

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility, and alexia of gastrointestinal patients

Seyedah Farzaneh Hosseini

PhD in Psychology, Borujard Branch, Islamic Azad University, Borujard, Iran

Zahra Tanha (crossponding author)

Assistant Professor, Department of Psychology, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran

Email: tanha_zahra1986@yahoo.com

Javad Karimi

Associate Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran

Ezzatullah Qadmpour

Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

سیده فرزانه حسینی

دکترای روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

زهرا تنها (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد،

ایران

Email: tanha_zahra1986@yahoo.com

جواد کریمی

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

عزت اله قدم پور

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

چکیده

Abstract

Aim: The aim of this research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility, and emotional dyslexia in gastrointestinal patients. **Method:** In this research, using a semi-experimental method with a pre-test-post-test design with an unequal control group, a sample of 15 people were divided from all the gastrointestinal patients of Imam Khomeini Hospital (RA) and they completed the questionnaires of cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility and aphasia. One experimental group underwent acceptance and commitment-based therapy in eight sessions, and the other experimental group underwent eight sessions of cognitive therapy based on mindfulness. Research data were analyzed using multivariate covariance analysis and SPSS version 22. **Results:** Based on this, there was no significant difference between the treatment based on acceptance and commitment and the treatment based on mindfulness on the subscales of cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility and emotional ataxia. **Conclusion:** Considering that no significant difference was observed in the variables studied in these gastrointestinal patients in the comparison of these two treatments, it is suggested that these two treatment methods be used in this category of patients.

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی بود. روش: در این پژوهش با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل، از بین کلیه بیماران گوارشی بیمارستان امام خمینی (ره) سروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی خلقی را تکمیل نمودند. یک گروه آزمایش در هشت جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر آزمایش تحت هشت جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: بر این اساس، بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر زیر مقیاس تنظیم شناختی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه تفاوت معنی‌داری در مقایسه این دو درمان در متغیرهای مورد بررسی در این بیماران گوارشی مشاهده نشد، پیشنهاد می‌شود در ای دو روش درمانی در این دسته از بیماران به کار برده شوند.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی، بیماران گوارشی.

Keyword: Treatment based on acceptance and commitment, cognitive therapy based on mindfulness, cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility, emotional dyslexia, digestive patients.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸

مقدمه

دستگاه گوارش یکی از دستگاه‌های فعال در بدن انسان است که کار خود را در چهار بخش بلع، گوارش، جذب و هضم انجام می‌دهد و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دستگاه‌های بدن، بیماری‌های مربوط به خود را دارد که گریبان‌گیر بسیاری از افراد است. زمانی که دستگاه گوارش دچار مشکل و اختلالی می‌شود، علائمی از خودش نشان می‌دهد. بیماری‌های دستگاه گوارش^۱ به تمامی بیماری‌هایی که مربوط به دستگاه گوارش باشد، گفته می‌شود که شامل بیماری‌های مری^۲، معده^۳، سه بخش اول، دوم و سوم دوازدهه^۴، تهی‌روده^۵، چم‌روده^۶، دریچه ایلئوسکال^۷ و مجموعه روده بزرگ^۸ (شامل کولون صعودی^۹، عرضی^{۱۰}، نزولی^{۱۱}، سیگموئید^{۱۲} و راست‌روده^{۱۳}) می‌شود (بوریش^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان‌دهنده همراهی بیماری‌های بدنی و روانی هستند (پلیسر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۰، جانکزک^{۱۶}، ۲۰۲۲).

اصطلاح روان تنی^{۱۷} گویای ارتباط نزدیک ذهن با جسم و نشانگان روان تنی دربرگیرنده گروه بزرگی از بیماری‌های دستگاه گوارش می‌باشد (سادوک^{۱۸} و سادوک، ۲۰۱۵). در توضیح رابطه بین اختلال‌های روانی و بیماری‌های گوارشی به نشانه‌های بدنی مشترک، تأثیر استرس روان‌شناختی بر بیماری بدنی و نیز پدیده همبودی اشاره می‌شود (پلیسر و همکاران، ۲۰۱۰). تظاهرات غیرطبیعی روان‌پزشکی در بیماران مبتلاء به نشانگان روده تحریک پذیر تا ۸۰٪ موارد و اضطراب در ۶۷٪ از مبتلایان به اسپاسم مری^{۱۹} و اختلال برگشت معده گزارش شده‌اند (دورازو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

1. gastrointestinal diseases
2. esophageal diseases
3. stomach
4. duodenum
5. jejunum
6. ileum
7. ileocecal valve
8. Colon
9. ascending colon
10. transverse colon
11. descending colon
12. Sigmoid
13. Rectum
14. Burisch
15. Pellissier
16. Janeczek
17. psychosomatic
18. Sadock
19. esophageal spasm
20. Durazzo

استرس شدید، بگومگوهای خانوادگی و افسردگی، ماشه چکان آغاز علائم دانسته شده‌اند. اختلال روان‌تنی به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر روان قرار دارد یا توسط روان ایجاد می‌شود، تعریف شده‌است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). مسائل روان‌شناختی در ارتباط با اختلالات روان‌تنی از جمله اختلالات گوارشی نشان می‌دهد که تنظیم مشکل‌دار هیجان‌ها، مانند خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های معده‌ای و روده‌ای، قلبی-عروقی نقش دارند (دیکسن-گوردون، کنکی و والن^۱، ۲۰۱۸، الروح و خاتر^۲، ۲۰۲۳). بنابراین، از آنجایی که تنظیم هیجان نقشی محوری در تحول بهنجار دارد و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روان‌تنی به‌شمار می‌رود، نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌شان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی‌سازی از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند. بنابراین، می‌توان گفت، تنظیم هیجان عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (نولن-هاکسما^۳ و همکاران، ۲۰۱۲، اکستریما، سانچز-آلوارز و ری^۴، ۲۰۲۰). به‌طور اجمالی، می‌توان اذعان نمود که افراد از روش‌های مختلفی جهت تنظیم هیجان‌شان استفاده می‌کنند و یکی از متداول‌ترین این روش‌ها استفاده از راهبردهای شناختی است (اوسی، حمید و بووت^۵، ۲۰۲۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به‌کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند (گرانفسکی و کراچی^۶، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر، یکی از متغیرهایی که در اغلب اختلالات روان‌تنی و تنظیم هیجانی دخیل می‌باشد، انعطاف‌پذیری شناختی^۷ است (فراهانی و همکاران، ۲۰۲۳، کنلی، میلان و پائولسن^۸، ۲۰۲۳). توانایی تغییر آمایه‌های شناختی^۹ به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (دنيس، وندر و وال^{۱۰}، ۲۰۱۰). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری^{۱۱} بیشتری دارند (فیلیپس^{۱۲}، ۲۰۱۱، هاشمی دزکی، عینی و عبادی کسباخی، ۲۰۲۱). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط

¹ . Dixon-Gordon, Conkey & Whalen

² . Al-Rfooh & Khater

³ . Nolen-Hoeksema

⁴ . Extremera, Sanchez-Alvarez & Rey

⁵ . Oussi, Hamid & Bouvet

⁶ . Garnefski & Kraaij

⁷ . cognitive flexibility

⁸ . Kenneally, Milam & Paulson

⁹ . cognitive sets

¹⁰ . Dennis, Vander & Wal

¹¹ . resilience

¹² . Phillips

محیطی سازگار کند (دیکستین^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). وقتی فرد انعطاف‌پذیری شناختی نداشته باشد به‌طور غیرفعال با شرایط محیطی، بیماری و سلامت روان مواجه می‌شود و معمولاً به‌خطا می‌رود، پس با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکری ایجاد کرد (اورتگا^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی از مولفه‌های مستقیم و مرتبط با انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی^۳ است (خان و جافی^۴، ۲۰۲۲). از نظر لغوی ناگویی هیجانی به‌معنی فقدان واژگان برای بیان احساسات است (مهدوی و منشئی، ۱۳۹۵). ویژگی‌های اصلی ناگویی خلقی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکار سازی بازخوردها، احساس، تمایل و سائق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در به‌کارگیری احساس‌ها به‌عنوان علائم مشکلات هیجانی، تفکر در مورد واقعیت‌های کم اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (پریس^۵ و همکاران، ۲۰۲۲).

پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی را به‌منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران گوارشی بیان کرده‌اند (آلنزی و لیوسای^۶، ۲۰۲۳، پالسن^۷، ۲۰۱۵). طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل هیپنوتراپی، بازخورد زیستی، درمان شناختی رفتاری و آموزش تنش زدایی در درمان و کاهش علائم بیماران گوارشی اثر بخش بوده‌اند (بلنچارد^۸، ۲۰۰۷). یکی از روان‌درمانی‌های جدید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ (ACT) می‌باشد که این درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به اختلال کارکردی گوارش اثر بخش بود (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پر معنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۰} به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کنند. این رویکرد درمانی دارای شش فرایند مرکزی می‌باشد که عبارتند از: پذیرش^{۱۱}، گسلش^{۱۲}، خود به‌عنوان زمینه^{۱۳}، بودن در لحظه حال^{۱۴}، ارزش‌ها^{۱۵} و عمل متعهدانه^{۱۶} که در نهایت منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

1. Dickstein

2. Ortega

3. alexithymia

4. Khan & Jafee

5. Preece

6. Alenezi & Livesay

7. Palsson

8. Blanchard

9. acceptance and commitment-based therapy (ACT)

10. psychological flexibility

11. acceptance

12. defusion

13. self as context

14. present

15. values

16. committed action

می‌شوند. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، استروسال و ویلسون^۱، ۲۰۰۹). کاهش بار کلی علائم و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد.

بر این اساس، ژانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای دریافته‌اند که درمان‌های مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث تغییر الگوهای رفتاری مربوط به سلامتی می‌شوند که کلید ساختاری این تغییر انعطاف‌پذیری شناختی است. اسکات، هان و مک‌کراکن^۳ (۲۰۱۶) در مطالعه خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران با دردهای مزمن مورد بررسی قرار دادند و بر اساس این مطالعه، این روش درمان در طی ۸ ماه با بیماران انجام شد و تفاوت‌های چشم‌گیری در عملکرد، پذیرش درد، همجوشی شناختی، تمرکززدایی، عمل متعهدانه و افسردگی نسبت به قبل از ارائه درمان مشاهده شد و براساس این پژوهش درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود فشار خون بالا و تنظیم هیجان شناختی مفید باشد. در پژوهش جلوداری، سوداگر و بهرامی (۱۳۹۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنی‌دار می‌سازد. در مطالعه خاکباز (۱۳۹۳) نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی می‌تواند به‌طور معنی‌دار و اثربخش نمرات تنظیم هیجان و ابعاد آن (عدم پذیرش، عدم دستیابی به اهداف، مشکل در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان) را کاهش دهد. در پژوهش محمدی، صالح زاده و ناصریان (۱۳۹۴) درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل آموزش پذیرش افکار و شرایط به مراجعان در بهبود تنظیم هیجان مردان تحت درمان با متادون تأثیر داشته است. در مطالعه درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶) روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد. در پژوهش مک‌کراکن و گوتیرز - مارتینز^۴ (۲۰۱۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان افسردگی، اضطراب مربوط به درد، ناتوانی جسمی و روانی، ویزیت‌های پزشکی و شدت درد را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

یکی دیگر از درمانی‌های روان‌شناختی جدید، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ است که این درمان در کاهش علائم کلی بیماران سندرم روده تحریک پذیر و افزایش کیفیت زندگی موثر بوده است (ال-جوتسون^۶، ۲۰۱۰). از لحاظ تئوریک ذهن آگاهی به بهزیستی روان‌شناختی مربوط است، ذهن آگاهی عبارت است از: آگاهی و پذیرش غیر قضاوتی لحظه به لحظه فرد. ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک پادزهر بر اشکال رایج پریشانی روان‌شناختی مانند

^۱. Hayes , Strosahl, Wilson

^۲. Zhang

^۳. Scott, Hann & McCracken

^۴. McCracken & Gutierrez-Martinez

^۵. mindfulness based cognitive therapy

^۶. Ljotsson

اجتناب، سرکوبی یا بیش‌اشتغالی فکری و احساسی فرد عمل کند (کنگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). حضور ذهن یا ذهن آگاهی روشی مدرن برای فرار از خیالات و اقامت در زمان اکنون است. نمود عملی این مفهوم را برخی با تمرین‌هایی همراه با تمرکز و دقت کردن به حواس پنج‌گانه در درک عمیق و با آرامش لحظه‌ها و لذت‌ها توصیه می‌کنند. برای مثال: غذا خوردن آهسته و تلاش و تمرکز برای درک مزه‌ها، تمرکز بر تنفس و درک عمیق دم و بازدم، تمرکز و آرامش دوره‌ای در طی روز، یادآوری آن چیزهایی که از آن برخوردار هستیم، از مصادیق تمرین‌هایی است که در این زمینه توصیه شده است (گلدبرگ، ریردان، سان و دیویدسون^۲، ۲۰۲۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بیمار است که مزیت عمده این روش درمانی نسبت به درمان‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، در جهت تأثیر تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به درمان جویان در شناخت افکار و ارزیابی‌های نادرست کمک کند، تا به زمان حال عاری از قضاوت آگاه شوند و به ارزش‌های شخصی و توانایی‌های خود پی ببرند (هیز، ۲۰۰۶).

در پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۸) آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان شد. ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸) معتقدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک روش روان‌درمانی موثر با هدف بهبود انعطاف‌پذیری شناختی است. نتایج مطالعه گودرزی، قاسمی، میردریکوند و غلامرضایی (۱۳۹۷) نشان داد که درمان ذهن آگاهی باعث افزایش عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی افراد افسرده می‌شود. نتایج پژوهش نوروزی و هاشمی (۱۳۹۶) بیانگر این است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با به چالش کشیدن اندیشه و اصلاح احساسات، تنظیم هیجان بیمار را بهبود می‌بخشد. ژانگ و همکاران (۲۰۱۹) هم این درمان را به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد برای بهبود بهزیستی، به‌ویژه مربوط به خلق و خو و شناخت، در نظر گرفته‌اند. شاپیرو^۳ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که شرکت کنندگانی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرده‌اند، انعطاف‌پذیری شناختی به‌طور قابل توجهی بهبود یافته است. سیلبرستین، تریچ، لیهی و مک‌گین^۴ (۲۰۱۲) نشان دادند افرادی که سطح ذهن آگاهی بالاتری دارند، از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری نیز برخوردار هستند و افرادی که از نظر روان‌شناختی کمتر انعطاف‌پذیر به‌نظر می‌رسند، سطح ذهن آگاهی کمتری از خود نشان می‌دهند. در مطالعه دیگری نشان داده شد که آموزش ذهن آگاهی، نمرات پایین در اضطراب، کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌دنبال دارد (فریلیچ و شچت من^۵، ۲۰۱۰).

¹. Keng

². Goldberg, Riordan, Sun & Davidson

³. Shapero

⁴. Silberstein, Tirch, Leahy & McGinn

⁵. Freilich & Shechtman

بیماری‌های گوارشی یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیرواگیر است، که بار اقتصادی و فشار روانی بسیاری را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند. به دلیل این که متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه به نحوی بار روان‌شناختی دارند و بیماری‌های گوارشی جزء بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند، محقق به دنبال بررسی این عوامل در اختلالات گوارشی است. از سوی دیگر؛ از آنجا که عوامل روان‌شناختی اغلب دلایل هیجانی و شناختی دارند، محقق به دنبال بررسی دو نوع درمان شناختی-هیجانی است تا تأثیر هر کدام را در بهبود بیماری‌های گوارشی بیابد، همچنین، در بیشتر تحقیقاتی که محققان چه در ایران و چه در جهان انجام داده‌اند، بر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی خلقی به صورت جداگانه تأکید شده و کمتر این متغیرها با این دو پروتکل درمانی بررسی شده‌اند. در این مطالعه هدف این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی مقایسه شود.

روش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل بود که به طور مقطعی در سال ۹۹-۹۸ انجام شد. جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۹ بودند که از فهرست بیماران مراجعه‌کننده به بخش گوارش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. تمام آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه انجام پژوهش را پر کردند و به تمام آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات خصوصی آن‌ها به طور کامل محرمانه باقی خواهد ماند و با توجه به همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ جلسات به صورت مجازی تشکیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تمایل و رضایتمندی جهت شرکت در مطالعه، قادر به اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود، ابتلاء به یکی از بیماری‌های گوارشی به تشخیص متخصص گوارش، گذشت حداقل یک سال از بیماری آن‌ها، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و در طی ۵ سال گذشته دچار بیماری گوارشی شده باشند. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: تشخیص همبودی با اختلالات روان‌پزشکی و سابقه بستری با استفاده از مصاحبه تشخیصی، استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طی پژوهش مانند درمان‌های روان‌شناختی دیگر، غیبت در جلسات آموزشی مجازی.

به منظور تعیین حجم نمونه از نرم افزار Gpower استفاده شد. عوامل اندازه اثر سطح معنی‌داری، توان آزمون و تعداد گروه‌ها بدین ترتیب در نظر گرفته شدند: اندازه اثر بر اساس فراتحلیل وب، میلز و شیران، ۰/۲۴ در نظر گرفته شد، سطح معنی‌داری و توان آزمون به استناد مطالعات ۰/۰۵ و ۰/۸ لحاظ شد و تعداد گروه‌های مورد بررسی نیز ۲ گروه بود. بر این اساس، حجم نمونه ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش اول، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل)

در نظر گرفته شد (وب^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به ماهیت جامعه و بالینی بودن نمونه‌ها و به علت دسترسی بیماران گوارشی در بیمارستان برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که با انجام هماهنگی‌های لازم از بین داوطلبان شرکت در این مطالعه خواسته شد که پرسش‌نامه‌های مطالعه را تکمیل کنند، بعد از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های مخدوش به دلیل عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان، در نهایت، ۸۰ پرسش‌نامه تحلیل شد و از بین افرادی که نمره بالاتر در پیش‌آزمون (دامنه نمره کلی پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و دامنه نمره کلی پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی بین ۲۰ تا ۱۴۰ است و همچنین، دامنه نمره کلی پرسش‌نامه ناگویی هیجانی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که افراد با نمرات بالاتر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند) به دست آورده بودند، ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. یک گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در فضای مجازی و از طریق ارتباط تصویری و شنیداری تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه آزمایشی دیگر به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در فضای مجازی و از طریق ارتباط تصویری و شنیداری تحت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند، در حالی که شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند.

ابزار

پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: این ابزار توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهون^۲ در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تهیه شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان از ۹ خرده‌مقیاس و ۳ ماده تشکیل شده است. پنج خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه راهبردهای مثبت هیجان و چهار خرده‌مقیاس دیگر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی هستند. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مجدد مثبت، عینیت‌نگری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و راهبردهای منفی از خود ملامت‌گری، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران تشکیل می‌شود. دامنه نمرات هر سوال مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبردهای مذکور در مقابله با مواجهه با وقایع استرس‌زاست. همچنین، از جمع کل نمرات ۳۶ ماده، نمره کلی در دامنه ۳۶ تا ۱۸۰ به‌دست می‌آید (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). گارنفسکی و همکاران میزان آلفای کرونباخ را در مرحله بازآزمایی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه بدین شرح گزارش کردند: خود ملامت‌گری ۰/۸۱، پذیرش ۰/۸۰، نشخوار فکری ۰/۸۳، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۱، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۸۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۲، عینیت‌نگری ۰/۷۹، فاجعه‌سازی ۰/۷۲ و سرزنش دیگران ۰/۶۸. در حالی که روایی آن از طریق تحلیل عاملی تأیید شده بود. حسنی و میرآقایی (۱۳۹۱) ضمن اعتباریابی نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور، میزان

^۱. Webb

^۲. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

آلفای کرونباخ هر کدام از خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده و مقادیر زیر را گزارش کرد: خود ملامت‌گری ۰/۸۷، پذیرش ۰/۸۰، نشخوار فکری ۰/۸۵، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۷، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۰/۸۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۵، عینیت‌نگری ۰/۷۹، فاجعه‌سازی ۰/۸۲، سرزنش دیگران ۰/۸۵. همچنین، میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد. میزان پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به تفکیک خرده مقیاس‌ها بدین شرح بود: خود ملامت‌گری ۰/۷۷، پذیرش ۰/۸۳، نشخوار فکری ۰/۸۴، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۰، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۹، عینیت‌نگری ۰/۸۹، فاجعه‌سازی ۰/۸۴، سرزنش دیگران ۰/۸۵. میزان ضریب پایایی کلی نیز ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی: پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و همکاران در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است و مشتمل بر ۲۰ سوال و براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در کل گویه‌های این پرسش‌نامه موفقیت فرد برای به چالش کشیدن افکار ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با افکار کارآمد و متوازن را بررسی می‌کند و با توجه به سه جنبه انعطاف‌پذیری شناختی شامل میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت ساخته شده است (کهندانی، عبدالمعالی و الحسینی، ۱۳۹۷). دنیس و همکاران (۲۰۱۰) دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف (ادراک توجیه رفتار) و عامل ادراک کنترل‌پذیری را شناسایی کردند و اعتبار همزمان این پرسش‌نامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود و در پژوهشی پایایی پرسش‌نامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند. میزان آلفای کرونباخ کل برای این پرسش‌نامه در این مطالعه ۰/۸۱ و برای دو خرده مقیاس ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۸ به دست آمده است.

پرسش‌نامه ناگویی خلقی: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۱ در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و مجدد در سال ۱۹۹۴ توسط تیلور، بگبی و پارکر تجدید نظر شد. این مقیاس یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب

^۱. Toronto

آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. بشارت و خواجهی (۱۳۹۳) روایی همزمان مقیاس ناگویی خلقی را برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در ایران بررسی و مورد تأیید قرار دادند. در نسخه فارسی مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس تأیید کرد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی خلقی کل و ابعاد آن تأیید شد (بشارت، گرانمایه پور، علیپور، افقی، حبیب‌نژاد، ۱۳۹۳). میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۷۵ به‌دست آمد.

پروتکل درمان

الف) درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران گوارشی

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)

جلسه	محتوا	تکلیف
اول	به معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، بیان اهداف و فلسفه مداخله پذیرش و تعهد، معرفی درماندگی خلاق و نظام‌های ناکارآمد گذشته اختصاص یافت.	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان و ثبت تجربه‌های روزانه
دوم	کنترل مسأله، نه کنترل راه‌حل، بیان چگونگی تأثیر مقابله ناکارآمد اجتناب و کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه و پاندول، تقویت کنترل تجارب و راهبردهای کنترل هیجان آموزش داده شد.	مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی، تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل.
سوم	پذیرش و تمایل برای کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره طناب کشی با هیولا، تمایل آشفته‌گی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده آموزش داده شد.	اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی
چهارم	به آموزش گسلش شناختی و مشاهده مکرر افکار ناخوشایند با استعاره‌های مسافران در اتوبوس و سربازان در حال رژه اختصاص یافت.	تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی
پنجم	خود به‌عنوان زمینه، خود به‌عنوان فرایند خودآگاهی پویا، خود مفهوم سازی شده و خود مشاهده‌گر با استعاره‌های خانه با میلمان و صفحه شطرنج و تفکیک قائل شدن بین انواع خود برای گسست افکار و احساسات آموزش داده شد.	تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی
ششم	به تفاوت و تمایز قائل شدن بین احساسات و ارزش‌ها با استعاره مراسم تدفین اختصاص یافت.	شناسایی و مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی.
	عمل متعهدانه، مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری	ارائه تکلیف خانگی فعال‌سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچکتر تعیین شده).

هفتم	روانی و شناخت موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی مانند خاطرات و تفکرات، عدم مهارت- های اجتماعی، فقدان منابع حمایتی آموزش داده شد.
هشتم	به ارزیابی عمل متعهدانه، ابراز مهارت‌های آموخته شده توسط آزمودنی‌ها، آموزش نحوه مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل اختصاص یافت.

ب) درمان‌نگری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بیماران گوارشی

جدول ۲. محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (کرن، ۲۰۱۷)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضا با اهداف برنامه و بیان قوانین و آموزش اینکه، بدانند چه موقعی ذهن آن‌ها به سوی هدایت خودکار می‌رود تا بتوانند آن را کنترل کنند.
دوم	آموزش فرد در ارتباط با مشکلاتی که در تمرین واریسی بدنی ممکن است ایجاد شود و اطلاع این که چگونه افسردگی موجب ایجاد چرخه معیوبی می‌شوند، که چالش با آن‌ها دشوار است.
سوم	آگاهی از اینکه ذهن چگونه می‌تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد و یادگیری تمرکز عامدانه و آگاهی بر تنفس جهت تسهیل امکان متمرکز و یکپارچه بودن بیشتر.
چهارم	ایجاد توانایی‌هایی در فرد تا بتواند از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند و دید گسترده و متفاوتی نسبت به آن‌ها داشته باشد.
پنجم	آموزش پذیرش تجارب و احساسات ناخوشایند و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه.
ششم	آموزش اتحاد خود با افکار و نگرش، تا فرد بتواند با آن‌ها رابطه بیشتری برقرار کند.
هفتم	آموزش اینکه آگاهی به تنهایی برای حل مشکلات فرد کافی نیست و فرد باید به تدریج نحوه مراقبت از خود و ارزش گذاری تجربه لحظه به لحظه را یاد بگیرد.
هشتم	آگاهی دادن و تشویق افراد تا احساسات ناامیدی و تاسف در مورد گذشته را رها کنند و بحث در مورد اهمیت ماندن در زمان حال و چگونگی رها شدن ذهن از افسوس‌ها و نگرانی‌های گذشته و آینده.

روش اجرا

بعد از انتخاب گروه نمونه براساس معیارهای ورود، پرسش‌نامه جمعیت شناختی محقق ساخته، توسط بیماران تکمیل شد و بعد پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی- هیجانی گارنفسکی، انعطاف‌پذیری شناختی دنا و ناگویی خلقی تورنتو توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید و سپس روی یک گروه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روی گروه دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اجرا شد و هیچ درمان روان شناختی روی گروه کنترل صورت نگرفت و مجدد سه پرسش‌نامه توسط آزمودنی‌های سه گروه تکمیل گردید؛ نهایتاً دو شیوه درمانی هم نسبت به یکدیگر و هم نسبت به گروه کنترل از جهت تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی خلقی با هم مقایسه شدند.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر علاوه بر روش‌های توصیفی برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی، از روش‌های استنباط آماری شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که تمام داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به‌منظور توصیف داده‌های جمعیت شناختی پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، استفاده شد. در این پژوهش ۴۵ نفر از بیماران گوارشی در سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند، که جدول ۱ نشان‌دهنده

شاخص‌های توصیفی مربوط به جمعیت شناختی (جنس، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات) بیماران گوارشی در گروه‌های مطالعه است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در هر گروه ۱۵ بیمار گوارشی وجود دارند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به جمعیت شناختی بیماران گوارشی در گروه‌های مطالعه

جمع ستون	گروه‌های مطالعه			توصیف جمعیت شناختی		
	کنترل	ذهن آگاهی	پذیرش و تعهد			
17	6	4	7	فراوانی	زن	جنس
37/8	40	26/7	46/7	درصد		
28	9	11	8	فراوانی	مرد	
62/2	60	73/3	53/3	درصد		
22	8	7	7	فراوانی	کمتر از ۳۵ سال	سن
48/9	53/3	46/7	46/7	درصد		
23	7	8	8	فراوانی	بیشتر از ۳۵ سال	
51/1	46/7	53/3	53/3	درصد		
9	2	3	4	فراوانی	مجرد	تأهل
20	13/3	20	26/7	درصد		
36	13	12	11	فراوانی	متأهل	
80	86/7	80	73/3	درصد		
2	1	0	1	فراوانی	دکتر	تحصیلات
4/4	6/7	0	6/7	درصد		
22	5	9	8	فراوانی	ارشد	
48/9	33/3	60	53/3	درصد		
21	9	6	6	فراوانی	کارشناس	
46/7	60	40	40	درصد		
45	15	15	15	فراوانی	جمع کل	
100	100	100	100	درصد		

با توجه به استفاده از آزمون شاپیرو جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، مقدار P معنی‌دار نمی‌شود ($P > 0/05$)، در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برای تمامی متغیرها تأیید می‌شود و همچنین، بر اساس نتایج حاصل از آزمون لوین و با توجه به معنی‌دار نشدن سطح معنی‌داری ($P > 0/05$)، پیش فرض تساوی واریانس نمره‌های متغیرهای مورد بررسی بیماران گوارشی در گروه‌های مطالعه تأیید می‌شود. با توجه به این نتایج، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک (تحلیل کوواریانس) برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

به‌منظور آزمون پرسش اصلی پژوهش که عبارت است از "آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی

مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی تفاوت وجود دارد؟" از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. جدول ۲ نشان دهنده میانگین های پیش آزمون و پس آزمون تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی در گروه های مطالعه است.

جدول ۲. میانگین های پیش آزمون و پس آزمون تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی در گروه های مطالعه

گروه های مطالعه		پیش آزمون				پس آزمون			
پذیرش و تعهد	میانگین	انعطاف پذیری شناختی	ناگویی هیجانی	راهبردهای سازش یافته	راهبردهای سازش یافته	انعطاف پذیری شناختی	ناگویی هیجانی	راهبردهای سازش یافته	راهبردهای سازش یافته
پذیرش و تعهد	۹۹/۹۳	۵۱/۴۷	۴۸/۳۳	۶۹/۶۷	۹۴/۸۰	۴۵/۰۰	۳۸/۱۳	۷۶/۸۰	۷۶/۸۰
انحراف معیار	۱۸/۶۰	۱۵/۴۵	۷/۰۴	۷/۰۷	۱۶/۵۰	۱۲/۰۳	۴/۹۴	۴/۹۰	۴/۹۰
ذهن آگاهی	۱۰۳/۰۰	۵۳/۵۳	۴۳/۹۳	۷۲/۴۷	۱۰۶/۲۰	۵۰/۶۷	۱۳/۳۹	۷۸/۳۳	۷۸/۳۳
انحراف معیار	۱۸/۹۲	۱۴/۱۵	۵/۶۶	۴/۷۵	۱۶/۵۱	۱۲/۲۷	۶/۵۰	۷/۶۵	۷/۶۵
کنترل	۱۰۹/۵۳	۵۰/۵۳	۵۰/۹۳	۶۶/۷۳	۹۹/۸۰	۵۱/۳۳	۴۶/۷۳	۷۱/۹۳	۷۱/۹۳
انحراف معیار	۱۶/۲۳	۱۳/۳۲	۵/۰۲	۸/۳۲	۱۹/۰۷	۱۰/۰۵	۴/۷۷	۵/۱۵	۵/۱۵

جدول ۳ نشان دهنده نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران در گروه های مطالعه است. نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای انعطاف پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی- شناختی پس از حذف اثر پیش آزمون در پس آزمون، تفاوت میانگین ها در گروه های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل از نظر آماری معنی دار نیست ($P > 0.05$). به عبارت دیگر، نتایج بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر قابل توجهی بر نمرات کل انعطاف پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی- شناختی بیماران نداشته است. همچنین، نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر راهبردهای سازش نیافته هیجانی- شناختی پس از حذف اثر پیش آزمون در پس آزمون، تفاوت میانگین ها گروه های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل از نظر آماری معنی دار است، ($P < 0.01$) که بیانگر آن است که بیماران گوارشی که گروه های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی تحت درمان قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت درمان قرار نداشتند، کاهش در راهبردهای سازش نیافته هیجانی- شناختی داشته اند. همچنین، برای مشخص شدن تفاوت بین گروه های مطالعه در خصوص تأثیر معنی دار در کاهش راهبردهای سازش نیافته هیجانی- شناختی، لازم است از آزمون تعقیبی (LSD) به عنوان مقایسه دو به دو استفاده شود.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمرات کل تنظیم شناختی - هیجانی،

انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران در گروه‌های مطالعه

منبع اثر	متغیرهای وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p
	انعطاف‌پذیری شناختی	۱	369/974	1/229	0/274
	ناگویی هیجانی	1	335/226	2/635	0/112
۱-۲	راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی	1	711/191	53/877	0/00۱(**)
۳	راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی	۱	304/612	10/220	0/۰۰۳(**)
	انعطاف‌پذیری شناختی	2	465/385	1/546	0/225
	ناگویی هیجانی	2	179/294	1/409	0/256
۱-۲	راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی	2	230/413	17/455	0/00۱(**)
	راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی	2	70/912	2/379	0/105

معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ (**)

نتایج آزمون تعقیبی (LSD) نشان می‌دهد در میانگین‌های راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی بیماران گوارشی بین گروه پذیرش و تعهد با گروه ذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما هردو گروه با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار دارند ($P < 0/01$). بنابراین، در پاسخ به پرسش اصلی پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثر قابل توجهی بر نمرات کل انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی بیماران نداشته است، اما باعث کاهش نمره کل راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی شده است. همچنین تفاوت معنی‌داری در کاهش میانگین‌های راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی بیماران گوارشی بین گروه پذیرش و تعهد با گروه ذهن‌آگاهی وجود نداشت اما هردو گروه با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مسائل بسیاری که بیماران گوارشی و خانواده‌های آن‌ها با آن مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی - هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی انجام شد. با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثر قابل توجهی بر نمرات کل انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی بیماران نداشته است. از سوی دیگر، تنها در متغیر راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی پس از حذف اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون، تفاوت میانگین‌ها گروه‌های پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و کنترل از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. بر اساس نتایج به‌دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه خاکباز (۱۳۹۳)،

محمدی و همکاران (۱۳۹۴)، درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، مک کراکن و گوتیرز-مارتینز (۲۰۱۱)، نوروزی و هاشمی (۱۳۹۶) همسو است.

جهت تبیین این فرضیه می‌توان گفت که به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری را افزایش داده و ناگویی خلقی یا عاطفه منفی را کاهش می‌دهند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به حالت روان‌شناختی آگاهی، اقداماتی که باعث تقویت این آگاهی می‌شود، روشی برای پردازش اطلاعات و یک ویژگی شخصیتی اشاره دارد. این نوع از درمان به دلیل ویژگی بارز ذهن آگاهی یعنی آگاهی لحظه به لحظه از تجربه فرد بدون قضاوت نوعی خودکنترل‌گری را در سیستم شناختی و هیجانی ما نشان می‌دهد که توانایی در پردازش شناختی و تنظیم آن، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها را افزایش می‌دهد. بنابراین از این دیدگاه، ذهن آگاهی یک ویژگی نیست، بلکه یک حالت است. حالتی که وقتی برای ذهن پیدا می‌شود باعث افزایش آگاهی فراشناختی، کاهش نشخوارذهنی از طریق انصراف از فعالیت‌های شناختی مداوم و افزایش ظرفیت توجه از خلال تقویت حافظه کاری، افزایش همدلی، کاهش واکنش‌پذیری عاطفی و رضایت‌مندی از رابطه یعنی توانایی واکنش مناسب هنگام ایجاد استرس در رابطه و مهارت انتقال عواطف خود به دیگران می‌شود. این دستاوردهای شناختی به‌نوبه خود، به تدابیر تنظیم شناختی-هیجانی موثر کمک می‌کند (اکستریما و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پر معنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا با توجه به کنترل جریان شناختی-هیجانی با دنیای پیرامون خود تعامل کنند (فراهانی و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، این درمان کلی‌تر بوده و بسیاری از مولفه‌های ذهن آگاهی را در درون خود دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان دارای اختلالات گوارشی را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده به‌زیستی هیجانی از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آن‌ها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آن‌ها بپردازند. همچنین، تنظیم هیجان به‌عنوان روشی در تعدیل هیجان‌ها باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ‌دهی به موقعیت‌های پرتنش را به‌دنبال دارد. در واقع، افرادی که در دوره درمانی پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند؛ به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی‌شان، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط استرس‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در مورد تنظیم و مدیریت بر هیجان‌های خود پیدا می‌کنند (گودرزی، سلطانی، حسینی صدیق، همدی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۶).

همچنین، طبق نتایج به‌دست‌آمده، تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل فقط در زیرمقیاس جایگزین‌ها از نظر آماری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و در دیگر زیرمقیاس‌های انعطاف‌پذیری (کنترل و

جایگزین‌های رفتارهای انسانی)، تفاوت در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نیست. بر اساس نتایج به‌دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۱۸)، اسکات و همکاران (۲۰۱۶)، جلوداری و همکاران (۱۳۹۸)، امیری و همکاران (۱۳۹۸)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۷)، ژانگ و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که گسلش شناختی، یکی از فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود، گسلش شناختی است. از سوی دیگر، فرآیند آمیختگی نیز از طریق آن، فرایندهای کلامی، شدیداً و به‌طور نامناسب بر روی انسان تأثیر دارند، منجر می‌شود که فرد به شیوه‌هایی رفتار کند که با شبکه‌های کلامی انعطاف‌ناپذیر هدایت می‌شوند، نه با شرایط واقعی محیط (هیز و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، وقتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده را تهدیدی برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌بیند، پس می‌کوشد ارتباط با انواع دیگری از تجربه خود را ارتقاء بخشد. یکی از این موارد، معنا و حسی از خود به‌عنوان زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی رخ می‌دهد (کنلی و همکاران، ۲۰۲۳). این حس متعالی از خود در انسان‌هاست و از طریق فرآیند گسلش و ذهن آگاهی و یا درمان از طریق ذهن آگاهی یا مراقبه به‌دست می‌آید. مزیت اصلی این حس متعالی از خود، آن است که خودزمینه‌ای است که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نیست. به‌عبارت دیگر، "خود به‌عنوان زمینه" پذیرش را حمایت می‌کند. شماری از مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف‌شان این است که به مراجعان کمک کنند تا جنبه‌های کیفی خود به‌عنوان زمینه را به‌طور مستقیم تجربه کنند (هاشمی و همکاران، ۲۰۲۱) همان‌طور که پیش‌تر گفته شد چون درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ویژگی یا حالت ذهن آگاهی را القا می‌کند، بنابراین، می‌تواند در افزایش انعطاف‌پذیری اختلالات روان‌تنی از طریق کاهش مکانیسم‌های گسلش، آمیختگی و آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده اختلالات روان‌تنی موثر باشد. به‌دلیل تفاوت‌های فردی در زمان شرکت در این مطالعه، درجه شدت بیماری و توانایی درک مفاهیم پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی با توجه به شرایط بیماران می‌توان نتیجه گرفت که کل انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه درمانی تفاوت معنی‌داری دیده نشده است، اما با توجه به گروه کنترل تغییر داشته‌اند.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد، تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل در زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (تشخیص، توصیف و تفکرعینی)، تفاوت در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نیست. بر اساس نتایج به دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه درویش‌باصری و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)، محمدی و همکاران (۲۰۱۵) هماهنگ است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلاء به ناگویی خلقی هیجان‌های وابسته به بدن که اغلب نرمال و بهنجار هستند، بزرگ‌نمایی می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی را تفسیر نادرست کرده و درماندگی هیجانی خود را اغلب با اختلالات روان‌تنی مانند اختلالات گوارشی نشان می‌دهند. ناگویی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است. وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در

فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت های فرد را مختل می‌سازد. این اختلال در سطح تعامل های اجتماعی، مشکلات بین فردی را بر فرد تحمیل می‌کند (خان و جافی، ۲۰۲۲).

مهم ترین محدودیت های پژوهش شامل شیوع ناگهانی بیماری کرونا و محدود شدن مراجعه حضوری شرکت کنندگان و عدم امکان کنترل تأثیر برخی از متغیرهای مداخله گر، مانند: ویژگی های هویتی شرکت کنندگان، وضعیت اجتماعی و ... بودند و همچنین، از دیگر محدودیت های پژوهش می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد؛ به عبارتی به علت محدودیت مالی و زمانی و عدم همکاری افراد، مطالعه پیگیری در این پژوهش صورت نگرفت. پیشنهادات زیر برای تحقیقات آتی ارائه می‌شود. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به انعطاف پذیری روان شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنی دار می‌سازد و آگاهی فرد از خودش بالا می‌رود، می‌توان از آن‌ها به عنوان روش های مداخله ای مؤثر برای تغییرات روان شناختی و تنظیم شناختی - هیجان در بیماران دچار اختلالات گوارشی و سایر بیماران استفاده کرد. بنابراین، توصیه می‌گردد که محققان دیگر با انتخاب نمونه بزرگ تر، نمونه هایی از دیگر بیماری های مزمن و یا بیمارستان های دیگری غیر از استان مازندران در انجام پژوهش های بعدی به منظور دستیابی به نتایج گسترده تر جهت تعمیم پذیری بیشتر یافته ها، اقدام کنند و جهت بررسی تأثیرات بلندمدت از نتایج به دست آمده در این پژوهش، تحقیقات طولی مناسب صورت گیرد و یا اثر ماندگاری در مطالعات آینده نیز مورد بررسی قرار گیرد و همچنین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از پروتکل های شناخت درمانی دیگری همراه با این پروتکل های درمانی روی بیماران گوارشی استفاده شود و از آنجایی که انجام دادن این قبیل برنامه ها و پژوهش ها در درازمدت به احتمال زیاد بر کاهش علائم منفی و روان شناختی بیماران روان تنی به ویژه بیماران گوارشی کمک خواهد کرد، پیشنهاد می‌گردد، پزشکان، روان شناسان و متخصصان حوزه سلامت برای افزایش سلامت روان بیماران مزمن به ویژه بیماران گوارشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

منابع

- امیری، نجمه، حبیبی، محمدباقر، دهاقین، وحیده، آقا امیری، مهناز سادات، موسوی، سید ابوالفضل. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان. *روان‌شناسی نظامی*، ۱۰(۳۹)، ۵۱-۶۴.
- ادیب‌نیا، فائزه، وصال، مینا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر. *مداخلات اجتماعی*، ۸(۳)، ۵-۱۱.
- بشارت، محمدعلی، خواجوی، زینب، پورخاقان، فاطمه. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و عملکرد جنسی. *رویش روان‌شناسی*، ۱(۴)، ۵۱-۶۴.
- بشارت، محمدعلی، گرنامه‌پور، شیوا، پورنقدعلی، علی، افقی، زهرا، حبیب‌نژاد، محمد، آقایی‌ثابت، سارا. (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین‌شخصی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی. *روان‌شناسی معاصر*، ۹(۱)، ۳-۱.
- ثناگوی محرر، غلامرضا، میرشکاری، حمیدرضا، صابریان بروجنی، لطف اله، میر شرف‌الدین، علیرضا. (۱۳۹۸). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افسردگی، انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران دیابتی. *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۱،۵)، ۷۱۱-۶۹۹.
- حسینی، جعفر، مبرآقایی، علی محمد. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده‌های خودکشی. *روان‌شناسی معاصر*، ۷(۱)، ۷۲-۶۱.
- خاکباز، حمید. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آفتمین بازتوانی شده*. پایان‌نامه چاپ نشده مقطع کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- جلوداری، سمیرا، سوداگر، شیدا، بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۵۲)، ۵۲۷-۵۴۸.
- درویش باصری، لیلا، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان‌پرستاری*، ۵(۱)، ۶-۱۳.
- سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی*. (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- گودرزی، میترا، قاسمی، ندا، میردریکوند، فضل‌الله، غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی افراد دارای علائم افسردگی. *شناخت*، ۵(۵)، ۶۸-۵۳.
- محمدی، لیلا، صالح‌زاده ابرقویی، مریم، نصیریان، منصوره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. *دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.

مهدوی، الناز، منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلاء به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم. فیض، ۲۰(۳)، ۲۶۰-۲۶۶.

نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس، واحدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

نوروزی، حسن، هاشمی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلاء به سرطان پستان. بیماری‌های پستان/ایران، ۱۰(۲)، ۳۸-۴۸.

Alenezi, A., Livesay, K., McGrath, I., Kimpton, A. (2023). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of Saudi ostomate patients: A mixed-methods study. *Journal of clinical nursing*, 32(13-14), 3707-3719.

Al-Rfooh, O. F., Khater, W. (2022). The impact of chronotype on physical health, psychological health, and job performance among health care providers in acute care settings. *International Journal of Healthcare Management*, 14, 1-15.

Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, K., Krasner, S., Keefer, L., Payne, A., Kuhn, E. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 633-648.

Burisch, J., Jess, T., Martinato, M., Lakatos, P. L. (2013). The burden inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(4), 322-337.

Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Taylor & Francis.

Dennis, J. P., Vander Wall, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory. Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 34(3): 241-253.

Dickstein, D. P., Nelson, E. E., McClure, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., et al. (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 341-355.

Dixon-Gordon, K., Conkey, L. C., Whalen, D. J. (2018). Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 1-5.

Durazzo, M., Lupi, G., Cicerchia, F., Ferro, A., Barutta, F., Beccuti, G., Gruden, G., & Pellicano, R. (2020). Extra-Esophageal Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease: 2020 Update. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 5229.

Extremera, N., Sanchez-Alvarez, N., Rey, L. (2020). Pathways between Ability Emotional Intelligence and Subjective Well-Being: Bridging Links through Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Sustainability*, 12(5), 2111.

Farahani, H., Azadfallah, P., Watson, P., Oaderi, K., Pasha, A., Dirmina, F., Esrafilian, F., Koulaei, B., Fayazi, N., Sepehrnia, N., Esfandiary, A., Najafi, Abbasi F., & Rashidi, K. (2023). Predicting the Social-Emotional Competence Based on Childhood Trauma, Internalized Shame, and Disability/Shame Scheme, Cognitive Flexibility, Distress Tolerance and Alexithymia in an Iranian Sample Using Bayesian Regression. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16, 351-363.

- Freilich, R., Shechtman, Z. (2010). Effectiveness of acceptance /commitment on anxiety, Psychological flexibility and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. *Journal of new Psychology*, 23(3), 24-36.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108-130.
- Hashemi Dezaki, Z., Eyni, S., Ebadi Kasbakh, M. (2021). Life satisfaction of veterans with post-traumatic stress disorder: The predictive role of cognitive flexibility and alexithymia. *Satisfaction dans la vie des vétérans atteints de trouble de stress post-traumatique : le rôle prédictif de la flexibilité cognitive et de l'alexithymie. Annales Medico – Psychologiques, revue Psychiatrique*, 179(10), 901-906.
- Hayes, S. C. (2006). Acceptance and commitment therapy. Relational from theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Second addition, the process and practice of mindful change*. New york: Guilford.
- Janeczek, P. (2022). Coexistence of mental and somatic diseases and difficulties in diagnosis and working with mentally ill people. *Journal of education, health and sport*, 12(7), 649-659.
- Jennings, T., Flaxman, P., Egdell, K., Pestell, S., Whipday, E., Herbert A. A. (2017). Resilience training programme to improve nurses' mental health. *Nurs Times*, 113(10), 22-6.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056
- Khan, A. N., Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 963-972.
- Ljotsson, B., Andrewitch, S., Hedman, E., Ruck, C., Andresson, G., Lindefors, N. (2010). Exposure and mindfulness therapy for irritable bowel syndrome-An open pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41, 185-190.
- Masuda, A., Mandavia, A., Tully, E.C. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American, Journal of Psychology*, 5(3), 230-236.
- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.

- Ortega, L. A., Tracy, B. A., Gould, T. J., Parikh, V. (2013). Effects of chronic low-and high-dose nicotine on cognitive flexibility in C57BL/6J mice. *Behavioral brain research*, 238, 134-145.
- Oussi, A., Hamid, K., Bouvet, C. (2023). Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence, alexithymia, emotion regulation, and coping. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 79, 101835.
- Palsson, O. S. (2015). Hypnosis Treatment of Gastrointestinal Disorders: A Comprehensive Review of the Empirical Evidence. *Am J Clin Hypn*, 58(2), 134-58.
- Pellissier, S., D. C., Canini, F., Mathieu, N., Bonaz, B. (2010). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 653-662.
- Phillips, E. L. (2011). *Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation)*. Michigan: The University of Michigan.
- Preece, D. A., Mehta, A., Becerra, R., Chen, W., Allan, A., Robinson, K., Boyes, M., Hasking, P., & Gross, J. J. (2022). Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 296, 337-341.
- Silberstein, L. R., Tirsch, D., Leahy, R. L., McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *Int J Cognitive Therapy*, 5(4), 406-19.
- Scott, W., Hann, K. E., McCracken, L. M. (2016). A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of contemporary psychotherapy*, 46(3), 139-148.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Pedrelli, P., Meade, K., Lazar, S. W. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy improves cognitive functioning and flexibility among individuals with elevated depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(5), 1457-1469.
- Webb, T. L., Miles, E., Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775-808.
- Zargar, Y., Hakimzadeh, G., Davodi, I. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hypertension and Emotion Cognitive Regulation in People with Hypertension: A Semi-Experiential Study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 8(2), 1-7.
- Zhang C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.
- Zhang, J., Deng, X., Huang, L., Zeng, H., Wang, L., Wen, P. (2019). Profile of trait mindfulness and its association with emotional regulation for early adolescents. *Personality and Individual Differences*, 147, 12-17.