



Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep disorder, rumination, and emotional dyslexia in patients with irritable bowel syndrome

Maryam Dana¹ , Farnaz Keshavarz² , Fariba Hassani³ , Parvaneh Mohammadkhani⁴

1. Ph.D Candidate, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Maryam.dana@rocketmail.com
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: far.keshavarzi@gmail.com
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Hassani.fariba@gmail.com
4. Professor, Department of Clinical Psychology, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: pa.mohammadkhani@uswr.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 11 July 2023

Received in revised form

06 August 2023

Accepted 16 September

2023

Published Online 22 July

2024

Keywords:

emotion-focused therapy,
mindfulness-based
cognitive therapy,
irritable bowel syndrome,
sleep disorder,
rumination,
emotional ataxia

ABSTRACT

Background: Considering the increase in the number of patients with irritable bowel syndrome and their major problems in the field of sleep quality, rumination and ataxia, it seems that many of these patients lack sufficient knowledge and skills to properly manage such a condition. They do not have any problems.

Aims: The purpose of the research was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep disorder, emotional dyslexia, and rumination in patients with irritable bowel syndrome.

Methods: It was a semi-experimental research design of pre-test-post-test and follow-up type with control group. In order to select the participants, among the women suffering from irritable bowel syndrome who referred to the government counseling center of Kerman city in 2022, 45 patients were selected based on the entry and exit criteria of the study and were selected in three treatment groups focused on emotion, cognitive therapy based on mindfulness and evidence were included. Emotion-focused therapy (Greenberg et al., 1993) was performed during 8 weekly sessions, cognitive therapy based on mindfulness (Segal et al., 2002) was performed during 8 weekly sessions, and the control group did not receive any therapy. Questionnaires for sleep disorder (Buysse, 1989), alexia (Bagby et al., 1994) and rumination (Nolen Hoeksima and Morrow, 1991) were completed in three phases: pre-test, post-test and follow-up. The data were analyzed using the analysis of variance test with repeated measurements and SPSS version 23 software.

Results: The results of mixed analysis of variance showed that emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy had a significant effect in improving sleep disorder and rumination in the post-test and follow-up phase ($P < 0.01$); However, in the alexithymia variable, only the treatment focused on emotionality had a significant effect ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the obtained results, it can be concluded that treatment focused on emotion and cognitive therapy based on mindfulness improves sleep disorder, rumination and emotional dyslexia in women with irritable bowel syndrome.

Citation: Dana, M., Keshavarz, F., Hassani, F., & Mohammadkhani, P. (2024). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep disorder, rumination, and emotional dyslexia in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychological Science, 23*(137), 1017-1033. [10.52547/JPS.23.137.1017](https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.1017)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 137, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.137.1017](https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.1017)



✉ **Corresponding Author:** Farnaz Keshavarz, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: far.keshavarzi@gmail.com, Tel: (+98) 9391535895

Extended Abstract

Introduction

Irritable bowel syndrome is a bowel dysfunction characterized by chronic abdominal pain, discomfort, bloating, and changes in bowel habits, without any other organic cause (Lechner and Jaccard, 2021). The variables of that have been taken into consideration in patients with irritable bowel syndrome are the quality of people's sleep (Liu et al., 2022) mood and emotional and rumination (Barnes et al., 2022; Moscatello et al., 2016; Weaver et al., 2017)

it can be said that rumination plays an important role in anxiety and depression (Lechner and Fresco, 2016; Ruskio et al., 2015) and difficulty in the emotional processing of traumatic events (Oginska Belvik and Michalska, 2020; Ghasemi, 2012; Medbernia et al., 2011) and it seems that the inability to regulate emotions during difficult and anxiety-provoking situations and emotional ataxia can be an important factor in the persistence of diseases such as irritable bowel syndrome (Sajadi-Nejad et al., 2012; Kotropani et al., 2019). the short - term therapeutic strategies to help patients with irritable bowel syndrome in dealing are emotion-focused (Glisenti et al., 2021) and cognitive therapy based on mindfulness (Lobers et al., 2022). The operational review of the relevant approaches while providing theoretical clarification is an important field in improving the conditions of these patients, which can have a positive effect in improving the psychological and physical conditions of these people, and the first step is the operational review of these approaches, which is examined in the present study. and based on this, present study will try to answer the following question: Is there a difference between the effectiveness of treatment focused on emotion and mindfulness-based cognitive therapy on sleep quality, rumination, and ataxia in patients with irritable bowel syndrome?

Method

The present research method was semi-experimental and follow-up with control group. The statistical population was all women suffering from irritable bowel syndrome who referred to the government

counseling center of Kerman city in 1400 and the sampling method was done as available. 45 people were randomly selected as a sample and randomly divided into three groups of 15 people. Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire, Toronto rumination responses and mood dysphoria were completed in pre-post-test. Therapeutic intervention focused on emotion and cognitive therapy based on mindfulness was implemented on two experimental groups for 8 sessions of 60 minutes during 8 consecutive weeks. In the two-month follow-up, the aforementioned questionnaires were completed again. In the statistical analysis of the data, at the descriptive level of the mean and standard deviation, and at the inferential level, after checking the normality of the data distribution using the Shapiro-Wilk test, the equality of error variances using the Levene's test, and checking the assumption of sphericity. Analysis of variance with repeated measures was used through Mauchly's Test. The data was analyzed using SPSS 23 software.

Results

The mean and standard deviation of age in the emotional therapy group were (10.93 ± 33.20), the mindfulness therapy group (11.07 ± 33.47) and the control group (8.63 ± 35.66). Table 1 shows the results of the analysis of variance with repeated measurements in explaining the effect of implementing independent variables on the research components.

The results of Table 1 showed the significance of F obtained within the group factor in sleep disorder ($F=29.484$, $P=0.001$), rumination ($F=21.611$, $P=0.001$) and emotional ataxia ($F=0.001$, $P=25.249$). The presence of a significant difference between the three measurements of pre-test, post-test and follow-up in all three components is confirmed at 0.01 level. Based on the significance of F obtained in the between-group source in sleep disorder ($F=28.920$, $P=0.001$), rumination ($F=8.124$, $P=0.001$) and emotional ataxia ($F=0.001$, $P=8.514$), it can be said that there is a significant difference between the three measurement stages for all three components in the two experimental groups and the control group ($P<0.05$).

Table 1. Results of mixed variance analysis of research variables

| Variable | Effect | Source | Effect Size | p- value | F | MSE | df | sst |
|------------------|------------------|------------|-------------|----------|---------|----------|--------|---------|
| sleep disorder | Within-subject | time | 0/653 | 0/001 | 79/052 | 79/091 | 1/526 | 120/711 |
| | | time-error | 0/587 | 0/001 | 29/484 | 29/863 | 3/052 | 91/156 |
| | | error | | | | 0/763 | 64/102 | 64/133 |
| rumination | Between- subject | group | 0/579 | 0/001 | 28/920 | 101/267 | 2 | 202/533 |
| | | error | | | | 3/502 | 42 | 147/067 |
| | | time | 0/766 | 0/001 | 137/496 | 58/644 | 1/762 | 103/304 |
| emotional ataxia | Within- subject | time-group | 0/507 | 0/001 | 21/611 | 9/217 | 3/523 | 32/474 |
| | | error | | | | 0/427 | 73/985 | 31/556 |
| | | group | 0/279 | 0/001 | 8/124 | 50/452 | 2 | 100/904 |
| emotional ataxia | Between- subject | error | 0/431 | 0/001 | 31/809 | 68/378 | 1/875 | 128/178 |
| | | time | 0/389 | 0/001 | 25/249 | 1460/470 | 1/196 | 107/911 |
| | | group | 0/288 | 0/001 | 8/514 | 54/289 | 2 | 108/578 |
| | | error | | | | 6/377 | 42 | 267/822 |

Table 2. Result Post Hoc Bonferroni

| | group | group | sig | df |
|------------------|-------------|-----------------|-------|---------|
| sleep disorder | Mindfulness | emotion-focused | 0/295 | 0/667 |
| | control | emotion-focused | 0/001 | -2/200 |
| | control | Mindfulness | 0/001 | -2/867 |
| rumination | Mindfulness | emotion-focused | 0/271 | 0/911 |
| | control | emotion-focused | 0/047 | -1/200 |
| | control | Mindfulness | 0/001 | -2/111 |
| emotional ataxia | Mindfulness | emotion-focused | 0/029 | -1/444 |
| | control | emotion-focused | 0/001 | -2/156 |
| | control | Mindfulness | 0/566 | -0/0711 |

Examining the results of the Bonferroni test also shows that there is no significant difference between the in two therapy groups in the components of sleep disorder and rumination ($P > 0.05$). However, there is a statistically significant difference between the emotion-focused treatment group and the control group, as well as the mindfulness-based cognitive therapy group and the control group ($P < 0.05$), and according to the average difference, this superiority is in favor of the experimental groups. In other words, both treatments reduce ataxia in patients with coronary heart disease, but the two treatments did not differ in terms of effectiveness. However, there is a significant difference between the treatment group focused on emotion and the cognitive therapy based on mindfulness in the emotional dyslexia component ($P < 0.05$) and only emotion-focused therapy has a significant effect ($P < 0.01$).

Conclusion

Based on the results, it was found that both treatment methods focused on emotion and cognitive therapy based on mindfulness are effective in improving

rumination and sleep quality; however, only the emotion-focused treatment method was effective on the variable of emotional dyslexia. In explaining the findings, high levels of rumination are associated with the highest levels of depression and anxiety (Lechner and Fresco, 2016; Roskiv et al., 2015) and in patients with irritable bowel syndrome, and treatments focused on emotion and cognitive therapy based on mindfulness can be effective in the treatment of rumination (Shaaban et al., 2016; Sezgholi Shah Khase et al., 2014; Homayoni et al., 2015; Shamali et al., 2017).

Mindfulness increases attention to the signs of fatigue and low performance related to sleepiness, and causes mental concentration to increase, resulting in better sleep quality and therefore, it is effective in improving the sleep status of patients with irritable bowel syndrome (Moscatello et al., 2016).

it seems that patients with irritable bowel syndrome are unable to recognize and describe their emotions due to problems and risk factors (Novakovski et al., 2013). Two approaches related to emotional awareness and a more accurate perception of the self

cause the improvement of emotional interpretations and cognition, and in this way it affects the improvement of the conditions of the patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the Ph.D. dissertation of the first author. All ethical points including confidentiality, gaining the informed consent of the participants' trustworthiness, accuracy in the citation, appreciation of others, observance of ethical values in data collection, and respect for the privacy of participants have been considered by researchers.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author is the senior author of this research. The second author is the first supervisor and the third author is the second supervisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgements: We would like to thank the participants who contributed to this study.





مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال خواب، نشخوار فکری و

ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

مریم دانا، فرناز کشاورزی^۱، فریبا حسنی^۲، پروانه محمدخانی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان متمرکز بر هیجان،

شناخت درمانی مبتنی بر

ذهن آگاهی،

سندرم روده تحریک پذیر،

اختلال خواب،

نشخوار فکری،

ناگویی هیجانی

زمینه: با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و مشکلات عمده آن‌ها در زمینه کیفیت خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجان، به نظر می‌رسد که بسیاری از این بیماران از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند.

هدف: هدف از انجام پژوهش مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال خواب، ناگویی هیجانی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش: طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. به منظور انتخاب شرکت کنندگان، از بین زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مرکز مشاوره دولتی شهر کرمان در سال ۱۴۰۰، ۴۵ نفر بیمار بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و در سه گروه درمان متمرکز بر هیجان (۱۵ نفر)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. درمان متمرکز بر هیجان (گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۳) طی ۸ جلسه هفتگی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) طی ۸ جلسه هفتگی انجام شد و گروه گواه هیچ گونه درمانی را دریافت نکرد. پرسشنامه‌های اختلال خواب (بوپس، ۱۹۸۹)، ناگویی هیجانی (بگ بی و همکاران، ۱۹۹۴) و نشخوار فکری (نولن هوکسیما و مورو، ۱۹۹۱) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

نتایج: یافته‌های حاصل از تحلیل آنالیز واریانس آمیخته نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود اختلال خواب و نشخوار فکری در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ($P < 0.01$)؛ اما در متغیر ناگویی هیجانی تنها درمان متمرکز بر هیجان داری تأثیر معنادار بود ($P < 0.01$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود اختلال خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می‌شود.

استناد: دانا، مریم؛ کشاورزی، فرناز؛ حسنی، فریبا؛ و محمدخانی، پروانه (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۷، ۱۰۱۷-۱۰۳۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۷، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.137.1017](https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.1017)



مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر^۱ و عی اختلال در عملکرد روده است که با درد مزمن در ناحیه شکم، احساس ناراحتی، نفخ و تغییر در عادات روده‌ای، بدون هرگونه علت ارگانیک دیگری مشخص می‌شود (لکنر و جکار، ۲۰۲۱). میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر در زنان بالاتر از مردان است و زنان ۸۰ درصد از جمعیت مبتلایان سندرم روده تحریک پذیر شدید را تشکیل می‌دهند (الهری و جهان، ۲۰۲۲).

در بروز و شیوع این بیماری، عوامل بسیاری همچون سبک زندگی (نیلسون و اولسون، ۲۰۲۱) و فعالیت‌های بدنی (الفحطانی و محفوظ، ۲۰۲۲) مؤثر هستند؛ یکی از متغیرهایی که در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مورد توجه قرار گرفته کیفیت خواب^۲ افراد است که می‌تواند با سلامتی جسمی و روانی آن‌ها مرتبط باشد (لیو و همکاران، ۲۰۲۲). ارتباط میان این بیماری و اختلالات در خواب دوطرفه است؛ بدین صورت که تشدید بیماری منجر به اختلال خواب شده و اختلال خواب نیز فعالیت‌های این بیماری را افزایش می‌دهد (سوکال و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات انجام شده نیز ارتباط میان کیفیت خواب و بیماری سندرم روده تحریک پذیر را بررسی و تأیید نموده‌اند (بالسیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ حبیبی و همکاران، ۲۰۱۹؛ مارینلی و همکاران، ۲۰۲۰؛ زرگر و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات خواب به‌ویژه در زمان بیدار شدن این بیماران نیز به کرات مشاهده شده است و بیشتر از اینکه به دلیل علائم این بیماری باشد، به علت مشکلات خلقی و هیجانی همراه در این بیماران بوده است (بارنس و همکاران، ۲۰۲۲؛ موسکاتللو و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویور و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از این مشکلات خلقی مسئله نشخوار فکری است.

عود افکار منفی یکی دیگر از ویژگی‌های عمده در بیماران درگیر با سندرم روده تحریک پذیر است و نشخوار فکری^۳ نقش بسزایی در تداوم نشانه‌های این بیماری بازی می‌کند (پوگاج و همکاران، ۲۰۲۰). نشخوار فکری را افکار آگاهانه‌ای تعریف نموده‌اند که در مورد یک موضوع معین، پیوسته تکرار می‌شوند و حتی در نبود محرک‌های پدیدآورنده آن‌ها نیز فعال هستند (آباد و هارون رشیدی، ۱۴۰۱؛ فولادی و همکاران، ۱۳۹۸). شاید بتوان گفت که نشخوار فکری نقش مهمی در اضطراب و افسردگی (لکنر

و فرسکو، ۲۰۱۶؛ روسکیو و همکاران، ۲۰۱۵) و دشواری در پردازش هیجانی وقایع آسیب‌زا ایفا می‌کند (اوگینسکا بلویک و میشلسکا، ۲۰۲۰؛ قاسمی، ۱۳۹۲؛ مدبرنیا و همکاران، ۱۳۹۰) و به نظر می‌رسد ناتوانی در تنظیم هیجان به هنگام شرایط سخت و اضطراب‌زا و در حقیقت ناگویی هیجانی می‌تواند عامل مهمی در استمرار بیماری‌هایی همچون سندرم روده تحریک پذیر باشد (سجادی‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوتروپانی و همکاران، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی، در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی عروقی و معده‌ای - روده‌ای نقش دارند (ملهین، ۲۰۲۱؛ نوآفسکی و همکاران، ۲۰۱۳).

ناگویی هیجانی^۴ یک ویژگی بالینی است که با مشکلات زیر مشخص می‌شود: الف) شناسایی، توصیف و انتقال احساسات خود؛ ب) تمایز دادن به آن‌ها از احساسات بدنی غیرمرتبط با عاطفه؛ ج) آگاهی عاطفی مربوط به علائم روان‌تنی؛ د) تخیل، رؤیاپردازی و درون‌نگری (پاناستی و همکاران، ۲۰۲۰). گزارش شده است که افراد با ناگویی هیجانی شدید در کنار آمدن با عوامل استرس‌زای روزانه، اختلال عملکرد بیشتری دارند (باراچتا و همکاران، ۲۰۲۱) و همین امر آن‌ها را در مقابل اختلالات پزشکی مزمن نظیر بیماری‌های پوستی، قلب و عروق، اختلالات خوردن و مشکلات گوارشی نظیر سندرم روده تحریک پذیر، آسیب‌پذیر می‌کند (دی مونته و همکاران، ۲۰۲۰؛ تهمن و همکاران، ۱۴۰۰).

تبیین علل روانشناختی سندرم روده تحریک پذیر بر این مسئله تأکید می‌کند که درمان‌های روان‌شناختی در کاهش نشانه‌های بیماری مؤثر هستند (جندقی و همکاران، ۲۰۲۱). در این بین یافتن راه‌حل و درمان‌های مناسب برای این مشکلات مرتبط با سلامت روانی می‌تواند به این بیماران در جهت بهبودی و شرایط بهتر زندگی کمک‌کننده باشد. یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، درمان متمرکز بر هیجان است. درمان متمرکز بر هیجان با تأکید بر اهمیت آگاهی، پذیرش و شناختن هیجان‌ات و بازتاب فیزیکی آن، به درمان‌جویان کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ات آگاهی یابند؛ آن‌ها را تجربه کنند، بپذیرند و ابعاد مختلف هیجان را کاوش، اصلاح و مدیریت کنند (گلیستی و همکاران، ۲۰۲۱). هیجان یک

3. Mind Rumination

4. Alexithymia

1. Irritable Bowel Syndrome

2. Sleep Quality

معناداری عملکرد موفق‌تری در کاهش ابعاد پریشانی روان‌شناختی داشته است. در مطالعه‌ای دیگر با عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر دارای اختلال افسردگی که توسط نیکخواه و همکاران (۱۳۹۸) انجام گرفت نشان داده شد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی تأثیر معنادار دارد. حسینی و همکاران (۱۴۰۰) نیز در مطالعه خود با عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف‌کننده مت‌آفتامین دریافتند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی (خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، نشخوار ذهنی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، پذیرش، فاجعه‌نمایی اثربخش بود. علاوه بر این شعبان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که نشان داد که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و مؤلفه‌های فراشناخت نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر از نظر آماری معنادار است.

با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و مشکلات عمده آن‌ها در زمینه کیفیت خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجان، به نظر می‌رسد که بسیاری از این بیماران از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند؛ بنابراین با توجه به روند روبه‌گسترش استفاده از شیوه‌های جدید درمان‌های روان‌شناختی در کاهش مشکلات روان‌شناختی از یک سو و توجه درمانگران به بهره‌گیری از روش‌های کم‌هزینه که بتواند در کمترین زمان به پاسخ لازم برسد، استفاده از درمان گروهی متمرکز بر هیجان و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند زمینه جدیدی را در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران فراهم کند. از طرف دیگر، با توجه به کمی مطالعات انجام شده در ایران، در مقایسه روش‌های مختلف درمانی در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، مطالعه حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال خواهد بود که آیا بین مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت‌درمانی

عامل اساسی و تعیین‌کننده در تنظیم الگوهای رفتاری و پردازش اطلاعات است که انطباق فرد را یا دیگران و شرایط تسهیل می‌کند (شاهار، ۲۰۲۰)؛ بنابراین هیجان‌ات باید مورد پردازش و پذیرش قرار گیرند تا معنای آن‌ها مشخص شود و با افزایش هیجان‌ات مثبت، زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر گردند. در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان همایونی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نشان دادند که این درمان در کاهش نگرانی و خودانتقادی این افراد اثربخش است. در مطالعه‌ای دیگر با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری که توسط شاملی و همکاران (۱۳۹۷) صورت گرفت نشان داده شد که درمان متمرکز بر هیجان از بین سه سبک تنظیم هیجان (پنهان‌کاری، سازگاری و تحمل)، فقط بر سبک پنهان‌کاری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری دارد. علاوه بر این بهوندی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه دریافتند که درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی تأثیر معنادار داشته است.

از سویی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخلات ذهن آگاهی بر سلامت روان‌شناختی افراد تأثیرات بسزایی دارد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز یک رویکرد غیردارویی است که می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش سلامت جسمانی، افق‌های زمانی (امید و خوش‌بینی) در بیماران مورد توجه قرار گیرد (لوبرس و همکاران، ۲۰۲۲).

مطالعات نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (رینگسینگ و همکاران، ۲۰۲۲) و استرس (کریاکوس و همکاران، ۲۰۲۱) ارتباط دارد؛ در همین راستا نتایج سزگلی شاه‌خاصه و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی مقایسه اثربخشی درمان به شیوه شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی - رفتاری، بر پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری از درمان شناختی - رفتاری اثربخش‌تر بوده و به‌طور

مقیاس پاسخ‌های نشخواری²: این مقیاس توسط نولن هوکسیما و مورو (۱۹۹۱)، تدوین شده است و دارای ۲۲ سؤال است که خلق افسرده را توصیف می‌کند و هر سؤال آن بر روی یک مقیاس ۴ درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه (نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر است. نمره بین ۲۲ تا ۲۹ میزان نشخوار فکری در حد پایینی دارند، نمره بین ۲۹ تا ۵۸ میزان نشخوار فکری در حد متوسطی دارند و نمره بین ۵۸ تا ۸۸ میزان نشخوار فکری در حد بالایی دارند. ضریب پایایی بازآزمایی (فاصله زمانی ۶ ماهه) $0/80$ گزارش شده است و پایایی همسانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه $0/88$ تا $0/92$ بدست آمده است (نولن هوکسیما و مورو، ۱۹۹۱). باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ $0/88$ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با $0/83$ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی ناگویی خلقی تورنتو: یک مقیاس ۲۰ ماده ای می‌باشد که توسط بگ بی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است و ناگویی خلقی را ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی پاسخ به هر ماده پنج درجه و از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) متغیر است، روش نمره‌گذاری آن به شیوه‌ی لیکرت است. بگ بی و همکاران (۱۹۹۴) در نمونه‌ای شامل ۴۰۱ دانشجوی کارشناسی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را، $0/80$ گزارش کردند. مدستین و همکاران (۲۰۰۴) نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی خلقی و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیرناگویی خلقی در نظر گرفته‌اند. قربانی و همکاران (۲۰۰۲) آلفای این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساسات $0/74$ ، برای دشواری در توصیف احساسات $0/61$ و برای تفکر با جهت گیری بیرونی $0/50$ به دست آوردند. در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با $0/77$ به دست آمد.

ج) روش اجرا

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد اهداف پژوهش و موضوع اطلاعاتی به آن‌ها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند، نتایج

² Rumination Response Scale

مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجان بیمارانی مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود که به‌صورت دسترس از میان زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دولتی شهر کرمان در سال ۱۴۰۰ انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: سابقه حداقل یک‌ساله از تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش، عدم سابقه اختلالات روان‌شناختی شدید (پسیکوز یا اختلال شخصیت) برحسب تشخیص روانپزشک و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته اسکید، عدم سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی در یک سال اخیر. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: روی آوردن به مصرف الکل و مواد مخدر، درگیر شدن با سایر بیماری‌های جسمانی جدی، عدم شرکت یا غیبت فرد در دو جلسه درمان یا بیشتر. نمونه مورد آزمون ۴۵ نفر بودند که به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند (گروه آزمایش یک: درمان متمرکز بر هیجان، گروه آزمایش دوم: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه).

ب) ابزار

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه ۹ سؤال دارد ولی با توجه به اینکه پنجمین سؤال دارای ۱۰ سؤال فرعی است، در مجموع این پرسشنامه ۱۹ سؤال دارد. سؤال‌های آن ویژگی خواب افراد را در طول یک ماه گذشته بر اساس مقیاس لیکرت ۱ (هیچ) تا ۳ (شدید) ارزیابی می‌کنند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عدم کیفیت خواب و برعکس می‌باشد. بویس و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را $0/83$ گزارش کرده‌اند. در نمونه ایرانی نیز فرحی مقدم و همکاران (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ آن را $0/77$ گزارش نمودند. در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با $0/76$ به دست آمد.

¹ Pittsburgh Sleep Quality Inventory(PSQI)

(جدول ۲) و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه‌های اختلال خواب، ناگویی هیجانی و نشخوار فکری به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه انجام گرفت. در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون موجلی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر سه گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی اول، مداخله درمانی متمرکز بر هیجان برگرفته از جلسات مداخله درمانی (گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۳) توسط پژوهشگر و به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی ۸ هفته متوالی (جدول ۱)، برای گروه آزمایشی دوم، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از جلسات مداخله درمانی (سگال و تیزدل، ۲۰۰۲) است توسط پژوهشگر و به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی ۸ هفته متوالی اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمانی متمرکز بر هیجان

| جلسات | هدف | محتوا | تکنیک |
|-------|-----------------------------|--|---|
| اول | معارفه | برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، مفهوم‌سازی ماهیت درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمادنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی. | ارزیابی و شناسایی توانایی‌ها |
| دوم | شناسایی هیجان‌های اساسی | شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، شناسایی احساس‌های متناقض دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی | برگه‌های ثبت هیجانی و برگه ثبت افکار ناکارآمد به لحاظ هیجانی. |
| سوم | شناسایی تفکرات غیرمنطقی | فهمیدن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفستگی هیجانی معرفی چهار سبک توأم با خطا | شناسایی چهار سبک توأم با خطا |
| چهارم | شناسایی نیازها | پیوستگی و آگاهی، شناسایی فرایندهای شناختی-عاطفی زیربنایی، شناخت نیازها و رساندن آن به آگاهی | برگه‌های ثبت نیازها |
| پنجم | شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی | آرام‌سازی عضلانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی. | اجرای صندلی داغ |
| ششم | بازسازی هیجان‌ها | مطالبه نیازی که بیمار از آن امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای که قبلاً نمادگذاری نشده یا از آن اجتناب شده است. گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مخملف. | برگه‌های ثبت هیجان‌ات اجتناب شده |
| هفتم | بازسازی هیجان‌ها | تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل‌نشده، بازسازی مجدد هیجان، بازخوانی و برانگیختن مجدد احساسات منفی، فراهم نمودن حمایت برای هیجان‌ها و حل و فصل مجدد هیجان | شناسایی احساسات منفی |
| هشتم | انتقال احساسات ناخوشایند | ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قبلی، آموزش فرایند انتقال احساسات ناخوشایند به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی در خارج از جلسات درمان | |

جدول ۲. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسات | هدف | محتوا | تکنیک |
|-------|------------------------|--|---|
| اول | معارفه | آشنایی، تعاریف مختلف ذهن آگاهی. | بروشور تعارف ذهن آگاهی |
| دوم | توجه به احساسات | کنار آمدن با مانع‌ها، تمرین بیشتر بر روی بدن که هدف از این تمرین توجه به احساس‌های جسمی و فیزیکی و آوردن آگاهی به قسمت‌های مختلف بدن و دیدن احساس‌ها با دقت، مرور تکلیف خانگی و ارائه تکلیف برای هفته آینده | شناسایی احساسات مختلف |
| سوم | تن آرامی | ذهن آگاهی در باره تنفس، شامل تمرین مدیتیشن نشسته، مرور تمرین بدن، مرور تکلیف خانگی جدید، (شامل مرور بدن)، ذهن آگاهی درباره تنفس، فعالیت‌های معمول، وقایع خوشایند و ارائه تکلیف خانگی | شناسایی وقایع خوشایند و تن آرامی |
| چهارم | تمرکز بر زمان حال | باقی ماندن در زمان حاضر، شامل پنج دقیقه، تمرین دیدن یا شنیدن، آگاهی از بدن، صداها و سپس افکار، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی، سه دقیقه فضای نفس کشیدن و انجام دوباره آن، ارائه تکلیف خانگی هفته آینده. | پنج دقیقه تمرکز بر دیدن |
| پنجم | آموزش تن آرامی | ارتباط متفاوت با واقعیت، همانا رها کردن امور همانطور که هستند، بدون آنکه قضاوت ما در آن دخیل باشد. استفاده از فضای نفس کشیدن و ارائه تکلیف خانگی و ادامه دستورات. | تن آرامی |
| ششم | روبرو شدن با واقعیت‌ها | افکار واقعیت نیستند و شیوه‌هایی که شما می‌توانید افکار خود را به گونه‌ای دیگر ببینید. توجه به صداها، افکار، به اضافه توجه به واکنش‌ها در مقابل مشکلات، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی، نوار آرامش در ژرفا، نفس کشیدن، نفس کشیدن منظم سه بار در روز، ارائه تکلیف خانگی برای هفته بعد. | پنجاه دقیقه مدیتیشن نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار |
| هفتم | پیوند بین رفتار و خلق | چگونه می‌توان به بهترین وجه مراقب خود بود. مرور تمرین‌ها، مرور تکلیف خانگی برای کشف پیوند بین فعالیت و خلق، درست کردن فهرستی از فعالیت‌های خوشایند، نفس کشیدن منظم. | چهل دقیقه مدیتیشن نشسته |
| هشتم | | تمرین منظم ذهن آگاهی، مرور تکلیف خانگی، مرور تمامی دوره و آنچه که یاد گرفته شده است. سپس بحث تمامی گروه، دادن پرسشنامه به شرکت‌کنندگان، برای انعکاس نظر ایشان. | |

یافته‌ها

درمان ذهن آگاهی شامل ۴ نفر دیپلم، ۳ نفر لیسانس، ۵ نفر ارشد و ۳ نفر دکتری بود. همچنین، تحصیلات گروه گواه شامل ۲ نفر دیپلم، ۶ نفر لیسانس، ۴ نفر ارشد و ۳ نفر دکتری بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در سه مرحله آزمایش به تفکیک دو گروه هیجان محور و ذهن آگاهی در جدول ۳ ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه درمان هیجان محور (۳۳/۲۰ ± ۱۰/۹۳)، گروه درمان ذهن آگاهی (۳۳/۴۷ ± ۱۱/۰۷) و گروه گواه (۳۵/۶۶ ± ۸/۶۳) بود. تحصیلات گروه درمان هیجان محور شامل ۳ نفر دیپلم، ۵ نفر لیسانس، ۶ نفر ارشد و ۱ نفر دکتری بود. تحصیلات گروه

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در سه مرحله آزمایش به تفکیک دو گروه هیجان محور و ذهن آگاهی

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|---------------|------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| ذهن آگاهی | ذهن آگاهی | ۱۵/۰۰ | ۳/۲۵ | ۱۲/۱۳ | ۳/۵۵ |
| اختلال خواب | هیجان محور | ۱۵/۱۳ | ۲/۳۵ | ۱۱/۲۰ | ۳/۲۰ |
| گواه | گواه | ۱۵/۲۶ | ۳/۸۸ | ۱۵/۷۳ | ۴/۰۳ |
| ذهن آگاهی | ذهن آگاهی | ۴۴/۵۳ | ۴/۲۴ | ۴۱/۷۳ | ۳/۵۳ |
| نشخوار فکری | هیجان محور | ۴۳/۴۶ | ۳/۵۵ | ۴۱/۰۰ | ۴/۴۶ |
| گواه | گواه | ۴۴/۲۰ | ۴/۸۲ | ۴۳/۸۶ | ۳/۴۵ |
| ذهن آگاهی | ذهن آگاهی | ۴۴/۴۳ | ۲/۸۰ | ۴۳/۰۶ | ۴/۰۳ |
| ناگویی هیجانی | هیجان محور | ۴۵/۴۰ | ۲/۹۵ | ۴۰/۸۰ | ۳/۶۱ |
| گواه | گواه | ۴۴/۶۶ | ۳/۷۱ | ۴۴/۴۶ | ۲/۵۵ |

آزمون لون، یکسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس با آزمون ام.باکس و مفروضه کرویت با آزمون موخلی را نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۴، نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد سطح معنی‌داری در مؤلفه‌ها کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس-گایزر در این مؤلفه‌ها استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است. نتایج آماره لامبدای ویلکز نشان داد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های پژوهش معنی‌داری است ($P < 0/001$).

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین مؤلفه‌های اختلال خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش بیشتری داشته است. اما در گروه گواه نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیروویلیک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون شاپیروویلیک برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. جدول ۴ مفروضه همسانی واریانس‌های خطا با

جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

| مؤلفه | یکسانی واریانس‌های خطا | | | برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها | | | مفروضه کرویت |
|---------------|------------------------|----------|--------|------------------------------------|-------|------------|--------------|
| | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری | M.Box | F | شاخص موخلی | |
| اختلال خواب | ۰/۴۲۳ | ۰/۱۷۵ | ۰/۲۱۲ | ۱۷/۰۲۴ | ۰/۲۲۹ | ۰/۶۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| نشخوار فکری | ۰/۰۷۰ | ۰/۹۸۰ | ۰/۷۳۸ | ۱۲/۵۴۸ | ۰/۵۰۹ | ۰/۷۶۵ | ۰/۰۰۶ |
| ناگویی هیجانی | ۰/۸۳۲ | ۰/۲۰۳ | ۰/۳۶۵ | ۱۸/۹۲۶ | ۰/۱۵۲ | ۰/۶۳۳ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۵. نتایج آزمون لامبدای ویلکس متغیرهای پژوهش

| مؤلفه | منبع | ارزش | F | df فرضیه | df خطا | Sig | Eta |
|---------------|-------------------|-------|--------|----------|--------|-------|-------|
| اختلال خواب | تعامل زمان و گروه | ۰/۲۲۸ | ۱۷/۷۲۴ | ۴ | ۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۴ |
| نشخوار فکری | تعامل زمان و گروه | ۰/۳۸۶ | ۱۲/۴۸۲ | ۴ | ۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷۸ |
| ناگویی هیجانی | تعامل زمان و گروه | ۰/۳۶۸ | ۱۳/۲۹۳ | ۴ | ۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۳ |

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

| مؤلفه | اثر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| | زمان | زمان | ۱۲۰/۷۱۱ | ۱/۵۲۶ | ۷۹/۰۹۱ | ۷۹/۰۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۳ |
| درون آزمودنی | زمان*گروه | زمان*گروه | ۹۱/۱۵۶ | ۳/۰۵۲ | ۲۹/۸۶۳ | ۲۹/۴۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۷ |
| اختلال خواب | خطا | خطا | ۶۴/۱۳۳ | ۶۴/۱۰۲ | ۰/۷۶۳ | | | |
| بین آزمودنی | گروه | گروه | ۲۰۲/۵۳۳ | ۲ | ۱۰۱/۲۶۷ | ۲۸/۹۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷۹ |
| | خطا | خطا | ۱۴۷/۰۶۷ | ۴۲ | ۳/۵۰۲ | | | |
| درون آزمودنی | زمان | زمان | ۱۰۳/۳۰۴ | ۱/۷۶۲ | ۵۸/۶۴۴ | ۱۳۷/۴۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۶ |
| | زمان*گروه | زمان*گروه | ۳۲/۴۷۴ | ۳/۵۲۳ | ۹/۲۱۷ | ۲۱/۶۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰۷ |
| نشخوار فکری | خطا | خطا | ۳۱/۵۵۶ | ۷۳/۹۸۵ | ۰/۴۲۷ | | | |
| بین آزمودنی | گروه | گروه | ۱۰۰/۹۰۴ | ۲ | ۵۰/۴۵۲ | ۸/۱۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷۹ |
| | خطا | خطا | ۲۶۰/۸۴۴ | ۴۲ | ۶/۲۱۱ | | | |
| درون آزمودنی | زمان | زمان | ۱۲۸/۱۷۸ | ۱/۸۷۵ | ۶۸/۳۷۸ | ۳۱/۸۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۱ |
| | زمان*گروه | زمان*گروه | ۱۰۷/۹۱۱ | ۱/۱۹۶ | ۱۴۶۰/۴۷۰ | ۲۵/۲۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸۹ |
| ناگویی هیجانی | خطا | خطا | ۱۶۹/۲۴۴ | ۷۸/۷۳۱ | ۲/۱۵۰ | | | |
| بین آزمودنی | گروه | گروه | ۱۰۸/۵۷۸ | ۲ | ۵۴/۲۸۹ | ۸/۵۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸۸ |
| | خطا | خطا | ۲۶۷/۸۲۲ | ۴۲ | ۶/۳۷۷ | | | |

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در مؤلفه‌های پژوهش

| گروه | گروه | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|------------|-----------|---------------|--------------|
| هیجان محور | ذهن آگاهی | ۰/۶۶۷ | ۰/۲۹۵ |
| هیجان محور | گواه | -۲/۲۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| ذهن آگاهی | گواه | -۲/۸۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| هیجان محور | ذهن آگاهی | ۰/۹۱۱ | ۰/۲۷۱ |
| هیجان محور | گواه | -۱/۲۰۰ | ۰/۰۴۷ |
| ذهن آگاهی | گواه | -۲/۱۱۱ | ۰/۰۰۱ |
| هیجان محور | ذهن آگاهی | -۱/۴۴۴ | ۰/۰۲۹ |
| هیجان محور | گواه | -۲/۱۵۶ | ۰/۰۰۱ |
| ذهن آگاهی | گواه | -۰/۷۱۱ | ۰/۵۶۶ |

در ادامه جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر

اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۶ نشان داد که با معنادار بودن F به دست آمده عامل درون

گروهی در اختلال خواب ($F = ۲۹/۴۸۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، نشخوار فکری

($F = ۲۱/۶۱۱$ ، $P = ۰/۰۰۱$) و ناگویی هیجانی ($F = ۲۵/۲۴۹$ ، $P = ۰/۰۰۱$)

وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری در هر سه مؤلفه در سطح ۰/۰۱ تأیید می‌شود.

علاوه بر این با معنادار بودن F به دست آمده در منبع بین گروهی در اختلال

خواب ($F = ۲۸/۹۲۰$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، نشخوار فکری ($F = ۱۲/۴۸۲$ ، $P = ۰/۰۰۱$)،

و ناگویی هیجانی ($F = ۸/۵۱۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$) می‌توان گفت بین

سه مرحله اندازه‌گیری برای هر سه مؤلفه در دو گروه آزمایش و گروه

کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان می‌دهد که بین گروه درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مؤلفه‌های اختلال خواب و نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). اما بین

مورد اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری انجام نشده است، شاید بتوان چنین بیان کرد که این دو روش درمانی کمک به کاهش افسردگی و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک پذیر می شود و در نتیجه آن، بهبود نشخوار فکری بیماران اتفاق خواهد افتاد.

همچنین در مطالعات مربوط به بیماری سندرم روده تحریک پذیر بارها اشاره شده است که اختلال خواب از مشکلاتی است که بیماران مبتلا به این بیماری از آن رنج می برند (زرگر و همکاران، ۲۰۱۹). باتوجه به اینکه اختلال در خواب می تواند منجر به خستگی در این بیماران شود، این خستگی به طور منفی و قابل توجهی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن ها تأثیر می گذارد (ویور و همکاران، ۲۰۱۷). عواملی همچون استرس و اضطراب نیز بر این مشکل دامن می زند (موسکاتللو و همکاران، ۲۰۱۶). در نتیجه درمان مشکلات مربوط به اختلالات خواب و بهبود وضعیت خواب این بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار است. در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به نظر می رسد که احساسات منفی نقش کلیدی در بروز این اختلال را دارند. خشم، اضطراب، افسردگی به طور مداوم با حساسیت های احشایی و درد مرتبط هستند و در حضور احساسات منفی به عنوان عوامل دردناک شناخته می شوند. برانگیختگی های عاطفی نیز می تواند تحریک روده بزرگ را در پی داشته باشد (موسکاتللو و همکاران، ۲۰۱۶)؛ لذا درمان های متمرکز بر هیجان با شناسایی و بررسی چنین ریسک فاکتورهایی، به ارائه راهکارهایی برای آن ها می پردازد و در نهایت با کاهش فعال سازی هیجان منفی، موجب بهبود اختلالات ایجاد شده در بیماران از جمله اختلالات خواب و شده و کیفیت خواب در این بیماران افزایش می یابد. همچنین با تکنیک های آرام سازی، و مدیریت آرامش نیز می توان به فرد بیمار کمک نمود تا موجب افزایش خودتنظیمی در برابر واکنش های عاطفی به محرک های درونی و محیطی شوند. بیماران سندرم روده تحریک پذیر تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل خستگی، بی حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند، ذهن آگاهی، توجه به نشانه های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می دهد و سبب می شود تا با افزایش تمرکز ذهنی، کیفیت خواب آن ها بهبود یابد و لذا از این جهت در بهبود وضعیت خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر است.

گروه درمان متمرکز بر هیجان و گروه کنترل همچنین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P < 0/05$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه های آزمایشی (درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) است. به عبارتی هر دو درمان بر کاهش ناگویی خلقی بیماران عروق کرونر قلب اثر داشته اند، اما دو درمان تفاوتی از نظر اثربخشی با هم نداشته اند. اما بین گروه درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مؤلفه ناگویی هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) و تنها درمان متمرکز بر هیجان داری تأثیر معنادار است ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال خواب، ناگویی هیجانی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام گرفت. بر اساس نتایج پژوهش، مشخص گردید هر دو روش درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود وضعیت نشخوار فکری و کیفیت خواب مؤثر است؛ اما بر متغیر ناگویی هیجانی تنها روش درمانی متمرکز بر هیجان اثر گذار بود. در تبیین یافته ها می توان چنین گفت نشخوار فکری اشتغال دائمی فرد به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن است و در طبقه افکار آگاهانه قرار می گیرد. این افکار حول یک محور مشخص می گردند و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می شوند، غیرارادی وارد آگاهی فرد می شوند و توجه و اهداف وی را منحرف می سازند (آباد و هارون رشیدی، ۱۴۰۱). بر طبق پژوهش های صورت گرفته سطوح بالای نشخوار فکری با بیشترین میزان افسردگی و اضطراب مرتبط است (لکنر و فرسکو، ۲۰۱۶؛ روسکیو و همکاران، ۲۰۱۵) و در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر وجود اختلال های اضطرابی و افسردگی بسیار بالاست (قاسمی، ۱۳۹۲؛ مدبرنیا و همکاران، ۱۳۹۰) و درمان های متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند در درمان نشخوار فکری نتیجه بخش باشند (شعبان و همکاران، ۱۳۹۹؛ سزگلی شاه خاصه و همکاران، ۱۴۰۱؛ همایونی و همکاران، ۱۴۰۱؛ شاملی و همکاران، ۱۳۹۷). بر پایه نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و باتوجه به اینکه پژوهشی در

پیگیری‌های بلندمدت طولانی‌تر، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی و مشاهده به عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی برای گردآوری داده‌ها و انجام مطالعه بر روی مردان را مدنظر قرار دهند. در نهایت براساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود این مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان روش‌های مؤثر در زمینه کیفیت خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی، توسط درمانگران و متخصصین حوزه مشاوره و سلامت روان در مراکز آموزشی، سازمان‌ها، نهادهای بهداشتی و دیگر محیط‌های مربوط به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که تأثیر درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سایر متغیرهایی که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با آن روبرو هستند صورت گیرد. براین اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی به مقایسه اثربخشی این دو درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی گروهی پردازند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله بر گرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی است. به جهت رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان باشد، همچنین اطمینان حاصل شد که پژوهش حاضر هیچ‌گونه هزینه مالی، جسمانی و روانشناختی برای آزمودنی‌های پژوهش نداشته باشد. در ضمن به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری بدون حمایت مالی انجام شد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی و مشاوره نویسنده دوم و سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش که زمینه اجرای آن را فراهم ساختند تشکر و قدردانی می‌گردد.

از سویی ناگویی هیجانی همچون بسیاری از عوامل مؤثر بر بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، با افسردگی، اضطراب و استرس همراه است و می‌تواند منجر به علائم و تظاهرات بالینی شدید و سیر بلندمدت سندرم روده تحریک‌پذیر گردد (سجادی نژاد و همکاران، ۲۰۱۲)؛ کوتروپانی و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به دلیل مشکلات و ریسک فاکتورهایی همچون تجربیات بد و منفی در زندگی، بودن در شرایط استرس‌زا، درک وضعیت پر از اضطراب و گاهی مواجهه به افسردگی، در شناخت و توصیف هیجان‌ات خود ناتوان هستند. این ناتوانی که به‌ویژه در زمینه شناسایی هیجان‌ات وضوح بیشتری دارد، می‌تواند باعث شکست فرد در تنظیم هیجان‌ات منفی شود (نواکفسکی و همکاران، ۲۰۱۳). در این خصوص استفاده از روش درمانی متمرکز بر هیجان می‌تواند به‌خوبی شرایط را برای این بیماران فراهم سازد تا با شناسایی هیجان‌ات منفی، سعی در خودتنظیمی این هیجان‌ات داشته باشند و به‌مرورزمان، با مدیریت صحیح آن، ناگویی هیجانی خود را بهبود بخشند. باین حال به نظر می‌رسد اگرچه ذهن آگاهی به‌نوعی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شوند، شناسایی کنند و شناخت بهتری نسبت به خود پیدا نمایند و سپس از اساس آن راهبردهای مقابله‌ای لازم را برای کنترل اضطراب و استرس دریافت نموده در نتیجه استرس و اضطراب در آنان پیوسته کاهش می‌یابد. اما باید توجه داشت ناگویی هیجانی به‌تنهایی سازه‌ای چندعاملی است که اضطراب و استرس تنها بر آن تأثیرگذار هستند؛ بنابراین می‌توان چنین برداشت کرد که درمان متمرکز بر هیجان نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بهتر و طولانی‌تری دارد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از: استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش بر روی زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری. بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی،

- باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *روان پرستاری*. ۸(۵):۵۵-۶۶.
- <http://ijpn.ir/article-1-1580-fa.html>
- فولادی، نگار؛ محمدخانی، شهرام؛ شهیدی، عنایت‌الله و ابراهیمی دریانی، ناصر. (۱۳۹۸). اثربخشی هیپنوتراپی در شدت علائم و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *گوارش*، ۲۴(۳): ۱۶۹-۱۶۳.
- <https://sid.ir/paper/404419/en>
- قاسمی، نوشاد. (۱۳۹۲). مقایسه حساسیت اضطرابی و شادکامی بیماران سندرم روده تحریک پذیر با افراد سالم در شهر شیراز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲(۲): ۱۱۲-۱۰۱.
- <http://jabs.fums.ac.ir/article-1-54-en.html>
- مدبرنیا، محمد جعفر؛ ایمانی، علی؛ میرصفای مقدم، سید علیرضا؛ منصور قناعی، فریبرز؛ صدیق رحیم آبادی، مسیح؛ محمود یوسفی مشهور، محمود، و همکاران. (۱۳۹۰). اختلال اضطراب - افسردگی در بیماران دچار سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۷۷)، ۳۹-۳۱.
- <http://journal.gums.ac.ir/article-1-156-fa.html>
- نیکخواه، بهوش، حقانی، رقیه، آقاعلی طاری، شادی. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش آموزان دختر دارای اختلال افسردگی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۴): ۱۲-۱.
- [doi:10.22034/ceciranj.2020.209576.1306](https://doi.org/10.22034/ceciranj.2020.209576.1306)
- همایونی، سمانه، تقوی، محمدرضا، گودرزی، محمدعلی، هادیان فرد، حبیب. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۰۹): ۱۸-۱.
- [doi:10.52547/JPS.21.109.1](https://doi.org/10.52547/JPS.21.109.1)
- ### References
- Abad, Y., & Haroon Rashidi, H. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Existential Anxiety in the Elderly Men. *Aging Psychology*, 8(1), 10-1. (Percian) doi: 10.22126/jap.2022.7147.1580
- Alharbi, W., & Jahan, S. (2022). Prevalence and Associated Risk Factors of Irritable Bowel Syndrome Among Female Secondary School students in Ar Rass City, Qassim Region. *Health psychology research*, 10(3), 35482. <https://doi.org/10.52965/001c.35482>
- منابع**
- آباد، یاسمن و هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و اضطراب وجودی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۸(۱)، ۱-۱۰.
- [doi:10.22126/jap.2022.7147.1580](https://doi.org/10.22126/jap.2022.7147.1580)
- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*؛ ۱۱(۱): ۲۱-۳۸.
- [doi:10.22067/ijap.v1i1i1.6910](https://doi.org/10.22067/ijap.v1i1i1.6910)
- بهوندی، ندا، خیاطان، فلور، گل پرور، محسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه. *مجله علمی پژوهشی یافته*. ۲۳ (۴): ۳۱-۴۴.
- <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3178-fa.html>
- تهمتن، علی، کلهرنیا گلکار، مریم، حاجی عزیززاده، کبری. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۸): ۲۳۰۶-۲۲۸۵.
- [doi:10.52547/JPS.20.108.2285](https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2285)
- حسینی، زینب السادات، احمدی، وحید، مامی، شهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف کننده مت آمفتامین. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱۲(۱): ۱۹۹-۱۷۷.
- [doi:10.22034/aftj.2021.284467.1081](https://doi.org/10.22034/aftj.2021.284467.1081)
- سزگلی شاه خاصه، مرضیه، حسینی، جعفر، شاکری، محمد. (۱۴۰۱). بررسی مقایسه اثربخشی درمان به شیوه شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی - رفتاری، بر پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۲۰): ۲۵۳۳-۲۵۱۹.
- [doi:10.52547/JPS.21.120.2519](https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2519)
- شاملی، لایلا، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، نعیمی، عبدالزهرار، داودی، ایران. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴ (۴): ۳۵۶-۳۶۹.
- <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2828-fa.html>
- شعبان، ناهید، دهقانی، مهسا، رفعتی، الهه، قربانی، سحر، امینی، امید. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و

- Alqahtani, N. H., & Mahfouz, M. (2022). The Prevalence and Risk Factors of Irritable Bowel Syndrome in Saudi Arabia in 2019. *International Journal Of Preventive Medicine*, 13, 13. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_486_20
- Bagherinezhad, M., Salehi Fardadi, J., & Tabatabayi, S. M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 11(1), 21-38. (Percian) doi: 10.22067/ijap.v11i1.6910
- Ballesio, A., Zagaria, A., Baccini, F., Micheli, F., Di Nardo, G., & Lombardo, C. (2021). A meta-analysis on sleep quality in inflammatory bowel disease. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101518. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101518>
- Barchetta, S., Martino, G., Craparo, G., Salehinejad, M. A., Nitsche, M. A., & Vicario, C. M. (2021). Alexithymia Is Linked with a Negative Bias for Past and Current Events in Healthy Humans. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6696. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136696>
- Barnes, A., Mountifield, R., Baker, J., Spizzo, P., Bampton, P. and Mukherjee, S. (2022), Systematic review and meta-analysis of sleep quality in inactive inflammatory bowel disease. *JGH Open*. <https://doi.org/10.1002/jgh3.12817>
- Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. (2021). Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Yafte*, 23 (4), 31-44. (Percian) <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3178-fa.html>
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Di Monte, C., Renzi, A., Paone, E., Silecchia, G., Solano, L., & Di Trani, M. (2020). Alexithymia and obesity: controversial findings from a multimethod assessment. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(2), 831-836. DOI: 10.26355/eurrev_202001_20066
- Farrahi Moghaddam, J., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., & Amirkafi, A. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep and Breathing*, 16, 79-82. <https://doi.org/10.1007/s11325-010-0478-5>
- Fouladi, N., Mohamadkhani, S., Shahidi, E., & Ebrahimi, N. (2019). Efficacy of Hypnotherapy on Symptoms Severity and Rumination of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh Journal*, 24(3), 163-169. (Percian) <https://sid.ir/paper/404419/en>
- Ghasemi N. (2012). The Comparison of Anxiety Sensitivity and Happiness in Irritable Bowel Syndrome Patients with Normal Matched Group in Shiraz. *Journal of Advanced Biomedical Sciences*, 2 (2), 101-112. (Percian) <http://jabs.fums.ac.ir/article-1-54-en.html>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of eating disorders*, 9(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. S., & Johnson, S. M. (1993). In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(1), 78. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.78>
- Habibi, F., Mahdavi, S. B., Khaniabadi, B. M., Habibi, M. E., Gharavinia, A., Baghaei, A., & Emami, M. H. (2019). Sleep quality and associated factors in Iranian inflammatory bowel disease patients. *Journal of Research in Medical Sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 24. [10.4103/jrms.JRMS_14_18](https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_14_18)
- Homayouni S, Taghavi M R, Goodarzi M A, Hadianfard H. (2022). The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 21(109), 1-18. (Percian) doi:10.52547/JPS.21.109.1
- Houseini, Z., Ahmadi, V., & Mami, S. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Improving Happiness and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Male Methamphetamine Users. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(1), 177-199. (Percian) doi: 10.22034/afjt.2021.284467.1081
- Jandaghi, G., Zia-Tohidi, A., & Firoozi, M. (2021). Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis of Iranian Randomized Trials. *Archives of Iranian Medicine*, 24(6), 496-504. [10.34172/aim.2021.71](https://doi.org/10.34172/aim.2021.71)
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of

- Integrative and Complementary Medicine*, 28(1), 6-24. <https://doi.org/10.1089/jicm.2021.0036>
- Ruscio, A. M., Gentes, E. L., Jones, J. D., Hallion, L. S., Coleman, E. S., & Swendsen, J. (2015). Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 17. [10.1037/abn0000025](https://doi.org/10.1037/abn0000025)
- Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., & Adibi, P. (2012). Psychological issues in inflammatory bowel disease: An overview. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 106502. <https://doi.org/10.1155/2012/106502>
- Sargoli Shakhaseh M, Hassani J, Shakeri M. (2022). The investigating comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on perfectionism, psychological distress, and pain intensity in patients with migraine headache. *Journal of Psychological Science*. 21(120), 2519-2533. (Persian) doi: [10.52547/JPS.21.120.2519](https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2519)
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.
- shaaban N, deghani M, rafaati E, ghorbani S, amani O. (2020). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on emotional self-awareness and meta-cognitive beliefs in adolescents with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 8 (5), 55-66. (Persian) <http://ijpn.ir/article-1-1580-fa.html>
- Shahar B. (2020). New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2918. <https://doi.org/10.3390/jcm9092918>
- Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. (2019). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women With Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24 (4), 356-369. (Persian) <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2828-fa.html>
- Sochal, M., Małecka-Panas, E., Gabryelska, A., Talar-Wojnarowska, R., Szmyd, B., Krzywdzińska, M., & Białasiewicz, P. (2020). Determinants of sleep quality in inflammatory bowel diseases. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2921. <https://doi.org/10.3390/jcm9092921>
- tahamtan A, kalhorna Golkar M, haj Alizadeh K. (2021). Investigation the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by Alexithymia in patients with hypertension. *Journal of Psychological Science*. 20(108), 2285-2306. (Persian) doi: [10.52547/JPS.20.108.2285](https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2285)
- Tosic-Golubovic, S., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D., & Nikolic, G. (2010). Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 418-424. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20856185/>
- Weaver, K. R., Melkus, G. D., & Henderson, W. A. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Nursing*, 117(6), 48-55. doi: [10.1097/01.NAJ.0000520253.57459.01](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520253.57459.01)
- Zargar, A., Goozari, S. A., Keshavarzi, B., & Haji Aghamohammadi, A. A. (2019). Effect of irritable bowel syndrome on sleep quality and quality of life of inflammatory bowel disease in clinical remission. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 10. doi: [10.4103/ijpvm.IJPVM_364_17](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_364_17)