



## بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
دانشیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
(دانشیار گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران)  
استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
استاد گوارش مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکردی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

کمال مقتدایی<sup>id</sup>

امراه ابراهیمی\*<sup>id</sup>

سیدعباس حقایق<sup>id</sup>

حسن رضایی جمالویی<sup>id</sup>

پیمان ادیبی<sup>id</sup>

a\_ebrahimi@med.mui.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۷

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
http://Aftj.ir

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۱۷۶-۱۹۱  
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام گرفت. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به یک گروه مداخله به روش درمان پذیرش و تعهد و یک گروه گواه تقسیم شدند که در نهایت پس از ریزش، ۲۸ نفر باقی ماندند (گروه آزمایش ۱۳ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر). گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد براساس پروتکل هیز، اورسیلو و روئمر (۲۰۱۰) قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار ماندند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه ادراک بیماری (پرید بنت و همکاران، ۲۰۰۲) و پرسشنامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) انجام پذیرفت و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار spss استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد روش درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی ( $F=24/09, P=0/001$ ) و ادراک بیماری ( $F=10/91, P=0/001$ ) در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر داشته است. همچنین نتایج نشان داد که روش درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مرحله پیگیری با دوام بود. **نتیجه‌گیری:** از این رو بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که روش درمان پذیرش و تعهد، الگویی اثربخش در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است و می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی و یا آموزشی در برنامه‌های بیماران به‌کاربرده شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجانی، ادراک بیماری، سندرم روده تحریک‌پذیر

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(مقتدایی، ابراهیمی، حقایق، رضایی جمالویی و ادیبی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

مقتدایی، کمال، ابراهیمی، امراه، حقایق، سیدعباس، رضایی جمالویی، حسن، و ادیبی، پیمان. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۱۷۶-۱۹۱.

## مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر<sup>۱</sup> یک اختلال کنشی گوارشی<sup>۲</sup> شایع است که با دردهای شکمی و تغییر در عادات روده‌ای (اسهال<sup>۳</sup>، یبوست<sup>۴</sup>، درد<sup>۵</sup> یا ترکیبی<sup>۶</sup>) مشخص می‌شود و در غياب یک ناهنجاری ساختاری مشخص رخ می‌دهد (پلیسیر، دانترز، کانینی، متئو و بونا، ۲۰۱۰). شیوع این سندرم بسته به ملاک‌های تشخیصی قابل استفاده متفاوت است، اما به طور کلی حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد (گروس، آنتونی، مککیب و سوینسون، ۲۰۰۹). این در حالی است که مطالعات اپیدمیولوژیک بیانگر شیوع تقریبی ۵/۸ نمونه‌ای از جمعیت ایران است (حسینی اصل، ۲۰۰۳). به دلیل شیوع بالای بیماری و ماهیت مزمن و ناتوان کننده نشانه‌های آن، هزینه‌های سندرم روده تحریک پذیر برای جامعه قابل توجه است. پژوهش‌های مختلف بر نقش مجموعه‌ای از عوامل زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۷</sup> در پدیدآیی، ویژگی‌های بالینی و شدت سندرم روده تحریک پذیر تاکید کرده‌اند (دروسمن، چنگ، بلامی، گالو-تورس، لمبو و همکاران، ۲۰۱۳). پیشینه پژوهشی و نظری نشان می‌دهد اختلالات روانشناختی اغلب به عنوان علت اساسی در این بیماری مطرح بوده است. براساس مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، ۵۰ درصد آن‌ها مبتلا به استرس (فیلیس، رایت و کن، ۲۰۱۳)، ۵۰ تا ۹۰ درصد به اختلال اضطراب منتشر (راتر و راتر، ۲۰۰۲)، افسردگی و اختلالات سوماتوفرم (لایدیارد، فلاستی، ۱۹۹۹) هستند. در همین راستا، نورث، هانگ و آلپر (۲۰۰۷) معتقدند که اساسا بیماری سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال مرتبط با استرس است. از طرف دیگر مبتلایان به برخی اختلالات روانی نظیر اضطراب و حمله هراس، سطوح زیادی از علائم روده‌ای معده‌ای منطبق بر سندرم روده تحریک پذیر را گزارش کرده‌اند (صولتی، ۱۳۸۸). همچنین این اعتقاد وجود دارد که بین علایم روانشناختی و شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر رابطه وجود دارد (فیلیس، رایت و کن، ۲۰۱۳).

سایار، سولماز و ترابلوز (۲۰۰۰) معتقدند که فشارهای روانی، افسردگی، اضطراب، استرس و آشفتگی می‌تواند ناشی از عدم تنظیم هیجانی مطلوب بوده باشد و همچنین ساز و کار تنظیم هیجانی بیماران سندرم روده تحریک پذیر را بیش از پیش آسیب بزند. توانایی تنظیم هیجانات شامل فرایندهایی است که از طریق آن‌ها تعیین می‌شود، چه هیجانی، در چه زمانی و چگونه تجربه و ابراز شود (شایگزی، بزنی و بازینسکا، ۲۰۱۲). نورث و همکاران (۲۰۰۷) در این زمینه گزارش کردند که، اختلال در تنظیم هیجان با شدت علائم گوارشی و اختلالات روانشناختی بیماران سندرم روده تحریک پذیر ارتباط دارد. اختلالات هیجانی می‌تواند بر روند و نحوه ارزیابی بیماران از بیماری خود و چگونگی ادراک و تفکر آن‌ها اثرگذار باشد. منظور از ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد (هایگر و اوربیل، ۲۰۰۵). لونتال و دیفنباخ (۱۹۹۷) معتقدند که، بیماران رفتار و واکنش‌های هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات خود از علت، پیش آگهی درمان، خط زمانی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی تنظیم می‌نمایند (بوسا-اسچپیرز،

1. Irritable bowel syndrome
2. functional gastrointestinal disorder
3. Diarrhea
4. Constipation
5. Pain
6. Mix
7. bio-psycho-social

ریاضی، کرون، اسچارلو، هوینگ، ۲۰۰۶). متغیر ادراک از بیماری، عامل واسطه‌ای بین شدت علائم، تنظیم هیجانی با کیفیت زندگی در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر است (دی‌گوچت، ۲۰۱۵). مطالعات بسیاری، کارآمدی مداخلات مبتنی بر روان‌درمانی را در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان داده‌اند (کرید، گودری و راتکلیف، ۲۰۰۵؛ تک و بروکات، ۲۰۰۶)؛ اما آن‌چه اهمیت دارد این است که با وجود گام‌های مهمی که در درمان اختلال سندرم روده تحریک‌پذیر برداشته شده است، تعداد قابل ملاحظه‌ای از این بیماران با وجود دریافت کوشش‌های درمانی، کاهش در نشانه‌ها دارند ولی حتی ممکن است هیچ کاهشی در پیامدها و عملکرد زندگی نشان ندهند، لذا مداخلات درمانی دیگری لازم است تا شاخص‌های پیش‌آگهی ضعیف و مقاومت درمانی را هدف قرار دهد. این مداخلات جدید می‌بایست محدودیت‌های مداخلات درمانی فعلی را هدف قرار دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌ای نامیده می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (هیز و همکاران، ۱۹۹۶).

در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این اعتقاد وجود دارد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی واکنشی به رویدادهای زندگی است و شامل اقداماتی است که بر انتخاب نوع رفتار و سطوح رنج فرد تأثیر می‌گذارد و این بسته به این موضوع دارد که فرد تصمیم بگیرد که رفتاری ارزشی سازگارانه را انتخاب کند یا از اقدامات سازگارانه توأم با رنج اجتناب کند (هیز، استورسل، ویلسون، ۲۰۰۶). لذا شاید بتوان گفت که تأثیر تجربیات فیزیولوژیکی، شناختی و هیجانی بر روی پیامدهای رفتاری و کیفیت زندگی بیماران به‌وسیله‌ی رفتار انعطاف‌پذیر ایجاد می‌شود. پژوهش‌های قبلی نیز نشان دادند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (انعطاف‌ناپذیری) و یا برخی از اجزای آن (مثلاً پذیرش/اجتناب تجربه) واسطه بین عوامل فیزیولوژیکی، شناختی، هیجانی و پیامدهای (ناراحتی، ناتوانی، کیفیت زندگی) در موقعیت‌های مختلف هستند. مطالعات از این فرض که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به احتمال قوی واسطه بین پیش‌بینی و نتایج روده تحریک‌پذیر است می‌تواند حمایت کند. در هر دو این مطالعات گزارش گردید که پذیرش شرایط خاص، یک واسطه مهم بین پیش‌بینی و نتایج روان‌شناختی این بیماران بود. با توجه به این‌که بین موقعیت دو مطالعه مذکور (بیماران دارای درد مزمن و وزوز گوش) با برخی از شرایط بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر (طبیعت مزمن این بیماری، درگیر بودن حس‌های بدنی، پریشانی ناشی از احساسات نسبت به تشخیص و پیامدهای بیماری) تشابهاتی وجود دارد، لذا این نتایج می‌تواند برای مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه سندرم روده تحریک‌پذیر دلگرم‌کننده باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سندرم روده تحریک‌پذیر، انجام‌گرفته است و بعضاً نتایج موفقیت‌آمیزی را به دنبال داشته است؛ اما باید توجه کرد که مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ای که به صورت اختصاصی به آسیب‌شناسی طبق مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در

جمعیت بیماران مبتلا سندرم روده تحریک پذیر پرداخته شده باشد وجود ندارد؛ بنابراین هر نوع بررسی روش شناختی به منظور تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر برخی از ویژگی‌های مشترک بیماران مبتلا سندرم روده تحریک پذیر، نیازمند داشتن یک برنامه‌ی درمانی ویژه برای این مبتلایان می‌باشد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پیگیری پایدار بود؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به یک گروه مداخله به روش درمان پذیرش و تعهد و یک گروه گواه تقسیم شدند که در نهایت پس از ریزش، ۲۸ نفر باقی ماندند (گروه آزمایش ۱۳ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر). تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۲ نفر محاسبه شد. معیارهای ورود و خروج به پژوهش عبارتند از: ملاک‌های ورود: داشتن IBS طبق ملاک‌های تشخیصی Rome-IV و سنجش و مصاحبه توسط متخصص گوارش، جنسیت زن، دامنه‌ی سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سال، عدم شرکت در جلسات مداخلات روان‌شناختی و مشاوره طی ۶ ماه گذشته، رضایت از شرکت در طرح که توسط مجری و با فرم جمعیت‌شناختی سنجش می‌شود؛ و ملاک‌های خروج عبارت بود از: داشتن علائمی چون خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش وزن، کم خونی، اسهال شبانه، دل دردی که بیمار را از خواب بیدار کند و وجود توده قابل لمس در معاینه فیزیکی و همچنین آزمایشات کلینیکی چون S/E, CBC, ESR توسط مصاحبه بالینی متخصص گوارش. به دلیل استفاده از روش ACT که جزء روش‌های رفتار درمانی است، بیمارانی که وضعیت تحصیلی آن‌ها زیر پنجم ابتدایی است، از نمونه پژوهش خارج گردیدند، 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 بارداری شدن در طول مطالعه. شرکت‌کنندگان در طول مطالعه داروهای روتین مرتبط با گوارش خود و همچنین تا سقف ۲۰ میلی گرم داروهای TCA را می‌توانند مصرف نمودند.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه ادراک بیماری<sup>۱</sup>. پرسشنامه ادراک بیماری دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط برید بنت و همکاران (۲۰۰۲) و بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک از خرده مقیاس‌های IPQ-R به صورت اختصار در آمده است. همه خرده مقیاس‌ها (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل ادراک از پیامدها؛ طول مدت بیماری؛ کنترل شخصی؛ درمان پذیری؛ و شناخت علائم می‌باشد. دو مورد واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است. یک مورد قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. جهت‌گیری علی یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از مهمترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از  $r=0/48$  (قابلیت فهم بیماری) تا  $r=0/7$  (پیامدها) بود. تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ( $r=0/61$ ). آلفای کرونباخ نسخه فارسی  $0/84$  و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی (R-IPQ)  $r=0/71$  می‌باشد. به طور کلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش آن بوده است (باقریان و بهرامی، ۱۳۸۷).

