا و همخوان با نتایج برخی از مطالعات پیشین از جمله بلورساز مشهدی و همکاران (۱۴۰۳)؛ هانت و همکاران (۲۰۲۵)؛ ورما و همکاران (۲۰۲۵)؛ لانگ و همکاران (۲۰۲۵)؛ ماکسول و همکاران (۲۰۲۵) و رایلی و همکاران (۲۰۲۵) است.

ریو و مورنی (۲۰۲۴) در همین راستا طی پژوهشی نشان دادند شرکت در جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به بهبود مدیریت هیجانی و کاهش اضطراب در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر شده است. ذهن‌آگاهی در واقع نوجه هدف‌مند و بدون قضاوت نسبت به تجارب این‌جا و اکنون است که از طریق انجام تمرینات رسمی و غیررسمی در زندگی روزمره ایجاد می‌شود. براین اساس در تبیین این یافته می‌توان به چند فرایند اشاره کرد. از آن‌جا که یکی از اهداف شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پذیرش بدون قضاوت هیجانات است، این نوع پذیرش موجب تسهیل مواجهه سالم با هیجانات می‌شود و فرد این امکان را پیدا می‌کند که بدون گرفتاری در هیجانات یا بدون اجتناب از آن‌ها با هیجانات خود روبه‌رو شود و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرد. با پذیرش بدون قضاوت فرد به جای گرفتار شدن در الگوهای عادت‌ی برخوردار با هیجانات که در واقع همان گرفتاری یا اجتناب است، می‌تواند به راهبردهای مناسب تنظیم هیجان دسترسی پیدا کند و روش‌های سازش‌نا یافته تنظیم هیجان در فرد رو به تعدیل برود. افزایش ذهن‌آگاهی سبب کاهش اجتناب یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجانات ناراحت‌کننده می‌شود. بنابراین، هیجانات را در حد متعادل نگه می‌دارد. اگر توجه آگاهانه به تنظیم هیجانی معطوف شود، ممکن است بهبودهای ایجاد شده در تنظیم هیجانی ناشی از افزایش کلی تجارب هیجانی مثبت و کاهش تجارب و راهبرد هیجانی منفی باشد. از طرف دیگر، ذهن‌آگاهی با کاهش هیجانات منفی، توانایی تنظیم هیجان را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر افزایش می‌بخشد. در نتیجه پذیرش موجب برگرداندن توجه فرد به سوی جنبه‌های کمتر ناراحت‌کننده محرک‌های برانگیزاننده هیجان منفی می‌شود و به این ترتیب بدنتنظیمی هیجانی کاهش می‌یابد.

دیگر برآیند پژوهش نشان داد شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش پذیرش درد در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر شده است و این تأثیر در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته حاضر در راستا و همخوان با نتایج مطالعات پیشین مانند کین و ژانگ (۲۰۲۴)؛ عرفان و همکاران (۱۴۰۰) و باقری‌شیخانگش و همکاران (۱۴۰۳) است.

مطالعات بعدی این پژوهش در سایر بیماران گوارشی تکرار و در کنار پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه بالینی کمک گرفته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی این شیوه درمانی در سایر بیماران طبعی مزمن انجام و تأثیر این رویکرد درمانی در مورد سایر ابعاد زندگی روانی-اجتماعی و تبعیت درمانی بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر ارزیابی گردد.

ملاحظات اخلاقی

به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام گردد. همچنین، به شرکت‌کنندگان درباره رازداری و حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد.

حامی مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد یا سازمان خاصی و تنها با هزینه شخصی محققان انجام گرفته است.

تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی نداشته است.

سپاسگزاری

از تمامی بیماران و همچنین، مسئولین بیمارستان محب شهر تهران جهت همکاری در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Abounader, T., Ely, S. L., Tran, S., & Cunningham, N. R. (2025). The Influence of anxiety and pain catastrophizing on pain-related impairment in youth with functional abdominal pain disorders. *The Clinical journal of pain*, 41(9), e1305. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000001305>
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Abbaspour, A., Savabi Niri, V., Bikas Yekani, M., & Keramati, S. (2024). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on alexithymia, pain intensity, and emotional regulation in children with irritable bowel syndrome. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 11(2), 100-120. (In Persian) [doi: 10.61186/jcmh.11.2.7](https://doi.org/10.61186/jcmh.11.2.7)

آگاهی پایدار و غیرواکنشی در مورد تجارب درونی (شناختی، عاطفی و حسی) و تجارب بیرونی فرد (محیطی و اجتماعی) است. در این روش فرد به جای سرکوب و رد احساسات و افکار دردناک و منفی خود، فقط آن‌ها را مورد مشاهده قرار داده و به آن‌ها اجازه می‌دهد همان‌گونه که هستند، بمانند. با توسعه توجه پایدار و آگاهی غیرقضاوتی و غیرواکنشی دامنه گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی جسمی، تعادل هیجانی، تغییر در خودقضاوتی و بهبود آن، خودآگاهی و ارتباط با دیگران و در نهایت، تنظیم رفتاری تحت تأثیر قرار خواهند گرفت و بهبود در هر یک از حوزه‌های کاربردی می‌تواند به‌طور بالقوه فشار روانی را کاهش دهد. کسب این مهارت‌ها فرد را قادر می‌سازد تا انجام واکنش‌های هیجانی، قضاوتی و تحلیلی از روی عادت را نسبت به موضوع مورد توجه، محدود یا قطع نموده و فرد با آگاهی بیشتری به مسائل زندگی و بیماری اتفاق افتاده پاسخ دهد و به این ترتیب از شدت فاجعه‌پنداری درد و علائم بیماری کاسته شود (متحملیان و سجادیان، ۱۴۰۲).

نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب جمعیت مطالعه تنها از بین مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان محب شهر تهران بود، لذا باید در تعمیم نتایج به سایر مبتلایان به اختلالات گوارشی احتیاط شود. در این مطالعه گردآوری اطلاعات با پرسش‌نامه کمی و خودسنجی انجام شد که این امر ممکن است با پاسخ‌دهی توأم با سوگیری و تحریف همراه باشد، براین اساس پیشنهاد می‌شود در

- Boloorsaz Mashhadi, H., Jafari, E., & Moghadamzadeh, A. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety sensitivity, perceived pain intensity and emotion management in elderly women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 13(52), 81-96. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2025.70492.6009>

- Behrouzfar, F., & Albehbahani, M. (2025). Predicting pain tolerance based on spiritual well-being and self-control in cancer patients. *Journal of Research in Psychological Health*, 19(3), 1-16. (In Persian) <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4674-en.html>

- Khoshchin Gol, N. K., Akbari, B., Moghtader, L., & Shakerinia, I. (2021). Comparison of the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and neurofeedback on severity and intensity of somatic symptoms and emotional regulation in patients with irritable bowel syndrome. *Health Psychology*, 10(39), 121-44. (In Persian). <https://doi.org/10.30473/hpj.2021.57590.5135>
- Carvalho, S. A., Eulálio, I., & Guiomar, R. (2025). A systematic review and meta-analysis of the relationship between emotion regulation, pain, depressive symptoms and quality of life in women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 112205. doi: [10.1016/j.jpsychores.2025.112205](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112205)
- Erfan, A., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2021). Comparison of the effect of mindfulness based cognitive therapy and Iranian-Islamic positive therapy on pain catastrophizing and severity symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Daneshvar Medicine*, 29(3), 42-56. (In Persian) doi: [10.22070/DANESHMED.2021.12916.0](https://doi.org/10.22070/DANESHMED.2021.12916.0)
- Edalatian-Hoseini, S. F., Teimoty, S., & Yazdanpanah, F. (2021). The effect of mindfulness-based psychotherapy on psychological helplessness, acceptance and pain intensity in people with low back pain symptoms. *Health Psychology*, 10(38), 23-40. (In Persian) doi: [10.30473/HPJ.2021.52303.4775](https://doi.org/10.30473/HPJ.2021.52303.4775)
- Frozanfar, F., Sh, J. A., Soltanizadeh, M., Emami, S. M. H., & Ansari Shahidi, M. (2023). Model of predicting psychosocial adaptation to disease according to health-promoting behaviors with the mediation role of self-compassion in the patients with irritable bowel syndrome. *Health Psychology*, 12(45), 163-79. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.62915.5479>
- Gwee, K. A., Lee, W. R. W., Chua, Q., Chiou, F. K., Aw, M. M., & Koh, Y. H. (2025). The evidence for probiotics in the treatment of digestive disorders in the pediatric population. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 40(1), 41-47. doi: 10.1111/jgh.16809.
- Hanna-Jairala, I., & Drossman, D. A. (2024). Central neuromodulators in irritable bowel syndrome: why, how, and when. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*, 119(7), 1272-1284. doi: [10.14309/ajg.0000000000002800](https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002800)
- Hunt, M., Dalvie, A., Ipek, S., Glinski, S., & Macks, R. (2025). Efficacy of a CBT self-help app (Zemedy) versus an education, relaxation, and mindfulness app for IBS: Results from post-treatment, 3-month, and 6-month follow-up. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 10-1097. doi: [10.1097/MCG.0000000000002164](https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000002164)
- Jenkins, H. J., Corrêa, L., Brown, B. T., Ferreira, G. E., Nim, C., Aspinall, S. L., & et al. (2025). Long-term effectiveness of non-surgical interventions for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Rheumatology*. doi: [10.1016/S2665-9913\(25\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(25)00064-5)
- Javanshir, M., Akbarinejad, H. S., & Roshany Golanbar, M. (2023). Comparison the effectiveness of acceptance & commitment therapy with logotherapy on pain catastrophizing & quality of life in women with breast surgery experience. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 13(4), 57-71. (In Persian) <https://jap.iuums.ac.ir/article-1-5663-en.html>
- Khoshbavar-Rostami, S, Baradaran, M., & Ranjbar-Noushari, F. (2024). The role of pain catastrophizing, perceived tension, and experiential avoidance in loneliness of patients with multiple sclerosis. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 13(1), 143-54. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.67221.5765>
- Ketabi, M., & Mousavi-Asl, S. A. (2024). The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral theory on

- reducing emotional problems, sleep quality and intensity of pain experience in women with chronic tension headache. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 13(50), 97-114. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.6962.3.5950>
- Liu, W., Zhang, Y., Xu, G., Wu, J., Yang, M., Fang, X., & et al. (2025). Profiles of disease burden in patients with inflammatory bowel disease and the impact on psychosocial adaptation. *Nursing & Health Sciences*, 27(1), e70083. doi:[10.1111/nhs.70083](https://doi.org/10.1111/nhs.70083)
- Long, X., Liying, W., Zhuoran, L., Yiheng, H., Jinzhi, W., Xiaoling, Z., & et al. (2024). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on the Clinical efficacy and psychological state in patients with functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 59(8), 900-905. doi:[10.21203/rs.3.rs-506369/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-506369/v1)
- Landmark, L., Sunde, H. F., Fors, E. A., Kennair, L. E. O., Sayadian, A., Backelin, C., & et al. (2024). Associations between pain intensity, psychosocial factors, and pain-related disability in 4285 patients with chronic pain. *Scientific Reports*, 14(1), 13477. doi:[10.1038/s41598-024-64059-8](https://doi.org/10.1038/s41598-024-64059-8)
- Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. J. (2024).. *The 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)
- Motohamelian, S., & Sajjadian, I. (2023). The effectiveness of treatment based on emotional efficiency on pain anxiety and pain acceptance in women with chronic low back pain in Isfahan. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 14(2), 61-74. (In Persian). <https://doi.org/10.29252/NRIP.IRJ.16.1.103>
- Maxwell, H., Dubois, S., Mazmanian, D., Ozen, L., Gibbons, C., & Bédard, M. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy for depression after traumatic brain injury: responders' characteristics. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 18, e7. doi: <https://doi.org/10.1017/S1754470X24000485>
- Prospero, L., Riezzo, G., D'Attoma, B., Ignazzi, A., Bianco, A., Franco, I., & et al. (2025). The impact of locus of control on somatic and psychological profiles of patients with irritable bowel syndrome engaging in aerobic exercise. *Scientific Reports*, 15(1), 3966. doi: [10.1038/s41598-025-88466-7](https://doi.org/10.1038/s41598-025-88466-7)
- Priego-Parra, B. A., Reyes-Diaz, S. A., Ordaz-Alvarez, H. R., Martínez-Pérez, G. P., Amieva-Balmori, M., García-Zermeño, K. R., & et al. (2025). Gastrointestinal cognition: Pain catastrophizing in irritable bowel syndrome, a cross-sectional study in Mexico. *Neurogastroenterology & Motility*, 37(7), e70022. doi: [10.1111/nmo.70022](https://doi.org/10.1111/nmo.70022)
- Rometsch, C., Martin, A., & Cosci, F. (2025). Predictors of treatment success of psychotherapy in functional disorders: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(2), e70075. doi: [10.1002/cpp.70075](https://doi.org/10.1002/cpp.70075)
- Rio, Y. B. P., & Murni, A. W. (2024). Terapi mindfulness pada functional gastrointestinal disorders. *Innovative: Journal of Social Science Research*, 4(2), 1021-35. <https://doi.org/10.31004/innovative.v4i2.9122>
- Reilly, A., Sharif, A., Bhagra, O., Dominari, A., Katsos, K., Nathani, K. R., & et al. (2025). Evaluation of mindfulness-based interventions for pain, anxiety, and depression in spinal cord injury patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108839. doi: [10.1016/j.clineuro.2025.108839](https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2025.108839)
- Sheykhan R, Goudarzi M. (2024). Effectiveness of emotional-focused therapy in the difficulty of emotional regulation and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome.

- Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 32(2),88-97.
(In Persian) <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8194-en.html>
- Shaghghi, F., & Smkhani-Akbari-Nejad, H. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*, 35(1), 57-64. (In Persian) doi: [10.61186/iau.35.1.56](https://doi.org/10.61186/iau.35.1.56)
- Shah, E., Lee, T. Y., Baldwin, Z., Kort, J., Ando, M., Champaloux, S. W., & et al. (2025). Healthcare utilization and costs of care in patients with irritable bowel syndrome with constipation or chronic idiopathic constipation after initiating oral therapies: Real-world analysis in the US medicare population. *Advances in Therapy*, 42(5), 2500-2512. doi: [10.1007/s12325-025-03163-1](https://doi.org/10.1007/s12325-025-03163-1)
- Spinoni, M., Porpora, M. G., Muzii, L., & Grano, C. (2024). Pain severity and depressive symptoms in endometriosis patients: mediation of negative body awareness and interoceptive self-regulation. *The Journal of Pain*, 25(11), 104640. doi: [10.1016/j.jpain.2024.104640](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104640)
- Sharpe, L., Bisby, M. A., Menzies, R. E., Boyse, J. B., Richmond, B., Todd, J., & et al. (2025). A Tale of two treatments: A randomised controlled trial of mindfulness or cognitive behaviour therapy delivered online for people with rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 94(2),89-100. doi: [10.1159/000542489](https://doi.org/10.1159/000542489)
- Sauer, C., Haussmann, A., & Weissflog, G. (2024). The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological and physical outcomes among cancer patients and survivors: An umbrella review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 100810. doi: [10.1016/j.jpsychores.2020.110304](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304)
- Seng, E. K., Hill, J., Reeder, A. K., Visvanathan, P., Wells, R. E., Lipton, R. B., & et al. (2025). Feasibility, acceptability, and fidelity of remote-delivered abbreviated mindfulness-based cognitive therapy interventions for patients with migraine and depressive symptoms. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 65(4), 545-57. doi: [10.1111/head.14857](https://doi.org/10.1111/head.14857)
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Kabat-Zinn J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. 2nd Edition. New York City: The Guilford Press.
- Telli, H. İ. L. A. L., & Akkus, M. (2025). The interplay of pain, emotional regulation difficulties, and social support in individuals diagnosed with fibromyalgia: impact on depression, anxiety, functional disability, and quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 1-20. doi: [10.1080/13548506.2025.2469191](https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2469191)
- Temido, M. J., Cristiano, M., Gouveia, C., Mesquita, B., Figueiredo, P., & Portela, F. (2025). Antidepressants in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Gastroenterology*, 38(3), 284. doi: [10.20524/aog.2025.0962](https://doi.org/10.20524/aog.2025.0962)
- Qian, X., & Zhang, J. (2024). Mindfulness-based interventions on psychological comorbidities in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review and Meta-analysis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52(4), 571. doi: [10.62641/aep.v52i4.1559](https://doi.org/10.62641/aep.v52i4.1559)
- Verma, N., Arora, A., Wal, A., Singh, C., Rajesh, K. S., Singh, B., & et al. (2025). Psychological interventions for the management of irritable bowel syndrome: Understanding the mind-gut connection. *Current Psychiatry Research and Reviews*.
- Wang, S., Li, N., Li, K., Qiu, Q., Wu, C., & Zhou, R. (2025). Changes and influencing factors of post-traumatic growth in patients after

enterostomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 76, 102844.
doi: [10.1016/j.ejon.2025.102844](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102844)

Wang, Z., Xu, H., & Liu, Z. (2025). Oral paroxetine improves symptoms and quality of life in refractory irritable bowel syndrome: a retrospective study. *American Journal of Translational Research*, 17(11), 8525-8535.
doi: [10.62347/BQWP2309](https://doi.org/10.62347/BQWP2309)

White, K. M., Zale, E. L., Lape, E. C., & Ditre, J. W. (2025). The association between chronic pain acceptance and pain-related disability: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 32(3), 448-459.
doi: [10.1007/s10880-024-10061-1](https://doi.org/10.1007/s10880-024-10061-1)

Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., & Eilts, J. (2025). Analyzing the link between callous-unemotional traits and internalizing and externalizing behavior problems: The crucial role of emotion regulation Skills. *Deviant Behavior*, 1-16.
<https://doi.org/10.1080/01639625.2025.2456968>

Yang, L., Zhang, L., Liu, Y., Liu, J., Li, K., & Cai, J. (2024). The different impacts of pain-related negative emotion and trait negative emotion on brain function in patients with inflammatory bowel disease. *Scientific Reports*, 14(1), 23897.
doi: [10.1038/s41598-024-75237-z](https://doi.org/10.1038/s41598-024-75237-z).