

Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Regulation and Symptoms in Patients with Functional Dyspepsia

Firoozeh Moghaddam S¹, *Amin Yazdi SA², Beheshti Namdar A³, Bigdeli I⁴

Author Address

1. PhD in Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
 2. Professor, Department of Counseling and Educational Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
 3. Assistant Professor, Department of Gastroenterology and Hepatology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;
 4. Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
- *Corresponding author's email: yazdi@um.ac.ir

Received: 2019 May 29; Accepted: 2020 January 20

Abstract

Background & Objectives: Functional Dyspepsia (FD) is the most frequent disorder of the upper gastrointestinal tract. Functional dyspepsia is a biosocial problem. Although the disease does not lead to death, due to frequent clinical manifestations, the necessity to visit a physician, receiving medical care, and absence from work, significantly affect the quality of life in patients. Despite the extant empirical evidence to support the impact of psychological factors on FD, data on available psychological interventions are scarce. Thus, this study aimed to compare the effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Emotion Regulation (ER) and symptoms in patients with FD.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up design. This study was conducted in 2017 in Mashhad City, Iran. The statistical population consisted of all patients referring to the Gastroenterology Clinic of the Ghaem Hospital who received a definitive diagnosis of FD by gastroenterologists after the laboratory tests and endoscopic examination. The study sample consisted of 30 patients who were selected by convenience sampling method according to the inclusion criteria; they were randomly divided into two equal experimental groups. The inclusion criteria of the study were the age range of 18–55 years, a definitive diagnosis of FD by a gastroenterologist, laboratory tests and endoscopic examination, no diseases, such as cancer and gastric ulcers, treating *Helicobacter pylori* infection, and *Helicobacter pylori* eradication therapy, literacy to complete the questionnaire, consent to participate in the research, and no other serious biopsychological illnesses. The exclusion criteria included generating other serious biopsychological conditions, and no consent to participate in the research. The research patients were randomly placed into the experimental groups of MBCT and CBT. MBCT and CBT were administered in eight 120-min weekly sessions. CBT and MBCT were performed as per Beck's package (2001) and Segal et al.'s package (2013), respectively. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Gamefski et al., 2001) and the Nepean Dyspepsia Index (Talley et al., 1999) were employed to evaluate FD symptoms in pretest, posttest, and follow-up steps. The follow-up stage was performed 2 months after the posttest stage. The obtained data were analyzed using repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test in SPSS at a significance level of 0.05.

Results: The obtained results suggested that the intragroup factor (time) was significant for FD and ER ($p < 0.001$). Additionally, the intergroup factor and the time*group interaction were significant for FD and ER (positive & negative ER strategies) ($p < 0.001$). In the MBCT group, the mean scores of FD significantly decreased from 56.66 in the pretest to 46.53 and 48.06 in the posttest and follow-up, respectively. However, in the CBT group, a smaller decrease was observed. In the MBCT group, the mean scores of positive ER strategies significantly increased from 46.13 in the pretest to 74.40 and 67.40 in the posttest and follow-up, respectively. However, in the CBT group, this increase was less. In the MBCT group, the scores of negative ER strategies significantly decreased from 50.06 in the pretest to 37.86 and 41.46 in the posttest and follow-up, respectively. However, in the CBT group, a smaller decrease was observed. There was a significant difference in the mean values of FD and ER between the pretest, posttest, and follow-up stages ($p < 0.001$). Additionally, a significant difference was observed between the posttest and follow-up stages in the mentioned variables, indicating that the effects of the intervention were not permanent in the follow-up stage ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the present study data, MBCT was more effective than CBT in decreasing FD symptoms and improving ER in patients with FD.

Keywords: Functional dyspepsia, Emotion regulation, Mindfulness-Based cognitive therapy, Cognitive-Behavior therapy.

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی

سارا فیروزه‌مقدم^۱، *سیدامیر امین یزدی^۲، علی بهشتی نامدار^۳، ایمان‌الله بیگدلی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛
 ۲. دکتری، اسناد گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛
 ۳. دکتری تخصصی گوارش و کبد، استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛
 ۴. دکتری، اسناد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
- *ارایانه نویسنده مسئول: yazdi@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸ خرداد ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ دی ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: سوء‌هاضمه عملکردی از اختلالات روان‌تنی گوارشی شایع است که بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم این بیماران صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش بود. این پژوهش در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۶ در مشهد انجام شد. افراد نمونه در مطالعه سی بیمار ۱۸ تا ۵۵ ساله‌ای بودند که به درمانگاه گوارش بیمارستان قائم شهر مشهد مراجعه کرده بودند و پس از معاینه و آندوسکوپی تشخیص بیماری برای آن‌ها داده شد. سپس به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش قرار گرفتند. هر دو روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری در هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه اجرا شد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسی و همکاران، ۲۰۰۲) و شاخص نپن برای ارزیابی علائم سوء‌هاضمه عملکردی (تالی و همکاران، ۱۹۹۹) در سه مرحله مذکور به کار رفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: عامل درون‌گروهی (زمان)، عامل بین‌گروهی و اثر متقابل زمان *گروه برای متغیرهای سوء‌هاضمه عملکردی و تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای مثبت و منفی) معنادار بود ($p < 0/001$). در گروه ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان شناختی- رفتاری، میانگین نمرات سوء‌هاضمه عملکردی با راهبردهای منفی تنظیم هیجان و همچنین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، در طی زمان به ترتیب کاهش و افزایش چشمگیری داشت؛ همچنین در میانگین متغیرهای مذکور بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). تفاوت معناداری نیز بین پس‌آزمون با پیگیری در متغیرهای مذکور مشاهده شد که حاکی از ماندگار نبودن اثرات مداخله در مرحله پیگیری بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر مبنای نتایج مطالعه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم بیماری و بهبود تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی، اثربخش‌تر از درمان شناختی- رفتاری است.

کلیدواژه‌ها: سوء‌هاضمه عملکردی، تنظیم شناختی هیجان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی- رفتاری.

اختلالات گوارشی عملکردی^۱ دسته‌ای از بیماری‌های روان‌تنی است. سوءهاضمه عملکردی^۲ یکی از این اختلالات است که به وسیله علائم حاد و مزمن و عودکننده گوارشی در غیاب هر نوع مشکل ارگانیکی یا متابولیکی توجیه‌کننده علائم مشخص می‌شود. براساس معیارهای ROM IV^۳ این اختلال شامل یک یا بیشتر از علائمی مثل درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از غذا خوردن، احساس پر بودن معده، سوزش سردل، نفخ معده و تهوع است. علائم اختلال مذکور مزمن‌اند و در طول یک دوره شش‌ماهه در غیاب هر توضیح ارگانیکی حضور دارند (۱). شیوع جهانی اختلال سوءهاضمه عملکردی با توجه به تعریف بیان شده ۱۱ تا ۱۵ درصد (۲) و در جوامع غربی ۱۷ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (۳)؛ اما میزان شیوع آن در ایران مشخص نیست.

سوءهاضمه عملکردی، مشکلی سلامتی و اجتماعی است. هرچند این بیماری به مرگ‌ومیر منجر نمی‌شود، به دلیل تظاهرات بالینی مکرر، نیاز به مراجعه به پزشک، دریافت خدمات درمانی و غیبت از کار به‌طور چشمگیری کیفیت زندگی بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر هزینه‌های زیادی را بر سیستم مراقبت و درمان وارد می‌کند (۳)؛ همچنین در اثر ترکیبی از چندین عامل فیزیولوژیک شامل افزایش فعالیت حرکتی، افزایش حساسیت احشایی، تغییر در ایمنی مخاط و عملکرد التهابی و تغییر در تنظیم سیستم عصبی مرکزی-گوارشی که تحت‌تأثیر عوامل و فاکتورهای روان‌شناختی قرار می‌گیرد، به وجود می‌آید (۴). به بیان دیگر این بیماری از جمله اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شود و در نظریات جدید، بر تعامل بین عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در پاتولوژی آن تأکید شده است (۵).

از میان عوامل روان‌شناختی فردی دخیل در این اختلال، شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی از فاکتورهای مهم و مؤثر در بروز یا تداوم علائم است. شخصیت می‌تواند از طریق تأثیر بر کارکردهای فیزیولوژیک بدن یا رفتارهای بیرونی بر سلامت یا بیماری تأثیرگذار باشد (۶). در پژوهش‌های متعددی وجود ویژگی‌های نوروگرایبی زیاد در این بیماران تأیید شده است (۷-۹). در واقع ویژگی‌های شخصیتی و حالات هیجانی علاوه بر تأثیرات نامطلوب بر دستگاه گوارش، بر شدت نشانه‌ها، بروز بیماری و اثربخشی درمان تأثیر می‌گذارند (۷). افراد روان‌رنجور هر روز دستخوش استرس بیشتر، هیجان‌پذیری منفی بیشتر و حالت‌های خلقی اضطراب، ترس و تحریک‌پذیری می‌شوند (۱۰). افراد با نوروگرایبی زیاد تعارضات بین‌فردی بیشتر و واکنش‌های منفی قوی‌تری به وقایع استرس‌زا در مقایسه با افراد با نوروگرایبی کم دارند و به‌طور کلی این افراد به تعداد بیشتر، با شدت قوی‌تر و بیشتری هیجانات منفی را تجربه می‌کنند (۱۱).

گراتز و رومر تنظیم هیجانات را به‌عنوان آگاهی، درک هیجانات و پذیرش آن‌ها، توانایی کنترل رفتار تکانشی و رفتار مطابق با اهداف مدنظر در هنگام تجربه احساسات منفی، توانایی استفاده از راهبردهای

هیجانی مناسب و انعطاف‌پذیر در موقعیت‌های مختلف به‌منظور تعدیل واکنش‌های هیجانی مناسب برای رسیدن به اهداف فردی می‌دانند (۱۲)؛ به‌نظر می‌رسد بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی در این زمینه دچار مشکل هستند. از راهبردهای رایج‌تر هیجان، نظم‌جویی شناختی هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان خود را تنظیم کنند و مغلوب شدت هیجان خود نشوند. راهبردهای شناختی هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز تجربه‌ای منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود. نظم‌جویی شناختی هیجان در برابر محرک‌های منفی و تجارب هیجانی ناخوشایند، یکی از فرایندهای مقابله‌ای است (۱۳).

براساس نتایج پژوهش گراس و جان، نظم‌جویی هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامتی جسمانی می‌شود و در مقابل مشکل تنظیم هیجان، مشکلات جسمانی را در پی دارد (۱۴). نتایج مطالعه ون اودنهو و همکاران نشان داد که هیجان‌های منفی بر کنش حسی حرکتی معده-رودهای تأثیر می‌گذارند. هیجان‌های منفی چون اضطراب منجر به افزایش التهاب سیستم معده‌ای می‌شوند و بر عملکرد محور مغزی-معده‌ای تأثیر مخرب دارند؛ به‌طوری‌که تولید آزمایشگاهی اضطراب در افراد داوطلب که افزایش حساسیت سیستم معده‌ای دارند، ناراحتی معده ایجاد می‌کند (۱۵). اضطراب خود به‌تنهایی وضعیت عملکرد حسی-حرکتی معده را تغییر می‌دهد و سبب حفظ غیرطبیعی مواد غذایی در معده می‌شود و هضم را به تأخیر می‌اندازد (۱۶). علاوه بر این اضطراب در بیماران حساس، همبستگی منفی با آستانه درد و تحمل معده دارد (۱۵).

مروری اجمالی بر تحقیقات انجام‌شده در حوزه درمان‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد، تعدادی از پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی روان‌درمانی‌های مختلف در مبتلایان به این بیماری پرداخته‌اند. برخی مطالعات از اثربخشی مداخلاتی نظیر هیپنوتراپی (۱۷)، درمان مدیریت استرس (۱۸)، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت (۱۹) و درمان شناختی (۲۰) خبر می‌دهند. همان‌طور که ذکر شد، نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی روان‌درمانی در بیماران سوءهاضمه عملکردی است؛ اما در مطالعه‌ای سو و همکاران نتیجه گرفتند که شواهد کافی برای حمایت از درمان‌های روان‌شناختی وجود ندارد (۲۱). از سوی دیگر هاگ و همکاران در پژوهشی اثربخشی شناخت‌درمانی و ترکیبی از درمان‌های طبی و مداخلات شناختی-رفتاری با آرام‌سازی عضلانی را بر سوءهاضمه عملکردی بررسی کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که این مداخله صرفاً موجب کنترل اضطراب و افسردگی در این بیماران می‌شود (۲۲).

بنابر مطالب مذکور و نقش عوامل روان‌شناختی در این اختلال، توجه به سایر مداخلات روان‌شناختی نوظهور پرفایده به‌نظر می‌رسد. یکی از این درمان‌ها شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ (MBCT) است که از درمان‌های موج سوم شناختی است. از لحاظ تئوری، ذهن‌آگاهی به بهزیستی روان‌شناختی مربوط است؛ یعنی آگاهی و پذیرش غیرقضاوتی لحظه‌به‌لحظه فرد. ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان پادزهری بر اشکال رایج

3. New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders

4. Mindfulness Based Cognitive Therapy

1. Functional gastrointestinal disorders (FGID)

2. Functional dyspepsia

پیشانی روان‌شناختی چون اجتناب، سرکوبی یا بیش‌اشتغالی فکری و احساسی فرد عمل کند (۲۳). ذهن‌آگاهی افراد را از تفکر، عادات و الگوهای رفتاری ناخوشایند رها می‌کند؛ بنابراین می‌تواند نقش کلیدی در پرورش آگاهانه و تنظیم رفتاری داشته باشد که مدت‌ها با افزایش سلامتی و رفاه همراه است (۲۴). ذهن‌آگاهی بر تغییر آگاهی و ارتباط با افکار به‌جای تغییر محتوای فکر تأکید می‌کند. در واقع به افراد راهی متفاوت برای بودن با هیجانات، درد و ناراحتی ارائه می‌دهد. برخلاف آنکه در رویکرد درمان شناختی-رفتاری^۱ (CBT) به‌طور درخور توجهی بر ارزیابی، چالش محتوای افکار و ایجاد افکار جایگزین تأکید می‌شود، در MBCT هدف تغییر آگاهی شخصی از افکار، هیجانات و تغییر در ارتباط فرد با آن‌ها است (۲۳).

بیشاب و همکاران ذهن‌آگاهی را شامل دو مؤلفه خودنظم‌جویی توجه و اتخاذ جهت‌گیری خاص درقبال تجربه می‌دانند. خودنظم‌جویی توجه به مشاهده، آگاه‌بودن از افکار، احساسات و حس‌های بدنی به‌صورت لحظه‌به‌لحظه اطلاق می‌شود. جهت‌گیری خاص درقبال تجارب دربرگیرنده نوعی نگرش همراه با کنجکاوی، بازبودن و پذیرش است. منظور از پذیرش، توانایی تجربه وقایع به‌طور کامل بدون اشتغال ذهنی مفرط به آن یا سرکوب تجربه است (۲۵).

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد، MBCT در درمان بسیاری از شکایت‌های جسمانی نظیر دردهای مزمن (۲۶)، ارتقای سلامت در افراد مبتلا به سرطان (۲۷)، نشانگان سندرم روده تحریک‌پذیر (۲۸) و آرتروز روماتوئید (۲۹) اثربخش است. در واقع ذهن‌آگاهی کمک می‌کند تا مردم درک کنند که هیجانات منفی ممکن است رخ دهند؛ اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند؛ همچنین به افراد آموزش می‌دهد به وقایع به‌جای پاسخ‌دادن به‌صورت غیرارادی و بدون آگاهی از طریق تفکر و انعکاس پاسخ دهند (۳۰).

باتوجه به تعداد اندک و محدودیت‌های مطالعات انجام‌شده و فقدان شواهد کافی، هنوز تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی ناشناخته است؛ بنابراین باوجود نتایج متناقض اخیر در کاربرد CBT بر این بیماران، لزوم توجه به رویکردهای جدیدتر روان‌شناختی در درمان نظیر MBCT که اثربخشی آن در بسیاری از اختلالات جسمانی تأیید شده است و مقایسه آن با درمان CBT که فقط تعداد محدودی پژوهش اثربخشی آن را بر این بیماری آزموده‌اند و نیز برخی محدودیت‌های متدولوژی در پژوهش‌ها از جمله پژوهش هاگ (۲۰) که صرفاً مطالعه تک‌موردی بوده است، احساس می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی صورت گرفت.

۲ روش بررسی

طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش بود. این پژوهش در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۶ در

مشهد انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی بیمارانی تشکیل دادند که به کلینیک تخصصی گوارش بیمارستان قائم مشهد مراجعه کردند و پس از معاینه و آندوسکوپی توسط پزشک فوق‌تخصص گوارش، تشخیص قطعی سوءهاضمه عملکردی برای آن‌ها داده شد. نمونه پژوهش شامل سی نفر از این بیماران بود که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، انتخاب شدند و به‌طور مساوی به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش جای گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: سن ۱۸ تا ۵۵ سال؛ تشخیص قطعی بیماری سوءهاضمه عملکردی توسط پزشک پس از معاینه و آندوسکوپی؛ فقدان بیماری ارگانیک مثل زخم یا سرطان؛ درمان در صورت وجود عفونت هلیکوباکتریپلوری؛ سواد و آگاهی کافی برای شرکت در مطالعه؛ اعلام موافقت آگاهانه به‌منظور شرکت در مطالعه؛ نداشتن بیماری جسمانی جدی دیگر و نبود اختلال عمده روان‌پزشکی در بیمار (براساس خوداظهاری بیمار). معیارهای خروج بیماران از پژوهش شامل داشتن سایر بیماری‌های جدی جسمی، اختلال عمده روان‌پزشکی و تمایل نداشتن به شرکت در تحقیق بود. رضایت آگاهانه به‌صورت فرم‌های کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده برای مقاصد پژوهشی است و اطلاعات شخصی محرمانه باقی می‌ماند. پس از نمونه‌گیری، ابتدا در پیش‌آزمون و بعد از مداخله در پس‌آزمون و پیگیری (شصت روز بعد از اجرای پس‌آزمون)، هر دو گروه آزمایش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۲ (۳۱) و شاخص نپین برای ارزیابی علائم سوءهاضمه عملکردی^۳ (۳۲) را پاسخ دادند. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۲ تهیه شد (۳۱). پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال و ۹ زیرمقیاس متفاوت است که به دو بخش کلی راهبردهای منفی و مثبت تقسیم بندی می‌شود. راهبردهای منفی شامل خود را مقصردانستن، مقصردانستن دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن می‌شود. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت و تحت نظر قراردادن می‌شود. دامنه نمرات مقیاس از (۱) تقریباً هرگز تا (۵) تقریباً همیشه است و هر خرده‌مقیاس چهار ماده دارد. نمرات بیشتر در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا است (۳۱). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ به‌دست آمد و روایی آن مطلوب گزارش شد (۳۱). اعتبار پرسشنامه در ایران توسط حسنی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش‌های همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌ها با دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ عنوان شد. روایی پرسشنامه نیز از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب به‌دست آمد (۱۳). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۱ بود.

3. Nepean Dyspepsia Index

1. Cognitive-Behavior Therapy

2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

پایایی مقیاس از طریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۹ برای بخش علائم به دست آمد.

درمان شناختی-رفتاری: اختلال سوءهاضمه عملکردی یکی از اختلالات عملکردی سیستم گوارشی است. در این پژوهش از آموزش الگوی شناختی-رفتاری برای مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر استفاده شد. الگوی مذکور براساس الگوگیری کلی از مدل بک (۳۴) است. با توجه به شرایط و ماهیت بیماری، توسط محققان دیگر تغییراتی در مدل بک داده شده است و شیوه‌ها و روش‌های رفتاری و همچنین برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام شده است (۳۵). همچنین روایی محتوایی این پروتکل توسط سازندگان آن تأیید شده است و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۳۵). روایی محتوایی این بسته آموزشی در مطالعه حاضر توسط سه تن از اساتید دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد که بیش از ده سال سابقه کار در زمینه روان‌شناسی بالینی داشتند، تأیید شد و سپس به کار گرفته شد. با توجه به الگوی شناختی-رفتاری در درمان بیماری‌های روان‌تنی، جلسات درمان طی هشت جلسه، یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه بود. خلاصه‌ای از جلسات این درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

شاخص نپین برای ارزیابی علائم سوءهاضمه عملکردی: این شاخص توسط تالی و همکاران در سال ۱۹۹۹ طراحی شد (۳۲). این شاخص شامل ۳۴ سؤال در دو بخش برای ارزیابی علائم بیماری و کیفیت زندگی در بیماری سوءهاضمه عملکردی می‌شود. در این پژوهش فقط از بخش ارزیابی علائم بیماری در بیماران سوءهاضمه عملکردی استفاده شد. این بخش علائم را ارزیابی می‌کند و عبارت است از: درد در قسمت فوقانی شکم؛ ناراحتی معده؛ تهوع؛ استفراغ؛ سوزش سردل؛ نفخ؛ احساس سیری زودرس؛ احساس سنگینی بعد از خوردن غذا؛ بادگلولی بیش از حد. نمره برای نُه علامت بیماری از محاسبه «فراوانی، شدت و پرحمّت/پرددسربودن» به دست می‌آید. نمره‌گذاری هر کدام از این سه عبارت، براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت صورت می‌گیرد و در مقیاسی صفر تا ۵ درجه‌ای از میزان هیچ تا خیلی شدید مشخص می‌شود (۳۲). در پژوهشی تالی و همکاران پایایی این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۶ و روایی آن را با استفاده از ضریب همبستگی در نمره علائم ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۳). در پژوهش زرگر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای بخش علائم به دست آمد. روایی بخش علائم نیز با مقیاس ارزیابی کلی علائم (GOS)^۱ همبسته شد که ضریب همبستگی آن برابر ۰/۵۸ بود (۱۸). در این پژوهش

جدول ۱. خلاصه جلسات شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
اول	معارفه و آشنایی با یکدیگر، ماهیت بیماری و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید علائم، تعیین اهداف و انتظارات بیماران از درمان و معرفی کلی شناخت درمانی
دوم	آموزش آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده، قراردادن یک سی‌دی آموزش تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی در اختیار اعضا
سوم	آموزش الگوی شناختی به بیمار، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، گفت‌وگو درباره رابطه بین افکار منفی و درد، شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند معده‌ای، بررسی مشکلات احتمالی
چهارم و پنجم	گفت‌وگو درباره خطاهای شناختی، گفت‌وگو درباره مدل A-B-C و ارتباط بین موقعیت استرس‌زا، باورها (افکار خودآیند) و پیامدها
ششم و هفتم	مرور ارتباط بین افکار منفی و درد، آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری)، استفاده از روش‌هایی مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی افکار به وجود آورنده احساسات ناخوشایند (کاهش فاجعه‌انگاری درباره درد)، بازسازی شناختی، تمرین کردن درباره تغییر افکار منفی به افکار مقابله‌ای مثبت، آموزش افزایش مهارت‌های مقابله با درد
هشتم	جمع‌بندی مطالب هفت جلسه گذشته، مرور پیشرفت درمان، گرفتن بازخورد

جدول ۲. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوا
اول	معارفه و آشنایی با یکدیگر، آشنایی با ماهیت بیماری، نقش عوامل روان‌شناختی در بروز تشدید علائم بیماری سوءهاضمه عملکردی، معرفی کلی ذهن‌آگاهی، هدایت خودکار، یک تمرین واریسی بدنی، معطوف کردن توجه به فعالیت‌های معمول روزمره
دوم	مقابله با موانع، تأمل واریسی بدنی، آموزش حضور ذهن براساس تنفس ده دقیقه‌ای، تمرین افکار و احساسات
سوم	آموزش حضور ذهن براساس تنفس، آموزش حرکت با حالت ذهن‌آگاهانه، شناسایی و ثبت تجربه‌های خوشایند
چهارم	ماندن در زمان حال و تأمل در وضعیت نشسته
پنجم	پذیرش هیجان‌ها و افکار و اجازه حضور به آنها
ششم	آموزش فکرها نه حقایق
هفتم	چگونگی مراقبت از خود به بهترین شکل
هشتم	استفاده از آموخته‌ها

1. Global overall syndrom

شناختی- رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی و از آزمون‌های کروییت موچلی، کولموگروف اسمیرنف و لون برای سنجش پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. تمامی آزمون‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه پانزده بیمار با میانگین و انحراف معیار سنی ۳۸/۵۰±۸/۷ سال در گروه ذهن‌آگاهی و پانزده بیمار با میانگین و انحراف معیار سنی ۳۹/۳۰±۷/۶ سال در گروه درمان شناختی- رفتاری قرار داشتند. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نمرات ارائه شده است.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی براساس الگوی سگال و همکاران (۳۶) بود که به مدت هشت جلسه، یک بار در هفته و هر جلسه دو ساعت برگزار شد. روایی محتوایی این مداخله تأیید شده است؛ به طوری که از روایی صوری و محتوایی مناسبی برخوردار است (۳۶). روایی محتوایی این پروتکل در پژوهش حاضر نیز توسط سه تن از اساتید دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد که بیش از ده سال سابقه کار در زمینه روان‌شناسی بالینی داشتند، تأیید شد و سپس به‌کار گرفته شد. خلاصه‌ای از جلسات درمان در جدول ۲ ارائه شده است. در پژوهش حاضر از میانگین و انحراف معیار برای توصیف افراد مطالعه شده در دو گروه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان

جدول ۳. آمار توصیفی نمرات سوءهاضمه عملکردی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در دو گروه درمانی

متغیر	گروه درمانی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سوءهاضمه عملکردی	ذهن‌آگاهی	۵۶/۶۶	۴/۱۶	۴۶/۵۳	۴/۳۴	۴/۰۲
شناختی- رفتاری	۵۵/۳۳	۴/۰۳	۵۲/۰۶	۳/۹۰	۵۳/۵۳	۳/۸۸
تنظیم شناختی هیجان	ذهن‌آگاهی	۴۶/۱۳	۵/۳۸	۷۴/۴۰	۴/۵۱	۶۷/۴۰
راهبرد مثبت	شناختی- رفتاری	۴۹/۴۰	۴/۹۹	۵۵/۲۶	۵/۰۴	۵۰/۹۳
تنظیم شناختی هیجان	ذهن‌آگاهی	۵۰/۰۶	۴/۶۸	۳۷/۸۶	۳/۵۸	۴۱/۴۶
راهبرد منفی	شناختی- رفتاری	۵۰/۴۶	۴/۵۱	۴۴/۹۳	۳/۳۰	۴۶/۷۳

لون همگنی واریانس‌ها را در هر یک از متغیرها نشان داد ($p > 0.05$) و نتایج آزمون کروییت موچلی نیز بیانگر برقراری این فرض بود ($p > 0.05$)؛ بنابراین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. نتایج حاصل از این روش در جداول ۴ و ۵ و ۶ ارائه شده است.

برای تحلیل داده‌ها ابتدا مفروضه‌های اساسی روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها و برقراری فرض کروییت موچلی) برای متغیرهای پژوهش بررسی شد. با توجه به سطوح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنف برای متغیرها در دو گروه، مفروضه نرمال بودن تأیید شد ($p > 0.05$). نتایج آزمون

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر سوءهاضمه عملکردی

منابع	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
عوامل درون‌گروهی	۷۰۷/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۹۶
عوامل بین‌گروهی	۲۲۲/۵۳	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸
	۴/۸۲	۰/۰۳۷	۰/۱۴

مثبت ($p < 0.001$) و منفی تنظیم هیجان ($p < 0.001$) معنادار بود. این معناداری نشان داد که نمرات راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان به‌گونه‌ای معنادار، در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده است. اثر متقابل زمان*گروه نیز در هر دو راهبرد مثبت ($p < 0.001$) و منفی ($p < 0.001$) معنادار به‌دست آمد. این نتیجه به آن معنا بود که روند تغییرات میانگین نمرات راهبردهای مثبت و منفی در گروه‌های ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌گونه‌ای معنادار متفاوت بوده است. به‌منظور بررسی تفاوت بین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای سوءهاضمه

براساس نتایج جدول ۴، اثر اصلی متغیر زمان معنادار بود ($p < 0.001$). این معناداری نشان داد که نمرات سوءهاضمه عملکردی به‌گونه‌ای معنادار، در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده است. اثر متقابل زمان * گروه نیز معنادار به‌دست آمد ($p < 0.001$). این نتیجه به آن معنا بود که روند تغییرات میانگین سوءهاضمه عملکردی در گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری، در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌گونه‌ای معنادار متفاوت بوده است. براساس نتایج جداول ۵ و ۶، اثر اصلی متغیر زمان برای راهبردهای

عملکردی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان

منابع	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
عوامل درون‌گروهی	زمان	< ۰/۰۰۱	۰/۹۲
عوامل بین‌گروهی	زمان * گروه	< ۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان

منابع	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
عوامل درون‌گروهی	زمان	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸
عوامل بین‌گروهی	زمان * گروه	< ۰/۰۰۱	۰/۵۲
	گروه	۰/۰۰۵	۰/۲۵

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیرها	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
سوء‌هاضمه عملکردی	پیش‌آزمون	۶/۷	۰/۱۵۷	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۵/۲	۰/۲۲۴	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۱/۵	۰/۱۷۴	< ۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	-۱۷/۰۶۷	۰/۷۲۶	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۱۱/۴	۰/۷۲۹	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵/۶۶۷	۰/۴۲۷	< ۰/۰۰۱
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۸/۸۶۷	۰/۴۸۸	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۶/۱۶۷	۰/۴۲۱	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۲/۷	۰/۴۱۴	< ۰/۰۰۱

پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش نمرات معناداری را تجربه کردند. براساس نتایج جدول ۳، در گروه ذهن‌آگاهی میانگین نمرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در طی زمان افزایش چشمگیری داشت و از ۴۶/۱۳ در پیش‌آزمون به ۷۴/۴۰ و ۶۷/۴۰ به ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ اما در گروه درمان شناختی- رفتاری افزایش کمتر بود و میانگین نمرات راهبردهای مثبت از ۴۹/۴۰ در پیش‌آزمون به ۵۵/۲۶ و ۵۰/۹۳ به ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید.

همچنین مطابق نتایج جدول ۷، میانگین متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین این متغیر در مرحله پس‌آزمون با دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). نشان می‌دهد اثر مداخله‌ها در مرحله پیگیری ماندگار نبوده است. آزمودنی‌های دو گروه، در متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش نمرات معناداری را تجربه کردند. براساس نتایج جدول ۳، در گروه ذهن‌آگاهی نمرات راهبردهای منفی در طی زمان کاهش چشمگیری داشت و از ۵۰/۰۶ در پیش‌آزمون به ۳۷/۸۶ و ۴۱/۴۶ به ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ اما در گروه درمان شناختی- رفتاری کاهش کمتری مشاهده شد و میانگین نمرات راهبردهای منفی از ۵۰/۴۶ در پیش‌آزمون به ۴۴/۹۳ و ۴۶/۷۳ در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ بنابراین اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش نمرات راهبردهای

مطابق نتایج جدول ۷، میانگین متغیر سوء‌هاضمه عملکردی در مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین این متغیر در مرحله پس‌آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$) که نشان می‌دهد اثر مداخله‌ها در مرحله پیگیری ماندگار نبوده است. آزمودنی‌های دو گروه، در متغیر سوء‌هاضمه عملکردی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش نمرات معناداری را تجربه کردند. براساس نتایج جدول ۳، در گروه ذهن‌آگاهی میانگین نمرات سوء‌هاضمه عملکردی در طی زمان کاهش چشمگیری داشت و از ۵۶/۶۶ در پیش‌آزمون، به ۴۶/۵۳ و ۴۸/۰۶ به ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ اما در گروه درمان شناختی- رفتاری کاهش کمتری مشاهده شد و میانگین نمرات از ۵۵/۳۳ در پیش‌آزمون به ۵۲/۰۶ و ۵۳/۵۳ به ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ بنابراین اثر درمان MBCT بر کاهش نمرات سوء‌هاضمه عملکردی بیشتر از اثر CBT بوده است.

مطابق نتایج جدول ۷، میانگین متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین این متغیر در مرحله پس‌آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$) که نشان می‌دهد اثر مداخله‌ها در مرحله پیگیری ماندگار نبوده است. آزمودنی‌های دو گروه، در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مراحل پس‌آزمون و

مثبت و کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان بیشتر از اثر درمان شناختی- رفتاری بود؛ از این رو می‌توان گفت، MBCT بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی درمقایسه با CBT اثربخش‌تر بوده است.

۳ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی- رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم بیماران درمقایسه با درمان شناختی- رفتاری سودمندتر است. پژوهشی یافت نشد که به مقایسه اثربخشی این دو درمان در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی پردازد؛ اما با توجه به اینکه بیماری سوءهاضمه عملکردی و سندرم روده تحریک‌پذیر هر دو از گروه اختلالات گوارشی عملکردی هستند، می‌توان به نتیجه مطالعه زمردی و همکاران اشاره کرد که از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کند. در پژوهش آن‌ها اثربخشی MBCT و CBT در درمان نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر و ارتقای کیفیت زندگی روی ۳۶ نفر از این بیماران مقایسه شد و نتایج آن حاکی از برتری درمان ذهن‌آگاهی درمقایسه با درمان شناختی- رفتاری بود (۲۸). یافته‌های مطالعه اسدزاده مبارکه از اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود اضطراب، افسردگی و علائم جسمی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی خیر می‌دهد (۳۷) و از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کند. نتایج پژوهش نالیوف و همکاران نیز حاکی از اثربخشی MBCT بر کاهش نشانه‌های جسمانی، هیجانان و درنهایت افکار و نیز اجتناب تجربه‌ای در بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر بود (۳۸).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر مشخص کرد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران درمقایسه با درمان شناختی- رفتاری سودمندتر است. براساس نتایج مطالعه حاضر، MBCT منجر به کاهش بیشتر راهبردهای شناختی منفی و ارتقای سطح راهبردهای مثبت درمقایسه با CBT شد. یافته‌های این مطالعه همسو با یافته‌های پژوهش رئیسی و همکاران است. آن‌ها نشان دادند، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به سوءهاضمه عملکردی مؤثر است (۳۹).

در تبیین یافته‌های پژوهش باید گفت هدف درمان ذهن‌آگاهی کاهش تجارب اجتناب‌ناپذیر، تمایل به تجربه احساسات ناخوشایند فیزیکی، هیجانان و افکار است (۴۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برنامه‌ای برای نظم‌جویی هیجانان است که به افراد آموزش می‌دهد، روابطشان را با افکار و هیجانان خود تغییر دهند و درباره آن‌ها آگاه باشند؛ همچنین به آن‌ها با دیدی غیرقضاوتی بنگرند؛ به جای آنکه ارزیابی منفی خودارجاعی داشته باشند که سبب تشدیدشان شود؛ به این صورت هیجانان مثبت به بهبودی سریع‌تر از حالات هیجانی منفی منجر می‌شود و از طولانی شدن عوارض جسمانی جلوگیری می‌کند (۴۱).

یکی از مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان، ارزیابی مجدد است که از طریق آن، موقعیت یا رویدادی از نو شکل می‌گیرد؛ اما این بار در قالبی مثبت‌تر و با بار هیجانی کمتر (۴۲). ذهن‌آگاهی به وسیله تمرکززدایی، ارزیابی مجدد مثبت را فراهم می‌آورد. به همین دلیل ذهن‌آگاهی جزئی اصلی درمقابل تنیدگی‌ها است (۴۳) و نه تنها تسهیل فرایند ارزیابی مثبت، باعث کاهش نتایج زیان‌بار ناشی از شرایط تنیدگی‌زا می‌شود، بلکه از طریق عادت‌زدایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب، مشکلات مربوط به تنیدگی‌زا را نیز کاهش می‌دهد (۳۱).

همچنین ذهن‌آگاهی به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آن‌ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه به بیماران کمک می‌کند تا به صورت آشکارانه‌تری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند؛ همچنین بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی از واقعیت یا ویژگی از خود نیستند (۴۴). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به هیجانان بهتر از طریق کاهش هیجانان منفی و مشکلات گوناگون مرتبط با آن‌ها (۴۵)، خودتنظیمی رفتارها و افزایش تجربیات حالات عاطفی مثبت شود (۴۰). ذهن‌آگاهی از طریق ایجاد هیجانان و خلق مثبت به نظم‌جویی هیجان کمک می‌کند و سلامت روان را ارتقا می‌دهد (۴۶).

۴ نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت در افراد مبتلا به سوءهاضمه عملکردی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی درمقایسه با درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم بیماری و بهبود تنظیم شناختی هیجان سودمندتر و مؤثرتر است؛ در نتیجه این درمان می‌تواند به همراه درمان‌های دارویی در قالب بسته‌ای درمانی به بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا کمک کند.

۵ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی بیمارانی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر و امتنان را داریم.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه فردوسی مشهد است. در این پژوهش رضایت آگاهانه به صورت فرم‌های کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده برای مقاصد پژوهشی است و اطلاعات شخصی محرمانه باقی می‌ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تراحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

منابع مالی انجام این پژوهش از هزینه‌های شخصی تأمین شده است و

تحت حمایت مالی هیچ سازمان یا نهادی نبوده است. نویسنده سوم در جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری همکار اصلی بوده است. نویسندگان دوم و چهارم در نوشتن و تجزیه و تحلیل اولیه داده‌ها را جمع‌آوری کرد و در نوشتن مقاله همکار اصلی بوده است. داده‌ها همکار بودند.

References

1. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada J-R, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1466–79. doi:[10.1053/j.gastro.2005.11.059](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.059)
2. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut*. 2015;64(7):1049–57. doi:[10.1136/gutjnl-2014-307843](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-307843)
3. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Cennamo V, Gilthorpe MS, Forman D, et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. *Gastroenterology*. 2010;138(4):1302–11. doi:[10.1053/j.gastro.2009.12.057](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.12.057)
4. Jones MP, Coppens E, Vos R, Holvoet L, Luyten P, Tack J, et al. A multidimensional model of psychobiological interactions in functional dyspepsia: a structural equation modelling approach. *Gut*. 2013;62(11):1573–80. doi:[10.1136/gutjnl-2012-302634](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302634)
5. Barry S, Dinan TG. Functional dyspepsia: are psychosocial factors of relevance. *World J Gastroenterology*. 2006;12(17):2701–7. doi:[10.3748/wjg.v12.i17.2701](https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i17.2701)
6. Stanley J, Stuart AD, Pretorius HG. Irritable bowel syndrome: personality and health behaviours: a biopsychosocial approach. *Health SA Gesondheid*. 1999;4(1):10–18. doi:[10.4102/hsag.v4i1.5](https://doi.org/10.4102/hsag.v4i1.5)
7. Holtmann G, Kutscher S-U, Haag S, Langkafel M, Heuft G, Neufang-Hueber J, et al. Clinical presentation and personality factors are predictors of the response to treatment in patients with functional dyspepsia: a randomized, double-blind placebo-controlled crossover study. *Dig Dis Sci*. 2004;49(4):672–9. doi:[10.1023/B:DDAS.0000026317.00071.75](https://doi.org/10.1023/B:DDAS.0000026317.00071.75)
8. Filipović BF, Randjelović T, Ille T, Marković O, Milovanović B, Kovacević N, et al. Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. *European Journal of Internal Medicine*. 2013;24(1):83–6. doi:[10.1016/j.ejim.2012.06.017](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.06.017)
9. Faramarzi M, Kashiferd M, Shokri-Shirvani J. Comparison of some personality traits of patients with functional dyspepsia and healthy individuals. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2013;15(4):57–62. [Persian] <http://jbums.org/article-1-4469-en.html>
10. Robinson MD, Ode S, Moeller SK, Goetz PW. Neuroticism and affective priming: evidence for a neuroticism-linked negative schema. *Personality and Individual Differences*. 2007;42(7):1221–31. doi:[10.1016/j.paid.2006.09.027](https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.027)
11. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*. 2014;9(5):481–96. doi:[10.1177/1745691614544528](https://doi.org/10.1177/1745691614544528)
12. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41–54. doi:[10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94](https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94)
13. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2010;2(3):73–84. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2031.html?lang=en
14. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;85(2):348–62. doi:[10.1037/0022-3514.85.2.348](https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348)
15. Van Oudenhove L, Vandenbergh J, Geeraerts B, Vos R, Persoons P, Demyttenaere K, et al. Relationship Between Anxiety and Gastric Sensorimotor Function in Functional Dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(5):455–63. doi:[10.1097/PSY.0b013e3180600a4a](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180600a4a)
16. Geeraerts B, Vandenbergh J, Van Oudenhove L, Gregory LJ, Aziz Q, DuPont P, et al. Influence of experimentally induced anxiety on gastric sensorimotor function in humans. *Gastroenterology*. 2005;129(5):1437–44. doi:[10.1053/j.gastro.2005.08.020](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.08.020)
17. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology*. 2002;123(6):1778–85. doi:[10.1053/gast.2002.37071](https://doi.org/10.1053/gast.2002.37071)
18. 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. [Persian]
19. Faramarzi M, Azad-Fallah P, Book HE, Rasoolzadeh-Tabatabaei K, Shokri-Shirvani J. The effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvement of gastrointestinal symptoms and conflict resolution styles in patients with functional dyspepsia. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;3(4):1–13. [Persian]
20. Haug TT. Cognitive therapy in functional dyspepsia. *International Congress Series*. 2002;1241:127–130. doi:[10.1016/S0531-5131\(02\)00633-7](https://doi.org/10.1016/S0531-5131(02)00633-7)
21. Soo S, Moayyedi P, Deeks JJ, Delaney B, Lewis M, Forman D. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia. In: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005. doi:[10.1002/14651858.CD002301.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002301.pub4)
22. Haag S, Senf W, Tagay S, Langkafel M, Braun-Lang U, Pietsch A, et al. Is there a benefit from intensified medical and psychological interventions in patients with functional dyspepsia not responding to conventional therapy? *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2007;25(8):973–86. doi:[10.1111/j.1365-2036.2007.03277.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03277.x)
23. Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(6):1041–56. doi:[10.1016/j.cpr.2011.04.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006)

24. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000;55(1):68–78. doi:[10.1037/0003-066X.55.1.68](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68)
25. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006;11(3):230–41. doi:[10.1093/clipsy.bph077](https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077)
26. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell; 1991.
27. Tacón AM, Caldera YM, Ronaghan C. Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health*. 2004;22(2):193–203. doi:[10.1037/1091-7527.22.2.193](https://doi.org/10.1037/1091-7527.22.2.193)
28. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Arbabi M, Ebrahimi Daryani N, Azad Fallah P. Comparison of the effectiveness of cognitive behavior therapy and mindfulness based therapy on the decrease in symptoms of patients who suffer from irritable bowel syndrome. *Govaresh*. 2013;18(2):88–94. [Persian]
29. Nyklíček I, Hoogwegt F, Westgeest T. Psychological distress across twelve months in patients with rheumatoid arthritis: the role of disease activity, disability, and mindfulness. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015;78(2):162–7. doi:[10.1016/j.jpsychores.2014.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.004)
30. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(7):815–8. doi:[10.1016/j.paid.2010.06.012](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.012)
31. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. The Netherlands: Datec, Leiderdorp; 2002.
32. Talley NJ, Haque M, Wyeth JW, Stace NH, Tytgat GN, Stanghellini V, et al. Development of a new dyspepsia impact scale: the Nepean Dyspepsia Index: the Nepean dyspepsia index. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 1999;13(2):225–35. doi:[10.1046/j.1365-2036.1999.00445.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.1999.00445.x)
33. 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. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 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)
34. Beck JS. *Cognitive therapy: step-by-step guid*. Dorahaky A, Abedy MR. (Persian translator). Isfahan: Mohammadi Flowers Publications; 2001.
35. Haghayegh SA, Klantari M, Molavi H, Talebi M. Efficacy of cognitive-behavior therapy on the quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome with predominant pain and diarrhea types. *Journal of Psychology*. 2010;14:95–110. [Persian]
36. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York; London: Guilford press; 2002.
37. Asadzadeh Mobarake H, Afshar Zanjani H, Kazemi Zahrani H. The effectiveness of teaching the decreasing of anxiety based on mindfulness on decreasing the psychological and physical signs in the patients with functional indigestion [Thesis for MSc in clinical psychology]. [Najafabad, Iran]: Islamic Azad University; 2015. [Persian]
38. Naliboff BD, Fresé MP, Rapgay L. *Mind/body psychological treatments for irritable bowel syndrome. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008;5(1):41–50. doi:[10.1093/ecam/nem046](https://doi.org/10.1093/ecam/nem046)
39. Raeisi F. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction Intervention on psychological well-being and Alexithymia in patients with functional dyspepsia disorder [Thesis for MSc in psychology]. [Najafabad, Iran]: Islamic Azad University; 2016. [Persian]
40. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84(4):822–48. doi:[10.1037/0022-3514.84.4.822](https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822)
41. Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(12):1335–42. doi:[10.1200/JCO.2010.34.0331](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.34.0331)
42. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2005;12(3):351–8. doi:[10.1016/S1077-7229\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80057-4)
43. Williams JMG, Duggan DS, Crane C, Fennell MJV. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 2006;62(2):201–10. doi:[10.1002/jclp.20223](https://doi.org/10.1002/jclp.20223)
44. Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy*. Mohammadkhani P, Khanipour H, Jafari F. (Persian translator). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2012.
45. Mandal SP, Arya YK, Pandey R. Mindfulness, emotion regulation and subjective well-being: an overview of pathways to positive mental health. *Indian Journal of Social Sciences Researches*. 2011;8(1-2):159–67.
46. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression & Anxiety*. 2013;30(7):654–61. doi:[10.1002/da.22124](https://doi.org/10.1002/da.22124)