۲. پرسشنامه تنظیم هیجان<sup>۲</sup>. این مقیاس توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است. مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای) از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد  $0/79$  و برای فرونشانی  $0/83$  و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس  $0/69$  گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از  $0/48$  تا  $0/68$  و برای فرونشانی  $0/62$  تا  $0/62$  به دست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت  $0/24$  و برای عواطف منفی  $0/14$  - و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت  $0/15$  - و عواطف منفی  $0/04$  گزارش گردید (بالزوریتی، جان و گراس، ۲۰۱۰). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ  $0/60$  تا  $0/81$ ) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ( $r=0/13$ ) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

۳. درمان پذیرش و تعهد. در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس بسته آموزشی هیز و همکاران (۱۹۹۶) تدوین و در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه اجرا شد. همچنین

1. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)

2. Emotion Regulation Questionnaire

روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی (دارای مدرک دکتری و حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی) تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

| جلسه  | عنوان                              | محتوای جلسه   |
|-------|------------------------------------|---|
| اول   | معرفی و مبنای اساسی درمان          | خوشامدگویی و آشنایی و معرفی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به این جلسه و انتظاراتشان از جلسات درمانی، اجرای پیش آزمون. |
| دوم   | گزینه‌ها و فراهم کردن مقدمات درمان | پرداختن رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین، پذیرش والدین، جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه دوم.   |
| سوم   | یادگیری زندگی با استرس             | پذیرش استرس، پی بردن به ارزش‌های زندگی، تمرین پذیرش و مراقبت، جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه سوم.  |
| چهارم | ارزش‌ها و عمل‌ها                   | روشن کردن ارزش‌ها، موانع ارزش‌ها، اهداف و اعمال (رفتارها)، جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه چهارم.   |
| پنجم  | تمایلات و افکار و احساسات          | ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش پذیرش هیجان‌های منفی.                           |
| ششم   | عمل - شروع به کار کردن             | بازخورد، برنامه ریزی عمل، خود مشاهده گر، جمع بندی بحث‌های مطرح شده و جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه پنجم.  |
| هفتم  | تعهد                               | تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه هفتم.   |
| هشتم  | حفظ دستاوردهای درمان               | تعهد، عود، اجرای پس آزمون، خداحافظی، تکلیف دائم.  |

**روش اجرا.** ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-۲۲ استفاده گردیده است.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد اکثر بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر، متاهل (۶۱/۲ درصد)، دارای تحصیلات تکمیلی (۳۱/۸ درصد) و در رده سنی ۲۱-۳۱ سال هستند و اکثر آن‌ها از ۱ سال تا ۴ سال بود که با این بیماری درگیر بودند.

جدول ۲. آمار توصیفی نمرات تنظیم هیجان و ادراک بیماری به تفکیک گروه گواه و آزمایش

| متغیر        | زمان       | گواه    |              | آزمایش  |              |
|--------------|------------|---------|--------------|---------|--------------|
|              |            | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تنظیم هیجان  | قبل مداخله | ۴۷/۴۷   | ۵/۱۳         | ۴۶/۶۹   | ۴/۵۳         |
|              | بعد مداخله | ۴۶/۰۷   | ۴/۶۲         | ۳۸/۱۵   | ۳/۷۸         |
| ادراک بیماری | پیشگیری    | ۴۶/۶۷   | ۴/۲۷         | ۴۰/۲۳   | ۵/۶۷         |
|              | قبل مداخله | ۴۳/۶۰   | ۵/۴۵         | ۴۵/۰۰   | ۴/۵۸         |
|              | بعد مداخله | ۴۵/۲۰   | ۵/۳۹         | ۴۰/۰۰   | ۱/۸۷         |
|              | پیشگیری    | ۴۳/۹۳   | ۵/۱۸         | ۴۲/۱۵   | ۵/۲۳         |

نتایج نشان می‌دهد نمرات بعد مداخله در تنظیم هیجان کل در گروه آزمایش با میانگین ۳۸/۱۵ کم‌تر گروه گواه با میانگین ۴۶/۰۷ است. میانگین نمره کل تنظیم هیجان گروه آزمایش در دوره پیشگیری (۴۰/۲۳) نسبت به زمان مداخله (۳۸/۱۵) افزایش یافته است. همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات بعد مداخله در ادراک بیماری در گروه آزمایش با میانگین ۴۰ کم‌تر گروه گواه با میانگین ۴۵/۲۰ است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمره کل ادراک بیماری گروه آزمایش در دوره پیشگیری (۴۲/۱۵) نسبت به زمان مداخله (۴۰) افزایش یافته است.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

