Research on Medicine *Original Article*

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2021 ;Vol.45; No.3

Effectiveness of stress management on cognitive emotion regulation and general health of patients with dyspepsia

Raha Gholami[1], Saeedeh Zomorody[1]*, Saeed Abdi[2]

1. Islamic Azad University, West Tehran Branch, Department of Psychology, Tehran, Iran

2. Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 2019/12/8 Accepted: 2020/04/18)

Abstract

***Backgrond**:Dyspepsia and digestive disorders are common, debilitating, and costly. Moreover, little information is available about the role of stress management in the treatment of dyspepsia. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of stress management on cognitive emotion regulation and general health of patients with dyspepsia.*

***Materials and Methods:** We conducted an experimental study with pre-test and post-test as well as control group. Using random sampling method, 30 patients with dyspepsia were selected from among those referred to digestive Clinics in Tehran city in 2019 and were assigned to experimental and control groups (15 in each group). The experimental group received stress management trainings, but the control group did not receive any intervention. The research instruments were cognitive emotion regulation questionnaire of Garnefski and Kraaij and general health questionnaire of Goldberg and Hillier. The reliability indices for the cognitive emotion regulation and the general health questionnaire were 0.70 and 0.81, respectively. As the hypothesis of normality of the data was not confirmed by Shapiro-Wilk test, non-parametric (U-Mann-Whitney and paired Wilcoxon test) methods were used for data analysis in SPSS, version 22. The significance level was set at 0.05.*

***Results:**The results showed that in the study of mental health, dimensions of physical symptoms (P=0.001), anxiety and insomnia (P=0.034), social dysfunction (P=0.005), depressive symptoms (P=0.028), and in the dimensions of cognitive regulation, in putting into perspective (P<0.001), positive refocusing (P<0.001), positive reassessment (P<0.001), acceptance (P<0.001), refocus on planning (P<0.001), self-blame (P<0.001), blame others (P<0.001), focus on thought/rumination, and catastrophizing (P<0.001), there was a significant difference between the experimental group and the control group after the treatment. Also, at the significance level of 0.05, in the experimental group, significant improvements in health status and emotion regulation were observed after the intervention.*

***Conclusion:** Stress management is a reliable model for improving cognitive emotion regulation and general health of patients with dyspepsia.*

***Keywords:** Stress management; Cognitive emotion regulation; General health; Dyspepsia*

* *Corosponding author: Saeedeh Zomorody*

Email:Saeedeh.zomorody@gmail.com

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

پژوهش در پزشکی
فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مقاله پژوهشی
دور ۴۵، شماره ۳، ۱۴۰۰، صفحات ۶۰ تا ۶۶

اثربخشی مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه

رها غلامی[۱]، دکتر سعیده زمردی[۱*]، دکتر سعید عبدی[۲]

۱. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران
۲. گروه داخلی، دانشکده پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۹۸/۹/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۹/۱/۳۰

چکیده:

سابقه و هدف: سوءهاضمه از اختلال‌های گوارشی شایع، ناتوان‌کننده و پرهزینه است. اطلاعات اندکی در خصوص نقش مدیریت استرس بر درمان علایم سوءهاضمه در دسترس است. هدف این پژوهش بررسي اثربخشی مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه بود.

مواد و روش ها: در این پژوهش از طرح تجربی از نوع پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین بیماران مبتلا به سوءهاضمه مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارشی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت آموزش مدیریت استرس قرار گرفت، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجانی گرانفسکی و کرایج و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر بود. پایایی ابزار در این مطالعه به ترتیب ۰/۷۰ در تنظیم شناختی هیجان و ۰/۸۱ در پرسش‌نامه سلامت عمومی بود. در آنالیز داده‌ها از روش توصیفی و استنباطی استفاده شد. با توجه به اینکه تحت آزمون شاپیرو-ویلک فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها تایید نشده است، داده‌ها با استفاده از روش ناپارامتری(آزمون یومن ویتنی و ویلکاکسون زوجی) در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در بررسی ابعاد سلامت روان نشانه‌های جسمانی(P=۰/۰۰۱) اضطراب و بی‌خوابی (P=۰/۰۳۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (P=۰/۰۰۵) ، علایم افسردگی (P=۰/۰۲۸) درابعاد تنظیم شناختی هم در بعد دیدگاه‌گیری(P<۰/۰۰۱)، تمرکز دوباره مثبت(P<۰/۰۰۱)؛ ارزیابی دوباره مثبت(P<۰/۰۰۱)، پذیرش(P<۰/۰۰۱)، تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی(P<۰/۰۰۱)، سرزنش خود(P<۰/۰۰۱)، سرزنش دیگران(P<۰/۰۰۱)، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی(P<۰/۰۰۱) پس از درمان بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت وجود داشت. همچنین در سطح معناداری ۰/۰۵ در گروه آزمایش بهبود در وضعیت سلامت و تنظیم هیجان پس از مداخله نسبت به پیش از مداخله مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مدیریت استرس مدل درمانی قابل اعتمادی برای بهبود تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی در بیماران سوءهاضمه است.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس، تنظیم شناختی هیجان، سلامت عمومی، سوءهاضمه

مقدمه

سوءهاضمه[1] به هرگونه درد اپیگاستر[2] یا درد و ناراحتی در قسمت بالای شکم و درست زیر قفسه دنده‌ها گفته می‌شود(۱) و همین امر منجر به آن می‌شود که افراد مبتلا به دنبال مراقبت‌های پزشکی بروند(۲). این علامت در بیشتر موارد مربوط به اختلال‌های دستگاه گوارش فوقانی است. حدود ۱۰ تا ۴۵ درصد مردم در طول زندگی از این ناراحتی شکایت دارند که از هر چهار نفر آن‌ها، تنها یک نفر به پزشک مراجعه می‌کند. شیوع این علامت در بین افراد عادی جمعیت مردم ایران بین ۲/۲ تا ۲۹/۹ درصد گزارش شده است(۳). بسیاری از بیماران مبتلا به سوءهاضمه به دلیل وجود مشکل‌شان از سلامت عمومی و جسمانی پایینی برخوردار هستند(۴). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی[3] ، سلامتی رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری است. به عبارت دیگر، سلامت عمومی به عنوان تطابق موثر با خود و محیط و انتخاب بهترین راه‌حل‌ها در هنگام مواجهه با مشکلات تعریف شده است(۵). بیماران مبتلا به سوءهاضمه در طول بیماری خود مشکلات روان‌شناختی بیشتری مانند افسردگی[4]، استرس[5] و اضطراب[6] بیشتری را تجربه می‌کنند(۶). همچنین این بیماران به دلیل پایین آمدن سطح حمایت اجتماعی[7]، افسردگی بیشتری را در خود بروز داده و همین امر سلامت عمومی آنان را در معرض خطر

1 dyspepsia
2 epigastric pain

3 World Health Organization
4 depression
5 stress
6 anxiety
7 social support

نویسنده مسئول: سعیده زمردی
پست الکترونیک: *Saeedeh.zomorody@gmail.com*

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

قرار می‌دهد(۷). این افراد به دلیل وجود بیماری‌شان در هنگام مواجهه با یک رویداد تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه بیشتری استفاده می‌کنند(۸).
در ارتباط با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان فرد هنگام روبه‌رو شدن با رویداد ناگوار خودش (سرزنش خود[8]) و یا دیگران (سرزنش دیگران[9]) را مورد سرزنش و انتقاد قرار می‌دهد، پیوسته در مورد آن موضوع ناراحت‌کننده می‌اندیشد (نشخوارگری[10]) و آن را وحشتناک‌تر از واقعیتش در نظر می‌گیرد (فاجعه نمایی[11])؛ اما در ارتباط با راهبردهای سازگارانه، فرد در برخورد با رویداد ناگوار به وقایع مثبت به جای وقایع منفی بنگرد (تمرکز دوباره مثبت[12]) به آن رویداد یک معنای مثبت بدهد(ارزیابی دوباره مثبت[13])، آن را نسبی بداند و معتقد باشد که آن رویداد در مقایسه با رویدادهای دیگر چندان بد هم نبوده است (دیدگاه‌گیری[14])، ممکن است که برای برخورد مناسب با آن رویداد برنامه‌ای بریزد (تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی[15]) یا اینکه آن رویداد را پذیرفته (پذیرش[16]) و سپس برای مقابله با آن عمل کند(۹). بدتنظیمی هیجانی و تنظیم مشکل‌دار هیجان‌ها نظیر خشم، اضطراب و استرس در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های گوارشی نقش دارد(۱۰).
کیمورا و همکاران(۱۱) نشان دادند بین مشکلات گوارشی با افسردگی، سلامت و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد و کسانی که مشکلات گوارشی داشتند از برخی اختلال‌ها رنج می‌برند. پسندیده و همکاران(۱۲) نیز در گزارش یافته‌های پژوهش خود اظهار داشته‌اند که سطح برآوردی ابعاد سطح استرس ادراک شده و تنظیم شناختی در گروه بیماران دستگاه گوارش نسبت به افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود داشت. ادمن و همکاران (۱۳) در پژوهش خود اشاره داشت در بیماران گوارشی به دلیل مشکلات جسمی عارض شده، همواره استرسی و نگرانی و اضطراب دارند که این امر بیماری‌شان را تشدید می‌کند. خوشرو و همکاران(۱۴) یافته‌ها نشان داد که بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی و شدت علایم بیماران سندرم روده محرک، رابطه معناداری داشت و با افزایش این راهبردها در بیماران، شدت علایم بیماری کاهش و کیفیت زندگی در آن‌ها افزایش یافت.
درمان‌های دارویی متعددی برای بیماران مبتلا به سوءهاضمه به کار گرفته شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به بلاک‌کننده‌های پمپ ئیدروژن(مانند امی‌پرازول، پنتوپرازول)، آنتاگونیست گیرنده نوع۲- هیستامینی (مانند سایمتدین، رانیتدین و فاموتیدین)، پوشش‌دهنده‌های مخاط معده (مانند سوکرالفیت و آنتی‌اسیدها)، ضدنفخ‌ها (مانند سایمتیکون)، پروکینتیک‌ها (مانند متوکلوپرومید و دامپیریدون)، ضدافسردگی و ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری (مانند آنتی بیوتیک) اشاره کرد(۱۵).
نیکورز و سیدی(۱۶) در بررسی روی بیماران دارای مشکلات گوارشی اظهار داشتند تجویز داروهای کاهنده اسید معده برای پیشگیری از آسیب مخاطی گوارشی ناشی از استرس در موارد زیادی نامناسب است و عوارض متعددی را می‌تواند به همراه داشته باشد، ولی مشاوره داروساز بالینی برای بهبود تجویز منطقی دارو در پیشگیری از آسیب مخاط گوارشی در بیماران بسیار اهمیت دارد.
در بسیاری از مطالعه‌ها تاثیر درمان‌های غیردارویی با محوریت مشاوره و آموزش بر جنبه‌های روان‌شناختی بیماران، اثربخشی مداخله‌ها در کاهش عوارض ناشی از درمان و بهبود بیماری گزارش شده است. شواهد رو به افزایش نشان‌دهنده نقش کلیدی فرایندهای روانی بر بهبود علایم روانی برخاسته از بیماری است. به طوری که کاظمی رضایی و همکاران(۱۷) روی بیماران قلبی- عروقی اثر بخشی آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی را بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش انعطاف‌پذیری گزارش کردند. فرامرزی و همکاران (۱۸) تاثیر روان درمانگری پویشی کوتاه‌مدت را بر بهبود نشانه‌های گوارشی موثر گزارش کردند. سبحانی و همکاران (۱۹) اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کمردردهای مزمن پس از زایمان گزارش کردند. در بررسی دیگری توسط بخشی و همکاران(۲۰) روی بیماران پسوریازیس اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در پسوریازیس گزارش شده است. با توجه به اینکه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی با رویکرد کاهش استرس و تنظیم هیجان در برخی از بیماری‌ها انجام شده است. بنابراین و با توجه به اینکه در بیماران مبتلا به سوءهاضمه گزارش‌هایی از پایین بودن سطح سلامت عمومی و مشکلاتی از بدتنظیمی هیجانی وجود دارد(۱۱، ۱۲ و ۱۳) به کارگیری درمان‌های غیردارویی که عوارضی به دنبال نداشته باشد، می‌تواند مفید باشد. به کارگیری مداخله‌های روان‌شناسی برای کاهش مشکلات این بیماران می‌تواند مفید باشد.
از میان درمان‌های غیردارویی، مدیریت استرس نقش مهمی در کاهش علایم سوءهاضمه بیماران داشته است(۲۱ و ۲۲). درمان مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله از عناصری مانند افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکارناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها تشکیل شده است(۲۳). آموزش مدیریت استرس نقش مهمی در کاهش مشکلات ناشی از بیماری‌های گوارشی افراد دارد(۲۴). به طوری که در یک پژوهش نشان داده شده است که مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری قادر است میزان استرس را در بیماران مبتلا به سوءهاضمه کاهش دهد(۲۵). از آنجا که در پژوهش‌های پیشین آموزش مدیریت استرس برای بیماران مبتلا به سوءهاضمه کارآمد نشان داده شده است و همچنین با توجه به اهمیت سلامت عمومی و تنظیم شناختی هیجان در این بیماران، به کارگیری آموزش مدیریت استرس برای این افراد می‌تواند موثر و اثربخش باشد. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش با هدف اثربخشی مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه انجام شد.

