Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
No 63, Volume 16, Issue 3

Check for updates

Research Article

Comparison of the Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Focused Therapy on Anxiety Sensitivity in Patients with Peptic Ulcer

Fatemeh Amanloo[1], Mohammad Rajabi[2*], Mahdi Nayyeri[2]

[1] Ph.D. Student of Health Psychology, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

***Corresponding author:** Mohammad Rajabi, Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran. E-mail: mohammad.rajabi@iau.ac.ir.

DOI: **10.32592/nkums.16.3.55**

How to Cite this Article:
Amanloo F, Rajabi M, Nayyeri M. Comparison of the Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Focused Therapy on Anxiety Sensitivity in Patients with Peptic Ulcer. J North Khorasan Univ Med Sci. 2024;16(3):55-63. DOI: 10.32592/nkums.16.3.55

Received: 08 Jan 2024
Accepted: 11 Jun 2024

Keywords:
Anxiety Sensitivity
Cognitive Therapy Based on Mindfulness
Emotional Therapy
Peptic Ulcer

Abstract

Introduction: Peptic ulcer is known as a psychosomatic disease that is closely related to anxiety and stress. This research aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy on anxiety sensitivity in patients with peptic ulcers.

Method: This semi-experimental study was conducted based on a pre-test-post-test-follow-up design and a control group. In total, 45 peptic ulcer patients who had referred to specialized and sub-specialized gastroenterology clinics in Mashhad, Iran in 2023 were enrolled in the study. The participants were selected by available sampling method and randomly replaced in two experimental groups and one control group (n=15). The experimental groups received intervention in the form of eight 90-minute sessions of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy. The control group did not receive training during the research. Participants completed the Taylor and Cox (1998) Anxiety Sensitivity Questionnaire before, immediately after, and three months after the interventions. The obtained data were analyzed by repeated measure ANOVA in SPSS software.

Results: The findings showed that emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy were effective on the anxiety sensitivity of patients with peptic ulcer (P<0.001). However, no significant difference was observed between the effectiveness of the two treatment approaches (P=0.78).

Conclusion: The results showed that emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy can be used to improve anxiety-related factors among patients with peptic ulcers.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Copyright *© 2024 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۶، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به زخم معده

فاطمه امانلو[۱]، محمد رجبی[۲*]، مهدی نیری[۲]

[۱] دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت،گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
[۲] استادیار،گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
[*] **نویسنده مسئول:** محمد رجبی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. ایمیل: mohammad.rajabi@iau.ac.ir.

DOI: 10.32592/nkums.16.3.55

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲

واژگان کلیدی:
درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی
درمان هیجان‌مدار
حساسیت اضطرابی
زخم معده

چکیده

مقدمه: زخم معده یک بیماری روان‌تنی شناخته شده است که ارتباط نزدیکی با متغیرهای اضطرابی دارد. این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به زخم معده صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش آزمون-پس‌آزمون-پیگیری همراه گروه کنترل و با مشارکت ۴۵ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی گوارش شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ انجام شد. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌طور جداگانه، تحت درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در بازه زمانی مطالعه مداخله روانشناختی دریافت نکرد. این افراد بعد از پایان مطالعه در صورت تمایل می‌توانستند در یکی از مداخلات شرکت کنند. شرکت‌کنندگان، قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخلات، پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی تایلور و کاکس (۱۹۹۸) را تکمیل کردند. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مطالعه نشان داد درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به زخم معده اثربخش است (P<۰،۰۰۱)، اما در اثربخشی بین دو رویکرد درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد (P=۰/۷۸).

نتیجه‌گیری: نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که می‌توان از هر دو رویکرد درمانی برای بهبود بیماران مبتلا به زخم معده بهره برد.

مقدمه

بیماری زخم معده شیوع قابل‌توجهی در جمعیت عمومی دارد. این بیماری بین ۵ تا ۱۰ درصد مردم دنیا را درگیر می‌کند، در حالی که بیشتر بیماران برای درمان اقدام جدی انجام نمی‌دهند [۱]. در یک مطالعه مروری با بررسی میزان این بیماری در ایران، تعداد مبتلایان بسیار بالاتر از آمار جهانی و حدود ۳۴ درصد گزارش شده است [۲]. این موضوع می‌تواند سالیانه موجب ضررهای اقتصادی در حوزه بهداشت، درمان و کاهش بازدهی بیماران در حوزه زندگی فردی و اجتماعی شود. میزان خطر ابتلا به انواع سرطان‌های گوارشی در میان مبتلایان به زخم معده بیشتر از افراد غیر مبتلا است [۲]. درصورتی‌که فرد مبتلا جهت درمان اقدام نکند یا تبعیت درمانی ضعیف داشته باشد این بیماری می‌تواند با احتمال بیشتری به سایر بخش‌های دستگاه گوارش سرایت کرده و زمینه ابتلا به سرطان را فراهم آورد [۳]. مطالعات اولیه زخم معده، نقش عوامل روان‌شناختی را در تولید زخم معده مستعد نشان داده‌اند. این اثر از طریق افزایش ترشح اسید در اثر استرس روان‌شناختی اعمال می‌شود [۴]. هم‌زمانی بیماری‌های مزمنی مانند زخم معده با مشکلات بالینی و روان‌شناختی یا سایر بیماری‌ها بسیار شایع است [۵]؛ به‌طوری‌که پژوهشگران معتقدند هم‌زمانی این بیماری با مشکلات روان‌شناختی بیشتر قاعده است تا استثنا [۴]. نتایج یکی از مطالعات اخیر نشان داده است شیوع هم‌زمان اضطراب و افسردگی بین مبتلایان به زخم معده ۳۲ درصد، شیوع اضطراب به‌تنهایی ۵۴/۵ درصد و افسردگی به‌تنهایی ۵۰ درصد است[۶].

مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی علاوه بر اینکه از جمله فاکتورهای آغازکننده این بیماری هستند، در نگه‌داری و شدت این بیماری نیز نقش دارند و از طرفی مبتلایان به جهت روند مزمن بیماری دچار افسردگی شده و اضطراب کاهش عملکرد روزمره‌شان را

Copyright © 2024 *The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

دارند. در نتیجه، این افراد معمولاً سبک زندگی ناسالمی داشته و از درمان‌های دارویی نیز تبعیت کافی نمی‌کنند [۷]. حائز اهمیت است که دارودرمانی نیز در کنترل و مدیریت این بیماری با چالش‌هایی روبه‌رو است؛ چراکه بیشتر بیماران نگرش مثبت به داروها ندارند یا به‌دلیل هزینه بالای دارو درمان را رها می‌کنند [۸]. رهاکردن درمان موجب ایجاد خسارات مالی و اقتصادی در سیستم بهداشتی می‌شود [۹]. از طرفی، به‌طور هم‌زمان این بیماری زمینه ایجاد استرس و حساسیت‌های غذایی را فراهم می‌کند که ممکن است آسیب‌های جبران‌ناپذیری را به بدن فرد وارد کند [۱۰]. به همین جهت بر لزوم مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان با رژیم غذایی و دارودرمانی در جهت مدیریت این بیماری تأکید می‌شود تا علاوه بر بهبود وضعیت روانی بیمار، از مضرات فردی و اجتماعی نیز پیشگیری شود [۱۱]. مطالعاتی وجود دارند که نشان می‌دهند درمان‌های روان‌شناختی بر حساسیت اضطرابی [۱۲،۱۳] اثربخش هستند. یکی از این رویکردها درمان هیجان‌مدار است که هدف درمان متمرکز بر هیجان، هدایت افراد به سوی دلبستگی ایمن و هویت منجسم است. در این شیوه درمانی تلاش می‌شود تا فرد توانایی تنظیم هیجان خود را به دست آورد تا از این طریق بتواند احساس امنیت داشته باشد [۱۴].

از آنجا که، یکی از مکانیسم‌های اصلی در حساسیت اضطرابی بالا تنظیم هیجانی ضعیف است [۱۵]، درمان هیجان‌مدار انتخاب شده است. از طرفی، از میان درمان‌های ذهن‌آگاهی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ترکیبی از فنون ذهن‌آگاهی و فنون شناختی است؛ اما برخلاف شناخت درمانی سنتی به‌جای تأکید بر روی ارزیابی و تغییر اعتبار محتوای افکار و ایجاد جانشین، روی تغییر آگاهی افراد با ارتباط بین افکار و هیجانات آن‌ها تأکید می‌کند، به نحوی که تداعی بین افکار اتوماتیک منفی و احساس ناشادی سست شود [۱۵].

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار در حوزه اختلالات روان‌تنی و اضطرابی محبوبیت بالایی دارند. هر دو رویکرد درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس نظریه یادگیری بنا شده‌اند، اما تفاوت‌هایی دارند که آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌کند. ذهن‌آگاهی با تمرکز بر مدیتیشن، مشاهده و توصیف قضاوت نکردن را پرورش می‌دهد، هرچند این درمان شرایط بهینه‌ای را برای پردازش تجربی و هیجانی ایجاد می‌کند، اما مانند درمان هیجان‌مدار به‌طور ویژه از دیدگاه متمرکز بر احساسات خود برای ادغام وظایف تشخیصی فرایند، کاوش همدلانه و نشانگر محور بهره نمی‌برد [۱۶]. درمان هیجان‌مدار یک درمان گذشته‌نگر است که بر درگیرشدن با روابط بین فردی و لایه‌های عاطفی عمیق تأکید دارد. در حالی که، گذشته در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مهم نیست، تأکید بر لحظه‌ی اکنون همراه با پذیرش بدون قضاوت احساسات فیزیکی و ذهنی بدون درگیری است [۱۷]. برطبق جستجوی پژوهشگر، مطالعه‌ای مبنی بر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار در بیماران مبتلا به زخم معده یافت نشد. در یک مطالعه بساک نژاد و همکاران [۱۸] از کاهش استرس مبتنی بر استفاده از رویکرد ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به زخم گوارشی نام بردند که هرچند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی شباهت‌هایی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد، در برخی فنون متفاوت هستند.

هر دو رویکرد بر حساسیت اضطرابی در گروه‌های غیر از مبتلایان به زخم معده اثربخشی نشان داده‌اند؛ اما پرسش اینجاست که آیا تفاوت در تکنیک و مکانیسم شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار می‌تواند در اثربخشی آن‌ها بر میزان حساسیت اضطرابی نقش داشته باشد؟

روش کار

روش مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل است. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به زخم معده است که در بازه زمانی پژوهش (سه‌ماهه‌ی آخر سال ۱۴۰۱) به کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی شهر مشهد مراجعه‌کرده‌اند. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. افراد دارای شرایط، وارد مطالعه شدند. حجم نمونه در این پژوهش ۴۵ نفر در نظر گرفته شد؛ در گروه‌های مداخله (۲ گروه) و کنترل ۱۵ نفر به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه‌های مداخله در جلسات شرکت کردند و در این بازه زمانی گروه کنترل هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکرد. به شرکت‌کنندگان گروه کنترل پیشنهاد شد که در صورت تمایل می‌توانند پس از اتمام پژوهش تحت جلسات درمان هیجان‌مدار یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گیرند. همه شرکت‌کنندگان در بازه زمانی مطالعه درمان‌های رایج پزشکی و آموزش‌های مرتبط با تغذیه را در کلینیک درمانی دریافت می‌کردند.

