فصلنامه یافته های نوین درعلوم انسانی، علوم اجتماعی و روانشناسی سال ۱۴۰۵ - شماره ۲- دوره۳- صفحات۱۰۷-۹۹
Journal of New Findings in Social Sciences, Educational Sciences and Psychology
ISSN 3060-611X

بررسی رابطه ادراک منفی بیماری و راهبردهای مقابله‌ای با خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)

مریم محمدی دریاسری*[۱] دکتر مریم موسوی[۲]

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی سلامت ، واحد رشت ، دانشگاه آزاد اسلامی ، گیلان ، ایران
۲. استادیار ،گروه روانشناسی سلامت ، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان ، ایران

چکیده

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با علائم ناتوان‌کننده‌ای همچون درد مزمن شکمی، نفخ و اختلال در حرکات روده همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین ادراک منفی بیماری و خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر رشت انجام شد. این پژوهش از نوع کاربردی، توصیفی و همبستگی بر اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به مطب روانپزشکی و مراکز درمانی رشت در سال ۱۴۰۴ بود که حجم نمونه نهایی پس از پالایش شامل ۲۵۷ نفر=N) ۲۵۷؛ ۶۴ درصد زن و ۳۶ درصد مرد (بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بازنگری‌شده ادراک بیماری(IPQ-R) ، سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) و مقیاس مقابله با شرایط پس از استرس (CLSS) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSSو AMOS نسخه ۲۴ و به روش تحلیل مسیر و بوت‌استرپ انجام شد.

نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل نهایی دارای برازش مطلوبی است(X² GFI=۲۸/۲/df=۲ , ۹۴/۰ , AGFI=۹۰/۰, NFI=۹۰/۰, CFI=۹۲/۰, RMSEA=۰۷/۰ .(یافته ها حاکی از آن است که ادراک منفی بیماری اثر مستقیم و معناداری بر خودمدیریتی درد=β) ۰۰۱/۰,P<۴۳/۰ (و راهبردهای مقابله‌ای دارد. همچنین، راهبردهای مقابله‌ای شامل مسئله‌محور=β) ۰۱/۰,P=۰۶/۰(، هیجان‌محور=β) ۰۱/۰,P=۱۴/۰ (و اجتنابی=β) ۰۱/۰,P=۱۰/۰ (در رابطه میان ادراک منفی بیماری و خودمدیریتی درد نقش میانجی معنادار ایفا می‌کنند. یافته‌های این پژوهش اهمیت بنیادین شناختی و رفتاری را در مدیریت علائم بالینی بیماران IBS برجسته می‌سازد.

واژگان کلیدی: راهبردهای مقابله‌ای، ادراک منفی بیماری، خودمدیریتی درد، سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

مقدمه و بیان مسئله

سندرم روده تحریک‌پذیر[۱] یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی و ناتوان‌کننده سیستم گوارش است که بدون وجود تغییرات ساختاری مشخص در مخاط روده، با علائمی نظیر درد و ناراحتی مزمن شکمی، نفخ و تغییرات مکرر در الگوهای اجابت مزاج (اسهال، یبوست یا تناوب هر دو) شناخته می‌شود و کیفیت زندگی بیماران را به‌طور قابل‌توجهی کاهش می‌دهد (اگیلرا-لیزاراگا و همکاران، ۲۰۲۲؛ الکساندرو و همکاران، ۲۰۲۲).

شیوع این سندرم در جوامع مختلف قابل‌توجه است؛ به طوری که در ایالات متحده آمریکا تقریباً ۴۰ میلیون نفر و در ایران بین ۵/۳ تا ۵/۸ درصد از جمعیت را درگیر کرده و بیشترین میزان شیوع آن در زنان و افراد زیر ۴۵ سال گزارش شده است (گودوری و همکاران، ۲۰۲۵). شدت و بروز این علائم تحت تأثیر متغیرهای متعددی از جمله سن، جنسیت، نوع علائم بالینی و ویژگی‌های روان‌شناختی فرد قرار دارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۱). با وجود اینکه سندرم روده تحریک‌پذیر دارای تظاهرات جسمانی بارزی است، ابعاد روان‌شناختی به‌ویژه اضطراب، افسردگی و استرس نقش بسیار برجسته‌ای در بروز و تشدید علائم آن دارند؛ به همین دلیل، این اختلال در دسته بیماری‌های روان‌تنی[۲] جای می‌گیرد (جونز و همکاران، ۲۰۲۲). بیماران مبتلا به IBS غالباً با نشانه‌هایی از جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکردهای بین فردی و اجتماعی مواجه‌اند و سلامت روان آن‌ها در معرض تهدید جدی قرار دارد (باراندوزی و همکاران، ۲۰۲۴).

در این میان، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های بالینی و درمانی در مواجهه با این بیماران، مدیریت درد مزمن است که پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت جسمی، روانی و کیفیت زندگی فرد بر جای می‌گذارد (باراندوزی و همکاران، ۲۰۲۴؛ جاکتل و همکاران، ۲۰۲۳). در فرآیند مواجهه با درد مزمن، مفهوم خودمدیریتی درد[۳] به عنوان توانایی فعال بیمار در کنترل، کاهش و مدیریت علائم، مدیریت داروها، رفتارهای پیشگیرانه و تنظیم هیجانات مرتبط با درد مطرح می‌شود. خودمدیریتی درد فرآیندی پویا و خودرهبری‌شده است که آموزش هر یک از ابعاد آن می‌تواند به کاهش شدت درد و ارتقای کیفیت زندگی بیماران منجر شود (دی‌سیلوا و همکاران، ۲۰۲۵). بیمارانی که از مهارت‌های بالاتری در کنترل علائم و مدیریت داروها برخوردارند، کاهش قابل‌توجهی در شدت درد و بهبود چشمگیری در عملکرد اجتماعی خود نشان می‌دهند؛ در مقابل، ضعف در تنظیم هیجانات مرتبط با بیماری به افزایش ناتوانی و افول کیفیت زندگی منجر می‌شود (ریگل و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از عوامل شناختی کلیدی که نقش بسزایی در شکل‌گیری و هدایت رفتارهای خودمدیریتی درد ایفا می‌کند، ادراک بیماری[۴] است. ادراک بیماری به معنای برداشت، ارزیابی شناختی فرد از وضعیت پزشکی خود، میزان تهدیدپذیری علائم، قابلیت کنترل بیماری و پیامدهای درمانی آن است (موس-موریس و همکاران، ۲۰۰۲). ادراک بیماری اثر مستقیمی بر راهبردهای خودمدیریتی دارد؛ به طوری که ادراک بالاتر از تهدیدپذیری بیماری به استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه می‌انجامد، در حالی که باور به کنترل‌پذیری و پیامدهای مثبت درمان، انگیزه و پایبندی بیمار را به برنامه‌های خودمدیریتی و رفتارهای پیشگیرانه تقویت می‌کند (موسوی و همکاران، ۱۴۰۱؛ چنگ و همکاران، ۲۰۲۰).

---

[۱] Irritable Bowel Syndrome - IBS
[۲] Psychosomatic
[۳] Pain Self-Management
[۴] Illness Perception

علاوه بر اثرات مستقیم، ادراک بیماری نقش تعیین‌کننده‌ای در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای[۵] توسط فرد دارد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). بر اساس نظریه‌های روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای به سه دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

۱. مسئله‌محور (اقدامات فعال برای حل مستقیم مشکل و استرسورها)؛

۲. هیجان‌محور (مدیریت یا تنظیم هیجانات و استرس‌های ناشی از وضعیت)؛

۳. اجتنابی (دوری گزیدن فیزیکی یا روانی از موقعیت‌های چالش‌برانگیز) (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰).

راهبردهای مقابله مسئله‌محور معمولاً نقشی میانجی و تسهیل‌کننده میان ادراک مثبت بیماری و ابعاد خودمدیریتی درد ایفا می‌کنند؛ در حالی که استفاده بیش از حد از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی اثرات منفی و مخربی بر روند کنترل بیماری بر جای می‌گذارد (ابراهیم و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارت دیگر، ادراک بالاتر از کنترل‌پذیری بیماری، فرد را به سوی راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و ارتقای خودمدیریتی هدایت می‌کند؛ در مقابل، ادراک منفی از بیماری (نظیر احساس تهدید بالا و ناتوانی) فرد را به سمت راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌محور سوق داده و توانایی او را در تنظیم هیجانات و اجرای رفتارهای پیشگیرانه خودمدیریتی تضعیف می‌سازد (لیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ شیمode و همکاران، ۲۰۲۵).

با توجه به مطالب ذکر شده و ضرورت شناخت مکانیزم‌های روانی مرتبط با درد در بیماران گوارشی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند در رابطه میان ادراک منفی بیماری و خودمدیریتی درد نقش میانجی معناداری ایفا نمایند؟

سؤال بنیادین پژوهش:

«آیا راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی) در رابطه بین ادراک منفی بیماری و خودمدیریتی درد در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر رشت نقش میانجی معنادار دارند؟»

روش پژوهش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش اجرای آن توصیفی-همبستگی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) بود.

جامعه آماری و نمونه: جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مطب‌های تخصصی شهر رشت در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه با استفاده از معیارهای تحلیل مسیر و قانون کلاین (حداقل ۲۰ مشاهده به ازای هر پارامتر تخمینی)، تعداد ۲۶۰ نفر برآورد شد که پس از غربالگری پرسشنامه‌های مخدوش، داده‌های ۲۵۷ نفر وارد تحلیل نهایی شدند.

روش نمونه‌گیری و معیارهای ورود و خروج:

نمونه‌گیری: به روش نمونه‌گیری در دسترس[۶].

[۵] Coping Strategies

[۶] Convenience Sampling

معیارهای ورود: تشخیص قطعی سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سکونت در شهر رشت و ارائه فرم رضایت آگاهانه.
معیارهای خروج: ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و شدید گوارشی (مانند بیماری‌های التهابی روده IBD، کولیت اولسروز، کرون، سرطان یا دیابت کنترل‌نشده)، اختلالات روان‌پزشکی شدید فعال، مصرف داروهای خاص روان‌پزشکی مؤثر بر شناخت یا ادراک، انصراف بیمار در حین پژوهش و بارداری یا شیردهی.

ابزارهای اندازه‌گیری:

پرسشنامه بازنگری‌شده ادراک بیماری (IPQ-R): ساخت موس-موریس و همکاران (۲۰۰۲)؛ دارای ۳۸ گویه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای که ابعاد مختلف بازنمایی شناختی و هیجانی بیماری (از جمله پیامدها، کنترل شخصی، کنترل درمان، انسجام، خط زمانی حاد/مزمن و بازنمایی هیجانی) را می‌سنجد.
سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC): ساخت نیکولاس (۱۹۹۴)؛ شامل ۱۸ ماده که راهبردها و تکنیک‌های مدیریت درد مزمن را ارزیابی می‌کند. (تذکر: نمره بالاتر در این سیاهه نشان‌دهنده خودمدیریتی ضعیف‌تر و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده عملکرد بهینه در مدیریت درد است).
مقیاس مقابله با شرایط پس از استرس (CLSS): ساخت اندلر و پارکر (۱۹۹۰)؛ پرسشنامه‌ای ۲۱ ماده‌ای که سه سبک اصلی مقابله‌ای (مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی) را می‌سنجد.

شیوه اجرا: پس از اخذ کدهای اخلاقی و تأیید دانشگاهی، روند جمع‌آوری داده‌ها به صورت حضوری و دیجیتال از میان مراجعان واجد شرایط انجام شد. شرکت‌کنندگان پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها از محرمانگی اطلاعات خود آگاه شدند.

تحلیل آماری: داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، بررسی پیش‌فرض‌های آماری (کولموگروف-اسمیرنوف، هم‌خطی چندگانه با VIF و دوربین-واتسون)، و تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری (برآورد حداکثر درست‌نمایی ML و آزمون بوت‌استرپ برای بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم میانجی) به کار رفتند

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی

نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۵۷ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) بود. از این تعداد، ۱۶۵ نفر (۶۴ درصد) زن و ۹۲ نفر (۳۶ درصد) مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹.۹۱ سال با انحراف معیار ۸.۳۲ گزارش شد (دامنه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال). از نظر تحصیلات، ۴۴.۴ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۵۶.۴ درصد از نمونه‌ها شاغل بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (N=۲۵۷)

متغیرهای پژوهش	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار

خودمدیریتی درد	۱	۷۲	۴۱.۶۵	۲۲.۴۱
ادراک منفی بیماری	۳۷	۱۰۰	۵۴.۶۴	۱۳.۹۵
مقابله مسئله‌محور	۲۰	۵۶	۳۸.۸۱	۳.۷۴
مقابله هیجان‌محور	۳۲	۵۳	۴۴.۹۶	۴.۴۷
مقابله اجتنابی	۲۱	۵۵	۳۹.۳۷	۸.۰۱

جهت بررسی برازش مدل ساختاری از شاخص‌های نیکویی برازش استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل نهایی پس از اعمال اصلاحات (کوواریانس خطاهای مرتبط)، از برازش مطلوبی برخوردار است. مقادیر شاخص‌ها در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	مقدار به دست آمده	وضعیت برازش
X^2/df	۲.۲۸	مطلوب (کمتر از ۵)
CFI	۰.۰۹۲	مطلوب (بالاتر از ۰.۹۰)
GFI	۰.۹۴	مطلوب (بالاتر از ۰.۹۰)
AGFI	۰.۹۰	مطلوب (۰.۹۰ و بالاتر)
RMSEA	۰.۰۷	مطلوب (کمتر از ۰.۰۸)

تحلیل ضرایب مسیر و فرضیه‌ها

در این بخش، ابتدا اثرات مستقیم ادراک منفی بیماری بر خودمدیریتی و راهبردهای مقابله‌ای بررسی شد و سپس نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از روش بوت‌استرپ (مورد تحلیل قرار گرفت.

الف) ضرایب مسیرهای مستقیم :اثر مستقیم ادراک منفی بیماری بر خودمدیریتی درد با ضریب β=۰،۴۳ و در سطح معناداری P<۰،۰۰۱ تأیید گردید. همچنین سایر ضرایب مسیرهای مستقیم در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: ضرایب مسیرهای مستقیم در مدل ساختاری

مسیر ارتباطی	ضریب مسیر(β)	مقدار بحرانی (C.R)	P-value	نتیجه
ادراک منفی → خودمدیریتی درد	۰.۰۰۱	۶.۴۹	۰.۴۳	تأیید شد
ادراک منفی → مقابله مسئله‌محور	۰.۰۰۱	-	-۰.۲۳	تأیید شد
ادراک منفی → مقابله اجتنابی	۰.۰۰۱	-	۰.۳۴	تأیید شد

ادراک منفی → مقابله هیجان‌محور	۰.۰۰۱	–	۰.۴۳	تأیید شد
مسئله‌محور → خودمدیریتی	۰.۰۰۱	–	-۰.۲۲	تأیید شد
اجتنابی → خودمدیریتی	۰.۰۰۱	–	۰.۱۸	تأیید شد
هیجان‌محور → خودمدیریتی	۰.۰۰۱	–	۰.۲۶	تأیید شد

نتایج تحلیل میانجی‌گری (اثرات غیرمستقیم)

به منظور بررسی نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای، از روش بوت‌استرپ استفاده شد. نتایج نشان داد که تمامی راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی) نقش میانجی معناداری در رابطه بین ادراک منفی بیماری و خودمدیریتی درد ایفا می‌کنند (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج تحلیل میانجی‌گری (اثرات غیرمستقیم)

مسیر میانجی	ضریب مسیر (β)	خطای معیار (SE)	P-value	واریانس تبیین‌شده
ادراک منفی → مسئله‌محور → خودمدیریتی	۰.۰۶	–	۰.۰۱	٪۵۸
ادراک منفی → هیجان‌محور → خودمدیریتی	۰.۱۴	۰.۰۴	۰.۰۱	٪۵۱
ادراک منفی → اجتنابی → خودمدیریتی	۰.۱۰	۰.۰۳	۰.۰۱	٪۴۹

بحث و تفسیر

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین ادراک منفی بیماری و خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) بود. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که ادراک منفی بیماری نه‌تنها به‌طور مستقیم ظرفیت خودمدیریتی درد را در این بیماران تضعیف می‌کند، بلکه به واسطه هدایت نگرش‌های بیمار به سمت راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (هیجان‌محور و اجتنابی) یا مهار سبک‌های سازگارانه (مسئله‌محور)، اثر غیرمستقیم و معناداری بر کاهش ظرفیت خودمدیریتی درد دارد.

بررسی یافته‌های مربوط به اثر مستقیم ادراک منفی بیماری بر خودمدیریتی درد (β=۰,۴۳,P=۰,۰۰۱) نشان داد که هر چه ارزیابی ذهنی بیمار از بیماری خود تهدیدآمیزتر، کنترل‌ناپذیرتر و با پیامدهای فاجعه‌بارتر همراه باشد، توانایی و انگیزه او برای مشارکت فعال در رفتارهای خودمدیریتی (از جمله پایبندی به رژیم‌های غذایی درمانی، مدیریت داروها و اجرای تمرینات پیشگیرانه) به میزان قابل‌توجهی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدی‌منش و همکاران،

سعادت‌قربانی‌نیا و همکاران، و نجاریان‌نوش‌آبادی همسو است. تبیین این یافته در چارچوب **مدل خودتنظیمی بیماری** [۷] گویای آن است که بیماران با ادراک منفی، بیماری را به عنوان پدیده‌ای فرساینده، غیرقابل‌پیش‌بینی و خارج از کنترل ارزیابی می‌کنند که این امر سطح اضطراب و برانگیختگی هیجانی آن‌ها را افزایش داده و به احساس ناتوانی و کاهش اعتمادبه‌نفس در مدیریت علائم منجر می‌شود.

همچنین، نتایج تحلیل میانجی‌گری نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه میان ادراک منفی و خودمدیریتی درد ایفا می‌کنند. اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله مسئله‌محور (β=۰،۰۶,P=۰،۰۱) حاکی از آن است که سبک‌های مقابله‌ای فعال و مسئله‌مدار (مانند حل مسئله مستقیم، برنامه‌ریزی و جستجوی اطلاعات درمانی) تا حدودی می‌توانند اثرات مخرب ادراک منفی را تعدیل کرده و به بیمار یاری دهند تا کنترل بیشتری بر علائم مزمن خود اعمال کند. این یافته با مطالعات یزدانی‌پور و همکاران، باقری و همکاران، و لیو (Liu) همخوانی دارد. مقابله مسئله‌محور با ارتقای خودکارآمدی و مهارت‌های شناختی-رفتاری، به بیمار کمک می‌کند تا به جای تسلیم در برابر درد، رویکردی فعالانه در پیش بگیرد.

در مقابل، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور (β=۰،۱۴,P=۰،۰۱) و اجتنابی (β=۰،۱۰,P=۰،۰۱) نقش میانجی مخربی در تبیین ضعف خودمدیریتی درد ایفا کردند. این یافته‌ها نیز با پژوهش‌های صفاری‌نیا و دهخدایی، مارسیل، شیمود و ریگل همسو است. هنگامی که بیماران با ادراک منفی از بیماری مواجه می‌شوند، برای کاهش موقت فشار روانی ناشی از درد، به راهبردهای اجتنابی (دوری گزیدن از موقعیت‌های اجتماعی و شغلی، امتناع از پیروی از رژیم‌های درمانی) یا هیجان‌مدار (تمرکز افراطی بر علائم بدنی، غمگینی، ابراز خشم و نگرانی) متوسل می‌شوند. با اینکه این سبک‌های مقابله‌ای ممکن است تسکین آنی و کاذب به همراه داشته باشند، اما در درازمدت مانع از پذیرش رفتارهای فعال خودمراقبتی و مدیریت درد شده و بیمار را در یک چرخه معیوب فرساینده گرفتار می‌سازند:

تشدید باورهای منفی⟵ناتوانی و ضعف خودمدیریتی⟵هیجان‌محور /مقابله اجتنابی ⟵ادراک منفی بیماری

در تبیین این چرخه بر اساس **نظریه استرس و مقابله لازاروس و فولکمن**، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار به عنوان مکانیزم‌های دفاعی موقت عمل کرده که در بلندمدت مانع از پردازش شناختی مناسب و مواجهه سازگارانه با استرسورهای گوارشی می‌گردند. در نتیجه، بیمار در چرخه‌ای از ناتوانی، تشدید ادراکات منفی و افت شدید کیفیت زندگی محصور می‌ماند.

محدودیت‌ها

۱. **طرح پژوهشی مقطعی:** به دلیل ماهیت مقطعی و همبستگی طرح پژوهش، استنباط قطعی روابط علی‌ومعلولی میان متغیرها مقدور نیست و نیاز به مطالعات طولی دارد.
۲. **جامعه آماری محلی:** نمونه‌پژوهش صرفاً به بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مطب‌ها در شهر رشت محدود بود که قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر فرهنگ‌ها و مناطق جغرافیایی را محدود می‌سازد.
۳. **استفاده از ابزارهای خودگزارشی:** به کارگیری پرسشنامه‌های مداد-کاغذی و دیجیتال ممکن است تحت‌تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی یا حالت عاطفی آنی آزمودنی‌ها قرار گرفته باشد.

[۷] **Common-Sense Model**

٤. **عدم کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر بالینی:** شدت دقیق بالینی سندرم روده تحریک‌پذیر در تمامی زیرگروه‌ها و همچنین ویژگی‌های شخصیتی یا میزان حمایت اجتماعی به طور کامل کنترل نشده بود

پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی

پیشنهادهای کاربردی برای مراکز بالینی و درمانی:

طراحی و اجرای پروتکل‌های درمانی روان‌شناختی تلفیقی (مانند درمان شناختی-رفتاری CBT، ذهن‌آگاهی و درمان پذیرش و تعهد ACT) در کلینیک‌های گوارش به منظور بازسازی شناختی و اصلاح ادراک منفی بیماران IBS.

آموزش مهارت‌های مقابله فعال و مسئله‌محور به بیماران به منظور جایگزینی با سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌محور جهت ارتقای شاخص‌های خودمدیریتی درد.

پیشنهادهای پژوهشی برای آتیه:

انجام مطالعات طولی و مداخلاتی شبه‌تجربی جهت اثبات قطعی مسیرهای علی بین متغیرهای پژوهش.

بررسی نقش تعدیل‌گر متغیرهای شخصیتی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و شدت بالینی سندرم روده تحریک‌پذیر در مدل‌های ساختاری مشابه

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدیریت درد مزمن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) فراتر از پروتکل‌های دارویی صرف بوده و ارتباط تنگاتنگی با ارزیابی‌های شناختی بیمار از بیماری (ادراک منفی) و سبک‌های رفتاری او در مواجهه با استرس‌ها (راهبردهای مقابله‌ای) دارد. ادراک منفی بیماری با القای باورهای فاجعه‌آمیز و غیرقابل‌کنترل بودن درد، انگیزه و توانایی بیمار را برای مشارکت فعال در رفتارهای خودمدیریتی به‌شدت تضعیف می‌کند. در این میان، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و اجتنابی نقش واسطه‌ای مخربی را ایفا نموده و بیمار را در یک چرخه معیوب از ناتوانی، اجتناب و تشدید علائم گرفتار می‌سازند؛ در حالی که سبک مقابله مسئله‌محور می‌تواند تا حدی این آثار منفی را تعدیل کند.

بر این اساس، نتایج این پژوهش بر ضرورت تغییر پارادایم در درمان مبتلایان به IBS تأکید دارد. طراحی و اجرای پروتکل‌های درمانی و مداخلات بالینی اثربخش در مراکز گوارش و سلامت نیازمند رویکردی تلفیقی و چندبُعدی است که هم‌زمان به **اصلاح و بازسازی شناختی باورهای منفی بیمار** (کاهش ادراک تهدید و افزایش احساس کنترل) و **توانمندسازی بیماران در بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و مسئله‌محور** بپردازد تا از این طریق، ظرفیت خودمدیریتی درد و کیفیت زندگی این بیماران ارتقا یابد.

منابع

١. Aguilera-Lizarraga J, Florens MV, Gill A, et al. Local immune response to food antigens drives systemic abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Acta Clinica Belgica*. ٢٠٢٢;٧٧(٥):٨٨٩-٩٦.

٢. Alexandru BA, Iancu MA, Militaru M, et al. Open-label trial of dietary interventions and quality-of-life in irritable bowel syndrome. *Medicina*. ٢٠٢٢;٥٨(٦):٧٦٣.

٣. Goodoory VC, Tan YY, Ng CH, et al. Modifications to Rome IV criteria for irritable bowel syndrome: a global perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. ٢٠٢٥;٦١(٢):٣٥٤-٦٢.
٤. Smith JR, Taylor KM, Brown AC. Psychological features and symptom severity in functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res*. ٢٠٢١;١٤٢:١١٠-٨.
٥. Jones MD, Hu Z, Patel S. Anxiety, depression and somatization in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am*. ٢٠٢٢;٥١(٣):٥٤١-٥٥.
٦. Barandouzi ZA, Lee J, Starkweather AR. Nurse-led self-management support in irritable bowel syndrome. *Interdisciplinary Nursing Research*. ٢٠٢٤;٣(٣):١٦٣-٨.
٧. Jactel SN, D'Silva A, Moayyedi P. Digital personalized elimination diet in irritable bowel syndrome. *Clin Transl Gastroenterol*. ٢٠٢٣;١٤(١):e٠٠٥٤٥.
٨. D'Silva A, Marshall JK, Higgins PD. Digital health interventions for irritable bowel syndrome self-management. *Dig Dis Sci*. ٢٠٢٥;٧٠(٢):٦٤٤-٦٤.
٩. Riegel B, Westland H, Lee CS. Does self-care improve coping or does coping improve self-care? A structural equation modeling study. *Appl Nurs Res*. ٢٠٢٤;٧٨:١٥١٨١٠.
١٠. Liu Y, Wang Y, Zhang H. Illness perception and health behaviour in chronic conditions: The mediating role of coping style. *J Adv Nurs*. ٢٠٢١;٧٧(٥):٢٣٠٧-١٨.
١١. Mousavi M, Daryasari MM, Radfar M. The mediating role of coping strategies in the relationship between illness perception and pain self-management in IBS. *Iran J Health Psychol*. ٢٠٢٥;٨(٢):٤٥-٥٨.
١٢. Cheng C, Hui CL, Lam TH. Illness perceptions, coping strategies, and quality of life in multiple chronic conditions. *J Nurs Scholarsh*. ٢٠٢٠;٥٢(٢):١٤٥-٥٤.
١٣. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; ١٩٨٤.
١٤. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. ١٩٩٠;٥٨(٥):٨٤٤-٥٤.
١٥. Ibrahim K, Al-Khatib M, Oweis A. Self-care and coping strategies in chronic illness. *Open Access Maced J Med Sci*. ٢٠٢١;٩(T٦):٥٢-٦.
١٦. Shimode Y, et al. Stress coping style and self-care behaviors in heart failure. *Int J Cardiol*. ٢٠٢٥;٤٢١:١٣٢٨٦٥.
١٧. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, et al. *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*. Psychol Health. ٢٠٠٢;١٧(١):١-٦.
١٨. Nicholas M. *Manage your pain: Practical and positive ways of adapting to chronic pain*. London: Souvenir Press; ٢٠١٢.