

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر

* اصغر کامران^۱، روشنک رستمی فر^۲، کمال مقتدایی^۳

۱. مربی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، ایران.
۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد خمینی شهر.
۳. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد نجف‌آباد، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۲)

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance and Emotional Processing in Patients with Irritable Bowel Syndrome

* Asghar Kamran¹, Roshanak Rostamifar², Kamal Moghtadaie³

1. Instructor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Iran.
2. M.A. in Psychology, Khomeini Shahr Azad University.
3. Ph.D Student, Department of Health Psychology, Najafabad Azad University, Iran.

Original Article

(Received: Jan. 11, 2021 - Accepted: Aug. 03, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Irritable bowel syndrome is one of the most common gastrointestinal disorders that is associated with abdominal pain, bloating and bowel disorders. The aim of this study was the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on reducing avoidance behavior and improving emotional processing in patients with irritable bowel syndrome. **Method:** This research was a quasi-experimental study and was conducted with pre-test-post-test and follow-up design and experimental and control groups. The statistical population included all women with irritable bowel syndrome in Isfahan in 2019, of whom 30 were randomly selected into two groups of 15 experimental and control. Data were collected using emotional processing questionnaires (Baker, 2007) and multidimensional experience avoidance questionnaire (Gomez, 2011). The experimental group participated in a 90-minute program based on acceptance and commitment therapy, but the control group did not undergo any intervention. Data were analyzed by analysis of covariance and repeated measures analysis. **Findings:** Acceptance and commitment based therapy was effective on emotional acceptance and avoidance of experience in two stages of follow-up and post-test ($P < 0.01$). **Conclusion:** The results showed that acceptance and commitment based therapy is effective in avoiding experience and emotional processing in patients with irritable bowel syndrome and has important consequences for patients with irritable bowel syndrome.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Avoidance Behavior, Treatment based on Acceptance and Commitment, Emotional Processing.

چکیده

مقدمه: نشانگان روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات دستگاه گوارشی است که با دردهای شکمی، نفخ، اختلالات در دفع و علائم روانشناختی همراه است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بود. روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری و گروه آزمایش و کنترل انجام گردید. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن‌ها، تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های پردازش هیجانی (باکر، ۲۰۰۷) و پرسشنامه چندبعدی اجتناب از تجربه (گامز، ۲۰۱۱) جمع‌آوری گردید. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه برنامه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را شرکت نمودند ولی گروه شاهد تحت هیچ نوع مداخله‌ای قرار نگرفتند. اطلاعات به روش آماری تحلیل کوواریانس و تحلیل اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هیجانی و اجتناب از تجربه در دو مرحله پیگیری و پس‌آزمون اثربخش بود ($P < 0/01$). نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بوده و پیامدهای مهمی برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد.

واژگان کلیدی: نشانگان روده تحریک‌پذیر، اجتناب از تجربه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پردازش هیجانی.

*نویسنده مسئول: اصغر کامران

*Corresponding Author: Asghar Kamran

Email: asgharkamran110@gmail.com

مقدمه

بسیاری از پژوهشگران، شواهد آشفتگی‌های روانی قابل ملاحظه‌ای از جمله اختلالات خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال پانیک، اختلال وسواسی - جبری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خودبیمارپنداری و اختلالات شبه جسمی (گاس^۵، ۲۰۱۸) را در اکثریت مبتلایان به نشانگان روده تحریک‌پذیر شرح داده‌اند. از طرفی برخی مطالعات حاکی از آن هستند که ابعاد هیجانی مانند پردازش هیجان می‌تواند در بروز و شدت علائم بیماری تأثیر داشته باشند (آدانت^۶، ۲۰۱۸). پردازش هیجان فرآیندی است که به وسیله آن آشفتگی‌های هیجانی رو به زوال می‌روند (جیو و ژانگ^۷، ۲۰۱۳) تا رفتار و تجربه‌های دیگر در افراد بدون مانع پیش رفته و افزایش یابد (هیماچی^۸، هاشیرو و میاک، ۲۰۱۸). از نظر راجمن^۹ (۱۹۸۰) چهار دسته عواملی که ممکن است به مشکلاتی در پردازش هیجانی منجر شوند، عبارت از اجتناب شناختی، عدم تجربه خوگیری کوتاه‌مدت، افسردگی و عقاید بیش بها داده شده می‌باشند. استفاده از راهبردهای پردازش هیجان می‌تواند در افزایش مهارت‌های عاطفی برای کاهش آشفتگی هیجانی و روانی مؤثر باشد (کهولت و دهقانی، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر، طیف گسترده‌ای از تحقیقات بیانگر آن است که اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان تلاش‌های ناسالم برای فرار یا

نشانگان روده تحریک‌پذیر^۱ (IBS) یک بیماری شایع گوارشی است که با درد و ناراحتی مزمن و مکرر شکمی مشخص می‌گردد که منجر به عادات روده‌ای تغییر یافته در غیاب دیگر بیماری‌های گوارشی می‌شود (دفریس و بیل^۲، ۲۰۱۷؛ سیبیلی و همکاران، ۲۰۱۸). در این بیماری گرچه از نظر ارگانیک علل خاصی وجود ندارد، اما دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست یا نفخ موجود، کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیبیلی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس معیارهای تشخیصی سندرم روده تحریک‌پذیر به‌عنوان یک بیماری عملکردی یا اختلال روده‌ای مطرح می‌گردد که با درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل سه بار در 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 قوام مدفوع (آلبرشت^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). این اختلال، به‌عنوان بیماری دوران جوانی شناخته شده و در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می‌کند و در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد (ایری و همکاران، ۱۳۹۶). شیوع IBS در ایران بین ۳/۵ تا ۵/۸ درصد گزارش شده است (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۸). مشکلات روانشناختی و عدم پذیرش بیماری در حداقل نیمی از بیماران IBS وجود دارد و یکی از علل و پیامدهای شایع مرتبط با این اختلال است (کامران، مقتدایی، عبدالمهی، ۱۳۹۸).

5. Gose

6. Addante

7. Gao,Zhang

8. Himachi,Hashiro,Miyake

9. Rachman

1. Irritable bowel syndrome (IBS)

2. Defrees & Baile

3. Sibelli

4. Albercht

در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های منفی روانی به اثبات رسیده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد (ورسب^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که توسط هیز و همکارانش در ابتدای دهه‌ی ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT^۶ شناخته شده است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. همچنین این رویکرد همانطور که از نامش مشخص است، قصد دارد این پیام را به فرد منتقل کند که آنچه خارج از کنترل هست را بپذیرد و به عملی که باعث بهبود و غنی‌تر شدن زندگی می‌شود تعهد داشته باشد (فولک^۷ و همکاران، ۲۰۱۲).

در این نوع درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد نسبت به تجارب ذهنی‌اش را افزایش داده و در مقابل اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به مراجع چنین آموخته می‌شود که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بیهوده است و حتی موجب بدتر شدن آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بپذیرفت. در گام دوم آگاهی فرد از حالات روانی، افکار و رفتار خود، در لحظه حال را افزایش می‌دهد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود تا خود را از این تجارب ذهنی جدا کند طوری که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش می‌شود تا تمرکز زیاد

اجتناب از احساسات، افکار، خاطرات و سایر تجارب خصوصی به کار گرفته می‌شود (هیز، ویلسون و گیفورد^۱، ۱۹۹۴). اجتناب در همه اشکال آن از جمله اجتناب رفتاری در طیف وسیعی از اختلالات به‌عنوان عامل آسیب‌پذیری و مکانیزم اصلی در رشد و نگهداری آشفتگی روانشناختی محسوب می‌شود (کاشدن و باریوز^۲، ۲۰۰۶). در نظریه انعطاف‌پذیری روانشناختی، اجتناب مانعی برای عمل کردن افراد در راستای ارزش‌ها و سهمیم در آشفتگی‌های روانی - اجتماعی است (باد و بیر^۳، ۲۰۱۱). افزون بر این، رفتارهای اجتنابی با علائم گوارشی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر رابطه دارد و کاهش یافتن رفتارهای اجتنابی بخش بزرگی از اثرات درمان‌های روانشناختی در این بیماران است (بونرت^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

هر چند تاکنون درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مختلفی برای درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر توسعه داده شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مختلفی اثرات قابل قبولی را نشان داده‌اند، اما در اکثر موارد این درمان‌ها در کاهش علائم روانی که به نحوی فعال‌ساز یا تداوم‌دهنده اختلال IBS می‌باشند، مؤثر نبوده‌اند و بیماران با علائم باقی‌مانده همراه اختلال مانند تداوم افکار منفی و تلاش برای کنترل علائم می‌مانند، لذا شناسایی درمان‌های مؤثر برای این بیماری امری بسیار ضروری است (آدانتی و همکاران، ۲۰۱۸). از جمله درمان‌های موج سومی که اثربخشی آن

5. Wersebe
6. Acceptance and Commitment Therapy
7. Folke

1. Hayes, Wilson, Gifford
2. Kashdan
3. Bond, Barrios
4. Bonnert

موجود و کافی در زمینه اثربخشی این روش درمانی، هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بود و نتایج آن می‌تواند راهنمای پژوهشگران و درمانگرانی باشد که در زمینه درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر فعالیت می‌کنند. مزیتی که انجام این پژوهش بر پژوهش‌های قبلی داشت این است که در پژوهش‌های قبلی این روش درمانی به‌خصوص به‌صورت گروهی در کاهش علائم نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد توجه واقع نگرفته است. همچنین پردازش عاطفی و اجتناب از تجربه دو مولفه از شش فرایند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌باشند لازم به ذکر است پردازش عاطفی در فرایند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش گسلس عاطفی معرفی گردیده است.

لذا این پژوهش به دنبال جواب به این سوال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران با نشانگان روده تحریک‌پذیر اثربخش است؟

روش

طرح پژوهش: روش تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بوده است.

شرکت‌کنندگان: جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی در شهر اصفهان تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۹ به مطب متخصصین گوارش مراجعه نمودند. در ابتدا روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بود، زیرا

فرد بر خود تجسمی داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است را کاهش دهد. پنجم به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصیل خود را شناخته و آن‌ها را به اهداف عینی رفتاری مبدل سازد. در آخر انگیزه فرد برای عمل متعهدانه به اهداف و ارزش‌ها افزایش داده می‌شود (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۸).

در مقابل شکل‌های سنتی‌تر درمان شناختی رفتاری، در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر روی تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌گردد. پژوهش‌های زیادی اثربخشی این درمان را بر متغیر روان‌شناختی مختلف از جمله افسردگی (هیز و همکاران، ۲۰۱۱)، بهبود کیفیت زندگی (خانی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۶) و کاهش پریشانی روان‌شناختی (شیدایی و همکاران، ۲۰۱۵) نشان داده‌اند.

اکثر پژوهش‌های داخلی و خارجی در مورد کاربرد ACT بر روی اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اختلالات روان‌شناختی توأم با بیماری‌های مزمن از جمله اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی و یا دردهای مزمن بوده است و تاکنون اثربخشی این درمان روی پردازش هیجانی و اجتناب از تجربه اختلال نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد بررسی و پژوهش قرار نگرفته است. از آنجا که در بیماران IBS کانون اصلی توجه به نشانه‌های جسمانی (اسهال، یبوست) و روانی (ترس از مردن، ترس از بیماری‌های خطرناک مثل سرطان و مانند آن است و اهداف اصلی درمان پذیرش و تعهد بر توسعه آگاهی شناختی، هیجانی و پذیرش نسبت به این حالت‌ها و محتویات ذهنی است، بنابراین، باوجود شواهد

دیگر ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در جلسات مداخلات روانشناختی و مشاوره طی ۶ ماه گذشته، رضایت از شرکت در طرح. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بود از: داشتن علائمی چون خونریزی گوارشی، ابتلا به کرونا در حین پژوهش، داشتن مدرک تحصیلی زیر دیپلم، عدم تمایل بیمار نسبت به شرکت در طرح پژوهش، افراد دارای تشخیص بیماری روانی یا تاریخ پذیرش بستری در اثر بیماری روانی طی ۲ سال گذشته، سابقه تروما یا جراحی شکم شامل برداشتن دستگاه گوارش و بارداری یا قصد باردارشدن در طول مطالعه. در آخر جهت مداخله‌ی درمانی از میان تمامی بیماران، ۳۰ نفر به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آموزش درمان پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

فقط کسانی در پژوهش شرکت داده می‌شدند که به‌عنوان بیماران دارای نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر مراجعه می‌کردند. بیماران توسط متخصصان گوارش مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی،¹ Rome-III قرار می‌گرفتند و کسانی که تشخیص اختلال IBS آن‌ها مشخص می‌گردید در گروه باقی می‌ماندند. همچنین بیمارانی که داروهای روانپزشکی (با دوز درمانی برای اختلالات روانی) مصرف می‌کردند وارد مطالعه نشدند. لازم به ذکر است با توجه به اینکه کنترل مصرف داروهای گوارشی امکان‌پذیر نبود، همزمان با اجرای این پژوهش درمان دارویی برای بیماران دنبال می‌شد و تنها تفاوت در بین دو گروه محتوای آموزشی جلسات بود.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (فرخزادیان، احمدیان، عندلیب، ۱۳۹۸)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و آشنایی با مفهوم ناامیدی خلاق
دوم	بررسی تکالیف خانگی، ایجاد ناامیدی خلاق و بحث در مورد تجربیات ذهنی؛
سوم	مرور ذهنی جلسات قبل. معرفی مفهوم کنترل به‌عنوان یک مشکل نه راه‌حل. آشنایی با مفهوم تمایل. پذیرش و تعهد رفتاری؛
چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی مفهوم گسلش شناختی، به‌کارگیری تکنیک‌های گسلش شناختی؛
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی؛
ششم	سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، تناقض بین تجربه و ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرآیند؛
هفتم	معرفی مفهوم ارزش، کشف ارزش‌های عملی زندگی، سنجش عملکرد؛
هشتم	افزایش تمرکز بر تعهدات رفتاری، عملکرد متناسب با ارزش.

1. Criteria Rome

این مقیاس یک فرم کوتاه معتبر از علائم جسمی نشانگان روده تحریک‌پذیر است.

پرسشنامه توسط گامز و همکاران (۲۰۱۴) طراحی گردید. این پرسشنامه ۶۲ ماده دارد و شش خرده مقیاس تحت عنوان اجتناب هیجانی، بیزاری از آشفتگی روانی، به تعویق انداختن فعالیت‌ها، اجتناب شناختی، تحمل فشار روانی و اجتناب رفتاری دارد. پاسخ‌ها روی یک مقیاس لیکرت از به شدت مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) درجه‌بندی می‌شود. نمرات هر بعد، از جمع کردن نمره‌های افراد در تعدادی از آیتم‌های پرسشنامه به دست می‌آید. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده اجتناب بیشتر است. گامز و وهمیلاوسکی، کوتوو، روگروو، واتسون، (۲۰۱۴).

اعتبار و پایایی خارجی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. جهت بررسی اعتبار همگرا و واگرای پرسشنامه چندبعدی اجتناب از تجربه، همبستگی موجود بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و پذیرش و عمل بررسی شد. اعتبار سازه پرسشنامه به روش چرخش واریماکس به ترتیب با سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی سلامت محیط و پذیرش و عمل همبستگی منفی و معناداری دارد (۰/۲۵، -، ۰/۲، -، ۰/۱۱، -، ۰/۱۴، -، ۰/۱۷، -) (اسماعیلیان و همکاران، ۱۳۹۵)

یافته‌ها

در ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار و مفروضه نرمال بودن متغیرها با آزمون کولموگروف اسمیرنف به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون در جدول ۲ گزارش گردید.

شرح جلسات: روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل (فرخزادیان، احمدیان، عندلیب، ۱۳۹۸) انجام شد، اهداف جلسه و ساختار کلی درمان در جدول ۱ ارائه شده است. ابتدا انجام ارزیابی‌های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش‌آزمون و سپس شروع جلسات درمانی.

ابزارها

الف) پرسشنامه پردازش هیجانی: این پرسشنامه توسط باکر و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سوال بود که بعداً توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) کوتاه‌تر شد و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. دامنه نمرات پرسشنامه ۲۵-۱۲۵ است (۲۵-۵۰): پردازش اطلاعات هیجانی ضعیف؛ ۷۰-۵۰: پردازش اطلاعات هیجانی متوسط؛ ۱۲۵-۷۵: پردازش اطلاعات هیجانی بسیار خوب). این مقیاس دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده است. باکر و همکاران ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کردند. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد. در ایران نیز لطفی ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ بدست آورد که حاکی از روایی همگرای آزمون است.

ب) پرسشنامه چندبعدی اجتناب از تجربه: این

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به صورت جدول ارائه شده و سپس تغییرات نمرات بیماران را در هر یک از مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش در مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیر		انحراف استاندارد \pm میانگین		مراحل آزمون	
		گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
پرداش هیجانی	پیش‌آزمون	۴۷/۱۱ \pm ۶۰/۸۷	۴۱/۱۲ \pm ۶۴/۲۵	۰/۱۵(۰/۱۳)	۰/۱۴(۰/۱۵)
	پس‌آزمون	۸۹/۱۵ \pm ۱۶/۵۲	۳۶/۱۰ \pm ۹۶/۴۸	۰/۱۱(۰/۲۰)	۰/۱۰(۰/۲۰)
	پیگیری	۸۶/۱۶ \pm ۳۶/۳۲	۳۹/۱۰ \pm ۹۶/۶۴	۰/۱۳(۰/۲۰)	۰/۱۳(۰/۲۰)
رفتار اجتنابی	پیش‌آزمون	۱۳۶/۲۴ \pm ۰۸/۸۵	۱۴۳/۲۵ \pm ۱۲/۷۶	۰/۱۶(۰/۱۱)	۰/۱۵(۰/۱۳)
	پس‌آزمون	۷۹/۲۲ \pm ۳۶/۹۴	۱۴۱/۲۵ \pm ۷۲/۲۵	۰/۱۷(۰/۰۹)	۰/۱۹(۰/۰۶)
	پیگیری	۷۷/۲۴ \pm ۴۴/۷۴	۱۳۳/۲۳ \pm ۲۰/۳۸	۰/۱۵(۰/۱۰)	۰/۱۳(۰/۲۰)

گروه‌ها مربوط است. همچنین پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین اجتناب از تجربه در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=0/001$) و در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۳ درصد و ۵۷ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر اجتناب از تجربه مربوط به تفاوت بین گروه‌ها است. در ادامه به منظور مقایسه تفاوت‌های درون‌گروهی (مراحل آزمون شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش (تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) از آزمون تحلیل تکرار اندازه‌گیری^۱ استفاده شد.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۳، تفاوت بین میانگین پذیرش هیجانی و رفتار اجتنابی در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است ($P=0/001$) و در متغیرهای پردازش هیجانی و

چنانچه در جدول ۲ گزارش گردید سطح معناداری آماره Z کولموگروف اسمیرنوف دو متغیر در مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها بیشتر از ۰/۰۵ است. لذا مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته برقرار است. در ادامه به منظور مقایسه تفاوت‌های بین گروهی از آزمون تحلیل کوواریانس آنکووا (ANCOVA) استفاده شد و پس از کنترل اثر متغیر همپراش پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته پژوهش مقایسه گردید.

چنانچه در جدول ۲ گزارش شده است پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین پردازش هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۷۹ درصد و ۷۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر پردازش هیجانی به تفاوت بین

1. Repeated measure

کامران و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در ...

همچنین تفاوت میانگین دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری در این متغیرها معنی‌دار است ($P < 0/05$)؛ اما تفاوت میانگین مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد ($P > 0/05$). به‌طورکلی نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پردازش هیجانی و اجتناب از تجربه در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر اثربخش است.

اجتناب از تجربه به ترتیب ۸۱ درصد و ۷۷ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی به تفاوت‌های بین سه مرحله آزمون مربوط است. نتایج مقایسه زوجی تفاوت میانگین هر دو متغیر پردازش هیجانی و رفتارهای اجتنابی در سه مرحله آزمون در جدول ۴ نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار متغیرها بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است ($P < 0/05$).

جدول ۳. نتایج مقایسه تفاوت‌های بین گروهی متغیر پردازش هیجانی و رفتار اجتنابی

متغیر	مراحل آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پردازش هیجانی	پس‌آزمون	۲۹۲۳۶/۱۷	۱	۲۹۲۳۶/۱۷	۱۸۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پیگیری	۲۵۰۴۱/۸۱	۱	۲۵۰۴۱/۸۱	۱۲۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
رفتار اجتنابی	پس‌آزمون	۴۵۴۴۲/۸۸	۱	۴۵۴۴۲/۸۸	۸۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	پیگیری	۳۶۴۲۶/۶۰	۱	۳۶۴۲۶/۶۰	۶۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷

جدول ۴. نتایج مقایسه تفاوت‌های درون‌گروهی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پردازش هیجانی	۲۶۹۷۸/۴۲	۲	۱۳۴۸۹/۲۱	۱۰۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱
رفتار اجتنابی	۵۵۴۹۵/۷۸	۲	۲۷۷۴۷/۸۹	۸۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی تفاوت میانگین نمرات پردازش هیجانی و اجتناب از تجربه در مراحل آزمون

متغیرها	مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	معنی‌داری
پردازش هیجانی	پس‌آزمون	-۴۱/۵۶	۲/۵۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۳۸/۷۶	۳/۴۱	۰/۰۰۱
اجتناب از تجربه	پس‌آزمون	۲/۸۰	۳/۳۸	۰/۴۱
	پیش‌آزمون	۵۶/۷۲	۴/۸۱	۰/۰۰۱
تجربه	پس‌آزمون	۱/۹۲	۵/۳۷	۰/۷۲
	پیش‌آزمون	۵۸/۶۴	۵/۴۱	۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بود.

نتایج یافته‌ها نشان داد که نمرات اجتناب از تجربه و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. این نتیجه، در راستای یافته‌های قبلی مبنی بر ACT اثربخشی بر کاهش اجتناب قرار دارد (فرخزادپان و همکاران، ۱۳۹۸؛ ارجمند قجور و همکاران، ۱۳۹۷؛ پاشنگ و خوش‌لهجه، ۱۳۹۸؛ پلیسیر و همکاران، ۲۰۱۰؛ گلاندیرز و گلاندیرز، ۲۰۱۴).

در تبیین این یافته در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اجتناب از تجارب گروه آزمایش می‌توان گفت یکی از مشکلات اساسی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر اجتناب است. از طرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای این فرض استوار است که اصلی‌ترین مشکلی که اکثر مراجعان با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است که به اجتناب فرد از افکار، احساسات، حواس و سایر رویدادهای خصوصی گفته می‌شود. اجتناب می‌تواند کاربردهای خاص خودش را در دنیای واقعی داشته باشد. در زمینه افکار و احساسات افرادی که تلاش می‌کنند تا از تجربیات خصوصی ناخواسته اجتناب کنند ممکن است به‌طور متناقضی آن‌ها را افزایش دهند و منجر به انواعی

از اجتناب شوند که حتی باعث ایجاد مشکلات بیشتری می‌شود.

هدف اصلی ACT انعطاف‌پذیری روانشناختی است، این توانایی به گشاده بودن یا به عبارتی پذیرا بودن تجارب اشاره دارد تا جایی که فعالیت‌هایی که فرد را به سمت ارزش‌ها هدایت می‌کند، اتخاذ کند (هریس، ۲۰۰۹).

انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد را به سمتی سوق می‌دهد که رفتارهای جدیدی در راستای ارزش‌ها اتخاذ کنند و این کار با احساس گشاده بودن، در حضور بودن و آگاهی انجام می‌پذیرد (استدارد و افرا، ۲۰۱۴). وجود انعطاف‌پذیری روانشناختی به این معناست که فرد می‌تواند در هر زمان حرکت روبه‌جلو داشته باشد، حتی با روی دادن هرگونه رخداد شخصی (لوما، هیز و والسر، ۲۰۰۷). احتمالاً پذیرش روانی به‌طورکلی نقش پیچیده، مهم و منحصربه‌فردی در افراد مبتلا به IBS بازی می‌کند. مهم‌تر اینکه پذیرش روانی می‌تواند به پذیرش بیماری کمک کند و این نقطه مقابل اجتناب است. این نشان می‌دهد که پیشرفت‌های درمان Act در کسانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند در نتیجه افزایش تمایل به تجربه و دوری از اجتناب بوده و بسیاری از تجارب متنوع روانی، تجربه‌های عاطفی ناخواسته، خاطرات و افکار نسبت به سایر علائم فیزیکی و غیره کاهش می‌یابد (مک کراکین و گوتیرز - ماتینز، ۲۰۱۱).

از دیگر نتایج این تحقیق اثربخشی پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر گروه تحت آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

توانایی مدارا با آن‌ها پیامدهای مفیدی را به همراه دارد. بیماران مورد مطالعه از طریق به‌کارگیری شش فرایند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یاد گرفتند از طریق پذیرش، ناهم‌جوشی، خود به‌عنوان زمینه، اقدام متعهدانه، ارزش‌ها و ارتباط با لحظه اکنون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را بالا ببرند و این آموزش‌ها بر پردازش هیجانی آنان اثرگذار بود. (هیز ۱۹۹۴).

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی داشت که می‌توان به برخی از آن‌ها اشاره کرد هر پژوهشی در کنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت، دارای برخی محدودیت‌های نیز می‌باشد.

با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری به روش در دسترس و محدود به یک جامعه کوچک بوده در تعمیم یافته‌ها می‌بایست جانب احتیاط را در نظر گرفت همچنین محدود بودن تعداد اعضای نمونه و محدودیت زمانی در ادامه مداومت طولانی‌مدت در زمینه استمرار اثربخشی درمان از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. بر اساس نتایج پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده تأثیر این نوع درمان با طرح‌های قوی‌تر و در نظر گرفتن دوره‌های پی‌گیری مکرر و طولانی‌مدت سنجیده شود. همچنین در پژوهش‌های آتی با تعداد نمونه بیش‌تری اثربخشی و تأثیر این روش درمان با سایر روش‌های درمانی مقایسه گردد. علاوه بر این، به اثرات درمانی مثبت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای کاهش اجتناب از تجربه و بهبود پردازش هیجانی توجه شود که این کار باعث کاهش هزینه‌ها و استفاده کمتر از دارو برای درمان سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود. نتایج

بود. (پلیسیر و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش خود دریافتند که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش روان‌شناختی به ارتباط خاص بین مغز و روده برمی‌گردد که اصطلاحاً محور مغز روده نامیده می‌شود. نواحی آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی، می‌توانند عملکرد روده را تعدیل کنند و از سویی دربرگیرنده تنظیم هیجانات یا عواطف مثل خلق، اضطراب، عواطف منفی و درد و رفتارهای شناختی مثل حل مسئله و طراحی کردن و جستجوی اطلاعات باشند و نهایتاً در پرورش رفتارهای اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر باشند.

در تبیین این یافته در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر پردازش هیجانی گروه آزمایش می‌توان گفت یکی از مشکلات اساسی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر پردازش هیجانی است. (گلدمن و همکاران، ۱۹۹۲) در این پژوهش دلیل اصلی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و پردازش هیجانی همخوانی متغیر وابسته (پردازش هیجانی) و فرایند اصلی این روش درمان یعنی پذیرش می‌باشد با توجه به اینکه در مصاحبه‌های مرحله پیگیری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اثربخشی پذیرش را اصلی‌ترین و موثرترین آموزش ارزیابی نمودند یکی دیگر از دلایل بهبود پردازش هیجانی. به باور لینهان (۱۹۹۴) مشاهده افکار و هیجانات فعلی، و پذیرش به‌عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی می‌شود که به‌نوبه خود باعث پذیرش و پردازش صحیح می‌شود، بنابراین توانایی تحمل هیجان‌های منفی و

سیاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که با توجه به اثربخش بودن درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای کاهش اجتناب از تجربه و بهبود پردازش هیجانی این بیماران می‌توان از این درمان در کنار دارودرمانی استفاده کرد.

منابع

- اسماعیلیان، ن؛ دهقانی، م؛ اکبری، ف و حسنونند، م (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه چندبعدی اجتناب از تجربه. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۰ (۳۹): ۶۶-۵۷.
- ارجمند قجور، ک؛ محمود علیلو، خانجانی، بخشی‌پور رودسری. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی* ۲، ۱۲ (۴۹): ۹۹-۱۲۲.
- امیدی، م؛ قاسم‌زاده، س؛ دهقان، ح. ر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناختی-هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸ (۸۷): ۸-۱
- ایری، ر؛ شیخ اسمعیلی، ف؛ فتاحی، ن؛ رشادت، ر؛ سعیدی، ب؛ شاه‌عباس‌پور، ز. (۱۳۹۶). بررسی اپیدمیولوژیک سندرم روده تحریک‌پذیر و عوامل مرتبط با آن در شهر سمنان: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۱۰ (۳۹): ۶۶-۵۷.
- برادران، م؛ زارع، ح؛ علی‌پور، ا؛ فرزاد، و. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر همجوشی شناختی و شاخص‌های سلامت جسمی در بیماران مبتلا به فشارخون اساسی. *مجله روانشناسی شناخت*، ۴ (۱): ۹-۱
- بیاضی، م. ح؛ گوهری، ز؛ حجت، س. ک. (۱۳۹۲). رابطه بین طرح‌واره‌های هیجانی با میزان اضطراب و افسردگی و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵ (۵): ۱۰۹۸-۱۰۹۱
- پاشنگ، س؛ خوش‌لهجه، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی در کاهش علائم، انعطاف‌پذیری و امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۲ (۴۷): ۴۶-۳۷
- حسینیانی، ا؛ احدی، ح؛ فانی، ل؛ حیدری، ا؛ و مظاهری، م. م. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی

شیدایی اقدام، س.؛ شمس‌الدینی، س.؛ عباسی، س.؛ عبدالهی، س.؛ یوسفی، س.؛ مرادی جو، م. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. مجله اندیشه و رفتار. ۹(۳۴)، ۶۶-۵۷.

عباسی، ا.، خزان، ک.؛ پیرانی، ز.؛ قاسمی جبانه، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کارکردهای شناختی - هیجانی جانبازان. مجله طب جانباز، ۸(۴)، ۲۰۸-۲۰۳.

عزیزی، ا.؛ محمدی، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام ۲۵(۶)، ۱-۹.

عطایی، س.؛ فتا، ک.؛ احمدی ابهری، ا. (۱۳۹۲). نشخوارذهنی و اجتناب شناختی - رفتاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی: مقایسه دو دیدگاه و طبقه‌ای و طیفی. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران ۱۹(۴)، ۲۹۵-۲۸۳.

فرخزادیان، ع.؛ احمدیان، ف.؛ عندلیب، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و کیفیت زندگی سربازان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. مجله طب نظامی، ۲۱(۱)، ۵۲-۴۴.

کامران، ا.؛ مقتدایی، ک.؛ عبدالهی، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر پذیرش بیماری و

بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس و فرسودگی شغلی. مجله روانپزشکی ایران و روانشناسی بالینی. ۱۹(۲)، ۱۰۹-۱۲۰.

خانی‌زاده بالدرلو، ک.؛ عزیزاده، م.؛ کورانه، ا. (۱۳۹۵). تأثیر روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۲۷(۵)، ۳۷۴-۳۶۵.

ذوالفقاری، ا.؛ بهرامی، ح.؛ گنجی، ک. (۱۳۹۶). تجزیه و تحلیل تطبیقی تأثیر پذیرش و تعهد و تداخلات رفتاری شناختی بر اختلال اضطراب فراگیر. مجله علوم پزشکی اراک. ۲۰(۱۲)، ۲۴-۳۴.

زارع، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. فصلنامه شناخت اجتماعی ۱۱(۶)، ۱۳۰-۱۲۱.

زرگر، ف.؛ محمدی، ا.؛ امیدی، ع.؛ باقریان سروردی، ر. (۱۳۹۱). موج سوم رفتاردرمانی با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱(۵)، ۳۹۰-۳۸۳.

شرافتی، ح.؛ طاهری، ا.؛ اسماعی مجد، س.؛ امیری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس مدل داگاس بر عدم تحمل و عدم قطعیت، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی در اختلال اضطراب عمومی. مجله روانشناسی بالینی. ۹(۲)، ۲۸-۱۵.

- لطفی کاشانی، ف.؛ بهزادی، س.؛ یاری، م. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۳۰۶-۳۰۱، (۴)۲۲.
- Addante R, Naliboff B, Shih W, Presson AP, Tillisch K, Mayer EA, Chang L. (2019). Predictors of Health-related Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared With Healthy Individuals *J Clin Gastroenterol*. Apr;53(4): e142-e149.
- Albrecht U-V, von Jan U, Jungnickel T, Pramann O (2013). App-synopsis-standard reporting for medical apps. *Studies in health technology and informatics*:1154-192
- Bonnert, M., Olén, O., Bjureberg, J., Lalouni, M., Hedman-Lagerlöf, E., Serlachius, E. & Ljótsson, B. (2018). The role of avoidance behavior in the treatment of adolescents with irritable bowel syndrome: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, (105), 27-35.
- Bond FW, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. (2011) Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*; 42(4): 676-88.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P.W., Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic Research*, 62, 167-178.
- راهبردهای کنارآمدن با استرس در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر: دومین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ۳(۲) ۴۷-۵۷
- Defrees, D.N. & Baile, J. (2017). Irritable Bowel Syndrome Epidemiology Pathophysiology Diagnosis and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44 (4), 655-671.
- Folke F, Parling T, Melin L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*. (4) 19,583-94.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Psychological Assessment*. 23(3): 692-713
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6):962-9.
- Ghose, S. M. (2018). The Moderating Role of Emotion Regulation in the Relationship Between Stress and Inflammatory Bowel Disease Severity Among Diagnosed Individuals

- Cleveland State University. ETD Archive. 1048
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. (1996) Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Consult Clin Psychol*; 64(6): 1152-68.
- Hayes L, Boyd CP, Sewell J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*.;2(2),86-94.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. 71-74
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications. 108-110.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49, 267-274.
- Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. (2010). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome *Psychoneuroendocrinology*,35(5):653-62.
- Pellissier, S. & Bonaz, B. (2017). The Place of Stress and Emotions in the Irritable Bowel Syndrome. *Vitamins and Hormones*, 103, 327-354.
- Sibelli, A., Chalder, T., Everitt, H., Chilcot, J., & Moss-Morris, R. (2018). Positive and negative affect mediate the bidirectional relationship between emotional processing and symptom severity and impact in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 1-13.
- Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger F (2006) Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav Res Ther*; 44(9): 1301-20.
- Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. (2018) The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention *Int J Clin Health Psychol*;18(1):60-68.