| متغیر        | گروه   | کولموگروف-اسمیرنوف |       | آزمون لوین |            | موخلی |          |
|--------------|--------|--------------------|-------|------------|------------|-------|----------|
|              |        | درجه آزادی         | آماره | معناداری   | درجه آزادی | آماره | معناداری |
| تنظیم هیجان  | آزمایش | ۱۳                 | ۱/۰۷  | ۰/۱۲۹      | ۲۶         | ۰/۱۴۲ | ۰/۳۰     |
|              | گواه   | ۱۵                 | ۰/۷۴۵ | ۰/۶۵۱      | ۲۶         | ۰/۳۶۷ | ۰/۹۳     |
| ادراک بیماری | آزمایش | ۱۳                 | ۰/۶۲۰ | ۰/۸۴۵      | ۲۶         | ۱/۰۷۰ | ۰/۳۶     |
|              | گواه   | ۱۵                 | ۰/۹۷۳ | ۰/۳۰۴      | ۲۶         | ۰/۲۲۱ | ۰/۸۹     |

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تنظیم هیجان و ادراک بیماری نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تنظیم هیجان و ادراک بیماری تفاوت دارند.

اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری

| متغیر وابسته | منبع تغییرات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معناداری | مربع ضریب اتا |
|--------------|--------------|------------|----------------|---------|--------------|---------------|
| تنظیم هیجان  | زمان*گروه    | ۱          | ۷/۵۹           | ۰/۲۶    | ۰/۶۱         | ۰/۰۱۰         |
|              | گروه         | ۱          | ۴۳۶/۰۵         | ۲۴/۰۹   | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۴۸          |
| ادراک بیماری | زمان*گروه    | ۱          | ۴۰/۷۴          | ۱/۶۲    | ۰/۲۱         | ۰/۰۵۹         |
|              | گروه         | ۱          | ۱۸۸/۳۱         | ۱۰/۹۱   | ۰/۰۰۳        | ۰/۲۹          |

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها بر تنظیم هیجانی ( $p < 0/01$ ) و ادراک بیماری ( $p < 0/01$ ) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود تنظیم هیجانی ( $p < 0/01$ ) و ادراک بیماری ( $p < 0/01$ ) بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در گروه آزمایش

| متغیر        | زمان   | اختلاف میانگین | خطای معیار | Sig   |
|--------------|--------|----------------|------------|-------|
| تنظیم هیجان  | پیش    | پس             | ۶/۹۶       | ۰/۰۰۱ |
|              | پیگیری |                | ۴/۹۰       | ۰/۰۰۱ |
|              | پس     | پیگیری         | ۱/۴۴       | ۰/۶۹۵ |
| ادراک بیماری | پیش    | پس             | ۴/۸۶       | ۰/۰۰۱ |
|              | پیگیری |                | ۳/۹۰       | ۰/۰۰۱ |
|              | پس     | پیگیری         | ۰/۹۷       | ۰/۵۹۸ |

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد تنظیم هیجان و ادراک بیماری در گروه درمان پذیرش و تعهد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ( $p < 0/01$ ).



## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ابعادش تا دوره پیگیری تاثیر داشته و پایدار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۷)، براسینگتن، فراریا، یاتز، فرین، لانزا (۲۰۱۶)، فریرا (۲۰۱۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، برخلاف باورهای قدیمی، در گستره‌ی فعلی متون روان‌شناختی می‌توان اذعان داشت که هیجان‌ها دارای کارکردهای مفید هستند و برای سازگاری در زندگی روزمره ضروری می‌باشند. مطابق با آنچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند هیجان‌ها اگر در زمان، مکان و موقعیت مناسب ابراز شوند منجر به پیامدهای مثبت خواهند شد (لاکتر، ۲۰۲۰). با این وجود، عدم مدیریت و ناتوانی در کنترل فرایندهای هیجانی یکی از کانال‌های بروز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های روان‌تنی است. توجه به این نکته نیز لازم است که چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود حتی بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد (میرشریفا و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران می‌تواند در بهبود تنظیم هیجان مفید و موثر واقع شود. و با توجه به این‌که بیماران شرکت‌کننده در گروه آموزش میزان تنظیم هیجان بهتری نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون نشان دادند می‌توان گفت این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند لذا توجه به آن در هر دوره‌ای از زندگی از ضروریات است.

