

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Coping Strategies in Women with Ulcerative Colitis

Rokhsare Amin Pur<sup>1</sup>, Maryam Ghorbani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MA in Clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

## ABSTRACT

### **Background :**

The main purpose of the present paper is to examine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on perceived stress, stress coping strategies and illness perception in women with Ulcerative Colitis.

### **Materials and Methods:**

This is an experimental study performed as pretest and post-test. The population consists of woman suffering from Ulcerative Colitis in Isfahan. The sample includes 37 Colitis selected by multi-stage random sampling and randomly assigned to experiment and control groups (control=20, experimental=17). The acceptance and commitment therapy was performed in the experimental group within two months once a week. The tools applied by this study include Perceived Stress Scale, Brief Illness Perception Scale Stress Coping Strategies Scale and Brief Illness Perception Scale.

### **Results:**

The results of this research showed that the means of coping strategies in experimental group has changed significantly in comparison with control group ( $p<0.05$ ).

### **Conclusion:**

Thus, the acceptance and commitment therapy could be used along with other methods of the treatment for the women with Ulcerative Colitis.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy; ACT; Stress coping strategies; Ulcerative Colitis

*please cite this paper as:*

Amin Pur R, Ghorbani M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Coping Strategies in Women with Ulcerative Colitis. *Govaresh* 2015;20:34-42.

### **Corresponding author:**

Maryam Ghorbani, MD

Address: Isfahan, Zarin Shahr, Tohid Blvd

Telefax: + 98 313 2121261

E-mail: ghorbani\_psy@yahoo.com

Received: 05 Nov. 2015

Edited: 01 Feb. 2015

Accepted: 02 Feb. 2015

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس در بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو

رخساره امین پور<sup>۱</sup>، مریم قربانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

### چکیده

#### زمینه و هدف:

کولیت اولسراتیو یکی از بیماری های مزمن و ناتوان کننده مجرای گوارشی است که مقابله با آن تغییرات عمیقی بر جنبه های مختلف زندگی فرد ایجاد می کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس در زنان مبتلا به کولیت اولسراتیو می باشد.

#### روش بررسی:

به همین منظور در یک مطالعه شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل نمونه ای به حجم ۳۷ نفر از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان الزهرا شهراصفهان به روش در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار کلیه آزمودنیها پرسش نامه شیوه های مقابله با استرس (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) را در مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته ها:

تحلیل یافته ها نشان داد که بین میانگین های تعدیل شده نمرات راهبردهای مقابله با استرس شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنا داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات راهبردهای مقابله با استرس شرکت کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است.

#### نتیجه گیری:

یافته ها حاکی از اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس در بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو بود. نتایج این مطالعه نشان می دهد که برنامه های آموزشی یادمانی به منظور بهبود راهبردهای مقابله با استرس می تواند ناتوانی های کارکردی شان را کاهش داده و سبب بهبود سلامت روان آنها شود.

**کلید واژه:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ACT، راهبردهای مقابله با استرس، کولیت اولسراتیو

گوارش/ دوره ۲۰، شماره ۱/ بهار ۱۳۹۴/ ۳۴-۴۲

#### زمینه و هدف:

ابعاد مختلف سلامت بر هم تاثیر می گذارد، به این معنا که مشکلات جسمی بر روان فرد و آشفتگی های روانی بر جسم فرد اثر می گذارد و البته هر دوی آنها تحت تاثیر شرایط اجتماعی و فرهنگی قرار می گیرند. (۱) از آنجا که تأمین سلامت افراد جامعه در جنبه های مختلف جسمی،

#### نویسنده مسئول: مریم قربانی

اصفهان، زرین شهر. بلوار توحید. دانشگاه پیام نور مرکز زرین شهر

تلفن و نمابر: ۰۳۱۳-۲۱۲۶۱

پست الکترونیک: ghorbani\_psy@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۳/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۲

روانی و اجتماعی از اهداف مهم همه جوامع و حکومت هاست، مد نظر قرار دادن عوامل تهدید کننده سلامت عمومی افراد از راههایی است که تحقق هدف مورد نظر را تسهیل می نماید.

یکی از عواملی که بیشترین تاثیر منفی را بر سلامت عمومی افراد جامعه دارد، بیماری های مزمن است. زمان طولانی ابتلای افراد به این بیماری ها، روند طولانی درمان و این واقعیت که برای بیشتر این بیماری ها درمان مناسب و قطعی وجود ندارد و نیز عوارض همراه با آن ها، بیماری های مزمن را به عامل فرساینده ی سلامت عمومی جامعه تبدیل کرده است. (۲) امروزه به دلیل توسعه ی دانش پزشکی در کنترل بیماری ها بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع بیماری های مزمن و غیر واگیر، در کلیه ی کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. به نحوی که چالش عمده سیستم های بهداشتی و درمانی در قرن حاضر، دیگر زنده بودن افراد نیست، بلکه به سازگاری بهتر