مواد و روش ها

نوع مطالعه حاضر تجربی و به روش کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارشی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از سوی پزشک فوق تخصص گوارش پس از بررسی‌های بیوشیمیایی، آندوسکوپی و سونوگرافی و رد هر نوع بیماری عضوی گوارشی، تشخیص سوءهاضمه داده شدند. با توجه به ماهیت پژوهش که جزو طرح‌های نیمه تجربی محسوب می‌شود بنابراین به صورت نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به رعایت افت آزمودنی ۳۰ نفر از بیماران به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که به صورت تصادفی ساده با تخصیص برابر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعه‌های آزمایشی انتخاب شد(۲۶). شرایط ورود نمونه شامل سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نبود سابقه بیماری روانی به طور مشخص و تمایل و رضایت از شرکت در طرح درمان بود.
در ادامه جلسه‌های مدیریت استرس برای مبتلایان به سوءهاضمه آمده است. جلسه‌های درمان ۱۰ جلسه، یک بار در هفته و هر جلسه به مدت دو ساعت و به صورت گروهی بود که از پژوهش سلیمانی، ابوالقاسمی، وکیلی عباسعلیلو، رحیمی و بایرامزاده(۲۷) اقتباس شده است. خلاصه کارهایی که ۱۰ جلسه مدیریت استرس انجام شد به شرح زیر است.
- جلسه اول: معارفه بحث راجع به عوامل ایجاد کننده استرس، نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری سوءهاضمه، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.
- جلسه دوم: آموزش آرامش عضلانی تدریجی برای هشت گروه ماهیچه‌ای، افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس.

8 self-blame
9 other blame
10 focus on thought/rumination
11 catastrophizing
12 positive refocusing
13 positive reappraisal
14 putting into perspective
15 refocus on planning
16 acceptance

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

– جلسه سوم: آموزش تنفس دیافراگمی آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای چهار گروه ماهیچه‌ای، بحث در مورد ارتباط افکار و هیجان‌ها، آموزش تغییر احساسات از طریق تغییر طرز تفکر.
– جلسه چهارم: آموزش آرمیدگی عضلانی منفعل، بحث در مورد تفکر منفی و تحریفات شناختی، مرور دوباره تنفس دیافراگمی و تمرین آرمیدگی منفعل همراه با تصویرسازی.
– جلسه پنجم: آموزش خودزداد 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 خودزداد 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 خودزداد همراه با تصویرسازی و خودالقایی و اجرای پاسخ‌ها و واکنش‌های مقابله‌ای موثر.
– جلسه هشتم: آموزش مراقبه و مانترا و مدیریت خشم، توضیح حالت‌های بدنی هنگام مراقبه، بحث در مورد پاسخ‌های خشم و ارایه گزینه‌های جایگزین.
– جلسه نهم: آموزش مراقبه شمارش تنفس و آموزش خودابرازگری، 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.

در ادامه شرح ابزار پژوهش آمده است. – پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجانی (CERQ) گرانفسکی و کرایج (۲۸): این پرسش‌نامه شامل ۱۸ سوال و ۹ مولفه سرزنش خود با سوال‌های ۱ و ۲؛ پذیرش با سوال‌های ۳ و ۴؛ نشخوارگری با سوال‌های ۵ و ۶؛ تمرکز دوباره مثبت با سوال‌های ۷ و ۸؛ تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی با سوال‌های ۹ و ۱۰؛ ارزیابی دوباره مثبت با سوال‌های ۱۱ و ۱۲؛ دیدگاه‌گیری با سوال‌های ۱۳ و ۱۴؛ فاجعه‌نمایی با سوال‌های ۱۵ و ۱۶؛ سرزنش دیگران با سوال‌های ۱۷ و ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که همیشه نمره ۵، اغلب نمره ۴، مرتبا نمره ۳، گاهی نمره ۲، هرگز نمره ۱ تعلق می‌گیرد. از مجموع نمره مربوط به زیر مقیاس‌های دیدگاه‌گیری، تمرکز دوباره مثبت، ارزیابی دوباره مثبت، پذیرش و تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی راهبردهای سازش یافته (با سوال های ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) و از مجموع زیر مقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای سازش نایافته (با سوال‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) به دست می‌آید. در پژوهش‌های داخل ایران ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۴(۲۹) و در خارج از کشور ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه بررسی شده است که ضرایب پایایی برای مولفه‌های پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۷ گزارش است(۳۰). همچنین در یک پژوهش دیگر ضرایب اعتماد بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۱(۳۱) به دست آمده است. در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی مقیاس با توجه به طیف لیکرت ۵ ارزشی بر پایه یک نمونه مقدماتی ۲۰ تایی از جمعیت آماری مشابه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که این شاخص در کل ابزار ۰/۷۰ و در مولفه راهبرد های سازش یافته ۰/۷۷ و در مولفه راهبرد های سازش نیافته ۰/۷۰ شده است.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و هیلر (۳۲): این پرسش‌نامه ۲۸ سوال دارد که چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی با سوال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷؛ اضطراب و بی‌خوابی با سوال‌های ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴؛ اختلال در کارکرد اجتماعی با سوال‌های ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱؛ علایم افسردگی با سوال‌های ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷ و ۲۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره–گذاری پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است به این صورت که اصلا صفر نمره، در حد معمول ۱ نمره، بیش از حد معمول ۲ نمره و به مراتب بیشتر از حد معمول ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نقطه برش این پرسش‌نامه برای هر مولفه نمره ۵ و بالاتر از آن در نظر گرفته شده است(۳۳). نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت روان بهتر آزمودنی است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد از مشکلات روانی بیشتر رنج می‌برد. در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی بر اساس سه روش بازآزمایی ۰/۹۳، دونیمه‌سازی ۰/۷۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی همزمان پرسش‌نامه سلامت عمومی با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ گزارش شده است. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با نمره کل مطلوب و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بوده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی پرسش‌نامه است(۳۴). در خارج کشور برای بررسی قابلیت اعتماد پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است(۳۵). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوال‌ها ۰/۸۱ به دست آمده است.

روش اجرا:

۳۰ نفر بیمار مبتلا به سوءهاضمه در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی را تکمیل کردند. در پایان مداخله مدیریت استرس روی گروه آزمایش دوباره هر دو گروه آزمایش و کنترل تحت پس‌آزمون پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی را تکمیل کردند. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شدند. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار وگزارش درصد فراوانی استفاده شده است همچنین برای مایسه بین و درون گروهی از آمار استنباطی استفاده شد که در این راستا نخست با توجه به حجم نمونه پایین‌تر از ۵۰ مورد با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک و نرمال نبودن توزیع داده‌ها بررسی شد که در راستای نتایج به دست آمده از بررسی از روش ناپارامتری یومان ویتنی و ویلکاکسون زوجی استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۲ بود.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش از جدول ۱ نشان داد که میانگین سنی افراد گروه آزمایش۱/۷۹±۳۴/۹۳ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۱/۸۰±۳۵/۱۳ سال بود. در گروه آزمایش ۱۱ نفر متاهل (۷۳/۳۳ درصد) و چهار نفر مجرد (۲۶/۶۷ درصد) بود. در گروه کنترل ۹ نفر متاهل (۶۰/۰ درصد) و شش نفر مجرد (۴۰/۰ درصد) بود. در گروه آزمایش دو نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، پنج نفر فوق دیپلم (۳۳/۳۳ درصد)، شش

جدول۱: استرسور های مورد استفاده در طی یک هفته اعمال استرس

متغیر	کویه	گروه آزمایش n=15	گروه کنترل n=15	مقدار احتمال
سن	-	۳۴/۹۳(۱/۷۹)	۳۵/۱۳(۱/۸۰)	۰/۷۳۰
(Std)میانگین				
جنسیت	زن	۶(۴۰/۰)	۵(۳۳/۳)	۰/۷۰۵
(%)تعداد	مرد	۹(۶۰/۰)	۵(۶۶/۷	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱(۷۳/۳)	۹(۶۰/۰)	۰/۴۳۹
(%)تعداد	متاهل	۴(۲۶/۷)	۶(۴۰/۰)	
تحصیلات	دیپلم	۲(۱۳/۳)	۳(۲۰/۰)	۰/۸۶۹
(%)تعداد	فوق دیپلم	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)	
	لیسانس	۶(۴۰/۰)	۵(۳۳/۳)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۲(۱۳/۳)	۳(۲۰/۰)	
سابقه سوءهاضمه	از قبل نداشت	۵(۳۳/۳)	۶(۴۰/۰)	۰/۷۰۵
	داشت	۱۰(۶۶/۷)	۹(۶۰/۰)	
(%)تعداد				
دریافت دارو	دارد	۱۵(۱۰۰/۰)	۱۵(۱۰۰/۰)	۱
(%)تعداد	ندارد	۰(۰/۰)	۱۵(۰/۰)	

