

نقش تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

مرضیه هاشمی^۱، سیدعلی کاظمی رضائی^۲

و پیمان حاتمیان^۳

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که به‌طور چشمگیری کارکرد روزمره و کیفیت زندگی بیماران را مختل می‌سازد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. برای این منظور طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی ۱۴۰ نفر از بیماران مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق تخصصی گوارش شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی، آگاهی و توجه هوشیارانه، پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که بین تاب‌آوری و ذهن آگاهی با پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (نمرات بالاتر این مقیاس) رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین ناگویی هیجانی با پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (نمرات بالاتر این مقیاس) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۵۰/۴ درصد واریانس پریشانی روان‌شناختی و ۶۱/۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی به وسیله تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی تبیین می‌شود می‌توان نتیجه گرفت که تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی توان پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را دارند؛ لذا تلاش جهت بهبود این مهارت‌ها، نوید درمان‌های موفقیت‌آمیز و بهبود نتایج درمان برای این بیماران را فراهم می‌آورد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، ناگویی هیجانی، ذهن آگاهی، پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک‌پذیر.

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که بدون شواهد آناتومیک و پاراکلینیکی مشخص، با درد مزمن شکمی، نفخ، اسهال و یبوست تظاهر

۱ گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

۲ گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. (نوسنده مسوول). a.kazemi@khatam.ac.ir

۳ روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

می‌کند و به‌طور چشمگیری کارکرد روزمره و کیفیت زندگی بیماران را مختل می‌سازد (گراندمان و یون، ۲۰۱۰؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۰۰). فراوانی IBS در جمعیت عمومی جهان حدود ۱۲ تا ۱۵ درصد برآورد شده و در ایران نیز شیوع ۳۰۵ تا ۵۰۸ درصد گزارش شده است که این میزان با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده بیماری، بار قابل‌توجهی بر سیستم سلامت و عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی مبتلایان تحمیل می‌کند (کاناوان و همکاران، ۲۰۱۴؛ قندی و همکاران، ۲۰۰۵؛ لاول و فورد، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی در این بیماران یک سازه چندبعدی است که ابعاد جسمانی، هیجانی، اجتماعی و شناختی را در بر می‌گیرد و تحت تأثیر مستقیم شدت علائم، ناتوانی عملکردی و پیامدهای روان‌شناختی قرار دارد (جمالی و همکاران، ۲۰۱۲؛ طراحی و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد نشان می‌دهد که IBS، حتی در غیاب ضایعات ساختاری، با اضطراب، افسردگی، استرس ادراک‌شده، اختلال خواب و افزایش افکار منفی درباره سلامت همراه است و این هم‌پوشانی روانی-جسمانی، مفهوم محور مغز-روده را در تبیین این اختلال برجسته می‌کند (چستر و کیفر، ۲۰۲۵؛ پسورد و همکاران، ۲۰۰۹؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

در سال‌های اخیر، نقش راهبردهای تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای در تجربه ذهنی علائم، پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران IBS به‌طور روزافزون مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه‌ای تازه در بیماران مبتلا به IBS نشان داده است که شدت علائم با استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار - مانند نشخوارفکری، فاجعه‌سازی، خودسرزنشگری و سرزنش دیگران - و استفاده کمتر از راهبردهای سازگار مانند ارزیابی مجدد مثبت همراه است؛ به‌طوری‌که راهبرد «سرزنش دیگران» تنها پیش‌بین شدت بیماری و تاب‌آوری پایین‌تر در این بیماران گزارش شده است (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین کیفیت زندگی در این بیماران رابطه منفی معناداری با راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان دارد و پردازش منفی مداوم رویدادها، رنج ذهنی و اختلال در کارکرد روزمره را تشدید می‌کند (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴). مرورهای نظام‌مند در حوزه بیماری‌های التهابی روده نیز نشان می‌دهد که سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی، درماندگی و فاصله‌گیری هیجانی با پریشانی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه‌اند، در حالی که راهبردهای مقابله‌ای فعال، حل مسئله و جست‌وجوی حمایت اجتماعی با پیامدهای روان‌شناختی مطلوب‌تر مرتبط هستند و این الگو به احتمال زیاد در IBS نیز مصداق دارد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). بر این اساس، به‌نظر می‌رسد سازه‌های سطح بالاتر مانند تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی که مستقیماً با نحوه پردازش و

تنظیم هیجان در گیرند، می توانند نقش محوری در تبیین پریشانی روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران IBS ایفا کنند.

تاب آوری به عنوان ظرفیت انطباق انعطاف پذیر با استرس و بازگشت به تعادل پس از مواجهه با رویدادهای تهدید کننده، یکی از مهم ترین عوامل محافظتی در بیماری های مزمن و به ویژه اختلالات محور مغز-روده به شمار می رود (بونانو و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیومن، ۲۰۰۳). پژوهش های حوزه بیماری های گوارشی نشان داده اند که سطوح بالاتر تاب آوری با اضطراب و افسردگی کمتر، احساس کنترل بیشتر بر بیماری، پایداری بهتر به درمان و کیفیت زندگی بالاتر همراه است و حتی می تواند با فعالیت کمتر بیماری و برداشت تهدید آمیز پایین تر از علائم مرتبط باشد (چستر و کيفر، ۲۰۲۵؛ پارکر و همکاران، ۲۰۲۱). در برخی مطالعات، بیماران مبتلا به IBS نسبت به افراد سالم، تاب آوری پایین تری را گزارش کرده اند و این تفاوت با افزایش پریشانی روان شناختی و افت کیفیت زندگی همبسته بوده است (روشن و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، مرورهای اخیر تأکید می کنند که تاب آوری از طریق سازهایی مانند خودکارآمدی، انعطاف پذیری شناختی، امید و استفاده از راهبردهای مقابله ای سازگارانه، نقش میانجی بین استرس مزمن بیماری و پیامدهای روان شناختی را بر عهده دارد (بنفنت، ۲۰۲۳؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). با این حال، شواهد تجربی درباره نقش تاب آوری در پیش بینی هم زمان پریشانی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران IBS، به ویژه در بافت فرهنگی ایران، هنوز محدود است.