در درمان دارویی بیماری التهابی روده پیشرفت های زیادی حاصل شده و بسیاری از علائم بیماری توسط داروها کنترل می شوند. اما واقعیت این است که بسیاری از این داروها با عوارض جانبی همراهند و متقاعدسازی بیماران برای پایبندی به رژیم دارویی منظم نیز خود مقوله ای است که توجه خاص و صرف وقت و انرژی می طلبد. علیرغم اثربخشی داروها، گزارش ها حاکی از آن است که ۳۰٪-۱۰٪ بیماران در نهایت به جراحی کولکتومی<sup>۳</sup> (برداشتن روده بزرگ) نیاز پیدا می کنند. نگرانی های بیماران راجع به از دست دادن انرژی، از دست دادن کنترل خود، تصویر بدنی، ناتوانی در شکوفاسازی توانمندی های بالقوه، احساس سربار بودن، نگرانی از عوارض جانبی داروها و عوارض و تظاهرات خارج روده ای بیماری، ترس از جراحی و نگرانی های واقع بینانه راجع به احتمال ابتلا به سرطان سبب فرسایش روانی و آشفتگی روان شناختی بیمار مبتلا می شود. هم چنین اگرچه راجع به تأثیر استرس و نقش آن در بیماری التهابی روده تردیدهایی وجود داشت و تا مدت ها این بیماری را نوعی بیماری ارگانیک می دانستند، نظر غالب کنونی این است که اگرچه ممکن است نقش استرس در ایجاد یا شروع این بیماری کم رنگ باشد، اما اکثر مطالعات نقش مهم آن را در تشدید علائم و عود بیماری تأیید می کنند. (۸-۱۰)

هرچا سخن از استرس و تجربه ذهنی آن به میان می آید، راهبردهای مقابله با استرس<sup>۴</sup> نیز مطرح می شود. فولکمن، لازاروس، گرونودلونگین<sup>۵</sup> معتقدند بخشی از تجربه ی استرس توسط فرد، به ارزیابی وی از منابعی برمی گردد که برای مقابله با تهدید یا خطر استرس، در اختیار دارد. (۱۱) وقتی فرد منابع و راهبردهای موثر و کارآمدی برای مقابله با منبع خطر یا تهدید در اختیار داشته باشد، تجربه ی ذهنی وی از استرس کاهش می یابد. توجه به این نکته سبب بررسی راهبردهای مقابله با استرس در بیماران التهابی روده شد و مطالعات انجام شده توسط بریجیت<sup>۶</sup> و سینزبری و هیتلی<sup>۷</sup> نشان داد که این بیماران معمولاً از راهبردهای مقابله ناکارآمد و ناسازگارانه استفاده می کنند. (۱۲ و ۱۳)

بنابراین تجربه ذهنی استرس و تنیدگی بیشتر در زندگی، راهبردهای مقابله ای ناکارآمد و ناسازگارانه و نیز آشفتگی روان شناختی زیاد به همراه احساس عدم کنترل بر بیماری، بسیاری از اوقات سبب افزایش شیوع اختلالات روان شناختی در این بیماران می گردد. این گونه آشفتگی های روان شناختی با افزایش فعالیت بیماری<sup>۸</sup>، عود بیماری<sup>۹</sup> و نیز افزایش استفاده از سرویس های خدمات پزشکی همراه است. (۱۴) از سوی دیگر این مشکلات، در کنار مشکلات جسمانی کیفیت زندگی این بیماران را خدشه دار می کند، بر روال عادی زندگی بسیاری از بیماران اثر نامطلوب می گذارد و رضایت آنان را از زندگی کاهش می دهد.

با بیماری های مزمن، حفظ سلامتی روانی- اجتماعی و بهزیستی روانی افراد مبتلا به یک بیماری مزمن جسمی مربوط می شود.

اگرچه بیماری التهابی روده بندرت مهلک و کشنده است، در گروه قابل ملاحظه ای از بیماران به طور معناداری سلامتی را مخدوش می سازد. شروع این بیماری اغلب در اوایل بزرگسالی و اوج سنی بروز آن را پیرامون ۲۰ سالگی ذکر کرده اند. (۳) تا به امروز درمان قطعی برای بیماری التهابی روده وجود نداشته است و از آنجا که انتظار زندگی در این بیماران تقریباً به اندازه افراد عادی است، بیمار مبتلا باید بقیه عمر خود را با یک بیماری مزمن، غیر قابل پیش بینی و ناتوان کننده سپری کند و لذا بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی این بیماران اغلب آسیب می بیند و جنبه های مختلف زندگی آنان تحت تأثیر قرار می گیرد. بیماری که تشخیص بیماری التهابی روده دریافت می کند، هیجانات مختلفی مانند انکار، خصومت، ناامیدی و غمگینی را تجربه می کند و ممکن است نتواند در برابر فراز و نشیب های بیماری پاسخ سازگارانه مناسبی از خود بروز دهد. (۴) کیبلس، دورفلر و کیفرا<sup>۱</sup> روند سازگاری با بیماری التهابی روده را این گونه عنوان می کنند که معمولاً بیماران به فاصله زمانی نسبتاً کوتاهی پس از دریافت تشخیص، ارزیابی اولیه ای از تأثیر بیماری بر روی فعالیت ها و برنامه های زندگی خود به عمل می آورند و به لحاظ هیجانی احساساتی مانند آشفتگی، غم و احساس گناه را تجربه می کنند و به لحاظ رفتاری بیمار به دنبال مصرف داروهای جدید، جستجوی حمایت اجتماعی و اصلاح رژیم غذایی خود بر می آیند. (۵) این تطابق یا سازگاری یک فرایند پیچیده و پویا است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مثل سن بیمار در زمان شروع بیماری، وضعیت هیجانی بیمار، تجارب قبلی وی با بیماری و غیره قرار می گیرد. پس از این که بیمار با تشخیص به عمل آمده، سازگار شد، احتمالاً وارد فاز دیگری از بیماری می شود که بیشتر به ماهیت مزمن و سیر غیر قابل پیش بینی بیماری مربوط است. دروسمان، پاتریک، میشلواپلبرم<sup>۲</sup> معتقدند که در سازگاری با بیماری التهابی روده چند عامل از جمله بیمار، خانواده، سیستم بهداشتی و جامعه با هم تعامل دارند و تعامل آنها در تعیین این که یک فرد چگونه به بیماری پاسخ می دهد و بیماری چگونه بر پاسخ های وی اثر می گذارد، کمک می کند. (۶) وضعیت روان شناختی بیمار و این که آیا وی به طور هم زمان به افسردگی و یا اضطراب مبتلا باشند یا خیر، ترس ها و نگرانی هایش و راهبردهای مقابله ای که در برخورد با بیماری و سایر مشکلات زندگی به کار می گیرد، نحوه ی برخورد اطرافیان به خصوص اعضای خانواده با بیماری، نگرش های اجتماعی و فرهنگی رایج در جامعه درباره ی سلامت و بیماری و میزان اطلاعاتی که فرد از سیستم خدمات بهداشتی دریافت می کند و نیز دسترسی به خدمات این سیستم همگی از عوامل روانی- اجتماعی هستند که سازگاری با این بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می دهند. (۷)

