

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی

فرح محمودی^۱، محمدابراهیم مداحی^{۲*}، حمید پورشریفی^۳، فرحناز مسچی^۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شهر اراک در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به بیماری سوءهاضمه عملکردی شهر اراک بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند که در نهایت ۱۱ نفر در هر گروه جای گرفت. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله شناختی رفتاری گروهی را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی نیپن (۱۹۹۸) بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (کوواریانس) در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام پذیرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که مداخله درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش میزان کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد. همچنین با مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش میزان مولفه‌های کیفیت زندگی شامل تنش و نگرانی، تداخل با فعالیت‌های روزانه، اختلال در خوردن و آشامیدن، آگاهی نسبت به بیماری و احساس کنترل بر آن و تداخل با کار و تحصیل در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری روشی موثر به منظور افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی است.

کلید واژه ها: درمان شناختی-رفتاری، کیفیت زندگی، سوءهاضمه عملکردی

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌الملل کیش، کیش، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. Memadahi@yahoo.com

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

مقدمه

یکی از انواع اختلالات طبی متاثر از وضعیت روانی که با علائم گوارشی همراه است بیماری سوءهاضمه عملکردی است (تایسون و باروکاس^۱، ۲۰۱۸). این بیماری حدود ۲۵ درصد جمعیت را گرفتار می کند که اکثر آنها یک اختلال گوارشی کارکردی دارند مانند سوءهاضمه کارکردی یا سندرم روده تحریک پذیر (تاک، لی، کارین، وانهیل، وانویتسل و همکاران^۲، ۲۰۱۶). در واقع این بیماری می تواند به صورت عملکردی (ناتوانی حرکتی) یا ساختاری (زخم) باشد (تاک و کاملری^۳، ۲۰۱۸) که سوءهاضمه عملکردی شیوع بیشتری در بین بیماران دارد (ساهان، یلدریم، سویلو، تاباکسی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). علائم شایع سوءهاضمه عملکردی: سیر زودرس، سنگینی بعد از غذا خوردن، درد یا سوزش سر دل که در غیاب علل ارگانیک یا متابولیک باشد، سه ماه به طول بینجامد و از زمان تشخیص حداقل شش ماه نیز گذشته باشد (پارک، کیم، پارک، کو و لی^۵، ۲۰۱۷). ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به سوءهاضمه که در بررسی های تشخیصی هیچ گونه اختلال ساختاری ندارند، به نام سوءهاضمه کارکردی یا سوءهاضمه بدون زخم^۶ یا نشانگان سوءهاضمه اطلاق می شود. بقیه موارد سوءهاضمه معمولاً به دلیل بیماریهایی خوش خیم مانند ازوفازیت، زخم پپتیک معده و دوازدهه، و آروزیون معده و دوازدهه ایجاد می شود، ولی در ۳ تا ۳ درصد این بیماران بدخیمی های دستگاه گوارش فوقانی عامل ایجاد ناراحتی می باشد که یکی از مهم ترین علل مرگ ناشی از سرطان در جهان می باشد (محمودی، مداحی، پورشریفی و مسچی، ۲۰۱۹) عوامل ایجادکننده سوءهاضمه چند عاملی^۷ است. که شامل تاءخیر در تخلیه معده، عفونت با میکرب هلیکوباکتر پیلوری و.. می باشد باشد (وانگ، لی، زو، لیو، وو، لو^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین این بیماری نقش مهمی در کاهش سلامت روانشناختی و افت کیفیت زندگی دارد (کاگی، مایر-ویتز و آسنت^۹، ۲۰۱۹).

اهمیت کیفیت زندگی در این بیماران به حدی است که بسیار از متخصصان بر مراقبت و آموزش های لازم در جهت افزایش آن تاکید می کنند و این سازه نشان دهنده کیفیت مراقبت های بهداشتی در بیماران است (کیم، شین، کانگ، سون، کانگ، لی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی از مسائل مهم و پیش روی جهان معاصر و از مباحث اساسی در توسعه سیاستگذاری اجتماعی محسوب می شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقای کیفیت زندگی، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت بخش، نועدوستی و از خودگذشتگی در میان اجتماعات را در بر می گیرد (فیرکلوث، ۲۰۱۲). امروزه تغییر در سبک زندگی میزان مرگ و میر، بیماری های عفونی و افزایش طول عمر را به همراه داشته و باعث افزایش توجه به کیفیت زندگی در مقایسه با دهه های گذشته شده است. اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب نظران تمرکز خود را بر مراقبت هایی جهت بهبود کیفیت زندگی بیان کردند (چیو،

1 Tyson & Barocas

2 Tack, Carbone, Vanheel & Vanuytsel

3 Tack & Camilleri

4 Sahan, Yildirim, Soylu, Tabakci

5 Park, Kim, Park & Lee

6 Nonulcer dyspepsia

7 Multifactorial

8 Wang, Li, Xu, Liu, Wu, Lu

9 Kugbey, Meyer-Weitz & Asante

10 Kim, Shin, Kang, Son, Kang, Lee

چانگ، لی، کو، لیم^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی سلامتی نه فقط به معنای عدم وجود بیماری، بلکه به معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. بنابراین در ارزیابی سلامت و بهداشت افراد نباید فقط به شاخص های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (راجمیل، رویزن و پسی^۲، ۲۰۱۲).

یکی از درمان هایی که باعث افزایش میزان کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شده است درمان شناختی رفتاری می باشد. این درمان برای نشانه ها و رفتارهای غیرعادی استفاده می شود. از آنجایی که افکار و اعمالی از این نوع، اغلب با یکدیگر همراهی دارند، در بیشتر موارد از تکنیک های رفتاری و شناختی همراه هم استفاده می شود (کریستا، هیبرز، دیوید، هالون^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است است که اختلال عاطفی و علائم اختلال های رفتاری در نتیجه تفکر غیرمنطقی ادامه پیدا می کند و می تواند با استفاده از تکنیک های متنوع رفتاری، عاطفی و شناختی نه تنها در طی جلسات درمانی، بلکه در بین جلسات به صورت ارائه تکلیف تغییر پیدا کند (فريدلند، کارنی، ریچ، استین مایر و رابین^۴، ۲۰۱۵). بر اساس درمان شناختی رفتاری، تجارب افراد به تشکیل فرض ها و یا طرحواره هایی درباره خویشتن و جهان می انجامد و این فرض یا طرحواره ها بر سازمان بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می گذارد. درمان شناختی رفتاری مراجعان را به حل فعالانه مسائل و درگیری جرات مندانه در محیط تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها تأکید می نماید (آرچ، آیرز، باکر، آلمکالو، دین و کراسک^۵، ۲۰۱۳). همچنین، مداخله های رفتاری ویژه در درمان شناختی رفتاری، بر افزایش میزان اشتغال فرد به فعالیت های لذت بخش تأکید دارد. هدف از این روش آن است که به فرد کمک شود تا بتواند حداقل یکبار در هفته برای انجام فعالیت های لذت بخش برنامه ریزی کند تا بتواند تغییر عمده ای در کیفیت خلق و زندگی فرد ایجاد نماید (قمری گیوی، نادر، سواری و اسمعیلی، ۱۳۹۳). درمانگران شناختی رفتاری به بیماران کمک می کنند تا نسبت به مشاهده شناخت هایشان به ارزشیابی فعال تری بپردازند، روی اصلاح تعامل های رفتاری منفی به منظور پرورش شناخت ها و هیجان های مثبت در مورد یکدیگر کار کنند و به مطرح کردن مسائل مربوط به بیماری خود در مورد تجربیات هیجانی بازداری شده بپردازند تا بتوانند در محیطی رضایت بخش تر، کیفیت زندگی بالایی را تجربه کنند (اپستین و باکوم^۶، ۲۰۰۲). در واقع درمان شناختی رفتاری برای بیماران به صورت به صورت یک درمان کیفی منظم است که در آن اثرات متقابل شناخت ها، رفتارها و هیجان های بیماران بررسی می شود و به منظور بهبود کیفیت زندگی، موارد مشکل آفرین هدف تغییر قرار می گیرند (باکوم، ۲۰۱۰). در همین رابطه نتایج پژوهش لالونی، لجتسون، بونتر، سگونجا^۷ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده اند که تکنیک های شناختی رفتاری به تنهایی باعث افزایش کیفیت فرد از سطح زندگی خویش و بهبود روابط می شود. علاوه بر این دییر، فوگلیاتی، گاندی، مک دونالد، تالی و جونز^۸ (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیده اند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر

1 Choi, Chang, Ko & Lim

2 Rajmil, Roizen & Psy

3 Cristea, Huibers, David & Hollon

4 Freedland, Carney, Rich, Steinmeyer & Rubin

5 Arch, Ayers, Baker, Almklov, Dean & Craske

6 Epstein & Baucom

7 Lalouni, Ljótsson, Bonnert & Ssegonja

8 Dear, Fogliati, Fogliati, Gandy, McDonald, Talley & Jones

تمامی جوانب زندگی بیماران اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی و تنظیم هیجانی بیمار تأثیر معنادار دارد. نتایج پژوهش عیسی زادگان، شیخی، حافظ نیا و کارگری (۱۳۹۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت روابط زندگی در افراد شده است. بهادری (۲۰۱۴) در مطالعه خود به این نتایج دست یافت که گروه درمانی شناختی رفتاری یک مداخله‌ای اثربخش است. این روش منطقی است زیرا در آن، فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آن‌ها آزمودن شود. این درمان، رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه سازی درون جلسات، بازسازی شناختی قبل و در نهایت تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود.

بنابراین به دلیل تأثیری که بیماری سوءهاضمه عملکردی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد و از نظر اقتصادی با هزینه‌های درمانی زیادی همراه است، این پژوهش حائز اهمیت است. به علاوه با توجه به مزمن بودن بیماری سوءهاضمه عملکردی و با توجه به این که ذکر شده است درمان شناختی رفتاری گروهی از سایر درمان‌های کارآمدی بیشتری دارد. لازم است پژوهشی صورت گیرد تا این برتری اثبات شود، در حالی که برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری شواهد تجربی فراوان است. لذا این پژوهش در صدد پاسخ به این سوال است: گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی چه تأثیری دارد؟

روش

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری مورد مطالعه را کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به بیماری سوءهاضمه عملکردی که در سال ۱۳۹۷ به کلینیک‌های گوارش (دکتر خیری و دکتر قزلو) در شهر اراک مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. بیمارانی وارد پژوهش شدند که مبتلا به دیس پپسی (سوءهاضمه عملکردی) بودند ۲۴ نفر از این بیماران طبق ملاک‌های ورود و خروج (ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. تشخیص سوءهاضمه عملکردی توسط فوق تخصص گوارش، ۲. علائم حداقل یک بار در هفته برای مدت ۳ ماه طول کشیده باشد و از زمان تشخیص این بیماری حداقل ۶ ماه گذشته باشد (معیار روم سه)، ۳. همه آزمودنی‌ها زن باشند، ۴. سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۵. حداقل تحصیلات سیکل. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱. مصرف مواد مخدر یا داروی خاصی که بر هشیاری تأثیر می‌گذارد، ۲. مصرف الکل، ۳. دارا بودن اختلال روانی شدید (طبق نظر روانپزشک)، ۴. غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش) انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. و در نهایت با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش در هر گروه ۱۱ نفر جای گرفت. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری گروهی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری

| جلسات | محتوای هر جلسه |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول | معرفی آزمودنی ها، بیان کردن تمامی قوانین جلسات، شرح اهداف و ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری، شرح دادن ارتباط بین اندیشه، خلق و رفتار و آموزش تنفس دیافراگمی |
| دوم | ادامه آموزش تنفس دیافراگمی و آرام سازی عضلانی یا ریلکسیشن، آموزش دانش و آگاهی در مورد باورهای سطحی و شناخت رویدادهایی که برانگیزاننده هستند، آموزش عقاید برانگیزاننده و پیامدهای رفتاری و هیجانی |
| سوم | آشنایی با افکار خودآیند منفی آزمودنی ها و تشخیص دادن و آموزش هیجان های ناخوشایند |
| چهارم | آموزش انواع تحریف های شناختی، آموزش روش های مقابله با این تحریف های شناختی و آموزش شیوه جایگزین کردن افکار مثبت و منطقی با این تحریف های شناختی و افکار غیرمنطقی و منفی |
| پنجم | آموزش و شناخت روش های کارآمد و ناکارآمد حل مساله به آزمودنی ها، همچنین آموزش عملیاتی مراحل حل مساله به آزمودنی ها |
| ششم | آموزش دادن انواع روش های توجه برگردانی و توقف فکر منفی و غیرمنطقی بیماران |
| هفتم | آموزش دادن در مورد آگاهی یافتن از نحوه برنامه ریزی کردن برای یک فعالیت، شرح دادن در مورد چگونگی تحلیل کردن سود و زیان این فعالیت ها و آموزش ایفای نقش به صورت عقلانی |
| هشتم | آموزش دادن نحوه ارزیابی کردن عمل متعهدانه، نحوه ابراز کردن مهارت های آموخته شده توسط بیماران، آموزش در مورد مقابله کردن با شکست های احتمالی بعد از خاتمه یافتن درمان و ارائه دادن خلاصه هایی از محتوای جلسه های قبلی به آزمودنی ها و اجرای پرس آزمون |

