

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

حسین محقق^۱، مسلم مهدی‌خانلو^۲، زهرا پارسی‌نژاد^۳، اعظم عاشوری^۴

The effectiveness of dialectic behavior therapy on pain self - efficacy and experiential avoidance in the mothers with irritable bowel syndrome

Hosein Mohagheghi¹, Moslem Mahdikhanloo², Zahra Parsinejad³, Azam Ashori⁴

چکیده

زمینه: سندروم روده تحریک‌پذیر علاوه بر مشکلات جسمانی، می‌تواند فرآیندهای شناختی، هیجانی و روانشناختی بیماران را نیز متأثر سازد که ضروری است با بکارگیری درمان‌های روانشناختی مناسب نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام شود. اما آیا رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند منجر به بهبود خودکارآمدپنداری درد و کاهش اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شود؟ **هدف:** بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به متخصص‌های گوارش در شهر زنجان در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ مادر مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ مادر بیمار). گروه آزمایش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان، ۲۰۰۴) را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدپنداری درد (نیکولاس، ۱۹۸۹) و اجتناب تجربه‌ای (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک با بهره‌گیری از تکنیک‌های تحمل‌پریشانی، پذیرش و خودنظم‌جویی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود خودکارآمدپنداری درد و کاهش اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده گیرد. **واژه کلیدیها:** رفتاردرمانی دیالکتیک، خودکارآمدپنداری درد، اجتناب تجربه‌ای، سندروم روده تحریک‌پذیر

Background: Irritable Bowel Syndrome can influence the patients' cognitive, emotional and psychological processes in addition to the physical problems that appropriate psychological therapies should be applied to decrease these damages. But can dialectic behavior therapy lead to the improvement of pain self-efficacy and decrease of experiential avoidance in the mothers with Irritable Bowel Syndrome? **Aims:** therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of dialectic behavior therapy on pain self-efficacy and experiential avoidance in the mothers with Irritable Bowel Syndrome. **Method:** it was a quasi-experimental study with pretest, posttest with control group. The statistical population of the current study was the mothers with Irritable Bowel Syndrome referring to circulatory specialists in the city of Zanjan in the second quarter of 2019. 30 mothers with Irritable Bowel Syndrome were selected through available sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (each group of 15). The experimental group received dialectic behavior therapy intervention (Linhan, 2004) during two-and-a-half months in ten seventy-five-minute sessions. The applied questionnaires in this study included pain self-efficacy (Nicolas, 1989) and experiential avoidance (Bond et.al., 2011). The data from the study were analyzed through MANCOVA method. **Results:** the results showed that the dialectic behavior therapy has significant effect on pain self-efficacy and experiential avoidance in the mothers with Irritable Bowel Syndrome ($p < 0/001$). **Conclusions:** according to the findings of the present study it can be concluded that the dialectic behavior therapy can be used as an efficient method to improve pain self-efficacy and decrease of experiential avoidance in the mothers with Irritable Bowel Syndrome. **Key Words:** Dialectic behavior therapy, pain self-efficacy, experiential avoidance, irritable bowel syndrome
Corresponding Author: hm293na@gmail.com

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه بوعلی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social and Economic Sciences, Hamedan Bou Ali University, Hamadan, Iran (Corresponding Author)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران.

^۲ M.A. of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران

^۳ M.A. of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

^۴ M.A. of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran

مقدمه

دسته‌ای از بیماری‌ها وجود دارد که در آن شخص دارای نشانه‌ها و علائم فیزیکی و جسمی است که این فرآیند تحت تأثیر عوامل روانشناختی ایجاد شده و یا تحت تأثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشدید می‌شود، به این بیماری‌ها، بیماری‌های روان‌تنی گفته می‌شود (تامی، مرزاگ و بوالاسل، ۲۰۱۸). یکی از سیستم‌های بدن که تحت تأثیر عوامل روانی و اجتماعی دچار بیماری‌های مزمن می‌شود، دستگاه گوارش است و یکی از اختلال‌های عملکردی گوارشی مزمن، سندروم روده تحریک‌پذیر^۱ است (دیفرس و بایلی، ۲۰۱۷). سندروم روده تحریک‌پذیر، با علائمی همچون دردهای مزمن در ناحیه شکم در غیاب هر نوع اختلال ساختاری ارگانیک در بیمار قابل شناسایی است (ویکاریو و همکاران، ۲۰۱۲). افراد مبتلا، علاوه بر احساس ناراحتی و درد شکمی مزمن همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج، مبتلا به قوام، عبور مدفوع و علائمی مانند نفخ شکم همراه با وجود موکوس در دفع می‌باشند (لاکاروتوس، گودکین، تو و مارای، ۲۰۱۵). عوامل مختلفی می‌تواند منجر به سندروم روده تحریک‌پذیر شوند که از مهمترین عوامل می‌توان به حرکات غیرعادی معده - روده‌ای، حساسیت زیاد از حد احشا، عامل‌های روانشناختی، هیجانی و عاطفی اشاره کرد (ساین، سالم، ناناواتی و مالین، ۲۰۱۸). شیوع بالای ۵۴ درصدی مشکلات روانشناختی نظیر افسردگی^۲، اضطراب^۳ و نابهنجاری‌های شخصی در افراد مبتلا به این بیماری تأیید کننده همین ادعاست (توسیک - گلابویچ، میلکویچ، ناگورنی، لازارویچ و نیکولیچ، ۲۰۱۰، پورسلی، دی کارن و لیندرو، ۲۰۱۷).