امروزه با پیشرفت و توسعه ی دانش پزشکی و پیدایش داروهای جدید،

1. Kiebles, Doerfler, Keefer  
2. Drossman, Patrick, Mitchell & Appelbeum

3. Colectomy  
4. Coping strategies  
5. Folkman, Lazarus, Gruen & Delongis  
6. Birgitte  
7. Sainsbury & Healthy  
8. Disease activity  
9. Relapce

به بیمار کمک شود تا خود را از چرخه اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند، البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجان‌اتش، بلکه از طریق فرایندهای پذیرش و تعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی حاوی شش فرایند روان شناختی خاص است: پذیرش<sup>۱۲</sup>، گسلش<sup>۱۳</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۱۴</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۱۵</sup>، ارزش‌ها<sup>۱۶</sup> و عمل متعهدانه<sup>۱۷</sup>، که همه آنها باعث انعطاف پذیری روان شناختی می‌شوند. (۱۹)

بیماران التهابی روده استرس زیادی را به دلیل زندگی با این بیماری مزمن تجربه می‌کنند و در سازگاری و مقابله مناسب با بیماری مشکلاتی دارند. میزان آشفتگی‌ها و مشکلات روان شناختی در این بیماران بالاتر از افراد سالم جامعه است. این مشکلات بر فعالیت و عود بیماری و مراجعه ی بیماران به متخصصین امر اثر معکوس می‌گذارد و بار اقتصادی این بیماری را بر جامعه می‌افزاید. همچنین به دلیل مشکلات روان شناختی این بیماران طراحی مداخلات درمانی روان شناختی که به جنبه‌های روان شناختی و نگرانی‌های این بیماران بپردازد و به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران عنایت داشته باشد، ضروری است که مد نظر قرار گیرد. از آنجا که اکثر محققان به نقش بارز استرس در تشدید بدکارکردی ایمنی پرداخته و از این طریق نقش آن را در بیماری التهابی روده مهم می‌دانند، به نظر می‌رسد طراحی مداخله ی درمانی مبتنی بر بهبود راهبردهای مقابله با استرس هم به مسایل و مشکلات روان شناختی این بیماران بپردازد و هم به واسطه ی نقشی که در بهبود عملکرد سیستم ایمنی دارد، به بهبود علائم بیماری کمک کند. بنابراین هدف مطالعه حاضر این است که آیا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های راهبردهای مقابله با استرس بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو در جامعه ایران اثر گذار است؟

### روش بررسی:

طرح تحقیقاتی از نوع کار آزمایشی بالینی شبه آزمایشی همراه با گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو در اردیبهشت ماه سال ۹۳ شهر اصفهان است که بر اساس ملاکهای رادیولوژیک، بافت شناسی و اندوسکوپی و تشخیص متخصص گوارش، تشخیص این بیماری را دریافت کرده و جهت درمان به درمانگاه بیمارستان الزهرا مراجعه کرده اند. معیارهای ورود در گروه‌های نمونه شامل نداشتن بیماری پسیکوتیک، دوقطبی I و سابقه سومصرف مواد بر اساس مصاحبه بالینی می‌باشد و ابتلا به سایر بیماری‌های شدید جسمی مانند دیابت کنترل نشده، بیماری‌های قلبی، کلیوی و ابتلا به انواع سرطان می‌باشد. ملاک خروج نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه می‌باشد. با توجه به این مطالعه، از نوع کار آزمایشی بالینی شبه آزمایشی بود، انتخاب ۴۰ نفر به عنوان نمونه کفایت می‌کرد، چون

اخیراً بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> و زمینه محور<sup>۲</sup> شده است؛ به خصوص برای افرادی که سخت به درمان پاسخ می‌دهند. این درمان‌ها که موج سوم رفتار درمانی هستند عبارتند از: رفتار درمانی دیالکتیک<sup>۳</sup>، روان درمانی تحلیلی عملکردی<sup>۴</sup>، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۵</sup> و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۶</sup>. این درمان‌ها روی پذیرش باورها در مقابل چالش با آنها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی<sup>۷</sup> یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آن‌ها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند. همچنین تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی پذیرش نشانه است تا کاهش آن، و نیز شیوه‌های انعطاف پذیرتر و سازگارانه تر پاسخدهی به محرک نامطبوع درونی. (۱۵)

از میان این درمان‌ها روشی که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در دهه ۸۰ توسط استیون هیز<sup>۸</sup> در دانشگاه نوادا مطرح و با عنوان اختصاری ACT شناخته شد، یک شکل از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی<sup>۹</sup> است و ریشه در نظریه ی جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی<sup>۱۰</sup> نامیده می‌شود. (۱۶) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجان‌ات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجان‌ات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آنها داشته است.

به طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی اش (افکار، هیجان‌ات، خاطرات و احساسات بدنی) ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر این رویدادها یا زمینه‌های بروز آنها بر می‌دارد حتی زمانی که تلاش برای انجام چنین کارهایی، تأثیر منفی را به شیوه ای نامؤثر تنظیم کرده و باعث شوند فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوی) توجه کند. زمانی که این فرایندها بر تجارب فرد غلبه داشته باشند منجر به انعطاف ناپذیری روان شناختی می‌شوند. (۱۷)

در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه «اجتناب تجربه ای آمیختگی شناختی»<sup>۱۱</sup> گیر کند، دچار انعطاف ناپذیری روان شناختی شده است. اجتناب تجربه ای با بسیاری از فرایندهای آسیب شناختی مثل اختلالات اضطرابی همبستگی بالایی دارد. (۱۸) به عبارت دیگر، یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است؛ یعنی

1. Mindfulness
2. Mindfulness based and contextually focused therapeutic interventions
3. Dialectical Behavior Therapy (DBT)
4. Functional Analytic Psychotherapy (FAP)
5. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
7. Cognitive Defusion
8. Steven Hayes
9. Functional Contextualism
10. Relational Frame Therapy (RFT)
11. Experimental avoidance-Cognitive fusion

مقابله ای مسأله مدار ( $\alpha = 0/83$ )، هیجان مدار ( $\alpha = 0/80$ ) و اجتناب مدار ( $\alpha = 0/72$ ) گزارش کرده است. همچنین ضرایب پایایی آزمون-بازآزمون را برای سه زیر مقیاس راهبردهای مقابله ای مسأله مدار ( $r = 0/58$ )، هیجان مدار ( $r = 0/55$ ) و اجتناب مدار ( $r = 0/83$ ) گزارش کرده است. (۲۲)

#### یافته‌ها:

##### جمعیت شناختی

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۴/۲۹ و انحراف استاندارد ۱۰/۷۹ و در گروه کنترل میانگین ۳۴/۳۰ و انحراف استاندارد ۸/۹۴ می باشد. فراوانی افراد مجرد در گروه آزمایش ۶ نفر و در گروه کنترل ۹ نفر می باشد. فراوانی در افراد متأهل در گروه آزمایش ۱۱ و در گروه کنترل ۱۱ نفر می باشد. تحصیلات متوسطه در گروه آزمایش با ۳۵/۳ درصد و در گروه کنترل با ۴۵ درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. استفاده از آزمون کوواریانس مستلزم رعایت پیش فرض های آماری مانند نرمال بودن، تساوی واریانس ها و تساوی کوواریانس ها می باشد که مورد تحلیل قرار گرفت. پیش فرض نرمال بودن به وسیله آزمون شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. آزمون لوین و باکس نیز حاکی از تساوی واریانس ها و کوواریانس ها می باشد، لذا می توان از آزمون کوواریانس استفاده نمود.

میانگین، انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مولفه راهبرد مقابله با استرس مسئله مدار در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می گردد، میانگین راهبرد مقابله با استرس مسئله مدار در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش ۴۳/۶۳ و در گروه کنترل ۳۱/۰۵ می باشد. میانگین در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش ۶۲/۴۳ و در گروه کنترل ۲۷/۷۰ می باشد. میانگین راهبرد مقابله با استرس هیجان مدار در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش ۵۵/۷۲ و در گروه کنترل ۵۹/۳۰ می باشد. میانگین در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش ۳۱/۵۹ و در گروه کنترل ۶۱/۶۰ می باشد. در خرده مقیاس روی آوردن به فعالیت ها نیز میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۲۱/۹۴ و در گروه کنترل ۲۶/۴۴ و در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۸/۵۵ و ۲۴/۷۵ به دست آمد. در خرده مقیاس روی آوردن به اجتماع نیز میانگین مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش ۲۴/۷۶ و در گروه کنترل ۲۵/۶۰ و در مرحله پس آزمون به ترتیب ۲۱/۳۰ و ۲۳/۱۵ می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول زیر نشان داده شده است.

نتایج حاکی از تاثیر معنادار درمان ACT در راهبرد مساله مدار ( $F=796/83$ ؛  $p<0/001$ )، هیجان مدار ( $F=653/774$ ؛  $p<0/001$ )، روی آوردن به فعالیت ( $F=46/46$ ؛  $p<0/001$ ) و روی آوردن به اجتماع ( $F=4/26$ ؛  $p<0/04$ ) می باشد. توان آماری یک نشان می دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه ها کفایت می کند. با توجه به میانگین های

برای چنین مطالعاتی حداقل حجم نمونه ۲۰ نفر گزارش شده است. (۲۰) نمونه آماری اولیه این مطالعه، تعداد ۳۷ (گروه آزمایش ۱۷ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) نفر از بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو ساکن شهر اصفهان می باشند که به شیوه در دسترس انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس هر دو گروه، آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه کنترل، در پیش آزمون شرکت کردند (T1). سپس گروه آزمایشی در معرض مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (X1) به مدت ۸ جلسه قرار گرفت. در این مرحله گروه کنترل یا درمان طبی مرسوم هیچ گونه مداخله آزمایشی دریافت نکرد. پس از گذشت ۸ جلسه مداخلات روانشناختی برای گروه آزمایشی، از هر ۲ گروه (اعم از گروه آزمایشی و گروه گواه) پس آزمون به عمل آمد (T2). دوره زمانی این مطالعه از بهمن ماه ۱۳۹۲ تا انتهای خرداد ۱۳۹۳ بود. آزمودنی ها به صورت داوطلبانه شرکت کرده بودند و به منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از انجام پس آزمون گروه کنترل ۲ جلسه به صورت گروهی تحت درمان های آموزش مدیریت استرس قرار گرفتند. داده ها به روش کوواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شد.

#### ابزار

**پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس:** این پرسشنامه در ۱۹۹۰ توسط اندلر و پارکر، به منظور سنجش شیوه های مقابله با استرس افراد در موقعیت های استرس زا و بحرانی ساخته شد. (۲۱) آنها ابتدا پرسشنامه را که شامل ۷۰ ماده بود، بر روی ۵۵۹ دانشجوی پسر و دختر اجرا کردند. سپس با استفاده از تحلیل عوامل داده ها را تحلیل کرده و ۳ شیوه مقابله عمده را استخراج نمودند: مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتناب مدار. اندلر و پارکر در ۱۹۹۰ پرسشنامه را تجدید کردند و تعداد آن را به ۶۶ ماده تقلیل دادند. سپس پرسشنامه را روی ۳۹۴ دانشجو و ۲۸۴ فرد بزرگسال اجرا شد و پس از تحلیل عامل داده ها، مجدداً آن را به ۴۸ ماده کاهش دادند. در حال حاضر پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس<sup>۱</sup> با ۴۸ ماده یکی از ابزارهای قابل اعتماد برای سنجش شیوه های مقابله با استرس به حساب می آید.

در این ابزار هر کدام از شیوه های مقابله یک مقیاس جداگانه با ۱۶ ماده دارد و مجموع نمرات ماده های هر یک از مقیاس ها، جداگانه محاسبه می شود و فاقد نمره کلی است. البته مقیاس شیوه مقابله اجتناب مدار، دارای دو خرده مقیاس «روی آوردن به اجتماع» و «روی آوردن به فعالیت ها» هر کدام با ۸ ماده می باشد. هر کدام از گویه های این پرسشنامه دارای ۵ گزینه است که آزمودنی باید گزینه ای را که بیشتر نمایانگر اشتغال وی به آن فعالیت در هنگام برخورد با شرایط سخت، پر استرس و مایوس کننده است. ماده های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۲۰، ۴۰، ۴۴، ۴۸ از مقیاس اجتناب مدار مربوط به خرده مقیاس «روی آوردن به فعالیت ها» می باشد. جعفرنژاد آلفای کرونباخ این ابزار را در جامعه ایران برای سه زیر مقیاس راهبردهای

1. Strees Coping Strategies Scale

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد نمرات مولفه راهبرد مقابله با استرس مسئله مدار در دو گروه آزمایش و کنترل

آمار	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین
راهبرد مقابله با استرس مسئله مدار	آزمایش	۱۷	۴۳/۶۳	۱۰/۶۳	۱۷	۶۲/۴۳
	کنترل	۲۰	۳۱/۰۵	۴/۲۳	۲۰	۲۷/۷۰
راهبرد مقابله با استرس هیجان مدار	آزمایش	۱۷	۵۵/۷۲	۱۲/۳۶	۱۷	۳۱/۹۵
	کنترل	۲۰	۵۹/۳۰	۳/۵۵	۲۰	۶۱/۶۰
راهبرد مقابله با استرس اجتناب مدار (روی آوردن به فعالیتها)	آزمایش	۱۷	۲۱/۹۴	۳/۵۶	۱۷	۱۸/۵۵
	کنترل	۲۰	۲۶/۴۴	۲/۵۱	۲۰	۲۴/۷۵
مقابله با استرس اجتناب مدار (روی آوردن به اجتماع)	آزمایش	۱۷	۲۴/۷۶	۶/۰۱	۱۷	۲۱/۳۰
	کنترل	۲۰	۲۵/۶۰	۱/۵۳	۲۰	۲۳/۱۵

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تاثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نمرات استرس مسئله مدار

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
مسئله مدار	پیش آزمون	۱	۴/۷۳۱	۰/۵۹۰	۰/۴۴۸	۰/۰۱۷	۰/۱۱۶
	عضویت گروهی	۱	۶۳۹۲/۴۳۷	۷۹۶/۸۳۸	**۰/۰۰۱	۰/۸۵۹	۱
هیجان مدار	پیش آزمون	۱	۳۱/۴۰۵	۲/۷۲۴	۰/۱۰۸	۰/۰۷۴	۰/۳۶۱
	عضویت گروهی	۱	۷۵۳۷/۶۶۳	۶۵۳/۷۷۴	**۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	۱
روی آوردن به فعالیت	پیش آزمون	۱	۲۳/۶۰۳	۳/۴۲۹	۰/۰۷۳	۰/۰۹۲	۰/۴۳۶
	عضویت گروهی	۱	۳۱/۸۱۹	۴۶/۴۶۴	**۰/۰۰۱	۰/۵۷۷	۱
روی آوردن به اجتماع	پیش آزمون	۱	۷/۲۲۲	۰/۹۰۰	۰/۳۴۹	۰/۰۲۶	۰/۱۵۱
	عضویت گروهی	۱	۳۴/۲۰۵	۴/۲۶۳	*۰/۰۴۷	۰/۱۱۱	۰/۵۱۸

\* $p < 0.05$     \*\* $p < 0.01$

جدول ۲، می توان بیان کرد که درمان موجب افزایش راهبرد مقابله مساله مدار و کاهش مقابله هیجان مدار و اجتناب مدار (روی آوری به فعالیت و روی آوری به اجتماع شده است.

جدول ۲، می توان بیان کرد که درمان موجب افزایش راهبرد مقابله مساله مدار و کاهش مقابله هیجان مدار و اجتناب مدار (روی آوری به فعالیت و روی آوری به اجتماع شده است.

که عضویت گروهی در مرحله پس آزمون ۸۵/۹٪ از تفاوت واریانس های نمرات مقابله مسئله مدار آزمودنی ها را تبیین می کند. به عبارت دیگر شیوه درمانی در مرحله پس آزمون سبب بالاتر رفتن ۸۵/۹٪ نمرات مقابله مسئله مدار آزمودنی ها شده است. توان آماری بالاتر از ۸۰٪ نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است.

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو می باشد. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر تفاوت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان طبی مرسوم بر متغیر نمرات راهبرد مقابله ای مسئله مدار، در مراحل پس آزمون با کنترل نمرات پیش آزمون نشان داد که تفاوت میانگین های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس آزمون به لحاظ آماری معنادار می باشد. به این معنا که در مجموع شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر نمره کل راهبردهای مقابله ای مسئله مدار بیماران در مرحله پس آزمون داشته است. میزان تأثیر نیز نشان می دهد

در خصوص معناداری اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات مقابله مسئله مدار در مقایسه با درمان طبی مرسوم، این یافته ها را می توان تا حدودی با مطالعه شوارتز و بلانچارد همسو دانست که در آن بیماران التهابی روده پس از شرکت در یک درمان چند مؤلفه ای رفتاری که شامل استفاده از راهبردهای مقابله ای شناختی و تن آرامی تدریجی بود، گزارش کردند که علاوه بر تجربه اضطراب و افسردگی کمتر، طبق ادراک خودشان مقابله بهتری با بیماری دارند. (۲۳) اما پژوهش دیگری که به طور مستقیم اثر بخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر راهبردهای مقابله با استرس بیماران کولیت اولسراتیو یا سایر بیماری ها را بررسی کند،

#### بحث:

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو می باشد. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر تفاوت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان طبی مرسوم بر متغیر نمرات راهبرد مقابله ای مسئله مدار، در مراحل پس آزمون با کنترل نمرات پیش آزمون نشان داد که تفاوت میانگین های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس آزمون به لحاظ آماری معنادار می باشد. به این معنا که در مجموع شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر نمره کل راهبردهای مقابله ای مسئله مدار بیماران در مرحله پس آزمون داشته است. میزان تأثیر نیز نشان می دهد

در خصوص معناداری اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات مقابله مسئله مدار در مقایسه با درمان طبی مرسوم، این یافته ها را می توان تا حدودی با مطالعه شوارتز و بلانچارد همسو دانست که در آن بیماران التهابی روده پس از شرکت در یک درمان چند مؤلفه ای رفتاری که شامل استفاده از راهبردهای مقابله ای شناختی و تن آرامی تدریجی بود، گزارش کردند که علاوه بر تجربه اضطراب و افسردگی کمتر، طبق ادراک خودشان مقابله بهتری با بیماری دارند. (۲۳) اما پژوهش دیگری که به طور مستقیم اثر بخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر راهبردهای مقابله با استرس بیماران کولیت اولسراتیو یا سایر بیماری ها را بررسی کند،

یافت نشد.

باید توجه کرد که یکی از منابع اصلی و عمده استرس در بسیاری از موارد ناتوانی در برخورد صحیح و مقابله هدفمند و معطوف به مسئله با مشکلات و محرک های استرس زا می باشد. زیرا بر اساس نظر فولکمن و همکاران جدا از ارزیابی تهدیدزا بودن موقعیت استرس آور، نکته دیگری که در درک استرس توسط فرد و بالطبع پاسخ وی در برابر آن نقش تعیین کننده دارد، ارزیابی فرد از ظرفیت ها و توانایی های خود برای پاسخدهی به محرک های استرسزا است. (۱۱) آموزش راهبردهای مقابله ای موثر و کارآمد به فرد کمک می کند که ادراک بهتری از ظرفیت ها و توانایی های خود برای پاسخدهی پیدا کند و شیوه های بهتری برای غلبه بر موقعیت های استرس زا بیاموزد.

با توجه به یافته های جدول ۲ تفاوت میانگین های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس از آزمون به لحاظ آماری معنادار می باشد. به این معنا که در مجموع شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر نمره کل راهبردهای مقابله ای هیجان مدار بیماران در مرحله پس از آزمون داشته است. میزان تأثیر نیز نشان می دهد که عضویت گروهی در مرحله پس از آزمون ۹۵٪ از تفاوت واریانس های نمرات مقابله هیجان مدار آزمودنی ها را تبیین می کند. به عبارت دیگر شیوه درمانی در مرحله پس از آزمون سبب کاهش ۸۵٪ نمرات مقابله هیجان مدار آزمودنی ها شده است. توان آماری بالاتر از ۸۰٪ نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است.

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر تفاوت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان طبی مرسوم بر متغیر نمرات راهبرد مقابله ای اجتناب مدار روی آوردن به فعالیت، در مراحل پس از آزمون با کنترل نمرات پیش از آزمون نشان داد که تفاوت میانگین های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس از آزمون به لحاظ آماری معنادار می باشد. به این معنا که در مجموع شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر نمره کل راهبردهای مقابله ای روی آوردن به فعالیت بیماران در مرحله پس از آزمون داشته است. میزان تأثیر نیز نشان می دهد که عضویت گروهی در مرحله پس از آزمون ۵۷٪ از تفاوت واریانس های نمرات مقابله اجتناب مدار روی آوردن به فعالیت ها آزمودنی ها را تبیین می کند. به عبارت دیگر شیوه درمانی در مرحله پس از آزمون سبب پایین تر رفتن ۵۷٪ نمرات مقابله اجتناب مدار روی آوردن به فعالیت ها آزمودنی ها شده است. توان آماری بالاتر از ۸۰٪ نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است.

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر تفاوت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان طبی مرسوم بر متغیر نمرات راهبرد مقابله ای اجتناب مدار روی آوردن به اجتماع، در مراحل پس از آزمون با کنترل نمرات پیش از آزمون نشان داد که تفاوت میانگین های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس از آزمون به لحاظ آماری معنادار می باشد. به این معنا که در مجموع شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر نمره کل راهبردهای مقابله ای روی آوردن به فعالیت بیماران در مرحله پس از آزمون

داشته است. میزان تأثیر نیز نشان می دهد که عضویت گروهی در مرحله پس از آزمون ۱۱٪ از تفاوت واریانس های نمرات مقابله اجتناب مدار روی آوردن به اجتماع آزمودنی ها را تبیین می کند. به عبارت دیگر شیوه درمانی در مرحله پس از آزمون سبب بالاتر رفتن ۱۱٪ نمرات مقابله مسئله مدار آزمودنی ها شده است. توان آماری بالاتر از ۸۰٪ نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است.

بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو با یک بیماری مزمن و ناتوان کننده دست و پنجه نرم می کنند که سیر غیر قابل پیش بینی و غیر قابل کنترل دارد. بسیاری از آنان از عوارض و پیامدهای ناخوشایند بیماری در آینده نگرانند و این نگرانی اغلب آنها را به انکار بیماری یا اجتناب از فکر کردن راجع به آن می کشاند. بسیاری از بیماران این شیوه راهبرد اجتناب و انکار را تقویت کننده می یابند، زیرا پناه بردن آن سبب تسکین موقت و به فراموشی سپردن امور شده و آنان را از رنج و ناراحتی اشتغال فکری با این مسائل ناراحت کننده، هر چند به طور گذرا، می رهاوند. در تبیین فرضیه ی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت راهبردهای مقابله با استرس اجتناب مدار بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش میتوان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی عبارت است از تلاش به منظور فرار یا اجتناب نمودن از شکل و فراوانی رویدادهای شخصی، به خصوص زمانی که این تلاشها باعث ضرر روانشناختی شوند. (۲۷)

ACT مراجعان را تشویق می کند رابطه شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می آیند و می روند. مراجعان می آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه هایی که اجتناب تجربه ای رخ می دهد. فرایندهای گسلش شناختی و پذیرش به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانینی که آنها را تنظیم می کند، کمک می کند.

مؤلفه ی پذیرش بدون قضاوت بسیار با اهمیت است، به دلیل این که تأثیر این افزایش توجه متمرکز بر خود به سطح پذیرش فرد بستگی خواهد داشت. در سطوح پذیرش بالا یک فرد به سادگی می تواند متوجه (برانگیختگی های روانی) افکار و احساسات خود شود بدون اینکه تلاشی به منظور کنترل آن ها انجام دهد، از آن ها فرار کند یا اجتناب نماید و بنابراین همین موضوع باعث می شود تأثیر بر عملکرد رفتاری کاهش بیابد. از طرف دیگر، در سطوح پذیرش پایین، فردی که دچار برانگیختگی های روانی می شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار، احساسات و هیجانانش می شود، مثلاً فردی ممکن است تلاش کند تا افکارش را توجیه کند یا سرکوب نماید. رابطه ی بین پذیرش و تغییر یک مفهوم محوری در بحث های رایج روان درمانی است. (۲۵) هیز مطرح ساخت که پذیرش شامل: تجربه ی رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همانگونه که هستند؛ می باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است بر اهمیت تغییر کلیه ی نشانه های ناخوشایند

فراهم می کنند پذیرش می تواند تجربه ای دشوار و گاهی اوقات دردناک باشد و تصریح ارزش ها این رنج و کار سخت را تسهیل می کند. بعضی از ابعاد کیفیت زندگی به عنوان ارزش ها مطرح می شوند مانند: عملکرد جسمانی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. تعریف اهداف در حوزه ای خاص که برای فرد ارزشمند است، سپس عمل کردن طبق این اهداف در عین شناسایی و پذیرش موانع روانشناختی برای افزایش عمل متعهد تاکتیک های مداخله بسته به مراجع خاص و مساله خاص بسیار متفاوت است.

به طور اجتناب ناپذیری هر پژوهشی با محدودیت هایی روبه رو است که تفسیر یافته ها را با توجه به آن محدودیت ها متذکر می شود. مهمترین محدودیت های پژوهش حاضر عبارت بودند از محدود بودن نمونه به جامعه زنان و گروه سنی ۲۱ تا ۵۵ سال، همچنین در نظر نگرفتن اختلالات همبود روان پزشکی و گوارشی که تعمیم یافته ها را دشوار می سازد. پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی بیماران مرد نیز صورت گیرد. همچنین انجام مطالعات مقایسه ای جهت مقایسه این روان درمانی با سایر روش ها مانند درمان شناختی رفتاری توصیه می شود.

#### نتیجه گیری:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبرد های مقابله با استرس موثر است و راهبردهای مقابله با استرس می تواند در بهبود بیماری نقش مهمی داشته باشد.

تأکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. (۱۷) در پذیرش عاری از دفاع فرد یاد می گیرد که وقایع زندگی را همانگونه که هستند ببیند و سعی در دخالت یا عوض کردن آن ها نکند، زیرا افراد زمانی که با رویدادی غیرقابل تغییر روبرو می شوند دچار افکار و احساسات و هیجانات می شوند، که باعث بروز راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار و اجتناب مدار می شود اما در صورت پذیرش فرد یاد می گیرد که به وجود این مسئله در زندگی اش آگاه باشد و تلاشی برای از بین بردن آن نکند، همین مسئله باعث می شود که شدت راهبردهای مقابله ای اجتناب مدار و هیجان مدار در فرد کاهش و راهبرد مسئله مدار افزایش یابد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزش ها را به عنوان کیفیت های انتخاب شده ی اعمال هدفمندانه جهت حل مسائلشان، تعریف می کند و به مراجعین یاد می دهد تا بین انتخاب و قضاوت های مستدل تمایز قابل شوند و ارزش ها را انتخاب نمایند. به مراجعین گفته می شود تا آنچه را از زندگی می خواهند بررسی کرده و آن را در حوزه های مختلف زندگی از قبیل: زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی و معنویت مدنظر قرار دهند. فرآیندهای گسلش، پذیرش، ارزش ها و عمل متعهدانه به مراجع کمک می کنند تا مسؤلیت تغییرات رفتاری را بپذیرد. بنابراین بین راهبردهایی که در حوزه های قابل تغییر به منظور تغییر دادن متمرکز می شوند.

در ACT مراجعان مورد چالش واقع می شوند تا به آنچه در حوزه های مختلف زندگی برایشان مهم است مثل شغل، خانواده، روابط صمیمانه، دوستی ها، رشد شخصی، سلامت، معنویت و امثال آن توجه کنند. کار روی ارزش ها انگیزه مراجع برای مشارکت در درمان را افزایش می دهد. ارزش ها بسیار با فرآیندهایی که قبلا اشاره شد، ارتباط دارند. برای مثال ارزشها بخش مهمی از کار پذیرش هستند به این صورت که انگیزه ای برای پذیرش

## REFERENCES

- World Health Organization. Cause of death. Center for global. Info Regional Studies at the University of California Santa; 2002.P. 120-140.
- Kerr J. Community health promotion changes for practice. *Bailliere Tindal* 2000;5-23.
- Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in Inflammatory Bowel Disease: a literature review. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13:225-234.
- Spiro HM. Six physicians with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12: 636-42.
- Kiebles JL, Doerfler B, Keefer L. Preliminary Evidence supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16:1685-95.
- Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Appelbaum MI. Health related quality of life inflammatory bowel disease: functional status and patients worries and concerns. *Dig Sci* 1989; 34:1379-86.
- Drossman DA, Ringle Y. Psychological factors in ulcerative colitis and Crohn' diseases. In: Sartor R, Sandborn W, Editors. *Kirsners. inflammatory bowel disease.6th ed. Philadelphia: WB. Saunders* 2004.340-56.
- Kuroki T, Ohta A, Aoki Y, Ootani H, Iwakiri R, Fujimoto K. Stress maladjustment in the pathoetiology of ulcerative colitis. *J Gastroenterol* 2007;42: 522-527.
- Bitton A, Sewitch MJ, Peppercon M A. Psychosocial determinants of relaps in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol* 2003; 93: 2203-8.
- Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in Inflammatory Bowel Disease: new insights and therapeutic implications. *Gut* 2005; 54:1481-91.
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal,



- coping, health status, & psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986;50:571-9.
12. Birgitte B. Do personality traits predict general Quality of life (short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn, *Scand J Gastroenterol* 2008;43:1505-13.
  13. Sainsbury A, Heatley RV. Psychological factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:499-508.
  14. Bitton A, Sewitch MJ, Peppercon M A. Psychosocial determinants of relaps in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol* 2003; 93:2203-8.
  15. Hayes SC. How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Thera* 2008; 35:35-54.
  16. Hayes SC. A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (ED), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp.327-387). New York: *Guilford Press*.1987.
  17. Hayes SC, Strosahl K, Eilson K. Experiential avoidance and behavioral disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consul Clin Psychol* 2010; 64:1152-68.
  18. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav Res Thera* 2006; 9:1301-20.
  19. Hayes SC. Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ).Manuscript submitted for publication.2005
  20. Delavar A. *Applied Probability and Statistics in Psychology and Education*. Publication of Tehran. 2011.
  21. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:844-54.
  22. Jafarnejad P. Factors Associated With Premature Discharge of Patients With. *Psychiatry and Psychology Research Center, Department of Psychiatry, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences. Psychosis Against Medical Advice. Iran J Psychiat* 2006;27-30.
  23. Schwarz SP, Blanchrd EB. Optimism and resources: effects on each other and health over 10 years. *J Res in Personality* 1991; 41:722-86.
  24. Shaw L, Ehrlich A. Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain* 1987; 29:287-93.
  25. Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Anal Verbal Behav* 1994; 4:30-8.