ابزار اندازه اندازه گیری کیفیت زندگی در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی نپین (۱۹۹۸) بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی نپین (۱۹۹۸): مقیاس سوهاضمه نپین (NDI) در سال ۱۹۹۸ برای اندازه گیری نمرات علائم و اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران سوهاضمه عملکردی طراحی شده است و از آن زمان نتایج آن برای ارزیابی در بسیاری از تحقیقات بالینی استفاده شده است (شیخیان، میسمی بناب، عشقی و جراحی، ۱۳۹۵) مقیاس NDI یک ابزار خود سنجی است که که ۱۰ گویه آن بر روی مقیاس پنج درجه ای (اصلا تا همیشه) نمره گذاری می شود. این ۱۰ مقیاس تاثیر بیماری سوءهاضمه عملکردی را بر روی پنج حیطه تنش و نگرانی، تداخل با فعالیت های روزانه، اختلال در خوردن و آشامیدن، آگاهی نسبت به بیماری واحساس کنترل بر آن و تداخل با کار و تحصیل را بررسی می کند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۰ تا ۴ (اصلا تا همیشه) است. کیفیت زندگی با جمع نمرات سوال ها و تبدیل آن به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ که در آن ۰ بدترین و ۱۰۰ بهترین شکل ممکن است محاسبه می شود. این پرسشنامه در ایران توسط شیخیان و همکاران (۱۳۹۵) هنجاریابی شد. روایی محتوی بر اساس تکنیک لاوشه و با استفاه از نظرات ۱۰ نفر از متخصصین داخلی و فوق تخصص گوارش برای اطمینان از این مسئله که مهم ترین و صحیح ترین محتوی انتخاب شده است انجام شد. مقدار قابل قبول نسبت روایی محتوا ۰/۶۲ می باشد که در همه موارد روایی محتوا از میزان قابل قبول بالاتر بود. پایایی پرسشنامه با روش آزمون باز آزمون و محاسبه آلفای کرونباخ سنجیده شد. که برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه شد، که به خوبی از میزان قابل قبول ۰/۷۰ بالاتر می شد و پایایی بسیار خوب پرسشنامه را نشان می دهد (شیخیان و همکاران، ۱۳۹۵). هم چنین در هنجارسازی مجدد پرسشنامه که توسط عظیمی ده علی و همکاران (۱۳۹۶) انجام شده ارزیابی روایی ملاک توسط مقایسه پرسشنامه NDI-10 با پرسشنامه کیفیت زندگی SF-26 انجام گرفت و ضریب همبستگی ۰/۵۶ و با حساسیت کمتر از ۰/۰۰۱ به دست آمد که قابل قبول می باشد. که در مطالعه عظیمی ده علی

و همکاران پایایی پرسشنامه الفای کرونباخ ۰.۹ و ضریب همبستگی ۰.۸۳ به دست آمد که با نتایج سایر مطالعات هم خوانی داشت. در مقایسه ترجمه پرسشنامه با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که قبلاً به فارسی هنجار شده است ضریب همبستگی پیرسون ۰.۵۶ به دست آمد که قابل قبول بوده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها در سطح معناداری ۰/۰۵ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها

در این بخش با توجه به همسانی واریانس نمرات و نرمال بودن توزیع نمرات و حجم مساوی گروه آزمایش و کنترل برای آزمون معناداری تفاوت مشاهده شده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و کنترل اثر نمره ها پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. خلاصه تحلیل کوواریانس یک طرفه برای اثرهای مداخله بر کیفیت زندگی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | ضریب اتا |
|---------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------|----------|
| اثر پیش آزمون | ۳۵۷.۲۶۷ | ۱ | ۳۵۷.۲۶۷ | ۴۶.۲۱۱ | ۰.۰۰۰۱ | ۰.۷۰۹ |
| اثر درمان | ۱۹۰.۸۲۷ | ۱ | ۱۹۰.۸۲۷ | ۲۴.۶۹۹ | ۰.۰۰۰۱ | ۰.۵۶۵ |
| خطا | ۱۴۶.۷۹۴ | ۱۹ | ۷.۷۲۶ | | | |
| مجموع | ۱۴۹۵۷.۰۰۰ | ۲۲ | | | | |

نتایج حاصل از جدول (۲) نشانگر آن است که، درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی اثربخش بوده و این اثربخشی معنادار است. به عبارتی نتایج بیان می کند که با حذف اثرهای نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر اثر پیش آزمون، اثر اصلی درمان شناختی- رفتاری بر پس آزمون کیفیت زندگی معنادار است. با مقایسه ی میانگین های گروه های آزمایش و کنترل می توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش میزان کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شده است. از سوی دیگر، مقدار مجذور اتا نشان می دهد که ۵۶/۵ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان گروه درمان شناختی- رفتاری ناشی از مداخله درمانی بوده است. که این مقدار با توجه به رهنمون های کوهن اندازه اثر بزرگی محسوب می شود.

جدول ۳. خلاصه تحلیل کوواریانس چند طرفه برای اثرهای مداخله بر کیفیت زندگی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | ضریب اتا |
|---------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------|----------|
| اثر پیش آزمون | ۲۲.۶۲۰ | ۱ | ۲۲.۶۲۰ | ۷۴.۸۲۲ | ۰.۰۰۰۱ | ۰.۷۹۷ |
| اثر درمان | ۸.۳۱۴ | ۱ | ۸.۳۱۴ | ۲۷.۵۰۱ | ۰.۰۰۰۱ | ۰.۵۹۱ |
| خطا | ۵.۷۴۴ | ۱۹ | ۰.۳۰۲ | | | |

| | | | | | | | |
|-------|--------|--------|--------|----|---------|---------------|------------------------------------------|
| | | | | ۲۲ | ۶۲۲.۰۰۰ | مجموع | |
| ۰.۷۱۲ | ۰.۰۰۰۱ | ۴۶.۸۶۲ | ۲۴.۸۳۸ | ۱ | ۲۴.۸۳۸ | اثر پیش‌آزمون | تداخل با فعالیت‌های روزانه |
| ۰.۴۰۲ | ۰.۰۰۰۲ | ۱۲.۷۸۲ | ۶.۷۷۵ | ۱ | ۶.۷۷۵ | اثر درمان | |
| | | | ۰.۵۳۰ | ۱۹ | ۱۰.۰۷۱ | خطا | |
| | | | | ۲۲ | ۶۱۴.۰۰۰ | مجموع | |
| ۰.۷۷۷ | ۰.۰۰۰۱ | ۶۶.۱۱ | ۳۷.۷۰۹ | ۱ | ۳۷.۷۰۹ | اثر پیش‌آزمون | اختلال در خوردن و آشامیدن |
| | | ۷ | | | | | |
| ۰.۲۶۳ | ۰.۰۱۸ | ۶.۷۷۱ | ۳.۸۶۲ | ۱ | ۳.۸۶۲ | اثر درمان | |
| | | | ۰.۵۷۰ | ۱۹ | ۱۰.۸۳۶ | خطا | |
| | | | | ۲۲ | ۶۲۹.۰۰۰ | مجموع | |
| ۰.۶۶۸ | ۰.۰۰۰۱ | ۳۸.۱۷۹ | ۲۷.۸۰۱ | ۱ | ۲۷.۸۰۱ | اثر پیش‌آزمون | آگاهی نسبت به بیماری و احساس کنترل بر آن |
| ۰.۴۹۹ | ۰.۰۰۰۱ | ۱۸.۹۴۶ | ۱۳.۷۹۶ | ۱ | ۱۳.۷۹۶ | اثر درمان | |
| | | | ۰.۷۲۸ | ۱۹ | ۱۳.۸۳۵ | خطا | |
| | | | | ۲۲ | ۶۳۸.۰۰۰ | مجموع | |
| ۰.۵۶۰ | ۰.۰۰۰۱ | ۲۴.۱۴۵ | ۱۷.۶۰۳ | ۱ | ۱۷.۶۰۳ | اثر پیش‌آزمون | تداخل با کار و تحصیل |
| ۰.۳۸۰ | ۰.۰۰۰۳ | ۱۱.۶۶۵ | ۸.۵۰۵ | ۱ | ۸.۵۰۵ | اثر درمان | |
| | | | ۰.۷۲۹ | ۱۹ | ۱۳.۸۵۲ | خطا | |
| | | | | ۲۲ | ۵۸۶.۰۰۰ | مجموع | |

