

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی

سیده فرزانه حسینی<sup>۱</sup>، زهرا تنها<sup>۲\*</sup>، جواد کریمی<sup>۳</sup>، عزت اله قدم پور<sup>۴</sup>

۱-دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۲-استادیار، گروه روان شناسی، واحد خرم آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم آباد، ایران

۳-استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

۴-دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

یافته / دوره ۲۳ / شماره ۲ / بهار ۱۴۰۰ / مسلسل ۸۷

### چکیده

دریافت مقاله: ۹۹/۱۱/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱/۱۴

مقدمه: دستگاه گوارش، به عنوان یکی از مهم ترین دستگاه های بدن، بیماری های مربوط به خود را دارد که گریبان گیر بسیاری از افراد است. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی است.

مواد و روش ها: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نامعادل بود و جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران گوارشی شهر ساری بودند که در سال ۱۳۹۹ به مرکز درمانی بیمارستان امام خمینی مراجعه کردند و نمونه آنها شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای گروه آزمایشی و ۱۵ نفر برای گروه کنترل)، که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، اعضای گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل نیز هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و انعطاف پذیری شناختی (دنا و ونادروال، ۲۰۱۰) و نوع روش آماری این پژوهش، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بود.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی اثربخش بوده است و به شکل معناداری موجب بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی شد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، می توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روش موثر برای ارتقاء راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی استفاده کرد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هیجان، شناخت، بیماران گوارشی.

\*آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: Tanha\_zahra1986@yahoo.com

## مقدمه

دستگاه گوارش یکی از سیستم‌های 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. بیماری‌های دستگاه گوارش به تمام اختلالاتی که مربوط به دستگاه گوارش است، گفته می‌شود که شامل بیماری‌های مری، معده، سه بخش اول، دوم و سوم دوازدهه، تهی‌روده، چم‌روده دریچه ایلئوسکالو مجموعه روده بزرگ (شامل کولون صعودی، عرضی، نزولی، سیگموئید و راست‌روده) می‌باشند (۱). به نظر می‌رسد علاوه بر علل جسمانی که در بروز بیماری‌های گوارشی دیده می‌شود، عوامل روانی نیز تا حدود زیادی در بروز چنین مشکلاتی تأثیرگذار باشند (۲).

بیماران گوارشی در طول بیماری خود مشکلات روان‌شناختی بیشتری مانند افسردگی، استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند (۳) و همچنین به‌دلیل پایین بودن حمایت اجتماعی این بیماران، سلامت عمومی آن‌ها بیشتر در معرض خطر قرار دارد (۴). این افراد به دلیل وجود بیماری‌شان در هنگام مواجهه با یک رویداد تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه بیشتری استفاده می‌کنند (۵). با توجه به این دلایل بیماران گوارشی را می‌توان در دسته بیماری‌های روان‌تنی قرار داد.

اصطلاح روان‌تنی گویای ارتباط نزدیک ذهن با جسم و نشانگان روان‌تنی است که دربرگیرنده گروه بزرگی از بیماری‌های دستگاه گوارش می‌باشد (۶). 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 (۷). به طوری‌که، تظاهرات غیرطبیعی روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر تا ۸۰٪ موارد و اضطراب در ۶۷٪ از مبتلایان به اسپاسم مری و اختلال برگشت معدی

گزارش شده‌اند (۸). تیلور و هلشیر نشان دادند که بیماری سوء‌هاضمه ارتباط نزدیکی با افسردگی، اضطراب و استرس و به طور کلی اختلالات خلقی دارد (۹).

بررسی مسائل روان‌شناختی در ارتباط با اختلالات روان‌تنی، از جمله اختلالات گوارشی، نشان می‌دهد که تنظیم نادرست هیجان‌هایی مانند خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی بیماری‌های معده‌ای و روده‌ای نقش دارند (۱۰، ۱۱). بنابراین از آنجایی که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار دارد و ضعف در آن، عامل مهمی در ایجاد اختلال‌های روان‌تنی به‌شمار می‌رود، نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌ات خود در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی‌سازی شده از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند. از این رو، می‌توان گفت که تنظیم هیجان عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی است و دارای کارکرد اثربخشی در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی است (۱۲).

به‌طور اجمالی، می‌توان اذعان نمود که افراد از روش‌های مختلفی جهت تنظیم هیجان‌ات خود استفاده می‌کنند و یکی از متداول‌ترین این روش‌ها استفاده از راهبردهای شناختی است (۱۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به‌کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند. بنابراین، افکار و شناخت‌ها در توانایی مدیریت، نظم‌جویی و کنترل احساس‌ها و هیجان‌ها بعد از تجربه یک رویداد تنیدگی‌زا نقش بسیار مهمی دارند (۱۴).

مطالعات مختلف نیز بر نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بهبود شرایط روانی بیماران مختلف گوارشی تأکید داشته‌اند. برای مثال، زولنسکی و همکاران در مطالعه خود که میزان ارتباط بیماری‌های گوارشی و

تنظیم هیجانی را بررسی می‌کردند، نشان دادند که بین بیماری‌های گوارشی و تنظیم هیجان آزمودنی‌های این مطالعه رابطه وجود دارد (۱۱). همچنین وانگ و همکاران در مطالعه‌ای که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده علائم افسردگی بررسی کردند، متوجه شدند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نمرات علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۵). علی اکبری و همکاران نیز در پژوهشی که با بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی انجام دادند نشان دادند که دشواری‌های تنظیم هیجانی بر اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی اثر مستقیم و بر شدت علائم گوارشی اثر غیر مستقیم معناداری دارد (۱۶).

از سوی دیگر، یکی از متغیرهایی که در اغلب اختلالات روان‌تنی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دخیل می‌باشد، انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۷). توانایی تغییر آماه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۸). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت 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 بیشتری دارند (۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (۲۰). وقتی فرد انعطاف‌پذیری شناختی نداشته باشد به‌طور غیرفعال با شرایط محیطی، بیماری و سلامت روان مواجه می‌شود و به‌طور معمول به خطا می‌رود، پس با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکری ایجاد کرد (۲۱). تحقیقات مختلف براساس متغیر انعطاف‌پذیری شناختی صورت گرفته است برای مثال؛ جهانگیری و همکاران در مطالعه‌ای که به مقایسه‌ی ابعاد

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و هم‌تایان عادی پرداختند، نشان دادند که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به هم‌تایان عادی از سطح پایین‌تری از انعطاف‌پذیری شناختی برخوردارند و این امر را می‌توان در شروع یا تشدید علائم آنها مؤثر دانست (۲۲). همچنین پسندیده و سالک‌مهدی بیان کردند که توجه به ابعاد روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های دستگاه گوارش و به‌طور ویژه استرس و انعطاف‌پذیری شناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است (۲۳).

به نظر می‌رسد که در درمان بیماری‌های روان‌تنی، علاوه بر توجه به درمان‌های متمرکز بر جسم، لزوم استفاده از روش‌های روان‌درمانی نیز مورد تأکید است. تا جایی که پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی را به‌منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران گوارشی بیان کرده‌اند (۲۴). طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل هیپنوتراپی، بازخورد زیستی، درمان شناختی رفتاری در درمان و کاهش علائم بیماران گوارشی اثربخش بوده‌اند (۲۵). همچنین به‌طور جداگانه، در پژوهش کشاورزی‌مقدم مشاهده شد که هیپنوتراپی در کاهش شدت علائم مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر است (۲۶). چپاریونی و همکاران نشان دادند که بازخورد زیستی در دستگاه گوارش تأثیر داشته است (۲۷). فولادی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند درمان مؤثری در بهبود و ارتقای سلامت روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر باشد (۲۸). یکی از روان‌درمانی‌های جدید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال کارکردی گوارش اثر بخش بوده است (۲۹) و برخی از پژوهشگران بر تأثیر این روش درمانی بر بیماری‌های روان‌تنی اشاره داشته‌اند (۳۰). درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن آگاهی، 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 به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کنند (۳۱). این رویکرد درمانی دارای شش فرآیند مرکزی می‌باشد که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، بودن در لحظه حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که در نهایت منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۲۹). 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 (۳۲) که البته اثربخشی این روش درمانی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این بیماران کمتر مورد توجه محققان بوده است.

بر این اساس، ژانگ و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که درمان‌های مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث تغییر الگوهای رفتاری مربوط به سلامتی می‌شوند که کلید ساختاری این تغییر انعطاف‌پذیری شناختی است (۳۳). اسکات و همکاران در مطالعه خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران با دردهای مزمن مورد بررسی قرار دادند و براساس این مطالعه، این روش درمان در طی ۸ ماه با بیماران انجام شد و تفاوت‌های چشمگیری در عملکرد، پذیرش درد، همجوشی شناختی، تمرکزذایی، عمل متعهدانه و افسردگی نسبت به قبل از ارائه درمان مشاهده شده است (۳۴). زرگر و همکاران در مطالعه خود اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به فشار خون بالا بررسی کرده‌اند و براساس این پژوهش درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود فشار خون بالا و تنظیم هیجان شناختی مفید باشد (۳۵). در پژوهش

جلوداری و همکاران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنادار می‌سازد (۳۶). در مطالعه خاکباز نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی می‌تواند به‌طور معنادار 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 (۳۷). در پژوهش محمدی و همکاران 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 (۳۸). در مطالعه درویش باصری و دشت بزرگی 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 (۳۹). در پژوهش مک‌کراکن و همکاران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان افسردگی، اضطراب مربوط به درد، ناتوانی جسمی و روانی، ویژگی‌های پزشکی و شدت درد را به میزان قابل توجهی کاهش داده است (۴۰).

با توجه به اینکه بیماری‌های گوارشی یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیر واگیر است، که بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و نظام بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کنند و از آنجا که تنظیم هیجانی و انعطاف‌ناپذیری شناختی از جمله عواملی هستند که در افراد دچار مشکلات گوارشی بسیار دیده می‌شود (۲۳). همچنین، به این دلیل که اغلب متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه به نحوی بار روان‌شناختی دارند و اغلب بیماران گوارشی جزء بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند و با توجه به اینکه درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند تا حدود زیادی از بار این مسائل بکاهد، پرداختن به موضوعاتی از این دست، نوآوری این مطالعه محسوب

شده و ضرورت دارد. محقق به دنبال بررسی فرضیه‌های زیر است:

۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران گوارشی موثر است.

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران گوارشی موثر است.

## مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل بود که به‌طور مقطعی در سال ۹۹-۹۸ انجام شد.

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۹ بودند که از فهرست بیماران مراجعه‌کننده به بخش گوارش از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تمام آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه انجام پژوهش را پر کردند و به تمام آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات خصوصی آن‌ها به‌طور کامل محرمانه باقی خواهد ماند و با توجه به همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ جلسات به‌صورت مجازی تشکیل شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: تمایل و رضایتمندی جهت شرکت در مطالعه، قادر به اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود، ابتلا 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، 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.

به‌منظور تعیین حجم نمونه از نرم افزار Gpower استفاده شد. عوامل اندازه اثر سطح معناداری، 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 معناداری و توان آزمون به استناد مطالعات ۰/۵ و ۰/۸ لحاظ شد. تعداد گروه‌های مورد بررسی نیز ۲ گروه بودند. بر این اساس، حجم نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شد (۴۱). 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 که در این مطالعه افرادی که نمرات بالاتری به‌دست آوردند، در مطالعه وارد شدند، همچنین، دامنه نمره کلی پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که افراد با نمرات بالاتر به عنوان نمونه انتخاب شدند) به‌دست آورده بودند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در فضای مجازی و از طریق ارتباط تصویری و شنیداری تحت درمان قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل ابتدا هیچ آموزشی دریافت نکردند ولی بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فضای مجازی به آن‌ها هم آموزش داده شد.

## پروتکل درمان

### درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران گوارشی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از الگوهای درمانی بسط یافته اخیر است که فرآیندهای درمانی کلیدی آن از درمان شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. این رویکرد در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شد و قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است که به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی- رفتاری پدید آمده است. مداخله‌های این درمان بر دو فرآیند اصلی متمرکز است: پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند و تعهد به زیستن در یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن (۴۲). در این پژوهش پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون برای دو گروه اجرا و سپس طرح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک بار ارائه شد (۴۳).

## ابزار

### پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

این ابزار توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوون 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 (۴۴). 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 حالی‌که روایی آن از طریق تحلیل عاملی تأیید شده بود (۴۴). حسنی ضمن اعتباریابی نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور، میزان آلفای کرونباخ هر کدام از خرده‌مقیاس‌های 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 برنامه‌ریزی 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 (۴۵). میزان پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به تفکیک خرده‌مقیاس‌ها 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 واندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است و مشتمل بر ۲۰ سؤال 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 به‌کار می‌رود (۱۸). در کل گویه‌های این پرسش‌نامه

بحرینیان و فرمانی ضمن اعتبار یابی این ابزار، ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش شده است (۴۷). 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 به‌دست آمده است.

### تحلیل آماری

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 نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا پیش‌فرض‌های این روش مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی شرط نرمال بودن متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد.

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 به عنوان 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 (۴۶). دنیس و همکاران دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف (ادراک توجیه رفتار) و عامل ادراک کنترل‌پذیری را شناسایی کردند و اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک ۲ (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. دنیس و واندر وال 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 به‌دست آوردند (۱۸). در مطالعه سلطانی، شاره،

### جدول ۱. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال)

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	به معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، بیان اهداف و فلسفه مداخله پذیرش و عهد، 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، تمثیل آشفتنگی 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 فرآیند 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 کردن 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.
هفتم	عمل متعهدانه، مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری روانی و شناخت موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی مانند خاطرات و تفکرات، عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان منابع حمایتی آموزش داده شد.	ارائه تکلیف خانگی فعال‌سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچکتر تعیین شده).
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.	بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان

## یافته‌ها

نتایج جدول ۲ بیانگر اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل است. نتایج خی‌دو نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود ندارد.

به‌منظور بررسی شرط نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۵ و در گروه کنترل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۳ است که معنادار نیست ( $P > 0/01$ )؛ بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. برای بررسی داده‌های دور از محدوده سنجش (پرت) از نمره Z استفاده شد. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقادیر Z بالاتر از ۳+ و پایین‌تر از ۳- نبود، داده پرتی شناسایی نشد.

نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرها نشان می‌دهد که مقدار F برای تعامل بین گروه پس‌آزمون و پیش‌آزمون در متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی به ترتیب برابر با ۰/۳۲ و ۰/۴۵ است که معنادار نیست ( $P > 0/05$ )، بنابراین، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در این تحلیل رعایت شده است. نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس بین متغیرهای وابسته نشان داد که مقدار آماره ام‌باکس برابر ۵۲/۲۲ و از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/001$ ). بنابراین، از این پیش فرض فرض تخطی شده است، اما براساس نظر تاپاچنیک و فیدل، در زمان تخطی از این مفروضه و مفروضه لوین، باید سطح معناداری سخت‌گیرتری (برای مثال ۰/۰۲۵ یا ۰/۰۱) را در نظر گرفت و از آزمون چندمتغیری اثر پیلائی که مقاوم‌تر است، استفاده کرد (۴۸).

نتایج آزمون چندمتغیری اثر پیلائی برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیرهای راهبردهای تنظیم

شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بین گروه‌های آزمایش و کنترل برابر با ۰/۸۴۴ و از لحاظ آماری معنادار است ( $P \geq 0/01$ )؛ یعنی حداقل در یکی از متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بین گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج آزمون لوین برای بررسی فرض همسانی واریانس‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی نشان داد که مقدار F برای این متغیرها به ترتیب ۱/۲۲ و ۰/۵۲ است که معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). بنابراین فرض همسانی واریانس متغیرهای پژوهش مورد مقایسه رعایت شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳، مقدار F برای بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مورد راهبردهای شناختی مثبت برابر ۵/۷۴ و از نظر آماری معنادار است. در نتیجه، سطح تنظیم شناختی هیجانی مثبت در گروه آزمایشی، بیشتر از گروه کنترل است. همچنین، بر اساس مجذور اتای تفکیکی، ۲/۹ درصد متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت از طریق متغیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین شده است. همچنین، مقدار راهبردهای شناختی منفی ۷۹/۷۴ به دست آمد که معنادار بوده و این مقدار نسبت گروه کنترل و پیش‌آزمون کاهش داشته است. بر اساس مجذور اتای تفکیکی نیز ۲/۵ درصد متغیر تنظیم شناختی منفی از طریق متغیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین شد.

مقدار F برای بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مورد انعطاف‌پذیری شناختی برابر ۲۰/۶۹ و از نظر آماری معنادار است؛ در نتیجه، سطح انعطاف‌پذیری شناختی گروه آزمایش، بیشتر از گروه کنترل است. همچنین، براساس مجذور اتای تفکیکی، ۳/۲ درصد متغیر

انعطاف‌پذیری شناختی از طریق متغیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین شده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران گوارشی در دو گروه آزمایش و کنترل (n=۳۰)

متغیرها	گروه‌ها	گروه آزمایش	گروه کنترل	میزان خیدو	سطح معناداری
جنسیت	زن	۷	۶	۱/۳۳۳	۰/۵۱۲
	مرد	۸	۹		
سن	کمتر از ۳۵ سال	۷	۸	۱/۲۵۰	۰/۱۲۳
	بیشتر از ۳۵ سال	۸	۷		
تأهل	مجرد	۴	۲	۱/۳۰۱	۰/۵۶۳
	متأهل	۱۱	۱۳		
تحصیلات	دکتر	۱	۱	۱/۴۱۴	۰/۳۰۱
	کارشناسی ارشد	۷	۶		
	کارشناس	۷	۸		

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای راهبردهای شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پس از آزمون و پیش از آزمون و نتیجه نهایی آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته	گروه	پس از آزمون		پیش از آزمون		نتیجه آزمون		
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	MS	F	P
راهبردهای شناختی مثبت	آزمایش	۷۸/۴۴ ± ۸/۹	۵۹/۰۴ ± ۹/۷	۴۹/۴۴ ± ۹/۹	۴۰/۵۵	۵/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۲۹
	کنترل	۴۹/۰۹ ± ۱۰/۸	۴۹/۴۴ ± ۹/۹	۴۹/۴۴ ± ۹/۹	۴۰/۵۵	۵/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۲۵
راهبردهای شناختی منفی	آزمایش	۵۰/۰۴ ± ۸/۵	۴۸/۴۱ ± ۷/۴	۴۸/۴۱ ± ۷/۴	۲۰/۶۹	۵/۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲
	کنترل	۴۸/۵۵ ± ۸/۴	۴۸/۴۱ ± ۷/۴	۴۸/۴۱ ± ۷/۴	۲۰/۶۹	۵/۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش	۴۸/۰۲ ± ۵/۹	۳۳/۷۹ ± ۵/۱	۳۳/۷۹ ± ۵/۱	۲۰/۶۹	۵/۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲
	کنترل	۳۳/۵۵ ± ۴/۳	۳۳/۷۹ ± ۵/۱	۳۳/۷۹ ± ۵/۱	۲۰/۶۹	۵/۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران گوارشی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. متناسب با این پژوهش، نتایج پژوهش‌های هاماماز و همکاران (۴۹)، وانگ و همکاران (۱۵)، خاکباز (۳۷)، شریفی باستان و همکاران (۵۰) و سبزی‌گل و کاظمی (۵۱) هم تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأیید می‌کنند. بیشتر پژوهش‌های مورد بررسی با یافته‌های این مطالعه همخوان بودند و تنها تفاوتی که دیده می‌شد در روش درمان این پژوهش‌ها بود که بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی نشده بودند. برخلاف باورهای قدیمی، در گستره فعلی متون روان‌شناختی می‌توان ادعان

داشت که هیجان‌ها دارای کارکردهای مفید هستند و برای سازگاری در زندگی روزمره ضروری می‌باشند مطابق با آنچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند، اگر هیجان‌ها در زمان، مکان و موقعیت مناسب ابراز شوند منجر به پیامدهای مثبت خواهند شد. با این وجود، عدم مدیریت و ناتوانی در کنترل فرآیندهای هیجانی یکی از کانال‌های بروز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های روان‌تنی است (۵۲).

یکی از مهمترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. در همین راستا، پژوهش محمدی و همکاران نشان داد که ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد آن‌ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌هایشان با وجود مشکلات باعث می‌شود که ضمن تحقق اهداف، شادکامی ناشی از آن نیز به رضایت از زندگی منجر شود و افراد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی بخشد (۳۸).

راه‌حل‌های هیجان مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد، رها می‌کند (۴۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان 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، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان روشی در تعدیل هیجان‌ها منجر به مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخدهی به موقعیت‌های پرتنش را به دنبال 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 استرس آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در مورد تنظیم و مدیریت بر هیجان‌های خود پیدا می‌کنند (۵۷).

در این پژوهش این روش درمانی به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته باعث شد که بیماران هنگام مواجهه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ حرمت خویشتن از دلواپسی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، بی‌تابی و بی‌قراری ناشی از مقابله با مشکلات بکاهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز و در نهایت، بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان آن‌ها شد. رویارویی فعال و مؤثر با احساس‌ها، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و تعهد به هدفی

پژوهش‌های فلکسمن و همکاران (۵۳)، درویش باصری و دشت بزرگی (۳۹) نشان دادند که با آموزش نحوه استفاده از راهبردهای کاربردی، افراد آموختند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی و احساسات ناخواسته مانند اضطراب و گناه با افزایش پذیرش روان‌شناختی خود نسبت به تجارب درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی دست یابند و مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سر راه بردارند و از این طریق باعث افزایش سلامت و بهزیستی روان‌شناختی خود شوند. همچنین، مطالعات تجربی جورج و گازمن (۵۴)، مک‌مولن و همکاران (۵۵) نشان دادند که راهبردهای پذیرش بر تنظیم احساسات تأثیر مثبت می‌گذارند، انگیزتگی فیزیولوژیکی را کاهش و پاسخ‌های موثر در کنترل هیجانی را ارتقاء می‌دهند. آسانجرانی و همکاران اعتقاد داشتند که روش‌های جلوگیری یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی‌تأثیر است، بلکه نتیجه عکس دارد و استرس افراد را تشدید می‌کند. بنابراین به افراد کمک می‌شود افکار مزاحم را به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از عواقب و ماهیت آن‌ها آگاه شوند و به جای پاسخ به این افکار، فعالیت‌های مفیدی را که مطابق با ارزش‌هایشان است، انجام دهند و در نهایت، می‌توانند بر اهداف و برنامه‌های خود تمرکز کرده و به نتایج احساسی مثبت و مطلوبی برسند (۵۶).

در تبیین این یافته می‌توان این گونه بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد با آموزش ناامیدی خلاق به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ها و شناخت‌های خود، آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به‌منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند. به همین دلیل، این شیوه درمانی مراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن شده و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به

اجتماعی را می‌توان جزء عوامل اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانست (۴۳).

علاوه بر آن، نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی هم است. متناسب با این پژوهش، یافته‌های ماسودا و تالی (۵۸) نشان دادند انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند. دوال و همکاران (۵۹)، اسکات و همکاران (۳۴) به این نتیجه رسیدند که مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. همچنین شریفی و میکائیلی (۶۰) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معناداری انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. همچنین، یافته‌ها با پژوهش‌های تیلکی (۶۱)، دهقانی (۶۲)، ایزدی و همکاران (۶۳)، حر و همکاران (۶۴) و مک کراکن و گوتیرز مارتینز (۴۰)، پیرسون و همکاران (۶۵) همسو است. ادبیات پژوهشی و پژوهش‌های مروری نیز قویاً نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مؤثر برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی است.

عوامل روانی در بروز بیماری‌های گوارشی تأثیرگذار است و بیماران گوارشی در گروهی از بیماران روان‌تنی قرار دارند که از نظر روان‌شناختی نیازمند ارائه راهبردهایی برای کاستن از میزان فشارهای عصبی و روانی بوده تا انعطاف‌پذیری آن‌ها بیشتر شود. از جمله این راهبردها، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در آموزش این درمان تلاش می‌شود تا نحوه ارتباط شخص با افکارش عوض شود. آن هم به وسیله ایجاد ساختاری که در آن کارکردهای نامطلوب افکار کاهش می‌یابد. از آن جایی که این درمان نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی است و درمان ترکیبی از استعاره، جمله‌های متناقض و مهارت‌های توجه‌افزایی و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های مبتنی بر تجربه و مداخلات رفتاری بوده و نیز اثربخشی آموزش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طیف گسترده‌ای از بیماری‌های روانی و جسمی مانند افسردگی، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، درد مزمن، مدیریت رفتار در دیابت، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم‌اشتهایی روانی، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی معلوم شده است، به طور قطع می‌تواند اثرات موثر و مفیدی در کنار درمان‌های دارویی بر بیماران داشته باشد (۶۶).

در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که این شیوه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا با بهبود انعطاف‌پذیری شناختی طبق ارزش‌های انسانی عمل کند و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهد (۶۷). هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا در حقیقت به فرد تحمیل شود، که این امر باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش می‌شود. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این امر هم باعث کاهش برانگیختگی‌های روانی و هیجانی، مقابله سازگار با منابع استرس‌زا می‌شود و هم موجب کمک گرفتن در هنگام نیاز و بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی به منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود. یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود

موضوع در بیماری‌هایی که نیاز به مراقبت و توجه و پیگیری مداوم دارند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. بیماری‌های گوارشی، می‌تواند شرایط روانی و اجتماعی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد و از این طریق به شرایط جسمی آن‌ها و درمان و ادامه درمان نیز آسیب بزند. از این‌رو، در این پژوهش برخی از ابعاد روان‌شناختی بیماران گوارشی بررسی و با توجه به یافته‌های حاصل و تحلیل نتایج به دست آمده مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیرگذار بوده است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود، مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، شیوع ناگهانی بیماری کرونا و محدود شدن مراجعه حضوری شرکت‌کنندگان بود. جامعه آماری پژوهش حاضر محدود به بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی ساری و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس بود و مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی وجود نداشت. پیشنهادات پژوهشی این مطالعه این است که محققان دیگر با انتخاب نمونه بزرگ‌تر، متغیرهای دیگر، نمونه‌هایی از دیگر بیماری‌های مزمن، استفاده از سایر درمان‌های روان‌شناسی و یا بیمارستان‌های دیگری غیر از استان مازندران در انجام پژوهش‌های بعدی به‌منظور دستیابی به نتایج گسترده‌تر جهت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها، اقدام کنند. همچنین با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در بیماران گوارشی، به‌کارگیری روش‌های مؤثر و نوین روان‌درمانی البته به همراه درمان‌های دارویی می‌تواند به بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های گوارشی کمک کند، در نتیجه پیشنهاد کاربردی این مطالعه این است که فوق تخصصین گوارش و روان‌شناسان و روان‌پزشکان با یکدیگر همکاری داشته باشند و از این رویکرد مؤثر در مراکز حمایتی و درمانی استفاده شود.

خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی است. یعنی داستان شخصی، مانند قربانی بودن که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. گام پنجم، کمک به فرد است تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی است (۶۸).

این تجارب ذهنی، می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و غیره باشند. انسان‌ها با افزایش انعطاف‌پذیری در مقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیراتر می‌شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل هستند و برای حل مسأله اقدام می‌کنند. چنین وضعیتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در بیماران گوارشی در بیشتر موضوع‌ها و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی فراهم کند. در فرآیند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری کند و در واقع، این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی مانند رفتار آشکار که قابل تغییر است، متمرکز بر تغییر است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز دارد (۶۹). از سوی دیگر، پرداختن به عوامل زیستی بدون توجه به عوامل روانی و اجتماعی مانع از رسیدن به اقدامی موفقیت‌آمیز خواهد شد. مرور پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که ابعاد سلامت روان‌شناختی بیماران پزشکی می‌تواند در روند بیماری و بهبود آن‌ها تأثیرگذار باشد. این

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد می‌باشد. بدین وسیله از مرکز درمانی بیمارستان امام خمینی شهرستان ساری کمال تشکر و قدردانی را دارم.

## References

- Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL, ECCO-EpiCom. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013; 7 (4): 322-337.
- Labanski A, Langhorst J, Engler H, Elsenbruch S. Stress and the brain-gut axis in functional and chronic-inflammatory gastrointestinal diseases: A transdisciplinary challenge. *Psycho-neuroendocrinology*. 2020; 111: 104501.
- Tshabalala SJ, Tomita A, Ramlall S. Depression, anxiety and stress symptoms in patients presenting with dyspepsia at a regional hospital in KwaZulu-Natal province. *South African Journal of Psychiatry*. 2019; 25 (1): 1-7.
- Kani HT, Dural U, Sakalli Kani A, Yanartas O, Kiziltas S, Yilmaz Enc F, et al. Evaluation of depression, anxiety, alexithymia, attachment, social support and somatization in functional dyspepsia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019; 29 (1): 45-51.
- Mazaheri M, Afshar H, Nikneshan S, Adibi P. Cognitive emotion regulation strategies in patients with functional dyspepsia and healthy controls-A comparative study. *Advanced biomedical research*. 2016; 5 (1): 1-13.
- Sadock BJ, Sadock VA. Psychological factors affecting medical condition and psychosomatic medicine. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 9th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003: 822-835.
- Verhaak PF. Somatic disease and psychological disorder. *Journal of psychosomatic research*. 1997; 42 (3): 261-273.
- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine*. McGraw Hill. 2001.
- Taylor AM, Holscher HD. A review of dietary and microbial connections to depression, anxiety, and stress. *Nutritional neuroscience*. 2020; 23 (3): 237-250.
- Batebi S, Arani AM, Jafari M, Sadeghi A, Isfeedvajani MS, Emami MH. A randomized clinical trial of metacognitive therapy and nortriptyline for anxiety, depression, and difficulties in emotion regulation of patients with functional dyspepsia. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2020; 23 (2): 448.
- Zvolensky M, Jardin C, Farris SG, Kauffman B, Bakhshaie J, Garey L, et al. Gut interpretations: how difficulties in emotion regulation may help explain the relation of visceral sensitivity with depression and anxiety among young adults with gastrointestinal symptoms. *Psychology, health & medicine*. 2018; 23 (7): 840-845.
- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008; 3 (5): 400-424.

13. Dalrymple KL, Clark H, Chelminski I, Zimmerman M. The interaction between mindfulness, emotion regulation, and social anxiety and its association with emotional eating in bariatric surgery candidates. *Mindfulness*. 2018; 9 (6): 1780-1793.
14. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40 (8): 1659-1669.
15. Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y, et al. Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2014; 23 (1): 93-99.
16. AliAkbari M, Alipour A, Mohammadi N, Daghighzadeh H. Structural pattern of relationships between emotional regulation difficulties, psychological problems, somatization, and severity of gastrointestinal symptoms in gastrointestinal disorders. *Isfahan Medical School*. 2015; 33 (321): 28-44.(In Persian)
17. Qin HY, Cheng CW, Tang XD, Bian ZX. Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2014; 20 (39): 14126.
18. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34 (3): 241-253.
19. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation). Michigan: The University of Michigan. 2011.
20. Dickstein DP, Nelson EE, McClure EB, Grimley ME, Knopf L, Brotman MA, et al. Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 46 (3): 341-355.
21. Sternberg RJ, Frensch PA. On being an expert: A cost-benefit analysis. In the *psychology of expertise*. New York. 1992: 191-203.
22. Jahangiri F, Karimi J, AminAfshari M. Comparison of Psychological Flexibility in Patients with Irritable Bowel Syndrome in Normal Counterparts. *Armaghane danesh*. 2017; 22 (1): 75-86.(In Persian)
23. Pasandideh MM, Saulekmahdi F. Comparison of perceived stress, emotion regulation strategies and cognitive flexibility in patients with GIS diseases and normal individuals. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019; 8 (29): 82-100.(In Persian)
24. Parry SD, Corbett S, James PJ, Barton R, Welfare MR. Illness perceptions in people with acute bacterial gastro-enteritis. *Journal of health psychology*. 2003; 8 (6): 693-704.
25. Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Keefer L, Payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel

- syndrome. Behaviour research and therapy. 2007; 45 (4): 633-648.
26. Keshavarzi Moghadam S. Efficacy of Hypnotherapy on depression, anxiety and alexithymia in irritable bowel syndrome. Masters Thesis. Zanjan University of Medical Sciences. 2014. (In Persian)
  27. Chiarioni G, Whitehead WE. The role of biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders. Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology. 2008; 5 (7): 371-382.
  28. Fouladi N, Mohammadkhani S, Shahidi E, Ebrahimi Daryani N. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Improving and Promoting of Physical and Mental Health of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (3): 312-323. (In Persian)
  29. Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. Clinical Psychology. 2016; 4 (28): 93-102. (In Persian)
  30. Sayyar Khesmakhi S, Goli F, Omid A, Eduard Scheidt C, Givehki R. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. Practice in Clinical Psychology. 2019; 7 (2): 79-86.
  31. Ghasemi L, Jabalameli S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. J Health Syst Res. 2020; 15 (4): 255-261. (In Persian)
  32. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
  33. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. Frontiers in psychology. 2018; 8: 2350.
  34. Scott W, Hann KE, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. Journal of contemporary psychotherapy. 2016; 46 (3): 139-148.
  35. Zargar Y, Hakimzadeh G, Davodi I. 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. 2019; 8 (2): 1-7.
  36. Jelodari S, Sodagar S, Bahrami Hidaji M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and cognitive emotion regulation in women with breast cancer. Quarterly of Applied Psychology, 2020; 13 (4): 527-548. (In Persian)
  37. Khakbaz H, The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional regulation of rehabilitated methamphetamine addicts, in Faculty of

- Educational Sciences. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. 2014.(In Persian)
38. Mohammadi L, Salehzadeh AM, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2015; 23 (9): 853-861.(In Persian)
  39. Darvish Baseri L, Dasht Bozorgi Z. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on cognitive emotion regulation and emotional dysphoria in patients with type 2diabetes. *Psychiatric Nursing*. 2017; 5 (1): 7-14.(In Persian)
  40. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. 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*. 2011; 49 (4): 267-274.
  41. Webb TL, Miles E, Sheeran P. Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*. 2012; 138 (4): 775-808.
  42. Adibnia F, Wesal M. The effect of group therapy on acceptance and commitment on students' social adjustment. *Social work*. 2019; 8 (3): 5-11.(In Persian)
  43. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press; 2011.
  44. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001; 30 (8): 1311-1327.
  45. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 2 (3): 73-83.
  46. Kohandani M, Abolmaali Alhosseini Kh. Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2017; 8 (29): 53-70.
  47. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*. 2013; 18 (2): 88-96.(In Persian)
  48. Tabachnick BG, Fidell LS. *Experimental designs using ANOVA*. Belmont, CA: Thomson/Brooks/Cole; 2007.
  49. Hamama-Raz Y, Pat-Horenczyk R, Perry S, Ziv Y, Bar-Levav R, Stemmer SM. The effectiveness of group intervention on enhancing cognitive emotion regulation strategies in breast cancer patients: A 2-year follow-up. *Integrative cancer therapies*. 2016; 15 (2): 175-182.
  50. Sharifibastan F, Yazdi SM, Zahraei S. The role of cognitive emotion regulation and positive and negative affect in resiliency of women with breast cancer. *Iran J*

- Psychiatr Nurs. 2016; 4 (2): 28-49.(In Persian)
51. Sabzali Gol M, Sadat Kazemi A. Comparison of emotional cognitive regulation between two groups of men with cancer and non-cancer patients. Islamic Azad University of Tehran Medical Branch. 2016; 26 (4): 256-263.(In Persian)
  52. Costa J, Pinto-Gouveia J. Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. Clinical psychology & psychotherapy. 2011; 18 (4): 292-302.
  53. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. Routledge; 2010.
  54. George B, de Guzman RG. Effectiveness of acceptance and commitment therapy based intervention program (ACTP) on perceived stress and emotion regulation among alcoholics in Kerala, India. Indian Journal of Positive Psychology. 2015; 6 (1): 10-18.
  55. McMullen J, Barnes-Holmes D, Barnes-Holmes Y, Stewart I, Luciano C, Cochrane A. Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. Behaviour research and therapy. 2008; 46 (1): 122-129.
  56. Asanjarani F, Jazayeri R, Fatehizade M, Etemadi O, De Mol J. The effectiveness of fisher's rebuilding group intervention on divorce adjustment and general health of Iranian divorced women. Journal of Divorce & Remarriage. 2018; 59 (2): 108-122.
  57. Goodarzi F, Soltani Z, Seddigh MS, Hamdami M, Jobaneh RG. Effects of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability. MEJDS. 2017; 7.(In Persian)
  58. Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. 2012; 17 (1): 66-71.
  59. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès JL. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. Journal de Therapie Comportementale et Cognitive. 2017; 27 (1): 34-42.
  60. Sharifi V, Mikaeili N. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety and flexibility of absolute young women. JOPBS. 2016; 20 (1): 1-13.(In Persian)
  61. Tilaki M. The effectiveness of acceptance and commitment training on resilience, psychological flexibility and emotional numbness in women with chronic pain. Islamic Azad University, Shahroud Research Sciences Campus. 2016.(In Persian)
  62. Dehghani H. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on resilience of mothers with

- children with learning disabilities, in the first scientific-research congress on the development of educational sciences and psychology, sociology and society in Iran. Scientific Association for the Development of Basic Sciences and Technologies. 2015.(In Persian)
63. Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. *J Res Behave Sci.* 2014; 12 (1): 19-33.(In Persian)
64. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2diabetes. *Behavioral Science Research,* 2013; 11 (2): 121-128.(In Persian)
65. Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2012; 19 (1): 181-197.
66. Tilaki M, Taher M, Mojarrad A, Jafari SB. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Alexithymia of Women with Chronic Pain. *Psychological Studies.* 2018; 14 (3): 178-163.(In Persian)
67. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management.* 2011; 4: 41-49.
68. Räsänen P, Lappalainen P, Muotka J, Tolvanen A, Lappalainen R. An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy.* 2016; 78: 30-42.
69. Bohlmeijer ET, Lamers SM, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy.* 2015; 65: 101-106.

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Cognitive Flexibility in Gastrointestinal Patients

**Hosseini SF<sup>1</sup>, Tanha Z<sup>2\*</sup>, Karimi J<sup>3</sup>, Ghadampour E<sup>4</sup>**

1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran, Tanha\_zahra1986@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Received: 23 Jun 2021

Accepted: 3 April 2021

### Abstract

**Background:** The gastrointestinal tract, as one of the most important organs of the body, has its own diseases that involved many people. Therefore, the present study seeks to investigate the effectiveness acceptance and commitment therapy based on cognitive-emotional regulation and cognitive flexibility among gastrointestinal patients.

**Materials and Methods:** The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group was unbalanced and the statistical population of this study was all gastrointestinal patients in Sari who referred to Imam Khomeini Hospital in 2020 and its sample included 30 people (15 people for the experimental group and 15 people for the control group), who were selected using the available sampling method. Then, the members of the experimental group were treated for 8 sessions based on acceptance and commitment and the control group did not receive any treatment. Research instruments included the Cognitive-Emotional Regulation Questionnaire (Garnowski et al, 2001) and Cognitive Flexibility (Dena and Venedrwal, 2010). And the statistical method of this research was multivariate analysis of covariance.

**Results:** The results of multivariable covariance analysis showed that acceptance and commitment therapy was effective on cognitive-emotional regulation and cognitive flexibility and significantly improved cognitive-emotional regulation and cognitive flexibility in gastrointestinal patients.

**Conclusion:** According to the research findings, acceptance and commitment therapy can be used as an effective method to promote cognitive-emotional regulation and cognitive flexibility in gastrointestinal patients.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Emotion, Cognition, Gastrointestinal patients.

\***Citation:** Hosseini SF, Tanha Z, Karimi J, Ghadampour E. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Cognitive Flexibility in Gastrointestinal Patients. *Yafte*. 2021; 23(2):91-110.