وجود بیماری برای افراد می‌تواند استرس‌آور باشد و بهزیستی هیجانی آن‌ها را با تهدید مواجه سازد، در نتیجه این افراد مشکلات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را گزارش می‌کنند. در حالی که برخورداری بیماران از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به آن‌ها کمک کند که با مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجانات، بتوانند از شدت هیجانات ناخوشایند و دردآور کم کنند و هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند. یکی از راهبردهای افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در مانجوبان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی (مانند پیامدهای روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی وجود بیماری بر هیجانات خودآگاهی و مدیریت بیشتر می‌کنند و به تنظیم سازنده هیجانات پردازند (جو و سان، ۲۰۱۸). همچنین تنظیم هیجان به عنوان روشی در تعدیل هیجانات، باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زایی می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های پرتنش را به دنبال دارد. درواقع افرادی که در دوره درمانی پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی آن‌ها، کم‌تر تحت تأثیر منفی شرایط استرس‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت بر هیجانات خود پیدا می‌کنند.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و ابعاد ادراک از پیامدها، کنترل شخصی، قابلیت درک بیماری، نگرانی در مورد بیماری و عواطف بیماری تا دوره پیگیری تاثیر داشته و پایدار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۷)؛ براسینگتن و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش ادراک بیماری در بیماران IBS شده است (کولسو، اسچودر، ویکسل، پروئس، جنسن و همکاران، ۲۰۲۰). برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش‌هایی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجان‌اتش را تغییر دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجان‌ات ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا فرد، در مقابله با هیجان‌اتش احساس خودکنترلی و تسلط و در نهایت ادراک بیماری بیش‌تری داشته باشد و با مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری خود مقابله کند. از سوی دیگر، مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش‌هایی را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند را با آزمون‌های مبتنی بر اصل پذیرش درآمیخته است. تمرین ذهن آگاهی که زیربنای آن پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف است، توانمندی فرد در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجان‌اتش را به‌طور چشمگیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند (فرهی و خلعتبری، ۱۳۹۸). لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با آموزش تکنیک‌ها و راهبردها به این بیماران آموزش دهد که با رنج‌های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند، هیجان‌ات منفی و ناپاک خویش را جزئی از مراحل انسان بودن خویش بدانند و نحوه برخورد با هیجان‌ات را یاد بگیرند. علت این تاثیر، تغییر در سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته، گسلش شناختی و تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن بر ارتقاء و بهبود ادراک بیماری، بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (تاجری و پاشینگ، ۱۳۹۸). به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در بهبود ادراک بیماری از طریق ایجاد و بهبود پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد درباره خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید، با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد مشاهده می‌شود، متفاوت باشد. عوامل محیطی و خانوادگی مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت

اقتصادی و اجتماعی در این پژوهش کنترل نشد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونه دیگر نیز انجام پذیرد و نتایج آن ارزیابی شود و با نتایج این پژوهش مقایسه شود.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاس‌گزاری

از تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- باقریان سرارودی، رضا، بهرامی احسان، هادی، و صانعی حمید. (۱۳۸۷). رابطه بین سابقه سکت قلبی و بازنمایی شناختی سکت قلبی. *تحقیق در مورد سلامت روانی*، ۲(۲): ۲۹-۳۹.
- پاشنگ، سارا، تاجری، بیوک، و خوش لهجه صدق، انیس. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی در کاهش علائم، انعطاف پذیری و امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. *اندیشه‌ها و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۳(۴۸): ۳۷-۴۶.
- صولتی دهکردی، سیدکمال، رحیمیان، قربانعلی، عابدی، احمد، و باقری، ناصر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین اختلال‌های روانی با سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۸(۲): ۳۱-۳۸.
- کیانی، احمدرضا، قاسمی، نظام‌الدین، و پورعباس، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۶(۲۴): ۲۷-۳۶.

### References

- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*.
- Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, H. M., Scharloo, M., Houwing-Duistermaat, J. J., Slagboom, E., & Kloppenburg, M. (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis and cartilage*, 14(11), 1104-1110.
- Brassington, L., Ferreira, N. B., Yates, S., Fearn, J., Lanza, P., Kemp, K., & Gillanders, D. (2016). Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 208-214.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Creed, F., Guthrie, E., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Rigby, C., Tomenson, B.,... & Thompson, D. G. (2005). Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 807-815.
- De Gucht, V. (2015). Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Quality of Life Research*, 24(8), 1845-1856.
- Drossman, D. A., Chang, L., Bellamy, N., Gallo-Torres, H. E., Lembo, A., Mearin, F.,... & Whorwell, P. (2011). Severity in irritable bowel syndrome: a Rome Foundation Working Team report. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*, 106(10), 1749-1759.
- Farahi, S., & Khalatbari, J. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the life expectancy, resilience and death anxiety in women with cancer. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 6(3), 9-19.
- Ferreira, N. M. D. R. B. (2011). Investigating the role of psychological flexibility and the use of an acceptance and commitment therapy based intervention in irritable bowel syndrome.
- Gillanders, D., Ferreira, N. B., Angioni, E., Carvalho, S. A., & Eugenicos, M. P. (2017). An implementation trial of ACT-based bibliotherapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 172-177.
- Gros, D. F., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 290-296.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology & Health*, 20(2), 161-173.
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 238-245.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Hoseini-Asl, M. K., & Amra, B. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian journal of gastroenterology: official journal of the Indian Society of Gastroenterology*, 22(6), 215-216.
- Jo, M., & Son, C. (2018). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on IBS-symptoms, stress, quality of life, and acceptance-action of people with irritable bowel syndrome. *Journal of Digital Convergence*, 16(11), 501-509.
- Kallesøe, K. H., Schröder, A., Wicksell, R. K., Preuss, T., Jensen, J. S., & Rask, C. U. (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional somatic syndromes: a pilot study. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-16.

- Lackner, J. M. (2020). Skills over pills? A clinical gastroenterologist's primer in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(7), 601-618.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. (1997). *Mental representation in health and illness*. 2<sup>nd</sup>ed. New York .Springer-Verlag Publication. 247-72.
- Lydiard, R. B., & Falsetti, S. A. (1999). Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *The American journal of medicine*, 107(5), 65-73.
- Mirsharifa, S. M., Mirzaian, B., & Dousti, Y. (2019). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Anxiety and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Medical Investigation*, 8(1), 19-30.
- North, C. S., Hong, B. A., & Alpers, D. H. (2007). Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World journal of gastroenterology: WJG*, 13(14), 2020.
- 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), 653-662.
- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of psychosomatic research*, 75(5), 467-474.
- Sayar, K., Solmaz, M., Trablus, S., Ozturk, M., & Acar, B. (2000). Alexithymia in irritable bowel syndrome. *Turkish Journal of Psychiatry*, 11(3), 190-7.
- Szczygieł, D., Buczny, J., & Bazińska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual differences*, 52(3), 433-437.

\*\*\*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان

| کاملاً مخالفم | کاملاً موافقم | تاحدودی مخالفم | تاحدودی موافقم | خنثی | مخالقم | کاملاً موافقم |  |
|---------------|---------------|----------------|----------------|------|--------|---------------|--|
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۱- وقتی می‌خواهم هیجان مثبت‌تری داشته باشم (مثل لذت یا سرگرمی) آنچه درباره‌اش فکر می‌کنم را تغییر می‌دهم.        |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۲- هیجاناتم را برای خودم نگه می‌دارم.  |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۳- وقتی می‌خواهم احساس منفی کمتری داشته باشم (مثل ناراحتی یا عصبانیت) آنچه درباره‌اش فکر می‌کنم را تغییر می‌دهم. |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۴- وقتی هیجان منفی دارم، دقت می‌کنم آن را نشان ندهم.   |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۵- وقتی با شرایط تنش‌زا مواجه می‌شوم، خود را مجبور می‌کنم طوری فکر کنم که مرا آرام نگه دارد.                     |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۶- من هیجاناتم را با نشان ندادنشان کنترل می‌کنم.   |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۷- وقتی می‌خواهم هیجان مثبت‌تر احساس کنم، راه فکر کردن درباره شرایط را عوض می‌کنم.                               |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۸- من هیجاناتم را با تغییر روش فکر کردن به شرایط که در آن هستم کنترل می‌کنم.                                     |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۹- وقتی هیجان منفی دارم، مطمئنم که آن را نشان می‌دهم.  |
| ۱             | ۲             | ۳              | ۴              | ۵    | ۶      | ۷             | ۱۰- وقتی می‌خواهم کمتر هیجان منفی داشته باشم، روش فکر کردن به شرایط را تغییر می‌دهم.                             |

\*\*\*

## پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶)

فکر می‌کنید بیماری تان چقدر روی زندگی تان تأثیر گذاشته است

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

اصلاً نگذاشته است

در زندگی کاملاً تأثیر گذاشته است

فکر می‌کنید بیماری تان چقدر طول بکشد.

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

مدت خیلی کوتاه

برای همیشه

فکر می‌کنید چقدر روی بیماری تان کنترل دارید.

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

اصلاً کنترل ندارم

کاملاً کنترل دارم

چه میزان علائم را به خاطر بیماری تان تجربه کرده‌اید.

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

علائم شدیدی را تجربه کرده‌ام

فکر می‌کنید درمان تا چه حد می‌تواند به بهبود بیماری تان کمک کند؟

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

اصلاً نمی‌تواند کمک کند

کاملاً کمک می‌کند

چقدر نگران بیماری خود هستید.

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

اصلاً نگران نیستم

به شدت نگران هستم

فکر می‌کنید تا چه حد بیماری خود را خوب می‌شناسید

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

اصلاً نمی‌شناسم

به وضوح می‌شناسم

چقدر بیماری شما در روحیه شما اثر منفی گذاشته است؟ مثلاً آیا شما را عصبی، مضطرب یا افسرده ساخته است؟

۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

اصلاً اثر منفی روی من نگذاشته

کامل اثر منفی روی من گذاشته

لطفاً ۳ تا از مهم‌ترین عوامل را که باور دارید سبب بیماری شما شده است به ترتیب بنویسید.

-۱

-۲

-۳

## The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional regulation and disease perception in women with irritable bowel syndrome

Kamal. Moghtadaei<sup>1</sup>, Amrolah. Ebrahimi<sup>\*2</sup>, Seyed Abbas. Haghayegh<sup>3</sup>, Hasan. Rezaie Jamalouei<sup>4</sup>, & Payman. Adibi<sup>5</sup>

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional regulation and perception of the disease in women with irritable bowel syndrome. **Methods:** The quasi-experimental research method was a pretest-posttest design with a control group with follow-up. The statistical population of this study was all female patients with irritable bowel syndrome in Isfahan in 2018 who were selected by available sampling method, 30 patients were selected and randomly divided into an intervention group by acceptance and commitment therapy and a control group that finally, after falling, 28 remained (experimental group 13 and control group 15). The experimental group underwent 8 90-minute sessions of acceptance and commitment according to the protocol of Hayes, Orsillo, & Roemer (2010) and the control group remained on the waiting list. Data were collected based on the Disease Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2002) and the Emotion Regulation Questionnaire (Gross and John, 2003) and repeated measures analysis of variance was used using SPSS software. **Results:** The results showed that the method of acceptance and commitment treatment had an effect on emotional regulation ( $F=24.09$ ,  $P<0.001$ ) and disease perception ( $F=10.91$ ,  $P<0.001$ ) in patients with irritable bowel syndrome. The results also showed that the method of acceptance and commitment treatment on emotional regulation and perception of the disease in patients with irritable bowel syndrome was durable at the follow-up stage. **Conclusion:** Therefore, based on the findings of the study, it can be said that the method of acceptance and commitment treatment is an effective model in patients with irritable bowel syndrome and can be used as one of the treatment or educational methods in patients' programs.

**Keywords:** *Acceptance and commitment therapy, Emotional regulation, Perception of disease, irritable bowel syndrome.*

1. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. **\*Corresponding Author:** Associate professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran, (Associate professor, Department of health psychology, Medicine school, Isfahan University of Medical science, Isfahan, Iran)

*Email:* a\_ebrahimi@med.mui.ac.ir

3. Assistant professor, Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad university, Najafabad, Iran

4. Assistant professor, Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad university, Najafabad, Iran

5. Professor, Gastroenterology, Integrative Functional Gastroenterology research center, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran