



# 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

Farah Mahmoudi<sup>1</sup>, Mohammad Ebrahim Maddahi<sup>2,\*</sup>, Hamid Poursharifi<sup>3</sup>,  
Farahnaz Meschi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Kish International Branch, Kish, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

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

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

\* **Corresponding author:** Mohammad Ebrahim Maddahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: fd.Memadahi@yahoo.com

**Received:** 30 Jun 2019

**Accepted:** 11 Aug 2019

## Abstract

**Introduction:** The most common gastrointestinal disorders are gastrointestinal dysfunctions, which is one of the most common types of gastrointestinal dysfunction that can impair health and quality of life. Therefore, the present study aimed to compare 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.

**Methods:** This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study was women with functional indigestion referring to gastrointestinal clinics in Arak in 2018. A total of 33 individuals were selected by convenience sampling and were randomly assigned into three groups (11 individuals in each group). Experimental groups received 8 sessions of 90 minutes, respectively, with acceptance, commitment, and cognitive-behavioral methods, and the control group received no training. Research instruments were the "Nepean's Dyspepsia Index for Quality of Life", the "Beck's Anxiety Inventory", and the "Beck's Depression Inventory". In the present study, face validity and content validity of the instruments were measured and confirmed by experts and reliability was measured by Cronbach's alpha method. Data were analyzed in SPSS software version 22.

**Results:** Acceptance and commitment group therapy and cognitive-behavioral group therapy increased quality of life and reduced anxiety and depression in patients with functional dyspepsia compared to the control group. Also, cognitive-behavioral method reduced depression in comparison with acceptance and commitment, but there was no significant difference between them in enhancing quality of life and reducing anxiety ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** The results showed the importance of both methods, especially cognitive behavioral group therapy in enhancing quality of life and reducing anxiety and depression in patients with functional dyspepsia. Therefore, clinical psychologists and therapists can use these methods, especially cognitive behavioral group therapy, for quality of life, anxiety, and depression interventions.

**Keywords:** Acceptance and Commitment, Cognitive Behavioral, Quality of Life, Anxiety, Depression, Functional Dyspepsia



## مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی

فرح محمودی<sup>۱</sup>، محمدابراهیم مداحی<sup>۲\*</sup>، حمید پورشریفی<sup>۳</sup>، فرحناز مسچی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌الملل کیش، کیش، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

\* نویسنده مسئول: محمدابراهیم مداحی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

ایمیل: fd.Memadahi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۹

### چکیده

**مقدمه:** شایع‌ترین اختلالات گوارشی، اختلالات عملکردی دستگاه گوارش هستند که سوءهاضمه عملکردی یکی از انواع شایع آن است و باعث کاهش سلامت و کیفیت زندگی می‌گردد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی-رفتاری کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به بیماری سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارش شهر اراک در سال ۱۳۹۷ بودند. در کل ۳۳ نفر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۱ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش "شاخص سوءهاضمه نپین برای کیفیت زندگی" (Nepean's Dyspepsia Index for Quality of Life)، "سیاهه اضطراب بک" (Beck's Anxiety Inventory) و "سیاهه افسردگی بک" (Beck's Depression Inventory) بودند. در مطالعه حاضر روایی صوری و محتوایی ابزارها با نظر متخصصان و پایایی با روش آلفای کرونباخ اندازه‌گیری و تأیید شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** روش‌های گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شدند. همچنین، روش شناختی-رفتاری در مقایسه با روش پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی شد، اما بین آن‌ها در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان‌دهنده اهمیت هر دو روش به‌ویژه روش گروه درمانی شناختی-رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی بود. بنابراین، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش‌های مذکور به‌ویژه روش گروه درمانی شناختی-رفتاری برای مداخلات کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی استفاده نمایند.

**واژگان کلیدی:** پذیرش و تعهد، شناختی-رفتاری، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، سوءهاضمه عملکردی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

انواع شایع اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است [۲]. معیارهای تشخیص سوءهاضمه عملکردی که به اصطلاح Rome III گفته می‌شود شامل داشتن بیش از دو علامت از علائم سیری زودرس،

شایع‌ترین اختلالات گوارشی، اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است و حدود ۵۰ درصد از مراجعین به مراکز تخصصی گوارش را شامل می‌شود [۱]. سوءهاضمه عملکردی شیوع بسیار بالایی دارد و یکی از

تنش (زا) است [۱۷]. این شیوه درمانی از طریق شش فرایند پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود [۱۴]. برتری این روش درمانی به دلیل استفاده از برخی راهبردها مانند نامیدی خلاق، آگاهی فعال و تعهد رفتاری است که باعث افزایش سازگاری با مشکلات و کاهش پیامدهای منفی آن‌ها می‌گردد [۱۸].

پژوهش‌های اندکی درباره گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران به‌ویژه بیماران مبتلا به سوءهاضمه کارکردی انجام شده و گاه نتایج پژوهش‌ها متناقض است. نتایج پژوهش Nasiri و همکاران حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گزارش بود [۱۹]. پژوهش Sarizadeh و همکاران نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شد [۲۰]. در پژوهشی دیگر Hertenstein و همکاران گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی‌خوابی اولیه شد که در نتیجه درمان شناختی-رفتاری بهبود نیافتند [۲۱]. علاوه بر آن، Hajsadeghi و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان شد [۲۲]. نتایج پژوهش Feyzi و همکاران نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور تحت لقاح خارج رحمی شد [۲۳]. در پژوهشی دیگر Twohig & Levin گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد یک روش مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی است [۲۴]. همچنین Zargar و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری و مدیریت تنش باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد [۲۵]. نتایج پژوهش Bonnert و همکاران نشان داد که درمان شناختی-رفتاری باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد شکمی عملکردی یا سوءهاضمه عملکردی شد [۲۶]. علاوه بر آن Bagherian و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش کنترل تنش به شیوه شناختی-رفتاری باعث بهبود علائم بیماری سوءهاضمه عملکردی، تنش، اضطراب و افسردگی بیماران سوءهاضمه عملکردی مقاوم به درمان طبی شد [۲۷]. نتایج پژوهش Faridhoseini و همکاران حاکی از تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش معنادار اضطراب و افسردگی و افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس بود [۲۸]. در پژوهشی دیگر Egan و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شد [۲۹]. نتایج پژوهش Forman و همکاران نشان داد که هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب و افسردگی شدند [۳۰]. در پژوهشی دیگر Haghghat & Mohammadi گزارش کردند که هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری باعث بهبود علائم خلقی (افسردگی و افسردگی دوقطبی) شدند و بین آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت [۳۱].

از یک سو حدود ۲۵ درصد از افراد جامعه علائم مرتبط با سوءهاضمه را حداقل ۶ بار در سال تجربه می‌کنند، اما فقط ۲۰-۱۰ درصد آن‌ها به پزشک مراجعه می‌کنند [۲]. از سوی دیگر، بیماری‌های عملکردی

سنگینی پس از غذا خوردن، درد یا سوزش اپیگاستر بیش از سه ماه در غیاب علل ارگانیک یا متابولیک و گذشت حداقل شش ماه از زمان تشخیص آن می‌باشد [۳]. البته علائم سوءهاضمه شامل داشتن بیش از چهار علامت اصلی درد اپیگاستر، سوزش اپیگاستر، سنگینی پس از غذا خوردن، سیری زودرس، آروغ بیش از حد، نفخ، تهوع و استفراغ است [۴]. سوءهاضمه عملکردی نوعی اختلال روان-تنی است که نقش مهمی در کاهش سلامت و افت کیفیت زندگی دارد [۵]. اهمیت کیفیت زندگی در بیماران سوءهاضمه عملکردی به حدی است که بسیاری از متخصصان سلامت بر مراقبت و آموزش‌های جهت بهبود آن تأکید می‌کنند و این سازه نشان‌دهنده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در آنان است [۶]. کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر و مبتنی بر ادراک فردی است که از سلامت فیزیکی، حالات روانشناختی، رشد شخصی، استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته تأثیر می‌پذیرد [۷]. همچنین کیفیت زندگی یک سازه پیچیده و چندبعدی به معنای ادراک از زمینه فرهنگی و نظام ارزشی بر اساس اهداف، انتظارات و استانداردهای فرد می‌باشد [۸].

معمولاً کاهش کیفیت زندگی با افزایش اضطراب و افسردگی همراه است [۹]. اضطراب یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها و مهم‌ترین اختلال عصبی-روانی است که برخی روان‌پزشکان و روان‌کاوان بخش اعظم اختلالات روانی را در آن جستجو می‌کنند [۱۰]. اضطراب احساس مبهم، ناخوشایند و فراگیری است که با علائم سردرد، ناراحتی مختصر معده، بی‌قراری، ناتوانی در حرکت و آرام نشستن مشخص می‌گردد [۱۱]. اضطراب یک پاسخ سازگار است و همه افراد تا حدی اضطراب را تجربه می‌کنند، اما اگر از حد متعادل خارج شود و فراتر رود باعث درماندگی می‌شود [۱۲]. همچنین افسردگی یکی از رایج‌ترین تشخیص‌های روان‌شناختی در بسیاری از بیماری‌ها است و معمولاً باعث بدتر شدن بیماری شده و بر نتایج درمان تأثیر منفی می‌گذارد [۱۱]. افسردگی یک اختلال شایع است که علائمی مانند ناراحتی، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه، احساس عدم اعتماد به نفس، اختلال خواب و اشتها، خستگی و تمرکز ضعیف دارد [۱۳]. افراد افسرده معمولاً یک دیدگاه منفی و بدبینانه نسبت به خود، جامعه و آینده دارند [۱۲]. برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی روش‌های درمانی گروهی متفاوتی از جمله درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری وجود دارد [۱۴]. گروه درمانی به دلیل فراهم کردن تجربه یکسان بودن، الگوگیری از دیگران و حمایت آنان باعث افزایش سازگاری و کاهش مشکلات روانشناختی می‌گردد [۱۵]. درمان شناختی-رفتاری ترکیبی از روش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است و ابعاد شناختی (بازنمایی‌های شناختی معیوب)، عاطفی (بازنمایی‌های عاطفی مانند اضطراب و افسردگی) و رفتاری (سرپیچی از دستورات درمانی) بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۶]. درمان شناختی-رفتاری روشی بر اساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری، نه فیزیکی است که توسط درمانگران استفاده می‌شود و بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و نامیدکننده در شکل‌گیری و تداوم بیماری‌های روانشناختی تأثیر دارند [۱۴]. همچنین درمان پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری موج سوم است که از گسترش درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی (ایجاد توانایی انتخاب عملی مناسب بین گزینه‌های موجود، نه عملی برای اجتناب از افکار و احساس‌های

لیکرت (۱=هرگز تا ۵=بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود، لذا حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۵۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است. روایی همگرایی ابزار با فرم بلند ۴۲ گوی‌های "شاخص سوءهاضمه نپین" (Nepean's Dyspepsia Index) تأیید و پایایی آن بر روی ۵۸۹ بیمار مبتلا به سوءهاضمه کارکردی در ایلات متحده آمریکا با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد [۳۲]. در پژوهشی دیگر Mahadeva و همکاران روایی همگرایی ابزار را با خرده مقیاس‌های "پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی" (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) بین ۰/۳ تا ۰/۶۰ و پایایی آن را بر روی ۸۶ بیمار مبتلا به سوءهاضمه انگلیسی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بر روی ۵۷ بیمار مبتلا به سوءهاضمه مالزیایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند [۳۳]. در ایران عظیمی ده علی و همکاران روایی محتوایی ابزار را با نظر ۱۰ نفر از متخصصان که ۵ نفر آن‌ها فوق تخصص گوارش بودند، تأیید و روایی ملاکی پرسشنامه فوق با "پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی" بر روی ۴۰ نفر از بیماران سوءهاضمه عملکردی معادل ۰/۵۶ به دست آمد که قابل قبول می‌باشد و پایایی آن را بر روی ۲۱۰ نفر از بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان افضلی‌پور با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند [۵]. در پژوهشی دیگری زرگر و همکاران روایی همگرایی ابزار را با "پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی" با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون معادل ۰/۷۱ و پایایی آن را بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارشی شهر اهواز با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند [۲۵].

"سیاهه اضطراب بک" (Beck's Anxiety Inventory) توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است و گویه‌ها با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (۰=هرگز تا ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود، لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. همبستگی گویه‌ها بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۱ بدست آمد که حاکی از روایی مطلوب ابزار بود و پایایی آن بر روی ۱۰۸۶ بیمار مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و عاطفی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد [۳۴]. در پژوهشی دیگر Fydrich و همکاران که بر روی ۴۰ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال اضطرابی در آمریکا انجام دادند. روایی همگرایی ابزار را با خرده مقیاس‌های اضطراب صفت ۰/۵۸ و اضطراب حالت ۰/۴۷ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند [۳۵]. در ایران چرمچی و همکاران روایی صوری و محتوایی ابزار را توسط ۵ نفر از اعضای هیأت علمی و ۲ نفر از متخصصین روانسنجی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز تأیید و پایایی آن را بر روی ۳۰ نفر از زنان یائسه مراجعه‌کننده به مطب‌های زنان و زایمان شهر رامسر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند [۳۶]. در پژوهشی دیگر کلوپانی و موسوی گویه‌های "سیاهه اضطراب بک" را ترجمه و در اختیار پنج روان‌شناس به‌عنوان داور قرار دادند که روایی صوری و محتوایی آن‌ها را بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره دهند. نتایج حاکی از تأیید عبات‌ها بود. آنان پایایی ابزار را بر روی ۱۱۲ نفر از جمعیت بهنجار شهر تهران با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی به فاصله یک ماهه ۰/۸۳ گزارش کردند [۳۷].

دستگاه گوارش در مقایسه با سایر بیماری‌های گوارش از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. همچنین سوءهاضمه عملکردی از مشکلات عمده سلامتی به شمار می‌آید و دارای بار اقتصادی فراوانی در جامعه است و به طور کلی باعث کاهش سلامت و کیفیت زندگی می‌شود و هیچ درمان استاندارد برای سوءهاضمه عملکردی و علائم مزمن و دوره‌ای آن وجود ندارد [۵]. علاوه بر آن با اینکه پژوهش‌های درباره مقایسه درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری انجام شده، اما هیچ پژوهشی به مقایسه آن‌ها در بهبود ویژگی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سوءهاضمه نپرداخته است و گاهی نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی این دو روش متناقض می‌باشند. بنابراین، با توجه به شیوع بالای سوءهاضمه، مشکلات فراوانی که این بیماران با آن مواجه هستند، خلأ پیشینه پژوهشی درباره مقایسه روش‌های درمانی بر روی این بیماران و نتایج متناقض، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی انجام شد.

## روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به بیماری سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارش شهر اراک در سال ۱۳۹۷ بودند. برای تعیین اندازه نمونه از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1/4)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507} = \frac{3/92 * 10/4976}{4/507} = 9/13$$

در این معادله بر اساس پژوهش Bagherian و همکاران [۲۷]  $\sigma = 1/4$ ،  $d = 4/507$ ،  $\text{Power} = 0/90$  و  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد. بر اساس فرمول فوق تعداد نمونه ۹/۱۳ نفر بدست آمد که در این مطالعه تعداد نمونه برای هر گروه ۱۱ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، از میان اعضای جامعه پس از هماهنگی با مسئولان کلینیک‌های گوارش تعداد ۳۳ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به روش قرعه‌کشی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تشخیص سوءهاضمه عملکردی توسط فوق تخصص گوارش بر اساس معیار Rome III، داشتن سن ۴۰-۲۱ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، کسب نمره متوسط اضطراب [۱۶-۲۵] از "سیاهه اضطراب بک" و افسردگی [۲۰-۲۸]، عدم مصرف الکل، مواد مخدر و داروهای روان‌پزشکی، نگذاردن دوره‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری، عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی به طور همزمان و امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری آزمودنی، انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه بودند. جمع‌آوری داده‌ها با ابزارهای زیر انجام شد. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های زیر بودند که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. "شاخص سوءهاضمه نپین برای کیفیت زندگی" (Nepean's Dyspepsia Index for Quality of Life) که توسط Talley و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. این ابزار دارای ۱۰ گویه است و گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج گزینه‌ای

روانشناختی شهر اراک در فصل زمستان سال ۱۳۹۷ به طور گروهی در روزهای متفاوت اجرا شد.

در روش گروه درمانی پذیرش و تعهد، به شرح زیر بود.

جلسه اول به معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، بیان اهداف و فلسفه مداخله پذیرش و تعهد، معرفی درماندگی خلاق و سیستم‌های ناکارآمد گذشته اختصاص یافت.

جلسه دوم کنترل مساله، نه کنترل راه حل، بیان چگونگی تأثیر مقابل ناکارآمد اجتناب و کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه و پاندول، تقویت کنترل تجارب و راهبردهای کنترل هیجان آموزش داده شد. جلسه سوم پذیرش و تمایل برای کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره طناب‌کشی با هیولا، تمثیل آشفستگی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده آموزش داده شد.

جلسه چهارم به آموزش گسلش شناختی و مشاهده مکرر افکار ناخوشایند با استعاره‌های مسافران در اتوبوس و سربازان در حال رژه اختصاص یافت.

جلسه پنجم خود به‌عنوان زمینه، خود به‌عنوان فرایند خودآگاهی پویا، خود مفهوم‌سازی شده و خود مشاهده‌گر با استعاره‌های خانه با مبلمان و صفحه شطرنج و تفکیک قائل شدن بین انواع خود برای گسست افکار و احساسات آموزش داده شد.

جلسه ششم به تفاوت و تمایز قائل شدن بین احساسات و ارزش‌ها با استعاره مراسم تدفین اختصاص یافت.

جلسه هفتم عمل متعهدانه، مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری روانی و شناخت موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی مانند خاطرات و تفکرات، عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان منابع حمایتی آموزش داده شد.

جلسه هشتم به ارزیابی عمل متعهدانه، ابزار مهارت‌های آموخته‌شده توسط آزمودنی‌ها، آموزش نحوه مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل اختصاص یافت [۴۲].

در روش گروه درمانی شناختی-رفتاری شامل ماحل زیر بود.

جلسه اول به معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، بیان اهداف و ساختار مداخله شناختی-رفتاری، تشریح رابطه بین خلق، اندیشه و رفتار و آموزش مختصر تنفس دیافراگمی اختصاص یافت.

جلسه دوم تنفس دیافراگمی و آرام‌بخشی عضلانی (ریلکشن)، آموزش آگاهی از باورهای سطحی و شناخت توالی رویدادهای برانگیزاننده، عقاید برانگیزاننده و پیامدهای هیجانی و رفتاری آموزش داده شد.

جلسه سوم شناخت افکار خودآیند منفی و تشخیص هیجان‌های ناخوشایند آموزش داده شد.

جلسه چهارم به آگاهی از انواع تحریف‌های شناختی، روش‌های مقابله با این تحریف‌ها و آموزش نحوه جایگزین کردن افکار منطقی و مثبت با تحریف‌ها و افکار غیرمنطقی و منفی اختصاص یافت.

جلسه پنجم شناخت روش‌های کارآمد و ناکارآمد حل مساله و آموزش مراحل حل مساله به صورت عملیاتی آموزش داده شد.

جلسه ششم به آموزش روش‌های توجه برگردانی و توقف افکار غیرمنطقی و منفی اختصاص یافت.

"سیاهه افسردگی بک" (Beck's Depression Inventory) توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است و گویه‌ها با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (۰=هرگز تا ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود، لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن بر روی بیماران دارای اختلال روانی ۰/۸۶ و بر روی غیربیماران ۰/۸۱ گزارش شد [۳۸]. در پژوهشی دیگر Khan و همکاران که بر روی ۲۵۰ بیمار بستری و سرپایی مبتلا به افسردگی در بیمارستان آموزشی ایوب شهر پاکستان انجام دادند، روایی ابزار را از طریق همبستگی هر گویه با کل ابزار بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۸ و پایایی آن را بر روی آنان با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ گزارش کردند [۳۹]. در ایران افکنند و همکاران پایایی ابزار را بر روی ۷۰ بیمار همودیالیزی بیمارستان‌های رازی رشت و شهید بهشتی انزلی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند [۴۰]. در پژوهشی دیگر رجیبی و کارجو کسمایی روایی سازه "سیاهه افسردگی بک" را با روش تحلیل عاملی (تحلیل مولفه‌های اصلی) و چرخش واریماکس بررسی کردند. نتایج دو عامل شناختی-عاطفی و نگرش منفی-نشانه‌های بدنی نشان داد. پایایی کل ابزار را بر روی ۴۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و علوم پزشکی اهواز (جندی شاپور) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند [۴۱].

در مطالعه حاضر روایی صوری و محتوایی ۳ ابزار مورد استفاده با نظر ۱۲ نفر از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش تأیید و پایایی با روش آلفای کرونباخ بر روی ۳۳ نفر از زنان مبتلا به بیماری سوء‌هاضمه عملکرد شهر اراک برای "شاخص سوء‌هاضمه نپین برای کیفیت زندگی" ۰/۸۷، "سیاهه اضطراب بک" ۰/۹۱ و "سیاهه افسردگی بک" ۰/۹۴ محاسبه شد. برای انجام پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از جمله کد اخلاق از دانشگاه اخذ و سپس با مسئولان کلینیک‌های گوارش هماهنگی به عمل آمد. در این مطالعه نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، حفظ حریم آزمودنی‌ها، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و سایر نکات اخلاقی رعایت شد. پس از معرفی افراد مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی توسط کلینیک‌ها، برای آزمودنی‌ها هدف پژوهش، نحوه برگزاری جلسات و رعایت نکات اخلاقی بیان و از آنان درخواست شد تا رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش را امضا نمایند. در نهایت پس از آنکه تعداد نمونه به ۳۳ نفر رسید، آنان به صورت تصادفی به سه گروه (۱۱ نفر گروه درمان پذیرش و تعهد، ۱۱ نفر گروه درمان شناختی-رفتاری و ۱۱ نفر گروه کنترل) تقسیم و گروه‌ها به روش تصادفی با قرعه‌کشی به‌عنوان گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش گروه درمان شناختی-رفتاری آموزش دید [۴۲] و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد، اما همانند دو گروه دیگر زیر نظر متخصص گوارش از داروهای استاندارد استفاده کردند. مداخله توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای مدرک دوره درمان گروهی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در یکی از کلینیک‌های خدمات



جلسه هفتم آگاهی از نحوه برنامه‌ریزی برای یک فعالیت، تشریح چگونگی تحلیل مزایا و معایب فعالیت و ایفای نقش عقلانی آموزش داده شد. جلسه هشتم به ارزیابی عمل متعهدانه، ابراز مهارت‌های آموخته‌شده توسط آزمودنی‌ها، آموزش نحوه مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل اختصاص یافت [۴۲].

مداخله‌گر در هر جلسه تکلیف یا تکالیفی به آزمودنی‌ها داد و در آغاز جلسه بعد آن‌ها را بررسی، درباره اثربخشی آن‌ها بحث و به آنان بازخورد مناسب داده شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۲۱ و با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

## یافته‌ها

آزمودنی‌ها ۳۳ زن مبتلا به سوءهاضمه عملکردی بودند که در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن، تحصیلات و سابقه ناراحتی معده به تفکیک گروه‌ها و بررسی تفاوت آن‌ها ارائه شد. طبق نتایج جدول ۱، گروه‌ها از نظر دامنه سنی، تحصیلات و سابقه ناراحتی معده بر اساس آزمون خی‌دو تفاوت معناداری نداشتند ( $P > 0.05$ ). در جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی در مراحل ارزیابی ارائه شده است. بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون از نظر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری ندارند ( $P > 0.05$ ). فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-

طبق نتایج جدول ۳ روش‌های درمانی باعث تغییر معنادار هر سه متغیر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد که ۵۶/۵ درصد تغییرات کیفیت زندگی، ۵۲/۱ درصد تغییرات اضطراب و ۶۱/۲ درصد تغییرات افسردگی ناشی از تأثیر روش‌های درمانی است ( $P < 0.05$ ). در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی در گروه‌ها ارائه شد. طبق نتایج جدول ۴ هر دو روش گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شدند. همچنین روش گروه درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با روش گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد، اما بین روش‌ها در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی و مقایسه آن‌ها

سطوح	پذیرش و تعهد		شناختی رفتاری		کنترل	P-Value
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
دامنه سنی (سال)						
۲۱-۲۵	۲	۱۸/۱۸	۱	۹/۰۹	۳	۲۷/۲۷
۲۶-۳۰	۳	۲۷/۲۷	۳	۲۷/۲۷	۳	۲۷/۲۷
۳۱-۳۵	۴	۳۶/۳۶	۵	۴۵/۴۵	۳	۲۷/۲۷
۳۶-۴۰	۲	۱۸/۱۸	۲	۱۸/۱۸	۲	۱۸/۱۸
تحصیلات						
زیر دیپلم	۴	۳۶/۳۶	۵	۴۵/۴۵	۵	۴۵/۴۵
کاردانی	۳	۲۷/۲۷	۴	۳۶/۳۶	۳	۲۷/۲۷
کارشناسی	۳	۲۷/۲۷	۱	۹/۰۹	۲	۱۸/۱۸
ارشد	۱	۹/۰۹	۱	۹/۰۹	۱	۹/۰۹
سابقه ناراحتی معده						
داشته	۵	۴۵/۴۵	۶	۵۴/۵۵	۴	۳۶/۳۶
نداشته	۶	۵۴/۵۵	۵	۴۵/۴۵	۷	۶۳/۶۴

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی در مراحل ارزیابی

متغیرها/گروه‌ها	گروه درمانی پذیرش و تعهد		گروه درمانی شناختی-رفتاری		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کیفیت زندگی	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
	۲۸/۷۲±۵/۶۴	۲۲/۰۹±۴/۴۴	۲۹/۴۵±۵/۲۳	۲۲/۹۰±۳/۹۸	۲۸/۰۹±۵/۰۴	۲۸/۰۹±۵/۰۴
اضطراب	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
	۲۲/۸۱±۲/۲۲	۱۷/۴۵±۱/۲۶	۲۲/۶۳±۲/۷۴	۱۹/۰۹±۲/۳۷	۲۱/۷۲±۲/۹۶	۲۱/۵۴±۳/۰۱
افسردگی	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
	۲۳/۷۲±۲/۵۷	۲۰/۹۰±۲/۸۶	۲۴/۷۲±۲/۳۷	۱۸/۹۰±۱/۹۴	۲۳/۷۲±۲/۴۵	۲۳/۶۳±۲/۴۶

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value	اندازه اثر
کیفیت زندگی	گروه	۱۹۰/۸۲۷	۱	۱۹۰/۸۲۷	۲۴/۶۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۵
اضطراب	گروه	۴۶/۲۴۶	۱	۴۶/۲۴۶	۲۳/۹۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
افسردگی	گروه	۵۹/۲۲۳	۱	۵۹/۲۲۳	۲۹/۹۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی در گروه‌ها

گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-Value
<b>کیفیت زندگی</b>				
پذیرش و تعهد	شناختی-رفتاری	-۰/۲۳۵	۱/۱۵۹	۰/۸۴۱
پذیرش و تعهد	کنترل	-۶/۱۴۶	۱/۱۵۷	۰/۰۰۱
شناختی-رفتاری	کنترل	-۵/۹۱۱	۱/۱۵۹	۰/۰۰۱
<b>اضطراب</b>				
پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	-۱/۷۷۹	۰/۸۷۹	۰/۰۵۲
پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۹۴۶	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱
شناختی-رفتاری	کنترل	-۳/۱۶۷	۰/۸۹۰	۰/۰۰۱
<b>افسردگی</b>				
پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	۲/۷۲۷	۰/۹۳۷	۰/۰۰۶
پذیرش و تعهد	کنترل	-۲/۶۲۱	۰/۹۲۳	۰/۰۰۹
شناختی-رفتاری	کنترل	-۵/۳۴۸	۰/۹۳۷	۰/۰۰۱

## بحث

بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Hajsadeghi و همکاران [۲۲]، Feyzi و همکاران [۲۳] و Twohig & Levin [۲۴] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Feyzi و همکاران [۲۳] می‌توان گفت که آموزش تعهد و پذیرش که متضمن اصلاح فرایندهای شناختی در کنار آمدن و حل مشکلات، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات و پذیرش بدون قید و شرط مشکل است باعث می‌شود که بیماران مهارت‌های شناختی مورد نیاز را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که بیماران علاوه بر داشتن افکار ناکارآمد متعدد، در پذیرش مشکل به‌عنوان یک واقعیت مقاومت کرده و با گسترش اجتناب و ناهمچوسی از یک طرف و کاهش انعطاف‌پذیری و درگیر شدن در گذشته به جای زندگی در زمان حال فرد بر ناامیدی نسبت به آینده متمرکز می‌شود و اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. آموزش فنون مربوط به اصلاح فرایندهای شناختی در کنار افزایش سطح تحمل، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تعهد برای عمل، پذیرش، گسلش شناختی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مساله که در درمان پذیرش و تعهد گنجانده شده است، می‌تواند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی گردد.

همچنین یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Zargar و همکاران [۲۵]، Bonnert و همکاران [۲۶]، Bagherian و همکاران [۲۷] و Faridhoseini و همکاران [۲۸] همسو و با نتایج پژوهش Hertenstein و همکاران [۲۹] ناهمسو بود. نتایج پژوهش Hertenstein و همکاران حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی‌خوابی اولیه نشد [۲۱]. در تبیین ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Hertenstein و همکاران [۲۱] می‌توان گفت درمان‌های شناختی-رفتاری، جزء روش‌هایی هستند که

با توجه به مشکلات فراوانی که بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی و خانواده‌های آن‌ها با آن مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Nasiri و همکاران [۱۹]، Sarizadeh و همکاران [۲۰] و Hertenstein و همکاران [۲۱] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Zhang و همکاران [۴۳] می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاهی از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش و استفاده مناسب از آن‌ها موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند. همچنین شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که در طی درمان پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. روش درمان پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا افکار و احساسات آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. بنابراین در این روش درمانی بیماران با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. در نتیجه این شیوه درمانی می‌تواند از طریق فرایندهای توضیح داده شده باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شوند. دیگر یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی

اجتماعی برگردند و فعالیت‌های خود را ادامه دهند. علاوه بر آن هر دو روش دارای پشتوانه نظری مستحکمی هستند و روش درمان پذیرش و تعهد از گسترش درمان شناختی-رفتاری بوجود آمده و هدف آن انعطاف‌پذیری روانشناختی است. پس زمانی که از روش‌های مذکور برای افزایش ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت (مثل کیفیت زندگی) و یا کاهش ویژگی‌های روان‌شناختی منفی سطحی (مثل اضطراب) استفاده شود، بین روش‌های مذکور تفاوت معناداری وجود نخواهد داشت.

علاوه بر آن دیگر یافته‌ها نشان داد که روش گروه درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با روش گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش معنادار افسردگی بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی شد. این یافته ناهمسو با نتایج پژوهش Forman و همکاران [۳۰] و Haghghat & Mohammadi [۳۱] مبنی بر عدم تفاوت بین روش‌های پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بود. در تبیین ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های Forman و همکاران [۳۰] و Haghghat & Mohammadi [۳۱] می‌توان گفت که شاید دلیل تفاوت، متفاوت بودن جامعه و نمونه پژوهش باشد. پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی انجام شده، اما پژوهش آنان به ترتیب بر روی افراد غیربیمار و بیماران مبتلا به سوء‌مصرف مواد انجام شده است. با توجه به اینکه نمونه این پژوهش برخلاف پژوهش‌های ذکر شده، مبتلا به یک اختلال روان-تنی یعنی سوء‌هاضمه عملکردی [۵] هستند، لذا منطقی به نظر می‌رسد که شیوه‌های متفاوت مداخله تأثیر متفاوتی بر روی کاهش افسردگی داشته باشند. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی می‌توان گفت هنگامی که به دنبال کاهش ویژگی‌های روان‌شناختی منفی نسبتاً عمیق (مثل افسردگی) باید مستقیماً به بررسی اختلال افسردگی و تحریف‌های شناختی مرتبط با آن پرداخت و از راهکارهایی برای کاهش آن‌ها استفاده کرد. از آنجایی که بخشی از روش پذیرش و تعهد، مربوط به پذیرش مشکلات است و مدت مداخله با این روش فقط هشت جلسه بوده است. در مقابل با اینکه روش شناختی-رفتاری هم فقط هشت جلسه اجرا شده، اما در این روش از همان جلسه اول به دنبال شناسایی و آگاهی از فرایندهای شناختی و استفاده از راهبردهای شناختی - رفتاری برای حل مشکلات است. بنابراین روش شناختی-رفتاری در مقایسه با روش پذیرش و تعهد سریع‌تر به دنبال شناسایی و حل مشکلات از جمله افسردگی می‌رود که مشکلی عمقی و ریشه‌ای است و به همین خاطر این روش بیشتر از روش پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی شده است. شاید اگر مدت درمان از هشت جلسه افزایش یابد، تفاوت معناداری بین روش‌های مذکور وجود نداشته باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی بود. همچنین روش شناختی-رفتاری در

برای اثربخش واقع‌شدن نیاز به زمان دارند و از آنجایی که در این پژوهش مداخله ۸ جلسه و در پژوهش آنان مداخله ۶ جلسه بود، لذا منطقی است که در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه آنان درمان شناختی-رفتاری بتواند نقش موثری در افزایش کیفیت زندگی داشته باشد. علاوه بر آن در تبیین اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بر مبنای نظر Faridhoseini و همکاران [۲۸] می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با آموزش سبک‌ها و مهارت‌های ارتباطی، آموزش آرمیدگی، آگاهی از افکار و احساسات، تعدیل باورهای غیرمنطقی و جایگزین افکار مثبت و منطقی به جای تحریف‌ها باعث بهبود روابط اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس بیماران شده و این بیماران بدون ترس از برچسب خوردن بیماری با دیگران ارتباط مناسب و سازنده برقرار می‌کنند، حمایت اجتماعی لازم را بدست می‌آورند و کیفیت زندگی خود را ارتقاء می‌بخشند.

همچنین دیگر یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Bagherian و همکاران [۲۷]، Faridhoseini و همکاران [۲۸] و Egan و همکاران [۲۹] همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای نظر Handley همکاران [۴۴] می‌توان گفت که آموزش درمان شناختی-رفتاری باعث تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آن‌ها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، یادگیری مهارت حل مساله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای مناسب می‌شود. همچنین گروه درمانی باعث می‌شود تا افراد علاوه بر یادگیری از هم به کاهش علائم و ارتقای سلامت یکدیگر کمک کنند. در نتیجه این عوامل باعث نقش مؤثر گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی می‌گردند.

علاوه بر آن یافته‌ها نشان داد که بین روش‌های گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته همسو با نتایج پژوهش Forman و همکاران مبنی بر عدم تفاوت بین روش‌های پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب [۳۰] و ناهمسو با نتایج پژوهش Hertenstein و همکاران مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با شناختی-رفتاری در افزایش کیفیت زندگی بود [۲۱]. در تبیین ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Hertenstein و همکاران [۲۱] می‌توان گفت شاید علت تفاوت‌های متغیرهای مداخله‌گری مانند زمان باشد. چون پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی انجام شده، اما پژوهش آنان بر روی بیماران دچار بی‌خوابی انجام شده که پس از درمان شناختی-رفتاری و ناموفق بودن این روش از روش پذیرش و تعهد استفاده کردند. از آنجایی که مهارت‌های شناختی برای یادگیری نیاز به تمرین‌های زیادی دارند، شاید برخی از تاثیرهای پژوهش ناشی از درمان شناختی-رفتاری باشد که مدت‌ها قبل انجام شده است. در تبیین عدم تفاوت بین روش‌های گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری می‌توان گفت که هر دو روش به شیوه گروهی اجرا شدند و این شیوه اجرا باعث می‌شود که افراد خود را خیلی متفاوت از دیگران نپندارند، به جامعه و زندگی



## سیاسگزاری

در این مقاله تضاد منافع وجود ندارد و برگرفته از رساله دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه مذکور با کد IR.IAUKish.REC.1396.146 تأیید شد. نویسندگان بدین وسیله تشکر و قدردانی خود را از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش و کلینیک‌های گوارش شهر اراک و شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌نمایند.

## References

- Sahan HE, Yildirim EA, Soyulu A, Tabakci AS, Cakmak S, Erkok SN. Comparison of functional dyspepsia with organic dyspepsia in terms of attachment patterns. *Compr Psychiatry*. 2018;83:12-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.02.007 pmid: 29501961
- Park JH, Kim S, Park JW, Ko SJ, Lee S. Feasibility study of structured diagnosis methods for functional dyspepsia in Korean medicine clinics. *Integr Med Res*. 2017;6(4):443-51. doi: 10.1016/j.imr.2017.10.001 pmid: 29296572
- Tack J, Camilleri M. New developments in the treatment of gastroparesis and functional dyspepsia. *Curr Opin Pharmacol*. 2018;43:111-7. doi: 10.1016/j.coph.2018.08.015 pmid: 30245474
- Tack J, Ly HG, Carbone F, Vanheel H, Vanuytsel T, Holvoet L, et al. Efficacy of Mirtazapine in Patients With Functional Dyspepsia and Weight Loss. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(3):385-92 e4. doi: 10.1016/j.cgh.2015.09.043 pmid: 26538208
- Azimi M, Zolala F, Baneshi MR, Zahedi MJ. Validation of short-form Nepean Dyspepsia Index in Iranian patients with functional dyspepsia. *Govaresh*. 2017;22(2):89-94.
- Kim JB, Shin JW, Kang JY, Son CG, Kang W, Lee HW, et al. 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. *J Ethnopharmacol*. 2014;151(1):279-86. doi: 10.1016/j.jep.2013.10.033 pmid: 24239600
- Carney T, Yager J, Maguire S, Touyz SW. Involuntary Treatment and Quality of Life. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):299-307. doi: 10.1016/j.psc.2019.01.011 pmid: 31046931
- Tyson MD, 2nd, Barocas DA. Quality of Life After Radical Cystectomy. *Urol Clin North Am*. 2018;45(2):249-56. doi: 10.1016/j.ucl.2017.12.008 pmid: 29650140
- Kugbey N, Meyer-Weitz A, Oppong Asante K. Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Educ Couns*. 2019;102(7):1357-63. doi: 10.1016/j.pec.2019.02.014 pmid: 30772116
- Wang T, Li M, Xu S, Liu B, Wu T, Lu F, et al. Relations between trait anxiety and depression: A mediated moderation model. *J Affect Disord*. 2019;244:217-22. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.074 pmid: 30359817
- Conway A, Sheridan J, Maddicks-Law J, Fulbrook P, Ski CF, Thompson DR, et al. Accuracy of anxiety and depression screening tools in heart transplant recipients. *Appl Nurs Res*. 2016;32:177-81. doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.015 pmid: 27969024
- Hu Y, Ma Z, Zhang H, Gao T, Gao J, Kong Y, et al. Prevalence of and factors related to anxiety and depression symptoms among married patients with gynecological malignancies in China. *Asian J Psychiatr*. 2018;37:90-5. doi: 10.1016/j.ajp.2018.08.015 pmid: 30170199
- Grahek I, Shenhav A, Musslick S, Krebs RM, Koster EHW. Motivation and cognitive control in depression. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;102:371-81. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.04.011 pmid: 31047891
- Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(2):296-311. doi: 10.1080/15374416.2015.1110822 pmid: 26998803
- Haynes PL, Kelly M, Warner L, Quan SF, Krakow B, Bootzin RR. Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy for Veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: Results from an open trial. *J Affect Disord*. 2016;192:234-43. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.012 pmid: 26748739
- Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):169-79. doi: 10.1016/j.psc.2019.01.001 pmid: 31046920
- Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behav Res Ther*. 2018;104:14-33. doi: 10.1016/j.brat.2018.02.004 pmid: 29477890
- Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(4):935-45 e1. doi: 10.1053/j.gastro.2018.11.030 pmid: 30452919
- Nasiri S, Ghorbani M, Adib P. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder]. *J Clin Psychol*. 2015;7(4):93-105.
- Sarizadeh M, Rafienia P, Sabahi P, Tamaddon M. [The Effectiveness Of Acceptance And Commitment Therapy On Hemodialysis Patients' quality Of Life: A Randomized

- Educational Trial Study]. *J Rafsanjan Univ Med Sci Health Serv.* 2018;17(3):241-52.
21. Hertenstein E, Thiel N, Luking M, Kulz AK, Schramm E, Baglioni C, et al. Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychother Psychosom.* 2014;83(6):371-3. doi: [10.1159/000365173](https://doi.org/10.1159/000365173) pmid: [25323449](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25323449/)
  22. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and anxiety among women with breast cancer]. *Pajouhan Sci J.* 2017;15(4):42-9.
  23. Feyzi Z, Moradi A, Khaje DM, Khadem N. The Efficacy Of Acceptance And Commitment Therapy (Act) On Anxiety And Depression In Infertile Women Who Undergoing In Virto Fertilization (Ivf). *Clin Psychol Stud.* 2017;7(7):1-21.
  24. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(4):751-70. doi: [10.1016/j.psc.2017.08.009](https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009) pmid: [29080598](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080598/)
  25. Zargar Y, Dehghanizadeh Z, Mehrabizadeh Honarmand M, Kadkhodaei A. The effectiveness of stress management cognitive behavior on functional dyspepsia symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Govaresh.* 2012;17(3):148-55.
  26. Bonnert M, Olen O, Lalouni M, Hedman-Lagerlof E, Sarnholm J, Serlachius E, et al. Internet-Delivered Exposure-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Functional Abdominal Pain or Functional Dyspepsia: A Feasibility Study. *Behav Ther.* 2019;50(1):177-88. doi: [10.1016/j.beth.2018.05.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.002) pmid: [30661558](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30661558/)
  27. Bagherian R, Pourkazem T, Noori A, Adibi P. [Effectiveness of control stress training on symptoms of functional dyspepsia resistant to medical treatment]. *Govaresh.* 2009;14(1):15-22.
  28. Faridhosseini F. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression and quality of life in patients with psoriasis. *Me J Mashhad Univ Med Sci.* 2016;59(5):337-44.
  29. Egan SJ, Laidlaw K, Starkstein S. Cognitive Behaviour Therapy for Depression and Anxiety in Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis.* 2015;5(3):443-51. doi: [10.3233/JPD-150542](https://doi.org/10.3233/JPD-150542) pmid: [26406124](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26406124/)
  30. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif.* 2007;31(6):772-99. doi: [10.1177/0145445507302202](https://doi.org/10.1177/0145445507302202) pmid: [17932235](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17932235/)
  31. Haghghat S, Mohammadi A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Mood Symptoms in Patients With Substance Abuse. *Int Clin Neurosci J.* 2018;5(4):158-63. doi: [10.15171/icnj.2018.28](https://doi.org/10.15171/icnj.2018.28)
  32. Talley NJ, Verlinden M, Jones M. Quality of life in functional dyspepsia: responsiveness of the Nepean Dyspepsia Index and development of a new 10-item short form. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15(2):207-16. doi: [10.1046/j.1365-2036.2001.00900.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2001.00900.x) pmid: [11148439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11148439/)
  33. Mahadeva S, Wee HL, Goh KL, Thumboo J. Quality of life in South East Asian patients who consult for dyspepsia: validation of the short form Nepean Dyspepsia Index. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:45. doi: [10.1186/1477-7525-7-45](https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-45) pmid: [19463190](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19463190/)
  34. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7. doi: [10.1037//0022-006x.56.6.893](https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893) pmid: [3204199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/)
  35. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the beck anxiety inventory. *J Anxiety Disord.* 1992;6(1):55-61. doi: [10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)
  36. Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, BakhtiarPour S. The Effect of "Cognitive Behavior Therapy" in Method Group on Anxiety and Psychological Resilience of Menopausal Women. *J Health Promot Manage.* 2016;6(1):15-22. doi: [10.21859/jhpm-06013](https://doi.org/10.21859/jhpm-06013)
  37. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008;66(2):136-40.
  38. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988;8(1):77-100. doi: [10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
  39. Khan AA, Marwat SK, Noor MM, Fatima S. Reliability and validity of Beck Depression Inventory among general population in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2015;27(3):573-5.
  40. Afkand S, Soltani R. [The impact of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on hemodialysis patient's depression]. *J Health Promot Manage.* 2012;1(3):7-16.
  41. Rajabi G, Karjo KS. [Psychometric properties of a Persian-language version of the beck depression inventory-second edition]. *Educ Measure.* 2013;3(10):139-58.
  42. Pournaghash Tehrani S, Shahcheraghi F. Comparison of the Personality Dimensions of Patients with Major Depressive Disorder using Serotonin Reuptake Inhibitors Antidepressant Drugs, with Serotonin Reuptake Inhibitors and Triangular Drugs Combination. *J Health Promot Manage.* 2018;7(1):9-16. doi: [10.21859/jhpm-08012](https://doi.org/10.21859/jhpm-08012)
  43. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Front Psychol.* 2017;8:2350. doi: [10.3389/fpsyg.2017.02350](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350) pmid: [29375451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29375451/)
  44. Handley AK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behav Res Ther.* 2015;68:37-47. doi: [10.1016/j.brat.2015.02.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.006) pmid: [25795927](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25795927/)