

## بررسی و مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی - مذهبی بر شدت علائم روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی) در بیماران مبتلا به سوءهاضمه گنشی

نیلوفر میکائیلی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

hajloo53@uma.ac.ir

نادر حاجلو / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

محمد نریمانی / استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

S.pournikdast@gmail.com

سپهر پورنیکدست / دکتری تخصصی گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۰۴ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۲۹

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی-مذهبی بر شدت علائم روان‌شناختی در بیماران سوءهاضمه گنشی طراحی و اجرا گردید. این پژوهش، تجربی و کاربردی است و با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با کنترل انجام می‌شود. جامعه پژوهش، بیماران گوارشی منطقه ۵ تهران بوده و ۵۴ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و با گمارش تصادفی و در قالب دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل انتخاب شدند. ابزار پژوهش، فرم کوتاه علائم روان‌شناختی بوده و داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری چندمتغیری و آزمون‌های تعقیبی بونفونی و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که در گروه‌های آزمایشی، در هر سه مؤلفه علائم روان‌شناختی، به هنگام ورود به پژوهش و بعد از درمان و در دوره پیگیری، اختلاف معناداری وجود داشته است؛ در حالی که در گروه کنترل، از این نظر تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین از این لحاظ بین گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. بنا بر نتایج یادشده، امکان بهره‌گیری از مداخله‌های پیش‌گفته را در بیماران یادشده فراهم ساخته است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان چندوجهی لازاروس، درمان چندوجهی معنوی-مذهبی، سوءهاضمه عملکردی.

## مقدمه

سوءهاضمه عملکردی (FD)، یکی از انواع اختلالات طبعی متأثر از وضعیت روان‌شناختی است که با علائم گوارشی همراه است و حتی برخی از پژوهش‌ها گرایش‌های روان‌پویشی (بدنی‌سازی) را در این دسته از بیماران تأیید کرده‌اند (پارسلو Porcelli) و همکاران، ۲۰۰۰؛ پارسلو و همکاران، ۲۰۰۴). FD نشانگان مزمنی در دستگاه گوارش فوقانی، همچون درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از شروع غذا خوردن، احساس پری معده، نفخ معده و تهوع است که علائم متداول فیزیکی و بیوشیمیایی، آن را تبیین نمی‌کند (تالی و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع FD در جوامع غربی، ۱۷ تا ۲۹ درصد (زاگاری Zagari) و همکاران، ۲۰۱۰؛ شیب و سراج (Shaib & Serag)، ۲۰۰۴)، ژاپن ۲۰ درصد (اوکومارا Okumura) و همکاران، ۲۰۱۰) و در کشورهای درحال توسعه، ۱۵ تا ۳۰ درصد تخمین زده شده است (لیسی و کش (Lacy & Cash)، ۲۰۰۸). همچنین در مطالعه جمعیت عمومی تهران، ۸/۵ درصد (بدرکار و همکاران، ۲۰۰۹) مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده‌اند.

التهاب ناشی از اسید و عفونت H پیلوری، کاهش تحرک معده پس از وعده غذایی، کاهش شلی قلعه معده، کاهش یا اختلال تخلیه معده، تغییرات ریتم الکتریکی معده، بازگشت غذا از معده به مری یا از دوازدهه، از علل فیزیولوژیک در بیماری FD هستند (اسمیت (Smith)، ۲۰۰۵). شواهدی نشان می‌دهند که بین عوامل روان‌شناختی و دریافت‌های حسی و عملکرد معده و نشانه‌های سوءهاضمه عملکردی، ارتباط وجود دارد. در بیماری FD، عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، که پاسخ بدن به استرس را تنظیم می‌کند، مختل می‌شود. همچنین اختلال عملکردی اعصاب سمپاتیک در بیماران FD، بر کنش معده-روده‌ای تأثیر می‌گذارد (تاناکا Tanaka) و همکاران، ۲۰۰۸؛ تاجی و بونز (Tache & Bonaz)، ۲۰۰۷). عوامل و اختلالات روان‌شناختی نیز از دیگر عوامل تأثیرگذار بر نشانگان سوءهاضمه عملکردی هستند (گاوز Guz) و همکاران، ۲۰۰۸). در بررسی نشانه‌های روان‌شناختی بیماران سوءهاضمه، گزارش کرده‌اند که ۴۷/۸ درصد از این افراد، اختلال روانی داشتند. اختلالات جسمانی‌سازی، وسواس-بی‌اختیاری، اضطراب، افسردگی و هراس در بین این بیماران، از افراد سالم شایع‌تر است. همچنین اختلالات شخصیتی در بیماران FD از جامعه معمول بیشتر است (هان Han) و همکاران، ۲۰۱۰).

همایندی اختلالات روان‌شناختی و اختلالات جسمانی‌ساز گوارشی و همچنین نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در شدت علائم این بیماران، پژوهشگران را به استفاده از درمان‌های روان‌شناختی و مکمل در این دسته از بیماران ترغیب کرده است (کرانکی و رزمالن (Kroenke & Rosmalen)، ۲۰۰۶؛ شا Sha) و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرانکی، سو (Soo) و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به تأثیرگذاری قابل توجه معنویت و مذهب بر افکار و رفتار آدمی و در نتیجه شکل‌دهی سبک زندگی افراد، درمان‌های یکپارچه‌نگر و مبتنی بر مذهب، یکی از پارادایم‌های درمانی چندوجهی‌اند که اثربخشی خود را در

کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش ابعاد بهزیستی در مطالعات مختلفی تأیید کرده‌اند (کوینگ (Koenig)، ۲۰۱۲؛ پارگامنت، ۲۰۰۷).

درمان‌های چندوجهی مبتنی بر مذهب، با ترکیب فنون کلاسیک درمان‌های شناختی و رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای توصیه‌شده در ادیان، توجه پژوهشگران حوزه روان‌درمانی را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده‌اند؛ فنونی همچون تن‌آرامی، فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی و حل مسئله، زمانی که هماهنگ با اعتقادات و هنجارهای جامعه هدف ارائه شوند، علاوه بر اثربخشی مناسب، مورد پذیرش بالاتری نیز از سوی درمانجویان معتقد قرار می‌گیرند، که این مهم می‌تواند بر کارایی مداخلات درمانی بیفزاید (وست، ۱۹۹۴؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۴). علاوه بر پیشینه نظری و پژوهشی مفصل در حمایت از مداخلات شناختی- رفتاری، پژوهش‌ها از کارایی تلفیق درمان‌های یادشده با ابزارهای مقابله مثبت در مذهب و معنویت، در کاهش مشکلات روان‌شناختی نیز حمایت می‌کنند (باررا و همکاران، ۲۰۱۲؛ پارگامنت، ۲۰۰۷). علاوه بر این، در بین ادیان الهی، دین مبین اسلام دستورالعمل‌های دقیق و جامعی در بسیاری از زمینه‌های شناختی و رفتاری، بهداشت و سلامت روانی، و بهبودی در بیماری‌های مزمن را ارائه داده است، که سبب شد در پژوهش حاضر در قالب پروتکل چندوجهی مذهبی ارائه گردد.

مراقبه معنوی با تلفیق اصول کلاسیک تنش‌زدایی و بهره‌گیری از تصاویر و کلمات آرامش‌بخش معنوی، همچون (الله، محمد، علی، بهشت، خواندن قرآن و...)، تأکید تلویحی روایات بر فعال‌سازی رفتاری و مواجهه نظام‌دار (آن‌گاه که از چیزی می‌ترسی خود را در آن بیفکن؛ که گاهی ترسیدن از چیزی، از خود آن سخت‌تر است (نهج‌البلاغه، ح ۱۷۵)، الگوی حل مسئله با بهره‌گیری از تدبیر و توسل و تحمل ناکامی‌های احتمالی از طریق توکل بر خداوند متعال (هر که بر خدای اعتماد و توکل کند، وی او را بس است (طلاق: ۳)، بهره‌گیری از تأکیدات فراوان دین مبین اسلام بر مقوله عفو و بخشش و استفاده از آثار مفید این فرایند در بهبود وضعیت جسمانی و روان‌شناختی بیماران مزمن، که در همین زمینه امام علی علیه السلام نیز به زیبایی می‌فرمایند: برای برادرت و کردار بد او در جست‌وجوی توجیهی باش؛ و اگر نیافتی، کوشش کن تا توجیهی پیدا کنی (مجلسی، ۱۰۳۷، ج ۷۵، ص ۱۶۸)، تنها بخشی کوچکی از پروتکل جامعی است که در پژوهش حاضر با تأکید بر آیات و روایات اسلامی طراحی و اجرا شده است.

اما از لحاظ پیشینه پژوهشی، با توجه به اینکه عمر پژوهش‌ها پیرامون ارتباط مذهب و متغیرهای روان‌شناختی کوتاه است، لیکن نتایج امیدوارکننده بوده‌اند؛ تا آنجا که برخی پژوهشگران آثار برخی مناسک مذهبی، همچون مراقبه معنوی را از لحاظ عملکرد و شباهت‌های نورولوژیکی، با روش‌های تنش‌زدایی کلاسیک و تأیید شده هماهنگ می‌دانند (بارنبی و همکاران، ۲۰۱۵). از آن گذشته، با در نظر داشتن بافت فرهنگی و اعتقادی جامعه ایران، لزوم توجه به درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر مذهب و معنویت، در کاهش مشکلات این بیماران ضروری می‌نماید و اهمیتی دوچندان می‌یابد؛ همان‌طور که *استانلی* و همکاران (۲۰۱۱) نیز درمان‌های چندوجهی مذهبی را به‌عنوان درمان ترجیحی برای بیماران دارای اعتقادات مذهبی، اقلیت‌های قومی و اعتقادی و سالمندان معرفی می‌کنند، که در برخی

پژوهش‌ها حتی تمرین‌های کوتاه‌مدت مراقبه معنوی (کرسنتینی و همکاران، ۲۰۱۴) و مداخلات در جوامع اقلیت فرهنگی و اعتقادی (بکستید و همکاران، ۲۰۱۵)، اثربخش و گه‌گاه اندازه تأثیر بالاتری نیز نسبت به درمان‌های مشابه و کلاسیک داشته‌اند (پاوکرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ رزمارین و همکاران، ۲۰۱۰؛ هوک و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین در داخل کشور، پژوهش‌هایی که مداخلات معنوی را با رویکرد اسلامی بررسی کرده‌اند، حاکی از تأیید اثربخشی این پروتکل‌ها بوده‌اند (سعیدی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۸). در همین راستا، *مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۹۰)*، درمان چندوجهی اسلامی را در کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان، و *ابراهیمی (۱۳۸۶)* نیز در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی، به صورت موفقیت‌آمیز طراحی و اجرا کرده‌اند.

یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی - که با مروری بر پیشینه تحقیقاتی درمی‌یابیم که اهمیت آن در بیماری‌های طبعی متأثر از وضعیت روان‌شناختی کمتر مورد توجه بوده - طیف درمان‌های یکپارچه‌نگر، همچون مداخله چندوجهی لازاروس است. درمان چندوجهی لازاروس به نحو موفقیت‌آمیزی در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات به کار می‌رود (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). پیشینه تحقیقاتی نشان از اثربخشی این مداخله در بسیاری از اختلالات، از جمله: وسعت‌هراسی، اختلالات جسمانی‌سازی، اضطراب اجتماعی و تعمیم‌یافته، و همچنین در گروه‌هایی همچون مراجعان سالمند، اعتیاد به الکل و کاهش تنش (پالمر و دریدن (Palmer & Dryden)، ۱۹۹۵؛ بلاسوکی، ۱۹۸۵؛ روبرگ و وی، ۱۹۸۵؛ گراس، ۱۹۸۹؛ وایکل، ۱۹۹۰؛ لازاروس، ۱۹۹۵ به نقل از شریفی‌نیا، ۱۳۹۱، ص ۹۱) دارد.

همچنین بر طبق گزارش‌های *لازاروس (۲۰۰۷)* در یک مطالعه پیگیرانه سه‌ساله، بهره‌گیری از روان‌درمانی چندوجهی *لازاروس* در بیست مورد پیچیده (اختلال وسواس، گذرهراسی، اضطراب و وحشت‌زدگی شدید، افسردگی، اعتیاد به الکل و مشکلات زناشویی و خانوادگی) نشان داد که چهارده نفر نتایج درمانی را در سطح مطلوبی حفظ کرده‌اند (لازاروس، ۲۰۰۷؛ به نقل از رحیمیان بوگر و شاره، ۱۳۸۶، ص ۲۱۶).

به‌رغم دستیابی به شواهد روزافزون در نقش کلیدی فرایندهای روانی در بیماری سوء‌هاضمه عملکردی (لوی (Levy) و همکاران، ۲۰۰۶) و موفقیت پایین درمان‌های طبی در بهبود علائم بیماران مبتلا به FD (آلشر (Allescher)، ۲۰۰۶)، مطالعات گزارش‌شده از تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر نشانه‌های سوء‌هاضمه عملکردی بسیار اندک است (لی (Lee) و همکاران، ۲۰۱۰؛ ماهادوا و گاه (Mahadeva & Goh)، ۲۰۱۱؛ فراری (Ferrari)، ۲۰۱۵؛ آریو (Orive) و همکاران، ۲۰۱۵؛ پورنیکدست و همکاران، ۲۰۱۴). لذا با توجه به عوارض بیماری FD همچون کاهش کیفیت زندگی، هزینه‌های مستقیم دارویی و بهداشتی، درمان خودسرانه دارویی، و هزینه‌های غیرمستقیمی همچون غیبت از کار و کاهش بهره‌وری شغلی، که سبب‌ساز مشکلات عدیده فردی و اجتماعی و تحمیل هزینه سنگین (در حدود هشت بیلیون دلار در ایالات متحده) می‌شود، این پژوهش از بعد افزایشی و در جهت غنی‌سازی پیشینه پژوهشی در این حوزه با هدف بررسی اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و چندوجهی

معنوی - مذهبی بر شدت علائم جسمانی و کیفیت زندگی، و مقایسه اثربخشی این دو مداخله در بیماران مبتلا به FD، طراحی و اجرا گردید.

### روش پژوهش

این پژوهش، از نوع تجربی است، که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. درمان‌های چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی - مذهبی، به‌عنوان متغیرهای مستقل، و علائم روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی) در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی، به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده است. به عبارت دیگر، متغیرهای وابسته، در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) و سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از مداخله)، اندازه‌گیری شده‌اند.

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشکلات گوارشی منطقه ۵ شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ خواهند بود که پس از بررسی‌های بیوشیمیایی، آندوسکوپی و سونوگرافی، و رد هر نوع عامل و بیماری احتمالی عضوی و ارگانیک در دستگاه گوارشی، از پزشک متخصص، تشخیص سوءهاضمه عملکردی (FD) را دریافت نمایند. نمونه پژوهش برای هر گروه، تعداد هجده نفر در نظر گرفته می‌شود تا در صورت افت احتمالی آزمودنی‌ها، شاخص‌های کفایت حجم نمونه کاهش نیابد. لذا حجم کلی نمونه، شامل ۵۴ بیمار مبتلا به FD خواهد بود که به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس و با گمارش تصادفی و به صورت زیر انتخاب شده‌اند:

به علت در دسترس نبودن لیست تمامی بیماران و همچنین کاهش هزینه‌های نمونه‌گیری، و همچنین لزوم نزدیکی جغرافیایی محل زندگی بیماران به مکانی که برای اجرای فرایند درمانی پیش‌بینی شده است، در ابتدا از میان مناطق جغرافیایی شهر تهران، کلیه بیمارانی که به کلینیک‌های گوارشی منطقه ۵ شهرداری شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده‌اند، به‌عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند؛ در ادامه، بیش از سی کلینیک و مطب (تعداد تقریبی با توجه به جست‌وجوی اینترنتی) از پزشکان متخصص داخلی و گوارش در محدوده جغرافیایی یادشده شناسایی گردید و با توجه به میزان همکاری پزشکان مذکور برای انجام پژوهش، در نهایت چهار کلینیک و مطب داوطلب به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. در ادامه، محقق برای ارائه توضیحاتی اجمالی درباره طرح پژوهشی، منطلق درمان‌های روان‌شناختی در قبال بیماران مبتلا به اختلالات روان - تنی و ارائه مجوزهای کسب‌شده از مراکز دانشگاهی مربوطه، و سرانجام آغاز روند تحقیق، پس از مراجعه حضوری به متخصصین و کلینیک‌های یادشده، و در مدت حدود پنج ماه فرایند نمونه‌گیری، ۷۷ بیمار داوطلب و واجد شرایط دریافت دیاگنوز FD از پزشک متخصص مربوطه انتخاب شدند و پس از مصاحبه فردی اولیه و اعمال ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت تعداد ۵۴ نفر از بیمارانی که پس از بررسی‌های بیوشیمیایی، آندوسکوپی و سونوگرافی و رد هر نوع بیماری

عضوی گوارشی، تشخیص سوءهاضمه عملکردی را از پزشک مربوطه دریافت کرده و مایل به شرکت در پژوهش حاضر بوده‌اند، انتخاب شدند. این ۵۴ نفر به صورت گمارش تصادفی، به دو گروه آزمون (درمان چندوجهی لازاروس (۱۸ نفر) و درمان چندوجهی معنوی- مذهبی (۱۸ نفر) و یک گروه شاهد (۱۸ نفر) تقسیم شده‌اند. معیارهای کلی ورود در این مطالعه، عبارتند از: مردان و زنان با تشخیص سوءهاضمه عملکردی در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵ سال و تحصیلات دیپلم یا بالاتر. همچنین با توجه به اینکه مداخلات در پژوهش حاضر از نوع گروهی است، پیش از اجرای گروهی درمان، با برگزاری جلسه فردی با هریک از بیماران و انجام مصاحبه بالینی بر اساس آخرین نسخه DSM، معیارهایی همچون عدم وجود اختلالات روانی شدید، مثل روان‌گسستگی، افسردگی-شیدایی و همچنین تشخیص اختلالات شخصیت ضداجتماعی، دوقطبی، و پارانویایی در زمان مطالعه یا گذشته، به‌عنوان ملاک‌های اصلی خروج از نمونه در نظر گرفته شده‌اند؛ چون افرادی با این اختلالات، تحت تأثیر گروه قرار نمی‌گیرند و انرژی گروه را به‌منظور یک فعالیت مفید تضعیف می‌کنند (کوری و کوری (Corey & Corey)، ۱۹۸۹). همچنین انگیزه کافی برای شرکت مستمر در جلسات مداخله باید مدنظر قرار بگیرد (لیبرسکی (Luborsky) و همکاران، ۱۹۹۳).

همچنین لازم است، بیماران با اختلالات گوارشی ارگانیک، از قبیل زخم اثنی‌عشر، ریفلاکس مری-معدی، گاستریت، بدخیمی‌های گوارشی، بیماری‌های کیسه صفرا و آنمی از مطالعه حذف شوند؛ بیماران با سابقه تیروئید و مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی در شش ماه گذشته نیز وارد مطالعه نشدند؛ که این ملاک‌ها از طریق بررسی سوابق پزشکی و دریافت اطلاعات از پزشک معالج، اعمال گردیده است. همچنین لازم است کلیه آزمودنی‌ها در طول دوره مداخلات، ضمن اجرای برنامه‌های هر گروه کاربندی، تغییری در درمان دارویی خود ندهند و در جلسات روان‌درمانگری دیگر، از قبیل تن‌آرامی، مراقبه و... شرکت نکنند. پیش از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه‌های آزمایشی تشکیل گردید و در این جلسه تمام قواعد و قوانین ضروری گروه توضیح داده شد. در این جلسه سعی شد تا حدودی افراد با هم تعامل داشته باشند و با هم صحبت کنند تا اضطراب و تأثیرات اولیه ورود به گروه، در آنها کاهش یابد.

فرم کوتاه پرسش‌نامه علائم روان‌شناختی: فرم کوتاه پرسش‌نامه علائم روان‌شناختی با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی در سال ۲۰۰۶ تهیه شده و دارای هجده آیتم است که سه عامل جسمانی‌سازی، افسردگی و اضطراب را می‌سنجد (دورا (Dura) و همکاران، ۲۰۰۶). سوالات این پرسش‌نامه به صورت پنج درجه‌ای لیکرتی (هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. همچنین این پرسش‌نامه یک نمره کل را ارائه می‌دهد که همبستگی بالایی با نسخه قبلی خود دارد ( $r=90\%$ ). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه، ۸۹ درصد گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسش‌نامه، ۸۲ درصد به‌دست‌آمده است (همان).

مدانلو در یک پژوهش مقدماتی بر روی چهل آزمودنی، ضرایب پایایی، آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی را به ترتیب ۸۸، ۸۱ و ۷۸ درصد به دست آورد. در پژوهشی دیگر، در بررسی پایایی مقیاس، با استفاده از آزمون‌های همتا، از مقیاس عواطف مثبت و منفی و مقیاس شادی - افسردگی استفاده شد و نتایج نشان داد که مقیاس عواطف مثبت ( $I=47\%$ )، مقیاس عواطف منفی ( $I=70\%$ )، مقیاس شادی ( $I=58\%$ ) و افسردگی ( $I=48\%$ )، با پرسش‌نامه یادشده همبستگی معنادار دارند (مدانلو، ۱۳۸۸).

خلاصه ساختار جلسات درمان چندوجهی معنوی - مذهبی: پروتکل محقق ساخته درمان چندوجهی معنوی - مذهبی، از تلفیق درمان یکپارچه‌نگر توحیدی (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱) و پکیج درمانی چندوجهی معنوی بارر/ و همکاران (۲۰۱۲) به‌عنوان نسل سوم درمان‌های شناختی - رفتاری تهیه شده است. به عبارت دیگر، در درمان‌های شناختی - رفتاری مبتنی بر مذهب، همچون پروتکل بارر/ و همکاران (۲۰۱۲)، اصول و فنون شناختی و رفتاری با روش‌های مقابله و سبک‌های حل مسئله توصیه شده در مذاهب آمیخته می‌گردد؛ همچنین برای بهره‌گیری هر چه بیشتر از فنون مذهبی مبتنی بر ادیان توحیدی، به‌ویژه دین مبین اسلام، فنون و مؤلفه‌هایی از پروتکل یکپارچه توحیدی (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱) استخراج گردیده است. همچنین محقق علاوه بر بهره‌گیری از فنون و ساختارهای نظری درمان شناختی - رفتاری، همچون بازسازی شناختی، فعال‌سازی رفتاری و تمارین تن‌آرامی، بومی‌سازی ایرانی - اسلامی درمان را مورد توجه قرار داده است؛ بدین منظور، آموزش‌ها و تکالیف خانگی موردنظر، با تلفیق مفاهیم مورد تأکید در دین مبین اسلام، همچون بخشش، دعا، یاری‌رسانی و شرکت در اجتماعات مذهبی ارائه شده است. همچنین لازم به ذکر است، به منظور بهره‌گیری اصولی از مداخلات اسلامی، از پروتکل درمان یکپارچه توحیدی محمدحسین شریفی‌نیا استفاده شده است، که دارای روایی قابل قبول و پیشینه پژوهشی مستند در درمان اختلالاتی همچون: (اختلالات خلقی و اضطرابی (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷)؛ عزت‌نفس و نگرش زندانیان مرد (چوپانی، ۱۳۸۸)، و کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه (طیپی، ۱۳۹۰)؛ به نقل از شریفی‌نیا، ۱۳۹۱) می‌باشد. در همین راستا، از آیات قرآنی، روایات معتبر و دستورالعمل‌های اسلامی در حد کفایت بهره گرفته شده است؛ همچنین در طراحی پروتکل، به سبک زندگی نسبتاً کم‌تحرک و ماشینی امروز مناطق شهرنشین کشور (به‌عنوان یکی از تبیین‌های احتمالی در سبب‌شناسی بیماری‌های دستگاه گوارش) نیز توجه ویژه‌ای شده است. این پروتکل در ابعاد جداگانه و نه جلسه نود دقیقه‌ای ارائه می‌گردد.

جلسه اول: ملاحظات درمان گروهی همچون: معرفی اعضا و درمانگر؛ تعاریف کوتاهی از ماهیت اختلالات روان‌تنی با محوریت سندرم سوء‌هاضمه عملکردی؛ مشاوره و ویژگی‌های اختصاصی درمان چندوجهی معنوی - مذهبی؛ توضیح چگونگی شکل‌دهی رفتار، افکار و هیجانات انسان از طریق ابعاد چهارگانه زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی، با تأکید بر اهمیت بعد معنوی در دستیابی به آرامش و ارتقای سلامت جسمانی و روانی؛ و ترغیب اعضا در بیان تجارب شخصی مرتبط، وظایف درمانگر و درمانجو در قالب فرمول‌بندی درمان و تکالیف

خانگی (از اعضای گروه خواسته شد تا دلایلی را با توجه به تجارب شخصی و پدیدارشناختی خود در تبیین این مهم که «بهبودی کامل و پایدار، مستلزم توجه به همه ابعاد وجودی انسان است» را به صورت کتبی آماده کنند و به عنوان تکلیف خانگی در جلسه بعد ارائه دهند).

جلسه دوم: مرور تکالیف خانگی؛ آموزش تنش‌زدایی (تلفیق آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده کلاسیک و بهره‌گیری از مؤلفه‌های مذهبی آرام‌بخش). خیره شدن به یک نقطه، حداقل به مدت سی ثانیه؛ خواندن متون، روایات، داستان‌ها و اشعار مذهبی؛ تصویرسازی ذهنی با مناظر آرامش‌بخشی همچون انجام کار خیر، و قدم زدن در مناظر زیبای تصویر شده از بهشت؛ گوش دادن به تلاوت مجلسی قرآن و تمرکز بر کلمات مذهبی و معنوی همچون (الله، محمد، علی، بهشت، جاودانگی، درخت طوبی و...) می‌تواند در کنار دستورالعمل کلاسیک تنش‌زدایی مورد استفاده قرار گیرد. الگوی تنش‌زدایی مورد استفاده نیز برای اعضای گروه درمان یکپارچه‌نگر معنوی، تنش‌زدایی بدون انقباض عضلانی بوده است. تعیین تکالیف خانگی.

جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی؛ آموزش اصول و تمرین مشارکتی مواجهه تجسمی با تأکید بر شواهد مذهبی (درست است که من نمی‌توانم از چیزی که اتفاق می‌افتد، مطمئن باشم و بر تمام جوانب زندگی کنترل داشته باشم؛ اما می‌دانم قدرتی برتر و بزرگ‌تر از تمامی مشکلات، ناظر و حامی من می‌باشد)؛ تعیین تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: مرور تکالیف؛ فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر مذهب (باور داشتن به عطاوند خداوند: هرگز از رحمت خدا ناامید نشوید؛ چراکه همانا خداوند می‌آمرزد گناهان شما را به‌طور کل و همانا خداوند آمرزنده و مهربان است (زمر: ۵۳)، شرکت در اجتماعات مذهبی، مناجات و دعای غیررسمی (دعا کن که دعای تو مایه آرامش آنهاست و خداوند شنوا و داناست (توبه: ۱۰۳)، ذکر وقایع غیرمادی در زندگی شخصی، در نظر گرفتن وقت شخصی، کمک و یاری رسانی به دیگران و...)؛ تعیین تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: مرور تکالیف؛ آموزش بخشش با دیدگاه مذهبی (عفو کنید و چشم‌پوشی کنید، آیا دوست ندارید خداوند شما را ببخشد؟ خداوند بسیار آمرزنده و مهربان است (نور: ۲۲)؛ تعیین تکالیف خانگی در حوزه بخشش.

جلسه ششم: مرور تکالیف؛ آموزش روش‌های ارتقای عزت‌نفس مبتنی بر مذهب با تأکید بر دستورالعمل‌های اسلامی (مهارت‌های ارتباط مؤثر، مهارت‌های مدیریت زمان)؛ تعیین تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: مرور تکالیف؛ آموزش گام‌های حل مسئله با رویکرد اسلامی (تدبیر (اصول مسئله‌گشایی)، توسل و توکل)؛ به عبارت دیگر، تدبیر و توسل مبتنی بر اصول مسئله‌گشایی است؛ لیکن نکته مهم در این باره، ضرورت پذیرش ناکامی در صورت شکست احتمالی است (هر که بر خدای اعتماد و توکل کند، وی او را بس است (طلاق: ۳)؛ تعیین تکالیف خانگی.

جلسه هشتم: مرور تکالیف؛ آموزش‌هایی درباره سبک زندگی اسلامی (ارتباطات، تغذیه، خواب، ورزش، بهداشت)؛ توصیه‌هایی همچون اهمیت ارتباط و بهره‌گیری از مزایای حمایت اجتماعی با تأکید فراوان بر فریضه



نماز جماعت و شرکت در فعالیت‌های مذهبی گروهی؛ داشتن نیت الهی حتی در کارهای روزمره‌ای همچون خوردن و خوابیدن؛ تأکید ویژه اسلام بر ابعاد متنوع مقوله نظافت؛ اهمیت ورزش و پرهیز از مواد مضر، همچون دخانیات و الکل و...؛ تعیین تکلیف خانگی.

جلسه نهم: مرور تکالیف؛ ارائه خلاصه جلسات قبل؛ دریافت بازخورد گروه؛ اعلام اختتام و تقدیر از اعضا؛ توصیه به حفظ ارتباطات گروه و انجام تمرین خانگی؛ اجرای پس‌آزمون.

خلاصه ساختار جلسات درمان چندبُعدی لازاروس: در این پژوهش، درمان چندوجهی ده جلسه‌ای (نود دقیقه‌ای) با استفاده از روش چندوجهی، ارزیابی مشکل افراد و شخصیت آنها از طریق ترسیم نیم‌رخ ابعادی و ساختاری گروه و در جلسات حضوری و به صورت گروهی انجام خواهد گرفت (رحیمیان بوگر و شاره، ۱۳۸۶، ص ۱۵۱).

جلسه اول: ۱. آشنایی با ماهیت مشاوره و ویژگی‌های اختصاصی درمان چندبُعدی لازاروس؛ ۲. بحث پیرامون بهزیستی ذهنی؛ ۳. تبیین تعامل ابعاد هفت‌گانه بر شروع و تداوم اختلالات طبی؛ ۴. آشنایی مراجع با تکالیف و وظایف خود، و تکمیل پرسش‌نامه تاریخچه زندگی به‌عنوان تکلیف.

جلسه دوم: مرور تکالیف؛ بحث مشارکتی پیرامون نحوه تعامل ابعاد هفت‌گانه با توجه به پرسش‌نامه تکمیل شده؛ تهیه کتاب چهل فکر سمی لازاروس (لازاروس و فی، ۱۹۹۲) به‌عنوان تکلیف خانگی.

جلسه سوم: مرور تکالیف؛ نیم‌رخ ابعادی و ساختاری گروه تهیه شده توسط درمانگر به بحث گذاشته شده؛ توافق و انتخاب سالم‌ترین بعد در جهت افزایش انگیزه برای شروع مداخله؛ تکلیف ترسیم نیم‌رخ ساختاری توسط مراجعین.

جلسه چهارم: مرور تکالیف؛ فنون کاربردی حوزه تجسم (فن وایت‌برد و فن تصور بالاترین حد)؛ تعیین تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: مرور تکالیف؛ تمرین مهارت‌های ابراز وجود (ابهام، رکوردشکنی، اظهار منفی، ایفای نقش) به‌عنوان بعد بین‌فردی؛ تعیین تکلیف خانگی.

جلسه ششم: مرور تکالیف؛ فنون رفتاری (ضبط و خودنظارت‌گری، تقویت مثبت، تنبیه از طریق تاوان)؛ تعیین تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: مرور تکالیف؛ فنون دریافت حسی (تنش‌زدایی عضلانی ۲۱ گروهی)؛ تعیین تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: مرور تکالیف؛ فنون شناختی (فن مقابله تحریف شناختی، خودگویی سازنده)؛ تعیین تکلیف خانگی.

جلسه نهم: مرور تکالیف؛ فنون زیستی یا سبک زندگی (ورزش منظم، اصول تغذیه و خواب، کاهش دخانیات و

الکل)؛ تعیین تکالیف خانگی، تهیه کتاب *می‌توانیم، اگر بخواهیم* (لازاروس و فی، ۱۹۹۲).

جلسه دهم: مرور تکالیف؛ خلاصه جلسات قبل؛ پاسخ به پرسش‌ها پیرامون پیگیری در دوران پس از درمان؛

دریافت انعکاس شرکت‌کنندگان از فرایند کلی درمان؛ تشکر و سپاسگزاری، تکمیل پس‌آزمون.

### یافته‌های پژوهش

میانگین سنی برای گروه‌های لازاروس، معنوی - مذهبی و کنترل، به ترتیب ۳۶/۸۸، ۳۵/۹۴ و ۳۴/۱۶ می‌باشد.

همچنین نتیجهٔ آزمون آنوای یک‌راهه نیز نشان داد بین سه گروه، تفاوت معناداری از لحاظ سن وجود ندارد ( $F=0/527$ ؛  $P=0/583$ )؛ چنانکه فراوانی توزیع متغیر جنسیت در سه گروه، در محدودهٔ یکسانی است. یکی از روش‌های معتبر آماری که وضعیت فراوانی متغیرهای دوقوله‌ای را در چند گروه مقایسه می‌کند، آزمون خی‌دو است (دلاور، ۱۳۸۱، ص ۷۹). نتایج این آزمون، نیز حاکی از عدم تفاوت گروه‌ها از لحاظ جنسیت است ( $X^2=1/04$ ؛  $P=0/594$ ).

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. بررسی میانگین‌های سه گروه در مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی) در پس‌آزمون و پیگیری، بیانگر آن است که میانگین‌های گروه‌های آزمایشی کاهش داشته است. به دلیل اینکه مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی دارای ابعاد کاملاً متفاوت و جدا هستند، عامل کلی در این پرسش‌نامه محاسبه نمی‌شود.

در بخش استنباطی، سه دسته فرضیهٔ اصلی برای پژوهش در نظر گرفته شد. دو فرض اول مربوط به اثربخشی هر درمان به صورت مجزا در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌های آزمایشی است. بدین صورت که اثربخشی درمان معنوی مذهبی و لازاروس به صورت مجزا در سه مرحله برای گروه‌های آزمایشی محاسبه شد. به منظور انجام این تحلیل‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد تا تفاوت سه مرحلهٔ درمان در هر گروه مشخص شود.

فرضیه یا به عبارت دقیق‌تر، سؤال پژوهش بعدی، مربوط به مقایسهٔ اثربخشی درمان‌های یادشده در پس‌آزمون و پیگیری خواهد بود. به عبارت دیگر، آیا بین درمان‌ها از لحاظ میزان اثربخشی بر علائم بیماران، تفاوت معناداری وجود دارد؟ به منظور تحلیل این فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری درون‌گروهی به همراه آزمون‌های پیش‌فرض در پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. همچنین به منظور جلوگیری از بروز خطای هم‌خطی چندگانه به هنگام استفاده از مانکوا، به پیشنهاد (لاورنس میرز و همکاران، ۱۹۹۳) عامل کلی وارد تحلیل نخواهد شد.

قبل از هر تحلیل، پیش‌فرض‌های اصلی آزمون‌ها ارائه می‌شود. بررسی فرض توزیع متقارن تابع توزیع از طریق آزمون نرمالیتی برای هر دو گروه فرض‌های آماری، آزمون کرویت ماخلی (نرمالیتی چندمتغیری) به‌عنوان پیش‌فرض اصلی (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری) و آزمون‌های لوین (برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های سه گروه) و آزمون باکس (به منظور بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس‌های سه گروه)، به‌عنوان مهم‌ترین پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی گردید.

در ادامه، نتایج ادغام‌شدهٔ آزمون نرمالیتی توسط مقادیر کجی و کشیدگی ارائه می‌شود. چنانکه پیش‌تر آمد، چنانچه مقادیر چولگی و کشیدگی در بازهٔ (۲، -۲) نباشند، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. نتایج نشان می‌دهد تمامی مقادیر برای متغیرهای پژوهش، در بازهٔ مذکور قرار دارند (جسمانی‌سازی  $0/154$  و  $1/15$ ؛ اضطراب  $0/629$  و  $0/822$ ؛ افسردگی  $0/763$  و  $0/832$ )؛ لذا توزیع متغیرها در نمونه، دارای توزیع نرمال است.

همچنین نتایج آزمون کرویت ماخلی در ارتباط با فرض اثربخشی درمان لازاروس بر علائم روان‌شناختی (جسمانی‌سازی: آماره ماخلی، ۰/۹۱۶ و معناداری، ۰/۴۹۸؛ اضطراب: آماره ماخلی، ۰/۶۴۶ و معناداری، ۰/۰۳؛ افسردگی: آماره ماخلی، ۰/۵۲۳ و معناداری، ۰/۰۱) نشان می‌دهد، این آزمون برای متغیرهای اضطراب و افسردگی، معنادار، و برای جسمانی‌سازی، غیرمعنادار است؛ لذا مؤلفه‌ها با توجه به آزمون‌های مناسب تحلیل می‌شوند (در صورت معنادار نشدن کرویت ماخلی، می‌توان از آزمون اسپرستی جهت تفسیر نتایج استفاده کرد؛ اما در صورتی که نتایج آزمون ماخلی مبنی بر معناداری و غیرهمگنی ماتریس کوریانس باشد، می‌بایست از آماره تعدیل‌یافته F در آزمون گرین هوس گیزر استفاده کرد)؛ اما نتایج آزمون یادشده در ارتباط با فرض اثربخشی درمان چندوجهی معنوی - مذهبی بر علائم روان‌شناختی نشان می‌دهد، این آزمون برای متغیرهای جسمانی‌سازی و اضطراب، معنادار است؛ لذا مؤلفه‌ها با توجه به آزمون‌های مناسب تحلیل می‌شوند (جسمانی‌سازی: آماره ماخلی، ۰/۸۰۴ و معناداری، ۰/۱۷۵؛ اضطراب: آماره ماخلی، ۰/۲۰۰ و معناداری، ۰/۰۰۱؛ افسردگی: آماره ماخلی، ۰/۸۷۵ و معناداری، ۰/۳۴۳).

اما در ارتباط با فرض اثربخشی درمان لازاروس بر علائم روان‌شناختی، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری چندمتغیری جهت مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی در جدول ۲ نشان می‌دهد، آماره‌های هر سه مؤلفه معنادار است ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، هر سه متغیر در حداقل یکی از سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، کاهش معنادار داشته است. در ادامه، نتایج آزمون تعقیبی به صورت جزئی‌تر به تفاوت مراحل در هر یک از این متغیرها می‌پردازد: نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مؤلفه جسمانی‌سازی در پس‌آزمون کاهش معناداری را نسبت به پیش‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین جسمانی‌سازی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری را با مرحله پیش‌آزمون نشان می‌دهد ( $P < 0/001$ )؛ اما تفاوت دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنادار نیست ( $P > 0/05$ ).

در مورد دو مؤلفه افسردگی و اضطراب نیز همانند متغیر قبلی، نتایج نشان می‌دهد در پس‌آزمون کاهش معناداری نسبت به پیش‌آزمون اتفاق افتاده است. همچنین مرحله پیگیری نیز کاهش معناداری را با مرحله پیش‌آزمون نشان می‌دهد ( $P < 0/001$ ). با این حال، مرحله پیگیری این علائم افزایش معناداری را با پس‌آزمون نشان می‌دهد؛ لذا فرضیه یادشده تأیید می‌شود.

اما نتایج جدول ۴ در ارتباط با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری چندمتغیری جهت مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه معنوی - مذهبی در مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی نشان می‌دهد، آماره‌های هر سه مؤلفه معنادار است ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، هر سه متغیر در حداقل یکی از سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، کاهش معنادار داشته است. در ادامه، نتایج آزمون تعقیبی به صورت جزئی‌تر به تفاوت مراحل در هر یک از این متغیرها می‌پردازد: جدول ۵ آزمون تعقیبی بونفرونی، به مقایسه مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی در سه مرحله پژوهش در گروه درمان معنوی - مذهبی می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد، همچون درمان

لازاروس، تمامی مؤلفه‌ها در پس‌آزمون کاهش معناداری را نسبت به پیش‌آزمون نشان می‌دهند ( $P < 0/001$ )، که نشان از تأیید فرض چهارم پژوهش دارد؛ لیکن تفاوت دو متغیر افسردگی و جسمانی‌سازی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). در مورد مؤلفه اضطراب، نمرات پیگیری نسبت به پس‌آزمون، افزایش معناداری نشان می‌دهد ( $P < 0/001$ ).

اما در ادامه بخش استنباطی و در مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و معنوی-مذهبی در متغیرهای وابسته فوق‌الذکر، ابتدا پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌های دو گروه بررسی شد. نتایج آزمون لوین در مراحل پس‌آزمون ( $p = 0/208$ ،  $F = 1/62$ )،  $p = 0/059$ ،  $F = 2/20$ ،  $p = 0/08$ ،  $F = 1/08$  و پیگیری ( $p = 0/344$ ،  $F = 1/43$ )،  $p = 0/248$ ،  $F = 1/43$ )، یکدیگر ندارند ( $p > 0/05$ ) و در نتیجه می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد.

همچنین در تحلیل باکس آماره P در هر دو مرحله پس‌آزمون ( $p = 0/01$ ،  $F = 3/74$ ) و پیگیری ( $p = 0/01$ ،  $F = 3/24$ )، معنادار شده است ( $p < 0/01$ )؛ لذا و با توجه به عدم همگنی ماتریس کوواریانس‌ها، از آزمون اثر پیلاهی جهت تفسیر نتایج استفاده می‌شود.

مطابق جدول ۶ نتایج تحلیل کلی واریانس اندازه‌های تکراری درون‌گروهی در دو مرحله پس‌آزمون ( $p < 0/001$ ،  $F = 29/01$ )،  $p < 0/001$ ،  $F = 10/29$ ) اثر پیلاهی و پیگیری ( $p < 0/001$ ،  $F = 27/11$ )،  $p < 0/001$ ،  $F = 1/26$ ) اثر پیلاهی نشان می‌دهد، سه گروه در کل با یکدیگر تفاوت معنادار دارند؛ از طرفی در گروه‌های مورد مطالعه، حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود دارد. میزان اتا نشان می‌دهد، تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته، در مجموع معنادار است؛ و حدود ۶۴ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها در پس‌آزمون، و ۶۳ درصد در مرحله پیگیری ناشی از اثربخشی مداخله‌ها بوده است.

اما به‌منظور بررسی فرضیه‌های فرعی و تفاوت گروه‌ها، برون‌داد آزمون اسپرستیتی تک‌متغیره انجام شد (جدول ۷). در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین سه گروه در هر سه مؤلفه تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ) و میزان اتا نیز نشان می‌دهد، بیشترین میزان تفاوت استاندارد شده در هر دو مرحله یادشده، مربوط به مؤلفه اضطراب است ( $0/92$  و  $0/88$ ).

در نهایت، نتایج آزمون‌های تعقیبی بونفرنی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها که در جدول ۸ نیز به تفصیل آمده است، نشان می‌دهد که گروه‌های درمانی (لازاروس و معنوی-مذهبی) نسبت به گروه کنترل در هر سه مؤلفه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موجب بهبود معنادار علائم شده‌اند ( $p < 0/001$ )؛ اما بین دو گروه درمانی از لحاظ میزان اثربخشی بر اضطراب و افسردگی، تفاوت معناداری در این مرحله دیده نمی‌شود ( $p > 0/05$ )؛ اما در مؤلفه جسمانی‌سازی، گروه لازاروس نسبت به معنوی مذهبی، تفاوت معنادار داشته و اثربخشی بهتری دارد ( $p < 0/001$ ). در نهایت، در مرحله پیگیری، بین دو گروه درمانی از لحاظ میزان اثربخشی بر اضطراب و افسردگی، تفاوت

معناداری دیده نمی‌شود ( $p > 0.05$ )؛ لیکن در مؤلفه جسمانی سازی، گروه لازاروس نسبت به گروه درمان چندوجهی معنوی - مذهبی، تفاوت معنادار داشته و اثربخشی بهتری دارد ( $p < 0.001$ ).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار علائم روان شناختی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیرهای وابسته	گروه درمان لازاروس			گروه معنوی - مذهبی			گروه کنترل		
	پیش	پس	پیگیری	پیش	پس	پیگیری	پیش	پس	پیگیری
جسمانی	۱۷/۷۲	۱۱/۲۲	۱۱/۶۶	۱۴/۳۸	۱۴/۶۱	۱۸/۳۳	۱۷/۸۸	۱۷/۸۸	۱۷/۶۶
SD	۱/۹۰	۱/۹۲	۱/۷۱	۱/۰۹	۰/۹۷	۲/۲۷	۲/۰۲	۲/۳۲	۲/۳۲
اضطراب	۲۱/۷۷	۸/۲۷	۸/۷۲	۷/۶۶	۹/۰۵	۲۲/۳۳	۲۲/۳۸	۲۲/۳۸	۲۲/۳۸
SD	۳/۶۲	۰/۹۵	۲/۳۷	۱/۸۳	۰/۹۹	۳/۴۶	۳/۷۵	۳/۷۵	۳/۷۵
افسردگی	۱۶/۸۸	۱۰/۳۸	۱۰/۸۸	۹/۳۸	۹/۸۳	۱۶/۶۱	۱۶/۲۷	۱۶/۲۷	۱۶/۲۷
SD	۱/۶۰	۱/۷۸	۱/۵۶	۱/۵۰	۱/۳۳	۲/۲۵	۱/۳۶	۱/۳۶	۱/۳۶

جدول ۲. نتایج اصلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری چندمتغیری، مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در مؤلفه‌های علائم روان شناختی

متغیر وابسته	آماره	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	P	اتا	توان
جسمانی	اسپرسیتی	۴۷۴/۷۰	۲	۲۳۷/۳۵	۱۱۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
اضطراب	گرین هوس گیزر	۲۱۱۷/۳۷	۱/۴۹	۱۴۱۴/۸۹	۱۶۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
افسردگی	گرین هوس گیزر	۴۷۱/۰۱	۱/۳۵	۳۴۷/۸۳	۹۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسه مؤلفه‌های علائم روان شناختی در سه مرحله پژوهش

متغیر وابسته	مرحله (I)	مرحله (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	P
جسمانی	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۵۰	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۶/۰۵	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۶/۵۰	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۴۴	۰/۴۲۲	۰/۴۷۴
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۰۵	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۴۴	۰/۴۲۲	۰/۴۷۴
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۵۰	۰/۹۰۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۳/۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱۳/۵۰	۰/۹۰۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۴۴	۰/۵۶۱	۰/۴۳۹
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۳/۰۵	۱/۰۰۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۴۴	۰/۵۶۱	۰/۴۳۹
افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۵۰	۰/۶۴۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۶	۰/۵۳۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۶/۵۰	۰/۶۴۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۵۰	۰/۳۱۶	۰/۱۳۲
	پیش آزمون	پیگیری	-۶	۰/۳۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۵۰	۰/۳۱۶	۰/۱۳۲

جدول ۴. نتایج اصلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری چندمتغیری، مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی

متغیر وابسته	آماره	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	P	اتا	توان
جسمانی‌سازی	گرین هوس گیزر	۳۲۰/۷۷	۲	۱۶۰/۳۸	۶۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
اضطراب	گرین هوس گیزر	۲۱۵۹/۵۹	۱/۱۱	۱۹۴۳/۶۱	۲۰۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
افسردگی	اسپرسیتی	۷۰۷/۱۱	۲	۳۵۳/۵۵	۱۱۹/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسه مؤلفه‌های علائم روان‌شناختی در سه مرحله پژوهش

متغیر وابسته	مرحله (I)	مرحله (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	P
جسمانی‌سازی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۲۷	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
	پیگیری		۵/۰۵	۰/۵۵۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۵/۲۷	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
اضطراب	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۲	۰/۳۹۲	۰/۰۵۷۹
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۵/۰۵	۰/۵۵۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۲	۰/۳۹۲	۰/۵۷۹
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۴/۰۵	۰/۸۸۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۲/۶۶	۰/۹۵۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۴/۰۵	۰/۸۸۴	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۳۸	۰/۲۵۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۱۲/۶۶	۰/۹۵۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۸	۰/۲۵۷	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۸۸	۰/۶۵۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	۷/۴۴	۰/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۸۸	۰/۶۵۶	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۴	۰/۴۸۰	۰/۳۶
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۷/۴۴	۰/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۴	۰/۴۸۰	۰/۳۶

جدول ۶. نتایج کلی تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری درون‌گروهی در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	P	اتا	توان
اثر پیلائی	۱/۲۹	۲۹/۰۱	۳	۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
لامبدا و لکز	۰/۰۳	۷۲/۱۸	۳	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
اثر هتلینگ	۲۰/۸۴	۱۵۶/۳۲	۳	۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۰/۳۱	۳۱۸/۲۶	۳	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
اثر پیلائی	۱/۲۶	۲۷/۱۱	۶	۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
لامبدا و لکز	۰/۰۴	۵۷/۵۱	۶	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
اثر هتلینگ	۱۴/۵۳	۱۰۸/۹۸	۶	۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۴/۰۳	۲۱۹/۷۹	۳	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱

جدول ۷. نتایج برون داد آزمون اسپرستیتی تک متغیره متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری

توان	اتا	P	F	میانگین مجزورات	DF	مجموع مجزورات	متغیر وابسته	گروه
۱	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۷۹/۱۰	۱۹۱/۹۵	۲	۳۹۳/۹۱	جسمانی سازی	گروه
۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۲۹۰/۷۰	۱۱۵۳/۰۸	۲	۲۳۰۶/۱۷	اضطراب	
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۱	۹۳/۹۱	۲۳۹/۴۸	۲	۴۷۸/۹۵	افسردگی	
۱	۰/۷۰	۰/۰۰۱	۵۷/۹۰	۱۵۷/۵۸	۲	۳۱۵/۱۶	جسمانی سازی	گروه
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۸۱/۹۴	۱۰۲۵/۷۱	۲	۲۰۵۱/۴۳	اضطراب	
۱	۰/۸۱	۰/۰۰۱	۱۰۷/۹۰	۲۱۰/۴۷	۲	۴۲۰/۹۴	افسردگی	

جدول ۸. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسه زوجی گروه‌ها در مؤلفه‌های علائم روان شناختی در پس آزمون و پیگیری

P	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	گروه (I)	گروه (J)	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	۶/۴۹	لازاروس	کنترل	جسمانی سازی
۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۴/۱۲	معنوی مذهبی	کنترل	گروه پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	-۶/۴۹	کنترل	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۵۸	-۲/۳۷	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	-۴/۱۲	کنترل	معنوی مذهبی	
۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۲/۳۷	لازاروس	اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱۴/۰۵	لازاروس	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۷۱۴	۱۴/۰۴	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	-۱۴/۰۵	کنترل	لازاروس	
۰/۹۹	۰/۷۱۴	-۰/۰۴	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	-۱۴/۰۴	کنترل	معنوی مذهبی	
۰/۹۹	۰/۵۵۹	-۰/۰۴	لازاروس	افسردگی	
۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۵/۸۵	لازاروس	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۷۱۴	۶/۹۱	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	-۵/۸۵	کنترل	لازاروس	
۰/۰۷	۰/۵۷۲	-۱/۰۵	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۵۹	-۶/۹۱	کنترل	معنوی مذهبی	
۰/۰۷	۰/۵۷۲	-۱/۰۵	لازاروس	جسمانی سازی	
۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۵/۹۰	لازاروس	کنترل	گروه پیگیری
۰/۰۰۱	۰/۵۷۸	۳/۶۱	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	-۵/۹۰	کنترل	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۹۱	-۲/۲۸	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۵۷۸	-۳/۶۱	کنترل	معنوی مذهبی	
۰/۰۰۱	۰/۵۹۱	۲/۲۸	لازاروس	اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	۱۳/۶۳	لازاروس	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	۱۲/۷۷	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	-۱۳/۶۳	کنترل	لازاروس	
۰/۳۱	۰/۸۵۱	-۱/۸۶	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	-۱۲/۷۷	کنترل	معنوی مذهبی	
۰/۳۱	۰/۸۵۱	۰/۸۶	لازاروس	افسردگی	
۰/۰۰۱	۰/۴۷۰	۵/۵۱	لازاروس	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۶/۴۶	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۴۷۰	-۵/۵۱	کنترل	لازاروس	
۰/۰۶	۰/۵۰۰	۰/۹۴	معنوی مذهبی	لازاروس	
۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۶/۴۶	کنترل	معنوی مذهبی	
۰/۰۶	۰/۵۰۰	-۰/۹۴	لازاروس	افسردگی	

## بحث و نتیجه گیری

با اینکه سوءهاضمه عملکردی در رسته بیماری‌های مرگ‌بار طبقه‌بندی نمی‌شود، لیکن بیماران مبتلا به FD اثرات مخرب گسترده‌ای را در حوزه‌های جسمی، روانی و عملکردی متحمل می‌شوند؛ به علاوه هزینه‌های بسیار بالای بهداشتی و اجتماعی به سبب این بیماری شایع، به نظام درمانی کشورها تحمیل می‌شود (بروک (Brook) و همکاران، ۲۰۱۰؛ مویدی و ماسن (Mason)، ۲۰۰۲). تمامی این موارد سبب شد تا با توجه به ضعف پیشینه، دو روش درمانی چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی- مذهبی در مقام مقایسه بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به FD مورد بررسی قرار گیرند. پس از مرور یافته‌های آماری در این قسمت، به تبیین فرضیه‌ها، نتیجه‌گیری، محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش پرداخته خواهد شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که گروه‌های درمانی (لازاروس و معنوی- مذهبی) نسبت به گروه کنترل، در هر سه مؤلفه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موجب بهبود معنادار علائم شده‌اند ( $p < 0/001$ )؛ اما بین دو گروه درمانی، از لحاظ میزان اثربخشی بر اضطراب و افسردگی، تفاوت معناداری در این مرحله دیده نمی‌شود ( $p > 0/05$ )؛ اما در مؤلفه جسمانی‌سازی، گروه لازاروس نسبت به معنوی مذهبی تفاوت معنادار داشته و اثربخشی بهتری دارد ( $p < 0/001$ ). در نهایت، در مرحله پیگیری، بین دو گروه درمانی از لحاظ میزان اثربخشی بر اضطراب و افسردگی، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود ( $p > 0/05$ )؛ لیکن در مؤلفه جسمانی‌سازی، گروه لازاروس نسبت به گروه درمان چندوجهی معنوی مذهبی، تفاوت معنادار داشته و اثربخشی بهتری دارد ( $p < 0/001$ ).

همان‌طور که پیش از این اشاره شد، پژوهشی که به صورت مستقیم و مشابه فرض اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس را بر اختلالات سایکوسوماتیک در معرض آزمون قرار داده باشد، یافت نشده است؛ لیکن اثربخشی دیگر درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلالات جسمانی تأثیرپذیر از عوامل روان‌شناختی، همچون IBS، PMS و FD در پژوهش‌های خارجی و داخلی و همسو با پژوهش حاضر، تأیید شده است (پورنیکدست و همکاران، ۲۰۱۴؛ بلانچارد و همکاران، ۲۰۰۷؛ کرانکی و رزمان، ۲۰۰۶؛ سو و همکاران، ۲۰۰۴). در همین راستا، در پژوهش‌های اخیر، عوامل روان‌شناختی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین ریسک فاکتورهای اختلال سوءهاضمه عملکردی معرفی شده است و پیشنهاد می‌گردد درمان‌های کوتاه‌مدت روان‌شناختی، به درمان‌های زیستی و استاندارد این اختلال افزوده شود (فراری، ۲۰۱۵؛ آریو و همکاران، ۲۰۱۵).

اما اثربخشی درمان چندبعدی لازاروس بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به FD، از چه مسیری قابل تبیین است؟ درمان لازاروس مداخلات خود را در طیف وسیعی از سبب‌شناسی عملکرد آدمی، یعنی هفت بعد اساسی (رفتاری، شناختی، هیجانی، حسی، بین‌فردی و زیستی) اعمال می‌دارد. به عبارت دیگر، درمان لازاروس با رویکردی یکپارچه و تکنیک‌های درمانی متنوع، قابلیت کاربست بالینی خود را در طیف گسترده‌ای از اختلالات بالینی، به



حداکثر ممکن می‌رساند (لازاروس، ۲۰۰۶). شاید به همین دلیل است که اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی به‌عنوان همراهان متداول اختلال FD، به‌رغم ماهیت پیچیده سبب‌شناسی - از تعارضات ناخودآگاه و ویژگی‌های شخصیتی گرفته تا اختلال انطباقی ناشی از استرس‌های روزمره (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵) - تحت تأثیر مداخله فوق‌الذکر قرار می‌گیرند و کاهش معناداری را نشان می‌دهند.

اما در ارتباط با اثربخشی درمان چندوجهی معنوی - مذهبی در متغیرهای یادشده، تحقیقات پیشین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است. درمان‌های مبتنی بر مذهب، در کاهش شدت علائم مرتبط با اضطراب و افسردگی و دیگر علائم اختلالات روانی، کاهش رفتارهای پرخطر، افزایش عزت‌نفس، احساس کنترل و خودپنداره، اثربخش گزارش شده‌اند (پاوکرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ باررا و همکاران، ۲۰۱۲؛ کرسنتینی، ۲۰۱۴؛ بکستید و همکاران، ۲۰۱۵؛ مهربانی‌زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۹۰؛ پورنیکدست و همکاران، ۱۳۹۳). البته با جست‌وجویی دقیق در پیشینه پژوهشی مرتبط با مذهب و معنویت، درمی‌یابیم که در برخی پژوهش‌های مرتبط با نتایج پژوهش حاضر، مداخلات و مؤلفه‌های مبتنی بر مذهب بی‌تأثیر، و در برخی موارد با ارتباطی معکوس با متغیرهای مرتبط با سلامت روان گزارش شده‌اند (میلوسکی، ۲۰۰۲؛ کزدی و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیم و همکاران، ۲۰۱۴). احتمال وجود مشکلات عمیق بالینی و ویژگی‌های شخصیتی مراجعان، تفاوت بنیادین درمان‌های متداول مبتنی بر مذهب و درمان بومی‌شده در این پژوهش، و سوگیری احتمالی محققان در هر دو گروه از پژوهش‌های یادشده، تبیین‌های احتمالی برای این ناهمسویی است.

اما در تبیین نتایج پژوهش حاضر و یافته‌های همسو، باید بر تأثیر شناختی طرحواره‌ معتقدان مذهب بر ارزیابی و ادراک وقایع اشاره کرد؛ به عبارت دیگر، فرد مسلمان و معتقد به مشیت الهی، در برخورد با نامالایمات، با تاب‌آوری و سرسختی بالاتری واکنش نشان داده، وضعیت هیجانی سالم‌تری را بروز خواهد داد. ترکیب اصول چندوجهی شناختی - رفتاری با دستورات و مناسک اسلامی، با افزایش عزت‌نفس و همچنین کاهش احساس ازخودبیگانگی و تنهایی، ایجاد احساس هدفمندی در زندگی، افزایش تحمل و تاب‌آوری، مقابله بر اساس توکل، توسل و تدبیر، و در نهایت تأمین بهداشت روانی افراد، چونان سپری در برابر نامالایمات مزمنی همچون اختلالات مزمن سایکوسوماتیک عمل می‌کند و در نهایت، سازگاری و انطباق را در ابعاد مختلف برای درمان‌جو به ارمغان خواهد آورد (پورنیکدست و همکاران، ۱۳۹۳)؛ چنانکه در همین راستا، خداوند متعال در زمینه تحمل نامالایمات در قرآن کریم می‌فرماید: «حتماً شما را با اندکی از ترس، گرسنگی و آفت در مال‌ها و جان‌ها و میوه‌ها می‌آزماییم، و مردان صبور و باستقامت را مژده بده» (بقره: ۱۵۵).

مقوله دیگری که در تبیین نتایج اثربخش پروتکل چندوجهی مذهبی با رویکرد اسلامی در بهبود وضعیت بیماران مزمن حائز اهمیت است، تأیید دین مبین اسلام بر فعال‌سازی رفتاری، آثار مثبت یاری‌رسانی و اختصاص

فضا و زمان شخصی است. در همین راستا، حضرت علی علیه السلام به زیبایی می‌فرمایند: «فرد باایمان کسی است که این سه وقت را در زندگی خود قرار داده باشد، بخشی از آن را به معنویات بپردازد و با پروردگارش مناجات کند؛ قسمتی در فکر معاش و امورات دنیا می‌گذرد؛ و قسمتی را به این تخصیص می‌دهد که از لذت‌های حلال و مشروع بهره‌مند شود» (ری شهری، ۱۴۱۶ق، ص ۳۷۶).

اما مقایسه دو روش درمانی نشان می‌دهد، بجز خرده‌مقیاس جسمانی‌سازی (با اثربخشی بالاتر درمان لازاروس)، هر دو پروتکل نسبت به گروه کنترل و در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، اثربخش بوده‌اند و تفاوت‌چندانی نیز در میزان کاهش علائم در بیماران FD نداشته‌اند. با توجه به این مهم، که هر دو درمان انسان را موجودی پیچیده و چندبعدی در نظر می‌گیرند و بر ابعاد گستره تأثیرگذار بر شکل‌گیری و تداوم فرایند سلامت و اختلالات، تأکید دارند. این شباهت، منطقی به نظر می‌رسد (جسی (Jesse) و همکاران، ۲۰۰۶)؛ لیکن باید توجه داشت اهداف پروتکل معنوی - مذهبی با رویکرد اسلامی مورد استفاده در این پژوهش، علاوه بر آماج متداول و کلاسیک در تمامی درمان‌های شناختی و رفتاری، بر افزایش انگیزه برای انجام فعالیت‌های معنوی و انسان‌دوستانه (بخشش، ایثار، یاری‌رسانی و قدرشناسی) و یافتن معنای موارایی برای وقایع روزمره، اعم از خوشایند یا نامطلوب (سیف، ۱۳۸۳، ص ۱۷۱؛ طهرانی، ۱۹۹۶) تمرکز و تأکید داشته است. در همین راستا، یافته‌های پیشین نیز کارایی درمان‌های مبتنی بر مذهب را در مقام مقایسه با درمان‌های معتبر کلاسیک تأیید کرده، در برخی موارد به‌عنوان مداخله ارجح، توصیه می‌کنند (پاوکرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ باررا و همکاران، ۲۰۱۲). عدم توجه کافی پروتکل محقق‌ساخته معنوی - مذهبی به ابعاد زیستی اختلال FD و ویژگی‌های مزمن و پیچیده مستتر در خرده‌مقیاس جسمانی‌سازی را می‌توان به‌عنوان دلایل احتمالی تفاوت اثربخشی دو روش درمانی در متغیر یادشده برشمرد؛ مواردی که از طریق تأکید پروتکل لازاروس بر تکنیک‌های زیستی، همچون ورزش، ترک سیگار، الکل و مواد مخدر، کاهش وزن و... مرتفع شده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان از اثربخشی درمان‌های چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی - مذهبی بر علائم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به FD داشته است. در مقام مقایسه نیز تلویحات بالینی از یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌چندانی، بجز در برخی متغیرها (جسمانی‌سازی)، از لحاظ اثربخشی بین دو روش درمانی وجود ندارد؛ از این‌رو، و با توجه به شیوع و هزینه‌های بسیار بالای همراه با اختلال سندرم سوء‌هاضمه عملکردی، می‌توان بهره‌گیری از درمان‌های چندوجهی را همراه با توجه ویژه به وجوه اعتقادی و فرهنگی جامعه هدف، در اختلالات طبی متأثر از وضعیت روان‌شناختی، به‌عنوان نتیجه اصلی یافته‌های پژوهش حاضر معرفی کرد. اثربخشی اصول چندوجهی با بهره‌گیری از توصیه و دستورالعمل‌های دقیق دین اسلام در تمامی زمینه‌های رفتاری و شناختی در بیماری‌های طبی تأثیرپذیر از عوامل روان‌شناختی، نشان‌دهنده لزوم توجه بیشتر به متغیرهای فرهنگی و اعتقادی جامعه هدف در کارآزمایی‌های بالینی می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش: پرسش‌نامه‌های ناقص، مخدوش و اثر خستگی به دلیل تعداد سوالات زیاد، استفاده از مقیاس خودگزارشی و نمونه‌گیری در دسترس هدفمند و موقعیت جغرافیایی نزدیک در اعضای نمونه، و احتمال افزایش شباهت‌های فرهنگی و مرتبه اقتصادی-اجتماعی، می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر را محدود سازد. در نهایت، باید همواره محدودیت نتیجه‌گیری علی را در پژوهش‌های مقطعی در نظر داشت. همچنین با توجه به ماهیت پیچیده بیماری‌های روان‌تنی و ارتباطات عمیق آنها با فاکتورهای زیربنایی شخصیت، قطعاً تعدادی از متغیرهای دیگر که بر شکل‌گیری ویژگی‌های بیمارگون و بهبودی احتمالی در بیماران FD مؤثر بوده، نادیده گرفته شده است. پیشنهادهای نظری و کاربردی: تکرار پژوهش در بافت‌های متنوع فرهنگی، جغرافیایی و اعتقادی در جهت افزایش اعتبار بیرونی؛ طراحی مطالعات طولی در شناسایی عوامل سبب‌ساز در ایجاد و سیر بیماری سوءهاضمه کارکردی؛ کنترل اثرات متغیرهای تأثیرگذاری همچون، مدت، شدت بیماری و طول مدت مصرف دارو در بیماران، از طریق فرض‌های مقایسه‌ای، و در نهایت، پیشنهاد می‌شود درمان‌های معرفی شده در پژوهش پیش‌رو، با دیگر مداخلات روان‌شناختی مقایسه شوند؛ و در نهایت، محققان محترم در پژوهش‌های آینده، نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش را به‌عنوان فرض‌های پژوهشی جدیدی در نظر بگیرند.

## منابع

- ابراهیمی، امرالله، ۱۳۸۶، *مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی، درمان شناختی- رفتاری و دارویی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده خوبی*، پایان‌نامه دکتری، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- پورنیکدست، سبحان و همکاران، ۱۳۹۳، «مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی و گرایش به اعتیاد»، *اعتیاد پژوهی*، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۱۸-۲۴.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهارت‌اضطراب و تنبیدی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- چوپانی، مراد، ۱۳۸۸، *تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی- رفتاری بر عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد شهر قم*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- دل‌آور، علی، ۱۳۸۱، *احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، تهران، رشد.
- رحیمیان بوگو، اسحاق و حسین شاره، ۱۳۸۶، *آرنولد لازاروس و روان‌درمانی چندوجهی*، تهران، نشر دانژه.
- سعیدی‌نژاد، زهره و همکاران، ۱۳۸۸، «تأثیر مداخلات معنوی به شیوه گروهی بر سلامت روان و خودشکوفایی»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۸، ص ۱۱۵-۱۳۴.
- سیف، علی‌اکبر، ۱۳۸۳، *تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها*، چ ششم، تهران، دوران.
- شریفی‌نیا، محمدحسین، ۱۳۸۷، «درمان یکپارچه توحیدی، رویکرد دینی در درمان اختلالات روانی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال دوم، ش ۴، ص ۶۵-۸۲.
- \_\_\_\_، ۱۳۹۱، *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی*، قم، حوزه و دانشگاه.
- کاپلان، هارولد و بینامین سادوک، ۲۰۱۵، *ویراست یازدهم بر اساس (DSM5)*، ترجمه مهدی گنجی، تهران، ساوالان.
- کوری، ماریان اشنایدر و جرال کوری، ۱۹۸۹، *گروه‌درمانی*، ترجمه سیف‌الله بهاری، تهران، روان.
- لازاروس، آرنولد و آلن فی، ۱۹۹۲، *اگر بخواهم می‌توانم*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران، روان‌شناسی و هنر.
- لازاروس، آرنولد و همکاران، ۱۹۹۴، *یک دقیقه این چهل فکر سمی را کنار بگذار*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران، رسا.
- لاورنس، میز و همکاران، ۱۹۹۳، *پژوهش چندمتغیری کاربردی (طرح و تفسیر)*، ترجمه پاشاشریفی و همکاران، چ سوم، تهران، رشد.
- محمدی ری شهری، محمد، ۱۴۱۶ق، *میزان‌الحکمه*، ترجمه حمیدرضا شیخی، چ سوم، قم، دارالحديث.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۰۳۷، *بحارالانوار*، ترجمه سیدباقر موسوی همدانی، قم، ولی عصر عجله فرجه.
- مدانلو، فاطمه، ۱۳۸۸، *بررسی رابطه تاب‌آوری، راهبردهای مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با آسیب‌پذیری در زنان داغ‌دیده*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی.
- مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان»، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۳، ص ۲۷-۳۶.
- Allescher, H. D, 2006, Functional dyspepsia-A multi causal disease and its therapy, *Psycomedicine*, v. 13, p. 2-11.
- Barnby, J. M, et al, 2015, How similar are the changes in neural activity resulting from mindfulness practice in contrast to spiritual practice? *Consciousness and Cognition*, v. 36, p. 219-232.
- Barrera, T.L, et al, 2012, Integrating Religion and Spirituality Into Treatment for Late-Life Anxiety: Three Case Studies, *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, v. 19, p. 346-358.
- Bazrkar, M, et al, 2009, Uninvestigated dyspepsia and its related factors in an Iranian

- community, *Saudi Med J*, v. 30, p. 397-402.
- Beckstead, D.J, et al, 2015, Dialectical Behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs, *Addictive Behaviors*, v. 51, p. 84-87.
- Blanchard, E. B, et al, 2007, A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome, *Behave Res Ther*, v. 45(4), p. 633-648.
- Brook, R.A, et al, 2010, Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs, *Clin Gastroenterol Hepatol*, v. 8(6), p. 498-503.
- Crescentini, C, et al, 2014, Effects of an 8-week meditation program on the implicit and explicit attitudes toward religious/spiritual self-representations. *Consciousness and Cognition*, v. 30, p. 266-280.
- Dura, E, et al, 2006, Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: Confirmatory analysis of the dimensional structure of the Brief Symptoms Inventory 18, *Journal of Psychosomatic Research*, v. 60, p.365-370.
- Ferrari, S, 2015, First episode psychosis among migrants Italy (PEP-Ita Study): Preliminary results from Modena, *Journal of Psychosomatic Research*, v. 76(6), p. 503-504.
- Guz, H, et al, 2008, The frequency of the psychiatric symptoms in the patients with dyspepsia at a university hospital, *Gen Hosp Psychiatry*, v. 30(3), p. 252-256.
- Han, M, et al, 2010, Personality traits in patients referred for functional dyspepsia, *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, v. 49(12), p. 997-1001.
- Hayes, A. M, & Harris, M. S, 2000, *The development of an integrative treatment for depression*, In S. Johnson, A.M. Hayes, T. Field, N. Schneiderman, & P. McCabe (Eds), stress, coping, and depression, New Jersey, Erlbaum.
- Hofmann, S. G, 2006, The importance of culture in cognitive and behavioral practice, *Cognit Behav Pract*, v. 4(13), p. 243-254.
- Holtmann, G, & Gapasin, J, 2008, Failed therapy and directions for the future in dyspepsia, *Dig Dis*, v. 26(3), p. 218-224.
- Hook, J. N, et al, 2010, Empirically supported religious and therapies, *Journal of Clinical Psychology*, v. 66(16), p. 46-72.
- Jesse, H. W, et al, 2006, *Learning Cognitive- Behavior Therapy: an illustrated guide*, American psychiatric publishing. Inc.
- Kezdy, A, et al, 2011, Religious doubts and Mental Health in Adolescence and Young Adulthood, the association with religious attitudes, *Journal of Adolescence*, v. 34(1), p. 39-47.
- Khademolhosseini, F, et al, 2010, Prevalence of Dyspepsia and its Correlation with Demographic Factors and Lifestyle in Shiraz, Southern Iran, *Middle East J Dig Dis*, v. 2, p. 24-30.
- Khazraie, A, & Jonbozorgi, M, 2009, Effectiveness of Multimodal therapy on perceived stress

- decline and promoting health indices in veterans with Osteomyelitis, *Veteran Med*, v. 2(6), p. 39-45. [Persian].
- Koenig, H. G, 2012, Religion, Spirituality and Mental Health in the west and the middle east, *Asian Journal of Psychiatry*, v. 5 (2), p. 180-182.
- Kroenke, K, & Rosmalen, J. G, 2006, Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders, *Med Clin North Am*, v. 90, p. 603-626.
- Lackner, J. M, 2005, No brain, No gain: the role of cognitive processes in irritable bowel syndrome, *J Cogn Psycho Ther*, v. 19, p. 125-136.
- Lacy, B. E, & Cash, B. D, 2008, A 32-year-old woman with chronic abdominal pain, *JAMA*, v. 299(5), p. 555-6.
- Lazarus, A. A, 1971, *Behavior therapy and beyond*, New York, McGraw-Hill.
- \_\_\_\_\_, 1974, Multimodal behavioral treatment of depression, *Behav Ther*, v. 5(4), p. 549-554.
- \_\_\_\_\_, 2006, *Multimodal therapy: A seven-point integration*. In G. Stricker & J. Gold (Eds), A casebook of psychotherapy integration, Washington, DC: APA Books.
- Lazarus, A. A, 2007, *Multimodal therapy*. In: Corsini RJ & Wedding D, editors. Current psychotherapies. (8th ed), Brooks Cole: Belmont, CA, p. 211-232.
- Lee, H. J, et al, 2010, Depressive mood and quality of life in functional gastrointestinal disorders: Differences between functional dyspepsia, irritable bowel syndrome and overlap syndrome, *Gen Hosp Psychiatry*, v. 32, p. 499-502.
- Levy, R. L, et al, 2006, Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders, *Gastroenterol*, v. 130, p. 1447-1458.
- Lim, C, et al, 2014, Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: A systematic review, *Asian Journal of Psychiatry*, v. 9, p. 3-12.
- Lipowski, Z. J, 1985, *Psychosomatic medicine and Liason Psychiatry*, New York, Plenum Press.
- Luborsky, L, et al, 1993, Psychological healthsickness (PHS) as a predictor outcomes in dynamic and other psychotherapies, *J Consult Clin Psychol*, v. 61, p. 542-548.
- Lustyk, M. K, et al, 2009, Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review, *Arch Womens Ment Health*, v. 12, p. 85-96.
- Mahadeva, S, & Goh, K. L, 2011, Anxiety, depression and quality of life differences between functional and organic dyspepsia, *J Gastroenterol Hepatol*, v. 26, p. 49-52.
- Milevsky, A, 2002, *Religion well-being in adult and older adults*, Florida international University. www.fiu.edu.
- Moayyedi, P, & Mason, J, 2002, Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community, *Gut*, v. 4(50), p. 2-10.

- O'Brien, S, et al, 2007, Psychological aspects of premenstrual syndrome, *J Best Pract Res Cli Obstetr Gynaecol*, v. 2, p. 207-220.
- Okumura, T, et al, 2010, Prevalence of functional dyspepsia in an outpatient clinic with primary care physicians in Japan, *J Gastroenterol*, v. 45(2), p. 187-197.
- Orive, a. h, et al, 2015, A randomized controlled trial of a 10 week group psychotherapeutic treatment added to standard medical treatment in patients with functional dyspepsia, *Journal of Psychosomatic Research*, v. 6(15), p. 83-86.
- Palmer, S, 2000, *Multimodal counseling and therapy*. In: Palmer S, editor. Introduction to counseling and psychotherapy: The essential guide, London, Sage Publications.
- Pargament, K. I, 2007, *Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*, New York, Guilford Press.
- Paukert, A.L, et al, 2011, Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy, v. 41(3), p. 99-108.
- Porcelli, P, et al, 2000, Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria, *Psychother Psychosom*, v. 69, p. 198-204.
- Porcelli, P, et al, 2004, Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders, *Psychother Psychosom*, v. 73, p. 84-91.
- Purnikdast, S, et al, 2014, Efficacy of Mindfulness-based Therapy Efficacy in Reducing Physical Symptoms and Increasing Specific Quality of Life in Patients with Functional Dyspepsia, Bulletin of Environment, *Pharmacology and Life Sciences*, v. 3(12), p. 8-11.
- Rosmarin, D. H, et al, 2010, A randomized controlled evaluation of spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the internet, *Journl of Anxiety Disorders*, v. 24(2), p. 799-808.
- Sarason, I. G, & Sarason, B. R, 1987, *Abnormal psychology*, New York: Prentice-Hall Press.
- Sha, M. C, et al, 2005, Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults, *Am J Med*, v. 118, p. 301-306.
- Shaib, Y, EI-Serag, H. B, 2004, The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States, *Am J Gastroenterol*, v. 99(11), p. 2210-2216.
- Smith, M. L, 2005, Functional dyspepsia pathogenesis and therapeutic options-implications for management, *Dig Liver Dis*, 37 (8), p. 547-558.
- Soo, S, et al, 2004, A systematic review of psychological therapies for nonucler dyspepsia, *Am J Clin Hypnos*, v. 47(3), p. 222-229.
- Spangler, D. L, 2010, Heavenly bodies: Religious issues in cognitive behavioral treatment of eating disorders, *Cognitive and behavioral Practice*, v. 17(3), p. 358-370.
- Spira, A. P, et al, 2009, Anxiety symptoms and objectively measured sleep quality in older women, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 17 (5), p. 136-143.
- Stanley, M. A, et al, 2011, Older adults preference for religion/spirituality in treatment for

- anxiety and depression, *Aging and mental Health*, v. 15(5), p. 334-343.
- Tache, Y, & Bonaz, B, 2007, Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function, *J Clin Invest*, v. 117(1), p. 33-40.
- Tally, N. J, et al, 2011, Quality of life in functional dyspepsia: responsiveness of the Nepean Dyspepsia Index and development of a new 10-item short form, *J Gastroenterol Hepatol*, v. 26, p. 49-52.
- Tanaka T, et al, 2008, Characterization of autonomic dysfunction in patients with irritable bowel syndrome using fingertip blood flow, *Neurogastroenterol Motil*, v. 20(5), p. 498-504.
- Tehrani, J, 1996, Islamic theory and humanistic psychology, *Journal of the Humanistic Psychologist*, v. 44(3), p. 341-346.
- Zagari R. M, et al, 2010, Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in Italian general population: A endoscopic study, *Gastroenterology*, v. 138(4), p. 1302-1311.

