

Research Paper

Comparing the Effects of Emotion Regulation Training and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Resilience and Self-compassion of Women With Irritable Bowel Syndrome

Aida Omid¹ , *Vahid Ahmadi¹ , Reza Valizadeh² 

Citation Omid A, Ahmadi V, Valizadeh R. [Comparing the Effects of Emotion Regulation Training and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Resilience and Self-compassion of Women With Irritable Bowel Syndrome (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2023; 36(141): 80-93. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3236>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3236>



Received: 19 Jan 2023

Accepted: 21 Apr 2023

Available Online: 01 May 2023

Keywords:

Emotion regulation training, Cognitive therapy based on mindfulness, Resilience, Self-compassion, Irritable bowel syndrome

ABSTRACT

Background & Aims The present study aims to compare the effects of emotion regulation training and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on the resilience and self-compassion of women with irritable bowel syndrome (IBS).

Materials & Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design. The study population consists of 300 women with IBS who visited the clinics of internal medicine physicians in Ilam, Iran, in 2018-2019. The sample size was determined 20 for each group based on the Fleiss method. Therefore, 60 were selected by a simple cluster sampling method and based on the entry criteria. They were divided into three groups of emotion regulation (n=20), MBCT (n=20), and control (n=20). After the interventions, the post-test and follow-up assessments were conducted for the groups. The instruments were the Connor-Davidson resilience scale and the self-compassion scale of Neff (2003). For data analysis, SPSS software, version 23 and repeated measures analysis of variance were used.

Results Both emotion regulation training and MBCT had a significant effect on the resilience and self-compassion of women ($P=0.001$), where MBCT had a greater effect compared to emotional regulation training.

Conclusion The MBCT can be used as an effective method to increase resilience and self-compassion of women with IBS.

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

2. Department of Psychiatry, Ilam Branch, University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

*** Corresponding Author:**

Vahid Ahmadi, Assistant Professor.

Address: Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

Tel: +98 (918) 3427459

E-Mail: vahid_ahmadi20@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Irritable bowel syndrome (IBS) is a common gastrointestinal disorder characterized by abdominal pain and changes in bowel habits that occur in the absence of a specific structural abnormality. The present study aims to compare the effects of emotion regulation training and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on the resilience and self-compassion of women with IBS.

Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design with a control group. The study population consists of all women with IBS referred to the clinics of internal medicine physicians in Ilam, Iran, in 2018-2019 (n=635). Of these, 60 were selected as samples by cluster random method and based on the entry criteria. According to the demographic characteristics, they were divided into three groups of 20, including emotion regulation, MBCT, and control. The samples were in the age range of 25-40 years and had their disease for at least 1 year. The data collection tools included a demographic checklist, the Connor-Davidson resilience scale, and the self-compassion scale (SCS).

The Connor-Davidson Resilience scale has 25 items rated on a Likert scale from 0 (completely false) to 4 (always true). The total score ranges from 0 to 100. Higher scores indicate greater resilience. For its reliability, Connor and Davidson reported a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Also, its test-retest reliability with a 4-week interval was 0.87. The Persian version of this scale has been validated in Iran by Mohammadi (2004). He reported a Cronbach's alpha of 0.89. The reliability of the questionnaire in the present study was reported as $\alpha=0.87$.

The SCS was developed by Neff in 2003 and has 26 items and 6 subscales of self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. The scoring is based on a 5-point Likert scale from 1 (almost never) to 5 (almost always).

After the pre-test assessments, the interventions (i.e. emotional regulation training and MBCT) were provided at 8 sessions (one session per week, each session for 1 hour) were applied to the experimental groups online using webinars. After the interventions, post-test assessments were performed. For data analysis, the repeated measures analysis of variance was used.

Results

The mean age of women was 36.5 years in the emotion regulation group, 38 years in the MBCT group, and 37.5 years in the control group. The results of the independent t-test showed no significant difference among the groups before the interventions, but there was a significant difference after the interventions. The paired t-test results showed a significant difference in the mean score of self-compassion and resilience before and after the intervention in the experimental groups, but no significant statistical difference was found in the control group. The results of the Benferroni post hoc test for pairwise comparison of the groups showed that both emotion regulation and MBCT were significantly effective in increasing resilience and self-compassion, where MBCT was more effective. The effect size on resilience and self-compassion in groups was 0.89 and 0.859, respectively, indicating that 89% and 85.9% of individual differences in post-test scores of resilience and self-compassion were related to the effect of treatment.

Conclusion

Regarding the resilience variable, there was a significant difference between the two interventions where MBCT had a greater impact than emotional regulation training in women with IBS. To explain this result, it can be said that mindfulness is a kind of non-judgmental attention that is presented to nurture and regulate emotions. People with mindfulness are more able to deal with a wide range of thoughts, emotions, and experiences. The increase in mindfulness leads to the reduction of human suffering and the development of positive qualities such as wisdom, compassion, relaxation, and calmness, which can affect and improve resilience. Another finding of this study was that there was a significant difference between the two interventions in the self-compassion of women with IBS, where MBCT had a greater impact compared to emotional regulation training. Self-compassion makes it possible to forgive others by increasing the tolerance of failures and mistakes. To explain this result, it can be said that during group therapy, people learn effective social skills and then use their learned skills on other group members. They feel comfortable and encouraged when see that other people's problems are similar to theirs or are even more severe. This can help improve their self-compassion. Overall. It can be concluded that MBCT is more effective in increasing the resilience and self-compassion of women with IBS.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Ilam University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MEDILAM.REC.1400.066).

Funding

This study was extracted from the PhD thesis of Aida Omidi registered by [Ilam University of Medical Sciences](#). This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors..

Authors' contributions

Conceptualization and investigation: Aida Omedi; Editing and review: Vahid Ahmadi and Reza Valizadeh.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all women participated in this research for their cooperation

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شفقت به خود در زنان مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر

آیدا امیدی^۱، وحید احمدی^{۱*}، رضا ولیزاده^۲

Use your device to scan and read the article online



Citation Omid A, Ahmadi V, Valizadeh R. [Comparing the Effects of Emotion Regulation Training and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Resilience and Self-compassion of Women With Irritable Bowel Syndrome (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2023; 36(141): 80-93. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3236>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.3236>

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شفقت به خود در زنان مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش تعداد ۳۰۰ نفر از بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در شهر ایلام بودند که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ به مطب خصوصی پزشکان متخصص داخلی مراجعه کردند. حجم نمونه براساس معادله برآورد حجم نمونه فلایس، ۱۲/۰۷ به دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. ۶۰ نفر به روش خوشه‌ای ساده و براساس رضایت آگاهانه که معیارهای ورود را داشتند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در ۳ گروه (۲۰ نفر تحت آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس، ۲۰ نفر تحت ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی و ۲۰ نفر هم‌گروه کنترل) جایگزین شدند. بعد از ارائه آموزش‌ها، پس‌آزمون در مورد گروه‌ها اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور-دیویدسون (CD-RIS) و پرسش‌نامه شفقت به خود نف بوده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: آموزش تنظیم هیجان و آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تغییرات تاب‌آوری افراد و شفقت به خود و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد ($P=0/001$). بین آموزش‌های انجام‌شده بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معناداری وجود دارد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری و شفقت به خود و مؤلفه‌های آن داشته است.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به یافته‌های پژوهش، می‌توان از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان روش مؤثر برای افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود در زنان مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده کرد.

تاریخ دریافت: ۲۹ دی ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۱ اردیبهشت ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۲

کلیدواژه‌ها:

آموزش تنظیم هیجان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری، شفقت به خود، سندرم روده تحریک‌پذیر

۱. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۲. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، واحد ایلام، دانشگاه علوم پزشکی، ایلام، ایران.

* نویسنده مسئول:

وحید احمدی

نشانی: ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۴۲۷۴۵۹ (۹۱۸) +۹۸

رایانامه: vahid_ahmadi20@yahoo.com

مقدمه

به خود می‌تواند به‌عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود بسیار سازنده و مؤثر باشد. شفقت به خود، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه سختی‌ها به خودشان نیز داشته باشند و بنابراین متغیر است که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان دارد [۱۰]. شفقت به خود موجب می‌شود افراد با افزایش ظرفیت درون فردی برای پذیرش اشتباهات و نقصان‌های خود و درک محدودیت‌های مربوط به شرایط به این موضوع پی ببرند که برای هیچ انسانی کمال مطلق دست یافتنی نیست و به جای سرزنش و تحقیر کردن خود به خاطر ناشایستگی و ناکامی، دیدگاهی گرم و پذیرا به خود داشته باشند [۱۱].

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تاب‌آوری و شفقت به خود تأثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش تنظیم هیجان است. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که در اینجا و اکنون است، بدون قضاوت و اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد. در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مراجعان یاد می‌گیرند که چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند و بر محتوای افکار خود متمرکز شوند و آن‌ها را تغییر دهند [۱۲، ۱۳]. شناخت درمانی ذهن‌آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌کند. این نوع رویکرد تمرکز زدا در مورد هیجانات و حس‌های بدنی هم به کار می‌رود. در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند [۱۴]. از سوی دیگر تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره می‌کند [۱۵]. تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود و به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره می‌کند. از این رو آموزش تنظیم شناخت هیجان را می‌توان روش شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک‌شده دانست [۱۶].

بررسی متون و پژوهش‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعامل‌های اجتماعی است و نقص در آن با اختلال‌های درون‌ریز همچون افسردگی و اضطراب و استرس و اختلال‌های برون‌ریز مانند ناسازگاری و رفتار پر خاشک‌گرانه ارتباط دارد [۱۷]. در مجموع درمان‌های مختلفی که از تکنیک‌های شناختی رفتاری استفاده کرده‌اند یا در ترکیب با درمان ذهن‌آگاهی استفاده شده‌اند حاکی از نقش ذهن‌آگاهی در بهبود علائم جسمانی، اضطراب و استرس ناشی از بیماری‌های مزمن طبی است، اما تاکنون در فرهنگ بومی ایران پژوهشی که به‌طور مستقیم به آزمون اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی و مقایسه تأثیر آن با برنامه آموزش تنظیم‌هیجان بر وضعیت روان‌شناختی

در چارچوب نظری ایمنی‌شناسی عصبی‌روانی و درون‌ریزشناسی، ارتباط پیچیده‌ای بین عوامل متعدد روان‌شناختی، عصب‌شناختی و تغییرات سیستم ایمنی در بروز نشانگان روده تحریک‌پذیر وجود دارد. سندرم روده تحریک‌پذیر، یک اختلال کنشی گوارشی شایع است که با دردهای شکمی و تغییر در عادات روده‌ای مشخص می‌شود و در غیاب یک نابهنجاری ساختاری مشخص رخ می‌دهد [۱]. شیوع این سندرم بسته به ملاک‌های تشخیصی قابل استفاده متفاوت است، اما به‌طور کلی حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. پژوهش‌های مختلف بر نقش مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی^۲ در پدیدآیی ویژگی‌های بالینی و شدت سندرم روده تحریک‌پذیر تأکید کرده‌اند [۳]. براساس این مکانیسم آسیب‌زایی سندرم روده تحریک‌پذیر به درستی شناخته‌شده نیست، اما نقش احتمالی فعالیت‌های غیرطبیعی حسی حرکتی روده، اختلال عملکرد اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، التهاب مخاطی، استرس و عوامل داخل مجرای روده‌ای مطرح است [۴-۶]. یکی از ابعاد مهم روان‌شناختی در بیماران گوارشی که تحت تأثیر میزان استرس و ادراک ناشی از آن قرار دارد، تاب‌آوری^۳ است.

تاب‌آوری، یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با بیماری می‌شود و در طب و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودآنگیخته و توانایی برقراری مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا است. در واقع، به ویژگی‌هایی اشاره می‌کند که در سرعت و میزان بهبود بعد از رویارویی با تنش مشارکت دارند [۷]. تاب‌آوری، میزان توانایی سازگاری افراد در رویارویی با استرس‌ها را نشان می‌دهد. در محیط‌های استرس‌زا عده‌ای به‌راحتی قادرند از پس این موقعیت برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کنند یا آن را پشت سر بگذارند [۸]. هر اندازه ظرفیت تاب‌آوری بالاتر باشد، به همان اندازه شخص قادر است سلامت روان خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل استرس‌های خود بپردازد. درحقیقت تاب‌آوری با گرفتن نتایج مثبت از شرایط استرس‌زا ارتباط دارد. فقدان تاب‌آوری می‌تواند در بروز رفتارهای پر خاشک‌گرانه زودهنگام مؤثر باشد. همچنین فرایندهای تنظیم هیجان نقش کلیدی در افزایش تاب‌آوری دارند [۹].

عامل روان‌شناختی مهمی که در بیماران مزمن طبی از جمله مبتلایان به بیماری‌های گوارشی مطرح است، شفقت به خود^۴ می‌باشد. در زمان بروز دشواری‌ها و رویدادهای منفی، شفقت

1. Irritable Bowel Syndrome (IBS)
2. Bio-psycho-social
3. Resilience
4. Self-compassion

دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص (داروهای SSRI و گوارشی)، سابقه درمان‌های روان‌شناختی طی ۳ ماه گذشته، رضایت به شرکت در پژوهش و داشتن سواد کافی جهت تکمیل پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود و همچنین ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسات برنامه آموزشی، تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش، نداشتن رضایت و تمایل آگاهانه برای ادامه شرکت در پژوهش.

ابزارهای به‌کار گرفته‌شده در پژوهش شامل تاب‌آوری کونور-دیویدسون^۶ و شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بوده است.

پرسش‌نامه تاب‌آوری

پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور-دیویدسون توسط دو نظریه‌پرداز مشهور این حوزه یعنی کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری ساخته شده است. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. در بررسی پایایی، کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریایی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در مطالعات آهنگ‌زاده رضایی و رسولی، پایایی و روایی این ابزار تأیید شده است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بدست آمد.

پرسش‌نامه شفقت به خود نف

این مقیاس را نف در سال ۲۰۰۳ تدوین کرده است و دارای ۲۶ گویه و ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی فزاینده است. روش نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز تا ۵= تقریباً همیشه) انجام می‌شود و گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. دامنه نمرات زیرمقیاس مهربانی با خود (۵-۲۵)، قضاوت خود (۵-۲۵)، اشتراکات انسانی (۴-۲۰)، انزوا (۴-۲۰)، ذهن‌آگاهی (۴-۲۰) و همانندسازی فزاینده (۴-۲۰) می‌باشد که نمره بالاتر سطح بالاتر شفقت خود و نمره پایین‌تر سطح پایین‌تر شفقت خود را نشان می‌دهد. سازنده مقیاس پایایی کل آن را

بیماران دارای مشکلات دستگاه گوارش پرداخته باشد، یافت نشد و باتوجه‌به غنی بودن فرهنگ بومی ایران برای تجربه ذهن‌آگاهی، خلأ چنین پژوهشی دیده می‌شود.

باتوجه‌به شیوع بالای سندرم روده تحریک‌پذیر در بین اقشار مردم که سلامت آن‌ها را دچار اختلال می‌کند و همچنین باتوجه‌به اینکه افراد مبتلا به این بیماری علائم مهمی از اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی روانی را در خود گزارش می‌دهند و در نهایت خلأهای پژوهشی در رابطه با بیماران مبتلا به اختلال سندرم روده تحریک‌پذیر، ضرورت انجام پژوهش از این دست را بیان می‌کند و استفاده از نتایجی که از این پژوهش‌ها به دست می‌آید در زمینه پیشگیری و درمان مشکلات همراه با سندرم روده تحریک‌پذیر از ضرورت‌های مهم در هر کشوری است و هرگونه مطالعه، تشخیص و شناسایی، پیشگیری و درمان در این قلمرو بسیار ارزشمند می‌باشد. بنابراین، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی آموزش تنظیم‌هیجان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت وجود دارد؟

روش بررسی

روش پژوهش حاضر تحقیق کاربردی (مداخله‌ای) است که با روش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری تحقیق را تمامی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در شهر ایلام که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ به مطب خصوصی پزشکان متخصص داخلی مراجعه کردند، تشکیل می‌دهند. در این پژوهش ۶۰ نفر از افراد جامعه با استفاده از روش خوشه‌ای ساده انتخاب شدند (از بین مطب‌های متخصصین ۳ مطب، از هر مطب مراجعه‌کنندگان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و از بین آن‌ها کسانی که سابقه بیمارستانی و بستری شدن داشته‌اند، انتخاب شدند). براساس رضایت آگاهانه، از بین بیماران مراجعه‌کننده به مطب ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و پس از همتاسازی براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناسی (سن و تعداد سال‌های درمان) در ۳ گروه (۲۰ نفر تحت آموزش تنظیم هیجان، ۲۰ نفر تحت ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی و ۲۰ نفر هم‌گروه کنترل) جایگزین شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه فلایس^۵ استفاده شد. در استفاده از معادله برآورد حجم نمونه فلایس، براساس پژوهش‌های پیشین، $\alpha=0.105$ ، $\sigma=1/61$ ، $2d=4/507$ ، $Power=0.90$ و $\alpha=0.105$ در نظر گرفته شد. براساس معادله، حجم نمونه ۱۲/۰۷ به‌دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۰ الی ۵۰ ساله، تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش،

6. Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RIS)

5. Fleiss

جدول ۱. پروتکل‌های مداخلات تنظیم هیجان و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	مداخله تنظیم هیجان	مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی
اول	آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر، بیان اهداف، بیان منطق و مراحل مداخله.	آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، تکنیک خوردن کشمش و سپس به‌مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدنی و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن؛ تکلیف خانگی.
دوم	شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها، انتخاب موقعیت تجربه حالت هیجان و تفکیک آن به ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان. تکمیل کارت یادداشت روزانه حالت‌های هر هیجان به‌مدت ۱ هفته.	انجام مراقبه اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ بحث در مورد تکلیف خانگی؛ موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ تکلیف خانگی.
سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجان و مهارت‌های هیجانی: ۱. خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، ۲. خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، ۳. خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد تکمیل فرم آسیب‌پذیری هیجانی و فرم ارزیابی واکنش افراد به هیجان.	تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به‌نحوی غیرقضوتی و به‌مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکالیف خانگی و تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی و دادن تکلیف خانگی.
چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای، بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت‌های فردی و بین‌فردی که باید بهبود یابند، تهیه فهرستی از فعالیت‌های مثبت، آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات بین‌فردی ۱. جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، ۲. آموزش راهبرد حل مسئله، ۳. آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).	مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (مراقبه نشسته چهار بعدی نیز نامیده می‌شود)؛ بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم‌زدن ذهن‌آگاهانه؛ تکالیف: مراقبه نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن‌آگاه؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند.
پنجم	آموزش مهارت‌های تغییر توجه شامل متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی از طریق آموزش و تمرین توقف فکر و جایگزین‌سازی افکار مثبت و همچنین، مهارت آموزش گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن و غیره.	انجام مراقبه نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن‌آگاهانه بدن؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته؛ فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند؛ و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	تغییر ارزیابی‌های شناختی از طریق شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن بر حالت‌های هیجانی و همچنین، آموزش راهبرد باز ارزیابی و تغییر ارزیابی‌های منفی در جهت تنظیم و تسکین هیجان‌ات منفی.	تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارائه تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، بیشتر اوقات واقعی نیستند؛ پذیرش احساسات به‌عنوان احساس؛ تکالیف: انتخاب ترکیبی از مراقبه که ترجیح شخصی باشند. به‌علاوه انجام فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان. آموزش مهارت‌های مواجهه، ارزیابی و مهارت‌آموزی که خود شامل ۵ مورد به شرح زیر است: ارائه آموزش و تمرین به‌منظور ابراز هیجان، اصلاح رفتار، تخلیه هیجان، تغییر پیامد هیجان از طریق انجام عمل معکوس مثل تحرک، ایجاد آرمیدگی جسمانی.	مراقبه چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به‌هشیاری وارد می‌شود؛ تمرین: بهترین راه مراقبت از خود چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است. علاوه‌برآن چگونه می‌توان برنامه‌ای تنظیم کرد که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشند؛ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ تکالیف: انجام ترکیبی از مراقبه که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند؛ ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
هشتم	۱. جمع‌بندی آموخته‌ها و ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، ۲. کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، ۳. بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.	اسکن؛ مضمون: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه؛ مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌ای‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مراقبه‌شان را ادامه دهند؟

نشریه پرستاری ایران

برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌هشیاری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. پایایی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ الی ۰/۹۱ گزارش کرده است. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات متعدد تأیید شده است. در پژوهش خسروی و همکاران ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

میانگین ± انحراف معیار		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
سن	تعداد سال‌های درمان	
۳۶/۵ ± ۳/۱۶	۵/۱۲ ± ۴/۷۵	برنامه مداخله‌ای تنظیم هیجان
۲۸ ± ۲/۵۴	۵/۱ ± ۴/۴۸	برنامه مداخله‌ای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی
۳۷/۵ ± ۲/۸۶	۵/۰۶ ± ۴/۷	کنترل
	۰/۳۳۱	F
	۰/۷۱۹	P

نشریه پرستاری ایران

بین گروه‌ها وجود ندارد، اما بعد از آزمایش بین گروه‌ها تفاوت معناداری بود. آزمون آماری تی زوجی^۱ نشان داد بین میانگین نمره شفقت به خود قبل و بعد از آزمایش در گروه آزمایش تفاوت آماری معناداری دارد، اما براساس آزمون تی زوجی در گروه کنترل در میانگین نمره تاب‌آوری و شفقت به خود تفاوت آماری معناداری یافت نشد.

استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده از این آزمون عبارتند از: آزمون نرمال بودن توزیع نمرات و بررسی همگنی واریانس‌ها (آزمون لون^۲) و همگونی کواریانس.

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از آزمون شاپیرو ویلک شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز توزیع نرمال بودن داده‌ها برقرار است. باتوجه به نتایج آزمون لون، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. همچنین آزمون ماچلی نیز تأیید می‌شود. در صورتی که مقدار احتمال یا سطح معناداری آزمون از احتمال خطای اول بیشتر یا برابر باشد، دلیلی بر رد فرض صفر وجود ندارد. پس باتوجه به تأیید و رعایت مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، می‌توان به بررسی فرضیات پژوهش پرداخت.

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول شماره ۴، تفاوت بین نمرات تاب‌آوری و شفقت به خود و مؤلفه‌های آن (مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیاری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی) در مراحل پژوهش معنادار است. همچنین میانگین نمرات این متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد و بین آموزش‌های انجام‌شده بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معناداری وجود دارد و این بدان معناست که حداقل یکی از گروه‌ها تأثیر معناداری داشته است. همچنین نتایج به‌دست‌آمده در جدول شماره ۲، حاکی از تفاوت معنادار بین نمرات

بسته آموزشی تنظیم هیجان

برنامه مداخله‌ای تنظیم هیجان به آزمودنی‌های گروه آزمایشی اول شامل ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای (۱ جلسه در هفته) مطابق محتوای جدول شماره ۱ آموزش داده شد. مداخلات توسط متخصص و درمانگر مرتبط انجام شده که جلسات آموزشی به شیوه گروهی بر مبنای بحث و گفتگو بوده است (جدول شماره ۱).

بسته آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

برنامه مداخله‌ای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به آزمودنی‌های گروه آزمایشی دوم شامل ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای (جلسه در هفته) به شرح زیر آموزش داده شد (جدول شماره ۱).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS، از آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی نظیر آزمون شاپیرو ویلک^۳ برای بررسی نرمال بودن داده‌ها و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

یافته‌ها

براساس اطلاعات جدول شماره ۲، میانگین سنی زنان و تعداد سال‌هایی که تحت درمان بوده‌اند، به تفکیک گروه‌های آموزشی ارائه شده است. میانگین سنی زنان در گروه برنامه مداخله‌ای تنظیم هیجان ۳۶/۵ سال، گروه مداخله‌ای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۸ سال و در گروه کنترل ۳۷/۵ سال و همچنین میانگین تعداد سال‌هایی که افراد تحت درمان بوده‌اند در گروه برنامه مداخله‌ای تنظیم هیجان ۴/۷۵ سال، گروه مداخله‌ای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۵/۱ سال و در گروه کنترل ۴/۷ سال بوده است.

نتایج آزمون آماری تی مستقل^۴ در جدول شماره ۳ نشان داد که میانگین نمره تاب‌آوری قبل از آزمایش تفاوت معناداری

9. Paired-samples T Test
10. Levenes Test

7. Shapiro-Wilk
8. Independent Samples T-Test

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای آزمون براساس مراحل مداخله و گروه

معناداری	F	میانگین \pm انحراف معیار			گروه	آزمون
		کنترل	آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی	آموزشی تنظیم هیجان		
۰/۴۷	۰/۷۶۵	۵۴/۵۵±۶/۰۰۴	۵۱/۴۵±۸/۲	۵۲/۸۵±۹/۲۵	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۵۶/۹۷	۵۳/۷۵±۶/۹۲	۷۴/۵۷±۷/۰۸	۷۱/۶۵±۵/۹	پس آزمون	تاب آوری
۰/۰۰۱	۵۳/۷۰۵	۵۳/۶۵±۶/۶	۶۸/۴۷±۷/۴۹	۷۱/۱۵±۶/۱۵	پیگیری	
۰/۹۷۴	۰/۰۲۶	۱۰/۸۵±۱/۸۷	۱۰/۸۱±۱/۹۶	۱۰/۹۵±۲/۴۸	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۸۰/۶	۱۰/۷±۲/۱۵	۱۸/۸±۱/۷۶	۱۷/۴۵±۲/۵	پس آزمون	مهربانی با خود
۰/۰۰۱	۸۰/۴۵	۱۰/۶±۲/۰۳	۱۸/۴۵±۱/۵۳	۱۶/۸۵±۲/۶۶	پیگیری	
۰/۳۸۸	۰/۹۶۴	۱۹/۰۰±۲/۱۲	۱۸/۲۵±۲/۲۶	۱۸/۰۵±۲/۴۳	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱۱۳/۹۲	۱۸/۹۵±۱/۷۳	۱۰/۴±۱/۶۶	۱۱/۳۵±۲/۳۹	پس آزمون	قضاوت نسبت به خود
۰/۰۰۱	۱۴۵/۲۹	۱۹/۳۵±۱/۵۳	۱۱/۷۵±۱/۳۷	۱۲/۱۵±۲/۳۴	پیگیری	
۰/۵۹۷	۰/۳۷۱	۱۰/۳۵±۱/۶۳	۱۰/۵±۱/۱۴۷	۱۰/۵۵±۱/۷	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱۲۶/۳۷	۱۰/۳۵±۱/۹۲	۱۸/۲±۱/۷	۱۷/۵±۲/۶۶	پس آزمون	اشتراکات انسانی
۰/۰۰۱	۱۲۶/۹۷	۹/۹۵±۱/۸۹	۱۷/۴۳±۱/۷۶	۱۷/۰۸±۱/۵۸	پیگیری	
۰/۹۲۸	۰/۰۷۵	۱۶/۴±۱/۹۸	۱۶/۳۵±۲/۴۷	۱۶/۶±۱/۹۸	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۲۶/۷۴۶	۱۶/۲۵±۱/۷۷	۱۱/۶۵±۲/۰۵	۱۳±۲/۲۷	پس آزمون	انزوا
۰/۰۰۱	۳۱/۶۳	۱۶/۴±۱/۷۸	۱۱/۹۵±۱/۶۵	۱۲/۳۵±۲/۱۵	پیگیری	
۰/۸۴۴	۰/۱۷۰	۹/۳±۱/۳۰	۹/۴±۱/۳۹	۹/۵۵±۱/۳۹	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۳۶/۶۴	۹/۶±۱/۴۶	۱۴/۵۵±۱/۹۵	۱۳/۶۵±۲/۳۲	پس آزمون	بهشیاری یا ذهن آگاهی
۰/۰۰۱	۴۴/۵۲	۹/۶±۱/۲۷	۱۴/۱۵±۱/۷۵	۱۳/۰۵±۲/۱۳۹	پیگیری	
۰/۸۱	۰/۲۱۲	۱۶/۹۵±۱/۳۳	۱۷/۲±۰/۸۹۴	۱۷/۰۵±۱/۴۶	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱۳۵/۹۷	۱۶/۵±۱/۸۴	۹/۶۵±۰/۹۸۸	۱۰/۷۵±۲/۰۷	پس آزمون	هماندسازی افراطی
۰/۰۰۱	۱۳۶/۶۶	۱۶/۸۵±۱/۵۳	۱۰/۰۲±۲/۱۱۸	۱۱/۲۶۵±۱/۶۹	پیگیری	
۰/۸۲	۰/۳۴۷	۱۳/۸±۲/۰۴۷	۱۳/۷۵±۲/۸۲	۱۳/۷۹±۲/۸۲	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱۱/۵۵	۱۳/۵۴±۲/۴۸	۱۷/۸±۲/۶۵	۱۸/۷۸±۱/۳۲	پس آزمون	شفقت به خود
۰/۰۰۱	۹/۷۸	۱۳/۷۶±۲/۹۴	۱۶/۹۱۵±۲/۶۷	۱۷/۳۷±۱/۹۴	پیگیری	

نشریه پرستاری ایران

شفقت به خود و مؤلفه‌های آن (مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) در گروه‌ها برابر با ۰/۸۵۹ (۰/۹)، ۰/۸۵۹، ۰/۵۹۶، ۰/۸۲۳، ۰/۸۰۴ (۰/۹۴۵) می‌باشد، یعنی ۸۵/۹ درصد (۹۰، ۸۵/۹، ۵۹/۶، ۸۲/۳، ۸۰/۴ و ۹۴/۵ درصد) تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون شفقت به خود و مؤلفه‌های آن مربوط به تأثیر درمان می‌باشد.

تاب‌آوری و شفقت به خود و مؤلفه‌های آن در مراحل پژوهش است. میزان اتا نیز بیانگر میزان تأثیر آموزش بر روی گروه‌ها بوده است و به این میزان متغیرهای وابسته تحت تأثیر گروه‌های آزمایش تغییر می‌کنند. میزان تأثیر یا تفاوت تاب‌آوری در گروه‌ها برابر با ۸۹ درصد می‌باشد، یعنی ۸۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تاب‌آوری مربوط به تأثیر درمان می‌باشد. میزان تأثیر یا تفاوت

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پژوهش

مقیاس‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	اندازه اثر	سطح معناداری
تاب آوری	اثر×زمان	۵۸۱۷/۶۴۴	۲	۲۹۰۸/۸۲۲	۵۵/۵۶	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۷۳۸۱/۴۷۸	۲	۳۶۹۰/۷۳۹	۱۵۳/۰۵۹	۰/۸۹	۰/۰۰۱
شفقت به خود	اثر×زمان	۶۲۱۷/۵۲	۲	۳۱۰۸/۷۶	۶۲/۴۸	۰/۸۱۴	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۷۱۵۶/۲۸۴	۲	۳۵۷۸/۱۴۲	۱۴۸/۰۸۴	۰/۸۵	۰/۰۰۱
مهربانی یا خود	اثر×زمان	۹۸۹/۶۴۴	۲	۴۹۴/۸۲۲	۱۰۱/۰۲	۰/۸۴۲	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۸۸۷/۴۱۱	۲	۴۴۲/۷۰۶	۱۷۰/۲۵۴	۰/۹	۰/۰۰۱
قضاوت نسبت به خود	اثر×زمان	۱۳۵۹/۶۳۳	۲	۶۷۹/۸۱۷	۱۳۴/۶۰۲	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۹۳۳/۶۳۳	۲	۴۶۶/۸۱۷	۱۱۵/۷۴۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱
اشتراکات انسانی	اثر×زمان	۸۳۹/۷۴۴	۲	۴۱۹/۸۷۲	۵۹/۸۷۴	۰/۷۵۹	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۱۱/۵۴۴	۲	۵/۷۷۲	۲/۰۱۸	۰/۵۹۶	۰/۰۱۴
انزوا	اثر×زمان	۲۹۷/۶۴۴	۲	۱۴۸/۸۲۲	۱۵/۲۱۵	۰/۴۴۵	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۲۹۶/۴۱۱	۲	۱۴۸/۲۰۶	۸۸/۵۶۶	۰/۸۲۳	۰/۰۰۱
به‌شیاری یا ذهن‌آگاهی	اثر×زمان	۲۸۱/۷۳۳	۲	۱۹۰/۸۶۷	۳۷/۸۵۵	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۳۸۵/۲۳۳	۲	۱۹۲/۶۱۷	۷۷/۷۸۴	۰/۸۰۴	۰/۰۰۱
هماندسازی افراطی	اثر×زمان	۷۵۲/۸۳۴	۲	۳۷۶/۴۲۲	۱۰۲/۶۲۸	۰/۸۴۴	۰/۰۰۱
	اثر×گروه	۹۱۰/۴۷۸	۲	۴۵۵/۲۳۹	۳۲۵/۹۱۹	۰/۹۴۵	۰/۰۰۱

نشریه پرستاری ایران

تحت تأثیر گروه‌های آزمایش تغییر می‌کند. نتایج هرزنده جدید در بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد نشان داد که شرکت در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد می‌شود [۱۸]. خرمی و همکاران نشان دادند که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری معنادار است [۱۹]. همچنین نتایج خسروزاده و همکاران حاکی از این بود که آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری همسران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تأثیر داشت [۲۰]. در تبیین و تشریح یافته پژوهش می‌توان گفت ذهن‌آگاهی نوعی توجه پذیرا و بدون قضاوت است که از منظر نظری برای پرورش و تنظیم هیجان‌ها ارائه شده است. افرادی که مورد آموزش ذهن‌آگاهی قرار گرفته‌اند، در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجانان و تجربه‌ها تواناتر هستند و خودنظم دهی بیشتری دارند. همچنین افزایش ذهن‌آگاهی منجر به کاهش رنج‌های آدمی و پرورش ویژگی‌های مثبتی مثل بینش، خرد، عقل، شفقت، آرامی و خونسردی است و نشان می‌دهد آموزش ذهن‌آگاهی بر

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای هم سنجی زوجی گروه‌ها در جدول شماره ۵ نشان داد که هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل با اثربخشی معناداری در افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود همراه بودند. همچنین آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه آزمایشی آموزش تنظیم هیجانی اثربخشی بیشتری بر تغییرات افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود شرکت‌کنندگان داشته است.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای هم سنجی زوجی زمان‌ها در جدول شماره ۶ نشان داد که بین پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت.

بحث

یافته‌ها حاکی از این است که بین آموزش‌های انجام‌شده بر روی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معناداری وجود دارد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تأثیر بیشتری بر تغییرات تاب‌آوری مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته است که تقریباً ۲۸/۴ درصد از تاب‌آوری

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها

متغیر	گروه	در مقایسه با گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
تاب آوری	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۱/۸۳۳	۰/۰۱۷
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۱۰/۶	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۱۲/۴۳	۰/۰۰۱
شفقت به خود	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۰/۶۵۸	۰/۰۱۵
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۰/۴۱۱	۰/۰۰۳
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱
مهربانی با خود	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۱/۴۰۰	۰/۰۲۱
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۵/۸۲	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۶/۲۳	۰/۰۰۱
قضاوت نسبت به خود	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۲/۸۲	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۲/۶۸	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۵/۵۱۶	۰/۰۰۱
اشتراکات انسانی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۲/۷	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۲/۵۸	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۵/۲۸	۰/۰۰۱
انزوا	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	-۱/۰۶۷	۰/۰۲۷
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۲/۰۳	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۳/۱	۰/۰۰۱
بهبودیاری یا ذهن‌آگاهی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	۱/۵۶۶	۰/۰۳۵
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	۲/۷۶۶	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۳/۳۳	۰/۰۰۱
هماندسازی افراطی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش تنظیم هیجانی	-۲/۵	۰/۰۱۶
	آموزش تنظیم هیجانی	کنترل	-۴/۰۶	۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	-۴/۵۶	۰/۰۰۱

نشریه پرستاری ایران

شخصی از نظر هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان‌های خود به نحوی اشکال داشته باشد، در کنترل رفتار و پرخاشگری خود نیز دچار مشکل خواهد بود. بنابراین مدیریت یا تنظیم عواطف و هیجان‌ها به فرد کمک می‌کند توان سازگاری بیشتر به خصوص بعد از تجارب هیجانی منفی داشته باشد و کمک می‌کند که که پرخاشگری خود را کاهش دهد.

تاب‌آوری تأثیر دارد. این مداخله می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری و افکار ناکارآمد و استرس اثرگذار باشد. افراد برخوردار از مهارت ذهن‌آگاهی می‌دانند که افکار فقط افکار هستند و فرد ذهن‌آگاه نسبت به ماهیت تخریب‌کننده برخی از این افکار که باعث ترس از شکست و ناامیدی در فرد می‌شود، هوشیار و حساس می‌شود. در نتیجه فردی که نسبت به افکار، احساسات و هیجانات خود آگاهی بیشتری داشته باشند، کمتر تحت تأثیر افکار منفی و مخرب و احساسات و هیجانات ناخوشایند قرار می‌گیرد. اگر

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زمان‌ها

متغیر	گروه	در مقایسه با گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
تاب آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۳/۶۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۳/۴۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲	۰/۹۷۴
شفقت به خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۷۴۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۶۶۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۷۷	۰/۶۸۷
مهربانی با خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۷۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۶۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵	۰/۴۹۲
قضاوت نسبت به خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۹۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۶۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۸	۰/۸۴۹
اشتراکات انسانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۷/۱۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۱۸۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳۳	۰/۹۶۸
انزوا	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۶۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲	۰/۹۲۸
بهشیاری یا ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۱۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۰۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۷۵۸
هماندسازی افراطی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۸۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۶۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۳۳	۰/۸۹۴

نشریه پرستاری ایران

تغییرات شفقت به خود و مؤلفه‌های آن در مبتلایان سندرم روده تحریک‌پذیر داشته است. طاهری و سجادیان نشان دادند که برای بهبود مؤلفه‌های شفقت خود می‌توان از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده کرد [۲۱]. همچنین یافته‌های برجعلی و ناصری‌نیا حاکی از این بود که آموزش تنظیم هیجان موجب ارتقای شفقت به خود در افراد شده است [۲۲]. شفقت خود با افزایش تحمل شکست‌ها و اشتباهات، امکان بخشایش دیگران را فراهم می‌سازد. از آنجایی که فرد خود را شبیه فرد خاطی

دیگر یافته پژوهش حاکی از آن است که تغییرات شفقت به خود و مؤلفه‌های آن (مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به یک میزان نمی‌باشد و بین آموزش‌های انجام‌شده بر روی مبتلایان سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت معناداری وجود دارد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مبتلایان سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با آموزش تنظیم هیجانی تأثیر بیشتری بر

نیز توجه شود و همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان داخلی و گوارش جهت درمان بیماران مذکور، طی همکاری با روان‌شناسان سلامت، از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

باتوجه‌به یافته‌ها می‌توان از شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاه به‌عنوان روش مؤثر بر افزایش تاب‌آور و شفقت به خود در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام تأیید و با شناسه اخلاق IR. MEDILAM. REC. 1400. 066 ثبت شده است.

حامی مالی

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه آیدا امیدوی مقطع دکتری رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام بود. این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی و تحقیق و بررسی: آیدا امیدوی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: وحید احمدی و رضا ولیزاده.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌بیند، احتمال بیشتری دارد که با این همسان‌پنداری، اقدام به گذشتن از خطاهای دیگران کند. بنابراین چون شفقت خود با احساس همبستگی و مشابهت بیشتر و جدایی کمتر از دیگران همراه است، افرادی که از شفقت خود بیشتری برخوردارند، میل بیشتری نیز به بخشایش‌گری دیگران نشان می‌دهند. در مهربانی با خود، فرد هنگام مواجهه با رنج، ناکارآمدی یا شکست به جای سرزنش کردن خود و یا کوچک شمردن رنج خود، با گرمی و درکی واقع‌بینانه خود را می‌پذیرد. در همانندسازی افراطی (ازجمله زیرمقیاس‌های منفی شفقت خود)، فرد هنگام مواجهه با شکست و احساس ناراحتی و غمگینی، آنچنان در واکنش‌های عاطفی ذهنی خود غرق می‌شود که فاصله‌گیری از موقعیت را برای اخذ یک دیدگاه عینی و متعادل دشوار می‌سازد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که افراد ممکن است به‌دلیل مشکلات جسمانی ناشی از این بیماری از وجود هیجان‌های مثبت و منفی خود آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نتوانند به‌خوبی از هیجان‌های خود استفاده کنند [۲۳]. در ذهن‌آگاهی فرد با دقت بیشتری به افکار خود توجه می‌کند و بدون بیزاری یا قضاوت آن‌ها را بررسی می‌کند و علت وجود آن‌ها را در می‌یابد. تمرین ذهن‌آگاهی این توانایی را به فرد می‌دهد که دریابد افکار فقط افکارند و زمانی که می‌فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند، راحت‌تر می‌تواند آن‌ها را رها کند. علاوه‌براین فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی وابسته به عناصر بیرونی و دنیای بیرون است و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین‌شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به رهایی برسد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که امکان سوگیری در ارزیابی شفقت خود و استرس ادراک‌شده است که براساس گزارش شخصی آزمودنی‌ها می‌باشد. بهتر است در پژوهش‌های آتی از سایر ابزار جمع‌آوری داده‌ها همچون مصاحبه استفاده شود. همچنین باتوجه‌به اینکه طرح شبه‌آزمایشی است به این معنا که نمی‌توان به‌طور قاطع بیان کرد که تغییرات در متغیر وابسته تحت تأثیر مداخله درمانی یعنی متغیر مستقل قرار داشته است.

یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش این بود که در این مطالعه تمام ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به‌طور کامل سنجش نشده که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. در راستای نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، باتوجه‌به اینکه ذهن‌آگاهی سازه‌ای بسیار وسیع و دارای مؤلفه‌های فراوان است و همچنین نقش خاصی در کاهش استرس دارد، از این‌رو پیشنهاد می‌شود علاوه‌بر پوشش وسیع مسائل آموزشی به بهبود علائم روان‌شناختی افراد

References

- [1] Ford AC. Commentary: Estimating the prevalence of IBS globally-past, present and future. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020; 51(1):198-9. [DOI: 10.1111/apt.15508] [PMID]
- [2] Kulak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N. Antidepressants for Irritable Bowel syndrome- A systematic review. *Pharmacol Rep.* 2017; 69(6): 1366-79. [DOI: 10.1016/j.pharep.2017.05.014] [PMID]
- [3] Bennet SMP, Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, Collin L, Lindfors P, et al. Multivariate modelling of faecal bacterial profiles of patients with IBS predicts responsiveness to a diet low in FODMAPs. *Gut.* 2018; 67(5):872-81. [DOI: 10.1136/gutjnl-2016-313128] [PMID]
- [4] Azimi M, Eftekharaifzali MS, Khoram Pazhouh H, Hasheminasab FS. [Comparative study of Irritable Bowel syndrome in Persian medicine and current medicine: A narrative review (Persian)]. *J Islam Iran Tradit Med.* 2020; 11(2):173-82. [Link]
- [5] Ghorbani Taqlidabad B, Tasbih Sazan Mashhadi, SR. [The relationship between cognitive emotion regulation and lifestyle with depression among patients with Irritable Bowel syndrome (Persian)]. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2017; 4(4):11-21. [Link]
- [6] Pirkhafi A, Rozbahani M, Rastgo SS. [Effectiveness of mindfulness-based cognitive-therapy on somatic symptoms in patients with irritable bowel syndrome (Persian)]. *Health Psychol Q.* 2019; 7(28):52-66. [Link]
- [7] Rubin-Falcone H, Weber J, Kishon R, Ochsner K, Delaparte L, Doré B, et al. Longitudinal effects of cognitive behavioral therapy for depression on the neural correlates of emotion regulation. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2018; 271:82-90. [DOI: 10.1016/j.pscychresns.2017.11.002] [PMID]
- [8] Nironamnd R, Seydmoradi K, Kakavand A, Tavasoli Z. [Effectiveness of education emotion regulation techniques on reducing stress and increasing resilience of student (Persian)]. *Thoughts Behav Clin Psychol.* 2019; 14(53):7-16. [Link]
- [9] Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci.* 2015; 38:e92. [DOI: 10.1017/S0140525X1400082X] [PMID]
- [10] Mashall Pourfard M, Shvichi J. [The relationship between aggression and different types of emotional intelligence with resilience among addicted addicts to Ahvaz, Iran (Persian)]. Paper presented at: 4th National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies. 15 June 2016; Tehran, Iran. [Link]
- [11] Neff KD, Long P, Knox MC, Davidson O, Kuchar A, Costigan A, et al. The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self Identity.* 2018; 17(6):627-45. [DOI:10.1080/15298868.2018.1436587]
- [12] Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self Identity.* 2013; 12(2):160-76. [Link]
- [13] Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, Sizoo B, Hepark S, Grutters J, et al. Mindfulness based cognitive therapy versus treatment as usual in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *BMC Psychiatry.* 2015; 15:216. [DOI: 10.1186/s12888-015-0591-x] [PMID]
- [14] Lo HH, Wong SY, Wong JY, Wong SW, Yeung JW. The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: Design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 65. [PMID]
- [15] Razavizadeh Tabadkan BZ, Jajarmi M, Vakili Y. [The effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on depression, rumination and perceived stress in women with type 2 diabetes (Persian)]. *North Khorasan Univ Med Sci.* 2019; 11(1):1-8. [Link]
- [16] Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2016; 14(1):127-44. [DOI: 10.1176/appi.focus.140102] [PMID]
- [17] Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, et al. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Pers Individ Differ.* 2016; 25(2): 218-24. [DOI: 10.1016/j.paid.2016.04.022]
- [18] Harzandjadid Y. [The effect of cognitive therapy based on mindfulness on resilience and anxiety sensitivity of patients with acute heart disease (Persian)]. Paper presented at: The Second Congress of New Findings in The Field of Family, Mental Health, Disorders, Prevention and Education. 13 Jun 2020; Tehran, Iran. [Link]
- [19] Khorrami M, Atashpour S H, Arefi M. [Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on psychological well-being, mental vitality and resilience among mothers of children with cerebral palsy (Persian)]. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020; 12(1):63-72. [DOI: 10.52547/nkums.12.1.63]
- [20] Khosrowzadeh A, Ghasemi M, Solati K. [The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the resilience of spouses of schizophrenic patients (Persian)]. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2019; 20(5):59-65. [Link]
- [21] Taheri S, Sajjadian I. [The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the components of self-compassion and aspects of mindfulness of employees with chronic fatigue syndrome (Persian)]. Paper presented at: The Third International Conference of Psychology, Educational Sciences and Lifestyle. 25 August 2016; Mashhad, Khorasan. [Link]
- [22] Barjali M, Naseri Nia S. [The effectiveness of emotion regulation strategies training on mental health, self-compassion and craving in the addicts (Persian)]. *Couns Cultand Psychotherapy.* 2019; 10(40): 133-54. [DOI: 10.22054/qccpc.2019.45570.2194]
- [23] Mongia M, Hechtman L. Attention-deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan: Review of literature on cognitive behavior therapy. *Curr Dev Disord Rep.* 2016; 3(1): 7-14. [DOI: 10.1007/s40474-016-0072-z]