Research on Medicine *Original Article*

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2021 ;Vol.45; No.3

The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Psychological Distress and Meta-Emotion Beliefs in Colorectal Cancer Patients Comorbid with Stress

Ahmad Kazemipour, Fazlolah Mirderikvand*, Kourosh Amraei

Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanistic Sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran

(Received: 2020/03/8 Accept: 2020/07/20)

Abstract

Background: *Colorectal cancer is one of the most common chronic diseases and the second most common cause of deaths from cancer in the world, which is associated with many physical and psychological complications. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on psychological distress and meta-emotion beliefs in colorectal cancer patients comorbid with stress.*

Materials and Methods: *In the present experimental study with pretest, posttest, follow-up design, and a control group, 30 members of colorectal cancer patients comorbid with stress were selected using convenience sampling method. The experimental group received 8 unified transdiagnostic treatment sessions weekly while the control group received no treatment. Both groups were assessed in three phases: pretest, posttest, and a two-month follow-up. The assessment tools consisted of stress-anxiety-depression and meta-emotion scale. The obtained data were analyzed in SPSS running Mann-Whitney U test.*

Results: *Comparison of psychological distress [P <0.001, Z = -3 / 268], positive meta-emotion beliefs [P<0.001, Z= -3 / 432], and negative meta-emotion beliefs [P<0.001, Z= - 156.3] between the experimental and control groups revealed significant differences among pre-test, post-test, and follow-up.*

Conclusion: *It seems that unified transdiagnostic treatment can be effective in reducing psychological distress and improving the meta-emotion beliefs in colorectal cancer patients comorbid with stress.*

Keywords: *Unified Transdiagnostic Treatment; Psychological Distress; Meta-Emotion Beliefs; Colorectal Cancer*

**Corresponding author: Fazlolah Mirderikvand*

Email: Mirderikvand.f@lu.ac.ir

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

پژوهش در پزشکی
فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مقاله پژوهشی
دور ۴۵، شماره ۳، ۱۴۰۰، صفحات ۳۸ تا ۴۳

اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی مبتلایان به سرطان کولورکتال همایند با استرس

احمد کاظمی‌پور، فضل‌اله میردریکوند*، کورش امرایی

گروه روان‌شناسي، دانشکده ادبیات و علوم انساني، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۰

چکیده:

سابقه و هدف: سرطان کولورکتال از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و دومین دلیل شایع مرگ ناشی از سرطان در دنیاست که با مشکلات و عوارض جسمانی و روان‌شناختی بسیاری همراه است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس بود.

مواد و روش ها: طرح پژوهش از نوع آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس بوده که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی یکپارچه را در هشت جلسه هفتگی دریافت کرد و گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه سنجیده شدند. ابزارهای سنجش در این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه استرس- اضطراب- افسردگی و مقیاس فراهیجان‌ها. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSSو آزمون یومن‌ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مقایسه متغیرهای پریشانی روان‌شناختی[P<0/001, Z=-3/268]، باورهای فراهیجانی مثبت [P<0/001, Z=-3/432] و باورهای فراهیجانی منفی [P<0/001, Z=-3/156] در بین دو گروه آزمایش و گواه در سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است.

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد که درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود باورهای فراهیجانی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس موثر باشد.

واژگان کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، پریشانی روان‌شناختی، باورهای فراهیجانی، سرطان کولورکتال

مقدمه:

سرطان کولورکتال دومین دلیل شایع مرگ ناشی از سرطان در دنیاست(۱). پژوهش‌ها بیانگر این است که سن شروع ابتلا به این سرطان در ایران نسبت به کشورهای غربی بسیار پایین‌تر است و سرطان کولورکتال در ایران، سومین سرطان شایع در هر دو جنسیت به شمار می‌رود(۲). سرطان کولورکتال در روده بزرگ یا راست روده به وجود می‌آید و به دلیل خصوصیات مشترکی که دارند در یک گروه دسته‌بندی می‌شوند(۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند بیماران مبتلا به سرطان‌های لوزالمعده، لگن، روده و پروستات سطح بیشتری از خطر پریشانی روان‌شناختی را گزارش می‌دهند(۴). پریشانی روان‌شناختی یک وضعیت روانی منفی است که در نتیجه شکست فرایندهای انطباقی مقابله‌ای برای حفظ تعادل روان‌شناختی و فیزیولوژیک در ارگانیسم ایجاد شده و در ابتدا با مشخصه‌های افسردگی و اضطراب ظاهر می‌شود[۵]. وجود پریشانی در بیماران سرطانی ممکن است واکنشی به از دست دادن واقعی یا تهدیدآمیز در بسیاری از حوزه‌ها از جمله بهزیستی جسمانی، تصویر بدن، عزت نفس، استقلال، شغل، نقش‌ها، عملکرد جنسی و امید به زندگی باشد. در نتیجه بسیاری از بیماران سرطانی، نسبت به بقا و اضطراب مرگ، افکار و نگرانی‌های مزاحم بسیاری را گزارش می‌دهند(۶،۷).

یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی که نقش موثری در بین بیماران سرطانی دارد، هیجان است. به طور کلی هیجان‌ها به دو نوع تقسیم می‌شوند: هیجان‌های اولیه که به صورت غیرارادی رخ می‌دهند و هیجان‌های ثانوی که ارادی هستند و در

نویسنده مسئول: فضل‌اله میردریکوند

پست الکترونیک: *Mirderikvand.f@lu.ac.ir*

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

واکنش به هیجان‌های اولیه رخ می‌دهند، در این بین، باورهای فراهیجانی به صورت هیجان‌های که افراد درباره هیجان‌های خود دارند تعریف می‌شود(۸). باورهای فراهیجانی شامل دو جنبه منفی (خشم، اجتناب تجربی و عدم پذیرش) و مثبت که از پذیرش هیجان خود حمایت می‌کند و در سلامتی روان‌شناختی تاثیر مثبت دارد، تشکیل می‌شوند(۹). باورهای فراهیجانی که نقش مهمی در راهبردهای تنظیم هیجانی افراد ایفا می‌کنند و فرد را قادر می‌سازند تا با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع و اتفاق‌های محیطی واکنش نشان دهد، خود از عوامل بسیاری مانند شدت هیجان ناشی از یک رویداد تاثیر می‌پذیرد و در بیماری سرطان با توجه به شدت هیجانی که دارد، می‌تواند باورهای فراهیجانی این بیماران را تحت تاثیر قرار داده و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را کاهش دهد(۱۰).

در سال‌های اخیر، روش‌های روان‌شناختی متعددی برای بهبود مشکلات و آسیب‌های روانی همراه با بیماری سرطان به کار رفته است(۱۱،۱۲). اما ناکامی‌های این مداخله‌ها، محدودیت‌هایی را برای این مداخله‌ها ایجاد کرده است(۱۳). برای پاسخ به این محدودیت‌ها؛ Moses & Barlow (۱۴) اعتقاد دارند که درمان فراتشخیصی یکپارچه رویکرد مشترکی برای دامنه‌ای از اختلال‌های هیجانی به شمار می‌روند. درمان فراتشخیصی یکپارچه، مشکلات روان‌شناختی مختلف از جمله اختلال‌های هیجانی را به صورت آسیب‌های روانی در نظر می‌گیرد که فرآیندهای مشترک و یکسانی در تداوم و ایجاد آن‌ها نقش داشته و می‌کوشد تا با استفاده از یک طرح درمانی مشترک به درمان این اختلال‌ها بپردازد(۱۵،۱۶،۱۷). این درمان از ده‌ها سال تحقیق در مورد درمان‌های شناختی- رفتاری موثر برای اضطراب و اختلال‌های خلقی تهیه شده است و در آن اصول اساسی درمان‌های شناختی مبتنی بر شواهد تجربی، همراه با پیشرفت در تحقیق‌های تنظیم هیجان، نقش داشته‌اند(۱۸). براین اساس، درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ماهیت کارکردی و انطباقی هیجان‌ها تاکید می‌کند و به طورعمده سعی در اصلاح فرایندهای غیرانطباقی برای تنظیم هیجان‌ها دارد و به واسطه آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخ‌دهی نامتناسب به علایم بیرونی و درونی را از بین می‌برد(۱۹). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، در مقایسه با افرادی که درمان شناختی- رفتاری دریافت کرده‌اند، بیمارانی که تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفته‌اند، دوره درمان را در مدت زمان کوتاه‌تری سپری کرده و از مشکلات به نسبت کمتری برخوردار بودند(۲۰،۱۶).

بدین ترتیب، به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به سرطان با وجود درمان دارویی و شیمی درمانی با اضطراب، استرس و مشکلات روحی و روانی متعددی روبه رو باشند که این امر می‌تواند مشکلات زیادی را در زندگی این بیماران ایجاد کند و زوایای مختلف زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. علاوه بر این، مرور پیشینه داخلی و خارجی پژوهش نشان داد که مطالعه‌های اندکی در خصوص کاربرد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پریشانی روان‌شناختی و مشکلات هیجانی در بیماری‌های جسمانی به خصوص بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس بود.

مواد و روش ها:

روش این پژوهش آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد تشکیل دادند که ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) گمارده شدند. افراد هر دو گروه آزمایش و گواه برحسب متغیرهای سن، میزان تنیدگی، نبود بیماری‌های جسمی دیگر و مبتلا نبودن به بیماری‌های روانی همتاسازی شدند. پیش از اجرای درمان فراتشخیصی یکپارچه از هر دو گروه، پیش‌آزمون از متغیرهای پژوهش به عمل آمد. حضور نمونه‌ها در پژوهش مستلزم داشتن ملاک‌های ورود و نبود ملاک‌های خروج بودند. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل موارد زیر بود: داشتن حداقل نمره ۱۹ به بالا در زیرمقیاس استرس پرسشنامه DASS-۲۱، داشتن مدرک تحصیلی حداقل سیکل، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، شروع به درمان زیر ۶ ماه و علاقمند بودن به شرکت در جلسه‌های درمان. ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بودند از: بیماری‌های جسمانی دیگر (مانند فشار خون، قلبی- عروقی، دیابت و ...)، شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی همزمان دیگر، داشتن سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای روان‌گردان.

پرسش‌نامه استرس- اضطراب- افسردگی (DASS-21):

پرسش‌نامه استرس، افسردگی و اضطراب توسط Lovibond & Lovibond در سال (۱۹۹۵) برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده و دارای ۲۱ سوال است. این پرسشنامه شامل سه مولفه است که هر یک از خرده مقیاس‌های آن شامل هفت سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرهای سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. شیوه نمره‌گذاری آن به این صورت است که برای هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که DASS-۲۱ فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است نمره نهایی، هر یک از خرده مقیاس‌ها باید دو برابر شود. میزان روایی پرسشنامه را ۰/۷۷ اعلام کرده‌اند. همچنین، پایایی پرسش‌نامه برای مولفه‌های افسردگی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۸۴، استرس ۰/۸۲ و پایایی کلی ۰/۸۳ به دست آمده است(۲۱). فرم کوتاه ۲۱ برای جمعیت ایرانی توسط بشارت (۲۰۱۴) اعتباریابی شده است. بشارت (۲۰۱۴)، ضریب آلفای کرونباخ را در مورد نمونه‌های از جمعیت عمومی، برای افسردگی ۰/۸۷، برای اضطراب ۰/۸۵، برای استرس ۰/۸۹ و کل ۰/۹۱ را گزارش کرده است(۲۲). در این پژوهش نیز پایایی با استفاده از روش بازآزمایی، برای افسردگی ۰/۸۸، اضطراب ۰/۸۶، استرس ۰/۹۰ و کل ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس فراهیجان‌ها :(MES)

این مقیاس توسط Mitmansgruber, Beck, Höfer & Schüßler (۲۰۰۹) ساخته شده است. دارای ۲۸ سوال و شش خرده مقیاس است. این پرسش‌نامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فراشرم/ فراتحقیر، فراکنترل فکر و فرا بازداری) را می‌سنجد. این مقیاس براساس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملا نادرست (۱) تا کاملا درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه شخصیت نئو، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه فراشناخت معنادار به دست آمده است(۲۳). این پرسش‌نامه توسط رضایی، پارسایی، نجاتی، نیک آمال و رزینی (۱۳۹۳) برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شده است. آن‌ها از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عامل تأییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسش‌نامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ را نشان داد. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که این پرسشنامه با دو عامل از برازش عاملی قابل قبولی برخوردار است. همچنین آن‌ها نشان دادند خرده مقیاس‌های فراهیجان با خرده مقیاس‌های هوش عاطفی همبستگی دارد (۲۴). در پژوهش حاضر نیز برای محاسبه پایایی با استفاده از روش بازآزمایی، برای خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۹۰، خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا:

در این پژوهش، پس از هماهنگی‌های انجام شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و دریافت تاییدیه کمیته اخلاق (IR.LUMS.REC.1398.275)، با مراجعه به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد، آزمودنی‌ها براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد پژوهش شدند. سپس برای

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسه‌های درمانی

جلسه	هدف	تکنیک
اول	افزایش انگیزه و آموزش‌های مورد نیاز	این جلسه بر افزایش آمادگی و انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری و تقویت خودکارآمدی یا باور به توانایی شخص برای دستیابی موفقیت‌آمیز به تغییر مورد نظر تاکید دارد. بیماران فرصت به دست می آورند تا مزایا و معایب تغییر را در مقابل روش قبل خود بسنجند و همچنین اهداف درمان را ارزیابی کرده و اهداف عینی‌تری را برنامه‌ریزی کنند تا گام‌های احتمالی را برای دستیابی به اهداف درمان انتخاب کنند.
دوم	آموزش روانی و پایش تجربه‌های هیجانی	در این جلسه آموزش روانی در مورد ماهیت هیجان‌ها، مولفه‌های هیجانی و مفهوم پاسخ‌های آموخته شده بحث می‌شود. در طول این جلسه انتظار می‌رود تا بیماران با پایش و جست‌وجوی تجربه‌های هیجانی خود و عوامل نگه‌دارنده آن‌ها، آگاهی بیشتری نسبت به الگوهای پاس‌خده هیجان خود به دست آورند.
سوم	آموزش آگاهی نسبت به هیجان‌ها	این جلسه برای کمک به بیماران برای شناسایی نحوه واکنش و پاسخ‌دهی به هیجان‌های خود طراحی شده است، که یک آگاهی غیرقضاوتی متمرکز شده بر زمان حال را در تجربه‌های هیجانی آن‌ها ایجاد می‌کند. در این واحد انتظار می‌رود که افراد افکار، احساسات جسمانی و رفتاری خود را بهتر بشناسند و به آن‌ها این امکان را می‌دهد که به طور عینی تجارب هیجانی خود را مشاهده کنند.
چهارم	آموزش ارزیابی دوباره شناختی	در جلسه چهارم، به بیماران آموزش داده می‌شود که نقش ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه خود را در تجربه‌های هیجانی خود بشناسند. بیماران تشویق می‌شوند تا الگوهای تفکر خود را شناسایی کنند و شیوه‌های اصلاح الگوهای ناسازگارانه تفکر را مورد تمرین قرار دهند و انعطاف‌پذیری بیشتری را در ارزیابی‌های شناختی خود ایجاد کنند.
پنجم	اجتناب‌های ناشی از هیجان	در این جلسه بر سازوکارهای رفتاری زیربنای تجربه‌های هیجانی تاکید می‌شود. در این بخش درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری و هیجانی ناسازگار را شناسایی کند، تا بیمار شناخت بیشتری از چگونگی تاثیر این رفتارها در پایداری پریشانی‌ها داشته باشد. در نهایت روی تغییر پاسخ‌های هیجانی کنونی کار می‌شود.
ششم	شناخت و تحمل احساس‌های بدنی	در این جلسه بر نقش احساس‌های بدنی و جسمانی در تجربه‌های هیجانی تاکید می‌شود. درمانگران در این واحد تمرین‌هایی را برای برانگیختن احساس‌های بدنی مشابه با احساس‌های که به طورمعمول با پریشانی و اضطراب مرتبط هستند، ارائه می‌کنند. هدف از این تمرین‌ها این است که بیمار نحوه تاثیر این احساسات را بر افکار و رفتار خویش بشناسد و تحمل خود را نسبت به این احساس‌های جسمانی افزایش دهد.
هفتم	مواجهه‌های هیجانی مبتنی بر موقعیت	این جلسه بر ماشه چکان‌های درونی و بیرونی هیجان‌ها تمرکز دارد و به بیمار این امکان را می‌دهد که تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهد و زمینه یادگیری رفتاری جدیدی را در او شکل دهد. در این واحد، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا مراتب و نحوه اجتناب تجربی را طرح‌ریزی کند تا در ادامه روند درمان به آن‌ها رسیدگی شود.
هشتم	پیشگیری از بازگشت و عود علایم	در جلسه‌های پایانی درمان، نکات کلیدی درمانی برای مقابله با هیجان‌های مدوباره مرور می‌شود. در این مرحله، فرایند درمان بررسی شده و اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدتی برای ادامه روند درمان ارزیابی می‌شود. همچنین آن دسته از عواملی که باعث شده بیمار نتواند به خوبی پیشرفت کند را مورد بحث و نظر قرار می‌دهند.

شرکت‌کنندگان در پژوهش، اهداف توضیح داده شد و برای شرکت در پژوهش از آنان رضایت کتبی دریافت شد و برای رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت کنندگان به آن‌ها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در فرایند درمان را ندارند، می‌توانند انصراف دهند. در ضمن به محرمانه بودن اطلاعات جلسه‌های درمان نیز تاکید شد. سپس افراد به دو گروه آزمایشی (درمان فراتشخیصی یکپارچه) و گواه تقسیم شدند. پس از اجرای پیش آزمون از هر دو گروه، پژوهشگر در هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه Barlow و همکاران (۲۵) را روی گروه آزمایش اجرا کرد. در طول این مدت گروه گواه درمان روان‌شناختی را دریافت نکردند. خلاصه ساختار جلسه‌های درمان در جدول شماره ۱ ارائه شده است. پس از اتمام دوره آموزشی از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و دو ماه پس از اجرای پس آزمون هر دو گروه در مرحله پیگیری ارزیابی شدند. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از پایان پژوهش، درمان فراتشخیصی یکپارچه روی گروه گواه اجرا شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ و براساس آزمون آماری یومن‌ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها:

در این پژوهش، افراد گروه آزمایش دارای مرتبه سنی ۷/۴ ± ۴۳/۴ و گروه گواه دارای مرتبه سنی ۶/۰۷ ± ۴۵/۳۳ بودند. علاوه بر این، از نظر جنسیت گروه آزمایش شامل ۵۳/۳ درصد زن و ۴۶/۷ درصد مرد و در گروه گواه نیز ۴۰ درصد زن و ۶۰ درصد مرد را تشکیل می‌دادند. همچنین، رتبه مولفه‌های پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی مثبت و منفی به تفکیک گروه‌ها و زمان اندازه گیری در جدول ۲ آمده است. چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد، گروه‌های مورد مطالعه شده در متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چشمگیری با یکدیگر نداشته‌اند، زیرا میانگین و انحراف معیار گروه‌ها به هم نزدیک بوده است، اما در مرحله پس‌آزمون، این کمیت‌ها با واریانس بیشتری مواجه شده‌اند که در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته به نحوی که میانگین و انحراف معیار گروه‌ها تغییر پیدا کرده است.

نتایج ناشی از مقایسه دو گروه بر مبنای آزمون یومن‌ویتنی در دو گروه گواه و UP نیز در جدول ۲ مشخص شده است. Z مشاهده شده در مورد مقایسه متغیرهای پریشانی روان‌شناختی [P<۰/۰۰۱ ,Z=-۲۶۸/۳]، باورهای فراهیجانی مثبت [P<۰/۰۰۱ ,Z=-۴۳۲/۳] و باورهای فراهیجانی منفی [P<۰/۰۰۱ ,Z=-۱۵۶/۳] در بین دو گروه آزمایش و گواه در سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، با توجه به مقادیر بحرانی معنادار است. در مجموع یافته به دست آمده پژوهش نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی یکپارچه، پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس را بهبود بخشیده است.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

جدول ۱: رتبه پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی مثبت و منفی برحسب زمان بررسی و تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	زمان بررسی			آزمون یومن‌ویتنی	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	Z	معناداری
پریشانی روان‌شناختی	گروه گواه	۱/۸۳±۳۴/۲۶	۱/۶۸±۳۴/۵۳	۱/۳۳ ± ۳۳/۷۳	-۳/۲۶۸	P<۰/۰۰۱
	گروه UP	۳۱/۲± ۳۳/۹۳	۱/۶۴ ± ۱۴/۵۳	۱/۲۳ ± ۱۶/۶۶		
باورهای فراهیجانی مثبت	گروه گواه	۱/۷۵ ± ۲۷/۶۶	۱/۸۶ ± ۲۷/۲۶	۲/۴۷ ± ۲۷/۴۶	-۳/۴۳۲	P<۰/۰۰۱
	گروهUP	۱/۶۶ ± ۲۸/۲۶	۱/۹۸ ± ۴۱/۲۶	۲/۲۹ ± ۴۰/۴۰		
باورهای فراهیجانی منفی	گروه گواه	۱/۹۲ ± ۷۱/۸۶	۲/۱۲ ± ۷۰/۷۳	۱/۸۹ ± ۷۱/۲۰	-۳/۱۵۶	P<۰/۰۰۱
	گروهUP	۱/۷۶ ± ۷۱/۱۳	۱/۸۵ ± ۵۴/۲۰	۱/۸۶ ± ۵۵/۲۶		

بحث :

نتایج این پژوهش نشان دادند که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ میانگین نمره‌های پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی مثبت و منفی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین نمره‌های پریشانی روان‌شناختی و باورهای فراهیجانی منفی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش و نمره‌های باورهای فراهیجانی مثبت افزایش معناداری یافته است. این نتایج حاکی از این است که درمان فراتشخیصی یکپارچه به تنهایی سبب بهبود متغیرهای پژوهش شده است و صرف حضور در جلسه‌ها بدون اجرای درمان‌های مناسب منجر به بهبود علایم نمی‌شود و این کاهش در دوره دو ماهه پیگیری همچنان ادامه داشته است. این نتایج با یافته‌های Barlow و همکاران [۲۰]، Post [۲۶]، Norton & Barrera [۲۷]، Black [۲۸]، Allen و همکاران [۲۹]، Johansson و همکاران [۳۰]، Farchione و همکاران [۱۶] و Laird Bilek [۳۱] همخوان است.

با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرهای معنادار بالینی در شدت علایم اختلال هیجانی مانند پریشانی روان‌شناختی بیماران می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی نظیر تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در واحدهای پروتکل روی آن‌ها تأکید شده است. به عبارتی، کاهش در شدت علایم اختصاصی اختلال‌های هیجانی در بیماران به احتمال به طور غیرمستقیم به واسطه تغییرهای حاصل شده در این عوامل مشترک باشد. این امر می‌تواند به دلیل آماج قرار گرفتن این عوامل مشترک یا فراتشخیصی به عنوان علایم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی از طریق تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثر بخش در این پروتکل انجام شود(۳۲). همچنین، مداخله فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. در رویکرد یکپارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش دارند و در آن تاثیر می‌گذارند(۲۵).

همچنین از آنجا که یافته‌ها نشان داد که درمان فراتشخیصی بر باورهای فراهیجانی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس تاثیر معناداری دارد، می‌توان تبیین کرد که در درمان فراتشخیصی یکپارچه، با این عقیده که بسیاری از واکنش‌های بیماران نسبت به هیجان‌های‌شان یا مبتنی بر خاطرات و تداعی آن‌ها با وقایع و رویدادهای گذشته است و یا به دلیل پیش‌بینی‌های است که درباره پیامدهای بعدی دارند، به بیماران می‌آموزند که باورهای منفی خود در موقعیت‌ها را به چالش کشیده و انعطاف‌پذیری شناختی خود را افزایش دهند. علاوه بر این، از آنجا که در درمان فراتشخیصی یکپارچه تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی درمان محسوب می‌شود، جلسه‌های درمانی به مراجعان می‌آموزد که تجارب هیجانی را چیزی انزجاری ندانسته و نیازی به کاهش دادن آن نمی بینند، بلکه آن‌ها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و بر کاهش واکنش‌های عاطفی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تاکید دارد (۲۵). بنابراین، تغییرهای به وجود آمده در باورهای فراهیجانی بیشتر نه با هدف کاهش یا افزایش خود این باورها، بلکه به واسطه کاهش اجتناب و واکنش منفی به این عواطف بوده است. این یافته نیز با نتایج تحقیق‌های پیشین یعنی بررسی کارایی درمان فراتشخیصی از طریق دو مطالعه Ellard و همکاران (۲۹)، مطالعه موردی Boisseau و همکاران (۳۳) و کارآزمایی بالینی Farchione و همکاران (۱۶) هماهنگ است، که نشان می‌دهد این پروتکل درمانی به دلیل درگیر کردن مراجع در کاهش الگوهای رفتاری ناشی از هیجان و جایگزینی آن با رفتارهای لذت‌بخش، در افزایش باورهای فراهیجانی مثبت و کاهش باورهای فراهیجانی منفی نقش دارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه برای گردآوری داده‌ها اشاره کرد. بدیهی است که شدت بیماری مزمن سرطان می‌تواند در پر کردن پرسش‌نامه‌ها و سوگیری‌های آن اثرگذار باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های آینده از ابزارهایی مانند مصاحبه هم استفاده شود. از جمله محدودیت دیگر اینکه، به دلیل شیوع بیماری کرونا در مرحله پیگیری، دسترسی به تعدادی از بیماران به صورت حضوری میسر نبود، بنابراین، پیگیری به صورت مجازی انجام شد. همچنین، به دلیل پایین بودن سطح سواد بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان، به ناچار ملاک ورود سطح سواد به سیکل تقلیل یافت. درنهایت، با توجه به اینکه مشکلات اجتماعی و خانوادگی دیگری می‌تواند مؤثر بر مؤلفه‌های تحت پژوهش بیماران باشد، گواه سایر عوامل مداخله‌گر از محدودیت‌های پژوهشگر است. پیشنهاد می‌شود مراکز درمان بیماران سرطانی، از روش‌های روان درمانگری به عنوان بخشی از برنامه‌ها و راهبردهای درمانگری استفاده کنند و برای افزایش تعمیم‌پذیری بهتر نتایج، درمان فراتشخیصی یکپارچه روی دیگر بیماران و نمونه‌های بالینی انجام شود.

نتیجه گیری:

به نظر می‌رسد که این روش مداخله، می‌تواند به عنوان گزینه مطلوبی در کاهش پریشانی روان‌شناختی و همچنین تعدیل هیجان‌ها و به خصوص باورهای فراهیجانی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس مطرح شود. لنابراین، فراهم کردن تمهیدات لازم از سوی مدیران ارشد و پزشکان آنکولوژیست در به کارگیری درمان فراتشخیصی یکپارچه برای کاهش پریشانی روانی و بهبود مشکلات هیجانی افراد مبتلا به سرطان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی:

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه لرستان است، بنابراین از تمامی دست اندرکاران و بیماران محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع:

پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافعی برای نویسندگان ندارد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

منابع:

1- Ricci-Vitiani L, Lombardi DG, Pilozzi E, Biffoni M, Todaro M, Peschle C, et al. Identification and expansion of human colon-cancer-initiating cells. Nature, 2007;445(7123):111-5.

2-Salimzadeh H, Eftekhar H, Majdzadeh R, Montazeri A, Delavari A. Effectiveness of a theory-based intervention to increase colorectal cancer screening among Iranian health club members: a randomized trial. Journal of behavioral medicine. 2014;37(5):1019-29.

3-Moten A, Schafer D, Ferrari M. Redefining global health priorities: Improving cancer care in developing settings. Journal of global health. 2014;4(1).

4-Bill-Axelson A, Garmo H, Lambe M, Bratt O, Adolfsson J, Nyberg U, et al. Suicide risk in men with prostate-specific antigen–detected early prostate cancer: a nationwide population-based cohort study from PCBaSe Sweden. European urology. 2010;57(3):390-5.

5-Haghighat F, Tehranchi A, Dehkordian P, Rasoolzade Tabatabaei S K. A Study of the Role of Psychological Factors and Pain Related Variables in the Prediction of Emotional Distress in Patients with Multiple Sclerosis. rph. 2013; 6 (4) :1-11

6-Calderón C, Jimenez-Fonseca P, Jara C, Hernández R, de Castro EM, Varma S, et al. Comparison of coping, psychological distress, and level of functioning in patients with gastric and colorectal cancer before adjuvant chemotherapy. Journal of pain and symptom management. 2018;56(3):399-405.

7-Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. Palliative medicine. 2000;14(6):499-507.

8- Koopman EM. Why do we read sad books? Eudaimonic motives and meta-emotions. Poetics. 2015;52:18-31.

9- Miceli M, Castelfranchi C. Meta-emotions and the complexity of human emotional experience. New Ideas in Psychology. 2019;55:42-9.

10-Hassani A, Rasoolzadeh Tabatabai N. Investigation of cognitive emotion regulation strategies based on the dimensions of neuroticism and extraversion. Cognitive News. 2009; 10 (4): 1-3) Full Text in Persian).

11-Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2006;36(1):13-34.

12-Ren W, Qiu H, Yang Y, Zhu X, Zhu C, Mao G, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. Psychiatry research. 2019;271:52-9.

13- Nathan PE, Gorman JM, editors. A guide to treatments that work. Oxford University Press; 2015.

14- Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. Current directions in psychological science. 2006;15(3):146-50.

15- Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, Barlow DH. A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Comprehensive psychiatry. 2014;55(8):1920-7.

16- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2012;43(3):666-78.

17- Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press; 2017

18- Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(1):88-101.

19- Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depression and Anxiety. 2010;27(10):882-90.

20- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017;74(9):875-84.

21-Lovibond S H, Lovibond P F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed). Sydney: Psychology Foundation; 1995.

22-Besharat ma, zahedi tk, noorbala aa. alexithymia and emotion regulation strategies in patients withsomatization, anxiety disorders, and normal ndividuals: a comparative study. Contemporary Psychology. 2014; 8(2), 3-16.

23- Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. Personality and Individual Differences. 2009;46(4):448-53.

24 - Rezaei NM, Parsai I, Nejati E, Nick Amal M, Resin S. Psychometric Properties of Farahijan Students' Scale. Journal of Psychological Research. 1393; 6 (23): 124-111) Full Text in Persian).

25-Barlow DH, Farchione TJ, Firholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.

26- Post LM. Emotion Regulation Processes and Negative Mood Regulation Expectancies in the Relationship Between Negative Affect and Co-occurring PTSD and MDD (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University); 2014.

27- Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. Depression and Anxiety. 2012;29(10):874-82.

28-Black CH. Intrinsic religiosity and adolescent depression and anxiety: The mediating role of components of self-regulation. Dissertation for M.S in Psychology, Brigham Young University. Depression and Anxiety. 2013; 29(10): 874-82.

29- Allen LB, Tsao JC, Seidman LC, Ehrenreich-May J, Zeltzer LK. A unified transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(1):56-67.

30- Johansson R, Hesser H, Ljótsson B, Frederick RJ, Andersson G. Transdiagnostic, affect-focused, psychodynamic, guided self-help for depression and anxiety through the internet: study protocol for a randomised controlled trial. BMJ open. 2012;2(6):e002167.

31-Laird Bilek E. An open trial investigation of emotion detectives: a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depression. Dissertation for M.S in Psychology, University of Miami; 2011.

32-Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation andpsychological treatment: A unified perspective. In A. M. Kring & D. M. Sloan, (Ed.), Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press; 2010.

33- Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(1):102-13.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]