

اثر بخشی مدیریت استرس بر علائم سوء هاضمه ی عملکردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی

یداله زرگر^۱، زهرا دهقانی زاده^۲، مهناز مهربابی زاده هنرمند^۳، احمد کدخدائی^۴

^۱استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۲پژوهشگر، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۳استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۴استادیار، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

سوء هاضمه عملکردی از اختلالات گوارشی شایع، ناتوان کننده و پرهزینه است. اطلاعات اندکی در خصوص نقش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر درمان علائم سوء هاضمه در دسترس است. هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی در بیماران دارای سوء هاضمه عملکردی مراجعه کننده به کلینیک های گوارشی شهر اهواز بوده است.

روش بررسی:

نوع پژوهش در این مطالعه، نیمه تجربی و به روش کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. تعداد نمونه ها ۳۰ بیمار با سوء هاضمه عملکردی بودند که براساس ملاک های تشخیصی Rome-III انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

یافته ها:

تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ علائم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی، هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پیگیری به دست آمد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری:

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری یک مدل درمانی قابل اعتمادی برای بهبودی نشانه های گوارشی و کیفیت زندگی در بیماران سوء هاضمه عملکردی است.

کلید واژه: سوء هاضمه عملکردی، کیفیت زندگی، مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، ایران

گوارش/ دوره ۱۷، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۱/ ۱۵۵-۱۴۸

زمینه و هدف:

امر افت یا کاهش کیفیت زندگی در بیماران دارای این بیماری هاست که به مراکز ارجاعی مراجعه می کنند. (۱ و ۲) گفتنی است که بررسی سیستماتیک این موضوع و نقش این بیماری ها در کیفیت زندگی بیماران به خوبی انجام نگرفته است. (۱) سوء هاضمه عملکردی، نشانه ی نوعی اختلال مزمن دستگاه گوارش فوقانی است که نابهنجاری عضوی یا بیوشیمیایی آن را تبیین نمی کند. این نشانه ها شامل درد یا ناراحتی در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از شروع غذا خوردن، احساس پری معده، نفخ معده، بی اشتها، آروغ زدن مکرر و تهوع هستند و در آندوسکوپی شواهدی از زخم وجود ندارد. (۳-۵) شیوع سوء هاضمه در اهداکنندگان خون ایران مشابه زخم و شایع تر از سوء هاضمه ناشی از اختلال حرکتی (۷۷/۳٪ در برابر ۲/۸٪) است. هم چنین سوء هاضمه ی مشابه اختلال حرکتی در زنان بیشتر از مردان بوده و نتایج به دست آمده مشابه ژاپن و بسیاری از کشورهای اروپایی می باشد. (۶) در مطالعه جمعیت عمومی تهران

بیماری های عملکردی گوارش، از جمله سوء هاضمه ی عملکردی^۱ بیماری های غیر مخاطره آمیز زندگی هستند که نقش مهمی در فعالیت های روزانه، فعالیت های اجتماعی و شرایط روانشناختی فرد دارند. نتیجه ی این

نویسنده مسئول: زهرا دهقانی زاده

اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
 تلفن و نمابر: ۰۷۱۱-۸۳۴۱۶۷۴

پست الکترونیک: zdehghanizade67@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۲۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۵

1. Functional Dyspepsia

بر علائم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی است. در راستای تحقق هدف پژوهش، این سؤال مطرح است که آیا مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر دارد؟

روش بررسی:

نوع مطالعه حاضر نیمه تجربی و به روش کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران گوارشی مراجعه کننده به کلینیک های گوارشی شهر اهواز بود که توسط پزشک فوق تخصص گوارش پس از بررسی های بیوشیمیایی، آندوسکوپی و سونوگرافی و رد هر نوع بیماری عضوی گوارشی، تشخیص سوء هاضمه عملکردی داده شدند. سپس براساس مصاحبه بالینی ۳۰ نفر از بیماران با تشخیص سوء هاضمه عملکردی در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و مایل به شرکت در طرح به عنوان نمونه انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. تمامی آزمودنی ها در هر دو گروه در بدو ورود و قبل از مداخلات آزمایشی، در مرحله پیش آزمون، شاخص NDI جهت ارزیابی علائم و کیفیت زندگی در بیماران سوء هاضمه عملکردی را تکمیل کردند. در پایان مداخلات درمانی و مرحله پس آزمون، یعنی ۱۰ هفته جلسات درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در گروه آزمایش، به منظور تأثیر روش درمانی، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه را تکمیل کردند. هم چنین به منظور پیگیری آثار درمانی، همه آزمودنی ها یک ماه پس از پایان مطالعه پرسشنامه ی مذکور را تکمیل کردند. ابزار پژوهش: ابزار اندازه گیری در این پژوهش ارزیابی متخصص گوارش و استفاده از پرسشنامه می باشد. در پژوهش حاضر جهت جمع آوری داده ها، از یک پرسشنامه که شامل دو بخش است، استفاده شد که عبارت از: شاخص NDI جهت ارزیابی علائم و کیفیت زندگی در بیماران سوء هاضمه عملکردی: شاخص بررسی بیماری، شاخص معتبر NDI بود که توسط تالی و همکاران در سال ۱۹۹۹ جهت ارزیابی علائم و کیفیت زندگی در بیماری سوء هاضمه عملکردی طراحی شده است. (۲۶) این شاخص شامل دو بخش است: ۱- نمره ی علائم: در این بخش از پرسشنامه، علائمی که ارزیابی می شود عبارتند از: درد در قسمت فوقانی شکم، ناراحتی معده، تهوع، استفراغ، سوزش سردل، نفخ، احساس سیری زودرس، احساس سنگینی بعد از خوردن غذا و باد گلوئی بیش از حد. نمره برای ۹ علامت بیماری، از محاسبه ی «فراوانی + شدت + پرزحمت/ پر دردسر بودن» به دست می آید و نمره گذاری هر کدام از این سه عبارت، براساس مقیاس لیکرت درجه بندی می شود. پاسخ های ارائه شده به هر یک از سؤال ها در یک مقیاس ۰ تا ۵ درجه ای از میزان ناراحتی «هیچ» تا «خیلی شدید» مشخص می گردد. ۲- نمره ی کیفیت زندگی: این بخش دارای ۲۵ پرسش درباره ی

شیوع سوء هاضمه ۸/۵٪ (۷)، در جمعیت عمومی شیراز ۲۹/۹٪ (۸)، در جمعیت عمومی تبریز بین ۳۹۸۳ فرد بررسی شده، ۲/۹٪ سوء هاضمه داشتند (۹) و هم چنین در کشورهای در حال توسعه شیوع سوء هاضمه ۱۵ تا ۳۰ درصد تخمین زده شده است. (۱۰)

شواهد روبه افزایش نشان دهنده ی نقش کلیدی فرآیندهای روانی بر سوء هاضمه عملکردی است. (۱۱ و ۱۲) هر چند سیر بیماری سوء هاضمه عملکردی با مرگ و میر همراه نیست، نهایتاً مسئله ای که مهم است این است که این بیماری به طور مشخص بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می گذارد و از نظر اقتصادی نیز با هزینه های درمانی زیادی در جامعه همراه است. (۱۶-۱۳) از طرف دیگر، سوء هاضمه عملکردی نوعی از اختلال روان- تنی است که برخی پژوهش ها، «جسمانی سازی پایدار» را در این بیماران تأیید کرده اند. (۱۷ و ۱۸) اختلالات جسمانی ساز گوارشی عملکردی با اختلالات روانپزشکی همبندی دارند. (۲۱-۱۹) از این رو، نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی در شدت علائم و همراه بودن اختلالات روانشناختی در بیماران سوء هاضمه عملکردی محققین روانشناسی را به استفاده از درمان های مکمل، جایگزین و روانشناختی علاقه مند کرد. (۲۲) لی و همکاران (۱۴) در پژوهش خود دریافتند، نشانه های فردی مرتبط با اختلالات حرکتی معده و حساسیت احشایی تحت تأثیر عوامل استرس زای روانشناختی، می تواند منجر به سوء هاضمه ی عملکردی گردد، و بنابراین، مداخلات گسترده از قبیل روان درمانی یا شناخت درمانی ممکن است در کاهش نشانه های سوء هاضمه در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی اثربخش باشد. در پژوهشی در یک کارآزمایی بالینی تصادفی ۲۸ بیمار مقاوم به درمان با تشخیص قطعی سوء هاضمه را طی ۷ جلسه تحت آموزش کنترل استرس قرار دادند. یافته های این پژوهش تأیید کرد که ترکیبی از مداخلات روانشناختی مبتنی بر کاهش استرس و درمان های معمول طبی یک رویکرد موفق در درمان بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی می تواند باشد. (۲۳)

درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به خانواده ای از درمان های مدیریت استرس اطلاق می شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد. (۲۴) ماهادوا و گاه (۲۵)، در پژوهشی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در ۸۳۹ بیمار مبتلا به سوء هاضمه عملکردی و سوء هاضمه جسمی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی در مقایسه با بیماران مبتلا به سوء هاضمه سمی کمتر بود. با توجه به این نکته که استرس از جمله عوامل مؤثر بر علائم و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی است و از سوی دیگر مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد، لذا هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری

و در مرحله ی پیگیری (۶۴/۲۰) است. با توجه به این که در این مطالعه دو متغیر وابسته (علایم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی) وجود دارد، استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بهترین روش آماری برای این پژوهش است. از این نظر قبل از اجرای روش مانکوا باید آزمون لوین در مورد یکسانی کواریانس و واریانس ها، فرض خطی بودن، همخطی چندگانه و همگنی شیب خط رگرسیون اجرا شود. نتایج آزمون لوین نشان داد پیش فرض همسانی واریانس های مربوط به متغیرهای وابسته در دو گروه باقی می ماند. هم چنین فرض خطی بودن، همخطی چندگانه و همگنی شیب خط رگرسیون را دارا بودند. بنابراین با توجه به یکسانی حجم نمونه ها می توان از مانکوا (MANCOVA) استفاده کرد.

مندرجات جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (علایم سوء هاضمه ی عملکردی و کیفیت زندگی) بین دو گروه، تفاوت معنی داری هست. جهت پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است. به علاوه، ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۸۷ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله ی آزمایشی است. توان آماری آزمون نیز برابر با ۱ می باشد، یعنی احتمال خطای نوع دوم صفر است.

با توجه به مندرجات جدول ۴، در ستون مربوط به معنی داری مشاهده میشود که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیر علایم سوء هاضمه ی عملکردی در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. هم چنین تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. به علاوه، ضریب اندازه اثر نشان میدهد، ۷۷ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر علایم سوء هاضمه ی عملکردی و ۸۴ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر کیفیت زندگی، مربوط به مداخله ی آزمایشی است. توان آماری آزمون نیز برابر با ۱ میباشد، یعنی احتمال خطای نوع دوم صفر است. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمره های پیگیری علایم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی بیماران نشان داد، در کلیه آزمونها (اثر پیلای، لامبدا و لیکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی $F = 58/52$ و $P < 0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این نکته که بین دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ کدام متغیر تفاوت معنی داری وجود دارد، دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت و نتایج حاصل از آن نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله ی پیگیری، از لحاظ متغیر علایم سوء هاضمه ی عملکردی در سطح ($F = 64/25, P < 0/001$) معنی دار است. هم چنین تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در سطح ($F = 121/17, P < 0/001$) معنی دار می باشد. به علاوه، ضریب اندازه اثر نشان داد، ۷۱ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر علایم

کیفیت زندگی بیماران است که در زمینه ی اضطراب، تنش، مداخله در امور زندگی، خوردن، نوشیدن، دانش و آگاهی در مورد کنترل بیماری، کار و مطالعه طراحی شده است. در پژوهشی (۲۷)، پایایی شاخص NDI را از طریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه ی $0/76 - 0/70$ و روایی آن با استفاده از ضریب همبستگی در نمره علایم، در دامنه ی $0/83 - 0/71$ گزارش کردند. در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی این پرسش نامه، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی $0/84$ برای بخش علایم و برای بخش کیفیت زندگی $0/94$ به دست آمد. در پژوهش حاضر روایی بخش علایم با مقیاس ارزیابی کلی علائم (GOS) همبسته شده است که با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن برابر $0/58$ به دست آمد. هم چنین برای همبسته کردن بخش کیفیت زندگی از پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، $0/71$ به دست آمد.

مداخله

مدیریت استرس به شیوه ی شناختی- رفتاری که در این پژوهش از آن استفاده شد مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی (هر جلسه ۲ ساعت و هفته ای یک بار) می باشد که در مورد گروه آزمایش اعمال شد. این نوع روان درمانی از طرح آنتونی، ایرونسون و اشنایدن (۲۰۰۷)، ترجمه گرفته شده است. (۲۸) شرح مختصری از موضوعات هر جلسه در جدول ۱ آورده شده است. داده های آماری نیز از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت. روش های آماری مورد استفاده شامل آمار توصیفی جهت مقدمه استفاده از آمار استنباطی و تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) و تحلیل کواریانس یک متغیری (ANCOVA) بود.

یافته ها:

یافته های پژوهش نشان داد، میانگین سنی کل بیماران $82/76$ سال بود. ۶۲ نفر زن و ۴ نفر مرد بودند. ۴۱ نفر مجرد و ۶۱ نفر متأهل بودند. وضعیت تحصیلی بیشتر آن ها در حد فوق دیپلم و کارشناسی بود ($33/3$ درصد). جدول ۱ مقایسه میانگین تغییرات نشانه های گوارشی و کیفیت زندگی را در دو گروه آزمودنی در پیش آزمون، پس آزمون و یک ماه پیگیری نشان می دهد.

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره های علایم در مرحله ی پیش آزمون ($53/66$)، در مرحله ی پس آزمون ($20/86$) و در مرحله ی پیگیری ($18/13$) است. هم چنین، در گروه کنترل، میانگین نمره های علایم در مرحله ی پیش آزمون ($55/93$)، در مرحله ی پس آزمون ($57/80$) و در مرحله ی پیگیری ($56/53$) است. در گروه آزمایش، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله ی پیش آزمون ($62/20$)، در مرحله ی پس آزمون ($21/46$) و در مرحله ی پیگیری ($18/53$) می باشد. هم چنین، در گروه کنترل، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله ی پیش آزمون ($62/33$)، در مرحله ی پس آزمون ($63/80$)

جدول ۱: مراحل مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری

| جلسه | عناوین | تکنیک های آموزشی |
|-------|---|---|
| اول | معرفی برنامه، استرس زها و پاسخ های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی | معرفی رهبر گروه، ارائه ی اطلاعات کلی برنامه و هدف، توضیح اصل رازداری، بررسی استرس زها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای |
| دوم | آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی | آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، تکمیل چک لیست نشانه های استرس، مرور تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه های جسمی استرس |
| سوم | تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات | معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه ها و تأثیرات استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر |
| چهارم | تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی | ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (به این معنی که هیچ ماهیچه ای را منقبض نمی کنند) همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی |
| پنجم | آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی | معرفی آموزش خودزاد و ارائه ی دستورالعمل های آن، اجرای آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، معرفی گام های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی |
| ششم | آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابله ی کارآمد | مرور تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث در مورد یکپارچه کردن مدیریت استرس و آرمیدگی، ارائه ی تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابله ی کارآمد و ناکارآمد، بحث در مورد راهبردهای مقابله ای |
| هفتم | آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای، اجرای پاسخ های مقابله ای مؤثر | اجرای تمرین خودزادها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقای های مثبت، اجرای مراقبه ی نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی گام های مقابله ای مؤثر، انجام تمرین مقابله ی کارآمد، معرفی تکنیک نرم کردن برای استرس زهای طاق و فرسا و انجام تمرین آن |
| هشتم | مراقبه ی مانترا، مدیریت خشم | معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه مانترا، بحث در مورد فواید تمرین منظم، بحث در مورد مفهوم خشم و پاسخ های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث در مورد خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم |
| نهم | مراقبه ی شمارش تنفس، آموزش ابرازگری | اجرای مراقبه شمارش تنفس و مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک های بین فردی، بحث در مورد موانع رفتار ابرازگونه، ارائه مؤلفه های ارتباط ابرازگرانه، بحث در مورد استفاده از حل مسئله برای تعارض ها، بررسی گام های رفتار ابرازگرانه تر |
| دهم | تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور برنامه | مرور تمرین های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنه ساحل و مراقبه شمارش تنفس، بحث در مورد حمایت اجتماعی و فواید آن، بحث در مورد موانع حفظ اجتماعی، آموزش تکنیک های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی |

بود. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، موجب کاهش علائم گوارشی سوء هاضمه عملکردی و افزایش کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. هم چنین، این تفاوت در مرحله پیگیری یک ماهه پایدار بود. مطالعات اندکی در خصوص تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوء هاضمه عملکردی منتشر شده اند. نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات بسیاری همسو است. (۲۹ و ۲۳) دروسمن (۱۹۹۵) نشان داد که درمان های شناختی- رفتاری و مدیریت استرس همانند روان درمانی بین

سوء هاضمه ی عملکردی و ۸۲ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر کیفیت زندگی، مربوط به مداخله ی آزمایشی است. توان آماری آزمون نیز برابر با ۱ میباشد، یعنی احتمال خطای نوع دوم صفر است.

بحث:

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی مراجعه کننده به کلینیک های گوارشی اهواز

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره های علایم و کیفیت زندگی در آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل، در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیرهای وابسته | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|------------------------|--------|-----------|------------------|----------|------------------|--------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| علایم سوءهاضمه عملکردی | آزمایش | ۵۳/۶۶ | ۲۳/۰۹ | ۲۰/۸۶ | ۱۱/۵۹ | ۱۰/۸۸ |
| | کنترل | ۵۵/۹۳ | ۶/۱۳ | ۵۷/۸۰ | ۱۰/۳۷ | ۱۵/۲۴ |
| کیفیت زندگی | آزمایش | ۶۲/۲۰ | ۱۶/۸۳ | ۲۱/۴۶ | ۱۲/۷۳ | ۱۰/۲۴ |
| | کنترل | ۶۲/۳۳ | ۸/۳۴ | ۶۳/۸۰ | ۸/۱۶ | ۱۱/۳۸ |

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون علایم سوءهاضمه ی عملکردی و کیفیت زندگی آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل

| نام آزمون | مقدار | F | df فرضیه | df خطا | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی-داری |
|-------------------|-------|------|----------|--------|------------|------------|---------------|
| اثر پیلاهی | ۰/۸۷ | ۹۱/۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۸۷ | ۱ | <۰/۰۰۱ |
| لای مبدا ویلکز | ۰/۱۲ | ۹۱/۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۸۷ | ۱ | <۰/۰۰۱ |
| اثر هتلینگ | ۷/۲۸ | ۹۱/۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۸۷ | ۱ | <۰/۰۰۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۷/۲۸ | ۹۱/۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۸۷ | ۱ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون علایم سوءهاضمه ی عملکردی و کیفیت زندگی گروه های آزمایش و کنترل

| نام آزمون | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی داری |
|------------------------|---------------|------------|-----------------|--------|------------|------------|---------------|
| علایم سوءهاضمه عملکردی | ۱۴۵۶۶/۲۷ | ۱ | ۱۴۵۶۶/۲۷ | ۸۶/۹۵ | ۰/۷۷ | ۱ | <۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | ۱۶۳۶۶/۴۱ | ۱ | ۱۶۳۶۶/۴۱ | ۱۳۷/۵۸ | ۰/۸۴ | ۱ | <۰/۰۰۱ |

فردی و تکنیک آرامش دهی می تواند اضطراب، درد و افسردگی را در اختلالات دستگاه گوارش کاهش دهد. در راستای تبیین حاصل از نتایج این پژوهش و اثربخشی درمان مذکور می توان گفت، مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های

استرس آور افزایش می دهد که مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش آرمیدگی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش ابرازگری، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت ها می باشد، که موجب کاهش علایم سوء

چالش با افکار و نگرش های خودآیند منفی مرتبط با بیماری سوء هاضمه عملکردی، تشویق بیماران به افزایش فعالیت های لذت بخش و برنامه ریزی فعالیت ها که منجر به افزایش موفقیت های روزمره می شود، کاهش نشانه های بیماری مورد هدف قرار گرفت. هم چنین، عملکرد خلقی معیوب که شامل علائم اضطراب و افسردگی به صورت همگام با بیماری می باشد و ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند مشکلات شناختی، استرس مربوط به بیماری، سلامت جسمانی و سلامت روانی را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می دهد، کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد. در تبیین اینکه چرا نتایج درمانی در مرحله ی پیگیری کیفیت زندگی استمرار داشته است، می توان گفت که استفاده ی به نسبت مکرر بیماران از تکنیک های تن آرامی، مدیریت استرس، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بعد از اتمام جلسات روان درمانی باعث افزایش معنی دار کیفیت زندگی بیماران شده است. به طور کلی، می توان گفت، پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره ی پیگیری به کاربرد فعالانه ی تکنیک های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های همسو با آن و مؤلفه های شناختی بارز در بیماران دارای سوء هاضمه عملکردی، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، می تواند به عنوان شیوه ی روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، هزینه ی سنگین انجام بررسی های تشخیصی اعم از سونوگرافی و آندوسکوپی فوقانی که موجب تعیین حجم نمونه ی کم در این بررسی شد. محدودیت دیگر، نداشتن گروه دارونما جهت مقایسه های بیشتر می باشد. از جمله محدودیت های دیگر این مطالعه، نداشتن پیگیری بلند مدت بود که پیشنهاد می شود در مطالعات دیگری نتایج طولانی مدت تر این روش درمانی بررسی گردد. هم چنین، پیشنهاد می شود گروه های مجزایی برای زنان و مردان برگزار شده تا تأثیر جنسیت در اثربخشی درمان بررسی و مقایسه گردد. یافته های این پژوهش می تواند در مراکز درمانی و مشاوره ای و کلینیک های گوارشی توسط متخصصین بهداشت روان به کار گرفته شود. با در نظر گرفتن تسهیلات بیشتر و آسان تر برای انجام ارزیابی های تشخیصی در بیماری سوء هاضمه عملکردی، می توان مطالعه ای بزرگتر و گسترده تر انجام داد تا بتوان نتایج قابل اطمینان تری از نقش اثربخشی مدیریت استرس به شیوه ی شناختی- رفتاری در بیماران سوء هاضمه عملکردی به دست آورد.

نتیجه گیری:

بنابراین نتیجه گیری این پژوهش نشان می دهد مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می تواند در کاهش علائم سوء هاضمه عملکردی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد. بنابراین همکاری متخصصین گوارش با روانشناسان و روانپزشکان می تواند در کمک رسانی به این بیماران اثرات مثبتی به بار آورد.

هاضمه ی عملکردی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران می شود. بیماران سوء هاضمه ی عملکردی، کمتر از سبک مقابله ی مسئله مدار استفاده می کنند و کمتر درصدد جلب حمایت اجتماعی هستند، کمتر مشکل را تعریف می کنند، توانایی کمتری در یافتن راه حل های منعطف دارند. آن ها دریافته اند که ممکن است، نشانه های افسردگی بیماران سوء هاضمه عملکردی، به فقدان حمایت اجتماعی آشنایان و خویشاوندان و مهارت های مقابله ی مسئله مدار باشد. (۳۰ و ۳۱) فراهم کردن حمایت اجتماعی برای بیماران سوء هاضمه عملکردی، نه تنها ممکن است آن ها را قادر به مقابله ی موفقیت آمیز بیشتری در برابر حوادث استرس زا کند، بلکه ممکن است بر رفتارهای مرتبط با استرس نیز اثر گذار باشد. با توجه به نتایج پژوهش ها می توان گفت، مدیریت استرس به شیوه ی شناختی- رفتاری، مداخله ای مناسب برای افزایش مهارت های مقابله و حمایت اجتماعی بیماران سوء هاضمه عملکردی است. تکنیک های مدیریت استرس، با موفقیت در مورد بسیاری از مشکلات هیجانی و جسمی، مانند اضطراب و افسردگی، بی خوابی، ترس از درمان های دندان پزشکی، دیابت، فشارخون بالا، سردرد، بیماری قلبی، تب خال تناسلی، آرتروز، ایدز و سرطان (۲۸) و سندرم های عملکردی مانند سندرم روده ی تحریک پذیر و سوء هاضمه عملکردی به کار رفته است. (۳۴-۳۲) درمان مدیریت استرس سبب بهبود وضعیت سلامت جسمانی بیماران شده است. در این راستا به بیماران آموزش داده شد، تا پیشامدهای درد و سوزش در قسمت بالای شکم و دیگر علائم سوء هاضمه ی عملکردی، رفتاری که در طول پیدایش علائم رخ می دهد و پیامدهای علائم را به دقت شناسایی کنند. از بیماران خواسته شد تا محرک های برانگیزاننده ی علائم و نشانه ها را شناسایی و از آن ها اجتناب کنند و یا آن ها را در کنترل خود در آورند. هم چنین، با تشویق بیماران به رعایت رژیم غذایی، بیماران کنترل بیشتری بر نشانه ها و علائم خود پیدا کردند در نتیجه با افزایش حس کنترل بر علائم و کاهش بروز نشانه ها، کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود پیدا کرد.

آموزش مهارت های مقابله با خشم و حل مسئله: خشم، نگرانی، حالت های اضطراب عامل بسیار مؤثری در تنش های بیماران دارای سوء هاضمه عملکردی است و تأثیر بسیار زیادی بر روابط بین فردی بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری دارد. به دلیل نفخ، سوزش بالای شکم، تهوع و یا استفراغ و آروغ زدن، آن ها را عموماً منزوی می کند و یا اگر در اجتماع حضور یابند عموماً به دلیل فشار روانی که احساس می کند، عصبانی و تحریک پذیر هستند و همین باعث بالا رفتن اضطراب آن ها می شود و چرخه ای را به وجود می آورد که بین اضطراب، خشم و بروز علائم سوء هاضمه عملکردی در حرکت است. بدین ترتیب، آموزش مهارت های مدیریت خشم و حل مسئله می تواند به این افراد کمک کند، به جای ابراز واکنش های خشونت آمیز از روش های مفید و مناسب برای حل تعارضات استفاده کنند.

هم چنین، طی جلسات مداخله، تلاش شد تا با آموزش شیوه های مختلف

REFERENCES

1. El-Serag HB, Talley NJ. Health-related quality of life in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:387-93.
2. Halder SL, Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Impact of functional gastrointestinal disorders on health-related quality of life: a population-based case-control study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:233-42.
3. Ebrahimi Daryani N, Mirmoamen S, Hashtrudi AA. Non ulcer dyspepsia. *Teb and Tazkiye Journal* 2003;51:86-111.
4. Agréus L, Talley NJ. Dyspepsia: current understanding and management. *Annu Rev Med* 1998;49:475-93.
5. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malage-lada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999;45:37-42.
6. Hatami K, Pourshams A, Azimi K, Sarrafi M, Mehrbani M, Mostajabi P, et al. Dyspepsia, Gastroesophageal Reflux Disease and Irritable Bowel Syndrome in blood donors. *Govaresh* 2003;8:138-46.
7. Bazrkar M, Pourhoseingholi M, Habibi M, Moghimi Dehkurdi B, Safaee A, Pourhoseingholi A, et al. Uninvestigated dyspepsia and its related factors in an Iranian community. *Saudi Med J* 2009;30:397-402.
8. Khademolhosseini F, Mehrbani D, Zare N, Salehi M, Heydari ST, Beheshti M, et al. Prevalence of Dyspepsia and its Correlation with Demographic Factors and Lifestyle in Shiraz, Southern Iran. *Middle East J Dig Dis* 2010;2:24-30.
9. Khoshbaten M, Hekmatdood A, Ghasemi H, Entezariasl M. Prevalence of gastrointestinal symptoms and signs in northwestern Tabriz, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2004;23:168-70.
10. Lacy BE, Cash BD. Diagnosis and treatment of functional dyspepsia. *JAMA* 2008;99:555-6.
11. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130: 1447-58.
12. Feinle-Bisset Ch, Andrews M. Treatment of functional dyspepsia. *Current Treat options Gastroenterol* 2003;6:297-89.
13. Holtmann G, Gapsin J. Failed therapy and directions for the future in dyspepsia. *Dig Dis* 2008;26:218-24.
14. Lee HJ, Lee SY, Kim JH, Sung IK, Park HS, Jin ChJ, et al. Depressive mood and quality of life in functional gastrointestinal disorders: Differences between functional dyspepsia, irritable bowel syndrome and overlap syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:499-502.
15. Dickerson LM, King DE. Evaluation and management of nonulcer dyspepsia. *Am Fam Physician* 2004;70:107-14.
16. Brook RA, Kleinman NL, Seon Chough R, Melkonian AK, Smeeding JE, Talley NJ. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:498-503.
17. Porcelli P, De-Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychother Psychosom* 2000;69:198-204.
18. Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De-Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom* 2004;73:84-91.
19. Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am* 2006;90:603-26.
20. Sha MC, Callahan CM, Counsell SR, Westmoreland GR, Stump TE, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *Am J Med* 2005;118:301-6.
21. Kronke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:34-43.
22. Soo S, Forman D, Delaney BC, Moayyedi P. Systematic review of psychological therapies for nonulcer dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1817-22.
23. Bagherian Sararudi R, Nouri A, Purkazem T, Adibi P. The effectiveness management stress training on the symptoms functional dyspepsia resistant to medical treatment. *Govaresh* 2009;14:15-22.
24. Linden W. Stress management: From basic science to better practice. *Philadelphia: SAGE Publication* 2005;83-5.
25. Mahadeva S, Goh KL. Anxiety, depression and quality of life differences between functional and organic dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26:49-52.
26. 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. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13:225-35.
27. Tally 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. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26:49-52.
28. Drossman DA. Diagnosing and treatment patients with refractory functional gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1995;123:688-97.
29. Tabib SM, Nokani Kh, Pazoki R. The effect of Buspirone on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Iranian South Medical Journal* 2007;10:27-33.
30. Lee SY, Park MC, Choi SC, Nah YH, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *J Psychosom Res* 2000;49:93-9.
31. Cheng C, Hui W, Lam S. Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspepsia symptoms: A psychosocial interactionist model. *Psychosom Med* 2004;66:85-91.
32. Mayou R, Fammmer A. ABC of psychological medicine — functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ* 2002;325:265-8.
33. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007;369:946-55.
34. Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2008;336:1124-8.

The Effectiveness of Stress Management Cognitive Behavior on Functional Dyspepsia Symptoms and Quality of Life in Patients with Functional Dyspepsia

Yadollah Zargar¹, Zahra Dehghanizadeh¹, Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand¹,
Ahmad Kadkhodaei²

¹Department of Psychology, Shahid Chamran of Ahwaz University, Ahwaz, Iran

² Ahwaz University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

ABSTRACT

Background:

Functional dyspepsia and digestive disorders are common, debilitating and costly. Little information about the role of stress management in terms of cognitive-behavioral treatment of dyspepsia is available. The purpose of this study is to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on functional dyspepsia symptoms and quality of life in patients who referred to digestive Clinics in Ahwaz, Iran.

Materials and Methods:

This was a quasi-experimental study. The clinical approach to the pre-test, post-test and follow-up was performed with the control group. We selected 30 patients diagnosed with functional dyspepsia based on Rome-III diagnostic criteria. Patients were randomly divided into two experimental group and a control group.

Results:

There were significant differences between the experimental and control groups in terms of functional dyspepsia and quality of life that was obtained both at stages of past treatment and at follow-up ($p < 0.001$).

Conclusion:

Stress management using cognitive-behavioral therapy is a reliable model for improving symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia.

Keywords: Stress management cognitive-behavioral; Functional dyspepsia; Quality of life; Iran

please cite this paper as:

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;17:148-55.

Corresponding author:

Zahra Dehghanizadeh, MD

Shahid Chamran of Ahwaz University,

College of Educational Sciences and

Psychology, Ahwaz, Iran

Telefax: + 98 711 8341674

E-mail: zdehghanizade67@yahoo.com

Received : 10 May 2012

Edited : 14 Aug. 2012

Accepted : 15 Aug. 2012