نتایج حاصل از جدول (۳) نشانگر آن است که، درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی اثربخش بوده و این اثربخشی معنادار است. به عبارتی نتایج بیان می‌کند که با حذف اثرهای نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش‌آزمون، اثر اصلی درمان شناختی- رفتاری بر پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی معنادار است. با مقایسه‌ی میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش میزان مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل تنش و نگرانی، تداخل با فعالیت‌های روزانه، اختلال در خوردن و آشامیدن، آگاهی نسبت به بیماری و احساس کنترل بر آن و تداخل با کار و تحصیل در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شده است. از سوی دیگر، مقادیر مجذور اتا نشان می‌دهد که درمورد مؤلفه‌ی تنش و نگرانی ۵۹/۱ درصد، درمورد مؤلفه‌ی تداخل با فعالیت‌های روزانه ۴۰/۲ درصد، درمورد مؤلفه‌ی اختلال در خوردن و آشامیدن ۲۶/۳ درصد، درمورد مؤلفه‌ی آگاهی نسبت به بیماری و احساس کنترل بر آن ۴۹/۹ درصد، و درمورد مؤلفه‌ی تداخل با کار و تحصیل ۳۸ درصد از واریانس‌های مشاهده شده این نمرات در شرکت‌کنندگان گروه درمان شناختی- رفتاری ناشی از مداخله درمانی بوده است. که تمامی این مقادیر با توجه به رهنمون‌های کوهن اندازه اثر بزرگی محسوب می‌شود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی انجام شد. یافته‌ها بیانگر تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌باشد. در این روش درمانی در آغاز به‌طور کامل عوامل زمینه‌ساز، آشکارکننده و تداوم‌بخش مشکل، بررسی شده و در ادامه با استفاده از شیوه درمانگری شناختی رفتاری صورت گرفت. نتایج این پژوهش با مطالعه تحقیقات محمودی و همکاران (۲۰۱۹)، بونرت و همکاران (۲۰۱۹)، لالونی و همکاران (۲۰۱۹) و دیبر و همکاران (۲۰۱۸) در مورد تأثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران همسو است و از آنجا که در تمامی پژوهش‌های شناختی رفتاری مذکور به‌منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران، تکنیک‌های شناختی به‌کاربرده شده، در پژوهش حاضر نیز تکنیک‌هایی همچون بازسازی شناختی، مهارت تمرکز-توجه و آموزش خود ابرازی استفاده شده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علت بهبودی کیفیت زندگی در این بیماران در بعد شناختی استفاده از این تکنیک‌های درمانی است زیرا در مداخله درمانی پژوهش حاضر از بازسازی شناختی افکار غیرمنطقی نسبت به بیماری، خود‌گویی مثبت، مهارت تمرکز-توجه و خود ابرازی استفاده شده است که تمام این تکنیک‌های شناختی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و در کل بهبودی بعد شناختی آن در جز منجر شوند. در همین رابطه فریدحسینی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که درمان شناختی رفتاری با آموزش مهارت‌ها و سبک‌های ارتباطی به بیماران، همچنین آموزش آگاهی از احساس‌ها و افکار بیماران، آموزش ریلکسیشن، جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی باعث بهبود روابط اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس در بیماران شده است و این بیماران بدون این که از برچسب زدن ترسی داشته باشند به راحتی می‌توانند به دیگران ارتباط مناسب و سازنده‌ای را برقرار نمایند، همچنین حمایت اجتماعی لازم را کسب کنند و کیفیت زندگی خود را ارتقا ببخشند.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که تکنیک‌های مداخله درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش میزان مولفه‌های کیفیت زندگی شامل تنش و نگرانی، تداخل با فعالیت‌های روزانه، اختلال در خوردن و آشامیدن، آگاهی نسبت به بیماری و احساس کنترل بر آن و تداخل با کار و تحصیل در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی رفتاری یکی از رویکردهای روان‌درمانی است که بر پایه اصول یادگیری و شناختی استوار است که در آن بر آنچه اعضای خانواده می‌اندیشد و نیز چگونه رفتار کردن آن‌ها تأکید می‌کند (رستمی، ۱۳۹۳). هاندلی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود در مورد اثربخشی این درمان بر روی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی به این نتایج دست یافتند که این درمان باعث بهبود نشانه‌های رفتاری، همچنین ادراک دلایل رفتار و اولویت بندی آنها، نحوه فکر کردن، آموزش مهارت‌های مثبت فکر، مبارزه با افکار غیرمنطقی، آموزش حل مساله، اصلاح باورهای ناصحیح و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای درست و مناسب می‌شود. همچنین گروه درمانی شناختی رفتاری باعث می‌شود که بیماران علاوه بر آموزش در مورد نحوه کاهش دادن علائم بیماری خود در ارتقای سلامت یکدیگر نیز یاری برسانند. در نتیجه این عوامل باعث افزایش میزان کیفیت زندگی شان نیز می‌شود. از آنجایی که اصل بنیادین درمان شناختی رفتاری بر این پایه استوار است که کنش‌ها و رفتارهای فرد تا

اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان هستی بستگی دارد، در این رویکرد تفسیرهای افراد را از موقعیت‌های تعارض برانگیز منحرف و یا به شکل مثبت تغییر می‌دهند و برآیند این که باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. یکی از دلایلی که درمان شناختی رفتاری در مورد بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی کارساز بوده است می‌تواند این باشد که این مداخلات مایه بازسازی تفکرات غیرواقعی شده است. پس می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری با حل و فصل تعارض‌ها در بین این بیماران و بهبود روابط بین شخصی از راه آموزش فنونی همچون حل مسئله، مهارت‌های رویارویی میان فردی، مهارت‌های رویارویی با تنیدگی، مهارت قاطعیت (جرات ورزی)، آموزش فنون بازسازی شناختی، مثبت اندیشی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت همدلی به این بیماران، به آنان کمک کرده است به شیوه مناسبی با مشکل رویارو گردند و همین مورد باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران شده است. عمده ترین محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود دارد. عبارتند از: از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از بیماران زن مبتلا به سوءهاضمه عملکردی است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. همچنین داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش دهی تهیه شده اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ دهی در آنان وجود داشته باشد و همچنین روش نمونه گیری در دسترس نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود.

منابع

- رستمی، محمد. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود و افزایش رضایت زناشویی. علوم رفتاری و اجتماعی، ۸ (۲): ۴۱-۵۲.
- عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ نیا، محمد؛ کارگری، بهروز. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوءمصرف مواد. مجله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۶ (۱): ۷۴-۸۰.
- قمری گیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن؛ اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۴): ۴۷-۶۲.
- Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J., & Craske, M. G. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 51(4):185-196.
- Bahadori M. (2014). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anxiety and perceived stress MS patients]. MS. Dissertation. University of Khuzestan research, (Persian).
- Baucom, D. H. (2010). Cognitive- behavioral couple therapy. In K.S. Dobson, *Handbook of cognitive behavioral therapies*, 3rdEd. New York: The Guilford press, p. 411-444.
- Bonnert, M., Olén, O., Lalouni, M., Hedman-Lagerlöf, E., Särnholm, J., Serlachius, E., & Ljótsson, B. (2019). Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioral therapy for adolescents with functional abdominal pain or functional dyspepsia: a feasibility study. *Behavior therapy*, 50(1): 177-188.
- Choi, E. S., Chang, Y. K., Lee, D. H., Ko, J., Lim, I., & et all. (2018). Gender-specific associations between quality of life and leukocyte telomere length. *Maturitas*, 107: 68-70.

- Cristea, I. A., Huibers, M. J., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*; 42: 62-71.
- Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Gandy, M., McDonald, S., Talley, N., ... & Jones, M. (2018). Transdiagnostic internet-delivered cognitive-behaviour therapy (CBT) for adults with functional gastrointestinal disorders (FGID): A feasibility open trial. *Journal of psychosomatic research*, 108, 61-69.
- Epstein, N. B., Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. American Psychological Association.
- Fairclough, D.L. (2012). *Design and analysis of quality of life studies in clinical trial*. CRC press.
- Faridhosseini, F. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression and quality of life in patients with psoriasis. *Me J Mashhad Univ Med Sci*. 59(5): 337-44.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., Rubin, E. H. (2015). Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(11): 1773-1782.
- Handley, AK., Egan, SJ., Kane, RT., Rees, CS. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behav Res Ther*. 68:37-47
- Kim, J. B., Shin, J. W., Kang, J. Y., Son, C. G., Kang, W., Lee, H. W., Cho, J. H. (2014). A traditional herbal formula, Hyangsa-Pyeongwi san (HPS), improves quality of life (QoL) of the patient with functional dyspepsia (FD): Randomized double-blinded controlled trial. *Journal of ethnopharmacology*, 151(1): 279-286.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., Asante, K. O. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient education and counseling*, 102(7): 1357-1363.
- Lalouni, M., Ljótsson, B., Bonnert, M., Ssegonja, R., Benninga, M., Bjureberg, J., Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Clinical and cost effectiveness of online cognitive behavioral therapy in children with functional abdominal pain disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(11): 2236-2244.
- Mahmoudi, F., Maddahi, M., Poursharifi, H., Meschi, F. (2019). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive-Behavioral Group Therapy on Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients with Functional Indigestion. *Journal of Health Promotion Management*, 8(4): 43-52.
- Park, J. H., Kim, S., Park, J. W., Ko, S. J., Lee, S. (2017). Feasibility study of structured diagnosis methods for functional dyspepsia in Korean medicine clinics. *Integrative medicine research*, 6(4): 443-451.
- Rajmil, L., Roizen, M., Psy, A. U. (2012). Health related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries, 2000 to 2010. *Value Health*, 15(2): 312-322.
- Sahan, H. E., Yildirim, E. A., Soylu, A., Tabakci, A. S., Cakmak, S., & Erkoc, S. N. (2018). Comparison of functional dyspepsia with organic dyspepsia in terms of attachment patterns. *Comprehensive psychiatry*, 83: 12-18.
- Tack, J., Ly, H. G., Carbone, F., Vanheel, H., Vanuytsel, T., Holvoet, L., Van Oudenhove, L. (2016). Efficacy of mirtazapine in patients with functional dyspepsia and weight loss. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(3): 385-392.
- Tyson, M. D., Barocas, D. A. (2018). Quality of life after radical cystectomy. *Urologic Clinics*, 45(2): 249-256.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Quality of Life in Patients with Functional Indigestion

Farah Mahmoudi¹, MohammadEbrahim Maddahi*², Hamid Poursharifi³, Farahnaz Meschi⁴

Abstract

Purpose The purpose of this study was to determine the effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Quality of Life in Patients with Functional Indigestion in Arak, in 2018.

Method: The present study was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with experimental and control group. The statistical population was all women with functional dyspepsia in Arak who were selected by convenience sampling and were randomly assigned into two experimental (n = 12) and control (n = 12) groups. Finally, each group was 11. The experimental group received cognitive-behavioral group intervention in eight 90-minute sessions and the control group remained on the waiting list. The measuring tool used in the study was the Quality of Life Nippen (1998) Questionnaire. Data analysis was done by SPSS22 software in two parts: descriptive and inferential (covariance).

Results: The results showed that the intervention in the experimental group increased the quality of life in patients with functional dyspepsia. Also, comparing the means of the experimental and control groups, it can be concluded that the intervention in the experimental group increases the quality of life components including stress and worry, interference with daily activities, eating and drinking disorder, disease awareness and feeling. Controlling for and interfering with work and education has been functional in patients with dyspepsia.

Conclusion: cognitive behavioral group therapy is an effective way to improve the quality of life in patients with functional dyspepsia.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Quality of Life, Functional Indigestion

1 Department of Psychology, Islamic Azad University, Kish International Branch, Kish, Iran

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran Memadahi@yahoo.com

3 Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4 Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran