

Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Symptoms Severity and Emotional Well-being of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Soleymani P.* *MSc*, Abolghasemi A.¹ *PhD*, Vakilee Abasaliloo S.² *MSc*,
Rahimi A.³ *PhD*, Bayramzadeh N.⁴ *MSc*

*Psychology Department, Science Faculty, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

¹Psychology Department, Human Science & Literature Faculty, University of Guilan, Rasht, Iran

²Psychology Department, Humanity Faculty, Tabriz University, Tabriz, Iran

³Internal Department, Medical Faculty, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

⁴Psychology Department, Science Faculty, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

Abstract

Aims: One of the most prevalent gastrointestinal functional disorders is the irritable bowel syndrome (IBS). Different medical and psychological treatments are conducted to control the symptoms of the disease. The aim of this study was to determine the effectiveness of the cognitive-behavioral stress management training on the severity of the symptoms and emotional welfare of patients with IBS.

Materials & Methods: In the controlled pretest-posttest clinical trial study, 30 patients with IBS were studied in Ardabil in 2012. The subjects, selected via available sampling method, were randomly divided into two groups including experimental (n=15) and control (n=15) groups. Data was collected using the IBS severity questionnaire, the characteristic positive and negative affection scale, and the life satisfaction scale. Ten 90-minute group cognitive-behavioral stress management treatment sessions were conducted in experimental group. The subjects were assessed at both pretest and posttest steps. Data was analyzed by SPSS 20 software using multivariate covariance analysis test.

Findings: The mean scores of positive affection, negative affection, life satisfaction, and IBS symptom severity of experimental and control groups were significantly different at the posttest step ($p < 0.001$). 51%, 55%, 89%, and 57% of positive affection component, negative affection component, life satisfaction, and IBS symptom severity variances could be determined by the cognitive-behavioral stress management training, respectively.

Conclusion: The cognitive-emotional stress management treatment can reduce the severity of the symptoms, while it can increase the emotional welfare, in the patients with IBS.

Keywords

Stress [Psychological][<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68013315>];

Signs and Symptoms [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012816>];

Emotions [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68004644>];

Irritable Bowel Syndrome [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68043183>]

* Corresponding Author

Tel: +98 (45) 33256247

Fax: +98 (45) 33337677

Address: Andishe-ye-no Consulting and Psychological Office, Alghadir Building, Sarcheshmeh Square, Ardabil, Iran.

Postal Code: 5614668149

p62.soleymani@gmail.com

Received: December 18, 2015

Accepted: July 19, 2016

ePublished: October 1, 2016

اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۹
*نویسنده مسئول: p62.soleymani@gmail.com

مقدمه

سندروم روده تحریک پذیر (IBS)، اختلال کارکردی مزمن دستگاه گوارش است. بیماران مبتلا، درد شکمی و علائم متفاوت روده‌ای را در غیاب هر گونه ناپهنجاری ساختاری یا زیست‌شناختی تجربه می‌کنند. علائم این سندروم ممکن است با غلبه اسهال، یبوست یا ترکیبی از هر دو همراه باشد [1]. این اختلال در همه گروه‌های اجتماعی- اقتصادی به شکل گسترده‌ای دیده می‌شود و باعث غیبت از کار، اختلال در روابط بین‌فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع به علت ترس از شروع علائم می‌شود [2]. 31. شیوع جهانی IBS حدود ۱۱٪ برآورد شده است [4]. شیوع این سندروم در ایران در یک مطالعه مروری مابین ۱/۱٪ تا ۲۵٪ گزارش شده است [5]. اخیراً تحقیقی نشان‌دهنده شیوع ۲۱/۵ درصدی IBS در ایران است [6]. این سندروم هر دو جنس را در سنین مختلف گرفتار می‌کند، هر چند شیوع آن در زنان به علت نقش احتمالی هورمون‌های جنسی در IBS بیشتر است [7].

سبب‌شناسی IBS به طور کامل شناخته شده نیست. عوامل متفاوت از جمله کاهش سلول‌های غدد درون‌ریز سیستم گوارش، افزایش حساسیت احشایی، التهاب موضعی، فلور غیرطبیعی روده و عوامل روان‌شناختی را در شکل‌گیری آن دخیل می‌دانند [8-12]. سندروم روده تحریک‌پذیر حالت مزمنی است که می‌تواند به بهزیستی هیجانی فرد آسیب برساند [13]. بهزیستی هیجانی بُعد عاطفی بهزیستی ذهنی است و شامل مولفه‌های وجود عواطف مثبت، فقدان عواطف منفی و رضایت‌مندی از زندگی است [14].

عاطفه منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است [15]. بین عاطفه منفی و شدت علائم IBS ارتباط وجود دارد. به نظر می‌رسد بیماری‌رانی که نمره بالاتری در عواطف منفی دارند، علائم گوارشی شدیدتری را تجربه می‌کنند و در مقابل، تشدید علائم نیز سطح تجربه عواطف منفی را بالا می‌برد [16، 17]. عاطفه منفی بیشتر با فرآیندهای فیزیوپاتولوژی بیماری شامل فرآیندهای واسطه‌ای بین استرس و هیجانات و علائم گوارشی نظیر تحریک هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال، محور مغز- روده و تغییرات سیستم ایمنی ارتباط دارد [18]. نواحی متفاوت در مغز که عملکرد روده را تعدیل می‌نمایند، دربرگیرنده تنظیم هیجانات مثل خلق، اضطراب، عواطف منفی و درد نیز هستند [19].

در مقابل عاطفه مثبت نشان می‌دهد که یک شخص تا چه میزان نسبت به زندگی شور و شوق دارد و چقدر احساس فاعلیت و هوشیاری می‌کند. عاطفه مثبت بالا بر انرژی زیاد، تمرکز کامل و

پریسا سلیمانی * MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

عباس ابوالقاسمی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و ادبیات، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

سجاد وکیلی عباسعلیلو MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده انسانی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

عارف رحیمی PhD

گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نسرین بایرامزاده MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

چکیده

اهداف: سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) از شایع‌ترین اختلالات کارکردی دستگاه گوارش است. درمان‌های متفاوت دارویی و روان‌شناختی برای کنترل علائم این بیماری به کار برده می‌شود. هدف مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در سال ۱۳۹۱ در شهر اردبیل به روش دردسترس، انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر، مقیاس عاطفه مثبت و منفی خصلتی و مقیاس رضایت از زندگی بود. برنامه درمانی مدیریت استرس شناختی- رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی برای گروه آزمایش برگزار شد. ارزیابی بیماران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات عاطفه مثبت، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.001$). آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری توانست ۵۱٪ واریانس مولفه عاطفه مثبت، ۵۵٪ واریانس مولفه عاطفه منفی، ۸۹٪ واریانس رضایت از زندگی و ۵۷٪ واریانس شدت علائم IBS را تعیین کند.

نتیجه‌گیری: درمان مدیریت استرس شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش شدت علائم و افزایش بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: استرس (روان‌شناختی)، علائم، هیجان، سندروم روده تحریک‌پذیر

اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر ۳۱۵
روان‌شناختی بیماران مبتلا به IBS موثر گزارش شده است [30-34].
اما برخی از پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر اندک روش‌های درمانی
روان‌شناختی بوده‌اند [35].
با توجه به نتایج متناقض تحقیقات یادشده و نقش استرس در این
سندروم، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت
استرس شناختی- رفتاری بر شدت علائم و بهزیستی هیجانی
بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با کارآزمایی بالینی است که با
طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه
آماری پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به IBS بودند که در سال ۱۳۹۱
به مطب متخصصان گوارش شهر اردبیل مراجعه کرده بودند و
توسط فوق تخصص گوارش و براساس ملاک‌های تشخیصی رُم-۳
(ROME III) مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تشخیص داده
شده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این بیماران بود که
به‌صورت دردسترس، انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی ساده در دو
گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های
ورود به پژوهش شامل؛ ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با
تشخیص پزشک و براساس ملاک‌های تشخیصی ROME III،
عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و عدم دریافت درمان‌های
دارویی و غیردارویی مربوط به حیطه روان‌پزشکی و روان‌شناسی
طی ۶ ماه گذشته، عدم ابتلا به بیماری گوارشی یا بیماری دیگر،
تحصیلات بالاتر از دیپلم و رضایت برای شرکت در طرح تحقیقی
بود.

با رعایت نسبت بیماران مبتلا با غلبه اسهال یا یبوست یا مختلط و
میزان شدت علائم، در دو گروه آزمایش و کنترل، همسانی دارویی
مورد لحاظ قرار گرفت. طی دوره درمان مدیریت استرس شناختی-
رفتاری که به‌مدت ۳ ماه طول کشید، در هیچ کدام از دو گروه
آزمایش و کنترل از طرف پزشک مربوطه تغییری در نوع درمان
دارویی و دوز دریافتی بیماران صورت نگرفت.

مداخله شامل برنامه درمانی مدیریت استرس شناختی- رفتاری
بود [36]. این شیوه درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت
گروهی برگزار شد و فاصله زمانی جلسات یک بار در هفته بود
(جدول ۱). در پایان تمامی جلسات، تکالیف خانگی به‌منظور تسلط
آزمودنی‌ها بر موارد آموزش داده‌شده، ارایه می‌شد و بیماران موظف
بودند که تکنیک‌های رفتاری را روزانه ۳ بار با استفاده از
سی‌دی‌های آموزشی که در اختیار آنها گذاشته شده بود، تمرین
نمایند.

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه شدت علائم IBS براساس مقیاس
ROME III، مقیاس عاطفه مثبت و منفی خصلتی و مقیاس
رضایت از زندگی بود.

اشتغال لذت‌بخش دلالت دارد. در حالی که عاطفه مثبت پایین
نشان‌دهنده غمگینی و رخوت است [17]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که
بین عاطفه مثبت و علائم جسمانی رابطه منفی وجود دارد و عاطفه
مثبت از طریق تقویت سیستم ایمنی باعث افزایش سلامت جسمی
فرد می‌شود [20]. افرادی که عاطفه مثبت پایین و عاطفه منفی
بالایی دارند، اغلب در طول روز، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند
و در مقابل استرس حساس‌تر هستند [21].

در همین راستا نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که استرس
روان‌شناختی از طریق تسریع تشدید علائم، نقش عمده‌ای در IBS
دارد و بیش از نیمی از بیماران مبتلا اظهار می‌کنند که حوادث
فشارزای روانی، علائم گوارشی آنها را بدتر می‌کند [22]. بالا بودن
سطح استرس و افزایش شدت علائم منجر به کاهش کیفیت
زندگی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به IBS می‌شود [23].
رضایت از زندگی یک فرآیند داوروی است که افراد، کیفیت زندگی
خود را براساس ملاک‌های منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند [24].
تحقیقات نشان داده‌اند که میان عاطفه منفی و کیفیت زندگی و
رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به IBS رابطه منفی وجود دارد و
بیمارانی که عاطفه منفی بالاتری را تجربه می‌کنند، کیفیت زندگی
مطلوبی ندارند [25].

درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی برای درمان بیماران مبتلا
به IBS به کار گرفته شده است. از جمله درمان‌های دارویی می‌توان
به پروبیوتیک‌ها، داروهای مهارکننده بازجذب مجدد سروتونین
(SSRIs)، ضدافسردگی‌ها، آنتی‌اسپاسمودیک‌ها و آگونیست‌های
گیرنده آلفا دو آدرنژیک اشاره نمود [26, 27]. با این حال درک و فهم
آسیب‌شناسی IBS در ۳۰ سال گذشته از یک دیدگاه ساده‌انگارانه
زیستی- پزشکی به سمت یک نشانگان پیچیده زیستی- روانی-
اجتماعی حرکت کرده است و بررسی علل روان‌شناختی IBS نشان
می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند در کاهش نشانه‌های
بیماری مفید واقع شوند [28].

از جمله درمان‌های غیردارویی، درمان‌های شناختی- رفتاری
هستند. این درمان براساس شناخت‌ها، اعتقادات و رفتارهای فرد بنا
نهاده شده است و براساس اصلاح آنها سعی در تغییر طرز تفکر،
اعتقاد و جایگزین کردن واقعیات به‌جای تصورات غلط در مورد
علائم جسمی و در نتیجه اصلاح عملکرد روانی و جسمی فرد
دارد [29]. درمان مدیریت استرس، بر رویکرد شناختی- رفتاری
متمركز است. این درمان توانایی افراد را برای کاهش استرس و
سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این
مداخلات مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد
استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی
شناختی، آموزش حل مساله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود،
مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها است و
به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی در کاهش علائم و بهبود وضعیت

جلسه اول معرفه، بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس، نقش استرس بر شروع، تشدید و تلاوم بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌های.
جلسه دوم آموزش آرامش عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌های، افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس.
جلسه سوم آموزش تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌های، بحث در مورد ارتباط افکار و هیجانات، آموزش تغییر احساسات از طریق تغییر طرز تفکر.
جلسه چهارم آموزش آرمیدگی عضلانی منفعل، بحث در مورد تفکر منفی و تحریفات شناختی، مرور مجدد تنفس دیافراگمی و تمرین آرمیدگی عضلانی منفعل همراه با تصویرسازی.
جلسه پنجم آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، آموزش جایگزینی افکار منطقی به جای تحریفات شناختی، آموزش توجه به تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی.
جلسه ششم آموزش یادگیری خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث در مورد روش‌های مقابله کارآمد، آموزش انواع مقابله کارآمد شامل مقابله مساله‌مدار و هیجان‌مدار.
جلسه هفتم آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودقایی و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر.
جلسه هشتم آموزش مراقبه و مانترا و مدیریت خشم، توضیح حالات بدنی حین مراقبه، بحث در مورد پاسخ‌های خشم و ارایه گزینه‌های جایگزین.
جلسه نهم آموزش مراقبه شمارش تنفس و آموزش خودبرازگری، توضیح سبک‌های بین‌فردی و بازی نقش مربوط به هر یک از سبک‌ها و آموزش گام‌هایی برای رفتار ابرازگرانه.
جلسه دهم تصویرسازی و مراقبه و بحث در مورد حمایت اجتماعی.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی خصلتی، یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است که برای اندازه‌گیری دو بُعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و منفی طراحی شده است. آیتم‌ها روی یک مقیاس پنج‌نقطه‌ای (از بسیار کم تا بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند [38]. در مطالعات داخلی ضریب همسانی درونی برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش شده است [39].

مقیاس رضایت از زندگی دارای ۵ آیتم است که براساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخگویی می‌شود. ضریب هماهنگی درونی این مقیاس ما بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن برابر ۰/۸۴ گزارش شده است [40]. در ایران هماهنگی درونی برابر ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۷ به دست آمده است [24].

ارزیابی بیماران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. لازم به ذکر است که گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی بود و هیچ درمان روان‌شناختی روی گروه کنترل صورت نگرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کل بیماران $33/00 \pm 8/30$ سال بود. ۲۰ نفر از آنها زن و ۱۰ نفر مرد و همچنین ۱۹ نفر متأهل و ۱۱ نفر مجرد بودند. از نظر وضعیت شغلی، اکثر بیماران هم در گروه آزمایش (۵۳/۳٪) و هم در گروه کنترل (۶۶/۷٪) کارمند بودند. سابقه بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایش ۴-۱ سال و در گروه کنترل ۶-۱ سال به دست آمد که میانگین آنها به ترتیب برابر $2/50 \pm 0/93$ و $2/27 \pm 1/50$ سال بود.

جدول (۲) مقایسه میانگین نمرات مولفه‌های بهزیستی هیجانی و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص	گروه آزمایش (۱۵ نفر)	گروه کنترل (۱۵ نفر)
عاطفه مثبت		
پیش‌آزمون	$32/60 \pm 3/99$	$34/60 \pm 2/55$
پس‌آزمون	$38/13 \pm 3/79$	$34/26 \pm 1/86$
عاطفه منفی		
پیش‌آزمون	$32/46 \pm 2/61$	$31/46 \pm 2/87$
پس‌آزمون	$25/46 \pm 4/77$	$31/66 \pm 2/84$
رضایت از زندگی		
پیش‌آزمون	$12/00 \pm 2/30$	$11/54 \pm 1/40$
پس‌آزمون	$19/00 \pm 2/10$	$11/33 \pm 1/60$
شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر		
پیش‌آزمون	$49/00 \pm 7/41$	$44/66 \pm 10/18$
پس‌آزمون	$39/33 \pm 10/27$	$46/33 \pm 11/06$

علاوه بر در نظر گرفتن ملاک‌های تشخیصی ROME III، پرسش‌نامه شدت علائم IBS برای سنجش علائم سندروم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه شامل سئوالاتی است که وجود یا عدم وجود نشانه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر را می‌سنجد و شامل ۱۴ سؤال با پاسخ‌های متغیر و به صورت چندگزینه‌ای است که در ازای یک گزینه خاص که سندروم روده تحریک‌پذیر را تایید کند، بیمار یک نمره دریافت می‌کند. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیماری است. در یک مطالعه مقدماتی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۹۵ به دست آمد [37].

عواطف، احساس و تفکر) بتوانند عملکرد، ترشح و احساسات مربوط به دستگاه معدی- روده‌ای را تحت تاثیر قرار دهند[13]. با توجه به این مساله که عوامل هیجانی و روان‌شناختی در بروز سندرم روده تحریک‌پذیر نقش دارند، لذا راهکارهای روان‌شناختی می‌توانند در پیشگیری و درمان این بیماری موثر باشند.

نتایج تحقیق نشان داد که درمان مدیریت استرس شناختی- رفتاری در کاهش شدت علائم و بهبود وضعیت هیجانی و ارتقای رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به IBS موثر بوده است. نتایج ما با نتایج تحقیقات اخیر همخوانی داشت [29-34]. در توجیه اثربخش بودن این درمان می‌توان این گونه اذعان کرد که درمان‌های شناختی بر محور مغز- روده تاثیر می‌گذارد. این درمان‌ها با آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌های پردازش اطلاعات و حل مساله، این مسیر معیوب را بازسازی می‌کنند. درمان شناختی- رفتاری به بیماران آموزش می‌دهد که باورهای ناسازگارانه خود را با هدف کاهش علائم و نگرانی‌های مرتبط با آن شناسایی و اصلاح کنند. افزایش آگاهی در مورد ارتباط استرس و تاثیر نحوه تفکر فرد بر شدت علائم بیماری باعث می‌شود که فرد برای شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های شناختی و تفسیر موقعیت‌ها، تفکرات و رفتار و نیز تغییر طرحواره‌های افزایش‌دهنده عاطفه منفی و افسردگی اقدام نماید[13].

درمان مدیریت استرس شناختی- رفتاری با تمرکز بر افکار منفی خودکار و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سعی در تغییر آنها می‌تواند به بالابردن عاطفه مثبت در این بیماران کمک نماید. همچنین بهبود علائم بیماری و بهزیستی جسمانی ناشی از درمان نیز می‌تواند به‌طور مستقل منجر به افزایش عاطفه مثبت در این بیماران شود. عاطفه منفی بیشتر با فرآیندهای فیزیوپاتولوژیک بیماری شامل فرآیندهای واسطه‌ای بین استرس و هیجان‌ات و علائم گوارشی نظیر تحریک محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال، محور مغز- روده و تغییرات سیستم ایمنی ارتباط دارد و بیماران با نمرات بالاتر عواطف منفی، علائم گوارشی شدیدتری را تجربه می‌کنند [16-18]. آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری از طریق اصلاح مسیر خُلق و هیجان منجر به کاهش عاطفه منفی در این بیماران می‌شود. کاهش عاطفه منفی خود منجر به افزایش کیفیت زندگی و متعاقب آن افزایش رضایت‌مندی از زندگی می‌شود[25].

همچنین درمان مدیریت استرس از جنبه رفتاری با ارایه تمریناتی نظیر تن‌آرامی‌های پیش‌رونده، تنفس دیافراگمی، تصویرسازی و امثال آن به کنترل استرس در این بیماران کمک می‌کند که این امر به‌نوبه خود منجر به کاهش علائم و بهبود بهزیستی، علائم هیجانی و روان‌شناختی و ارتقای رضایت‌مندی از زندگی در این بیماران می‌شود.

پژوهش ما نظیر همه پژوهش‌ها دارای یک سری محدودیت‌ها بود. از جمله اینکه مرحله پیگیری پس از درمان صورت نگرفت و

بین میانگین نمرات عاطفه مثبت، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.001$). بنابراین مداخله مبتنی بر آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل شد، به طوری که آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری توانست ۵۱٪ واریانس مولفه عاطفه مثبت، ۵۵٪ واریانس مولفه عاطفه منفی، ۸۹٪ واریانس رضایت از زندگی و ۵۷٪ واریانس شدت علائم IBS را تعیین کند (جدول ۲).

بحث

روان و تن و ارتباط بین آنها در سراسر تاریخ بشر مورد بحث و گفت‌وگو بوده است. دستگاه گوارش از جمله اعضای آسیب‌پذیر بدن در بروز علائم روان‌تنی است که نسبت به عوامل فشارزا و حالات هیجانی، فوق‌العاده حساس است [41]. پژوهش‌ها نشان‌دهنده شیوع بالای اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر هستند و متغیرهای روان‌شناختی و روانی- اجتماعی نقش مهمی در پیشرفت و تداوم علائم این سندروم ایفا می‌کنند [29]. شواهد متعددی نقش متغیرهای روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، استرس، شیوه‌های مقابله‌ای و نوع ادراک بیماری و تاثیر باورهای بیمار را در تداوم و شدت علائم IBS مورد تایید قرار داده‌اند [42].

استرس‌های روان‌شناختی و پاسخ‌های عاطفی به استرس می‌توانند عملکرد سیستم گوارش را تحت تاثیر قرار دهند. نقش عواطف و هیجان‌ات مختلف بر قسمت‌های متفاوت سیستم گوارشی کاملاً مشخص و ثابت شده است [41]. بین استرس، اضطراب و پاسخ‌دهی فیزیولوژیک دستگاه گوارش ارتباط وجود دارد. دستگاه اعصاب روده‌ای نسبت به حالات هیجانی فوق‌العاده حساسند، به طوری که کارکرد حرکتی در استرس حاد در روده باریک کاهش یافته و در روده بزرگ افزایش می‌یابد که ممکن است مسئول علائم روده‌ای نظیر سندروم روده تحریک‌پذیر باشد [43]. در هنگام استرس یک سری پاسخ‌های شناختی توأم با ترس به وجود می‌آید که این شناخت و باورهای نادرست در مورد مفهوم علائم بیماری، در بین بیمارانی که نگرانی‌هایی در مورد سندروم روده تحریک‌پذیر دارند، شایع‌تر است [44].

سندروم روده تحریک‌پذیر ممکن است ناشی از بی‌نظمی در تعاملات میان دستگاه عصبی مرکزی و دستگاه عصبی روده‌ای باشد که محور مغز- روده خوانده می‌شود. از طریق این ارتباطات متقاطع، درون‌دادهای حسی از روده به مراکز قشری بالاتر که عاطفه، ادراک درد و پاسخ‌های رفتاری را تنظیم می‌کنند، بازپخش شده و مورد پردازش قرار می‌گیرند. رابطه دوسویه محور مغز- روده باعث می‌شود که فرآیندهای ذهنی سطح بالاتر (توجه، هیجان‌ات و

11- Madden JA, Hunter JO. A review of the role of the gut microflora in irritable bowel syndrome and the effect of probiotics. *Br J Nutr.* 2002;88:S67-72.

12- Dean BB, Aquilar D. Impairment in work productivity and health related quality of life in patient with IBS. *Am J Manag.* 2005;11(Suppl 1):17-26.

13- Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development of new measure. *Dig Dis Sci.* 1998;43(2):400-11.

14- Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002;43(2):207-22.

15- Denollet J. Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. *Psochosom Med.* 2005;61(1):89-97.

16- Bagherian Sararoudi R, Kalantari H, Afshar H, Daghaghzadeh H, Abotalebian F, Falah J, et al. Relationship between negative affectivity and severity of irritable bowel syndrome symptoms. *J Babol Univ Med Sci.* 2012;14(2):73-81. [Persian]

17- Muscatello MR, Bruno A, Scimeca G, Pandolfo G, Zoccali RA. Role of negative affect in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *Word J Gastroenterol.* 2014;20(24):7570-860.

18- Bagherian Sararoodi R, Sanei H, Baghbanian A. The relationship between type D personality and perceived social support in myocardial infarction patients. *J Res Med Sci.* 2011;16(5):627-33.

19- Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. Psychological adjustment and autonomic disturbance in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinol.* 2010;35(5):653-62.

20- Dockray S, Steptoe A. Pstitive affect and psychobiological processes. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010;35(1):69-75.

21- Lex C, Bazner E, Meyer TD. Does stress play a significant role in bipolar disorder? a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;208:298-308.

22- Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effect of stressful life events on bowel symptoms: subject with irritable bowel syndrome compared with subject without bowel dysfunction. *Gut.* 1992;33(6):825-30

23- Joc EB, Madro A, Celinski K, Slomka M, Kasztelan-Szczerbinask B, Pacian A, et al. Quality of life of patients with irritable bowel syndrome before and after education. *Psychiatr Pol.* 2015;49(4):821-33.

24- Sheikhi M, Hooman HA, Ahadi H, Sepah Mansoor M. Psychometric properties of satisfaction with life scale. *Andishe va Raftar.* 2011;5(19):17-29. [Persian]

25- Samadi Nazari M, Ebrahimi Daryani N, Yaraghchi A, Farrokhi N, Rezaei O. Predicting quality of life on the basis of type D Personality in patients with irritable bowel syndrome. *Govarehsh.* 2013;18(2):80-7. [Persian]

26- Cash BD. Emerging role of probiotics and antimicrobials in management of irritable bowel syndrome. *Curr Med Res Opin.* 2014; 30(7): 1405-15.

27- Trinkley KE, Nahata MC. Treatment of irritable bowel syndrome. *J Clin Pharm Ther.* 2011;36(3):275-82.

28- Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Arbabi M, Ebrahimi Daryani N, Azad Fallah P. Comparison of the effectiveness of cognitive - behavior therapy and mindfulness based therapy on the decrease in symptoms of patients who suffer from irritable bowel syndrome. *Govarehsh.* 2013;18(2):88-94. [Persian]

محقق، خود به عنوان درمانگر بود و این می‌تواند اثر هاله‌ای را تقویت نماید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، تاثیر روش درمانی در زیرگروه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر به صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرد. همچنین مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس با سایر درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند مفید واقع شود.

نتیجه‌گیری

درمان مدیریت استرس شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش شدت علائم و افزایش بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

تشکر و قدردانی: از تمامی بیماران عزیز که در این پژوهش

شرکت کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

تأییدیه اخلاقی: تأییدیه اخلاقی این پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل اخذ شد.

تعارض منافع: هیچ گونه موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی است.

منابع

1- Drossman DA. Introduction: The Rome Foundation and Rome III. *Neurogastroenterol Motil.* 2007;19(10):783-6.

2- Canavan C, West J, Card T. Review article: The economic impact of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40(9):1023-34

3- Lea R, Whorwell PJ. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics.* 2001;19(6):643-53.

4- Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol.* 2014;6:71-80.

5- Jahanghiri P, Hashemi Jazi M, Hasanzadeh Keshteli A, Sadehpour S, Amini E, Adibi P. Irritable bowel syndrome in Iran: Sepahan systematic review. *Int J Pres Med.* 2012;3(1):S1-9.

6- Hassanzadeh Keshtli A, Dehestani B, Daghaghzadeh H, Adibi P. Epidemiology features of irritable bowel syndrome and its subtypes among Iranian adults. *Ann Gastroenterol.* 2015;28(2):253-8.

7- Meleine M, Matricon J. Gender-related differences in irritable bowel syndrome: Potential mechanism of sex hormones. *World J Gastroenterol.* 2014;20(22):6725-43.

8- El-salhy M. Resent developments in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2015;21(25):7621-36.

9- Tillisck K, Labus JS. Advances in imaging the brain-gut axis: Functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol.* 2011;140(2):407-11.

10- Weston AP, Biddle WL, Bhatia PS, Miner PB. Terminal ileal mucosal mast cells in irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci.* 1993;38(9):1590-5.

- Culver JL, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under for early-stage breast cancer. *Health Psychol.* 2001;20(1):20-32.
- 37- Abolghasemi A, Soleymani P, Rahimi A, Vakili Abasaliloo, S. Efficacy of stress management training on symptom severity and psychological wellbeing of patient with irritable bowel syndrome. *Govaresh.* 2014;20(3):178-84. [Persian]
- 38- Watson D, Clark L, Tallegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect. The PANAS scales. *J Person Soc Psycho.* 1988;54(6):1063-70.
- 39- Bakhshipour A, Dezhkam M. Confirmatory factor analysis of the positive affect and negative affect scales. *J Psychol.* 2006;9(4):65-78. [Persian]
- 40- Diner E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S. The satisfaction of life scale. *J Person Assess.* 1985;49(1):71-5.
- 41- Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in non psychiatric patients with functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res.* 2001;50(3):139-46.
- 42- Afshar H, Bagherian R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghighzadeh H, Maracy MR, et al. The relationship between illness perception and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *J Isfahan Med Sch.* 2011;29(137):526-36. [Persian]
- 43- Mayer E. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut.* 2000;47(6):861-69.
- 44- Gomborone J, Dewsnap P, Libby G, Farthing M. Abnormal illness attitudes in patient with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res.* 1995;39(2):227-30.
- 29- Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Kats LA, Gudleski CD, Holroyd, K. Self-administered cognitive behavioral therapy for moderate to severe IBS: Clinical efficacy, tolerability, feasibility. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(8):899-906.
- 30- Mahvi-Shirazi M, Fathi-Ashtiyani A, Rasoolzade-Tabatabaee SK, Amini M. Irritable bowel syndrome treatment: Cognitive behavioral therapy versus medical treatment. *Arch Med Sci.* 2012;8(1):123-9.
- 31- Reme SE, Kennedy T, Jones R, Darnley S, Chalder T. Predictors of treatment outcome after cognitive-behavioral therapy and antispasmodic in primary care. *J Psychosom Res.* 2010;68(4):385-8.
- 32- Chilcot J, Moss-Morris R. Changes in illness-related cognition rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive behavioral therapy intervention. *Behav Res Ther.* 2013;51(10):690-5.
- 33- Kamkar A, Golzary M, Farrokhi NA, Aghaee M. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on symptoms of patients with Irritable bowel syndrome. *Armaghan-e-Danesh.* 2011;16(4):300-10. [Persian]
- 34- Tang QL, Lin GY, Zhang MQ. Cognitive-behavioral therapy for the management of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013;19(46):8605-10.
- 35- Ljotsson B, Folks L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors L, Ruck CH, et al. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--a randomized controlled trial. *Behav Res and Ther.* 2010;48(6):531-9.
- 36- Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE,