

The Effectiveness of Emotion Regulation Intervention on Emotional Problems and Quality of Life Among Patients With Functional Gastrointestinal Disorders

Mina Mazaheri¹, Narges Mohammadi², Hamed Daghighzadeh³, Hamid Afshar⁴

¹ Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Student of Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Associated Professor, Digestion Functional Comprehensive Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Associated professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background:

The Unified treatment approach (UP), an emotion-focused cognitive-behavioral therapy that holds emotional processes as a central target of treatment, is applicable for disorders with strong emotional components. The aim of this study was to examine the effectiveness of emotion regulation intervention derivative from the UP on emotional problems and quality of life among patients with functional gastrointestinal disorders.

Materials and Methods:

The study was a randomized clinical trial. Sixteen patients with functional gastrointestinal disorders were entered in treatment process, in term of the qualification criteria. The intervention was conducted in 12 group sessions during 2 hours. The tests of DASS & SF-36 was used to evaluate the efficiency of intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and covariance analysis.

Results:

The results of the covariance analysis showed that there was significant decrease in severity of depression ($p < 0.01$), anxiety ($p < 0.05$) and stress ($p < 0.01$) and also significant increase in quality of life ($p < 0.01$) in intervention group.

Conclusion:

Emotional regulation intervention on the basis of the UP was effective in decrease of severity of emotional symptoms (depression, anxiety, stress) and increase of quality of life patients with psychosomatic disorders. So, the UP, transdiagnostic therapy have proper efficacy in improvement emotional regulation and quality of life patients with functional gastrointestinal disorders.

Keywords: Emotion regulation, Emotion problems (anxiety, depression, stress), Quality of life related to health, Functional gastrointestinal disorders

please cite this paper as:

Mazaheri M, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Afshar H. The Effectiveness of Emotion Regulation Intervention on Emotional Problems and Quality of Life Among Patients With Functional Gastrointestinal Disorders. *Govaresh* 2014;19:109-17.

Corresponding author:

Mina Mazaheri, MA

Psychosomatic Research Center, Isfahan University
of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: + 98 31 36289966

E-mail: mina.mazaheri@gmail.com

Received: 28 Mar. 2014

Edited: 16 Jun. 2014

Accepted: 17 Jun. 2014

اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی

مینا مظاهری^۱، نرگس محمدی^۲، حامد دقاق زاده^۳، حمید افشار^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوساماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
^۲ دانشجوی دکترای روانشناسی، مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوساماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات جامع عملکردی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوساماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف:

رویکرد درمانی یکپارچه که یک رویکرد شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان می باشد و هدف اصلی آن فرآیندهای هیجانی است، برای اختلالاتی که مولفه های هیجانی قوی دارند قابل اجرا است. از این رو، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان برگرفته از روش درمانی یکپارچه بر مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی (عملکردی گوارشی) بود.

روش بررسی:

روش پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود. ۱۶ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی پس از احراز شرایط درمان، وارد فرآیند درمان شدند و تحت ۱۲ جلسه ی گروهی ۲ ساعته قرار گرفتند. جهت ارزیابی اثربخشی درمان از فرم کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استفاده گردید. داده های پژوهش به کمک روشهای آماری توصیفی و تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها:

تحلیل نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر کاهش شدت علائم افسردگی ($p < 0/01$)، اضطراب ($p < 0/05$)، استرس ($p < 0/01$) و افزایش کیفیت زندگی ($p < 0/01$) از لحاظ آماری معنی دار بود.

نتیجه گیری:

مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس رویکرد درمانی یکپارچه در کاهش علائم هیجانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی اثربخش است. بدین ترتیب، روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی از کارایی لازم برخوردار است.

کلید واژه: تنظیم هیجان، مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب، استرس)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اختلالات عملکردی گوارشی

گوارش / دوره ۱۹، شماره ۲ / تابستان ۱۳۹۳ / ۱۱۷-۱۰۹

زمینه و هدف:

هیجان یک آشفتگی زودگذر و مداوم در ذهن است که به علت تفاوت

نویسنده مسئول: مینا مظاهری

اصفهان، خیابان حکیم نظامی، خیابان شریعتی، روبروی شرکت سیمان سپاهان، مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (مرکز سلامت گوارش)

تلفن و نمابر: ۰۳۱-۳۶۲۸۹۹۶۶

پست الکترونیک: mina.mazaheri@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۳/۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۷

بین واقعیت ادراک شده و تمایلات فردی ایجاد می شود. (۱) هیجان ها در هر لحظه می توانند پاسخ های فیزیولوژیکی، تعامل های اجتماعی و فرآیندهای ذهنی مانند، توجه، تصمیم گیری و حافظه ی ما را تحت تأثیر قرار دهند. (۲) آنها به ما کمک می کنند تا بتوانیم به مشکلات و فرصت هایی که در زندگی با آنها رو به رو می شویم، سازگارانه پاسخ دهیم. (۳) البته هیجان ها همیشه مفید نیستند، بلکه می توانند برای ما آسیب زا باشند (۴) و زمینه ی مشکلات یا اختلالات هیجانی را فراهم کنند به طوری که پاسخ های هیجانی مشکل زا در بیش از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می افتد. (۵)

هیس^۱ و همکاران (۱۹۹۶) بر این باورند که تلاش برای اجتناب از

1. Hayes

تحت تاثیر بیماری یا سلامت است. (۳۰)

رویکرد درمانی برای بیماران مبتلا به دشواری در تنظیم هیجان باید دربرگیرنده ی درمان هایی باشد که توانایی افزایش آگاهی هیجانی و توانایی تنظیم و تعدیل فشارهای درونی و حالت های برانگیختگی هیجانی را از طریق فرآیندهای شناختی دارد. (۳۱ و ۳۲) رویکرد شناختی رفتاری برای درمان اضطراب و اختلالات خلقی، از جمله درمان های موثری است که رو به افزایش است. درک عمیق ماهیت اختلالات هیجانی نشان می دهد اشتراکات این اختلالات از نظر اتیولوژی و ساختارهای پنهان، تفاوت های بین آنها را بی اهمیت می کند. از این رو، بر اساس شواهد تجربی از حوزه های یادگیری، رشد و تنظیم هیجان و علم شناختی، از مجموعه ای از پروتکل های روانشناختی یک مداخله ی یکپارچه (UP) ^۵، یک درمان فراتشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان ^۶ است که بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان ها تاکید دارد و بدنبال شناسایی و تصحیح تلاش های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه ی تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ های مفرط هیجانی به نشانه های درونی (جسمی) و بیرونی است. (۳۳) کارآمدی این روش درمانی در چندین مطالعه (۳۸-۳۴) بر روی اختلالات اضطرابی و خلقی تایید شده است.

در پژوهشی کارآیی این روش درمانی توسط فارشیونه ^۷ و همکاران بر روی ۳۷ بیمار مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بیانگر پیشرفت معنی دار در شدت علائم بالینی از جمله علائم افسردگی و اضطراب، مقدار عواطف مثبت و منفی، و تداخل علائم در عملکرد روزانه بود. (۳۶) بویسو ^۸ و همکاران کارآمدی این روش درمانی را در یک مطالعه ی موردی برای درمان یک بیمار وسواس مبتلا به اضطراب منتشر و هراس تایید کرد. (۳۴) محمدی در طی مطالعه ای رفتاردرمانی شناختی فراتشخیصی را با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی در کاهش علائم پیش بالینی اضطراب و افسردگی، بکار گرفت. یافته ها نشان داد که گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری پس از مداخله در متغیرهای پژوهش (افسردگی، اضطراب، استرس، تنظیم هیجان، عواطف مثبت و منفی، سازگاری اجتماعی و شغلی) به دست آوردند. (۳۷) در پژوهشی دیگر عبدی به بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند بر روی سه زن مبتلا پرداخت. نتایج تایید کننده ی کارآیی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند بود. (۳۸)

اختلالات عملکردی گوارشی از جمله اختلالات روان تنی است که آشفتگی های روانی - اجتماعی در بیشتر مبتلایان به این اختلالات به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می کنند، وجود دارد. شایع ترین

تجارب درونی (مانند، احساسات مزاحم و ناخواسته) زمینه ی اختلالات روانشناختی بسیاری است. (۶) از این رو، افرادی که در مدیریت پاسخ های هیجانی خود مشکل دارند، دوره های طولانی تر و شدیدتری از ناراحتی را تجربه می کنند و احتمال بیشتری وجود دارد که این افراد افسرده باشند. (۷) یافته های بدست آمده نشان می دهد که استفاده ی بیشتر از برخی راهبردها مانند، سرکوب کردن هیجان و نشخوار ذهنی و استفاده ی کمتر از سایر راهبردها مانند، ارزیابی مجدد با علائم افسردگی در ارتباط است. (۸ و ۹) بر طبق جرمن و دونزاتو ^۱ عواطف منفی مداوم ویژگی دوره های افسردگی است. توانایی تنظیم پاسخ های هیجانی نسبت به حوادث منفی می تواند نقش حیاتی در فهم این اختلال ناتوان کننده داشته باشد. (۱۰) تنظیم هیجان برای فهم شروع، حفظ و درمان اختلالات اضطرابی اهمیت دارد. (۱۱) تایر و لن ^۲ ادعا می کنند که اختلالات اضطرابی مانع انتخاب یک پاسخ هیجانی سازگارانه و یا مهار یک پاسخ هیجانی ناسازگارانه می شوند. (۱۲) مشکلات در تنظیم هیجان (بدتنظیمی هیجانی) در اضطراب منتشر (۱۳)، وضعیت های مشابه اضطراب منتشر (۱۴)، شدت علائم استرس پس از سانحه (۱۵)، اختلال هراس (۱۶) و ترس از فضای باز (۱۷) بررسی شده است. تنظیم هیجان می تواند در اختلالات اضطرابی به عنوان یک عامل ارتباطی بین واکنش پذیری هیجانی و علائم اختلال اضطرابی عمل کند. (۱۸)

تنظیم هیجان به عنوان یک واسطه در زمینه ی سازگاری با استرس مطرح می شود. (۱۹ و ۲۰) افرادی که از راهبردهای مقابله ی شناختی ناسازگارانه استفاده می کنند بیشتر از افرادی که درگیر راهبردهای سازگارانه می شوند، استرس را تجربه می کنند. (۲۱ و ۲۲) مارتین و دالان ^۳ نشان دادند که راهبردهای ناسازگارانه ی نشخوار ذهنی، ناتوانی در ارزیابی مثبت و سرزنش خود، پیش بینی کننده ی استرس هستند. (۲۳) بر اساس یافته های گارنفسکی و همکاران و صالحی و همکاران استفاده از راهبردهای ناسازگارانه ی فاجعه آمیز تلقی کردن و نشخوار فکری در برخورد با استرس ها، منجر به بروز مشکلات هیجانی بیشتر می شود. (۲۴ و ۲۵) بدین ترتیب، برخی از خصوصیات تنظیم هیجان می تواند سطوح کلی استرس را تحت تاثیر قرار دهد (۲۶) و تنظیم شناختی هیجان، فرد را در مدیریت هیجان های پس از تجربه ی وقایع استرس زا یاری می کند. (۲۷)

علاوه بر ایجاد مشکلات هیجانی، تنظیم هیجان ممکن است کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. (۲۸) برای مثال، نارسایی هیجانی ^۴ که موجب دشواری در تنظیم هیجان می شود، با کاهش کیفیت زندگی مربوط به سلامت در جمعیت عادی همراه است. صرف نظر از متغیرهای جمعیت شناختی، دشواری در تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب ممکن است به کاهش کیفیت زندگی مربوط به سلامت منتهی گردد. (۲۹) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، جنبه هایی از زندگی را مد نظر قرار می دهد که بیشتر

5. The Unified Protocol
6. Transdiagnostic, emotion-focused cognitive behavioral treatment
7. Farchione
8. Boisseau

1. Joormann & D'Avanzato
2. Thayer & Lane
3. Martin & Dalan
4. Alexithymia

ابزار گردآوری داده ها

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS): نسخه اصلی DASS دارای ۴۲ عبارت در رابطه با حالات منفی هیجانی (افسردگی، اضطراب، استرس) است. آزمودنی باید شدت (فراوانی) علامت مطرح شده در هر عبارت را که در طول هفته ی گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه ای نمره گذاری کند. (۴۲) فرم کوتاه شده ی این مقیاس، ۲۱ سوالی است و هر یک از خرده مقیاس های آن از ۷ عبارت تشکیل شده است. (۴۳) اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شد. (۴۴)

پرسشنامه ی کیفیت زندگی SF-36:

پرسشنامه ی SF-36 به عنوان یکی از شاخص های بررسی کیفیت زندگی است. این پرسشنامه از هشت مقیاس که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سؤال به دست می آیند، تشکیل شده است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان. (۴۵) ضریب آلفا برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ و برای مقیاس ها از ۰/۶۵ (نشاط) تا ۰/۹۰ (عملکرد) محاسبه گردیده است. (۴۶)

روش انجام کار

پژوهشگر با توضیح در مورد طرح و کسب موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه ها را به آن ها داده و از آنها می خواست که پرسشنامه ها را به طور کامل پر کنند. پس از جمع آوری داده ها، بیماران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و در حال انتظار قرار گرفتند. برای گروه آزمایش مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان اجرا شد. با توجه به این که فرد آموزش دهنده و تهیه کننده ی طرح پژوهش یک نفر بود و این ممکن بود اجرای پژوهش را به شکلی پیش ببرد که نتیجه مطابق با انتظارات پژوهشگر باشد، سعی گردید که دستورالعمل مشخص و دقیقی تهیه و اجرا کننده و به طور دقیق طبق آن عمل کند تا روایی پژوهش به خطر نیفتد. به دلیل مسائل اخلاقی این حق برای پژوهشگر وجود ندارد که یک گروه را به عنوان گروه در حال انتظار از بیماران انتخاب کند و هیچ گونه درمانی روی آنها اجرا نگردد، لذا برای گروه در حال انتظار علاوه بر توضیحاتی که در ویزیت اولیه (در درمانگاه روان تنی) در مورد بیماری و نقش عوامل متعدد در تشدید آن از جمله تغذیه، استرس و مشکلات هیجانی داده می شد، بعد از اتمام دوره ی درمان گروه آزمایش، گروه درمانی برای آنها اجرا شد. هر چند تعداد افراد شرکت کننده در هر دو گروه در ابتدا ۱۶ نفر در نظر گرفته شد اما به دلیل ریزش و افت طبیعی افراد در گروه، طولانی بودن دوره ی اجرای پژوهش و نیاز به اجرای تکالیف خانگی، در نهایت ۶ نفر دوره ی درمان را

اختلالات دیده شده در این بیماران، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی (مثل افسردگی اساسی)، اختلالات سوماتوفرم (مثل اختلال جسمانی کردن و اختلال درد) (۳۹) به علاوه، نتایج پژوهش ها موید اختلال در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی مانند سندرم روده ی تحریک پذیر و سوء هاضمه ی عملکردی است. (۴۰ و ۴۱)

