

رابطه اجتناب تجربه ای و نشخوارگری فکری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

داریوش امینی^۱، مجید الماسی^۲، محمدرضا نوروزی همایون^۳

^۱ استادیار دانشگاه فرهنگیان، گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان

^۲ کارشناسی، گروه مشاوره، پردیس شهید مقصودی، همدان، ایران

^۳ کارشناسی، گروه مشاوره، پردیس شهید مقصودی، همدان، ایران

نام نویسنده مسئول:

داریوش امینی

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف ارزیابی بررسی رابطه بین متغیرهای اجتناب تجربه ای و نشخوارگری فکری با شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر صورت گرفته است.

موارد ها و روش ها: این پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر انجام شد. ۱۰۶ نفر از بیماران در سنین بین ۶۰ - ۱۸ سال مبتلا به IBS از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شده اند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر، اجتناب تجربه ای و نشخوارگری فکری جمع آوری شده و با استفاده از آزمون های آماری و فرضیه های پژوهش با روش تحلیل مسیر و ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. ضریب پایایی پرسشنامه شدت بیماری IBS از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمده و پایایی پرسشنامه ی نشخوارگری فکری از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ به دست آمده که از روایی مناسبی برخوردار بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم افزار SPSS-22 بود. برای تحلیل داده ها در آمار توصیفی از شاخص گرایش مرکزی، گرایش پراکندگی، انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از مدل معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) استفاده شده و سپس در نرم افزار Lisrel تحلیل مسیر گردید.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان می دهد بین اجتناب تجربه ای و نشخوارگری فکری با شدت بیماری IBS در سطح $P>0/01$ رابطه مثبت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که بین شدت بیماری IBS و اجتناب تجربه ای با نقش واسطه گری مولفه نشخوارگری فکری، رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به تحلیل داده ها شدت بیماری IBS رابطه مستقیمی با شدت اجتناب تجربه ای و نشخوارگری فکری دارد.

واژگان کلیدی: اجتناب تجربه ای، نشخوارگری فکری، شدت بیماری IBS.

مقدمه

اختلال کارکردی دستگاه گوارش (FGAD) دسته ای از بیماری های روان تنی هستند که با علت نامشخص ملاک های تشخیصی سوال برانگیز و دوره های طولانی مدت و غیرقابل پیش بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می شوند. (زمردی، ۱۳۹۲).

سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال شایع عملکردی دستگاه گوارشی است (گراندمن، ۲۰۱۰). که براساس علائمی مانند: تغییر در عادات روده ای، درد و اتساع شکم بدون وجود هرگونه علت ارگانیک مشخص می گردد (صولتی، ۱۳۹۱). این بیماری ۱۵-۱۰ درصد از جمعیت ایالات متحده آمریکا و ۱۵٪ از جمعیت اروپا را تحت تاثیر قرار داده است (کش و یانگ، ۲۰۱۱). سندرم روده ی تحریک پذیر در هردو جنس با سنین مختلف تاثیر می گذارد، اگرچه شیوع آن در زنان و جوانان بالاتر است (لاول، ۲۰۱۲).

با وجود شیوع بالای IBS ، هنوز درک کمی از علت و آسیب شناسی آن در دست است. شواهد تحقیقاتی نقش اختلال حسی و حرکتی روده و ناکارآمدی سیستم عصبی مرکزی و محیطی و اختلال بین مغز و دستگاه گوارش را در بروز این بیماری نشان می دهد (صولتی و همکاران، ۱۳۸۸).

یکی از عوامل موثر بر کارکرد مغز- روده استرس و اضطراب است (مایندرهود و همکاران، ۲۰۰۴). استرس می تواند علائم IBS را در برخی افراد تشدید کند (لی او، ۲۰۰۶). در بیماران IBS سطح بالایی از اضطراب های خاص معده- روده ای (GSA) گزارش شده که به عنوان یک عامل استرس زای درونی عمل می کند که ممکن است علائم IBS حتی در غیاب عوامل استرس زای خارجی تداوم یابند (کارنی و همکاران، ۲۰۰۷).

اجتناب تجربه ای یکی دیگر از متغیرهایی است که انتظار می رود بر شدت علائم و بیماری IBS موثر باشد و اغلب به عنوان تلاشی برای جلوگیری از تجارب شخصی ناخواسته تعریف می شود، اگرچه تحقیقات قبلی شیوع بالای افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی را در بیماران IBS نشان داده اند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴) ، اما نقش اجتناب تجربه ای در این بیماری چندان مورد بررسی قرار نگرفته. براساس مشاهدات هیز و همکاران، اجتناب تجربه ای یک رابطه ی منفی با سلامت روانی و همچنین با چندین مشکل رفتاری دارد (اسپیگل و همکاران، ۲۰۰۴) ، علاوه بر این یافته ها نشان می دهد که افراد با نمره های بالا در اجتناب تجربه ای افراد کمتر قادر به تحمل درد هستند (فلندر و همکاران، ۲۰۰۶). اجتناب تجربه ای از نظر تئوری یک فرایند خاص افراد دارای اختلال اضطراب عمومی (FGAD) نیست و در افراد با تشخیص IBS بیشتر از افراد بدون این تشخیص است، که شامل اجتناب از حس های ناخواسته ی بدنی و دیگر حالت های داخلی است (دروز و همکاران، ۲۰۰۸).

¹ Functional Gastrointestinal Disorders

²Cash BD RJ, Young PE

³Lovell

⁴Minderhoud & et al.

⁵Leo

⁶Gastrointestinal Specific anxiety

⁷Kearney & et al.

⁸Hayes & et al.

⁹Spiegel & et al.

¹ Feldner & et al.

¹General Anxiety Disorder

¹Drews & et al.

امروزه برای تشخیص IBS از معیارهای بالینی^۱ ROM IV که جامع ترین مجموعه ی به روز و معیار تشخیص بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی می باشد استفاده می شود. این بیماری بر اساس حالت غالب اجابت مزاج به چند دسته تقسیم می شود و اصول درمان نیز بر اساس این دسته بندی استوار است (بهشتی، ۱۳۸۹).

درمان های توصیه شده برای IBS معمولاً متمرکز بر علائمی شامل: رژیم غذایی، درمان دارویی و مداخلات روان درمانی هستند. درمان های دارویی اغلب متحمل هزینه و عوارض جانبی زیادی هستند و ممکن است موقتاً علائم را متوقف کند، اما باعث درمان بیماری نمی شوند (کابات زین^۲، ۱۹۸۳). به طور کلی در حال حاضر هیچ گزینه پزشکی و یا رژیم دارویی برای مدیریت طیف وسیع علائم IBS وجود ندارد. با توجه به فقدان درمان های پزشکی و دارویی موثر در تسکین علائم IBS توجه به سوی مفهوم زیستی، روانی و اجتماعی منتقل شده است (زرنیک و همکاران^۳، ۱۳۹۱).

درمان های روان شناختی مانند: درمان شناختی - رفتاری^۴ (CBT) یا هیپنوتیزم زمانی توصیه می شوند که علائم مقاوم درمان هستند. به طور کلی گزینه های درمان IBS رضایت بخش نیست و حدود یک سوم از بیماران با درمان های موجود به پاسخ کافی دست نمی یابند. عدم رضایت از درمان در ۳۳-۶ درصد از بیماران باعث شده که برای کاهش علائم به دنبال درمان های جایگزین باشند (کالوتسکی و همکاران^۵، ۲۰۰۱). روان درمانی ها نتایج مثبتی را برای بهبودی علائم نشان داده اند که این نتایج منعکس کننده اهمیت دیدگاه روانی، زیستی و اجتماعی در مورد IBS است (کابان زین و همکاران^۶، ۱۹۸۵). شواهد تحقیقاتی نقش اختلال حسی و حرکتی روده و ناکارآمدی سیستم اعصاب مرکزی و محیطی و اختلال تعامل بین مغز و دستگاه گوارش را در بروز این بیماری نشان می دهد (کاپور و همکاران^۷، ۱۹۸۵). در تحقیق دیگر نشان داده شده که اختلال در سطح کیفیت زندگی در بیماران IBS در درجه اول توسط شدت یا نوع علائم روده ایجاد نمی شود. گویا کاهش کیفیت زندگی در IBS تا حد زیادی مربوط به عوامل غیر روده ای مانند: علائم اضطراب، تنش مزمن، خستگی مفرط، عصبانیت و حس نا امیدی است (کرانگ و همکاران^۸، ۲۰۰۴).

برن و بارلو گزارش می دهد که در ۵۵٪ موارد بیماران مبتلا به IBS حداقل یکی فاکتورهای اضطراب یا افسردگی را دارند (کارنی و همکاران^۹، ۲۰۰۳)، در برخی از مطالعات مشاهده شده که ۴۶٪ از اختلال پانیک، ۲۹٪ افسردگی اساسی و ۱۹٪ اسکیزوفرنیا با IBS همراه هستند (کرد، ۱۳۸۱). اجتناب تجربی یک فرایند از نظر تیوریکی خاص افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر نیست و در افراد با تشخیص IBS بیشتر از افراد بدون این تشخیص است، که شامل اجتناب از حس های ناخواسته بدنی و دیگر حالت های داخلی است (دروز و هازلت^{۱۰}، ۲۰۰۷). از سوی دیگر باورهای ناکارآمد روان شناختی و اجتناب تجربه ای با مولفه های فرا تشخیصی بسیاری ارتباط دارند. برای مثال اجتناب تجربه ای با عدم تحمل ابهام، نشخوارگری فکری و باورهای فراشناختی ناکارآمد همبستگی معناداری دارد. نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده تعریف می شود که حول یک موضوع می چرخد. این افکار به طور غیر ارادی وارد آگاهی می شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر به اهداف فعلی منحرف می سازند. مطالعات بسیاری از رابطه تنگاتنگ بین نشخوار فکری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می کنند (باقری نژاد و همکاران^{۱۱}، ۱۳۸۹). با توجه به اینکه عوامل روان شناختی و استرس روانی در بروز و شیوع و شدت این

Irritable Bowel Syndrome

^{۱۴} آخرین به روز رسانی و جامع ترین مجموعه از معیارهای تشخیصی بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی است.

^۱ Kabat-Zinn & et al.

^۲ Zernicke & et al.

^۳ Cognitive Behavioral Therapy

^۴ Oloski & et al.

^۵ Kabat-Zinn & et al.

^۶ Kapoor & et al.

^۷ Ring & et al.

^۸ Eareney & et al.

^۹ Brews, Hazlett

بیماری موثر است این پژوهش کوششی در جهت درک بیشتر پاتولوژی این سندرم است که نتیجتاً از این یافته ها در جهت رویکرد هر چه بهتر در روان درمانی و ارتقای سطح کیفیت زندگی این بیماران استفاده می شود.

موارد و روش ها: تحریک پذیر بود که از این بین ۱۰۷ بیمار به طور هدفمند از طریق روش نمونه گیری غیرتصادفی انتخاب شده اند. معیار ورود شامل سنین بین ۶۰-۱۸ سالگی و حداقل تحصیلات دیپلم می باشد. شیوه جمع آوری داده ها به صورت میدانی بوده به این صورت که پس از تشخیص بیماری از سوی پزشک فوق تخصص گوارش به روانشناس ارجاع شده و پس از طی مصاحبه تشخیص بالینی و مصاحبه انگیزشی جهت ایجاد انگیزه در بیمار و معتبر بودن داده های دریافتی از سوی بیمار پرسشنامه ی نخشوار فکری ، شدت بیماری و نسخه دوم پرسشنامه اضطراب تجربه ای توسط بیماران تکمیل گردید.

برای جمع آوری داده ها از ابزار های زیر استفاده شده است:

الف) پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه ی دوم (AAQ-2): این پرسشنامه توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴) تدوین شده است. نسخه اولیه آن شامل ۳۲ پرسش است و بر روی یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود.

نسخه های بعدی به ترتیب ۱۶ پرسشی و ۹ پرسشی است و آخرین نسخه ی این پرسشنامه ۱۰ سوال دارد که بر روی مقیاس لیکرت ۷ درجه ای نمره گذاری می شود که به وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربه ای و انعطاف پذیری روانی را اندازه گیری می کند. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱) دو عامل به دست آمد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴).

عامل اول شامل ۷ ماده با ارزش ویژه ۴/۴۶ بود که ۴۱/۴۷ واریانس را تدوین می کرد.

عامل دوم شامل ۳ ماده با ارزش ویژه ۱/۰۶ بود و ۴/۹۴ واریانس را تدوین می کرد، چون نسبت ارزش ویژه عامل اول نسبت به عامل دوم تفاوت زیادی داشت. ضریب آلفای کرنباخ عامل اول ۰/۵۵ و ضریب آلفای عامل دوم ۰/۸۸ گزارش شد.

به علاوه میانگین ضریب آلفای کرنباخ برای گروه های بالینی و غیر بالینی ۰/۸۴ است و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه ی آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد. روایی و پایایی این نسخه از روایی و پایایی نسخه اولیه ی آن بیشتر بود و با متغیر هایی که نظریه ی پذیرش و عمل پیش بینی می کند مرتبط بود. به علاوه این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب افسردگی بک و اضطراب، استرس و سلامتی عمومی ۱۲ پرسشی همبستگی معناداری نشان داد. به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه زرگر (۱۳۹۰) آن را بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان یکی از خوابگاه های دخترانه دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا کرد و با استفاده از ضریب آلفای کرنباخ ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۷۶ و ضریب پایایی هریک از سوالات بین ۰/۸۴۹ تا ۰/۸۷۳ به دست آمد.

ب) پرسشنامه نشخوار فکری: نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه ی خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می دهد. پرسشنامه سبک های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ های منحرف کننده ی حواس (DRS) تشکیل شده است. (RRS) ۲۲ سوال دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند. بر پایه ی شواهد تجربی مقیاس پاسخ های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرنباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۹ قرار دارد. پژوهش های مختلف نشان می دهد همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است. این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی توسط جمعی از نویسندگان به فارسی ترجمه شد (باقری نژاد و همکاران، ۱۳۸۹).

² Response Styles Questionnaire

² Distracting Response Scale ⁵

ج) پرسشنامه فراوانی و شدت علائم روده (IBS-SSS): مقیاس شدت IBS یک ابزار ۵ گویه ای است که با استفاده از یک مقیاس آنالوگ دیداری برای اندازه گیری شدت درد شکمی، تواتر درد شکمی، شدت اتساع شکمی، نارضایتی نسبت به عادات روده ای و تاثیر IBS بر کیفیت زندگی استفاده می شود. برای به دست آوردن شدن IBS نمره های تمام گویه ها با یکدیگر جمع می شوند. نمره کل ابزار بین ۰ تا ۵۰ است که نمره بالاتر شدت بیشتر IBS را نشان می دهد. این آزمون در کارآزمایی های بالینی بسیار زیادی استفاده شده و تغییرات آن ارتباط معناداری با تغییرات در نمره کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی داشته است. آلفای کرونباخ برای همسانی درونی مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. همچنین غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۳) گزارش کرده اند که نسخه فارسی مقیاس دارای روایی و پایایی مناسب است، به طوری که نمره کلی مقیاس رابطه معناداری با نمره کلی کیفیت زندگی (۰/۶۲) و نمره اضطراب افسردگی (۰/۴۵) دارد و آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۶۸ است. (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴)

یافته ها:

آزمون آماری مورد استفاده در این پژوهش همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر می باشد.

متغیر ها	میانگین	انحراف معیار
شدت IBS	۴۳/۲	۷/۴۸
اجتناب تجربه ای	۷۶/۷۸	۸/۱۱
نشخوار فکری	۶۵/۲	۱/۹۰

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیر های پژوهش

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود، میانگین شدت IBS، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری به ترتیب عبارتند از:

۴۳/۲، ۷۶/۶۸، ۲/۶۵.

قبل از اجرای تحلیل مسیر، شکل ماتریس همبستگی میان متغیرها ضروری است. بر اساس این جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه را نشان می دهد.

عوامل	۱	۲	۳
۱- شدت IBS	۱	-	-
۲- نشخوار فکری	۰/۴۲	۱	-
۳- اجتناب تجربه ای	۰/۵۵	۰/۶۱	۱

جدول (۲) ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

همانطور که در جدول مشاهده می شود، ضرایب همبستگی بین شدت IBS با نشخوار فکری و اجتناب تجربه ای به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۵۵ و در سطح معناداری $P > 0.01$ مثبت و معنادار است، و همچنین ضریب همبستگی بین اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری از میزان معنادار مثبت و بالایی (۰/۴۲) برخوردار است.

به منظور بیان منطقی همبستگی های مشاهده شده از تحلیل مسیر استفاده شد. از مزایای عمده تحلیل مسیر آن است که آثار مستقیم و غیر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را اندازه گرفته و مقدار آن را باهم مقایسه می کند.

در این که آثار مستقیم و غیر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را اندازه گرفته و مقدار آن ها را با هم مقایسه می کند. در این راستا برای بررسی نقش مستقیم و غیر مستقیم شدت IBS و همچنین نقش مستقیم و غیر مستقیم اجتناب تجربه ای در میزان نشخوار فکری، مدل مفهومی تدوین شده براساس روش تحلیل مسیر در نرم افزار Lisrel آزمون شد.

جدول زیر آثار مستقیم و اثر کلی هر یک از آثار بر متغیر میانجی و متغیر وابسته را نشان می دهد.

T	انواع تاثیر			متغیر ها
	کل (بتا)	غیر مستقیم	مستقیم	
۴/۹۸	۰/۵۱	۰/۰۳	۰/۴۸	شدت IBS بر اجتناب تجربه ای
۴/۲۰	۰/۴۲	-	۰/۴۲	شدت IBS بر نشخوار فکری
۵/۱۹	۰/۶۴	۰/۰۱	۰/۶۳	شدت اجتناب تجربی بر نشخوار فکری

چنان چه که در جدول بالا مشاهده می شود اثر کلی شدت IBS بر اجتناب تجربه ای برابر ۰/۵۱ است. در این رابط T برابر ۴/۹۸ است که از لحاظ آماری معنادار است. اثر کلی شدت IBS بر نشخوار فکری ۰/۴۲ است و T برابر ۴/۲۰ است که از لحاظ آماری معنادار می باشد. همچنین طبق نمره T اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری (۴/۹۸ و ۴/۲۰) از نظر آماری از معناداری نسبی بالایی برخوردار است.

تحلیل مسیر برای تجزیه همبستگی به صورت ۴ مولفه است: آثار مستقیم، آثار غیر مستقیم، آثار تحلیل نشده و آثار کاذب. مجموع آثار مستقیم و غیر مستقیم در یک متغیر، معرف اثر کلی و مجموع آثار کاذب و تحلیل نشده بیانگر اثر غیر علی است. تبیین اثر مستقیم اثر ساده است، زیرا همان ضریب مسیر (یعنی وزن بتا است). اثر مستقیم دلالت بر این دارد که تغییر در متغیر مستقل شرط کافی برای ایجاد تغییر در متغیر وابسته است. آثار غیر مستقیم به این دلیل به وجود می آیند که یک متغیر می تواند به عنوان تغییر میانجی رابطه بین متغیر های دیگر را تعدیل کند (هومن، ۱۳۸۸).

بر این اساس تغییر در نشخوار فکری شرط کافی برای تغییر در شدت IBS است. همانطور که بیان شد تحلیل مسیر در حقیقت کاربرد رگرسیون چند متغیری در ارتباط با تدوین بارز مدل های علی است. پس می توان گفت نشخوار فکری به صورت مستقیم علت شدت IBS است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر با توجه به تحلیل داده ها تبیین می کند که شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر رابطه مستقیمی با شدت اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری دارد همچنین با افزایش اجتناب تجربه ای، شدت نشخوار فکری نیز بیشتر می شود. پژوهش ها سطح بالایی از اجتناب تجربه ای را در ارتباط با نگرانی یافتند. همچنین لادوکر و همکارانش بیان می کنند که عدم تحمل ابهام بخش مهمی در شدت و نگهداری نشخوار فکری دارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به احتمال زیاد نسبت به افراد دیگر در دسته اختلالات تشخیصی اضطرابی تحمل پذیری کمتری نسبت به عدم تحمل ابهام دارند و در نتیجه موجب ایجاد نشخوار فکری می شود. دیویی بیان می کند که نگرانی و نشخوار فکری در اختلال اضطراب فراگیر نشان دهنده خنثی کردن حل مسئله است. این یافته ها در پژوهش های دیگر بررسی

شد و نشان داده شد که اعتماد به نفس ضعیف در حل مسئله میتواند به نگرانی فاجعه بار و در نتیجه نشخوار فکری مستمر منجر شود. IBS، نگرانی، اضطراب و تهدید می توانند سطح بالای گوش به زنگی و پردازش شناختی بیش از حد احساسات را در پی داشته باشد. این به نوبه خود ممکن است منجر به تغییرات رفتاری و پاسخ های ترس شرطی نسبت به محرک های درونی احشایی شود که صرفاً علائم جسمی را تشدید می کند. در نتیجه یک حالت پیچیده بین علائم فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی رفتاری شکل می گیرد که موجب استمرار IBS می شود. همچنین استرس و نگرانی بیش از حد ممکن است موجب عدم تعادل در انتقال دهنده های عصبی مرکزی شده و از این طریق موجب تشدید علائم IBS شوند (کرنی و همکاران، ۲۰۱۱^{۲۶}).

استرس یکی از مهمترین عوامل محیطی تاثیر گذار بر ذهن، بدن و روان است. گرچه چگونگی فعالیت استرس به طور دقیق مشخص نیست اما شواهد نشان می دهد که استرس عملکرد دستگاه گوارش را از طریق مکانیسم های مختلف تحت تاثیر قرار می دهد. از جمله فعال سازی محور مغز - روده، تغییرات هورمونی و گذرگاه های عصب ایمنی است. طبق شواهد موجود بر تئوری مغز - روده بین عوامل روانی مانند خلق و استرس و تشدید علائم IBS رابطه ی قوی وجود دارد (دقاق زاده، ۱۳۹۱). در نتیجه اجتناب تجربه ای از تجارب منفی شخصی به صورت مزمن، می تواند پیش بینی کننده قوی ای برای آسیب شناسی روانی و علائم روانی باشد (کرینگ و سولان، ۲۰۰۹^{۲۷}).

از سوی دیگر با توجه به این که در این پژوهش رابطه بین نشخوار فکری و شدت IBS از بیشترین میزان همبستگی برخوردار بود لازم است به صورت جامع تر عوامل مداخله کننده دیگری از قبیل میزان اضطراب و استرس نیز مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بود. در این پژوهش سطح سواد افراد دیپلم و بالاتر بوده لذا افراد زیر دیپلم و بی سواد از مطالعه خارج شده اند و تعداد کم نمونه که این می تواند باعث سوگیری پژوهش گردد.

پیشنهاد می شود که با توجه به اینکه هدف از دستاوردهای این پژوهش از نقطه نظر آسیب روانی بیماران سایکوسوماتیک است به نظر می رسد بهتر است این دستاوردها در قالب یک پروتکل رواندرمانی که بر کاهش اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری می پردازد بر بیماران سندرم روده ی تحریک پذیر مورد آزمون قرار بگیرد تا سایر عوامل مداخله کننده شناسایی شوند و مورد بررسی قرار بگیرند.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش ها نشان می دهد که شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر رابطه مستقیمی با شدت اجتناب تجربه ای و نشخوار گری فکری دارد . هم چنین نتایج نشان داد با افزایش اجتناب تجربه ای شدت نشخوار گری فکری افزایش می یابد . همچنین استرس و نگرانی بیش از حد ممکن است موجب عدم تعادل در انتقال دهنده های عصبی مرکزی شده و از این طریق موجب تشدید علائم IBS شوند. در نتیجه یک حالت پیچیده بین علائم فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی رفتاری شکل می گیرد که موجب استمرار IBS می شود. در آخر این نتیجه به دست آمد که نشخوار فکری به صورت مستقیم علت شدت IBS است.

فهرست منابع

- ۱- بهشتی، علی. (۱۳۸۹). اختلال روده تحریک پذیر. مجله شورای پزشکی.
- ۲- بشارت، محمدعلی، دهقان، غلامعلی، لسانی، مسعود. ملک زاده. رضا. (۱۳۹۴). نقش متعهد عدم تحمل ابهام در رابطه بین ساختارهای ناسازگار اولیه و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. روانشناسی معاصر، ۱۰ (۱)، ۷۳-۷۴.
- ۳- باقری نژاد، مینا؛ طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات در آموزش و پرورش و روانشناسی: ۱۱، (۱)، ۲۱-۳۸.
- ۴- دقاق زاده حامد. مظاهری، مریم. (۱۳۹۱). فراوانی نسبی اختلالات خلقی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با گروه شاهد. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۴ (۱۱): ۳۸-۲۱.
- ۵- زمردی، سعیده (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-درمان مبتنی بر رفتاری و ذهن آگاهی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS با توجه به مهارت های مقابله ای. پایان نامه دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- ۶- عباسی، احمد. فتی، لادن، ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی- نسخه دوم، روش های روانشناسی و مدل ها. شماره ۱، صفحات ۶۵-۸۰.
- ۷- غلامرضائی، امیر، نعمت زاده، محمد، دقاق زاده، حامد، توکلی، هما، امامی، میثم. (۱۳۹۳). علائم غیر روده ای و ارتباط آن با علائم روانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله گوارش. ۱۵ (۲): ۸۸-۹۴.

- 8-Cash BD RJ, Young PE. (2011). The prevalence of celilac disease among patients with nonconstipated irritable bowel syndrome similar to controls. *Gastroenterology*. 141:1187.
- 9- Lovell RM FA. (2012).Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 10(7): 712-21.
- 10-Minderhoud IM, Oldenburg B, Wismeijer JA, Henegouwen GPVB, Smout AJ. (2004). IBS-Like symptoms in patients with Inflammatory bowel disease in remission, relationship with quality of life and coping behavior. *Digestive diseases and sciences*. 49(3):469-74.
- 11- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary teat of a working model *The psychological record*. 54(4): 553.
- 12-Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, Chang L, Dulai GS, Mayer EA, et al. (2004) .Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Archives of internal medicine*. 164(16):1773-80.
- 13-Feldner MT; Hekmat H, Zvolensky MJ, Vowles KE, Secrist Z. Leen-Feldner EW. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 37(2):146-58.
- 13- Drews A, Hazlett- Stevens H. (2008) . Relationships between irritable bowel syndrome, generalized anxiety disorder, and worry- related constructs. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8 (2): 429-36.
- ۱۵-Zernicke KA, Lawlor-Savage L, Lounsberry J, Zhong L, Blustein PK, Campbell TS, et al. (2012). Mindfulness-based stress reduction improves distress in two different chronic illnesses. *Journal of Behavioral Health*. 1(3) 201-8.
- ۱۶-Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM.(2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: a critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *The American journal of gastroenterology*96(5):1340-9.
- 17-Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R.(1985.)The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*8(2): 163-90.
- 18-Creed F. (1999).The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome. *The American journal of medicine*. 107 (5) :74-80.
- 19-Kearney DJ, McDermott K, Martinez M, Simpson TL.(2011). Association of participation in a mindfulness programme with bowel symptoms, gastrointestinal symptom-specific anxiety and quality of life. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 34(3):363-73 .

20-Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment: Guilford Press; (2009) .