Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Effectiveness of emotional-focused therapy in the difficulty of emotional regulation and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome

Reyhane Sheykhan [1*], Marzie Goudarzi [1]

[1] Faculty of humanity, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Arak, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Jun. 02, 2024
Revised: Jun. 31, 2024
Accepted: Feb. 10, 2024
Published Online: Jun. 18,2024

**** Correspondence to:***
Reyhane sheykhan

Faculty of humanity, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Arak, Iran

Email:
r.sheykhan@iau.ac.ir

A B S T R A C T

Introduction: Irritable bowel syndrome is a type of digestive dysfunction characterized by chronic abdominal pain and changes in bowel movements and is somehow related to psychological factors. Therefore, the present study aimed to assess the effectiveness of emotional-focused therapy in the difficulty of emotional regulation and the severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome (IBS)..

Material & Methods: in this study, a pretest-post-test, quasi-experimental method with a control group was used. The statistical population of the present study was all patients with IBS referred to specialized and subspecialty centers of hospitals and clinics in Arak in the spring of 2023, of whom 30 eligible people volunteered to participate in the research. They were selected by purposeful sampling. The participants in the research completed the difficulty of emotion regulation questionnaire and the symptoms of irritable bowel.

Results: The results demonstrated that emotional therapy has an effect on the difficulty of emotion regulation and the severity of symptoms in patients with IBS.

Discussion & Conclusion: Traditional medical management is often unsatisfactory and does not address critical issues. Results suggest that it is essential that psychological treatments target IBS-specific factors for change, including emotion regulation. Therefore, one of the effective treatments for IBS can be emotional therapy.

Keywords: Difficulty regulating emotions, Emotional focused therapy, Irritable bowel syndrome

➢ **How to cite this paper**
Sheykhan R, Goudarzi M. 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. 2024;32(2): 88-97.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

© The Author(s)

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر

ریحانه شیخان [1*] مرضیه گودرزی [1]

[1] گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۱
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

نویسنده مسئول:
ریحانه شیخان
گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران
Email:
r.sheykhan@iau.ac.ir

چکیده

مقدمه: سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر نوعی اختلال عملکردی گوارشی است که با درد مزمن شکم و تغییرات اجابت مزاج مشخص می‌شود و به‌نوعی با عوامل روان‌شناختی مرتبط است؛ ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر همهٔ بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی و فوق-تخصصی بیمارستان‌ها و مطب‌های شهر اراک در بهار ۱۴۰۲ بود که از جامعهٔ هدف، ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسش‌نامهٔ دشواری تنظیم هیجان و علائم سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر را تکمیل کردند.

یافته‌های پژوهش: نتایج نشان داد، درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: مدیریت طب سنتی اغلب رضایت‌بخش نیست و به مسائل تأثیرگذار توجه نمی‌کند. نتایج نشان می‌دهد که برای درمان‌های روان‌شناختی مهم است که عوامل خاص سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر را برای تغییر هدف قرار دهند که تنظیم هیجان از آن جمله است؛ ازاین‌رو، یکی درمان‌های مؤثر برای سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر می‌تواند درمان هیجان‌مدار باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، دشواری تنظیم هیجان، سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر

استناد: شیخان ریحانه، گودرزی مرضیه. اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، خرداد ۱۴۰۳؛۳۲(۲): ۹۷-۸۸.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر (IBS) یکی از شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است (۱). این بیماری علت ۲۵ الی ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصان گوارشی و دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی به‌شمار می‌رود (۲). همه‌گیرشناسی این سندرم در سراسر جهان متفاوت است و از ۹ تا ۲۲ درصد در ایالات‌متحده و کشورهای اروپایی تا ۴/۲ و ۴/۴ درصد در شمال هند و تایلند که کمترین میزان بیماری است، متغیر است (۳). در یک مطالعهٔ مروری، شیوع این سندرم در ایران بین ۱/۱ تا ۲۵ درصد گزارش‌شده است (۴).

سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر اختلالی با مشخصهٔ درد یا ناراحتی شکم همراه با تغییرات اجابت مزاج طی دوره‌ای حداقل سه‌ماهه تعریف می‌شود. علائم بیماری شامل درد شکم، تغییر در عادات روده (اسهال یا یبوست)، نفخ شکم و دفع ناقص است که نشانه‌ها و شدت آن‌ها متفاوت است (۶، ۵). از خصوصیات بارز این بیماری آن است که اغلب بیماران را بالغین جوان تشکیل می‌دهند (۷) که علاوه بر علائم گوارشی، با علائم متعدد جسمانی درگیر هستند و از علائم خارج روده‌ای گسترده‌ای رنج می‌برند. ماهیت مزمن بیماری به‌گونه‌ای است که سبک زندگی فرد را به‌هم می‌ریزد و با تداخل با بهداشت زمینه‌ای، درجه‌هایی از اختلال روان‌پزشکی را باعث می‌شود (۸).

پاتوفیزیولوژی IBS به‌درستی شناخته‌نشده است؛ اما معمولاً به‌عنوان یک اختلال مرتبط با استرس معرفی می‌گردد و عوامل روانی در کنترل و پیش‌آگهی بیماری نقش بسیار مهمی بر عهده دارند (۹). در بروز IBS عوامل متعددی می‌توانند دخیل باشند (۱۰، ۹)؛ بنابراین، در توصیف چگونگی شکل‌گیری این سندرم استفاده از یک الگوی زیستی روانی اجتماعی مفید است و توجه به نقش همهٔ این عوامل در ارتباط باهم ضرورت دارد (۱۱).

افراد مبتلا به IBS علائم مهمی از اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های روانی را گزارش می‌کنند (۱۲). ازجملهٔ عوامل روان‌شناختی که در این بیماری ممکن است اهمیت داشته باشد، می‌توان به تنظیم هیجان اشاره کرد (۱۳). همچنان که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد، دشواری در تنظیم هیجاناتی نظیر خشم و اضطراب، در بروز اختلالات جسمانی همچون بیماری‌های قلبی- عروقی و معده‌ای- روده‌ای نقش مهمی ایفا می‌کند (۱۴)؛ همچنین پژوهشی نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر در شناسایی و بیان احساسات خود مشکل دارند و در تمایز احساسات و عواطف خود از حس‌های جسمانی نقص دارند (۱۵). تنظیم هیجان عبارت است از توانایی به‌دست آوردن شناسایی، فهم و درک و پذیرش هیجانات خود به‌عنوان یک راهبرد برای تعدیل تجربه و بیان و ابراز هیجانات همسو با اهداف بلندمدت و ارزش‌ها (۱۶). این توانایی در هر زمانی در حال پرورش دادن است؛ اما تعاملات اوایل کودکی از اهمیت فراوانی برای شکل‌گیری آن برخوردار است (۱۷).

به همین سبب، رویکردهایی که بیشتر بر هیجان در درمان تأکید می‌کنند، می‌توانند برای سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر مؤثرتر باشند که درمان هیجان‌مدار EFT از آن جمله است (۱۸). این درمان ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است و ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد دارد. فرایند درمان هیجان‌محور که به روش فردی اجرا می‌شود، با سه مرحلهٔ پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌گردد. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص دربارهٔ تجربهٔ خود و به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (۱۹). در درمان هیجان‌محور نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد و تقویت می‌کنند، به درماندگی آنان منجر شده است (۲۰). درمان هیجان‌محور با ایجاد تعاملات سازنده میان بیماران و شناسایی الگوهای دل‌بستگی ایمن باعث رضایت‌مندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (۲۱). درمان هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربه‌ای (۲۲) و تاب‌آوری (۲۳) در مبتلایان به IBS مورد توجه قرار گرفته است؛ اما اثر این رویکرد درمانی بر شدت علائم و تنظیم هیجان بررسی‌نشده است؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و با طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر همهٔ بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی و فوق‌تخصصی بیمارستان‌ها و مطب‌های شهر اراک در بهار ۱۴۰۲ بود که از جامعهٔ هدف، ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای پژوهش‌های آزمایشی حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود، اگرچه در برخی اوقات، تحقیق آزمایشی با تعداد ۱۵ نفر در هر گروه در شرایط کنترل‌شده صورت می‌گیرد (۲۴). واجدان شرایط به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای اجرای پژوهش، به مطب‌های پزشکان گوارش شهر اراک مراجعه گردید و پس از ارائهٔ پروپوزال، شناسهٔ اخلاق (IR.IAU.ARAK.REC.1402.098) و جلب همکاری از سوی پزشک، بیماران تشخیص‌گرفته از سوی منشی معرفی می‌شدند و در صورت تمایل به همکاری، وارد پژوهش می‌گشتند. ۴۰ نفر وارد پژوهش شدند که ۱۰ نفر به علت همکاری ناقص کنار رفتند و درنهایت، ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و دو پرسش‌نامهٔ دشواری تنظیم هیجان و سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر را پاسخ دادند؛ سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. بر اساس بستهٔ آموزشی، آموزش طی ۸ جلسه و ۱ بار در هفته اجرا گردید. طول مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. آموزش دو ماه (اواسط مرداد تا اواسط شهریور) به طول انجامید. ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارت بودند از: تشخیص سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر بر اساس نظر متخصص گوارش، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی پیش از ورود و حین اجرای پژوهش، نداشتن سایر اختلالات گوارشی ساختاری با کارکردی هم‌زمان، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش. ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلال سایکوتیک (مصاحبهٔ ساختاریافته بر اساس DSM-V) و یا سایر اختلالات گوارشی هم‌زمان و بیماری‌های رحمی در پروندهٔ پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه در جریان درمان و تکمیل نکردن پرسش‌نامه یا مخدوش بودن آن‌ها بود.

ابزارهای مطالعه: مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ قسمتی است که گراتز و رومر (۲۰۰۴) آن را طراحی کرده‌اند. نحوهٔ پاسخ‌دهی به این مقیاس در اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. نمره‌گذاری آن بدین‌صورت است که به گزارهٔ «تقریباً همیشه» نمرهٔ ۵ و به گزارهٔ «تقریباً هرگز» نمرهٔ یک (حداکثر نمره ۱۸۰ و حداقل ۳۶) تعلق می‌گیرد. این پرسش‌نامه یک نمرهٔ کلی و شش نمرهٔ اختصاصی دارد و در زیرمقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: نپذیرفتن هیجان‌ها، ناتوانی در به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، مشکل در کنترل تکانه، ناآگاهی هیجانی، دسترسی اندک به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی. این پژوهشگران به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونهٔ ۴۷۹ نفری از دانشجویان دورهٔ لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمرهٔ کل ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و در همه زیرمقیاس‌ها ضریب آلفای بزرگ‌تر از ۰/۸ ثبات مناسبی را نشان داد. عسگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۵).

مقیاس سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر: این پرسش‌نامه برای سنجش شدت علائم بر روده‌ای سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر استفاده می‌شود و ۱۵ سؤال با طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» دارد. امتیاز هریک از گزینه‌ها به‌ترتیب شامل «هرگز=۰»، «بسیار کم=۱»، «کمی=۲»،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

«بعضی‌اوقات=۳»، «بیشتر اوقات=۴» و «همیشه=۵» است. گزینه‌های «گاهی اوقات» تا «همیشه» به‌عنوان وجود علامت در نظر گرفته می‌شوند. نمرهٔ نهایی پرسش‌نامه بین ۰ تا ۹۰ است که نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ شدت علائم بیشتر است. نسخهٔ فارسی پرسش‌نامه پایایی ۰/۸۴ دارد و موردقبول است.

روش تجزیه‌وتحلیل: داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.22 تجزیه‌وتحلیل شد. با توجه به آزمایشی بودن طرح و فرضیه‌های مطرح‌شده، روش آماری که در این پژوهش استفاده گردید، آمار توصیفی شامل محاسبهٔ میانگین و انحراف معیار بود و همچنین در بخش آمار استنباطی، از روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیره (ANCOVA) و چندمتغیره MANCOVA)) استفاده شد. سطح احتمال برای آزمون فرضیه برابر ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار دشواری تنظیم هیجان در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب برابر ۸۵/۲۶ (۱۶/۱۳) و ۶۴/۹۳ (۱۷/۱۳) و در گروه کنترل برابر با ۸۳/۱۳ (۱۵/۵۳) و ۸۴/۲۶ (۱۶/۵۱) بود. میانگین و انحراف معیار شدت علائم سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب برابر ۶۵/۲۶ (۱۱/۵۱) و ۵۰/۵۳ (۱۱/۲۳) و در گروه کنترل برابر با ۶۳/۸۶ (۱۲/۴۸) و ۶۴/۲۶ (۱۳/۳۰) به‌دست آمد.

پیش از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره (همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون‌ها و طبیعی بودن داده‌ها) را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد (جدول شمارهٔ ۱).

جدول شماره ۱. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها میان متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه.

متغیرها	F	df1	df2	سطح معناداری
دشواری تنظیم هیجان	۲/۷۱۲	۱	۲۸	۰/۱۱۱
شدت علائم رودهٔ تحریک‌پذیر	۱/۵۷۱	۱	۲۸	۰/۲۰۰

نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیر دشواری تنظیم هیجان (P=0.111، F=2.712) و شدت علائم سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر (P=0.200، F=1.571) معنیدار نیست؛ بنابراین، واریانس گروه آزمایش و گروه گواه در فراشناخت‌ها به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

در تحلیل کوواریانس، خطوط رگرسیون برای هر گروه باید یکسان باشد. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آنگاه تحلیل رگرسیون تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون موضوع مهمی در کوواریانس است. هنگامی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در همهٔ سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری برقرار باشد. آنچه مدنظر است، تعامل غیرمعنی‌دار میان متغیرهای وابسته و کواریت‌ها (پیش‌آزمون) است (جدول شمارهٔ ۲).

جدول شماره ۲. نتایج آزمون شیب رگرسیون‌ها در گروه آزمایش و گواه در تعامل با گروه.

تعامل متغیر با گروه	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۳۰	۱	۰/۱۳۰	۰/۰۱۸	۰/۸۹۳
شدت علائم سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر	۹/۵۹۰	۱	۹/۵۹۰	۳/۱۹۳	۰/۰۸۶

تحلیل رگرسیونی داده‌ها نشان داد که تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه گواه) معنی‌دار نیست؛ بنابراین، فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها رعایت شده است. در ادامه، برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنف استفاده گردید و نتایج نشان داد که همهٔ داده‌ها از توزیع طبیعی برخوردار بودند (P>۰,۰۵).

در بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد (جدول شمارهٔ ۳).

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی نمره‌های پس دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر در گروه آزمایش و گروه کنترل.

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	اندازهٔ اثر
اثر پیلایی	۰/۹۷۳	۴۵۷/۰۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۷	۴۵۷/۰۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
اثر هتلینگ	۳۶/۵۶۵	۴۵۷/۰۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۳۶/۵۶۵	۴۵۷/۰۶۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳

آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند (جدول شمارهٔ ۵).

دربارهٔ اثر درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان مشاهده می‌شود که میان میانگین‌های دشواری تنظیم هیجان دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P=0.000، F=513.430)؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر تأثیر داشته است (جدول شمارهٔ ۴).

جدول شماره ٤. خلاصهٔ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مقایسهٔ نمرهٔ پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون متغیر وابسته (دشواری تنظیم هیجان).

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۷۷۶۱/۱۵۴	۱	۷۷۶۱/۱۵۴	۱۱۴۶/۸۸۷	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۳۴۷۴/۴۵۳	۱	۳۴۷۴/۴۵۳	۵۱۳/۴۳۰	۰/۰۰۰
خطا	۱۸۲/۷۱۳	۲۷	۶/۷۶۷		

در ادامه، همان‌طور که در جدول شمارهٔ ۵ مشاهده می‌شود، میان میانگین‌های شدت علائم سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P=0.000، F=527.432)؛ بنابراین، درمان هیجان‌مدار بر شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر تأثیر داشت.

جدول شماره ۵. خلاصهٔ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مقایسهٔ نمرهٔ پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون متغیر وابسته (شدت علائم سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر).

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۴۱۵۴/۹۸۸	۱	۴۱۵۴/۹۸۸	۱۲۷۹/۴۹۶	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۱۷۱۶/۰۱۱	۱	۱۷۱۶/۰۱۱	۵۲۸/۴۳۲	۰/۰۰۰
خطا	۸۷/۶۷۹	۲۷	۳/۲۴۷		

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر انجام شد. مطابق با یافته‌ها، درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تأثیر داشت. این یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی (۲۶-۳۲، ۲۱، ۱۳) همسو بود؛ برای مثال، تاکور و همکاران (۲۶) تعداد ۱۰۶ نفر با میانگین سنی ۳۶ سال را بررسی کردند و پژوهش نشان داد که آموزش آگاهی و بیان هیجان در مبتلایان به IBS با تکیه بر دیدگاه کلاسیک جسمانی‌سازی، موجب کاهش علائم گردید؛ همچنین حقایق و همکاران (۳۱) با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و مشکلات خواب بیماران IBS، تعداد ۵۲ بیمار را در هشت جلسهٔ هفتگی آموزش دادند و نتایج نشان داد، درمان بر علائم روان‌شناختی مؤثر بوده است.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، در بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر دشواری در تنظیم هیجان موجب می‌شود که این بیماران به جای شناسایی، توصیف و تمایز میان هیجانات، دست به بیرونی‌سازی و عینیت‌بخشی به آن‌ها می‌زنند و هیجانات را در قالب‌های مختلف ازجمله سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر از خود نشان می‌دهند (۳۳). در این افراد ناآگاهی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی احساسات، بی‌نظمی هیجانی و نپذیرفتن هیجانات موجب اجتناب از تجربهٔ احساسات و هیجانات و همچنین ناتوانی در تنظیم هیجان می‌گردد. درمان هیجان‌مدار متمرکز بر فعال‌سازی و سازمان‌دهی مجدد طرح‌های هیجانی است. این درمان از مراحل مختلفی تشکیل‌شده است. یکی از این مراحل آگاهی هیجانی است. در این مرحله، بیماران یاد می‌گیرند به جای سرکوب کردن هیجانات خود و یا مطلوب ساختن آن‌ها، بر وجود هیجانات خود آگاه شوند و تلاش کنند تجربهٔ خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. پس درمان هیجان‌مدار این قابلیت را به بیماران می‌دهد تا با استفاده از آگاهی هیجانی بتوانند هیجانات منفی مانند اضطراب را بپذیرند، با آن مواجه شوند، آن را کنترل کنند و میزان سازگاری خود را بالا ببرند (۳۴) و به این ترتیب، دشواری در تنظیم هیجانات در بیماران تا حد فراوانی کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر، طی درمان هیجان‌مدار، فرد با تجربه‌های آسیب‌زای گذشته که اغلب از آن‌ها اجتناب می‌کرده است، مواجه می‌گردد و با کمک درمانگر، جنبه‌های مهم و دردآور تجربهٔ خود را پردازش مجدد می‌کند و می‌تواند پس از پردازش هیجانی، معناهای تازه‌ای بیافریند و بر دیدگاه‌های جایگزین تعمق کند و آن‌ها ارزیابی نماید و به دیدگاه‌های گسترده‌تری نسبت به خود و دیگران دست یابد و شیوهٔ جدید رفتار را فرا گیرد (۳۵، ۳۱). به این ترتیب، بر اساس مجموعهٔ این مهارت‌ها می‌تواند راهبردهای سازگارانه‌تری برای تنظیم هیجان خود به‌کار ببرد. اصل مهم دیگری که درمان هیجان‌مدار به آن می‌پردازد، کمک به فرد برای تنظیم هشیارانهٔ هیجانات خود و آموزش توانایی خودآرام‌سازی است، به‌گونه‌ای که در جریان درمان هیجان‌مدار، فن‌هایی به بیمار ارائه می‌شود که به او کمک می‌کند تا به مشاهدهٔ بدون قضاوت هیجان‌های خود بپردازد، سوگواری و شفقت با خود را یاد بگیرد، از نشخوار فکری دست بردارد و توانایی همدلی با دیگران را به‌دست آورد (۳۴). این مسئله موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجانات و افزایش توانایی فرد در شناسایی و پذیرش احساسات و افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر، اهداف EFT کمک به مراجعان در پردازش احساسات ناخوشایند با توجه و افزایش آگاهی و ابراز احساسات است؛ همچنین یادگیری تحمل و تنظیم تجربه، انعکاس و معنا بخشیدن به احساسات با نمادسازی تجربهٔ عاطفی در کلمات و تغییر عواطف ناسازگار با فعال کردن عواطف سالم و سازگار همراه با نیازها و تمایلات عملی آن‌ها (۳۳). بر ساس این، EFT در تنظیم هیجانات در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مؤثر بود.

همچنین مطابق با یافته‌ها، درمان هیجان‌مدار بر شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تأثیر معناداری داشت. این

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو بود (۳۰، ۲۹، ۲۷، ۲۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر درد را شدیدتر تجربه می‌کنند؛ همچنین این افراد سطوح بالاتری از اضطراب، حساسیت و ترس از برانگیختگی را نشان می‌دهند. داشتن نگاه پاتولوژیک به بدن و تجربهٔ احساسات منفی و نپذیرفتن سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، سوگیری توجه یا توجه متمرکز بر خود در پاسخ منفی که با بدتنظیمی هیجان مرتبط است (۳۶)، ازجمله عواملی هستند که در شدت تجربهٔ علائم رودهٔ تحریک‌پذیر شناخته شده‌اند.

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شدت علائم از چندین منظر قابل تفسیر و تبیین است: با توجه به اینکه در نظریهٔ هیجان‌مدار، اختلال از سازوکار مجزایی ناشی نمی‌شود، بلکه به علل مختلفی ازجمله نبودِ آگاهی یا اجتناب از تجارب درونی، مشکل تنظیم هیجان، پاسخ‌های ناسازگارانه، نداشتن مالکیت منابع و نیازهای رشدمحور و سرکوبی جنبه‌های غیرقابل پذیرش تجربه و یا اجتناب از هیجانات دردناک ناشی می‌گردد و نیز هدف اصلی فرایند درمان بر سازگاری با هیجان، تحمل هیجان و آشکارسازی هیجان متمرکز می‌شود (۳۷)، می‌توان گفت در جلسات درمانی، راهبردهای ناسازگارانهٔ تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر از طریق آگاهی و پذیرش هیجانات اجتناب‌شده، تحمل، اعتباربخشی و شناخت آن‌ها تغییر کرده است و پاسخ‌های هیجانی سالم و سازگارانه توسعه یافته‌اند؛ به‌عبارت‌دیگر، تنظیم هیجان به‌عنوان یک وظیفهٔ درمانی رشدی اساسی در درمان هیجان‌مدار بر کاهش شدت علائم تاثیر داشته و برای کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مؤثر بوده است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت، از آن جمله به علت خودگزارشی بودن ابزار گردآوری داده‌ها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. علاوه بر این، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود؛ ازاین‌رو، پژوهش‌های آتی می‌توانند از روش‌های دیگری در ارزیابی استفاده کنند و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی را به‌کار گیرند؛ همچنین در این پژوهش متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی، شغل، میزان تحصیلات، حمایت اجتماعی کنترل نشد. در آخر اینکه برای بررسی ماندگاری اثر درمان، پیگیری صورت نگرفت و پژوهش آتی می‌توانند مطابق با پیشینهٔ نظری، از پیگیری‌های سه و شش‌ماهه استفاده کنند.

سپاس‌گزاری

از همهٔ عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌شود.

تعارض منافع

بدین‌وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که نتایج این پژوهش با منافع هیچ سازمان یا افرادی تعارض ندارد.

کد اخلاق

این پژوهش با کد IR.IAU.ARAK.REC.1402.098 در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک ثبت گردید.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

References

1. Soares RLS. Irritable bowel syndrome, food intolerance and non-celiac gluten sensitivity. A new clinical challenge. Arq Gastroenterol 2018; 55: 417-22. doi: 10.1590/S0004-2803.201800000-88.
2. Defrees DN, Bailey J. Irritable bowel syndrome: epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. Prim Care 2017; 44: 655-71. doi: 10.1016/j.pop.2017.07.009.
3. Ghoshal UC, Abraham P, Bhatt C, Choudhuri G, Bhatia SJ, et al. Epidemiological and clinical profile of irritable bowel syndrome in India: report of the Indian Society of Gastroenterology Task Force. Indian J Gastroenterol 2008; 27: 22-8.
4. Jazaieri H, Uusberg H, Uusberg A, Gross JJ. Cognitive processes and risk for emotion dysregulation. The Oxford Handbook of Emotion Dysregulation. 2018. doi:10.1093/oxfordhb/9780190689285.013.10.
5. Yoon SL, Grundmann O, Koepp L, Farrell L. Management of irritable bowel syndrome (IBS) in adults: conventional and complementary/alternative approaches. Altern Med Rev 2011; 16: 134.
6. Chey WD, Keefer L, Whelan K, Gibson PR. Behavioral and diet therapies in integrated care for patients with irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2021; 160: 47-62. doi: 10.1053/j.gastro.2020.06.099.
7. Quigley E, Fried M, Gwee KA, Khlaif I, Hungin P, Lindberg G. Irritable bowel syndrome: a global perspective. WGO Practice Guideline۲۰۱۵ . doi: 10.1097/MCG.0000000000000653.
8. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2019; 50: 132-43. doi: 10.1111/apt.15325.
9. Koloski N, Holtmann G, Talley NJ. Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders? Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2020; 14: 1047-59. doi: 10.1080/17474124.2020.1801414.
10. Vaiopoulou A, Karamanolis G, Psaltopoulou T, Karatzias G, Gazouli M. Molecular basis of the irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 2014; 20: 376. doi: 10.3748/WJG.V20.I2.376.
11. Shekhar C, Whorwell PJ. Emerging drugs for irritable bowel syndrome. Expert Opin Emerg Drugs 2009; 14: 673-85. doi: 10.1517/14728210903222279.
12. Grinsvall C, Törnblom H, Tack J, Van Oudenhove L, Simrén M . Relationships between psychological state, abuse, somatization and visceral pain sensitivity in irritable bowel syndrome. United European Gastroenterol J 2018; 6: 300 -9. doi: 1177/2050640617715851.
13. Muscatello MRA, Bruno A, Mento C, Pandolfo G, Zoccali RZ. Personality Traits And Emotional Patterns In Irritable Bowel Syndrome. World J Gastroenterol 2016; 22: 6402-15. doi: 10.3748/wjg.v22.i28.6402.
14. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2014; 264: 651-60. doi: 10.1007/s00406-014-0502-z.
15. Sayar K, Solmaz M, Trablus S, Ozturk M, Acar B. Alexithymia in Irritable Bowel Syndrome. Turk J Psychiatry 2000; 11: 190-7.
16. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. JPBAEB 2004; 26: 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
17. Yap MB, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. Clin Child Fam Psychol Rev 2007; 10: 180-96. doi: 10.1007/s10567-006-0014-0.
18. Gross JJ. Emotion regulation: taking stock and moving forward. Emotion 2013; 13: 359. doi: 10.1037/a0032135.
19. Zwack J, Greenberg L. Where are the emotions? How emotion-focused therapy could inspire systemic practice. Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling. European Family Therapy Association Series 2020; 249-64. doi:10.1007/978-3-030-36560-8_14.
20. Greenman PS, Johnson SM. United we stand: Emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol 2012; 68: 561-9. doi:10.1002/jclp.21853.
21. Glisenti k. Emotion-Focused Therapy For Binge-Eating Disorder. Submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. School of Psychology and Counselling Faculty of Health Queensland University of Technology. 2021.
22. Shokrolahi M, Hashemi S E, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. Comparison of the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) and cognitive analytic therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]

catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain and alexithymia. RBS 2022; 19: 739-52. doi: 10.52547/rbs.19.4.739.
23. Jahangirrad M, Kraskian A, Naseri Moghaddam S. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion focused therapy on resilience in patients with irritable bowel syndrome. J Prevent Med 2021; 8: 60-70. doi: 10.52547/jpm.8.3.60.
24. Delavar A. research methods in psychology and educational sciences 5nded. Tehran Virayesh. 2022.
25. Askari P, Pasha Gh , Aminian M. The relationship between emotional regulation, psychological life stressors and body image with eating disorders in women. 2009; 4: 65-78.
26. Tamminen KA, Watson JC. Emotion focused therapy with injured athletes: Conceptualizing injury challenges and working with emotions. J Appl Sport Psychol 2020; 34: 958-82. doi:10.1080/10413200.2021.2024625.
27. Thakur ER, Holmes HJ, Lockhart NA, Carty JN, Ziadni MS, et al. Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. Neurogastroenterol Motil 2017; 29: e13143. doi: 10.1111/nmo.13143.
28. Pos AE, Greenberg LS. Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. J Pers Disord 2012; 26: 84-107. doi:10.1521/pedi.2012.26.1.84.
29. Walsh SRB. Emotion-focused couples therapy as a treatment of somatoform disorders: An outcome study (Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University).۲۰۰۲ .
30. Jahangirrad M, Kraskian A, Naseri Moghaddam S. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion focused therapy on resilience in patients with irritable bowel syndrome. J Prevent Med 2021; 8: 60-70. doi: 10.52547/jpm.8.3.60.
31. Shokrolahi M, Hashemi E, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. Comparison of the Effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) on Anxiety Sensitivity, Pain Catastrophizing, Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Chronic Pain and Alexithymia. Res Behav Sci 2022; 19: 739-52. doi:10.52547/rbs.19.4.739.
32. Haghayegh SA, Adibi P, Davazdahemami MH. Efficacy of Emotion Focused Therapy on Quality of Life and Sleep in Irritable Bowel Syndrome. Govaresh 2015;20:185-92.
33. Ivanova I, Watson J. Emotion-focused therapy for eating disorders: Enhancing emotional processing. Pers-Centred Exp Psychother 2014; 13: 278-93. doi: 10.1080/14779757.2014.910132.
34. Timulak L, Keogh D, McElvaney J, Schmitt S, Hession N, et al. Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. HRB Open Res 2020; 3:7. doi: 10.12688/hrbopenres.12993.1.
35. Bahreini Z, Sanagoye Moharer G. Effectiveness of emotion – focused therapy on pain acceptance and mental health dimension among patients with urticarial. J Commonity Health 2020; 7: 201-10. doi: 10.22037/ch.v7i2.23801.
36. Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA, McGillicuddy ML. Premenstrual disorders and rumination. J Clin Psychol 2014; 70: 32-47. doi: 10.1002/jclp.22007.
37. Greenberg LS, Goldman RN. Clinical handbook of emotion-focused therapy. American Psychological Association. 2019; pp 534.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-10]