

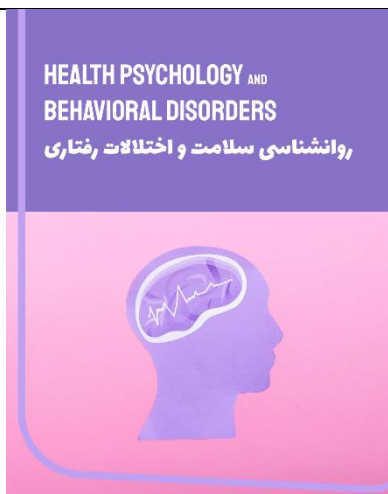
مقایسه اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی با درمان مدیریت رنج بر خودکنترلی و معنای زندگی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۶/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۲۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱



چکیده

استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، می‌تواند موجب ارتقاء توانمندی آنها شود. بر همین اساس، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی با درمان مدیریت رنج بر خودکنترلی و معنای زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اجرا شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه بیماران سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک‌های گوارش در شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۳ بودند، که از میان آنها ۶۰ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. پرسشنامه خودکنترلی (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامه معنای زندگی (استگر و همکاران، ۲۰۰۶) برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. دو گروه درمان، هر یک طی ۸ جلسه ۷۵ تا ۹۵ دقیقه‌ای تحت آموزش و درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت ننمود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید. نتایج نشان داد برای هر دو متغیر خودکنترلی و معنای زندگی بین گروه درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$)، ولی بین دو درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). به این معنی که اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج بر افزایش خودکنترلی و معنای زندگی یکسان بود. با توجه به اثربخشی یکسان درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج بر خودکنترلی و معنای زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، این امکان که از این درمان‌ها در کنار درمان‌های پزشکی برای این بیماران استفاده شود وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان کارآمدی هیجانی، درمان مدیریت رنج، خودکنترلی، معنای زندگی، سندرم روده

تحریک‌پذیر

سعیده خاکی^۱، محسن گل پرور^{۲*}، زهرا یوسفی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان

(خواراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خواراسگان)،

دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خواراسگان)،

دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

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

شیوه استناددهی: خاکی، سعیده، گل پرور، محسن، و یوسفی

، زهرا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی با

درمان مدیریت رنج بر خودکنترلی و معنای زندگی در افراد مبتلا به

سندرم روده تحریک‌پذیر. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*،

۳(۲)، ۱۹-۱.

Comparison of the Effectiveness of Emotional Efficacy Therapy and Suffering Management Therapy on Self-Control and Meaning in Life in Individuals with Irritable Bowel Syndrome

Submit Date: 2025/05/11

Revise Date: 2025/08/17

Accept Date: 2025/08/20

Publish Date: 2025/09/07

Abstract

The use of psychological therapies for individuals with irritable bowel syndrome can enhance their capabilities. Accordingly, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotional efficacy therapy and suffering management therapy on self-control and meaning in life in patients with irritable bowel syndrome. This research employed a quasi-experimental design with three stages: pre-test, post-test, and follow-up, along with a control group. The statistical population included all patients with irritable bowel syndrome who referred to gastroenterology clinics in Isfahan during the winter of 2025. From this population, 60 patients were purposefully selected and assigned to three groups (20 participants per group). The Self-Control Scale (Tangney et al., 2004) and the Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006) were used to measure the dependent variables. The two intervention groups each underwent 8 treatment sessions lasting 75 to 95 minutes, while the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and the Bonferroni post hoc test via SPSS version 26. The results indicated that for both self-control and meaning in life, there was a significant difference between the emotional efficacy therapy and suffering management therapy groups compared to the control group ($p < .05$). However, there was no significant difference between the two therapies themselves ($p > .05$). This means that the effectiveness of emotional efficacy therapy and suffering management therapy in improving self-control and meaning in life was equal. Considering the equal effectiveness of both therapies on self-control and meaning in life in patients with irritable bowel syndrome, it is possible to use these therapies alongside medical treatments for these patients.

Keywords: *emotional efficacy therapy, suffering management therapy, self-control, meaning in life, irritable bowel syndrome*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Saeideh. Khaki¹, Mohsen. Golparvar^{2*},
Zahra. Yousefi³

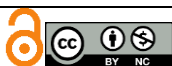
1. Ph.D Student, Department of Psychology, Isf.C.,
Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Isf.C.,
Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology,
Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan

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

How to cite: Khaki, S., Golparvar, M., Yousefi, Z.
(2025). Comparison of the Effectiveness of
Emotional Efficacy Therapy and Suffering
Management Therapy on Self-Control and Meaning
in Life in Individuals with Irritable Bowel
Syndrome. *Health Psychology and Behavioral
Disorders*, 3(2), 1-19.



مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عملکردی گوارشی است که با درد و ناراحتی شکمی، نفخ و تغییر در عادات دفعی بدون علت ارگانیک مشخص تعریف می‌شود و پیامدهای چندبعدی زیستی-روانی-اجتماعی برای بیماران ایجاد می‌کند (van Tilburg et al., 2013). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که سنگینی بار روان‌شناختی و کیفیت تجربه زیسته، بیش از شدت نشانه‌های گوارشی، با رضایت از زندگی و کارکرد روزانه در بیماران IBS هم‌بستگی دارد (Dent, 2025 #272346; Snijkers et al., 2024). از منظر مدیریت بالینی، اگرچه مداخلات طبی مانند رژیم‌های غذایی مبتنی بر شواهد، جایگاه مهمی در کنترل نشانه‌ها دارند (Cuffe et al., 2025)، اما یک چارچوب بین‌رشته‌ای که ابعاد روان‌شناختی، سبک زندگی و عوامل بین‌فردی را به رسمیت بشناسد، ضروری به نظر می‌رسد (Nelkowska, 2020). علاوه بر آن، ادبیات نوظهور درباره نقش محور روده-مغز-میکروبیوتا و سبک زندگی فعال، افق‌های جدیدی برای اصلاح علائم از مسیرهای غیر دارویی گشوده است (Li et al., 2024). حتی در جبهه دارودرمانی، مسیرهای نو مانند آگونیست‌های گیرنده GLP-1 به‌عنوان گزینه‌های بالقوه مطرح شده‌اند، هرچند هنوز نیازمند تلفیق با راهبردهای روان‌شناختی و خودمدیریتی هستند (Mostafa & Alrasheed, 2025).

در کنار مؤلفه‌های زیستی، عوامل روان‌شناختی در تکوین و تداوم IBS نقش محوری دارند؛ مدل‌های جامع نشان داده‌اند که سبک‌های شناختی، حساسیت اضطرابی، راهبردهای مقابله‌ای و زمینه‌های هیجانی می‌توانند علائم دستگاه گوارش را تشدید یا تعدیل کنند (van Tilburg et al., 2013). بازاندیشی انتقادی در مورد «نوسبو» و انتظارات منفی نیز نشان می‌دهد که تلقی‌ها و باورهای بیمار درباره بیماری می‌تواند مدارهای علی تجربه علائم را فعال یا خاموش کند (Nasiri-Dehsorkhi et al., 2022). مرورهای دامنه‌یاب، اهمیت مداخلات کاهش استرس و درمان‌های روان‌شناختی را در کاهش نشانه‌ها و ارتقای کیفیت زندگی بیماران IBS تثبیت کرده‌اند (Fernandes et al., 2024 #272338; Sweeney, 2025). افزون بر این، مرورهای نظام‌مند درباره برنامه‌های خودمدیریتی و آموزش‌های توانمندساز نیز بهبودهای پایداری را در رفتارهای سلامت‌محور و پیامدهای عملکردی گزارش کرده‌اند (Cong, 2018 #272344; Zia et al., 2016). هم‌زمان، فراتحلیل‌ها و مرورهای چترگونه ریسک‌فاکتورها، تصویر پیچیده‌ای از برهم‌کنش عوامل زیست-روانی-اجتماعی و بار هیجانی ارائه کرده‌اند (Sulaimi et al., 2025) که اقتضای طراحی بسته‌های مداخلاتی چندبعدی را تقویت می‌کند (Nelkowska, 2020).

در ذیل این چشم‌انداز، دو سازه بنیادین «خودکنترلی» و «معنای زندگی» به‌مثابه منابع درونی قابل ارتقا در بیماران IBS اهمیت ویژه می‌یابند. از یک سو، خودکنترلی به‌عنوان توانایی تنظیم تکانه‌ها، هیجان‌ها و رفتارها در مسیر اهداف ارزشمند، با پیامدهای گسترده در سازگاری روان‌شناختی و رفتارهای سلامت پیوند دارد (Finch et al., 2023). شواهد تجربی نشان داده‌اند که سطوح بالاتر خودکنترلی با کارکرد بهتر در زمینه‌های کاری و خانگی، حتی در شرایط چالش‌برانگیزی چون دورکاری، همراه است (Baumann et al., 2023) و در برابر پیامدهای منفی رویدادهای ضربه‌ای در اواخر عمر، نقش حفاظتی ایفا می‌کند (Choung & Pak, 2023). در متن IBS، داده‌ها نشان می‌دهند که مکان کنترل و خودمدیریتی فعال با نیمرخ‌های جسمانی-روانی مطلوب‌تر هم‌بسته‌اند و حتی با مشارکت در فعالیت بدنی هوازی، پیامدهای بهتری را به‌ویژه در سطح نیمرخ‌های روانی رقم می‌زنند (Prospero et al., 2025). از سوی دیگر، «معنای زندگی» به‌عنوان یک منبع سالتوژنیک، با شاخص‌های سلامت جسمی و روانی هم‌بستگی مثبت دارد و می‌تواند تبیین‌کننده بخش مهمی از تاب‌آوری و بهزیستی باشد (Czekierda, 2017 #272341; Haugan & Dezutter, 2021). مدل‌های مفهومی نیز پیوند «معنا» و «برجستگی معنا» را با سازوکارهای سلامت تبیین کرده‌اند (Hooker et al., 2018) و مطالعات میدانی، رابطه معنا با تندرستی والدین کودک دارای نیاز ویژه را نشان داده‌اند (Bekenkamp et al., 2014). در جمعیت‌های سالمند نیز، شبکه‌های معنا، حمایت اجتماعی و خودمراقبتی بر افسردگی و اضطراب مرگ اثر می‌گذارند (Yousefi Afrashteh et al., 2024). در فضای فرهنگی فرامرزی، منابع معنا می‌توانند شادی و غنای روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند و این خود برای طراحی مداخلات حساس به فرهنگ در IBS آموزنده است (Mask et al., 2025). به‌طور

موازی، یافته‌های بومی در محیط‌های آموزشی نیز پیوند معنا، خوش‌بینی و راهبردهای مقابله‌ای سازگاران را با شادکامی نشان داده‌اند (Hamzehpour Haghighi & Asadi Majareh, 2019). اعتبارسنجی ابزارهای اندازه‌گیری در متن ایرانی نیز بستر سنجش دقیق این سازه‌ها را فراهم کرده است؛ نسخه فارسی پرسش‌نامه خودکنترلی شواهد مناسبی از روایی و پایایی نشان داده (Azadmanesh et al., 2020) و پرسش‌نامه «معنای زندگی» نیز در دانشجویان ایرانی از منظر ساختاری و تشخیصی تأیید شده است (Mesrabadi et al., 2013).

مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای ارتقای خودکنترلی و معنا در زندگی در بیماران IBS باید با در نظر گرفتن منظومه‌ای از عوامل خطر و حفاظت طراحی شوند. مرورهای کیفی تجربه زیسته بزرگسالان مبتلا به IBS بر تنیدگی نقش‌ها، دلمشغولی‌های بدنی و روانی و راهبردهای سازگاری شخصی انگشت می‌گذارند (Shorey et al., 2021). ادبیات بالینی نیز از اثربخشی درمان‌های مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی و کاهش نشخوار فکری در IBS حمایت می‌کند (Darabi et al., 2023). در عین حال، آموزش و تمرین نظام‌مند خودمدیریتی—از اصلاح سبک زندگی تا راهبردهای شناختی—تغییرات پایدار رفتاری را پس از یک‌سال پیگیری گزارش کرده است (Zia et al., 2016). هم‌پیوندی این خطوط شواهد با یافته‌های جدید در درمان‌های غیردارویی، از جمله رژیم‌های هدفمند (Cuffe et al., 2025) و برنامه‌های کاهش استرس (Fernandes et al., 2024)، ضرورت «ترکیب‌گری درمانی» را برجسته می‌کند؛ یعنی تجمع هوشمندانه مؤلفه‌های کارآمد از درمان‌های مختلف برای پاسخ‌گویی به طیف نیازهای IBS (Nelkowska, 2020).

در این چشم‌انداز، «درمان کارآمدی هیجانی» (EET) به‌عنوان یک رویکرد فراتشخیصی که عناصر هسته‌ای درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی را در معرض‌سازی ساختاریافته و عمل ارزش‌محور ادغام می‌کند، ظرفیت ویژه‌ای برای بیماران با الگوهای بدن‌تنظیمی هیجان دارد (McKay & West, 2016). شواهد متعدد داخلی نشان می‌دهند که EET می‌تواند سازه‌های معنادار روان‌شناختی را در گروه‌های گوناگون بهبود بخشد؛ از اصلاح نظام‌های شناختی معیوب و افزایش تحمل پریشانی در پرستاران مضطرب (Ebrahimi et al., 2021) تا تقویت خودکارآمدی مقابله‌ای و کانون توجه سازگار در نوجوانان با اضطراب اجتماعی (Hayati et al., 2024)، ارتقای خودکنترلی و صمیمیت در زنان مواجه با خیانت زناشویی (Niknezhadi et al., 2023) و بهبود سازگاری روانی از مسیر انعطاف‌پذیری شناختی-هیجانی و عمل ارزش‌مدار در زنان مبتلا به سرطان پستان (Mazloom, 2023). افزوده بر این، داده‌های مقایسه‌ای تازه نشان می‌دهند که EET در رقابت با درمان‌های فراتشخیصی نوین (مانند پروتکل‌های یکپارچه) در کاهش خستگی روان‌شناختی در بافت‌های ناسازگاری زناشویی کارآمد است (Rastegar et al., 2025). از سوی دیگر، شواهد درمان‌های متمرکز بر هیجان در کاهش بدن‌تنظیمی هیجانی و افزایش تاب‌آوری در درد مزمن نیز از منطق هدف‌گذاری EET در گروه‌های جسمانی حمایت می‌کنند (Doshmanfana et al., 2025). این کل بدنه شواهد، بنیانی نظری-تجربی برای آزمون EET در IBS فراهم می‌سازد، جایی که اجتناب تجربه‌ای، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و حلقه‌های تقویتی اجتناب-علائم نقش پررنگی دارند (Nasiri-Dehsorkhi, 2022 #272325; van Tilburg et al., 2013).

در برابر EET، «آموزش مدیریت رنج» به‌عنوان یک بسته فراترکیبی مسئله‌محور که در این حوزه مطرح شده، با اتکا به نیازسنجی کیفی و ترکیب مؤلفه‌های هیجانی، شناختی، وجودی-معنوی، اجتماعی و کیفیت زندگی، می‌کوشد منظومه رنج‌های بیماران IBS را هدف بگیرد (Khaki et al., 2025). توجیه نظری چنین بسته‌ای، هم از شواهد مربوط به کارآمدی خودمدیریتی و آموزش‌های روانی در IBS سرچشمه می‌گیرد (Cong et al., 2018) و هم از ادبیات وسیع‌تر معنا و حس انسجام که در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی-شناختی نیز بازتاب یافته است (Czekierda, 2017 #272341; Hooker, 2018 #272339; Malm et al., 2018). حتی در حوزه کار و عملکرد روزمره، پیگیری ساختارمند تمرین‌های خودکنترلی و بازتنظیم عادت‌ها می‌تواند به رفتارهای پایدارتر منجر شود (Finch et al., 2023)، امری که در مواجهه با نوسانات نشانه‌ای IBS اهمیت دوچندان دارد (Zia et al., 2016).

در سطح جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژیک، گونه‌گونی عوامل خطر به‌خوبی نشان می‌دهد که بر ساخت‌های روان‌شناختی مانند معنا و خودکنترلی باید در کنار مداخلات طبی به‌صورت هدفمند ارتقا یابند (Cuffe, 2025 #272336; Sulaimi et al., 2025). مرورهای دامنه‌یاب و بالینی تأکید می‌کنند که بازطراحی مسیرهای مراقبتی در IBS باید چندسطحی باشد: اصلاح رژیم غذایی و سبک زندگی، کاهش فرایندهای استرسی، تقویت مهارت‌های خودتنظیمی و بازپروری باورها و انتظارات (Sweeney, 2025 #272338; Fernandes et al., 2024). در همین راستا، تناظر نظری میان منابع معنا و سرمایه روانی، با بنیان‌های سلف-نظم و خودکارآمدی مقابله‌ای، چارچوبی فراهم می‌کند تا مداخلات، افزون بر کاهش نشانه، به «توانمندسازی» بیماران برای زیست معنادارتر بینجامد (Hooker, Haugan & Dezutter, 2021) #272339 (2018).

با توجه به پیشینه بالا، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو مسیر مداخله—EET به‌عنوان یک رویکرد فراتشخیصی مبتنی بر مواجهه و عمل ارزش‌محور، و آموزش مدیریت رنج به‌عنوان بسته‌ای فراترکیبی نیازمحور—بر دو سازه محوری خودکنترلی و معنای زندگی در بیماران مبتلا به IBS طراحی شده است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه درمان کارآمدی هیجانی، یک گروه آموزش مدیریت رنج و یک گروه کنترل و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی گوارش در شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۳ بودند. ۶۰ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر 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 شرکت کننده در مطالعه 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.

پرسشنامه خودکنترلی (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴): برای سنجش خودکنترلی از پرسشنامه ۳۶ سوالی تانجی و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج گزینه‌ای به صورت هرگز -۱ تا بسیار زیاد -۵ است. سوالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نوسان امتیازات در سطح کلی بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح خودکنترلی است. شواهد گسترده‌ای از روایی و پایایی این پرسشنامه طی دو مطالعه در یک مقاله توسط تانجی و همکاران (۲۰۰۴) ارائه شده است. به عنوان شواهدی از روایی سازه عاملی این پرسشنامه، تحلیل عامل اکتشافی با چرخش واریماکس، ساختاری پنج مولفه‌ای که با یکدیگر برای دستیابی به نمره کل خودکنترلی قابل جمع هستند را به دست داده است. همچنین به عنوان شواهدی از روایی همگرا و واگرایی امتیازات حاصل از پرسشنامه خودکنترلی، امتیازات حاصل از این پرسشنامه پس از حذف نقش مطلوب نمایی اجتماعی، با امتیازات اکثر خرده مقیاس‌های سیاهه اختلال خوردن (همبستگی منفی و طبعاً روایی واگرا)، با امتیازات آزمون غربالگری الکلیسم میشیگان (همبستگی منفی و طبعاً روایی واگرا)، با امتیازات حاصل از چک لیست نشانگان ۹۰ سوالی (همبستگی منفی و

طبعاً روایی واگرا)، با امتیازات سیاهه اختلالهای شخصیت میلون (همبستگی منفی و طبعاً روایی واگرا)، با امتیازات پنج عامل بزرگ شخصیت (به تناسب پنج عامل بزرگ شخصیت همبستگی منفی یا مثبت و طبعاً به عنوان شواهدی از روایی واگرا و همگرا)، امتیازات حاصل از پرسشنامه چند بعدی کمال گرایی (همبستگی مثبت با کمال گرایی معطوف به خود و همبستگی منفی با کمال گرایی معطوف به اجتماع)، با امتیازات حاصل از پرسشنامه محیط خانواده (همبستگی مثبت با پیوستگی خانوادگی و همبستگی منفی با تعارض خانوادگی)، با امتیازات حاصل از پرسشنامه سبکهای دلبستگی (همبستگی منفی با دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا و همبستگی مثبت با دلبستگی ایمن)، و با امتیازات حاصل از پرسشنامه همدلی (همبستگی مثبت با در نظر گرفتن دیدگاه دیگران و توجه همدلانه و همبستگی منفی با پریشانی شخصی) و با امتیازات سیاهه پاسخ خشم همبستگی معناداری را نشان داده است. همچنین به عنوان شواهدی از روایی سازه همزمان بین امتیازات این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه عملکرد در تکلیف و کنترل تکانه در دانشجویان همبستگی مثبت و معناداری به دست آمده است. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در دو مطالعه برابر با ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله سه هفته و با ۲۳۳ نفر نیز برابر با ۰/۸۹ ($p < 0/01$) به دست آمده است (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴). این پرسشنامه در ایران در مطالعات مختلفی تاکنون استفاده و شواهدی از روایی و پایایی آن گزارش شده است. آزاد منش و همکاران (۱۳۹۹) در گروهی از دانشجویان روایی و پایایی این پرسشنامه را بررسی نمودند. در مطالعه آزاد منش و همکاران (۱۳۹۹) بر مبنای تحلیل عامل اکتشافی دو عامل برای این پرسشنامه گزارش و روایی سازه عاملی آن مستند شده است. به عنوان شواهدی از روایی همگرای این پرسشنامه بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با پرسشنامه رفتار اخلاقی همبستگی مثبت گزارش شده است. آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۵ برای این پرسشنامه گزارش شده است (آزاد منش و همکاران، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه معنای زندگی (استگر و همکاران، ۲۰۰۶): برای سنجش معنای زندگی از پرسشنامه ۱۰ سوالی استگر و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. این پرسشنامه دو حوزه وجود معنا در زندگی و جستجو برای یافتن معنا را پوشش می‌دهد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه هفت درجه‌ای و شامل کاملاً نادرست=۱ تا کاملاً درست=۷ است. سؤال‌های (۸-۷-۳-۲-۱۰) نشان‌دهنده میزان تلاش فرد برای یافتن معنا در زندگی است و سؤال‌های (۴-۱-۶-۵-۹) با کدگذاری معکوس معنای زندگی فرد را مشخص می‌کنند. دامنه نوسان امتیازات این پرسشنامه در سطح نمره کلی بین ۱۰ تا ۷۰ و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح معنای زندگی است. استگر و همکاران (۲۰۰۶) شواهد روایی و پایایی این پرسشنامه را در سطح وسیعی طی سه مطالعه در یک مقاله علمی گزارش نموده‌اند. به عنوان شواهدی از روایی سازه عاملی این پرسشنامه تحلیل عامل تاییدی ساختار عاملی این پرسشنامه را تایید نموده است. همچنین به عنوان شواهدی دیگر برای روایی این پرسشنامه، و به عنوان روایی همگرا، بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با رضایت از زندگی، هیجانهای مثبت، دینداری درونی، برونگرایی و توافق پذیری همبستگی مثبت و معنادار ($p < 0/05$)، و به عنوان شواهدی از روایی واگرا بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه‌های افسردگی، هیجانهای منفی و روان رنجورخویی همبستگی منفی و معناداری ($p < 0/05$) گزارش شده است. به عنوان شواهدی از روایی تمیزی بین امتیازات حاصل از پرسشنامه معنای زندگی با دینداری بیرونی، رتبه بندی ارزشها و مطلوب نمایی اجتماعی (روایی تمیزی به ویژه در عدم وجود رابطه بین معنای زندگی و دینداری بیرونی محسوس است). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در سطح دو بعد آن (وجود معنا و جستجوی معنا) بین ۰/۸۸ و ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی با فاصله یک ماه برابر با ۰/۷۰ و ۰/۷۳ ($p < 0/01$) گزارش شده است (استگر و همکاران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه در ایران در مطالعات مختلفی استفاده و روایی و پایایی آن گزارش شده است. مصرآبادی و همکاران (۱۳۹۲) شواهدی از روایی این پرسشنامه در دانشجویان در ایران گزارش نموده‌اند. به عنوان شواهدی از روایی سازه عاملی این پرسشنامه، تحلیل عامل تاییدی روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مستند نموده است. شواهدی از روایی تمیزی (تشخیصی) این پرسشنامه در پیش بینی افراد سالم از افراد غیرسالم و به عنوان شواهدی از روایی همگرا بین امتیازات این پرسشنامه با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) نیز ارایه شده است (مصرآبادی و همکاران،

۱۳۹۲). در مطالعه دیگری در ایران بر روی دانشجویان آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است (حمزه پور حقیقی و اسدی مجره، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در سه گروه، شامل دو درمان کارآمدی هیجانی، گروه درمان مبتنی بر مدیریت رنج و یک گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون شرکت‌کنندگان پرسشنامه خودکنترلی و معنای زندگی را پاسخ دادند. به دنبال آن هر یک از دو گروه درمانی، به صورت گروهی، در دوره درمان مربوط به خود در یک مشاوره و روان درمانی شرکت نمودند. پس از پایان جلسات درمان، شرکت‌کنندگان 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 خودکنترلی و معنای زندگی پاسخ دادند. درمان کارآمدی هیجانی و آموزش مدیریت رنج 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. گروه درمان کارآمدی هیجانی از طریق بسته درمانی معرفی شده توسط مک‌کی و وست (۲۰۱۶) که در ایران در مطالعات مختلف از جمله در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی و قابلیت اجرای آن در نمونه ایرانی همراه با اعتبار این درمان بر متغیرهای روانشناختی تایید شده است، تحت درمان قرار گرفتند. بسته آموزشی و درمانی مدیریت رنج 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.

درمان کارآمدی هیجانی بر پایه الگوی مک‌کی و وست (۲۰۱۶) در هشت جلسه تدوین گردید. در جلسه نخست، رابطه درمانی برقرار شد و برنامه آموزشی معرفی گردید؛ سپس آموزش روانی در مورد هیجان‌ها با تأکید بر آگاهی از هیجان صورت گرفت و تمرین تکنیک «تماشای هیجان» اجرا شد و در پایان جمع‌بندی همراه با ارائه تکلیف خانگی انجام گرفت. جلسه دوم به آموزش کارکرد مغز در بعد هیجانی اختصاص یافت و شرکت‌کنندگان با افکار ناکارآمد آشنا شدند؛ آموزش روانی درباره مهارت موج‌سواری بر روی هیجان و مواجهه ارائه گردید و جلسه با جمع‌بندی و تکلیف در منزل به پایان رسید. در جلسه سوم، پذیرش ذهن‌آگاهانه و موج‌سواری بر هیجان‌ها با استفاده از استعاره «هیولا در اتوبوس» آموزش داده شد، همچنین به شناسایی لحظه انتخاب یعنی زمان بین برانگیختگی هیجانی و پاسخ پرداخته شد و در پایان جمع‌بندی و تکلیف خانگی ارائه گردید. در جلسه چهارم تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها همراه با مقابله ذهن‌آگاهانه از طریق فنون تن‌آرامی نظیر تنفس شکمی، تن‌آرامی بدون تنش، تنفس همراه با کنترل نشانه و تمرین حواس پنج‌گانه و نیز خودآرام‌سازی صورت گرفت. در جلسه پنجم، تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و انتخاب عمل مبتنی بر ارزش‌ها به همراه مواجهه هیجانی انجام شد و جلسه با جمع‌بندی و تکلیف خانگی پایان یافت. جلسه ششم بر آموزش و تمرین پذیرش بنیادین متمرکز بود؛ بدین صورت که مواجهه با هیجان به‌طور عملی انجام شد و افکار مقابله‌ای ناکارآمد با افکار سازگارانه جایگزین شدند. در جلسه هفتم، تمرین مقابله ذهن‌آگاهانه از طریق توجه‌برگردانی و مواجهه تصویری با موقعیت‌های واقعی اجرا گردید و شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که توجه خود را از محرک‌های آشفته‌ساز یا هیجان‌ها به رفتارهای

ارزش‌مدار همچون صمیمیت و بهبود روابط منتقل کنند که در نهایت موجب ارتقای تنظیم هیجان می‌شود. در جلسه هشتم، دریافت بازخورد و رفع اشکال صورت گرفت، جمع‌بندی و ارزیابی جلسات انجام شد، از مشارکت‌کنندگان قدردانی گردید و پس‌آزمون اجرا شد؛ همچنین تکالیفی برای منزل ارائه گردید و هماهنگی لازم برای اجرای مرحله پیگیری دو ماه بعد انجام گرفت.

آموزش مدیریت رنج که ویژه این مطالعه طراحی شد در هشت جلسه به اجرا درآمد. جلسه نخست به معارفه، آشنایی و تعیین اهداف عملی دوره آموزشی اختصاص یافت؛ سپس پیش‌آزمون اجرا شد و آموزش مدیریت رنج‌های عاطفی و اضطرابی در زمینه احساس افسردگی، خلق، عواطف و اضطراب منفی آغاز گردید و در پایان جمع‌بندی همراه با تکلیف خانگی ارائه شد. در جلسه دوم، مدیریت رنج‌های شناختی و فکری آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان با نقش‌شناخت‌ها و افکار معیوب و منفی در تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر آشنا شدند؛ سپس روش‌های مقابله با این افکار و نگرش‌ها از جمله فنون توقف و کنترل افکار ارائه گردید. جلسه سوم به ادامه آموزش مدیریت رنج‌های عاطفی و اضطرابی اختصاص یافت و نقش اضطراب، نگرانی و احساس تهدید در تشدید یا کنترل بیماری بررسی شد؛ همچنین آموزش مهارت‌های مقابله با اضطراب، نگرانی و تهدید از طریق مراقبه و ذهن‌آگاهی ارائه شد. در جلسه چهارم، آموزش مدیریت رنج‌های وجودی و هستی‌شناختی با تمرکز بر بی‌معنایی، پوچی و تنهایی انجام گردید؛ شرکت‌کنندگان با شیوه‌های مواجهه با ترس‌ها و نگرانی‌ها برای تغییر مسیر زندگی و یافتن معنا آشنا شدند و مفهوم گسترش معنا و مواجهه شجاعانه با پوچی و تنهایی مطرح گردید. جلسه پنجم به ادامه آموزش مدیریت رنج‌های وجودی در حوزه فقدان آزادی، اراده و احساس درماندگی اختصاص یافت و روش‌های مقابله با این احساسات آموزش داده شد. جلسه ششم بر مدیریت رنج‌های ناشی از افت کیفیت زندگی در حوزه سلامت جسم و روان متمرکز بود؛ در این جلسه، آموزش خودمراقبتی برای ارتقای سلامت جسمی و روانی ارائه گردید. در جلسه هفتم، مدیریت رنج‌های ناشی از افت کیفیت زندگی در حوزه روابط و محیط اجتماعی مورد توجه قرار گرفت و آموزش خودمراقبتی و دیگرمراقبتی برای ارتقای سلامت روابط و محیط زندگی ارائه شد. جلسه هشتم به آموزش مدیریت رنج‌های اجتماعی در زمینه تضعیف روابط اجتماعی، فقدان و انزوای اجتماعی اختصاص یافت؛ شرکت‌کنندگان با روش‌های تقویت روابط اجتماعی و غلبه بر احساس فقدان و انزوا آشنا شدند. در پایان، کل دوره جمع‌بندی شد، پس‌آزمون اجرا گردید، تکالیفی برای منزل ارائه شد و هماهنگی برای اجرای مرحله پیگیری دو ماه بعد انجام گرفت.

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-کوواریانس‌ها از طریق آزمون ام‌باکس، و پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماخلی)، از میانگین و انحراف‌معیار 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 ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش از نظر سن، مدت زمان ابتلا، جنسیت و تحصیلات 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 گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر و سطوح آن	گروه درمانی 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)	
مدت زمان ابتلا				
تا ۵ سال	۱۳ (۶۵)	۱۵ (۷۵)	۱۸ (۹۰)	۳/۵۴ (۰/۱۷)
۶ سال و بیشتر	۷ (۳۵)	۵ (۲۵)	۲ (۱۰)	
جنسیت				
زن	۱۶ (۸۰)	۱۲ (۶۰)	۱۵ (۷۵)	۲/۱۳ (۰/۳۴)
مرد	۴ (۲۰)	۸ (۴۰)	۵ (۲۵)	
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)	

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

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خودکنترلی و معنای زندگی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه درمانی مدیریت رنج میانگین	انحراف معیار	گروه درمان کارآمدی هیجانی میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل میانگین	انحراف معیار
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۱۳۰	۷/۶۶	۱۲۹/۶۵	۵/۹۴	۱۲۶/۶۵	۶/۸۲
	پس‌آزمون	۱۳۷/۶۵	۸/۱۴	۱۳۷/۵۰	۶/۳۱	۱۲۵/۸۵	۶/۷۱
	پیگیری	۱۴۱/۸۰	۸/۰۷	۱۴۰/۲۰	۶/۳۵	۱۲۵/۹۰	۶/۹۷
معنای زندگی	پیش‌آزمون	۵۱/۵۰	۴/۶۳	۵۴/۲۵	۳/۶۸	۵۳/۰۵	۳/۷۰
	پس‌آزمون	۶۱/۰۵	۴/۵۱	۶۲/۸۵	۴/۲۶	۵۲/۵۰	۳/۱۹
	پیگیری	۶۳/۵۰	۴/۹۲	۶۴/۱۵	۵/۸۲	۵۲/۴۵	۳/۳۹

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین خودکنترلی و معنای زندگی نشان می‌دهد که دو گروه درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج 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 خودکنترلی و معنای زندگی 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 خودکنترلی و معنای زندگی حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بود ($p \geq 0.05$). نتایج آزمون ماکلی (ماچلی) برای بررسی 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 گرین‌هاوس-گیزر گزارش شده است. در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای متغیر خودکنترلی و معنای زندگی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای خودکنترلی و معنای زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی	توان آزمون
خودکنترلی							
درون گروهی	زمان	۱/۴۲	۱۱۴۱/۱۰	۲۸۹/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
تعامل	زمان×گروه	۲/۸۴	۳۵۸/۵۸	۹۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
خطا (زمان)		۸۱/۰۶	۳/۹۵	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۲	۲۰۰۷/۳۵	۱۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
خطا		۵۷	۱۴۲/۹۷	-	-	-	-
معنای زندگی							
درون گروهی	زمان	۱/۶۷	۱۰۳۱/۳۵	۲۴۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
تعامل	زمان×گروه	۳/۳۵	۳۱۱/۵۱	۷۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
خطا (زمان)		۹۵/۴۴	۴/۲۴	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۲	۹۹۲/۶۷	۲۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
خطا		۵۷	۴۸/۶۰	-	-	-	-

چنان که در جدول ۳ برای متغیر خودکنترلی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=289/09$ ، $df=1/42$ و $p<0/01$) و تعامل زمان و گروه ($F=90/84$ ، $df=2/84$ و $p<0/01$) نشان می‌دهد که در خود کنترلی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۳ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۶ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۳ و ۷۶ درصد تفاوت در خود کنترلی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته درمانی کارآمدی هیجانی و یا درمان مدیریت رنج) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول ۵ در بخش اثر بین گروهی ($F=14/04$ ، $df=2$ و $p<0/01$) مشاهده می‌شود در خود کنترلی، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای عامل گروه برابر با ۰/۳۲ و توان آزمون برابر با ۰/۹۹ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۹۹ درصد توان ۳۲ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (یکی از دو بسته درمانی کارآمدی هیجانی و یا درمان مدیریت رنج) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در خود کنترلی معنادار نشان داده است.

چنان که در جدول ۳ برای متغیر معنای زندگی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=243/38$ ، $df=1/67$ و $p<0/01$) و تعامل زمان و گروه ($F=73/51$ ، $df=3/35$ و $p<0/01$) نشان می‌دهد که در معنای زندگی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۱ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۲ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۱ و ۷۲ درصد تفاوت در معنای زندگی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته درمانی کارآمدی هیجانی و یا درمان مدیریت رنج) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول ۵ در بخش اثر بین گروهی ($F=20/42$ ، $df=2$ و $p<0/01$) مشاهده می‌شود در معنای زندگی، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای عامل گروه برابر با ۰/۴۲ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۴۲ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (یکی از دو بسته درمانی کارآمدی هیجانی و یا درمان مدیریت رنج) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در معنای زندگی معنادار نشان داده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای دو متغیر خودکنترلی و معنای زندگی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان و گروه در خودکنترلی و معنای زندگی

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معناداری
خودکنترلی					
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۹۰	۰/۲۲
	۲		پیگیری	-۷/۲۰	۰/۳۹
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۳۰	۰/۲۸
گروه	۴	گروه آموزش مدیریت رنج	گروه درمان کارآمدی هیجانی	۰/۷	۲/۱۸
	۵		گروه کنترل	۱۰/۳۵	۲/۱۸
	۶	گروه درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۹/۶۵	۲/۱۸
معنای زندگی					
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۸۷	۰/۳۱
	۲		پیگیری	-۷/۱۰	۰/۴۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۲۳	۰/۳۰
گروه	۴	درمان مدیریت رنج	گروه درمان کارآمدی هیجانی	-۱/۷۳	۱/۲۷
	۵		گروه کنترل	۶/۰۲	۱/۲۷
	۶	گروه درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۷/۷۵	۱/۲۷

چنان‌که در جدول ۴، مشاهده می‌شود برای متغیر خودکنترلی، در سطح گروهی، بین درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج با گروه کنترل ($p < ۰/۰۱$) دارای تفاوت معنادار هستند، ولی بین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج بر خودکنترلی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). به این معنی که اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج بر خودکنترلی یکسان بوده است. برای متغیر معنای زندگی، بین درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج با گروه کنترل ($p < ۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج بر معنای زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). به این معنی که اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و درمان مدیریت رنج بر معنای زندگی یکسان بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر دو مداخله «درمان کارآمدی هیجانی» و «آموزش مدیریت رنج» در مقایسه با گروه کنترل به بهبود معنادار خودکنترلی و معنای زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجامیدند و تفاوت معناداری میان اثربخشی دو رویکرد مشاهده نشد ($p < ۰/۰۵$) در برابر کنترل؛ $p > ۰/۰۵$ میان دو مداخله). این الگو با مدل‌های زیستی-روانی-اجتماعی IBS همسو است که نقش محوری عوامل شناختی-هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و انتظارات بیمار را در تشدید/تسکین علائم برجسته می‌کنند (van Tilburg et al., 2013). از منظر درمانی، بدنه شواهد بر کارآمدی درمان‌های روان‌شناختی و کاهش استرس در بهبود پیامدهای این اختلال تأکید دارد و نتایج حاضر نیز بر همان خط شواهد می‌نشیند (Fernandes, 2024 #272352; Sweeney et al., 2025). افزون بر این، رویکردهای میان‌رشته‌ای که علاوه بر محور روده-مغز به مؤلفه‌های سبک زندگی و بافت اجتماعی توجه دارند، بیشترین احتمال دستیابی به پیامدهای بادوام را دارند (Nelkowska, 2020).

بهبود خودکنترلی در دو گروه درمانی، با ادبیات موجود درباره تمرین و آموزش خودکنترلی همخوان است؛ مرورهای دامنه‌یاب و شواهد تجربی نشان می‌دهند که خودکنترلی یک توانایی قابل ارتقا از طریق مداخلات ساختاریافته است و به بهبود عملکرد روزانه و رفتارهای سلامت‌محور می‌انجامد (Finch et al., 2023). حتی در بافت‌های چالش‌زا مانند دورکاری، افراد با خودکنترلی بالاتر عملکرد بهتری گزارش می‌کنند که

حکایت از انتقال‌پذیری این مهارت به حوزه‌های گوناگون دارد (Baumann et al., 2023). همچنین، شواهد طولی نشان داده‌اند که مواجهه با رخدادهای آسیب‌زا در سنین بالاتر می‌تواند ظرفیت خودمهاری را فرسوده کند، اما مداخلات هدفمند می‌توانند الگوهای ناکارآمد را تعدیل کنند (Choung & Pak, 2023). در بافت بالینی ایران، سنج‌های معتبر نیز امکان ارزیابی تغییرات را فراهم می‌کنند؛ نسخه فارسی پرسشنامه خودکنترلی روایی و پایایی مطلوبی نشان داده و بنابراین تغییرات مشاهده‌شده در مطالعه حاضر از اتکای روان‌سنجی کافی برخوردار است (Azadmanesh et al., 2020). از منظر سازوکار، EET با ادغام مواجهه هیجان‌محور، عمل ارزش‌مدار و مهار تکانه از طریق توجه‌آگاهی و پذیرش، بستر افزایش خودکنترلی را فراهم می‌کند (McKay & West, 2016)؛ این امر با یافته‌های داخلی درباره بهبود خودکارآمدی مقابله‌ای و کانون کنترل در نوجوانان مضطرب، بهبود خودکنترلی و صمیمیت در بافت زوجی و ارتقای سازگاری در بیماری جسمانی هم‌راستا است (Mazloom, 2023 #272331؛ Niknezhadi, 2023 #272358؛ Hayati et al., 2024). همچنین، داده‌های درمان‌های متمرکز بر هیجان نشان می‌دهند که کاهش بدتنظیمی هیجانی و افزایش تاب‌آوری، مسیرهای واسطه‌ای محتمل برای رشد خودمهاری‌اند (Doshmanfana et al., 2025). همسو با این شواهد، مطالعه حاضر نشان داد که مداخله آموزش مدیریت رنج—با هدف‌گیری ابعاد شناختی، هیجانی، وجودی و اجتماعی رنج—نیز می‌تواند به همان اندازه به تقویت خودکنترلی بینجامد؛ امری که با منطق ارتقای مهارت‌های خودمدیریتی در IBS نیز همخوان است (Cong et al., 2018).

یافته مربوط به افزایش معنای زندگی نیز با ادبیات سالوتوژنیک معنا و پیامدهای سلامت سازگار است. مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها بر رابطه مثبت معنا با شاخص‌های سلامت جسمی و روانی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که «برجستگی معنا» می‌تواند سازوکارهای سلامت‌ساز را فعال کند (Hooker, 2018 #272339؛ Czekierda et al., 2017). از منظر نظری، معنا به‌عنوان منبع محافظتی در برابر تنیدگی‌های مزمن همراه IBS عمل می‌کند (Haugan & Dezutter, 2021). شواهد میدانی نیز پیوند معنا با تندرستی والدین کودک دارای نیاز ویژه را گزارش کرده‌اند و بر نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای معنادار صحه گذاشته‌اند (Bekenkamp et al., 2014). در بزرگ‌سالی میانی و سالمندی، شبکه‌های معنا و سرمایه اجتماعی به‌طور غیرمستقیم بر افسردگی و اضطراب مرگ اثر می‌گذارند که اهمیت ارتقای معنا را در گروه‌های در معرض استرس برجسته می‌کند (Yousefi Afrashteh et al., 2024). افزون بر این، منابع فرهنگ‌ویژه معنا (هدف، تعالی، پیوند) می‌توانند شادی و غنای روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند؛ نشانه‌ای از ضرورت حساسیت فرهنگی در طراحی مداخلات معناگرا برای IBS (Mask et al., 2025). داده‌های داخلی نیز پیوند خوش‌بینی، معنا و مقابله سازگارانه با شادکامی دانشجویان را نشان می‌دهند که با الگوی افزایش «معنای زندگی» در مطالعه حاضر همخوان است (Hamzehpour Haghighi & Asadi Majareh, 2019). این هم‌سویی‌ها، بر معناداری افزایش «معنا» در کنار «خودکنترلی» به‌عنوان دو محور توانمندسازی بیماران IBS دلالت دارد.

عدم مشاهده تفاوت معنادار میان EET و آموزش مدیریت رنج از چند زاویه تبیین‌پذیر است. نخست، هر دو رویکرد بر مهارت‌های خودتنظیمی و مواجهه با تجارب درونی تکیه دارند؛ در EET از مسیر پذیرش/آگاهی/عمل ارزش‌مدار و در آموزش مدیریت رنج از رهگذر شناخت‌زدایی، ذهن‌آگاهی، بازقرارداد شناختی و معناجویی وجودی. این همپوشانی سازوکارها، به پاریتی پیامدی بر متغیرهای هدف می‌انجامد—الگویی که در مقایسه رویکردهای فراتشخیصی نیز مشاهده شده است (Zareie Faskhudi et al., 2021). دوم، در IBS برنامه‌های خودمدیریتی چندجزئی، حتی وقتی محتوای آن‌ها متفاوت است، اغلب به تغییرات رفتاری پایدار منتهی می‌شوند؛ به‌ویژه اگر مؤلفه‌های آموزش روانی و تمرین‌های خانگی در آن‌ها قوی باشد (Cong, 2018 #272344؛ Zia et al., 2016). سوم، رویکردهای بین‌رشته‌ای که به ترکیب درمان‌های روان‌شناختی با مداخلات سبک زندگی (مانند فعالیت بدنی هوازی) تمایل دارند، می‌توانند تفاوت‌های بین‌رویکردی را از طریق اثرات مشترک بر محور روده—مغز کمرنگ کنند (Prospero, 2025 #272340؛ Li et al., 2024). چهارم، اگرچه رژیم‌های غذایی مبتنی بر شواهد نقش مشخصی در کنترل نشانه‌های گوارشی دارند (Cuffe et al., 2025)، رضایت از زندگی در IBS بیش از شدت نشانه‌های گوارشی به بار روان‌شناختی وابسته است؛ بدین ترتیب، مداخلاتی که فشار روانی و نگرستن به رنج را هدف می‌گیرند، ممکن است در سطح بهزیستی و

معنا به نتایج مشابهی منتهی شوند (Snijkers et al., 2024). در نهایت، گستره عوامل خطر IBS در مرورهای چترگونه نشان می‌دهد که مسیرهای متعددی برای بهبود وجود دارد و هر دو مداخله می‌توانند بخش‌های همپوشان این مسیرها را پوشش دهند (Sulaimi et al., 2025).

هم‌سویی نتایج با شواهد درمان‌های متمرکز بر هیجان و پروتکل‌های فراتشخیصی، پشتوانه نظری مهمی برای استفاده از EET در شرایط جسمانی همراه بدتنظیمی هیجانی فراهم می‌کند (Doshmanfana, 2025 #272359; McKay & West, 2016). داده‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که EET در رقابت با پروتکل‌های یکپارچه می‌تواند خستگی روان‌شناختی را کاهش دهد و این امر با یافته حاضر—بهبود منابع درونی مانند خودکنترلی و معنا—همخوان است (Rastegar et al., 2025). هم‌زمان، صورت‌بندی و آزمون «آموزش مدیریت رنج» برای IBS به‌مثابه یک بسته فراترکیبی نیازمحور، یافته‌های کنونی را از حیث کارآمدی بالینی و امکان هم‌سطحی با EET پررنگ می‌کند (Khaki et al., 2025). این نتیجه با روایت‌های کیفی از تجربه زیسته بیماران—که بر تنیدگی نقش‌ها، انگ، نوسان‌پذیری علائم و جست‌وجوی معنا تأکید دارند—همخوان است (Dent, 2025 #272346; Shorey et al., 2021). در یک چارچوب ادغامی مراقبت، حتی پیشرفت‌های دارویی نوین مانند استفاده از آگونیست‌های گیرنده GLP-1 نیز هنگامی بیشترین بازده را دارند که در کنار مداخلات روان‌شناختی و خودمدیریتی به کار روند (Mostafa & Alrasheed, 2025).

از منظر روش‌شناختی، تکیه بر ابزارهای هنجاریابی‌شده و روایی‌یافته برای سنجش سازه‌های اصلی مطالعه، اعتبار درونی نتایج را تقویت می‌کند (Mesrabadi, 2013 #272324; Azadmanesh et al., 2020). به‌کارگیری طراحی نیمه‌آزمایشی با سه مرحله سنجش و تحلیل‌های واریانس اندازه‌های تکراری و اصلاح بونفرونی، امکان پایش الگوی تغییر را فراهم آورد و با استانداردهای پژوهش کمی و کیفی در علوم رفتاری سازگار است (Gall et al., 2014). هم‌سویی نتایج با مطالعات مبتنی بر شفقت در بیماران IBS نیز قرینه‌ای بیرونی بر اعتبار سازه‌ای یافته‌های حاضر محسوب می‌شود (Darabi et al., 2023). در مجموع، پیام اصلی نتایج این است که در بیماران IBS، ارتقای «خودکنترلی» و «معنای زندگی»—به‌عنوان دو منبع درونی قابل آموزش—می‌تواند به‌طور معناداری محقق شود و مسیر مداخله (EET) در برابر آموزش مدیریت رنج تا جایی که مؤلفه‌های هسته‌ای خودتنظیمی و معناجویی را پوشش دهد، تفاوت تعیین‌کننده‌ای در پیامدهای روان‌شناختی ضروری ایجاد نمی‌کند (Hooker, 2018 #272339; Czekierda, 2017 #272341; Zareie Faskhudi et al., 2021).

این پژوهش بر نمونه‌ای از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های گوارش یک شهر متکی بود و تعمیم‌پذیری نتایج به سایر بافت‌های فرهنگی و نظام‌های مراقبتی محدود است. تخصیص نمونه به گروه‌ها هدفمند بود و اگرچه کنترل‌های آماری به کار رفت، نبود تصادفی‌سازی کامل می‌تواند بر اعتبار علی اثر بگذارد. استفاده از خودگزارش‌سنج‌ها، خطر سوگیری‌های پاسخ و مطلوبیت اجتماعی را به همراه دارد. وزن‌دهی پیامدها به شاخص‌های روان‌شناختی و فقدان سنج‌های عینی فیزیولوژیک یا میکروبیوم، دامنه تفسیر را محدود می‌کند. شدت و ترکیب درمان‌های دارویی یا مداخلات سبک زندگی خارج از پروتکل به‌صورت کامل کنترل نشد. پیگیری زمانی کوتاه بود و درباره پایداری اثرات درازمدت نمی‌توان دآوری قطعی ارائه کرد. همچنین، تفاوت‌های فردی مرتبط با فرهنگ معنا و ترجیحات مقابله‌ای ممکن است در پاسخ‌دهی به مداخلات نقش داشته باشند.

پژوهش‌های آینده بهتر است با کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی‌شده چندمرکزی و نمونه‌های بزرگ‌تر، نتایج را بازآزمایی کنند. افزودن سنج‌های عینی مانند نشانگرهای التهابی، پروفایل میکروبیوم، و شاخص‌های فیزیولوژیک استرسی می‌تواند به تبیین سازوکارهای زیربنایی کمک کند. آزمون بسته‌های چندجزئی که درمان‌های روان‌شناختی را با مداخلات تمرینی و رژیم‌های تلفیق می‌کنند، ارزش کاربردی بالایی دارد. بررسی تعدیل‌گرها (سن، جنس، الگوهای شخصیتی، مکان کنترل، مدت و شدت علائم) و میانجی‌ها (پذیرش، اجتناب تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری شناختی/هیجانی) برای مشخص کردن «چه کسی از چه چیزی سود می‌برد» ضروری است. پیگیری‌های طولانی‌مدت و سنجش هزینه-فایده

درمان‌ها می‌تواند شواهد لازم برای سیاست‌گذاری را تقویت کند. توسعه و ارزیابی نسخه‌های دیجیتال/ترکیبی مداخلات، امکان دسترسی‌پذیری و مقیاس‌پذیری را افزایش خواهد داد.

در عمل بالینی، پیشنهاد می‌شود تیم‌های مراقبت از IBS بسته‌های مداخله‌ای انعطاف‌پذیر و نیازمحور طراحی کنند که مؤلفه‌های هسته‌ای خودتنظیمی، معناجویی، ذهن‌آگاهی، و مواجهه ارزش‌مدار را در برگیرد. غربالگری اولیه برای شناسایی بار روان‌شناختی، مکان کنترل و منابع معنا می‌تواند به انتخاب مسیر مداخله مناسب کمک کند. ادغام جلسات کوتاه‌مدت آموزش خودمدیریتی با تمرین‌های خانگی ساختاریافته، پیگیری منظم و بازخورد مبتنی بر داده، شانس حفظ دستاوردها را بالا می‌برد. همکاری نزدیک با متخصصان تغذیه و فیزیولوژی ورزش برای برنامه‌های رژیمی و تمرینی متناسب، چارچوب مراقبت یکپارچه را کامل‌تر می‌کند. آموزش خانواده و شبکه حمایت اجتماعی بیمار، به‌ویژه در مدیریت رنج‌های وجودی و کاهش انگ، اهمیت دارد. در نهایت، تنظیم پروتکل‌ها با حساسیت فرهنگی و ترجیحات فردی بیماران، احتمال تبعیت درمانی و کارآمدی واقعی را افزایش خواهد داد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازين اخلاقی

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

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

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 chronic and multifaceted disorder of the gastrointestinal system, characterized not only by abdominal pain and irregular bowel patterns but also by complex biopsychosocial interactions that exacerbate patient suffering (van Tilburg et al., 2013). Recent evidence emphasizes that psychological burden and lived experience in IBS patients often play a more decisive role in quality of life than the severity of gastrointestinal symptoms (Dent et al., 2025; Snijkers et al., 2024). This aligns with the biopsychosocial model of IBS, where psychological processes such as maladaptive cognitions, emotional dysregulation, and illness perceptions interact with physiological systems (Nasiri-Dehsorkhi et al., 2022). Accordingly, psychological and behavioral interventions have gained prominence as viable treatments alongside dietary and pharmacological approaches (Fernandes et al., 2024; Sweeney et al., 2025).

Dietary strategies such as low-FODMAP regimens have been confirmed effective in symptom management (Cuffe et al., 2025), while novel pharmacological directions such as glucagon-like peptide-1 receptor agonists are emerging (Mostafa & Alrasheed, 2025). However, interdisciplinary approaches that incorporate lifestyle modification, stress reduction, and psychological therapies provide more comprehensive benefits (Li et al., 2024; Nelkowska, 2020). In particular, self-management interventions have been shown to produce long-lasting behavioral improvements, which are crucial given the chronic and relapsing nature of IBS (Cong et al., 2018; Zia et al., 2016).

Within this framework, two psychological resources—self-control and meaning in life—are especially significant. Self-control, the ability to regulate impulses, emotions, and behaviors, has been associated with superior adaptation and health outcomes (Finch et al., 2023). Studies demonstrate that higher levels of self-control improve functioning under conditions such as working from home (Baumann et al., 2023) and mitigate the negative consequences of traumatic events in older age (Choung & Pak, 2023). In IBS specifically, locus of control and active self-management have been linked with more favorable psychosomatic profiles (Prospero et al., 2025).

On the other hand, meaning in life serves as a salutogenic resource that supports both psychological and physical health (Czekierda et al., 2017; Haugan & Dezutter, 2021). Conceptual models suggest that meaning salience activates health-promoting mechanisms (Hooker et al., 2018). Empirical studies highlight its positive association with well-being among parents of special needs children (Bekenkamp et al., 2014) and its role in mediating depression and anxiety in elderly populations (Yousefi Afrashteh et al., 2024). Cross-cultural research has further shown that sources of purpose can predict happiness and psychological richness (Mask et al., 2025). Importantly, validated tools such as the Persian Self-Control Questionnaire (Azadmanesh et al., 2020) and the Meaning in Life Questionnaire (Mesrabadi et al., 2013) provide reliable measures for assessing these constructs in Iranian populations.

Among the psychological therapies, Emotion Efficacy Therapy (EET) has been conceptualized as a transdiagnostic treatment integrating exposure, acceptance, and valued action, drawing from dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy (McKay & West, 2016). Evidence supports EET's effectiveness in reducing cognitive distortions and enhancing distress tolerance (Ebrahimi et al., 2021), improving coping self-efficacy (Hayati et al., 2024), fostering self-control and intimacy (Niknezhadi et al., 2023), and strengthening psychological adjustment in cancer patients (Mazloom, 2023). Comparative research also indicates its efficacy relative to integrated transdiagnostic treatments (Rastegar et al., 2025), while emotion-focused therapies more broadly demonstrate benefits for emotion regulation and resilience (Doshmanfana et al., 2025).

An alternative yet complementary approach is suffering management training, a need-based intervention designed to address cognitive, emotional, existential, and social aspects of patient suffering (Khaki et al., 2025). This method resonates with the existential and meaning-focused literature showing that optimism, coping strategies, and perceived meaning predict well-being (Hamzehpour Haghighi & Asadi Majareh,

2019). Given that satisfaction with life in IBS is shaped more by psychological burden than by symptom severity (Snijkers et al., 2024), targeting meaning and self-control through such interventions could be particularly beneficial.

Therefore, the present study sought to compare the effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Suffering Management Training on self-control and meaning in life among patients with IBS. By situating both interventions within the broader biopsychosocial model of IBS, this study contributes to ongoing efforts to design integrative treatment protocols that move beyond symptom control to patient empowerment.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments, along with a control group. The statistical population consisted of patients diagnosed with IBS attending gastroenterology clinics in Isfahan during the winter of 2025. From this group, 60 patients were selected purposively and randomly assigned into three groups of 20 participants each: Emotion Efficacy Therapy, Suffering Management Training, and Control.

Data were collected using the Self-Control Questionnaire (Tangney et al., 2004, validated in Persian by Azadmanesh et al., 2020) and the Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006, validated by Mesrabadi et al., 2013). The two treatment groups participated in eight sessions of 75–95 minutes each, while the control group received no psychological intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests in SPSS version 26.

Findings

The analysis revealed significant differences between both intervention groups and the control group on measures of self-control and meaning in life ($p < .05$). Participants receiving either Emotion Efficacy Therapy or Suffering Management Training demonstrated higher post-test and follow-up scores compared to the control group. However, no statistically significant differences were found between the two intervention groups themselves ($p > .05$). These findings indicate that both approaches were equally effective in enhancing self-control and meaning in life in IBS patients.

Discussion and Conclusion

The findings confirm the utility of psychological interventions in IBS management, consistent with the biopsychosocial model (van Tilburg et al., 2013). The equal effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Suffering Management Training highlights the possibility that both share overlapping mechanisms of action—enhancing emotion regulation, fostering acceptance, promoting cognitive restructuring, and reinforcing value-based action. These mechanisms align with previous studies demonstrating the positive effects of self-management interventions (Cong et al., 2018; Zia et al., 2016) and stress reduction therapies (Fernandes et al., 2024).

The improvement in self-control resonates with prior research indicating that self-control is a trainable skill with far-reaching implications for performance and well-being (Baumann et al., 2023; Finch et al., 2023). Moreover, the observed increases in meaning in life confirm earlier findings on the health-protective role of meaning (Czekierda et al., 2017; Haugan & Dezutter, 2021) and the predictive power of purpose for psychological richness (Mask et al., 2025). By enhancing both constructs simultaneously, these interventions provide a robust platform for empowering IBS patients to cope with chronic symptoms.

The lack of significant differences between the two therapies may also be interpreted through the lens of overlapping therapeutic components. As Zareie Faskhudi et al. (Zareie Faskhudi et al.) observed, emotion-focused and transdiagnostic therapies often converge on shared processes of emotion regulation. Similarly, in IBS care, diverse interventions often yield parallel outcomes, especially when psychological burden is the central target (Snijkers et al., 2024; Sulaimi et al., 2025). Therefore, both interventions may be considered

clinically viable, and the choice between them can be guided by patient preference, cultural context, or resource availability.

From a practical perspective, integrating such interventions into routine gastroenterological care could enhance treatment outcomes. As demonstrated in recent interdisciplinary approaches (Li et al., 2024; Nelkowska, 2020), combining medical, dietary, and psychological strategies holds the greatest promise. Psychological empowerment through self-control and meaning may not directly reduce gastrointestinal symptoms, but it strengthens resilience, coping, and life satisfaction, ultimately improving long-term disease management.

In conclusion, this study provides evidence that both Emotion Efficacy Therapy and Suffering Management Training are equally effective in enhancing self-control and meaning in life among IBS patients. These findings underscore the importance of incorporating psychological therapies into comprehensive treatment protocols for IBS. By addressing the emotional and existential dimensions of patient experience, such interventions move beyond symptom relief and contribute to holistic well-being.

فهرست منابع

References

- Azadmanesh, M., Abolmaali, K., & Mohammadi, A. (2020). Examining the Validity and Reliability of the Persian Version of the Self-Control Questionnaire in Students. *Psychometrics*, 8(32), 107-123. <https://sanad.iau.ir/Journal/ps/Article/1112092/FullText>
- Baumann, J., Danilov, A., & Stavrova, O. (2023). Self-control and performance while working from home. *PLoS One*, 18(4), e0282862. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282862>
- Bekenkamp, J., Groothof, H. A. K., Bloemers, W., & Tomic, W. (2014). The relationship between physical health and meaning in life among parents of special needs children. *Europe's journal of psychology*, 10(1), 67-78. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i1.674>
- Choung, Y., & Pak, T. Y. (2023). More than just a bad day? Traumatic life events and self-control in old age. *PLoS One*, 18(2), e0266312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266312>
- Cong, X., Perry, M., Bernier, K. M., Young, E. E., & Starkweather, A. (2018). Effects of self-management interventions in patients with irritable bowel syndrome: Systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(11), 1698-1720. <https://doi.org/10.1177/0193945917727705>
- Cuffe, M. S., Staudacher, H. M., Aziz, I., Adame, E. C., Krieger-Grubel, C., Madrid, A. M., Ohlsson, B., Black, C. J., & Ford, A. C. (2025). Efficacy of dietary interventions in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 10(6), 520-536. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(25\)00054-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00054-8)
- Czekierda, K., Banik, A., Park, C. L., & Luszczynska, A. (2017). Meaning in life and physical health: systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 11(4), 387-418. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1327325>
- Darabi, F., Nazari, G., Zamani Khormandichali, D., & Vahidi, M. (2023). The Effectiveness of self-compassion therapy on self-efficacy and rumination in patients with irritable bowel syndrome. *Razavi International Journal of Medicine*, 11(2), e1195.
- Dent, E., Davinson, N., Wilkie, S., & Stevens, D. (2025). A qualitative exploration into the lived experiences of females with a gastrointestinal condition. *Journal of Health Psychology*, 13591053251315685. <https://doi.org/10.1177/13591053251315685>
- Doshmanfana, S., Mosafer, A., Mostafaei, N., Samadifard, N., & Yekta, M. R. (2025). The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion dysregulation and resilience in patients with chronic pain and depressive symptoms. *Health Nexus*, 3(1), 123-130. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.3.1.13>
- Ebrahimi, M., Shahabi-Zadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, G. (2021). Determining the Effectiveness of Emotionally Competent Therapy on Defective Cognitive Systems (Intolerance of Uncertainty and Experiential Avoidance) and Distress Tolerance of Anxious Nurses. *Disability Studies*, 11(81), 1-12. <https://www.sid.ir/paper/1029050/fa>
- Fernandes, A. J. T., Farrell, A. L., Naveh, S. V., & Chakraborty, S. (2024). Stress reduction and psychological therapy for IBS: a scoping review. *Frontiers in Gastroenterology*, 3, 1342888. <https://doi.org/10.3389/fgstr.2024.1342888>

- Finch, K. R., Chalmé, R. L., Kestner, K. M., & Sarno, B. G. (2023). Self-Control Training: A Scoping Review. *Behavior Analysis in Practice*, 17(1), 137-156. <https://doi.org/10.1007/s40617-023-00885-y>
- Gall, J., Borg, W., & Gall, M. D. (2014). *Quantitative and Qualitative Research Methods in Educational and Psychological Sciences - Volume One*. Shahid Beheshti University Press and SAMT. https://www.jcsicsa.ir/&url=http://www.jcsicsa.ir/article_112943.html?lang=en
- Hamzehpour Haghighi, T., & Asadi Majareh, S. (2019). Correlates of Student Happiness: Optimism, Meaning in Life, and Adaptive Coping Strategies. *Social Work*, 8(2), 5-12. http://socialworkmag.ir/browse.php?a_code=A-10-216-1&sid=1&slc_lang=fa
- Haugan, G., & Dezutter, J. (2021). *Meaning-in-life: A vital salutogenic resource for health*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_8
- Hayati, M., Shahni Yeilagh, M., & Keykhosravani, M. (2024). The Effect of Emotionally Competent Therapy on Coping Self-Efficacy and Locus of Control in 15- to 16-Year-Old Female Students with Social Anxiety. *Knowledge and research in applied psychology*. https://journals.iau.ir/article_698420.html
- Hooker, S. A., Masters, K. S., & Park, C. L. (2018). A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health. *Review of General Psychology*, 22(1), 11-24. <https://doi.org/10.1037/gpr0000115>
- 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. *In Press*. <https://www.mhljournal.com/index.php/mhlj/article/view/58>
- Li, C., Li, J., Zhou, Q., Wang, C., Hu, J., & Liu, C. (2024). Effects of physical exercise on the microbiota in irritable bowel syndrome. *Nutrients*, 16(16), 2657. <https://doi.org/10.3390/nu16162657>
- Malm, D., Fridlund, B., Ekblad, H., Karlström, P., Hag, E., & Pakpour, A. H. (2018). Effects of brief mindfulness-based cognitive behavioural therapy on health-related quality of life and sense of coherence in atrial fibrillation patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(7), 589-597. <https://doi.org/10.1177/1474515118762796>
- Mask, M. B., Folk, D. P., & Heine, S. J. (2025). How sources of purpose predict meaning in life, happiness, and psychological richness, across cultures. *The Journal of Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1080/17439760.2025.2500562>
- Mazloom, M. (2023). Comparing the mechanism of change of cognitive-behavioral therapy and emotion efficacy therapy in improving psychological adjustment of women with breast cancer: The role of cognitive and emotional flexibility, illness perception, and valued action. *International Journal of Cognitive Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00180-2>
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief exposure treatment for emotion regulation, Integrating DBT and ACT*. Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2016-49941-000>
- Mesrabadi, J., Ostovar, N., & Ja'farian, S. (2013). Examining the Construct and Diagnostic Validity of the Meaning in Life Questionnaire in Students. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(1), 83-90. https://www.behavsci.ir/article_67816.html
- Mostafa, M. E. A., & Alrasheed, T. (2025). Improvement of irritable bowel syndrome with glucagon like peptide-1 receptor agonists: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 16, 1548346. <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1548346>
- Nasiri-Dehsorkhi, H., Vaziri, S., Esmailzadeh, A., & Adibi-Sedeh, P. (2022). Nocebo and psychological factors in irritable bowel syndrome (IBS): A scoping review. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 9(4), 271-284. <https://ijbmc.org/index.php/ijbmc/citationstylelanguage/get/apa?submissionId=435&publicationId=436>
- Nelkowska, D. D. (2020). Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Annals of Gastroenterology*, 33(1), 1-8. <https://doi.org/10.20524/aog.2019.0441>
- Niknezhadi, M., Sajjadian, I., & Manshaee, G. (2023). The effectiveness of emotion efficacy therapy on self-control and intimacy of women injured by trauma from husband infidelity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(2), 29-46. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.2>
- Prospero, L., Riezzo, G., D'Attoma, B., Ignazzi, A., Bianco, A., Franco, I., Curci, R., Campanella, A., Bagnato, C. B., Porcelli, P., Giannelli, G., & Russo, F. (2025). The impact of locus of control on somatic and psychological profiles of patients with irritable bowel syndrome engaging in aerobic exercise. *Scientific reports*, 15(1), 3966. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88466-7>
- Rastegar, A., Yousefi, E., & Khajehpour, L. (2025). Comparing the effectiveness of emotional efficacy therapy and integrated transdiagnostic treatment on psychological fatigue in women involved in emotional divorce with early marriage. *Iranian Journal of Educational Research*, 4(1), 195-214.
- Shorey, S., Demutska, A., Chan, V., & Siah, K. T. H. (2021). Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 140, 110289. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110289>

- Snijkers, J. T. W., Winkens, B., Weerts, Z. Z. R. M., Vork, L., Mujagic, Z., Hesselink, M. A. M., Leue, C., Kruijmel, J. W., Muris, J. W. M., Jonkers, D. M. A. E., Masclee, A. A. M., & Keszthelyi, D. (2024). Satisfaction with life in IBS is associated with psychological burden rather than gastrointestinal symptom severity. *The American Journal of Gastroenterology*, 119(3), 512-520. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002547>
- Sulaimi, F., Ong, T. S. K., Tang, A. S. P., Quek, J., Pillay, R. M., Low, D. T., Lee, C. K. L., Siah, K. T. H., & Ng, Q. X. (2025). Risk factors for developing irritable bowel syndrome: systematic umbrella review of reviews. *BMC Medicine*, 23(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03930-5>
- Sweeney, L., Windgassen, S., & Moss-Morris, R. (2025). *Psychological/behavioral treatments for patients with irritable bowel syndrome and other gastrointestinal disorders*. <https://doi.org/10.1037/0000395-015>
- van Tilburg, M. A., Palsson, O. S., & Whitehead, W. E. (2013). Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model. *Journal of psychosomatic research*, 74(6), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.03.004>
- Yousefi Afrashteh, M., Majzoobi, M. R., Janjani, P., & Forstmeier, S. (2024). The relationship between the meaning of life, psychological well-being, self-care, and social capital, with depression and death anxiety in the elderly living in nursing homes: The mediating role of loneliness. *Heliyon*, 10(9), e30124. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30124>
- Zareie Faskhudi, B., Karbalaee Mohammad Meigouni, A., Rezabakhsh, H., & Ghelichi, L. (2021). Comparison of the effect of unified transdiagnostic treatment from emotional disorders and emotion efficacy therapy on emotion regulation among adults with stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 185-209. https://japr.ut.ac.ir/article_82745.html
- Zia, J. K., Barney, P., Cain, K. C., Jarrett, M. E., & Heitkemper, M. M. (2016). A Comprehensive self-management irritable bowel syndrome program produces sustainable changes in behavior after 1 year. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(2), 212-219.e292. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.09.027>