

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

براساس نامه شماره ۳۱/۳/۱۱۰۱۶۹ مورخ ۹۲/۷/۱۶ مدیر کل محترم دفتر سیاستگذاری و برنامه ریزی امور پژوهشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری نام مجله یافته های نو در روان شناسی که براساس رای هشتاد و یکمین و هشتاد و دومین جلسه کمیسیون بررسی و تأیید مجلات علمی دانشگاه آزاد اسلامی مورخ ۹۰/۴/۱۶ و براساس مجوز شماره ۸۷/۲۵۴۳۳۹ مورخ ۹۰/۷/۱۶ سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی حائز امتیاز علمی پژوهشی گردیده بود به مجله روان شناسی اجتماعی تغییر یافته است.

- ۱- مقاله قبلا در نشریه دیگری چاپ نشده باشد.
 ۲- مقاله در زمینه روان شناسی اجتماعی، بر اساس محورهای ذیل و برگرفته از یافته های پژوهشی باشد.

محورهای مجله روان شناسی اجتماعی شامل موارد زیر می باشد:
 خانواده دین صنعت و جامعه نگرش ها، ارزش ها و شناخت همنوایی تبلیغات و شایعه رهبری و مدیریت جرم و بزه فرهنگ، محیط و اجتماع انسان، تکنولوژی و خلاقیت مهارت های اجتماعی و آموزش

- ۳- مقاله بر اساس ضوابط زیر تنظیم شود:
- ◆ **نام نویسنده یا نویسندگان** همراه با مشخصات هویتی، علمی و حرفه ای ذکر شده باشد.
 - ◆ **چکیده** به دو زبان فارسی و انگلیسی در یک پارگراف با افعال گذشته شامل موضوع، هدف، نمونه، ابزار یافته های پژوهش، و نتیجه نهایی باشد و برای هر کدام یک صفحه ضمیمه شده باشد.
 - ◆ **کلیدواژگان** به دو صورت فارسی و انگلیسی، متناسب با عنوان مقاله در پایین چکیده ها نوشته شود.
 - ◆ **مقدمه:** در مقدمه مبانی نظری، پیشینه، هدف(ها)، پرسش(ها)، و فرضیه (ها)ی پژوهش (در صورت لزوم) ذکر شده باشد.
 - ◆ **روش:** در روش جامعه آماری، گروه نمونه مورد مطالعه، روش نمونه برداری، طرح پژوهشی ابزار پژوهش با ذکر قابلیت اعتبار و پایایی آن و روش های تجزیه و تحلیل داده ها ارائه شده باشد.
 - ◆ **نتایج:** در نتایج یافته های، ماری، جدول ها به شکل دانشگاهی به طوری که (شماره و عنوان در بالای آن) و نمودارها(شماره و عنوان در زیر آن) درج شده باشد.
 - ◆ **بحث و نتیجه گیری:** نتیجه گیری، ترکیب و پیوند یافته های پژوهش با پیشینه پژوهشی و توضیح علل احتمالی تناقض ها ذکر شود.
 - ◆ **منابع(شامل فارسی و لاتین):** تنها منابعی ذکر شوند که در متن مقاله از آن ها استفاده شده باشد. در تنظیم منابع ترتیب زیر رعایت شود:
 - **برای کتاب:** نام خانوادگی، نام نویسنده(نویسندگان)، سال انتشار، عنوان کتاب، محل چاپ و نشر.
 - **برای مقاله:** نام خانوادگی، نام نویسنده(نویسندگان)، سال انتشار، عنوان مقاله، نام نشریه ای که مقاله در آن به چاپ رسیده است، شماره دوره نشریه و شماره صفحه های مقاله.
 - **برای پایگاه اینترنتی:** نام خانوادگی، نام نویسنده(نویسندگان)، سال انتشار، عنوان مقاله، تاریخ بازدید به روز و ماه و سال و نشانی.
 - ۴- حداکثر حجم مقاله بیست صفحه A4 باشد.
 - ۵- مقاله در سه نسخه تایپ شده و همراه با نشانی های ارتباطی(منزل، محل کار و...) ارسال شود.
 - ۶- مقاله های رسیده پس فرستاده نمی شود.
 - ۷- فصل نامه در رد یا اصلاح یا ویرایش مقاله آزاد است.
 - ۸- اصطلاح های علمی و اسامی خاص مقاله یکسان سازی شود.
 - ۹- مسئولیت محتوای علمی مقاله ها با نویسنده آن است.

