

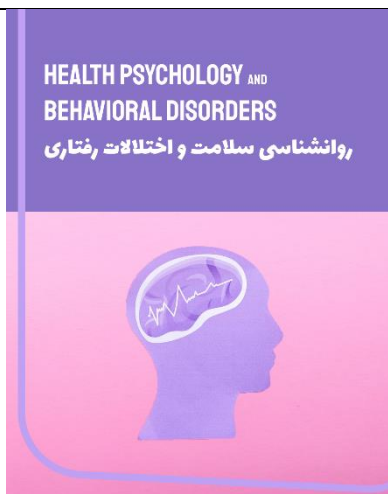
مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت رنج برای افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با درمان کارآمدی هیجانی بر رنج زندگی و سرمایه عاطفی

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۲۷

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۱/۱۲



چکیده

بیماران سندروم روده تحریک پذیر علاوه بر درمان های پزشکی نیازمند درمان های روانشناختی نیز هستند. بر همین اساس، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با درمان کارآمدی هیجانی بر رنج زندگی و سرمایه عاطفی اجرا شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه بیماران سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک های گوارش در شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۳ بودند، که از میان آن ها ۶۰ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. مقیاس ادراک رنج (شولز و همکاران، ۲۰۱۰) و پرسشنامه سرمایه عاطفی (گل پرور، ۱۳۹۵) برای سنجش متغیر وابسته در سه مرحله استفاده شد. دو گروه درمان، هر یک طی ۸ جلسه ۷۵ تا ۹۵ دقیقه ای تحت آموزش و درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت ننمود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید. نتایج نشان داد برای هر دو متغیر رنج زندگی و سرمایه عاطفی بین گروه آموزش مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر با درمان کارآمدی هیجانی و با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$)؛ به این معنی که اثربخشی آموزش مدیریت رنج نسبت به درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش رنج زندگی و افزایش سرمایه عاطفی بیشتر بود. با توجه به اثربخشی آموزش مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بر تضعیف رنج زندگی و تقویت سرمایه عاطفی، پیشنهاد می شود در مراکز درمانی در کنار درمان های پزشکی، این آموزش و درمان نیز استفاده شود.

کلیدواژه ها: آموزش مدیریت رنج، درمان کارآمدی هیجانی، رنج زندگی، سرمایه عاطفی، بیماران مبتلا به

سندرم روده تحریک پذیر

سعیده خاکی^۱، محسن گل پرور^۲، زهرا یوسفی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه

آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: mgolparvar@iaua.ac.ir

شیوه استناددهی: خاکی، باران، گل پرور، محسن. و یوسفی، زهرا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت رنج برای افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با درمان کارآمدی هیجانی بر رنج زندگی و سرمایه عاطفی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۲)، ۱۵-۱.

Comparison of the Effectiveness of Suffering Management Training for People with Irritable Bowel Syndrome and Emotional Efficacy Therapy on Life Suffering and Affective Capital

Submit Date: 2025-04-01

Revise Date: 2025-06-17

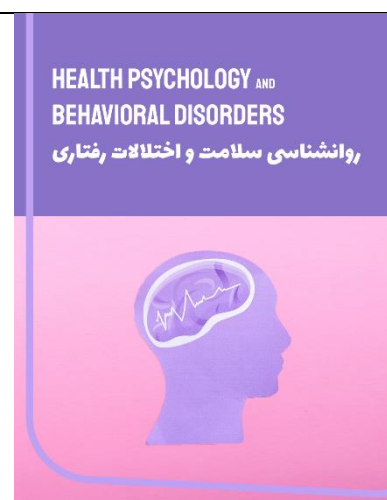
Accept Date: 2025-06-19

Publish Date: 2025-07-06

Abstract

Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) require psychological treatments in addition to medical interventions. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of Suffering Management Training (SMT) and Emotional Efficacy Therapy (EET) on life suffering and affective capital in individuals with IBS. This research was a quasi-experimental study with a pretest–posttest–follow-up design and a control group. The statistical population included all IBS patients referred to gastrointestinal clinics in Isfahan during the winter of 2025. From this population, 60 patients were purposively selected and assigned to three groups (20 participants per group). The Perceived Suffering Scale (Schulz et al., 2010) and the Affective Capital Questionnaire (Golparvar, 2016) were used to measure the dependent variables at all three stages. The two experimental groups received either SMT or EET in eight sessions, each lasting between 75 to 95 minutes, while the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test via SPSS version 26. The results revealed significant differences between both the SMT and EET groups compared to the control group regarding life suffering and affective capital ($p < .05$). Specifically, SMT was more effective than EET in reducing life suffering and increasing affective capital. Given the effectiveness of Suffering Management Training in alleviating life suffering and enhancing affective capital among IBS patients, it is recommended that this intervention be integrated into therapeutic practices alongside medical treatments in healthcare settings.

Keywords: *Suffering Management Training; Emotional Efficacy Therapy; Life Suffering; Affective Capital; Irritable Bowel Syndrome Patients*

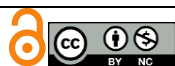


Saeideh Khaki¹, Mohsen Golparvar^{1*}, Zahra Yousefi¹

1. Department of Psychology, Is.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author's Email: mgolparvar@iau.ac.ir

How to cite: Khaki, B., Golparvar, M., & Yousefi, Z. (2025). Comparison of the Effectiveness of Suffering Management Training for People with Irritable Bowel Syndrome and Emotional Efficacy Therapy on Life Suffering and Affective Capital. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(2), 1-15.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اختلالات کارکردی سیستم گوارش، یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات این سیستم است و اغلب مشکلات متعددی را برای بیماران، کادر درمان و نظام‌های پزشکی به وجود می‌آورد (Ali et al., 2025). شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در جوامع مختلف متفاوت است. برای نمونه، بر اساس برخی آمارهای گزارش‌شده در مطالعات جامع مروری و فراتحلیل، بسته به مناطق جغرافیایی مختلف در جهان، ممکن است شیوع ۱۰.۱ تا ۳۵.۵ درصد برای این بیماری گزارش شود. با این تأکید که زنان بیش از مردان برای درمان مراجعه می‌نمایند؛ به همین دلیل نیز در بسیاری از مطالعات، نسبت شیوع در زنان نسبت به مردان دو به یک یا بیش از آن گزارش شده است (Kim & Kim, 2018).

از نظر کلی، سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از اختلالات عملکردی گوارشی است که باوجود درد یا ناراحتی در شکم، که حداقل به مدت سه روز در هر ماه و طی سه ماه گذشته همراه با دو مورد یا بیشتر از مواردی نظیر بهبود با اجابت مزاج، تغییر در دفعات اجابت مزاج و تغییر در شکل مدفوع همراه است (Hasan et al., 2025). در زمینه علت‌شناسی و پاتوفیزیولوژی این اختلال، اطلاعات اندکی وجود دارد و علت اصلی بیماری مشخص نیست. ولی نقش عوامل ژنتیکی، رشد بیش‌ازحد باکتری در روده باریک، فعال شدن سیستم ایمنی و تغذیه به‌عنوان مهم‌ترین دلایل احتمالی این اختلال مطرح شده‌اند. درعین‌حال، شواهد در دسترس گویای آن است که مشکلات روان‌شناختی ممکن است در ایجاد و یا تشدید سندرم، نقش جدی ایفا کنند؛ برای نمونه، بر اساس برخی مطالعات، نسبت قابل‌توجهی از افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، سابقه‌ای از وضعیت روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس را در دوره‌ای از زندگی داشته‌اند (Heath et al., 2025).

از میان طیف متغیرهای روان‌شناختی مختلف که ممکن است در تشدید و پیچیده‌تر شدن مسائل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش داشته باشند، می‌توان به ادراک رنج یا همان رنج زندگی، همراه با سازه‌های عاطفی و هیجانی مانند سرمایه عاطفی اشاره کرد (Phillips et al., 2010; Schulz et al., 2023). رنج حالتی از اندوه و پریشانی مربوط به رخدادهایی است که سلامت فرد را به طرق مختلف تهدید نموده و وی را تحت فشار قرار می‌دهد. مواجهه با یک عامل فشارآور و تهدیدکننده یا مخرب در انسان‌ها، اعم از واقعی یا ادراک‌شده، پدیده رنج را ایجاد کرده و تا زمانی که تهدید مذکور وجود دارد، رنج و ادراک آن ادامه خواهد داشت (Salehi Mobarakeh et al., 2024).

رنج در زندگی می‌تواند در اشکال مختلف، از جمله رنج وجودی و هستی‌شناختی در قالب احساس فقدان اراده و آزادی، احساس بی‌معنایی (Hanney, 2021; Shahbazi Bandani & Atashpour, 2024)، رنج عاطفی و هیجانی در قالب اشکال مختلف افت خلق، افسردگی و اضطراب مبهم (Hasan et al., 2025; Manning et al., 2022)، رنج اجتماعی در قالب ضعف در روابط حمایتی و احساس انزوا (Ghorbani Oshin et al., 2024; Mohebbi et al., 2019) و رنج‌های شناختی در قالب نشخوارهای ذهنی آزاردهنده و افکار منفی خود را نشان دهد. وجود چنین رنج‌هایی در زندگی، به‌ویژه در صورت ابتلا به بیماری مزمنی مانند سندرم روده تحریک‌پذیر، می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (Marano et al., 2025).

در کنار رنج زندگی، متغیرهایی همچون سرمایه عاطفی می‌توانند زمینه مقابله کارآمدتر با بیماری را فراهم آورند. سرمایه عاطفی به‌عنوان شکلی از سرمایه نرم، تجربه هیجان‌های مثبت و جوشش درونی است که افراد را برای انجام اقدامات مبتنی بر مهارت تجهیز می‌کند (Gall et al., 2014). این سازه شامل مؤلفه‌هایی نظیر عاطفه مثبت، انرژی روانی و شادکامی است که با متغیرهایی همچون سلامت روان، رفتارهای مثبت و منفی، کیفیت زندگی و روابط بین‌فردی مرتبط است (Enayati & Golparvar, 2018; Ghasemi Kalehmehsi et al., 2019; Karimi & Aghaei, 2022; Kashanizadeh et al., 2023). سرمایه عاطفی با فراهم آوردن زمینه‌ای درونی از شادمانی و امید، می‌تواند ظرفیت سازگاری بیماران با شرایط دشوار را افزایش دهد (Madva et al., 2023).

با توجه به کارکردهای رنج زندگی و سرمایه عاطفی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، نیاز به مداخلاتی با تمرکز بر مدیریت رنج و بهبود هیجانات احساس می‌شود. یکی از این مداخلات آموزش مدیریت رنج است که با پوشش ابعاد مختلف رنج مانند رنج‌های شناختی، عاطفی، وجودی و اجتماعی، می‌کوشد تا توانمندی روان‌شناختی بیماران را ارتقاء دهد (Babahasani et al., 2020; Doubova et al., 2023).

معنا درمانی، بازسازی شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند مؤثر واقع شود. (Koskinen & Koskinen, 2025; Sik, 2025; Taghlidabad & Mashhadi, 2020). این آموزش با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی،

در مقابل، درمان کارآمدی هیجانی با ترکیب عناصر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و شناخت‌درمانی، به‌عنوان یک درمان فراتشخیصی، بر تنظیم هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه و شناسایی ارزش‌های فردی تأکید دارد (McKay & West, 2016). کارآمدی هیجانی به باور فرد درباره توانایی خود در مدیریت هیجان‌ها و توانایی واقعی در انجام این عمل اشاره دارد (Najafi, 2024). شواهد تجربی نشان می‌دهد که این رویکرد در کاهش اجتناب تجربی و افزایش تحمل پریشانی در جمعیت‌های مختلف مؤثر است (Abdi Sarkami et al., 2019; Ebrahimi et al., 2021).

با وجود اثربخشی اثبات‌شده درمان کارآمدی هیجانی و آموزش مدیریت رنج در شرایط مختلف، پژوهشی که به مقایسه این دو روش درمانی بر متغیرهایی چون رنج زندگی و سرمایه عاطفی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته باشد، تاکنون گزارش نشده است. این خلأ پژوهشی نشان‌دهنده ضرورت انجام مطالعه‌ای است که به بررسی و مقایسه اثربخشی این دو روش مداخله‌ای در شرایطی یکسان بپردازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال طراحی شد که: «آیا اثربخشی آموزش مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش رنج زندگی و افزایش سرمایه عاطفی در این بیماران متفاوت است؟» طرح این سؤال در راستای توسعه درمان‌های جامع‌تر و مبتنی بر نیازهای هیجانی و شناختی بیماران مزمن، به‌ویژه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، گامی مؤثر در ارتقاء کیفیت زندگی آنان تلقی می‌شود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه آموزش مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، یک گروه درمان کارآمدی هیجانی و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی گوارش در شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۳ بودند. ۶۰ بیمار از جامعه آماری مورد اشاره، برای هر گروه ۲۰ نفر، بر پایه ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار گرفتند. در نظر گرفتن ۲۰ نفر برای هر گروه، با توجه به توصیه حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه در مطالعات آزمایشی بوده است.

معیارهای ورود شامل کسب رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، پذیرش و تعهد نسبت به اصول و قواعد گروهی درمان، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن نظیر اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی و مواردی از این دست و قرار نداشتن تحت درمان‌های روانپزشکی و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات آموزش، عدم انجام تکالیف و غیبت ۲ جلسه و بیشتر در جلسات درمانی بودند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل بیماران تحت همودیالیز برای ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش در مطالعه رعایت شده است. از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

مقیاس تجربه و ادراک رنج توسط شولز و همکاران (۲۰۱۰) با ۳۳ سوال طراحی شده است. این مقیاس سه بعد رنج جسمانی، رنج روان‌شناختی و رنج وجودی را مورد سنجش قرار می‌دهد. رنج جسمانی شامل ۲ بخش، و ۹ عبارت است که آزمودنی پاسخ خود را بر اساس لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز = صفر تا همیشه = ۳) مشخص می‌کند. حداقل و حداکثر نمره رنج جسمانی صفر تا ۲۷ می‌باشد. هر چه فرد نمره بالاتری را دریافت کند، رنج جسمانی فرد بالا خواهد بود. رنج روان‌شناختی شامل ۱۵ عبارت است و فرد پاسخگو، پاسخ خود را نیز بر اساس لیکرت ۴ درجه‌ای

(خیلی کم = صفر تا خیلی زیاد = ۳) مشخص می‌کند که حداقل و حداکثر نمره رنج روان‌شناختی صفر تا ۴۵ می‌باشد. هر چه نمره بالاتری را دریافت کند، رنج روان‌شناختی فرد بالا خواهد بود. بالاخره رنج وجودی نیز شامل ۹ عبارت یا سوال است و بر اساس مقیاس پاسخگویی چهار درجه‌ای خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۳ و دامنه نوسان امتیازات ۰ تا ۲۷ سنجش می‌شود (مشاک و همکاران، ۱۴۰۰). روایی و پایایی این آزمون و ابعاد آن توسط شولز و همکاران (۲۰۱۰) در سه گروه آمریکایی-آفریقایی مطلوب و آلفای کرونباخ برای رنج جسمانی برابر با ۰/۶۳، برای رنج روانی برابر با ۰/۹۰ و برای رنج وجودی برابر با ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ به تفکیک برای سفید پوستان (رنج جسمانی برابر با ۰/۴۳، رنج روانی برابر با ۰/۸۷ و رنج وجودی/معنوی برابر با ۰/۸۶) و اسپانیایی‌ها (رنج جسمانی برابر با ۰/۶۰، رنج روانی برابر با ۰/۸۵ و رنج وجودی/معنوی برابر با ۰/۸۳) مورد تایید قرار گرفته است. در ایران علاوه بر ارایه شواهد مطلوب در باب روایی این پرسشنامه، میزان آلفای کرونباخ در پژوهش باباحسنی و همکاران (۱۳۹۹) برای رنج جسمی برابر با ۰/۸۵، رنج روان‌شناختی برابر با ۰/۸۳ و رنج وجودی برابر با ۰/۸۲ و برای کل پرسشنامه رنج ادراک شده برابر با ۰/۸۶ به دست آمده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

برای سنجش سرمایه عاطفی از پرسشنامه ۲۰ سوالی سرمایه عاطفی گل‌پرور (۱۳۹۵) استفاده شد. این پرسشنامه سه حوزه عاطفه مثبت (ده سؤال)، احساس انرژی (پنج سؤال)، و شادکامی (پنج سؤال) را پوشش می‌دهد (Ghasemi Kaleh Masihi قاسمی کله مسیحی و همکاران، ۱۳۹۸). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای در قالب هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ است. دامنه امتیازات این پرسش نامه ۲۰ تا ۱۰۰ و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح سرمایه عاطفی است. روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل عامل اکتشافی با چرخش از نوع واریمکس بررسی و آلفای کرونباخ آن در دامنه بین ۸۰ / ۰ تا ۹۸ / ۰ گزارش شده است (قاسمی کله مسیحی و همکاران، ۱۴۰۰). عنایتی و گل‌پرور (۱۳۹۷) به نقل از مطالعات انجام شده، علاوه بر ارائه شواهد روایی همگرایی این پرسشنامه بر مبنای همبستگی امتیازات حاصل از این پرسشنامه با سازه‌های مثبت رفتاری و عملکردی، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۲ به دست آمد.

جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در سه گروه، شامل دو گروه مدیریت رنج بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و درمان کارآمدی هیجانی و یک گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون شرکت کنندگان پرسشنامه رنج زندگی و سرمایه عاطفی را پاسخ دادند. به دنبال آن هر یک از دو گروه درمانی، به صورت گروهی، در دوره درمان مربوط به خود در یک مرکز مشاوره و روان درمانی شرکت نمودند. پس از پایان جلسات درمان، شرکت کنندگان هر سه گروه (دو گروه درمانی و آموزشی و یک گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون و سپس با فاصله دو ماه بعد در مرحله پیگیری مجدد به پرسشنامه رنج زندگی و سرمایه عاطفی پاسخ دادند. آموزش مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و درمان کارآمدی هیجانی در قالب ۸ جلسه ۷۵ تا ۹۵ دقیقه‌ای در هر هفته یک جلسه و در کل طی ۸ هفته پی در پی توسط درمانگر دارای ۱۰ سال و بیشتر سابقه روان درمانی و آموزش تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل تا اتمام دوره آموزش دو گروه آزمایش، درمانی دریافت ننمود. بسته آموزشی مدیریت رنج برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه مورد استفاده قرار گرفت. فرایند تدوین این بسته آموزشی و درمانی، به این صورت بود که ابتدا از طریق تحلیل مضمون نیاز و مسئله محور مبتنی بر رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶) مصاحبه‌های انجام شده با ۱۸ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مورد تحلیل قرار گرفت و رنج‌ها و نیازهای درمانی و آموزشی آن‌ها استخراج گردید. در این مرحله نسبت روایی محتوایی (CVR) برای تحلیل مضمون که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با ۱ به دست آمد. پس از آن، فنون درمانی برای هر یک از مضامین از طریق تحلیل محتوای متعارف استخراج و سپس توسط یک پنل تخصصی متشکل از ۶ متخصص روان‌شناس با بیش از ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان، ترکیب فنون آموزشی برای بسته آموزشی و درمانی مدیریت رنج برای ۸ جلسه به ترتیب تعیین و بسته درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه روان‌شناسی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب

توافق کلی ۰/۹۴۸ برای بسته آموزشی و درمانی به دست آمد. پس از تایید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی هشت بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد. گروه درمان کارآمدی هیجانی از طریق بسته درمانی معرفی شده توسط مک کی و وست (۲۰۱۶) که در ایران در مطالعات مختلف از جمله در مطالعه نجفی (۱۴۰۳) مورد مطالعه و اعتبار آن از قبل تعیین شده است، تحت درمان قرار گرفتند.

پروتکل آموزش مدیریت رنج در هشت جلسه تدوین شده است که هر جلسه به یکی از ابعاد مختلف رنج پرداخته و به تدریج مهارت‌های مقابله‌ای روانی، شناختی، وجودی، جسمانی، اجتماعی و بین فردی را به بیماران آموزش می‌دهد. در جلسه اول، آشنایی با مفاهیم پایه رنج‌های عاطفی و اضطرابی صورت می‌گیرد و شرکت‌کنندگان با تأثیر خلق منفی، افسردگی و اضطراب در شدت علائم آشنا می‌شوند. جلسه دوم به رنج‌های شناختی اختصاص دارد و با تأکید بر افکار معیوب، راهکارهایی برای توقف و اصلاح آن‌ها ارائه می‌شود. در جلسه سوم، ادامه مدیریت اضطراب، نگرانی و احساس تهدید با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و مراقبه مورد توجه قرار می‌گیرد. جلسه چهارم وارد حوزه رنج‌های وجودی می‌شود و معناجویی، مقابله با تنهایی و احساس پوچی را آموزش می‌دهد. در جلسه پنجم نیز بعد دیگر رنج‌های هستی‌شناختی شامل احساس فقدان آزادی، درماندگی و زندگی نافرجام پردازش می‌شود. در جلسه ششم، توجه به رنج‌های ناشی از کاهش کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسم و روان مطرح است و آموزش‌هایی درباره خودمراقبتی جسمی و روانی داده می‌شود. جلسه هفتم به ارتقاء سلامت روابط و محیط زندگی با آموزش خودمراقبتی و دگرمراقبتی می‌پردازد. در نهایت، جلسه هشتم با تمرکز بر تقویت پیوندهای اجتماعی، غلبه بر انزوای اجتماعی و خلاصه‌سازی کل جلسات به پایان می‌رسد. در این جلسه پس‌آزمون نیز اجرا شده و برای مرحله پیگیری دو ماهه هماهنگی صورت می‌گیرد. درمان کارآمدی هیجانی نیز شامل هشت جلسه است و بر پایه ادغام دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) طراحی شده است. در جلسه اول، رابطه درمانی برقرار شده و آموزش روانی اولیه درباره شناخت هیجان‌ها و تمرین تماشای هیجان انجام می‌شود. در جلسه دوم، کارکرد مغز در هیجان، افکار ناکارآمد و مفهوم موج‌سواری بر هیجان‌ها برای مواجهه مؤثر معرفی می‌شود. جلسه سوم به آموزش استعاره هیولا در اتوبوس می‌پردازد که در آن افراد می‌آموزند بین برانگیختگی هیجانی و واکنش خود، فضای انتخاب ایجاد کنند. در جلسه چهارم، تمرین‌هایی برای تن‌آرامی، فعال‌سازی حواس و خودآرام‌سازی ذهن‌آگاهانه ارائه می‌شود. در جلسه پنجم، تمرین پذیرش و عمل مبتنی بر ارزش‌ها با مواجهه هیجانی تلفیق می‌شود. جلسه ششم نیز با تمرکز بر پذیرش بنیادین، جایگزینی افکار مقابله‌ای ناکارآمد با افکار سازگاران پیش می‌رود. در جلسه هفتم، مواجهه تصویری با موقعیت‌های واقعی آموزش داده شده و انتقال توجه از هیجان‌های منفی به رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها مانند صمیمیت و تقویت روابط بین فردی تمرین می‌شود. نهایتاً جلسه هشتم به جمع‌بندی، دریافت بازخورد، قدردانی و اجرای پس‌آزمون اختصاص دارد و برای پیگیری بعد از دو ماه هماهنگی صورت می‌گیرد.

در تحلیل آماری داده‌ها، علاوه بر استفاده از تحلیل پیش فرض‌های لازم نظیر پیش فرض نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، پیش فرض برابری واریانس خطا از طریق آزمون لون، پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس، و پیش فرض کروییت از طریق آزمون ماکلی (ماحلی)، از میانگین و انحراف معیار و سپس از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش از نظر سن، تحصیلات، جنسیت و مدت زمان ابتلا با یکدیگر از طریق آزمون خی دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مقایسه فراوانی پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر و سطوح آن	گروه آموزش مدیریت رنج فراوانی (%)	گروه درمان کارآمدی هیجانی فراوانی (%)	گروه کنترل فراوانی (%)	مقدار خی دو (مقدار احتمال)
سن				
تا ۳۰ سال	۱۰ (۵۰)	۷ (۳۵)	۱۱ (۵۵)	۱/۷۴ (۰/۴۲)
۳۱ سال و بیشتر	۱۰ (۵۰)	۱۳ (۶۵)	۹ (۴۵)	
تحصیلات				
تا دیپلم	۱۵ (۷۵)	۱۰ (۵۰)	۱۲ (۶۰)	۵/۷۱ (۰/۲۲)
فوق دیپلم و لیسانس	۱ (۵)	۷ (۳۵)	۴ (۲۰)	
فوق لیسانس و دکتری	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	۴ (۲۰)	
جنسیت				
زن	۱۶ (۸۰)	۱۲ (۶۰)	۱۵ (۷۵)	۲/۱۳ (۰/۳۴)
مرد	۴ (۲۰)	۸ (۴۰)	۵ (۲۵)	
طول زمان ابتلا به IBS				
تا ۵ سال	۱۳ (۶۵)	۱۵ (۷۵)	۱۸ (۹۰)	۳/۵۴ (۰/۱۷)
۶ سال و بیشتر	۷ (۳۵)	۵ (۲۵)	۲ (۱۰)	

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در متغیرهای جمعیت‌شناختی بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار رنج زندگی و سرمایه عاطفی به تفکیک سه گروه پژوهش و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رنج زندگی و سرمایه عاطفی در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه آموزش مدیریت رنج	گروه درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	انحراف معیار
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رنج زندگی	پیش‌آزمون	۱۲۵/۵۰	۷/۰۸	۱۲۶/۷۰	۵/۷۸
	پس‌آزمون	۱۱۶/۸۰	۵/۸۱	۱۱۷/۵۵	۵/۱۲
	پیگیری	۱۱۴/۳۵	۶/۲۷	۱۱۵/۴۰	۶/۹۶
سرمایه عاطفی	پیش‌آزمون	۵۱/۱۵	۵/۹۳	۴۶/۲۵	۵/۳۲
	پس‌آزمون	۶۰/۴۰	۶/۲۶	۵۳/۶۰	۶/۰۶
	پیگیری	۶۲/۸۰	۸/۲۱	۵۳/۸۵	۵/۹۲

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین رنج زندگی و سرمایه عاطفی نشان می‌دهد که دو گروه مدیریت آموزش رنج برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و درمان کارآمدی هیجانی نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نشان داده‌اند. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در متغیر رنج زندگی و سرمایه عاطفی حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر ($p \geq 0.05$) و نتایج آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس گروه‌های مطالعه برای این دو متغیر بود ($p \geq 0.05$). آزمون ام‌باکس نیز برای رنج زندگی و سرمایه عاطفی حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بود ($p \geq 0.05$). نتایج آزمون ماکلی (ماچلی) برای بررسی پیش فرض کرویت هم برای رنج زندگی و هم برای سرمایه عاطفی معنادار بود. به این معنی که پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در این مورد برحسب تصحیح اسپیلن در درجه آزادی عامل زمان و عامل تعامل گروه و زمان، نتایج بر حسب آماره گرین هاوس-گیزر گزارش شده است. در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای متغیر رنج زندگی و سرمایه عاطفی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای رنج زندگی و سرمایه عاطفی

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
رنج زندگی							
درون- زمان	۳۰۴۴/۵۴	۱/۴۳	۲۱۲۷/۱۳	۲۰۳/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
گروهی تعامل زمان×گروه	۱۹۵/۲۲	۲/۸۶	۶۸/۲۰	۶/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۹۶
خطا (زمان)	۸۵۱/۵۷	۸۱/۵۸	۱۰/۴۴	-	-	-	-
بین گروهی گروه	۹۱۹/۸۸	۲	۴۵۹/۹۴	۴/۲۱	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۷۲
خطا	۶۲۲۰/۴۳	۵۷	۱۰۹/۱۳	-	-	-	-
سرمایه عاطفی							
درون- زمان	۱۴۱۴/۷۴	۱/۴۶	۹۶۸/۰۱	۱۴۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
گروهی تعامل زمان×گروه	۸۴۵/۹۶	۲/۹۲	۲۸۹/۴۱	۴۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
خطا (زمان)	۵۷۲/۶۳	۸۳/۳۱	۶/۸۷	-	-	-	-
بین گروهی گروه	۱۹۸۶/۴۱	۲	۹۹۳/۲۱	۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۸
خطا	۵۸۸۸/۱۷	۵۷	۱۰۳/۳۰	-	-	-	-

چنان که در جدول ۳ برای متغیر ادراک رنج مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۲۰۳/۷۹$ ، $df=۱/۴۳$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۶/۵۳$ ، $df=۲/۸۶$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در ادراک رنج از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۷۹ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۱۹ و توان آزمون برابر با ۰/۹۶ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۷۹ و ۱۹ درصد تفاوت در ادراک رنج مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته آموزشی مدیریت رنج یا درمان کارآمدی هیجانی) بوده که با ۱۰۰ و ۹۶ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول ۳ در بخش اثر بین گروهی ($F=۴/۲۱$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) برای متغیر رنج زندگی مشاهده می‌شود، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۱۳ و توان آزمون برابر با ۰/۷۲ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۷۲ درصد توان ۱۳ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (یکی از دو بسته آموزشی مدیریت رنج یا درمان کارآمدی هیجانی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در رنج زندگی معنادار نشان داده است.

چنان که در جدول ۳ برای متغیر سرمایه عاطفی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۱۴۰/۸۲$ ، $df=۱/۴۶$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۴۲/۱۰$ ، $df=۲/۹۲$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در سرمایه عاطفی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۷۱ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۶۰ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۷۱ و ۶۰ درصد تفاوت در سرمایه عاطفی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته آموزشی مدیریت رنج یا درمان کارآمدی هیجانی) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول ۳ برای متغیر سرمایه عاطفی مشاهده می‌شود، در بخش اثر بین گروهی ($F=۹/۶۱$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$)، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۲۵ و توان آزمون برابر با ۰/۹۸ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۹۸ درصد توان ۲۵ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (یکی از دو بسته آموزشی مدیریت رنج یا درمان کارآمدی هیجانی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در سرمایه عاطفی معنادار نشان داده است. نتایج آزمون بونفرونی برای دو متغیر رنج زندگی و سرمایه عاطفی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان و گروه در رنج زندگی و سرمایه عاطفی

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
رنج زندگی						
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۷۲	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	۹/۴۷	۰/۶۰	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۷۵	۰/۳۱	۰/۰۰۱
گروه	۴	گروه آموزش مدیریت رنج	گروه درمان کارآمدی هیجانی	-۱	۱/۹۱	۱
	۵		گروه کنترل	-۵/۲۲	۱/۹۱	۰/۰۲
	۶	گروه درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	-۴/۲۲	۱/۹۱	۰/۰۹
سرمایه عاطفی						
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۵۲	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	-۶/۳۰	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۸	۰/۳۶	۰/۱
گروه	۴	گروه آموزش مدیریت رنج	گروه درمان کارآمدی هیجانی	۶/۸۸	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	۵		گروه کنترل	۷/۲۰	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	۶	گروه درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۰/۳۲	۱/۸۶	۱

چنان‌که در جدول ۴، مشاهده می‌شود برای متغیر ادراک رنج، در سطح گروهی، فقط گروه آموزش مدیریت رنج با گروه کنترل ($p < 0/01$) دارای تفاوت معنادار است، ولی بین اثربخشی گروه آموزش مدیریت رنج با درمان کارآمدی هیجانی بر ادراک رنج تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). با توجه به میانگین‌های ارایه شده در جدول ۲، مشخص است که آموزش مدیریت رنج بر ادراک رنج به‌طور نسبی نسبت به درمان کارآمدی هیجانی اثربخشی بیشتری داشته است. برای متغیر سرمایه عاطفی، در سطح گروهی، بین گروه آموزش مدیریت رنج با گروه کارآمدی هیجانی و با گروه کنترل ($p < 0/01$) تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). با توجه به میانگین‌های ارایه شده در جدول ۲، مشخص است که آموزش مدیریت رنج نسبت به درمان کارآمدی هیجانی بر سرمایه عاطفی دارای اثربخشی بیشتری بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت رنج و درمان کارآمدی هیجانی بر رنج زندگی و سرمایه عاطفی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که آموزش مدیریت رنج در مقایسه با درمان کارآمدی هیجانی تأثیر معنادار و بیشتری بر کاهش رنج زندگی و افزایش سرمایه عاطفی دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین درمان کارآمدی هیجانی و گروه کنترل در متغیرهای یادشده تفاوت معناداری مشاهده نشد.

در تبیین یافته‌های مربوط به کاهش رنج زندگی از طریق آموزش مدیریت رنج، می‌توان به ساختار فراتلفیقی این نوع مداخله اشاره کرد. بسته طراحی‌شده در این پژوهش، با پوشش ابعاد مختلف رنج شامل رنج‌های هیجانی، شناختی، اجتماعی، وجودی و مرتبط با کیفیت زندگی، توانست ابعاد متنوع تجربه رنج را هدف قرار دهد. به‌طور خاص، استفاده از فنون ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان و معنادرمانی، موجب شد بیماران یاد بگیرند با رنج نه‌تنها مقابله کنند بلکه به آن معنای جدیدی بدهند. یافته حاضر با مطالعاتی همسو است که تأثیر درمان‌های وجودی و معنامحور را بر کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر تأیید کرده‌اند (Nadafnia et al., 2016; Taghliadabadi & Taghliadabadi, 2016).

(Mashhadi, 2020). همچنین، پژوهش (Doubova et al., 2023) به روشنی نشان می‌دهد که تجربه رنج در بیماران مزمن، امری چندبعدی و نیازمند مداخلات جامع است؛ مداخله حاضر نیز دقیقاً بر همین اصل تکیه داشته است.

علاوه بر این، نتایج مربوط به سرمایه عاطفی نشان داد که آموزش مدیریت رنج توانست به‌طور معناداری باعث افزایش سرمایه عاطفی شود، درحالی‌که درمان کارآمدی هیجانی چنین اثری نداشت. سرمایه عاطفی متشکل از عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادکامی است که از طریق کاهش افسردگی، اضطراب و بی‌معنایی تقویت می‌شود (Enayati & Golparvar, 2018; Gall et al., 2014). آموزش مدیریت رنج، با مهارت‌آموزی در حوزه خودمراقبتی جسمی و روانی، تقویت روابط اجتماعی، و ارتقاء معنای زندگی، به‌خوبی زمینه افزایش مؤلفه‌های سرمایه عاطفی را فراهم کرده است. مطالعه (Kashanizadeh et al., 2023) نیز نشان داده است که مداخلات آموزشی بر پایه ارتقاء مهارت‌های عاطفی می‌توانند موجب بهبود سازگاری هیجانی و افزایش سرمایه عاطفی شوند. به‌علاوه، مطالعات (Karimi & Aghaei, 2022) و (Ghasemi Kalehmashi et al., 2019) بر اهمیت رویکردهای آموزشی چندوجهی در ارتقاء سرمایه عاطفی تأکید دارند.

از سوی دیگر، اثربخشی نسبتاً پایین درمان کارآمدی هیجانی بر متغیرهای هدف پژوهش، پرسشی مهم را درخصوص دامنه اثر این درمان در جمعیت خاص بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح می‌کند. درحالی‌که این درمان در سایر نمونه‌ها، نظیر پرستاران مضطرب یا سالمندان افسرده نتایج مثبتی داشته است (Abdi Sarkami et al., 2019; Ebrahimi et al., 2021)، نتایج حاضر نشان می‌دهد که این درمان ممکن است برای این جمعیت خاص کافی نباشد. علت احتمالی آن است که درمان کارآمدی هیجانی، تمرکز خاصی بر رنج وجودی و اجتماعی ندارد و بیشتر متکی بر تنظیم هیجان در سطح درون‌روانی است. این نکته از پژوهش (Sheikhan & Goodarzi, 2024) نیز قابل استنتاج است که در آن اثربخشی درمان هیجان‌مدار فقط بر برخی نشانگان جسمانی گزارش شده است.

همچنین، از دیگر یافته‌های مهم این پژوهش، وجود تفاوت معنادار بین آموزش مدیریت رنج و درمان کارآمدی هیجانی در سرمایه عاطفی است. اگرچه هر دو مداخله با هدف توانمندسازی هیجانی و شناختی طراحی شده‌اند، اما به نظر می‌رسد آموزش مدیریت رنج، به‌واسطه توجه به ابعاد هستی‌شناختی، معنایی و اجتماعی زندگی بیماران، مسیر مؤثرتری برای افزایش سرمایه عاطفی فراهم آورده است. این یافته با نتایج مطالعات (Masoudian et al., 2023; Najafi, 2024) که تأثیر رویکردهای مبتنی بر معنا و ذهن‌آگاهی را بر بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد.

نتیجه نهایی پژوهش حاضر مؤید آن است که آموزش مدیریت رنج با ساختاری چندلایه و جامع‌نگر می‌تواند مداخله‌ای مؤثر در کاهش رنج زندگی و افزایش سرمایه عاطفی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر باشد. این مداخله با پوشش‌دهی ابعاد روانی، شناختی، اجتماعی و معنوی، بهتر از درمان کارآمدی هیجانی توانسته است کیفیت روان‌شناختی زندگی این بیماران را ارتقاء دهد. این امر نشان‌دهنده ضرورت توجه بیشتر به طراحی درمان‌هایی با ساختار یکپارچه و مسئله‌محور در جمعیت‌های مبتلا به اختلالات مزمن است (Phillips et al., 2023; Sik, 2025).

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، تمرکز بر گروهی خاص از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در بازه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بود. این امر تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی، به‌ویژه سالمندان یا نوجوانان مبتلا، را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین، ابزارهای مورد استفاده برای سنجش متغیرها، پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی بودند که می‌توانند تحت تأثیر سوگیری مطلوب‌نمایی اجتماعی یا عدم درک عمیق قرار گیرند. عدم بهره‌گیری از داده‌های کیفی نظیر مصاحبه یا تحلیل محتوای رفتاری، نیز محدودیتی در درک عمیق‌تر تجارب زیسته شرکت‌کنندگان ایجاد کرده است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی ضمن بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی)، اثربخشی آموزش مدیریت رنج را در گروه‌های سنی مختلف، و همچنین در سایر بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار دهند. همچنین، مقایسه اثربخشی این آموزش با سایر رویکردهای روان‌درمانی نظیر طرح‌واره‌درمانی، ذهن‌آگاهی یا درمان پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند افق‌های تازه‌ای در طراحی مداخلات روان‌شناختی برای بیماران

مزمّن ایجاد کند. بررسی پیامدهای بلندمدت این مداخلات در بازه‌های زمانی طولانی‌تر نیز می‌تواند اثربخشی پایداری یا زودگذری آن‌ها را روشن سازد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و روان‌درمانی با طراحی بسته‌های آموزشی مشابه آموزش مدیریت رنج، این مداخلات را به‌عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های پزشکی برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به کار گیرند. همچنین، آموزش روانشناسان و مشاوران در جهت شناخت ساختار رنج در بیماران مزمّن و تجهیز آن‌ها به مهارت‌های کاربردی مدیریت رنج، می‌تواند به ارتقاء کیفیت مراقبت‌های روانی منجر شود. توسعه نسخه‌های بومی‌شده از این آموزش برای گروه‌های خاص نظیر سالمندان یا کودکان نیز می‌تواند گامی مهم در مسیر توسعه عدالت سلامت روان باشد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند. همچنین پژوهشگران بر خود فرض می‌دانند تا از حمایت‌های آقایان صالحی (مدیر عامل انجمن حمایت از زندانیان اردکان)، عابدی (رئیس زندان اردکان) و خانم صالحی (مددکار انجمن حمایت از زندانیان اردکان) در اجرای این مطالعه تقدیر نمایند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a prevalent functional gastrointestinal disorder that significantly impairs individuals' quality of life and psychological well-being. While pharmacological treatments can alleviate somatic symptoms to some extent, growing evidence suggests that psychological interventions are necessary for sustainable improvement in IBS patients' mental health and emotional functioning (Ali et al., 2025; Hasan et al., 2025; Heath et al., 2025). Suffering in these patients extends beyond physical discomfort and includes emotional, existential, and social dimensions (Doubova et al., 2023; Phillips et al., 2023). Therefore, designing integrated psychological treatments that address the multidimensional nature of suffering in IBS has become a major priority in psychosomatic research.

The experience of suffering in IBS patients is often chronic, ambiguous, and deeply personal, encompassing psychological vulnerability, social withdrawal, and a disrupted sense of control over one's life (Ghorbani Oshin et al., 2024; Hanney, 2021; Mohebbi et al., 2019). Research suggests that patients with IBS commonly experience high levels of anxiety, emotional dysregulation, and a diminished sense of emotional capital—a construct that includes emotional energy, positive affect, and interpersonal emotional investment (Enayati & Golparvar, 2018; Gall et al., 2014; Manning et al., 2022). In this context, interventions designed to alleviate suffering and enhance emotional capital hold significant promise for improving patients' psychological resilience and adaptive functioning.

Among the proposed psychological treatments, two approaches have garnered attention. The first is Emotion Efficacy Therapy (EET), which integrates principles from Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) to enhance emotional regulation and exposure-based tolerance of distress (Ebrahimi et al., 2021; McKay & West, 2016). EET is especially known for its focus on cultivating acceptance and committed action in the face of emotional pain. The second approach is Suffering Management Training (SMT), a novel integrative program that incorporates techniques from existential therapy, meaning-making, mindfulness, and emotional skills training to directly address the lived experience of suffering (Babahasani et al., 2020; Sik, 2025; Taghliabad & Mashhadi, 2020).

Despite their respective theoretical strengths, comparative studies on the efficacy of SMT and EET in IBS patients are scarce. Previous research has explored each modality separately and often in different populations, but the question remains: which of these approaches can more effectively reduce life suffering and increase affective capital in IBS patients? This study was designed to address that gap.

The present semi-experimental study compares the effectiveness of Suffering Management Training and Emotion Efficacy Therapy on two psychological outcomes: life suffering and affective capital. By doing so, it seeks to provide evidence-based recommendations for clinicians working with psychosomatic populations and to expand the conceptual understanding of therapeutic responses to chronic emotional distress in IBS.

Methods and Materials

The study adopted a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up structure including a control group. The statistical population comprised all IBS patients who referred to gastroenterology clinics in Isfahan during the winter of 2024. A total of 60 participants were purposefully selected and randomly assigned into three groups ($n = 20$ each): Suffering Management Training, Emotion Efficacy Therapy, and control.

The intervention groups underwent eight sessions of 75–95 minutes. SMT was delivered using an integrative treatment protocol covering dimensions of physical, emotional, cognitive, existential, and social suffering. EET was implemented following standard emotion efficacy modules. The control group received no psychological intervention during the study.

The instruments used were the Suffering Perception Scale (Schulz et al., 2010) and the Affective Capital Questionnaire (Golparvar, 2016). Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests via SPSS version 26.

Findings

The descriptive statistics indicated that the mean scores for life suffering decreased significantly in both experimental groups at post-test and follow-up stages, while scores in the control group remained stable. In contrast, affective capital scores increased notably in the SMT group, moderately in the EET group, and did not change significantly in the control group.

The results of repeated measures ANOVA showed that there were statistically significant differences between the groups across time points in both dependent variables. For life suffering, the SMT group showed a greater reduction compared to both the EET and control groups ($p < 0.01$). Similarly, for affective capital, the SMT group outperformed both other groups ($p < 0.01$), with the EET group showing a slight but not statistically significant improvement over the control group.

Bonferroni post hoc comparisons confirmed that the differences between the SMT group and the EET group in both variables were statistically significant ($p < 0.05$), with SMT having the stronger effect. No significant differences were observed between the EET and control groups for either variable.

Discussion and Conclusion

The results of this study provide compelling evidence that Suffering Management Training is more effective than Emotion Efficacy Therapy in reducing life suffering and enhancing affective capital in patients with IBS. This finding aligns with previous qualitative and quantitative research emphasizing the complex, multidimensional nature of suffering in chronic illnesses and the need for equally multifaceted therapeutic approaches.

While EET focuses primarily on intra-psychic regulation of distress and acceptance, SMT addresses existential and interpersonal dimensions of suffering, offering a broader framework for meaning reconstruction and emotional integration. This holistic perspective may explain its superior effectiveness in both reducing life suffering and enhancing affective capital.

The enhancement of affective capital, which includes elements such as emotional energy and positive affect, is particularly significant in psychosomatic disorders, where emotional exhaustion and low vitality are common. The SMT protocol's emphasis on mindfulness, existential reflection, and social connectedness likely contributed to this outcome, reinforcing the view that affective capacities can be cultivated even in the face of persistent physical symptoms.

Although EET has demonstrated benefits in other populations, such as anxious nurses and individuals with emotional dysregulation, its limited effect in the present study suggests that IBS patients may require more comprehensive interventions that transcend individual emotional regulation to include relational and existential dimensions of care.

In conclusion, the study underscores the value of targeting suffering not merely as a symptom but as a central clinical concern deserving direct therapeutic intervention. Suffering Management Training, by addressing this challenge through a layered, integrative method, offers a promising path forward for clinicians and researchers alike.

فهرست منابع

References

- Abdi Sarkami, F., Mirzaeian, B., & Abbasi, G. A. P. (2019). The effectiveness of emotion regulation therapy on depression levels and self-care ability in non-clinical depressed elderly. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(6), 65-74. <https://www.sid.ir/paper/952886/fa>
- Ali, A., Shah, A., Amina, A., Ruddock-Scott, Z. A., Shah, Z., Rios, V. L., Abid, N., Gul, N. A. U. K. K., & Faisal, S. (2025). Prevalence of irritable bowel syndrome symptoms and associated risk factors among medical students. *Cureus*, 17(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.82900>

- Babahasani, K., Amini, N., Shafieabadi, A., & Direh, E. (2020). The effectiveness of existential group therapy on the experience and perception of suffering, emotion regulation, and well-being in migraine patients. *Social Psychology*, 8(Special Issue), 295-309. <https://sanad.iau.ir/Journal/psychology/Article/924830>
- Doubova, S. V., Bhadelia, A., Pérez-Moran, D., Martínez-Vega, I. P., García-Cervantes, N., & Knaul, F. (2023). Dimensions of suffering and the need for palliative care: experiences and expectations of patients living with cancer and diabetes and their caregivers in Mexico: A qualitative study. *BMJ open*, 13(12), e075691. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075691>
- Ebrahimi, M., Shahabizadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, G. (2021). Determining the effectiveness of emotional efficacy-based therapy on the defective cognitive system (uncertainty intolerance and experiential avoidance) and distress tolerance of anxious nurses. *Disability Studies*, 11(81), 1-12. <https://www.sid.ir/paper>
- Enayati, M., & Golparvar, M. (2018). The structural pattern of the relationship between collective emotional investment with emotional capital and psychosomatic complaints in nurses. *Nursing Education*, 7(3), 57-64. <http://jne.ir/article-1-913-en.html>
- Gall, J., Borg, W., Gall, M. D., & Golparvar, M. (2014). *Quantitative and qualitative research methods in educational and psychological sciences - Volume I Emotional capital: Necessities and functions*. Shahid Beheshti University and SAMT Publications Jungle Javidaneh Publications. <https://www.gisoom.com/book>
- Ghasemi Kalehmasihi, J., Golparvar, M., Khayatan, F., & Shahriari, M. (2019). The effectiveness of emotional capital promotion training on collective emotional investment in nurses. *Nursing Education*, 8(2), 20-27. https://jne.ir/browse.php?a_id=1049&sid=1&slc_lang=fa
- Ghorbani Oshin, Y., Seyrafi, M. R., Abolmaali Alhosseini, K., & Ahadi, M. (2024). Lived experiences of patients with irritable bowel syndrome from the underlying factors of the disease. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 13(1), 82-73ER -. <https://frooyesh.ir/article-1-4494-fa.html>
- Hanney, J. (2021). *The lived experience of irritable bowel syndrome in adults* <https://eprints.soton.ac.uk/454285/>
- Hasan, A. B. M. N., Asaduzzaman, M., Mahfuj, M. N., Islam, R., Bhuyan, M. M. K., Basak, P., Basak, P., & Sharif, A. B. (2025). Prevalence of irritable bowel syndrome and its association to mental health among the private university students of Dhaka, Bangladesh. *Plos Glob Public Health*, 5(5), e0004670. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004670>
- Heath, M. R., Mujagic, Z., Luo, Y., & Keszthelyi, D. (2025). It's a women's world: A new look at sex differences in patients with the irritable bowel syndrome. *Digestive Diseases and Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s10620-025-08965-5>
- Karimi, S. A. U. G. M., & Aghaei, A. (2022). Comparison of the effectiveness of healthy aging model training and existential-spiritual therapy on the components of emotional capital in the elderly. *Aging Psychology*, 8(3), 219-234. https://jap.razi.ac.ir/article_2346.html
- Kashanizadeh, M., Golparvar, M., & Sajjadian, I. (2023). Comparison of the effectiveness of emotional capital training with life skills training on emotional adjustment in children aged 4-6 years. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(4), 85-96. https://jpen.ir/browse.php?a_id=708&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1
- Kim, Y. S., & Kim, N. (2018). Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(4), 544-558. <https://doi.org/10.5056/jnm18082>
- Koskinen, M., & Koskinen, C. A. (2025). Movement between suffering and health-experience of health during long-term illnessJO - Scandinavian Journal of Caring Sciences. 39(2), e70069. <https://doi.org/10.1111/scs.70069>
- Madva, E. N., Harnedy, L. E., Longley, R. M., Rojas Amaris, A., Castillo, C., Bomm, M. D., Burton Murray, H., Staller, K., Kuo, B., Keefer, L., Huffman, J. C., & Celano, C. M. (2023). Positive psychological well-being: A novel concept for improving symptoms, quality of life, and health behaviors in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and Motility*, 35(4), e14531. <https://doi.org/10.1111/nmo.14531>
- Manning, L. P., Tuck, C. J., & Biesiekierski, J. R. (2022). The lived experience of irritable bowel syndrome: A focus on dietary management. *Australian Journal of General Practice*, 51(6), 395-400. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-21-6080>
- Marano, G., Traversi, G., Pola, R., Gasbarrini, A., Gaetani, E., & Mazza, M. (2025). Irritable bowel syndrome: A hallmark of psychological distress in women? *Life*, 15(2), 277. <https://doi.org/10.3390/life15020277>
- Masoudian, Z., Atef Vahid, M. K., Malihi Alzakerini, S., Kraskian Mojmenari, A., & Delavari, A. (2023). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and analytical cognitive therapy on reducing anxiety in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 12(6), 121-132. <https://frooyesh.ir/article-1-4081-en.html>
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief exposure treatment for emotion regulation, Integrating DBT and ACT*. Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/Emotion-Efficacy-Therapy->
- Mohebbi, Z., Sharif, F., Peyrovi, H., Rakhshan, M., Naini, M. A., & Zarshenas, L. (2019). Experience lived by Iranian patients with irritable bowel syndrome: Transitory crisis and liberation. *Investigación Y Educación en Enfermería*, 37(3), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e10>

- Nadafnia, L., Ebrahimi, A., Taherneshatdoost, H., & Talebi, H. (2016). Investigating the effectiveness of spirituality-based therapy on psychological health, quality of life, and bowel symptoms in patients with irritable bowel syndrome. 3rd International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences, Tehran, Iran. <https://civilica.com/doc/612818/>
- Najafi, M. (2024). *Comparison of the effectiveness of positive mindfulness therapy with emotion regulation therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotional capital, cognitive emotion regulation, self-criticism, self-efficacy, self-compassion, and meta-emotion in women with generalized anxiety disorder* https://ijpn.ir/browse.php?a_id=2177&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0
- Phillips, W. R., Uygur, J. M., & Egnew, T. R. (2023). A comprehensive clinical model of suffering. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(2), 344-355. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220308R1ER>
- Salehi Mobarakeh, A., Golparvar, M., & Yousefi, Z. (2024). Comparison of the effectiveness of integrated spiritual self-care training and mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and health self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 79-89. <https://doi.org/10.61838/kman.jnnd.3.4.8>
- Schulz, R., Monin, J. K., Czaja, S. J., Lingler, J. H., Beach, S. R., Martire, L. M., Dodds, A., Hebert, R. S., Zdaniuk, B., & Cook, T. B. (2010). Measuring the experience and perception of suffering. *The Gerontologist*, 50(6), 774-784. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq033>
- Shahbazi Bandani, S., & Atashpour, S. (2024). Prediction the quality of life based on the perception of suffering, the meaning of life, social support and psychological flexibility in irritable bowel syndrome patient. *Journal of Research in Behavioral Science*, 22(3), 515-528. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1719-en.html>
- Sheikhan, R., & Goodarzi, M. (2024). The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation difficulties and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 32(2), 88-97. <https://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8194-en.pdf>
- Sik, D. (2025). Illness experience and social suffering: Synthesizing medical phenomenology and critical theory. *The Journal of Medicine and Philosophy*. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaf015>
- Taghlidabad, B. G., & Mashhadi, R. T. (2020). The effects of group logotherapy on the severity of Irritable Bowel Syndrome and the quality of life of the affected patients. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 8(1), 39-46. <https://doi.org/10.32598/jpcp.8.1.41>