

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life of Patients with Ulcerative Colitis

Haniyeh Zaerrezaei¹, Sheida Sodagar^{1*}, Farahnaz Meschi¹, Siavosh Nasseri-Moghaddam²

¹ Department of health & clinical psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

² Digestive Diseases Research Institute, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background:

Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory bowel disease that significantly impairs patients' quality of life (QoL) due to recurrent relapses, extraintestinal symptoms, and concerns about complications. Despite the importance of psychological and social factors in disease management, these aspects are often overlooked. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on the QoL in patients with UC.

Materials and Methods:

In this quasi-experimental design, 44 patients with UC were randomly assigned to three groups: CBT (n=12), ACT (n=16), and control (n=16). All three groups participated in 8 weekly online group sessions. The intervention for the control group consisted of supportive and educational discussions without specific psychotherapeutic content. QoL was assessed using the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) at baseline, post-intervention, and at a 6-week follow-up.

Results:

The results showed that the ACT group experienced a significant improvement in QoL at both post-intervention and follow-up compared with the control group ($P < 0.05$). No significant change was observed in the CBT group. There was no significant difference in demographic characteristics among the groups, and no significant difference was found between the ACT and CBT groups at any assessment point.

Conclusion:

ACT appears to be an effective approach for improving the QoL in patients with UC. These findings highlight the importance of integrating psychological interventions alongside medical treatment for patients with chronic diseases.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Quality of Life, Ulcerative Colitis.

please cite this paper as:

Zaerrezaei H, Sodagar SH, Meschi F, Nasseri-Moghaddam S. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life of Patients with Ulcerative Colitis. *Govaresh*. 2025; 30: 127-135.

*Corresponding author:

Sheida Sodagar, PhD

ORCID : 0000-0002-7935-4789

Address: Department of health&clinical psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

Tel: + 98 9188112695

Email: sh.sodagar@iaui.ac.ir

Received: 30 Jun. 2025

Revised: 15 Sep. 2025

Accepted: 16 Sep. 2025

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی بیماران کولیت زخمی

هانیه زائررضایی^۱، شیدا سوداگر^{۱*}، فرحناز مسچی^۱، سیاوش ناصری مقدم^۲

^۱ گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
^۲ مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش، پژوهشکده بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

کولیت زخمی یکی از بیماری‌های مزمن التهابی روده است که به دلیل عودهای مکرر، علائم خارج روده‌ای و نگرانی از عوارض، کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. با وجود اهمیت جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی در مدیریت این بیماری، اغلب به این ابعاد کمتر توجه می‌شود. هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت زخمی بود.

روش بررسی:

در این مطالعه نیمه آزمایشی، ۴۴ بیمار مبتلا به کولیت زخمی به صورت تصادفی در سه گروه CBT ۱۲ نفر، ACT ۱۶ نفر و کنترل ۱۶ نفر قرار گرفتند. هر سه گروه در هشت جلسه گروهی هفتگی آنلاین شرکت کردند. مداخله گروه کنترل شامل مباحث حمایتی و آموزشی بدون محتوای روان‌درمانی خاص بود. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه IBDQ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش هفته‌ای ارزیابی شد.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد که در گروه ACT، کیفیت زندگی بیماران در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ($p < 0.05$). در گروه CBT، تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین، بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت و تفاوت معناداری نیز بین گروه‌های ACT و CBT در هیچ یک از مراحل ارزیابی دیده نشد.

نتیجه‌گیری:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان رویکردی مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت زخمی مورد استفاده قرار گیرد. این یافته‌ها بر اهمیت به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان دارویی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تأکید دارد.

کلیدواژه: کولیت زخمی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی

گوارش/ دوره ۳۰، شماره ۳/ پاییز ۱۴۰۴-۱۳۵.

زمینه و هدف

بیماری‌های التهابی روده^۱، که کولیت زخمی یکی از انواع آن است، از جمله بیماری‌های مزمنی هستند که معمولاً فعالیت‌ها و زندگی طبیعی فرد را تا پایان عمر تحت تأثیر قرار می‌دهند. این بیماری به دلیل دوره‌های متناوب فعال و غیرفعال، بیمار را ملزم به بستری شدن گاه‌به‌گاه، مراقبت در منزل و دریافت مراقبت‌های پزشکی و پرستاری مستمر می‌کند و تمامی جنبه‌های زندگی از جمله برنامه‌های روزمره، سطح استقلال، توانایی جسمی، اشتغال، کیفیت زندگی، روابط اجتماعی و خانوادگی، والدگری و بهزیستی هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) دو نوع مهم روان‌درمانی هستند که در مطالعات مختلف برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به کار گرفته شده‌اند. درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارها، تلاش می‌کند الگوهای نامطلوب افکار

چالش‌های روانشناختی می‌توانند توانایی فرد را در حفظ عملکرد بهنجار تحت تأثیر قرار دهند؛ بنابراین، ارتباط بین بیماری‌های مزمن و سازگاری روانشناختی امروزه مورد توجه ویژه درمانگران، پزشکان و مراقبان سلامت در سراسر جهان قرار گرفته است.

*نویسنده مسئول: شیدا سوداگر

گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

تلفن: ۰۹۱۸۸۱۱۲۶۹۵

پست الکترونیک: sh.sodagar@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۵

^۱Inflammatory Bowel Disease – (IBD)

متنوعی داشته است. یک مرور سیستماتیک نشان داد که در برخی مطالعات، CBT موثرترین روان درمانی برای بیماری التهابی روده است، که البته نتایج درمورد جمع هر دو گروه بیماریهای التهابی روده یعنی بیماران کولیت زخمی و کرون بوده است. برخی مطالعات نیز اثری بر فعالیت بیماری پس از مداخلات CBT گزارش نکرده‌اند یا تنها بهبود کوتاه‌مدت در علائم افسردگی و کیفیت زندگی را نشان داده‌اند (۵). در مورد ACT نیز، نتایج نویدبخش بوده و چندین مطالعه اثربخشی آن را در کاهش استرس روانی و بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده از جمله کولیت زخمی نشان داده‌اند (۶).

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در درمان دارویی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، پیشرفت قابل توجهی در درک و درمان مشکلات روانی و اجتماعی این بیماران حاصل نشده است. همچنین، مطالعه‌ای که به طور خاص تأثیر دو درمان CBT و ACT را بر کیفیت زندگی بیماران کولیت زخمی بررسی کرده باشد، وجود ندارد. از این رو، هدف این مطالعه بررسی تأثیر این دو روش روان درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت زخمی است تا به این سوالات پاسخ داده شود: آیا درمان CBT میتواند کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به کولیت زخمی افزایش دهد؟ آیا درمان ACT میتواند کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به کولیت زخمی افزایش دهد؟ کدامیک از این درمان‌ها موثرتر هستند و اثر ماندگارتری دارند؟

روش بررسی

جامعه آماری، نمونه و روش اجرا

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون شامل سه گروه و دوره پیگیری یک ماه و نیمه بود. دو گروه آزمایشی شامل گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT) و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و یک گروه کنترل در مطالعه حضور داشتند. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به کولیت زخمی مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصصی گوارش مسعود و درمانگاه فوق تخصصی گوارش بیمارستان طالقانی در سال ۱۴۰۰ بود که تعداد کل آن‌ها ۱۲۰ نفر بود.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص کولیت زخمی توسط متخصص گوارش و کلونوسکوپی، سن بین ۲۴ تا ۴۵ سال، مصرف داروهای تجویز شده برای کولیت زخمی، و نمره کمتر از ۶ در هر خرده‌مقیاس و نمره کل کمتر از ۲۲ در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که برای اطمینان از عدم وجود اختلالات سلامت روان به کار گرفته شد (۷). معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری مزمن همزمان دیگر، مصرف داروهای روان‌پزشکی، نیاز به جراحی، عدم حضور بیش از دو جلسه درمانی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در زمان مقرر بود.

و رفتار را با الگوهای مطلوب جایگزین کند و بدین ترتیب می‌تواند نقش مهمی در کاهش ناتوانی و آشفتگی ناشی از بیماری ایفا کند (۱). از سوی دیگر، درمان ACT به جای تغییر مستقیم افکار و احساسات، به افزایش انعطاف‌پذیری روانی و پذیرش آن‌ها می‌پردازد. انسان‌ها معمولاً تمایل به اجتناب از تجارب ناخوشایند دارند، اما اجتناب نمی‌تواند درد را پایان دهد و ممکن است منجر به رنجی مداوم شود. هدف درمان ACT افزایش انعطاف‌پذیری روانی است، به گونه‌ای که فرد بتواند با آگاهی و مشاهده افکار و هیجانات خود، از باورهای سفت و سخت کمی فاصله گرفته، تصمیم بگیرد و آنچه مهم است را انتخاب کند (۲).

ماهیت مزمن کولیت زخمی، عودهای مکرر، علائم خارج روده‌ای، عوارض دارویی، نگرانی از نیاز به جراحی یا ابتلا به سرطان، همگی کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند. باورها، نگرانی‌ها، ترس‌ها و عوامل محیطی نقش مهمی در ناتوانی، آشفتگی و تنیدگی فرد مبتلا به بیماری مزمن دارند. در مداخلات شناختی-رفتاری، فرد می‌آموزد افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود. این مداخله رویکردی آموزشی داشته و در آن فنون شناختی و رفتاری، از طریق تمرین‌های مواجهه سازی درون جلسات و بازسازی شناختی و تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود. در این روش چرخه معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق می‌شود که رابطه میان افکار منفی و احساسات ناکارآمد خود را جستجو کند. درمانگر سعی می‌کند درمان‌جو را به نوعی تجربه همکاری تشویق کند و در طی آن از تجارب خود بیمار در رشته‌ای از آزمایش‌های رفتاری، به منظور ارزیابی درستی یا نادرستی آن باورها سود می‌برد (۱).

در مقابل، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر به صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. یعنی برخلاف درمان شناختی رفتاری که مستقیماً به تغییر افکار و احساسات می‌پردازد، این درمان به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن، و مشاهده گر بودن نسبت به خود تشویق می‌کند (۳). فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که بخش قابل توجهی از پریشانی روانشناختی، جزء بهنجار تجربه انسان است و هدف اصلی درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است؛ یعنی پذیرش آنچه اتفاق افتاده و توانایی انتخاب گزینه‌های عملی متناسب، به جای اجتناب یا تحمیل رفتارها برای کاهش افکار و احساسات آشفته‌ساز. این درمان به افراد کمک می‌کند، افکار و هیجانات مشکل‌ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه اینکه برای تغییر یا کاهش فراوانی‌شان، تلاشی نظام مند صورت دهند. در این مدل، پذیرش به منزله تسلیم منفعلانه در موقعیت ناامیدکننده نیست، بلکه منظور، پذیرش فعالانه و آگاهانه رویدادهای شخصی است، به ویژه در زمانی که این رویدادها موجب آسیب‌های روانی میشوند (۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مطالعات مختلف نتایج

از میان ۱۲۰ بیمار مراجعه نموده به مراکز درمانی فوق در بازه زمانی مطالعه، ۵۰ بیمار بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه تقسیم شدند. در طول مطالعه ۶ بیمار به دلیل عدم مشارکت از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۴۴ بیمار که تمامی معیارهای ورود را داشتند، مطالعه را تا پایان دوران پیگیری ادامه دادند.

ابزارهای پژوهش

- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ طراحی شده، شامل ۲۸ سوال در ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی است و برای غربالگری اختلالات سلامت روان به کار می‌رود (۷). ما از همه افراد مراجعه کننده به کلینیک گوارش که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند خواستیم که به سوالات این پرسشنامه پاسخ دهند و تنها افرادی که نمره پایین تر از ۶ در هر خرده مقیاس و نمره کل کمتر از ۲۲ داشتند، معیار ورود به مطالعه را داشتند.
- پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده (IBDQ): در سال ۱۹۸۹ توسط میشل و گویات^۲ جهت سنجش کیفیت زندگی متاثر از بیماری التهابی روده ایجاد شده است. از نسخه فارسی این پرسشنامه ۳۲

سوالاتی که توسط ملکی و همکاران در سال ۱۳۹۳ اعتبارسنجی شده، برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با بیماری التهابی روده استفاده شد. پرسشنامه شامل ۳۲ سوال است که از ۱ تا ۷ (۱ بدترین حالت و ۷ بهترین حالت) نمره گذاری می شوند و نمره کل بین ۳۲ تا ۲۲۴ است. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر خواهد بود. این پرسشنامه ثبات درونی و تکرار پذیری بالایی دارد. ضریب همبستگی درونی ۰.۸۶ و آلفای کرونباخ برابر با ۰.۹۵ است (۸).