فهرست مندرجات

- اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و تصویر بدنی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر
زهره غفاری جاهد، ناصر امینی، عزت دیره، کامران میرزایی ۱-۱۳
- پیش بینی اختلال نافرمانی مقابله ای بر اساس سبک های فرزندپروری، صفات شخصیتی و ویژگی کمال گرایی والدین
رقیه عبدالحمیدی، صادق تقی لو، محسن جدیدی ۱۵-۲۶
- مقایسه اثربخشی آموزش همدلی با آموزش مبتنی بر دیدگاه گیری اجتماعی بر شناخت اجتماعی نوجوانان دارای قلدری سایبری
اقدس صفری، ناصر امینی، محمد بهروزی، غلامرضا جعفری نیا ۲۷-۴۶
- مقایسه سبک های دل بستگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مراجعه کننده و غیرمراجعه کننده به فالگیر
الهام قنبری، بنفشه امیدوار ۴۷-۵۶
- پیش بینی سلامت اجتماعی دیران بر اساس متغیرهای باورهای فراشناختی و احساس تنهایی
ابوالقاسم بریمانی، علی افراسیابی زاده عمران ۵۷-۶۸
- هنجاریایی پرسشنامه ی نزاکت اجتماعی در میان دانشجویان
سینا پیغمبری، رمضان حسن زاده، غلامرضا خوش فر ۶۹-۸۵
- اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو
ابوطالب سعیدی، شیدا جبل عاملی، یوسف گرچی، امرالله ابراهیمی ۸۷-۱۰۰
- مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و مهارت های بین فردی بر تاب آوری دختران
سحر اسمعیلی، علی نقی اقدسی، امیر پناه علی ۱۰۱-۱۱۳
- اثربخشی آموزش خودتنظیمی بر انسجام روانی و آشنگی زناشویی در خانواده های دارای اختلاف شهر کرمانشاه
پیام صیدی، شیما پرندین ۱۱۵-۱۲۹
- اثربخشی آموزش مهارت های زندگی با رویکرد اسلامی بر باورهای معرفت شناختی و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان پسر
فاطمه سادات طباطبائی نژاد، سید حمید میرترابی حسینی ۱۳۱-۱۴۲
- مقایسه عزت نفس و مشکلات بین فردی دانشجویان پزشکی مبتلا به اختلال خودشیفته ناسازگار، خودشیفته سازگار و عادی
سهیلا ارجمند، حسن میرزاحسینی، مجید ضرغام حاجبی ۱۴۳-۱۶۰
- تبیین پرخوری براساس طرد و بریدگی با نقش تعدیل کننده سبک مقابله ای اجتناب از طرحواره
سوگند ارجمند، حسن میرزاحسینی، نادر منیر پور ۱۶۱-۱۷۰

اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر باورهای غیر منطقی و تصویر بدنی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر

زهره غفاری جاهد^۱
ناصر امینی^{۲*}
عزت دیره^۳
کامران میرزایی^۴

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر باورهای غیر منطقی و تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مرد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل داد. با روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی سازی در دو گروه مساوی ۳۰ نفری جایگزین شدند. گردآوری داده ها با کمک پرسشنامه باورهای غیر منطقی (جونز، ۱۹۶۸) و پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود (کش، ۱۹۹۷) انجام شد. داده ها با کمک روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون های مربوط به رعایت پیش فرض های آماری و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس آزمون بین میانگین نمره کل باور غیر منطقی و ابعاد آن و نمره کل تصویر بدنی و ابعاد آن در افراد دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). این تفاوت در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پابرجا بود ($P < 0/05$). یافته های این مطالعه می تواند چشم انداز امیدوار کننده ای از اثربخشی درمان های موج سوم درمان شناختی-رفتاری بر سازه های روان شناختی مبتلایان به بیماری مزمن طبعی به ویژه سندرم روده تحریک پذیر ترسیم نماید.

واژه های کلیدی: رویکرد پذیرش و تعهد، باورهای غیر منطقی، تصویر بدنی، سندرم روده تحریک پذیر

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول n.amini@iaubusher.ac.ir)
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
۴. دانشیار گروه علوم پزشکی، واحد بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی، بوشهر، ایران.

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی^۱ دسته‌ای از بیماری‌های روان-تنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سئوال برانگیز، دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (چانک^۲، ۲۰۰۶ به نقل از پیرخائفی، روزبهانی و راستگو، ۱۳۹۷). در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی، سندرم روده تحریک‌پذیر^۳ شایع‌ترین، پر هزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌ها است (لاکتر^۴، ۲۰۱۵). شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در اروپا و امریکای شمالی ۱۰ الی ۱۵ درصد تخمین زده شده است. همچنین، شیوع آن در کشورهای منطقه آسیا-اقیانوسیه به ویژه در کشورهای در حال توسعه روبه افزایش است. شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران بین ۳/۴ الی ۵/۸ درصد گزارش شده است (گروس، آنتونی و مک‌کاب^۵، ۲۰۰۹). در برخی مطالعات شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در سطح شدید یا بسیار شدید بین ۳ الی ۶۹ درصد تخمین زده شده است (میرزایی، صیادی، بخشی و حسنی‌مقدم، ۱۳۹۱). سندرم روده تحریک‌پذیر، علت تعداد قابل ملاحظه‌ای از مراجعه به پزشکان عمومی و دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی به‌شمار می‌رود (سایوک و گیاولی^۶، ۲۰۱۵). دلیل پیدایش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر به‌طور کامل مشخص نیست. عوامل روان‌شناختی نیز ممکن است در تداوم و شدت علائم این سندرم نقش داشته باشند و تحت تأثیر این عوامل، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به میزان افراطی به مراکز خدمات درمانی-بهداشتی مراجعه کنند (تساینمن، ثور و کروسر^۷، ۲۰۱۱).

براساس الگوی باور سلامتی^۸، باور فرد در مورد وضعیت سلامت وی بیشترین تأثیر را بر حالات و پیامدهای سلامتی او خواهد داشت و وجود باورهای غیرمنطقی^۹ عامل خطر مهمی برای پیدایش بیماری یا تشدید علائم بیماری است (کاپاسو، زورلو و اسمیت^{۱۰}، ۲۰۱۸). باورهای غیرمنطقی هر گونه فکر، هیجان یا رفتاری است که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطفاند، حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند، تعادل فرد را از بین می‌برند، از ایجاد نظم جلوگیری می‌کنند و مانع مواجهه موفقیت‌آمیز با حوادث تحریک‌کننده می‌گردند (درایدن^{۱۱}، ۲۰۱۰ به نقل از زیزلر و لازارویس^{۱۲}، ۲۰۱۹). بیماران مزمن به دلیل داشتن ادراک خود منفی تمایل زیادی به نسبت دادن مشکلات و شکست‌ها به باورهای ناکارآمد خود دارند (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۱). ویژگی اصلی این باورها توقعات خُشک و تعصّب‌آمیزی هستند که با کلمات «باید» و «حتماً» بیان می‌شوند و الزام‌آورند (تارنر، سلاتر، دیکسون و میلر^{۱۳}،

1. functional gastrointestinal disorders
2. Chunk
3. irritable bowel syndrome
4. Lackner
5. Gros, Antony & McCabe
6. Sayuk & Gyawali
7. Tsynman, Thor & Kroser
8. health belief model
9. irrational beliefs
10. Capasso, Zurlò & Smith
11. Dryden
12. Zezelj & Lazarevic
13. Turner, Slater, Dixon & Miller

۲۰۱۸). براساس نتایج برخی مطالعات باورهای غیرمنطقی یکی از موانع اصلی عدم درمان، عدم پیروی از دستورات پزشک، عدم مصرف بهینه داروهای تجویز شده و عدم اعتماد به تیم درمانی به‌شمار می‌رود (بناتار^۱، ۲۰۱۶).

از دیگر سو، یکی از جنبه‌های روان‌شناختی مورد بررسی در ارتباط با بیماران مزمن مانند سندرم روده تحریک‌پذیر، تصویر بدنی یا نارضایتی از تصویر بدنی^۲ است (مولتون، گولایس، هوگ و پاور^۳، ۲۰۱۸). تصویر بدنی یک تجربه روان‌شناختی چندوجهی است که شامل افکار، عقاید و احساسات ارزیابی‌کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی شخص می‌باشد و متأثر از عوامل مختلفی است و می‌تواند در موقعیت‌های مشخص تغییر کند (فیلیپس، منارد، فی و وایزبرگ^۴، ۲۰۱۵). یکی از دلایل رخداد مشکلات خلقی و اضطرابی در بیماران مزمن را می‌توان نگرانی از تصویر بدنی و متعاقباً پایین آمدن عزت نفس آنان تلقی نمود. وجود اختلال یا نارضایتی تصویر بدنی در پژوهش‌هایی مورد بررسی قرار گرفته است (پرویر، ولنزون، گاندر و راج^۵، ۲۰۱۵). در همین راستا، بئاتو-فرناندز^۶ (۲۰۰۹) به نقل از قاسمی و جبل‌عاملی، (۱۳۹۸) بسیاری از پژوهشگران دو مؤلفه مستقل را برای نارضایتی از تصویر بدنی ذکر کرده‌اند. مؤلفه اول، ادراک بدنی تحریف^۷ شده است (تحریف بدنی) و مؤلفه دوم، نیز ارزیابی شناختی منفی^۸ نام دارد (نارضایتی بدنی).

رویکردهای درمانی که برای این سندرم مورد استفاده قرار گرفته‌اند، از یک سو، درمان‌های دارویی نظیر داروهای ضدافسردگی (باس^۹، ۲۰۰۰)، و از سوی دیگر، مداخلات روان‌شناختی مانند درمان‌های شناختی-رفتاری، روان‌تحلیل‌گری بین‌فردی، آموزش تکنیک آرام‌سازی و هیپنوتراپی هستند (آلداو و همکاران، ۲۰۱۰). در این بین تا سال‌های متمادی درمان شناختی-رفتاری به عنوان مؤثرترین درمان روان‌شناختی برای بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح بوده است. با این وجود نتایج دو مطالعه بزرگ اخیر حاکی از عدم نتایج مثبت درمان شناختی-رفتاری به طور کلی برای کاهش نشانگان این سندرم بوده است (زمردی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۲). یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد^{۱۰} می‌باشد (کوری^{۱۱}، ۱۳۹۷). در این درمان، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۶). در حالی که شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن مانند درد مزمن، دیابت و ... رو به افزایش است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۶)، اما تقریباً مطالعات بسیار اندکی این روش‌های

1. Benatar
2. body image dissatisfaction
3. Moulton, Gullyas, Hog & Power
4. Philips, Menard, Fay & Weisberg
5. Proyer, Wellenzohn, Gander & Ruch
6. Beato-Fernández
7. distorted body perception
8. negative cognitive evaluation
9. Buss
10. acceptance and commitment therapy (ACT)
11. Corey

درمانی را در درمان علائم روان‌شناختی در بیماران مزمن به‌ویژه مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی کرده‌اند. با اذعان به مطالب بالا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ساکن شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که جهت دریافت خدمات درمانی به بیمارستان میلاد مراجعه نمودند. با توجه به اینکه بیماران جدید نیز مراجعه می‌کردند بنابراین تعداد جمعیت متغیر بود، اما در زمان انجام این مطالعه تعداد افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای پرونده پزشکی ۱۷۹ نفر بودند. لازم به ذکر است که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸، ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد، لذا ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری گمارش شدند.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از تأیید پروپوزال پژوهش، به بیمارستان میلاد شهر تهران مراجعه شد، بعد از هماهنگی با مسئولین و ملاقات با بیماران و ارائه توضیح در خصوص پژوهش، با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف از بین بیمارانی که مایل به مشارکت در تحقیق حاضر بودند، با رعایت ملاک‌های ورود تعداد نمونه مورد نظر انتخاب و با روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند. ابتدا مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. سپس، طی جلسات معینی در یکی از اتاق‌های این بیمارستان و طی روزهای مختلف به گونه‌ای که آزمودنی‌های گروه‌های مورد مطالعه نتوانند با هم ملاقات داشته و یا به تبادل اطلاعات بپردازند، برنامه‌های مذکور آموزش داده شد. سپس یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی مرحله پس‌آزمون انجام و سه ماه بعد نیز دوره پیگیری صورت پذیرفت.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه می‌شود. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح می‌شود. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده خواهد شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه شفاهی پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه پس از تکمیل جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها با کمک ابزارهای زیر انجام شد:

الف) پرسشنامه باورهای غیرمنطقی: این پرسشنامه خودگزارشی در سال ۱۹۶۸ به‌وسیله جونز^۱ تدوین شده است و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۱۰۰ سؤال با ۱۰ مؤلفه شامل ضرورت تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، بیش‌نگرانی توأم با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر، و کمال‌گرایی است. نمره گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. دامنه

نمرات اکتسابی بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ است. به گونه‌ای که نمره بالا بیانگر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد و نمره پایین نشان‌دهنده باورهای منطقی و کارآمد است. سازنده پرسشنامه پایایی کل آن را به روش بازآزمایی، برابر ۰/۹۲ و پایایی مؤلفه‌ها را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش کرده است. پژوهش‌های متعدد، روایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند. پایایی آن در هنجاریابی ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ گزارش شده است که نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (هاشمی‌نژاد، ۱۳۹۶). دوناپوش (۱۳۷۷) به نقل از عبدالله پور، احتشام زاده، حافظی، نادری و پاشا، (۱۳۹۸) در هنجاریابی مقدماتی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز، برای بررسی روایی آزمون از دو روش روایی صوری و روایی همگرا استفاده نمود که در محاسبه همبستگی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز با آزمون افسردگی بک، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برابر با ۰/۸۲ بود. ساعتچی، کامکاری و عسگریان (۱۳۸۹) روایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برآورد کرده‌اند.

ب) پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ به‌وسیله کش تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴۶ سؤال برای سنجش روابط چندبعدی بدن-خود است. این پرسشنامه در کل دارای سه زیرمقیاس نگرشی شامل ارزیابی، توجه و رفتار است که مقیاس ارزیابی ظاهر فیزیکی آن اغلب در مطالعات به کار رفته است و دارای ۶ زیرمقیاس شامل جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، وزن ذهنی، رضایت بدنی، ارزشیابی قیافه و جهت‌گیری تناسب اندام می‌باشد. نحوه نمره‌دهی و تحلیل آن نیز به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود. نمرات این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۴۶ تا ۲۳۰ قرار می‌گیرند و نمرات بیشتر در این آزمون نشان‌دهنده رضایت مندی از بدن است. مشخصه روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعات داخلی و خارجی متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. سنجش اعتباریابی پرسشنامه توسط آگلیاتا و تان تلف (۲۰۰۴) انجام شده است که همسانی درونی ارزیابی قیافه ۰/۸۶، جهت‌گیری قیافه ۰/۸۹، ارزیابی تناسب اندام ۰/۸۰، جهت‌گیری تناسب اندام ۰/۹۱، وزن ذهنی ۰/۹۰ و رضایت بدنی ۰/۷۷ بوده است. در فرم فارسی این پرسشنامه که توسط بشارت (۲۰۰۸) ترجمه و اعتباریابی شده است، ضرایب آلفای کرونباخ در مورد ماده‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۲۱۷ نفری از دانش‌آموزان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش گردید که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمرات ۶۷ نفر از نمونه‌های از پیش گفته در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته به ترتیب ۰/۷۸ برای ارزشیابی قیافه، ۰/۷۵ برای جهت‌گیری قیافه، ۰/۷۱ برای ارزشیابی تناسب اندام، ۰/۶۹ برای جهت‌گیری تناسب اندام، ۰/۸۴ برای وزن ذهنی و ۰/۸۹ برای رضایت از نواحی بدن به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است (دهقان اردکانی و مصطفوی راد، ۱۳۹۸؛ محمودیان، حقی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۲).

مداخله در گروه آزمایش برای هشت جلسه به صورت گروهی اجرا شد که مختصری از محتوای برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه/ مختصری از شرح جلسه

اول: شنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، درک اهمال کاری از دیدگاه اکت، توزیع پرسشنامه

دوم: بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد ناامیدی خلاقانه، تقاضا از دانش‌آموزان جهت گفتگو درباره تجربیاتشان، کارآمدی بررسی تمرین هفته بعد

سوم: معرفی تمایل به تجربه اهمال کاری به‌عنوان یک جایگزین برای کنترل، درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی، تمرین اعداد.

چهارم: مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف.

پنجم: مرور تکلیف و تعهد رفتاری مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود.

ششم: سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند.

هفتم: سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی

هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها و اجرای پس آزمون

در این پژوهش تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-۲۲ انجام شد. علاوه بر روش‌های آمار توصیفی و پیش فرض‌های آماری روش تحلیل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی و ابعاد آن در گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و کنترل و مراحل ارزیابی در جدول ۲ و میانگین و انحراف معیار تصویر بدنی و ابعاد آن در گروه‌های مذکور و مراحل ارزیابی در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۲: داده‌های توصیفی باور غیرمنطقی و ابعاد آن به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
ضرورت تأیید و حمایت دیگران	ACT	۱۵	۱۲/۰۰ ± ۰/۵۶	۸/۱۳ ± ۲/۱۱	۸/۲۵ ± ۲/۳۴
	گواه	۱۵	۱۱/۵۶ ± ۰/۷۶	۱۱/۷۰ ± ۲/۱۳	۱۱/۶۹ ± ۲/۱۰
انتظار بالا از خود	ACT	۱۵	۱۴/۱۲ ± ۳/۱۹	۱۰/۶۲ ± ۱/۴۷	۱۰/۵۵ ± ۱/۲۰
	گواه	۱۵	۱۴/۷۶ ± ۳/۲۴	۱۴/۸۹ ± ۳/۵۵	۱۴/۹۴ ± ۳/۶۰
تمایل به سرزنش خود	ACT	۱۵	۹/۰۰ ± ۰/۷۷	۶/۶۷ ± ۰/۵۴	۶/۶۶ ± ۰/۹۰
	گواه	۱۵	۱۰/۱۹ ± ۱/۵۲	۱۰/۳۹ ± ۱/۱۹	۱۰/۶۵ ± ۱/۱۱
واکنش به ناکامی	ACT	۱۵	۱۳/۲۶ ± ۴/۱۶	۱۰/۷۸ ± ۱/۰۰	۱۰/۶۰ ± ۰/۵۶
	گواه	۱۵	۱۳/۸۰ ± ۲/۴۴	۱۳/۷۶ ± ۱/۵۵	۱۳/۶۰ ± ۱/۵۰

۱۰/۴۰ ± ۱/۱۸	۱۰/۶۵ ± ۳/۹۹	۱۲/۶۶ ± ۳/۶۵	۱۵	ACT	بی مسئولیتی عاطفی
۱۴/۴۹ ± ۲/۳۳	۱۴/۶۲ ± ۵/۰۰	۱۴/۰۰ ± ۳/۱۹	۱۵	گواه	
۹/۸۷ ± ۲/۱۶	۸/۲۵ ± ۱/۳۲	۱۱/۲۳ ± ۶/۸۶	۱۵	ACT	بیش نگرانی توأم با اضطراب
۱۳/۷۸ ± ۲/۹۸	۱۳/۶۰ ± ۱/۴۴	۱۴/۱۲ ± ۵/۲۵	۱۵	گواه	
۹/۱۸ ± ۲/۸۷	۹/۱۷ ± ۳/۵۵	۱۲/۴۴ ± ۷/۳۶	۱۵	ACT	اجتناب از مشکلات
۱۳/۵۶ ± ۱/۴۰	۱۳/۴۳ ± ۲/۶۵	۱۳/۱۹ ± ۳/۹۹	۱۵	گواه	
۱۰/۴۰ ± ۰/۹۲	۱۰/۲۳ ± ۰/۸۸	۱۴/۲۳ ± ۰/۹۴	۱۵	ACT	وابستگی
۱۴/۰۹ ± ۲/۸۴	۱۴/۰۰ ± ۲/۷۶	۱۳/۵۶ ± ۵/۲۳	۱۵	گواه	
۹/۳۳ ± ۱/۷۵	۹/۹۶ ± ۱/۱۲	۱۱/۸۰ ± ۳/۴۴	۱۵	ACT	درماندگی نسبت به تغییر
۱۳/۴۰ ± ۱/۷۰	۱۳/۵۳ ± ۲/۰۰	۱۳/۶۰ ± ۲/۱۵	۱۵	گواه	
۸/۲۲ ± ۰/۶۹	۸/۰۰ ± ۰/۲۳	۱۲/۴۵ ± ۲/۱۷	۱۵	ACT	کمال گرایی
۱۲/۲۶ ± ۱/۱۳	۱۲/۷۶ ± ۲/۱۹	۱۲/۱۲ ± ۳/۱۶	۱۵	گواه	
۹۳/۴۶ ± ۱۴/۵۷	۹۲/۴۶ ± ۱۵/۹۱	۱۲۳/۱۹ ± ۳۳/۰۸	۱۵	ACT	نمره کل باور غیرمنطقی
۱۳۲/۴۶ ± ۲۰/۶۹	۱۳۲/۶۸ ± ۲۴/۴۶	۱۳۰/۹۰ ± ۳۰/۹۳	۱۵	گواه	

جدول ۳: داده های توصیفی تصویر بدنی و ابعاد آن به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون M ± SD	پس آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
جهت گیری قیافه	ACT	۱۵	۹/۱۲ ± ۰/۶۷	۱۱/۴۴ ± ۲/۱۸	۱۱/۵۴ ± ۲/۱۰
	گواه	۱۵	۱۰/۰۲ ± ۱/۱۵	۹/۹۸ ± ۱/۱۰	۹/۵۶ ± ۱/۰۴
ارزشیابی تناسب اندام	ACT	۱۵	۱۲/۵۵ ± ۰/۸۵	۱۴/۰۰ ± ۱/۲۲	۱۴/۱۵ ± ۱/۵۹
	گواه	۱۵	۱۰/۲۴ ± ۰/۶۲	۱۰/۱۱ ± ۱/۱۷	۹/۱۹ ± ۲/۶۵
وزن ذهنی	ACT	۱۵	۸/۲۳ ± ۱/۹۵	۱۰/۶۷ ± ۱/۱۳	۱۰/۵۵ ± ۱/۱۰
	گواه	۱۵	۹/۰۰ ± ۰/۳۲	۹/۳۳ ± ۰/۶۹	۹/۱۰ ± ۰/۵۴
رضایت بدنی	ACT	۱۵	۱۲/۴۵ ± ۲/۶۶	۱۴/۳۴ ± ۳/۰۰	۱۵/۰۰ ± ۲/۶۷
	گواه	۱۵	۱۲/۴۹ ± ۴/۷۸	۱۱/۹۹ ± ۲/۱۸	۱۱/۸۰ ± ۲/۱۶
ارزشیابی قیافه	ACT	۱۵	۹/۰۰ ± ۰/۴۹	۱۳/۱۳ ± ۲/۷۷	۱۳/۵۰ ± ۱/۵۰
	گواه	۱۵	۱۰/۳۷ ± ۰/۹۴	۱۰/۱۶ ± ۱/۲۶	۱۰/۱۰ ± ۱/۱۵
جهت گیری تناسب اندام	ACT	۱۵	۱۰/۰۰ ± ۱/۸۹	۱۳/۹۶ ± ۴/۱۳	۱۳/۹۰ ± ۳/۶۶
	گواه	۱۵	۱۱/۵۵ ± ۰/۸۳	۱۱/۳۹ ± ۲/۶۵	۱۱/۱۴ ± ۱/۸۷
نمره کل تصویر بدنی	ACT	۱۵	۶۱/۳۵ ± ۸/۵۱	۷۷/۵۴ ± ۱۴/۴۳	۷۸/۶۴ ± ۱۲/۶۲
	گواه	۱۵	۶۳/۶۷ ± ۸/۶۴	۶۲/۹۶ ± ۹/۰۵	۶۰/۹۸ ± ۹/۴۱

در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار نیست. در آزمون ام باکس، متغیرهای باورهای غیرمنطقی ($F=۱/۱۹۵$) و

تصویر بدنی ($F=1/910$) به ترتیب در سطح $0/251$ ، $0/178$ ، $0/311$ و $0/193$ معنادار نبودند. بنابراین، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنادار نبودن مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از $0/05$ ، واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موچلی نشان داد به ترتیب مقدار کرویت موچلی ($0/603$) متغیر باورهای غیرمنطقی و مقدار کرویت موچلی ($0/369$) تصویر بدنی در سطح خطای داده شده ($0/219$) معنادار نیست. لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس این پیش‌فرض نیز برقرار است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر ابعاد باورهای غیرمنطقی در مراحل ارزیابی در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ابعاد باور غیرمنطقی در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
ضرورت تأیید و حمایت دیگران	مراحل	۳/۷۷	۰/۰۱۵	۰/۱۹۸	۰/۲۸۸
	گروه*مراحل	۱۶/۶۱	۰/۰۴۴	۰/۳۱۶	۰/۶۱۳
	گروه	۸/۹۴	۰/۰۳۱	۰/۴۱۲	۰/۵۱۱
انتظار بالا از خود	مراحل	۲/۱۵	۰/۰۱۷	۰/۵۱۳	۰/۴۰۸
	گروه*مراحل	۶/۳۳	۰/۰۱۹	۰/۶۱۰	۰/۱۷۶
	گروه	۷/۴۹	۰/۰۲۲	۰/۴۴۴	۰/۳۸۷
تمایل به سرزنش خود	مراحل	۱۰/۱۲	۰/۰۲۲	۰/۲۷۱	۰/۵۰۵
	گروه*مراحل	۲۱/۴۶	۰/۰۳۶	۰/۱۹۶	۰/۶۲۳
	گروه	۱۵/۷۹	۰/۰۱۵	۰/۵۱۰	۰/۷۱۴
واکنش به ناکامی	مراحل	۴/۳۳	۰/۰۱۱	۰/۸۱۹	۰/۲۲۲
	گروه*مراحل	۱۷/۶۵	۰/۰۱۵	۰/۷۴۴	۰/۷۵۶
	گروه	۶/۵۳	۰/۰۱۶	۰/۶۵۹	۰/۳۱۵
بی‌مسئولیتی عاطفی	مراحل	۱۲/۰۹	۰/۰۰۴	۰/۴۶۳	۰/۸۵۶
	گروه*مراحل	۲۵/۸۶	۰/۰۰۷	۰/۵۲۸	۰/۶۷۳
	گروه	۲۰/۴۳	۰/۰۰۲	۰/۶۶۲	۰/۶۶۶
بیش‌نگرانی توأم با اضطراب	مراحل	۱۱/۴۲	۰/۰۳۵	۰/۲۳۱	۰/۲۱۰
	گروه*مراحل	۱۳/۶۵	۰/۰۲۹	۰/۳۱۴	۰/۳۳۳
	گروه	۱۵/۴۹	۰/۰۲۶	۰/۶۱۵	۰/۵۱۸
اجتناب از مشکلات	مراحل	۵/۳۸	۰/۰۰۲	۰/۱۹۱	۰/۲۳۴
	گروه*مراحل	۳/۴۴	۰/۰۰۸	۰/۱۶۷	۰/۳۱۸
	گروه	۸/۷۹	۰/۰۰۵	۰/۲۳۱	۰/۲۸۸

۰/۵۳۴	۰/۵۲۴	۰/۰۱۶	۵/۱۱	مراحل	وابستگی
۰/۶۱۵	۰/۲۸۷	۰/۰۴۳	۳/۵۴	گروه*مراحل	
۰/۴۱۹	۰/۴۴۱	۰/۰۲۹	۸/۶۶	گروه	
۰/۷۱۸	۰/۵۱۶	۰/۰۳۱	۱۳/۲۲	مراحل	درماندگی نسبت به تغییر
۰/۸۶۵	۰/۸۱۴	۰/۰۳۲	۱۸/۹۶	گروه*مراحل	
۰/۸۴۳	۰/۶۶۴	۰/۰۱۷	۳۲/۷۲	گروه	
۰/۴۱۹	۰/۲۹۱	۰/۰۰۴	۱۱/۰۶	مراحل	کمال گرایی
۰/۲۱۶	۰/۳۳۱	۰/۰۲۷	۲۵/۱۲	گروه*مراحل	
۰/۱۶۵	۰/۲۸۵	۰/۰۱۱	۱۲/۹۲	گروه	

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، بین دو گروه در مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در ابعاد باور غیر منطقی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج جدول نشان می دهد که تعامل بین گروه و مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در ابعاد باور غیر منطقی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر معنادار می باشد ($P < 0/05$) و به این معنی است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه گواه و آزمایش تفاوت درون گروهی و هم تفاوت بین گروهی وجود دارد. در نهایت رویکرد پذیرش و تعهد بر بهبود ابعاد باور غیر منطقی اثربخش بوده است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر ابعاد تصویر بدنی در مراحل ارزیابی در جدول ۵ ارائه شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر ابعاد تصویر بدنی در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
جهت گیری قیافه	مراحل	۱۸/۰۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲	۰/۳۱۰
	گروه*مراحل	۱۰/۳۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۴	۰/۵۴۹
	گروه	۴/۵۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۶۶۶
ارزشیابی تناسب اندام	مراحل	۱۱/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	۰/۲۹۸
	گروه*مراحل	۱۶/۹۴۲	۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	۰/۴۷۲
	گروه	۱۵/۸۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷	۰/۳۳۸
وزن ذهنی	مراحل	۳۲/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۱۹۶
	گروه*مراحل	۱۳/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸	۰/۱۷۶
	گروه	۸/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۱۲۲
رضایت بدنی	مراحل	۲۹/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲	۰/۳۹۸
	گروه*مراحل	۱۲/۶۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	۰/۵۶۴
	گروه	۳/۵۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۰/۷۲۳
ارزشیابی قیافه	مراحل	۱۷/۵۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴	۰/۶۲۴
	گروه*مراحل	۲۰/۳۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵	۰/۵۲۱
	گروه	۱۴/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷	۰/۴۲۲
جهت گیری تناسب اندام	مراحل	۹/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵	۰/۷۰۱
	گروه*مراحل	۲۱/۵۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	۰/۴۵۳
	گروه	۱۲/۰۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۰/۳۷۷

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در ابعاد تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج جدول نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در ابعاد تصویر بدنی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر معنادار می‌باشد ($P < 0/05$) و به این معنی است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه گواه و آزمایش تفاوت درون‌گروهی و هم تفاوت بین‌گروهی وجود دارد. در نهایت رویکرد پذیرش و تعهد بر بهبود ابعاد تصویر بدنی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و تصویر بدنی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نخستین یافته پژوهش با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان‌دهنده نشاد که روش مداخله استفاده شده (ACT) در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه بر بهبود میانگین نمره باورهای غیرمنطقی کلی و هر یک از ابعاد آن تأثیر معناداری داشته است. این یافته از تحقیق با نتایج مطالعات پیشین مانند نتایج مطالعه کاردل، راس، بوتراين، دوناھو، استمان، دیلارد و همکاران (۲۰۲۰)، فوگلکوویست، گوستافسون، کژلاین و پارلینگ (۲۰۲۰) و راونهوف، پیترز، بول و وان-هیوگتن (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. سایانتوری، آنا کلیات و یولیا وادانی (۲۰۱۸) نیز همسو با این یافته از تحقیق حاضر نشان دادند که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نمره باور غیرمنطقی کاهش در افراد گروه آزمایش کاهش یافته است و نمره خودتنظیمی هیجانی و ابعاد آن بهبود داشته است. اما در نمرات متغیرهای وابسته در افراد گروه کنترل در مراحل مختلف سنجش تغییری مشاهده نشد. همچنین، ثمررخی و همی (۱۳۹۸) همسو با این یافته گزارش کرده‌اند که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات افراد دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته کیفیت زندگی و باور غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود دارد. لوین، هایس، پیسترلو و سیلی (۲۰۱۶) نیز همسو با یافته حاضر نشان دادند که نمرات علائم روان‌شناختی اضطراب، استرس، افسردگی و انعطاف‌پذیری روانی در گروه تحت مداخله پس از ۸ جلسه آموزش ۲ ساعته تفاوت معناداری با نمرات آزمودنی‌های گروه گواه دارد. همچنین، کاهش علائم روان‌شناختی در دانشجویان گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر از گروه آموزش بهداشت روان بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این امکان را به بیماران می‌دهد که به جای اجتناب از رنج‌ها، هیجانات و افکار آزاردهنده یا کنترل، آن‌ها را بپذیرند. سپس از طریق گسلش شناختی به بیماران می‌آموزد که افکار را فقط به عنوان افکار (نه مبنای عمل در دنیای بیرون و یا واقعیت بیرونی) در نظر بگیرند. در نتیجه زمانی که مراجع باور کرد که این فکر که «من باید بدون اینکه بیمار باشم بتوانم زندگی کنم»، صرفاً یک توقع و انتظار است و در جهت کاهش آن اقدام خواهد کرد. از دیگر سو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند به وسیله روشن‌سازی مفهوم خود، به عنوان زمینه‌اولا خود را مانند بافت و زمینه‌ای بداند که این افکار در آنها جریان دارد و سپس، از طریق تمرینات به جداسازی فرد از افکار پرداخته، در نتیجه میزان کمال‌گرایی بیماران کاهش می‌یابد.

دیگر یافته پژوهش با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که روش مداخله استفاده شده (ACT) در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه بر بهبود میانگین نمره تصویر بدنی و هر یک از ابعاد آن تأثیر معناداری داشته است. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات پیشین مانند جونز، اولیور،

خوندوکر، بایرنی، جولی، وایکس و همکاران (۲۰۱۶)، لیندهولم-اولیندر، فیشسر، فریس، الفونسون، الوینگسون، اریکسون و همکاران (۲۰۱۵) و عباسی، معاضدی و اصلانی (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. فوگلکوپیست، گوستافسون، کژلاین و پارلینگ (۲۰۲۰) نیز همسو با این یافته نشان دادند در افراد دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی در افراد گروه آزمایش بهبود نشان دادند. در تبیین این یافته می‌توان گفت در پذیرش و تعهد درمانی از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها (نسبت به وضعیت جسمی و تصویر از بدن) استفاده می‌شود. بدین صورت که با اجازه دادن به آمد و رفت افکار و ادراکات مربوط به تصویر بدنی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی مربوط به وضعیت جسمی خود جدا سازند (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت، انگیزه‌ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود، به طوری که فرد دارای تصویر بدنی منفی به ارزش‌های شناسایی شده در طول درمان از جمله وضعیت جسمانی خود آگاهی روانی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوری، افزایش میزان پذیرش، کاهش گسلس شناختی و هیجانی می‌تواند بر بهبود تصویر بدنی خود تأثیر بگذارد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، جامعه منحصر به مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است، نتایج و یافته‌های به دست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و لازم است در تعمیم آن به سایر افراد جامعه احتیاط شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخش بودن روش مداخله‌ای شامل درمان پذیرش و تعهد بر بهبود نشانگان مبتلایان به IBS به دست اندرکاران و متخصصان درمان بیماران مزمن پیشنهاد می‌شود این پژوهش را بر روی دیگر جوامع اجرا و نتایج پژوهش‌ها را با یکدیگر مقایسه کنند. نقطه قوت این پژوهش، تازگی آن در استفاده از روش پذیرش و تعهد و بررسی تأثیر آن بر باور غیرمنطقی و تصویر بدنی مبتلایان به IBS به طور همزمان بود. برخلاف روند حاضر مراکز درمان روانپزشکی و طبی که تأکید فراوانی بر دارو درمانگری داشته و به طور کلی از خدمات روان‌شناسی غفلت می‌نمایند، با توانمندسازی روانشناسان مراکز در بهره‌مندی از خدمات روان‌شناختی به ویژه درمان پذیرش و تعهد در کنار تجویز دارویی به کاهش تبعاتی چون غیبت‌های مکرر، مصرف داروهای خواب‌آور، قطع ناگهانی درمان، تشدید علائم منجر گردند. دیگر محدودیت مطالعه حاضر مربوط می‌شود به سنجش به کمک ابزارهای خودگزارشی بود، که این امر ممکن است موجب سوگیری در نتایج درمان شود، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این امر مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) روی گروه کنترل اجرا شود.

منابع

- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اصفهان: انتشارات جنگل.
- پیرخانفی، علیرضا؛ روزبهانی، مرتضی و راستگو، سیده سارا. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گروهی بر علائم جسمی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۷(۲۸)، ۵۲-۶۶.
- ثمررخی، آناهیتا و همتی، معصومه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و باور غیرمنطقی مراجعین مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. دومین کنگره سراسری موج سوم درمان های رفتاری. تهران.
- زمردی، سعیده و رسول زاده طباطبایی، سیدکاظم. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۱۳(۴)، ۶۱-۷۸.
- قاسمی، لایلا و جبل عاملی، شیدا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۱۵(۴)، ۲۶۱-۲۵۵.
- کوری، جرال. (۱۳۹۷). نظریه و کاربست مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران.
- میرزایی، وحید؛ صیادی، احمدرضا؛ بخشی، حمید و حسنی مقدم، وثوق. (۱۳۹۱). مقایسه میزان افسردگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیرمبتلا. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۱(۳)، ۲۶۸-۲۶۰.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, 30*(2), 217-237.
- Buss, D. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist, 55*(1), 5-23.
- Benatar, S. (2016). Politics, power, poverty and global health: Systems and frames. *Int J Health Policy Manag, 5*(10), 599-604.
- Cardel, M. I., Ross, K. M., Butryn, M., Donahoo, W. T., Eastman, A., Dillard, J. R., & et al. (2020). Acceptance-based therapy: the potential to augment behavioral interventions in the treatment of type 2 diabetes. *Nutr Diabetes, 10*(1), 32-341.
- Capasso, R., Zurlo, M. C., & Smith, A. P. (2018). Ethnicity, work-related stress and subjective reports of health by migrant workers: a multi-dimensional model. *Ethn Health, 23*(2), 174-193.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image, 32*, 155-166.
- Gros, D., Antony, M., & McCabe, R. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(2), 290-296.
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., & et al. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- group intervention for people with psychosis: The ACT for life study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 50(4), 257-263.
- Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfonsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J. W., & et al. (2015). A randomised wait-list controlled clinical trial of the effects of acceptance and commitment therapy in patients with type 1 diabetes: a study protocol. *BMC Nurs*, 19(14), 61-78.
- Levin, M. E., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Seeley, J. R. (2016). Web-based self-help for preventing mental health problems in universities: Comparing acceptance and commitment training to mental health education. *J Clin Psychol*, 72(3), 207-225.
- Lackner, M. G. (2015). Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients a circumplex analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 523-532.
- Moulton, S. J., Gullyas, C., Hogg, F. J., & Power, K. G. (2018). Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 71(2), 149-154.
- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(5), 467-474.
- Paramjeet, R., & Singh, H. (2015). Screening of psychological distress in cancer patients during chemotherapy: Across-section study. *J palliative care*, 3, 305-310.
- Rauwenhoff, J., Peeters, F., Bol, Y., & Van Heugten, C. (2019). The Brain ACT study: acceptance and commitment therapy for depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 773-783.
- Sianturi, R., Anna Keliat, B., & Yulia Wardani, I. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enferm Clin*, 1(7), 94-97.
- Sayuk, G., & Gyawali, C. (2015). Irritable bowel syndrome: Modern concepts and management options. *The American Journal of Medicine*, 128(8), 817-827.
- Turner, M. J., Slater, M. J., Dixon, J., & Miller, A. (2018). Test-retest reliability of the irrational performance beliefs inventory. *Eur J Sport Sci*, 18(1), 123-129.
- Tsynman, D., Thor, S., & Kroser, J. (2011). Treatment of irritable bowel syndrome in women. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(2), 265-272.
- Zezeelj, I., & Lazarevic, L. B. (2019). Irrational beliefs. *Eur J Psychol*, 15(1), 1-7.