



# A Comparison of Ego Strength, Alexithymia, and Body Image in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals

1. Aliyeh Ghorbani : Master's Student in Clinical Psychology, La.C., Islamic Azad University, Lahijan, Iran
2. Azam Roshandel \*: Department of Psychology, La.C., Islamic Azad University, Lahijan, Iran

\*Corresponding Author's Email: [azam.roshandel@iau.ac.ir](mailto:azam.roshandel@iau.ac.ir)

Received: 2026-01-26

Revised: 2026-05-14

Accepted: 2026-05-21

Initial Publish: 2026-05-24

Final Publish: 2026-10-23



## Abstract

**Introduction and Aim:** Irritable bowel syndrome (IBS) is not only associated with physical symptoms but also accompanied by various psychological difficulties that may negatively affect patients' quality of life and psychological adjustment. The present study aimed to compare ego strength, alexithymia, and body image between patients with IBS and healthy individuals.

**Methodology:** This study employed a causal-comparative design. The statistical population consisted of patients diagnosed with IBS who were referred to gastroenterology specialty clinics in Lahijan during 2025, as well as healthy individuals. The sample included 180 participants (90 IBS patients and 90 healthy individuals) selected through purposive sampling. Research instruments included the DSM-5-TR-based Psychiatric Symptoms Screening Form, Psychological Inventory of Ego Strength (PIES), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), and the Frequency and Severity of Bowel Symptoms Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) in SPSS version 26.

**Findings:** The findings of multivariate analysis revealed significant differences between healthy individuals and patients with IBS in ego strength, alexithymia, and body image. Patients with IBS demonstrated lower levels of ego strength and body image, as well as higher levels of alexithymia compared to healthy individuals. The group effect was significant for ego strength ( $F=32.59$ ), alexithymia ( $F=33.44$ ), and body image ( $F=17.04$ ) at  $P<0.001$ . Partial eta squared values also indicated that group membership explained a substantial proportion of variance in the dependent variables.

**Conclusion:** The results indicated that patients with IBS experience greater psychological vulnerability than healthy individuals. These findings emphasize the importance of incorporating psychological interventions focused on emotional regulation, strengthening ego functions, and improving body image into the treatment and management of IBS patients.

**Keywords:** Ego strength, alexithymia, body image, irritable bowel syndrome, psychological health

**How to Cite:** Ghorbani, A., & Roshandel, A. (2026). A Comparison of Ego Strength, Alexithymia, and Body Image in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(4), 1-16.



**Copyright:** © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

### Extended Abstract

#### Introduction and Aim

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most prevalent functional gastrointestinal disorders characterized by chronic abdominal pain, bloating, constipation, diarrhea, and changes in bowel habits in the absence of identifiable structural abnormalities (Black & Ford, 2020). Due to its chronic and recurrent nature, IBS significantly affects individuals' psychological well-being, social functioning, and quality of life (Alexandru et al., 2022). Recent evidence suggests that IBS should not be considered merely a gastrointestinal disorder; rather, it is a multifactorial condition involving complex interactions among biological, psychological, and social factors (Camilleri, 2021). Studies on the brain-gut axis indicate that emotional stress and psychological vulnerability may influence gastrointestinal functioning through neural, endocrine, and immune pathways (Ceulemans et al., 2022; Shen et al., 2023). Likewise, persistent gastrointestinal symptoms may intensify emotional distress and impair psychological adaptation (Hu et al., 2022).

Research has consistently demonstrated that psychological variables play a crucial role in the onset, maintenance, and exacerbation of IBS symptoms (Borjian Boroujeni et al., 2021). Anxiety, depression, emotional dysregulation, catastrophizing, and maladaptive coping strategies are frequently observed among patients with IBS (Erfan et al., 2021). Consequently, there has been growing interest in identifying deeper personality-related and emotional factors associated with this disorder. Among these variables, ego strength has emerged as an important psychological construct. Ego strength refers to an individual's capacity for emotional regulation, impulse control, adaptation to reality, and resilience in stressful situations (Shojaei & Dehghani, 2023). Individuals with higher ego strength are generally more capable of coping with stress and maintaining psychological balance, whereas those with lower ego strength are more vulnerable to emotional disturbances and psychosomatic conditions (Bahmaninia & Sohrabi Shegefti, 2024). Previous studies have shown that patients with IBS tend to demonstrate weaker ego functioning and maladaptive defense styles compared to healthy individuals (Jafari & Joharifard, 2023; Koochaki Ravandi et al., 2015).

Another important construct associated with psychosomatic disorders is alexithymia. Alexithymia is characterized by difficulties in identifying,

describing, and expressing emotions, as well as an externally oriented cognitive style (Silvestro et al., 2023). Individuals with high alexithymia often experience emotional tension through bodily symptoms rather than verbal emotional expression (Barchetta et al., 2021). This construct has been linked to several chronic medical conditions, including asthma, chronic pain, and gastrointestinal disorders (Silvestro et al., 2023). Studies have reported significantly higher levels of alexithymia among patients with IBS, suggesting that impaired emotional processing may contribute to symptom severity and poor psychological adjustment (Dana et al., 2024; Kano et al., 2020). Moreover, emotional suppression and limited awareness of internal emotional states may intensify stress responses and visceral sensitivity in IBS patients (Bi-Riaei Najafabadi et al., 2023).

Body image is another psychological variable that may be associated with chronic gastrointestinal disorders. Body image refers to an individual's perceptions, attitudes, and emotional experiences regarding their physical appearance and bodily functioning (Rajabi et al., 2024). Chronic gastrointestinal symptoms such as abdominal pain, bloating, and digestive dysfunction may negatively influence individuals' satisfaction with their bodies and increase self-consciousness in social situations (Farrokhi Moghadam et al., 2025). Negative body image has been associated with lower self-esteem, interpersonal difficulties, emotional dysregulation, and psychological distress (Couper et al., 2021). Previous findings suggest that individuals with chronic illnesses often report poorer body image and lower body satisfaction compared to healthy populations (Aini et al., 2018).

Despite the growing body of literature on psychological aspects of IBS, limited research has simultaneously examined ego strength, alexithymia, and body image among patients with IBS and healthy individuals. Most previous studies have focused on therapeutic interventions or investigated these constructs separately (Nouri et al., 2023a, 2023b). Therefore, the present study aimed to compare ego strength, alexithymia, and body image between patients with IBS and healthy individuals.

#### Methodology

The present study employed a causal-comparative research design. The statistical population consisted of all patients diagnosed with irritable bowel syndrome who were referred to gastroenterology specialty and subspecialty clinics in Lahijan, Iran,

during 2025. The healthy comparison group included individuals without gastrointestinal or severe psychiatric disorders. A total of 180 participants were selected through purposive sampling, including 90 patients with IBS and 90 healthy individuals.

Inclusion criteria for the IBS group included a confirmed diagnosis of irritable bowel syndrome by a gastroenterologist, willingness to participate in the study, and the absence of severe psychiatric disorders. Inclusion criteria for the healthy group included the absence of gastrointestinal disorders, no history of major psychiatric conditions, and willingness to participate. Participants who failed to complete the questionnaires or withdrew from the study were excluded. Ethical considerations, including informed consent, confidentiality, voluntary participation, and the right to withdraw, were fully observed throughout the study.

Data collection instruments included the Psychological Inventory of Ego Strength (PIES), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), the Frequency and Severity of Bowel Symptoms Scale (FS-BSS), and a researcher-made psychiatric screening form based on DSM-5-TR criteria. The Psychological Inventory of Ego Strength assessed various dimensions of ego functioning and psychosocial adaptation. The Toronto Alexithymia Scale measured difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking. The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire evaluated participants' body image attitudes and satisfaction with appearance and body functioning.

Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated for all variables. Assumptions of normality and homogeneity of variance-covariance matrices were examined prior to inferential analyses. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was employed to compare the two groups on ego strength, alexithymia, and body image. Follow-up univariate analyses were subsequently conducted to identify significant differences between groups on each dependent variable.

### Findings

Descriptive findings indicated that healthy individuals demonstrated higher mean scores on ego strength and body image, whereas patients with IBS obtained higher scores on alexithymia. In the healthy group, the mean score of ego strength was substantially higher

compared to the IBS group. Conversely, alexithymia scores were markedly elevated among patients with IBS. Body image scores were also lower in the IBS group, indicating greater dissatisfaction with bodily appearance and functioning.

Preliminary analyses confirmed that the assumptions for multivariate analysis of variance were adequately met. Results of Wilks' Lambda indicated a statistically significant multivariate effect for group membership on the combined dependent variables. The findings demonstrated that healthy individuals and patients with IBS significantly differed in the overall pattern of ego strength, alexithymia, and body image.

Follow-up univariate analyses revealed significant differences between the two groups across all three psychological variables. Patients with IBS reported significantly lower ego strength compared to healthy individuals. They also demonstrated significantly higher levels of alexithymia. In addition, body image scores were significantly lower among patients with IBS, suggesting more negative perceptions and attitudes toward their bodies. Effect size estimates indicated that group membership accounted for a meaningful proportion of variance in all three variables, with particularly strong effects observed for ego strength and alexithymia. Statistical power for all analyses was satisfactory, indicating adequate sensitivity for detecting group differences.

### Discussion and Conclusion

The present study aimed to compare ego strength, alexithymia, and body image between patients with irritable bowel syndrome and healthy individuals. The findings revealed that patients with IBS experienced significantly lower ego strength, higher alexithymia, and poorer body image than healthy participants. These findings support the notion that IBS is closely associated with psychological vulnerability and emotional dysfunction.

Lower ego strength among IBS patients suggests that these individuals may experience greater difficulty coping with stress, regulating emotions, and adapting to challenging situations. Chronic gastrointestinal symptoms, persistent pain, and uncertainty regarding symptom recurrence may gradually weaken psychological resilience and adaptive functioning. Reduced ego strength may also contribute to maladaptive coping strategies and emotional instability, thereby intensifying psychosomatic symptoms.

The significantly higher levels of alexithymia observed among patients with IBS highlight the importance of emotional processing difficulties in this disorder. Individuals with alexithymia often struggle to recognize and verbalize emotional experiences, leading them to express emotional distress through bodily symptoms. Such emotional dysregulation may increase physiological stress responses and visceral hypersensitivity, both of which are implicated in the pathophysiology of IBS. The findings suggest that alexithymia may function as both a vulnerability factor and a maintaining factor in gastrointestinal symptom severity.

The results also indicated that IBS patients reported poorer body image than healthy individuals. Chronic abdominal discomfort, bloating, and digestive disturbances may negatively affect individuals' perceptions of their physical appearance and bodily functioning. Negative body image can contribute to

lower self-esteem, social withdrawal, and heightened self-consciousness, thereby exacerbating psychological distress. Since body image is closely related to emotional well-being and interpersonal functioning, dissatisfaction with one's body may further intensify the psychosocial burden of IBS.

Overall, the findings of the present study emphasize the interconnectedness of emotional, personality-related, and bodily self-perception factors in patients with IBS. Ego weakness, alexithymia, and negative body image may interact in a reciprocal manner, creating a cycle of psychological distress and physical symptom exacerbation. These findings underscore the importance of integrating psychological interventions into the treatment of IBS. Approaches focusing on emotional awareness, emotion regulation, strengthening ego functions, and improving body image may help reduce symptom severity and improve quality of life among patients with IBS.

# مقایسه نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد سالم

۱. عالیہ قربانی<sup>۱</sup>: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

۲. اعظم روشندل<sup>۲</sup>: گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: azam.roshandel@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۳/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۳۱

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۲۴

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶

## چکیده

**مقدمه و هدف:** سندرم روده تحریک‌پذیر علاوه بر نشانه‌های جسمانی، با مشکلات روان‌شناختی متعددی همراه است که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سازگاری روانی بیماران تأثیر بگذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم انجام شد.

**روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی و فوق‌تخصصی گوارش شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۴ و همچنین افراد سالم بود. نمونه پژوهش شامل ۱۸۰ نفر (۹۰ بیمار و ۹۰ فرد سالم) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل فرم غربالگری اختلالات روانی مبتنی بر DSM-5-TR، سیاهه روان‌شناختی قدرت ایگو، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، پرسشنامه روابط چندبعدی بدن - خود و مقیاس فراوانی و شدت علائم روده بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS-۲۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه سالم و مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در متغیرهای نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود دارد. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم نمرات پایین‌تری در نیرومندی من و تصویر بدنی و نمرات بالاتری در ناگویی هیجانی کسب کردند. اثر گروه بر نیرومندی من ( $F=۳۲/۵۹$ )، ناگویی هیجانی ( $F=۳۳/۴۴$ ) و تصویر بدنی ( $F=۱۷/۰۴$ ) در سطح  $P<۰/۰۰۱$  معنادار بود. همچنین مقادیر اتای جزئی نشان داد که متغیر گروه سهم قابل توجهی در تبیین واریانس متغیرهای وابسته دارد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از نظر شاخص‌های روان‌شناختی در وضعیت آسیب‌پذیرتری نسبت به افراد سالم قرار دارند. این نتایج بر اهمیت توجه به مداخلات روان‌شناختی، به‌ویژه در حوزه تنظیم هیجان، تقویت نیرومندی من و بهبود تصویر بدنی در فرایند درمان و مدیریت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأکید می‌کند.

**کلیدواژه‌گان:** نیرومندی من، ناگویی هیجانی، تصویر بدنی، سندرم روده تحریک‌پذیر، سلامت روان



**نحوه استناددهی:** قربانی، عالیہ، و روشندل، اعظم. (۱۴۰۵). مقایسه نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۴)، ۱-۱۶.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

## مقدمه

در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به نقش متغیرهای شخصیت و سازه‌های روان‌شناختی عمیق در تبیین اختلالات روان‌تنی معطوف شده است. یکی از این متغیرها نیرومندی من است که در نظریه‌های روان‌تحلیلی به توانایی فرد در سازگاری با واقعیت، کنترل تکانه‌ها، تحمل فشار روانی و حفظ انسجام روانی اشاره دارد (Shojaei & Dehghani, 2023). نیرومندی من، شاخصی از سلامت روان و بلوغ شخصیت محسوب می‌شود و افرادی که از نیرومندی من بالاتری برخوردارند، در مواجهه با استرس‌های زندگی از انعطاف‌پذیری بیشتر و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده می‌کنند (Mohammadi et al., 2023). در مقابل، ضعف نیرومندی من می‌تواند فرد را نسبت به اضطراب، آشفتگی هیجانی و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر سازد (Bahmaninia & Sohrabi Shegefti, 2024). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نیرومندی من با کیفیت روابط بین‌فردی، تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی ارتباط مستقیم دارد و ضعف در این سازه می‌تواند با افزایش آسیب‌پذیری روانی همراه باشد (Oveisi et al., 2023).

در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، نیرومندی من از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا این بیماران به‌طور مداوم با درد، نگرانی از عود علائم و محدودیت‌های اجتماعی مواجه‌اند و همین امر نیازمند ظرفیت بالایی برای مدیریت استرس و تنظیم هیجان‌ات است (Koochaki Ravandi et al., 2015). مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به این سندرم، در مقایسه با افراد سالم، نمرات پایین‌تری در شاخص‌های نیرومندی من کسب می‌کنند و بیشتر از سبک‌های دفاعی ناکارآمد استفاده می‌نمایند (Jafari & Joharifard, 2023). همچنین ضعف در نیرومندی من می‌تواند موجب افزایش حساسیت نسبت به درد، کاهش تحمل ناکامی و تشدید ادراک بیماری شود (Narimani & Parnian Khoy, 2021). از این‌رو بررسی این سازه می‌تواند در درک بهتر ابعاد روان‌شناختی سندرم روده تحریک‌پذیر و طراحی مداخلات درمانی مؤثر نقش مهمی ایفا کند.

متغیر مهم دیگری که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به دشواری در شناسایی، تمایز و توصیف احساسات اشاره دارد و با تفکر عینی و ضعف در پردازش هیجانی همراه است (Silvestro et al., 2023). افراد دارای

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با مجموعه‌ای از علائم مزمن شامل درد شکمی، نفخ، اسهال، یبوست و تغییر در الگوی دفع شناخته می‌شود و به دلیل ماهیت مزمن و عودکننده خود، تأثیرات گسترده‌ای بر کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان افراد برجای می‌گذارد (Black & Ford, 2020). این اختلال نه تنها بار اقتصادی و درمانی قابل توجهی بر نظام سلامت تحمیل می‌کند، بلکه موجب کاهش عملکرد شغلی، افت روابط بین‌فردی و محدودیت در فعالیت‌های روزمره نیز می‌شود (Alexandru et al., 2022). مطالعات همه‌گیرشناختی نشان داده‌اند که شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در بسیاری از کشورها رو به افزایش است و عوامل زیستی، ایمنی، روان‌شناختی و اجتماعی به‌صورت هم‌زمان در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند (Camilleri, 2021). همچنین شواهد جدید نشان می‌دهد که تغییرات میکروبیوتای روده و اختلال در محور مغز- روده می‌تواند زمینه‌ساز افزایش حساسیت احشایی، تشدید استرس روانی و اختلال در تنظیم هیجان در این بیماران شود (Ceulemans et al., 2022; Wang et al., 2023).

پژوهشگران بر این باورند که سندرم روده تحریک‌پذیر را نمی‌توان صرفاً یک اختلال جسمانی تلقی کرد، بلکه این بیماری در بستر یک الگوی زیستی- روانی- اجتماعی شکل می‌گیرد که در آن متغیرهای روان‌شناختی نقش محوری دارند (Black & Ford, 2020). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که اضطراب، افسردگی، استرس ادراک‌شده و سبک‌های ناکارآمد مقابله‌ای در بیماران مبتلا به این سندرم شیوع بیشتری دارد و همین عوامل موجب تشدید نشانه‌های گوارشی می‌شوند (Hu et al., 2022; Shen et al., 2023). از سوی دیگر، تجربه مداوم درد و ناراحتی گوارشی نیز می‌تواند زمینه‌ساز افزایش آسیب‌پذیری روانی و افت سلامت هیجانی در این بیماران گردد (Duncanson et al., 2019). بر اساس مدل محور مغز- روده، میان سیستم عصبی مرکزی، سیستم ایمنی و دستگاه گوارش ارتباطی دوسویه برقرار است؛ بنابراین هرگونه آشفتگی روانی می‌تواند از طریق تغییرات عصبی و هورمونی، بر شدت علائم گوارشی اثر بگذارد و بالعکس (Borjian Boroujeni et al., 2021).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تصویر بدنی ضعیف با کاهش عزت‌نفس، افزایش اضطراب اجتماعی و اختلال در روابط بین‌فردی همراه است (Aini et al., 2018). همچنین نارضایتی از تصویر بدنی می‌تواند تنظیم هیجان را مختل کرده و زمینه را برای تشدید مشکلات روان‌تنی فراهم سازد (Rajabi et al., 2024). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن معمولاً نسبت به ظاهر و کارکرد جسمانی خود نگرش منفی‌تری دارند و این مسئله می‌تواند بر کیفیت زندگی و سازگاری روانی آنان اثر بگذارد (Farrokhi Moghadam et al., 2025). از سوی دیگر، برخی مطالعات نشان داده‌اند که نگرانی درباره تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با شدت علائم جسمانی و میزان استرس روانی ارتباط معنادار دارد (Erfan et al., 2021).

با وجود اهمیت متغیرهای نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در تبیین ابعاد روان‌شناختی سندرم روده تحریک‌پذیر، پژوهش‌های اندکی این سه سازه را به صورت هم‌زمان مورد بررسی قرار داده‌اند. بیشتر مطالعات پیشین بر مداخلات درمانی یا بررسی جداگانه هر یک از این متغیرها تمرکز داشته‌اند و کمتر به مقایسه جامع بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم پرداخته شده است (Nouri et al., 2023a, 2023b). از سوی دیگر، بررسی هم‌زمان این متغیرها می‌تواند درک دقیق‌تری از سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر در شکل‌گیری و تداوم این اختلال فراهم کند و زمینه را برای طراحی درمان‌های چندبعدی و تلفیقی مهیا سازد (Borjian Boroujeni et al., 2021).

با توجه به شیوع بالای سندرم روده تحریک‌پذیر، تأثیرات گسترده آن بر کیفیت زندگی و نقش مهم عوامل روان‌شناختی در تشدید یا تداوم علائم بیماری، شناخت ویژگی‌های هیجانی و شخصیتی این بیماران از اهمیت نظری و بالینی ویژه‌ای برخوردار است. همچنین بررسی تفاوت‌های موجود میان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم می‌تواند به شناسایی عوامل آسیب‌پذیری روان‌شناختی و تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مؤثر کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم انجام شد.

ناگویی هیجانی بالا معمولاً قادر نیستند هیجانات خود را به صورت سازگارانه ابراز کنند و در نتیجه، تنش‌های هیجانی را به شکل نشانه‌های جسمانی تجربه می‌کنند (Dana et al., 2024). این ویژگی به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در شکل‌گیری اختلالات روان‌تنی شناخته می‌شود و پژوهش‌ها ارتباط آن را با بیماری‌های مزمن، دردهای جسمانی و اختلالات گوارشی تأیید کرده‌اند (Barchetta et al., 2021).

در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، ناگویی هیجانی می‌تواند باعث افزایش شدت درد، تشدید استرس و ناتوانی در مدیریت هیجانات منفی شود (Bi-Riaei Najafabadi et al., 2023). افرادی که توانایی شناسایی و بیان احساسات خود را ندارند، بیشتر مستعد تجربه نگرانی، فاجعه‌سازی درد و حساسیت نسبت به نشانه‌های بدنی هستند (Couper et al., 2021). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند و این ویژگی با شدت علائم گوارشی، اضطراب و افسردگی آنان رابطه مستقیم دارد (Kano et al., 2020). همچنین مطالعات درمانی حاکی از آن است که مداخلاتی نظیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت می‌توانند از طریق کاهش ناگویی هیجانی، به بهبود وضعیت روانی و جسمانی این بیماران کمک کنند (Dana et al., 2024; Jafari & Joharifard, 2023).

از دیگر متغیرهای مهم مرتبط با سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلالات مزمن، تصویر بدنی است. تصویر بدنی به ادراک، نگرش و احساس فرد نسبت به بدن و ظاهر جسمانی خود اشاره دارد و یکی از مؤلفه‌های اساسی خودپنداره محسوب می‌شود (Rajabi et al., 2024). تجربه درد مزمن، ناراحتی‌های جسمانی و نگرانی مداوم درباره وضعیت سلامت می‌تواند موجب شکل‌گیری نگرش منفی نسبت به بدن گردد و رضایت فرد از ظاهر و عملکرد جسمانی خود را کاهش دهد (Farrokhi Moghadam et al., 2025). در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، علائمی نظیر نفخ، درد شکمی و اختلال در عملکرد گوارشی ممکن است باعث احساس شرم، نگرانی اجتماعی و نارضایتی از بدن شود (Erfan et al., 2021).

## روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مطب‌های متخصص و فوق تخصص گوارش، واقع در شهرستان لاهیجان در سال ۱۴۰۴ بود. همچنین گروه دوم هم شامل افراد سالم از نظر جسمی و روانی بدون وجود مشکلات گوارشی بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند بود و نمونه‌های این پژوهش شامل ۹۰ نفر در هر گروه، مجموعاً ۱۸۰ نفر بود. ملاک ورود به پژوهش شامل نداشتن هیچ‌گونه بیماری گوارشی در گروه افراد سالم، عدم بیماری روان‌پزشکی و مصرف داروها در هر دو گروه (با فرم غربالگری اختلالات روانی بر اساس DSM\_5\_TR)، مبتلا بودن به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه افراد بیمار با تشخیص پزشک متخصص گوارش و داشتن علاقه به شرکت در پژوهش در هر دو گروه بود و ملاک خروج از پژوهش شامل عدم پاسخ کامل به پرسشنامه در هر دو گروه و عدم علاقه به شرکت در پژوهش در هر دو گروه بود. در پژوهش حاضر، پژوهشگر با رعایت نکات اخلاقی زیر مطالعه خود را انجام داد: اخذ اجازه کتبی جهت انجام پژوهش، اخذ رضایت از واحدهای پژوهش، پژوهشگر خود را به کلیه واحدهای موردپژوهش معرفی کرده است، واحدهای موردپژوهش برای شرکت و یا عدم شرکت در پژوهش آزاد بودند، هدف از انجام پژوهش برای کلیه نمونه‌ها توضیح داده شده است، به واحدهای موردپژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه ماند، به واحدهای موردپژوهش اطمینان داده شد که هر زمان مایل بودند می‌توانند از تحقیق خارج شوند، به نمونه‌ها اطلاع داده شده که در صورت تمایل به آگاهی از نتایج پژوهش، خلاصه نتایج در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

## فرم غربالگری اختلالات روانی (بر اساس DSM-5-TR)

**محقق ساخته:** این فرم توسط پژوهشگر طراحی شده و شامل ۲۲ سؤال می‌باشد و بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. هدف آن بررسی علائم روان‌شناختی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5-TR است.

پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۰۴ درصد است که نشان‌دهنده پایایی خوب ابزار است.

## سیاهه روان‌شناختی قدرت ایگو ( Psychological Inventory of Ego Strength (PIES): این ابزار توسط

استروم<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده که به‌عنوان مقیاسی خود گزارشی برای سنجش ۸ مؤلفه قدرت ایگو، برگرفته از مراحل هشت‌گانه رشد روانی اجتماعی اریکسون است. خرده مقیاس‌های: قدرت ایگو در پیوند جویی، قدرت ایگو در کنترل محیط، قدرت ایگو در انسجام، قدرت ایگو در انسجام اجتماعی، قدرت ایگو در خود پنداره، قدرت ایگو در برتر جویی، قدرت ایگو در بلوغ اخلاقی، قدرت ایگو در انسجام شناختی را شامل می‌شود که در هر خرده مقیاس شامل ۸ سؤال می‌باشد. این ابزار از نظر روایی و پایایی نیز تأیید شده است. هر زیر مقیاس این پرسش‌نامه، یکی از مراحل روانی اجتماعی مرتبط با «من» را نشان می‌دهد. در مجموع این مقیاس، برای سنجش میزان رشد و سازگاری روانی اجتماعی به کار می‌رود. ضریب همسانی درونی برای هر خرده مقیاس و نمره کل از پذیرفتنی تا خیلی خوب بود: امید (۰/۸۱)، اراده (۰/۶۹)، هدف (۰/۷۱)، شایستگی (۰/۷۷)، وفاداری (۰/۶۲)، عشق (۰/۶۰)، مراقبت (۰/۸۳)، خرد (۰/۷۲)، نمره کامل نیرومندی من (۰/۹۷) گزارش شده است (۳۵). این پرسش‌نامه دارای ۶۴ سؤال است و بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، به صورت: کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲، اصلاً با من مطابق نیست نمره ۱، نمره‌گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات معکوس، به صورت برعکس انجام می‌شود. نمره نهایی فرد از طریق جمع نمرات کسب‌شده در تمامی سؤالات پرسشنامه محاسبه می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است (جعفری و همکاران، ۱۴۰۲). نمرات بالا در همه خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه نشان‌دهنده سلامت روانی-اجتماعی مناسب و بلوغ روانی-اجتماعی است. همسانی درونی مقیاس در مطالعات مختلف نشان داده شده است. روایی همگرایی این پرسشنامه نیز با ارزیابی تکامل هویت، عزت‌نفس، اهداف زندگی، منبع کنترل درونی و نقش‌های جنسیتی نشان داده شده است. علاوه بر این، اعتبار تفکیکی این مقیاس

1. Strom

به‌وسیله نمایان ساختن همبستگی منفی بین توانمندی ایگو و ناامیدی، بحران هویت، تأخیر هویت و ناامیدی شخصی نشان داده شده است (نریمانی و پرنیان خوی، ۱۴۰۰). استروم و همکاران در ۱۹۹۷ پایایی ابزار را از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۶۸) گزارش کردند. الطافی (۱۳۹۵) نیز آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه‌های ایرانی (۰/۹۱) و پایایی دو نیمه‌سازی مقیاس را (۰/۷۷) گزارش کرد. پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ در پژوهش جعفری و جوهری فرد (۱۴۰۲)، ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین در پژوهش مهرداد و همکاران (۱۴۰۰) میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۱)، و همچنین، در پژوهش اویسی و همکاران (۱۴۰۲)، پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ (۰/۷۸) درصد گزارش شده است. همچنین در پژوهش پرویز و همکاران، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۶۴) گزارش شده است (عینی و همکاران، ۱۳۹۷). آن‌ها همچنین روایی این ابزار را با استفاده از همبستگی آن با سایر معیارهای روانی-اجتماعی مورد بررسی قراردادند که نتایج حاصل از این بررسی نشان داد همبستگی نمرات قدرت ایگو با نمرات عزت‌نفس (۰/۶۲)، همدلی (۰/۴۶) و سبک‌های مقابله‌ای (۰/۴۷) مثبت و معنادار بود که نشانگر تأیید روایی ملاکی این مقیاس است. همچنین جهت بررسی روایی این پرسشنامه، روش آماری تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت که مقدار شاخص بارتلت<sup>۱</sup> برابر با (۰/۸۵۱) و نیز مقدار عددی شاخص خی دو برابر با (۶۳۶۳/۲۹۱) بود که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار بود (بهمنی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۳). آلفای کرونباخ این پرسشنامه، در پژوهش نریمانی و همکاران (۱۴۰۰) (۰/۸۱) درصد گزارش شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های زیر که تمام مقادیر برحسب درصد آمده‌اند شامل: امید (۷۴/۹)، خواسته (۸۴/۸)، هدف (۸۵/۹)، شایستگی (۸۱/۲)، وفاداری (۹۱/۸)، عشق (۷۸/۹)، مراقبت (۹۵/۴)، خرد (۰/۸۵) و پایایی کل پرسشنامه برابر با (۹۴/۴) است که نشان‌دهنده پایایی عالی ابزار می‌باشد.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ( Toronto Alexithymia Scale ) (TAS-20):** این مقیاس در سال (۱۹۸۶) توسط تایلور<sup>۲</sup>

ساخته شد و در سال (۱۹۹۴) توسط بگی<sup>۳</sup> و همکاران تجدیدنظر گردید. این پرسشنامه برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سؤال است. این مقیاس دارای سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات شامل (۷ سؤال: ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) دشواری در توصیف احساسات شامل (۵ سؤال: ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و تفکر عینی شامل (۸ سؤال: ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از نمره (۱)، کاملاً مخالف تا نمره (۵) کاملاً موافق بوده است. دامنه نمرات این مقیاس ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره (۲۰) تا (۱۰۰) نشان‌دهنده ناگویی هیجانی پایین فرد است. نمره (۴۱ تا ۶۰) بیانگر ناگویی هیجانی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بالا در فرد بوده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌هایی بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۱۳۸۵) در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت بافاصله چهار هفته از (۰/۷۰ تا ۰/۷۷) برای کل و زیر مقیاس‌های مختلف آن تأیید شد. روایی هم‌زمان مقیاس‌گذاری هیجان تورنتو-۲۰ برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰، در مطالعات بشارت و همکاران (۱۳۸۵) تأیید کردند. و نیز در مطالعه بشارت (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس (DIF, EOT, DDF) به ترتیب (۰/۸۵)، (۰/۸۲)، (۰/۷۵) و (۰/۷۲) درصد گزارش شده است (عبدی زرین و نیکخواه سیروی، ۱۴۰۰). در پژوهش فرامرزی راد و همکاران، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۷۱) درصد به‌دست آمده است. همچنین در مطالعه‌ای دیگر از بشارت و همکاران (۱۳۹۷) روایی هم‌زمان مقیاس برحسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس (۰/۴۲ تا ۰/۸۵) محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس بوده است. ضریب آلفای کرونباخ

3. Bagby

1. Bartlett's test of sphericity (Bartlett, 1950)

2. Taylor

پرسش‌نامه در مطالعات داخلی و خارجی متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. سنجش اعتبار یابی پرسش‌نامه توسط آگلیاتا<sup>۲</sup> و تان تلف<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) انجام شده است که همسانی درونی ارزیابی قیافه (۰/۸۶)، جهت‌گیری قیافه (۰/۸۹)، ارزیابی تناسب‌اندام (۰/۸۰)، جهت‌گیری تناسب‌اندام (۰/۹۱)، وزن ذهنی (۰/۹۰) و رضایت بدنی (۰/۷۷) بوده است. در فرم فارسی این پرسشنامه که توسط بشارت (۲۰۰۸) ترجمه و اعتبار یابی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ در مورد ماده‌های هریک از زیر مقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۲۱۷ نفری از دانش‌آموزان به ترتیب (۰/۸۸)، (۰/۸۵)، (۰/۸۳)، (۰/۷۹)، (۰/۹۱) و (۰/۹۴) گزارش گردید که نشانه همسانی درونی خوب پرسش‌نامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۶۷ نفر از نمونه‌های از پیش‌گفته در دو نوبت بافاصله زمانی دو هفته به ترتیب، (۰/۷۸) برای ارزشیابی قیافه، (۰/۷۵) برای جهت‌گیری قیافه، (۰/۷۱) برای ارزشیابی تناسب‌اندام، (۰/۶۱) برای جهت‌گیری تناسب‌اندام، (۰/۸۴) برای وزن ذهنی و (۰/۸۹) برای رضایت از نواحی بدن به‌دست‌آمده است که نشانه پایایی باز آزمایشی رضایت‌بخش مقیاس هست. خانجانی، بهادری و خسروانی (۲۰۱۳) در پژوهش خود، آلفای کرونباخ این مقیاس را (۰/۸۶) گزارش کرده‌اند (دهقان اردکانی و مصطفوی راد، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های زیر که تمام مقادیر به درصد آمده‌اند شامل: ارزیابی ظاهر (۸۲/۵)، گرایش به ظاهر (۸۳/۵)، ارزیابی تناسب اندام (۹۶/۷)، گرایش به تناسب اندام (۷۹/۱)، خود طبقه‌بندی وزن (۷۳/۹)، رضایت از نواحی بدن (۸۶/۵) و پایایی کل پرسش‌نامه برابر با (۹۴/۳) درصد است و نشان‌دهنده پایایی عالی ابزار است.

**مقیاس فراوانی و شدت علائم روده BSS\_FS (Bowel Symptoms Severity Frequency Scale)** این مقیاس بر اساس ملاک‌های تشخیصی رم تری<sup>۴</sup>، برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، با اسهال غالب توسط صولتی دهکردی و همکاران ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۰ سؤال در مورد فراوانی و شدت علائم، طیف پاسخ‌گویی آن از نوع مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی

مقیاس ناگویی خلقی در مطالعه جعفری و جوهری فرد (۱۴۰۲) برای نمره کل (۰/۸۱) و خرده مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب (۰/۸۴)، (۰/۷۸)، (۰/۷۹) به‌دست‌آمده است. در مطالعه داودی و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. این ضرایب برای نمره کل آزمون در کل نمونه (۰/۸۰) و در سه زیر مقیاس آزمون (۰/۸۳)، (۰/۶۷) و (۰/۵۲) به دست آمد و به تفکیک دو نمونه، ضرایب به ترتیب در نمونه سالم (۰/۷۷)، (۰/۸۰)، (۰/۶۷) و (۰/۵۱) و در نمونه بیمار (۰/۸۲)، (۰/۸۵)، (۰/۵۳) درصد است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات (۹۳/۳)، دشواری در توصیف احساسات (۸۶/۲) و تفکر عینی (۹۸/۶) است و پایایی کل پرسش‌نامه برابر با (۰/۷۸) درصد می‌باشد که نشان‌دهنده پایایی خوب است.

### پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود (Multidimensional Body-Self Relationship Questionnaire)

(MBSRQ) (Questionnaire): نسخه نهایی این پرسشنامه در سال (۱۹۹۷) به‌وسیله کش<sup>۱</sup> تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴۶ سؤال برای سنجش روابط چندبعدی بدن خود است. این پرسشنامه در کل دارای سه زیر مقیاس نگرشی شامل: ارزیابی، توجه و رفتار است که مقیاس ارزیابی ظاهر فیزیکی در مطالعات بسیاری به‌کاررفته است و دارای ۶ زیر مقیاس شامل: ارزیابی وضع ظاهری (۷ گویه)، گرایش به ظاهر (۱۲ گویه)، ارزیابی تناسب‌اندام (۱۵ گویه)، گرایش به تناسب اندام (۱۳ گویه)، دل‌مشغولی به‌اضافه وزن یا وزن ذهنی (۲ گویه) و رضایت از نواحی بدن (۹ گویه) است. کش در (۱۹۹۷) همسانی درونی، زیرمقیاس‌های ارزیابی وضع ظاهری (۰/۸۸) و گرایش به‌تناسب را (۰/۸۹) گزارش کرده است. در مطالعه‌ای دیگر از کش، همسانی درونی زیر مقیاس ارزیابی وضع ظاهری (۰/۸۸) و همسانی درونی رضایت‌مندی از نواحی بدن (۰/۷۷) به‌دست‌آمده و همچنین زیر مقیاس ارزیابی وضع ظاهری، دارای اعتبار (۰/۸۶) بوده است (اسکندر نژاد، ۱۳۹۷). نحوه نمره دهی و تحلیل این پرسش‌نامه نیز به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود. نمرات این پرسش‌نامه در دامنه‌های بین ۴۶ تا ۲۳۰ قرار می‌گیرند و نمرات بیشتر در این آزمون نشان‌دهنده رضایت‌مندی از بدن است. مشخصه روان‌سنجی این

1. Cash

2. Agliata (2004)

3. Tantleff-Dunn (2004)

4. Rome III Diagnostic Criteria for Irritable Bowel Syndrome (IBS; Drossman et al., 2006)

### یافته‌ها

در این قسمت ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی آورده شده است. در گروه سالم ۲۱ نفر مرد و ۶۹ نفر زن بودند که به ترتیب ۲۳/۳ درصد و ۷۶/۷ درصد را تشکیل می‌دهند. در گروه دارای سندرم روده تحریک‌پذیر ۱۱ نفر مرد معادل ۱۲/۲ درصد و ۷۹ نفر زن معادل ۸۷/۸ درصد حضور داشتند. در هر دو گروه، اکثریت نمونه را زنان تشکیل داده‌اند. در گروه سالم، بیشتر افراد زیر ۳۰ سال با تعداد ۶۷ نفر معادل ۷۴/۴ درصد بودند. در گروه دارای سندرم روده تحریک‌پذیر نیز بیشترین فراوانی مربوط به افراد زیر ۳۰ سال با ۴۶ نفر معادل ۵۱/۱ درصد بود، هرچند نسبت این گروه کمتر از گروه سالم بود. در گروه مبتلا، سهم افراد بالای ۴۰ سال بیشتر است به طوری که ۲۶/۷ درصد را شامل می‌شود، در حالی که در گروه سالم فقط ۸/۹ درصد در این بازه سنی قرار دارند. در گروه سالم، بیشترین افراد دارای مدرک لیسانس با ۶۱ نفر معادل ۶۷/۸ درصد بودند و بعد از آن فوق دیپلم با ۲۷/۸ درصد قرار دارد. در گروه دارای سندرم روده تحریک‌پذیر نیز بیشترین افراد دارای مدرک لیسانس با ۴۶ نفر معادل ۵۱/۱ درصد بودند و بعد از آن فوق دیپلم با ۱۸/۹ درصد قرار داشت. همچنین سهم افراد با تحصیلات زیر دیپلم در گروه مبتلا بیشتر است و به ۱۳/۳ درصد می‌رسد در حالی که در گروه سالم فقط ۲/۲ درصد است. در گروه سالم بیشتر افراد مجرد بودند با ۶۶ نفر معادل ۷۳/۳ درصد، در حالی که در گروه دارای سندرم روده تحریک‌پذیر سهم مجردها و متأهل‌ها مساوی و هر کدام ۴۱ نفر معادل ۴۵/۶ درصد بود. همچنین تنها در گروه مبتلا، ۸ نفر معادل ۸/۹ درصد مطلقه وجود داشت.

پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۰ تا ۵۰ دارد و امتیازات کمتر از ۱۵ نشان‌دهنده عدم ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد در مرحله نخست، آزمون بر روی ۴۰ بیمار اجرا شد و بر اساس نتایج به دست آمده، مواردی که برای بیماران نامفهوم یا مبهم بودند حذف یا اصلاح شدند. پس از تدوین نسخه نهایی ابزار، اعتبار صوری آن توسط چند تن از متخصصان گوارش مورد تأیید قرار گرفت. برای ارزیابی پایایی ابزار، ۴۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با اسهال غالب، به صورت تصادفی انتخاب شده و آزمون به روش باز آزمایی، در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته اجرا گردید. ضریب همبستگی نمرات به دست آمده از دو نوبت اجرا، برابر با (۰/۸۱) گزارش شد و همچنین میزان ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش صولتی و همکاران (۰/۸۹) به دست آمده است (۱۳۰). ضریب پایایی کلی این مقیاس، در پژوهش کامکار و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۷۰) بوده است. همبستگی نمرات به دست آمده برای فراوانی علائم برابر با  $r = (0/76)$  و برای شدت علائم برابر با  $r = (0/73)$  است. در پژوهش عرفان و همکاران (۱۴۰۰)، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه (۰/۸۶) به دست آمده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه (۹۳/۷) می‌باشد که نشان‌دهنده پایایی عالی ابزار است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پس از تعیین تفاوت کلی با واریانس چندمتغیره، برای هر یک از متغیرهای وابسته به صورت جداگانه آزمون‌های تعقیبی انجام شد تا مشخص شود کدام یک از متغیرها باعث تفاوت کلی شده است. تمامی تجزیه و تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS انجام شد.

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای تحقیق در گروه افراد سالم

گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	حداقل	حداکثر
گروه سالم	نیرومندی من	۲۲۶/۷۷	۲۲/۱۸	۰/۴۹	۰/۰۶	۱۸۷	۲۸۵
	ناگویی هیجانی	۵۱/۵۶	۱۰/۳۳	۰/۰۷	-۰/۴۹	۲۷	۷۴
	تصویر بدنی	۱۶۳/۰۹	۲۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۳۵	۱۲۵	۲۱۱
گروه دارای سندرم روده تحریک‌پذیر	نیرومندی من	۲۰۲/۸۶	۳۲/۹۷	۰/۵۳	۰/۱۸	۱۳۰	۲۹۲
	ناگویی هیجانی	۶۱/۶۴	۱۲/۹۳	-۰/۵۸	-۰/۴۷	۳۳	۸۸
	تصویر بدنی	۱۵۱/۴۱	۱۷/۸۵	۰/۱۱	-۰/۶۸	۱۲۱	۱۸۷

قبل از اجرای تحلیل واریانس چند متغیره پیش فرض های آماری اجرا شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در دو گروه سالم و مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان داد که متغیرهای تصویر بدنی، ناگوی هیجانی و نیرومندی من همگی از توزیع نرمال برخوردار بودند. همچنین در گروه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نیز متغیرهای تصویر بدنی، ناگوی هیجانی و نیرومندی من نرمال بودن توزیع را نشان دادند. به منظور بررسی پیش فرض برابری ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه ها، آزمون ام باکس اجرا شد. نتایج نشان داد مقدار آماره ام باکس برابر با ۲۱/۹۵، مقدار F برابر با ۳/۵۹ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ است. از آنجا که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ می باشد، فرض صفر مبنی بر برابری ماتریس های کوواریانس رد می گردد. با وجود این، با توجه به حساسیت بالای آزمون ام باکس به حجم نمونه و نیز مشابه بودن حجم گروه ها، ادامه تحلیل واریانس چندمتغیره قابل توجیه است.

برای گروه افراد سالم، در بین متغیرهای روان شناختی بررسی شده، شاخص کلی نیرومندی من میانگین ۲۲۶/۷۷ با انحراف معیار ۲۲/۱۸ را نشان داد که دامنه آن از ۱۸۷ تا ۲۸۵ متغیر بوده است. شاخص ترکیبی ناگوی هیجانی در گروه سالم برابر با ۵۱/۵۶ با انحراف معیار ۱۰/۳۳ بود. در نهایت، متغیر تصویر بدنی میانگین ۱۶۳/۰۹ و انحراف معیار ۲۰/۰۴ نشان داد که دامنه آن بین ۱۲۵ تا ۲۱۱ متغیر بوده است. از نظر شاخص های چولگی و کشیدگی، مقادیر اکثر متغیرها در دو گروه نزدیک به صفر گزارش شده اند که نشان دهنده توزیع نسبتاً نرمال متغیرها در گروه سالم است. در این گروه دارای سندرم روده تحریک پذیر شاخص کلی نیرومندی من نیز میانگین ۲۰۲/۸۶ و انحراف معیار ۳۲/۹۷ داشت که نسبت به گروه سالم کاهش قابل توجهی نشان می دهد. شاخص ترکیبی ناگوی هیجانی نیز میانگین ۶۱/۶۴ داشت که نسبت به گروه سالم سطح بالاتری را نشان می دهد. در نهایت، متغیر تصویر بدنی با میانگین ۱۵۱/۴۱ و انحراف معیار ۱۷/۸۵ گزارش شد که سطح آن نسبت به گروه سالم پایین تر است.

#### جدول ۲- نتایج آزمون لامبدا ویلکز

اثر	آماره	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه لامبدا ویلکز	۰/۷۹۸	۱۴/۸۰۵	۳/۰۰۰	۱۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۰۲	۱/۰۰۰

برابر با ۰/۲۰۲ نشان می دهد که حدود بیست درصد از واریانس متغیرهای وابسته توسط متغیر گروه تبیین می شود. توان آزمون نیز برابر با ۱/۰۰۰ است که بیانگر کفایت داده ها و قدرت بالای آزمون در شناسایی تفاوت هاست.

نتایج آزمون چندمتغیره نشان داد که متغیر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته اثر معناداری دارد. بر اساس لامبدا ویلکز با مقدار ۰/۷۹۸ و آماره F برابر با ۱۴/۸۰۵ در سطح خطای ۰/۰۰۰ می توان بیان کرد که تفاوت میان گروه سالم و گروه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مجموعه متغیرهای وابسته معنادار است. همچنین مقدار اتای جزئی

#### جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی مقایسه میانگین در دو گروه

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	اتا	توان آزمون
۲۵۷۲۸/۳۶	۱	۲۵۷۲۸/۳۶	۳۲/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۱۵۵	۱/۰۰۰
۴۵۸۰/۳۶	۱	۴۵۸۰/۳۶	۳۳/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۱۵۸	۱/۰۰۰
۶۱۳۶/۶۷	۱	۶۱۳۶/۶۷	۱۷/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۰۸۷	۰/۹۸۴

نتایج آزمون اثرات بین گروهی نشان داد که بین دو گروه سالم و مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در هر سه متغیر وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. در متغیر نیرومندی من مقدار آماره F برابر با ۳۲/۵۹ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ به دست آمد که نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه است. همچنین مقدار اتای جزئی برابر با ۰/۱۵۵ بیان می‌کند که حدود پانزده درصد از واریانس نیرومندی من توسط متغیر گروه تبیین می‌شود. در متغیر ناگویی هیجانی نیز مقدار F برابر با ۳۳/۴۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ گزارش شد؛ بنابراین تفاوت بین دو گروه در این متغیر نیز معنادار است. مقدار اتای جزئی برابر با ۰/۱۵۸ بیانگر آن است که حدود شانزده درصد از واریانس ناگویی هیجانی ناشی از تفاوت گروه‌هاست. در نهایت، برای متغیر تصویر بدنی مقدار F برابر با ۱۷/۰۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ به دست آمد. در این متغیر نیز تفاوت بین دو گروه معنادار بود و مقدار اتای جزئی ۰/۰۸۷ نشان داد که حدود هشت درصد از واریانس تصویر بدنی توسط متغیر گروه تبیین می‌شود. توان آزمون در هر سه متغیر نزدیک به یک بود که نشان‌دهنده کفایت داده‌ها برای آشکارسازی تفاوت‌هاست.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم انجام شد. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که میان دو گروه در هر سه متغیر نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به افراد سالم از نیرومندی من پایین‌تر، ناگویی هیجانی بالاتر و تصویر بدنی نامطلوب‌تری برخوردار بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سندرم روده تحریک‌پذیر صرفاً یک اختلال گوارشی عملکردی نیست، بلکه با مجموعه‌ای از آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی همراه است که می‌تواند در شدت و تداوم علائم بیماری نقش اساسی ایفا کند.

یافته نخست پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم، نیرومندی من پایین‌تری دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است (Bahmaninia & Sohrabi Shegefti, 2024; Jafari & Joharifard, 2023; Koochaki Ravandi et al., 2015). جعفری و جوهری‌فرد نشان دادند که بیماران

مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از سبک‌های دفاعی ناکارآمدتر و نیرومندی من پایین‌تری برخوردارند (Jafari & Joharifard, 2023). همچنین کوچکی‌راوندی و همکاران گزارش کردند که ضعف در نیرومندی من می‌تواند احتمال ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را افزایش دهد (Koochaki Ravandi et al., 2015). از منظر نظری، نیرومندی من بیانگر توانایی فرد در مدیریت فشارهای روانی، کنترل تکانه‌ها، سازگاری با واقعیت و حفظ تعادل هیجانی است (Shojaei & Dehghani, 2023). زمانی که فرد از نیرومندی من کافی برخوردار نباشد، در مواجهه با استرس‌های مزمن و فشارهای روانی، آسیب‌پذیرتر می‌شود و توانایی کمتری برای مقابله مؤثر با تنش‌ها خواهد داشت (Mohammadi et al., 2023). در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، تجربه مداوم درد، نگرانی از عود علائم، محدودیت‌های اجتماعی و احساس ناتوانی در کنترل بیماری می‌تواند موجب فرسایش منابع روانی و کاهش انسجام ایگو گردد.

این یافته را می‌توان در چارچوب مدل زیستی - روانی - اجتماعی نیز تبیین کرد. بر اساس این مدل، استرس‌های روانی مزمن از طریق محور مغز - روده موجب تغییر در عملکرد عصبی و هورمونی دستگاه گوارش می‌شوند و در نتیجه علائم بیماری تشدید می‌گردد (Borjjan Boroujeni et al., 2021). افرادی که نیرومندی من پایین‌تری دارند، در مواجهه با این استرس‌ها بیشتر دچار اضطراب، نشخوار ذهنی و احساس درماندگی می‌شوند و همین مسئله چرخه معیوب علائم جسمانی و فشار روانی را تداوم می‌بخشد. از سوی دیگر، ضعف در نیرومندی من ممکن است موجب استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، اجتناب هیجانی و ناتوانی در تنظیم مؤثر هیجان‌ها شود که خود زمینه را برای تشدید اختلالات روان‌تنی فراهم می‌سازد (Narimani & Parnian Khoy, 2021). بنابراین، کاهش نیرومندی من در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند هم به‌عنوان پیامد فشارهای ناشی از بیماری و هم به‌عنوان عاملی مستعدکننده در نظر گرفته شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم، ناگویی هیجانی بیشتری دارند. این یافته با مطالعات پیشین همخوانی دارد (Bi-Riaei Najafabadi et al., 2023; Dana et al., 2024; Kano et al., 2020; Silvestro et al., 2023). مطالعات نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با دشواری در

عزت نفس، روابط اجتماعی و سلامت روان ایفا می کند (Farrokhi Moghadam et al., 2025). در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، تجربه مکرر علائمی مانند نفخ، درد شکمی و اختلال در عملکرد گوارشی می تواند احساس ناراضی از بدن را افزایش دهد و موجب شکل گیری نگرش منفی نسبت به ظاهر جسمانی گردد.

علاوه بر این، نگرانی دائمی درباره وضعیت سلامت و ترس از بروز علائم در موقعیت های اجتماعی ممکن است سبب کاهش اعتماد به نفس و افزایش خود آگاهی بدنی شود. افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر ممکن است بدن خود را منبع ناراحتی، محدودیت و شرم تلقی کنند و همین مسئله تصویر ذهنی آنان از بدن را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش ها نشان داده اند که تصویر بدنی منفی با اضطراب اجتماعی، افسردگی و اجتناب از تعاملات اجتماعی رابطه دارد (Couper et al., 2021). بنابراین، کاهش رضایت از بدن در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می تواند پیامدهای روانی و اجتماعی گسترده ای به همراه داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین از اهمیت تعامل متغیرهای روان شناختی در تبیین سندرم روده تحریک پذیر حمایت می کند. ضعف نیرومندی من، ناگویی هیجانی و تصویر بدنی منفی می تواند به صورت متقابل یکدیگر را تقویت کنند و چرخه ای از استرس، ناراحتی هیجانی و علائم جسمانی ایجاد نمایند. برای مثال، فردی که توانایی محدودی در شناسایی هیجان های خود دارد، ممکن است فشار روانی را به صورت علائم جسمانی تجربه کند و در نتیجه نگرش منفی تری نسبت به بدن خود پیدا نماید. این نگرش منفی نیز می تواند عزت نفس و نیرومندی من را تضعیف کرده و توانایی مقابله با بیماری را کاهش دهد. بنابراین، توجه به این متغیرها در کنار درمان های پزشکی می تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت بیماران داشته باشد.

همچنین یافته های پژوهش حاضر بر ضرورت استفاده از رویکردهای درمانی چندبعدی در درمان سندرم روده تحریک پذیر تأکید دارد. مطالعات نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان متمرکز بر هیجان، روان درمانی پویایی و درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد می توانند در کاهش علائم گوارشی و بهبود شاخص های روان شناختی مؤثر باشند (Dana et al., 2024; Nouri et al., 2024).

شناسایی، تمایز و بیان هیجان ها همراه است و این ویژگی می تواند موجب تبدیل تنش های روانی به نشانه های جسمانی گردد (Barchetta et al., 2021). در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، ناتوانی در پردازش هیجان های منفی ممکن است سبب شود که فشارهای روانی به صورت دردهای شکمی، نفخ و سایر علائم گوارشی تجربه شوند. در واقع، این بیماران به جای ابراز کلامی هیجان ها، آن ها را در قالب ناراحتی های جسمانی تجربه می کنند.

کانو و همکاران نشان دادند که ناگویی هیجانی با تغییر در فعالیت نواحی مغزی مرتبط با پردازش درد احساسی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر همراه است (Kano et al., 2020). این یافته نشان می دهد که نقص در پردازش هیجانی می تواند حساسیت نسبت به محرک های گوارشی را افزایش دهد و تجربه درد را تشدید کند. همچنین دانا و همکاران گزارش کردند که کاهش ناگویی هیجانی از طریق مداخلات روان شناختی می تواند موجب کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران شود (Dana et al., 2024). بنابراین، ناگویی هیجانی نه تنها یک ویژگی شخصیتی، بلکه عاملی مهم در تداوم علائم روان تنی محسوب می شود.

از منظر روان پویایی، افراد دارای ناگویی هیجانی معمولاً در برقراری ارتباط با دنیای هیجانی خود دچار ضعف هستند و همین مسئله موجب می شود هیجان های سرکوب شده به صورت علائم جسمانی بروز پیدا کنند (Silvestro et al., 2023). از سوی دیگر، این افراد در روابط بین فردی نیز با دشواری هایی مواجه اند و توانایی کمتری برای دریافت حمایت اجتماعی دارند. کاهش حمایت اجتماعی و افزایش احساس تنهایی می تواند سطح استرس ادراک شده را بالا برده و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر را افزایش دهد. در نتیجه، ناگویی هیجانی را می توان یکی از سازوکارهای اصلی ارتباط میان استرس روانی و علائم جسمانی در این بیماران دانست.

یافته سوم پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مقایسه با افراد سالم، تصویر بدنی منفی تری دارند. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین همسو است (Aini et al., 2018; Couper et al., 2021; Farrokhi Moghadam et al., 2025; Rajabi et al., 2024). تصویر بدنی به ارزیابی ذهنی فرد از ظاهر، عملکرد و جذابیت جسمانی خود اشاره دارد و نقش مهمی در

(2023a, 2023b). این مداخلات از طریق افزایش آگاهی هیجانی، تقویت نیرومندی من و بهبود نگرش نسبت به بدن می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و انتخاب نمونه از یک شهر بود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازد. همچنین داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شدند و احتمال سوگیری پاسخ‌دهی وجود دارد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به مقطعی بودن پژوهش اشاره کرد که امکان نتیجه‌گیری قطعی درباره روابط علی میان متغیرها را محدود می‌کند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های گسترده‌تر و متنوع‌تر در شهرها و فرهنگ‌های مختلف انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین انجام مطالعات طولی می‌تواند در تبیین دقیق‌تر روابط علی میان نیرومندی من، ناگویی هیجانی، تصویر بدنی و سندرم روده تحریک‌پذیر مفید باشد. بررسی نقش متغیرهایی نظیر سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی نیز می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی این حوزه کمک کند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی، مداخلات روان‌شناختی نیز به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تقویت نیرومندی من و بهبود تصویر بدنی می‌تواند در کاهش شدت علائم و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد. همچنین افزایش آگاهی متخصصان گوارش نسبت به ابعاد روان‌شناختی بیماری و ارجاع بیماران به خدمات مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند به درمان جامع‌تر و مؤثرتر این اختلال کمک نماید.

#### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

#### حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

#### ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد. مطالعه حاضر، با رعایت تعهدات اخلاقی و رعایت منشور و موازین اخلاق پژوهش با دریافت کد اخلاق IR. IAU. LIAU. REC. 1404. 075 انجام شد.

#### مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

#### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

#### References

- Aini, S., Narimani, M., Atadokht, A., Basharpour, S., & Sadeghi Movahed, F. (2018). Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Ego Strength and Object Relations in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Urmia Medical Journal*, 29(1), 1-11.
- Alexandru, B. A., Rat, L. A., Moldovan, A. F., Mihancea, P., & Maris, L. (2022). An Open-Label Trial Study of Quality-of-Life Assessment in Irritable Bowel Syndrome and Their Treatment. *Medicina*, 58(6), 763.
- Bahmaninia, M., & Sohrabi Shegefti, N. (2024). Comparing Ego Strength, Defense Mechanisms, and Object Relations in Individuals with Depression and Healthy Individuals. *Clinical Psychology and Personality*, 22(1), 99-110.
- Barchetta, S., Martino, G., Craparo, G., Salehinejad, M. A., Nitsche, M. A., & Vicario, C. M. (2021). Alexithymia Is Linked with a Negative Bias for Past and Current Events in Healthy Humans. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100212.
- Bi-Riaei Najafabadi, D., Badihi, M., Rabiei, Z., & Shokrollahi, M. (2023). Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Anxiety Sensitivity and Pain Catastrophizing in Patients with Chronic Pain and Alexithymia. *Toloo-e-Behdasht*, 22(6), 62-75.
- Black, C. J., & Ford, A. C. (2020). Global Burden of Irritable Bowel Syndrome: Trends, Predictions and Risk Factors. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 17(8), 473-486.
- Borjian Boroujeni, M., Inanloo, M., Heydari, M., NikKhah, M., Haghani, S., & Khachian, A. (2021). The Effect of Written Emotional Disclosure on Gastrointestinal Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Iranian Journal of Nursing*, 34(133), 2-15.
- Camilleri, M. (2021). Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review. *JAMA*, 325(9), 865-877.
- Ceulemans, M., Jacobs, I., Wauters, L., & Vanuytsel, T. (2022). Immune Activation in Functional Dyspepsia: Bystander Becoming the Suspect. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 831761.

- Oveisi, H., Monirpour, N., & Zargham Hajebi, M. (2023). A Model of Ego Strength Based on Object Relations and the Mediating Role of Personality Organization in Applicants for Cosmetic Head and Face Surgery. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 12(1), 145-154.
- Rajabi, F., Etemadi Mehr, H., Rouhi, F., Alinia, M., & Alimahdi, M. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image and Emotion Regulation in Patients with Mastectomy Surgery. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 13(3), 225-234.
- Shen, X., Zhao, Z., & Zhang, X. (2023). The Interaction between Phage and Intestinal Flora and Related Research Progress in Inflammatory Bowel Disease. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, 62(9), 1144-1147.
- Shojaei, M., & Dehghani, A. (2023). Examining Mentalization Based on Attachment Styles, Ego Strength, Object Relations, and the Pattern of Anxiety Manifestation in Students. *Behavioral Sciences Research*, 21(1), 176-189.
- Silvestro, O., Ricciardi, L., Catalano, A., Vicario, C. M., Tomaiuolo, F., & Pioggia, G. (2023). Alexithymia and Asthma: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 14, 1221648.
- Wang, M., Xie, X., Zhao, S., Ma, X., Wang, Z., & Zhang, Y. (2023). Fecal Microbiota Transplantation for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Immunology*, 14(11), 36-43.
- Couper, S., Moulton, S., Hogg, F., & Power, K. (2021). Interpersonal Functioning and Body Image Dissatisfaction in Patients Referred for NHS Aesthetic Surgery: A Mediating Role between Emotion Regulation and Perfectionism? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(9), 2283-2289.
- Dana, M., Keshavarzi, F., Hasani, F., & Mohammadkhani, P. (2024). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sleep Disorder, Rumination, and Alexithymia in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Psychological Science*, 23(137), 21-37.
- Duncanson, E., Chur-Hansen, A., & Jesudason, S. (2019). Psychosocial Consequences of Gastrointestinal Symptoms and Dietary Changes in People Receiving Automated Peritoneal Dialysis. *Journal of Renal Care*, 45(1), 41-50.
- Erfan, A., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2021). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Iranian-Islamic Positive Therapy on Pain Catastrophizing and Symptom Severity in Women with Irritable Bowel Syndrome. *Daneshvar Medicine*, 29(154), 42-56.
- Farrokhi Moghadam, M., Abdolsamad, N., & Esmailnejad, M. (2025). The relationship of alexithymia and self-compassion with body image concern in lower-secondary female students. *Psychology of Child Emotional Development*, 1(4), e231188.
- Hu, P., Sun, K., Li, H., Qi, X., Gong, J., & Zhang, Y. (2022). Transcutaneous Electrical Acustimulation Improved the Quality of Life in Patients with Diarrhea-Irritable Bowel Syndrome. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 25(8), 1165-1172.
- Jafari, S., & Joharifard, R. (2023). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 22(3), 243-258.
- Kano, M., Muratsubaki, T., Yagihashi, M., Morishita, J., Mugikura, S., & Patrick. (2020). Insula Activity to Visceral Stimulation and Endocrine Stress Responses as Associated with Alexithymia in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 82(1), 3812.
- Koochaki Ravandi, M., Monirpour, N., & Araj, A. (2015). The Role of Attachment Styles, Quality of Object Relations, and Ego Strength in Predicting Irritable Bowel Syndrome. *Feyz*, 19(3), 231-241.
- Mohammadi, M., Shahgholian, M., Abdollahi, M. H., & Geramipour, M. (2023). The Mediating Role of Ego Strength in the Effect of Attachment Styles on Executive Functions in Individuals with Mild Psychopathology. *Advances in Cognitive Sciences*, 25(4), 17-32.
- Narimani, M., & Parnian Khoy, M. (2021). The Role of Ego Strength and Parenting Styles in Predicting Addiction Vulnerability with the Mediating Role of Emotional Repression in Male Adolescents. *Addiction Research*, 15(61), 145-166.
- Nouri, H., Ansari Shahidi, M., Rahnejat, A., Raesi, M., & Khanzadeh, M. (2023a). Comparing the Effectiveness of Mindfulness Therapy and Covert Exposure Therapy on Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Health System Research*, 19(1), 52-60.
- Nouri, H., Ansari Shahidi, M., Rahnejat, A., Raesi, M., & Khanzadeh, M. (2023b). Effectiveness of Transdiagnostic Group Therapy on Symptom Severity and Illness Perception in Individuals with Irritable Bowel Syndrome. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 12(4), 149-158.