از آنجایی که طب روان تنی حوزه ای است که به بررسی بیماری های جسمی از نقطه نظر اختلالات هیجانی می پردازد، انجام اقداماتی که دربرگیرنده ی درمان دارویی و غیر دارویی جهت رفع و کاهش مشکلات هیجانی این بیماران باشد، ضروری به نظر می رسد. توجه به برخی از راهکارها جهت درمان می تواند پیامدهای منفی این بیماری را کاهش و بر بهبود کیفیت زندگی تاثیر گذار باشد. فرض بر این است که اختلالات عملکردی گوارشی می توانند از مداخلات مبتنی بر هیجان سود ببرند و به نظر می رسد که تاکنون این روش درمان در بیمارهای روان تنی گوارشی که مولفه ی هیجانی بخشی از آن است، اجرا نشده است.

بر این اساس، مسئله پژوهش این بود که درمان مبتنی بر هیجان تا چه حد می تواند بر علایم هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی موثر باشد؟ لذا این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان بر مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی صورت گرفت تا مشخص گردد که این نوع درمان تا چه حد می تواند مشکلات هیجانی این بیماران را کاهش و کیفیت زندگی را ارتقا بخشد.

روش بررسی:

روش پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی است. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، کلیه ی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی (FGID) بودند که در سال ۱۳۹۱ به درمانگاه روان تنی گوارش در شهر اصفهان مراجعه کردند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود، زیرا فقط کسانی در پژوهش شرکت داده می شدند که توسط متخصص گوارش به درمانگاه روان تنی گوارش (واقع در مرکز سلامت گوارش) جهت بررسی بیشتر و درمان ارجاع می شدند. جهت انجام مداخله ی درمانی از بین کل بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی، ۳۲ نفر با توجه به معیارهای مطالعه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۶) و در حال انتظار (۱۶) قرار گرفتند. معیارهای مطالعه شامل: محدوده ی سنی بین ۶۰-۱۸ سال، تشخیص اختلال عملکردی گوارشی از نوع سندرم روده ی تحریک پذیر (IBS)، سوء هاضمه ی عملکردی (FD) یا هر دو، براساس معیار Rome III توسط متخصص گوارش، عدم اختلال حاد روانی (مانند، مانیا یا افسردگی شدید)، عدم مصرف داروهای روانپزشکی با هدف اصلی کاهش هیجانات (اضطراب و ...) و داشتن سواد کافی برای پر کردن پرسشنامه ها.

به طور کامل تمام کردند. طبق شفیع آبادی ۱۳۸۵، تعداد افراد برای گروه درمانی ۸-۵ نفر است (۴۷)، به همین دلیل برای انجام پژوهش و نتیجه گیری تعداد ۶ نفر کافی به نظر می رسید. در نهایت، هر دو گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند (از بین گروه در حال انتظار ۸ نفر پرسشنامه ها را در مرحله ی پس از آزمون تکمیل کردند) و نمرات پیش از آزمون و پس از آزمون آنها مقایسه شد. از روش کوواریانس برای مقایسه ی گروه ها استفاده شد و نتایج آن در جداول مربوطه ارائه گردید. کلیه تجزیه و تحلیل ها با استفاده از نرم افزار SPSS-15 انجام گرفت.

محتوای جلسات: برنامه ی درمانی شامل ۱۲ جلسه ی مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان (ECBT) برگرفته از پروتکل یکپارچه ی UP می باشد که طی جلسات ۱۲۰ دقیقه ای و در طی ۱۲ هفته ی متوالی به شیوه ی گروهی اجرا گردید. محتوای جلسات بر اساس دستورالعمل آلن، مک هاگ و بارلو^۱ (۴۸) با تغییراتی تنظیم و بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

یافته ها:

یافته های حاصل از متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان داد که در گروه آموزش، از مجموع ۶ بیمار: ۵ نفر (۸۳/۳٪) زن، ۱ نفر (۱۶/۷٪) مجرد، ۳ نفر (۵۰٪) تحصیل کرده (بالتر از دیپلم)، ۵ نفر (۸۳/۳٪) خانه دار و ۵ نفر (۸۳/۳٪) دارای سابقه بیماری بیش از ۳ سال بودند؛ و در گروه در حال انتظار، از مجموع ۸ بیمار: ۶ نفر (۷۵٪) زن، ۳ نفر (۳۷/۵٪) مجرد، ۴ نفر (۵۰٪) تحصیل کرده، ۳ نفر (۳۷/۵٪) خانه دار و ۵ نفر (۶۲/۵٪) دارای سابقه بیماری بیش از ۳ سال بودند. متوسط سنی در گروه آزمایش $40/16 \pm 11/26$ و در گروه در حال انتظار $29 \pm 10/11$ بود.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب، استرس) و کیفیت زندگی را در هر دو گروه آموزش و در حال انتظار، در مراحل پیش از آزمون و پس از آزمون نشان می دهد.

هیچ یک از متغیرهای ویژگی های جمعیت شناختی و مدت بیماری با نمرات پیش از آزمون ها همبستگی نداشتند. بدین ترتیب این متغیرها به عنوان کوواریت به همراه نمرات پیش از آزمون ها در تحلیل ها در نظر گرفته نشدند. نتایج آزمون کلوموگراف-اسمیرنوف در مورد نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که فرض صفر مبنی بر این که توزیع نمرات گروه های نمونه و توزیع بهنجار بودن جامعه صفر است، باقی می ماند. بدین ترتیب اولین پیش فرض به کارگیری روش آماری کوواریانس مورد تایید است. به علاوه، نتایج آزمون لوین جهت رعایت پیش فرض همسانی واریانس های نمرات پس از آزمون علایم هیجانی و کیفیت زندگی نشان داد که با توجه به عدم معنی داری آزمون های لوین در حیطه ی مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی، شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است و پیش فرض همسانی واریانس ها برای انجام تحلیل کوواریانس برای فرضیه ها برقرار است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس (مانکوا) نمرات مشکلات هیجانی در جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین گروه ها از نظر افسردگی،

1. Allen, McHugh & Barlow

اضطراب و استرس معنی دار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات پس از آزمون افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار کاهش پیدا کرده است. میزان تاثیر در مورد افسردگی ۰/۵۲۹، در مورد اضطراب ۰/۳۹۸ و در مورد استرس ۰/۵۰ است و این بدین معنی است که به ترتیب ۵۳٪، ۴۰٪ و ۵۰٪ تغییر در متغیر افسردگی، اضطراب و استرس مربوط به عضویت گروهی (شرکت در گروه مداخله) است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس (مانکوا) نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین گروه ها از نظر کیفیت زندگی معنی دار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار کاهش پیدا کرده است. دیگر نتایج این جدول نشان می دهد که تفاوت بین میانگین گروه ها از نظر دو بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی متفاوت است و تنها در مورد بعد روانی (هیجانی) معنی دار است. میزان تاثیر برای کل کیفیت زندگی ۰/۶۴۵ است و این بدین معنی است که ۶۴٪ تغییر در متغیر وابسته مربوط به عضویت گروهی است.

بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله ی تنظیم هیجان یعنی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان (ECBT) برگرفته از پروتکل درمانی یکپارچه (UP) بر روی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی (سندرم روده ی تحریک پذیر و سوء هاضمه ی عملکردی) موثر است و توانست علایم هیجانی را در آنها به طور قابل ملاحظه ای کاهش دهد. به نظر می رسد تاثیر این نوع مداخله ی درمانی بر علایم روانشناختی و هیجانی بیماران روان تنی (گوارشی) برای اولین بار (پژوهشگر به مطالعه ی مشابهی در ایران و خارج بر خورد نکرد) انجام گردیده است و برای مقایسه ی نتایج بدست آمده، پژوهش مشابهی یافت نشد.

هر چند مطالعات انجام شده در رابطه با درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان به خصوص بر اساس پروتکل درمانی یکپارچه (UP) محدود است، اما نتایج این مطالعه با سایر مطالعاتی که تاثیر روش فراتشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان را بر روی اختلالات هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) مورد بررسی قرار داده اند (۳۴ و ۳۸-۳۶ و ۴۹)، همخوان است. در تبیین تایید احتمالی تاثیر مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان بر علایم افسردگی، اضطراب و استرس می توان چنین استدلال کرد که بر طبق نظر بارلو، درمان UP یک درمان فراتشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان است و در آن فرآیندهای هیجانی هدف اصلی درمان است. این پروتکل برای اختلالات اضطرابی و افسردگی و احتمالاً سایر اختلالاتی که مولفه های هیجانی قوی دارند، قابل اجرا است. (۳۶) بدین ترتیب، تنظیم شناختی هیجان، فرد را در مدیریت هیجان ها پس از تجربه ی وقایع استرس زا یاری می کند. (۲۷) افرادی که در زمان تجربه ی استرس از راهبردهای شناختی سازگارانگی تنظیم هیجان استفاده می کنند، با تغییر ارزیابی های

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) و کیفیت زندگی به تفکیک نمرات پیش آزمون، پس آزمون

دوره	گروه	میانگین و انحراف معیار				
		افسردگی	اضطراب	استرس	کل	کیفیت زندگی
پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۶۶+۸/۹۱	۱۱/۳۳+۱۱	۱۹+۱۱/۶۴	۳/۸۹+۱۴۵/۳۵	۱/۷۷+۱۰/۱۴۱
	کنترل	۱۶/۶۵+۱۰/۵۳	۱۹/۳۲+۸/۳۸	۲۳/۹۱+۱۰/۳۲	۲/۹۸+۹۸/۲۲	۱/۴۳+۵۶/۸۶
پس آزمون	آزمایش	۷/۳۳+۷	۸/۳۳+۳/۸۸	۱۱+۴/۱۴	۵/۴۵+۱۲۴/۴۲	۲/۳۱+۹۵/۲۰
	کنترل	۱۷/۷۵+۱۲/۵۳	۱۸/۵+۷/۲۳	۲۴/۵+۱۰/۸۸	۳/۰۸+۱۰۲/۲۲	۱/۴۳+۵۷/۰۹

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس (مانکوا) نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله ی پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون

متغیر	منبع تغییر	شاخص	F	معنی داری	اندازه ی اثر	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون		۷۲/۶۰۰	۰.۰۰۰	۰/۸۶۸	۱.۰۰۰
	عضویت-گروهی		۱۲/۳۴۵	۰.۰۰۵*	۰/۵۲۹	۰/۸۹۱
اضطراب	پیش آزمون		۱۵/۲۹۲	۰.۰۰۲	۰/۵۸۲	۰/۹۴۴
	عضویت-گروهی		۷/۲۶۶	۰/۰۲۱**	۰/۳۹۸	۰/۶۹۰
استرس	پیش آزمون		۱۹/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۰/۹۸۲
	عضویت-گروهی		۱۰/۹۸۰	۰/۰۰۷*	۰/۵۰۰	۰/۸۵۴

* $p < 0.01$, ** $p < 0.05$

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس (مانکوا) نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در مرحله ی پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون

متغیر	منابع تغییر	شاخص	F	معنی داری	اندازه ی اثر	توان آماری
کل کیفیت زندگی	پیش آزمون		۵/۹۸۸	۰/۰۳۷	۰/۴۰۰	۰/۵۸۸
	عضویت-گروهی		۱۶/۳۵۸	۰/۰۰۳*	۰/۶۴۵	۰/۶۴۸
بعد جسمی	پیش آزمون		۳/۰۱۷	۰/۱۱۶	۰/۲۵۱	۰/۳۴۲
	عضویت-گروهی		۲/۴۷۴	۰/۱۵۰	۰/۳۱۶	۰/۲۹۱
بعد روانی	پیش آزمون		۴/۳۱۷	۰/۰۶۸	۰/۳۲۴	۰/۴۵۹
	عضویت-گروهی		۱۵/۹۴۲	۰/۰۰۳*	۰/۶۳۹	۰/۹۴۳

* $p < 0.01$

میانگین گروه ها تنها از نظر بعد هیجانی کیفیت زندگی معنی دار است و این تفاوت از نظر بعد جسمی معنی دار نیست. بدین ترتیب، آموزش تنظیم هیجان موجب افزایش در بعد هیجانی کیفیت زندگی بیماران شده و به طبع آن موجب پیشرفت و بهبودی در کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این افراد گردیده است. این نتیجه در راستای نتیجه ی قبلی پژوهش حاضر مبنی بر تاثیر مداخله ی تنظیم هیجان بر مشکلات هیجانی است. بر این اساس، یکی از اهداف عمده ی بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به بیماری های گوارشی سنجش تاثیر این بیماری ها بر

خود قادر به مدیریت موثر شدت هیجان های منفی خویش می باشند. وقتی این هیجان های منفی به طور موثر و سازگارانه تنظیم می شوند، تاب آوری فرد احتمالاً افزایش می یابد. (۵۰)

دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان بر افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران موثر است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار افزایش قابل ملاحظه ای داشت. به علاوه، در رابطه با بررسی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، نتایج نشان داد که تفاوت بین

(۶۲) بنابراین، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تنظیم هیجان که در جهت افزایش آگاهی هیجانی، انعطاف پذیری در ارزیابی، جلوگیری از اجتناب هیجانی و رویارویی با نشانه های هیجانی است، موجب ارتقاء هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد می شود.

محدودیت های پژوهش عبارت بود از: کوچک بودن گروه ها به خصوص گروه آزمایش ناشی از افت آزمودنی ها به دلیل طولانی بودن دوره اجرای پژوهش، مصادف شدن جلسات آموزشی با تعطیلات آخر هفته (تعطیلی مدارس) و عدم تکمیل فرم پایانی در مرحله ی پس آزمون که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده و تعمیم و تفسیر یافته ها را با محدودیت مواجه کند؛ محدودیت برای انجام مرحله ی پیگیری در جهت بررسی تداوم اثر بخشی مداخله در درازمدت. به دلیل وجود کلاس های آموزشی دیگر در مرکز سلامت گوارش، اکثر بیماران گروه مداخله پس از پایان دوره درمان تنظیم هیجان، جذب این کلاس ها شده و در آن شرکت کرده بودند؛ عدم کنترل داروهای گوارشی و همسان کردن آزمودنی ها از نظر مصرف این داروها.

به طور خلاصه، مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان (ECBT) می تواند مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب، استرس) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بهبود بخشد. این پژوهش تایید کننده ی کارایی این پروتکل در درمان اختلالات هیجانی و حمایت کننده ی رویکرد فراشناختی در بهبود کیفیت زندگی است. پژوهش حاضر را می توان از نظر بکارگیری درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر روی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی، یک پژوهش اولیه دانست که بر اساس نتایج امید بخش آن می توان اقدام به پژوهشی در مقیاس گسترده تر کرد. به جهت همراهی مشکلات هیجانی با اختلالات روان تنی (عملکردی گوارشی)، احتمالاً استفاده از مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان برای درمان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های روان تنی می تواند موثر باشد.

چگونگی زندگی بیماران و هدف دیگر آن ارزیابی تاثیر درمان های مختلف دارویی، جراحی و روانشناختی بر بیماری و کیفیت زندگی بیماران است. (۵۱) از طرف دیگر، در اختلالات عملکردی گوارشی به دلیل این که هیچ گونه نشانه ی عینی و بالینی قابل اعتمادی وجود ندارد، سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به منظور تعیین این که میزان بهبودی و پیشرفت درمانی تا چه حد بوده است از اهمیت ویژه ای برخوردار است. (۵۲)

در رابطه با درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان برگرفته از پروتکل UP پژوهش مشابهی بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به خصوص در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی انجام نشده و امکان مقایسه ی نتایج این پژوهش با مطالعات مشابه وجود ندارد. البته، همخوان با پژوهش حاضر، ملین و همکاران، در طی یک بررسی مقدماتی تاثیر یک مدل درمانی هیجان محور را بر چندین متغیر از جمله کیفیت زندگی ۵۴ بیمار مبتلا به اختلال روان تنی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج پیشرفت معنی داری را در کیفیت زندگی بیماران نشان داد. (۵۳) سایر مداخلات روانشناختی مبتنی بر درمان شناختی یا شناختی رفتاری (۶۰-۵۴) دال بر تاثیر گذاری این نوع درمان ها بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی به خصوص سندرم روده ی تحریک پذیر است که در راستای نتایج پژوهش حاضر است.

در تبیین تاثیرگذاری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر و سوء هاضمه ی عملکردی در این پژوهش می توان گفت که راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می کنند، می تواند موجب ارتقای سطح سلامت آنها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی و کارایی آنها افزایش می یابد. (۶۱) به عبارت دیگر افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند به رویدادهای استرس زا به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری می نگرند، نه تهدیدی برای امنیت؛ در نتیجه اختلال های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه کرده و به طبع آن کیفیت زندگی بالاتری دارند.

REFERENCES

1. Payne FE. A Definition of Emotions. *JBEM Index*; 3(4). Downloaded from: http://www.bmei.org/jbem/volume3/num4/payne_a_definition_of_emotions.php. On 2013 March 26.
2. Hassani J, Azadfallah P, Rasoulzade-Tabatabaei SK. Impact of reappraisal and suppression of emotional experiences on frontal EEG asymmetries based on Neuroticism and Extraversion dimensions. *The Journal of Psychology of Tabriz University* 2009; 4:71-37. (In Persian)
3. Levenson RW. Human emotions: A functional view. In Ekman P & Davidson R (Eds.). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press 1994.
4. Parrott WG. Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. In Wegner DM. & Pennebaker JW (Eds.). *Handbook of mental control* 1993:278-305.
5. Gross JJ. Emotion Regulation. In Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barrett L. *Handbook of emotion*. 3Ed, Chapter 31. New York: *The Guilford Press* 2008: 497-512.
6. Herwig U, Kaffenberger T, Jäncke L, Bruhl AB. Self-related awareness and emotion regulation. *Neuroimage* 2010; 50:734-41.
7. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2(2): 151-64.
8. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*

- 2006; 40:1659-69.
9. Campbell-Sills L, Barlow D, Brown T, Hofmann S. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion* 2006; 6: 587-95.
 10. Joormann J, D'Avanzo C. Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition & Emotion* 2010;24:913-39.
 11. Cisler JM, Olatunji BO. Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14:182-7.
 12. Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Disord* 2000; 61:201-16.
 13. Mennin DS, Turk CL, Heimberg R, Carmin C. Focusing on the regulation of emotion a new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA. Cognitive therapy over the lifespan evidence and practice. New York: *Cambridge University Press* 2004:60-89.
 14. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull M, Rucker L, Mennin D. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research* 2006;30:469-80.
 15. Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther* 2007; 38:303-13.
 16. Tull MT, Rodman SA, Roemer L. Examining fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *J Anxiety Disord* 2008;22:750-60.
 17. Kashdan TB, Zvolensky MJ, McLeish AC. Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 429-40.
 18. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32:68-82.
 19. McCarthy CJ, Lambert RG, Moller NP. Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes. *International Journal of Stress Management* 2006;13:1-22.
 20. Schwartz D, Proctor LJ. Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:670-83.
 21. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: *Springer* 1984:127-39.
 22. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55:234-47.
 23. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences* 2005;39:1249-60.
 24. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001;30:1311-27.
 25. Salehi A, Bagheban A, Bahrami F, Ahmadi A. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems according to individual and family factors. *Journal of counseling and psychotherapy of family* 2011;1:1-18.
 26. Amie S. Intelligent for Stress? Associations between stress and emotional intelligence, emotion regulation and personality in university students. Thesis in BA (2009). Downloaded from <http://www.era.lib.ed.ac.uk/handle>. 2013 Apr 20.
 27. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16:1-9.
 28. Cakmak AF, Cevik EI. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management* 2010;4:2097-102.
 29. Mattila AK, Pohjola V, Suominen AL, Joukamaa M, Lahti S. Difficulties in emotional regulation: association with poorer oral health-related quality of life in the general population. *Eur J Oral Sci* 2012; 120:224-31.
 30. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol* 1995; 22:73-81.
 31. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984;141:725-32.
 32. Taylor GJ. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Madison, CT: *International Universities Press* 1987.
 33. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depress Anxiety* 2010;27:882-90.
 34. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. *Cogn Behav Pract* 2010;17:102-113.
 35. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cogn Behav Pract* 2010;17:101-88.
 36. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2012; 43:666-78.
 37. Mohammadi A. Comparison of the effectiveness of transdiagnostic group therapy with cognitive group therapy in prevention of symptoms of anxiety and depression. PhD thesis in clinical psychology. Tehran University of Medical Sciences 2011. (In Persian).
 38. Abdi R. The evaluation of efficacy of transdiagnostic treatment in women with generalized anxiety disorder. PhD thesis in the psychology. Tabriz University 2012. (In Persian).
 39. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007;48:93-102.
 40. Minocha A, Jhonson WD, Abell TL. Privalence

- sociodemography and quality of life of older versus younger patients with irritable bowel syndrome: A population-based study. *Dig Dis Sci* 2006; 51:446-53.
41. Dorssman DA, Leseurman J, Nachman G, Li Z, Gluck H, Toomey TC, et al. Sexual and physical abuse in woman with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113:828-33.
 42. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behave Res Ther* 1995; 33:335-43.
 43. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney, Australia: Psychology Foundation 1995.
 44. Samani S, Jokar B. Evaluation of reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress (DASS). *Journal of Social and Human Sciences* 2007;26:65-76.
 45. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998;51:903-12.
 46. Montazeri A, Gashtasebi A, Wahdaninia MS. Determine of reliability and validity of Persian version of SF-36. *J Payesh* 2005;5:49-56.
 47. Moghtadaei K, Kafi M, Afshar H, Ariapouran S, Daghighzadeh H, Pourkazem T. Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Res Behav Sci* 2013; 10:698-708.
 48. Allen LB, McHugh RK., Barlow DH. Emotional Disorder. Clinical Handbook of Psychological Disorder. The Guilford Press 2009.
 49. Suveg C, Kendall PC, Comer JS, Robin J. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *J Contemp Psychother* 2006;36:85-77.
 50. Troy AS and Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. Ch 2. In Southwick SM, Litz BT, Charney D & Friedman MJ. Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan. *Cambridge University Press* 2011:30-44.
 51. Jian-Min S, Liang-jing W, Shu-Jia C. Irritable bowel syndrome consultants in Zhejiang province: The symptoms pattern, predominant bowel habit subgroups and and quality of life. *World J Gastroentrol* 2004;10:1059-64.
 52. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Cielas G, Kim JJ, Zacher C. Health related quality of life associated with Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Thrapuitic* 2002; 24:675-86.
 53. Melin EO, Hans O Thulesius HO, Persson BA. Affect School for chronic benign pain patients showed improved alexithymia assessments with TAS-20. *Biopsychosoc Med* 2010;4:5.
 54. Solati SK, Kalantari M, Molavi H, Adibi P. Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy, training of lifestyle, relaxation and drug therapy on quality of life, psychological symptoms, and frequency and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome. PhD Dissertation in Psychology, Isfahan University 2008.
 55. Heymen-Monnikes I, Arnold R, Florin I, Hydra C, Melfsen S, Monnikes H. The combination of medical treatment puls multicomponent cognitive behavior therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95: 981-94.
 56. Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GD, Blaunhard EB. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediation analysis of a randomized clinical trail. *Gastroenterology* 2007;133:433-44.
 57. Thachuk GA, Graff LA, Martine GL, Bernestin CN. Randomized controlled of trial cognitive behavioral group therapy for irritable bowel syndrome in a medical setting. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting* 2003;10:57-69.
 58. Lotfi-Kashani F. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on quality of life and anxiety of patients with irritable bowel syndrome. *J Med Sci Islamic Azad Univ* 2012; 22:301-6.
 59. Zargar Y, Dehghanizadeh Z, Mehrabizadeh-Honarmand M, Kadhodai A. The effectiveness of stress management on symptoms of functional indigestion and quality of life patients with functional dyspepsia. *Govaresh* 2012;17:148-55.
 60. Wang W, Pan G, Qian J. Cognitive therapy for patient with refractory irritable bowel syndrome. *Zhonahua Na Ke Za Zhi* 2002;41:156-9.
 61. Salehi-Morekani B. Evaluation and comparison of emotional self-regulation strategies among students with anxiety and depression disorders with normal students in Isfahan. MS Thesis, University of Al-Zahra 2006.
 62. Hosseinian S, Ghasemzadeh S, Niknam M. Prediction of quality of life in female teachers on the basis of emotional and spiritual intelligence variables. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling* 2011;3:42-60.