همان‌گونه که اشاره شد بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علاوه بر علائم دردآور فیزیولوژیک، علائم روانشناختی آسیب‌زا را نیز تجربه می‌کنند (وو، یانگ و چن، ۲۰۱۷؛ بانرجی، سارخل، سارکار و هالی، ۲۰۱۷؛ مرولد و جانسون، ۲۰۱۸) که این فرآیند باعث می‌شود که خودکارآمدپنداری^۴ و در نتیجه خودکارآمدپنداری^۵ در این بیماران دچار آسیب گردد (صالحی و سجادیان، ۱۳۹۶؛ شیرازی و میرزاحسینی، ۱۳۹۷). خودکارآمدپنداری به معنای توانایی انجام کاری و یا رسیدن به هدف خاصی است که تأثیر مهمی بر

عملکرد، احساس و حالات عاطفی فرد دارد (خضرلو، اکبری، جدیدی و سینایی، ۱۳۹۸). درک خودکارآمدپنداری بالاتر سبب بهبود سازگاری بیماران با بیماری خود و همچنین بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانشناختی آنها می‌شود (آنو و همکاران، ۲۰۱۵؛ فیلیپس و مک‌الوی، ۲۰۱۴). بر این اساس خودکارآمدپنداری درد عبارت است از میزان اطمینان فرد به توانایی اش برای حفظ عملکرد، علیرغم وجود درد (جکسون، وانگ، وانگ و فان، ۲۰۱۴). مطالعات گذشته نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدپنداری از جمله سازه‌های روانشناختی به شمار می‌آید که نقش عمده‌ای در سازگاری دردهای مزمن ایفا می‌کند و بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران و بویژه بیماران با دردهای مزمن یا برخی از بیماری‌های خاص تأثیرگذار است (اصغری مقدم، رحمتی و شعیری، ۱۳۹۱؛ کاستا، عسگری و نیکولاس، ۲۰۱۷). باورهای خودکارآمدپنداری درد با رفتارها و عقاید خاص ارتباط دارد، به طوری که افراد می‌توانند عقاید خودکارآمدپنداری دردشان را درباره توانایی هایشان در مقابله با روبرو شدن با درد بیان کنند (ون دنبورگ، شلبی، کالدول، اسالیوان و کیف، ۲۰۱۸). عقاید خودکارآمدپنداری درد نه تنها با رفتارهای خاص ارتباط دارد بلکه با مقابله با درد نیز ارتباط دارد (نیکولاس، ۲۰۰۷).

علاوه بر این نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن به شکل معمول با ترس و اجتناب از تجارب درونی همراه است (فرخی، رضایی و غلامرضایی، ۱۳۹۶؛ پاک، عبدی، و چلبیانلو، ۱۳۹۶). این فرآیند سبب بروز رفتارها و افکار اجتنابی در افراد مبتلا می‌شود. چرا که این افراد به دلیل تجارب آسیب‌زای خود با اجتناب کردن از تجارب هیجانی منفی خود سعی می‌کنند اضطراب خود را کاهش دهند. به این عمل یعنی اجتناب کردن از تجارب درونی (مثل هیجان‌های منفی، افکار و حس‌های بدنی) اجتناب تجربه‌ای^۶ گفته می‌شود (ویلیامز، هاردت، هنسچل و ادینگر، ۲۰۱۹). اجتناب تجربه‌ای، فرآیندی است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک و کاهش اثرات آنان به کار برده می‌شود و شامل دو بخش بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک است (چاولا و اوستافین،

4. Self-efficacy

5. Pain Self-efficacy

6. Experiential avoidance

1. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

2. depression

3. anxiety

خود درمانگر برای ادامه کار با مراجع به شکلی مؤثر و سالم با رشد دائمی توانش‌های کنترل تنیدگی و خستگی و شناسایی تلاش‌های مراجع برای شکل‌دهی یا تعدیل رفتار تأکید می‌کند (ایسنر و همکاران، ۲۰۱۷).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، با وجود اینکه بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه سبب‌شناسی این بیماری در جنبه‌های زیستی و فیزیولوژیکی متمرکز بوده است، به تنهایی قادر به توجیه و توضیح علت دقیق این بیماری نبوده، علاوه بر این خلاء، وجود عوامل دیگری در زمینه سبب‌شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر توجه پژوهشگران را به عوامل روانشناختی مؤثر در پیش‌بینی این سندرم جلب کرده است (تابان، کنتاچیچ و مارشال، ۲۰۰۷). بنابراین با توجه به شیوع نسبتاً بالای سندروم روده تحریک‌پذیر و صرف هزینه‌های بالای پزشکی و عدم نتیجه‌گیری از درمان کامل، توجه به فرآیندهای روانشناختی این بیماران می‌تواند منجر به ارائه راهکارهایی روانشناختی جهت رفع یا کاهش درد، و بهبود پیامدها و آثار روانی آن شود. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روانشناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و از سویی با نظر به کارآیی رفتار درمانی دیالکتیکی در فروکاستن آسیب‌های شناختی و فیزیولوژیک افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی مشابه، محققین تصمیم گرفتند تا تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک را بر خودکارآمدنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی و آزمون قرار دهند.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش مردان و زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به متخصص‌های گوارش در شهر زنجان در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۸ بود. در این بازه زمانی تعداد ۹۳ مرد و ۱۰۸ زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به این متخصصین مراجعه کرده بودند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مادرانی که جهت درمان به مراکز درمانی تخصصی گوارش مراجعه کرده بودند، تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به

کیرک، مایر، ویسمن، دیکون و آچ، ۲۰۱۹). این متغیر به عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر جهت اجتناب از تجربه‌های روانشناختی و هیجانی، سرکوب و یا مهار آنها نامیده می‌شود (هوشنبرگ، موندادی، رایت و تات، ۲۰۱۷). اجتناب تجربه‌ای تأثیر تجارب آزارنده را کنترل و یا به حداقل می‌رساند ولی این فرآیند با ایجاد آرامش فوری و کوتاه مدت، سبب تقویت رفتار اجتنابی به شکل منفی می‌شود. این روند زمانی سبب ایجاد مشکل می‌شود که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی فرد، تداخل ایجاد نماید (یارالهی و شعیری، ۱۳۹۷).

علاوه بر درمان‌های فیزیولوژیکی جهت کاهش علائم درد در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، روش‌های درمانی و آموزش روانشناختی مختلفی نیز برای این افراد بکار گرفته شده است که تا به بهبود مؤلفه‌های روانشناختی این بیماران یاری رسانده شود. یکی از این درمان‌ها رفتار درمانی دیالکتیک^۱ است که پژوهش‌های پیشین کارآیی این درمان را در جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی مختلف افراد نشان داده‌اند (پیمان‌نیا، حمید، مهرابی‌زاده هنرمند و محمودعلیلو، ۱۳۹۷؛ عبدالکریمی، قربان شیرودی، خلعتبری و زربخش، ۱۳۹۷؛ شیخ‌سجادیه و آتش‌پور، ۱۳۹۶؛ آقاییوسفی، ترخان و قربانی، ۱۳۹۴؛ علیزاده، علیزاده و محمدی، ۱۳۹۲؛ دکو، کامتویس و لاندس، ۲۰۱۹؛ لانگ، ادواردز، میتلر و بوناویتاکولا، ۲۰۱۸؛ لوئیس و میلر، ۲۰۱۸؛ زالوسکی، لویز و مارتین، ۲۰۱۸؛ راینسون و همکاران، ۲۰۱۸). رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی - رفتاری و فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش است که چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر نهادین و تحمل‌پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و خودنظم‌جویی هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر (علوی، مدرس غروی، امین یزدی و قدردی، ۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان یک روش غیردارویی و به عنوان مجموعه‌ای از فنون برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر، نحوه زندگی و تغییر رفتار است (زالوسکی و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان با افزایش توانمندی‌ها و برانگیختن درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش توانش‌ها و انگیزش

^۱. Dialectical Behavioral Therapy

(نیکولاس، ۲۰۰۷). این پرسشنامه در تحقیقات داخلی و خارجی، درستی آزمایی و قابلیت اعتماد مناسبی دارد و در پژوهش‌های مرتبط با درد قابل اجراست و تحقیقات متعددی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف این پرسشنامه پرداخته‌اند. گزارش‌ها حاکی از همسانی درونی بسیار خوب (آلفای کرونباخ $0.90-0.92$) و قابلیت اعتماد بالای آزمایی با فاصله زمانی ۳ ماه است. درستی آزمایی و اگرایی این پرسشنامه با استفاده از همبستگی معنادار منفی با متغیرهایی همچون شدت درد ($r=0.32-0.27$)، افسردگی ($r=0.55$)، اضطراب ($r=0.39$) و تداخل درد ($r=0.41$) و درستی آزمایی همزمان آن توسط همبستگی مثبت با زیرمقیاس سلامت جسمانی ($r=0.51$) و سلامت روانشناختی ($r=0.46$) پرسشنامه (SF-12) گزارش شده است (کایوانتو، استلاندر، مونتا و وانهارانتا، ۱۹۹۵). در ایران نیز به منظور بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه معصومیان و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود که بر روی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد، ضرایب قابلیت اعتماد آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش دونیمه‌سازی و روش آزمایی به ترتیب 0.78 ، 0.81 و 0.77 به دست آوردند که بیانگر قابلیت اعتماد مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است. درستی آزمایی همزمان این پرسشنامه نیز از طریق همبستگی بالای آن با ۴ زیرمقیاس پرسشنامه چندوجهی درد توسط هیرچ، ولفورد، لالوند، برانک و پارکر (۲۰۰۹) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دهنده همبستگی معنادار این پرسشنامه با زیرمقیاس خودکارآمدی مربوط به درد ($r=0.639$)، شدت درد ($r=0.509$) و پریشانی هیجانی ناشی از درد ($r=0.478$) به طور منفی و کنترل بر زندگی ($r=0.478$) به طور مثبت بود. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0.85 به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل^۲ پرسشنامه پذیرش و عمل را بوند و همکاران (۲۰۱۱) ساخته‌اند. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است که هیز و همکاران (۲۰۰۴) ساخته‌اند. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی برمی‌گردد. در ایران عباسی، فنی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در پژوهشی گزارش دادند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از

سندرم روده تحریک‌پذیر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). پس از گمارش تصادفی بیماران منتخب در گروه‌های آزمایش و گواه، قبل از ارائه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک، پرسشنامه‌های پژوهش به بیماران ارائه و پس از پاسخگویی جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است که افراد انتخاب شده دارای خودکارآمدی درد و اجتناب تجربه‌ای پایین‌تر از نمره برش پرسشنامه بودند. در گام بعد بیماران گروه آزمایش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۰ جلسه) را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرآیند پژوهش بی‌بهره و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پس از اتمام جلسات مرحله پس‌آزمون اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی درد^۱: پرسشنامه خودکارآمدی درد توسط نیکولاس در سال ۱۹۸۹ ساخته شد. این پرسشنامه که مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا است، اعتماد به نفس افراد مبتلا به درد مداوم را برای انجام فعالیت‌ها علی‌رغم وجود درد مورد بررسی قرار می‌دهد، در تمام گزارش‌های مرتبط با درد مداوم قابل اجرا بوده و دامنه‌ای از کنش‌ها همچون فعالیت‌های خانگی، فعالیت‌های اجتماعی، کار و به خوبی سازگار شدن با درد بدون استفاده از دارو را پوشش می‌دهد. این ابزار ۱۰ آیتم دارد و پاسخ‌گویی به این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (اصلاً مطمئن نیستم = ۰ و کاملاً مطمئن هستم = ۶) است و دامنه نمرات آن از ۰ تا ۱۶۰ است. نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد می‌باشد

2. Acceptance and Practice Questionnaire

1. Pain Self-efficacy Questionnaire

رفتار درمانی دیالکتیک را در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت و پس از اتمام جلسات آموزشی افراد دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (پس آزمون). برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی لینهان (۲۰۰۴) بود که از پژوهش علوی و همکاران (۱۳۹۰) اقتباس شده است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. لازم به ذکر است که مداخله پژوهش حاضر، پس از اتمام پژوهش برای گروه گواه نیز اجرا شد. نکته دیگر اینکه در پژوهش حاضر افت آزمودنی وجود نداشت. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که مادران نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۲۷ تا ۳۱ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۶/۶۶ درصد). از طرفی این مادران دارای سطح تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین سطح دیپلم لیسانس بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۳۰ درصد). علاوه بر این بیشتر مادران خانه‌دار بودند (۶۳/۳۳ درصد). میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (خودکارآمدنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. گویه‌ها بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) درجه‌بندی شده است. سؤالات ۱، ۶ و ۱۰ به شکل معکوس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر نمره ۷۰ می‌باشد. افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه بیان کننده افزایش اجتناب تجربه‌ای و کاهش انعطاف پذیری روانشناختی آزمودنی است. مشخصات روان سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده با ۶ نمونه نشان داد که این ابزار قابلیت اعتماد، درستی آزمایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و قابلیت اعتماد باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی آن است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل مفهوم مشابه با نسخه اول را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روان سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۱) همسانی درونی رضایت بخش بود. به علاوه اجتناب تجربه‌ای از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه معناداری را نشان داد. همچنین نتیجه درستی آزمایی افتراقی نشان داد عامل اجتناب از تجارب هیجانی در دو گروه بالینی و غیر بالینی تفاوت معناداری دارد. ولی عامل کنترل روی زندگی تفاوت معناداری در دو گروه نشان نداد. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش: پس از هماهنگی‌های لازم، در این پژوهش ابتدا با روش نمونه گیری دردسترس، نمونه پژوهش جمع آوری شد. سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف بسته درمانی برای بیماران شرکت کننده در پژوهش توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد آگاهی و رضایت لازم جهت شرکت در پژوهش را اعلام نمایند. در گام بعد همه افراد دو گروه (گروه آزمایشی و گروه گواه) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (پیش آزمون). سپس افراد گروه آزمایش پس از انتصاب تصادفی در گروه‌ها، مداخله درمانی

