

Comparing the Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Thought-Action Fusion and Self-Criticism in Irritable Bowel Syndrome Patients

Shaghayegh Moradi¹, Hassan Khoshakhlagh^{2,*}, Sedigheh Rezaei Dehnavi³, Hasan Rezaei Jamaloei⁴

¹ Ph.D. Student in Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

² Assistant Professor, Department of Educational and Psychological Services, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 28 March 2024

Revised: 6 September 2025

Accepted: 16 September 2025

Available online: 21 September 2025

Article Type: Research Article

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy; Schema Therapy; Thought-Action Fusion; Self-Criticism; Irritable Bowel Syndrome

Corresponding Author

Hassan Khoshakhlagh received his Ph.D. in Psychology and the education of exceptional children from Tehran University of Science and Research. He is currently an Assistant Professor of Psychology at Naein Islamic Azad University. His research interests are in psychological interventions for patients. Correspondence concerning this article should be addressed to Dr. Khoshakhlagh, Department of Educational and Psychological Services, Naein Islamic Azad University, Modares Square, Shahid Fatemi Boulevard, Naein, Postal code: 391965931.

ORCID: 0000-0002-6710-4280

E-mail: Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

doi: <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.19.2.15>

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome is a psychosomatic disorder that in addition to physical problems, can be associated with anxiety, self-criticism, and other psychological problems. This study aimed to compare the effect of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on thought-action fusion and self-criticism in irritable bowel syndrome patients. The research employed an experimental method with a pre-test–post-test design, including a two-month follow-up phase, and involved experimental and control groups. The statistical population included all patients with irritable bowel syndrome living in Qazvin city in 2022. Using convenience sampling methods, 48 people were randomly placed in three groups of 16. The research tools were Shafran et al. (1996) thought-action fusion scale and Thompson and Zuroff's level of self-criticism scale (LOSC) (2004). The experimental groups received Yang's schema therapy and Leahy's cognitive behavioral therapy in 9 sessions of 90 minutes once a week, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using a multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results showed that both interventions were effective in reducing thought–action fusion and self-criticism, and that their effects remained stable during the follow-up phase. The results also indicated a significant difference between the effects of schema therapy and cognitive behavioral therapy on thought–action fusion and self-criticism, with schema therapy exerting a greater impact than cognitive behavioral therapy. Therefore, schema therapy and cognitive behavioral therapy can be used as efficient treatments to reduce thought-action fusion and self-criticism in irritable bowel syndrome patients.

Citation: Moradi, Sh., Khoshakhlagh, H., Rezaei Dehnavi, S., & Rezaei Jamaloei, H. (2024/1403). Comparing the Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Thought-Action Fusion and Self-Criticism in Irritable Bowel Syndrome Patients. *Contemporary Psychology*, 19(2), 15-32. <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.19.2.15>

مقایسه تاثیر درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر همجویشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر

شقایق مرادی^۱، حسن خوش‌اخلاق^{۲*}، صدیقه رضایی دهنوی^۳، حسن رضایی جمالویی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
^۲ استادیار، گروه خدمات تربیتی و روان‌شناختی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
^۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۴ استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچه

دریافت: ۹ فروردین ۱۴۰۳
 اصلاح نهایی: ۱۵ شهریور ۱۴۰۴
 پذیرش: ۲۵ شهریور ۱۴۰۴
 انتشار آنلاین: ۳۰ شهریور ۱۴۰۴

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری؛ طرحواره‌درمانی؛ همجویشی فکر-عمل؛ خودسرزنشگری؛ سندرم روده تحریک‌پذیر

نویسنده مسئول*

حسن خوش‌اخلاق درجه دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی خود را از دانشگاه علوم و پژوهش تهران دریافت کرد. در حال حاضر او استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی نایین است. علایق پژوهشی ایشان مداخلات روان‌شناسی برای بیماران است. برای مکاتبه در مورد این مقاله با دکتر حسن خوش‌اخلاق، دانشکده خدمات تربیتی و روان‌شناختی، دانشگاه آزاد اسلامی نایین، میدان مدرس، بلوار شهید فاطمی، کدپستی ۳۹۱۹۶۵۹۳۱ تماس داشته باشید.

ارکید: ۴۲۸۰-۶۷۱۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰

پست الکترونیکی: Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

چکیده

سندرم روده تحریک‌پذیر، یک اختلال روان‌تنی است که علی‌رغم مشکلات جسمانی، می‌تواند با اضطراب، خودسرزنشگری و مشکلات روان‌شناختی دیگر همراه باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه تاثیر درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر همجویشی فکر-عمل و خودسرزنشگری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ساکن شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۸ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی، در سه گروه ۱۶ نفری قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس همجویشی فکر-عمل شفران و همکاران (۱۹۹۶) و مقیاس سطوح خودسرزنشگری تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) بود. گروه‌های آزمایشی، طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) و درمان شناختی-رفتاری لیهی (۲۰۱۷) را در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت یک‌بار در هفته دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد هر دو مداخله بر همجویشی فکر-عمل و خودسرزنشگری تاثیر داشتند و در مرحله پیگیری اثر درمان پایدار بود. همچنین، نتایج نشان داد بین تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر همجویشی فکر-عمل و خودسرزنشگری تفاوت معناداری وجود دارد و طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری تاثیر بیشتری دارد. بنابراین، می‌توان از طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان درمانی موثر بر کاهش همجویشی فکر-عمل و خودسرزنشگری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده نمود.

مقدمه

روده تحریک‌پذیر، حدود ۱۱ درصد و در یک مطالعه مروری در ایران، بین ۱/۱ تا ۲۵ درصد گزارش شده است. پژوهشی دیگر نیز شیوع ۲۱/۵ درصدی را در ایران نشان داده است (سیدجعفری، ۲۰۱۹). این سندرم، هر دو جنس را در سنین مختلف گرفتار می‌کند؛ هر چند شیوع

سندرم روده تحریک‌پذیر^۱، اختلال کارکردی مزمن دستگاه گوارش^۲ است. بیماران مبتلا به این سندرم، درد شکمی و علائم متفاوت روده‌ها را در غیاب هرگونه ناهنجاری ساختاری یا زیست‌شناختی تجربه می‌کنند (کاملیری، ۲۰۲۱). شیوع جهانی سندرم

² chronic functional disorder of the digestive system

¹ irritable bowel syndrome

پژوهش‌های صورت‌گرفته بر اساس مدل‌های شناختی افسردگی، نقش خودسرزنشگری را به‌عنوان عامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده‌اند (قهرمانی اوچقاز و همکاران، ۲۰۲۰). از آن‌جا که سندرم روده تحریک‌پذیر تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آن دارد و آنان از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی رنج می‌برند؛ بنابراین، خودسرزنشگری بیشتری را نسبت به افراد سالم نشان می‌دهند (ترینداد و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده‌اند خودسرزنشگری، به‌عنوان عامل منحصر به فرد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و احساسات منفی شناخته شده است (کوپلا سیبلی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، حساسیت افراطی بالاتری را نشان می‌دهند (غفاری‌چاهد و همکاران، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد باورهای شناختی مخرب، ناکارآمدی و غیرمنطقی مانند فاجعه‌انگاری و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اغلب ناسازگارانه، منجر به رفتارهای اجتنابی و در نتیجه، احساس ناکارآمدی و درماندگی و به‌تبع آن، خودسرزنشگری بیشتر می‌شود (بروت و ویلوکس، ۲۰۲۳).

بنابر آنچه گفته شد و با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در سندرم روده تحریک‌پذیر، توجه و به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم بیماری، امری ضروری است. تاکنون، برای درمان این بیماری روش‌های متعدد دارویی و غیردارویی استفاده شده است که در کارآمدی آن‌ها به‌تنهایی اختلاف‌نظر وجود دارد (هادلی و گاردنر، ۲۰۰۵). بنابراین، ضرورت استفاده از روش‌های غیردارویی بیشتر مطرح می‌شود. در این بین، تا سال‌های متمادی درمان شناختی-رفتاری، به‌عنوان موثرترین درمان روان‌شناختی سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح بوده است و در مطالعات مختلف از آن به‌عنوان درمان روان‌شناختی این سندرم حمایت شده است (رضایی و همکاران، ۲۰۲۲).

در الگوی شناختی سندرم روده تحریک‌پذیر فرض می‌شود که افکار ناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرایندهای شناختی (تفکر، حافظه و توجه)، از طریق ارتباط عصبی بین مغز و روده در نظام‌های زیست‌شناختی، احساسات و کارکردهای روده را دچار مشکل می‌کنند و علائم این اختلال را به وجود می‌آورند (هانت و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، درد در این بیماران ضرورتاً نتیجه آسیب بافتی نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده مولفه‌های عاطفی، شناختی و حسی است و باورهایی در مورد فاجعه‌آمیز دانستن علائم و احساس عدم مهار بر بیماری خود، آن را تشدید می‌کند (رضایی و همکاران، ۲۰۲۲). همانند الگوی شناختی بک^۵، در درمان شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده

آن در زنان، به‌دلیل نقش هورمون‌های جنسی در سندرم روده تحریک‌پذیر، بیشتر است (لاکتر و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند ۴۴ درصد از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر علاوه بر احساس درد جسمانی، علائم اختلالات روان‌پزشکی را نیز نشان می‌دهند. در بین این علائم، میزان افسردگی و علائم مرتبط با آن مانند افکار منفی و اضطراب، در سطح بالاتری است؛ به‌طوری‌که، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، حداقل ۱۰ درصد بیشتر از گروه کنترل گزارش شده است (لی و همکاران، ۲۰۱۷). به‌عبارتی، فشار روانی، اضطراب و افسردگی به‌طور مستقل با افزایش شیوع این سندرم در ارتباط هستند (هو و همکاران، ۲۰۲۱). این مسئله از آنجا اهمیت می‌یابد که اضطراب، افسردگی، اشتغال ذهنی و نشخوار فکری در رابطه با علائم و آینده بیماری، در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به‌شدت وجود دارد و می‌تواند منجر به ناتوانی بیشتر آنان شود (تاکور و همکاران، ۲۰۲۰).

در این زمینه پژوهش‌ها نشان داده‌اند نمرات بالا در باورهای شناختی ناکارآمد مانند فاجعه‌انگاری، با سلامت ضعیف‌تر در زنان مبتلا به اختلالات گوارشی ارتباط دارد (بیسگارد و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، به نظر می‌رسد پرداختن به عوامل شناختی مانند همجوشی فکر-عمل^۱، می‌تواند در کاهش شدت، بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش موثری ایفا کند (کامران و همکاران، ۲۰۲۲). همجوشی فکر-عمل، توسط راجمن (۲۰۰۲) به‌عنوان یک سوگیری شناختی مفهوم‌سازی شده است که منجر به سوءتعبیر معنا و مفهوم می‌شود. مفهوم همجوشی فکر-عمل اولین بار در بیماران وسواسی کشف شد. متخصصان بالینی از زمان‌های قبل، شرح‌حال بیمارانی را گزارش کرده بودند که معتقد بودند افکار و اعمال‌شان در هم آمیخته است؛ به‌عبارت دیگر، افکار و اعمال آن‌ها غیرقابل تفکیک هستند (فرهوش و نجفی، ۲۰۲۳). این سازه دارای دو بعد اصلی است. نخست، همجوشی فکر-عمل اخلاقی^۲ به این معنی که داشتن افکار وسواسی درباره اعمال منع‌شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگر هستند. دوم، همجوشی فکر-عمل احتمالی^۳ به این معنی که فکر کردن درباره رویدادی آشفته‌ساز یا غیرقابل‌پذیرش، احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی که به‌احتمال می‌تواند در شدت علائم و مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش داشته باشد، خودسرزنشگری^۴ است. در این راستا،

⁴ self-criticism

⁵ Beck

¹ thought-action fusion

² moral thought-action fusion

³ likelihood thought-action fusion

درمانی مدعی است به دلیل اینکه بر عمیق‌ترین سطح شناخت تاکید می‌کند و در پی آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید، از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالات مزمن برخوردار است (ثلاثی و همکاران، ۲۰۲۳).

پژوهش‌های مختلف بر تاثیر طرحواره‌درمانی بر بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد تاکید کرده‌اند (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲؛ دهقانی سلطانی و رضایی‌نسب، ۲۰۲۲؛ گلی‌زاده، ۲۰۲۲). در این زمینه، مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که طرحواره‌درمانی بر متغیرهای مختلف مانند باورهای فراشناختی، همجوشی فکر-عمل و نشخوار فکری^۲ در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۳ (دهقانی سلطانی و رضایی‌نسب، ۲۰۲۲)، خودسرزنشگری و خودتنظیمی هیجانی^۴ در زنان افسرده (گلی‌زاده، ۲۰۲۲)، خودسرزنشگری و شرم در معتادین (ثلاثی و همکاران، ۲۰۲۳)، نشخوار فکری، کمال‌گرایی و همجوشی فکر-عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس (خادم و همکاران، ۲۰۲۱)، باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی در زنان دارای تعارض زناشویی (بیداری و همکاران، ۲۰۲۱) و نشخوار فکری، همجوشی شناختی، اجتناب شناختی و پردازش عصب‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق (قاسمی و موحدی، ۲۰۲۲) تاثیر دارد.

بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد و با توجه به شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در بین افراد و به تبع آن ظهور مشکلات روان‌شناختی مانند همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری و دامنه تاثیر آن‌ها در تمام جنبه‌های زندگی افراد از یک‌سو و نقش نظام شناختی و افکار افراد به‌ویژه افکار ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و تداوم این مشکلات از سوی دیگر، لزوم و ضرورت پژوهش در این زمینه به‌شدت احساس می‌شود. همچنین، با توجه به اهمیت یافتن درمان انتخابی برای رفع مشکلات این بیماران و عدم انجام این پژوهش در کشور ما، خلاء پژوهشی در این زمینه بیش از پیش نمایان می‌شود. بنابراین، هدف ما در این پژوهش، پاسخ به این مسئله است که آیا درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تاثیر متفاوتی دارد؟

روش

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. در این پژوهش، افراد نمونه بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به‌شیوه در

تحریک‌پذیر نیز سعی می‌شود که افکار ناکارآمد و باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روان‌شناختی افراطی و علائم گوارشی را به همراه دارند، شناسایی و اصلاح شوند (هانت و همکاران، ۲۰۲۰).

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که می‌توان به کمک مداخلات شناختی-رفتاری، عواملی مانند اضطراب و اختلالات مرتبط به آن را کاهش داد (اتزلمولر و همکاران، ۲۰۲۰؛ دیناروند و همکاران، ۲۰۲۰؛ شیبانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کریست و همکاران، ۲۰۲۰؛ نیوبی و مک‌لوری، ۲۰۲۰). پژوهش‌های زیادی نیز تاثیر درمان شناختی-رفتاری را بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تایید کرده‌اند (جاکوبس و همکاران، ۲۰۲۱؛ رضایی و همکاران، ۲۰۲۲؛ سوگویا و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند یک رویکرد روان‌شناختی موثر برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر جهت انطباق با درمان علائم و بهبود کیفیت زندگی باشد (لی و همکاران، ۲۰۱۴). در این رابطه، بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی فکر-عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه (اصل‌علوی‌پایدار و همکاران، ۲۰۲۰؛ بساک‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۳) و همچنین، ترس از ارزیابی منفی و خودسرزنشگری (بکاییان و همکاران، ۲۰۲۲؛ طاوولی و همکاران، ۲۰۲۱) موثر است.

یکی دیگر از درمان‌های مورد توجه در حوزه بیماری‌های روان‌تنی، طرحواره‌درمانی است (معنوی‌پور و میری، ۲۰۱۷). طرحواره‌درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در طرحواره‌درمانی، بر الگوهای خودیروانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌شود (گلی‌زاده، ۲۰۲۲). در نگاه طرحواره‌محور، این فرض مطرح است که برخی طرحواره‌ها ماهیت ناسازگارانه دارند و در دوران اولیه زندگی، در نتیجه تجارب ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل گرفته‌اند (دهقانی سلطانی و رضایی‌نسب، ۲۰۲۲). این طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورها، دیدگاه‌ها و انتظارات در مورد خود، دیگران و جهان را در بر می‌گیرند (صادقی و همکاران، ۲۰۲۳).

در این راستا، مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌ها، پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر هستند. به این ترتیب، انتظار می‌رود که وجود طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افزایش شدت نشانه‌ها همراه باشد (بشارت و همکاران، ۲۰۱۵). طرحواره‌درمانی، بر کشف ریشه مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرحواره‌ها و بازوالدینی حد و مرزدار^۱ تاکید دارد. این رویکرد

³ generalized anxiety disorder

⁴ emotional self-regulation

¹ limited reparenting

² rumination

درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۴۳/۷۵ درصد دارای مدرک لیسانس و ۱۸/۷۵ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری نیز، ۲۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۳۱/۲۵ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۳۱/۲۵ درصد دارای مدرک لیسانس و ۱۲/۵ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. به‌علاوه، در گروه کنترل، ۲۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۱۸/۷۵ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۴۳/۷۵ درصد دارای مدرک لیسانس و ۱۲/۵ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند.

ابزار سنجش

مقیاس همجوئی فکر-عمل^۱: مقیاس همجوئی فکر-عمل، نوعی ابزار خودگزارشی است که توسط شفران و همکاران (۱۹۹۶) طراحی و ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ گویه است؛ ۱۲ گویه اول مربوط به همجوئی فکر-عمل اخلاقی و ۷ گویه بعدی مربوط به همجوئی فکر-عمل احتمالی است. این ابزار بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از ۰ کاملاً مخالف تا ۴ کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۶ است. نمرات بالاتر، بیانگر همجوئی فکر-عمل شدیدتر در فرد است. شفران و همکاران (۱۹۹۶)، آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای در ایران، روایی پرسشنامه همجوئی فکر-عمل با استفاده از روش تحلیل عاملی و روایی سازه با اجرای پرسشنامه همجوئی فکر^۲ برآورد شد. بر این اساس، بین پرسشنامه همجوئی فکر و پرسشنامه همجوئی فکر-عمل ضریب همبستگی مثبت و معنادار ۰/۸۱ به‌دست آمد. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های همجوئی فکر-عمل احتمالی و اخلاقی به‌ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد. همچنین، در مطالعه دهقانی‌سلطانی و رضایی‌نسب (۲۰۲۲)، همسانی درونی ضرایب آلفای به‌دست‌آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ بود. همچنین، ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد. دو نمونه از گویه‌های این مقیاس عبارتند از «فکر کردنم درباره یک رویداد ناخوشایند، احتمال وقوع آن را بالا می‌برد» و «داشتن افکار بد به این معنی است که کار بدی انجام خواهم داد».

مقیاس سطوح خودسرزنشگری^۳: مقیاس سطوح خودسرزنشگری تامسون و زوروف (۲۰۰۴) دارای ۲۲ گویه است که دو مولفه خودسرزنشگری مقایسه‌ای (۱۲ گویه) و خودسرزنشگری

دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. سپس، بر روی گروه‌های آزمایشی مداخله انجام شد، ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. در نهایت، هر سه گروه در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد سنجش قرار گرفتند.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به نوع پژوهش، حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه، مناسب تشخیص داده شد (دلور، ۲۰۱۴). بنابراین، با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل برای این پژوهش، تعداد ۴۵ نفر به‌عنوان حجم نمونه کفایت می‌کرد. بدین ترتیب، با توجه به احتمال ریزش نمونه، تعداد ۵۱ نفر به‌عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد؛ به‌عبارتی، برای هر گروه، ۱۷ نفر انتخاب شدند. بر این اساس، ۵۱ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان ولایت و شهید رجایی شهر قزوین با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و بر اساس جدول اعداد تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت کامل جهت شرکت در جلسه‌های درمانی، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، جنسیت زن، نداشتن اختلال روانی حاد بر اساس مصاحبه بالینی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و دریافت تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش در حداقل شش ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه و شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به‌صورت همزمان بود.

نمونه‌گیری در اول خرداد ماه تا اواخر مرداد ماه انجام شد. پیش از ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش، مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر انجام شد و شرکت‌کنندگان از نظر دارا بودن شرایط ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. در طی انجام پژوهش، به‌دلیل عدم همکاری یکی از شرکت‌کنندگان، جهت همگن بودن گروه‌های مورد مطالعه، دو نفر از شرکت‌کنندگان گروه‌های دیگر حذف شدند و در نهایت، در هر گروه، داده‌های ۱۶ نفر تحلیل شدند. در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی برابر با $35/75 \pm 3/79$ سال، در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری برابر با $38/23 \pm 3/86$ سال و در گروه کنترل برابر با $38/39 \pm 4/63$ سال محاسبه شد. همچنین، از نظر مدرک تحصیلی در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی، ۱۲/۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۲۵

³ levels of self-criticism scale

¹ thought-action fusion scale

² thought fusion instrumen

به‌دست آمد (ثلاثی و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد. دو نمونه از گویه‌های این مقیاس عبارتند از «هنگامی که شکست می‌خورم، بسیار تندخو می‌شوم» و «دائماً یک احساس حقارت آزاددهنده دارم».

پروتکل درمانی

برای گروه آزمایش اول، پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) و برای گروه آزمایش دوم، درمان شناختی-رفتاری لیهی (۲۰۱۷)، طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. گروه کنترل نیز در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت.

درونی (۱۰ گویه) را می‌سنجد. این مقیاس توسط طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۰ = اصلاً توصیف‌کننده من نیست تا ۶ = بسیار خوب توصیف‌کننده من است) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا، نشان‌دهنده خودسرزنشگری بالا است. نمره‌گذاری گویه‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱ به‌صورت معکوس انجام می‌شود. یاماگوجی و کیم (۲۰۱۳)، روایی این پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. پایایی مقیاس را نیز تامپسون و زوروف (۲۰۰۴)، برای خرده‌مقیاس‌های خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی به‌ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین، در ایران آلفای کرونباخ این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌های خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۹

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسه‌های طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
۱	آشنایی و معرفی برنامه	آشنایی با مراجع و اتحاد درمانی، تکمیل قرارداد درمان، فهرست مشکل‌ها، بررسی خلق بیمار، سنجش تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون و توضیح هدف‌های پژوهش، برقراری ارتباط و همدلی، بررسی چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۲	تعریف طرحواره‌درمانی آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و معرفی حوزه طرحواره‌های ناسازگار	آشنایی و درک مفاهیم طرحواره‌درمانی و نحوه کاربرد آن، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های آن، عملکردهای طرحواره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار
۳	سنجش طرحواره‌ها و مفهوم‌سازی مشکل	ارزیابی طرحواره‌های بیمار از طریق اجرای پرسشنامه و فنون تصویرسازی ذهنی برای شناسایی طرحواره بیمار، مفهوم‌سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرحواره‌محور، شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوطه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره
۴	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد	شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربه‌های شخصی، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته‌شدن طرحواره‌ها
۵	مرحله سنجش و آموزش طرحواره‌درمانی	شناخت و تشخیص طرحواره‌های ناسازگار، ایجاد فرصت برای شناسایی احساسات و کمک به بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده آن‌ها
۶	استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره‌درمانی	اجرای فنون شناختی آزمون اعتبار طرحواره، ارائه تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، اجرای فنون صندلی خالی، تحلیل سود و زیان، اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، تدوین کارت آموزشی، ارائه تکلیف و بازخورد
۷	استفاده از راهبردهای تجربی (هیجانی) طرحواره‌درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار، بحث و گفتگو در مورد تجربه‌های گذشته، اجرای گفتگوی خیالی، شناسایی نیاز هیجانی ارضاء نشده و تلاش علیه طرحواره‌ها در سطح عاطفی
۸	آموزش روش‌های الگوشکنی	استفاده از تکنیک‌های رفتاری، آموزش الگوشکنی رفتاری با استفاده از فن تهیه فهرست رفتارهای خاص به‌عنوان موضوع تغییر، اولویت‌بندی رفتارها، حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره، جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به‌جای رفتارهای ناسازگار، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و تمرین رفتارهای سالم تصویرسازی، ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط، بازنگری مزایا و معایب رفتارها اجرای فنون تجربی گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، ارائه تکلیف و بازخورد
۹	اجرای پس‌آزمون	ارزیابی تاثیر طرحواره‌درمانی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

شناختی-رفتاری بین ۰/۹ تا ۱ به‌دست آمد. جهت محاسبه شاخص نسبت روایی محتوایی^۲ از نظرات کارشناسان متخصص در زمینه محتوای آزمون مورد نظر استفاده شد و با توضیح هدف‌ها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به محتوای سوالات، از آن‌ها خواسته شد تا

لازم به ذکر است روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تایید رسیده است و مطابق با نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه، از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است. میزان شاخص روایی محتوایی^۱ برای تمامی هدف‌ها در بسته طرحواره‌درمانی و درمان

² content validity ratio

¹ content validity index

تکنیک‌های رفتاری الگوشکنی رفتاری و اجرای فنون تجربی گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره بود. همچنین، محتوا، راهبردها و تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری شامل آموزش مدل شناختی-رفتاری به بیمار، توضیح درباره ارتباط افکار و احساس و رفتار، توضیح سبک‌های تفکر ناکارآمد، بررسی شواهد تاییدکننده و ردکننده باور یا فکر، تمرین آرام‌سازی عضلانی، بیان خطاهای شناختی، بازسازی افکار، بررسی سود و زیان، آموزش تنفس دیافراگمی، آموزش رفتار جراتمندانه، آموزش راهبردهای مدیریت استرس و حل مسئله، تنفس دیافراگمی و آموزش اسکن بدنی بود. خلاصه محتوای جلسه‌های طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

هر یک از هدف‌ها را طبقه‌بندی کنند. به‌طور کلی، بر اساس تعداد متخصصانی که سوالات را مورد ارزیابی قرار داده‌اند، مقدار شاخص نسبت روایی محتوایی قابل‌قبول برابر با ۰/۶۲ است که در این پژوهش، میزان شاخص نسبت روایی محتوایی برای تمامی هدف‌ها در هر دو پروتکل ۰/۸ تا ۰/۹ به‌دست آمد. محتوا، راهبردها و تکنیک‌های طرحواره‌درمانی شامل بررسی چگونگی شکل‌گیری و عملکردهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ارزیابی طرحواره‌های بیمار از طریق اجرای پرسشنامه و فنون تصویرسازی ذهنی، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، اجرای فنون شناختی آزمون اعتبار طرحواره، اجرای فنون صندلی خالی و تحلیل سود و زیان، استفاده از

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسه‌های درمان شناختی-رفتاری لیهی (۲۰۱۷)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
۱	برقراری ارتباط و آشنایی با مدل شناختی-رفتاری	خوش‌آمدگویی، برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد در مراجع، تنظیم دستورکار، بررسی خلق بیمار، بررسی دلایل ناموفق بودن تلاش‌های قبلی با مدل مراحل تغییر و بالا بردن انگیزه، فهرست مشکل‌های بیمار و تبیین هدف‌ها، آموزش مدل شناختی-رفتاری به بیمار، آموزش به بیمار در مورد بیماری‌اش، تحلیل سود و زیان، تکلیف و بازخورد
۲	آشنایی با سبک‌های تفکر ناکارآمد	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، توضیح درباره ارتباط افکار و احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار و احساس و رفتار، توضیح سبک‌های تفکر ناکارآمد، بررسی شواهد تاییدکننده و ردکننده باور یا فکر، تمرین آرام‌سازی عضلانی، آموزش یادداشت روزانه، تکلیف و بازخورد
۳	شناسایی افکار و احساسات و نقش آن‌ها در خودمدیریتی	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، بیان خطاهای شناختی، مقابله با افکار و احساسات منفی، شناسایی افکار و احساسات مثبت و منفی که موجب بهبود یا ناکارآمدی در رفتارهای خودمدیریتی، سبک زندگی و خوددلسوزی در بیمار می‌شوند، کنترل محرک، خلاصه جلسه، تکلیف و بازخورد
۴	آشنایی با چهار گام اصلی، سبک‌های خودمدیریتی، خوددلسوزی و راه‌های کسب حمایت اجتماعی	مرور تکلیف و پل زدن به جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار و تعیین اثر افکار اصلاح‌شده)، بحث در مورد خودمدیریتی/سبک زندگی/خوددلسوزی و راه‌های کسب حمایت اجتماعی و بررسی واکنش اطرافیان به تعامل با بیمار، بازسازی افکار، بررسی سود و زیان، آموزش تنفس دیافراگمی، تکلیف و بازخورد
۵	آشنایی با راهبردهای شکستن زنجیره مخرب	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، ارزیابی خلق بیمار، بررسی زنجیره علت‌ها، پاسخ و پیامد، راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب، تکلیف و بازخورد
۶	آموزش خودتشویقی و مواجهه با افکار و احساسات	بررسی دلایل ناموفق بودن خودمدیریتی و لزوم تغییر عادت‌های منفی تغذیه‌ای، آموزش خودتشویقی بعد از خودمراقبتی، آموزش ریلکسیشن و مواجهه با افکار و احساسات منفی، تکلیف و بازخورد
۷	آشنایی با مهارت جراتمندی	تعیین دستور جلسه، ارزیابی خلق، مرور تکلیف، بیان تفاوت رفتار منفعل/پرخاشگر/جراتمند، آموزش رفتار جراتمندانه، افکار و خودگویی منفی که مانع جراتمندی می‌شود، خودگویی پیشنهادی برای رفتار جراتمندانه، ارائه تکلیف و بازخورد
۸	آموزش مدیریت تکانش‌ها و تقویت خودکنترلی	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق، مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر (خودبازنگری و هدف‌گزینی)، بررسی مشکل‌های مربوط به پیروی از دستورهای پزشکی و دارویی، ارائه تکلیف و بازخورد
۹	آموزش مدیریت استرس و حل مسئله	مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، سنجش خلق، مدیریت استرس و حل مسئله، تنفس دیافراگمی، آموزش اسکن بدنی، شناسایی افکار منفی موثر در عود و رها کردن درمان، اصلاح و تغییر افکار منفی، مرور جلسه‌های قبل و انجام پس‌آزمون

ملاحظات اخلاقی

اخلاقی به آنان اطمینان خاطر داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری‌شده فردی از پژوهش، که به‌نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی می‌ماند و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نخواهد شد. اسامی تمامی شرکت‌کنندگان نیز به کدهای

مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1402.392 دریافت شد. ابتدا، اهمیت و ضرورت پژوهش برای شرکت‌کنندگان بیان شد و جهت رعایت اصول اخلاقی، ضمن جلب رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش و آگاهی از روند اجرای کار، درباره رعایت نکات

گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت، سه گروه پس از گذشت دو ماه در دوره پیگیری، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام دوره پیگیری و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله جلسه‌های درمان شناختی-رفتاری قرار گرفت.

شیوه تحلیل داده‌ها

تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بود. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز^۱، برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام-باکس^۲، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین^۳ و برای مقایسه گروه‌های مورد پژوهش در طی مراحل زمانی از آزمون مقابله‌ای استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد، به تفکیک گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت شد. همچنین، پژوهشگر پیش از اجرای پژوهش، گواهینامه دوره‌های طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری را زیر نظر اساتید مجرب کسب کرده بود و صلاحیت برگزاری پروتکل‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور مورد بررسی و تأیید قرار گرفته بود.

شیوه اجرا

پس از هماهنگی با علوم پزشکی قزوین و بیمارستان‌های ولایت و شهید رجایی شهر قزوین، نمونه مورد نظر انتخاب شد و در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شد. ابتدا، مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری به صورت خودگزارشی اجرا شد. سپس، مداخلات بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا گردید. در تمامی جلسه‌های گروه‌های آزمایشی، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سوالات و ابهامات در دستور کار قرار گرفت. بسته‌های درمانی توسط پژوهشگر و با نظارت اساتید راهنما اجرا شدند. همچنین، جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربردی (عامل شرکت‌کنندگان دو گروه)، جلسه‌ها به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار شدند. در پایان دوره آموزشی، هر سه

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل

متغیر	گروه آزمون	کنترل		آزمایش ۱ (طرحواره‌درمانی)		آزمایش ۲ (درمان شناختی-رفتاری)	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
همجوشی فکر-عمل	پیش‌آزمون	۵۳/۰۶	۶/۵۸	۵۱/۸۷	۸/۷۸	۵۲/۱۲	۵/۰۸
	پس‌آزمون	۵۲/۹۳	۶/۱۹	۴۲/۹۳	۸/۱۱	۴۵/۸۷	۵/۲۰
	پیگیری	۵۳/۱۲	۶/۱۰	۴۳/۵۶	۸/۱۹	۴۵/۹۳	۵/۰۹
همجوشی فکر-عمل اخلاقی	پیش‌آزمون	۳۵/۶۲	۴/۴۱	۳۴/۵۶	۵/۹۵	۳۵/۰۶	۳/۴۳
	پس‌آزمون	۳۵/۸۱	۴/۰۲	۲۹/۰۶	۵/۴۹	۳۱/۶۸	۴/۲۵
	پیگیری	۳۵/۶۲	۳/۹۳	۲۹/۳۷	۵/۳۷	۳۱/۸۷	۴/۰۹
همجوشی فکر-عمل احتمالی	پیش‌آزمون	۱۷/۴۳	۲/۴۲	۱۷/۳۱	۲/۹۶	۱۷/۰۶	۱/۹۸
	پس‌آزمون	۱۷/۱۲	۲/۴۴	۱۳/۸۷	۲/۹۶	۱۴/۱۸	۱/۹۰
	پیگیری	۱۷/۵۰	۲/۵۰	۱۴/۱۸	۳/۱۴	۱۴/۰۶	۱/۹۱
خودسرزنشگری	پیش‌آزمون	۹۸/۶۸	۱۱/۸۱	۹۹/۵۰	۱۲/۴۳	۹۷/۹۳	۱۳/۸۶
	پس‌آزمون	۹۷/۸۱	۱۱/۸۵	۸۹	۱۲/۹۰	۹۱/۶۸	۱۳/۴۷
	پیگیری	۹۸/۳۱	۱۱/۴۱	۸۸/۵۶	۱۲/۵۶	۹۱/۷۵	۱۲/۹۳
خودسرزنشگری مقایسه‌ای	پیش‌آزمون	۵۳/۱۲	۶/۸۷	۵۳/۳۷	۷/۹۸	۵۲/۶۸	۸/۰۹
	پس‌آزمون	۵۲/۶۲	۶/۷۱	۴۷/۵۶	۸/۲۴	۴۹/۳۷	۸/۲۶
	پیگیری	۵۲/۸۱	۶/۳۱	۴۷/۱۸	۷/۹۴	۴۹/۵۶	۷/۹۹
خودسرزنشگری درونی	پیش‌آزمون	۴۵/۵۶	۵/۰۸	۴۶/۱۲	۴/۹۹	۴۵/۲۵	۵/۹۰
	پس‌آزمون	۴۵/۱۸	۵/۲۹	۴۱/۴۳	۵/۰۷	۴۲/۳۱	۵/۴۲
	پیگیری	۴۵/۵۰	۵/۲۷	۴۱/۳۷	۵/۰۸	۴۲/۱۸	۵/۳۳

³ Levene

¹ Shapiro-Wilk

² Boxs-M

آزمون برای متغیرهای همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند ($P < ۰/۰۵$). این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. همچنین، آزمون لوین نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. به علاوه، به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس، از آزمون ام-باکس استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض همسانی ماتریس کوواریانس رعایت شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری و مولفه‌های آن‌ها در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش، در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری استفاده شد. پیش از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تایید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز بررسی شد و مقادیر این

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر میانگین نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش

مرحله	آزمون	مقدار	F	فرضیه Df	خطای Df	P	اندازه اثر
پس‌آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۰۷۸	۵۶/۱۱۱	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۸
پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۱۰۹	۴۲/۵۱۷	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۹

از متغیرهای وابسته (نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری) اثر معناداری داشته است ($F = ۴۲/۵۱۷$ و $P < ۰/۰۰۰۱$). در این مرحله، اندازه اثر ترکیب مداخله‌ها بر ترکیب متغیرهای وابسته برابر با ۰/۶۶۹ است که بیان‌کننده ماندگاری اثر مداخله‌ها است. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت مداخله‌های آزمایشی، ۶۶/۹ درصد واریانس بهبودی را در متغیرهای وابسته تبیین می‌کنند. به منظور بررسی بیشتر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری انجام شد (جدول ۵).

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون، حداقل یکی از مداخله‌ها بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته (نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری) اثر معناداری داشته است ($F = ۵۶/۱۱۱$ و $P < ۰/۰۰۰۱$). در این مرحله، اندازه اثر ترکیب مداخله‌ها بر ترکیب متغیرهای وابسته برابر با ۰/۷۲۸ است. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت مداخله‌های آزمایشی، ۷۲/۸ درصد واریانس بهبودی را در متغیرهای وابسته تبیین می‌کنند. همچنین، در مرحله پیگیری، حداقل یکی از مداخله‌ها بر حداقل یکی

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر روی میانگین نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	منبع تغییر	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر	
همجوشی فکر-عمل	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۳۳۷/۸۹۵	۱	۱۳۳۷/۸۹۵	۲۹۹/۸۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۵	
		گروه	۶۷۳/۱۰۱	۲	۳۳۶/۰۵۰	۷۵/۳۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۸	
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۲۸۴/۴۲۸	۱	۱۲۸۴/۴۲۸	۲۲۲/۳۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۸	
		گروه	۶۲۹/۰۷۰	۲	۳۱۴/۵۳۵	۵۴/۴۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۷	
	خودسرزنشگری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵۸۶۴/۰۶۸	۱	۵۸۶۴/۰۶۸	۲۶۳/۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۴
			گروه	۷۵۷/۱۰۵	۲	۳۷۸/۵۵۳	۱۶۹/۸۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۸
پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵۳۵۲/۶۵۰	۱	۵۳۵۲/۶۵۰	۱۰۴/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۱	
		گروه	۹۰۲/۹۳۳	۲	۴۵۱/۴۶۷	۸۸/۴۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۴	
		خطا	۲۴۸/۴۰۲	۴۳	۵/۷۷۷				
		خطا	۹۵/۸۴۵	۴۳	۲/۲۲۹				
		خطا	۲۱۹/۵۶۸	۴۳	۵/۱۰۶				

عمل و خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون را کاهش داده‌اند. میزان این تاثیر برای همجوشی فکر-عمل ۰/۷۷۸ و برای خودسرزنشگری ۰/۸۸۸ است؛ یعنی، ۷۷/۸ درصد کاهش واریانس همجوشی فکر-عمل و ۸۸/۸ درصد واریانس

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۵، تفاوت میانگین نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری، نمرات همجوشی فکر-

فکر-عمل و خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش در مرحله پیگیری را کاهش داده‌اند. میزان این تاثیر برای همجوشی فکر-عمل ۰/۷۱۷ و برای خودسرزنشگری ۰/۸۰۴ است؛ یعنی، ۷۱/۷ درصد واریانس کاهش همجوشی فکر-عمل و ۸۰/۴ درصد خودسرزنشگری در مرحله پیگیری ناشی از طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری است.

خودسرزنشگری در مرحله پس‌آزمون ناشی از طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری است. همچنین، بر اساس نتایج، تفاوت میانگین نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیگیری معنادار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری، نمرات همجوشی

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر میانگین نمرات همجوشی فکر-عمل اخلاقی و احتمالی در گروه‌های آزمایش

مرحله	آزمون	مقدار	F	فرضیه Df	خطای Df	P	اندازه اثر
پس‌آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۱۸۱	۲۸/۳۱۲	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۴
پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۲۴۲	۲۱/۶۷۲	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۸

داشته است ($F=۲۱/۶۷۲$ و $P<۰/۰۰۰۱$). در این مرحله، اندازه اثر ترکیب مداخله‌ها بر ترکیب متغیرهای وابسته برابر با ۰/۵۰۸ است که بیان‌کننده ماندگاری اثر مداخله‌ها است. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت مداخله‌های آزمایشی، ۵۰/۸ درصد واریانس بهبودی را در متغیرهای وابسته تبیین می‌کنند. به منظور بررسی بیشتر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا بر روی نمرات همجوشی فکر-عمل اخلاقی و احتمالی انجام شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون، حداقل یکی از مداخله‌ها بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته (نمرات همجوشی فکر-عمل اخلاقی و احتمالی) اثر معناداری داشته است ($F=۲۸/۳۱۲$ و $P<۰/۰۰۰۱$). در این مرحله، اندازه اثر ترکیب مداخله‌ها بر ترکیب متغیرهای وابسته برابر با ۰/۵۷۴ است. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت مداخله‌های آزمایشی، ۵۷/۴ درصد واریانس بهبودی را در متغیرهای وابسته تبیین می‌کنند. همچنین، در مرحله پیگیری، حداقل یکی از مداخله‌ها بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته (نمرات همجوشی فکر-عمل اخلاقی و احتمالی) اثر معناداری

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر روی میانگین نمرات همجوشی فکر-عمل اخلاقی و احتمالی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	منبع تغییر	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر
همجوشی فکر-عمل اخلاقی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۵۱/۱۷۹	۱	۱۵۱/۱۷۹	۲۹/۶۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۸
		گروه	۲۷۷/۰۷۳	۲	۱۳۸/۵۳۶	۲۷/۱۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۸
		خطا	۲۱۹/۵۲۸	۴۳	۵/۱۰۵			
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۴۶/۹۹۵	۱	۱۴۶/۹۹۵	۲۸/۹۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۲
		گروه	۲۳۲/۶۶۵	۲	۱۱۶/۳۳۳	۲۲/۸۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۶
		خطا	۲۱۸/۴۷۹	۴۳	۵/۰۸۱			
همجوشی فکر-عمل احتمالی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴۷/۳۳۸	۱	۴۷/۳۳۸	۵۰/۰۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۸
		گروه	۸۷/۰۸۹	۲	۴۳/۵۴۵	۴۶/۰۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۲
		خطا	۴۰/۶۳۳	۴۳	۰/۹۴۵			
	پیگیری	پیش‌آزمون	۴۷/۸۴۷	۱	۴۷/۸۴۷	۳۵/۱۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۰
		گروه	۱۰۳/۰۴۹	۲	۵۱/۵۲۵	۳۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸
		خطا	۵۸/۴۶۰	۴۳	۱/۳۶۰			

فکر-عمل احتمالی در مرحله پس‌آزمون ناشی از طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری است. همچنین، بر اساس نتایج، تفاوت میانگین نمرات مولفه‌های همجوشی فکر-عمل در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیگیری معنادار است. به عبارتی، اثر مداخله از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

بر اساس جدول ۷، تفاوت میانگین نمرات مولفه‌های همجوشی فکر-عمل در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار است. میزان این تاثیر برای همجوشی فکر-عمل اخلاقی ۰/۵۵۸ و برای همجوشی فکر-عمل احتمالی ۰/۶۸۲ است؛ یعنی، ۵۵/۸ درصد همجوشی فکر-عمل اخلاقی و ۶۸/۲ درصد همجوشی

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری بر میانگین نمرات خودسرزنشگری درونی و مقایسه‌ای در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	آزمون	مقدار	F	فرضیه Df	خطای Df	P	اندازه اثر
پس‌آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۱۲۸	۳۷/۷۱۸	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۲
پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۱۸۴	۲۷/۹۹۹	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۱

وابسته (خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی) اثر معناداری داشته است ($F=۳۷/۹۹۹$ و $P<۰/۰۰۰۱$). در این مرحله، اندازه اثر ترکیب مداخله‌ها بر ترکیب متغیرهای وابسته برابر با $۰/۵۷۱$ است که بیان‌کننده ماندگاری اثر مداخله‌ها است. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت مداخله‌های آزمایشی، $۵۷/۱$ درصد واریانس بهبودی را در متغیرهای وابسته تبیین می‌کنند. به‌منظور بررسی بیشتر، تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا بر روی نمرات مولفه‌های خودسرزنشگری انجام شد که نتایج آن در جدول ۹ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۸ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون، حداقل یکی از مداخله‌ها بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته (خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی) اثر معناداری داشته است ($F=۳۷/۷۱۸$ و $P<۰/۰۰۰۱$). در این مرحله، اندازه اثر ترکیب مداخله‌ها بر ترکیب متغیرهای وابسته برابر با $۰/۶۴۲$ است. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت مداخله‌های آزمایشی، $۶۴/۲$ درصد واریانس بهبودی را در متغیرهای وابسته تبیین می‌کنند. همچنین، در مرحله پیگیری، حداقل یکی از مداخله‌ها بر حداقل یکی از متغیرهای

جدول ۹. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی میانگین خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	منبع تغییر	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر
خودسرزنشگری درونی	پیش‌آزمون		۱۳۲/۰۹۰	۱	۱۳۲/۰۹۰	۸۷/۷۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۱
	پس‌آزمون	گروه	۱۴۴/۳۹۸	۲	۷۲/۱۹۹	۴۷/۹۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۱
		خطا	۶۴/۶۹۷	۴۳	۱/۵۰۵			
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۳۷/۴۰۵	۱	۱۳۷/۴۰۵	۴۲/۳۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۶
		گروه	۱۷۴/۰۵۶	۲	۸۷/۰۲۸	۲۶/۸۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۵
		خطا	۱۳۹/۵۷۵	۴۳	۳/۲۴۶			
خودسرزنشگری مقایسه‌ای	پیش‌آزمون		۳۹۶/۵۵۵	۱	۳۹۶/۵۵۵	۳۱۲/۶۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۹
	پس‌آزمون	گروه	۲۲۷/۳۸۱	۲	۱۱۳/۶۹۱	۸۹/۶۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۷
		خطا	۵۴/۵۳۳	۴۳	۱/۲۶۸			
	پیگیری	پیش‌آزمون	۳۳۵/۵۴۴	۱	۳۳۵/۵۴۴	۱۶۸/۶۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۸
		گروه	۲۷۸/۱۴۶	۲	۱۳۹/۰۷۳	۷۰/۳۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۶
		خطا	۸۵/۰۲۸	۴۳	۱/۹۷۷			

آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. نتایج در جدول ۱۰ ارائه شده است. آزمون مقابله‌ای ساده با استفاده از میانگین‌های تعدیل‌شده در پس‌آزمون نشان داد که در نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد ($P<۰/۰۱$). به‌عبارت دیگر، گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نمرات کمتری در همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در مقایسه با گروه کنترل به‌دست آوردند. همچنین، در مرحله پس‌آزمون با استفاده از میانگین‌های تعدیل‌شده بین نمرات همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری و مولفه‌های آن‌ها (به‌جز همجوشی فکر-عمل احتمالی) بین دو گروه آزمایش طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری تفاوت وجود دارد ($P<۰/۰۵$). به‌عبارتی، طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تاثیر بیشتری داشته است.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۹، تفاوت میانگین نمرات خودسرزنشگری و مولفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار است. میزان این تاثیر برای خودسرزنشگری درونی $۰/۶۹۱$ و برای خودسرزنشگری مقایسه‌ای $۰/۸۰۷$ است؛ یعنی، $۶۹/۱$ درصد خودسرزنشگری درونی و $۸۰/۷$ درصد خودسرزنشگری مقایسه‌ای در مرحله پس‌آزمون ناشی از طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری است. همچنین، بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، تفاوت میانگین نمرات مولفه‌های خودسرزنشگری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیگیری معنادار است. بدین معنا که اثر مداخله از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

در ادامه، جهت بررسی تفاوت تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری، از آزمون مقابله‌ای ساده برای مقایسه گروه‌های

جدول ۱۰. نتایج آزمون مقابله‌ای برای مقایسه میانگین‌های همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

مقیاس	گروه درمان شناختی-رفتاری (A)	گروه طرحواره‌درمانی (B)	اختلاف میانگین A-B	SD	P
همجوشی فکر-عمل	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۲/۶۲۴	۰/۷۴۸	۰/۰۰۳
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۶/۳۱۸	۰/۷۴۹	۰/۰۰۰۱
همجوشی فکر-عمل اخلاقی	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۲/۲۷۴	۰/۸۱۰	۰/۰۰۸
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۳/۶۲۰	۰/۸۰۱	۰/۰۰۰۱
همجوشی فکر-عمل احتمالی	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۰/۴۹۶	۰/۳۴۹	۰/۱۶۲
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۲/۵۹۶	۰/۳۴۴	۰/۰۰۰۱
خودسرزنشگری	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۴/۲۳۳	۰/۵۲۹	۰/۰۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۵/۴۹۵	۰/۵۲۹	۰/۰۰۰۱
خودسرزنشگری مقایسه‌ای	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۲/۵۳۶	۰/۴۰۱	۰/۰۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۲/۸۰۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۰۱
خودسرزنشگری درونی	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۱/۶۵۴	۰/۴۳۶	۰/۰۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۲/۵۷۲	۰/۴۳۴	۰/۰۰۰۱
		کنترل	-۴/۲۲۶	۰/۴۳۵	۰/۰۰۰۱

آزمون مقابله‌ای ساده ($P < 0.05$) اختلاف معنادار

رفتاری بر میانگین نمرات خودسرزنشگری و همجوشی فکر-عمل و مولفه‌های آن‌ها (به جز مولفه همجوشی فکر-عمل احتمالی) تفاوت وجود دارد. به عبارتی، تاثیر طرحواره‌درمانی بر خودسرزنشگری و همجوشی فکر-عمل به‌طور معناداری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بوده است.

نتایج جدول ۱۱ نشان داد در مرحله پیگیری با تعدیل نمرات پیش‌آزمون همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری، مداخله‌های آزمایشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر معناداری داشته است. همچنین، نتایج نشان داد بین تاثیر دو روش مداخله طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-

جدول ۱۱. نتایج آزمون مقابله‌ای برای مقایسه میانگین‌های همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

مقیاس	گروه درمان شناختی-رفتاری (A)	گروه طرحواره‌درمانی (B)	اختلاف میانگین A-B	SD	P
همجوشی فکر-عمل	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۲/۰۶۶	۰/۸۵۱	۰/۰۰۵
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۶/۴۵۹	۰/۸۵۲	۰/۰۰۰۱
همجوشی فکر-عمل اخلاقی	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۲/۱۴۵	۰/۸۰۸	۰/۰۱۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۳/۲۶۵	۰/۷۹۹	۰/۰۰۱
همجوشی فکر-عمل احتمالی	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۰/۰۵۹	۰/۴۱۸	۰/۸۸۹
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۳/۰۹۳	۰/۴۱۳	۰/۰۰۰۱
خودسرزنشگری	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۳/۱۵۲	۰/۴۱۷	۰/۰۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۴/۶۶۴	۰/۸۰۰	۰/۰۰۰۱
خودسرزنشگری مقایسه‌ای	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۰/۹۶۲	۰/۸۰۱	۰/۰۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۱۰/۶۲۶	۰/۸۰۱	۰/۰۰۰۱
خودسرزنشگری درونی	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره‌درمانی	۳/۰۸۶	۰/۴۹۹	۰/۰۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۲/۸۲۸	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰۱
		کنترل	-۵/۹۱۴	۰/۴۹۹	۰/۰۰۰۱
		طرحواره‌درمانی	۱/۵۷۸	۰/۶۴۰	۰/۰۱۸
		کنترل	-۳/۰۲۲	۰/۶۳۷	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۴/۶۰	۰/۶۳۹	۰/۰۰۰۱

آزمون مقابله‌ای ساده ($P < 0.05$) اختلاف معنادار

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد بین تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارتی، طرحواره‌درمانی تاثیر بیشتری داشته است. همچنین، نتایج نشان داد تاثیر مداخله‌های درمانی بر متغیرهای پژوهش ماندگار بوده است.

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد مطالعه‌ای در زمینه مقایسه تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام نشده است. اما، در رابطه با تاثیر طرحواره‌درمانی بر همجوشی فکر-عمل، نتایج این مطالعه با بخش‌هایی از مطالعات دهقانی‌سلطانی و رضایی‌نسب (۲۰۲۲)، خادم و همکاران (۲۰۲۱)، بیداری و همکاران (۲۰۲۱) و قاسمی و موحدی (۲۰۲۲) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت اضطراب و سوگیری‌های شناختی خاصی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر وجود دارد. بر اساس اصول طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی، منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی و سوگیری‌های شناختی می‌شوند (فرهادی و همکاران، ۲۰۲۲). در این رابطه، ضمن به‌محک گذاشتن صحت و سقم طرحواره‌ها، تکنیک برقراری ارتباط بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره آموزش داده شد تا ذهن مراجع از حالت یک‌صدایی به چندصدایی درآمده و جنبه سالم در او تقویت شود. طرحواره‌درمانی با بهبود برخی مولفه‌های اساسی و مخرب مانند عواطف و افکار منفی، به نظر می‌رسد بتواند موجب بهبود سلامت روان شناختی در افراد شود.

در زمینه تاثیر بیشتر طرحواره‌درمانی، می‌توان گفت فنون طرحواره‌درمانی کمک می‌کنند تا افراد دارای اختلال با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند (بیداری و همکاران، ۲۰۲۱). این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و می‌توانند بر روی رفتارهای ناسازگار فعلی فرد مانند رفتارهای اجتنابی که ناشی از همجوشی فکر-عمل است، نقش موثری داشته باشند (خادم و همکاران، ۲۰۲۱). در طرحواره‌درمانی، به افراد کمک می‌شود تا رفتارها و پاسخ‌های هیجانی خود را تغییر دهند و با تکنیک الگوشکنی رفتاری، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا برای جایگزین نمودن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب تجربی، تکالیف خانگی را طرح‌ریزی نماید (دهقانی‌سلطانی و

رضایی‌نسب، ۲۰۲۲). بنابراین، مجموع تکنیک‌های مورد استفاده منجر به تغییر در همجوشی فکر-عمل، اصلاح سوگیری‌های شناختی و تغییر بهتر باورهای مرکزی مراجعین می‌گردد.

در رابطه با ماندگاری اثر مداخله می‌توان گفت افرادی که دارای همجوشی فکر-عمل هستند، دارای یک ذهنیت طرحواره‌ای هستند که این ذهنیت، موجب ابراز رفتارهای خشمگینانه بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد و در موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شوند که حساسیت زیادی نسبت به آن‌ها وجود دارد و در صورت فعال شدن، منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته‌ساز و پاسخ‌های اجتناب یا رفتارهای حوزه آسیب‌رسانی می‌شوند (لی و همکاران، ۲۰۱۹). در این رویکرد، به افراد کمک می‌شود تا ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که موجب تداوم طرحواره می‌شود یعنی اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، آگاه شوند. طرحواره‌درمانی موجب ایجاد تغییراتی ماندگار در زمینه‌های شناختی، تجربی، عاطفی، هیجانی و رفتاری می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد، در جایگزینی آن‌ها با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر در طول زمان موثر بوده است.

در زمینه تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی فکر-عمل، نتایج این مطالعه با بخش‌هایی از مطالعات بساک‌نژاد و همکاران (۲۰۱۳) و اصل‌علوی‌پایدار و همکاران (۲۰۲۰) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، رنج روان‌شناختی بسیاری را تحمل می‌کنند که ناشی از وجود اختلالات روانی همراه، همجوشی با افکار اضطرابی و استرس‌سورهای متعدد در زندگی، به‌ویژه استرس ناشی از روابط بین‌فردی و رنج ناشی از علائم و پیامدهای بیماری است که در نهایت، به اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شود (بیسگارد و همکاران، ۲۰۲۲). از آنجا که در درمان شناختی-رفتاری با تکنیک‌های ارزیابی مجدد شناختی، تفسیرهای فاجعه‌آمیز بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تغییر می‌یابد، با پردازش اطلاعات صحیح، برداشت‌ها و خطاهای شناختی زیربنایی اصلاح شده و با بررسی اعتبار افکار ناکارآمد و ایجاد گسلس شناختی، ضمن کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر، همجوشی فکر-عمل نیز کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر، آموزش در زمینه شناسایی افکار خودآیند منفی و باورهای شرطی و غیرشرطی و مهارت چالش با آن‌ها که در جلسه‌های دوم تا جلسه‌های پایانی درمان انجام شد، موجب کسب توانایی بیرون کشیدن افکار خودکار منفی مرتبط با علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و چالش با آن‌ها و افزایش مهارت تغییر نگرش شد که با

در زمینه تاثیر بیشتر این روش درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری می توان گفت در طرحواره درمانی، استفاده از تکنیک های مذکور موجب ارتقاء درک بیماران و کمک در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی گردید. در این پژوهش، استفاده از تکنیک گفتگوی خیالی با فراهم ساختن امکان بروز هیجان های اصلی مثل ترس، خشم و شرم، زمینه را برای تخلیه هیجانی بیماران آماده ساخت و موجب فاصله گرفتن از طرحواره های آسیب رسان گردید. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی نیز موجب فاصله گرفتن از سبک های مقابله ای اجتنابی و جبران افراطی گردید و از سویی، با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، بیماران فرصتی برای بیان حقوق و شناخت احساسات خود پیدا کردند. بنابراین، به نظر می رسد طرحواره درمانی با تغییر در طرحواره های بنیادین فرد مانند نقص و شرم و جایگزین کردن رفتارهای سازگارانه تر در افراد، توانسته است تاثیر بیشتری داشته باشد.

در رابطه با تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر خودسرزنشگری، نتایج این مطالعه با مطالعات طاولی و همکاران (۲۰۲۱) و بکائیان و همکاران (۲۰۲۲) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می توان گفت تکنیک های شناختی-رفتاری به مراجعان یاد می دهند که افکار خودتخریبی و اضطرابی خود را شناسایی کنند و آن ها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند (شیبانی و همکاران، ۲۰۲۰). در این روش، درمانگر سعی می کند فرد را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلا آن ها را نادیده گرفته است. این تکنیک ها به مراجعان کمک می کنند که تفسیرها و برداشت های نادرست خود از خویش و رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه های جدیدی را ایجاد کنند (اتزمولر و همکاران، ۲۰۲۰). این مسئله کمک می نماید احساسات منفی مانند خشم، شرم و احساس گناه و خودسرزنشگری آنان در رابطه با بیماری کاهش یابد (اصل علوی پایدار و همکاران، ۲۰۲۰). مراجعان متوجه می شوند که تنش و اضطراب، ویژگی اکثر موقعیت های زندگی است و بنابراین، یاد می گیرند که این تنش و اضطراب را تحمل کنند و از لحاظ شناختی، انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت، مراجعان با افزایش خودشفقتی به جای خودسرزنشگری، این دیدگاه های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب زا به کار می برند (طاولی و همکاران، ۲۰۲۱).

در طی این جلسه های درمانی، مراجعان با شناسایی و بیان خطاهای شناختی، مقابله با افکار و احساسات منفی، شناسایی احساسات و افکار مثبت و منفی که موجب بهبود یا ناکارآمدی در رفتارهای خودمدیریتی، سبک زندگی و خوددلسوزی می شوند، کمک شد تا با اتخاذ رفتار جراتمندانه، راه های کسب حمایت اجتماعی و بررسی واکنش اطرافیان نسبت به بیماری را بیاموزند و از خودسرزنشگری ناشی از اجتناب از موقعیت های اجتماعی رهایی یابند.

کاهش همجوشی فکر-عمل به کنترل تنش و اضطراب و در نتیجه، کاهش شدت علائم بدنی انجامید. در پایداری تاثیر این درمان در طول زمان می توان گفت درمان شناختی-رفتاری می کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد (بکائیان و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، بهره جویی درمانجویان از این فرایند منجر به کاهش همجوشی فکر-عمل و کاهش رفتارهای اجتنابی آنان و پایداری اثر درمان در طول زمان می گردد.

یافته های پژوهش همچنین نشان داد طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری تاثیر معناداری دارد. در این رابطه، بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که نتایج این پژوهش با بخش هایی از مطالعه گلی زاده (۲۰۲۲) در مورد تاثیر طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و خودتنظیمی هیجانی در زنان افسرده و مطالعه ثلاثی و همکاران (۲۰۲۳) در زمینه تاثیر طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و شرم در افراد معتاد (لی و همکاران، ۲۰۲۲) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می توان گفت افراد به واسطه طرحواره درمانی، از ماهیت خشن، نفرت انگیز و تخریب گرایانه انتقادات و به ویژه خودسرزنشگری هایی که نسبت به خویش داشته اند، آگاه می شوند. همچنین، آن ها به این درک دست می یابند که لازم است بین «خود» و انتقاداتی که نسبت به «عملکرد خود» ابراز می نمایند، تمایز قائل شوند و در نهایت، به کمک همین تمایز است که توانمند می شوند تا خودسرزنشگری را به عنوان یک ندای درونی متمایز از «کلیت شخصیت خود» درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند (گیلبرت، ۲۰۱۷). در تبیین دیگر این یافته می توان گفت فرد به کمک طرحواره درمانی، نسبت به گذشته جراتمندتر شده و می تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سوال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند (هوپوود و همکاران، ۲۰۱۹).

به نظر می رسد بیماران حاضر در جلسه های طرحواره درمانی پژوهش توانستند با استفاده از تکنیک های طرحواره درمانی، به فرضیه آزمایی طرحواره های خود بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره ها و ارتباط دادن آن ها با مسائل کنونی زندگی شان، زمینه بینش هیجانی و متعاقب آن، بهبود طرحواره هایی مانند نقص و شرم، انتظارات سرسختانه و بریدگی و طرد را فراهم کنند. همچنین، به نظر می رسد با استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی در این پژوهش، بیماران توانستند در شناخت طرحواره های اصلی، درک ریشه های تحولی آن ها و مرتبط ساختن این ریشه ها به زندگی فعلی شان موفق عمل کنند و دست از خودسرزنشگری بیش از اندازه بردارند.

بودن ابزارهای پژوهش و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. با توجه به تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران از این دو روش مداخله، به‌عنوان درمان انتخابی در بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده کنند تا ضمن ارتقاء سلامت روان آنان، به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک نماید.

در تبیین تاثیر درمان شناختی-رفتاری در طول زمان بر کاهش خودسرزنشگری می‌توان گفت روش‌ها و فنون درمان شناختی-رفتاری، با افزایش آگاهی در افراد کمک می‌نمایند تا آنان بتوانند در زمان رویارویی با مشکلات خود، به‌جای خودسرزنشگری و انتقاد، از این آگاهی بهره‌جویند و با کاهش سطح فشار روانی، قادر شوند زمینه افزایش سلامت عمومی را در خود ایجاد کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. برای مثال، محدود بودن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به سندرم تحریک‌پذیر شهر قزوین، مهار نشدن متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تاثیرگذار بر همجوشی فکر-عمل و خودسرزنشگری، خودگزارشی

قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری است. بدین‌وسیله نویسندگان، از مسئولان بیمارستان ولایت و شهید رجایی شهر قزوین و کلیه شرکت‌کنندگان که در تکمیل و توزیع پرسشنامه‌ها دقت و وقت کافی مبذول داشتند و در مرحله اجرایی پژوهش همکاری نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را به‌عمل می‌آورند.

تعارض منافع: در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافی مشاهده نشد.

حامی مالی: این پژوهش از طرف هیچ فرد و یا مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

Reference

- Asl-Alavi-Paidar, S. S., Khodabakhsh, R., & Mehrinejad, S. A. (2020). Comparison of the effectiveness of behavioral-cognitive and metacognitive approaches on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder: One-month follow-up. *Clinical Psychology and Personality, 16*(2), 41-51. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2856> [In Persian]
- Bakaeian, M., Bolghan-Abadi, M., Asghari Nekah, S. M., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2022). Comparison of the effectiveness of psychodrama and group cognitive behavioral therapy on fear of negative evaluation, focused attention, and self-criticism in students with social anxiety. *Journal of Psychology, 5*(6), 76-89. <https://ensani.ir/fa/article/548440> [In Persian]
- Bassak Nejad, S., Zargar, Y., & Hatami Sarbarzeh, M. (2013). The effectiveness of cognitive behavior group therapy on thought-action fusion, thought suppression, and guilty feelings of university students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 3*(1), 23-32. https://cbs.ui.ac.ir/article_17302.html [In Persian]
- Besharat, M. A., Deghani, S., Gholamali Lavasani, M., & Malekzadeh, R. (2015). The mediating role of intolerance of uncertainty in the relationship between early maladaptive cognitive constructs and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Contemporary Psychology, 10*(1), 73-84. <https://bjcp.ir/article-1-766-en.html> [In Persian]
- Bidari, F., Amirfakhraei, A., & Zarei, E. (2021). Effectiveness of schema therapy on the irrational beliefs and emotional self-regulation of women with marital conflict and early maladaptive schemata. *Psychological Achievements, 28*(2), 241-264. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35143.260> [In Persian]
- Bisgaard, T. H., Allin, K. H., Keefer, L., Ananthakrishnan, A. N., & Jess, T. (2022). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 19*(11), 717-726. <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00634-6>
- Brott, K. H., & Veilleux, J. C. (2023). Examining state self-criticism and self-efficacy as factors underlying hopelessness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 54*(2), 207-220. <https://doi.org/10.1111/sltb.13034>
- Camilleri, M. (2021). Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: Review. *JAMA, 325*(9), 865-877. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22532>
- Christ, C., Schouten, M. J., Blankers, M., Van Schaik, D. J., Beekman, A. T., Wisman, M.

- A., Stikkelbroek, Y. A. J., & Dekker, J. J. M. (2020). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e17831. <https://doi.org/10.2196/17831>
- Dehghani-Soltani, M., & Rezai-Nasab, F. (2022). The effectiveness of group schema therapy on metacognitive beliefs, the fusion of action thinking, and female ruminants with generalized anxiety disorder. *Journal of Modern Psychological Research*, 17(66), 121-130. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15282> [In Persian]
- Delavar, A. (2014). *Applied probability and statistics in psychology and educational sciences*. Roshd publication. [In Persian]
- Dinarvand, F., Bakhtiarpour, S., & Heydarei, A. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and neurofeedback on the reduction of anxiety symptoms in patients with generalized anxiety disorder in Dezful. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63(5), 2707-2718. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.17951> [In Persian]
- Etzelmüller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>
- Farhadi, M., Pasandideh, M. M., & Vaziri, S. (2022). Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression, and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 57-69. <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14285.1082> [In Persian]
- Farhoush, M., & Najafi, M. (2023). The effect of behavioral-emotional spiritual therapy on obsessive-compulsive symptoms, obsessive beliefs, and fusion of thought and action. *Positive Psychology Research*, 9(2), 21-42. <https://doi.org/10.22108/ppls.2023.136323.2392> [In Persian]
- Ghafari Jahed, Z., Amini, N., Deyreh, E., & Mirzaei, K. (2021). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy with compassion-focused therapy on psychological flexibility in male Patients with irritable bowel syndrome. *Community Health Journal*, 15(3), 1-10. <https://doi.org/10.22123/CHJ.2021.273780.1682> [In Persian]
- Ghahremani Ochghaz, M., Mohammadkhani, P., Hatami, M., & Mohammadrezaei, R. (2020). Compare Compassion-based Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy to Reduce Fear of Compassion and Self-Criticism in People with Heart Failure. *Contemporary Psychology*, 15(1), 123-137. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.1.10.1> [In Persian]
- Ghasemi, F., & Movahedi, Y. (2022). The effectiveness of schema therapy on rumination, cognitive fusion, cognitive avoidance and neurocognitive processing in couples applying for divorce. *International Journal of Research in Neuroscience*, 9(1), 64-74. <http://ijrn.ir/article-1-643-fa.html> [In Persian]
- Gilbert, P. (2017). A brief outline of the evolutionary perspective. *EC Psychology and Psychiatry*, 3(6), 218-227.
- Goli-Zadeh, D. (2022). The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women. *Journal of Modern Psychological Research*, 17(67), 23-39. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1401.17.67.13.5> [In Persian]
- Hopwood, C. J., Pincus, A. L., & Wright, A. G. (2019). The interpersonal situation: Integrating personality assessment, case formulation, and intervention. *Using basic personality research to inform personality pathology*, 4(12), 94-121. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190227074.003.0005>
- Hu, Z., Li, M., Yao, L., Wang, Y., Wang, E., Yuan, J., Wang, F., Yang, K., Bian, Zh., & Zhong, L. D. (2021). The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: A network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 21(4), Article 4. <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01593-5>
- Hunt, M. G., Loftus, P., Accardo, M., Keenan, M., Cohen, L., & Osterman, M. T. (2020). Self-

- help cognitive behavioral therapy improves health-related quality of life for inflammatory bowel disease patients: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(2), 467-479. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9576-5>
- Jacobs, J. P., Gupta, A., Bhatt, R. R., Brawer, J., Gao, K., Tillisch, K., Lagishetty, V., Firth, R., Gudleski, G. D., Ellingson, B. M., Labus, J. S., Naliboff, B. D., Lackner, J. M., Mayer, E. A., Stewart, T. J., Cheng, Q., Nguyen, D. M., Lu, P. J., Crowell, M. D., Lee, J. H., ... Gupta, A. (2021). Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome induces bidirectional alterations in the brain-gut-microbiome axis associated with gastrointestinal symptom improvement. *Microbiome*, 9(3), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40168-021-01188-6>
- Kamran, A., Rostamifar, R., & Moghtadaei, K. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance and emotional processing in patients with irritable bowel syndrome. *Health Psychology*, 11(41), 155-170. <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.59386.525> 0 [In Persian]
- Khadem, S., Fakhri, M., & Emadian, S. O. (2021). The effectiveness of schema therapy on rumination, perfectionism, and thought-action fusion of women suffering from obsessive-compulsive disorder. *Applied Family Therapy Journal*, 2(1), 541-656. <https://journals.kmanpub.com/index.php/ajtj/article/view/448> [In Persian]
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2015). The development of self-criticism and dependency in early adolescence and their role in the development of depressive and anxiety symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(8), 1094-1109. <https://doi.org/10.1177/0146167215590985>
- Lackner, J. M., Quigley, B. M., Zilcha-Mano, S., Radziwon, C., Krasner, S. S., Gudleski, G. D., & Enck, P. (2024). Factors that predict magnitude, timing, and persistence of placebo-like responses in patients with irritable bowel syndrome. *Gastro Hep Advances*, 3(2), 221-229. <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2023.10.003>
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Lee, A. D., Spiegel, B. M., Hays, R. D., Melmed, G. Y., Bolus, R., Khanna, D. (2017). Gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease, and the general population. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(5), 30-43. <https://doi.org/10.1111/nmo.13003>
- Lee, E. B., Barney, J. L., Twhig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush, B. (2020). Obsessive-compulsive disorder and thought-action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. *Eating behaviors*, 37(6), 101-113. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101386>
- Lee, S. W., Lee, K. U., Choi, M., & Lee, S. J. (2019). Conceptual understanding of thought-action fusion and cognitive fusion: Focus on obsessive-compulsive symptoms. *Anxiety and Mood*, 15(1), 1-12. <http://doi.org/10.24986/anxmod.2019.15.1.1>
- Lee, S. W., Song, H., Jang, T. Y., Cha, H., Kim, E., Chang, Y., & Lee, S. J. (2022). Aberrant functional connectivity of neural circuits associated with thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 52(11), 2106-2115. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003980>
- Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q., & Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.006>
- Manavi-Pour, D., & Miri, L. S. (2017). Early maladaptive schemas in patients with psychosomatic disorders and multiple sclerosis. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 5(1), 40-47. <https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.5.1.4> 0 [In Persian]
- Newby, J. M., & McElroy, E. (2020). The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of Anxiety Disorders*, 69(6), 102-150. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.10215> 0
- Peeters, N., Van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A

- systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625-639. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00028-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00028-6)
- Rezaei, M., Kalantary, M., & Abedi, M. (2022). Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy (experience-based therapy package) on Anxiety, depression and quality of life in female patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(3), 395-412. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.321055.643803> [In Persian]
- Sadeghi, P., Nikamal, M., & Poursalehi Navideh, M. (2023). Prediction of sexual satisfaction based on early maladaptive schemas and irrational beliefs in women with marital conflicts. *Contemporary Psychology*, 18(2), 79-88. <https://doi.org/10.29252/bjcp.18.2.79> [In Persian]
- Salasi, B., Ramezani, M. A., & Jahan, F. (2023). Investigating the efficacy of schema therapy on self-criticism and shame in addicts undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of Psychological Science*, 22(121), 159-175. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.121.153> [In Persian]
- Seyyed Jafari, J. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy on reducing stress, anxiety, depression, and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 23(30), 40-52. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:216592726> [In Persian]
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Sheybani, H., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation training on irritability, depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 12(2), 41-50. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.19250.1778> [In Persian]
- Sugaya, N., Shirotaki, K., & Nakao, M. (2021). Cognitive behavioral treatment for irritable bowel syndrome: A recent literature review. *Biopsychosocial Medicine*, 15(5), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00226-x>
- Tavoli, A., Allahyari, A., Azadfallah, P., Fathi Ashtiani, A. (2021). Comparison of interpersonal therapy and cognitive behavior therapy for cognitive symptoms of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies*, 11(42), 23-50. <https://doi.org/10.22054/JCPS.2021.55203.2438> [In Persian]
- Thakur, E. R., Sansgiry, S., Kramer, J. R., Waljee, A. K., Gaidos, J. K., Feagins, L. A., & Tirodkar, M. A. (2020). The incidence and prevalence of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder in a national cohort of US veterans with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 26(9), 1423-1428. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz280>
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Trindade, I. A., Irons, C., Ferreira, C., Portela, F., & Pinto-Gouveia, J. (2019). The influence of self-criticism on depression symptoms among ambulatory patients with inflammatory bowel disease. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(6), 743-750. <https://doi.org/10.1002/cpp.2398>
- Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 1-16. <https://doi.org/10.5539/ijps.v5n1p1>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.