MEJDS. 2021; 11:110.

Published online 2021 Oct. **Original Article**

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

Firoozeh Moghaddam S[1], *Amin Yazdi SA[2], Beheshti Namdar A[3], Bigdeli I[4]

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 (Garnefski 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.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۱۰.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ 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، استاد گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۳. دکتری تخصصی گوارش و کبد، استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

۴. دکتری، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: yazdi@um.ac.ir

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

چکیده

زمینه و هدف: سوءهاضمهٔ عملکردی از اختلالات روان‌تنی گوارشی شایع است که بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم این بیماران صورت گرفت.

روش‌بررسی: 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 تا۵۵ساله‌ای 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 مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌ـ‌رفتاری در هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه اجرا شد. پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲) و شاخص نپین برای ارزیابی علائم سوءهاضمهٔ عملکردی (تالی و همکاران، ۱۹۹۹) در سه مرحلهٔ مذکور به کار رفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: عامل درون‌گروهی (زمان)، عامل بین‌گروهی و اثر متقابل زمان * گروه برای متغیرهای سوءهاضمهٔ عملکردی و تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای مثبت و منفی) معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). در گروه ذهن‌آگاهی درمقایسه با گروه درمان شناختی‌ـ‌رفتاری، میانگین نمرات سوءهاضمهٔ عملکردی با راهبردهای منفی تنظیم هیجان و همچنین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، در طی زمان به‌ترتیب کاهش و افزایش چشمگیری داشت؛ همچنین در میانگین متغیرهای مذکور بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). تفاوت معناداری نیز بین پس‌آزمون با پیگیری در متغیرهای مذکور مشاهده شد که حاکی از ماندگارنبودن اثرات مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: برمبنای نتایج مطالعه، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم بیماری و بهبود تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی، اثربخش‌تر از درمان شناختی‌ـ‌رفتاری است.

کلیدواژه‌ها: سوءهاضمهٔ عملکردی، تنظیم شناختی هیجان، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

۱ مقدمه

اختلالات گوارشی عملکردی[1] دسته‌ای از بیماری‌های روان‌تنی است. سوءهاضمهٔ عملکردی[2] یکی از این اختلالات است که به‌وسیلهٔ علائم حاد و مزمن و عودکنندهٔ گوارشی در غیاب هر نوع مشکل ارگانیکی یا متابولیکی توجیه‌کنندهٔ علائم مشخص می‌شود. براساس معیارهای ROM IV[3] این اختلال شامل یک یا بیشتر از علائمی مثل درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از غذاخوردن، احساس پربودن معده، سوزش سر دل، نفخ معده و تهوع است. علائم اختلال مذکور مزمن‌اند و در طول یک دورهٔ شش‌ماهه در غیاب هر توضیح ارگانیکی حضور دارند (۱). شیوع جهانی اختلال سوءهاضمهٔ عملکردی باتوجه به تعریف بیان‌شده ۵تا۱۱درصد (۲) و در جوامع غربی ۱۷تا۲۹درصد گزارش شده است (۳)؛ اما میزان شیوع آن در ایران مشخص نیست.

سوءهاضمهٔ عملکردی، مشکلی سلامتی و اجتماعی است. هرچند این بیماری به مرگ‌ومیر منجر نمی‌شود، به‌دلیل 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 ـ گوارشی که تحت‌تأثیر عوامل و فاکتورهای روان‌شناختی قرار می‌گیرد، به‌وجود می‌آید (۴). به بیان دیگر این بیماری ازجمله 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 ازطریق تأثیر بر کارکردهای فیزیولوژیک بدن یا رفتارهای بیرونی بر سلامت یا بیماری تأثیرگذار باشد (۶).در پژوهش‌های متعددی وجود ویژگی نوروزگرایی زیاد در این بیماران تأیید شده است (۹ـ۷). درواقع ویژگی‌های شخصیتی و حالات هیجانی علاوه‌بر 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 نوروزگرایی زیاد تعارضات بین‌فردی بیشتر و واکنش‌های منفی قوی‌تری به وقایع استرس‌زا درمقایسه با افراد با نوروزگرایی 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 تجربهٔ 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 سوءهاضمهٔ 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 نحوهٔ تفکر افراد پس از بروز تجربه‌ای منفی یا واقعهٔ آسیب‌زا اطلاق می‌شود. نظم‌جویی شناختی هیجان دربرابر محرک‌های منفی و تجارب هیجانی ناخوشایند، یکی از فرایندهای مقابله‌ای است (۱۳).

براساس نتایج پژوهش گراس و جان، نظم‌جویی هیجان علاوه‌بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامتی جسمانی می‌شود و درمقابل مشکل تنظیم هیجانی، مشکلات جسمانی را در پی دارد (۱۴). نتایج مطالعهٔ ون اودنهو و همکاران نشان داد که هیجان‌های منفی بر کنش حسی‌حرکتی معده ـ روده‌ای تأثیر می‌گذارند. هیجان‌های منفی چون اضطراب منجربه افزایش التهاب سیستم معده‌ای می‌شوند و بر عملکرد محور مغزی ـ 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 ـ حرکتی معده را تغییر می‌دهد و سبب حفظ غیرطبیعی مواد غذایی در معده می‌شود و هضم را به تأخیر می‌اندازد (۱۶). علاوه‌براین اضطراب در بیماران حساس، همبستگی منفی با آستانهٔ درد و تحمل معده دارد (۱۵).

مروری اجمالی بر تحقیقات انجام‌شده در حوزهٔ 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 پویشی کوتاه‌مدت (۱۹) و درمان شناختی (۲۰) خبر می‌دهند. همان‌طورکه ذکر شد، نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی‌از اثربخشی روان‌درمانی در بیماران سوءهاضمهٔ 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 ـ رفتاری با آرام‌سازی عضلانی را بر سوءهاضمهٔ 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 مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[4] (MBCT) است که از درمان‌های موج سوم شناختی است. از لحاظ تئوری، ذهن‌آگاهی به بهزیستی روان‌شناختی مربوط است؛ یعنی آگاهی و پذیرش غیرقضاوتی لحظه‌به‌لحظهٔ فرد. ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان پادزهری بر اشکال رایج

[1]. Functional gastrointestinal disorders (FGID)
[2]. Functional dyspepsia
[3]. New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders
[4]. Mindfulness Based Cognitive Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

پریشانی 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. درواقع به افراد راهی متفاوت برای بودن با هیجانات، درد و ناراحتی ارائه می‌دهد. برخلاف آنکه در رویکرد درمان شناختی‌ـ رفتاری[1] (CBT) به‌طور درخورتوجهی 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 مؤلفهٔ 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 دربرگیرندهٔ نوعی نگرش همراه با کنجکاوی، بازبودن و پذیرش است. منظور از پذیرش، توانایی تجربهٔ 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 رودهٔ تحریک‌پذیر (۲۸) و آرتریت روماتوئید (۲۹) اثربخش است. درواقع 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 ازطریق 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 سوءهاضمهٔ 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 مقایسهٔ آن با درمان CBT که فقط تعداد محدودی پژوهش اثربخشی آن را بر این بیماری آزموده‌اند و نیز برخی محدودیت‌های متدولوژی در پژوهش‌ها ازجمله پژوهش هاگ (۲۰) که صرفاً مطالعهٔ تک‌موردی بوده است، احساس می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی‌ـ رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

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. جامعهٔ 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 سوءهاضمهٔ عملکردی برای آن‌ها داده شد. نمونهٔ پژوهش شامل سی نفر از این بیماران بود که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس باتوجه 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 ۱۸تا۵۵ سال؛ تشخیص قطعی بیماری سوءهاضمهٔ عملکردی توسط پزشک پس از معاینه و آندوسکوپی؛ فقدان بیماری ارگانیک مثل زخم یا سرطان؛ درمان در صورت وجود عفونت هلیکوباکترپیلوری؛ سواد و آگاهی کافی برای شرکت در مطالعه؛ اعلام موافقت آگاهانه به‌منظور شرکت در مطالعه؛ نداشتن بیماری جسمانی جدی دیگر و نبود اختلال عمدهٔ روان‌پزشکی در بیمار (براساس خوداظهاری بیمار). معیارهای خروج بیماران از پژوهش شامل داشتن سایر بیماری‌های جدی جسمی، اختلال عمدهٔ روان‌پزشکی و تمایل‌نداشتن 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 پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان[2] (۳۱) و شاخص نیپن برای ارزیابی علائم سوءهاضمهٔ عملکردی[3] (۳۲) را پاسخ دادند. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ 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 تلقی‌کردن می‌شود. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت و تحت نظر قراردادن می‌شود. دامنهٔ نمرات مقیاس از (۱) تقریباً هرگز تا (۵) تقریباً همیشه است و هر خرده‌مقیاس چهار ماده دارد. نمرات بیشتر در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفادهٔ بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا است (۳۱). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در دامنهٔ 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 دامنهٔ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ عنوان شد. روایی پرسشنامه نیز ازطریق تحلیل مؤلفهٔ اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با دامنهٔ همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب به‌دست آمد (۱۳). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس ازطریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۱ بود.

[1]. Cognitive-Behavior Therapy

[2]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[3]. Nepean Dyspepsia Index

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

ـ شاخص نیپن برای ارزیابی علائم سوءهاضمهٔ 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 سوءهاضمهٔ عملکردی می‌شود. در این پژوهش فقط از بخش ارزیابی علائم بیماری در بیماران سوءهاضمهٔ عملکردی استفاده شد. این بخش علائم را ارزیابی می‌کند و عبارت است از: درد در قسمت فوقانی شکم؛ ناراحتی معده؛ تهوع؛ استفراغ؛ سوزش سر دل؛ نفخ؛ احساس سیری زودرس؛ احساس سنگینی بعد از خوردن غذا؛ بادگلوی بیش‌ازحد. نمره برای نُه علامت بیماری از محاسبهٔ «فراوانی، شدت و پرزحمت/پردردسربودن» به‌دست می‌آید. نمره‌گذاری هرکدام از این سه عبارت، براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت صورت می‌گیرد و در مقیاسی صفرتا۵درجه‌ای از میزان هیچ تا خیلی شدید مشخص می‌شود (۳۲). در پژوهشی تالی و همکاران پایایی این پرسشنامه را ازطریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در دامنهٔ ۰/۷۰تا۰/۷۶ و روایی آن را با استفاده از ضریب همبستگی در نمرهٔ علائم ۰/۷۱تا۰/۸۳ گزارش کردند (۳۳). در پژوهش زرگر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای بخش علائم به‌دست آمد. روایی بخش علائم نیز با مقیاس ارزیابی کلی علائم (GOS)[1] همبسته شد که ضریب همبستگی آن برابر ۰/۵۸ بود (۱۸). در این پژوهش پایایی مقیاس ازطریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۹ برای بخش علائم به‌دست آمد.

ـ درمان شناختی‌ـ‌رفتاری: اختلال سوءهاضمهٔ عملکردی یکی از اختلالات عملکردی سیستم گوارشی است. در این پژوهش از آموزش الگوی شناختی‌ـ‌رفتاری برای مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر 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 بستهٔ آموزشی در مطالعهٔ حاضر توسط سه تن از اساتید دکتری رشتهٔ روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد که بیش از ده سال سابقهٔ کار در زمینهٔ روان‌شناسی بالینی داشتند، تأیید شد و سپس به‌کار گرفته شد. باتوجه به الگوی شناختی‌ـ‌رفتاری 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.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات شناختی‌ـ‌رفتاری

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 شناخت‌درمانی
دوم	آموزش آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده، قراردادن یک سی‌دی آموزش تنش‌زدایی پیش‌روندهٔ عضلانی در اختیار اعضا
سوم	آموزش الگوی شناختی به بیمار، ارائهٔ برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، گفت‌وگو دربارهٔ رابطهٔ بین افکار منفی و درد، شناسایی افکار برانگیزانندهٔ علائم بیماری و احساسات ناخوشایند معده‌ای، بررسی مشکلات احتمالی
چهارم و پنجم	گفت‌وگو دربارهٔ خطاهای شناختی، گفت‌وگو دربارهٔ 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 نحوهٔ ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری)، استفاده از روش‌هایی مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی افکار به‌وجودآورندهٔ احساسات ناخوشایند (کاهش فاجعه‌انگاری دربارهٔ درد)، بازسازی شناختی، تمرین‌کردن دربارهٔ تغییر افکار منفی به افکار مقابله‌ای مثبت، آموزش افزایش مهارت‌های مقابله با درد
هشتم	جمع‌بندی مطالب هفت جلسهٔ گذشته، مرور پیشرفت درمان، گرفتن بازخورد

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوا
اول	معارفه و آشنایی با یکدیگر، آشنایی با ماهیت بیماری، نقش عوامل روان‌شناختی در بروزوتشدید علائم بیماری سوء هاضمه عملکردی، معرفی کلی ذهن‌آگاهی، هدایت خودکار، یک تمرین وارسی بدنی، معطوف‌کردن توجه به فعالیت‌های معمول روزمره
دوم	مقابله با موانع، تأمل وارسی بدنی، آموزش حضور ذهن براساس تنفس ده‌دقیقه‌ای، 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 اجازهٔ حضور به آن‌ها
ششم	آموزش فکرها نه حقایق
هفتم	چگونگی مراقبت از خود به بهترین شکل
هشتم	استفاده از آموخته‌ها

[1]. Global overall syndrom

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

ـ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی: مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی براساس الگوی سگال و همکاران (۳۶) بود که به‌مدت هشت جلسه، یک بار در هفته و هر جلسه دو ساعت برگزار شد. روایی محتوایی این مداخله تأیید شده است؛ به‌طوری‌که از روایی صوری و محتوایی مناسبی برخوردار است (۳۶). روایی محتوایی این پروتکل در پژوهش حاضر نیز توسط سه تن از اساتید دکتری رشتهٔ روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد که بیش از ده سال سابقهٔ کار در زمینهٔ 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 مطالعه‌شده در دو گروه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی‌ـ رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی و از آزمون‌های کرویت موچلی، کولموگروف‌اسمیرنف و لون برای سنجش پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. تمامی آزمون‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ 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 شناختی‌ـ رفتاری قرار داشتند. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نمرات ارائه شده است.

جدول ۳. آمار توصیفی نمرات سوءهاضمهٔ 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	میانگین	انحراف معیار
سوءهاضمهٔ عملکردی	ذهن‌آگاهی	۵۶/۶۶	۴/۱۶	۴۶/۵۳	۴/۳۴	۴۸/۰۶	۴/۰۲
	شناختی‌ـ رفتاری	۵۵/۳۳	۴/۰۳	۵۲/۰۶	۳/۹۰	۵۳/۵۳	۳/۸۸
تنظیم شناختی هیجان راهبرد مثبت	ذهن‌آگاهی	۴۶/۱۳	۵/۳۸	۷۴/۴۰	۴/۵۱	۶۷/۴۰	۳/۸۸
	شناختی‌ـ رفتاری	۴۹/۴۰	۴/۹۹	۵۵/۲۶	۵/۰۴	۵۰/۹۳	۴/۷۱
تنظیم شناختی هیجان راهبرد منفی	ذهن‌آگاهی	۵۰/۰۶	۴/۶۸	۳۷/۸۶	۳/۵۸	۴۱/۴۶	۴/۴۰
	شناختی‌ـ رفتاری	۵۰/۴۶	۴/۵۱	۴۴/۹۳	۳/۳۰	۴۶/۷۳	۳/۵۷

برای تحلیل داده‌ها ابتدا مفروضه‌های اساسی روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (نرمال‌بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها و برقراری فرض کرویت موچلی) برای متغیرهای پژوهش بررسی شد. باتوجه به سطوح معناداری آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای متغیرها در دو گروه، مفروضهٔ نرمال‌بودن تأیید شد ($p>0/05$). نتایج آزمون لون همگنی واریانس‌ها را در هریک از متغیرها نشان داد ($p>0/05$) و نتایج آزمون کرویت 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.

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

منابع		آمارهٔ F	مقدار p	اندازهٔ اثر
عوامل درون‌گروهی	زمان	۷۰۷/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۶
	زمان * گروه	۲۲۲/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۸
عوامل بین‌گروهی	گروه	۴/۸۲	۰/۰۳۷	۰/۱۴

براساس نتایج جدول ۴، اثر اصلی متغیر زمان معنادار بود ($p<0/001$). این معناداری نشان داد که نمرات سوءهاضمهٔ 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 سوءهاضمهٔ عملکردی در گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌ـ 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 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 شناختی‌ـ رفتاری در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌گونه‌ای معنادار متفاوت بوده است. به‌منظور بررسی تفاوت بین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای سوءهاضمهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

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		آمارهٔ F	مقدار p	اندازهٔ اثر
عوامل درون‌گروهی	زمان	۳۶۵/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۲
	زمان * گروه	۱۸۰/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
عوامل بین‌گروهی	گروه	۴۶/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۲

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

منابع		آمارهٔ F	مقدار p	اندازهٔ اثر
عوامل درون‌گروهی	زمان	۲۱۱/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۸
	زمان * گروه	۳۰/۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
عوامل بین‌گروهی	گروه	۹/۳۶	۰/۰۰۵	۰/۲۵

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیرها	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
سوءهاضمهٔ عملکردی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۷	۰/۱۵۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۲	۰/۲۲۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۱/۵	۰/۱۷۴	<۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ۱۷/۰۶۷	۰/۷۲۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	ـ۱۱/۴	۰/۷۲۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۵/۶۶۷	۰/۴۲۷	<۰/۰۰۱
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۸۶۷	۰/۴۸۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۱۶۷	۰/۴۲۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۲/۷	۰/۴۱۴	<۰/۰۰۱

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

مطابق نتایج جدول ۷، میانگین متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مرحلهٔ پیش‌آزمون با دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین میانگین این متغیر در مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱) که نشان می‌دهد اثر مداخله‌ها در مرحلهٔ پیگیری ماندگار نبوده است. آزمودنی‌های دو گروه، در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ 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 به‌ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ اما در گروه درمان شناختی‌ـ رفتاری افزایش کمتر بود و میانگین نمرات راهبردهای مثبت از ۴۹/۴۰ در پیش‌آزمون به ۵۵/۲۶ و ۵۰/۹۳ به‌ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید.

همچنین مطابق نتایج جدول ۷، میانگین متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحلهٔ پیش‌آزمون با دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین میانگین این متغیر در مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱) که نشان می‌دهد اثر مداخله‌ها در مرحلهٔ پیگیری ماندگار نبوده است. آزمودنی‌های دو گروه، در متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ 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 به‌ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری رسید؛ اما در گروه درمان شناختی‌ـ 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 مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افزایش نمرات راهبردهای

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

مثبت و کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان بیشتر از اثر درمان شناختی‌ـ رفتاری بود؛ ازاین‌رو 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 مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی‌ـ رفتاری بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم بیماران درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری سودمندتر است. پژوهشی یافت نشد که به مقایسهٔ اثربخشی این دو درمان در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی بپردازد؛ اما باتوجه به اینکه بیماری سوءهاضمهٔ عملکردی و سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر هر دو از گروه اختلالات گوارشی عملکردی هستند، می‌توان به نتیجهٔ مطالعهٔ زمردی و همکاران اشاره کرد که از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کند. در پژوهش آن‌ها اثربخشی MBCT وCBT در درمان نشانه‌های سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر و ارتقای کیفیت زندگی روی ۳۶ نفر از این بیماران مقایسه شد و نتایج آن حاکی‌از برتری درمان ذهن‌آگاهی درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری بود (۲۸). یافته‌های مطالعهٔ اسدزاده مبارکه از اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود اضطراب، افسردگی و علائم جسمی بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی خبر می‌دهد (۳۷) و از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کند. نتایج پژوهش نالیبوف و همکاران نیز حاکی‌از اثربخشی MBCT بر کاهش نشانه‌های جسمانی، هیجانات و درنهایت افکار و نیز اجتناب تجربه‌ای در بیماران دارای سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر بود (۳۸).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر مشخص کرد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری سودمندتر است. براساس نتایج مطالعهٔ حاضر، MBCT منجربه 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 مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی مؤثر است (۳۹).

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

یکی از مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان، ارزیابی مجدد است که ازطریق آن، موقعیت یا رویدادی از نو شکل می‌گیرد؛ اما این بار در قالبی مثبت‌تر و با بار هیجانی کمتر (۴۲). ذهن‌آگاهی به‌وسیلهٔ تمرکززدایی، ارزیابی مجدد مثبت را فراهم می‌آورد. به همین دلیل ذهن‌آگاهی جزئی اصلی درمقابل تنیدگی‌ها است (۴۳) و نه‌تنها تسهیل فرایند ارزیابی مثبت، باعث کاهش نتایج زیان‌بار ناشی‌از شرایط تنیدگی‌زا می‌شود، بلکه ازطریق 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 به‌موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آن‌ها را در مرحلهٔ مناسبی پیش از توسعه و بسط‌یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه به بیماران کمک می‌کند تا به‌صورت آشکارانه‌تری برانگیخته‌شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند؛ همچنین بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی از واقعیت یا ویژگی از خود نیستند (۴۴). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که ذهن‌آگاهی می‌تواند منجربه هیجانات بهتر ازطریق کاهش هیجانات منفی و مشکلات گوناگون مرتبط با آن‌ها (۴۵)، خودتنظیمی رفتارها و افزایش تجربیات حالات عاطفی مثبت شود (۴۰). ذهن‌آگاهی ازطریق ایجاد هیجانات و خلق مثبت به نظم‌جویی هیجان کمک می‌کند و سلامت روان را ارتقا می‌دهد (۴۶).

۴ نتیجه‌گیری

برمبنای نتایج مطالعهٔ حاضر می‌توان نتیجه گرفت در افراد مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری در کاهش علائم بیماری و بهبود تنظیم شناختی هیجان سودمندتر و مؤثرتر است؛ درنتیجه این درمان می‌تواند به‌همراه درمان‌های دارویی در قالب بسته‌ای درمانی به بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا کمک کند.

۵ تشکر و قدردانی

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

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی در دانشگاه فردوسی مشهد است. در این پژوهش 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.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

تحت حمایت مالی هیچ سازمان یا نهادی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد و در نوشتن مقاله همکار اصلی بوده است. نویسندهٔ سوم در جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری همکار اصلی بوده است. نویسندگان دوم و چهارم در نوشتن و تجزیه و تحلیل 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
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
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
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
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
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
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
8. Filipović BF, Randjelovic T, Ille T, Markovic O, Milovanović B, Kovacevic 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
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
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%2F1745691614544528
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
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
15. Van Oudenhove L, Vandenberghe 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
16. Geeraerts B, Vandenberghe 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
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
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
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
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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]

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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.79.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.77]