Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2022, Volume 8, Issue 3 https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Illness Perception and Self-Care Behaviors of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Esmat Ashkesh[1], Mohamad -Bagher Hobbi[*2,3], Maryam Mashayekh[4], Hassan Ahadi[5,6]

1- PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
5- Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
6- Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

Corresponding Author: Mohamad -Bagher Hobbi, Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran./ Assistant Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
Email: Sahobbi4@gmail.com

Received: 2021/10/31 Accepted: 2022/01/12

Abstract

Introduction: Having a correct perception of the illness affects the patient's adaptation to the illness and self-care behaviors by increasing compliance with care instructions. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of metacognitive therapy on illness perception and self-care behaviors of patients with irritable bowel syndrome.

Methods: The present study was a quasi-experimental pretest-posttest and follow-up. From the statistical population that included all patients with irritable bowel syndrome referred to the specialized and sub-specialized center of Milad Hospital in the first six months of 2021, 30 patients were selected by purposive sampling method and randomly divided into two groups (15 patients in the experimental group and 15 patients in the control group). Patients of the experimental group participated in eight 90-minute sessions of Wells and Culber (2012) metacognitive therapy, but patients of the control group received routine treatment. Data collection tools were Broadbent's Illness Perception Questionnaire (2006) and Cohen's Self-Care Behaviors Questionnaire (1991). Data were analyzed using SPSS software version 22 and analysis of variance with repeated measures between groups at the significance level of $\alpha = 0.05$.

Results: The results showed that metacognitive therapy was effective in improving illness perception ($p<0.01$) and increasing self-care behaviors ($p <0.01$) in patients with irritable bowel syndrome and these results continued in the follow-up period ($p <0.01$).

Conclusions: The results showed the effectiveness of metacognitive therapy on improving the perception of the disease and increasing the self-care behaviors of patients with irritable bowel syndrome and its continued effectiveness. Therefore, therapists and health professionals can use metacognitive therapy along with other treatments to improve the characteristics of patients with irritable bowel syndrome, especially to improve the perception of the disease and increase self-care behaviors.

Keywords: Metacognitive Therapy, Illness Perception, Self-Care Behaviors, Irritable Bowel Syndrome.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

بهار ۱۴۰۱، دوره ۸، شماره ۳
https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75

اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر

عصمت اشکش[۱]، محمدباقر حبی[۲و۳*]، مریم مشایخ[۴]، حسن احدی[۵و۶]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین علیه‌السلام، تهران، ایران.
۳- استادیار مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحدکرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۵- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۶- استاد مدعو، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** محمدباقر حبی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین علیه‌السلام، تهران، ایران/ استادیار مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
ایمیل: Sahobbi4@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

چکیده

مقدمه: داشتن ادراک درست از بیماری می تواند از طریق افزایش پیروی از دستورات مراقبتی، تطابق بیمار با بیماری‌اش و رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار دهد. لذا هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری بود. از جامعه آماری که شامل تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی و فوق-تخصصی بیمارستان میلاد در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بودند، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی ولز و کولبیر (۲۰۱۲) شرکت کردند، اما گروه گواه درمان روتین دریافت کرد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامهٔ ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) و رفتارهای خودمراقبتی کوهن و همکاران (۱۹۹۱) بودند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری α=۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراشناخت در بهبود ادراک بیماری ($p<۰/۰۱$) و افزایش رفتارهای خودمراقبتی ($p<۰/۰۱$) بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بود و این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دهنده اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود ادراک بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر و تداوم اثربخشی آن بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت میتوانند از روش درمان فراشناختی در کنار سایر روش های درمانی برای بهبود ویژگی های مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر به ویژه بهبود ادراک بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، ادراک بیماری، رفتارهای خودمراقبتی، سندرم روده تحریک‌پذیر.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

مقدمه

سـندرم روده تحریک‌پذیـر (Irritable Bowel Syndrome – IBS) یکـی از شـایع‌ترین، پرهزینه‌تریـن و ناتوان‌کننده‌تریـن اختـلالات عملکـردی دسـتگاه گـوارش اسـت [۱]. ایـن بیمـاری، علـت ۲۵ الـی ۵۰ درصـد از مـوارد ارجـاع بـه متخصصیـن گوارشـی و دومیـن علـت غیبـت از محـل کار پـس از سـرماخوردگی بـه شـمار مـی‌رود [۲]. سـندرم روده تحریـک پذیـر اختـلال عملکـردی دسـتگاه گـوارش اسـت کـه بـا درد شـکمی، یبوسـت، اسـهال یـا ترکیبـی از علائـم همـراه اسـت [۳]. شـیوع سـندرم روده تحریک‌پذیـر در جهـان از ۵ تـا ۲۰ درصـد متفـاوت هسـت [۴]. شـیوع ایـن بیمـاری در زنـان به‌طـور معنـی‌داری بیشـتر از مـردان اسـت و در افـراد متاهـل بیشـتر از افـراد غیـر متاهـل گزارش‌شـده اسـت]۵[. شـدت علائـم در سـندرم روده تحریک‌پذیـر می‌توانـد از یـک ناراحتـی خفیـف تـا یـک بیمـاری ناتوان‌کننـده شـدید را شـامل شـود. ایـن بیمـاری در مـواردی می‌توانـد بـا فوریـت، بی‌اختیـاری مدفـوع، علائـم خـارج رودهـای مثـل خواب‌آلودگـی، علائـم ادراری و یـا علائـم جنسـی همـراه شـود. علائـم ایـن بیمـاری گاهـی آن‌قـدر آزاردهنـده اسـت کـه حتـی برخـی از مبتلایـان بـه دلیـل عـدم بهبـودی دسـت بـه خودکشـی زده‌انـد [۶].

عوامـل روانشـناختی و روان‌پزشـکی در بسـیاری از مـوارد بـر شـروع، شـدت و فرجـام اختـلالات کارکـردی دسـتگاه گـوارش از جملـه سـندرم روده‌ی تحریک‌پذیـر تأثیـر می‌گذارنـد [۷]. مطالعـات مربـوط بـه سـندرم روده‌ی تحریک‌پذیـر رابطـه‌ی بیـن ادراک بیمـاری و شـدت علائـم در بیمـاران مبتلابـه سـندرم روده تحریک‌پذیـر را نشـان داده اسـت [۸–۹]. منظـور از ادراک بیمـاری ایجـاد یـک نـوع شـناخت سـازمان یافتـه از بیمـاری توسـط خـود بیمـار اسـت [۱۰]. ادراک بیمـاری شـامل اطلاعاتـی در پنـج بعـد اسـت: ماهیـت، یعنـی برچسـب و علائـم مربـوط بـه بیمـاری (ماننـد خسـتگی و ضعـف)؛ باورهـا در مـورد علـل آغـاز بیمـاری؛ طـول مـدت بیمـاری ؛ پیامدهـا مـورد انتظار فـرد از بیمـاری برحسـب اثـرات اقتصـادی، اجتماعـی، روانـی و جسـمی و مؤثـر بـودن درمـان بـرای کنتـرل و بهبـود بیمـاری [۱۱]. ارتبـاط بیـن ادراک بیمـاری و پیامدهـای بیماری‌هـای مختلـف موردبررسـی قرارگرفتـه اسـت، یافته‌هـا بیانگـر نقـش قابل‌توجـه ادراک بیمـاری در کیفیـت زندگـی در بیمـاران مبتلابـه سـندرم روده تحریک‌پذیـر، کیفیـت زندگـی بیمـاران مبتلابـه کولیـت اولسـراتیو [۱۲] و در پیش‌بینـی رفتارهـای ارتقادهنـدۀ سـلامتی بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان [۱۳] اسـت.

از طرفـی یکـی از اهـداف مهـم در کنتـرل بیمـاری سـندرم روده تحریک‌پذیـر، توانمندسـازی بیمـاران در خودمراقبتـی اسـت، زیـرا سـندرم روده تحریک‌پذیـر بیمـاری مزمنـی اسـت کـه بـه رفتارهـای خودمراقبتـی ویـژه‌ای تـا پایـان عمـر نیـاز دارد [۱۴]. رفتارهـای خودمراقبتـی یـک مفهـوم کلیـدی در ارتقـای سـلامتی اسـت کـه بـه مجموعـه تصمیم‌هـا و فعالیت‌هایـی اطـلاق می‌شـود کـه یـک فـرد بـرای سـازگاری بـا مشـکلات مرتبـط بـا سـلامت و یـا بهبـود سـلامتی بـکار می‌بـرد [۱۵]. خودمراقبتـی خـوب می‌توانـد منتـج بـه ارتقـای کیفیـت زندگـی بیمـاران شـود، سـلامتی آن‌هـا را حفـظ نمایـد و بـر سـازگاری آن‌هـا نیـز اثرگـذار باشـد [۱۶]. رفتارهـای خودمراقبتـی نقـش مهمـی در تأمیـن بهداشـت و درمـان دارنـد [۱۷]. همچنیـن داشـتن درک درسـت از بیمـاری نقـش مهمـی در بهبـود بیمـاری دارد [۱۸].

در سـال‌های اخیـر درمـان فراشـناختی (Metacognitive Therapy)، یکـی از درمان‌هایـی اسـت کـه بـه عنـوان رویکـرد نوظهـوری در زمینـه درک و درمـان اختلال‌هـای هیجانـی و مشـکلات روانشـناختی بـه کار مـی‌رود [۱۹]. روش‌هـای مبتنـی بـر فراشـناخت از نسـل سـوم روان‌درمانـی هسـتند کـه بـه انـدازه تغییـر بـر پذیـرش تأکیـد می‌کننـد و بیشـتر مبتنـی بـر راهبردهـا و فرآیندهایـی اسـت کـه شـناخت‌ها را ارزیابـی، کنتـرل و نظـارت می‌کننـد [۲۰]. فراشـناخت یـک مفهـوم چندبعـدی مربـوط بـه دانـش و اطلاعـات و راهبردهایـی اسـت کـه افـراد بـرای کنتـرل و تنظیـم فرایندهـای شـناختی خـود از آن اسـتفاده می‌کننـد [۲۱]. بـر اسـاس رویکـرد فراشـناختی افـراد بـه ایـن دلیـل در دام ناراحتـی هیجانـی گرفتـار می‌شـوند کـه فراشـناخت‌های آن‌هـا بـه الگـوی خاصـی از پاسـخ‌دهی عـادت کـرده کـه موجـب تـداوم هیجانـی و تقویـت باورهـای منفـی می‌شـود [۲۲]. درمـان فراشـناختی شـامل ارتبـاط بـا افـکاری اسـت کـه مانـع ایجـاد مقاومـت یـا تحلیـل ادراکـی پیچیـده شـود و بتوانـد راهبردهـای تفکـر ناسـازگار در مـورد نگرانـی و نظـارت غیرقابـل انعطـاف را از بیـن ببـرد [۲۳]. پژوهش‌هـا از اثربخشـی درمـان فراشـناختی در کاهـش علائـم و انعطاف‌پذیـری [۲۴]، سـرمایه روانشـناختی (امیـد، خوش‌بینـی، تـاب‌آوری خودکارآمـدی) و کیفیـت زندگـی [۲۵] و افزایـش رضایـت از زندگـی بیمـاران مبتلابـه سـندرم روده تحریک‌پذیـر [۲۶] حکایـت دارنـد. همچنیـن تأثیـر درمـان فراشـناختی بـر ادراک بیمـاری در بیمـاران کرونـر قلبـی [۲۷]، تأثیـر درمـان فراشـناختی بـر خودمراقبتـی در سـالمندان افسـرده غیـر بالینـی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

[۲۸] تأیید شده است. با این وجود مرور پیشینه پژوهش نشان می دهد که در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی در ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر مطالعه ای به صورت مستقیم انجام نشده است.

با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، پیامدهای گسترده سندروم روده تحریک‌پذیر و هزینه‌هایی که این بیماری برای بیمار، خانواده و جامعه به دنبال دارد و با توجه به اینکه در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر تاکنون مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام‌نشده است و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود، پژوهش در این زمینه ضروری و دارای اهمیت هست، از این رو مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه همراه با دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به مرکز تخصصی و فوق- تخصصی بیمارستان میلاد در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بودند؛ که از جامعه هدف ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند (تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی(بر اساس لیست شماره‌گذاری شده) در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارت‌اند از: تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس نظر متخصص گوارش، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود و حین اجرای پژوهش، دارا نبودن سایر اختلالات گوارشی ساختاری با کارکردی همزمان، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، داشتن حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۶۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی بود؛ و ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلال سایکوتیک و یا سایر اختلالات گوارشی همزمان و بیماری‌های رحمی در پرونده پزشکی و تشخیص کیست تخمدان، اندومتریک و سرطان تخمدان در تشخیص افتراقی توسط پزشکان متخصص، غیبت بیش از دو جلسه در جریان درمان و عدم تکمیل پرسش‌نامه یا مخدوش بودن آن بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

پرسش‌نامه ادراک بیماری: این پرسشنامه ۹ سؤالی توسط بردبنت و همکاران در سال ۲۰۰۶، ساخته‌شده است و دارای ۹ خرده مقیاس (۱- ادراک از پیامدها ۲- طول مدت بیماری، ۳- کنترل شخصی، ۴- درمان‌پذیری، ۵- شناخت علائم، ۶- نگرانی در مورد بیماری، ۷- قابلیت درک و فهم، ۸- واکنش عاطفی و ۹- جهت‌گیری علی) است و هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک از خرده مقیاس‌های به صورت اختصار درآمده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است، سؤال ۹ (مربوط به علیت در یک مقیاس) درجه بندی از صفرتا ده پاسخ داده می‌شود و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد پرسش قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه‌شده است که هر یک از خرده مقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند، هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می سنجد، نه خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را موردسنجش قرار می‌دهد. در مطالعه بردبنت و همکاران روایی محتوایی تایید و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۶ هفته ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است [۲۹]. در پژوهش محمدی و عزیری، روایی در دو مرحله توسط ۱۰ نفر از اساتید صاحب‌نظر در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه ادراک بیماری بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شد [۳۰]. در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی: این پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۹۱، تهیه شد که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره یک (احتمال کم) تا نمره پنج (احتمال زیاد) در حیطه‌های پیگیری رژیم غذایی تجویز شده، عدم استفاده از سیگار، فعالیت‌های جسمانی،

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

استفاده از رژیم دارویی تجویزشده و تعدیل اثر متغیرهای تنیدگی است. حداقل نمره این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ هست. بدین ترتیب نمره ۲۰ تا ۷۹ مؤید رفتارهای مراقبت از خود نامطلوب و نمره ۸۰ تا ۱۰۰ نشان‌دهنده رفتار مراقبت از خود مطلوب هست. کوهن و همکاران، روایی سازه این مقیاس را تأیید و پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش نمودند [۳۱]. در پژوهش نیاکان روایی محتوایی ابزار تأیید و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ در حیطه پیشگیری رژیم غذایی، عدم استفاده از سیگار، فعالیت جسمانی، استفاده از رژیم دارویی تجویز شده و تعدیل اثر متغیرهای تنیدگی آور بعد از ترخیص از بیمارستان به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۲، ۰/۸۱، ۰/۹۸ و ۰/۸۰ به دست آمد [۳۲]. در مطالعه حاضر، پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ در حیطه پیشگیری رژیم غذایی ۰/۸۳، عدم استفاده از سیگار ۰/۷۸، فعالیت جسمانی ۰/۸۶، استفاده از رژیم دارویی تجویز شده ۰/۸۱ و تعدیل اثر متغیرهای تنیدگی آور بعد از ترخیص از بیمارستان ۰/۸۲ و به دست آمد.

پس از تخصیص و قرار گرفتن افراد در گروه آزمایش و گواه ابتدا هر دو گروه در زمینه اهداف پژوهش و فعالیت های انجام شده توجیه شدند؛ سپس هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه پرسشنامه ادراک بیماری و خودمراقبتی را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، اما گروه گواه درمان روتین دریافت کرد. پس از خاتمه جلسات درمانی، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق برگزار شد. پس از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، سه جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت یک هفته انجام شد. درمان فراشناختی برگرفته از مداخله درمان فراشناختی ولز و کولبیر بود [۳۳]. خلاصه جلسات درمان مطابق (جدول۱) بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی

جلسه	محتوای ارائه شده
۱	طی این جلسه فرمول‌بندی کلی و معرفی مدل درمانی صورت گرفت، درمانگر با استفاده از تکنیکهای توجه به مراجع کمک کرد آگاهی خود را نسبت به موقعیت افزایش دهد تا فراشناخت افزایش یابد
۲	در این مرحله زمان نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل‌کنترل موردبررسی گرفت. همچنین تمرین به تعویق انداختن زمان نشخوار ذهنی و افکار تکراری، آموزش داده شد. مراجعان یاد گرفتند که این گروه از افکار قابل‌کنترل هستند
۳	در این مرحله سعی شد تحریک‌کنندگان و برانگیزاننده های نشخوار ذهنی و افکار تکراری شناسایی شوند. از تکنیک‌های ذهن آگاهی با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری برای کنترل این افکار استفاده شود
۴	در این مرحله به تعویق انداختن حداقل ۷۵ درصد تحریک‌کنندگان و بر انگیزانندگان افکار تکراری و کاهش زمان نشخوار ذهنی به کمتر از دو دقیقه در هر دفعه مورد آموزش و تمرین قرار گرفتند
۵	در این قسمت به مراجعان آموزش داده شد تا به وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده و ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار ذهنی بپردازند.
۶	طی این جلسه درمانگر به بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان‌های اضطراب‌آور و افسرده کننده پرداخت. سپس در خصوص ماهیت نشخوارهای ذهنی و عقاید منفی مرتبط با هیجان‌ها و چگونگی چالش با آن‌ها بحث و گفتگو صورت گرفت
۷	در این قسمت بر روی تدوین برنامه‌های جدید و بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم کار شد. همچنین تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی راهبردهای مقابله‌ای غیرضروری و استفاده از تکنیک‌های متنوع ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب نیز موردبررسی قرار گرفت
۸	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با شرایط خلقی در آینده آموزش داده شد. تمرین‌های مراقبه وارسی بدن و آرام‌سازی ذهن هم مورد تمرین قرار گرفت. سپس صحبت‌هایی در خصوص پیشگیری از عود انجام شد و جلسات با تأکید بر تداوم تمرین‌ها در منزل به اتمام رسید.

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.BA.REC.1400.006 از دانشگاه آزاد اسلامی –واحد بندرعباس (کمیته اخلاق در پژوهش) هست. ضمنا در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه ها، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری α=۰/۰۵ انجام شد.

یافته ها

در (جدول۲) یافته های جمعیت شناختی افراد گروه های

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

مـورد مطالعـه گـزارش شـده اسـت. نتایـج (جـدول ۲) نشـان مـی دهـد کـه در گـروه آزمایـش ۷ نفـر زن (۴۶/۷ درصـد) و ۸ نفـر مـرد (۵۳/۳ درصـد)، امـا در گـروه گـواه ۶ زن (۴۰ درصـد) و ۹ مـرد (۶۰ درصـد) بودنـد.

جدول ۲. یافته های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

	متغیر	فراوانی گروه آزمایش	درصد	فراوانی گروه گواه	درصد
سن	۴۰-۴۹ سال	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۴
	۵۰-۵۹ سال	۶	۴۰	۵	۳۳/۳
	۶۰-۷۰ سال	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳
جنسیت	زن	۷	۴۶/۷	۶	۴۰
	مرد	۸	۵۳/۳	۹	۶۰
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷
	لیسانس	۶	۴۰	۷	۴۶/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	۶/۶	۱	۶/۶

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	ادراک بیماری	۵۹/۲۰	۸/۴۵	۵۸/۴۰	۹/۰۵	۶۰	۱۰/۱۴
	رفتارهای خودمراقبتی	۵۵/۶۷	۸/۳۱	۵۲/۶۷	۱۰/۹۰	۵۵	۹/۵۴
درمان فراشناختی	ادراک بیماری	۵۹/۲۰	۱۰/۸۳	۴۸	۱۷/۷۴	۴۹/۶۰	۱۵
	رفتارهای خودمراقبتی	۵۶/۶۷	۱۲/۶۳	۶۹	۱۰/۰۴	۶۹	۱۱/۰۵

بـر اسـاس نتایـج (جـدول۳) نمـرات میانگیـن نمـرات متغیرهـای ادراک بیمـاری و رفتارهـای خودمراقبتـی در گـروه درمـان فراشـناختی نسـبت بـه گـروه گـواه در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری نسـبت بـه مرحلـه پیش‌آزمـون در متغیـر ادراک بیمـاری کاهش‌یافتـه امـا در رفتارهـای خودمراقبتـی افزایـش یافتـه اسـت.

قبـل از اجـرای آزمـون تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر بیـن گروهـی، پیش‌فـرض نرمـال بـودن داده‌هـا بـا آزمـون شـاپیرو ویلـک انجـام شـد. ایـن پیش‌فـرض حاکـی از آن اسـت کـه تفـاوت مشاهده‌شـده بیـن توزیـع نمـرات گـروه نمونـه و توزیـع نرمـال در جامعـه برابـر بـا صفـر اسـت. نتایـج ایـن آزمون نشـان داد کـه تمـام متغیرهـا در پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری از توزیـع نرمـال پیـروی می‌کننـد. همچنیـن به‌منظـور بررسـی پیش‌فـرض یکنواختـی کوواریانس‌هـا یـا برابـری کوواریانس‌هـا بـا کوواریانـس کل از آزمـون کرویـت ماچلـی اسـتفاده شـد. اگـر معنـی‌داری در آزمـون کرویـت ماچلـی بالاتـر از ۰/۰۵ باشـد بـه طـور معمـول از آزمـون فـرض کرویـت و در صـورت عدم‌تأییـد از آزمـون محافظه‌کارانـه گرینهـاوس- گیسـر بـرای تحلیـل واریانـس اندازه‌هـای تکـراری اسـتفاده می‌شـود. در ایـن پژوهـش نتایـج آزمـون ماچلـی متغیرهـای پژوهـش برقـرار نبـود ($p>0/05$). بنابرایـن نتایـج آزمـون تحلیـل واریانـس اندازه‌هـای تکـراری بـرای مقایسـه دو گـروه در متغیرهـای ادراک بیمـاری و رفتارهـای خودمراقبتـی در سـه مرحلـه پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری براسـاس اصـلاح گریـن هـاوس گیـزر در (جـدول۴) گـزارش شـده اسـت.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرین هاوس گیزر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
ادراک بیماری	مراحل	۲۰/۵۷۹	۱/۹۳	۳۰۰/۴۴	۶/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۲۰
	مراحل * گروه	۸۰/۵۴۰	۱/۹۳	۲۸۰/۵۲	۶/۴۰	۰/۰۰۴	۰/۱۹
	گروه‌ها	۶۰/۱۰۸۱	۱	۱۰۸۱/۶۰	۵/۹۲	۰/۰۲۲	۰/۱۷
رفتارهای خودمراقبتی	مراحل	۶۷/۵۷۱	۱/۲۳	۴۶۵/۹۸	۵/۵۸	۰/۰۱۸	۰/۱۷
	مراحل * گروه	۸۹/۱۰۲۳	۱/۲۳	۸۳۴/۶۱	۹/۹۹	۰/۰۰۲	۰/۲۶
	گروه‌ها	۴۴/۲۴۵۴	۱	۴۴/۲۴۵۴	۶/۶۶	۰/۰۱۵	۰/۱۹

بر اساس نتایج (جدول۴) مقدار F به دست آمده برای معنی داری اثر مراحل نشان داد، تفاوت بین نمرات متغیرهای ادراک بیماری (P<۰/۰۱) و متغیر رفتارهای خودمراقبتی (P<۰/۰۱) معنی‌دار است. همچنین مقدار F به دست آمده برای گروه نشان داد میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار می باشد (P<۰/۰۵). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب ۱۷ و ۱۹ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است (P<۰/۰۱)؛ به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی در کاهش ادراک بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است؛ نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان فراشناختی و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
گواه	ادراک بیماری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۸۰	۰/۴۳	۰/۲۴۷
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۸۰	۱/۶۲	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۱/۶۰	۱/۹۰	۱
	رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳	۱/۶۸	۰/۲۸۵
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۶۷	۱/۹۴	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۲/۳۳	۰/۹۷	۰/۰۶۱
درمان فراشناختی	ادراک بیماری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶	۰.۸۸۶	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۲۰	۳/۱۰	۰/۰۰۹
		پس‌آزمون-پیگیری	۹/۶۰	۳/۲۹	۰/۰۳۳
	رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۲/۳۳	۴/۰۸	۰/۰۲۷
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۲/۳۳	۳/۸۷	۰/۰۲
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۱	۳/۴۶	۱

نتایج (جدول۵) نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان فراشناختی معنی‌دار به دست آمده است (p<۰/۰۱) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه در ادراک بیماری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت، یعنی درمان فراشناختی بر ارتقای ادراک بیماری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بوده است. در زمینه مقایسه یافته به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین، پژوهشی به‌صورت مستقیم انجام نشده است، اما با یافته‌های مطالعات مشابه و نزدیک در این زمینه پاشنگ و همکاران [۲۴]، خسروشاهی و همکاران [۲۷] و محمدی و عزیزی [۳۰] همسو است. در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر، توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده های خود، به‌عنوان سروصداهایی) برخورد کنند، از روش آموزش توجه نه برای توجه برگردانی از برانگیزاننده ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ‌های نشخوار فکری استفاده می‌شود [۳۴] و همچنین با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی گسلیده، بیمار یاد می‌گیرد بدون انجام دادن تحلیل مفهومی مداوم درباره نشخوارهای فکری و معنای آن‌ها، آن را به تعویق بیندازد. البته بیمار باید متوجه شود که این تعویق انداختن فرایند نشخوار فکری با سرکوب فکر اشتباه نشود، هدف بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست، بلکه هدف، درگیر نشدن در آن از طریق نشخوار فکری مداوم است [۳۵]. همچنین با شروع اجرای تکنیک‌های فراشناختی تجربیات مثبت فرد افزایش‌یافته و فرد انگیزه بیشتری در استفاده از تکنیک‌ها پیدا می‌کند و می‌تواند چرخه ناسالم باورهای فراشناختی، نشخوار فکری، اضطراب و رفتارهای اجتنابی که در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کند را بشکند [۳۶]؛ بنابراین درمان فراشناختی موجب می‌شود که بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود (ادراک بیماری) تغییر یابد.

دیگر نتیجه پژوهش نشان داد که در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه در رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت. یعنی درمان فراشناختی برافزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بود. در زمینه مقایسه نتیجه به دست آمده در جامعه هدف، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام‌نشده است، اما با نتایج مطالعات مرتبط در این زمینه از جمله پاشنگ و همکاران [۲۵]، پاشنگ [۲۶]، عابدی سرکمائی [۲۸] همسو است. در درمان فراشناختی باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر در درمان مورد هدف قرار می‌گیرد، زیرا باورهای فراشناختی منفی بر شیوه پاسخ‌دهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند. پس درمان فراشناختی با تأکید بر چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی کنترل ناپذیری و خطر و کاهش فرایندهای شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش می‌تواند بر باورهای فراشناختی درباره سلامتی و توانایی کنترل آن تأثیر بگذارد [۳۷]. درمان فراشناختی با آموزش روش‌های مختلف در طول جلسات درمانی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگار تفکر، تفکر مبتنی بر نگرانی سلامتی را بهبود می‌بخشد و با بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک می‌کند تا رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند تعدیل نمایند [۳۹]. از نقاط قوت مطالعه حاضر، بررسی تغییرات ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و استفاده از رویکرد درمان فراشناختی به عنوانی درمانی نو ظهور که تاکنون در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که تاکنون انجام‌نشده است، می‌توان اشاره نمود. ازمحدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدود بودن نتایج در جامعه بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، عدم امکان پیگیری طولانی برای بررسی تغییر رفتارهای زمان‌بر، خود گزارشی بودن ابزار پژوهش می توان اشاره نمود. لذا جهت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود که به انجام مطالعه در سایر شهر، گروه‌های مختلف بیماران به همراه دوره‌های پیگیری بلندمدت پرداخته شود، پیشنهاد می‌شود که به مقایسه درمان فراشناخت با دیگر رویکردهای درمانی از جمله درمان پذیرش و تعهد پرداخته شود. بر اساس این مطالعه پیشنهاد می‌شود که برنامه درمانی فراشناختی در برنامه درمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، مورد توجه قرار گیرد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

نتیجه گیری

یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود ادراک بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر بود، بنابراین، برنامه‌ریزی جهت استفاده از درمان فراشناختی در کنار سایر روش‌های درمانی جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر ضروری است. درنتیجه، درمانگران و روانشناسان می‌توانند از روش درمان فراشناختی جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مثل بهبود ادراک بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده نمایند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی بیماران و کارکنان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان میلاد و کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی در انتشار این مطالعه ندارند.

References

1. Soares RLS. Irritable bowel syndrome, food intolerance and non-celiac gluten sensitivity. A new clinical challenge. Arquivos de gastroenterologia. 2018; 55:417-22. https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-88
2. Defrees DN, Bailey J. Irritable bowel syndrome: epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2017; 44(4):655-71. https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.009
3. Soleimani E, Esmaieli A. The Effectiveness of Cognitive - Behavioral Hypnotherapy on clinical symptoms of Irritable Bowel Syndrome. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2021; 10(5):35-44. [Persian].
4. Ozer M, Bengi G, Colak R, Cengiz O, Akpinar H. Prevalence of irritable bowel syndrome-like symptoms using Rome IV criteria in patients with inactive inflammatory bowel disease and relation with quality of life. Medicine. 2020; 99(19):1-7. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020067
5. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. The lancet Gastroenterology & hepatology. 2020; 5(10):908-17. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X
6. Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2004; 2(12):1064-8. https://doi.org/10.1016/S1542-3565(04)00545-2
7. Aghalar S, Moradi Manesh F, Saraj Khorami N, Hafezi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy and its Comparison with Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive Regulatory Strategies Excitement of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2020; 63(2):1-1. [Persian]. https://doi.org/10.3390/jcm10122706
8. Afshar H, Bagherian R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghaghzadeh H, Maracy MR, et al. The Relationship between Illness Perception and Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 29(137): 1-11. [Persian].
9. 9. Sadrameli S, Ebrahimi A, Neyestanakk M. The Relationship between Illness Perception, Hope and Forgiveness in Interpersonal Relationships with Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2017; 12(45):47-56. [Persian].
10. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats: Routledge; 2020. https://doi.org/10.1201/9781003044307-9
11. Cosma A, Băban A. Emotional responses of adolescents with type 1 diabetes: The role of illness representations and coping. Cognition, Brain, Behavior. 2017; 21(2):117. https://doi.org/10.24193/cbb.2017.21.08
12. Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. Govaresh. 2017;

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

22(1):28-38. [Persian].
13. Basharpoor S, NasriNasrabadi B, Heidari F, Molavi P. The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2018; 6(2):102-13. [Persian]. https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.102
14. Lee Y-J, Shin S-J, Wang R-H, Lin K-D, Lee Y-L, Wang Y-H. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Patient education and counseling. 2016; 99(2):287-94. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.021
15. D›Souza MS, Karkada SN, Parahoo K, Venkatesaperumal R, Achora S, Cayaban ARR. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. Applied Nursing Research. 2017; 36:25-32. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.004
16. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. Current heart failure reports. 2017; 14(2):71-7. https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1
17. Naji Esfahani F, Seirafi M, Kraskian Mujembari A. The Effectiveness of Behavioral Activation Intervention on Increasing Self-Care Behaviors and Life Expectancy in the Elderly. Aging Psychology. 2020; 6(2):93-105. [Persian].
18. Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. Journal of psychosomatic research. 2010; 68(6):553-60. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004
19. Wells A, Fisher P. Meta-cognitive therapy without metacognition: A case of ADHD. American Journal of Psychiatry. 2011; 168(3):327-330.. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101467
20. Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Complementary therapies in medicine. 2016; 26:1-10. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.02.012
21. Petty RE, Briñol P. Emotion and persuasion: Cognitive and meta-cognitive processes impact attitudes. Cognition and Emotion. 2015; 29(1):1-26. https://doi.org/10.1080/02699931.2014.967183
22. Vaishnav BS, Vaishnav SB, Chotaliya M, Bathwar D, Nimbalkar S. Cognitive style assessment among medical students: A step towards achieving meta-cognitive integration in medical education. The National Medical Journal of India. 2019; 32(4):235. https://doi.org/10.4103/0970-258X.291298
23. Melchior K, Franken IH, van der Heiden C. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case report. Bulletin of the Menninger Clinic. 2018; 82(4):375-89. https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.375
24. Pashang S, Tajeri B, Khosh Lahjeh A. Comparison of effectiveness acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on hopefulness and flexibility of patients suffering from irritable bowel syndrome. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018; 13(48):37-46. [Persian].
25. Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh A. Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome. Medical Sciences Journal. 2019; 29(2):181-90. [Persian]. https://doi.org/10.29252/iau.29.2.181
26. Pashang S. Acceptance and Commitment Therapy Compared with Metacognition Therapy in Reducing Symptoms and Increasing Life Satisfaction in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Govaresh. 2019; 24(1):22-9. [Persian].
27. Khosroshahi H, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Metacognitive Therapy on Mental Health, Self-efficacy and Illness Perception in Coronary Heart Disease. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019; 9(0):62-73. [Persian].
28. Abdi Sarkami F, Mirzaian B, Abbasi G. The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly. Aging Psychology. 2020; 6(3):283-69. [Persian].
29. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research. 2006; 60(6):631-7.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]

https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
30. Mohammadi J, Azizi A. Dialectical Behavior Therapy Group on the Perception of the Disease and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Journal of Ilam University of medical sciences. 2017; 25(2):18-26. [Persian]. https://doi.org/10.29252/sjimu.25.2.18
31. Conn WS, Taylor SG, Wiman P. Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. Issues in Mental Health Nursing. 1991; 12(4):321-31. https://doi.org/10.3109/01612849109010014
32. Niakan M, Paryad E, Leili EK, Sheikholeslami F. Depressive symptoms effect on self care behavior during the first month after myocardial infarction. Global journal of health science. 2015; 7(4):382. [Persian]. https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p382
33. Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. Journal of clinical psychology. 2012; 68(4):373-81. https://doi.org/10.1002/jclp.20871
34. Mohammad-Khani P, Dabsoun K, Hosseini F, Momeini F. Comparison of the Effectiveness Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy and Treatment as Usual on Depression and Additional Symptoms and Other Psychiatric Symptoms. Journal of Clinical Psychology. 2011; 3(1):19-26.
35. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press; 2011.
36. Zolfaghari H, Miri M, Mokhtarpour H. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Cognitive Deficits in Elderly with Substance use. Aging Psychology. 2015; 1(2):11-21. [Persian].
37. Aghajani S, Samadifard H, Narimani M. The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. Health Psychology. 2017; 6(21):142-56. [Persian].
38. Ansari B, Tasbihsazan S, Khademi A, Rezaei M. Effectiveness of Metacognitive Therapy on Worry, Rumination and Asthma Control in Patients with Asthma. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2021; 7(3):20-9. [Persian].

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.75]