مداخلات درمانی

- گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT): برای پروتکل درمانی از مدل جودیت بک^۳ (۲۰۱۵) استفاده شده که با هدف شناخت درمانی برای بیماران مشکل آفرین، ساخته شده است (۹). با توجه به شرایط و ماهیت بیماری کولیت زخمی، تغییراتی در آن داده شده و شیوه ها و روش های رفتاری و همچنین برنامه ریزی فعالیتها نیز در آن ادغام شده است. این پروتکل درمانی برگرفته از کتاب "درمانگری شناختی رفتاری برای بیماری ها و ناتوانی های مزمن" نوشته رنه تیلور در سال ۲۰۰۶ است که در سال ۱۳۹۴ توسط مسعود جان بزرگی و همکارانش به فارسی ترجمه شده است. در این مدل ۸ جلسه ای، هفته ای یکبار به مدت یک ساعت و نیم، بصورت آنلاین و در فضای اسکای روم جلسات گروهی CBT را برگزار کردیم. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده 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 زخمی و نقش عوامل روحی و روانی 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 می دهد.
جلسه دوم	صحبت در مورد رابطه افکار، احساس و رفتار و تفاوت آن ها	در این جلسه پژوهشگر در مورد رابطه افکار، احساس و رفتار و تفاوت آن ها برای اعضای گروه صحبت می کند و در ادامه نیز به بیان خطای شناختی می پردازد و اعضای گروه با انجام تمرین های عملی با کاربرد آن را به خوبی فرا می گیرند. 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 می دهد که شامل چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده) می باشند، 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 آرایه چند مثال، بیماران قادر بودند مثالهایی واقعی از زندگی با بیماری خودشان را مطرح کنند و الگوی ABC را در مثالهایشان شناسایی کنند. همچنین پژوهشگر راهبردهایی برای شکستن زنجیره مغرب را برای اعضای گروه شرح می دهد.
جلسه پنجم	آشنایی با خطاهای شناختی	شناخت خطاهای شناختی موثر بر ادراک ما از بیماری و مراحل استفاده از آرامش عضلانی و تکنیک های 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 مساله، تمرین روش آرامش عضلانی و تکنیکهای تنفسی و نوشتن دو مشکل تنش زا در رابطه با بیماری و استفاده از روش حل مساله 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 می پردازد و راهکارهایی برای بالا بردن خلق به اعضا می دهد.
جلسه هشتم	جمع بندی	مرور مباحث مطرح شده، دریافت بازخورد اعضا درباره مباحث و جمع بندی مطالب، پاسخ به سوالات و توضیح در مورد تکمیل پرسشنامه

² Mitchell and Guyatt

³ Beck, J.

بیماری تدوین شده است. جلسات گروهی به صورت آنلاین در اسکای روم، هر هفته یکبار و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم برگزار گردید. تمرین‌های ACT به صورت گروهی انجام شد. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۲ آمده است.

- **گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT):** از پروتکل هشت جلسه‌ای کوین وولز^۴ و جان سورل^۵ استفاده شد (۱۰). این پروتکل در سال ۲۰۰۷ با هدف مداخله درمانی برای بیماران دارای بیماری مزمن برای کنار آمدن و سازگاری با

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 تاکید 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 اکت	شش ضلعی های انعطاف پذیری هیجانی و انعطاف ناپذیری هیجانی و توضیحات مختصر در مورد اجزای آنها
جلسه سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و بی بردن به بی بردن آن	مرور جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و بی بردن به بی بردن 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 زخمی 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 استعاره های مربوطه و تمرین گروهی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهوم سازی 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 ارزشهاست را مشخص کردند.
جلسه هشتم	جمع بندی	جمع بندی 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.

شرکت کنندگان جمع‌آوری شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی از اطلاعات آنان صورت نخواهد گرفت و تمامی اطلاعات به صورت محرمانه نگهداری می‌شود تا هیچ آسیبی متوجه شرکت کنندگان نباشد. همچنین توضیح داده شد که نتایج این پژوهش صرفاً جهت ارتقای دانش علمی و تعمیم به جامعه مشابه استفاده خواهد شد. محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آن‌ها نیز به طور کامل برای آزمودنی‌ها تشریح شد. این پژوهش دارای تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به شماره IR.IAU.K.REC.1400.069 می‌باشد.

- **گروه کنترل:** در این گروه، افراد درمان دارویی معمول را دریافت کردند و برای جلوگیری از اثر پلاسبو^۶ جلسات هفتگی به مدت یک ساعت و نیم و در طول ۸ هفته برگزار شد، اما به عمد مفاهیم CBT و ACT در این جلسات مطرح نشد.

جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه کیفیت زندگی (IBDQ) در سه زمان پیش از شروع درمان، بلافاصله پس از پایان درمان و یک ماه و نیم پس از آن توسط همه شرکت کنندگان تکمیل شد.

ملاحظات اخلاقی

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش و پزشکی، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن هدف کلی پژوهش به طور شفاف برای شرکت کنندگان توضیح داده شده بود. کلیه افراد شرکت کننده پس از مطالعه رضایت‌نامه و در صورت تمایل، به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و داده‌ها با اخذ رضایت آگاهانه از تمامی

⁴ Vowles, K.

⁵ Sorrell, J.

⁶ اثر پلاسبو بدون مداخله درمانی، یا ایجاد یک تصور ذهنی مثبت، تأثیر مثبتی در روند بهبودی بیمار ایجاد میکند^۶

روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها پس از جمع آوری، مرتب و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. توصیف داده ها با شاخص های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار ارائه شد. نرمال بودن داده ها با آزمون چولگی و کشیدگی (Skewness and kurtosis) و همگنی واریانس ها با آزمون لون (Levene's test) بررسی شد. همچنین همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون ام باکس ارزیابی گردید.

برای بررسی وجود یا عدم وجود اثر متقابل بین گروه های درمانی و زمان از تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر و برای مقایسه بین گروه ها در زمان های مختلف از آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی داری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۴۴ نفر شامل ۲۱ زن و ۲۳ مرد شرکت کردند. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه تقسیم شدند: ۱۶ نفر در گروه کنترل، ۱۶ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و ۱۲ نفر در گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT). همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، از نظر متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل و شغل، تفاوت معناداری بین گروه ها وجود نداشت که نشان دهنده همگنی نمونه ها در این موارد است.

جدول ۳. آمار توصیفی به تفکیک گروه ها

متغیر	CBT	ACT	کنترل	عدد پی
سن	۳۲.۵ (۳۱.۵-۳۶.۵)	۳۰.۵ (۲۸-۳۵)	۳۳ (۲۸-۳۸.۵)	۰.۵۶۸
جنسیت	زن ۴ (۳۳.۳٪)	۹ (۵۶.۲٪)	۸ (۵۰٪)	۰.۴۷۳
	مرد ۸ (۶۶.۷٪)	۷ (۴۳.۸٪)	۸ (۵۰٪)	
تاهل	مجرد ۴ (۳۳.۳٪)	۹ (۵۶٪)	۴ (۲۵٪)	۰.۱۷۵
	متاهل ۸ (۶۶.۷٪)	۷ (۴۳.۸٪)	۱۲ (۷۵٪)	
شغل	بیکار ۲ (۱۶.۷٪)	۷ (۴۳.۸٪)	۵ (۳۱.۲٪)	۰.۵۵۰
	آزاد ۶ (۵۰٪)	۴ (۲۵٪)	۷ (۴۳.۸٪)	
	کارمند ۴ (۳۳.۳٪)	۵ (۳۱.۲٪)	۴ (۲۵٪)	

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در هر دو گروه CBT و ACT نشان داد که کیفیت زندگی در مراحل پس از آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون افزایش یافته است، در حالی که در گروه کنترل چنین افزایشی مشاهده نشد. آمار توصیفی کیفیت زندگی در سه مرحله پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری به تفکیک گروه ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. کیفیت زندگی به تفکیک گروه ها در سه مرحله

متغیر	گروه	پیش از آزمون		پس از آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
کیفیت زندگی	کنترل	۱۳۲.۰۶	۲۶.۱۹	۱۳۲.۱۹	۲۵.۲۶	۱۳۲.۴۶
	ACT	۱۴۹.۸۸	۲۷.۰۷	۱۵۴.۲۵	۲۳.۵۷	۱۵۸.۶۲
	CBT	۱۳۳.۵۸	۲۶.۳۳	۱۳۷.۶۷	۲۷.۰۷	۱۳۷.۶۴

برای ارزیابی همگنی واریانس ها در متغیر کیفیت زندگی، آزمون لون انجام شد. نتایج نشان داد که در تمامی مراحل، مقادیر پی بالاتر از ۰/۰۵ بوده و فرض همگنی واریانس ها برقرار است (جدول ۵). همچنین، برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان می دهد مقدار پی معنی دار نیست و فرض همگنی ماتریس برقرار است.

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس ها

	آماره آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	پی-مقدار
پیش از آزمون کیفیت زندگی	۰.۱۰۶	۲	۳۴	۰.۸۹۹
پس از آزمون کیفیت زندگی	۰.۴۱۶	۲	۳۴	۰.۶۶۳
پیگیری آزمون کیفیت زندگی	۰.۴۱۶	۲	۳۴	۰.۶۶۳

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

	مقدار ام باکس	آماره آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	پی-مقدار
کیفیت زندگی	۱۶.۴۸	۱.۰۹	۱۲	۴۸۳.۶۴	۰.۱۸۰

تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای کیفیت زندگی نشان داد که اثر متقابل بین گروه های درمانی و زمان وجود ندارد و متغیر زمان باعث ایجاد تغییرات نشده است. این نتایج نشان دهنده اعتبار و قابلیت تفسیر داده ها است (جدول ۷).

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر

منبع	درجه آزادی	میانگین مجزوات	آماره F	پی-مقدار	اندازه اثر
زمان	۱	۲۳۱.۷۳۶	۳.۶۴۷	۰.۰۶۵	۰.۰۹۷
گروهی	۲	۶۰.۳۴۱	۰.۹۴۹	۰.۳۹۷	۰.۰۵۳
بین گروهی	۲	۶۷۳۹.۰۵	۳.۲۳۴	۰.۰۵۲	۰.۱۶۰

مداخله در گروه‌ها مشابه بود. اما در زمان پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری بین گروه کنترل و گروه ACT وجود داشت ($P \leq 0/05$) که نشان می‌دهد کیفیت زندگی در گروه ACT به طور قابل توجهی بهتر از گروه کنترل بوده است. شکل ۱ و جدول ۸ این نتایج را به وضوح نشان می‌دهند.

برای مقایسه بین گروه های درمانی در زمان های مختلف از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که در زمان پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری بین گروه های کنترل و ACT ($P=0/068$)، کنترل و CBT ($P=0/881$) و ACT و CBT ($P=0/123$) وجود نداشته است. بنابراین، کیفیت زندگی پیش از

جدول ۸. نتایج آزمون مقایسه بین گروه های درمانی در زمان های مختلف بر اساس آزمون تی مستقل

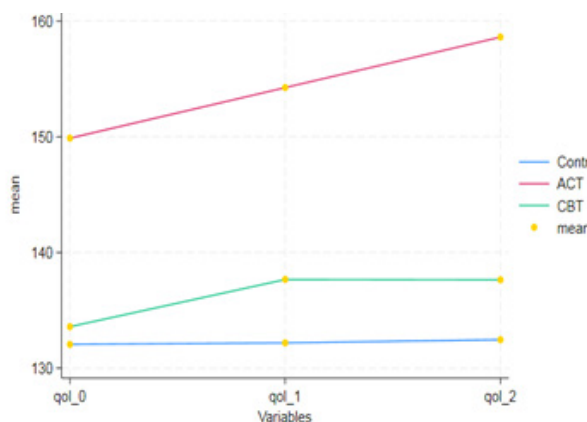
گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	پی-مقدار
پیش آزمون			
کنترل	ACT	۱۷,۸۱	۰,۰۶۸
	CBT	۱,۵۲	۰,۸۸۱
ACT	CBT	۱۶,۲۹	۰,۱۲۳
پس آزمون			
کنترل	ACT	۲۲,۰۶	۰,۰۱۵
	CBT	۵,۴۸	۰,۵۸۶
ACT	CBT	۱۶,۵۸	۰,۰۹۶
پیگیری			
کنترل	ACT	۲۶,۱۵	۰,۰۱۵
	CBT	۵,۱۷	۰,۶۵۹
ACT	CBT	۲۰,۹۸	۰,۰۵۵

کیفیت زندگی

از سوی دیگر، در گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT) در مراحل پس آزمون و پیگیری، تغییر معناداری در کیفیت زندگی نسبت به مرحله پیش آزمون مشاهده نشد (مقادیر پی به ترتیب ۰/۵۸۶ و ۰/۶۵۹). همچنین، مقایسه کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری بین دو گروه ACT و CBT تفاوت معناداری نشان نداد.

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی اثربخشی دو نوع درمانی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت زخمی بود. کولیت زخمی بیماری مزمنی است که با دوره‌های متناوب و غیرقابل پیش‌بینی عود و خاموشی همراه است و نگرانی‌های مربوط به عوارض، احتمال نیاز به جراحی و علائم خارج روده‌ای، کیفیت



شکل ۱. نمودار کیفیت زندگی به تفکیک گروه ها در زمانهای مختلف

ذهن‌آگاهی و تعهد به ارزشهای شخصی نهفته است (۱۳). عدم مشاهده تفاوت معنادار بین گروه‌های ACT و CBT در مطالعه حاضر احتمالاً به دلیل حجم نمونه محدود بوده است که قدرت آماری کافی برای تشخیص تفاوت‌ها را کاهش داده است. بنابراین، توصیه می‌شود مطالعه با حجم نمونه بزرگ‌تر و طراحی‌های دقیق‌تر تکرار شود تا بتوان به نتایج قطعی‌تری دست یافت.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی مؤثر و مناسب برای پرداختن به جنبه‌های روان‌شناختی و رفتاری بیماران مبتلا به کولیت زخمی است. افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در کنار درمان دارویی می‌تواند نقش مهمی در بهبود نتایج مرتبط با بیماری، از جمله ارتقای کیفیت زندگی ایفا کند.

محدودیت‌ها

این مطالعه در شرایط خاص دوران شیوع بیماری کرونا انجام شد. این شرایط باعث شد فرآیند جذب بیماران ماه‌ها به طول انجامد و در نهایت جلسات روان‌درمانی به صورت آنلاین با تعداد محدود بیماران برگزار شود. احتمال دارد با افزایش تعداد بیماران، مشخص شود که درمان شناختی رفتاری هم از نظر آماری تغییرات معناداری را در کیفیت زندگی بیماران ایجاد میکند. با توجه به این محدودیت‌ها، توصیه می‌شود که در شرایط عادی، با تعداد بیشتری بیمار و جلسات حضوری درمانی مطالعات مشابه تکرار شوند. همچنین، این نوع مداخلات روان‌درمانی می‌تواند در سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز مورد بررسی و استفاده قرار گیرد تا اثرات آن در گروه‌های مختلف بیماران به‌طور جامع‌تر ارزیابی شود.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سپاسگزاری

بدین وسیله بر خود لازم میدانیم از دکتر علیرضا سیما که اجازه دادند بیمارانشان در کلینیک گوارش و کبد مسعود در این پژوهش شرکت کنند، صمیمانه تشکر کنیم.

زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال، در درمان این بیماران به جنبه‌های روانی و اجتماعی کمتر توجه شده است، در حالی که این عوامل نه تنها بر وضعیت روانی بیماران اثرگذارند، بلکه می‌توانند انگیزه آن‌ها را برای پیگیری درمان و مصرف دارو کاهش دهند.

میکوکاوالوس^۷ و همکاران در سال ۲۰۱۶ در مطالعه‌ای اثر درمان شناختی-رفتاری را در کنار درمان دارویی در بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده بررسی کردند و دریافتند که CBT تأثیر معناداری بر فعالیت بیماری، سلامت روان، سازگاری با بیماری و کیفیت زندگی ندارد (۱۱). این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر که نشان داد CBT تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران کولیت زخمی نداشت، همسو است.

از سوی دیگر، وین^۸ و همکاران (۲۰۱۹) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای کاهش استرس ادراک‌شده، افسردگی و اضطراب در بیماران کولیت زخمی به کار بردند. آنها دریافتند که ACT به طور معناداری استرس ادراک‌شده و افسردگی را کاهش می‌دهد، اما تأثیر قابل توجهی بر اضطراب ندارد (۶). این نتایج نیز با یافته‌های مطالعه ما که نشان داد ACT باعث بهبود معنادار کیفیت زندگی بیماران می‌شود، همخوانی دارد.

در سال ۲۰۲۳، ریگوت^۹ و همکاران در یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز، تأثیر روان‌درمانی بر بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده را بررسی کردند. آن‌ها ۴۶۹ مطالعه را مورد ارزیابی قرار دادند و نهایتاً ۲۵ مطالعه را واجد شرایط تحلیل یافتند. نتایج این بررسی نشان داد که روان‌درمانی تأثیری بر کاهش خطر عود بیماری یا شاخص‌های فعالیت بیماری ندارد، اما می‌تواند باعث بهبود نمرات اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی شود. بهبود نمرات افسردگی تا پیگیری نهایی ادامه داشت، اما پایداری این بهبود برای اضطراب و استرس مشاهده نشد. تحلیل زیرگروهی این پژوهش نشان داد که تنها درمان‌های موج سوم مانند ACT، اثرات قابل توجهی بر اضطراب و استرس داشته و باعث بهبود افسردگی و کیفیت زندگی در پایان درمان شده‌اند (۱۲). نتایج مطالعه ما نیز به طور مشابه نشان داد که ACT تأثیر معنادار و مثبت بر کیفیت زندگی بیماران دارد، در حالی که CBT چنین اثری نداشت.

هیز^{۱۰} و همکارانش که سردمداران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هستند معتقدند، تمرکز بر کاهش علائم و بازسازی شناختی، که ویژگی اصلی رفتار درمانی شناختی سنتی (CBT) بود، برای رسیدگی به فرآیندهای روانشناختی عمیق‌تر که در پس رنج انسانی و انعطاف ناپذیری روانشناختی قرار دارد، کافی نیست. رنج و ناراحتی روانشناختی انسان اغلب ناشی از تلاش‌های سفت و سخت و انعطاف ناپذیر برای کنترل یا حذف افکار، احساسات و تجربیات ناخواسته است. به جای تمرکز بر کاهش علائم، ACT پیشنهاد کرد که مسیر بهزیستی روانشناختی در پرورش پذیرش،

⁷ Mikocka-Walus A.

⁸ Wynne B.

⁹ Riggott C.

¹⁰ Hayes S.

REFERENCES:

1. Taylor RR. Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability. 1st ed. New York (NY): Springer; 2006. Available from: <https://doi.org/10.1007/b107158>
2. Moens M, Jansen J, De Smedt A, Rouland M, Billot M, Lathon J, et al. Acceptance and commitment therapy to increase resilience in chronic pain patients: a clinical guideline. *Medicina* 2022;58:499.
3. Dindo L, Van Liew J, Arch J. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics* 2017;14(2):546–53.
4. Harris R. An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. 5th ed. Oakland (CA): New Harbinger Publications; 2017.
5. Chen J, Chen X, Sun Y, Xie Y, Wang X, Li R, et al. The physiological and psychological effects of cognitive behavior therapy on patients with inflammatory bowel disease before COVID-19: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2021;21:469.
6. 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;156:935–45.
7. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139–45.
8. Maleki I, Taghvaei T, Barzin M, Amin K, Khalilian A. Validation of the Persian version of the inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ) in ulcerative colitis patients. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2015;6(1):20–4.
9. Beck J. Cognitive therapy for challenging problems: what to do when the basics don't work. Hamidpour H, translator. Tehran: Arjmand; 2015.
10. Vowles K, Sorrell J. Life with chronic pain: an acceptance-based approach – therapist guide and patient workbook. Bath (UK): University of Bath; 2007.
11. 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 randomized controlled trial. *Int J Behav Med* 2017;24:127–35.
12. Riggott C, Mikocka-Walus A, Gracie D, Ford A. Efficacy of psychological therapies in people with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023;8:919–31.
13. Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. *Behav Ther* 2016;47:869–85