در نقطه مقابل سازه های محافظتی، ناگویی هیجانی به عنوان دشواری در شناسایی و توصیف هیجان ها و گرایش به تمرکز بر جنبه های بیرونی به جای تجربه درونی، یک عامل آسیب پذیری مهم در اختلالات روان تنی و گوارشی معرفی شده است (بشارت، ۲۰۰۷؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۷). افراد ناگو هیجانی در پردازش شناختی-هیجانی محرک ها با مشکل مواجه اند، برانگیختگی بدنی را بزرگ نمایی می کنند و نشانه های جسمانی را به گونه ای تهدید آمیز تفسیر می کنند؛ فرآیندهایی که می توانند چرخه استرس-درد را تقویت کرده و به افزایش مراجعه های پزشکی و تشدید احساس ناتوانی بینجامد (مهاجرانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ وان برونسویچ و همکاران، ۲۰۲۱). در بیماران مبتلا به بیماری های گوارشی، سطوح بالاتر ناگویی هیجانی با پریشانی روان شناختی بیشتر، کیفیت زندگی پایین تر و شدت بالاتر علائم مرتبط گزارش شده است (ایگلسیاس ری و همکاران، ۲۰۱۲؛ پورسیلی و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین در مدل های طولی، ناگویی هیجانی با افسردگی، اضطراب و تفسیر منفی درد و علائم جسمانی رابطه دارد و به عنوان یک عامل خطر برای تداوم و تشدید مشکلات روان شناختی شناخته شده است (بنفنت،

۲۰۲۳؛ ماتیلا و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های حاصل از مداخلات اخیر نشان می‌دهد که کاهش ناگویی هیجانی از طریق آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان می‌تواند بهبود قابل توجهی در شاخص‌های پریشانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات محور-مغز-روده ایجاد کند (باقری و همکاران، ۲۰۲۴؛ شیری، ۲۰۲۵).

ذهن‌آگاهی نیز، به‌عنوان نوعی توجه آگاهانه، هدفمند و بدون قضاوت به تجربه لحظه اکنون، در سال‌های اخیر به‌طور گسترده در حوزه اختلالات روان‌تنی و بیماری‌های گوارشی مورد توجه قرار گرفته است (براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ رایان و براون، ۲۰۰۳). مطالعات نشان می‌دهد که آموزش مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مانند MBCT و MBSR، می‌تواند با کاهش نشخوارفکری، فاجعه‌سازی و سرکوب هیجان، و در عین حال افزایش ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش، به کاهش درد، کاهش حساسیت احشایی و بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به IBS و سایر اختلالات روان‌تنی منجر شود (باقری و همکاران، ۲۰۲۴؛ شیری، ۲۰۲۵). در یک مطالعه مداخله‌ای در کودکان مبتلا به IBS، هشت جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش معنادار سه مؤلفه ناگویی هیجانی، کاهش شدت درد و بهبود راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان شد و در نهایت، پریشانی ذهنی و تجربه ذهنی بیماری را کاهش داد (باقری و همکاران، ۲۰۲۴). به‌طور مشابه، آموزش ذهن‌آگاهی در بیماران روان‌تنی، کاهش چشمگیر ناگویی هیجانی و افزایش تاب‌آوری را به‌دنبال داشته است؛ به‌گونه‌ای که بخشی قابل توجه از تغییر در این متغیرها مستقیماً به تمرین ذهن‌آگاهی نسبت داده شد (شیری، ۲۰۲۵). این یافته‌ها نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی نه تنها به‌صورت مستقیم بر کاهش پریشانی روان‌شناختی اثر می‌گذارد، بلکه از طریق تقویت تاب‌آوری و کاهش ناگویی هیجانی، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن از جمله IBS را تسهیل می‌کند.

در کنار این پژوهش‌ها، ادبیات مربوط به بیماری‌های مزمن گوارشی مانند بیماری‌های التهابی روده و سرطان کولورکتال تصویری همگرا ارائه می‌کند که در آن تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی به‌عنوان سه مؤلفه مرکزی در تبیین ارتباط بین استرس، پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی عمل می‌کنند. مرورهای اخیر نشان داده‌اند که تاب‌آوری و مهارت‌های خودتنظیمی، نقش حفاظتی در برابر اضطراب، افسردگی و افت کیفیت زندگی دارند، در حالی که ناگویی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار با پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب‌تر و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه‌اند (بنفنت، ۲۰۲۳؛ چستر و کیفر، ۲۰۲۵؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). در چنین چارچوبی، ذهن‌آگاهی به‌عنوان سازه‌ای که هم به کاهش واکنش‌پذیری هیجانی کمک می‌کند و هم با افزایش آگاهی هیجانی و پذیرش، زمینه

رشد تاب‌آوری را فراهم می‌آورد، جایگاه ویژه‌ای می‌یابد (براون و کاسر، ۲۰۰۵؛ براون و همکاران، ۲۰۰۷). این مجموعه شواهد حاکی از آن است که تعامل میان تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی می‌تواند سازوکار اصلی تبیین تفاوت‌های فردی در سطح پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات محور مغز-روده باشد.

با وجود گسترش قابل‌توجه پژوهش‌ها در حوزه IBS و سایر بیماری‌های گوارشی، چند خلأ مهم در ادبیات موجود قابل‌تشخیص است. نخست آن که بسیاری از مطالعات پیشین بر یک یا دو سازه روان‌شناختی متمرکز بوده‌اند (برای مثال سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجان یا تاب‌آوری) و نقش هم‌زمان سازه‌های کلیدی تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی را در قالب یک مدل یکپارچه مورد بررسی قرار نداده‌اند (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). دوم آن که بخش قابل‌توجهی از شواهد موجود از جمعیت‌های مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، سرطان یا سایر اختلالات روان‌تنی به دست آمده است و تعمیم مستقیم آن به IBS، که الگوی خاصی از حساسیت احشایی و نوسان علائم دارد، با احتیاط همراه است (بنفنت، ۲۰۲۳؛ چستر و کیفیر، ۲۰۲۵). سوم این که بسیاری از پژوهش‌های موجود در بافت فرهنگی ایران، یا بر مداخلات درمانی متمرکز بوده‌اند و یا تنها به بررسی رابطه دو متغیر پرداخته‌اند و کمتر به تبیین و پیش‌بینی مشترک پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران IBS بر اساس ترکیبی از متغیرهای روان‌شناختی پرداخته‌اند. از سوی دیگر، با توجه به شیوع قابل‌توجه IBS در ایران و تأثیر عمیق آن بر کارکرد فردی و اجتماعی، فقدان مدل‌های پیش‌بین مبتنی بر متغیرهای روان‌شناختی، برنامه‌ریزی مداخلات هدفمند در نظام سلامت را با محدودیت جدی مواجه می‌کند.

بر این اساس، مسئله محوری در حوزه حاضر آن است که هنوز به‌صورت روشن مشخص نشده است تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی تا چه اندازه می‌توانند به‌طور هم‌زمان شدت پریشانی روان‌شناختی و سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را پیش‌بینی کنند و کدام‌یک از این متغیرها نقش برجسته‌تری در تبیین این پیامدها دارند. تبیین این روابط می‌تواند گامی مهم در جهت طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر تقویت تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی و کاهش ناگویی هیجانی برای بیماران IBS باشد و از این طریق، به کاهش بار روانی و ارتقای کیفیت زندگی آنان کمک کند. در این چارچوب، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده

تحریک‌پذیر است تا با ارائه یک الگوی روان‌شناختی یکپارچه، زمینه بهبود ارزیابی و مداخلات بالینی در این گروه از بیماران فراهم شود.

روش

هدف این پژوهش بررسی نقش تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) بود. مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و با رویکرد مقطعی اجرا شد. این طرح امکان بررسی روابط چندمتغیری بین سازه‌های روان‌شناختی و پیامدهای مرتبط با سلامت را در یک نمونه بالینی فراهم ساخت. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق‌تخصصی گوارش در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. براساس روش نمونه‌گیری در دسترس و مطابق با معیارهای ورود و خروج تعیین شده، ۱۴۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه با استناد به میانگین حجم نمونه سه پژوهش پیشین در زمینه IBS انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص IBS توسط فوق‌تخصص گوارش بر اساس معیارهای بالینی معتبر، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در پژوهش و ارائه رضایت‌نامه کتبی و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل موارد ذیل بودند: ابتلا به بیماری‌های گوارشی ارگانیک (تأییدشده توسط متخصص گوارش)، ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن شدید، دریافت هم‌زمان درمان‌های روان‌پزشکی، وجود تشنج، اختلالات نورولوژیک یا سوء‌مصرف مواد و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها.

پیش از اجرای پژوهش، اهداف مطالعه، نحوه اجرای آن و اصول محرمانگی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. مشارکت داوطلبانه بوده و افراد اجازه داشتند در هر مرحله پژوهش را ترک کنند. اطلاعات فردی کاملاً محرمانه نگهداری شد و فقط در قالب داده‌های گروهی گزارش گردید. این مطالعه مطابق با اصول اخلاق حرفه‌ای روان‌شناسی و دستورالعمل‌های اخلاقی پژوهش‌های انسانی انجام شد.

آزمودنیها با مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)؛ پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی و همکاران (۱۹۹۴)؛ مقیاس آگاهی و توجه هوشیارانه رایان و برون (۲۰۰۳)؛ پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران IBS مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (کانور و دیویدسون، ۲۰۰۳) با هدف اندازه‌گیری توانایی سازگاری با تنش و آسیب تهیه کردند. این ابزار یک مقیاس ۲۵ گویه‌ای است که تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۴ می‌سنجد و در ارزیابی میزان توانمندی تاب‌آوری نمونه‌های بالینی و بهنجار و نیز بررسی اثربخشی درمان استفاده می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار (۲۰۰۷) تهیه شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی برابر ۰/۷۳ بود.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی و همکاران (باگبی و همکاران، ۱۹۹۴) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سوال) و تفکر عینی (هشت سوال) بود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود (باگبی و همکاران، ۱۹۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی بررسی و تایید شده است. در مطالعه بشارت روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۲۰۰۷). همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس ۴۲/۸۵ تا ۸۵/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (بشارت، ۲۰۰۷).

مقیاس آگاهی و توجه هوشیارانه (MAAS) توسط رایان و برون در سال ۲۰۰۳ برای سنجش ذهن-آگاهی افراد ساخته شده و دارای ۱۵ عبارت است (رایان و براون، ۲۰۰۳). این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای، از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار یک نمره کلی برای ذهن‌آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر است. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی ($P < 0/001$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (رایان و براون، ۲۰۰۳). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن‌آگاهی با آشفتگی پایین خلق و نشانه‌های تنیدگی کم، مرتبط است (کارلسون و براون، ۲۰۰۵). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۰/۸۲/

گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (قاسمچور و همکاران، ۲۰۱۰).

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر: این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات ۵ نمره تعلق می‌گیرد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). حداقل و حداکثر نمره صفر تا ۴۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۳ پریشانی روانشناختی خفیف، نمره ۱۴ تا ۲۷ پریشانی روانشناختی متوسط، نمره ۲۸ تا ۴۰ پریشانی روانشناختی شدید را نشان می‌دهد. به این معنا که هر چه فرد نمره بالاتری را دریافت کند، مقیاس پریشانی روانشناختی فرد بالا خواهد بود (وان برونسویج و همکاران، ۲۰۲۱). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۵ به دست آمده است (باقریان، حسینی، ۲۰۲۰). روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی‌اش با متغیر ملاک (فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب) می‌باشد، تایید می‌شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام شده است (بعقوبی، ۲۰۱۶). در بررسی‌های خارج از کشور نشان داده است که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است (رومرو و همکاران، ۲۰۲۱).

پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران IBS: این پرسشنامه توسط پاتریک و دراسمن طراحی شده و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران IBS است. این ابزار خودگزارشی شامل ۳۴ سوال می‌باشد و در یک طیف پنج درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه در کشورهایی از قبیل انگلستان، فرانسه و ایتالیا بر طبق فرهنگ آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت و روایی ساختاری آن با استفاده از ابزارهای SF-36 و SCL-90 به تایید رسید (دروسمن و همکاران، ۲۰۰۰) و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵. گزارش شد (۴۷). در ایران این پرسشنامه توسط ابراهیمی دریانی اعتباریابی گردید و ضریب همسانی درونی آن ($\alpha=0/88$) بدست آمد و روایی محتوایی آن توسط چند گروه پزشک، روان‌پزشک، روان‌شناس و متخصص همه‌گیرشناسی تایید شد (جمالی و همکاران، ۲۰۱۲).

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. ابتدا آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و بررسی پیش‌فرض‌ها (نرمال بودن، استقلال خطاها، فقدان هم‌خطی) محاسبه شد. سپس برای تعیین رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی

بر اساس تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی از رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان استفاده گردید. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد آزمودنی‌ها در این پژوهش ۱۴۰ نفر بودند. ۳۸ نفر (۲۷/۱ درصد) سیکل، ۳۲ نفر (۲۲/۹ درصد) دیپلم، ۲۲ نفر (۱۵/۷ درصد) فوق دیپلم و ۴۸ نفر (۳۴/۳ درصد) لیسانس و بالاتر بودند. میانگین سن افراد ۴۰/۰۱ و انحراف معیار سن ۱۰/۳۵۶ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض‌های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P > 0.05$). مقدار آماره‌ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده‌ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و آماره‌های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	M	sd	متغیرهای پژوهش	M	sd
پیشانی روانشناختی	۱۷/۷۷	۱۰/۱۸۳	نمره کل تاب‌آوری	۴۵/۰۵	۱۶/۱۰۵
کیفیت زندگی	۷۱/۰۴	۲۸/۳۵۸	دشواری در شناسایی احساسات	۱۰/۷۰	۶/۰۵۹
تصور از شایستگی فردی	۹/۵۷	۴/۰۷۰	دشواری در توصیف احساسات	۷/۵۲	۳/۲۵۳
تحمل عاطفه منفی	۱۰/۳۷	۲/۸۹۵	تفکر عینی	۱۵/۱۰	۷/۴۵۵
پذیرش مثبت تغییر	۱۰/۳۷	۲/۳۹۳	نمره کل ناگویی هیجانی	۳۳/۳۲	۱۴/۷۱۴
کنترل	۷/۷۲	۳/۴۵۶	ذهن‌آگاهی	۴۵/۲۱	۱۹/۸۴۵
تاثیرات معنوی	۷/۰۱	۳/۴۹۱			

بعد از بررسی یافته‌های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی با پیشانی روانشناختی و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- پریشانی روانشناختی	۱										
۲- کیفیت زندگی	۰/۷۴۲**	۱									
۳- تصور از شایستگی فردی	-۰/۴۳۳**	-۰/۲۰۱*	۱								
۴- تحمل عاطفه منفی	-۰/۵۲۱**	-۰/۳۱۸**	۰/۷۰۹**	۱							
۵- پذیرش مثبت تغییر	-۰/۶۶۱**	-۰/۴۶۱**	۰/۶۴۸**	۰/۷۴۰**	۱						
۶- کنترل	-۰/۶۵۲**	-۰/۴۱۲**	۰/۶۲۲**	۰/۷۰۵**	۰/۷۷۵**	۱					
۷- تأثیرات معنوی	-۰/۷۷۵**	-۰/۶۲۵**	۰/۵۰۱**	۰/۶۰۲**	۰/۷۴۰**	۰/۷۱۱**	۱				
۸- دشواری در شناسایی احساسات	۰/۷۱۱**	۰/۶۰۹**	-۰/۴۳۵**	-۰/۴۹۲**	-۰/۶۹۴**	-۰/۶۷۰**	-۰/۷۷۵**	۱			
۹- دشواری در توصیف احساسات	۰/۷۴۷**	۰/۶۷۶**	-۰/۵۳۵**	-۰/۶۴۷**	-۰/۷۸۸**	-۰/۷۷۸**	-۰/۷۲۵**	۰/۷۱۸**	۱		
۱۰- تفکر عینی	۰/۶۶۹**	۰/۷۲۷**	-۰/۵۰۴**	-۰/۵۹۹**	-۰/۷۶۹**	-۰/۷۱۴**	-۰/۷۲۹**	۰/۵۹۲**	۰/۵۷۶**	۱	
۱۱- ذهن آگاهی	-۰/۷۴۷**	-۰/۵۴۴**	-۰/۵۵۱**	-۰/۵۹۸**	۰/۷۶۴**	۰/۶۶۳**	۰/۷۱۴**	-۰/۶۳۳**	-۰/۷۵۷**	-۰/۷۶۶**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، لذا برای پیش بینی پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی بر اساس تاب آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی از رگرسیون چندمتغیره استفاده می شود که نتایج آن در جداول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه پریشانی روانشناختی بر اساس تاب آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	-۴/۰۳۸**	۰/۰۰۱	-	-	
تصور از شایستگی فردی	-۰/۲۱۳	-۲/۲۰۶**	۰/۰۲۷	۰/۳۱۸	۳/۱۴۹	
تحمل عاطفه منفی	-۰/۱۵۱	-۲/۶۶۵**	۰/۰۱۷	۰/۲۲۶	۴/۴۲۹	
پذیرش مثبت تغییر	-۰/۳۵۷	-۳/۷۳۱**	۰/۰۰۱	۰/۱۴۴	۶/۹۶۸	
کنترل	-۰/۲۴۹	-۲/۷۳۵**	۰/۰۰۷	۰/۱۵۹	۶/۲۷۷	۲/۱۸۰
تأثیرات معنوی	-۰/۴۰۲	-۵/۰۱۴**	۰/۰۰۹	۰/۱۰۶	۹/۴۵۹	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۶۳	۵/۹۱۵**	۰/۰۲۶	۰/۲۷۷	۳/۶۰۹	
دشواری در توصیف احساسات	۰/۷۲۷	۱۰/۷۰۸**	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۵/۶۸۶	
تفکر عینی	۰/۴۰۹	۶/۳۴۰**	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۳/۱۶۰	
ذهن آگاهی	-۰/۳۱۵	-۲/۷۴۴**	۰/۰۰۷	۰/۲۰۵	۹/۰۱۱	

$$R^2 = ۰/۵۰۱؛ F = ۶۹/۹۳۹**$$

$$R = ۰/۷۱۰؛ R^2 = ۰/۵۰۴$$

** معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه جدول ۳. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی با پریشانی روانشناختی برابر $0/710$ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین $50/4$ درصد از واریانس پریشانی روانشناختی بر اساس تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر $69/939$ است که در سطح آلفای کوچکتر از $0/05$ معنی‌دار است و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی می‌توانند پریشانی روانشناختی را پیش‌بینی کنند. در جدول ۴ ضرایب رگرسیون چندمتغیره پیش‌بینی کیفیت زندگی آمده است.

جدول ۴. خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و

ذهن‌آگاهی

پیش‌بینی‌کننده‌ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دورین-واتسون
عدد ثابت	-	-3/275**	0/001	-	-	
تصور از شایستگی فردی	-0/224	-2/330**	0/021	0/318	3/149	
تحمل عاطفه منفی	-0/169	-2/483**	0/041	0/226	4/429	
پذیرش مثبت تغییر	-0/156	-3/389**	0/028	0/144	6/968	
کنترل	-0/527	-2/875**	0/001	0/159	6/277	2/180
تأثیرات معنوی	-0/218	-2/303**	0/015	0/106	9/459	
دشواری در شناسایی احساسات	0/246	2/387**	0/018	0/277	3/609	
دشواری در توصیف احساسات	0/485	3/705**	0/001	0/176	5/686	
تفکر عینی	0/368	4/816**	0/001	0/316	3/160	
ذهن‌آگاهی	-0/528	-3/065**	0/003	0/205	9/011	

$$R^2 = 0/591; F = 23/300^{***}; R^2 = 0/786; R^2 = 0/617 \text{ تعدیل شده};$$

**معنادار در سطح 0/01

با توجه جدول ۴ نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی برابر $0/786$ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین $61/7$ درصد از واریانس کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای موردنظر تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر $23/300$ است که در سطح آلفای کوچکتر از $0/05$ معنی‌دار است که نشان می‌دهد تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را

به خوبی تبیین کند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی می‌توانند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. نتایج نشان داد که میانگین بالاتر تاب‌آوری و ذهن آگاهی با نمرات پایین‌تر پریشانی روان‌شناختی و نمرات پایین‌تر کیفیت زندگی در پرسشنامه IBS-QOL (به معنای کیفیت زندگی بهتر) همراه است، در حالی که سطوح بالاتر ناگویی هیجانی با پریشانی روان‌شناختی بیشتر و کیفیت زندگی نامطلوب‌تر رابطه دارد. افزون بر این، مدل رگرسیون چندگانه نشان داد که مجموعه مؤلفه‌های تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی حدود ۵۰/۴ درصد از واریانس پریشانی روان‌شناختی و ۶۱/۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران IBS را تبیین می‌کنند؛ به بیان دیگر، این سه سازه روان‌شناختی سهم قابل توجهی در توضیح تفاوت‌های فردی بیماران از نظر تجربه رنج ذهنی و کیفیت زندگی دارند.

این الگو با بخش قابل توجهی از ادبیات موجود همسو است. به‌ویژه، یافته‌های مربوط به نقش محافظتی تاب‌آوری با نتایج پژوهش‌های پیشین در حوزه بیماری‌های گوارشی و اختلالات محور مغز-روده هماهنگ است؛ مطالعات نشان داده‌اند که بیماران با تاب‌آوری بالاتر، اضطراب و افسردگی کمتر، احساس کنترل بیشتر و کیفیت زندگی مطلوب‌تری را گزارش می‌کنند (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۲، چستر و کیفر، ۲۰۲۵؛ پارکر و همکاران، ۲۰۲۱؛ روشن و همکاران، ۲۰۱۶). در همین راستا، مطالعه صادقیان و همکاران (۲۰۲۴) در بیماران IBS نشان داد که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه مانند ارزیابی مجدد مثبت با تاب‌آوری بالاتر و شدت علائم پایین‌تر همراه است، در حالی که راهبردهای ناسازگار مانند فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران با تاب‌آوری کمتر و علائم شدیدتر ارتباط دارد. یافته حاضر مبنی بر اینکه تاب‌آوری را پیش‌بین معکوس پریشانی و کیفیت زندگی نامطلوب است، با این نتایج همخوان است و جایگاه تاب‌آوری را به‌عنوان یک عامل حفاظتی کلیدی در IBS تأیید می‌کند.

یافته‌های مربوط به ناگویی هیجانی نیز با بدنه وسیعی از پژوهش‌ها در حوزه اختلالات روان‌تنی و گوارشی همسو است؛ مطالعات متعدد گزارش کرده‌اند که ناگویی هیجانی بالا با سطوح بالاتر اضطراب، افسردگی، تفسیر منفی علائم جسمانی و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است (بشارت،

۲۰۰۷؛ ایگلکسیاس ری و همکاران، ۲۰۱۲؛ ماتیلا و همکاران، ۲۰۱۰؛ پورسیلی و همکاران، ۲۰۱۰؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۷). در بیماری‌های گوارشی مزمن، از جمله IBD، پژوهش‌ها حاکی از آنند که ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها با افزایش حساسیت نسبت به درد و تشدید برداشت تهدیدآمیز از علائم همراه است (چستر و کیفر، ۲۰۲۵؛ پورسیلی و همکاران، ۲۰۱۰). یافته حاضر مبنی بر رابطه مثبت ناگویی هیجانی با پریشانی و کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران IBS، این الگو را در چارچوب اختلالات عملکردی روده نیز تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که نقص در پردازش هیجانی می‌تواند حلقه‌ای مهم در چرخه استرس-درد-پریشانی در IBS باشد.

در مورد ذهن‌آگاهی نیز که نتایج حاکی از آن بودند که سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی با پریشانی کمتر و کیفیت زندگی بهتر همراه است، با یافته‌های مطالعات مداخله‌ای و همبستگی در حیطه بیماری‌های روان‌تنی و گوارشی همسو است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی مانند MBCT و MBSR موجب کاهش ناگویی هیجانی، کاهش شدت درد، بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و در نهایت کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS و سایر اختلالات روان‌تنی می‌شوند (باقری و همکاران، ۲۰۲۴؛ براون و کاسر، ۲۰۰۵؛ جهانگیری و همکاران، ۲۰۱۷؛ شیری، ۲۰۲۵). به‌طور خاص، یافته‌های باقری و همکاران (۲۰۲۴) در کودکان مبتلا به IBS و شیری (۲۰۲۵) در بیماران روان‌تنی نشان داد که ذهن‌آگاهی می‌تواند هم‌زمان ناگویی هیجانی را کاهش داده و تاب‌آوری را افزایش دهد؛ الگویی که با نتایج همبستگی حاضر درباره رابطه معکوس ذهن‌آگاهی با پریشانی و کیفیت زندگی نامطلوب همخوان است.

از دید نظری، مجموعه این یافته‌ها را می‌توان در چارچوب مدل‌های زیستی-روانی-اجتماعی و محور مغز-روده تبیین کرد. تاب‌آوری به‌عنوان یک منبع درونی، ترکیبی از مؤلفه‌هایی مانند انعطاف‌پذیری شناختی، خودکارآمدی، امید، قابلیت جست‌وجوی حمایت و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال را در بر می‌گیرد (بونانو و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیومن، ۲۰۰۳؛ پارکر و همکاران، ۲۰۲۱). در شرایط استرس مزمن ناشی از IBS، بیماران تاب‌آور احتمالاً علائم را به‌جای تهدید مطلق، به‌عنوان چالشی قابل مدیریت درک می‌کنند، از راهبردهایی چون حل مسئله، برنامه‌ریزی و جست‌وجوی حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و کمتر به دام فاجعه‌سازی و درماندگی می‌افتند (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). این الگو با کاهش برانگیختگی محور HPA، کاهش حساسیت احشایی و کاهش نشخوارفکری درباره علائم همراه است (چستر و کیفر، ۲۰۲۵) و در نهایت به سطوح پایین‌تر پریشانی و کیفیت زندگی بهتر منجر می‌شود؛ الگویی که نتایج این پژوهش نیز آن را تأیید می‌کند.

در مقابل، ناگویی هیجانی را می‌توان سازه‌ای دانست که حلقه ارتباطی بین استرس‌های زندگی، پردازش هیجانی ناکارآمد و بروز علائم جسمانی را توضیح می‌دهد. افراد دچار ناگویی هیجانی قادر به شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌های خود نیستند، تجربه درونی را مبهم و تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و در نتیجه، برانگیختگی بدنی و نشانه‌های جسمانی را به‌جای پیام‌های هیجانی، به‌صورت نشانه بیماری تلقی می‌کنند (مهاجرانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ وان برونسویچ و همکاران، ۲۰۲۱). در زمینه IBS، این الگو می‌تواند حساسیت بیش از حد به احساسات گوارشی، تمرکز مفرط بر درد و نشانه‌ها و تفسیر فاجعه‌آمیز آنها را تشدید کند و از این طریق، چرخه استرس-درد-پریشانی را تقویت کند (ایگل‌سیاس ری و همکاران، ۲۰۱۲؛ پورسیلی و همکاران، ۲۰۱۰). یافته حاضر که ناگویی هیجانی را پیش‌بین مثبت پریشانی و کیفیت زندگی نامطلوب نشان داد، با این مدل همخوان است و به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران که ابراز هیجان در برخی موقعیت‌ها می‌تواند با موانع اجتماعی-هنجاری روبه‌رو باشد، اهمیت بیشتری می‌یابد.

ذهن‌آگاهی در این میان می‌تواند حلقه ارتباطی بین تاب‌آوری و ناگویی هیجانی را روشن‌تر کند. شواهد مداخله‌ای نشان داده‌اند که آموزش ذهن‌آگاهی با کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و افزایش تاب‌آوری همراه است؛ یعنی ذهن‌آگاهی از یک سو توانایی مشاهده و نام‌گذاری هیجان‌ها را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر، ظرفیت بازگشت به تعادل و سازگاری انعطاف‌پذیر را تقویت می‌کند (باقری و همکاران، ۲۰۲۴؛ شیری، ۲۰۲۵). در چارچوب نتایج حاضر، می‌توان چنین استنباط کرد که بیماران با ذهن‌آگاهی بالاتر کمتر دچار نشخوار ذهنی، فاجعه‌سازی و سرکوب هیجان می‌شوند، واکنش‌پذیری هیجانی و فیزیولوژیک آنان نسبت به علائم کاهش می‌یابد و این امر هم به‌طور مستقیم پریشانی را کاهش می‌دهد و هم زمینه را برای رشد تاب‌آوری و کاهش پیامدهای منفی ناگویی هیجانی فراهم می‌کند. به بیان دیگر، تعامل سه‌گانه تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی می‌تواند چارچوب یکپارچه‌ای برای درک تفاوت‌های فردی در پویایی روان‌شناختی بیماران IBS فراهم آورد؛ چارچوبی که با ادبیات موجود در حوزه IBD، سرطان کولورکتال و سایر بیماری‌های مزمن گوارشی نیز هم‌راستا است (بنفنت، ۲۰۲۳؛ چستر و کیفر، ۲۰۲۵؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵).

از منظر تبیینی، نتایج این پژوهش چند پیام ضمنی مهم دارد. نخست آن‌که بخش قابل‌توجهی از پریشانی روان‌شناختی و افت کیفیت زندگی در IBS نه‌فقط محصول شدت علائم جسمانی، بلکه نتیجه نحوه مواجهه شناختی-هیجانی با این علائم است. الگوهای پردازش هیجان و راهبردهای مقابله‌ای که در پژوهش‌های صادقان و همکاران (۲۰۲۴) به‌عنوان عوامل کلیدی در شدت علائم و کیفیت زندگی

معرفی شده‌اند، در این پژوهش از طریق سازه‌های سطح بالاتر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی بازتاب یافته‌اند. دوم آن‌که این سازه‌ها ماهیتی قابل‌تغییر دارند؛ مطالعات مداخله‌ای نشان داده‌اند که با آموزش ذهن‌آگاهی و مداخلات شناختی-رفتاری می‌توان تاب‌آوری را افزایش، ناگویی هیجانی را کاهش و راهبردهای تنظیم هیجان را اصلاح کرد (باقری و همکاران، ۲۰۲۴؛ شیری، ۲۰۲۵). بنابراین، یافته‌های حاضر صرفاً جنبه توصیفی ندارند، بلکه به‌طور ضمنی نشان می‌دهند که طراحی مداخلات هدفمند بر این سه سازه می‌تواند به کاهش پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران IBS منجر شود.

این پژوهش همانند سایر مطالعات در حوزه علوم انسانی با چند محدودیت همراه بود. نخست آن‌که طرح پژوهش مقطعی و همبستگی بود؛ بنابراین، هرچند روابط پیش‌بینانه در مدل رگرسیونی بررسی شد، اما استنباط علی قطعی از نتایج ممکن نیست. دوم، داده‌ها صرفاً بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شد که می‌تواند تحت‌تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی، حافظه و هنجارهای اجتماعی قرار گیرد. استفاده هم‌زمان از روش‌های عینی‌تر، مانند مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته یا شاخص‌های فیزیولوژیک استرس (برای مثال، نشانگرهای التهابی یا شاخص‌های فعالیت محور HPA) می‌تواند تصویر دقیق‌تری ارائه دهد. سوم، نمونه پژوهش از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق‌تخصصی گوارش در شهر تهران و به روش در دسترس انتخاب شد؛ لذا تعمیم نتایج به سایر شهرها، مناطق روستایی یا بیماران با الگوهای مراجعه متفاوت باید با احتیاط صورت گیرد. چهارم، متغیرهای بالقوه مداخله‌گر مانند نوع IBS، شدت عینی بیماری، مدت ابتلا، متغیرهای اقتصادی-اجتماعی و حمایت اجتماعی در مدل وارد نشدند و ممکن است بخشی از واریانس تبیین‌نشده به این عوامل مربوط باشد. نهایتاً، در این پژوهش متغیرهای میانجی‌گر مهمی مانند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان یا سبک‌های مقابله‌ای که در پژوهش‌های اخیر برجسته شده‌اند (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵)، به‌طور مستقیم اندازه‌گیری نشدند.

با توجه به محدودیت‌ها و الگوی به‌دست‌آمده، چند مسیر برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود. انجام مطالعات طولی و چندمرکزی در شهرها و بافت‌های مختلف فرهنگی می‌تواند به روشن‌تر شدن جهت و پایداری روابط بین تاب‌آوری، ناگویی هیجانی، ذهن‌آگاهی، پریشانی و کیفیت زندگی در بیماران IBS کمک کند. استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری برای آزمون مدل‌های پیچیده‌تر، شامل نقش‌های میانجی‌گر یا تعدیل‌گر راهبردهای تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای، می‌تواند به غنای نظریه‌های موجود در حوزه محور مغز-روده بیفزاید. همچنین، طراحی و ارزیابی کارآزمایی‌های بالینی

تصادفی شده بر اساس مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش تاب آوری و برنامه های کاهش ناگویی هیجانی در بیماران IBS با استفاده از شاخص های چندبعدی (روان شناختی، عملکردی و فیزیولوژیک) می تواند شواهد مداخله ای نیرومندی برای کاربرد این یافته ها در عمل تولید کند. در کنار پژوهش های کمی، مطالعات کیفی مبتنی بر مصاحبه های عمیق و روایت پژوهی نیز می توانند تجربه زیسته بیماران از درد، پریشانی و سازگاری را روشن کرده و به طراحی مداخلات حساس به زمینه فرهنگی کمک کنند. از منظر کاربردی، نتایج این پژوهش چند پیشنهاد عملی برای نظام سلامت و بالینگران ارائه می کند. نخست، توصیه می شود در کلینیک های گوارش، غربالگری منظم پریشانی روان شناختی، تاب آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی به عنوان بخشی از ارزیابی روتین بیماران IBS در نظر گرفته شود تا بیماران در معرض خطر بالا شناسایی و به خدمات روان شناختی ارجاع داده شوند. دوم، ادغام مداخلات کوتاه مدت مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش مهارت های تنظیم هیجان و برنامه های تقویت تاب آوری در بسته های درمانی چندرشته ای می تواند به کاهش بار روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند (چستر و کیفر، ۲۰۲۵؛ شیری، ۲۰۲۵). سوم، آموزش پزشکان و پرستاران گوارش درباره نقش سازه های روان شناختی در IBS و نحوه برقراری ارتباط همدلانه و تسهیل بیان هیجان در بیماران می تواند بخشی از دشواری های مرتبط با ناگویی هیجانی را کاهش دهد. چهارم، طراحی برنامه های گروهی حمایتی برای بیماران IBS که در آن ها تبادل تجربه، آموزش مهارت های مقابله ای سازگار، ذهن آگاهی و راهبردهای بازسازی شناختی محور قرار دارد، می تواند هم زمان شبکه حمایت اجتماعی و منابع درونی بیماران را تقویت کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵).

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که تاب آوری، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی سه سازه روان شناختی کلیدی هستند که به طور معناداری با پریشانی روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر ارتباط دارند و بخش قابل توجهی از تفاوت های فردی در این پیامدها را تبیین می کنند. تاب آوری و ذهن آگاهی به عنوان عوامل محافظتی، با پریشانی کمتر و کیفیت زندگی بهتر همراه اند، در حالی که ناگویی هیجانی به عنوان عامل خطر، با افزایش رنج ذهنی و افت کیفیت زندگی مرتبط است. این الگو با مدل های زیستی-روانی-اجتماعی و یافته های پژوهشی اخیر در حوزه بیماری های گوارشی هم راستا است و تأکید می کند که مدیریت IBS نباید صرفاً بر کنترل علائم جسمانی متمرکز باشد، بلکه باید ارتقای تاب آوری، کاهش ناگویی هیجانی و تقویت ذهن آگاهی را نیز در کانون توجه قرار دهد. توسعه و به کارگیری مداخلات روان شناختی مبتنی بر این سازه ها می تواند

گامی مؤثر در جهت کاهش بار روانی-اجتماعی IBS و ارتقای کیفیت زندگی بیماران در نظام سلامت باشد.

از تمامی بیمارانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم

References

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagheri, M., Nematollah Zadeh Mahani, K., & Pour Amrollahi, M. (2020). The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship of Coping Strategies and Personality Traits With Obsessive-Compulsive Disorder
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Abbaspour, A., Savabi Niri, V., Bikas Yekani, M., & Keramati, S. (2024). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on alexithymia, pain intensity, and emotional regulation in children with irritable bowel syndrome. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 11(2), 85–101. <https://doi.org/10.61186/jcmh.11.2.7>
- Behbahani, M. Z. A., & Homaei, R. (2020). The Relationship Stigma Infertility and Psychological Distress with Quality of Marital Relationship through the Mediation of Meta-Emotion in Infertile Women.
- Benfante, A. (2023). Quality of life, psychological distress and post-traumatic growth in colorectal cancer patients: A prospective study (Doctoral dissertation). University of Turin, Department of Psychology.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and Factorial Validity of a Farsi Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale with a Sample of Iranian Students. *Psychological Reports*, 101(1), 209-220.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 671.
- Brown, K. W., & Kasser, T. (2005). Are Psychological and Ecological Well-being Compatible? The Role of Values, Mindfulness, and Lifestyle. *Social Indicators Research*, 74(2), 349-368.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18(4), 272-281.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Canavan, C., West, J., & Card, T. (2014). Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 40(9), 1023-1034.
- Carlson, J. M., Dikecigil, G. N., Greenberg, T., & Mujica-Parodi, L. R. (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 609-613.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33.
- Chester, M. A., & Keefer, L. (2025). Resilience, anxiety, and inflammatory bowel disease. In C. R. Martin et al. (Eds.), *Handbook of the Behavior and Psychology of Disease* (pp. 471–491). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-73363-5_25
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Drossman, D. A., Patrick, D. L., Whitehead, W. E., Toner, B. B., Diamant, N. E., Hu, Y., Jia, H., & Bangdiwala, S. I. (2000). Further Validation of The Ibs-Qol: A Disease-Specific Quality-of-Life Questionnaire. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 95(4).
- Ghannadi, K., Emami, R., Bashashati, M., Tarrahi, M. J., & Attarian, S. (2005). Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol*, 24(5), 225-226.
- Ghasemipour, Y., & Ghorbani, N. (2010). Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(2), 154-162.
- Grundmann, O., & Yoon, S. L. (2010). Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioners. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25(4), 691-699.
- Iglesias-Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Vázquez Rodríguez, I., Lorenzo González, A., Bello-Paderne, X., & Domínguez-Muñoz, J. E. (2012). Influence of alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Are there any related factors? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 47(4), 445-453.

