

## مقاله اصلی

# مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، تاب آوری و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۸

### خلاصه

**مقدمه:** یکی از بیماری‌هایی که همه ابعاد وجود انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و علاوه بر ناتوانی‌های جسمانی، پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی به دنبال دارد، سندرم روده تحریک‌پذیر است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، تاب آوری و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شده است.

**روش کار:** این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. از جامعه بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شهر ایلام ۶۰ نفر به روش تصادفی ساده و براساس رضایت آگاهانه که معیارهای ورود را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در سه گروه (۲۰ نفر تحت آموزش تنظیم هیجان، ۲۰ نفر تحت ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی و ۲۰ نفر هم‌گروه گواه) جایگزین شدند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های پرسشنامه استرس ادراک شده، پرسشنامه تاب آوری و پرسشنامه شفقت به خود استفاده شد. سپس دو گروه آزمایش به ترتیب آموزش تنظیم هیجان و آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. بعد از ارائه آموزش‌ها، پس‌آزمون در مورد کلیه گروه اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

**نتایج:** آموزش تنظیم هیجان و آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تغییرات استرس ادراک شده افراد، تاب آوری و شفقت به خود و مولفه‌های آن تأثیر دارد. بین آموزش‌های انجام گرفته بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تأثیر بیشتری بر استرس ادراک شده افراد، تاب آوری و شفقت به خود و مولفه‌های آن داشته است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان روش مؤثر برای کاهش استرس ادراک شده و افزایش تاب آوری و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده کرد.

**کلمات کلیدی:** آموزش تنظیم هیجان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، تاب آوری، شفقت به خود، سندرم روده تحریک‌پذیر.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

آیدا امیدی<sup>۱</sup>  
وحید احمدی<sup>۲\*</sup>  
رضا ولیزاده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجو دکترا روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران  
<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۳</sup> گروه روانپزشکی، واحد ایلام، دانشگاه علوم پزشکی، ایلام، ایران

Email:  
vahid\_ahmadi20@yahoo.com

## مقدمه

در چارچوب نظری ایمنی شناسی عصبی- روانی و درون ریزشناسی، ارتباط پیچیده‌ی بین عوامل متعدد روانشناختی، عصب شناختی و تغییرات سیستم ایمنی در بروز نشانگان روده تحریک پذیر وجود دارد. سندرم روده تحریک پذیر (IBS)<sup>۱</sup>، یک اختلال کنشی گوارشی شایع است که با دردهای شکمی و تغییر در عادات روده‌ای مشخص می‌شود و در غیاب یک نابهنجاری ساختاری مشخص رخ می‌دهد (۱). شیوع این سندرم بسته به ملاک‌های تشخیصی قابل استفاده متفاوت است اما به طور کلی حدود ۱۵-۱۰ درصد جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲). پژوهش‌های مختلف بر نقش مجموعه‌ای از عوامل زیستی- روانی- اجتماعی در پدیدآیی ویژگی‌های بالینی و شدت IBS تاکید کرده‌اند (۳). براساس این مکانیزم آسیب‌زایی سندرم دوره تحریک پذیر به درستی شناخته شده نیست اما نقش احتمالی فعالیت‌های غیرطبیعی حسی- حرکتی روده، اختلال عملکرد اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، التهاب مخاطی، استرس و عوامل داخل مجرای روده‌ای مطرح است (۴-۶). برخی مطالعات نشان می‌دهند که به موازات عوامل تشدیدکننده روانشناختی مانند اضطراب، اختلالات خلقی، افسردگی و تنش‌های ناشی از تحریکات عصبی، بروز علائم سندرم روده تحریک پذیر شدت می‌یابد. در نتیجه سطح سلامت روانی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر از ویژگی‌های خاص خود برخوردار است.

آسیب‌های روحی و جسمی ناشی از بیماری سندرم روده تحریک پذیر می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. استرس ادراک شده، عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی است که می‌تواند با هر عامل یا محرک تنش‌زا ایجاد شود، حتی سروکار داشتن با یک بیماری هرچند استرس، بخشی از فرایند هنجار ارگانیک برای پاسخ مناسب به محرک پالش برانگیز یا تهدید خارجی است (۷). استرس ادراک شده، حالت یا فرایند

روان شناختی است که طی آن، فرد بهزیستی جسمی و روان شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند (۸-۹).

یکی از ابعاد مهم روان‌شناختی در بیماران گوارشی که تحت تأثیر میزان استرس و ادراک ناشی از آن قرار دارد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری، یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با بیماری می‌شود و در طب و روان‌شناسی نشان‌دهنده‌ی مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی برقراری مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا است و در واقع، به ویژگی‌هایی اشاره دارد که در سرعت و میزان بهبود بعد از رویارویی با تنش مشارکت دارند (۱۰). تاب‌آوری، میزان توانایی سازگاری افراد در رویارویی با استرس‌ها نشان می‌دهد. در محیط‌های استرس‌زا عده‌ای به راحتی قادرند از پس این موقعیت برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذارند (۱۱). هر اندازه طرفیت تاب‌آوری بالاتر باشد، به همان اندازه شخص قادر است سلامت روان خود را سطح بهتری نگه دارد و به شیوه مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل استرس‌های خود پردازد. در حقیقت تاب‌آوری با گرفتن نتایج مثبت از ظرایط استرس‌زا ارتباط دارد. عدم تاب‌آوری می‌تواند در بروز رفتارهای پرخاشگرانه زود هنگام مؤثر باشد. همچنین فرایندهای تنظیم هیجان نقش کلیدی در افزایش تاب‌آوری دارند (۱۲-۱۳). افراد تاب‌آور این توانایی‌ها را دارند: برگشتن و بهبود پیدا کردن، خوش بینی و مهارت‌های فکری انعطاف‌پذیری، جستجو کردن مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، توانایی پشتکار و استقامت داشتن، عزت نفس سالم، توانایی تعیین اهداف قابل دسترس؛ آشکار و واقعی، داشتن شبکه حمایتی سالم، توانایی رشد قابلیت‌های عاطفی و فراطبیعی، توانایی استقلال رای، حس شوخ طبعی، توانایی درگیری و ارتباط معنادار با افراد، توانایی رفتار کردن با احترام با خودشان و دیگران، حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض (۱۴).

عامل روان‌شناختی مهمی که در بیماران مزمن طبعی از جمله مبتلایان به بیماری‌های گوارشی مطرح است، شفقت به خود

<sup>1</sup> - Irritable Bowel Syndrome

می‌باشد. در زمان بروز دشواری‌ها و رویدادهای منفی، شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود بسیار سازنده و موثر باشد. شفقت به خود، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه سختی‌ها به خودشان نیز داشته باشند و بنابراین متغیر است که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان دارد. سازه‌ی شفقت به خود نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه مؤلفه اصلی مهربان بودن با خود در مقابل قضاوت کردن خود، احساسات مشترک انسانی در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی می‌باشد (۱۵). شفقت به خود موجب می‌شود افراد با افزایش ظرفیت درون فردی برای پذیرش اشتباهات و نقصان‌های خود و درک محدودیت‌های مربوط به شرایط به این موضوع پی ببرند که برای هیچ انسانی کمال مطلق دست یافتنی نیست و این موجب می‌شود تا تحت موقعیت‌های دردناک با داشتن نگرشی همدلانه و دلسوزانه نسبت به خود، از خود حمایت کرده و به جای سرزنش و تحقیر کردن خود به خاطر ناشایستگی و ناکامی، دیدگاهی گرم و پذیرا به خود داشته باشند (۱۶).

از جمله درمانهایی که می‌تواند بر استرس ادراک شده و شفقت به خود تاثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی و آموزش تنظیم هیجان است. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که در اینجا و اکنون است، بدون قضاوت و اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد. در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی مراجعان یاد می‌گیرند که چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند و بر محتوای افکار خود متمرکز شوند و آنها را تغییر دهند (۱۷ و ۱۸). شناخت درمانی ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌کند. این نوع رویکرد تمرکز زدا در مورد هیجانات و حس‌های بدنی هم به کار می‌رود. در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند (۱۹).

از سوی دیگر تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد (۲۰). تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود و به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد. از این رو تنظیم شناخت هیجان را می‌توان روش شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک شده دانست (۲۱). بررسی متون و پژوهش‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعامل‌های اجتماعی است و نقص در آن با اختلال‌های درون ریز همچون افسردگی و اضطراب و استرس و اختلال‌های برون ریز مانند ناسازگاری و رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارد (۲۲). در مجموع درمان‌های مختلفی که از تکنیک‌های شناختی-رفتاری استفاده شده‌اند حاکی از نقش ذهن آگاهی در بهبود علایم جسمانی، اضطراب و استرس ناشی از بیماری‌های مزمن طبی دارند اما تاکنون در فرهنگ بومی ایران پژوهشی که به‌طور مستقیم به آزمون اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و مقایسه‌ی تأثیر آن با برنامه‌ی آموزش تنظیم هیجان بر وضعیت روان‌شناختی بیماران دارای مشکلات دستگاه گوارش پرداخته باشد، یافت نشد و با توجه به غنی بودن فرهنگ بومی ایران برای تجربه ذهن آگاهی، خلاء چنین پژوهشی دیده می‌شود. با توجه به شیوع بالای سندرم روده تحریک پذیر در بین اقشار مردم که سلامت آنها را دچار اختلال می‌کند و همچنین با توجه به اینکه افراد مبتلا به این بیماری علائم مهمی از اختلالات روانشناختی و آشفتگی روانی را در خود گزارش می‌دهند و در نهایت خلاء‌های پژوهشی در رابطه با بیماران مبتلا به اختلال سندرم روده تحریک پذیر، ضرورت انجام پژوهش از این دست را بیان می‌دارد و استفاده از نتایجی که از این پژوهش‌ها بدست می‌آید در زمینه پیشگیری و درمان مشکلات همراه با سندرم روده تحریک‌پذیر از ضرورت‌های مهم در هر کشوری است و هرگونه مطالعه، تشخیص و شناسایی، پیشگیری و درمان

ملاک های ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۰ الی ۵۰ ساله، تشخیص سندرم روده تحریک پذیر براساس توسط متخصص گوارش، دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص (داروهای SSRI و گوارشی)، عدم دریافت درمان های روان شناختی طی ۳ ماه گذشته، رضایت به شرکت در پژوهش و سواد جهت تکمیل پرسشنامه های خود گزارشی بود و همچنین ملاک های خروج نیز عبارتند از: غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسات برنامه آموزشی، تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش، عدم رضایت و تمایل آگاهانه برای ادامه شرکت در پژوهش.

ابزارهای به کار گرفته شده در پژوهش شامل استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بوده است.

**پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳):** مقیاس استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن<sup>۱</sup> و همکاران ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می شود، این گزینه ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ می گیرند. مقیاس استرس ادراک شده دو خرده مقیاس را می سنجد: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی که شامل آیتم های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می شود. ب) خرده مقیاس ادراک شده مثبت از تنیدگی که آیتم های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، و ۱۳ را در بر می گیرد که به صورت برعکس نمره گذاری می شوند. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک بدست آمده است. میمورا و گریفیث<sup>۲</sup> در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ اصلی و مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ بدست آوردند که این ضرایب به ضرایب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است، در مقیاس اصلی دو عامل ۵۳/۲ درصد واریانس را تبیین کردند.

در این قلمرو بسیار ارزشمند می باشد. بنابراین، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر تفاوت وجود دارد؟

## روش کار

روش پژوهش حاضر تحقیق کاربردی (مداخله ای) است که با روش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه انجام بوده است. جامعه آماری تحقیق را تمامی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در شهر ایلام که در سال ۹۹-۱۳۹۸ به مطب خصوصی پزشکان متخصص داخلی مراجعه نمودند، تشکیل می دهند. در این پژوهش ۶۰ نفر از افراد جامعه با استفاده از روش تصادفی ساده و براساس رضایت آگاهانه به عنوان نمونه انتخاب و پس از همتاسازی براساس ویژگی های جمعیت شناسی در سه گروه (۲۰ نفر تحت آموزش تنظیم هیجان، ۲۰ نفر تحت ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و ۲۰ نفر هم گروه گواه) جایگزین شدند. افراد نمونه در محدوده سنی ۲۵-۴۰ سال که حداقل ۱ سال از شروع بیماری آنها می گذرد انتخاب شده اند.

جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد. براساس پژوهش های پیشین،  $\sigma=1/61$ ،  $d^2=4/507$ ،  $\text{Power}=0/90$  و  $\alpha=0/05$  در نظر گرفته شد. در معادله مذکور  $\sigma$  انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و  $d$  بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می دهد. براساس معادله، حجم نمونه ۱۲/۰۷ به دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2 \left( \frac{1}{61} \right)^2 2 \left( \frac{1}{96} + \frac{1}{28} \right)^2}{4/507} = 12/07$$

<sup>۱</sup> Cohen

<sup>۲</sup> Mimura & Griffiths

رضایی و رسولی (۱۳۹۴) پایایی و روایی این ابزار تأیید شده است. نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۲۰۰۶) در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید.

**پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳):** این مقیاس توسط نف در سال ۲۰۰۳ تدوین و دارای ۲۶ گویه و ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی فزاینده است. روش نمره گذاری مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=تقریباً هرگز تا ۵=تقریباً همیشه) انجام می‌شود و گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. سازنده مقیاس پایایی کل آن را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ الی ۰/۹۱ گزارش کرده است. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات متعدد به تأیید رسیده است. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است.

عامل اول ۲۷/۳ درصد و عامل دوم ۲۵/۹ درصد. در صورتی که مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی دو عامل ۴۹/۹ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۸/۵ درصد واریانس و عامل دوم ۲۱/۴ درصد واریانس (میمورا و گریفیث، ۲۰۰۴، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ الی ۰/۷۸ به دست آمده است (عبدی و آریان‌پور، ۱۳۸۷). همچنین در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن این که ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید. همچنین در این پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) با استفاده از روش تحلیل مواد ضرایب همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از تنیدگی در دامنه‌ی ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و ادراک منفی از تنیدگی در دامنه‌ی ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی مواد مقیاس ادراک تنیدگی کل در دامنه‌ی ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار داشت.

**پرسشنامه تاب‌آوری: پرسشنامه تاب آوری کونور - دیویدسون<sup>۱</sup> (CD-RIS)** توسط دو نظریه پرداز مشهور این حوزه یعنی کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری ساخته شده است. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. در بررسی پایایی، کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در مطالعات آهنگ‌زاده

<sup>۱</sup> - Conner-Davidson Resilience Scale

**بسته آموزشی تنظیم هیجان:** برنامه مداخله ای تنظیم هیجان

به آزمودنی های گروه آزمایشی اول شامل ۸ جلسه هفتگی ۹۰

دقیقه ای (یک جلسه در هفته) به شرح زیر آموزش داده شد.

## جدول ۱. پروتکل مداخله تنظیم هیجان

جلسه	طرح درمان
اول	آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر، بیان اهداف، بیان منطق و مراحل مداخله
دوم	شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها، انتخاب موقعیت تجربه حالت هیجان و تفکیک آن به ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان. تکمیل کارت یادداشت روزانه حالت های هر هیجان به مدت یک هفته
سوم	ارزیابی میزان آسیب پذیری هیجان و مهارت های هیجانی: ۱- خود-ارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود ۲- خود-ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد ۳- خود-ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد. تکمیل فرم آسیب پذیری هیجانی و فرم ارزیابی واکنش افراد به هیجان
چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه ای، بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت های فردی و بین فردی که باید بهبود یابند، تهیه فهرستی از فعالیت های مثبت، آموزش مهارت های مورد نیاز برای حل مشکلات بین فردی (الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب (ب) آموزش راهبرد حل مسئله (ج) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
پنجم	آموزش مهارت های تغییر توجه شامل متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی از طریق آموزش و تمرین توقف فکر و جایگزین سازی افکار مثبت و همچنین، مهارت آموزش گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن و ...
ششم	تغییر ارزیابی های شناختی از طریق شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن روی حالت های هیجانی و همچنین، آموزش راهبرد باز ارزیابی و تغییر ارزیابی های منفی در جهت تنظیم و تسکین هیجان های منفی
هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان. آموزش مهارت های مواجهه، ارزیابی و مهارت آموزی که خود شامل ۵ مورد به شرح زیر است: ارایه آموزش و تمرین به منظور ابراز هیجان، اصلاح رفتار، تخلیه هیجان، تغییر پیامد هیجان از طریق انجام عمل معکوس مثل تحرک، ایجاد آرمیدگی جسمانی
هشتم	جمع بندی آموخته ها و ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی (۲) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

**بسته آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:**

برنامه مداخله ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به

آزمودنی های گروه آزمایشی دوم شامل ۸ جلسه هفتگی ۹۰

دقیقه ای (یک جلسه در هفته) به شرح زیر آموزش داده شد.

جدول ۲. پروتکل مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	طرح درمان
اول	آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدنی و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن؛ تکلیف خانگی.
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ بحث در مورد تکلیف خانگی؛ موانع تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ تکلیف خانگی
سوم	تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکلیف خانگی و تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی و دادن تکلیف خانگی
چهارم	مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (مدیتیشن نشسته چهار بعدی نیز نامیده می شود)؛ بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار نگرش ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه؛ تکلیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند
پنجم	انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاهانه بدن؛ تکلیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
ششم	تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه های دوتایی؛ ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ پذیرش احساسات به عنوان احساس؛ تکلیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن ها که ترجیح شخصی باشند. به علاوه انجام فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
هفتم	مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود؛ تمرین: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است. علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشند؛ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ تکلیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند؛ ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
هشتم	اسکن؛ مضمون: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته اید؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ بحث در مورد روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ مطرح شدن سئوالاتی در مورد کل جلسات از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیت شان رشد کرده است؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابله ای شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشن شان را ادامه دهند؟

برای تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS-23، از آمار توصیفی و تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شده است.

## نتایج

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای آزمون براساس مراحل مداخله و گروه

گواه	آموزشی تنظیم هیجان		آموزشی ذهن آگاهی		انحراف معیار	میانگین	آزمون	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین				
استرس ادراک شده	۳/۵۳	۴۱/۲	۳/۹۴	۴۰/۰۵	۵/۰۸	۴۱/۷۵	پیش آزمون	
	۳/۵۳	۴۲/۵	۳/۳۷	۲۱/۶۵	۴/۰۳	۲۶/۱	پس آزمون	
	۳/۵۵	۴۳/۳۵	۳/۰۴	۲۱/۹	۴/۵۱	۲۶/۸	پیگیری	
تاب آوری	۶/۰۰۴	۵۴/۵۵	۸/۲	۵۱/۴۵	۹/۲۵	۵۲/۸۵	پیش آزمون	
	۶/۹۲	۵۳/۷۵	۷/۰۸	۷۴/۵	۵/۹	۷۱/۶۵	پس آزمون	
	۶/۶	۵۳/۶۵	۷/۴۹	۶۸/۴	۶/۱۵	۷۱/۱۵	پیگیری	
مهربانی با خود	۱/۸۷	۱۰/۸۵	۱/۹۶	۱۰/۸	۲/۴۸	۱۰/۹۵	پیش آزمون	
	۲/۱۵	۱۰/۷	۱/۷۶	۱۸/۸	۲/۵	۱۷/۴۵	پس آزمون	
	۲/۰۳	۱۰/۶	۱/۵۳	۱۸/۴۵	۲/۶۶	۱۶/۸۵	پیگیری	
قضاوت نسبت به خود	۲/۱۲	۱۹/۰۰	۲/۲۶	۱۸/۲۵	۲/۴۳	۱۸/۰۵	پیش آزمون	
	۱/۷۳	۱۸/۹۵	۱/۶۶	۱۰/۴	۲/۳۹	۱۱/۳۵	پس آزمون	
	۱/۵۳	۱۹/۳۵	۱/۳۷	۱۱/۷۵	۲/۳۴	۱۲/۱۵	پیگیری	
اشتراکات انسانی	۱/۶۳	۱۰/۳۵	۱/۱۴۷	۱۰/۵	۱/۷	۱۰/۵۵	پیش آزمون	
	۱/۹۲	۱۰/۳۵	۱/۷	۱۸/۲	۲/۶۶	۱۷/۵	پس آزمون	
	۱/۸۹	۹/۹۵	۱/۷۶	۱۷/۴۳	۱/۵۸	۱۷/۰۸	پیگیری	
انزوا	۱/۹۸	۱۶/۴	۲/۴۷	۱۶/۳۵	۱/۹۸	۱۶/۶	پیش آزمون	
	۱/۷۷	۱۶/۲۵	۲/۰۵	۱۱/۶۵	۲/۲۷	۱۳	پس آزمون	
	۱/۷۸	۱۶/۴	۱/۶۵	۱۱/۹۵	۲/۱۵	۱۳/۳۵	پیگیری	
به‌شیری یا ذهن آگاهی	۱/۳۰	۹/۳	۱/۳۹	۹/۴	۱/۳۹	۹/۵۵	پیش آزمون	
	۱/۴۶	۹/۶	۱/۹۵	۱۴/۵۵	۲/۳۲	۱۳/۶۵	پس آزمون	
	۱/۲۷	۹۶/۴۵	۱/۷۵	۱۴/۱۵	۲/۱۳۹	۱۳/۰۵	پیگیری	
هماندسازی افراطی	۱/۲۳	۱۶/۹۵	۰/۸۹۴	۱۷/۲	۱/۴۶	۱۷/۰۵	پیش آزمون	
	۱/۸۴	۱۶/۵	۰/۹۸۸	۹/۶۵	۲/۰۷	۱۰/۷۵	پس آزمون	
	۱/۵۳	۱۶/۸۵	۲/۱۱۸	۱۰/۰۲	۱/۶۹	۱۱/۲۶۵	پیگیری	
شفقت به خود	۲/۰۴۷	۱۳/۸	۲/۸۲	۱۳/۷۵	۲/۸۲	۱۳/۷۹	پیش آزمون	
	۲/۴۸	۱۳/۵۴	۲/۶۵	۱۷/۸۸	۱/۳۲	۱۸/۷۸	پس آزمون	
	۲/۹۴	۱۳/۷۶	۲/۶۷	۱۶/۹۱۵	۱/۹۴	۱۷/۳۷	پیگیری	



بر اساس اطلاعات جدول بالا اگرچه نمرات پیش آزمون در گروه گواه و آزمایش تقریباً یکسان است اما نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، تغییر داشته است و آموزش‌ها بر روی متغیرها اثر گذاشته و افراد در آن موارد بهبود داشته‌اند.

جدول ۴. تحلیل چند متغیره و اندازه اثرات اصلی

مقدار	F	درجه آزادی معیار	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	حجم اثر		
۰/۰۵۶	۱۵۰/۶۴۹	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴	لامبادا ویلکز هتلینگ	استرس ادراک شده
۰/۱۴۱	۵۴/۶۶۸	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹	لامبادا ویلکز هتلینگ	تاب آوری
۰/۰۵۸	۶۳/۲۱۵	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	لامبادا ویلکز هتلینگ	شفقت به خود
۰/۰۹	۸۱/۲۲۳	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹	لامبادا ویلکز هتلینگ	مهربانی با خود
۰/۹۴۸	۱۶۴/۰۳۶	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	لامبادا ویلکز هتلینگ	قضاوت نسبت به خود
۰/۸۵۱	۵۱/۵۰۵	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	لامبادا ویلکز هتلینگ	اشتراکات انسانی
۰/۶۰۳	۱۳/۶۵۱	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	لامبادا ویلکز هتلینگ	انزوا
۰/۷۸۵	۳۲/۹۲۴	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۵	لامبادا ویلکز هتلینگ	بهشیری یا ذهن آگاهی
۰/۹۱۶	۹۷/۹۷۷	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶	لامبادا ویلکز هتلینگ	هماندسازی افراطی

جدول ۴ تحلیل چند متغیره و اندازه اثرات اصلی را نشان می‌دهد، براساس نتایج بدست آمده، می‌توان فرض صفر (یعنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده است).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر گروه های آزمایش و گواه در مراحل پژوهش

مقیاس ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
استرس ادراک شده	مراحل پژوهش	۶۷۹۹/۴۷۸	۲	۳۳۹۹/۷۳۹	۱۴۵/۵۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
	اثر گروه	۱۴۸۲/۹۱۳	۲	۷۵/۱۳۱	۷۵/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
تاب آوری	مراحل پژوهش	۵۸۱۷/۶۴۴	۲	۲۹۰۸/۸۲۲	۵۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
	اثر گروه	۷۳۸۱/۴۷۸	۲	۳۶۹۰/۷۳۹	۱۵۳/۰۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
شفقت به خود	مراحل پژوهش	۶۲۱۷/۵۲	۲	۳۱۰۸/۷۶	۶۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
	اثر گروه	۷۱۵۶/۲۸۴	۲	۳۵۷۸/۱۴۲	۱۴۸/۰۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵

۰/۸۴۲	۰/۰۰۱	۱۰۱/۰۲	۴۹۴/۸۲۲	۲	۹۸۹/۶۴۴	مراحل پژوهش	مهربانی با خود
۰/۹	۰/۰۰۱	۱۷۰/۲۵۴	۴۴۳/۷۰۶	۲	۸۸۷/۴۱۱	اثر گروه	
۰/۸۷۶	۰/۰۰۱	۱۳۴/۶۰۲	۶۷۹/۸۱۷	۲	۱۳۵۹/۶۳۳	مراحل پژوهش	قضاوت نسبت به خود
۰/۸۵۹	۰/۰۰۱	۱۱۵/۷۴۸	۴۶۶/۸۱۷	۲	۹۳۳/۶۳۳	اثر گروه	
۰/۷۵۹	۰/۰۰۱	۵۹/۸۷۴	۴۱۹/۸۷۲	۲	۸۳۹/۷۴۴	مراحل پژوهش	اشتراکات انسانی
۰/۵۹۶	۰/۰۱۴	۲/۰۱۸	۵/۷۷۲	۲	۱۱/۵۴۴	اثر گروه	
۰/۴۴۵	۰/۰۰۱	۱۵/۲۱۵	۱۴۸/۸۲۲	۲	۲۹۷/۶۴۴	مراحل پژوهش	انزوا
۰/۸۲۳	۰/۰۰۱	۸۸/۵۶۶	۱۴۸/۲۰۶	۲	۲۹۶/۴۱۱	اثر گروه	
۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۳۷/۸۵۵	۱۹۰/۸۶۷	۲	۳۸۱/۷۳۳	مراحل پژوهش	بهشیاری یا ذهن آگاهی
۰/۸۰۴	۰/۰۰۱	۷۷/۷۸۴	۱۹۲/۶۱۷	۲	۳۸۵/۲۳۳	اثر گروه	
۰/۸۴۴	۰/۰۰۱	۱۰۲/۶۲۸	۳۷۶/۴۲۲	۲	۷۵۲/۸۴۴	مراحل پژوهش	هماندسازی افراطی
۰/۹۴۵	۰/۰۰۱	۳۲۵/۹۱۹	۴۵۵/۲۳۹	۲	۹۱۰/۴۷۸	اثر گروه	

انجام گرفته بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد و این بدان معناست که حداقل یکی از گروه ها تاثیر معنی داری داشته است. میزان اتا نیز بیانگر میزان تاثیر آموزش بر روی گروه ها بوده است و به این میزان متغیرهای وابسته تحت تاثیر گروه های آزمایش تغییر می کنند.

بر اساس یافته های بدست آمده در جدول (۵)، تفاوت بین نمرات استرس ادراک شده، تاب آوری و شفقت به خود و مولفه های آن (مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) در مراحل پژوهش معنادار است. همچنین میانگین نمرات این متغیرها در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری دارد و بین آموزش های

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی

متغیر	گروه	در مقایسه با گروه	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
استرس ادراک شده	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۳/۷۶۶	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجانی	گواه	۱۴/۳۵	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۱۰/۵۸	۰/۰۰۱
تاب آوری	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۱/۸۳۳	۰/۰۱۷
	آموزش تنظیم هیجانی	گواه	۱۰/۶	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۱۲/۴۳	۰/۰۰۱
شفقت به خود	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۰/۶۵۸	۰/۰۱۵
	آموزش تنظیم هیجانی	گواه	۰/۴۱۱	۰/۰۰۳
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱
مهربانی با خود	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۱/۴۰۰	۰/۰۲۱
	آموزش تنظیم هیجانی	گواه	۵/۸۳	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۶/۲۳	۰/۰۰۱
قضاوت نسبت به خود	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۲/۸۳	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجانی	گواه	۲/۶۸	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۵/۵۱۶	گواه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۲/۷	آموزش تنظیم هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۲/۵۸	گواه	آموزش تنظیم هیجانی	اشتراکات انسانی
۰/۰۰۱	۵/۲۸	گواه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۲۷	-۱/۰۶۷	آموزش تنظیم هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۲/۰۳	گواه	آموزش تنظیم هیجانی	انزوا
۰/۰۰۱	۳/۱	گواه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۳۵	۱/۵۶۶	آموزش تنظیم هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	بهشیاری یا ذهن آگاهی
۰/۰۰۱	۲/۷۶۶	گواه	آموزش تنظیم هیجانی	
۰/۰۰۱	۳/۳۳	گواه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۱۶	-۲/۵	آموزش تنظیم هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	-۴/۰۶	گواه	آموزش تنظیم هیجانی	هماندسازی افراطی
۰/۰۰۱	-۴/۵۶	گواه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	

تبادکان و همکاران (۱۹)، قربانی تقلیدآباد و تسبیح سازان مشهدی (۵)، گای و همکاران (۱۳) و خوسلا (۲۳) همسو است. نتایج پژوهش خوسلا (۲۳) نشان داد که به نظر می رسد هیجان مثبت در خشی کردن تجارب استرس زان نقش حیاتی دارند و راهبردهای تنظیم هیجان می تواند پیش بینی کننده استرس باشند. مظاهری و همکاران نشان دادند که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بعد مثبت استرس (رویارویی) تاثیر معنی دار داشته است اما این تاثیر در بعد منفی (پیشانی) معنی دار نبود (۲۴). همچنین تقی لو و همکاران نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام اس موثر بوده است. در تایید یافته های فوق، آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده تاثیر دارد (۲۵). با افزایش ذهن آگاهی، قدرت خودمدیریتی و کنترل هیجان در فرد بالا رفته و افرادی که ذهن آگاهی بالاتری تجربه می کنند روی لحظه حال و محرک های در حال تغییر درونی و بیرونی متمرکز می شوند و در نتیجه نسبت به نشانه ها و علائم آگاهی پیدا می کنند. در آموزش ذهن آگاهی به افراد آموزش داده می شود که موقعیت ها و افکار را بدون قضاوت، غیرواکنشی و پذیرشی مشاهده کنند. هدف استفاده از تمارین ذهن آگاهی، ایجاد تغییر در رابطه افراد با افکار و رویدادهای اریابی شناختی است. در نتیجه تمرینهای

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای هم سنجی زوجی گروه ها، نشان داد که هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل با اثربخشی معناداری در کاهش استرس ادراک شده و افزایش تاب آوری و شفقت به خود همراه بودند. همچنین آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه آزمایشی آموزش تنظیم هیجانی اثربخشی بیشتری بر تغییرات استرس ادراک شده و افزایش تاب آوری و شفقت به خود شرکت کنندگان داشته است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه ای اثربخشی آموزش تنظیم هیجان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، تاب آوری و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر است. یافته ها حاکی از این است که تغییرات استرس ادراک شده در پیش آزمون و پس آزمون ها در دو گروه آزمایش و گواه به یک میزان نمی باشد و بین آموزش های انجام گرفته بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تاثیر بیشتری بر تغییرات استرس ادراک شده مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر داشته است. این یافته ها با نتایج مظاهری و همکاران (۲۴)، نیرومند و همکاران (۱۱)، رضوی زاده

به کاهش رنج های آدمی و پرورش ویژگی های مثبتی مثل بینش، خرد، عقل، شفقت، آرامی و خونسردی است و نشان می دهد آموزش ذهن آگاهی بر تاب آوری تاثیر دارد. این مداخله می تواند بر کاهش نشخوار فکری و افکار ناکارآمد و استرس اثرگذار باشد. افراد برخوردار از مهارت ذهن آگاهی می دانند که افکار فقط افکار هستند و فرد ذهن آگاه نسبت به ماهیت تخریب کننده برخی از این افکار که باعث ترس از شکست و ناامیدی در فرد می شود، هوشیار و حساس می شود. در نتیجه فردی که نسبت به افکار، احساسات و هیجانات خود آگاهی بیشتری داشته باشند، کمتر تحت تاثیر افکار منفی و مخرب و احساسات و هیجانات ناخوشایند قرار می گیرد. اگر شخصی از لحاظ هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان های خود به نحوی اشکال داشته باشد، در کنترل رفتار و پرخاشگری خود نیز دچار مشکل خواهد بود بنابراین مدیریت یا تنظیم عواطف و هیجان ها به فرد کمک می کند؛ توان سازگاری بیشتر به خصوص بعد از تجارب هیجانی منفی داشته باشد و کمک می کند که که پرخاشگری خود را کاهش دهد.

دیگر یافته پژوهش حاکی از آن است که تغییرات شفقت به خود و مولفه های آن (مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) در پیش آزمون و پس آزمون ها در دو گروه آزمایش و گواه به یک میزان نمی باشد و بین آموزش های انجام گرفته بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تاثیر بیشتری بر تغییرات شفقت به خود و مولفه های آن در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر داشته است. نتایج بدست آمده در این پژوهش با یافته های طاهری و سجادیان (۲۹) و برجعلی و ناصری نیا (۳۰) همخوانی دارد. طاهری و سجادیان نشان دادند که برای بهبود مولفه های شفقت خود می توان از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود (۲۹). همچنین یافته های برجعلی و ناصری نیا حاکی از این بود که آموزش تنظیم هیجان موجب ارتقای شفقت به خود در افراد شده است (۳۰).

ذهن آگاهی باعث می شود که فرد پاسخ های خودکار و هادتی به تجربه های استرس زا را کاهش دهد و در طول زمان با پرورش یک بینش درونی و پذیرش بیشتر نسبت به رویدادهای غیرقابل تغییر زندگی، نحوه پاسخ به استرس را تغییر دهد (۱۸). بنابراین آموزش ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است چون روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای ذهنی افراد است. از این رو، ذهن آگاهی راه کاری موثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است.

دیگر یافته بدست آمده نشان داد بین آموزش های انجام گرفته بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تاثیر بیشتری بر تغییرات تاب آوری مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر داشته است که تقریباً ۲۸/۴ درصد از تاب آوری تحت تاثیر گروه های آزمایش تغییر می کند. یافته های بدست آمده با نتایج هرزندجدید (۲۶)، خرمی و همکاران (۲۷)، نیرومند و همکاران (۱۱)، خسروزاده و همکاران (۲۸)، رابین- فالكوم و همکاران (۱۰)، گای و همکاران (۱۳)، کالیچ و همکاران (۱۲) همسو می باشد. نتایج هرزندجدید در بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد نشان داد که شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود تاب آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد می گردد (۲۶). خرمی و همکاران نشان دادند که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری معنی دار است (۲۷). همچنین نتایج خسروزاده و همکاران حاکی از این بود که آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری همسران بیماران اسکیزوفرن تأثیر داشت (۲۸). در تبیین و تشریح یافته پژوهش می توان گفت ذهن آگاهی نوعی توجه پذیرا و بدون قضاوت است که از منظر نظری برای پرورش و تنظیم هیجان ها ارائه شده است. افرادی که مورد آموزش ذهن آگاهی قرار گرفته اند، در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجانات و تجربه ها توانا تر هستند و خودنظم دهی بیشتری دارند. همچنین افزایش ذهن آگاهی منجر

تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت های لذت آور یا فرار از موقعیت های دردناک انجام می دهد کنار بگذارد و به رهایی برسد.

### نتیجه گیری و پیشنهادات

هر پژوهشی به رغم وجود نکات مثبت و یافته های ارزنده مواجه با محدودیت هایی می باشد که غلبه بر آنها از عهده محقق خارج است. از محدودیت های پژوهش می توان به این مورد اشاره کرد، در فرایند گروه درمانی مطالب و تکنیک ها آنگونه که در جلسات فردی مورد یادگیری قرار می گیرند، در اختیار آزمودنی قرار داده نمی شود و با توجه به تعداد اعضا و محدودیت های زمانی و مکانی آنگونه که باید و شاید آزمودنی ها در جریان درمان کامل قرار نمی گیرند و همچنین امکان سوگیری در ارزیابی شفقت خود و استرس ادراک شده است که براساس گزارش شخصی آزمودنی ها وجود دارد. در راستای نتایج بدست آمده از پژوهش، با توجه به اینکه ذهن آگاهی سازه ای بسیار وسیع و دارای مولفه های فراوان است و همچنین نقش خاصی در کاهش استرس دارد، از این رو پیشنهاد می شود علاوه بر پوشش وسیع مسایل آموزشی به بهبود علایم روانشناختی افراد نیز توجه کنیم و همچنین پیشنهاد می شود متخصصان داخلی و گوارش جهت درمان بیماران مذکور، طی همکاری با روانشناسان سلامت، از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمایند.

### تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

شفقت خود با افزایش تحمل شکست ها و اشتباهات، امکان بخشایش دیگران را فراهم می سازد. از سوی دیگر از آنجایی که فرد خود را شبیه فرد خاطی می بیند، احتمال بیشتری دارد که با این همسان پنداری، اقدام به گذشتن از خطاهای دیگران کند. بنابراین چون شفقت خود با احساس همبستگی و مشابهت بیشتر و جدایی کمتر از دیگران همراه است، افرادی که از شفقت خود بیشتری برخوردارند، میل بیشتری نیز به بخشایش گری دیگران نشان می دهند. در مهربانی با خود، فرد هنگام مواجهه با رنج، ناکارآمدی یا شکست به جای سرزنش کردن خود و یا کوچک شمردن رنج خود، با گرمی و درکی واقع بینانه خود را می پذیرد. در همانندسازی افراطی (از جمله زیرمقیاس های منفی شفقت خود)، فرد هنگام مواجهه با شکست و احساس ناراحتی و غمگینی، آنچنان در واکنش های عاطفی ذهنی خود غرق می شود که فاصله گیری از موقعیت را برای اخذ یک دیدگاه عینی و متعادل دشوار می سازد. در تبیین یافته های فوق می توان گفت که افراد ممکن است به دلیل مشکلات جسمانی ناشی از این بیماری از وجود هیجان های مثبت و منفی خود آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت های زندگی نتوانند به خوبی از هیجان های خود استفاده کنند (۳۱). در ذهن آگاهی فرد با دقت بیشتری به افکار خود توجه می کند و بدون بیزاری یا قضاوت آنها را بررسی می کند و علت وجود آنها را در می یابد. تمرین ذهن آگاهی این توانایی را به فرد می دهد که دریابد افکار فقط افکارند و زمانی که می فهمد افکارش ممکن است که حقیقت نداشته باشند، راحت تر می تواند آنها را رها کند. علاوه بر این فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی یابد که خوشحالی وابسته به عناصر بیرونی و دنیای بیرون است و زمانی اتفاق می افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه های ذهنی از پیش

### References

1. Ford AC. Commentary: estimating the prevalence of IBS globally—past, present and future. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2020 Jan;51(1):198-9.
2. Kułak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N. Antidepressants for irritable bowel syndrome—A systematic review. *Pharmacological Reports*. 2017 Dec 1;69(6):1366-79.
3. Bennet SM, Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, Collin L, Lindfors P, Törnblom H, Öhman L, Simrén M. Multivariate modelling of faecal bacterial profiles of patients with IBS predicts responsiveness to a diet low in FODMAPs. *Gut*. 2018 May 1;67(5):872-81.

4. Azimi M, Eftekharafzali M S, Khoram Pazhouh H, Hasheminasab F S. Comparative study of irritable bowel syndrome in Persian Medicine and Current Medicine: A narrative review. *jiitm* 2020; 11 (2):173-182
5. Ghorbani B, Tasbihsazan SR. Investigating the relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with depression in irritable bowel syndrome patients. *Neyshabur Faculty of Medical Sciences*, 2015;4(4):11-21.
6. Vijayvargiya P, Breen-Lyles M, Nord SL, Maselli D, Busciglio I, Boinpally R, Muslin A, Carrothers TJ, Camilleri M. Safety and efficacy of eluxadolone in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea with or without bile acid diarrhea: open-label study. *Digestive diseases and sciences*. 2022 Aug;67(8):3911-21.
7. Mazi M, Ebrahimi A, Daghighzadeh H, Aghaei H. The effectiveness of compassion-based therapy (CFT) on perceived stress in patients with irritable bowel syndrome: an experimental study. *Journal of Isfahan Medical School*. 2019; 38(588): 602-608.
8. Böger R, Bellaguarda ML, Knihns ND, Manfrini GC, Rosa LM, Santos MJ, Caravaca-Morera JA. Palliative professionals: stressors imposed on the team in the death and dying process. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2022 Oct 24;31.
9. Sorati P. (2017). The mediating role of perceived stress in the relationship between social problem solving styles and quality of work life among the teachers. *J Res Behav Sci*; 2017; 15(4): 427-34.
10. Rubin-Falcone H, Weber J, Kishon R, Ochsner K, Delaparte L, Doré B, Zanderigo F, Oquendo MA, Mann JJ, Miller JM. Longitudinal effects of cognitive behavioral therapy for depression on the neural correlates of emotion regulation. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2018 Jan 30;271:82-90.
11. Nironamnd, R., seydmoradi, K., Kakavand, A., tavasoli, Z. Effectiveness of education emotion regulation techniques on reducing stress and increasing resilience of student. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 14(53): 7-16.
12. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and brain sciences*. 2015;38:e92.
13. Cai WP, Pan Y, Zhang SM, Wei C, Dong W, Deng GH. Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry research*. 2017 Oct 1;256:71-8.
14. García-Sancho E, Salguero JM, Fernández-Berrocal P. Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and violent behavior*. 2014 Sep 1;19(5):584-91.
15. Neff KD, Long P, Knox MC, Davidson O, Kuchar A, Costigan A, Williamson Z, Rohleder N, Tóth-Király I, Breines JG. The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and identity*. 2018 Nov 2;17(6):627-45.
16. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*. 2010 Jul 1;9(3):225-40.
17. Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, Sizoo B, Hepark S, Grutters J, Donders R, Buitelaar JK, Speckens AE. Mindfulness based cognitive therapy versus treatment as usual in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC psychiatry*. 2015 Dec;15(1):1-0.
18. Lo HH, Wong S, Wong JY, Wong SW, Yeung JW. The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC psychiatry*. 2016 Dec;16(1):1-9.
19. Razavizadeh Tabadkan B B Z, Jajarmi M, Vakili Y. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Ruminative Thoughts, Perceived Stress and Difficulties in Emotion Regulation of Women With Type 2 Diabetes. *IJPCP* 2019; 24 (4):370-383
20. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Focus*. 2016 Jan;14(1):127-44.
21. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, Witthöft M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*. 2016 Aug 1;98:218-24.
22. Zare M, Aghziyari A, Maleksheykhi S, Sharifi M. The effectiveness of mindfulness training compared to emotional regulation on the adjustment of adolescent students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychology Quarterly*, 2019; 12 (46), 203-222.
23. Khosla M. Resilience and health: Implications for interventions and policy making. *Psychological Studies*. 2017 Sep;62:233-40.
24. Mazaheri M, Aghaei A, Abedi A, Adibi P. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Perceived Stress of Patients with Ulcerative Colitis. *J Guil Uni Med Sci* 2020; 29 (1):85-94.

25. Taghilou L, Makvand Hasani Sh, Sedaghat M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing perceived stress in patients with MS. NPWJM 2017; 5 (15):5-10
26. Harzand jadid. The effect of cognitive therapy based on mindfulness on resilience and anxiety sensitivity of patients with acute heart disease. The second congress of new findings in the field of family, mental health, disorders, prevention and education. 2020.
27. Khorrami M, Atashpour S H, Arefi M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience among Mothers of Children with Cerebral Palsy. North Khorasan University of Medical Sciences 2020; 12 (1):63-72
28. Khosrowzadeh A, Ghasemi M, Solati K. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on resilience among the wives of patients with schizophrenia. J Shahrekord Univ Med Sci. 2018; 20 (5):59-65
29. Taheri S, Sajjadian I. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the components of self-compassion and aspects of mindfulness of employees with chronic fatigue syndrome. The third international conference of psychology, educational sciences and lifestyle. 2017.
30. borjali, M., naseri nia, S. The Effectiveness of Emotion Regulation Strategies Training on Mental Health, Self-compassion and Craving in The Addicts. Counseling Culture and Psychotherapy, 2019; 10(40): 133-154. doi: 10.22054/qccpc.2019.45570.2194
31. Mongia M, Hechtman L. Attention-deficit hyperactivity disorder across the lifespan: Review of literature on cognitive behavior therapy. Current Developmental Disorders Reports. 2016 Mar;3:7-14.

## Original Article

# Comparison of the effectiveness of emotion regulation training with cognitive therapy based on mindfulness on perceived stress and self-compassion in patients with irritable bowel syndrome

Received: 11/01/2023 - Accepted: 09/08/2023

Aida Omid<sup>1</sup>

Vahid Ahmadi<sup>2\*</sup>

Reza Valizadeh<sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD student in psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

<sup>2</sup> Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran. (corresponding author)

<sup>3</sup> Department of Psychiatry, Ilam Branch, University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Email:

vahid\_ahmadi20@yahoo.com

### Abstract

#### Introduction

Irritable bowel syndrome is one of the diseases that affects all aspects of human existence and causes social and psychological consequences in addition to physical disabilities. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotion regulation training with cognitive therapy based on mindfulness on perceived stress and self-compassion in patients with irritable bowel syndrome.

#### Material and Method

This research was a semi-experimental and pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The study population was those female patients suffering from irritable bowel syndrome in Ilam city who visited the private practice of internal medicine specialists in 2018-2019. Based on this, 60 people were selected using a non-random sampling method and after matching, they were assigned to three groups (20 people under emotion regulation training, 20 people under cognitive therapy based mindfulness and 20 people in the control group). First, in the pre-test stage, the perceived stress and self-compassion questionnaires were used to measure the research variables. Then, two experimental groups were placed in the order of emotion regulation training and cognitive therapy training based on mindfulness. After the training, the post-test was conducted. Statistical analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data.

#### Results

Emotion regulation training as well as cognitive therapy training based on mindfulness has an effect on people's perceived stress and self-compassion and its components. There is a significant difference between the trainings performed on patients with irritable bowel syndrome. And cognitive therapy based on mindfulness has had a greater impact on people's perceived stress and self-compassion and its components compared to emotional regulation training.

#### Conclusion

According to the research findings, cognitive therapy based on mindfulness can be used as an effective method to reduce perceived stress and increase self-compassion in patients with irritable bowel syndrome.

**Key words:** emotion regulation training, cognitive therapy based on mindfulness, perceived stress, self-compassion, irritable bowel syndrome.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest