



Comparison of the Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive–Behavioral Therapy on Health-Promoting Lifestyle and Somatization in Individuals with Irritable Bowel Syndrome

Mohammad Rajabi ¹ , Abdoloh Goliazadeh ² , Mohammad Hosein Bayazi ¹ 

1. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

2. PhD student, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

Corresponding Author: Mohammad Rajabi

E-mail: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

Received: 12 April 2026

Revised: 04 May 2026

Accepted: 07 May 2026

Citation: Rajabi, M., Goliazadeh, A., & Bayazi, M. H. (2026). Comparison of the Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive–Behavioral Therapy on Health-Promoting Lifestyle and Somatization in Individuals with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Modern Psychological Researches*. DOI: [10.22034/jmpr.2026.71919.7022](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.71919.7022)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is considered one of the most prevalent functional gastrointestinal disorders and is characterized by recurrent abdominal pain, bloating, and altered bowel habits in the absence of identifiable structural abnormalities (El Salhy et al., 2021; Mayer et al., 2023). The disorder affects a substantial proportion of the global population and is frequently accompanied by psychological distress, reduced quality of life, and significant impairment in daily functioning (Mostafavi Shirazi et al., 2022; Tarar et al., 2023). Contemporary research increasingly conceptualizes IBS within the framework of the brain–gut axis, emphasizing the dynamic interaction between psychological processes and gastrointestinal functioning (Carabotti & Severino, 2024; Mayer et al., 2023). Within this framework, emotional dysregulation, maladaptive cognitive patterns, stress sensitivity, and interpersonal difficulties are

viewed as central mechanisms contributing to the onset and maintenance of IBS symptoms (Bagheri Sheykhangafshe et al., 2023; Hossein et al., 2020; Van Tilburg et al., 2021).

Among the psychological factors associated with IBS, somatization plays a particularly important role (Carabotti & Severino, 2024; Hossein et al., 2020). Somatization refers to the tendency to experience and communicate psychological distress through physical symptoms. Patients with high levels of somatization often report intensified physical sensations and may interpret normal physiological processes as indicators of illness (Everett & Moss-Morris, 2024; Hossein et al., 2020). This tendency can exacerbate gastrointestinal symptoms and contribute to chronic illness behavior (Everett & Moss-Morris, 2024; Hemmatipour et al., 2025). Another important factor in the management of

IBS is the adoption of a health-promoting lifestyle, which includes behaviors such as proper nutrition, regular physical activity, effective stress management, interpersonal support, and responsibility for personal health (El Salhy et al., 2021; Mohammadi Zeidi et al., 2011). These behaviors are associated with improved physical and psychological resilience and can significantly reduce symptom severity in chronic health conditions (Fouladi et al., 2018; Mohammadi Zeidi et al., 2011).

Given the psychosomatic nature of IBS, psychological interventions have increasingly been incorporated into treatment protocols (Hunt, 2019; Mostafavi Shirazi et al., 2022). Among these interventions, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Psychotherapy (IPT) have received considerable empirical attention (Hunt et al., 2025; Markowitz & Milrod, 2014; Owusu et al., 2021; Sun et al., 2025). CBT primarily focuses on identifying and modifying maladaptive thoughts, beliefs, and behaviors that contribute to emotional distress and symptom amplification (Beck, 2016; Hunt, 2019). Through cognitive restructuring, behavioral activation, relaxation techniques, and exposure-based strategies, CBT aims to reduce symptom-focused anxiety and promote adaptive coping strategies (Belogianni et al., 2025; Everett & Moss-Morris, 2024; Fouladi et al., 2018; Hunt et al., 2025). In contrast, IPT emphasizes the role of interpersonal relationships and social functioning in psychological well-being (Käll et al., 2025; Markowitz & Milrod, 2014). It focuses on resolving interpersonal conflicts, improving communication skills, and strengthening social support networks, thereby reducing emotional stress that may contribute to psychosomatic symptoms (Laing et al., 2024; Sun et al., 2025).

Although both approaches have demonstrated effectiveness in various psychosomatic and psychological disorders (Fouladi et al., 2018; Laing et al., 2024; Sun et al., 2025), comparative studies examining their relative effectiveness in improving health-promoting lifestyle and reducing somatization among patients with IBS remain limited. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of CBT and IPT in enhancing health-promoting lifestyle behaviors and reducing somatization symptoms in individuals diagnosed with IBS.

Method

The present research employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest structure, including a control group and a three-month follow-up assessment. The statistical population consisted of patients diagnosed with IBS who referred to the gastroenterology clinic of Imam Reza Hospital in ‘Tabriz, Iran’ during the second half of the Iranian year 1403. Participants were selected using purposive sampling based on inclusion criteria such as confirmed diagnosis of IBS according to medical records, age range between 18 and 55 years, absence of severe psychiatric disorders, and willingness to participate in psychological intervention sessions.

A total of 45 participants who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned to three groups: the CBT group ($n = 15$), the IPT group ($n = 15$), and a control group ($n = 15$). Participants in the experimental groups received eight therapy sessions weekly, each lasting approximately 90 minutes. The CBT intervention program included components such as psychoeducation about IBS and the brain–gut relationship, identification and restructuring of dysfunctional thoughts, relaxation training, stress management techniques, behavioral activation, and coping skills training. The IPT intervention program focused on identifying interpersonal stressors, improving communication patterns, resolving interpersonal conflicts, addressing role transitions, and strengthening social support systems.

Data were collected using two standardized instruments. The first instrument was the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) developed by Walker et al. (1997), which measures multiple dimensions of health-promoting behaviors including nutrition, physical activity, stress management, interpersonal relations, spiritual growth, and health responsibility. The second instrument was the Somatization Questionnaire developed by Chang & Hamid (1996), which assesses the frequency and severity of psychosomatic symptoms. Data analysis was conducted using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) to evaluate differences between groups across the pre-test, post-test, and follow-up stages.

Results

The findings of the study revealed significant differences between the experimental groups and the control group in both dependent variables. Participants in both the CBT and IPT groups demonstrated significant improvements

in health-promoting lifestyle behaviors compared with the control group ($p < 0.05$). These improvements included better stress management, increased engagement in health-related activities, and enhanced interpersonal functioning.

In addition, both intervention groups exhibited significant reductions in somatization symptoms compared with the control group ($p < 0.05$). However, when comparing the two therapeutic approaches, CBT showed a greater reduction in somatization scores than IPT, indicating that cognitive-behavioral techniques may be particularly effective in addressing the cognitive and attentional mechanisms underlying psychosomatic symptom expression.

Despite this difference in somatization outcomes, no statistically significant difference was found between CBT and IPT regarding improvements in health-promoting lifestyle behaviors ($p > 0.05$). This suggests that both therapeutic approaches are similarly effective in encouraging adaptive lifestyle changes among IBS patients.

Furthermore, the results of the three-month follow-up assessment indicated that the improvements observed during the posttest stage remained relatively stable over time. Participants in both experimental groups maintained lower levels of somatization and higher levels of health-promoting lifestyle behaviors compared with the control group, demonstrating the durability of the therapeutic effects.

Table 1 .Comparative Efficacy and Long-term Stability of CBT and IPT Interventions

Variable / Subscale	CBT vs. IPT (MD, p)	CBT vs. Control (MD, p)	IPT vs. Control (MD, p)
Somatization: Physical	5.47 (p=0.03)	10.53 (p=0.001)	5.07 (p=0.04)
Somatization: Psychological	2.00 (p=1.00)	11.20 (p=0.02)	9.20 (p=0.06)
HPLP: Responsibility	0.47 (p=0.99)	5.40 (p=0.001)	4.93 (p=0.001)
HPLP: Nutrition	0.67 (p=0.99)	7.20 (p=0.001)	7.87 (p=0.001)
HPLP: Interpersonal Rel	0.40 (p=0.99)	5.20 (p=0.001)	5.60 (p=0.001)
HPLP: Physical Activity	0.27 (p=0.99)	4.00 (p=0.001)	4.27 (p=0.001)
HPLP: Stress Mgmt.	0.27 (p=0.99)	9.07 (p=0.001)	8.80 (p=0.001)
HPLP: Spiritual Growth	1.07 (p=0.99)	5.40 (p=0.001)	6.47 (p=0.001)

Discussion

The results of this study highlight the critical role of psychological interventions in the comprehensive management of irritable bowel syndrome (IBS). Our findings corroborate a growing body of psychosomatic research demonstrating that complex functional gastrointestinal disorders cannot be fully understood or effectively managed solely through conventional biomedical approaches. Instead, sustainable clinical outcomes require directly targeting the cognitive, emotional, and interpersonal processes that modulate visceral perception, symptom appraisal, and health-related coping mechanisms.

The observed superiority of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in reducing somatization symptoms can be understood through its targeted focus on cognitive distortions and maladaptive interpretations of physical sensations. By equipping patients with practical skills to identify catastrophic thinking, reappraise somatic threats, and interrupt hypervigilance toward gastrointestinal

cues, CBT effectively diminishes symptom-focused anxiety. Consequently, this cognitive restructuring attenuates autonomic arousal and dampens the visceral amplification mechanisms inherent in brain-gut dysregulation. On the other hand, Interpersonal Psychotherapy (IPT) exerts its therapeutic benefits through enhancing interpersonal functioning, communication competence, and emotional expression. By resolving relational conflicts, mitigating chronic social stressors, and strengthening social support systems, IPT substantially alleviates interpersonally driven distress, thereby fostering greater psychological resilience and general physiological equilibrium.

Overall, the empirical evidence demonstrates that both CBT and IPT are viable and effective psychotherapeutic interventions for promoting health-oriented lifestyle behaviors and alleviating somatic complaints in individuals with IBS. Although both modalities show comparable efficacy in establishing adaptive behavioral routines and stress management

practices, CBT appears to have a more pronounced advantage in mitigating psychosomatic symptom burden. These collective insights underscore the necessity of moving beyond fragmented care and systematically integrating structured psychotherapeutic modalities into standard gastroenterology protocols and routine multidisciplinary treatment pathways.

Finally, to build upon these clinical insights, future research should utilize larger and more diverse samples alongside extended follow-up intervals to track the long-

term sustainability of therapeutic gains. Furthermore, investigating integrative therapeutic models that systematically synthesize the symptom-focused restructuring of CBT with the relational and affective strategies of IPT represents a highly promising direction. Such combined frameworks may provide a richer, tailored intervention capable of addressing the multifaceted etiology of IBS, ultimately optimizing treatment adherence and long-term functional recovery.

KEYWORDS

interpersonal psychotherapy, cognitive behavioral therapy, health-promoting lifestyle, somatization, irritable bowel syndrome





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری بر سبک زندگی سلامت محور و بدنی‌سازی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

محمد رجبی^۱ ✉، عبدالله گلی زاده^۲ ID، محمدحسین بیاضی^۱ ID

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
 ۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

نویسنده مسئول: محمد رجبی

رایانامه: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

استناددهی: رجبی، محمد؛ گلی زاده، عبدالله و بیاضی، محمدحسین (۱۴۰۵).

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری بر سبک زندگی سلامت محور و بدنی‌سازی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه

پژوهش‌های نوین روانشناختی. DOI:

[10.22034/jmpr.2026.71919.7022](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.71919.7022)

تاریخ دریافت: ۲۳ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۱۴ اردیبهشت ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۵

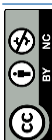
مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

روان‌درمانی بین‌فردی،
 درمان شناختی-رفتاری،
 سبک زندگی سلامت‌محور،
 بدنی‌سازی، سندروم روده
 تحریک‌پذیر

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور و بدنی‌سازی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) تبریز در نیمسال دوم سال ۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های چهارسیستمی سبک زندگی سلامت محور والکر و هیل (۱۹۹۷) و بدنی‌سازی چنگ و حامید (۱۹۹۶) بودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مختلط تحلیل شدند. هر دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود مؤلفه‌های بدنی‌سازی و سبک زندگی سلامت‌محور مؤثر بودند ($p < 0/05$). اما درمان شناختی-رفتاری در کاهش مؤلفه‌های بدنی‌سازی نشانه‌های فیزیکی برتری داشت ($p < 0/05$). درحالی‌که در بهبود سبک زندگی سلامت‌محور تفاوت معناداری بین دو روش مشاهده نشد ($p < 0/05$). اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. درمان شناختی-رفتاری با هدف‌گیری مستقیم باورهای نادرست، سوگیری‌های شناختی و رفتارهای اجتنابی (مانند ترس از غذا خوردن یا ترس از دوری از دستشویی)، باعث کاهش شدت درد و سایر نشانه‌های فیزیکی می‌شود و درمان بین‌فردی (IPT) عمدتاً بر کاهش استرس روانی-اجتماعی و حل تعارضات در روابط بین‌فردی تمرکز دارد. اثر این درمان بر نشانه‌های فیزیکی معمولاً غیرمستقیم است و از طریق بهبود خلق و خو و افزایش حمایت اجتماعی اتفاق می‌افتد.



مقدمه

توجه کیفیت زندگی و پیامدهای مرتبط با خودمراقبتی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌شود (فولادی و همکاران، ۲۰۱۸) و کینسینگر^{۱۲} (۲۰۱۷) و هانت (۲۰۲۵) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری علاوه بر کاهش نشانه‌های روان‌تنی، موجب ارتقای کیفیت زندگی و عملکرد روزمره بیماران می‌شود.

بدنی‌سازی^{۱۳} موضوعی است که ارتباط نزدیکی با سبک زندگی سلامت محور دارد و به تمایل فرد به تجربه و گزارش نشانه‌های جسمانی در پاسخ به استرس‌ها و تنش‌های روانی اشاره دارد، برای نخستین بار توسط استکل^{۱۴} در سال ۱۹۲۰ به کار رفت، که به صورت زبان بدن که مفهومی مبهم است ترجمه شده است. کِلنر^{۱۵} (۱۹۹۰) بیان می‌کند که ناراحتی‌های جسمانی، تجربه‌ای متداول حتی در افرادی که از سلامت خوبی برخوردار هستند، می‌باشد. وی بیان می‌کند که ۸۰٪ افراد سالم در جمعیت عمومی علائم بدنی‌سازی را بدون آنکه علت مشخصی وجود داشته باشد، تجربه می‌کنند (فولادی و همکاران، ۲۰۱۸).

در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، بدنی‌سازی بسیار شایع است، چراکه این اختلال اغلب با مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی همراه است. شواهد نشان می‌دهند که بدنی‌سازی می‌تواند منجر به ادراک بیش از حد از شدت و خطرناک بودن علائم شود و این موضوع به کاهش کیفیت زندگی افراد منجر می‌شود (ون‌تیلبورگ و همکاران، ۲۰۲۱). فروغی و همکاران (۱۳۹۷)، اوسو^{۱۶} و همکاران، (۲۰۲۱) و مصطفوی شیرازی و همکاران (۱۴۰۰) گزارش کردند روان‌درمانی بین‌فردی نیز با کاهش تعارض‌ها و ارتقای راهبردهای مقابله‌ای، موجب کاهش شدت نشانگان سندروم روده تحریک‌پذیر می‌شود. همچنین باقری و همکاران (۱۴۰۴) و همتی‌پور و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعات خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش مؤلفه‌های جسمانی اضطراب و شدت درد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود که موازی با کاهش علائم بدنی‌سازی در بیماران گوارشی است. همچنین اوسو و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه آزمایشی دریافتند که درمان شناختی-رفتاری آنلاین منجر به بهبود قابل‌توجهی در شدت علائم جسمانی سندروم روده تحریک‌پذیر می‌شود. بلاگیانی^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۵) و هانت و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موجب کاهش معنادار شدت علائم جسمانی و اضطراب احشایی می‌شود. از سوی دیگر، اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی در کاهش علائم جسمانی نیز در مرور لاینگ^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۴) و یافته‌های سان و همکاران (۲۰۲۵) گزارش شده است. بر اساس نظریه‌های روان‌تنی، بدنی‌سازی در سندروم روده تحریک‌پذیر ناشی از

بیماری‌های گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه اول را دارند (ترار^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). سندروم روده تحریک‌پذیر^۲ (IBS) یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که بدون وجود علت ارگانیک مشخص، با مجموعه‌ای از علائم مزمن یا عودکننده مانند تغییرات در اجابت مزاج، درد یا ناراحتی شکمی مشخص می‌شود (ون‌تیلبورگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). علت دقیق این اختلال هنوز به طور کامل شناخته نشده و به نظر می‌رسد ترکیبی از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در ایجاد و تداوم آن نقش داشته باشند. بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اغلب علائم مهمی از اختلالات روان‌شناختی، صفات ناپهنجار شخصیت و آشفتگی‌های هیجانی را گزارش می‌کنند. همچنین، شواهد نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی، حملات هراس و افسردگی می‌توانند علائم گوارشی مشابه سندروم روده تحریک‌پذیر را ایجاد یا تشدید کنند (ون‌تیلبورگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ مایر^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

سبک زندگی سلامت‌محور^۵ نقش مهمی در کنترل و مدیریت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر ایفا می‌کند. رفتارهای سلامت‌محور مانند تغذیه مناسب، مدیریت استرس و فعالیت بدنی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمک کنند و تأثیرات مثبت روان‌درمانی‌ها را تقویت نمایند (الصلحی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). رفتارهای سلامت‌محور مانند تغذیه مناسب، مدیریت استرس و فعالیت بدنی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمک کنند و تأثیرات مثبت روان‌درمانی‌ها را تقویت نمایند. مطالعات نشان داده‌اند که تغییرات سبک زندگی و بهبود رفتارهای سلامت‌محور به‌طور معناداری می‌توانند بر کاهش نشانه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر اثرگذار باشند، به ویژه از طریق کاهش سطح استرس و بهبود سیستم ایمنی مدل زیستی-روانی-اجتماعی، تعامل بین عوامل زیستی (مانند حساسیت احشایی)، روان‌شناختی (بدنی‌سازی، اضطراب و...) را در بروز و تداوم علائم سندروم روده تحریک‌پذیر تبیین می‌کند (الصلحی و همکاران، ۲۰۲۱؛ هانت^۷، ۲۰۱۹).

پژوهش هانت و همکاران (۲۰۲۵) نیز افزایش کیفیت زندگی بیماران را گزارش کردند. همچنین نتایج مطالعات کال^۸ و همکاران (۲۰۲۵) و سان^۹ و همکاران (۲۰۲۵) درباره روان‌درمانی بین‌فردی^۱، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و تقویت کارکرد اجتماعی را نشان دادند که مؤید نقش این رویکرد در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور است همچنین فولادی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند درمان شناختی-رفتاری^{۱۱} موجب بهبود قابل

10. interpersonal psychotherapy
11. cognitive behavioral therapy
12. Kinsinger
13. somatization
14. Stekel
15. Kellner
16. Owusu
17. Belogianni
18. Laing

1. Tarar
2. irritable bowel syndrome
3. Van Tilburg
4. Mayer
5. health-promoting lifestyle
6. El Salhy
7. Hunt
8. Käll
9. Sun

اصلی پژوهش حاضر این است: آیا بین اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری بر سبک زندگی سلامت‌محور و بدنی‌سازی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل انجام یافت. شرکت‌کنندگان در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به‌صورت همگن تقسیم شدند. به‌منظور بررسی پایداری اثر درمان، مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پس از اجرای مداخله انجام شد و نتایج آن با پس‌آزمون مقایسه گردید. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز در نیمسال دوم ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های (اصلی) ورود و خروج از پژوهش انتخاب شد. در مجموع ۴۵ بیمار واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، اندازه اثر ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۹۵ محاسبه شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور^۵: پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور توسط والکر و هیل (۱۹۹۷) ساخته شده و شامل ۵۴ سؤال دارای شش بُعد (مسئولیت‌پذیری، تغذیه، روابط بین‌فردی، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و رشد معنوی) در مقیاس لیکرت است (تراز و همکاران، ۲۰۲۳). نمره کلی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بین ۵۴ تا ۲۱۶ است. نمره بالاتر منعکس‌کننده یک سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بهتر است. پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نسخه فارسی ۰/۸۲ تأیید گردید.

پرسشنامه بدنی‌سازی؟ نشانگان بدنی‌سازی (SSC) به وسیله چنگ و حامید (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری جسمانی‌سازی به جای بیماری خاص در جمعیت چین ساخته شد. این پرسشنامه یک ارزیابی متوازن از علایم فیزیکی و روانی در یک مقیاس فراهم می‌آورد. شامل ۴۰ گویه در دو بعد علائم جسمی و روانی با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای. نمره کلی بین ۴۰ تا ۲۰۰ است که نمره بالا بیانگر جسمانی‌سازی زیاد است (ون‌تیلیبورگ و همکاران، ۲۰۲۱). پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها و بررسی اثر زمان و تعامل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مختلط (ANOVA) استفاده شد.

اختلال در یکپارچگی سیگنال‌های مغز-روده است (کارابوتی و سورینو^۱، ۲۰۲۴). درمان شناختی-رفتاری با هدف‌گیری مستقیم این فرآیندها، از جمله کاهش مواجهه درون‌بدنی و اصلاح باورهای نادرست، بیشترین تأثیر را بر نشانه‌های فیزیکی دارد، در حالی که روان‌درمانی بین‌فردی عمدتاً از طریق کاهش استرس روانی-اجتماعی و بهبود حمایت اجتماعی عمل می‌کند و اثر آن بر مؤلفه‌های فیزیکی کمتر است (هانت و همکاران، ۲۰۲۵؛ مایر و همکاران، ۲۰۲۳).

آخرین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محور مغز-روده نقش کلیدی در این اختلال دارد و وجود عوامل روان‌شناختی و نقایص پردازش مرکزی در شدت علائم و ناتوانی نقش دارد. درمان‌های روان‌شناختی به طور کلی اثربخشی خوبی را در کاهش شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر نشان داده‌اند. درمان شناختی-رفتاری در کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده و کنترل شده متعدد به‌شدت مورد آزمایش قرار گرفته است و به‌طور مداوم اثرات قابل توجه و پایداری را بر علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و کیفیت زندگی نشان می‌دهد. دو رویکرد درمانی مهم درمان بدنی‌سازی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) و روان‌درمانی بین‌فردی (IPT) هستند.

درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار ناکارآمد و تغییر رفتارهای ناسازگارانه، حساسیت بیش از حد به علائم جسمانی را کاهش داده و چرخه اضطراب-درد را مختل می‌کند (بک^۲، ۲۰۱۶). این روش با هدف تغییر «الگوریتم‌های ایمنی» مغز عمل می‌کند؛ به این معنا که به مغز یاد می‌دهد که سیگنال‌های داخلی (حس‌های روده) تهدیدآمیز یا خطرناک نیستند (اورت و ماس-موریس^۳، ۲۰۲۴) و به دلیل تمرکز مستقیم بر شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد مانند بدنی‌سازی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، جایگاه مهمی در درمان دارد و به بیماران کمک می‌کند تا با تغییر باورهای نادرست و رفتارهای اجتنابی، پاسخ‌های عاطفی و فیزیولوژیکی خود به علائم بیماری را تعدیل کنند (بک، ۲۰۱۶). این روش یک مداخله درمانی ضروری و بسیار مؤثر برای اختلالات عملکردی گوارشی مانند سندروم روده تحریک‌پذیر است. در نتیجه درمان شناختی-رفتاری می‌تواند کاهش چشمگیری در شدت بدنی‌سازی و افکار فاجعه‌آمیز و به تبع آن، در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایجاد نماید. روان‌درمانی بین‌فردی بر بهبود روابط بین‌فردی، کاهش تعارض‌ها و ارتقاء حمایت اجتماعی تمرکز دارد و در نتیجه می‌تواند به کاهش علائم روان‌شناختی و جسمانی کمک کند. روان‌درمانی بین‌فردی با تمرکز بر بهبود روابط اجتماعی و کاهش تعارضات بین‌فردی، کاهش احساس تنهایی و ارتقاء حمایت اجتماعی، به بیماران کمک می‌کند تا در محیط‌های حمایتی‌تر قرار گیرند. این حمایت اجتماعی، به عنوان یک منبع مهم برای کاهش استرس و اضطراب عمل می‌کند و موجب تقویت توانمندی‌های مقابله‌ای فرد در برابر علائم جسمانی می‌شود (مارکوویتز و میلرود^۴، ۲۰۱۴). از این رو، روان‌درمانی بین‌فردی می‌تواند به ویژه در بیمارانی که اضطراب آنها ریشه در مشکلات روابط بین‌فردی دارد، اثربخشی قابل توجهی داشته باشد. با توجه به اهمیت این موضوع، پرسش

شیوه اجرا

روان‌درمانی بین‌فردی (IPT): روان‌درمانی بین‌فردی، نوعی روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که تمرکز اصلی آن به ساختار، زمینه و مهارت‌های بین‌فردی است (مارکوویتز، ۲۰۱۴) توسط متخصص روانشناسی اجرا شد. محتوای جلسات شامل معرفی و آشنایی، تحلیل روابط بین‌فردی، آموزش روش‌های حل تعارض، بررسی نقش‌های اجتماعی و تقویت مهارت‌های ارتباطی بیماران بود.

درمان شناختی-رفتاری (CBT): فرض بنیادی درمان شناختی-رفتاری این است که افکار و احساسات به هم وابسته‌اند و شیوه‌های تفکر بر رفتار اثر می‌گذارند. براساس فرض درمان شناختی-رفتاری، هرچند فرد نمی‌تواند احساساتش را در مورد رویدادها تغییر دهد، اما می‌تواند افکارش را درباره آن‌ها آزموده و اطمینان حاصل کند که آیا دید متعادلی از رویدادها دارد یا خیر (بک، ۲۰۱۶). این درمان بر اساس پروتکل داتیلیو و اپستین (۲۰۱۶) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۱ جلسه) توسط خود محقق برگزار شد. جلسات بر محور شناسایی افکار ناکارآمد، اصلاح باورها و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تنظیم گردید. گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شرکت نمود. پس از انتخاب افراد نمونه در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و به آنها گفته شد که شرکت در دوره‌های درمانی داوطلبانه و بارزایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در

دوره‌ها وجود ندارد. لازم به ذکر است که برای اجرای دوره‌های درمانی هر دو گروه آزمایشی، در محیط مناسب و با رعایت پروتکل‌ها اجرا شد.

یافته‌ها

در این پژوهش پیش از انجام تحلیل، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن، همگنی و کرویت بررسی و تأیید شدند. برای بررسی همگنی گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری، نوع درمان دریافت‌شده، و سابقه ابتلا در بستگان با استفاده از آزمون کای‌دو (χ^2) مورد مقایسه قرار گرفتند. بر اساس یافته‌ها، هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی در سه گروه تفاوت معناداری نشان ندادند ($p < 0.05$). به عبارت دیگر، گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان بین‌فردی و کنترل از لحاظ شاخص‌های دموگرافیک همگن و قابل مقایسه بودند.

به منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های مؤلفه‌های بدنی‌سازی در سه گروه در مراحل سه‌گانه درمانی، ابتدا مفروضه کرویت بررسی شد. واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت مخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: آزمون کرویت مخلی بررسی همگنی کوواریانس‌ها

متغیرها شاخص	نشانه‌های فیزیکی	نشانه‌های روانی
درجه آزادی	۲	۲
مخلی	۰/۳۸	۰/۵۸
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست. بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس-گیزر^۱ استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید و نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی با توجه به نبود

جدول ۲: آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های بدنی‌سازی با معیار گرین هاوس-گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
	درون گروهی	۱۵۴۰/۵	۱/۲۴	۱۲۴۴	۶۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱
نشانه‌های فیزیکی	تعامل آزمون* گروه	۵۰۶/۶۱	۲/۴۸	۲۰۴/۵۵	۱۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	بین گروهی	۸۶۵/۳۵	۲	۴۳۲/۶۷	۴/۴۸	۰/۰۲	۰/۱۸
	درون گروهی	۱۷۱۳/۹۱	۱/۴۱	۱۲۱۴/۵۴	۲۲/۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵
نشانه‌های روانی	تعامل آزمون* گروه	۵۹۹/۳۸	۲/۸۲	۱۹۸/۲	۳/۶۹	۰/۰۲	۰/۱۵
	بین گروهی	۱۴۷۸/۱۸	۲	۷۳۹/۰۹	۳/۲۸	۰/۰۴	۰/۱۴

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های بدنی‌سازی معنادار است ($p < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های بدنی‌سازی در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های بدنی‌سازی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین بین نمرات مؤلفه‌های بدنی‌سازی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، بطوری که نمرات مؤلفه‌های بدنی‌سازی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است

($p > 0/05$). در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی و کنترل در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های بدنی‌سازی معنادار است ($p < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های بدنی‌سازی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج برای عامل بین‌گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های بدنی‌سازی معنادار است. ($p < 0/05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات مؤلفه‌های بدنی‌سازی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی بین‌فردی و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در سه گروه محاسبه شد. نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشانه‌های فیزیکی	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۵/۴۷	۱۲/۲	۰/۰۳
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۱۰/۵۳	۱۲/۲	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۵/۰۷	۱۲/۲	۰/۰۴
نشانه‌های روانی	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۲	۳/۷۷	۰۰/۰۱
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۱۱/۲	۳/۷۷	۰/۰۲
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۹/۲	۳/۷۷	۰/۰۶

نتایج حاصل از تحلیل مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های مورد مطالعه حاکی از وجود الگوهای متمایز اثرگذاری درمان‌ها بر مؤلفه‌های مختلف است. به طور کلی هر دو مداخله درمانی، یعنی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی بین فردی، در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر معناداری بر بهبود کلیه مؤلفه‌های بدنی سازی داشته‌اند که نشان‌دهنده اثربخشی درون‌گروهی این مداخلات نسبت به عدم دریافت درمان است ($p < 0/05$). با این حال، از نظر مقایسه‌های بین‌گروهی، الگوی اثرات درمانی یکسان نبوده است. در برخی مؤلفه‌ها از جمله مؤلفه نشانه‌های روانی، بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد، که حاکی از اثربخشی مشابه این دو روش در این حیطه‌ی خاص است. در مقابل، در مؤلفه‌ی نشانه‌های فیزیکی، اثرات بین‌گروهی معناداری بین دو نوع درمان ظاهر شد. به طور مشخص، درمان شناختی-رفتاری برتری معناداری را نسبت به روان‌درمانی بین فردی در ایجاد بهبودی در این مؤلفه نشان داد. این یافته حاکی از آن است

که اگرچه هر دو درمان مؤثر هستند، اما درمان شناختی-رفتاری در هدف قرار دادن و اصلاح نشانه‌های فیزیکی، تأثیر بیشتری دارد ($p < 0/05$). به منظور بررسی تأثیر روش درمان‌های درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی بین‌فردی بر نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در سه گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در سه گروه در مراحل سه‌گانه درمانی، ابتدا مفروضه کروییت بررسی شد. واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کروییت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کروییت مخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون کروییت مخلی بررسی همگنی کوواریانس‌ها

متغیرها شاخص	مسئولیت پذیری	تمایل به مشارکت	روابط بین فردی	تلفیق درمان	مدیریت استرس	رشد معنوی
درجه آزادی	۲	۲	۲	۲	۲	۲
مخلی	۰/۴۳	۰/۷۵	۰/۳۵	۰/۷۴	۰/۴۴	۰/۴۱
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست. بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس-گیزر استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید و نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی با توجه به نبود

برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور با معیار گرین هاوس-گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
مسئولیت پذیری	درون گروهی	۳۶۵/۹۷	۱/۹۵	۱۸۷/۵۵	۴۸/۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	تعامل آزمون* گروه	۱۵۸/۴۷	۳/۹	۴۰/۶۱	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	بین گروهی	۳۹۱/۲۲	۲	۱۹۵/۶۱	۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳
تغذیه	درون گروهی	۵۰۱/۵۱	۱/۶	۳۱۳/۶۷	۵۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	تعامل آزمون* گروه	۳۱۱/۸۲	۳/۲	۹۷/۵۱	۱۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	بین گروهی	۷۸۴/۵۳	۲	۳۹۲/۲۷	۳۲/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱
روابط بین فردی	درون گروهی	۱۳۶/۷۷	۱/۲۱	۱۱۲/۶۸	۱۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	تعامل آزمون* گروه	۱۰۰/۵۶	۲/۴۳	۴۱/۴۳	۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	بین گروهی	۴۳۲/۵۹	۲	۲۱۶/۳	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴
فعالیت بدنی	درون گروهی	۲۷۱/۸۸	۱/۵۹	۱۷۱/۱۶	۲۹/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	تعامل آزمون* گروه	۱۷۰/۴۳	۳/۱۸	۵۳/۶۵	۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳
	بین گروهی	۲۷۶/۸۶	۲	۱۳۸/۴۳	۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷
مدیریت استرس	درون گروهی	۹۴۹/۳۹	۰/۲۹	۷۳۷/۲۹	۳۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	تعامل آزمون* گروه	۵۱۲/۱۲	۲/۵۸	۱۹۸/۸۵	۱۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	بین گروهی	۶۷۸/۶۴	۲	۳۳۹/۳۲	۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱
رشد معنوی	درون گروهی	۳۱۹/۳	۱/۲۶	۲۵۳/۰۴	۲۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	تعامل آزمون* گروه	۱۹۵/۳۲	۵۲/۲	۷۷/۳۹	۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	بین گروهی	۵۰۵/۱۷	۲	۵۹/۲۵۲	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور معنادار است ($p < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در مراحل پیش آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، بطوری که مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است ($p > 0/05$).

با توجه به نتایج جدول ۵ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه

گروه درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی و کنترل در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور معنادار است ($p < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ برای عامل بین‌گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور معنادار است. ($p < 0/05$) در نتیجه بین میانگین کلی مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور در سه گروه درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی بین‌فردی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در سه گروه محاسبه شد. نتایج در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
مسئولیت‌پذیری	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۰/۴۷	۱/۱۵	۰/۹۹
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۵/۴	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۴/۹۳	۱/۱۵	۰/۰۰۱
تغذیه	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۰/۶۷	۱/۰۴	۰/۹۹
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۷/۲	۱/۰۴	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۷/۸۷	۱/۰۴	۰/۰۰۱
روابط بین فردی	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۰/۴	۱/۱۱	۰/۹۹
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۵/۲	۱/۱۱	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۵/۶	۱/۱۱	۰/۰۰۱
فعالیت بدنی	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۰/۲۷	۱/۱۷	۰/۹۹
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۴	۱/۱۷	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۴/۲۷	۱/۱۷	۰/۰۰۱
مدیریت استرس	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۰/۲۷	۱/۹۵	۰/۹۹
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۹/۰۷	۱/۹۵	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۸/۸	۱/۹۵	۰/۰۰۱
رشد معنوی	درمان شناختی-رفتاری / روان‌درمانی بین‌فردی	۱/۰۷	۱/۲۹	۰/۹۹
	درمان شناختی-رفتاری / کنترل	۵/۴	۱/۲۹	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین‌فردی / کنترل	۶/۴۷	۱/۲۹	۰/۰۰۱

مغز-روده، عوامل شناختی و هیجانی می‌توانند از طریق مسیرهای عصبی و هورمونی بر عملکرد دستگاه گوارش تأثیر بگذارند و موجب تشدید علائم شوند (مایر و همکاران، ۲۰۲۳؛ کارابوتی و سورینو، ۲۰۲۴). در چنین شرایطی، مداخلات روان‌شناختی می‌توانند با اصلاح فرآیندهای شناختی و کاهش تنش هیجانی، چرخه تشدید علائم را مختل کنند.

درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد، کاهش فاجعه‌سازی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و استفاده از تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی، مواجهه تدریجی و بازسازی شناختی، می‌تواند به‌طور مستقیم بر ادراک علائم جسمانی و حساسیت به درد تأثیر بگذارد. این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا تفسیرهای تهدیدآمیز از علائم گوارشی را اصلاح کرده و راهبردهای مؤثرتری برای مدیریت استرس و ناراحتی جسمانی به کار گیرند. در نتیجه، شدت تجربه درد، نفخ و ناراحتی گوارشی کاهش می‌یابد. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با نتایج مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند درمان شناختی-رفتاری یکی از مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی برای اختلالات تعامل روده-مغز است و می‌تواند اضطراب مرتبط با علائم، ادراک درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را بهبود بخشد (هانت، ۲۰۱۹؛ فولادی و همکاران، ۲۰۱۸؛ هانت و همکاران، ۲۰۲۵).

در مقابل، روان‌درمانی بین‌فردی نیز در کاهش بدنی‌سازی مؤثر بود، هرچند میزان تأثیر آن در کاهش نشانه‌های فیزیکی نسبت به درمان شناختی-رفتاری کمتر بود. روان‌درمانی بین‌فردی با تمرکز بر بهبود روابط اجتماعی، حل تعارض‌های بین‌فردی، بازتعریف نقش‌های اجتماعی و افزایش

نتایج حاصل از تحلیل مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های مورد مطالعه حاکی از عدم وجود الگوهای متمایز اثرگذاری درمان‌ها بر مؤلفه‌های مختلف است. به طور کلی، هر دو مداخله درمانی، یعنی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی بین‌فردی، در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر معنادار و مشابهی بر بهبود کلیه مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور داشته‌اند که نشان‌دهنده اثربخشی درون‌گروهی این مداخلات نسبت به عدم دریافت درمان است ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری بر سبک زندگی سلامت‌محور و بدنی‌سازی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود که با استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در کاهش بدنی‌سازی و بهبود سبک زندگی سلامت‌محور مؤثر هستند، با این حال درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های جسمانی بدنی‌سازی اثربخشی بیشتری نشان داد.

یافته‌های مربوط به کاهش بدنی‌سازی نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در مدیریت علائم جسمانی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر داشته باشند. در این بیماران، بدنی‌سازی اغلب با حساسیت بالا نسبت به نشانه‌های بدنی، نگرانی مداوم درباره سلامت و تفسیرهای فاجعه‌آمیز از احساسات جسمانی همراه است. از منظر مدل تعامل

دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و روش‌های چندمنبعی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود تا تصویر دقیق‌تری از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در این بیماران به دست آید.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های گوارش و مراکز درمانی، مداخلات روان‌شناختی به عنوان بخشی از درمان جامع بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد توجه قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی سالم شامل فعالیت بدنی منظم، تنظیم خواب، مدیریت استرس و تقویت روابط اجتماعی به صورت همزمان با مداخلات روان‌شناختی ارائه شود تا پایداری و اثربخشی نتایج درمانی در بلندمدت افزایش یابد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمام مشارکت‌کنندگان و یاری‌کنندگان در فرایند اجرای این پژوهش سپاسگزاری می‌کنند.

تعارض منافع

مؤلف اظهار می‌دارد که منافع متقابلی از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچ تأمین‌کننده مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام با شناسه اخلاق IR. IAU. TJ. REC. 1403. 022 می‌باشد که در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی نیز قابل مشاهده است.

دسترسی به داده‌ها

داده‌های موجود در این تحقیق در صورت درخواست معقول از پدیدآور رابط ارائه می‌گردد و فایل آن موجود است.

نقش نویسندگان

عبداله گلی زاده: طرح پژوهش، اجرای مداخله، جمع‌آوری و ثبت داده‌ها، نگارش، تحلیل آماری، تفسیر نتایج و یافته‌ها، ارائه پیشنهادها.

محمد رجبی: نظارت بر تمام مراحل طرح مسئله و اجرای پژوهش، بازبینی محتوایی و ویرایش تخصصی مقاله.

محمدحسین بیاضی: ویرایش نهایی مقاله و نظارت بر رعایت اصول اخلاقی پژوهش.

حمایت اجتماعی عمل می‌کند. از آنجا که استرس‌های بین‌فردی یکی از عوامل مهم در تشدید علائم گوارشی و افزایش تنش روانی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر است، کاهش این تنش‌ها می‌تواند به کاهش سطح کلی استرس و در نتیجه کاهش شدت علائم جسمانی کمک کند. در واقع، اثر روان‌درمانی بین‌فردی بیشتر از طریق بهبود کارکرد هیجانی و اجتماعی و کاهش فشارهای روانی مزمن اعمال می‌شود. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر روان‌درمانی بین‌فردی می‌تواند با کاهش افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی، به بهبود سازگاری روانی بیماران کمک کنند (مارکوویتز و میلرود، ۲۰۱۴؛ سان و همکاران، ۲۰۲۵؛ لینگ و همکاران، ۲۰۲۴).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که هر دو رویکرد درمانی در بهبود سبک زندگی سلامت‌محور بیماران مؤثر بودند، اما تفاوت معناداری میان اثربخشی آن‌ها مشاهده نشد. سبک زندگی سلامت‌محور شامل مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با حفظ و ارتقای سلامت از جمله فعالیت بدنی منظم، تغذیه مناسب، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت و تنظیم خواب است. در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، رعایت این رفتارها می‌تواند نقش مهمی در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی داشته باشد (السحلی و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های خودتنظیمی، اصلاح باورهای ناکارآمد درباره بیماری و تقویت مهارت‌های حل مسئله می‌تواند به تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت کمک کند. بیماران در این رویکرد می‌آموزند که چگونه با استفاده از برنامه‌ریزی رفتاری، مدیریت استرس و کاهش رفتارهای اجتنابی، کنترل بیشتری بر وضعیت سلامت خود داشته باشند. از سوی دیگر، روان‌درمانی بین‌فردی نیز با کاهش تعارض‌های ارتباطی و افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند زمینه روانی لازم برای اتخاذ رفتارهای سالم را فراهم کند. کاهش استرس‌های بین‌فردی و افزایش احساس حمایت اجتماعی اغلب با افزایش انگیزه برای مراقبت از خود و پایبندی بیشتر به رفتارهای سلامت‌محور همراه است. بنابراین هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما مکمل می‌توانند به بهبود سبک زندگی سلامت‌محور منجر شوند و به همین دلیل تفاوت معناداری میان اثربخشی آن‌ها در این متغیر مشاهده نشد.

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش با دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی در تبیین سندروم روده تحریک‌پذیر همخوانی دارد. بر اساس این دیدگاه، علائم این اختلال نتیجه تعامل پیچیده میان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب، افسردگی و استرس مزمن می‌توانند از طریق تأثیر بر محور مغز-روده و افزایش حساسیت احشایی، شدت علائم گوارشی را افزایش دهند (ترار و همکاران، ۲۰۲۳؛ کارابوتی و سورینو، ۲۰۲۴). بنابراین مداخلات روان‌شناختی که بتوانند این عوامل را تعدیل کنند، نقش مهمی در مدیریت علائم بیماری خواهند داشت. با وجود یافته‌های ارزشمند این پژوهش، لازم است به برخی محدودیت‌ها نیز اشاره شود. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. دوم، در این پژوهش دوره پیگیری بلندمدت برای بررسی پایداری اثرات درمانی انجام نشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های آزمایشی با نمونه‌های بزرگ‌تر،

References

- Belogianni, K., Stennett, E., Felton, J., Hearsey, S., Twomey, A., & Sibelli, A. (2025). Feasibility of incorporating a cognitive behavioural therapy (CBT) for irritable bowel syndrome (IBS) app alongside dietary counselling. *Clinical Nutrition ESPEN*, 68, 854–855. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2025.03.052>
- Beck, J. S. (2016). *Transcultural cognitive behaviour therapy for anxiety and depression: A practical guide*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315677545>
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Saeedi, M., Savabi Niri, V., Nakhostin Asef, Z., & Bourbour, Z. (2023). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on difficulties in emotional regulation and cognitive flexibility in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychology*, 27(1), 28–37. <https://doi.org/10.22054/jpr.2023.69234> [In Persian]
- Carabotti, M., & Severino, G. (2024). The brain–gut axis in the post-COVID era: New insights into interoceptive dysfunction and somatization. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1285074>
- El Salhy, M., Hatlebakk, J. G., & Hausken, T. (2021). Diet and irritable bowel syndrome. *Gastroenterology & Hepatology*, 14(4), 213–221.
- Everett, T., & Moss-Morris, R. (2024). Somatic symptom management in functional gastrointestinal disorders: The role of interoceptive exposure. *Journal of Psychosomatic Research*, 172, 111254. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111254>
- Fouladi, N., Mohammadkhani, S., Enayatollah, S., & Ebrahimi Daryani, N. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving physical and psychological health among patients with irritable bowel syndrome. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 6(3), 312–323. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.3.312> [In Persian]
- Hemmatipour, A., Karimi, F., Jahangirimehr, A., Abdolahi Shahvali, E., & Makvand, M. (2025). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on stress, anxiety, depression, and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain. *Payavard Salamat*, 18(6), 578–588. [In Persian]
- Hossein, A. A., Rahimian Boogar, I., & Najafi, M. (2020). The structural effect of chronic stress, resilience and somatization on functional disability in functional somatic syndrome: The mediating role of mentalization. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 9(34), 151–172. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.05.1665> [In Persian]
- Hunt, M. G. (2019). Cognitive-Behavioral therapy for irritable bowel syndrome. In *Using Central Neuromodulators and Psychological Therapies to Manage Patients with Disorders of Gut-Brain Interaction: A Clinical Guide* (pp. 95-141). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15129-8_10
- Hunt, M., Dalvie, A., Ipek, S., Glinski, S., & Macks, R. (2025). Efficacy of a CBT self-help app (Zemedy) versus an education, relaxation, and mindfulness app for IBS: results from post-treatment, 3-month, and 6-month follow-up. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 10-1097. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001987>
- Käll, A., Bäck, M., Fahlroth, O., Ekeflod, E., Lundberg, A., Viberg, N., & Andersson, G. (2025). Internet-based therapist-supported interpersonal psychotherapy for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 369, 188–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.061>
- Kinsinger, S. W. (2017). Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 231–237.
- Laing, E. M., Heinen, J. M., Acebo de Arriba, R., Schäffeler, N., Zipfel, S., Stengel, A., & Graf, J. (2024). Adaptations of interpersonal psychotherapy in psycho-oncology and its effects on distress, depression, and anxiety in patients with cancer: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 15, 136457. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.136457>
- Markowitz, J. C., & Milrod, B. (2014). Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 31(4), 316–325. <https://doi.org/10.1002/da.22225>
- Mayer, E. A., Gupta, A., & Labus, J. S. (2023). Brain networks in IBS: From structural connectivity to functional dysregulation. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 20(4), 215–230. <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00720-9>
- Mohammadi Zeidi, I., Pakpour Hajiagha, A., & Mohammadi Zeidi, B. (2011). Reliability and validity of Persian version of the Health Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 20(1), 102–113. [In Persian]
- Mostafavi Shirazi, M., Eskandari, H., & Tajeri, B. (2022). The effectiveness of individual psychoanalysis on the severity of gastrointestinal symptoms and perfectionism in people with irritable

- bowel syndrome (IBS). *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(6), 4226–4236. [In Persian]
- Owusu, J. T., Sibelli, A., Moss-Morris, R., van Tilburg, M. A. L., Levy, R. L., & Oser, M. (2021). A pilot feasibility study of an unguided internet-delivered cognitive behavioral therapy program for irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 33(8), e14192. <https://doi.org/10.1111/nmo.14192>
- Sun, X., Zhang, L., Pan, Y., Ni, K., Ji, C., & Zhou, Q. (2025). Group interpersonal psychotherapy for generalized anxiety disorder: Development process and a pilot test. *Clinics*, 80, e1046. <https://doi.org/10.6061/clinics/2025/e1046>
- Tarar, Z. I., Farooq, U., Zafar, Y., Gandhi, M., Raza, S., Kamal, F., ... & Ghouri, Y. A. (2023). Burden of anxiety and depression among hospitalized patients with irritable bowel syndrome: a nationwide analysis. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 192(5), 2159-2166. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03306-2>
- Van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., Van der Roest, H., & De Vries, D. H. (2021). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(7), e249–e255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>