- Jamali, R., Jamali, A., Poorrahnama, M., Omidi, A., Jamali, B., Moslemi, N., Ansari, R., Dolatshahi, S., & Ebrahimi Daryani, N. (2012). Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 12.
- Jowkar, B. (2007). The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S.-L. T., Manderscheid, R. W., & Walters, E. E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Khoshsorour, S., & Rezaei, S. (2019). The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Iranian journal of rehabilitation research*, 6(1), 60-68.
- Lovell, R. M., & Ford, A. C. (2012). Global Prevalence of and Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 10(7), 712-721.e714.
- Mattila, A. K., Luutonen, S., Ylinen, M., Salokangas, R. K. R., & Joukamaa, M. (2010). Alexithymia, Human Relationships, and Mobile Phone Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(10).
- Mohajerani, S., Haghighayegh, S. A., & Adibi, P. (2017). Relationship between alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. *Govaresh*, 22(1), 28-38.
- Newman, R. (2003). Providing direction on the road to resilience. *Behavioral health management*, 23(4), 42-43.
- Parker, C. H., Naliboff, B. D., Shih, W., Presson, A. P., Kilpatrick, L., Gupta, A., Liu, C., Keefer, L. A., Sauk, J. S., Hirten, R., Sands, B. E., & Chang, L. (2021). The Role of Resilience in Irritable Bowel Syndrome, Other Chronic Gastrointestinal Conditions, and the General Population. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(12), 2541-2550.e2541.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., & Taylor, G. J. (2010). Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease: A Case-Control Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(1), 49-53.
- Posserud, I., Svedlund, J., Wallin, J., & Simrén, M. (2009). Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(5), 399-405.
- Romero, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P., & Barbancho, M. Á. (2021). Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 94(2), 99-106.
- Roshan, N., Yarahmadi, Y., & Parhizkar, B. (2016). The compare resilience in patients with irritable bowel syndrome and normal individuals in Sanandaj city. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*, 3(3), 80-88.
- Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry*, 14(1), 71-76.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. New Delhi: Wolters Kluwer, 2007.
- Sadeghian, A. M., Dashti, F., Shariati, B., Mokhtare, M., & Sotoudeheian, M. (2024). The role of cognitive emotion regulation strategies in predicting the resilience, symptom severity, and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 48, 102341. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2024.102341>
- Shiri, M. (2025). Effects of mindfulness training on alexithymia and resilience of psychosomatic patients. *Razavi Journal of Medical*, 13(3), 27-37. <https://doi.org/10.30483/rjrm.2025.254507.1311>
- Tarrahi, M. J., Sourinejad, H., Adibmoghadam, E., Kazemi, A., & Rostaminia, R. (2021). The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Postmenopausal Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 9(2).
- Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1997). Relationships between alexithymia and related constructs. *The (non) expression of emotions in health and disease*, 103-114.
- Thompson, W. G., Heaton, K. W., Smyth, G. T., & Smyth, C. (2000). Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut*, 46(1), 78.
- van Bronswijk, S. C., Bruijnijks, S. J. E., Lorenzo-Luaces, L., Derubeis, R. J., Lemmens, L. H. J. M., Peeters, F. P. M. L., & Huibers, M. J. H. (2021). Cross-trial prediction in psychotherapy: External validation of the Personalized Advantage Index using machine learning in two Dutch randomized trials comparing CBT versus IPT for depression. *Psychotherapy Research*, 31(1), 78-91.
- van der Velde, J., Gromann, P. M., Swart, M., Wiersma, D., de Haan, L., Bruggeman, R., Krabbendam, L., & Aleman, A. (2015). Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(2), 285-293.

- Wang, L., Makhdzir, N., & Haron, Z. (2025). The interplay of coping strategies and quality of life in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Middle East Journal of Digestive Diseases*, 17(1), 60–67. <https://doi.org/10.34172/mejdd.2025.409>
- Yaghubi, H. (2016). Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*, 6(4), 45-57.

The Role of Resilience, Alexithymia, and Mindfulness in Predicting Psychological Distress and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Marzie Hashemi^۱, Seyed Ali Kazemi Rezaei^۲,
& Peyman Hatamian^۳

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is one of the common functional digestive system disorders which derange daily function and quality life of the patients. The present study aimed to examine the role of resilience, alexithymia, and mindfulness in predicting psychological distress and quality of life among patients with irritable bowel syndrome (IBS). To this, the descriptive–correlational study was conducted in 2024 on all patients with IBS who referred to specialized gastroenterology clinics in Tehran. Using convenience sampling, 140 patients were selected and assessed based on resilience, alexithymia, and mindfulness in predicting psychological distress and quality of life. Multiple regression analysis indicated a significant negative relationship between resilience and mindfulness with psychological distress and quality of life (higher scores on this scale) in patients with IBS. ($p < 0.01$). In contrast, alexithymia showed a significant positive relationship with psychological distress and quality of life (higher scores on this scale). in patients. ($p < 0.01$). Multiple regression analysis further revealed that resilience, alexithymia, and mindfulness together explained 50.4% of the variance in psychological distress and 61.7% of the variance in quality of life. It can be concluded that resilience, alexithymia, and mindfulness have a significant predictive role for psychological distress and quality of life in patients with IBS. Accordingly, interventions aimed at enhancing resilience and mindfulness and reducing alexithymia may contribute to more effective treatment and improved clinical outcomes in this patient population.

Keywords: Resilience, Alexithymia, Mindfulness, Psychological Distress, Quality of Life, Irritable Bowel Syndrome (IBS)

¹ Dept of Psychology and Educational Sciences, Khatam University, Tehran, Iran

² Dept of Psychology and Educational Sciences, Khatam University, Tehran, Iran
(Corresponding Author) a.kazemi@khatam.ac.ir

³ Dept of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.