



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

Esmat Ashkesh¹, Mohamad -Bagher Hobbi^{*2,3}, Maryam Mashayekh⁴, Hassan Ahadi^{5,6}

1- PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5- Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

6- Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

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

Email: Sahobbi4@gmail.com

Received: 2021/10/31

Accepted: 2022/01/12

Abstract

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

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

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

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

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



اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

عصمت اشکش^۱، محمدباقر حبیبی^{۲و۳*}، مریم مشایخ^۴، حسن احدی^{۵و۶}

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین علیه السلام، تهران، ایران.

۳- استادیار مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۶- استاد مدعو، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** محمدباقر حبیبی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین علیه السلام، تهران، ایران / استادیار مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

ایمیل: Sahobbi4@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۹

چکیده

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

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری بود. از جامعه آماری که شامل تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مرکز تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان میلاد در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بودند، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان فراشناختی و لزر و کولیر (۲۰۱۲) شرکت کردند، اما گروه گواه درمان روتین دریافت کرد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) و رفتارهای خودمراقبتی کوهن و همکاران (۱۹۹۱) بودند. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان فراشناخت در بهبود ادراک بیماری ($p<0/01$) و افزایش رفتارهای خودمراقبتی ($p<0/01$) بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر بود و این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت ($p<0/01$).

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

کلیدواژه ها: درمان فراشناختی، ادراک بیماری، رفتارهای خودمراقبتی، سندرم روده تحریک پذیر.

از طرفی یکی از اهداف مهم در کنترل بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، توانمندسازی بیماران در خودمراقبتی است، زیرا سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد [۱۴]. رفتارهای خودمراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقای سلامتی است که به مجموعه تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که یک فرد برای سازگاری با مشکلات مرتبط با سلامت و یا بهبود سلامتی بکار می‌برد [۱۵]. خودمراقبتی خوب می‌تواند منتج به ارتقای کیفیت زندگی بیماران شود، سلامتی آن‌ها را حفظ نماید و بر سازگاری آن‌ها نیز اثرگذار باشد [۱۶]. رفتارهای خودمراقبتی نقش مهمی در تأمین بهداشت و درمان دارند [۱۷]. همچنین داشتن درک درست از بیماری نقش مهمی در بهبود بیماری دارد [۱۸].

در سال‌های اخیر درمان فراشناختی (Metacognitive Therapy)، یکی از درمان‌هایی است که به عنوان رویکرد نوظهوری در زمینه درک و درمان اختلال‌های هیجانی و مشکلات روانشناختی به کار می‌رود [۱۹]. روش‌های مبتنی بر فراشناخت از نسل سوم روان‌درمانی هستند که به اندازه تغییر بر پذیرش تأکید می‌کنند و بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرآیندهایی است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند [۲۰]. فراشناخت یک مفهوم چندبعدی مربوط به دانش و اطلاعات و راهبردهایی است که افراد برای کنترل و تنظیم فرایندهای شناختی خود از آن استفاده می‌کنند [۲۱]. بر اساس رویکرد فراشناختی افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی عادت کرده که موجب تداوم هیجانی و تقویت باورهای منفی می‌شود [۲۲]. درمان فراشناختی شامل ارتباط با افکاری است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف را از بین ببرد [۲۳]. پژوهش‌ها از اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم و انعطاف‌پذیری [۲۴]، سرمایه روانشناختی (امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری خودکارآمدی) و کیفیت زندگی [۲۵] و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر [۲۶] حکایت دارند. همچنین تأثیر درمان فراشناختی بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی [۲۷]، تأثیر درمان فراشناختی بر خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیر بالینی

سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome - IBS) یکی از شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است [۱]. این بیماری، علت ۲۵ الی ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصین گوارشی و دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی به شمار می‌رود [۲]. سندرم روده تحریک‌پذیر اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با درد شکمی، یبوست، اسهال یا ترکیبی از علائم همراه است [۳]. شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در جهان از ۵ تا ۲۰ درصد متفاوت هست [۴]. شیوع این بیماری در زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان است و در افراد متاهل بیشتر از افراد غیر متاهل گزارش شده است [۵]. شدت علائم در سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند از یک ناراحتی خفیف تا یک بیماری ناتوان‌کننده شدید را شامل شود. این بیماری در مواردی می‌تواند با فوریت، بی‌اختیاری مدفوع، علائم خارج روده‌ای مثل خواب‌آلودگی، علائم ادراری و یا علائم جنسی همراه شود. علائم این بیماری گاهی آن‌قدر آزاردهنده است که حتی برخی از مبتلایان به دلیل عدم بهبودی دست به خودکشی زده‌اند [۶]. عوامل روانشناختی و روان‌پزشکی در بسیاری از موارد بر شروع، شدت و فرجام اختلالات کارکردی دستگاه گوارش از جمله سندرم روده‌ای تحریک‌پذیر تأثیر می‌گذارند [۷]. مطالعات مربوط به سندرم روده‌ای تحریک‌پذیر رابطه‌ی بین ادراک بیماری و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را نشان داده است [۸-۹]. منظور از ادراک بیماری ایجاد یک نوع شناخت سازمان یافته از بیماری توسط خود بیمار است [۱۰]. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ باورها در مورد علل آغاز بیماری؛ طول مدت بیماری؛ پیامدها مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی و مؤثر بودن درمان برای کنترل و بهبود بیماری [۱۱]. ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، یافته‌ها بیانگر نقش قابل‌توجه ادراک بیماری در کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو [۱۲] و در پیش‌بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان [۱۳] است.

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

با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، پیامدهای گسترده سندروم روده تحریک پذیر و هزینه هایی که این بیماری برای بیمار، خانواده و جامعه به دنبال دارد و با توجه به اینکه در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر تاکنون مطالعه ای به صورت مستقیم انجام نشده است و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می شود، پژوهش در این زمینه ضروری و دارای اهمیت هست، از این رو مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایش و گواه همراه با دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مرکز تخصصی و فوق- تخصصی بیمارستان میلاد در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بودند؛ که از جامعه هدف ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند (تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی (بر اساس لیست شماره گذاری شده) در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارتند از: تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بر اساس نظر متخصص گوارش، عدم دریافت درمان های روان شناختی قبل از ورود و حین اجرای پژوهش، دارا نبودن سایر اختلالات گوارشی ساختاری با کارکردی همزمان، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، داشتن حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۶۰ سال، دارا بودن حداقل سطح

تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی بود؛ و ملاک های خروج شامل داشتن اختلال سایکوتیک و یا سایر اختلالات گوارشی همزمان و بیماری های رحمی در پرونده پزشکی و تشخیص کیست تخمدان، اندومتریوز و سرطان تخمدان در تشخیص افتراقی توسط پزشکان متخصص، غیبت بیش از دو جلسه در جریان درمان و عدم تکمیل پرسش نامه یا مخدوش بودن آن بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه های زیر بودند:

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

پرسش نامه رفتارهای خودمراقبتی: این پرسش نامه ۲۰ سؤالی توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۹۱، تهیه شد که در طیف لیکرت پنج درجه ای از نمره یک (احتمال کم) تا نمره پنج (احتمال زیاد) در حیطه های پیگیری رژیم غذایی تجویز شده، عدم استفاده از سیگار، فعالیت های جسمانی،

عصمت اشکش و همکاران

از بیمارستان ۰/۸۲ و به دست آمد. پس از تخصیص و قرار گرفتن افراد در گروه آزمایش و گواه ابتدا هر دو گروه در زمینه اهداف پژوهش و فعالیت های انجام شده توجیه شدند؛ سپس هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه پرسشنامه ادراک بیماری و خودمراقبتی را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، اما گروه گواه درمان روتین دریافت کرد. پس از خاتمه جلسات درمانی، پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس آزمون توسط محقق برگزار شد. پس از پایان دوره پیگیری، به منظور رعایت اصول اخلاقی، سه جلسه درمانی هم برای گروه گواه در مدت یک هفته انجام شد. درمان فراشناختی برگرفته از مداخله درمان فراشناختی ولز و کولیر بود [۳۳]. خلاصه جلسات درمان مطابق (جدول ۱) بود.

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

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی

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

با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ انجام شد.

یافته ها

در (جدول ۲) یافته های جمعیت شناختی افراد گروه های

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.BA.REC.1400.006 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد بندرعباس (کمیتة اخلاق در پژوهش) هست. ضمناً در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه ها، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. تحلیل داده ها

مورد مطالعه گزارش شده است. نتایج (جدول ۲) نشان می دهد که در گروه آزمایش ۷ نفر زن (۴۶/۷ درصد) و ۸ نفر مرد (۵۳/۳ درصد)، اما در گروه گواه ۶ زن (۴۰ درصد) و ۹ مرد (۶۰ درصد) بودند.

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

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

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در گروه های پژوهش

گروه	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
گواه	ادراک بیماری	۵۹/۲۰	۵۸/۴۰	۱۰/۱۴
	رفتارهای خودمراقبتی	۵۵/۶۷	۵۲/۶۷	۹/۵۴
درمان فراشناختی	ادراک بیماری	۵۹/۲۰	۴۸	۱۵
	رفتارهای خودمراقبتی	۵۶/۶۷	۶۹	۱۱/۰۵

بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها یا برابری کوواریانس ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینه هاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه های تکراری استفاده می شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود ($p > 0.05$). بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در سه مرحله پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری براساس اصلاح گرین هاوس گیزر در (جدول ۴) گزارش شده است.

بر اساس نتایج (جدول ۳) نمرات میانگین نمرات متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در گروه درمان فراشناختی نسبت به گروه گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در متغیر ادراک بیماری کاهش یافته اما در رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافته است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی، پیش فرض نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می کنند. همچنین به منظور

عصمت اشکش و همکاران

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

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

به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی در کاهش ادراک بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است؛ نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵ گزارش شده است.

بر اساس نتایج (جدول ۴) مقدار F به دست آمده برای معنی‌داری اثر مراحل نشان داد، تفاوت بین نمرات متغیرهای ادراک بیماری ($P < ۰/۰۱$) و متغیر رفتارهای خودمراقبتی ($P < ۰/۰۱$) معنی‌دار است. همچنین مقدار F به دست آمده برای گروه نشان داد میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب ۱۷ و ۱۹ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$).

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

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
گواه	ادراک بیماری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۸۰	۰/۴۳	۰/۲۴۷
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۸۰	۱/۶۲	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۱/۶۰	۱/۹۰	۱
رفتارهای خودمراقبتی	رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳	۱/۶۸	۰/۲۸۵
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۶۷	۱/۹۴	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۲/۳۳	۰/۹۷	۰/۰۶۱
درمان فراشناختی	ادراک بیماری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۲۰	۳/۱۰	۰/۰۰۹
		پس‌آزمون-پیگیری	۹/۶۰	۳/۲۹	۰/۰۳۳
	رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۲/۳۳	۴/۰۸	۰/۰۲۷
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۲/۳۳	۳/۸۷	۰/۰۲
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۱	۳/۴۶	۱

با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > ۰/۰۵$).

نتایج (جدول ۵) نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان فراشناختی معنی‌دار به دست آمده است ($p < ۰/۰۱$) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون

بحث

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

دیگر نتیجه پژوهش نشان داد که در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه در رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و

این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت. یعنی درمان فراشناختی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بود. در زمینه مقایسه نتیجه به دست آمده در جامعه هدف، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است، اما با نتایج مطالعات مرتبط در این زمینه از جمله پاشنگ و همکاران [۲۵]، پاشنگ [۲۶]، عابدی سرکمانی [۲۸] همسو است. در درمان فراشناختی باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر در درمان مورد هدف قرار می‌گیرد، زیرا باورهای فراشناختی منفی بر شیوه پاسخ‌دهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند. پس درمان فراشناختی با تأکید بر چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی کنترل ناپذیری و خطر و کاهش فرایندهای شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش می‌تواند بر باورهای فراشناختی درباره سلامتی و توانایی کنترل آن تأثیر بگذارد [۳۷]. درمان فراشناختی با آموزش روش‌های مختلف در طول جلسات درمانی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگار تفکر، تفکر مبتنی بر نگرانی سلامتی را بهبود می‌بخشد و با بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک می‌کند تا رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند تعدیل نمایند [۳۹].

از نقاط قوت مطالعه حاضر، بررسی تغییرات ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و استفاده از رویکرد درمان فراشناختی به عنوانی درمانی نو ظهور که تاکنون در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که تاکنون انجام نشده است، می‌توان اشاره نمود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدود بودن نتایج در جامعه بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، عدم امکان پیگیری طولانی برای بررسی تغییر رفتارهای زمان‌بر، خود گزارشی بودن ابزار پژوهش می‌توان اشاره نمود. لذا جهت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود که به انجام مطالعه در سایر شهر، گروه‌های مختلف بیماران به همراه دوره‌های پیگیری بلندمدت پرداخته شود، پیشنهاد می‌شود که به مقایسه درمان فراشناخت با دیگر رویکردهای درمانی از جمله درمان پذیرش و تعهد پرداخته شود. بر اساس این مطالعه پیشنهاد می‌شود که برنامه درمانی فراشناختی در برنامه درمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری

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

سپاسگزاری

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

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی در انتشار این مطالعه ندارند.

References

1. Soares RLS. Irritable bowel syndrome, food intolerance and non-celiac gluten sensitivity. A new clinical challenge. *Arquivos de gastroenterologia*. 2018; 55:417-22. <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-88>
2. Defrees DN, Bailey J. Irritable bowel syndrome: epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2017; 44(4):655-71. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.009>
3. Soleimani E, Esmaili A. The Effectiveness of Cognitive - Behavioral Hypnotherapy on clinical symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021; 10(5):35-44. [Persian].
4. Ozer M, Bengi G, Colak R, Cengiz O, Akpinar H. Prevalence of irritable bowel syndrome-like symptoms using Rome IV criteria in patients with inactive inflammatory bowel disease and relation with quality of life. *Medicine*. 2020; 99(19):1-7. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020067>
5. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*. 2020; 5(10):908-17. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30217-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X)
6. Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2004; 2(12):1064-8. [https://doi.org/10.1016/S1542-3565\(04\)00545-2](https://doi.org/10.1016/S1542-3565(04)00545-2)
7. Aghalar S, Moradi Manesh F, Saraj Khorami N, Hafezi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy and its Comparison with Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive Regulatory Strategies Excitement of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 63(2):1-1. [Persian]. <https://doi.org/10.3390/jcm10122706>
8. Afshar H, Bagherian R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghighzadeh H, Maracy MR, et al. The Relationship between Illness Perception and Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(137): 1-11. [Persian].
9. Sadrameli S, Ebrahimi A, Neyestanakk M. The Relationship between Illness Perception, Hope and Forgiveness in Interpersonal Relationships with Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017; 12(45):47-56. [Persian].
10. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats: Routledge; 2020. <https://doi.org/10.1201/9781003044307-9>
11. Cosma A, Băban A. Emotional responses of adolescents with type 1 diabetes: The role of illness representations and coping. *Cognition, Brain, Behavior*. 2017; 21(2):117. <https://doi.org/10.24193/cbb.2017.21.08>
12. Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. *Govaresh*. 2017;

- 22(1):28-38. [Persian].
13. Basharpour S, NasriNasrabadi B, Heidari F, Molavi P. The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018; 6(2):102-13. [Persian]. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.102>
14. Lee Y-J, Shin S-J, Wang R-H, Lin K-D, Lee Y-L, Wang Y-H. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient education and counseling*. 2016; 99(2):287-94. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.021>
15. D'Souza MS, Karkada SN, Parahoo K, Venkatesaperumal R, Achora S, Cayaban ARR. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*. 2017; 36:25-32. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.004>
16. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Current heart failure reports*. 2017; 14(2):71-7. <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1>
17. Naji Esfahani F, Seirafi M, Kraskian Mujembari A. The Effectiveness of Behavioral Activation Intervention on Increasing Self-Care Behaviors and Life Expectancy in the Elderly. *Aging Psychology*. 2020; 6(2):93-105. [Persian].
18. Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 68(6):553-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004>
19. Wells A, Fisher P. Meta-cognitive therapy without metacognition: A case of ADHD. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168(3):327-330.. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101467>
20. Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in medicine*. 2016; 26:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.02.012>
21. Petty RE, Briñol P. Emotion and persuasion: Cognitive and meta-cognitive processes impact attitudes. *Cognition and Emotion*. 2015; 29(1):1-26. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.967183>
22. Vaishnav BS, Vaishnav SB, Chotaliya M, Bathwar D, Nimbalkar S. Cognitive style assessment among medical students: A step towards achieving meta-cognitive integration in medical education. *The National Medical Journal of India*. 2019; 32(4):235. <https://doi.org/10.4103/0970-258X.291298>
23. Melchior K, Franken IH, van der Heiden C. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case report. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2018; 82(4):375-89. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.375>
24. Pashang S, Tajeri B, Khosh Lahjeh A. Comparison of effectiveness acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on hopefulness and flexibility of patients suffering from irritable bowel syndrome. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2018; 13(48):37-46. [Persian].
25. Pashang S, Khosh Lahjeh Sedgh A. Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome. *Medical Sciences Journal*. 2019; 29(2):181-90. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/iau.29.2.181>
26. Pashang S. Acceptance and Commitment Therapy Compared with Metacognition Therapy in Reducing Symptoms and Increasing Life Satisfaction in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh*. 2019; 24(1):22-9. [Persian].
27. Khosroshahi H, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Metacognitive Therapy on Mental Health, Self-efficacy and Illness Perception in Coronary Heart Disease. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019; 9(0):62-73. [Persian].
28. Abdi Sarkami F, Mirzaian B, Abbasi G. The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly. *Aging Psychology*. 2020; 6(3):283-69. [Persian].
29. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006; 60(6):631-7.

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