

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۷

چکیده

مقدمه: تحقیقات نشان داده اند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در تنظیم هیجانی خود مشکل دارند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد.

روش کار: نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه های تجربی و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مطب های شخصی پزشکان شهرستان سمیرم می باشد. حجم نمونه ۴۵ نفر بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی ساده به سه گروه تقسیم شدند (دو گروه درمانگری تحت درمان ACT, CBT و گروه کنترل).

نتایج حاصل از گردآوری داده ها با روش های تحلیل کوواریانس و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر همه ابعاد نظم جویی شناختی هیجان تأثیر معناداری دارد ($p < 0/001$)؛ همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر همه ابعاد نظم جویی شناختی هیجان بجز در مؤلفه های پذیرش، نشخوار، دیدگاه گیری و فاجعه سازی تأثیر معناداری دارد ($p < 0/001$)؛ بین اثربخشی درمان های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p > 0/001$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد هر دو رویکرد می تواند نقش مهمی در درمان نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارد.

کلمات کلیدی: سندرم روده تحریک پذیر، نظم جویی شناختی هیجان، درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

صدیقه آقار^۱

فردین مرادی منش^{۲*}

ناصرسراج خرمی^۳

فریبا حافظی^۴

^۱گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی خرمشهر-خلیج فارس،

دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران

^۲گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول،

ایران

^۳گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول،

ایران

^۴گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: fmoradimanesh@yahoo.com

مقدمه

اختلالات گوارش از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماریهای طبی رتبه اول را دارند. این رتبه بندی بازتاب شیوع بالای اختلالات گوارشی و ارتباط بین اختلالات روان پزشکی و علایم پیکری دستگاه گوارش است. درصد قابل توجهی از اختلالات دستگاه گوارش اختلالات کارکردی هستند. عوامل روانشناختی و روانپزشکی در بسیاری از موارد بر شروع، شدت و فرجام اختلالات کارکردی دستگاه گوارش تاثیر می گذارند (۱). «سندرم روده ی تحریک پذیر» یک اختلال عملکردی روده است که مشخصه آن اجابت مزاج تغییر یافته و درد شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می باشد این بیماری، بیماری تمامی سنین است (۲).

با تخمین شیوع ۵-۱۱٪ در جمعیت عمومی (۳)، «سندرم روده تحریک پذیر» یکی از شایع ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش (GI) در جهان است (۴). «سندرم روده تحریک پذیر» یکی از شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش (FGIDs) است که در صورت عدم وجود هرگونه ناهنجاری ساختاری یا بیولوژیکی با درد شکم و تغییر در شرایط روده مشخص می شود (۵). براساس معیارهای تشخیصی Rome-III «سندرم روده تحریک پذیر» به عنوان یک بیماری عملکردی یا اختلال روده ای مطرح گردید که با درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل سه بار در ماه در سه ماه گذشته یا حداقل از شش ماه قبل شروع شده باشند و همراه با دو یا بیشتر از معیارهای زیر باشد: بهبود درد شکمی با اجابت مزاج؛ شروع درد شکمی با تغییر در دفعات اجابت مزاج؛ شروع درد شکمی با تغییر در قوام مدفوع (۶). «سندرم روده تحریک پذیر» بیماری دوران جوانی است، در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می کند (۷) و در زنان شایع تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد (۸).

عوامل روانی- اجتماعی در «سندرم روده تحریک پذیر» دخیل هستند (۹). بررسی ها نشان می دهد که بیماران مبتلا به سندرم

روده تحریک پذیر در تنظیم هیجانی خود مشکل دارند. یکی از مؤلفه های شناختی مرتبط با این بیماری، تنظیم شناختی هیجان است. به باور گارنفسکی و کرایچ (۱۰) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنش هایی هستند که نشان دهنده ی راه های کنار آمدن فرد با وضعیت تنش زا و اتفاقات ناگوار است. تنظیم شناختی هیجان به فرایندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی هستند اشاره دارد و شامل گستره ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می گیرد (۱۱). تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری افراد با وقایع استرس زای زندگی دارد (۱۲). پیشینه پژوهشی موجود در این زمینه، نشان دهنده ی آن است که نظم جویی هیجان موفق با پیامدهای سلامتی خوب و بهبود روابط و نیز عملکرد مطلوب تحصیلی و شغلی می باشد (۱۱). و در عوض مشکلات موجود در نظم جویی هیجان با اختلال های روانی ارتباط دارد. به طوری که نشانه های نارسایی نظم جویی هیجان در بیش از نیمی از اختلال های روانی اتفاق می افتد (۱۱).

نقش اختلال تنظیم هیجانی در گسترش و ماندگاری برخی بیماریهای اختلالات گوارشی عملکردی مشخص شده است (۱۳). در پژوهش سایار و همکاران (۲۰۰۰) مشخص شده است که بیماران مبتلا به «سندرم روده تحریک پذیر» در شناسایی و بیان احساسات خود مشکل دارند و در تمایز احساسات و عواطف خود از حس های جسمانی نقص دارند علائم عاطفی جدایی ناپذیر از اختلال است و بر بهزیستی روانشناختی بیماران تأثیر می گذارد (۱۴). این امر به این دلیل است که مناطق مختلف مغزی که عملکرد روده را تعدیل می کنند در تنظیم عواطف شامل خلق و خو، اضطراب، احساسات منفی و درد نیز دخیل هستند (۱۳).

از میان درمان های روانشناختی، «سندرم روده تحریک پذیر»؛ «درمان شناختی رفتاری» به عنوان بهترین درمان مبتنی بر شواهد (۱۵) بیشترین کاربرد را داشته است و اثربخشی آن در کاهش اضطراب، افسردگی و استفاده از مهارت های مقابله ای کار آمد و

2.Irritable Bowel Syndrome(IBS)

5. Functional gastrointestinal disorders

ذهن آگاهی هستند. تبیین الگوهای زندگی جاری بودن فرد و تمرکز بر اینجا و اکنون منجر به کاهش افسردگی و به دنبال آن افزایش رضایت و کیفیت زندگی می‌شود. ادبول-کارلمن و همکاران^۱ (۲۲) اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات معدی روده‌ای را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند این روش‌ها به یک اندازه علائم روانپزشکی را در این بیماران کاهش می‌دهند. فریرا و همکاران (۴) نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش بیماری و نتایج درمانی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اثر مثبتی دارد.

مرور پیشینه پژوهشی نشانگر آن است که علیرغم استقبال گسترده‌ای که از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کشور انجام شده است، اما کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی این درمان برای افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بخصوص در داخل کشور پرداخته است. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جامعه و بافت فرهنگی ایران می‌تواند افق‌های جدیدی را برای محققان و متخصصان این بیماری ترسیم کند. بنابراین با توجه به ویژگی‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که مناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده و نیز با توجه به کارایی و اثربخشی این درمان در دیگر بیماری‌های مزمن و مقاوم به درمان، و نیز با توجه به اینکه این درمان با ادعای پوشش محدودیت‌های درمان شناختی رفتاری مطرح شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی این درمان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و مقایسه آن با درمان شناختی- رفتاری بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مطب‌های شخصی پزشکان متخصص شهرستان سمیرم (از بهمن ۱۳۹۶- تا مرداد

کاهش فاجعه انگاری درد و نشانه‌ها و علائم بیماری گزارش شده است. با وجود اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم و درمان بیماران در مطالعات مختلف (۱۶). برخی از مطالعات به خصوص پژوهش‌های اخیر، نشان داده است که درمان شناختی رفتاری در مبتلایان همیشه سودمند نیست. نتایج دو مطالعه بزرگ اخیر حاکی از عدم نتایج مثبت درمان شناختی- رفتاری، برای «سندرم روده تحریک پذیر» است (۱۶، ۱۷). از سویی درمان شناختی- رفتاری، تاثیرات طولانی مدت را گزارش نداده است و لذا این روش درمانی برای «سندرم روده تحریک پذیر»، در کوتاه مدت اثر بخش تر بوده است (۱۷، ۱۸). یک مطالعه همچنین نشان داده است که تغییر شناختی (یک مؤلفه اصلی CBT) با هیچ تغییر قابل توجهی در نتایج IBS همراه نیست (۹).

بنابراین، رویکردهایی که مکانیسم‌های هدف غیر از تغییر محتوای فکر را نشان می‌دهند، به خصوص پذیرش و تعهد درمانی (ACT) پیشنهاد شده است (۱۹). اخیراً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان یک روش جدید برای بهبود نتایج IBS پیشنهاد شده است. و برنامه‌های کاربردی و مفاهیمی که ممکن است ACT برای مراقبت دستگاه گوارش داشته باشند مورد توجه قرار گرفته است. ACT به عنوان رویکرد روانشناختی، متفاوت از اکثر روش‌های معمول درمان است، زیرا هدف این است که از تجربیات فیزیکی و روانشناختی منفی استفاده نکنند، بلکه به منظور افزایش روانشناختی، انعطاف پذیری و رفتار ارزشمند زندگی هدایت شده است (۲۰). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر که منجر به افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می‌شود و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روان شناختی و آسیب روانی منجر می‌شوند که عبارتند از: گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (۲۱). شش فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به هم مربوطند و با هم در تعاملند. چهار فرایند اول (پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن) شامل رویکرد پذیرش و

¹ Edebol- Carlman, Ljotsson, Linton, Boersma, Schrooten, Reptsilber, et al

عموم افراد و بالاخص کسانی را که تجربه‌ی منفی داشته‌اند را دارد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه‌ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۰).

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، هدف از اجرای پژوهش به شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. علاوه بر این، به شرکت کنندگان در پژوهش اطلاع داده شد که پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل می‌توانند در یک جلسه مشاوره رایگان جهت تشریح نتایج مداخله درمانی و نتایج فردی پرسش‌نامه‌ها قبل و بعد از درمان و بیان پیشنهادات تکمیلی در زمینه بهبود روند درمان شرکت نمایند. خلاصه محتوای جلسات درمانی برای گروه‌های آزمایش در ادامه آمده است.

بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): این بسته درمانی بر اساس پروتکل درمانی زاتل برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طور هفتگی تنظیم شده است. هر جلسه دارای اهداف، تکنیک‌ها و تمرین‌های ویژه‌ای بود. در ضمن درمانگر در پایان هر جلسه درمانی از بیماران می‌خواست که تکالیف خاصی را برای تمرین در منزل انجام دهند و نتایج آنها در ابتدای جلسه بعد مورد بررسی قرار می‌گرفت.

می‌باشد که از میان آنان تعداد ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه پژوهش گمارش شدند (دو گروه درمانگری تحت درمان CBT, ACT و گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر توسط پزشک فوق تخصص گوارش و کبد بر اساس معیار تشخیصی Rome III، گذشتن حداقل یک سال از شروع نشانه‌ها. داشتن حداقل تحصیلات دیپلم. عدم دریافت درمان‌های روانشناختی طی سه ماه گذشته، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال. به اختلال روانی یا بیماری مزمن گوارشی یا غیر گوارشی دیگری مبتلا نباشند. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: دریافت درمان‌های روانشناختی یا دارویی در ۶ ماه گذشته، شرکت نکردن در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها. آزمودنی‌های هر سه گروه با ابزار پژوهش به عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ تحت مداخلات مورد نظر برای هر گروه قرار گرفتند. برای یک گروه درمان شناختی رفتاری، برای یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل‌های درمانی برای سندرم روده تحریک‌پذیر طی جلسات هفتگی برگزار شد. بعد از اتمام مداخلات درمانی آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار خودسنجی است که در سال ۱۹۹۹ توسط نادیا گرانفسکی و همکاران طراحی و در سال ۲۰۰۳ به چاپ رسید. این پرسش‌نامه منحصر به سنجش تفکرات اشخاص بعد از تجارب منفی است. این پرسشنامه راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه آمیز پنداری در مجموع و راهبردهای منفی تنظیم هیجان را نشان می‌دهد و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه روی هم، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. پرسش‌های پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه-اغلب اوقات-معمولاً-گاهی-هرگز) جمع‌آوری می‌شود. این پرسشنامه توان ارزیابی سبک‌های شناختی

جدول ۱- محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

جلسه محتوا

- مقدماتی انجام ارزیابی‌های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش‌آزمون
- ۱ معرفی روش درمانی، بررسی راهبردهای نا کارآمد در مقابله با مشکلات، معرفی چهار چوب ذهنی با استفاده از استعاره‌های متعدد، انجام تمرینات حمایتی در رابطه با راهبردهای کنترل عاطفی و فاصله از ارزش‌ها
 - ۲ ارائه تمرینات تجربی برای ایجاد چالش با اثر بخشی راهبردهای کنترل، با استفاده از استعاره‌های متعدد به مراجع آموزش داده شد که "کنترل مسئله است نه راه حل"، بررسی رابطه بین خلق و خو و رفتار
 - ۳ ادامه بحث مربوط به کنترل و منطق تجربه اضطراب و ناراحتی به جای کنترل، تمرینات حمایتی شامل: میزان موفقیت ظاهری در کنترل عمدی احساسات، برنامه نویسی از رویدادهای درونی، درجه تمایل به عنوان یک جایگزین برای کنترل، ارائه استعاره‌های متعدد جهت افزایش تسلط مراجع
 - ۴ معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز، ارائه راهبردهایی برای گسلش و تغییر کلامی که در خدمت افزایش به تمایل گرایی است، ارائه تکنیک‌هایی برای مقابله با افکار ناخوشایند
 - ۵ سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز و اضطراب آور و نشان دادن سایر راههای عملی برای پرورش گسلش، تمرین ذهن آگاهی و بررسی مجدد افکار
 - ۶ معرفی تمایز خود مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده گر، تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده گر، شناسایی هدف رفتاری ساده که نیازمند گسلش و تمایل است
 - ۷ بررسی ارزش‌ها و چگونگی اثر بخشی آنها بر تمایل/ پذیرش، تاکید بر داشتن تمایل برای فعال سازی رفتار، تکالیف حمایتی شامل مقدمه‌ای بر ارزش‌ها، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساس، تمرین جوراب، انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها / تصمیم‌ها، شناسایی ارزشها: تمرین مراسم دفن / تمرین سنگ قبر،
 - ۸ بررسی موانع عمل مسئولانه مانند هیجان‌های دشوار، خاطرات و تفکرات و موانع محیطی مثل عدم مهارت اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی، تمرینات حمایتی شامل مطرح کردن ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، مطرح کردن ارتباط بین فرآیند و نتایج، با استفاده از استعاره‌های متعدد. خلاصه و جمع بندی جلسات. اجرای پس آزمون.

درمانگری شناختی- رفتاری (CBT) برای مبتلایان به IBS: الگوی شناختی استفاده شده در این درمان براساس یک الگوگیری کلی از مدل جودیس بک بود با توجه به شرایط و ماهیت بیماری سندرم روده تحریک پذیر تغییراتی در آن داده شد و شیوه‌ها و روش‌های رفتاری و همچنین برنامه ریزی فعالیت‌ها نیز در آن ادغام شد. جلسات درمان یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۲ ساعت بود. خلاصه محتوای جلسات درمانی CBT به شرح زیر بود:

جدول ۲. خلاصه محتوا و اهداف جلسات درمان شناختی رفتاری برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (اقتباس از زمردی و

همکاران، ۱۳۹۲)

جلسه	محتوا
مقدماتی	انجام ارزیابی‌های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش‌آزمون
۱	معارفه و آشنایی با یکدیگر - آشنا کردن اعضا با ماهیت بیمارشان و نقش عوامل روان شناختی در بروز و تشدید علائم - معرفی کلی شناخت درمانی - تعیین اهداف و انتظارات بیمار از درمان
۲ و ۳	آموزش الگوی شناختی به بیمار، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد - شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند روده‌ای - بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانها و کمک به حل آنها
۴ و ۵ و ۶ و ۷	آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری) استفاده از روش‌هایی مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند. قرار دادن یک نوار آموزش تنش زدایی پیش‌رونده عضلانی در اختیار اعضا تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آن
۸	خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب هفت جلسه گذشته - معرفی کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی - توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیربنایی - گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی. خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

نتایج میانگین سنی و تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش در جداول ۱ و ۲ آمده است.

نتایج حاصل از گردآوری داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۱. توزیع سنی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی

مؤلفه	گروه کنترل	گروه CBT	گروه ACT
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
سن	۴۳/۳۳	۳۸/۱۳	۴۴/۸۰
	۷/۶۶	۷/۴۲	۴/۷۲

جدول ۲- توزیع تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی

جنسیت	گروه کنترل	گروه CBT	گروه ACT
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
دیپلم	۱	-	-
فوق دیپلم	۵	۳۳/۳	۴۶/۷
لیسانس	۸	۶۶/۷	۴۰
فوق لیسانس	۱	-	۱۳/۳
	۶/۷	-	-

مرد	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷	۷
زن	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳	۸

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود دامنه میزان تحصیلات در سه گروه از دیپلم تا فوق لیسانس متغیر است. در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به سطح لیسانس و بعد از آن دیپلم و در گروه درمان شناختی رفتاری بیشترین فراوانی میزان تحصیلات لیسانس و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش

بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات فوق دیپلم می باشد. همچنین تعداد مرد و زن در هر سه گروه تقریباً برابر بود. جدول ۳ شاخص های توصیفی مربوط به نظم جویی شناختی هیجان را نشان می دهد.

جدول ۳- یافته های توصیفی نظم جویی شناختی هیجان بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

خرده مقیاس	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
ملاطمت خویش	گروه کنترل	۱۲/۶۶	۴/۹۹	۱۳	۳/۹۲		
	گروه CBT	۱۲/۱۳	۴/۹۸	۷/۳۳	۲/۶۳		
	گروه ACT	۱۱/۰۶	۴/۶۳	۸/۲۰	۱/۳۲		
پذیرش	گروه کنترل	۱۲/۳۳	۲/۵۵	۱۲/۳۳	۳/۰۳		
	گروه CBT	۱۲/۴۰	۳/۳۵	۹/۶۶	۱/۳۴		
	گروه ACT	۱۳/۹۳	۴/۳۹	۹/۸۰	۱/۱۴		
نشخوارگری	گروه کنترل	۱۳	۳/۲۰	۱۲/۹۳	۲/۷۸		
	گروه CBT	۱۲/۷۳	۳/۴۵	۱۰/۹۳	۲/۰۵		
	گروه ACT	۱۳/۱۳	۲/۸۵	۱۲/۲۶	۱/۶۶		
تمرکز مجدد مثبت	گروه کنترل	۱۰/۹۳	۳/۹۳	۱۰/۷۳	۳/۲۸		
	گروه CBT	۸/۶۶	۲/۱۹	۱۴/۲۰	۲/۳۶		
	گروه ACT	۷/۶۰	۲/۴۷	۱۴/۱۳	۲/۶۱		
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	گروه کنترل	۱۰/۰۶	۲/۹۱	۱۰/۱۳	۳/۳۷		
	گروه CBT	۹/۱۳	۲/۸۷	۱۵/۴۰	۱/۸۸		
	گروه ACT	۷/۹۳	۲/۷۶	۱۴/۰۶	۳/۵۱		
ارزیابی مجدد مثبت	گروه کنترل	۹	۳/۴۲	۹/۸۶	۳/۵۸		
	گروه CBT	۸/۴۰	۲/۷۷	۱۵/۲۰	۱/۸۵		
	گروه ACT	۷/۶۰	۲/۸۴	۱۳/۶۶	۳/۵۹		
دیدگاه گیری	گروه کنترل	۹/۸۰	۲/۴۵	۹/۸۰	۲/۴۵		
	گروه CBT	۹/۶۶	۱/۹۵	۹/۶۶	۱/۹۵		
	گروه ACT	۹/۲۶	۲/۷۱	۹/۲۶	۲/۷۱		

۳/۱۸	۱۲/۴۰	۳/۵۳	۱۲/۳۳	گروه کنترل	فاجعه‌سازی
۱/۰۳	۸/۲۶	۳/۲۷	۱۲/۴۶	گروه CBT	
۱/۱۱	۹/۳۳	۳/۳۲	۱۱/۹۳	گروه ACT	
۲/۸۲	۱۲/۵۳	۳/۳۹	۱۱/۷۳	گروه کنترل	ملامت دیگران
۲/۱۳	۷	۲/۵۴	۱۱/۸۰	گروه CBT	
۱/۰۸	۷/۸۰	۴/۶۹	۱۱/۲۰	گروه ACT	
۱۳/۲۱	۵۳/۲۰	۱۲/۵۶	۵۲/۱۳	گروه کنترل	راهبردهای سازگارانه
۶/۸۵	۶۶/۹۳	۱۰/۰۴	۴۸/۲۶	گروه CBT	تنظیم شناختی هیجان
۱۱/۱۵	۶۳/۳۳	۱۰/۶۲	۴۶/۳۳	گروه ACT	
۹/۷۳	۵۰/۸۶	۱۱/۷۸	۴۹/۷۳	گروه کنترل	راهبردهای ناسازگارانه
۶/۴۰	۳۳/۵۳	۱۱/۳۶	۴۹/۱۳	گروه CBT	تنظیم شناختی هیجان
۳/۰۸	۳۷/۶۰	۱۲/۷۷	۴۷/۳۳	گروه ACT	

با توجه به نتایج جدول ۳ میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های نظم جویی شناختی هیجان دارای تفاوت‌هایی است. قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، پیش فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بررسی و تأیید شد. از جمله اینکه گمارش آزمودنی‌ها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش فرض فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است. از سوی دیگر حجم دو گروه‌های آزمایش و

کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۵ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می‌دهد. جهت حصول اطمینان از توزیع نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها و از آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی کوواریانس (M box: 9/904, p= 0/430) استفاده شد و هر سه آزمون تأیید شد. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر نظم جویی شناختی هیجان

توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	Df	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع تغییرات
۰/۹۷۹	۰/۴۸۳	۰/۰۰۰	۱۷/۷۵۸	۱	۱۴۴/۷۴۳	ملامت خویش	گروه
۰/۷۵۴	۰/۲۹۱	۰/۰۱۲	۷/۷۹۴	۱	۳۶/۴۷۶	پذیرش	
۰/۵۵۶	۰/۲۰۵	۰/۰۳۹	۴/۹۰۱	۱	۲۱/۲۵۰	نشخوارگری	
۰/۹۸۸	۰/۵۱۱	۰/۰۰	۱۹/۸۶۲	۱	۸۸/۰۶۸	تمرکز مجدد مثبت	
۱	۰/۸۱۴	۰/۰۰۰	۸۳/۳۵۲	۱	۲۰۲/۴۹۴	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	
۱	۰/۷۰۰	۰/۰۰۰	۴۴/۳۸۶	۱	۱۸۱/۴۸۱	ارزیابی مجدد مثبت	
۰/۶۵۶	۰/۲۴۶	۰/۰۲۲	۶/۱۹۷	۱	۴۱/۳۷۱	دیدگاه‌گیری	
۰/۹۸۵	۰/۵۰۰	۰/۰۰۰	۱۹/۰۱۹	۱	۶۴/۹۳۷	فاجعه‌سازی	
۱	۰/۶۷۷	۰/۰۰۰	۳۹/۷۴۲	۱	۱۵۹/۶۶۰	ملامت دیگران	

۵۰ و ۶۷ درصد از تفاوت‌ها در مؤلفه‌های ملامت خویشتن، پذیرش، نشخوارگیر، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران در مرحله پس از آزمون ناشی از عضویت گروهی (درمان شناختی رفتاری) می‌باشد.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت معنی داری بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل در نمرات پس همه مؤلفه‌های نظم جویی شناختی هیجان مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). میزان اندازه اثرهای به دست آمده برای مؤلفه‌های نظم جویی شناختی هیجان نشان می‌دهد که به ترتیب ۴۸، ۲۹، ۲۰، ۵۱، ۸۱، ۷۰، ۲۴،

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه نظم جویی شناختی هیجان

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	ملامت خویش	۴۳/۲۲۳	۱	۹/۱۲۰	۰/۰۰۷	۰/۳۲۴	۰/۸۱۷
	پذیرش	۱۳/۸۲۷	۱	۳/۲۸۰	۰/۰۸۶	۰/۱۴۷	۰/۴۰۵
	نشخوارگیری	۰/۸۱۴	۱	۰/۳۹۸	۰/۵۳۶	۰/۰۲۱	۰/۰۹۲
	تمرکز مجدد مثبت	۶۳/۶۶۹	۱	۱۵/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	۰/۹۵۷
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۷۷/۷۶۸	۱	۱۰/۲۱۹	۰/۰۰۵	۰/۳۵۰	۰/۸۵۸
	ارزیابی مجدد مثبت	۸۰/۵۹۱	۱	۸/۶۴۱	۰/۰۰۸	۰/۳۱۳	۰/۷۹۶
	دیدگاه‌گیری	۱۹/۹۴۲	۱	۳/۲۸۹	۰/۰۸۶	۰/۱۴۸	۰/۴۰۶
	فاجعه‌سازی	۱۰/۰۱۷	۱	۲/۶۱۰	۰/۱۲۳	۰/۱۲۱	۰/۳۳۵
	ملامت دیگران	۴۵/۶۱۵	۱	۱۲/۲۷۶	۰/۰۰۲	۰/۳۹۳	۰/۹۱۳

ناشی از عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) می‌باشد. در رابطه با مؤلفه‌های پذیرش، نشخوار، دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی نیز تفاوتی بین دو گروه مشاهده نمی‌شود ($p > 0/05$). جهت مقایسه اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جدول ۶ اثرات بین آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین نظم جویی شناختی هیجان در گروه‌های پژوهش نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های جدول ۵، تفاوت معنی داری بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در نمرات پس آزمون مؤلفه‌های ملامت خویش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و ملامت دیگران مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). میزان اندازه اثرهای به دست آمده برای مؤلفه‌های مذکور نشان می‌دهد که به ترتیب ۳۲، ۴۴، ۳۵، ۳۱ و ۳۹ درصد از تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون مؤلفه‌های ملامت خویش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و ملامت دیگران در مرحله پس آزمون

جدول ۶- اثرات بین آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین‌های راهبردهای اصلی نظم جویی شناختی هیجان در گروه‌های پژوهش

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
راهبردهای سازگارانه تنظیم	Greenhouse-Geisser	۱۴۱۶/۰۲۲	۲	۷۰۸/۰۱۱	۰/۰۸۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱۸	۰/۹۹۹

هیجان	۱۵							
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم	۱۰	۵۴۰/۶۳۳	۲	۱۰۸۱/۲۶۷	۲	۱۰۸۱/۲۶۷	۱۰۸۱/۲۶۷	۱۰۸۱/۲۶۷
Greenhouse-Geisser	۰/۹۸۳	۰/۳۳۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
هیجان								

بر اساس نتایج جدول فوق می‌توان چنین گفت که در راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان مقدار F مشاهده شده در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنی داری را بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. جدول بعدی اثرات درون آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس بر روی میانگین متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۷- اثرات درون آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس بر روی میانگین مؤلفه‌های تنظیم سازگارانه و ناسازگارانه هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
راهبردهای سازگارانه	۳۳۷۳/۳۴۴	۱	۳۳۷۳/۳۴۴	۷۱/۸۷۸	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱	۱
تنظیم هیجان	۱۴۱۶/۰۲۲	۲	۷۰۸/۰۱۱	۱۵/۰۸۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱۸	۰/۹۹۹
	۱۹۷۱/۱۳۳	۴۲	۴۶/۹۳۲				
راهبردهای ناسازگارانه	۱۴۶۴/۱۰۰	۱	۱۴۶۴/۱۰۰	۲۸/۴۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰۴	۰/۹۹۹
تنظیم هیجان	۱۰۸۱/۲۶۷	۲	۵۴۰/۶۳۳	۱۰/۵۱۲	۰/۰۰۰	۰/۳۳۴	۰/۹۸۳
	۲۱۶۰/۱۳۳	۴۲	۵۱/۴۳۲				

همچنین بر اساس نتایج جدول فوق اثر تعامل زمان در گروه نیز برای هر دو مؤلفه اصلی راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان معنی دار بود. جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی LSD را برای بررسی تفاوت‌های میانگین‌ها در گروه‌های پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی LSD را برای بررسی تفاوت‌های میانگین‌ها در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
راهبردهای سازگارانه	گروه درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۴/۹۳	۳/۵۸	۰/۱۷۶
تنظیم هیجان	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی	گروه کنترل	۲/۷۶	۳/۵۸	۰/۴۴
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی	گروه کنترل	۲/۱۶	۳/۵۸	۰/۵۴۸
راهبردهای ناسازگارانه	گروه درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	-۲/۷۶	۳/۵۸	۰/۴۴
تنظیم هیجان	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی	گروه کنترل	-۸/۹۶	۳/۰۶	۰/۰۰۶
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی	گروه کنترل	-۱/۱۳	۳/۰۶	۰/۷۱۳
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی	گروه کنترل	-۷/۸۳	۳/۰۶	۰/۰۱۴
	گروه درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۱/۱۳	۳/۰۶	۰/۷۱۳

با توجه به اینکه متغیرهای شخصیتی تا حدودی سندرم روده تحریک پذیر را پیش بینی می کند و درمان شناختی رفتاری با مکانیزم هایی که به همراه دارد در بهبود تنظیم هیجان فرد مؤثر می باشد، تنظیم هیجان را می توان ناشی از افکار، باور و رفتارهای نامناسب دانست (۲۶).

درمان شناختی رفتاری با درهم شکستن چرخه معیوب افکار و هیجان و با کاهش نشخوار فکری، آموزش حل مساله، آموزش تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای سازگار هیجان زمینه را برای بهبود تنظیم شناختی هیجان فراهم می کنند. در پژوهش حاضر با توجه به محتوای به کار گرفته شده در درمان و با توجه به این نکته نیز که قسمتی از درمان شناختی رفتاری اجرا شده بر تنظیم سازگاران و آموزش راهبردهای هیجان تاکید داشت، انتظار می رفت که درمان شناختی رفتاری باعث تعدیل راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان شود. این درمان می تواند با آگاهی دادن و کمک به بازسازی شناختی، کنترل هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کند. از آنجا که بین افکار، احساسات و رفتار ارتباط وجود دارد و افکار منفی باعث برانگیختگی هیجانی و اختلال در عملکردهای آنها می شود، این افراد با یادگیری راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان می آموزند تا با بیماریشان مواجه شوند، قضاوت خود را در مورد بیماری شان مورد ارزیابی مجدد قرار دهند، به جای سرکوب هیجانات خود خطاهای شناختی را بیاموزند، به صورت هشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرند و با جایگزین کردن افکار و موضوعات لذت بخش به جای تفکر دربارهی این رویداد منفی زندگیشان، تحمل بیشتری جهت مقابله با بیماری خود و عوارض ناشی از آن داشته باشند (۲۴).

در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می شود (۱۰). در جلسات درمانگری شناختی رفتاری از آن جا که فرد متوجه روان بنه های معیوب خود می شود، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده می گیرد و با تعدیل یا اصلاح آنها و ارزیابی مجدد مثبت روی مشکلات خود به مهارگری آنها و همچنین ارتقای وضعیت مقابله ای خود کمک می کند. بازسازی شناختی که یکی از مؤلفه های شناختی

نتایج جدول ۸ نشان می دهد که برای راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان بین اثربخشی درمان های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری وجود ندارد. لازم به ذکر است که به توجه به یافته ها بین هیچ کدام از مؤلفه های نه گانه تنظیم شناختی هیجان در گروه های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری مشاهده نشد و به منظور خلاصه کردن نتایج تنها نتایج مربوط به دو بعد اصلی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان ارائه شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر هستند، اما بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتایج با نتایج پژوهش مفید و همکاران (۲۳) همخوان و همسو می باشد. مفید و همکاران در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان نشان دادند که این درمان بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی تأثیر دارد.

یافته های تحقیق نشان داد که درمان شناختی رفتاری در افزایش استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان و کاهش به کارگیری راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان (فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران و ملامت خویش) مؤثر بوده است. گرچه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پرداخته است، اما یافته ها به طور غیر مستقیم همسو با مطالعات و یافته های پژوهش های سلطانی زاده و همکاران (۲۴) می باشد.

نتایج پژوهش خلعتبری و همکاران نشان داد؛ ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روان شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با نقش میانجی تنظیم هیجان رابطه داشت (۲۵).

رفتاری است و آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌تواند به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالف ورزی با افکار اتوماتیک ناکارآمد و در نتیجه حل مسئله برنامه ریزی شده گردد و از این طریق، به افزایش استفاده از راهبردهای نظم جویی کارآمد منتهی گردد. بنابراین می‌توان گفت نظم جویی هیجان از طریق تسهیل دسترسی فرد به منابع مقابله‌ای سبب مدیریت و نظم-جویی برانگیختگی هیجان می‌شود. در این صورت میزان دسترسی به راهبردهای سازش یافته برای مدیریت برانگیختگی هیجان افزایش می‌یابد که می‌تواند از علت افزایش نمرات باشد. از سوی دیگر، به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به جای سرکوب هیجان‌ها و چالش و حل و فصل خطاهای شناختی آموزش داده می‌شود. بدین ترتیب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و متمرکز بر برنامه ریزی قابل انتظار است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است که شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به شناخت می‌گردد و در برابر آن تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند فرد را از نوع تفکر برهاند. بر طبق این درمان، اغلب افراد در تجارب درونی درگیر هستند و به نظر می‌رسد که بخشی در اثر برداشت فراتر از واقعیت و بخشی در اثر قضاوت در مورد تجارب درونی و نفرت از این تجارب و تفکرات است. بدین ترتیب، به جای اینکه فرد تنها خشم را تجربه کند، خشمگین می‌شود، از خشم نفرت پیدا می‌کند و آرزو می‌کند که خشم از او دور شود. برعکس، این پاسخ‌ها افراد را بیشتر در هیجان‌ها خود گیر می‌اندازد و بیشتر تلاش می‌کند که از آنها اجتناب کند (۲۷). بنابراین، با تغییر کیفیت آگاهی افراد می‌توان دید که استفاده از راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در آنها افزایش می‌یابد. در این رابطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ممکن است به دو طریق عمل کند: الف) این روش افراد را ترغیب می‌سازد که مشاهده گر فرایندهای ذهنی خود باشند؛ افکار خودانتقادی و قضاوت کننده را ببینند و بپذیرند و سعی در تمرکز روی آنها نداشته باشند؛ همچنین، ممکن است این روش، وسعت بروز افکار ناکارآمد را که در پاسخ به نوسانات خلقی بروز می‌یابند را محدود سازند و

تأکید بر پذیرش خود ممکن است منجر به ارزیابی مجدد افکار گردد. پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (۲۸). بنابراین، آموزش‌های پذیرش و تعهد باعث می‌گردد که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود و در نتیجه منجر به کاربرد راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان می‌شود.

تمرینات مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودآگاهی و هوشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خودآگاهی موجب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات را می‌شکند و فرد بیشتر در حال زندگی می‌کند و فرایند شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه ریزی تسهیل می‌گردد و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. وقتی فرد بتواند الگوهای واکنش دهی از روی عادت و اغلب منفی خود را کنترل کند، احتمال زیادی وجود دارد که کارکردهای خودنظم دهی بروز کنند که به عنوان کارکردهایی سالمتر، متعادل‌تر و معقولتر محسوب می‌شوند. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد این توانایی را می‌دهد تا توجه انتخابی خود را به مسائل در هر لحظه معطوف کنند یا نه. بنابراین، با یادگیری تکنیک‌های توجه لحظه به لحظه‌ای که در این درمان وجود دارد، افراد از دادن کوشش‌هایی در جهت توجه گردانی معاف می‌شوند و استفاده از راهبردهای شناختی مثبت افزایش می‌یابد.

الگوهای قدیمی و جا افتاده‌ی تفکر منفی براساس عادت برای اجتناب از موقعیت‌های مشکل ساز زندگی در فرد فراخوانده می‌شوند. زمانی شرکت کنندگان ممکن است از افکار منفی و هیجان‌ها خود آگاه شوند و بتوانند الگوهای منفی واکنش به موقعیت‌ها را کنار بگذارند و کارکردهای خودنظم دهی بیشتری که به صورت سلامتی بیشتر، تعادل بیشتر، معقول بودن و تغییرات عصب روانشناختی تجربه می‌شود را نشان دهند. با بهبود تنظیم هیجان به وسیله‌ی مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد،

حالت خودکاری زنجیره‌ی واکنش‌های رفتاری کند می‌شود و شخص می‌تواند افکار و رفتارش را کنترل کند. از سویی، کارکردن مکرر با محتوای افکار و گرایش‌های اجتنابی به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان‌های منفی‌اش می‌شود؛ به عبارت دیگر، افراد پی می‌برند که رسیدن به نوعی ارتباط تمرکز دایی شده و توسعه‌ی نوعی چشم اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان‌ها، عامل اصلی تأثیر این درمان‌ها می‌باشد و همین عامل است که توانایی رها شدن از دام هیجان‌ات منفی را از بین می‌برد. این درمان، به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان به خصوص عملکرد هیجان‌ات و نقشی را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی داشته باشد، بفهمند. پایش خود، می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. بنابراین، زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (۲۹، ۳۰). اکت با افزایش انعطاف پذیری ذهنی، تغییر در ادراک‌های فرد، پذیرش افکار و احساس‌های منفی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، هشیاری فراگیر و توجه به خود مشاهده گر و پیوسته، گسلش فرد از نقش‌ها و ویژگی‌های موقت و بازآفرینی ارزش‌ها و تعهد برای رسیدن به آنها (۲۱) باعث کاهش استفاده از راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان می‌شود.

در رابطه با تأثیر ACT بر تنظیم هیجانی، توهینگ (۳۱)، کاهل و همکاران (۳۲) اعتقاد دارند، افرادی که از تنظیم هیجانی پایینی برخوردارند، وقتی که در جلسات درمانی ACT قرار می‌گیرند، به آن‌ها آموخته می‌شود، هرگونه عملی برای اجتناب پراکنده تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی اثر است، بلکه اثر معکوس داشته و موجب تشدید استرس آن‌ها می‌شود. لذا به افراد کمک می‌شود تا افکار آزار دهنده را صرفاً به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها، کاری را انجام دهند که در زندگی‌شان مهم و در راستای ارزش‌های آن‌ها است. این نوع تغییر نگاه و رابطه

افراد با تجارب درونی و اجتناب‌های خود، بعد از مدتی موجب می‌شود ذهن خود را به فعالیت‌ها، اهداف و برنامه‌هایشان معطوف کنند و نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب کنند. در این راستا ویتزل و همکاران (۳۳) معتقد است، یکی از بخش‌های مهم در ACT، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از مداخلات مختلف از جمله ذهن آگاهی است. در واقع مهارت ذهن آگاهی یکی از فنونی است که پیش بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت در افراد است. چرا اینکه این مهارت از یک سو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش احساسات منفی، افزایش احساسات مثبت و رفتارهای سازگارانه می‌شود و از سوی دیگر به آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها مخصوصاً هیجان مثبت در موقعیت‌های مختلف زندگی منجر می‌شود. وقتی افراد در جلسات درمانی ACT قرار می‌گیرند، با به کارگیری فنون مختلف، یاد می‌گیرند چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه سازگارانه به آن پاسخ دهند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر همراه با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی موجب می‌شود، این گونه افراد فشارهای ناخواسته دیگران را در مناسبات اجتماعی درک، هیجان‌های خود را کنترل و کارکردهای هیجانی مثبت و معناداری داشته باشند.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز نشان داد که بین اثربخشی دو درمان بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در حقیقت در درمان شناختی- رفتاری، بیمار با تنظیم هیجان‌های خود و استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان به نتایج مثبتی دست می‌یابد و در درمان پذیرش و تعهد نیز بیمار با پذیرش و تعهد نسبت به مشکلات خود از راهبردهای ناسازگارانه نظیر اجتناب از هیجان و استرس دوری می‌کند. در نتیجه هر دو درمان با نوعی نقطه مشترک نظیر تنظیم مثبت و سازگارانه در فرد باعث بهبود علایم فیزیکی درد و پریشانی‌های روانشناختی نظیر افسردگی و افزایش رضایتمندی شده‌اند.

زندگی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها طراحی شده است و مواردی غیر از کاهش صرف علائم را در نظر دارد، شاید اگر درمان ادامه دارتر بود نتایج به شکل دیگری رقم می‌خورد. همچنین تأثیر فرمت درمان به شیوه گروهی نیز می‌تواند در نتایج به دست آمده اثرگذار باشد. در فرایند گروه درمانی مطالب و تکنیک‌ها آنگونه که در جلسات درمان فردی مورد یادگیری قرار می‌گیرند، در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده نمی‌شود و با توجه به تعداد اعضا و محدودیت‌های زمانی و مکانی آنگونه که باید و شاید آزمودنی‌ها در جریان درمان کامل قرار نمی‌گیرند. این موارد را می‌توان از علل نتایج به دست آمده ذکر کرد که جهت بررسی‌های دقیق‌تر و بیشتر و تعیین میزان دقیق تفاوت اثربخشی این دو درمان نیاز به بررسی‌های بیشتری است.

همچنین می‌توان گفت که از آنجا که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو بر نظم جویی شناختی هیجان تأثیرگذار می‌باشند، اما عدم تفاوت بین اثربخشی این دو درمان می‌تواند دلایل قابل توجیهی نیز داشته باشد. یکی اینکه این دو درمان دارای مبانی نظری و عملی مشترک بسیاری می‌باشند به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و پایداری در راستی درمان شناختی رفتاری شکل گرفته و به نوعی مکمل این درمان است و شاید همان میزان اثربخشی را دارد که در درمان شناختی رفتاری حاصل می‌شود. همچنین نتایج حاصل شده شاید به دلیل کوتاه مدت بودن درمان می‌باشد و شاید در صورت طولانی‌تر شدن درمان با توجه به این نکته که درمان اکت برای افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی و به تبع آن افزایش کیفیت

References

- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1994.
- Chaug O. Disorder of the gastrointestinal system. Irritable bowel syndrome. Harisons's Principles of internal medicine Newyork, McGraw-Hill Inc. 2005;16(2):1789-93.
- Canavan C, Card T, West J. The incidence of other gastroenterological disease following diagnosis of irritable bowel syndrome in the UK: a cohort study. PloS one. 2014;9(9):e106478.
- Ferreira NB, Gillanders D, Morris PG, Eugenicos M. Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: A preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change. Clinical Psychologist. 2018;22(2):241-50.
- Soares RLS. Irritable bowel syndrome, food intolerance and non-celiac gluten sensitivity. a new clinical challenge. Arquivos de gastroenterologia. 2018;55(4):417-22.
- Albrecht U-V, von Jan U, Jungnickel T, Pramann O. App-synopsis-standard reporting for medical apps. Studies in health technology and informatics. 2013;192:1154-.
- Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioners. Journal of gastroenterology and hepatology. 2010;25(4):691-9.
- Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clinical gastroenterology and hepatology. 2012;10(7):712-21. e4.
- Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GD, Blanchard EB. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediational analysis of a randomized clinical trial. Gastroenterology. 2007;133(2):433-44.
- Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. Personality and Individual Differences. 2005;38(6):1317-27.
- Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39(3):281-91.
- Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. Journal of personality and social psychology. 2000;78(1):136.
- Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(5):653-62.
- Mazaheri M, Nikneshan S, Daghighzadeh H, Afshar H. The role of positive personality traits in emotion regulation of patients with irritable bowel syndrome (IBS). Iranian journal of public health. 2015;44(4):561.
- Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quatero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(1).
- Reme SE, Darnley S, Kennedy T, Chalder T. The development of the irritable bowel syndrome-behavioral responses questionnaire. Journal of psychosomatic research. 2010;69(3):319-25.

17. Andersson E, Ljótsson B, Smit F, Paxling B, Hedman E, Lindefors N, et al. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial. *BMC public health*. 2011;11(1):1-7.
18. Moss-Morris R, McAlpine L, Didsbury L, Spence M. A randomized controlled trial of a cognitive behavioural therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary care. *Psychological medicine*. 2010;40(1):85.
19. Naliboff BD, Frese MP, Rappay L. Mind/body psychological treatments for irritable bowel syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008;5.
20. Ferreira NMdRB. Investigating the role of psychological flexibility and the use of an acceptance and commitment therapy based intervention in irritable bowel syndrome. 2011.
21. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):1-25.
22. Edebol-Carlman H, Ljótsson B, Linton SJ, Boersma K, Schrooten M, Repsilber D, et al. Face-to-face cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: the effects on gastrointestinal and psychiatric symptoms. *Gastroenterology research and practice*. 2017;2017.
23. Mofid Vahideh, Fatehizadeh Maryam, Dorosti Fatemeh Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic Research on Social Problems in Iran* 2017;6(3):17-30.
24. Soltanizadeh M, Montazeri M, Latifi Z. THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ON EMOTIONAL REGULATION IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2019;18:97-109.
25. Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Tabibzadeh F, A. HS. The Relationship between Personality Characteristics and Psychological Well-Being in Patients with Irritable Bowel Syndrome: The role of mediator of emotion regulation. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2019;27(6):1612-27.
26. Besharat MA, Zarpour SMA, Bahrami-Ehsan HPD, Rostami, R. , Mirdamadi MJ. Comparison of Personality Characteristics of Individuals with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals. *journal of Clinical Psychology*. 2010;2(1 (5)):9-16.
27. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Springer*; 2005. p. 213-40.
28. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822.
29. Lee JY, Lindquist KA, Nam CS. Emotional granularity effects on event-related brain potentials during affective picture processing. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2017;11:133.
30. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*. 2009;40(2):142-54.
31. Twohig MP. *Acceptance and commitment therapy: Introduction*. Elsevier; 2012.
32. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(6):522-8.
33. Wetherell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, et al. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*. 2011;42(1):127-34.

Original Article

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

Received: 17/11/2019 - Accepted: 27/01/2020

Sedighe aghalar¹
Fardin Moradi Manesh^{2*}
Naser Saraj Khorami³
Fariba Hafezi⁴

¹ Ph.D Student, Department of Health Psychology, Khoramshahr-Persian Gulf, International Branch, Islamic Azad University, Khoramshahr, Iran

² Department of psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

³ Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

⁴ Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: fmoradimanesh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Research has shown that patients with irritable bowel syndrome have difficulty regulating their emotions; Thus the aim of this study was to evaluate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and compare it with cognitive-behavioral therapy on the cognitive regulatory strategies of excitement of patients with irritable bowel syndrome.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental pre-test-post-test and follow-up with experimental and control groups. The statistical population of the present study includes patients with irritable bowel syndrome referred to the private offices of physicians in Semirom. The sample size was 45 people with irritable bowel syndrome who were selected by purposive sampling method and randomly assigned to three research groups (two treatment groups treated with CBT, ACT and control group). The data were collected by analysis of covariance and repeated measures analysis of variance and LSD post hoc test.

Results: The research results showed that cognitive-behavioral therapy has a significant effect on all aspects of cognitive emotion regulation ($P < 0.001$). Acceptance and commitment-based therapy also has a significant effect on all aspects of cognitive emotion regulation, except for the components of acceptance, ruminant, perspective, and catastrophe ($P < 0.001$). There was no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapies and acceptance-based therapy and commitment to cognitive-regulatory emotion strategies ($P > 0.001$).

Conclusion: It seems that both approaches can play an important role in the treatment of cognitive emotion regulation in patients with irritable bowel syndrome.

Key words: Irritable Bowel Syndrome, Cognitive Emotion Regulation, Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy

Acknowledgement: There is no conflict of interest.