



Comparison of the Effectiveness of Classical Cognitive Behavioral Therapy and the Psychodrama Group Therapy on Quality of Life in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease

Farzaneh Esmailzadeh Fasaee¹, Azam Davoodi², Najmeh Fath³, Sajjad Amini Manesh⁴

1. Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran. E-mail: Esmailzadeh.farzaneh.kinder@gmail.com

2. Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran. E-mail: azam.davoodi@iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran. E-mail: najmehfath@iaushiraz.ac.ir

4. Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran. E-mail: Aminimanesh@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 09 November 2025

Received in revised form 10 May 2026

Accepted 21 August 2026

Published Online 23 October 2026

Keywords:

quality of life
classical cognitive-
behavioral group therapy
psychodrama group therapy
gastroesophageal reflux
disease (gerd).

ABSTRACT

Background: Gastroesophageal reflux disorder is one of the most common chronic gastrointestinal conditions, and in addition to its physical symptoms, it can reduce patients' quality of life and psychological well-being. The connection between psychological interventions and improvements in quality of life among these patients is of great importance. Although some studies have examined cognitive-behavioral therapy, there is a noticeable lack of research on the effects of psychodrama and its direct comparison with classical therapeutic approaches.

Aims: This study aimed to compare the effectiveness of classical cognitive-behavioral therapy (CCBT) and psychodrama group therapy (PGT) on the quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD).

Methods: The research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The study population consisted of all patients who visited three gastroenterology and hepatology specialist clinics in Kerman between July and November 2024. A total of 45 participants were purposefully selected and randomly assigned to two experimental groups (15 participants each) and one control group (15 participants). Data were collected using the Gastroesophageal Reflux Disease Symptom Assessment Scale (Rothman et al., 2001) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (*world health organization quality of life*, 1996), and analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS version 26.

Results: The results indicated that both interventions significantly improved overall quality of life and its dimensions, including physical health, psychological health, social relationships, and environmental health, compared to the control group ($\eta^2=0.63$, $p<0.01$). A comparison between the two interventions revealed that CCBT was more effective in enhancing psychological health, while PGT had a greater impact on social relationships. No significant differences were observed between the two groups in physical health and environmental domains ($p<0.05$).

Conclusion: The findings indicate that both interventions can improve patients' quality of life, and selecting an appropriate treatment based on the specific impact of each method on different dimensions of quality of life can serve as an effective clinical guide. Accordingly, the use of cognitive-behavioral therapy or psychodrama as psychological interventions is recommended, and the choice of intervention should be tailored to the individual needs and problems of each patient.

Citation: Esmailzadeh Fasaee, F., Davoodi, A., Fath, N., & Amini Manesh, S. (2026). Comparison of the effectiveness of classical cognitive behavioral therapy and the psychodrama group therapy on quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *Journal of Psychological Science*, 25(164), 1-22. [10.66224/jps.25.164.6](https://doi.org/10.66224/jps.25.164.6)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 164, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.164.6](https://doi.org/10.66224/jps.25.164.6)



✉ **Corresponding Author:** Azam Davoodi, Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
E-mail: azam.davoodi@iau.ac.ir, Tel: (+98)9173231038

Extended Abstract

Introduction

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common gastrointestinal disorders, resulting from the backflow of gastric contents into the esophagus and characterized by symptoms such as heartburn and acid regurgitation (Katz et al., 2022). Histopathologically, GERD is classified into three types: non-erosive reflux disease, reflux esophagitis, and Barrett's esophagus (Azar & Gussenberg, 2025). In addition to esophageal symptoms, GERD may present with extra-esophageal manifestations, including asthma, chronic cough, sore throat, unexplained chest pain, and frequent throat clearing (Fass et al., 2021). Due to its chronic and recurrent nature and its potentially serious complications—such as esophagitis, strictures, ulcers, perforation, metaplasia, and esophageal adenocarcinoma—GERD has a substantial negative impact on patients' quality of life (Ahmad, 2025).

Quality of life is a multidimensional construct encompassing physical, psychological, social, and emotional aspects of well-being and reflects an individual's perception of overall life satisfaction and functioning (Sakip et al., 2023). The World Health Organization defines quality of life as a state of complete physical, psychological, and social well-being, rather than merely the absence of disease (Calfous et al., 2021). Recent clinical studies indicate that quality of life plays a decisive role in patients' adherence to treatment and their response to both pharmacological and non-pharmacological interventions, particularly in chronic conditions such as GERD (Degnan et al., 2021). Persistent and distressing symptoms can directly diminish quality of life and weaken patients' motivation to continue treatment, making quality of life a critical outcome in the success of therapeutic interventions (Enya & Diacono-Grassim, 2025).

According to the biopsychosocial model, reduced quality of life in patients with GERD is not solely attributable to physical symptoms but results from a complex interaction among biological factors, psychological status (e.g., anxiety and depression), and social conditions such as reduced social support

or occupational limitations (Kim et al., 2024). In this regard, Wali et al. (2025) demonstrated that survivors of intensive care units frequently experience new-onset GERD symptoms, which are associated with a significant decline in health-related quality of life, even when partial symptom improvement is observed during follow-up.

Given that diminished quality of life in GERD patients is not exclusively driven by physical symptoms, psychological interventions have gained importance as complementary approaches to medical treatment. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the most widely used and effective psychotherapeutic approaches, emphasizing the interaction among thoughts, emotions, and behaviors and aiming to identify and modify maladaptive beliefs while teaching adaptive coping strategies (Rodriguez-Risco et al., 2022; Love et al., 2023). By reducing psychological symptoms such as anxiety and depression, enhancing emotion regulation skills, and strengthening self-efficacy, CBT has a high potential to produce sustained improvements in quality of life (Zhou et al., 2022; Denke et al., 2022). Empirical evidence supports the effectiveness of CBT in improving quality of life in patients with chronic conditions, including GERD (Chandra et al., 2023; Kambitz-Ilankovic et al., 2022).

Alongside CBT, psychodrama has emerged as another therapeutic approach aimed at improving quality of life and reducing psychological distress. Psychodrama is an action-oriented, experiential group therapy that uses role-playing and dramatic techniques to help individuals express emotions dynamically and explore interpersonal difficulties within a safe environment (Lee et al., 2018; Yaniv & Yablonsky, 2021). Through techniques such as role reversal and mirroring, psychodrama facilitates emotional awareness, empathy, and catharsis. By reducing psychological symptoms, strengthening social support, and enhancing a sense of control over health, psychodrama can improve the psychological and social dimensions of quality of life (Damara, 2022; Yesil-Ornek & Kirlangic-Simsek, 2023). Empirical studies have also confirmed the positive effects of psychodrama on quality of life across

different populations (Kayamural & Altan Sarikaya, 2022).

Despite the documented benefits of both approaches, empirical studies directly comparing the effectiveness of classical cognitive-behavioral group therapy and psychodrama-based group therapy in patients with GERD remain scarce. This research gap limits the development of comprehensive clinical guidelines for selecting the most appropriate intervention. Therefore, the present study was designed to address this gap by comparing the effectiveness of classical cognitive-behavioral group therapy and psychodrama-based group therapy in improving the quality of life of patients with gastroesophageal reflux disease.

Method

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The study population consisted of patients with chronic gastroesophageal reflux disease (GERD) who visited gastroenterology clinics in Kerman in 2024. Based on a power analysis, 45 participants (three groups of 15) were purposively selected and randomly assigned to groups. Inclusion criteria included a confirmed diagnosis of chronic GERD, age between 25 and 45 years, at least a junior high school education, frequent heartburn, continued use of acid-suppressing medication without full recovery, and absence of

chronic illnesses or concurrent psychological treatment. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS version 26. Research tools included the Gastroesophageal Reflux Disease Symptom Assessment Scale (GSAS) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Interventions consisted of eight sessions of group cognitive-behavioral therapy (CBT) and twelve sessions of psychodrama group therapy, held weekly for 90 minutes each. Ethical and confidentiality principles were strictly observed.

Results

In this study, the mean age of participants in the classical cognitive-behavioral therapy group was 34.87 years, in the psychodrama group 35.33 years, and in the control group 33.07 years, with an overall mean age of 34.42 years. Of the total 45 participants, 22 were men and 23 were women. Regarding educational level, 10 participants had less than a high-school diploma, 12 had a high-school diploma, 12 held a bachelor's degree, and 11 had a master's degree. Furthermore, all assumptions required for parametric analysis including normality of data, homogeneity of variances, homogeneity of covariance matrices, and linearity were confirmed, allowing for the use of multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Table1. Results of Multivariate Tests for the Two Groups on Quality of Life

Test Name	Value	F	Sig.	Eta Squared
Pillai's Trace	1.14	11.92	<.0001	.570
Wilks' Lambda	.134	15.18	<.0001	.634
Hotelling's Trace	4.43	18.86	<.0001	.689
Roy's Largest Root	3.91	35.24	<.0001	.797

Wilks' Lambda test showed that the interventions had a significant effect on quality of life ($F=15.18$, $p<.01$), with

63.4% of the observed variance explained by the type of treatment.

Table2. Results of the analysis of covariance for between-group effects on the mean scores of quality-of-life dimensions

Components	Source of variation	Sum of squares	Df	Mean square	F	Significance level	Eta squared
Physical health	Group	51.98	2	25.98	9.10	0.001	0.324
	Error	108.52	38	286			
Psychological health	Group	85.02	2	42.51	16.94	0.0001	0.471
	Error	95.34	38	2.51			

Components	Source of variation	Sum of squares	Df	Mean square	F	Significance level	Eta squared
Social relationships	Group	46.43	2	23.21	13.09	0.0001	0.408
	Error	67.38	38	1.77			
Environmental health	Group	53.33	2	26.66	14.95	0.0001	0.440
	Error	67.76	38	1.78			

Separate analyses of the quality-of-life dimensions showed that both classical cognitive-behavioral therapy (CCBT) and psychodrama-based intervention improved physical health, psychological health, social relationships, and environmental health. Bonferroni post-hoc tests further indicated that CCBT was more effective in enhancing psychological health, whereas psychodrama yielded better outcomes in the domain of social relationships. Overall, both interventions were effective in improving the quality of life of patients with gastroesophageal reflux disease.

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of classical cognitive-behavioral therapy (CBT) and psychodrama-based group therapy in improving the quality of life of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). The findings indicated that classical CBT significantly enhanced participants' quality of life across physical health, psychological health, social relationships, and environmental health domains. Notably, CBT showed superior effects in the psychological health domain compared to psychodrama, aligning with previous studies (Fadipe et al., 2023; Denke et al., 2022; Shareholm et al., 2023; Chandra et al., 2023). CBT modifies maladaptive cognitions, dysfunctional beliefs, and negative thought patterns, thereby reducing self-criticism, anxiety, and depression, and directly promoting mental health (Chandra et al., 2023). Behaviorally, structured exercises such as graded exposure, activity scheduling, and reinforcement of adaptive behaviors help patients manage emotional and behavioral responses effectively, enhancing daily functioning and social interactions (Shareholm et al., 2023). Psychosocially, CBT strengthens problem-solving, emotion regulation, and interpersonal skills, increasing self-efficacy and personal control, which improves social relationships and environmental

functioning, creating a causal cycle where cognitive, behavioral, and emotional changes collectively enhance overall quality of life (Lopez-Gonzalez et al., 2023).

Psychodrama-based therapy also improved quality of life across all domains and outperformed CBT in social relationships, consistent with prior research (Yoon & Yanai, 2021; Verhoefsat-Denoe et al., 2022; Chang et al., 2022; Kayameral & Altan Sarikaya, 2022; Damara, 2022). Psychodrama provides a safe, symbolic space for emotional and social experiences, enabling participants to express suppressed feelings, reduce psychological tension, increase emotional awareness, and enhance both mental and physical health. Role-playing exercises allow practical learning of social and interpersonal skills, fostering empathy, understanding of others, and improved social interactions (Cruz et al., 2018). By combining emotional expression, role enactment, and social skill practice, psychodrama effectively enhances quality of life in physical, psychological, social, and environmental dimensions (Chang et al., 2022).

Both interventions significantly improved quality of life compared to the control group, confirming the effectiveness of CBT and psychodrama in enhancing life quality in patients, caregivers, and general populations (Shareholm et al., 2023; Kayameral & Altan Sarikaya, 2022; Rezaei et al., 1401; Damara, 2022; Fadipe et al., 2023). CBT primarily targets maladaptive cognitions, reducing perceived stress, regulating emotions, and managing physical symptoms (Kayameral & Altan Sarikaya, 2022; Shareholm et al., 2023), while psychodrama works through emotional discharge, role-playing, and catharsis, promoting emotional integration and meaning-making (Damara, 2022).

Regarding physical health, no significant difference was observed between CBT and psychodrama, though both outperformed the control group, supporting findings on the positive effects of

psychological interventions on somatic symptoms (Damara, 2022; Shareholm et al., 2023). In psychological health, CBT outperformed psychodrama, reflecting its structured focus on cognitive restructuring and coping skills (Fadipe et al., 2023; Shareholm et al., 2023). In social relationships, psychodrama showed superior outcomes due to its interactive, role-based group format, enhancing empathy, social skills, and interpersonal engagement (Kayameral & Altan Sarikaya, 2022; Verhoefsat-Denoe et al., 2022). Environmental health improvements were similar for both interventions, highlighting their effectiveness in enhancing perceived control, problem-solving skills, and adaptation to daily life stressors (Sakip et al., 2023; Wáng et al., 2020).

The study's sample was recruited from three specialized clinics in Kerman using purposive sampling, limiting generalizability. Future research should employ randomized sampling across diverse regions and conduct multicenter longitudinal studies to evaluate the long-term effects of CBT and psychodrama. Given their significant efficacy, integrating these group-based psychological interventions into psychosomatic and gastroenterological treatment programs is recommended.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of Psychology at the Islamic Azad University. To ensure adherence to ethical principles in this study, data were collected after obtaining informed consent from the participants. Participants were also assured of the confidentiality of their personal information and that the results would be presented without mentioning any names or identifying details.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisor, and the third and fourth authors served as advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the parents in the study.



مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری

فرزانه اسماعیل زاده فسایی^۱، اعظم داوودی^۲، نجمه فتح^۳، سجاد امینی منش^۴

۱. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. رایانامه: Esmailzadeh.farzaneh.kinder@gmail.com

۲. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. رایانامه: azam.davoodi@iau.ac.ir

۳. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. رایانامه: najmehfath@iaushiraz.ac.ir

۴. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. رایانامه: Aminimanesh@iau.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی،

گروه درمانی شناختی رفتاری

کلاسیک،

گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما،

اختلال برگشت اسید معده به مری

زمینه: اختلال برگشت اسید معده به مری یکی از شایع ترین اختلالات گوارشی مزمن است که علاوه بر علائم جسمی، می تواند کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران را کاهش دهد. ارتباط بین مداخلات روان شناختی و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران اهمیت بالایی دارد. با وجود مطالعاتی درباره رفتار درمانی شناختی، کمبود تحقیق درباره اثرات سایکودراما و مقایسه مستقیم آن با روش های کلاسیک به چشم می خورد.

هدف: این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری انجام شد.

روش: پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مراجعه کننده به سه مطب فوق تخصص گوارش و کبد در کرمان طی تیر تا آبان ۱۴۰۳ بود و نمونه شامل ۴۵ نفر بود که به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر هر گروه) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل مقیاس نشانه های بیماری بازگشت اسید معده به مری (راتمن و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامه کیفیت زندگی (کارگروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶) بود و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در SPSS 26 انجام شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که هر دو مداخله نسبت به گواه به طور معناداری کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را بهبود بخشیدند ($p < 0/01$ ، $\eta^2 = 0/63$). مقایسه دو گروه نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در ارتقای سلامت روانی مؤثرتر و سایکودراما در تقویت روابط اجتماعی عملکرد بهتری دارد، در حالی که در ابعاد سلامت جسمانی و محیط تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهند که هر دو مداخله می توانند کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند و انتخاب درمان مناسب، باتوجه به تأثیر اختصاصی هر روش بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی، می تواند به عنوان راهنمای بالینی مؤثر مورد استفاده قرار گیرد. براین اساس، به کارگیری درمان شناختی رفتاری یا سایکودراما به عنوان مداخلات روان شناختی توصیه می شود و انتخاب نوع مداخله باید متناسب با نیازها و مشکلات فردی هر بیمار صورت گیرد.

استناد: اسماعیل زاده فسایی، فرزانه؛ داوودی، اعظم؛ فتح، نجمه؛ و امینی منش، سجاد (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱-۲۲.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.164.6



© نویسندگان.

✉ نویسنده مسئول: اعظم داوودی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. رایانامه: azam.davoodi@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۷۳۲۳۱۰۳۸

مقدمه

بیماری رفلاکس معده به مری (GERD)^۱ یک اختلال شایع است که در آن بازگشت محتوای معده به مری موجب بروز علائم و/یا عوارض می شود (کاتز و همکاران، ۲۰۲۲). علائم شایع رفلاکس معده به مری شامل سوزش سردل و بازگشت اسید هستند. تغییرات بافت شناسی در مخاط مری را می توان به سه دسته تقسیم کرد: بیماری رفلاکس غیر فرسایشی^۲، ازوفازیت رفلاکسی^۳، و مری بارت^۴ (آذر و گوسنبرگ، ۲۰۲۵). همچنین رفلاکس معده به مری می تواند طیفی از تظاهرات خارج مری مانند آسم، سرفه، گلودرد، صاف کردن مکرر گلو و درد قفسه سینه بدون علت مشخص ایجاد کند (فاس و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل ماهیت عود کننده و علائم و عوارض آزاردهنده آن (مانند التهاب مری، تنگی، زخم، سوراخ شدگی، متاپلازی^۵ و آدنوکارسینوم مری^۶) رفلاکس معده به مری به طور جدی کیفیت زندگی^۷ بیماران را کاهش می دهد (احمد، ۲۰۲۵). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که جنبه های مختلف رفاه از جمله ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و عاطفی را در برمی گیرد و منعکس کننده درک فرد از رضایت کلی و عملکرد خود در زندگی است (ساکپ و همکاران، ۲۰۲۳). سازمان بهداشت جهانی^۸ کیفیت زندگی را به عنوان وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری تعریف می کند (کالفوس و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعات بالینی اخیر نشان داده اند که کیفیت زندگی نقش تعیین کننده ای در پایداری بیماران به درمان و میزان پاسخ آن ها به مداخلات دارویی و غیردارویی دارد. اهمیت این موضوع نه تنها در بیماران مبتلا به اختلالات روانی، بلکه در بیماری های مزمنی همچون رفلاکس معده به مری نیز به وضوح مشاهده می شود (دگنان و همکاران، ۲۰۲۱). علائم مکرر و آزاردهنده این بیماری کیفیت زندگی را به طور مستقیم کاهش داده و می تواند انگیزه بیماران برای ادامه درمان را تضعیف کند. از این رو، کیفیت زندگی به معیاری حیاتی در موفقیت مداخلات درمانی تبدیل شده است؛ مداخلاتی که هدف آن ها نه تنها بهبود پیامدهای بالینی، بلکه ارتقای ابعاد

اجتماعی و روان شناختی زندگی بیماران است (انیا و دیاکنو - گراسیم، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، ماهیت مزمن و عود کننده بیماری، حس ناتوانی در کنترل وضعیت سلامت را در بیماران تقویت کرده و بیش از پیش بر کیفیت زندگی آن ها اثر منفی می گذارد. در این راستا، مدل زیستی - روانی - اجتماعی^۹ بیان می کند که افت کیفیت زندگی نتیجه تعامل میان عواملی چون شدت علائم و عوارض بیماری، وضعیت روانی (مانند اضطراب و افسردگی) و شرایط اجتماعی نظیر کاهش حمایت یا محدودیت های شغلی است (کیم و همکاران، ۲۰۲۴). در این رابطه، مطالعه والی و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که بازماندگان بخش مراقبت های ویژه اغلب با بروز علائم جدید رفلاکس معده به مری مواجه می شوند و این مسئله می تواند به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن ها منجر شود. یافته ها حاکی از آن بود که اگرچه بخشی از بیماران در پیگیری های بعدی بهبود نسبی در وضعیت خود تجربه کردند، اما کیفیت زندگی آن ها همچنان به طور معناداری تحت تأثیر بیماری باقی ماند.

در مجموع، کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به رفلاکس معده به مری صرفاً ناشی از علائم جسمانی نیست، بلکه نتیجه تعامل پیچیده ای از عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی است. از آنجا که این بیماری به طور مزمن کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد جسمی، هیجانی و اجتماعی تضعیف می کند، ضرورت مداخلات چندبعدی که فراتر از کنترل علائم عمل کنند بیش از پیش آشکار می شود. در این میان، مداخلات روان شناختی همچون درمان شناختی - رفتاری^{۱۰} و رویکردهای نوین تر مانند سایکودراما^{۱۱}، با تمرکز بر اصلاح الگوهای شناختی ناسازگار و پردازش هیجانی، می توانند نقش موثری در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا کنند (فادیپه و همکاران، ۲۰۲۳؛ دامارا، ۲۰۲۲). درمان شناختی - رفتاری یکی از رویکردهای پر کاربرد و اثربخش در روان درمانی است که بر تعامل میان افکار، هیجان ها و رفتارها تأکید دارد. در این رویکرد، فرض بر این است که تفسیرهای ناکارآمد فرد درباره خود، دیگران و رویدادها می تواند منجر به بروز یا تداوم مشکلات هیجانی و رفتاری شود (رودریگز - ریسکو و

7. quality of life

8. world health organization

9. biopsychosocial model

10. cognitive behavioral therapy

11. psychodrama therapy

1. gastroesophageal reflux disease

2. non-erosive reflux disease

3. reflux esophagitis

4. Barrett's oesophagus

5. metaplasia

6. oesophageal adenocarcinoma

همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین، درمان شناختی - رفتاری با شناسایی و اصلاح این افکار ناکارآمد و آموزش راهبردهای رفتاری سازگارانه به بیماران کمک می‌کند تا چرخه‌های ناسازگار شناختی - هیجانی - رفتاری شکسته شود (لاو و همکاران، ۲۰۲۳). ویژگی‌های مهم این درمان عبارت‌اند از ساختارمند بودن، هدف‌محوری، کوتاه‌مدت بودن و تأکید بر تکالیف خانگی و تمرین مهارت‌ها (کوچرس و همکاران، ۲۰۲۳).

از منظر کیفیت زندگی، درمان شناختی - رفتاری ظرفیت بالایی برای ارتقای ابعاد مختلف بهزیستی دارد. این درمان با کاهش نشانه‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی، بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و تقویت رفتارهای سازگارانه، به بیماران کمک می‌کند تا عملکرد روزمره بهتری داشته باشند و مشارکت اجتماعی و شغلی‌شان افزایش یابد (ژو و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، درمان شناختی - رفتاری موجب بازسازی نگرش بیماران نسبت به بیماری و آینده می‌شود و احساس کنترل و خودکارآمدی را تقویت می‌کند؛ عواملی که در ارتقای کیفیت زندگی نقشی اساسی دارند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای نیز به بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با استرس‌ها و چالش‌های زندگی فعالانه‌تر عمل کنند و از احساس درماندگی فاصله بگیرند (دنکه و همکاران، ۲۰۲۲). در مجموع، می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری علاوه بر بهبود علائم بالینی، اثرات پایدار و گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران بر جای می‌گذارد (کامیتر - ایلانکویچ و همکاران، ۲۰۲۲). در این رابطه، نتایج پژوهش شارهولم و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری اثربخشی قابل توجهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار فیبریلیسیون دهلیزی دارد و و این تاثیر در پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار بوده است. یافته مطالعه‌ی چاندرا و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری باعث کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری رفلکس معده به مری شد.

در کنار درمان شناختی - رفتاری، رویکردهای دیگری نیز برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روان‌شناختی موردتوجه قرار گرفته‌اند که یکی از آن‌ها گروه‌درمانی مبتنی بر سایکودراما است (ورهوفسدات - دنوه و همکاران، ۲۰۲۲). سایکودراما به‌عنوان یک روش درمانی مبتنی بر تجربه و عمل، با استفاده از تکنیک‌های نمایشی و نقش‌آفرینی، به بیماران امکان می‌دهد تا هیجان‌های خود را به شیوه‌ای پویا و تعاملی ابراز کرده و

مشکلات بین‌فردی خود را در یک فضای ایمن بررسی کنند (لی و همکاران، ۲۰۱۸). در این رویکرد، از تکنیک‌های نمایش‌محور سایکودراما برای بازسازی تجربیات گذشته و تجسم موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌شود. این فرآیند به افراد کمک می‌کند تا احساسات و واکنش‌های خود را شناسایی کرده و از طریق ایفای نقش و بازسازی موقعیت‌ها، به درک بهتری از خود و دیگران برسند (یون و یانی، ۲۰۲۱). سایکودراما به‌عنوان یک مداخله فعال شامل سه مرحله‌ی اصلی است: گرم کردن، کنش و به‌اشتراک‌گذاری. مرحله‌ی گرم کردن با تمرین‌های گروهی و حرکتی، احساس راحتی و تعامل بین اعضا را افزایش می‌دهد و آمادگی ذهنی و عاطفی ایجاد می‌کند (ورهوفسدات - دنوه و همکاران، ۲۰۲۲)؛ کروز و همکاران، ۲۰۱۸). در مرحله کنش، شرکت‌کنندگان نقش‌های مرتبط با تجربیات واقعی یا نمادین خود را اجرا می‌کنند که با تکنیک‌هایی مانند جابه‌جایی نقش و آینه، آگاهی هیجانی، همدلی و کاتارسیس را تقویت می‌کند. مرحله‌ی به‌اشتراک‌گذاری نیز فرصتی برای بیان احساسات، همدلی گروهی و یکپارچه‌سازی تجربیات فراهم می‌آورد و به تثبیت تغییرات شناختی و هیجانی کمک می‌کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

سایکودراما بر اساس اصل «یادگیری از طریق تجربه مستقیم» عمل می‌کند و افراد را در موقعیت‌های شبیه‌سازی شده قرار می‌دهد تا با بازآفرینی تجربیات گذشته یا تمرین مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، احساسات و شناخت‌های خود را بازسازی کنند (چانگ و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از مهم‌ترین اثرات سایکودراما بر کیفیت زندگی، کاهش علائم روان‌شناختی و افزایش رفاه ذهنی است. ایفای نقش و بازسازی موقعیت‌ها به افراد این امکان را می‌دهد که احساسات منفی خود مانند اضطراب، ترس یا خشم را تجربه و تنظیم کنند و در نتیجه سطح استرس و فشار روانی کاهش یابد (دامارا، ۲۰۲۲). مکانیسم‌های مؤثر سایکودراما بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به رفلکس معده شامل تجربه مستقیم و فعال برای شناسایی و اصلاح نگرانی‌ها و باورهای منفی درباره بیماری، بازآفرینی موقعیت‌های چالش‌برانگیز برای مدیریت اضطراب ناشی از علائم مکرر، تقویت مهارت‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی برای کاهش انزوا، و تجربه موفقیت در ایفای نقش‌ها برای افزایش اعتماد به نفس و حس کنترل بر سلامت است. این مکانیسم‌ها به بیماران کمک می‌کنند تا علاوه بر کاهش ناراحتی‌های روانی، کیفیت زندگی کلی خود را بهبود بخشند (یشیل

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

این مطالعه به روش نیمه تجربی و با طراحی پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه مورد بررسی شامل تمامی بیمارانی بود که در بازه زمانی تیر تا آبان ۱۴۰۳ به سه مطب تخصصی فوق تخصص گوارش و کبد در شهر کرمان مراجعه کرده و تشخیص اختلال مزمن برگشت اسید معده به مری در آن‌ها تأیید شده بود. برای تعیین حجم نمونه، تحلیل توان آماری مبنای کار قرار گرفت. بر اساس توصیه کوهن (۱۹۸۸)، باهدف دستیابی به توان آزمون ۰/۸۰ و سطح معناداری ۰/۰۵ و با فرض اندازه اثر متوسط ۰/۲۵ در یک طرح نیمه تجربی شامل سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) و سه متغیر وابسته، حداقل تعداد شرکت کنندگان موردنیاز ۴۲ نفر برآورد شد. باتوجه به احتمال ریزش نمونه و برای افزایش اعتبار آماری، تعداد نمونه به ۴۵ نفر افزایش یافت؛ به این ترتیب، هر گروه شامل ۱۵ نفر شد. نمونه‌ها ابتدا با استفاده از روش هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جای گذاری شدند تا روند مداخله به صورت متوازن اجرا شود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: رضایت آگاهانه و علاقه به شرکت در تحقیق، تشخیص ابتلا به بیماری برگشت اسید معده به مری مزمن توسط پزشک متخصص، فرد در یکسال گذشته با برگشت اسید درگیر بوده است، از سه ماه قبل از شروع مداخله روانشناختی فرد تحت درمان داروهای کنترل اسید معده مانند امپرازول بوده؛ اما بهبودی حاصل نشده است؛ اما به منظور کنترل اثر دارو هر سه گروه در زمان مداخله روانشناختی درمان رایج را ادامه خواهند داد؛ اما داروی جدیدی مصرف نخواهد شد، محدوده سنی (۲۵ تا ۴۵ سال)، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، فراوانی دو بار سوزش سر دل یا بیشتر در هفته طی سه ماه گذشته، تمایل به ادامه همکاری، عدم تشخیص میکروب معده پس از نمونه برداری اندوسکوپی توسط پاتولوژیست متخصص گوارش، عدم پاسخ دهی مناسب به درمان های رایج آنتی بیوتیکی، عدم ابتلا به بیماری های مزمن و ناتوان کننده دیگر مانند سرطان، عدم دریافت درمان های روانشناختی هم زمان، عدم مصرف الکل و سیگار، عدم ابتلا به انواع پیچیده برگشت اسید معده مانند مری بارت^۱، تنگی مری^۲

اورنک و کیرلانگیج شیمشک، ۲۰۲۳). مطالعات تجربی نیز اثرات مثبت سایکودراما بر کیفیت زندگی را تأیید کرده‌اند. برای مثال، کایامرال و آلتان ساریکایا (۲۰۲۲) مطرح کردند که گروه درمانی سایکودراما اثربخشی معنی داری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران داشت. دامارا (۲۰۲۲) اشاره کردند که شرکت کنندگان در گروه سایکودراما افزایش معنی داری در تمام ابعاد فرعی کیفیت زندگی نشان دادند.

باتوجه به شواهد موجود، مشخص شده است که درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری را بهبود بخشند. درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و مداخلات مبتنی بر سایکودراما هر یک مکانیسم‌ها و مزایای خاص خود را دارند، اما تحقیقات تجربی مستقلى که به مقایسه مستقیم اثربخشی این دو رویکرد در بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده پیردازد، بسیار محدود است. این خلا پژوهشی مانع از ارائه راهنمایی جامع برای انتخاب مداخله مناسب و بهره‌گیری هم‌زمان از ظرفیت‌های مختلف روان‌درمانی در مدیریت این بیماران شده است. همچنین، انتخاب این دو رویکرد بر اساس تفاوت مکانیسم‌های آنها انجام شده است؛ رفتاردرمانی شناختی با تمرکز بر اصلاح افکار و رفتارها، می‌تواند علائم جسمانی و روانی بیماران را کاهش دهد، درحالی که سایکودراما با تأکید بر بیان هیجانات و بازسازی نقش‌ها، بیشتر ابعاد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده تحت تأثیر هم‌زمان جنبه‌های جسمانی و روانی است، مقایسه این دو رویکرد امکان بررسی اثر اختصاصی هر روش بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی را فراهم می‌کند و خلأ موجود در راهنمایی بالینی برای انتخاب مداخله مناسب را پر می‌سازد؛ بنابراین، مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و سایکودراما می‌تواند چشم‌انداز تازه‌ای در بهبود کیفیت زندگی بیماران فراهم آورد و بر اهمیت توجه هم‌زمان به جنبه‌های روان‌شناختی و جسمانی در درمان تأکید کند. براین اساس، مطالعه حاضر باهدف پر کردن این خلأ پژوهشی طراحی شده است و درصدد پاسخ به این سؤال است که چه تفاوتی بین اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری تفاوت وجود دارد؟

^۱. Barrett's esophagus (BE)

^۲. stricture esophageal

و تنگی مجرای معده^۱، عدم ابتلا به سایر بیماری های گوارشی مانند نشانگان روده تحریک پذیر^۲، عدم غیبت از جلسات درمانی (دو بار به صورت متوالی). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در برنامه SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

(ب) ابزار

مقیاس ارزیابی نشانه های بیماری بازگشت اسید معده به مری^۳ (GSAS): این پرسشنامه خودگزارشی، متعلق به سرویس های جهانی جنس^۴ است که توسط راتمن و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده و شامل ۱۵ عبارت با گزینه های بسته پاسخ است. ابعاد این ابزار شامل تعداد نشانه ها، فراوانی آن ها و میزان ناراحتی و کسالت مرتبط با هر نشانه است. کسب نمره بالاتر در هر یک از این ابعاد نشان دهنده فراوانی بیشتر نشانه ها، شدت بالاتر یا میزان ناراحتی بیشتر مربوط به هر نشانه است (ندایی و همکاران، ۱۳۹۵). لازم به ذکر است که این ابزار دارای خط برش مشخصی نیست و نمره ها به صورت کمی و برای مقایسه شدت و بار علائم تحلیل می شوند (ندایی و همکاران، ۱۳۹۵). در این مقیاس، علائم از نظر دو بعد تعداد (تعداد دفعات بروز در هفته گذشته) و شدت در طیف لیکرت (هیچ گاه = ۰، تا حدی = ۱، زیاد = ۲، خیلی زیاد = ۳) سنجیده می شوند. ساختار عاملی و روایی این مقیاس در مطالعات بالینی تأیید شده است و پایایی آن نیز قابل قبول گزارش شده است؛ به طوری که آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در نمونه های بالینی تقریباً برابر با ۰/۸۷ بوده و ضریب بازآزمایی نیز پس از دو هفته پایدار بوده و همسانی درونی آن بیشتر از ۰/۷۰ گزارش شده است (راتمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ احمد و همکاران، ۲۰۲۰). ندایی و همکاران (۱۳۹۵) با بهره گیری از روش ترجمه و ترجمه مجدد، روایی زبانی ابزار را بررسی کرده و از طریق نظر دو متخصص گوارش، روایی محتوایی آن را تأیید نمودند. همچنین همسانی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد تعداد نشانه ها، فراوانی نشانه ها و ناراحتی و کسالت مربوط به هر نشانه به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۸۵ و ۰/۷۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۵ (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط گروه کیفیت زندگی تحت نظر سازمان

بهداشت جهانی تهیه شده و ۲۶ گویه دارد که چهار حیطه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی (سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانی (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیط (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) را اندازه گیری می کند. سوالات اول و دوم به حیطه خاصی تعلق ندارند و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می کنند (رکنی لموکی و همکاران، ۱۳۹۹). سوالات ۳، ۴ و ۲۶ نمره گذاری معکوس دارد. نمره گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای از یک تا پنج بوده و حداقل و حداکثر نمره برای ابعاد سلامت جسمانی ۷ و ۳۵، سلامت روانی ۶ و ۳۰، روابط اجتماعی ۳ و ۱۵ و سلامت محیط ۸ و ۴۰ می باشد. این پرسشنامه خط برش مشخصی ندارد و نمرات آن برای توصیف و مقایسه کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیط استفاده می شوند، به طوری که نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (رکنی لموکی و همکاران، ۱۳۹۹). در مطالعات بین المللی، پرسشنامه کیفیت زندگی در یک آزمون میدانی با نمونه ای شامل ۱۱/۸۳۰ نفر از ۲۳ کشور مختلف از نظر ثبات درونی (با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴)، روایی تمایزی و ساختاری عملکرد قابل قبول و مناسبی از خود نشان داده است (المرابه و همکاران، ۲۰۲۳). نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ در پژوهشی روایی تمایزی مقیاس را در تفکیک افراد سالم و بیمار در حیطه های مختلف نشان دادند. همچنین، در پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران پایایی آزمون برای زیر مقیاس های سلامت فیزیکی ۰/۷۷، حیطه روانی ۰/۷۷، حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ به دست آمده است (رکنی لموکی و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای سلامت فیزیکی ۰/۷۶، حیطه روانی ۰/۸۲، روابط اجتماعی ۰/۷۹ و سلامت محیط ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا

پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه، هماهنگی با مطب های پزشکان مدنظر انجام شد و اطلاعاتی مبنی بر ارائه مداخلات روان شناختی برای بیماران مبتلا به برگشت اسید معده مزمن و مشکلات روان شناختی مرتبط، به صورت رایگان، در مطب ها نصب گردید. بیماران علاقه مند پس از تأیید

4. Janssen global services

5. world health organization quality of life – brief version

1. peptic stenosis

2. irritable bowel syndrome (IBS)

3. gastroesophageal reflux disease symptom assessment scale

تشخیص برگشت اسید معده توسط پزشکان مربوطه به محقق ارجاع شدند و در مصاحبه اولیه سایر ملاک‌های ورود، شامل مدت زمان درگیری با بیماری، درمان‌های دریافتی، فراوانی و شدت علائم، سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک، مصرف الکل و سیگار و سایر مشکلات گوارشی بررسی شدند. پس از فرایند نمونه‌گیری، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند و جلسه مقدماتی برای همه شرکت‌کنندگان برگزار شد تا اهداف مداخله برای آنان تشریح و فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه‌های پیش‌آزمون تکمیل گردد. به شرکت‌کنندگان گروه کنترل اطلاع داده شد که در فهرست انتظار هستند و پس از پایان مداخلات دو گروه آزمایش، وارد فرایند درمانی خواهند شد. گروه‌های آزمایش به ترتیب طی ۸ جلسه

۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش سایکودراما قرار گرفتند که مداخلات توسط پژوهشگر در مرکز مشاوره دامون شهر کرمان انجام شد. مداخله گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر اساس تکالیف شناختی کتاب راهنمای عملی گروه درمانی شناختی - رفتاری (فری، ۱۳۹۳) و کتاب رفتاردرمانی شناختی (هاوتون و همکاران، ۱۴۰۱) طراحی شده و شامل هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای است. مداخله سایکودراما براساس نظریه سایکودرامای موریو (۱۹۳۹) و مطابق با توصیه‌های تردول و همکاران (۱۳۹۷) طراحی شده و شامل دوازده جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای است. خلاصه جلسات هر دو مداخله در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری (فری، ۱۳۹۳؛ هاوتون و همکاران، ۱۴۰۱)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با پژوهشگر و اهداف، ایجاد تعهد و قوانین گروه	معرفی پژوهشگر و اهداف تحقیق، توضیح قوانین گروه، ایجاد فضای اعتماد، معرفی اعضا و بیان انتظارات، تعهد به رازداری، معرفی برگشت اسید معده و علائم آن، توضیح مشکلات روانشناختی مرتبط و ضرورت مداخلات روان‌شناختی، معرفی کلی درمان شناختی - رفتاری	مطالعه بروشور درمان‌های روانشناختی برگشت اسید معده
دوم	آموزش مدل درمان شناختی - رفتاری، شناسایی باورها و ارزش‌ها	توضیح مدل CBT، آموزش در مورد باورها و ارزش‌های مطلق و تأثیر آن‌ها بر رفتار و هیجانات، تمرین آرام‌سازی و آشنایی با روش‌های آن، بحث گروهی درباره مشکلات ناشی از باورهای نادرست	انجام تمرین آرام‌سازی روزانه، استفاده از فایل صوتی آرامش‌آموزی، شناسایی و ثبت باورها و ارزش‌های شخصی
سوم	آشنایی با خطاهای شناختی و تفکر غیرمنطقی	مرور تکالیف جلسه قبل، توضیح تأثیر تفکر غیرمنطقی روی هیجانات و رفتار، معرفی چهار سبک تفکر همراه با خطا، بحث گروهی و مثال‌های عملی، آموزش شناسایی افکار خودآیند و باورهای مرکزی منفی	شناسایی افکار خطا و باورهای مرکزی، ثبت و تحلیل آن‌ها در دفتر تمرین، ارائه مثال از تجربه شخصی
چهارم	ارتباط افکار، باورها و رفتار	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ارتباط بین افکار، باورها و رفتار، تحلیل پیامدهای رفتاری، ارائه مثال‌ها و تمرین‌های گروهی برای تثبیت مفاهیم	انجام تمرین مرتبط با القای فکر و تحلیل رفتارهای ایجاد شده، ثبت مشاهدات و احساسات مرتبط
پنجم	آموزش مدل ABC و کنترل هیجانات	مرور جلسات قبل، آموزش مدل ABC (ارتباط فکر - هیجان - رفتار)، بررسی موقعیت‌های ایجاد افکار خودآیند و هیجانات، تمرین کنترل هیجانات مانند خشم و اضطراب	تمرین کنترل هیجانات در موقعیت‌های واقعی و ثبت نتایج، تمرین مدل ABC روزانه و ثبت تجربه‌ها
ششم	تحلیل عینی باورها و رفتارها	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش تحلیل منطقی و عینی باورها و رفتارها، شناسایی و تغییر باورهای ناسازگار، تمرین عملی تحلیل موقعیت‌های واقعی	انجام تمرین تحلیل منطقی باورها و رفتارها، ثبت نتایج و تغییرات هیجانی و رفتاری در دفتر تمرین
هفتم	تقویت افکار مثبت و پایداری تغییرات	مرور تکالیف و پیشرفت‌ها، تمرین تغییر رفتار و تثبیت آن، معرفی روش‌های تقویت افکار مثبت، شبیه‌سازی موقعیت‌های واقعی و تمرین مقابله با چالش‌ها	اجرای تمرینات تقویت افکار مثبت، ثبت نتایج و ارزیابی پایداری تغییرات رفتاری و هیجانی
هشتم	جمع‌بندی و ارزیابی نتایج	بررسی تکالیف، مرور جلسات، جمع‌بندی مفاهیم، بیان نظرات و احساسات اعضا، ارزیابی پیشرفت، آماده‌سازی برای پس‌آزمون	شرکت در پس‌آزمون، ارائه بازخورد شخصی و ثبت تجربه کلی از گروه

در جدول ۲، خلاصه جلسات گروه درمانی سایکودراما ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات گروه درمانی سایکودراما (مورینو، ۱۹۳۹؛ تردول و همکاران، ۱۳۹۷)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی اعضا و معرفی روش سایکودراما	معرفی اعضا، آشنایی با اهداف گروه، قوانین و ارکان سایکودراما، فعالیت دو نفره برای معرفی خود و دوست	نوشتن خصوصیات و علاقه‌مندی‌ها
دوم	اعتمادسازی و تمرین بیان	تمرین‌های گروهی دو نفره برای شناخت یکدیگر، تکنیک رنگ‌ها برای بیان خاطرات و احساسات	انتخاب خاطره و رنگ دادن به آن، توضیح و بیان احساس مرتبط به گروه
سوم	آگاهی نسبت به هیجانات خود و دیگران	استفاده از تکنیک صندلی گرم برای بیان احساسات، بحث گروهی درباره عصبانیت و پرخاشگری، تحلیل رفتار دیگران	بیان احساسات و خاطرات شخصی، تحلیل رفتار دوستان در داستان‌ها
چهارم	آشنایی با زبان بدن	تمرین پیاده‌روی با چشمان بسته با راهنما، اجرای داستان‌های قلبی به صورت نمایش، نقد و تحلیل رفتارها	اجرای نمایش داستان‌ها و ارائه نقد و تحلیل گروهی
پنجم	استفاده از شیوه غیر کلامی برای آگاهی از احساسات	تکنیک پنهان در پشت: ارائه بازخورد رفتار و شخصیت از دید دیگران، نقد و خودنقد	شرکت در تمرین و ارائه بازخورد درباره خود و دیگران، ثبت نقاط ضعف و قوت خود
ششم	بازگویی مشکلات در قالب ایفای نقش	تکنیک مضاعف: صحبت از احساسات شخصیت اصلی به صورت تلویحی، بیان مشکلات خانوادگی و شخصی	ایفای نقش مضاعف، نوشتن وقایع خانوادگی و واکنش‌های خود در موقعیت‌ها
هفتم	بازگویی مشکلات با صندلی خالی	تکنیک صندلی خالی: تمرین گفتگو با اعضای خانواده یا دوستان غایب، بیان جزئیات عینی و هیجانات	تمرین گفتگو با صندلی خالی، بیان احساسات و گله‌ها نسبت به دیگران
هشتم	مهارت در بروز دادن هیجانات کلامی	تکنیک جامعه‌سنجی: نشان دادن فاصله و ارتباط هیجانی با اعضای خانواده، بیان جملات رایج	شرکت در تمرین فاصله و بیان جملات، بیان احساسات مرتبط با خانواده
نهم	تمرین رفتاری گروهی	تکنیک ضرب‌آهنگ و تندیس‌های خانوادگی: هماهنگی و همکاری گروهی، ساخت تصویر زنده خانواده	اجرای تمرین ضرب‌آهنگ، ساخت تندیس خانوادگی و ارائه به گروه
دهم	مهارت در بروز دادن هیجانات غیر کلامی	تکنیک ماسک‌ها: طراحی و استفاده از ماسک برای بیان احساسات، تمرین حرکتی و شناخت هیجانات	ساخت ماسک، انجام حرکات مرتبط با ماسک، بیان احساسات و حرکات بدن
یازدهم	مهارت برقراری ارتباط	تکنیک خود محقق‌سازی: نمایش ایده‌آل‌های زندگی و آرمان‌ها	نمایش آرمان‌ها و اهداف شخصی با کمک گروه، ارائه بازخورد و تحلیل
دوازدهم	برنامه‌ریزی برای ادامه زندگی	تکنیک ۵ سال بعد: تصور وضعیت آینده جسمی و روحی، بررسی آرزوها و محدودیت‌ها	تصور و بیان وضعیت خود در ۵ سال آینده، ثبت اهداف و برنامه‌ها، تکمیل پرسشنامه پس‌آزمون

یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه شناختی - رفتاری کلاسیک ۸۷/۳۴ سال، در گروه سایکودراما ۳۳/۳۵ سال و در گروه گواه

۰۷/۳۳ سال بوده و میانگین کل شرکت‌کنندگان ۴۲/۳۴ سال گزارش شده است. همچنین، از مجموع ۴۵ نفر شرکت‌کننده، ۲۲ نفر مرد و ۲۳ نفر زن بودند و از نظر تحصیلات، ۱۰ نفر زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم، ۱۲ نفر دارای مدرک لیسانس و ۱۱ نفر دارای مدرک فوق لیسانس بودند.

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای متغیرها

متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	آماره	معنی‌داری
سلامت جسمی	گروه درمانی	پیش‌آزمون	۱۱	۲۶	۱۶/۶۷	۴/۳۳	۰/۵۱۰	-۰/۱۲۹	۰/۹۵۴	۰/۵۹۷
	شناختی رفتاری	پس‌آزمون	۱۵	۳۱	۲۰/۲۷	۴/۵۹	۰/۹۸۹	۰/۶۲۶	۰/۹۱۷	۰/۱۷۴
سایکودراما	پیش‌آزمون	۱۰	۲۵	۱۶/۸۰	۴/۹۳	۰/۴۱۵	-۱/۰۳	۰/۹۳۳	۰/۳۰۳	
	پس‌آزمون	۱۳	۲۸	۱۹/۶۷	۴/۶۵	۰/۴۸۵	-۰/۶۹۸	۰/۹۴۴	۰/۴۳۴	
گواه	پیش‌آزمون	۱۲	۲۶	۱۸/۲۷	۴/۲۰	۰/۳۰۵	-۰/۵۳۳	۰/۹۶۱	۰/۷۰۵	
	پس‌آزمون	۱۳	۲۸	۱۹/۰۷	۴/۰۴	۰/۴۶۸	۰/۱۴۸	۰/۹۶۴	۰/۷۷۰	

متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	آماره	معنی داری
سلامت روانی	گروه درمانی	پیش آزمون	۸	۲۲	۱۵/۰۷	۴/۹۳	۰/۱۲۳	-۱/۵۲	۰/۹۱۸	۰/۱۸۱
	شناختی رفتاری	پس آزمون	۱۳	۲۵	۱۸/۸۰	۴/۶۷	۰/۲۰۸	-۱/۷۳	۰/۸۵۹	۰/۰۲۴
	سایکودراما	پیش آزمون	۶	۲۶	۱۴/۵۳	۶/۰۷	۰/۳۳۳	-۰/۶۲۶	۰/۹۶۰	۰/۶۹۵
	پس آزمون	پیش آزمون	۹	۲۷	۱۶/۷۳	۵/۷۴	۰/۱۰۴	-۰/۹۰۰	۰/۹۳۱	۰/۲۸۴
	گواه	پیش آزمون	۶	۲۲	۱۳/۴۰	۵/۳۴	۰/۲۳۰	-۱/۳۶	۰/۹۲۷	۰/۲۴۵
	پس آزمون	پس آزمون	۷	۲۲	۱۳/۸۷	۴/۵۰	۰/۲۵	-۱/۰۳	۰/۹۵۹	۰/۶۶۹
	گروه درمانی	پیش آزمون	۴	۱۲	۷/۸۰	۲/۴۵	۰/۲۳۳	-۱/۰۴	۰/۹۵۵	۰/۶۰۲
	شناختی رفتاری	پس آزمون	۵	۱۴	۹/۴۰	۲/۴۴	۰/۴۴۵	-۰/۰۳۶	۰/۹۲۱	۰/۲۰۰
	روابط اجتماعی	پیش آزمون	۳	۱۲	۷/۳۳	۲/۷۷	۰/۳۶۹	-۰/۷۷۳	۰/۹۴۹	۰/۵۰۹
	سایکودراما	پس آزمون	۶	۱۴	۱۰/۳۳	۲/۳۸	-۰/۱۶۴	-۰/۸۴۱	۰/۹۶۰	۰/۶۹۶
سلامت محیط	پیش آزمون	پیش آزمون	۴	۱۲	۸/۰۷	۲/۵۷	۰/۱۴۷	-۱/۲۲	۰/۹۵۵	۰/۶۰۶
	گواه	پس آزمون	۵	۱۳	۸/۴۰	۲/۴۱	۰/۴۰۵	-۰/۵۷۸	۰/۹۵۳	۰/۵۶۵
	گروه درمانی	پیش آزمون	۱۰	۲۸	۱۹/۶۰	۵/۹۱	-۰/۱۲۴	-۰/۹۹۰	۰/۹۴۱	۰/۴۰۰
	شناختی رفتاری	پس آزمون	۱۶	۳۱	۲۳/۷۳	۵/۰۰	-۰/۱۵۷	-۱/۴۲	۰/۹۳۵	۰/۳۲۰
	پیش آزمون	پیش آزمون	۹	۳۰	۲۱/۳۳	۶/۳۵	-۰/۵۲۵	-۰/۷۹۰	۰/۹۴۰	۰/۳۸۶
	سایکودراما	پس آزمون	۱۵	۳۱	۲۴/۱۳	۵/۵۸	-۰/۴۱۸	-۱/۰۷	۰/۹۲۱	۰/۱۹۷
	پیش آزمون	پیش آزمون	۱۵	۲۹	۲۲/۰۷	۴/۶۰	۰/۱۰۳	-۱/۱۰	۰/۹۵۱	۰/۵۶۷
	گواه	پس آزمون	۱۸	۲۸	۲۳/۱۳	۳/۵۲	-۰/۴۳۳	-۱/۳۳	۰/۸۸۸	۰/۰۶۲
	گروه درمانی	پیش آزمون	۳۷	۷۷	۵۹/۱۳	۸/۸۹	-۰/۶۲۳	۲/۴۶	۰/۹۳۳	۰/۳۰۲
	شناختی رفتاری	پس آزمون	۵۳	۸۸	۷۲/۲۰	۷/۹۹	-۰/۵۷۰	۱/۹۱	۰/۹۵۷	۰/۶۳۳
کیفیت زندگی	پیش آزمون	پیش آزمون	۵۰	۷۲	۶۰/۰۰	۶/۳۶	-۰/۰۰۸	-۰/۶۷۵	۰/۹۶۴	۰/۷۵۹
	سایکودراما	پس آزمون	۵۹	۷۸	۷۰/۸۷	۵/۸۷	-۰/۴۹۹	-۰/۵۵۷	۰/۹۲۳	۰/۲۱۷
	پیش آزمون	پیش آزمون	۴۰	۸۰	۶۱/۸۰	۹/۹۸	-۰/۱۲۸	۰/۸۶۳	۰/۹۵۳	۰/۵۶۸
	گواه	پس آزمون	۴۷	۸۲	۶۴/۴۷	۸/۸۵	۰/۱۶۲	۰/۴۶۷	۰/۹۳۶	۰/۳۳۴

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می شود شرکت کنندگان گروه های آزمایش و گواه در پیش آزمون کیفیت زندگی و ابعاد آن (شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) دارای سطح میانگین مشابهی هستند؛ ولی در پس آزمون کیفیت زندگی و ابعاد آن شرکت کنندگان گروه های آزمایش سطح میانگین بالاتری نسبت به آزمودنی های گروه گواه دارند. همچنین، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک در جدول ۳ حاکی از نرمال بودن توزیع داده ها برای کیفیت زندگی و ابعاد آن بود ($p > 0.05$). در ادامه، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس ها نشان داد که این پیش فرض برای نمره کل کیفیت زندگی ($F=0.533, P=0.591$)، بعد سلامت جسمی ($F=0.177, P=0.838$)، سلامت روانی ($F=0.469, P=0.770$)، روابط اجتماعی ($F=2.61, P=0.086$) و سلامت محیط ($F=1.41, P=0.254$) برقرار بود. برای بررسی همسانی ماتریس واریانس

- کواریانس داده ها، آزمون ام باکس انجام شد. نتیجه نشان داد که مقدار آماره ام باکس برابر با $30/28$ با درجات آزادی 20 و $6331/98$ و سطح معناداری $0/164$ بود؛ بنابراین پیش فرض همسانی ماتریس واریانس - کواریانس برقرار است. در ادامه، پیش فرض همسانی شیب خط رگرسیون در جدول ۵ با بررسی تعامل گروه ها و پیش آزمون کیفیت زندگی تأیید شد، زیرا هیچ یک از تعاملات معنی دار نبودند ($P > 0.05$). همچنین، رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته برای تمامی ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۵ بررسی شد و نتایج نشان داد که این رابطه در سطح $0/01$ معنی دار است که حاکی از برقراری پیش فرض رابطه خطی است. بدین ترتیب تمامی پیش فرض های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار بوده اند.

جدول ۴: نتایج آزمون های چندمتغیری برای دو گروه در کیفیت زندگی

نام آزمون	ارزش	F	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۱/۱۴	۱۱/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۴	۱۵/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۴
اثرهتلینگ	۴/۴۳	۱۸/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۹
بزرگترین ریشه روی	۳/۹۱	۳۵/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۷

باتوجه به نتایج جدول ۴ سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز برای تغییرات گروه ها برابر با ۰/۱۳۴ و مقدار F برابر با ۱۵/۱۸ بوده که در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار بوده و میزان تاثیر نیز ۶۳/۴ بود که می توان گفت

۶۳/۴ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین کیفیت زندگی مربوط به تاثیر مداخلات درمانی (گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک و گروه درمانی سایکودراما) است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس اثرات بین گروهی میانگین ابعاد کیفیت زندگی

مولفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
سلامت جسمانی	گروه	۵۱/۹۸	۲	۲۵/۹۸	۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
	خطا	۱۰۸/۵۲	۳۸	۲/۸۶			
سلامت روانی	گروه	۸۵/۰۲	۲	۴۲/۵۱	۱۶/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۱
	خطا	۹۵/۳۴	۳۸	۲/۵۱			
روابط اجتماعی	گروه	۴۶/۴۳	۲	۲۳/۲۱	۱۳/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۸
	خطا	۶۷/۳۸	۳۸	۱/۷۷			
سلامت محیط	گروه	۵۳/۳۳	۲	۲۶/۶۶	۱۴/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۰
	خطا	۶۷/۷۶	۳۸	۱/۷۸			

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما منجر به تفاوت معنی دار بین گروه ها در ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی ($F=9/10$, $\eta^2=0/324$)، سلامت روانی ($F=16/94$, $\eta^2=0/471$)، روابط اجتماعی ($F=13/09$, $\eta^2=0/408$) و سلامت محیط ($F=14/95$, $\eta^2=0/440$) شده است. به

عبارتی، هر دو مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما بر بهبود کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه اثربخش بودند. در ادامه برای بررسی تفاوت های بین گروهی از آزمون مقایسه های زوجی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای کیفیت زندگی

متغیر	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معنی داری
سلامت جسمی	گروه درمانی شناختی رفتاری - سایکودراما	۰/۷۷۸	۰/۶۲۵	۰/۶۶۳
	گروه درمانی شناختی رفتاری - گواه	۲/۶۸*	۰/۶۴۷	۰/۰۰۱
	سایکودراما - گواه	۱/۹۱*	۰/۶۳۴	۰/۰۱۴
سلامت روانی	گروه درمانی شناختی رفتاری - سایکودراما	۱/۷۵*	۰/۵۸۶	۰/۰۱۵
	گروه درمانی شناختی رفتاری - گواه	۳/۵۳*	۰/۶۰۷	۰/۰۰۰۱
	سایکودراما - گواه	۱/۷۸*	۰/۵۹۴	۰/۰۱۴

متغیر	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معنی داری
روابط اجتماعی	گروه درمانی شناختی رفتاری - سایکودراما	$1/27^*$	$0/493$	$0/040$
	گروه درمانی شناختی رفتاری - گواه	$1/28$	$0/510$	$0/050$
	سایکودراما - گواه	$2/55^*$	$0/500$	$0/0001$
سلامت محیط	گروه درمانی شناختی رفتاری - سایکودراما	$1/03$	$0/494$	$0/133$
	گروه درمانی شناختی رفتاری - گواه	$2/77^*$	$0/512$	$0/0001$
	سایکودراما - گواه	$1/74^*$	$0/501$	$0/004$

گزارش نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای کیفیت زندگی نشان داد که در مؤلفه سلامت جسمی، بین دو گروه مداخله (گروه درمانی شناختی رفتاری و سایکودراما) تفاوت معناداری وجود نداشت، اما هر دو گروه نسبت به گروه گواه به طور معناداری عملکرد بهتری داشتند (اختلاف میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه برابر با $2/68$ و سایکودراما با گواه برابر با $1/91$). در مؤلفه سلامت روانی، هر سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند؛ به طوری که گروه درمانی شناختی رفتاری عملکرد بهتری نسبت به گروه سایکودراما نشان داد (اختلاف میانگین $1/75$) و هر دو گروه مداخله نسبت به گروه گواه به طور معناداری بهتر عمل کردند (اختلاف میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه $3/53$ و سایکودراما با گواه $1/78$). در بعد روابط اجتماعی، گروه سایکودراما عملکرد معنادار بهتری نسبت به گروه درمانی شناختی رفتاری داشت (با اختلاف میانگین $1/27$)، همچنین هر دو گروه مداخله نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری نشان دادند. در مؤلفه سلامت محیط، بین گروه های شناختی رفتاری و سایکودراما تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما هر دو گروه نسبت به گروه گواه بهبود قابل توجهی داشتند (اختلاف میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه $2/77$ و سایکودراما با گواه $1/74$)؛ بنابراین، یافته ها نشان می دهند که گروه درمانی شناختی رفتاری در مؤلفه سلامت روانی مؤثرتر عمل کرده، در حالی که مداخله سایکودراما در بهبود روابط اجتماعی عملکرد بهتری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

مت این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و گروه درمانی مبتنی بر سایکودراما بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک به طور معناداری کیفیت

زندگی شرکت کنندگان را در مؤلفه های سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بهبود بخشید. به ویژه در بعد سلامت روانی، این مداخله عملکرد بهتری نسبت به گروه روان نمایشگری نشان داد. این یافته با یافته های فادیه و همکاران (2023)، دنکه و همکاران (2022)، شارهولم و همکاران (2023) و چاندرا و همکاران (2023) همسویی دارد. در تبیین این یافته می توان مطرح ساخت که در سطح شناختی، گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک با شناسایی و بازساخت تحریف های شناختی، باورهای ناکارآمد و الگوهای فکری منفی، فرآیندهای ارزیابی خود و محیط را تغییر می دهد. اصلاح این باورها موجب کاهش خودانتقادی، اضطراب و افسردگی می شود و سلامت روان را به طور مستقیم ارتقا می بخشد (چاندرا و همکاران، 2023). در سطح رفتاری، تمرین های هدفمند مانند مواجهه تدریجی با موقعیت های استرس زا، برنامه ریزی فعالیت ها و تقویت رفتارهای سازگارانه، باعث می شود که افراد بتوانند واکنش های هیجانی و رفتاری خود را مدیریت کنند و عملکرد مؤثر در زندگی روزمره و روابط اجتماعی خود داشته باشند (شارهولم و همکاران، 2023). علاوه بر این، در سطح روان اجتماعی، درمان شناختی رفتاری با تقویت مهارت های حل مسئله، تنظیم هیجان و مهارت های بین فردی، احساس خودکارآمدی و کنترل شخصی را افزایش می دهد که این امر منجر به بهبود تعاملات اجتماعی، ارتقای کیفیت روابط و توانمندسازی فرد در محیط اجتماعی و کاری می شود. به بیان دیگر، این مداخله یک چرخه علی ایجاد می کند که در آن تغییرات شناختی به تغییرات رفتاری و هیجانی منجر شده و بهبود این سه سطح در کنار هم، کیفیت زندگی و سلامت روان را به طور جامع ارتقا می دهد (لویز - گنزالس و همکاران، 2023).

همچنین، گروه درمانی روان نمایشگری نیز باعث بهبود کیفیت زندگی در مؤلفه های سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط شد و

در بعد روابط اجتماعی نسبت به گروه درمانی شناختی رفتاری عملکرد بهتری داشت. این یافته با یافته های یون و یانای (۲۰۲۱)، ورهوفسdat - دنوه و همکاران (۲۰۲۲)، چانگ و همکاران (۲۰۲۲)، کایامرال و آلتان ساریکایا (۲۰۲۲) و دامارا (۲۰۲۲) همسویی دارد. در تبیین این یافته می توان مطرح ساخت که مداخله سایکودراما با ایجاد فضایی نمادین و ایمن برای بازنمایی تجربیات هیجانی و اجتماعی، امکان شناسایی و بیان احساسات سرکوب شده را فراهم می کند. این فرآیند باعث کاهش تنش های روانی و افزایش آگاهی هیجانی فرد می شود که به نوبه خود سلامت روان و جسم را بهبود می بخشد. همچنین، تمرین های سایکودراما به شرکت کنندگان کمک می کند تا مهارت های تعامل اجتماعی و ارتباطی خود را به صورت عملی تجربه و تقویت کنند، زیرا فرد در موقعیت های نمادین، نقش های مختلف اجتماعی را می آموزد و توانمندی خود در مدیریت روابط بین فردی افزایش می یابد (کروز و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، این مداخله فرآیند همدلی و درک دیگران را تقویت می کند، زیرا افراد با مشاهده و تجربه نقش های مختلف، به درک بهتر احساسات و انگیزه های دیگران دست می یابند. این امر باعث بهبود کیفیت روابط اجتماعی و تعاملات بین فردی می شود که توضیح می دهد چرا گروه درمانی سایکودراما در این بعد نسبت به گروه شناختی رفتاری عملکرد بهتری نشان داد. در مجموع، این روش با ترکیب بیان هیجانی، بازنمایی نقش ها و تمرین مهارت های اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی می گردد (چانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته پژوهش نشان داد که هر دو مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک و سایکودراما توانستند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری را در چهار مؤلفه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط نسبت به گروه گواه به طور معناداری بهبود دهند. این نتیجه با یافته های شارهولم و همکاران (۲۰۲۳)، کایامرال و آلتان ساریکایا (۲۰۲۲)، رضایی و همکاران (۱۴۰۱)، دامارا (۲۰۲۲)، و فادیپه و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که گزارش کرده اند درمان های شناختی و مبتنی بر سایکودراما می توانند در ارتقای کیفیت زندگی گروه های مختلف بیماران، مراقبان و حتی جمعیت عمومی مؤثر باشند. همچنین ژو و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری اگرچه هیجانات منفی مراقبان را کاهش می دهد، اما لزوماً در همه

افراد به بهبود کیفیت زندگی منجر نمی شود؛ که این یافته تا حدودی ناهمسو و نشان دهنده نقش واسطه ای متغیرهایی مانند میزان درگیری هیجانی، حمایت اجتماعی و شدت علائم است. در تبیین این یافته می توان مطرح ساخت که هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما مکمل باعث بهبود کیفیت زندگی می شوند. در درمان شناختی رفتاری، افراد می آموزند افکار غیرمنطقی، پیش بینی های فاجعه آمیز و سوگیری های شناختی مرتبط با بیماری را شناسایی کرده و بازسازی کنند. این بازسازی شناختی باعث کاهش استرس ادراک شده، تنظیم بهتر هیجان و مدیریت مؤثرتر علائم جسمانی می شود (کایامرال و آلتان ساریکایا، ۲۰۲۲). نظریه مدل پردازش اطلاعات و نظریه نظم بخشی شناختی هیجان تأکید می کنند که تغییر افکار، تجربه هیجانی و رفتار را دگرگون می سازد و این تغییرات به طور مستقیم بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی اثر می گذارد (شارهولم و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، سایکودراما از طریق برون ریزی هیجانی، بازآفرینی موقعیت های آسیب زا، ایفای نقش و تجربه کاتارسیس، انسدادهای هیجانی را کاهش می دهد و احساس رهایی، یکپارچگی هیجانی و معنایی را تقویت می کند. این مکانیزم طبق اصول نظری مورنو و نظریه های تجربه محور، به ترمیم روابط درونی فرد با خود و دیگران و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی منجر می شود (دامارا، ۲۰۲۲). ازسوی دیگر، می توان اشاره نمود که درمان شناختی رفتاری با فراهم کردن مجموعه ای از مهارت ها مانند حل مسئله، جرأت ورزی، برنامه ریزی فعالیت ها، کنترل توجه و مدیریت استرس، احساس تسلط و کنترل بیماران بر زندگی روزمره را افزایش می دهد (چاندرا و همکاران، ۲۰۲۳). این افزایش خودکارآمدی زمینه ساز کاهش نشانه های جسمانی، بهبود خواب، کاهش دردهای سایکوسوماتیک و بهبود عملکرد روزمره است. در سوی دیگر، سایکودراما با ایجاد میدان عملی تجربه، به شرکت کنندگان امکان می دهد روابط آسیب زای گذشته یا موقعیت های استرس زای فعلی را بازسازی کرده و روایت تازه ای از هویت و تجربه شخصی خود خلق کنند؛ فرآیندی که افزایش انسجام هویتی و معنا در زندگی را به دنبال دارد (لوپز - گزالس و همکاران، ۲۰۲۳). افزون بر این، هر دو مداخله در بستر گروهی انجام شدند و ارتباط گروهی، بازخورد هم گروهی ها، تجربه تعلق و حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی داشته است؛ عاملی که بار را و همکاران (۲۰۱۳) نیز بر اهمیت آن تأکید کرده اند.

در مؤلفه سلامت جسمی، بین دو گروه درمانی شناختی رفتاری و سایکودراما تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما هر دو گروه نسبت به گروه گواه عملکرد بهتری داشتند. این نتیجه با یافته‌های دامارا (۲۰۲۲) و شارهولم و همکاران (۲۰۲۳) که اثر مثبت مداخلات روان شناختی بر علائم جسمانی و بهبود عملکرد روزمره را گزارش کرده‌اند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که نظریه‌های روان‌تنی بیان می‌کنند که کاهش تنش روانی و تعارضات درونی، مستقیماً علائم جسمانی را کاهش می‌دهد. در درمان شناختی رفتاری، کاهش اضطراب و اصلاح تفسیرهای فاجعه‌آمیز درباره علائم جسمانی باعث کاهش برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار می‌شود (چاندرا و همکاران، ۲۰۲۳). در سایکودراما نیز، تخلیه هیجانی و کاتارسیس موجب کاهش تنش عضلانی و اضطراب فیزیولوژیک می‌شود (دامارا، ۲۰۲۲)، بنابراین هر دو درمان از طریق مسیرهای متفاوت ولی هم‌ارز، سلامت جسمی را بهبود می‌دهند. همچنین، تمرین‌های رفتاری در درمان شناختی رفتاری مانند فعالیت بدنی، مواجهه رفتاری و تنظیم خواب بر کاهش نشانه‌های جسمی تأثیر می‌گذارند (گریستن و همکاران، ۲۰۲۴). در سایکودراما نیز نقش آفرینی فعال و حرکت بدنی در صحنه، بر کاهش تنش جسمی و بهبود احساس انرژی تأثیر دارد. همچنین تجربه ارتباط عاطفی در گروه به کاهش استرس جسمانی کمک می‌کند (کروز و همکاران، ۲۰۱۸).

در مؤلفه سلامت روانی، گروه شناختی رفتاری عملکرد بهتری از سایکودراما داشت و هر دو گروه نسبت به گروه گواه معنادار بودند. این الگو با پژوهش‌های فادیپه و همکاران (۲۰۲۳) و شارهولم و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که بر اثرگذاری قوی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب تأکید کرده‌اند. در زمینه اثربخشی بیشتر گروه درمانی شناختی رفتاری بر سلامت روانی می‌توان مطرح ساخت که درمان شناختی رفتاری با تأکید بر اصلاح افکار ناسازگار، بازسازی شناختی، و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، بر بهبود کلی عملکرد روان شناختی، کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، و استرس، و ارتقاء خودکارآمدی تمرکز دارد. این ساختار هدف‌محور و آموزش‌محور باعث می‌شود که افراد احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود پیدا کنند، در تصمیم‌گیری‌های روزمره قاطع‌تر عمل کنند و بهتر با مشکلات مقابله نمایند؛ بنابراین، به‌طور طبیعی می‌توان انتظار داشت که عملکرد کلی افراد

در تمام ابعاد کیفیت زندگی، از جمله سلامت روانی، جسمی و محیطی در گروه درمانی شناختی رفتاری به‌طور معناداری بهبود یابد (نایدو و همکاران، ۲۰۱۶). اما درمان سایکودراما از مسیرهای هیجانی و غیرکلامی تری عمل می‌کند؛ یعنی با کمک نمایش و ایفای نقش، افراد هیجانات سرکوب‌شده را ابراز می‌کنند، تجربیات گذشته را بازسازی می‌کنند و به نوعی "کاتارسیس" یا تخلیه روانی دست می‌یابند. این فرایند بیشتر بر جنبه‌های عاطفی و بین‌فردی تأثیرگذار است تا ابعاد شناختی. از همین رو، گرچه ممکن است تأثیر کمتری بر خودتنظیمی شناختی یا خودکنترلی درونی داشته باشد، ولی در بهبود روابط اجتماعی، همدلی، و تعاملات گروهی بسیار مؤثرتر عمل می‌کند (ورهوفسdat - دنوه و همکاران، ۲۰۲۲). ازسوی دیگر، درمان سایکودراما اساساً درمانی تعاملی، مشارکت‌محور و مبتنی بر روابط گروهی است. در این نوع درمان، اعضای گروه نه تنها ناظر، بلکه فعالانه در صحنه‌ها شرکت می‌کنند، نقش‌های مختلف را بازی می‌کنند، بازخورد می‌دهند و دریافت می‌کنند. این تجربه عمیق بین‌فردی باعث شکل‌گیری احساس همدلی، درک متقابل، ابراز هیجانی آزاد و ایجاد پیوندهای اجتماعی می‌شود. این ساختار طبیعی درمان سایکودراما آن را به ابزاری بسیار مؤثر در بهبود مهارت‌های اجتماعی، تقویت دلبستگی ایمن، پذیرش اجتماعی و مهارت‌های بین‌فردی تبدیل می‌کند. در مقابل، درمان شناختی رفتاری گرچه می‌تواند در قالب گروهی نیز اجرا شود، اما تمرکز آن بیشتر بر کارهای فردی و تمرین‌های شناختی است تا تعاملات بین‌فردی عمیق. به همین دلیل در بعد روابط اجتماعی به اندازه درمان سایکودراما تأثیرگذار نیست، چرا که بستر تجربه زنده روابط انسانی در آن محدودتر است (اوزجان، ۲۰۱۹).

یافته دیگر نشان داد که در بعد روابط اجتماعی، سایکودراما عملکرد بهتری نسبت به درمان شناختی رفتاری داشت. این یافته با نتایج کایامرال و آلتان ساریکایا (۲۰۲۲) و دامارا (۲۰۲۲) همسو است که نقش سایکودراما را در افزایش ارتباط، همدلی، جرأت‌ورزی و درک متقابل در تعاملات اجتماعی نشان داده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که سایکودراما، همان‌گونه که مورنو توصیف می‌کند، درمانی مبتنی بر تعامل زنده، نقش آفرینی و بازآفرینی روابط انسانی است. در این رویکرد، فرد نه فقط درباره روابط فکر می‌کند، بلکه آن‌ها را در صحنه درمان تجربه می‌کند. فرآیندهایی مانند همدلی، نقش‌پذیری، مشاهده خویش در نقش دیگری

و دریافت بازخورد مستقیم، در دل تجربه نمایشی فعال می‌شوند. همین فعال‌سازی زنده روابط انسانی سبب می‌شود که تعاملات اجتماعی به‌طور مستقیم تمرین، اصلاح و تقویت شوند (کامیتز - ایلانکویچ و همکاران، ۲۰۲۲). در مقابل، در درمان شناختی رفتاری، بخش عمده‌ای از کار بین فردی در قالب مهارت‌آموزی شناختی یا بحث گروهی صورت می‌گیرد و امکان تجربه زنده و عاطفی روابط انسانی محدودتر است؛ بنابراین انتظار می‌رود سایکودراما اثر قوی‌تری بر روابط اجتماعی داشته باشد (کوجیرس و همکاران، ۲۰۲۳). از دیدگاه بالینی، بسیاری از بیماران مبتلا به مشکلات مزمن جسمی، الگوهای ارتباطی محدود، اجتناب اجتماعی و کاهش جرأت‌ورزی را تجربه می‌کنند. سایکودراما با فراهم کردن امکان بازسازی صحنه‌های واقعی زندگی، بازنمایی روابط آسیب‌زا و تمرین نقش‌های سالم، به فرد کمک می‌کند تا الگوهای ناکارآمد بین فردی را در محیطی امن و حمایتگر اصلاح کند (یون و یانای، ۲۰۲۱). نقش‌آفرینی و مواجهه عاطفی، به تقویت اعتماد به نفس اجتماعی، افزایش احساس دیده‌شدن و تجربه پذیرش در جمع منجر می‌شود. این نوع تجربه درمانی که منجر به درمان از طریق ارتباط زنده می‌شود، کمتر در رویکرد شناختی رفتاری رخ می‌دهد؛ زیرا درمان شناختی رفتاری بیشتر بر تغییر ساختار شناختی و پاسخ‌های درونی تمرکز دارد تا بازآفرینی روابط در صحنه. به همین دلیل سایکودراما به‌طور طبیعی در حوزه روابط اجتماعی اثرگذاری برجسته‌تری نشان می‌دهد (وره‌فوسدات - دنوه و همکاران، ۲۰۲۲).

در مؤلفه سلامت محیطی بین دو مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت و هر دو نسبت به گروه گواه بهتر بودند. این یافته با پژوهش‌های گریستن و همکاران (۲۰۲۴) درباره اثر درمان شناختی رفتاری بر حس تسلط محیطی، و پژوهش کروگر (۲۰۲۴) درباره اثر سایکودراما بر سازگاری محیطی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که بعد سلامت محیطی بیشتر تحت تأثیر احساس کنترل، توانمندی فردی و مهارت‌های حل مسئله قرار دارد؛ مولفه‌هایی که هر دو رویکرد درمانی، هرچند از مسیرهای متفاوت، آن‌ها را تقویت می‌کنند (ساکپ و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان شناختی رفتاری، با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بازسازی شناختی افکار منفی و تمرین تصمیم‌گیری منطقی، فرد یاد می‌گیرد چگونه با چالش‌های محیطی و فشارهای روزمره برخورد مؤثر داشته باشد و احساس تسلط و کنترل بیشتری بر شرایط زندگی خود پیدا کند. این فرآیند باعث می‌شود

که بیماران در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و محدودیت‌های محیطی رفتار هدفمندانه‌تری داشته باشند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند (اوزجان، ۲۰۱۹). در مقابل، سایکودراما با تمرکز بر بازسازی نقش‌های دشوار زندگی، ایفای نقش در صحنه‌های نمایشی و تجربه عملی تصمیم‌گیری در موقعیت‌های واقعی، به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های حل مسئله و توانایی مدیریت شرایط محیطی را از طریق تجربه مستقیم تمرین کنند. این روش، علاوه بر تقویت احساس تسلط، امکان بازآفرینی تعاملات اجتماعی و بررسی گزینه‌های رفتاری متفاوت را فراهم می‌کند و در نتیجه درک فرد از محیط و توانایی سازگاری با آن افزایش می‌یابد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، هر دو درمان، با مسیرهای متفاوت شناختی - رفتاری از طریق مهارت‌آموزی و سایکودراما از طریق تجربه عملی و نقش‌آفرینی به ارتقای سلامت محیطی و توانمندی فرد در مدیریت شرایط پیرامون کمک می‌کنند.

نمونه مورد مطالعه از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و تنها از سه مطب تخصصی در شهر کرمان انتخاب شد؛ این موضوع ممکن است باعث محدود شدن ویژگی‌های جمعیتی، فرهنگی یا درمانی نمونه و کاهش قابلیت تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها یا مناطق جغرافیایی شود. از این رو، برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده از روش نمونه‌گیری تصادفی و با دامنه وسیع‌تر در مناطق مختلف با تنوع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بهره ببرند. علاوه بر این، انجام تحقیقات چندمرکزی به‌صورت مقطعی یا طولی با مشارکت مراکز درمانی و تخصصی متنوع می‌تواند اعتبار و کاربردپذیری نتایج را تقویت کند. این مطالعه تنها به ارزیابی کوتاه‌مدت پس از مداخله محدود بود و اثرات طولانی‌مدت و پایدار این دو نوع درمان گروهی بر هیجان‌های منفی مورد بررسی قرار نگرفت؛ بنابراین، تغییرات احتمالی در بازه‌های زمانی طولانی‌تر قابل رصد نیست. برای اساس، توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی پیگیری‌های بلندمدت (۶ ماهه، ۱ ساله و بیشتر) به سنجش ماندگاری اثرات مداخلات گروه درمانی شناختی رفتاری و سایکودراما بپردازند. باتوجه به اثربخشی قابل توجه این دو روش در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال برگشت اسید معده به مری، توصیه می‌شود مراکز درمانی و روان‌درمانی این مداخلات را به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی بیماران روان‌تنی و روان‌گوارشی بگنجانند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز است که با کد اخلا IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.231 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تایید شده است. به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، به شرکت کنندگان توضیح داده شد که اطلاعات جمع آوری شده از طریق پرسشنامه‌ها تنها برای اهداف این مطالعه استفاده خواهد شد و در اختیار هیچ سازمان یا نهاد دیگری قرار نخواهد گرفت. همچنین تأکید شد که ثبت نام یا نام خانوادگی شرکت کنندگان ضروری نیست تا حریم خصوصی آن‌ها حفظ شود. علاوه بر این، شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است و افراد می‌توانند در هر مرحله بدون هیچ گونه فشار یا پیامدی، از ادامه مشارکت در مطالعه انصراف دهند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم و چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی عزیزانی که در این پژوهش مشارکت نمودند، ابراز می‌داریم.

منابع

فری، مایکل. (۱۳۹۳). کتاب شناخت درمانی گروهی، ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: سایه سخن.

هاوتون، کیت؛ کرک، جوان و کلارک، دیوید. (۱۴۰۱). رفتار درمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران: نشر ارجمند.

رضایی، مریم؛ کلانتری، مهرداد و عابدی، محمدرضا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (بسته درمانی مبتنی بر تجربه‌ها) بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۳(۳)، ۳۹۵-۴۱۲. <https://10.22059/JAPR.2022.321055.643803>

رکنی لموکی، جواد؛ حافظی، فریبا و شمس، جمال. (۱۳۹۹). اثر شرکت در کارگاه قبل از ازدواج آموزش مهارت های زندگی بر کیفیت زندگی در زوجین دانشجوی. فصلنامه یاددهی و یادگیری، ۱۵ (۶۲)، ۹۹-۱۱۴. https://journals.iau.ir/article_672404.html

صفایی، علیرضا و برزگر، مجید. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۴(۵۲)، ۶۷-۷۶. <https://10.30495/JPM.2023.29611.3559>

تردول، د؛ دارتئل، ت؛ تراواگلینی، س؛ استاتس، م و دوئین، ر. (۲۰۱۸). ادغام درمان شناختی - رفتاری با نظریه و عمل سایکودراما (ترجمه م. کشمیری و ح. عابدی تهرانی). تهران: انتشارات ارجمند.

References

- Ahmed, M. (2025). The Predilection of Specific Diseases to Affect Different Sections of the Esophagus. *Life*, 15(9), 1444. <https://doi.org/10.3390/life15091444>
- Ahmed, M., Lau, A., Hirpara, D. H., & Kidane, B. (2020). Choosing the right survey—patient reported outcomes in esophageal surgery. *Journal of Thoracic Disease*, 12(11), 6902. <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.03.58>
- Almarabheh, A., Salah, A. B., Alghamdi, M., Al Saleh, A., Elbarbary, A., Al Qashar, A.,... & Chlif, S. (2023). Validity and reliability of the WHOQOL-BREF in the measurement of the quality of life of Sickle disease patients in Bahrain. *Frontiers in psychology*, 14, 1219576. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1219576>
- Azer, S. A., & Goosenberg, E. (2025). Gastroesophageal reflux disease (GERD). In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554462>
- Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F., & Teng, E. J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 33(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.005>
- Chandran, S., Raman, R., Kishor, M., & Nandeesh, H. P. (2023). A randomized control trial of mindfulness-based intervention in relief of symptoms of anxiety and quality of life in gastroesophageal reflux disease. *Annals of Indian Psychiatry*, 7(2), 107-114. https://doi.org/10.4103/aip.aip_82_22
- Chang, W. L., Wang, E., Chang, W. H., Hu, H., Chang, T. Y., Wu, Y.,... & Kues, S. (2022). Study on the effect of psychodrama therapy on the emotional regulation of college teachers during the epidemic of covid-19 coronavirus disease. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 25(Supplement_1), A5-A6. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyac032.006>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cruz, A., Sales, C. M., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of Morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in psychology*, 9, 1263. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Damra, J. K. (2022). The Effects of Psychodrama Intervention on Intimate Partner Violence and Quality of Life: Trial of Syrian Refugee Abused Women. *Journal of International Women's Studies*, 23(1), 333-346. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol23/iss1/33>
- Degnan, A., Berry, K., Humphrey, C., & Bucci, S. (2021). The relationship between stigma and subjective quality of life in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102003>
- Denecke, K., Schmid, N., & Nüssli, S. (2022). Implementation of cognitive behavioral therapy in e-mental health apps: Literature review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e27791. <https://doi.org/10.2196/27791>
- Enea, V., & Diaconu-Gherasim, L. R. (2025). Quality of Life in Mental Disorders. In *Handbook of the Biology and Pathology of Mental Disorders* (pp. 1-25). Cham: Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-73368-0_2
- Fadipe, M. F., Aggarwal, S., Johnson, C., & Beauchamp, J. E. (2023). Effectiveness of online cognitive behavioural therapy on quality of life in adults with depression: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12924>
- Fass, R., Boeckxstaens, G. E., El-Serag, H., Rosen, R., Sifrim, D., & Vaezi, M. F. (2021). Gastroesophageal reflux disease. *Nature reviews Disease primers*, 7(1), 55. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00287-w>

- Free, M. (2014). *Group Cognitive Therapy* (Trans. A. Sahebi, H. Hamidpour, & Z. Andouz). Tehran: Sayeh Sokhan Publishing. [Persian]
- Gryesten, J. R., Poulsen, S., Moltu, C., Biering, E. B., Møller, K., & Arnfred, S. M. (2024). Patients' and therapists' experiences of standardized group cognitive behavioral therapy: Needs for a personalized approach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(5), 617-633. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01301-x>
- Houghton, K., Kirk, J., & Clark, D. (2022). *Cognitive Behaviour Therapy: A Practical Guide to the Treatment of Emotional Disorders* (Trans. H. Ghasemzadeh). Tehran: Arjmand Publishing. [Persian]
- Kalfoss, M. H., Reidunsdatter, R. J., Klöckner, C. A., & Nilsen, M. (2021). Validation of the WHOQOL-Bref: Psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01656-x>
- Kambeitz-Ilankovic, L., Rzaeva, U., Völkel, L., Wenzel, J., Weiske, J., Jessen, F.,... & Kambeitz, J. (2022). A systematic review of digital and face-to-face cognitive behavioral therapy for depression. *NPJ Digital Medicine*, 5(1), 144. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00677-8>
- Katz, P. O., Dunbar, K. B., Schnoll-Sussman, F. H., Greer, K. B., Yadlapati, R., & Spechler, S. J. (2022). ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 117(1), 27-56. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538>
- Kaya Meral, D., & Altan Sarıkaya, N. (2022). The effect of psychodrama group therapy on coping and the quality of life of palliative care nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13(4), 279-285. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.27482>
- Kim, H., Bae, E. J., Choi, Y., & Son, H. (2024). Biopsychosocial factors of quality of life among middle-aged adults living alone in South Korea: a secondary data analysis using the 2017 Korea Community Health Survey. *Archives of Public Health*, 82(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01342-0>
- Krüger, R. T. (2024). What is Psychodrama?. In *Disorder-Specific Psychodrama Therapy in Theory and Practice* (pp. 1-6). Singapore: Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-7508-2_1
- Law, M., Pickering, I., Bartlett, E., Sebaratnam, G., Varghese, C., Gharibans, A.,... & Calder, S. (2023). Cognitive behavioural therapy-based interventions for gastroduodenal disorders of gut-brain interaction: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 111516. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111516>
- Li, X., Ding, F., Luo, P., Yang, J., Liu, Z., Liu, J.,... & Wu, K. (2018). Study on the therapeutic effects of drug and cognitive-behavioral therapy on non-erosive reflux disease patients with emotional disorders. *Frontiers in psychiatry*, 9, 115. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00115>
- López-González, M. A., Morales-Landazábal, P., & Topa, G. (2021). Psychodrama group therapy for social issues: A systematic review of controlled clinical trials. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4442. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094442>
- Naidu, V. V., Giblin, E., Burke, K. M., & Madan, I. (2016). Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: a systematic review. *Occupational Medicine*, 66(2), 112-117. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv141>
- Nedaei, A., Paghoosh, A., & Sadeghi-Hosnijeh, A. (2016). Relationship between coping strategies and quality of life: Mediating role of cognitive emotion regulation skills. *Journal of Clinical Psychology*, 8(4), 35-48. <https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2252>
- Özcan, G. (2019). Psychodrama and spirituality: A practice-friendly review. *Spiritual Psychology and Counseling*, 4(1), 39-55. <https://doi.org/10.12738/spc.2019.4.1.0058>
- Rezaei, M., Kalantary, M. and Abedi, M. (2022). Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (Experience-Based Therapy Package) on Anxiety,

- Depression and Quality of Life in Female Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(3), 395-412. [Persian] <https://doi.org/10.22059/japr.2022.321055.643803>
- Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Mateos Herrera, A., Pérez-Calvo, C., & Ruiz-Duet, A. M. (2022). Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico. *Papeles del Psicólogo*, 43(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Rokni Lemouki, J., Pasha, R., Hafezi, F., & Shams, J. (2020). The effect of pre-marriage workshop of life skills training on quality of life in student couples. *Educational researches*, 15(62), 99-114. [Persian] <https://sanad.iau.ir/en/Journal/educ/Article/939224>
- Rothman, M., Farup, C., Stewart, W., Helbers, L., & Zeldis, J. (2001). Symptoms associated with gastroesophageal reflux disease: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Digestive diseases and sciences*, 46(7), 1540-1549. <https://doi.org/10.1023/a:1010660425522>
- Safaei, A., & Barzegar, M. (2023). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on quality of life and psychological well-being in patients with social anxiety disorder. *Psychological Models and Methods*, 14(52), 67-76. [Persian] <https://doi.org/10.30495/JPM.2023.29611.3559>
- Sakip, S. R. M., Zukri, A. Z. M., & Rahim, P. R. M. A. (2023). Assessing the Relationship Between Environmental, Psychological, Physical and Social Towards the Quality of Life. *International Journal of Sustainable Construction Engineering and Technology*, 14(2), 256-265. <https://publisher.uthm.edu.my/ojs/index.php/IJSCET/article/view/13492>
- Särnholm, J., Skúladóttir, H., Rück, C., Axelsson, E., Bonnert, M., Bragesjö, M.,... & Braunschweig, F. (2023). Cognitive behavioral therapy improves quality of life in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(1), 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.04.044>
- Treadwell, D., Dartnell, T., Travaglini, S., Staats, M., & Duin, R. (2018). *Integrating Cognitive Behavioral Therapy with the Theory and Practice of Psychodrama* (Trans. M. Kashmiri & H. Abedi Tehrani). Tehran: Arjmand Publishing. [Persian]
- Verhofstadt-Denève, L. M., Akkersdijk, N. L., Salomé, A. G., Schittekatte, M., & Oechies, C. H. (2022). SA-OS, A psychodrama-based strategy to improve interpersonal relationships: an exploratory study on theory, practice and effectiveness. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 21(Suppl 1), 95-121. https://www.researchgate.net/publication/348187308_A_Psychodrama_Strategy_for_Conflictual_Interpersonal_Relationships_Theory_and_Practice
- Wali, S., Gurjar, M., Mohindra, S., Mishra, P., Gutte, S. H., Azim, A.,... & Poddar, B. (2025). Gastroesophageal Reflux Symptoms and Health-Related Quality of Life Among ICU Survivors. *CHEST Critical Care*, 3(3), 100169. <https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2025.100169>
- Wang, Q., Ding, F., Chen, D., Zhang, X., Shen, K., Fan, Y., & Li, L. (2020). Intervention effect of psychodrama on depression and anxiety: A meta-analysis based on Chinese samples. *The Arts in Psychotherapy*, 69, 101661. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101661>
- Yeşil Örnek, B., Kırılancık Şimşek, B. (2023). The effects of group psychodrama on the ruminative thinking style, dysfunctional attitudes, anxiety and depressive symptoms: a quasi-experimental study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 25(3), 84-93. <https://doi.org/10.12740/APP/166563>
- Yuan, L. Z., Yi, P., Wang, G. S., Tan, S. Y., Huang, G. M., Qi, L. Z.,... & Wang, F. (2019). Lifestyle intervention for gastroesophageal reflux disease: a national multicenter survey of lifestyle factor effects on gastroesophageal reflux disease in China. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 12. <https://doi.org/10.1177/1756284819877788>
- Zhou, S., Wang, Y., Wang, Q., Yang, G., Ren, H., & Bao, Y. (2022). A meta-analysis of the effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and negative emotions of informal cancer caregivers. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 979158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.979158>