جدول ۱. خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک (لیهان، ۲۰۰۴؛ به نقل از علوی و همکاران، ۱۳۹۰)

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی مراجعان با همدیگر	ابتدا محقق ضمن خوش آمدگویی و سپاسگزاری از آزمودنی‌ها، هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، شرایط خروج از جلسات و تکالیف خانگی در بین جلسات را برای آنها توضیح می‌دهد، سپس آزمودنی‌ها با یکدیگر آشنا می‌شوند.
جلسه دوم	کسب توانش و آشنایی با هیجان‌ها	سؤال در مورد اینکه: چرا باید این توانش را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، و اینکه همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند. توانش‌های خودنظم‌جویی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های اولیه و ثانویه به شیوه‌های مؤثرتری کنار بیایند و از رنج روز افزون اجتناب کنند.
جلسه سوم	نام‌گذاری هیجان‌ها و توجه به عملکرد آنها	سؤال در مورد اینکه چگونه هیجان‌ها عمل می‌کنند؟ نام‌گذاری هیجان‌ها، و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان‌هایش دارد (اسطورها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها.
جلسه چهارم	مشاهده‌گری هیجان‌ها و خودگویی مثبت	مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خودمشاهده‌گری)، نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، و اینکه بر موانع هیجان‌های سالم غلبه کنید. اگر افراد رفتارهای سالم‌تری بروز دهند و افکار خودتأییدگرایانه بیشتری داشته باشند، باعث می‌شود تجارب هیجانی رضایت‌بخش‌تری برای آنها پیش بیاید.
جلسه پنجم	کسب توانش در جهت کاهش آسیب‌پذیری	آموزش توانش کاهش آسیب‌پذیری جسمانی (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با افکار آشفته‌کننده، تغذیه کافی و مناسب، ورزش کردن). عادت‌های صحیح بخش مهمی از مدیریت حالت تغییرات، افسردگی، خشم، کج خلقی یا زودرنجی هستند.
جلسه ششم	آموزش توانش حل مسأله	اتخاذ تصمیماتی در راستای توانش کاهش آسیب‌پذیری شناختی (دوری از ذهن هیجانی و تعادل‌آفرینی بین افکار و احساسات). آموزش توانش حل مسأله، توانش حل مسئله این توانایی را به افراد می‌دهد که با توجه به تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی خود بتوانند در جهت حل مسئله یا مشکل قدم برداشته و به نتیجه مطلوب دست یابند.
جلسه هفتم	تسلط بر دنیای خود	آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش.
جلسه هشتم	آگاهی بر هیجان‌ها و عمل در جهت مخلف هیجان‌ها آسیب‌زننده	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی. عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی. برعکس تمایل‌های هیجانی‌تان عمل کنید. ذهن خود را از حس جاری و کنونی پر کنید.
جلسه نهم	جلسه اول آموزش توانش‌های تحمل‌پریشانی	راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقاء لحظه جاری، خودآرام‌بخشی با استفاده از حواس پنجگانه، تکنیک سود و زیان. اکثر افراد ترجیح می‌دهند هیجان‌های دردناک را تجربه نکنند. بنابراین آن را نادیده می‌گیرند و نمی‌توانند تحمل کنند، پس دست به رفتارهای غیرانطباقی می‌زنند. درمانگر در تحمل‌پریشانی به فرد کمک می‌کند تا هیجان دردناک را تجربه کند و بتواند آن را تحمل کند.
جلسه دهم	جلسه دوم آموزش توانش‌های تحمل‌پریشانی	آموزش توانش‌های تحمل‌پریشانی: تعریف پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این توانش، آموزش تغییر شیوه‌های تفکر، ایجاد انگیزه (اراده) برای عمل متعهدانه.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدپنداری درد	گروه آزمایش	۲۳/۶۶	۶/۱۲	۲۸/۸۰	۶/۵۷
	گروه گواه	۲۴/۸۶	۶/۳۷	۲۵/۶۶	۶/۰۶
اجتناب تجربه‌ای	گروه آزمایش	۲۹/۰۶	۵/۷۳	۳۷/۳۳	۶/۱۴
	گروه گواه	۲۸/۷۳	۵/۶۷	۲۸/۵۳	۴/۴۳

کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0.05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0.05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس -

در متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای برقرار بوده است.

پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای معنادار نبوده است ($p > 0.05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده

تحریک پذیر		مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلائی	۰/۸۲	۵۹/۸۸	۲	۲۵	
لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۵۹/۸۸	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۴/۷۹	۵۹/۸۸	۲	۲۵	
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۷۹	۵۹/۸۸	۲	۲۵	

تفاوت معنادار وجود داشته باشد. بنابراین جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدام یک از متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای است، به بررسی تحلیل به کوواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

با معناداری آزمون کوواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر ارائه رفتار درمانی دیالکتیک

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت بررسی اثر رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده

تحریک پذیر		مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	منبع تغییر
۱	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۶۸/۰۷	۱۳۹/۰۴	۱	۱۳۹/۰۴	اثر متغیر مستقل
۱	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۲۹/۰۹	۵۵۴/۱۸	۱	۵۵۴/۱۸	(رفتار درمانی دیالکتیک)
-	-	-	-	۲/۰۴	۲۶	۵۳/۱۰	خطا
-	-	-	-	۱۹/۰۴	۲۶	۴۹۵/۱۸	خطا
-	-	-	-	-	۳۰	۲۳۴۴۳	کل
-	-	-	-	-	۳۰	۳۳۹۲۴	کل

ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۳ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۷۲ و ۵۳ درصد تغییرات متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر توسط ارائه متغیر مستقل (رفتار درمانی دیالکتیک) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای در مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت. یافته اول پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک منجر به افزایش معنادار میانگین نمرات خودکارآمدپنداری درد در مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شده بود. یافته حاضر همسو با یافته آفایوسفی و همکاران (۱۳۹۴)

با توجه به نتایج جدول ۴، ارائه متغیر مستقل (رفتار درمانی دیالکتیک) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با ارائه رفتار درمانی دیالکتیک دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که رفتار درمانی دیالکتیک توانسته منجر به افزایش خودکارآمدپنداری درد و کاهش اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شود. مقدار تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر میزان خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر به

درونی بیشتری را تدراک نمایند. بر این اساس، رفتاردرمانی دیالکتیک با تقویت قدرت حل مساله سبب می‌شود تا مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بتوانند تاب‌آوری و توانمندی درونی بیشتری را تجربه کرده و در نتیجه خودکارآمدپنداری و مؤلفه‌های مرتبط با آن همچون خودکارآمدپنداری درد در آنها افزایش یابد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شده بود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، شیخ سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶)، دکو و همکاران (۲۰۱۹)، لانگ و همکاران (۲۰۱۸) بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک از کارآمدی لازم جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی برخوردار است. چنانکه شیخ سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶) ابراز کرده‌اند که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی منجر به کاهش پریشانی روانشناختی زنان می‌شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌توان بیان نمود که هنگامی که توانش تحمل پریشان، به مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر آموزش داده می‌شود، حس پیوستگی و قدرت روانی آنان افزایش می‌یابد؛ به بیان دیگر این توانش به آنان می‌آموزد تا با وقایع آشفته‌ساز نظیر بیماری و علائم آزارنده آن، بهتر مقابله کرده و رفتارهای اجتنابی کاهش یافته‌تری را از خود نشان دهند. از طرفی با بهره‌گیری از فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی، افراد می‌توانند هیجانات و رویدادهایی را که در زندگی پیش می‌آید بهتر درک کرده و آنها را قبول نمایند (زالوسکی و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با استفاده از این تکنیک می‌آموزند که در مقابل تعارض‌ها و مشکلات مقاوم‌تر بوده و اثرات آشفته‌ساز شرایط را کاهش دهند. همچنین آموزش روش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود جهت‌گیری کلی افراد، احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و پیرامون می‌گردد (دکو و همکاران، ۲۰۱۸). به طوری که به افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن با آن بررسی کنند. همچنین بدون داشتن رفتاری مخرب و ناسازگارانه؛ زندگی سازمان‌یافته‌تر، قابل

علی‌زاده و همکاران (۱۳۹۲)؛ لویس و میلر (۲۰۱۸)؛ زالوسکی و همکاران (۲۰۱۸) و رابینسون و همکاران (۲۰۱۸) بود. این پژوهشگران نشان داده‌اند که ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند منجر به کاهش مؤلفه‌های روانشناختی و هیجانی آسیب‌زا در افراد مختلف شود. بدین صورت که علوی و همکاران (۱۳۹۰) و علی‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و خودنظم‌جویی هیجانی) منجر به کاهش نشانه‌های آسیب‌های روانشناختی افراد می‌شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش خودکارآمدپنداری درد مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌توان بیان نمود که رفتاردرمانی دیالکتیکی در تمام مراحل سعی دارد تا دو قطب مختلف یک عمل را به بیماران نشان دهد که چگونه یک هیجان، فکر و یا رفتار می‌تواند به بهتر شدن یک فرایند یا تخریب آن منجر شود. رفتاردرمانی دیالکتیک این دو قطب را همراه با پیامدهایشان به بیماران نشان می‌دهد و از طرق آموزش ذهن‌آگاهی، توانش‌های مهار هیجانی و تحمل پریشانی به بیماران کمک می‌کند تا تعارض‌های شان را مدیریت کرده و آنها را به راهی برای شناخت بهتر تبدیل کنند (زالوسکی و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش پذیرش بنیادین، به بیماران آموزش می‌دهد که زندگی توأم با مشکلات و چالش‌ها را بپذیرند (لانگ و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس رفتاردرمانی دیالکتیک با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی، می‌تواند آسیب‌های روانشناختی همچون اضطراب و متغیرهای مرتبط با آن نظیر اضطراب درد را کاهش دهد. تبیین دیگر اینکه ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان درمانی حمایت‌گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمان‌جو و درمانگر است می‌تواند باعث رشد توانش‌های همچون تحمل درماندگی، ذهن‌آگاهی، خودنظم‌جویی هیجانات و توانش کارآمد در مراجعان و بیماران شود (لویس و میلر، ۲۰۱۸). به طوری که با ارائه راهکارهای جدید برای تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند تا بهتر با تجربه‌های دردناک زندگی و علائم بیماری خود کنار بیایند. بدین ترتیب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با بهره‌مندی از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی قادر هستند با بهره‌گیری از انعطاف‌پذیری شناختی، احساس توانمندی

عبدالکریمی، ماندانا؛ قربان شیرویدی، شهره؛ خلعتبری، جواد و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۰)، ۶۶۲-۶۵۱.

آقایوسفی، علیرضا؛ ترخان، مرتضی و قربانی، طاهره (۱۳۹۴). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سومصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهشی*، ۹(۳۴)، ۷۹-۹۸.

پاک، راضیه؛ عبدی، رضا و چلبیانلو، غلامرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای و پذیرش بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل - اسکروزیس (MS). *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۲(۱)، ۷۲-۶۳.

پیمان‌نیا، بهاره؛ حمید، نجمه؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز و محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجراحی. *نشریه پژوهش در توانبخشی پرستاری*، ۴(۴)، ۱۷-۸.

خضرلو، حامد؛ اکبری، مریم، جدیدی؛ هوشنگ و سینایی، بهزاد (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش خودکارآمدی درد بر بهبود عملکرد جسمی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امید ارومیه. *مجله تصویر سلامت*، ۱۰(۲)، ۱۰۹-۱۰۱.

شیخ سجادی، مرجان و آتش پور، سیدحمید (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر پریشانی روانشناختی زنان ناباور در شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۱)، ۲۹-۲۳.

شیرازی، عاطفه و میرزاحسینی، حسن (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای کنترل عواطف در رابطه بین کارکردهای اجرایی شناختی و خودکارآمدی درد در بیماران دیالیزی. *مجله روان‌پرستاری*، ۶(۴)، ۷۲-۶۵.

صالحی، شیما و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۶). رابطه شفقت خود با شدت درد، فاجعه آفرینی، خودکارآمدی درد و عواطف در زنان مبتلا به درد عضلانی - اسکلتی. *مجله بیهوشی و درد*، ۲۸(۲)، ۸۳-۷۲.

عباسی، ایمانه؛ فقی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵.

علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی، امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل

پیش‌بینی تر و تو ضیح پذیرتر درک می‌نمایند. به عبارتی بهره‌مندی از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی، مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را قادر می‌سازد که ضمن درک هیجان‌ات و احساسات و پذیرش مشکلات و نا کارآمدی‌ها؛ زندگی را قابل درک، کنترل‌پذیرتر و پرمعنی تصور نموده و بر این اساس رفتار و افکار اجتناب کمتری از خود بروز داده و در نتیجه از میزان اجتناب تجربه‌ای آنها کاسته شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به جنسیت زنان، عدم مهار متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرگذار بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، عدم تمایل بعضی از مادران جهت شرکت در پژوهش حاضر، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در دیگر جنسیت، دیگر جامعه‌های آماری نظیر بیماران تالاسمی، سرطان، ام‌اس و...، مهار عوامل ذکر شده، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اطلاع‌رسانی جامع‌تری صورت پذیرد تا زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، تمایل بیشتری برای شرکت در پژوهش‌های مشابه داده باشند. با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود رفتاردرمانی دیالکتیک به درمانگران و مشاوران مراکز درمانی مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر معرفی تا آنها با بکارگیری این درمان و یا معرفی آن به مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، جهت بهبود وضعیت شناختی این بیماران گامی عملی بردارند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

اصغری مقدم، محمدعلی؛ رحمتی، نرجس و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی درد و ترس از حرکت در تبیین رابطه بین درد مزمن و ناتوانی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲(۶)، ۱۶۸-۱۴۱.

- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E., & Thase, M. E. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*, 208(1), 414-417.
- Hirsch, J.K., Wolford, K., LaLonde, S.M., Brunk, L., Parker, M.A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis*, 30, 48-53.
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., Fan, H. (2014). Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Pain*, 15(8), 800-814.
- Kaivanto, K.K., Estlander, A.M., Moneta, G.B., Vanharanta, H. (1995). Isokinetic performance in low back pain patients: The predictive power of the Self-Efficacy Scale. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5(2), 87-99.
- Kirk, A., Meyer, J.M., Whisman, M.A., Deacon, B.J., Arch, J.J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 9-15.
- Lang, C.M., Edwards, A.J., Mittler, M.A., Bonavitacola, L. (2018). Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(3), 416-426.
- Laskaratos, F.M., Goodkin, O., Thoua, N.M., Murray, C.D. (2015). Irritable bowel syndrome. *Medicine*, 43(5), 266-270.
- Lois, B.H., Miller, A.L. (2018). Stopping the Nonadherence Cycle: The Clinical and Theoretical Basis for Dialectical Behavior Therapy Adapted for Adolescents With Chronic Medical Illness (DBT-CMI). *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 32-43.
- Meerveld, B.G., Johnson, A.C. (2018). Mechanisms of Stress-induced Visceral Pain. *Journal of Neurogastroenterol Motil*, 24(1), 7-18.
- Nicholas, M.K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11(2), 153-163.
- Phillips, S.M., McAuley, E. (2014). Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psychooncology*, 23(1), 27-34.
- Porcelli, P., De Carne, M., Leandro, G. (2017). The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 127-135.
- Robinson, S., Lang, J.E., Hernandez, A.M., Holz, T., Cameron, M., Brannon, B. (2018). Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 512-516.
- Singh, R., Salem, A., Nanavati, J., Mullin, G.E. (2018). The Role of Diet in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Gastroenterology Clinics of North America*, 47(1), 107-137.
- پربشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۳۵-۱۲۴.
- علیزاده، عزیزه؛ علیزاده، عیسی و محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی. *نشریه روان‌پرستاری*، ۲۱(۲)، ۶۹-۶۲.
- فرخی، صدیقه؛ رضایی، فاطمه و غلامرضایی، سیمین (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴)، ۲۹-۴۰.
- معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمدرضا؛ شمس، جمال و مؤمن‌زاده، سیروس (۱۳۹۲). بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *پژوهش در پزشکی*، ۳۷(۳)، ۱۶۳-۱۵۸.
- یارالهی، نعمت‌الله و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۷). بررسی نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی در جمعیت غیر بالینی. *روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۳)، ۱۱-۱.
- Anno, K., Shibata, M., Ninomiya, T., Iwaki, R., Kawata, H., Sawamoto, R., et al. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC Psychiatry*, 15, 181-186.
- Banerjee, A., Sarkhel, S., Sarkar, R., Dhali, G.K. (2017). Anxiety and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Indian Journal of Psychology Medicine*, 39(6), 741-745.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-88.
- Chawla, N., Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9), 871-890.
- Costa, D.S.J., Asghari, A., Nicholas, M.K. (2017). Item response theory analysis of the Pain Self-Efficacy Questionnaire, 14, 113-117.
- DeCou, R.C., Comtois, K.A., Landes, S.J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.
- Defrees, D.N., Bailey, J. (2017). Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(4), 655-671.
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A.A., Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, 48(4), 557-566.

- Thabane, M., Kottachchi, D.T., Marshall, K.J. (2007). Systematic review and meta-analysis: The incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 26(4), 535-544.
- Tosic-Golubivic, S., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D., Nikolic, G. (2010). Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatry Danub*, 22(3), 418-242.
- Toumi, M.L., Merzoug, S., Boulassel, M.R. (2018). Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life Sciences*, 210, 96-105.
- Van Denburg, A.N., Shelby, R.A., Caldwell, D.S., O'Sullivan, M.L., Keefe, F.G. (2018). Self-Efficacy for Pain Communication Moderates the Relation Between Ambivalence Over Emotional Expression and Pain Catastrophizing Among Patients With Osteoarthritis. *The Journal of Pain*, 19(9), 1006-1014.
- Vicario, M., Alonso, C., Guilarte, M., Serra, J., Martinez, C., Gonzalez-Castro, A.M., et al. (2012). Chronic Psychosocial Stress Induces reversible mitochondrial damage and corticotropin-releasing factor receptor type-1 upregulation in the rat intestine and IBS-like gut dysfunction. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 65-77.
- Williams, J.L., Hardt, M.M., Henschel, A.V., Eddinger, J.R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342.
- Wu, M., Yang, Y., Chen, Y. (2017). The effect of anxiety and depression on the risk of irritable bowel syndrome in migraine patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 44, 342-345.
- Zalewski, M., Lewis, J.K., Martin, C.G. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*, 21, 122-126.

