رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۳، شماره پیاپی ۸۴، خرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(3), 2023

اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان شناختی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی

The effectiveness of metacognitive therapy on reducing psychological distress and alexithymia in patients with functional dyspepsia

ملیحه هاشمی
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
محمد کاظم عاطف وحید (نویسنده مسئول)
دانشیارمرکز تحقیقات بهداشت روان؛ عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
سعید ملیحی الذاکرینی
استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
آدیس کراسکیان موجمناری
استادیار، گروه روانشناسی، واحدکرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
علیرضا دلاوری
استاد، مرکز تحقیقات سرطان‌های گوارش و کبد، پژوهشکده بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

Maliheh Hashemi
Ph.D Student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Mohammad Kazem Atef Vahid*
Associate professor,Mental Health Research Center; Department of Clinical Psychology and Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health, (Tehran) Institue of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran- Iran. kazemv@yahoo.com
Saied Malihialzackerini
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Addis Kraskian Mojmanaree
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Alireza Delavari
Professor, GI Cancer Research Center-Digestive Diseases Research Institute-Tehran University Of Medical Sciences of Tehran, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روانشناختی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلابه سوء هاضمه عملکردی مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی در بازه زمانی ۱۴۰۱-۱۴۰۰بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از این بیماران بود که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس به هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه ۱۵ نفر به طور تصادفی اختصاص داده شد. گروه مداخله درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۴) را ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (DASS-21) و الکسی تایمیا تورنتو (TAS 20، ۱۹۹۴) جمع‌آوری شد. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد به طور کلی نمرات پریشانی روانشناختی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ همچنین تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۷۹)و پیش-آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۰/۶) معنادار است. در متغیر آلکسی تایمیا تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۸۹) و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۳/۷) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش پریشانی روانشناختی و آلکسی تایمیا است نتیجه‌گیری می‌شود این مداخله تا حد زیادی توانسته در کاهش پریشانی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *آلکسی تایمیا، پریشانی روانشناختی، درمان فراشناختی، سوء هاضمه عملکردی.*

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of metacognitive therapy in reducing psychological distress and alexithymia in patients with functional dyspepsia. This research was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population included all patients with functional dyspepsia referred to Shariati Hospital in the period of 2020-2021. The statistical sample included 30 of these patients who were selected purposefully. Then, 15 people were randomly assigned to each of the experimental and control groups. The intervention group received Wells's (2004) metacognitive therapy, 8 sessions of 45 minutes, and the control group was placed on the waiting list. Data were collected using psychological distress questionnaire (DASS-21) and Toronto alexithymia (TAS 20) (1994). The research data was analyzed by variance analysis with repeated measurements. The results showed that psychological distress scores generally decreased from the pre-test to the post-test and follow-up; Also, the difference between the pre-test and post-test stage (p>0.05, d=-8.79) and follow-up pre-test (p>0.05, d=-10.6) is significant. In the alexithymia variable, the difference between the pre-test and post-test stage (p<0.05, d=8.89) and the follow-up pre-test (p<0.05, d=13.7) is significant. It shows the effect of research intervention in reducing psychological distress and alexithymia, it can be concluded that this intervention has been effective in reducing distress and alexithymia in patients with functional dyspepsia.

Keywords: *Alexithymia, Psychological distress, Metacognitive therapy, Functional indigestion.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مرداد ۱۴۰۱** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

مقدمه

سوءهاضمه کنشی یا عملکردی[1] نشانه‌های یک اختلال مزمن دستگاه گوارش فوقانی است که نابهنجاری عضوی یا بیوشیمیایی آن را تبیین نمی‌کند. این نشانه‌ها شامل درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از شروع غذا خوردن، احساس پری معده، نفخ معده و تهوع هستند (جانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۲). هرچند سیر بیماری سوءهاضمه عملکردی با مرگ‌ومیر همراه نیست اما این بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد و از نظر اقتصادی نیز با هزینه‌های درمانی زیادی در جامعه همراه است (یین[3] و همکاران، ۲۰۲۲). هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مراقبت‌های بهداشتی ، ویزیت‌ها، دارو درمانگری و غیبت از کار در این بیماران چشمگیر است (میوا[4] و همکاران، ۲۰۲۲). التهاب ناشی از اسید و عفونت هلیکوباکتر پیلوری، کاهش تحرک معده پس از وعده غذایی، کاهش شلی قله معده، کاهش یا اختلال تخلیه معده، تغییرات ریتم الکتریکی معده، بازگشت غذا از معده به مری یا از دوازدهه از علل فیزیولوژیک بیماری سوءهاضمه عملکردی هستند (شاه [5]و همکاران، ۲۰۲۲).

در این میان نتایج پژوهشی حاکی از آن است که بین تحمل پریشانی و سوءهاضمه عملکردی رابطه‌ی معناداری وجود دارد (کلکسی[6] و همکاران، ۲۰۲۱). پریشانی روان‌شناختی وضعیتی هیجانی است که دربرگیرنده‌ی ناراحتی، ناامیدی، افسردگی و اضطراب است. این وضعیت یک تجربه‌ی پیوسته و غالباً ناهشیار از احساس نگرانی، تحریک‌پذیری و فشار روانی فراهم می‌سازد که رفتارهای آشکار و نا آشکار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هو[7] و همکاران، ۲۰۲۲). طبق تعریفی دیگر پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (ناگل[8] و همکاران، ۲۰۲۲). در بیماری سوءهاضمه عملکردی محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال که پاسخ بدن به استرس و پریشانی را تنظیم می‌کند مختل می‌شود (لاتیکا[9] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ همچنین اختلال عملکردی اعصاب سمپاتیک در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی برکنش معده‌ای- روده‌ای اثر می‌گذارد (مهاجرانی و همکاران، ۱۴۰۰).

اختلال سوءهاضمه ازجمله اختلالات روان‌تنی است که آشفتگی‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مبتلایان به این اختلال به‌خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، وجود دارد (ایگلسیاس- ایسکابی[10] و همکاران، ۲۰۲۲). شایع‌ترین اختلالات مشاهده‌شده در این بیماران، اختلالات اضطرابی (تومیناگا[11] و همکاران، ۲۰۱۸)، اختلالات خلقی (استریتا[12] و همکاران، ۲۰۲۱) و الکسی تایمی (کانی[13] و همکاران، ۲۰۱۹) است. الکسی تایمی از جمله متغیرهای مهم در سوءهاضمه عملکردی است (جونز[14] و همکاران، ۲۰۰۴). این اختلال نوعی صفت شخصیتی است که به‌صورت پایدار منشأ افسردگی، اضطراب و استرس به شمار می‌رود. بنابراین ارزیابی و توجه به این شاخص به‌عنوان عامل مؤثر در فرایند درمان بیماری‌های روان‌تنی همچون سوءهاضمه عملکردی ضروری به نظر می‌رسد (شریف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). الکسی تایمیا بیانگر ناتوانی در ابراز هیجانات است (تسیرو[15] و همکاران، ۲۰۲۲). این صفت که زمینه در مشکلات تنظیم هیجانی فرد دارد، به‌عنوان یک صفت شخصیتی مؤثر در سبب‌شناسی بیماری‌های روان‌تنی ازجمله سوءهاضمه است (کانو[16] و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات نشان می‌دهند که الکسی تایمیا در بعد دشواری در شناسایی احساسات، با افسردگی و اضطراب و شدت علائم گوارشی در بیماران

1- Functional dyspepsia(FD)
2 - Jung
3 - Yin
4 - Miwa
1- Shah
6 - Koloski
7 - Ho
8 - Nagel
9 - Latikka
10 - Iglesias-Escabi
11 - Tominaga
12 - Esterita
13 - Kani
14 - Jones
15 - Tsiori
16 - Kano

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

مبتلابه اختلالات گوارشی عملکردی رابطه مثبت و معناداری دارد (کانگ[1] و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین میزان الکسی تایمیا در بیماران گوارشی در مقایسه با بیماران روان‌پزشکی بیشتر است (ویگانو[2] و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان فراشناختی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگارانه تفکر و رفع فراشناخت‌های منفی بیماران در موردتوجه متمرکز روی علائم طبیعی برانگیختگی به آن‌ها این فرصت را می‌دهد که به گونه مؤثر و درعین‌حال متفاوت از شیوه‌های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اختلال روان‌تنی روبرو شوند (شاطالبی و حسن‌زاده، ۱۳۹۱)؛ با توجه به نبود درمان مشخص و همه‌جانبه برای این اختلال لزوم پژوهش در مورد درمان‌های جدید بر روی اختلال روان‌تنی ازجمله سوءهاضمه عملکردی کاملا مشخص است. درمان فراشناختی از جمله درمان‌های جدید است که اثربخشی آن بر اختلال‌های هیجانی روشن گردیده است (ولز[3] و همکاران، ۲۰۲۰). مداخله فراشناختی علاوه بر محتوای افکار بر فرایند پردازش اطلاعات، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون و چگونگی برون داد اطلاعات توجه فزاینده دارد و موجب تعمق و پایداری اثرات درمان می‌شود (برون[4] و همکاران، ۲۰۲۲).

فراشناخت به دانش درباره‌ی تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد اشاره دارد (مک اووی[5]، ۲۰۱۹). دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به‌عنوان نتیجه گواه فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است (تروشلاند[6] و همکاران، ۲۰۲۰). درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد؛ تأکید نمی‌کند (میلچیور[7] و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان سعی می‌کند فراشناخت‌هایی را که به شیوه ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی تکرارشونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد (بروون[8] و همکاران، ۲۰۲۲). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانمند کردن بیماران به‌گونه‌ای است که با افکارشان به‌نحوی متفاوت ارتباط برقرار کنند و گواه و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و اضطراب جلوگیری نمایند؛ یا به‌عبارت‌دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا سلف را از مکانیسم‌هایی که به‌صورت نگرانی بروز می‌نمایند؛ رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی‌ریزی کند (رابرتسون و استرودی[9]، ۲۰۲۰).

در این میان نتایج پژوهش جهانگیراد و همکاران (۲۰۲۲) و بونفیلز[10] و همکاران (۲۰۱۸) تأثیر درمان فراشناختی برافزایش تحمل پریشانی و نتایج پژوهش کیشون[11] و همکاران (۲۰۲۰)، یاووز و همکاران[12] (۲۰۱۹) و اسپیکر[13] (۲۰۱۸) تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش الکسی تایمیا را تائید کرده‌اند.

بررسی ارتباط علائم سوءهاضمه عملکردی با متغیرهای متعدد هدف کوشش‌های پژوهشی متفاوتی بوده است که به یافته‌های ارزشمندی منتهی شده‌اند؛ اما در این زمینه هنوز پرسش‌های فراوانی وجود دارند که ضرورت تدابیر جدید پژوهشی و در نظر گرفتن متغیرهای دیگر را به میان می‌آورند. تاکنون در ایران اثربخشی درمان فراشناختی بر روی اختلالات گوارشی و ازجمله سوءهاضمه عملکردی مورد بررسی قرار نگرفته است و با توجه به شیوع بالا و ماهیت ناتوان‌کننده این بیماری و تحمیل هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی و روانی زیاد و کاهش قابل‌توجه کیفیت زندگی مبتلایان و اثربخش بودن درمان فراشناختی روی سایر اختلالات روان‌تنی از جمله دیابت، آسم و ... انجام چنین پژوهشی جهت حصول نتایج مثبت جهت کاهش علائم جسمانی و روانی و تبعات آن در بیماران مبتلا می‌تواند مهم و ضروری باشد بنابراین با توجه به مطالب مطرح‌شده و اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلابه سوءهاضمه عملکردی بود.

1 - Kang
2 - Viganò
3 - Wells
4 - Brown
5 - McEvoy
6 - Thorslund
7 - Melchior
8 - Brown
9 - Robertson, Strodl
10 - Bonfils
11 - Kishon
12 - Yavuz
13 - Spicer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود جامعه آماری شامل بیماران مبتلابه سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان شریعتی بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این بیماران بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت جلسات ۸ جلسه‌ای ۹۰ دقیقه ای هفته‌ای یکبار قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل، سوء هاضمه عملکردی، سن ۲۰-۵۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه های درمانی و اعلام رضایتمندی و امکان شرکت در جلسات درمان در زمان اجرای پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمان، دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمانی بود. لازم به ذکر است که قبل از انجام پیش‌آزمون هدف پژوهش، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت‌کنندگان و رعایت اصل آزادی به اطلاع شرکت‌کنندگان رسید. پس از اعلام رضایت شرکت-کنندگان مبنی بر اینکه در هر مرحله از پژوهش در صورت عدم امکان و یا تمایل به همکاری از مطالعه خارج شوند؛ به آگاهی آزمودنی‌ها رسید که در صورت تشدید علائم گوارشی درنتیجه‌ی مداخلات روان‌درمانی موردنظر در بخش گوارش بیمارستان شریعتی برای مداوا به‌صورت رایگان ارجاع داده می‌شوند. پس از ورود آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی (DASS-21) و مقیاس ۲۰ ماده‌ای الکسی تایمیا تورنتو برای هر یک از آزمودنی‌ها تکمیل شد. پس از بررسی نمرات این پرسشنامه‌ها افرادی که نمرات یک انحراف استاندارد بالاتر و پایین‌تر از میانگین دریافت کردند وارد پژوهش شدند. داده‌های حاصل از پژوهش به‌منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد و داده‌ها با آخرین ویرایش نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس الکسی تایمیای تورنتو[1](TAS 20): این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور[2] ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی[3] و همکاران تجدیدنظر گردید و در بین روش‌های متفاوت سنجش الکسی تایمیا، پراستفاده‌ترین و احتمالاً معتبرترین مقیاس است. در این مقیاس، سازه‌ی الکسی تایمیا در سه زیر مقیاس دشواری تشخیص احساسات، دشواری توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری بیرونی، ارزیابی می‌شود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به‌این‌ترتیب حداقل و حداکثر نمره در این آزمون بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. افرادی که در این مقیاس نمره ۶۱ به بالا کسب کنند به‌عنوان افراد واجد الکسی تایمیای بالا مشخص می‌شوند. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله زمانی دو ماهه را (۰/۷۷) مناسب گزارش کردند (تیلور و بگبی ۲۰۰۴). روایی هم‌زمان مقیاس الکسی تایمیا تورنتو- ۲۰ برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های هوش هیجانی (r =۰/۴۵)، بهزیستی روان‌شناختی (r=۰/۵۱) و درماندگی روان‌شناختی (r=۰/۴۷) بررسی و مورد تائید قرار گرفت. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس الکسی تایمیا باهوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌های الکسی تایم یا و متغیرهای فوق نیز معنادار بود (تیلور و همکاران، ۲۰۰۴). در نمونه‌ی ایرانی پایایی همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ابعاد دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و تفکر برون مدار به پایایی و است شده گزارش ۰/۶۶ و ۰/۷۱، ۰/۷۵، ۰/۷۹ ترتیب باز آزمایی کل مقیاس و ابعاد دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و تفکر برون مدار در نمونه‌ی بالینی ایرانی به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۹، ۰/۷۳، ۰/۷۷ گزارش‌شده است. همچنین روایی هم‌زمان این مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۴۷ گزارش شد (شریف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). آلفای کرونباخ گزارش شده در پزوهش حاضر براب ر ۰/۹۰۱ بود.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (DASS-21[4]): این مقیاس توسط لوی بند و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی گردید و شامل سه مقیاس مجزای افسردگی، اضطراب و استرس است که هر مقیاس از ۷ ماده تشکیل‌شده است. ماده‌ها بر مبنای مقیاس ۴ درجه‌ای و در

1 - Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
2 - Taylor
3 - Bagby
4 - The Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

دامنه‌ای بین صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هر مقیاس بین صفر تا ۲۴ است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که مقیاس DASS همسویی درونی بالایی دارد و در مقیاس افسردگی بین ۹۷-۹۱، اضطراب بین ۹۲-۸۱ و استرس بین ۹۵-۸۸ است. همبستگی-های بین مقیاس دامنه‌ای شامل افسردگی- اضطراب (۷۱-۴۵)، اضطراب- استرس (۷۳-۶۵) و افسردگی- استرس (۷۹-۵۷) را در برمی‌گیرد. در پژوهشی بر روی دانشجویان، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک و DASS اجرا شد. همبستگی مقیاس اضطراب DASS با اضطراب بک ۰/۸۱ و با افسردگی بک ۰/۷۴ و با سیاهه استرس دانش آموزان ۰/۷۶ به دست آمد (لوی بند و لوی بند[1]، ۱۹۹۵). ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ بود. همچنین ضرایب بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته‌ای برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۰ محاسبه شد. روایی محتوا نیز که از سوی سه نفر روانشناس بالینی با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای برآورد گردید، در مورد هر دو مقیاس مناسب بود (ملکی بخشی و همکاران، ۱۴۰۰). صاحبی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود، پایایی مقیاس DASS-21 را از طریق محاسبه همسانی درونی و روایی آن را با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای هم‌زمان آزمون افسردگی بک، مقیاس اضطراب زونگ و استرس ادراک‌شده بررسی کردند؛ در کل، ضرایب پایایی و روایی به‌دست‌آمده بسیار رضایت‌بخش و در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار بود. همبستگی بین مقیاس افسردگی DASS با افسردگی بک ۰/۷۰ و بین اضطراب DASS با آزمون اضطراب زونگ ۰/۷۵ و بین مقیاس استرس DASS با آزمون استرس ادراک‌شده، ۰/۴۹ بود (به نقل ازملکی بخشی و همکاران، ۱۴۰۰). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۵۴ بود.

پروتکل درمان گروهی فراشناختی: مداخلات درمان گروهی فراشناختی برگرفته از درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۴) به نقل از محمودی و همکاران (۱۳۸۹) است. این جلسات شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای یکبار در هفته انجام شد که به قرار زیر است:

جدول ۱. مداخلات درمان گروهی فراشناختی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلالات روان‌تنی، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان در موقع لازم برای بیماران (چه زمانی درمان ضرورت می‌یابد؟)
دوم	ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌تنی، سبب‌شناسی اختلال روان‌تنی، بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال روان‌تنی، ارائه توضیحاتی در مورد درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌تنی
سوم	ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها
چهارم	شناسایی راهبردهای گواه فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای گواه فراشناختی مورداستفاده، جایگزین کردن راهبردهای گواه فراشناختی سودمندتر
پنجم	کاربرد فن فاصله گرفتن در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی (بیماران یاد بگیرند که با افکار خود همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد)
ششم	آشنا کردن بیماران با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نشخوارهای فکری مراجع، تحلیل فرایند سرکوب افکار به‌عنوان یک فرایند ناکارآمد و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علائم
هفتم	آشناسازی بیماران با سندرم شناختی-توجهی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه و آموزش این فن به بیماران
هشتم	آموزش فن متمرکز کردن توجه بر موقعیت به‌عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و درنهایت نتیجه‌گیری

یافته‌ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه درمان فراشناختی ۲/۱۱ ± ۳۲/۹و در گروه گواه ۳/۱۲± ۳۴/۴ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰ و حداکثر سن ۵۵ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر

1 - Lovibond, Lovibond

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین دو گروه از یکدیگر وجود نداشت و دو گروه ازنظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۳ ارائه‌شده‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کاهش پریشانی روان‌شناختی و آلکسی تایمیا در گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش (MCT)	۱۲/۵۳	۲/۱۶	۸/۷۳	۱/۲۸	۸/۵۳	۱/۱۸
	گواه	۱۲/۷۳	۱/۳۸	۱۲/۴۷	۱/۵۰	۱۲/۲۷	۱/۰۴
اضطراب	آزمایش (MCT)	۱۰/۳۳	۱/۶۳	۷/۵۸	۱/۳۵	۷/۵۰	۱/۵۰
	گواه	۱۰/۴۰	۱/۷۶	۱۰/۱۳	۱/۳۵	۱۰/۰۷	۱/۴۸
استرس	آزمایش (MCT)	۱۴/۲۰	۲/۲۷	۸/۱۳	۱/۰۶	۷/۸۷	۱/۱۸
	گواه	۱۴/۰۷	۱/۵۸	۱۴	۳/۷۸	۱۳/۹۳	۳/۲۸
آلکسی تایمیا	آزمایش (MCT)	۶۷/۳	۶/۹۴	۶۰/۹	۴/۳۴	۵۹/۳	۴/۰۹
	گواه	۶۶/۸	۵/۶۶	۶۷/۶	۶/۸۳	۶۸	۷/۲۱

چنانکه در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمرات در پیش‌آزمون پریشانی روان‌شناختی و آلکسی تایمیا در گروه آزمایش و گواه تقریباً باهم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش به‌مراتب کوچک‌تر از میانگین نمرات گروه گواه است. همچنین به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به‌کارگیری آزمون مناسب از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در افسردگی گروه آزمایش قبل از مداخله فرا شناختی ۱/۰۰۱ بعد از مداخله فراشناختی ۰/۵۵۰ و یک ماه پس از مداخله درمان ۰/۸۰۸ (p>۰/۰۵) بود . نتایج در افسردگی گروه گواه قبل از آزمون ۰/۵۲۱ بعد از آزمون ۱/۰۴۵ و یک ماه بعد از آزمون ۰/۸۰۱ (p>۰/۰۵) بود. نتایج در اضطراب گروه آزمایش قبل از مداخله فرا شناختی ۰/۸۴۸ بعد از مداخله فراشناختی ۰/۸۲۲ و یک ماه پس از مداخله درمان ۰/۷۱۸ (p>۰/۰۵) بود . نتایج در اضطراب گروه گواه قبل از آزمون ۰/۸۸۸ بعد از آزمون ۰/۶۱۲ و یک ماه بعد از آزمون ۰/۷۱۹ (p>۰/۰۵ بود . نتایج در استرس قبل از مداخله فرا شناختی ۰/۶۲۷ بعد از مداخله فراشناختی ۰/۵۳۱ و یک ماه پس از مداخله درمان ۰/۷۰۴ (p>۰/۰۵) بود و نتایج در استرس گروه گواه قبل از آزمون ۰/۹۴۲ بعد از آزمون ۱/۰۰۶ و یک ماه بعد از آزمون ۰/۱۰۶ (p>۰/۰۵) بود. نتایج آن در متغیر آلکسی تایمیا در گروه گواه قبل از آزمون ۰/۸۴۲ بعد از آزمون ۰/۷۶۵ و یک ماه بعد از آزمون ۰/۸۴۳ (p>۰/۰۵) و در گروه آزمایش قبل از آزمون ۰/۸۰۱ بعد از آزمون ۰/۹۱۵ و یک ماه بعد از آزمون ۰/۷۷۷ (p>۰/۰۵) بود بود. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس برای گروه فراشناختی از آزمون باکس استفاده شد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار می‌گیرد. کرویت ماچلی نیز برای این گروه برای هر سه زیر مؤلفه‌ی پریشانی روان‌شناختی و متغیر آلکسی تایمیا بزرگ‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد (p>۰/۰۵) که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون همگنی واریانس (کرویت موچلی) مقادیر معنی‌دار نیست، بنابراین همگنی واریانس‌ها در سه مرحله مطالعه تایید می‌گردد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ گزارش شد که نشان‌دهنده تایید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است.

جدول ۴. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
متغیر پریشانی روانشناختی و الکسی تایمیا	کرویت فرض شده	۱۸۵۶/۴	۵	۳۸۷/۳	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	گرین هاوس- گیسر	۱۸۵۶/۴	۱/۴۵	۱۲۸۶/۶	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	هوین- فلت	۱۸۵۶/۴	۱/۵۹	۱۲۰۷/۴	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

باند بالا	۱۸۵۶/۴	۱	۱۸۵۶/۴	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۶۳/۴ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با مراحل، گروه‌بندی و تعامل متقابل در گروه‌های مورد پژوهش

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری	توان آزمون
افسردگی	بین آزمودنی‌ها	۱۴۶/۹۴۴	۱	۱۴۶/۹۴۴	۴۷/۴۵۰**	۰/۶۲۹	۰/۰۰۱	۱
	R (سطرها: (درمان فراشناختی و گواه)							
	S/R (خطا ۱)	۸۶/۷۱۱	۲۸	۳/۰۹۷	-	-	-	-
	درون آزمودنی‌ها	۷۴/۸۱۷	۱	۷۴/۸۱۷	۳۸/۱۸۱**	۰/۵۷۷	۰/۰۰۱	۱
	C (ستون‌ها:پیش‌آزمون- پس آزمون-پیگیری)							
	C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۴۶/۸۱۷	۱	۴۶/۸۱۷	۲۳/۸۹۲**	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
	C*S/R (خطا۲)	۵۴/۸۶۷	۲۸	۱/۹۶۰	-	-	-	-
اضطراب	بین آزمودنی‌ها	۶۵/۸۷۸	۱	۶۵/۸۷۸	۱۶/۲۱۲**	۰/۳۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
	R (سطرها: (درمان فراشناختی و گواه)							
	S/R (خطا ۱)	۱۱۳/۷۷۸	۲۸	۴/۰۶۳	-	-	-	-
	درون آزمودنی‌ها	۳۶/۸۱۲	۱	۳۶/۸۱۲	۱۸/۴۵۲**	۰/۳۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۶
	C (ستون‌ها:پیش‌آزمون- پس آزمون-پیگیری)							
	C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۲۲/۸۱۷	۱	۲۲/۸۱۷	۱۱/۴۳۶**	۰/۲۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
	C*S/R (خطا۲)	۵۵/۸۶۷	۲۸	۱/۹۹۵	-	-	-	-
استرس	بین آزمودنی‌ها	۳۴۸/۱۰۰	۱	۳۴۸/۱۰۰	۴۰/۱۴۳**	۰/۵۸۹	۰/۰۰۱	۱
	R (سطرها: (درمان فراشناختی و گواه)							
	S/R (خطا ۱)	۲۴۲/۸۰۰	۲۸	۸/۶۷۱	-	-	-	-
	درون آزمودنی‌ها	۱۵۶/۳۳۲	۱	۱۵۶/۳۳۲	۳۹/۰۱۸**	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱	۱
	C (ستون‌ها:پیش‌آزمون- پس آزمون-پیگیری)							
	C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۱۴۴/۱۵۰	۱	۱۴۴/۱۵۰	۳۵/۸۶۷**	۰/۵۶۲	۰/۰۰۱	۱
	C*S/R (خطا۲)	۱۱۲/۵۳۳	۲۸	۴/۰۱۹	-	-	-	-
آلکسی تایمیا	بین آزمودنی‌ها	۵۵/۸۷۹	۱	۵۵/۸۷۸	۱۵/۲۱۲**	۰/۴۱۸	۰/۰۰۱	۱
	R (سطرها: (درمان فراشناختی و گواه)							
	S/R (خطا ۱)	۱۲۳/۶۷۳	۲۸	۵/۱۶۴	-	-	-	-
	درون آزمودنی‌ها	۴۳/۷۱۵	۱	۴۳/۷۱۵	۱۶/۴۶۲**	۰/۵۱۶	۰/۰۰۱	۱
	C (ستون‌ها:پیش‌آزمون- پس آزمون-پیگیری)							
	C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۲۳/۷۱۴	۱	۲۳/۷۱۴	۱۳/۴۱۰**	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱	۱
	C*S/R (خطا۲)	۴۹/۷۱۵	۲۸	۲/۷۸۶	-	-	-	-

** P<۰/۰۵ ،** P>۰/۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. به‌طور مشخص درکنش متقابل سطر و ستون برای افسردگی ($F=۲۳/۸۹۲$, $P<۰/۰۱$, $Eta^2=۰/۴۶۰$)، اضطراب ($F=۱۱/۴۳۶$, $P<۰/۰۱$, $Eta^2=۰/۲۹۰$)، استرس ($F=۳۵/۸۶۷$, $P<۰/۰۱$, $Eta^2=۰/۵۶۲$) و برای آلکسی تایمیا ($F=۱۳/۴۱۰$, $P<۰/۰۱$, $Eta^2=۰/۳۱۴$)، به‌دست‌آمده است. درنتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات پریشانی روان‌شناختی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلابه سوءهاضمه عملکردی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه پریشانی روانشناختی و آلکسی تایمیا در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
پریشانی روانشناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۷۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۰/۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۸۹	۰/۰۰۱
آلکسی تایمیا		پیگیری	-۱۳/۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات پریشانی روانشناختی بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر درمان فراشناختی بر این متغیر است؛ به طوری‌که تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۷۹)و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۰/۶) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش این متغیر است. همچنین در متغیر آلکسی تایمیا تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۸۹) و پیش-آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۳/۷) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش آلکسی تایمیا است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون نوعی ایران و همکاران (۱۴۰۰)، جهانگیراد و همکاران (۲۰۲۲) و بونفیلز و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت: درمان فراشناختی به‌واسطه به‌کارگیری فن‌های مختلفی ازجمله توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی و چالش با باورهای گواه ناپذیری نگرانی و چالش با باورهای فراشناختی مربوط به خطر به افراد مبتلابه اختلالات روان‌تنی ازجمله بیماران مبتلابه سوءهاضمه عملکردی کمک می‌کند تا آگاهی‌شان از فرایندهای فراشناختی افزایش یابد و فرایند نگرانی و نشخوار فکری را که به‌عنوان روشی برای مقابله با هیجانات منفی و اضطراب استفاده می‌کنند را قطع کنند و باورهای فراشناختی مثبت و منفی آن‌ها درباره نشخوار فکری و نگرانی درباره سلامت جسمانی در آینده به چالش کشیده می‌شود و اصلاح می‌شود و درنتیجه باهدف قرار دادن فرایندهای نشخوار فکری و نگرانی دوره‌های اضطراب را کاهش می‌دهد (جهانگیراد و همکاران، ۲۰۲۲). در این درمان درمانگر به بیمار آموزش می‌دهد هرگاه افکار یا علائم مزاحم (مثل افزایش برانگیختگی ناگهانی) را تجربه کرد، باید از وقوع آن‌ها آگاه شود و با خودش بگوید الآن در مورد رویداد آسیب‌زا اندیشناک نباش، نگران نباش و علائم را تحلیل نکن، فقط اجازه بده علائم به‌وقت خودشان ناپدید شوند (ایران و همکاران، ۱۴۰۰).

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد درمان فراشناختی بر کاهش الکسی تایمیا در بیماران مبتلابه سوءهاضمه عملکردی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون کیشون و همکاران (۲۰۲۰)، یاووز و همکاران (۲۰۱۹) و اسپیکر (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: الکسی تایمیا به‌نوعی با نحوه پردازش هیجانی در بیماران مبتلابه اختلالات روان‌تنی ازجمله سوءهاضمه عملکردی مرتبط است به‌گونه‌ای که در سبک پردازش شناختی و تنظیم هیجانات این بیماران نارسایی وجود دارد درواقع در افراد مبتلابه سوءهاضمه عملکردی از سبک پردازش عینی در تجارب و موقعیت‌های بین فردی مختلف استفاده می‌شود؛ به‌گونه‌ای که به دلیل استفاده از این سبک پردازشی نمی‌توانند در هشیاری خودبین وقایع و افکار و ادراک‌های درونی و بیرونی تمایز قائل شوند. ما در درمان فراشناختی از طریق پرورش سبک پردازش فراشناختی افراد می‌آموزند که افکار و هیجانات می‌توانند به‌عنوان وقایعی جدا از خویشتن و جهان تجربه شوند و با تجارب درونی به شیوه‌ی دیگری رابطه برقرار کنند که این مهارت از طریق تمرین در این رویکرد درمانی تقویت و توسعه می‌یابد (اسپیکر، ۲۰۱۸).

بعلاوه یکی از مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با مشکلات هیجانی در افراد باورهای فراشناختی مثبت و منفی است که باورهای فرد در مورد دیگران، هیجانات، خاطرات و احساسات مختلف است و این باورها می‌توانند روی پاسخ و رفتارهای افراد ، افکار و هیجانات و همچنین خودتنظیمی آن‌ها اثرگذار باشند بنابراین شناسایی باورهای فراشناختی مثبت و منفی این بیماران در مورد افکار و هیجانات مختلف

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

تجربه‌شده و به چالش کشیدن و اصلاح این باورها با به‌کارگیری فن‌های مختلفی ازجمله ذهن آگاهی و ...که در درمان فراشناختی بکار گرفته می‌شود می‌تواند اثر قابل‌توجهی در کاهش الکسی تایمیا در این بیماران داشته باشد (کیشون و همکاران، ۲۰۲۰).

درمجموع نتایج این مطالعه نشان داد پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا در گروه درمان فراشناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب کم‌تر از گروه گواه است و این مداخله تا حد زیادی توانست پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا را کاهش دهند و ازاین‌رو می‌تواند در درمان پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا در گروه مورد مطالعه به کار گرفته شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم پایین نمونه و عدم ارزیابی شدت اختلال بر اساس ابزار کمی اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی جهت بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به سوءهاضمه عملکردی، بهره برد.

منابع

شاطالبی، ا؛ حسن‌زاده، ر. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم شناختی بیماران مبتلابه اختلال روان‌تنی. *چهارمین کنگره بین المللی سایکوسوماتیک*. https://civilica.com/doc/188491

شریف‌زاده، ا؛ سوداگر، ش؛ صیرفی، م.ر؛ افضل آقایی، م. (۱۳۹۷). نقش میانجی استرس، اضطراب و افسردگی در رابطه بین آلکسی تایمی و سوء هاضمه عملکردی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۲)، ۳۰۲- ۲۰۶. http://ensani.ir/file/download/article/1560858940-9494-97-2-12.pdf

محمودی، م؛ گودرزی، م.ع؛ تقوی، س.م؛ رحیمی، چ. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر فراشناخت بر علائم اختلال هراس اجتماعی، بررسی تک آزمودنی. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۳)، ۶۳- ۴۱. https://jfmh.mums.ac.ir/article_1045

مهاجرانی، س؛ عیسی‌زادگان، ع؛ سلیمانی، ا؛ خرم، ز. (۱۴۰۰). رابطه‌ی پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی سوء هاضمه عملکردی با نقش میانجی‌گری تصاویر ذهنی مرتبط با درد، حساسیت احشایی، فاجعه آفرینی درد و خودکارآمدی درد. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۶)، ۱۱۳-۹۸. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1279-fa.html

Bonfils, K. A., Minor, K. S., Leonhardt, B. L., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatry research*, *265*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.042

Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(1), 131-146. https://doi.org/10.1002/cpp.2633

Esterita, T., Dewi, S., Suryatenggara, F. G., & Glenardi, G. (2021). Association of Functional Dyspepsia with Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, *30*(2). https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true

Ho, C. Y., Ben, C. L., & Mak, W. W. (2022). Nonattachment mediates the associations between mindfulness, well-being, and psychological distress: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*, 102175. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102175

Iglesias-Escabi, I. M., Kleesattel, D., McDaniel, L. S., Reuther, E., LeBlanc, C., Hyman, P. E., & Santucci, N. R. (2022). Effect of Mirtazapine on Nausea in Children with Functional Nausea and Functional Dyspepsia Postprandial Distress Syndrome. *Pediatric Drugs*, *24*(2), 155-161. https://doi.org/10.1007/s40272-022-00494-2

Jahangirrad, M., Kraskian-Mujmenari, A., & Nasseri-Moghaddam, S. (2022). A Comparative Study on the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 29-36. https://www.ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/294

Jones, M. P., Schettler, R. A., Olden, K., & Crowell, M. D. (2004). Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. *Psychosomatics*, *45*(6), 508-516. https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.6.508

Jung, K., Jung, H. K., Kwon, J. G., Tae, C. H., Bang, K. B., Park, J. K., ... & Choi, M. G. (2022). Development and Validity Assessment of a Self-evaluation Questionnaire for Functional Dyspepsia: A Multicenter Prospective Study in Korea. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, *28*(1), 111-120. https://doi.org/10.5056/jnm20250

Kang, S. G., Kim, H. J., Lee, S. Y., Cha, M. J., & Hwang, H. H. (2002). A Study of Anger, Alexithymia, and Depression in the Functional Dyspepsia. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, *23*(7), 881-889. https://www.kjfm.or.kr/journal/view.php?year=2002&vol=23&spage=881

Kani, H. T., Dural, U., Sakalli Kani, A., Yanartas, O., Kiziltas, S., Yilmaz Enc, F., ... & Imeryuz, N. (2019). Evaluation of depression, anxiety, alexithymia, attachment, social support and somatization in functional dyspepsia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *29*(1), 45-51. https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1480081

Kano, M., Endo, Y., & Fukudo, S. (2018). Association between alexithymia and functional gastrointestinal disorders. *Frontiers in psychology*, *9*, 599. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00599

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]

Kishon, R., Geronazzo-Alman, L., Westphal, M., Chen, Y., Green, D., Sarda, A., ... & Hollon, S. D. (2020). Psychological Mindedness and Alexithymia Predict Symptom Reduction in Cognitive Behavior Therapy for Major Depressive Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *13*(4), 287-302. https://doi.org/10.1007/s41811-019-00062-6.

Koloski, N., Jones, M., Walker, M. M., Veysey, M., Zala, A., Keely, S., ... & Talley, N. J. (2019). Population based study: atopy and autoimmune diseases are associated with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome, independent of psychological distress. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *49*(5), 546-555. https://doi.org/10.1111/apt.15120

Latikka, R., Koivula, A., Oksa, R., Savela, N., & Oksanen, A. (2022). Loneliness and psychological distress before and during the COVID-19 pandemic: Relationships with social media identity bubbles. *Social Science & Medicine*, *293*, 114674.

McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Current psychiatry reports*, *21*(5), 1-9. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1014-3

Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *20*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s13063-019-3381-9

Nagel, E. M., Howland, M. A., Pando, C., Stang, J., Mason, S. M., Fields, D. A., & Demerath, E. W. (2022). Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: A narrative review. *Clinical therapeutics*, *44*(2), 215-227. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.11.007.

Robertson, S., & Strodl, E. (2020). Metacognitive therapy for binge eating disorder: A case series study. *Clinical Psychologist*, *24*(2), 143-154. https://doi.org/10.1111/cp.12213

Shah, A., Fairlie, T., Brown, G., Jones, M. P., Eslick, G. D., Duncanson, K., ... & Holtmann, G. (2022). Duodenal eosinophils and mast cells in functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2022.01.014

Spicer, L. C. (2018). *Exploring the relationship between alexithymia and empathy: The role of emotion recognition and metacognitive ability* (Doctoral dissertation, University of Tasmania). https://eprints.utas.edu.au/31163/

Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2004). "New trends in alexithymia research". Psychother Psychosom; 73(2): 68-77. https://doi.org/10.1159/000075537

Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(4), 625-645. https://doi.org/10.1002/jclp.22914

Tominaga, K., Sakata, Y., Kusunoki, H., Odaka, T., Sakurai, K., Kawamura, O., ... & Arakawa, T. (2018). Rikkunshito simultaneously improves dyspepsia correlated with anxiety in patients with functional dyspepsia: a randomized clinical trial (the DREAM study). *Neurogastroenterology & Motility*, *30*(7), e13319. https://doi.org/10.1111/nmo.13319

Tsiori, S., Rompoti, N., Kontoangelos, K., Papageorgiou, C., Papageorgiou, C., Stratigos, A., & Rigopoulos, D. (2022). Psychopathology and Alexithymia in Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis: Development of a Novel Index with Prognostic Value. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 4029. https://doi.org/10.3390/ijerph19074029

Viganò, C. A., Beltrami, M. M., Bosi, M. F., Zanello, R., Valtorta, M., & Maconi, G. (2018). Alexithymia and psychopathology in patients suffering from inflammatory bowel disease: arising differences and correlations to tailoring therapeutic strategies. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 324. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00324

Weber, H. C. (2022). Irritable bowel syndrome and diet. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, *29*(2), 200-206. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000720

Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Davies, L., Heagerty, A., ... & Capobianco, L. (2020). Establishing the feasibility of group metacognitive therapy for anxiety and depression in cardiac rehabilitation: a single-blind randomized pilot study. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 582. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00582

Yavuz, M., Altan, B., Bayrak, B., Gündüz, M., & Bolat, N. (2019). The relationships between nomophobia, alexithymia and metacognitive problems in an adolescent population. *The Turkish journal of pediatrics*, *61*(3), 345-351. https://doi.org/10.24953/turkjped.2019.03.005

Yin, T., Zheng, H., Ma, T., Tian, X., Xu, J., Li, Y., ... & Zeng, F. (2022). Predicting acupuncture efficacy for functional dyspepsia based on routine clinical features: a machine learning study in the framework of predictive, preventive, and personalized medicine. *EPMA Journal*, *13*(1), 137-147. https://doi.org/10.1007/s13167-022-00271-8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8]