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

جدول۲: نتایج شاخص‌ها بر حسب گروه‌ها و به تفکیک قبل و بعد

متغیر	زمان	گروه آزمایش	گروه کنترل	مقدار احتمال	اندازه اثر
نشانه‌های جسمانی	پیش آزمون	۱۴/۰۷(۲/۷۱)	۱۴/۷۳(۳/۵۶)	۰/۷۵۴	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۹/۴۰(۱/۱۲)	۱۴/۵۳(۳/۶۸)	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۰۸۳		
اضطراب و بی‌خوابی	پیش آزمون	۱۵/۹۳(۳/۱۵)	۱۵/۸۰(۲/۳۷)	۰/۷۸۴	۰/۰۰۳
	پس آزمون	۱۳/۷۳(۳/۷۱)	۱۶/۴۷(۳/۰۷)	۰/۰۳۴	۰/۱۵۴
	مقدار احتمال	۰/۰۱۶	۰/۱۸۱		
اختلال در کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۱۱/۵۳(۲/۷۰)	۱۱/۷۳(۲/۹۹)	۰/۷۳۶	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۸/۳۳(۱/۹۹)	۱۱/۶۷(۳/۵۰)	۰/۰۰۵	۰/۲۶۹
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵		
علایم افسردگی	پیش آزمون	۱۴/۰(۲/۳۶)	۱۳/۸۰(۲/۳۷)	۰/۷۰۳	۰/۰۰۵
	پس آزمون	۱۱/۹۳(۱/۶۲)	۱۳(۲/۴۳)	۰/۰۲۸	۰/۱۶۶
	مقدار احتمال	۰/۰۱۴	۰/۷۸۵		

جدول۲: نتایج شاخص‌ها بر حسب گروه‌ها و به تفکیک قبل و بعد

متغیر	زمان	گروه آزمایش	گروه کنترل	مقدار احتمال	اندازه اثر
دیدگاه‌گیری	پیش آزمون	۳/۵۳(۰/۵۲)	۳/۶۷(۰/۶۲)	۰/۵۸۹	۰/۰۱۰
(Std)میانگین	پس آزمون	۶/۱۳(۱/۶۰)	۳/۹۳(۰/۹۶)	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۱۰۲		
تمرکز دوباره مثبت	پیش آزمون	۳/۹۳(۰/۸۰)	۴/۰۰(۰/۸۵)	۰/۸۲۶	۰/۰۰۲
(Std)میانگین	پس آزمون	۵/۹۳(۰/۸۸)	۴/۲۰(۰/۹۴)	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۸
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷		
ارزیابی دوباره مثبت	پیش آزمون	۴/۰۷ (۰/۸۸)	۴/۲۰(۰/۸۶)	۰/۶۷۳	۰/۰۰۶
(Std)میانگین	پس آزمون	۶/۰۷(۰/۸۸)	۴/۴۷(۱/۰۶)	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
	مقدار احتمال	۰/۰۰۲	۰/۳۱۷		
پذیرش	پیش آزمون	۳/۸۰(۰/۷۷)	۳/۶۷(۰/۴۹)	۰/۷۲۸	۰/۰۰۴
(Std)میانگین	پس آزمون	۶/۴۷(۱/۷۳)	۳/۸۷(۰/۵۲)	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	مقدار احتمال	۰/۰۰۳	۰/۱۸۰		
تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی	پیش آزمون	۳/۸۷(۰/۶۴)	۳/۷۳(۰/۵۶)	۰/۵۶۷	۰/۰۱۱
	پس آزمون	۵/۹۳(۰/۸۸)	۴/۰۷(۰/۸۸)	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۰
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۱۰۲		
سرزنش خود	پیش آزمون	۶/۳۳(۰/۸۲)	۶/۲۷(۰/۹۶)	۰/۸۰۷	۰/۰۰۲
(Std)میانگین	پس آزمون	۳/۱۳(۱/۰۶)	۶/۲۷(۰/۹۶)	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۱/۰۰		
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۶/۰۰(۰/۸۵)	۵/۶۷(۰/۸۲)	۰/۲۶۷	۰/۰۴۲
(Std)میانگین	پس آزمون	۳/۶۰(۰/۵۱)	۵/۵۳(۱/۰۶)	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷		
نشخوارگری	پیش آزمون	۵/۸۰(۰/۸۶)	۵/۷۳(۰/۸۸)	۰/۸۰۴	۰/۰۰۲
(Std)میانگین	پس آزمون	۶/۴۰(۰/۷۴)	۵/۶۷(۰/۹۸)	/۰۰۱ <۰	۰/۶۹۴
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷		
فاجعه‌نمایی	پیش آزمون	۵/۸۷(۰/۹۲)	۵/۷۳(۰/۸۸)	۰/۶۸۴	۰/۰۰۶
(Std)میانگین	پس آزمون	۴/۱۳(۰/۸۳)	۵/۶۷(۰/۹۸)	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۱
	مقدار احتمال	۰/۰۰۲	۰/۳۱۷		

نفر لیسانس (۴۰ درصد) و دو نفر فوق لیسانس و بالاتر (۱۳/۳۳ درصد) بودند. در گروه کنترل سه نفر دیپلم (۲۰ درصد)، چهار نفر فوق دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، پنج نفر لیسانس (۳۳/۳۳ درصد) و سه نفر فوق‌لیسانس و بالاتر (۲۰ درصد) بودند هم در گروه آزمایش و هم در گروه کنترل ۱۰۰ درصد نمونه داروی درمانی دریافت می‌کند و در ۶۶/۷ درصد از گره آزمایش و ۶۰ درصد از گره کنترل سابقه سوءهاضمه از قبل داشته‌اند و در این مطالعه نیز تایید شد و ۳۳/۳ درصد در این مطالعه از گروه آزمایش و ۴۰ درصد از گروه کنترل سابقه سوءهاضمه نداشتند و در این مطالعه عمل تشخیصی در آن‌ها مثبت بوده است. گروه‌ها از نظر سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات سابقه سوءهاضمه و دریافت دارو با هم همسان بودند (p>۰/۰۵).

همچنین برای بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه، با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون‌های ناپارامتری استفاده شد. از جدول ۲ نتایج بیانگر آن بود که استفاده از مدیریت استرس بر ابعاد سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه در مرحله پس‌آزمون اختلاف معناداری بین گروه آزمایش و کنترل دیده شد (p<۰/۰۵) و گروه آزمایش تغییرهای معناداری نسبت به پیش‌آزمون رخ داده است(p<۰/۰۵) به طوری که اندازه اثر در پس‌آزمون در نشانه‌های جسمانی ۰/۶۴، در اضطراب و بی‌خوابی ۰/۱۵ و در اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۲۷ علایم افسردگی ۰/۱۷ شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش معناداری در نشانه‌های جسمانی (p=۰/۰۰۱)، اضطراب و بی‌خوابی(P=۰/۰۱۶) ، اختلال در کارکرد اجتماعی(p=۰/۰۰۱) و علایم افسردگی(p=۰/۰۱۴) رخ داده و کاهش نمره به منزله بهبود وضعیت سلامت عمومی است.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان داد آموزش مدیریت استرس بر ابعاد تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سوءهاضمه اثربخش بود به طوری که در ابعاد تنظیم شناختی مثبت اثر افزایشی و در ابعاد تنظیم شناختی منفی اثر کاهشی داشت. گروه آزمایش در مرحله پس آزمون اختلاف معناداری بین با گروه کنترل داشت(p<۰/۰۰۱) و گروه آزمایش نیز تغییرهای معناداری نسبت به پیش‌آزمون رخ داده است به طوری که اندازه اثر در پس آزمون در دیدگاه‌گیری ۰/۴۴، تمرکز دوباره مثبت ۰/۵۱، ارزیابی دوباره مثبت ۰/۴۴، پذیرش ۰/۴۷، تمرکز دوباره و برنامه‌ریزی ۰/۵۷ شد و در ابعاد تنظیم شناختی منفی در سرزنش خود ۰/۷۳، سرزنش دیگران ۰/۶۳۴ ، نشخوارگری ۰/۶۹، فاجعه نمایی ۰/۴۵ شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نیز تغییرها در گروه آزمایش معنادار بود. به طوری که در ابعاد دیدگاه‌گیری (p=۰/۰۰۱) ، تمرکز دوباره مثبت (P=۰/۰۰۱)، ارزیابی دوباره مثبت (p=۰/۰۰۲)، پذیرش (p=۰/۰۰۱)، تمرکز دوباره و برنامه‌ریزی(p=۰/۰۰۱) افزایش معنادار و در ابعاد سرزنش (p=۰/۰۰۱)، سرزنش دیگران (p=۰/۰۰۱)، نشخوارگر (p=۰/۰۰۱) و فاجعه نمایی (p=۰/۰۰۲) کاهش معنادار دیده شد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

بحث

سوءهاضمه از اختلال‌های گوارشی شایع، ناتوان‌کننده و پرهزینه است. اطلاعات اندکی در خصوص نقش مدیریت استرس بر درمان علایم سوءهاضمه در دسترس است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه بود. تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی در مرحله بعد از درمان مدیریت استرس به دست آمد. مدیریت استرس مدل درمانی قابل اعتمادی برای بهبود تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی در بیماران سوءهاضمه است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیق‌ها مارکت، گومم، اهلرت، گاب و ناتر (۳۶) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه می‌توان گفت که در شیوه مدیریت استرس این باور وجود دارد که اگر درمانگر نتواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، ولی می-تواند با تغییر نگرش درباره رویدادهای زندگی و استرس ناشی از آن و ایجاد نگرش و توانایی کنترل درد و آموختن کنترل مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله موثر با درد و راه‌هایی رویارویی موثرتر با موقعیت مشکل‌آفرین به تقویت حس خودکارآمدی بیمار بپردازد و از این راه می‌کوشد احساس ناتوانی آن‌ها را کاهش دهد و به بهبود خلق منفی کمک کند(۳۷). بنابراین وقتی بیمار مبتلا به سوءهاضمه بتواند با آموختن مهارت‌های مدیریت استرس خودکارآمدی خود را تقویت کند، به واسطه داشتن خودکارآمدی و توانایی مقابله با رویدادهای تنش‌زای زندگی مانند ابتلا به بیماری سوءهاضمه سلامت عمومی بالایی را نسبت به سایر بیماران تجربه کنند. بنابراین منطقی است که گفته شود آموزش مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به سوءهاضمه اثربخش است.

در تبیین اثربخشی مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سوء هاضمه می‌توان گفت که در مدیریت استرس با آموزش سبک‌های ارتباطی صحیح مانند سبک جرأت‌ورزانه و ابراز وجود و آموزش مهارت‌های ارتباطی مفید نظیر (هنر گوش دادن و نه گفتن) به این بیماران، میزان روابط اجتماعی مطلوب و اعتماد به نفس آن‌ها افزایش می‌یابد و این بیماران بدون ترس از برچسب خوردن و انگ بیماری با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. در نتیجه با افزایش میزان حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی این بیماران نیز بهبود می‌یابد(۳۸). زمانی که بیماران مبتلا به سوءهاضمه از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار باشند، قادر به مدیریت و تنظیم هیجان‌های منفی و ناسازگارانه خود هستند و بهتر می‌تواند مدیریت هیجانی کنند. همچنین آموزش مدیریت استرس با تمرکز بر افکار منفی خودکار و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سعی در تغییر آن‌ها می‌تواند به بالا بردن هیجان‌های مثبت و تنظیم سازگارانه این هیجان‌ها در بیماران مبتلا به سوءهاضمه کمک کند. بنابراین منطقی است که گفته شود آموزش مدیریت استرس بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سوءهاضمه اثربخش است.

از آنجا که پژوهش حاضر در میان بیماران مبتلا به سوءهاضمه شهر تهران انجام شده در خصوص تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل شود و از تعمیم نتایج به بیماران مبتلا به سوءهاضمه در دیگر شهرها خودداری شود. این پژوهش می‌توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر نیز اجرا شود. در پژوهش‌های آینده از طرح‌های ترکیبی (کیفی و کمی)، حجم نمونه بالاتر و روش‌های پیچیده‌تر آماری که امکان تحلیل عمیق‌تر و نتیجه‌گیری بهتر را فراهم می‌کنند، استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با در نظر گرفتن مرحله پیگیری، آموزش مدیریت استرس در طول زمان بررسی شود تا ماندگاری نتایج مشخص شود. پیشنهاد می‌شود از مدیریت استرس برای بهبود سایر مشکلات این بیماران استفاده شود. به روان‌شناسان و مشاوران بالینی پیشنهاد می‌شود که از آموزش دیریت استرس به عنوان ابزار مداخله‌ای مهم برای بهبود سلامت عمومی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سوءهاضمه استفاده کنند.

نتیجه گیری:

بنا بر آنچه گفته شد و با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی و هیجانی در سوءهاضمه، لزوم به کارگیری روش‌های موثر و نوین روان‌درمانی مانند آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری (۳۶) و شیوه پذیرش و تعهد (۲۲) در کاهش نشانه‌های بیماری غیرقابل نقض است که البته به همراه درمان‌هایی دارویی می‌تواند به بهبود سلامت عمومی و تنظیم هیجان افراد مبتلا کمک کند که این نیازمند همکاری بین فوق تخصصان گوارش، روان‌شناسان و روان‌پزشکان است.

منابع:

1. Talley NJ, Cook DR. Functional dyspepsia. InEssential Medical Disorders of the Stomach and Small Intestine 2019 (pp. 155-172). Springer, Cham.
2. Lee YJ, Adusumilli G, Kyakulaga F, Muwereza P, Kazungu R, Blackwell Jr TS, Saenz J, Schubert MC. Survey on the prevalence of dyspepsia and practices of dyspepsia management in rural Eastern Uganda. Heliyon. 2019; 5(6): 1644-1653.
3. Maghbooli N, Mohammadi M A, Naderian M R, Jamali R. The utility of Helicobacter pylori eradication in improving functional dyspepsia in adult population in Iran. Feyz. 2018; 22 (2): 185-191.
4. Popa SL, Chiarioni G, David L, Dumitrascu DL. The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Functional Dyspepsia. American journal of therapeutics. 2019; 1(1), 1-13.
5. Namazi F, Sohrabi Shegefti N. The mediating role of the social adjustment for family communication pattern and adolescent mental health. Jouranl of Educational Psychology Studies, 2018; 15(29): 237-256.
6. Tshabalala SJ, Tomita A, Ramlall S. Depression, anxiety and stress symptoms in patients presenting with dyspepsia at a regional hospital in KwaZulu-Natal province. South African Journal of Psychiatry. 2019; 25(7), 1-12.
7. Kani HT, Dural U, Sakalli Kani A, Yanartas O, Kiziltas S, Yilmaz Enc F, Atug O, Deyneli O, Kuscu K, Imeryuz N. Evaluation of depression, anxiety, alexithymia, attachment, social support and somatization in functional dyspepsia. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2019; 29(1): 45-51.
8. Mazaheri M, Afshar H, Nikneshan S, Adibi P. Cognitive emotion regulation strategies in patients with functional dyspepsia and healthy controls-A comparative study. Advanced biomedical research. 2016; 5(1), 1-13.
9. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. Journal of adolescence. 2009; 32(2) :449-454.
10. Taghlidabadi B, Tasbihsazan Mashhadi, R. The relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. Thought & Behavior in Clinical Psychology, 2016; 11(39): 17-26.
11. Kimura Y, Kamiya T, Senoo K, Tsuchida K, Hirano A, Kojima H, Yamashita H, Yamakawa Y, Nishigaki N, Ozeki T, Endo M. Persistent reflux symptoms cause anxiety, depression, and

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

mental health and sleep disorders in gastroesophageal reflux disease patients. Journal of clinical biochemistry and nutrition. 2016; 59(1): 71-77.
12. Pasandideh, M., SaulekMahdee, F. Comparison of perceived stress, emotion regulation strategies and cognitive flexibility in patients with G.I.S. diseases and normal individuals. Quarterly Journal of Health Psychology, 2019; 8(29): 82-100.
13. Edman JS, Greeson JM, Roberts RS, Kaufman AB, Abrams DI, Dolor RJ, Wolever RQ. Perceived stress in patients with common gastrointestinal disorders: associations with quality of life, symptoms and disease management. Explore. 2017; 13(2):124-128.
14. Khoshsorour S, Kazemi Rezaei A. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Perceived Social Support in Predicting Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). IJRN. 2019; 6 (1): 60-68.
15. Malekzadeh R, Saberi Safari M. clinical guileline dyspepsia for family physicians. Govaresh 2014:19(1): 40-49.
16. Nikvarz N, Seyedi Z. Evaluation of the Role of Clinical Pharmacist in Optimizing Stress-Related Mucosal Disease Prophylaxis in Patients Admitted to Nephrology Ward: A Quasi-Experimental Study. JRUMS. 2020; 19 (3): 223-234.
17. Kazemi Rezaei V, kakabraee K, Hosseini S S. The Effectiveness of teaching Emotion Regulation skill Based on dialectical behavioral therapy on Psychological Distress and Cognitive Flexibility Cardiovascular Patients. IJPN. 2019; 7 (3): 31-40.
18. Faramarzi M, Azad-Fallah P, Bouk H, Rasoul Zadeh Tabatabie K, Shakri-Shirvani J. The Effectiveness of. Journal of Clinical Psychology, 2011; 3(4): 1-13.
19. Sobhani E, Babakhani N, Alebouyeh M R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Depression, Anxiety, Stress, and Pain Perception in Females with Obstructed Labour-Induced Chronic Low Back Pain. IJPCP. 2019; 25 (3): 266-277.
20. Bakhshi S, Sepahvandi M, Gholamrezaei S. The efficacy of mindfulness based stress reduction on cognitive emotion regulation in patients with psoriasis. jdc. 2020; 10 (4): 201-213.
21. Bagherian R, Pourkazem T, Nouri A, Adibi P The Effects of Stress Management Training on Symptoms of Medical Treatment-Resistant Functional Dyspepsia, Govaresh, 2009; 14(1): 15-22.
22. Zargar Y, Dehghani Zadeh Z, Mehrabizadeh Honarmand M, Kadkhodaee A. The effectiveness of stress management cognitive behavior on functional dyspepsia symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. Govaresh 17(2012): 148-155.
23. Kia S, Zareh Harfteh Z. The Effectiveness of Stress Management Training on Cognitive-Behavioral Disorders and Quality of Life for Female Heads of Households. Sociology of Education Journal. 2018; 8 (8): 94-110.
24. Zhang S, Liu Y, Li S, Ye F, Foreman RD, Chen JD. Effects of Electroacupuncture on Stress-induced Gastric Dysrhythmia and Mechanisms Involving Autonomic and Central Nervous Systems in Functional Dyspepsia. American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology. 2020 Jun 3.
25. Markert C, Gomm C, Ehlert U, Gaab J, Nater UM. Effects of cognitive-behavioral stress management training in individuals with functional somatic symptoms–an exploratory randomized controlled trial. Stress. 2019; 12: 1-12.
26. Quinn GP, Keough M. Experimental Design and Data Analysis For Biologists. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
27. Soleymani P, Abolghasemi A, vakiliabasalilu S, Rahimi A, Bayramzade N. Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Symptoms Severity and Emotional Well-being of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Horizon Med Sci. 2016; 22 (4): 313-319
28. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and individual differences. 2006; 41(6): 1045-53.
29. Veiskarami H, Khaliligeshnigani, Z. Investigating the Academic Burnout and its Relationship with Cognitive Emotion Regulation Strategies and Academic Resilience Students of Shahrekord University of Medical Sciences. Educ Strategy Med Sci. 2018; 11 (1): 133-138.
30. Antoine P, Dauvier B, Andreotti E, Congard A. Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. Personality and Individual Differences. 2018; 122:140-147.
31. Rusu PP, Bodenmann G, Kayser K. Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. Journal of Social and Personal Relationships. 2019; 36(1): 359-3796.
32. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine. 1979; 9(1):139-45.
33. Srebnicki T, Wolańczyk T. General health, sense of coherence and coping styles in parents participating in Workshops for Parents of Hyperactive Children. Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 419-432.
34. Hosseinian M, Noury R, Moghadasin M, Esalatmanesh S. Study of the mediating role of mental health and motives for substance use in the relationship between adjustment to university and cigarette and water-pipe use among the students. Feyz. 2018; 22 (2): 192-205.
35. Kazi A, Haslam C, Duncan M, Clemes S, Twumasi R. Sedentary behaviour and health at work: an investigation of industrial sector, job role, gender and geographical differences. Ergonomics. 2019; 62(1): 21-30.
36. Markert C, Gomm C, Ehlert U, Gaab J, Nater UM. Effects of cognitive-behavioral stress management training in individuals with functional somatic symptoms–an exploratory randomized controlled trial. Stress, 2019; 1(1):1-11.
37. Hajilou M, Ahadi H, Seirafi M, Shahbeigi S, Rafiepoor A. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patiens with MS. Journal of Psychological Science, 2019; 17(72): 893-897.
38. Hosseini F, Torkamani M, Layegh P, Nahedi Y, Nahidi M. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression and quality of life in patients with psoriasis. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2016; 59(5): 338-345.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]