هر سه گروه قبل، بعد از مداخله و سه ماه بعد از پایان مداخله با پرسش‌نامه‌های استاندارد ارزیابی شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: حداقل تحصیلات سیکل؛ سن بین ۱۸ سال تا ۵۰ سال؛ مبتلا نبودن به بیماری مزمن به جز زخم معده؛ اعتیاد نداشتن به الکل و مواد مخدر؛ نداشتن سابقه برای تشخیص اختلالات سایکوتیک بود . در صورت تمایل نداشتن به همکاری؛ غیبت بیش از دو جلسه از مداخله؛ ابتلا به بیماری حاد روانی و نیاز به مصرف داروهای روان‌پزشکی طی انجام مداخله و پرسش‌نامه ناقص یا غیر معتبر، آزمودنی حذف شده است. از پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی-ASI R(Anxiety Sensitivity Index) استفاده شده است. این مقیاس ۳۶ ماده‌ای را تیلور و کاکس در سال ۱۹۹۸ طراحی کرده است. برای اندازه‌گیری شش موضوع اختصاصی حساسیت اضطرابی شامل ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی (۶ ماده)، ترس از نشانه‌های تنفسی (۷ ماده)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم (۸ ماده)، ترس از نشانه‌های معده و روده (۴ ماده)، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی (۶ ماده) و ترس از نشانه‌های نبود کنترل شناختی (۵ ماده) استفاده شده است.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

طراحی این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای با نمراتی از صفر برای بسیار کم تا چهار برای بسیار زیاد صورت گرفته است، روش نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت است. در مطالعه اولیه که با تیلور و کاکس (۱۹۹۸)، صورت گرفته است روایی سازه پرسش‌نامه با تحلیل عاملی اکتشافی چهار عاملی بودن پرسش‌نامه را تائید کرد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه با آلفای کرون‌باخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد. این پرسش‌نامه در ایران هنجاریابی شده است [۱۳]. نتیجه تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از چرخش واریماکس و بر اساس پرسش‌نامه اسکری، بیانگر وجود ۴ عامل بود که در مجموع بیش از ۵۸ درصد واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین کردند. اعتبار شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به‌ترتیب ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ بود [۱۳].

روش اجرا به این صورت بود که قبل از اجرای پرسش‌نامه (پیش‌آزمون) همسو با ملاک‌های اخلاقی انجمن روانشناسی امریکا و نیز نظام‌نامه‌ی اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، در این پژوهش به شرکت‌کنندگان درباره پژوهش و شرایط آن (تعداد و مدت جلسات، زمان ارزیابی‌ها، تخصیص تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که مایل هستند) توضیح داده و رضایت آگاهانه گرفته شد. افزون بر آن، به شرکت‌کنندگان گروه کنترل پیشنهاد شد که در صورت تمایل می‌توانند پس از اتمام پژوهش تحت جلسات آموزشی- درمانی قرار گیرند. سپس، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. بیماران به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند، بعد از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی آنها در سه گروه و نیز هماهنگی‌های لازم با آنها، جلسات درمان در کلینیک برگزار شد. ترکیب گروه‌ها به این صورت بود که گروه آزمایشی اول بیمارانی بودند که درمان بر اساس شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در ۸ جلسه یک و نیم ساعته ، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه که با پژوهشگر اجرا شد، دریافتکردند. گروه آزمایشی دوم بیمارانی بودند که درمان هیجان‌مدار را در ۸ جلسه یک و نیم ساعته، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه با پژوهشگر دریافت کردند و گروه سوم شامل بیماران گروه کنترل بود و این گروه هیچ درمان روانشناختی را در بازه زمانی پژوهش دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمان، پرسش‌نامه‌های پژوهش دوباره بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه اجرا و سه ماه بعد از آن، آزمون پیگیری اجرا شد. در ادامه، محتوای جلسات (جدول‌های ۱ و ۲) آمده است:

الف- مداخله جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

محتوای این جلسات (جدول ۱) بر اساس مطالعه سگال و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده است [۱۷]. تعداد جلسات درمان ۸ جلسه بود که به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد.

ب- درمان هیجان‌مدار (جدول ۲)

جدول ۱. ساختار جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه اول: آشنایی و هدایت خودکار این جلسه با معارفه و ایجاد ارتباط با بیماران جهت اعتمادسازی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر آغاز و سپس رعایت رازداری و حریم خصوصی خاطر نشان شد. پس از معرفی درمان و آشنا نمودن اعضا با روند و ساختار جلسات، پرسش‌نامه‌ها داده شد. در انتها با تمرکز بر تنفس کوتاه سه‌دقیقه‌ای جلسه به پایان رسید.
جلسه دوم مقابله با موانع هدف از این جلسه چالش با موانعی است که افراد با آن مواجه می‌شوند. شستن ذهن آگاهانه به‌صورت توجه بر کانون تنفس در بازه زمانی ده دقیقه‌ای انجام شد و ارائه تکلیف منزل شامل وارسی بدن در فعالیت‌هایی جدید، تنفس همراه با حضور ذهن صورت گرفت.
جلسه سوم: تنفس ذهن‌آگاهانه ارزیابی تکالیف هفته گذشته؛ معرفی تنفس به‌عنوان فعالیتی که می‌تواند با بسیاری از موقعیت‌های زندگی مرتبط باشد؛ از دیگر اهداف این جلسه آگاهی اعضا از حالات ذهنی خود، رویارویی با افکار متصل به این احساسات و تحت کنترل درآوردن آنها بود. ارائه تکالیف منزل شامل وارسی بدن و ثبت وقایع ناخوشایند به‌صورت روزانه، فضای تنفس به‌صورت ۳ بار در روز و توزیع برگه‌های ثبت تکالیف انجام شد.
جلسه چهارم: بودن در لحظه حال هدف از این جلسه حضور در زمان حال است حتی موقعیتی که تجربه ناخوشایندی در جریان است. انجام تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای. ارائه تکالیف منزل شامل تأمل در وضعیت نشسته و فضای تنفس به‌صورت منظم ۳ بار در روز و نیز فضای تنفس مقابله‌ای به هنگام وقایع ناخوشایند؛ همچنین توزیع برگه ثبت تکالیف.
جلسه پنجم: پذیرفتن و اجازه ماندن در زمان حال موضوع این جلسه شناسایی و ارتباط کاملاً متفاوت با تجارب ناخوشایند است: انجام تمرین نشستن آگاهانه، تمرین تنفس، جهت‌دهی مجدد توجه و گسترش آن. ارائه تکالیف منزل شامل تأمل در وضعیت نشسته با در نظر گرفتن تنوع برای روزهای هفته، فضای تنفس و نیز تنفس مقابله‌ای و توزیع فرم ثبت تکلیف.
جلسه ششم: افکار واقعیت نیستند هدف از این جلسه کاهش اتحاد اعضا با افکارشان است و اینکه به‌عنوان مشاهده‌گر به افکار نگاه کنند تا از آنها آگاهی یابند و در نهایت متوجه شوند که افکار منفی رابطه با تجربه را محدود می‌کند. ارائه تکلیف منزل شامل موارد جلسه قبل و ثبت موقعیت‌هایی که از تنفس می‌توان به‌عنوان فضایی برای اداره افکار استفاده کرد به همراه برگه ثبت تکلیف و جزوه.
جلسه هفتم: چگونه می‌توانم به بهترین نحو از خودم مراقبت کنم؟ هدف از این جلسه تمرکز بر فعالیت‌هایی است که باعث مراقبت بیشتر از خود می‌شود. بحث گروهی درباره تهیه فهرستی از کارهای خوشایند و ماهرانه با هدف تشخیص فعالیت‌هایی که منجر به ایجاد حس از عهده برآمدن می‌شود و نیز شناسایی عقاید و انتظاراتی که مانع هستند، تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای قبل از انتخاب آگاهانه فعالیت، شناسایی نشانه‌های عود قدم زدن آگاهانه، ارائه آخرین تکلیف هفته شامل انتخاب یک الگو از بین انواع مختلف تمرینات که قصد بر انجام منظم آن است و فضاهای تنفسی و گسترش برنامه فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی نامناسب به همراه برگه ثبت تکلیف.
جلسه هشتم: استفاده ازآنچه تاکنون آموخته شده است. هدف از این جلسه یکپارچه‌سازی مطالبی است که تاکنون مطرح شده است.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۲. ساختار جلسات درمان هیجان‌مدار بر اساس مطالعه گرینبرگ و گلر [۱۹]

این جلسات در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی صورت گرفت.
جلسه اول: این جلسه با معارفه و ایجاد ارتباط با بیماران جهت اعتمادسازی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر آغاز و سپس رعایت رازداری و حریم خصوصی خاطر نشان شد. در انتهای جلسه ارائه توضیحاتی در رابطه با هیجانات اصلی داده شد و از اعضا خواسته شد درباره شناسایی و نام‌گذاری هیجانات هسته‌ای خود تا جلسه آتی بر این مطلب تمرکز داشته باشند.
جلسه دوم: جلسه با یادآوری مبحث هیجانات اصلی که مربوط به هفته گذشته بود، آغاز شد و نیز از اعضا خواسته شد جهت آشنایی دقیق‌تر با مفهوم هیجانات اصلی و ارزیابی هیجاناتی که در مواجهه با موقعیت‌های روزمره ایجاد می‌شود، تجارب خود را بیان کنند. سپس، به بررسی و شناسایی احساسات متناقض مربوط به یک موقعیت پرداخته شد و در ادامه از شرکت‌کنندگان درخواست شد به بیان تعاملات مشکل‌دار خود بپردازند.
جلسه سوم: شکل‌دهی دوباره به مشکل با هدف به رسمیت شناختن احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی از طریق بحث آغاز شد. بر توانایی فرد در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به دیگر افراد جهت تسهیل تعاملات تأکید شد و در ادامه آگاهی دادن به اعضا درباره تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی آن بر فرایندهای شناختی و هیجانی با بیان مثال انجام شد. در انتهای جلسه نیز تأثیر تفکرات غیرمنطقی برآشفتگی هیجانی توضیح داده شد.
جلسه چهارم: در این جلسه با هدف تشدید تجربه هیجانی اعضا به شناسایی نیازهای طردشده آن‌ها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است ترغیب شدند. سپس، توجه اعضا به شیوه تعامل با یکدیگر جلب شده و انعکاسی از الگوهای تعاملی همراه با احترام و همدلی داده شد. با هدف غنای روابط، بیان مجدد نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش آنها جهت عمق بخشیدن به تجربه‌های هیجانی نیز در پایان جلسه انجام شد.
جلسه پنجم: آگاه‌کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها با هدف کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.
جلسه ششم: آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی مجدد با هدف توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی. به اعضا کمک شد تا مسئولیت و سهم خود را برای صدمه دلبستگی بپذیرند و تجارب خود را در گروه به اشتراک بگذارند و در ادامه با استفاده از سؤال‌های اکتشافی تجربه هیجانی اعضا درباره پدیداری عناصر جدید گسترش داده شده و نیز توضیحاتی داده شد درباره شناخت نیازها و تعلقات درونی، جهت ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن در روابط بین فردی.
جلسه هفتم: ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین اعضا از طریق جایگزینی الگوهای تعاملی مثبت و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، بازسازی مجدد هیجان و فراخوانی و برانگیختن دوباره هیجان. پاسخ‌های جدید و سازگارانه اعضا به‌منظور اصلاح موقعیت برجسته شد. از اعضا حمایت شد تا به رفتارهای جدید پاسخگو باشند و رهبر گروه در این جلسه فقط تشویق و رهبری کرد و کمتر فعال بود.
جلسه هشتم: هدف از این جلسه تقویت و تحکیم تغییراتی بود که طی جلسات درمان صورت گرفته است؛ بنابراین تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است برجسته شده و به شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن تأکید شد، به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل، آسیبی به آن‌ها وارد نسازد. ارزیابی تغییرات از طریق بیان روایت خود از روابط بهبودیافته با اعضا و اجرای پس‌آزمون، توزیع برگه نظرسنجی درباره نظر بیماران راجع به درمان، اتمام جلسه با توزیع جزوه خلاصه جلسات.

برای تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی استفاده شد. از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه گروه‌ها در نرم‌افزار SPSS ۲۰ استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در نهایت، ۱۴ نفر در هر گروه باقی ماندند. دو نفر به علت پاسخ ندادن در مرحله پیگیری و یک نفر به دلیل ابتلا به بیماری از مطالعه حذف شدند. از میان شرکت‌کنندگان ۲۵ نفر (۵۵/۵ درصد) مرد و ۲۰ نفر (۴۴/۵ درصد) زن بودند (P=۰/۲۷). مدت‌زمان بیماری برای شرکت‌کنندگان در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۵/۷۱ سال، درمان هیجان‌مدار ۵/۲۱ سال و گروه کنترل ۴/۲۱ سال بود (P=۰/۵۱). میانگین و انحراف استاندارد سن افراد شرکت‌کننده در گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان هیجان‌مدار و کنترل به‌ترتیب ۴۱/۱۴، ۳۹/۴۲ و ۳۸/۰۰ سال بود (P=۰/۵). در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است. جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد حساسیت اضطرابی را در سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همچنان که ملاحظه می‌شود در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار، نمرات در مراحل زمانی پس‌آزمون و پیگیری کاهش نشان می‌دهد. درباره گروه کنترل تغییرات نمرات معنادار نبود.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ترس از نشانه‌های تنفسی	شناخت‌درمانی	۹/۵۰(۰/۷۵)	۸/۵۰(۰/۷۵)	۷/۷۸(۰/۶۹)
	درمان هیجان‌مدار	۹/۶۴(۰/۶۳)	۸/۵۷(۰/۹۳)	۸/۰۷(۰/۹۹)
	کنترل	۹/۹۲(۰/۹۹)	۹/۸۵(۰/۹۴)	۹/۷۱(۰/۸۲)
ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی	شناخت‌درمانی	۷/۲۱(۱/۱۸)	۶/۱۴(۱/۰۲)	۵/۶۴(۰/۹۲)
	درمان هیجان‌مدار	۷/۲۱(۱/۱۸)	۶/۰۷(۱/۲۶)	۵/۴۲(۱/۲۸)
	کنترل	۷/۱۴(۰/۸۶)	۷/۰۰(۰/۷۸)	۷/۰۰(۰/۷۸)
ترس از نشانه‌های نبودکنترل شناختی	شناخت‌درمانی	۶/۵۷(۱/۵۰)	۵/۲۸(۱/۳۲)	۴/۷۸(۱/۱۲)
	درمان هیجان‌مدار	۶/۵۷(۱/۵۵)	۵/۵۷(۱/۵۵)	۵/۰۷(۱/۴۹)
	کنترل	۶/۰۷(۱/۶۳)	۶/۰۰(۱/۷۵)	۵/۹۲(۱/۷۷)
ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم	شناخت‌درمانی	۱۱/۲۸(۱/۵۴)	۱۰/۱۴(۱/۵۱)	۹/۶۴(۱/۵۴)
	درمان هیجان‌مدار	۱۱/۵۷(۱/۳۴)	۱۰/۵۷(۱/۱۵)	۱۰/۱۴(۱/۲۹)
	کنترل	۱۱/۰۰(۱/۳۰)	۱۰/۷۱(۱/۳۲)	۱۰/۸۵(۱/۳۵)
ترس از نشانه‌های معده و روده	شناخت‌درمانی	۵/۰۰(۱/۰۳)	۳/۷۸ (۰/۹۷)	۳/۵۰(۱/۰۱)
	درمان هیجان‌مدار	۴/۵۷(۰/۹۳)	۴/۰۰(۰/۷۸)	۳/۳۵(۰/۸۴)
	کنترل	۵/۲۱(۰/۸۹)	۵/۲۸(۰/۹۱)	۵/۱۴(۰/۷۷)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

ادامه جدول ۳

ترس از نشانه‌های قلبی	شناخت‌درمانی	۸/۲۱(۱/۵۲)	۷/۰۰(۱/۶۶)	۶/۲۱(۱/۵۲)
	درمان هیجان‌مدار	۸/۰۷(۱/۸۵)	۶/۹۲(۱/۸۱)	۶/۱۴(۱/۸۳)
	کنترل	۸/۲۸(۱/۲۶)	۷/۹۲(۱/۳۸)	۷/۸۵(۱/۳۵)
نمره کل	شناخت‌درمانی	۴۸/۷۱(۵/۱۰)	۴۰/۸۵(۳/۷۷)	۳۷/۵۷(۳/۵۰)
	درمان هیجان‌مدار	۴۷/۶۴(۴/۴۴)	۴۱/۷۸(۳/۸۶)	۳۸/۰۰(۳/۵۰)
	کنترل	۴۷/۶۴(۴/۸۴)	۴۷/۲۱(۴/۷۹)	۴۶/۵۰(۴/۳۲)

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد هر یک از مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی را برای هر یک از سه گروه در سه مرحله اجرا نشان می‌دهد و همچنان که ملاحظه می‌شود در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار نمرات در مراحل زمانی پس‌آزمون و پیگیری کاهش نشان می‌دهد. درباره گروه کنترل تغییرات نمرات معنادار نیست. بررسی با آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌های مربوط به آن مؤلفه‌ها در گروه‌های یادشده نرمال است. نتایج آزمون لوین نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط در گروه‌ها و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

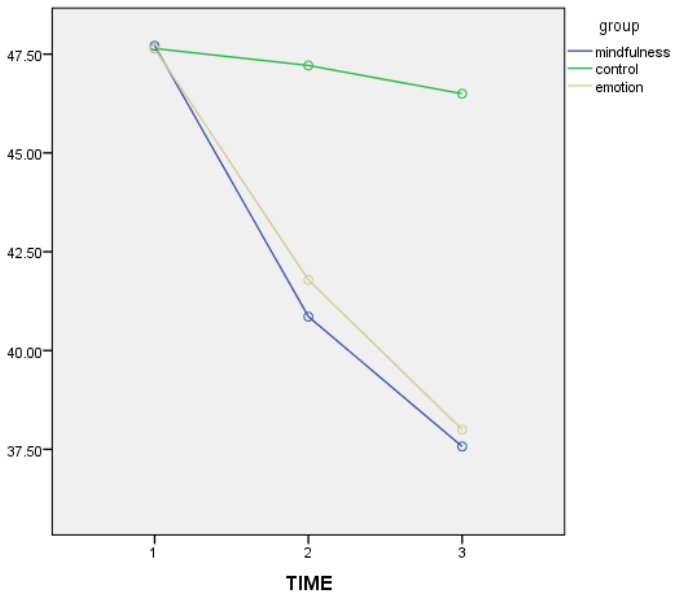
این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا بین داده‌های مربوط به سطوح متغیر وابسته برقرار است. ارزش آماره ام‌باکس (۱۳/۲۰) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. هرچند، نتایج آزمون موچلی در سطح ۰/۰۵ معنادار بود؛ بنابراین، از شاخص گرین هاوس گیسر جهت تصحیح استفاده شد و از آنجا که بالای ۰/۰۵ بود تائید شد. پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آن‌ها بین داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شد (جدول ۴).

جدول (۴) نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان (η^2 =۰/۷۹، P =۰/۰۰۱، F = ۷۳/۳۸) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات، حساسیت اضطرابی را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه، جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی نمرات مربوط را در سه گروه و در سه مرحله اجرا نشان می‌دهد.

برطبق نتایج به‌دست‌آمده در جدول آزمون تعقیبی (جدول ۵) و شکل (۱) تغییرات نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. بین گروه‌های مداخله درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۵ مشاهده شد. بین دو گروه درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معنادار دیده نشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر حساسیت اضطرابی

اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
اثر گروه	۶۴۴/۴۲	۳۳۲/۲۱	۶/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۲۴
اثر زمان	۱۰۴۴/۳۳	۷۴۶/۸۳	۴۰۷/۸۷	/۰۰۱	۰/۹۱
اثر تعاملی گروه × زمان	۳۷۵/۸۱	۱۳۴/۳۷	۷۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹



شکل ۱. تغییرات نمرات گروه‌ها در سه بازه زمانی پیش آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای حساسیت اضطرابی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها برای حساسیت اضطرابی

زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۳۸	۰/۲۶	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۹۷	۰/۲۹	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۲/۵۹	۰/۱۴	۰/۰۰۱
تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
شناخت‌درمانی	کنترل	-۵/۰۷	۱/۵۷	۰/۰۰۳
درمان هیجان‌مدار	کنترل	-۴/۶۴	۱/۵۷	۰/۰۰۵
شناخت‌درمانی	هیجان‌مدار	-۰/۴۲	۱/۵۷	۰/۷۸

بحث

نتایج نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به زخم معده اثربخش است. این یافته‌ها بیانگر آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی حساسیت اضطرابی را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، بساک نژاد و همکاران [۱۸] به این نتیجه رسیدند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانش گری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی اثربخش است. همچنین، نتیجه مطالعه اسلامی و پورمحسنی کلوری [۲۰] نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی میزان اضطراب را در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کاهش می‌دهد. در مطالعه دیگری فتاحی و همکاران [۲۱] اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت تایید کردند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در روش‌های مبتنی بر گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی با به‌کارگیری تکنیک‌های مراقبتی مانند ذهن آگاه شدن تنفس، برای افزایش آگاهی از موقعیت خود جهت کنار آمدن و بقا در زمان بحران استفاده می‌کند و باعث می‌شود فرد در بلندمدت و کوتاه‌مدت درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. گروه‌درمانی ذهن آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد و باعث می‌شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند، دریافت کنند [۱۵]. این مطلب گویای این مهم است که فرد با گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی یک سازه فراهیجانی را در خود افزایش می‌دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن جلب توجه می‌کند، آن را ارزیابی می‌کند و وقتی نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می‌کند، بدون آنکه از آن اجتناب کند. هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می‌کند و دچار ازهم‌گسیختگی عملکرد نمی‌شود؛ به عبارت دیگر، اجتناب نکردن از تجربیات منفی همان توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانی منفی است، افرادی که تحمل کمی دارند وقایع استرس‌زا را به‌عنوان یک ساختار غیر قابل تحمل توصیف می‌کنند و نمی‌توانند با آن مواجه شوند اما افراد ذهن‌آگاه این توانایی را در تمرینات به دست می‌آورند.

همچنین، نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به زخم معده اثربخشی مثبت داشته است. همسو با این یافته، شکرالهی و همکاران [۲۲] به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش بوده است. در مطالعه آخوندی و همکاران [۲۳] نیز آموزش مبتنی بر درمان هیجان‌مدار میزان حساسیت اضطرابی زنان آسیب‌دیده را از خیانت کاهش داده بود.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار می‌توان به علائم مرتبط با حساسیت اضطرابی اشاره کرد، به این صورت که حساسیت اضطرابی باعث می‌شود که افراد نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به‌عنوان نشانه‌ای از آسیب قریب‌الوقوع ارزیابی کنند؛ بنابراین احساساتی مانند ضربان سریع قلب، گیجی و عرق‌کردن را نشانه‌هایی از حملهٔ قلبی، بی‌ثباتی روانی و شرمساری اجتماعی تفسیر می‌کنند [۱۶]. به این ترتیب یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به‌صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش‌به‌زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه می‌دارد. پژوهشگران مدعی‌اند که در نهایت آنچه باعث می‌شود حساسیت اضطرابی به سمت آسیب‌شناسی روانی اضطراب سوق پیدا کند تا حدودی بستگی به این دارد که افراد چگونه نشانه‌های فیزیکی، شناختی و رفتاری اضطراب را نظارت و مدیریت می‌کنند [۲۲]؛ به عبارت دیگر، تا زمانی که افراد بتوانند شناخت‌ها و حالت‌های عاطفی منفی را تحمل کنند (بدون نیاز به اجتناب از آنها)، وجود حساسیت اضطرابی بالا به‌تنهایی نمی‌تواند چندان مشکل‌آفرین باشد. همچنین، هرچه فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا توانایی بیشتری در پذیرش هیجانی حالات و افکار منفی خود داشته باشند، بهتر می‌تواند از افزایش تجارب اضطرابی خود ممانعت ورزد. پذیرش هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا با توجه به موقعیت اضطراب‌آور، ادراکی منطقی و واقعی‌تری از سطوح تهدید شخصی به‌دست آورد.

مطابق با مطالب بیان‌شده مدل طرحواره هیجانی نیز معتقد است هنگامی‌که یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد. یکی از راهبردهای تنظیم هیجان که افراد مضطرب برای مقابله با تجربه هیجان خود به کار می‌برند، کنترل یا فرونشانی است. کنترل کردن یک راهبرد ناکارآمد تنظیم هیجان است که با هدف کاهش اضطراب به کار می‌رود، در حالی‌که منجر به افزایش اضطراب می‌شود، به این صورت که از طرفی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

فرد احساس نیاز به کنترل افکار و هیجان‌های خود را دارد و از طرفی دیگر متوجه می‌شود که امکان کنترل این افکار و هیجان‌ها برای او وجود ندارد و در نتیجه، این احساس نبود کنترل به تجربه اضطراب بیشتر منتهی می‌شود [۱۸]؛ بنابراین، در اینجا هم یک راهبرد ناکارآمد یعنی فرونشانی فکر تعیین خواهد کرد که اضطراب تداوم خواهد یافت یا نه.

همچنین، یافته‌ها نشان‌دهنده این است که بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود ندارد. همسو با این یافته در مطالعه اورکی و همکاران نیز [۲۴] نتایج نشان داد اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری نداشته است. بر طبق یافته‌های شکرالهی و همکاران [۲۲] اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی تفاوت معنادار نداشته است. هرچند برخلاف این یافته، مسجدی و همکاران [۲۵] با مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت اضطرابی در بیماران قلبی به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نشان داده است. درباره تفاوت این یافته می‌توان گفت مسجدی و همکاران درمان هیجان‌مدار را با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه کرده‌اند، همچنین مطالعه حاضر بیماران مبتلا به زخم معده را در بر می‌گرفت.

برای تبیین این یافته می‌توان به شباهت‌های این دو رویکرد اشاره کرد. با درمان ذهن‌آگاهی متمرکز بر احساسات، درمانگر درحال بررسی ادغام مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تمرکز درمان بر اساس فرایند تجربی/عاطفی، با محوریت اصول نو انسان‌گرا است. هر دو رویکرد درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به نقش تجربه ضمنی در مراقبه اهمیت می‌دهند. اگرچه، در رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مدیتیشن می‌تواند شامل اجازه دادن به آشکار شدن احساس شود، در مقابل درمان هیجان‌مدار نیز از فنونی بهره می‌برد که احساسات و هیجانات آشکارشده اجازه بروز پیدا کنند.

نتیجه‌گیری

در کل، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به زخم معده اثربخش است. همچنین، بررسی نتایج نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به زخم معده اثربخشی معنادار داشته است. بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به زخم معده تفاوت معناداری نداشت. با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه توصیه می‌شود حمایت‌های اجتماعی لازم در جهت حمایت از بیماران روان‌تنی فراهم شود و درباره اهمیت مشکلات سلامت روان این بیماران و اطرافیان، پزشکان، روانشناسان و پرستاران اطلاعات لازم را به همراهان بیمار ارائه دهند.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

کد اخلاق در پژوهش:IR.MUMS.REC.1401.202

کد کارآزمایی بالینی:IRCT20221108056439N1

تعارض منافع

تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Xie X, Ren K, Zhou Z, Dang C, Zhang H. The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. BMC gastroenterology. 2022;22(1):1-13. [DOI: 10.1186/s12876-022-02130-2] [PMID: 35144540]
2. Sayehmiri K, Abangah G, Kalvandi G, Tavan H, Aazami S. Prevalence of peptic ulcer in Iran: Systematic review and meta-analysis methods. journal of research medical science: J Isfahan Uni Med Sci. 2018;23. [DOI:10.4103/jrms.JRMS_1035_16]
3. Tang Y, Tang G, Pan L, Zhu H, Zhou S, Wei Z. Clinical factors associated with initial Helicobacter pylori eradication therapy: a retrospective study in China. Sci Rep. 2020;10(1):1-5. [DOI: 10.1038/s41598-020-72400-0] [PMID: 32958842]
4. Deding U, Ejlskov L, Grabas MPK, Nielsen BJ, Torp-Pedersen C, Bøggild H. Perceived stress as a risk factor for peptic ulcers: a register-based cohort study. BMC gastroenterology. 2016;16:1-12. [DOI: 10.1186/s12876-016-0554-9] [PMID: 27894275]
5. Huang G, Fang N, Kuang MQ, Huang YQ, Zhang KH. Establishment of a risk assessment system for peptic ulcer recurrence and its value in individualized intervention. Ame J Translational Res. 2021;13(4):2969. [PMID: 34017463]
6. Babić E, Bevanda M, Karin M, Volarić M, Bogut A, Bevanda Glibo D, et al. Anxiety, depression and personality types in patients with inflammatory bowel disease: comparisons with peptic ulcer and the general population. Psychiatr Danub. 2021;33(1):48-56. [DOI: 10.24869/psyd.2021.48] [PMID: 33857039]
7. Zwikker HE, van den Bemt BJ, Vriezekolk JE, van den Ende CH, van Dulmen S. Psychosocial predictors of non-adherence to chronic medication: systematic review of longitudinal studies. Patient Prefer Adherence. 2014:519-63. [DOI: 10.2147/PPA.S47290] [PMID: 24851043]
8. Périco LL, Emílio-Silva MT, Ohara R, Rodrigues VP, Bueno G, Barbosa-Filho JM, et al. Systematic analysis of monoterpenes: Advances and challenges in the treatment of peptic ulcer diseases. Biomolecules. 2020;10(2):265. [DOI: 10.3390/biom10020265] [PMID: 32050614]
9. Fahimi S, Allahbakhshian M, Sadeghi A, Allahbakhshian A, Nasiri M. A standardised patient education programme for peptic ulcer patients: impact on quality of life and medication adherence. Gastro Nur J. 2021;19:S24-31. [DOI:10.12968/gasn.2021.19.Sup2.S24]
10. Muthukumar J, Selvasekaran P, Lokanadham M, Chidambaram R. Food and food products associated with food allergy and food intolerance–An overview. Food Res Int. 2020;138:109780. [DOI: 10.1016/j.foodres.2020.109780] [PMID: 33288166]
11. Chen B, Liu XY, Zhang HM, Zhang BJ, Wang YT. Psychological effect of comprehensive nursing intervention in elderly patients with perforated peptic ulcer: A protocol of systematic review. Medicine (Baltimore). 2020;99(39):e22226. [DOI: 10.1097/MD.0000000000022226] [PMID: 32991417]
12. Solgi Z, Veisi R. The effectiveness of Mindfulness Training on anxiety sensitivity, self-concept and academic self-efficacy in

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

students with Dysgraphia. Quarterly App Psychol. 2019;12(4): 573-94. [Link]
13. Mahmoud-Alilou M, Hashemi-Nosratabad T, Sohrabi F. Effectiveness of combined intervention based acceptance and commitment therapy (ACT) with exposure techniques on patient's anxiety symptomsintensity and sensitivity dimensions in general anxiety disorder (GAD). J clin psychol. 2016;8(3):61-76. [DOI: 10.22075/jcp.2017.2245]
14. Greenberg LS, Tomescu LR. Supervision essentials for emotion-focused therapy. Ame Psychol Asso; 2017. [Link]
15. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J con clin psychol. 2000;68(4):615. [DOI: 10.1037//0022-006x.68.4.615] [PMID: 10965637]
16. Gayner B. Emotion-focused mindfulness therapy. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2019;18(1):98-120. [DOI: 10.1080/14779757.2019.1572026]
17. Mohammad-Khani P, Khanipour H. Mindfulness-based therapies (with a practical guide to mindfulness-based cognitive therapy to prevent depression relapse). Tehran: University of Welfare and Empowerment Sciences.2013:129-75. [Link]
18. Basaknejad S, Badri Ali Kordi A, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of mindfulness based stress reduction on impulsivity and anxiety sensitivity among students with peptic ulcers. J Sabzevar Uni Med Sci. 2019;26(4):453-59. [Link]
Greenberg LS, Geller SM. Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association. 2012. [Link]
20. Pourmohseni-Koluri F, Eslami F. The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. Health Psychol. 2017;5(20):48-67. [Link]
21. Fattahi N, Kazemi SA, Bagholi H, Kouroshnia M. Comparison of the effectiveness of two classic cognitive-behavioral therapies (cbt) and reduction of mindfulness-based stress (mbsr) on perceived stress and anxiety sensitivity of patients with type 2 diabetes in shiraz. J Psychol Sci. 2021;19(95):1487-96. [Link]
22. Shokrolahi M, Hashem SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. Effectiveness of emotion focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in patients with chronic pain and alexithymia. IJPN. 2023;11(3):46-56. [DOI: 10.22034/IJPN.11.3.5]
23. Akhoundi F, Toozandehjani H, Zendehdel A. The effectiveness of skills training based on emotion-oriented approach on anxiety sensitivity and emotion control of women affected by extramarital relationships. J Rooyesh. 2022;1(10):129-38. [Link]
24. Oraki M, Alipour A, Dehkhodaei S. Comparison of the effectiveness of combining acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based stress reduction therapy with neurofeedback on anxiety sensitivity and perceived stress in people with type 2 diabetes. J Neuropsychology. 2022;7(4):59-78. [DOI: 10.30473/clpsy.2021.61693.1638]
25. Masjedi MA, Khalatbari J, Abolghasemi S, Khah JK. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy on anxiety sensitivity in cardiac patients. Int J Applied Behavioral Sci. 2020;7(3):13-24. [DOI: 10.22037/ijabs.v7i3.31482]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]