Original Article

The role of attachment styles, quality of object relations and ego strength in predicting irritable bowel syndrome

Koochaki-Ravandi M[1], Monirpour N[1], Arj A[2*]

1- Department of Clinical Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University of Isfahan, Khorasgan, I. R. Iran.
2- Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received November 9, 2014; Accepted 17 June, 2015

Abstract:

Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders that psychological factors play an important role in its development and exacerbation. This study aimed to investigate the role of attachment styles, the quality of object relations and ego strength in predicting IBS.

Materials and Methods: This analytical case-control study was performed on all patients with IBS referred to Kashan Shahid Beheshti Hospital from January to December 2013. In this study, 150 patients with IBS and 150 matched healthy people (the relatives of patients) were selected using convenience sampling. To collect data, different questionnaires including demographic, object relations, adult attachment and ego strength questionnaires were used.

Results: The results of the study showed that there was a significant positive correlation between the ambivalent insecure attachment style and IBS as well as a negative correlation between the ego strength and IBS. Also, there was no significant correlation between the secure attachment styles, avoidant insecure attachment style and object relations with IBS. Logistic regression analysis showed that the ego strength and ambivalent insecure attachment style were the predictors of IBS.

Conclusion: Besides the biological and genetic factors involved in IBS, ambivalent insecure attachment style and ego strength can be psycho-social predictors of this syndrome.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Attachment, Object relations, Ego strength

* **Corresponding Author.**
Email: Dr_arj@yahoo.com
Tel: 0098 31 554 42060
Fax: 0098 31 553 10840

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2015; Vol. 19, No 3, Pages 231-241

Please cite this article as: Koochaki-Ravandi M, Monirpour N, Arj A. The role of attachment styles, quality of object relations and ego strength in predicting irritable bowel syndrome. ***Feyz*** 2015; 19(3): 231-41.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

نقش سبک‌های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدرت ایگو در پیش‌بینی سندروم روده تحریک‌پذیر

محمد کوچکی راوندی [۱]، نادر منیرپور [۲]، عباس ارج [۳*]

خلاصه:

سابقه و هدف: سندروم روده تحریک‌پذیر، یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید علایم آن نقش مهمی ایفا می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی نقش سبک‌های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدرت ایگو در پیش‌بینی سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مطالعات تحلیلی است که به‌روش مورد شاهدی انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بیمارستان شهید بهشتی کاشان بود که در چهار ماه دوم سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۵۰ نفر مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و ۱۵۰ نفر سالم همتاسازی شده از همراهان بیماران بودند که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس باتوجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست جمعیت‌شناختی، مقیاس دلبستگی بزرگسالان، پرسشنامه روابط موضوعی و مقیاس قدرت ایگو استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشانگر رابطه مثبت معنی‌دار بین سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا و رابطه منفی و معنی‌دار بین قدرت ایگو با سندروم روده تحریک‌پذیر بود. هم‌چنین، سبک‌های دلبستگی ایمن، دلبستگی نا ایمن اجتنابی و روابط موضوعی، با سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه معنی‌داری نداشتند. نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک نشان داد که سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا و قدرت ایگو به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های ابتلاء به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، به‌نظر می‌رسد درکنار وجود آمادگی‌های وراثتی و ژنتیکی در ابتلاء به سندروم روده تحریک‌پذیر، سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا و قدرت ایگو توانایی پیش‌بینی روانی‌اجتماعی این سندروم را دارند.

واژگان کلیدی: سندروم روده تحریک‌پذیر، دلبستگی، روابط موضوعی، قدرت ایگو

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره نوزدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۴، صفحات ۲۴۱-۲۳۱

مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome; IBS) یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با علائم درد و یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در دفع (تواتر دفع/ قوام در مدفوع) و عادات روده در غیاب علت ارگانیک توجیه کننده علائم، تظاهر پیدا می‌کند [۱]. درد ناشی از آن معمولا در ربع تحتانی چپ بروز پیدا می‌کند، اما می‌تواند در هر جای دیگری بروز کرده و یا حالت منتشرتری به‌خود بگیرد [۳،۲]. سندروم روده تحریک‌پذیر وضعیت مزمنی است که به‌طور نامنظم نوسان می‌یابد، ولی به‌طور کامل از بین نمی‌رود. علایم این سندروم معمولا هرازگاهی ظاهر شده و سپس ناپدید می‌شوند. شدت علایم آن متغیر است که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به‌شدت مختل کند. سندروم روده تحریک‌پذیر هر دو جنس زن و مرد را درگیر می‌کند که می‌تواند در جوانی یا پیری بروز کند. در افراد جوان‌تر و زنان، این بیماری بیشتر تشخیص داده می‌شود [۵،۴]. اولین علایم این بیماری، قبل از ۴۵ سالگی ظاهر می‌شوند و به‌طور کلی این بیماری در زنان بین ۳۰ تا ۵۰ ساله شیوع بیشتری دارد [۶]. میزان شیوع آن در بین کشورهای مختلف بسیار متفاوت است. براساس مطالعات جمعیتی که در ایران انجام شده، شیوع این سندروم از ۵/۳ تا ۸/۵ درصد گزارش شده است. اما به‌نظر می‌رسد بیماری در اقشار خاصی بالاتر می‌باشد، برای مثال در یک مطالعه‌ی انجام شده روی دانشجویان پزشکی، شیوع این سندروم ۱۸/۵ درصد گزارش شده است [۸،۷]. امروزه با توجه به مطالعات فراوان هنوز پاتوفیزیولوژی این بیماری به‌درستی شناخته نشده است [۹]. ایمنی‌شناسی روانی‌عصبی یکی از شاخه‌های روان‌شناسی سلامت می‌باشد که به‌دنبال بررسی تأثیر عوامل روان‌شناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش احتمال خطر ابتلاء به بیماری‌ها می‌باشد. بر طبق یافته‌های این حوزه، شخصیت، رفتار،

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)

[۲] استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم

[۳] استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نشانی نویسنده مسئول:** کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی بیمارستان شهید بهشتی، گروه داخلی

تلفن: ۰۳۱ ۵۵۴۴۲۰۶۰ **دورنویس:** ۰۳۱ ۵۵۳۱۰۸۴۰

پست الکترونیک: Dr_arj@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۴/۳/۲۷

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

هیجان و شناخت می‌توانند پاسخ‌های ایمنی بدن را تغییر دهند و از این طریق خطر ابتلا به بیماری‌های مختلف افزایش می‌یابد [۱۰]. مطالعات فراوانی [۱۳-۱۱] در این زمینه پیرامون تأثیر عوامل روان-شناختی بر بروز یا تشدید علایم سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفته است. به‌علاوه، در پژوهش‌های متعدد [۱۹-۱۴] به بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به این سندروم پرداخته شده است. در اکثر رویکردهای نظری سال‌های اولیه زندگی در شکل-گیری شخصیت از اهمیت بسیاری برخوردار است، و از مهم‌ترین عواملی که تعیین کننده‌ی شخصیت فرد در بزرگسالی می‌باشد، رابطه کودک با فرد مراقبت کننده‌اش یا مادر است. وجود یا عدم وجود این رابطه و هم‌چنین چگونگی کیفیت این رابطه بین نوزاد و مراقب او مورد توجه است و Bowlby این جو هیجانی حاکم بر روابط کودک با مراقبش را دلبستگی می‌نامد. دلبستگی به‌معنای برقراری پیوند عاطفی عمیق با افراد خاص در زندگی است؛ به-گونه‌ای که از تعامل با آن‌ها، احساس شعف و نشاط و به هنگام استرس، از بودن در کنار آن‌ها، احساس آرامش حاصل شود. دلبستگی نوعی نظام تعاملی است که در آن از طریق قبول محدودیت‌های قابل قبول احساس ایمنی ایجاد می‌شود [۲۰]. به اعتقاد Bowlby موضوع دلبستگی پناهگاه مطمئنی برای کودک فراهم می‌کند تا کودک هنگام تنیدگی و درماندگی به‌سوی او باز-گردد و پایگاه ایمنی است برای کاوش کودک در محیط، به‌ویژه زمانی‌که موضوع دلبستگی حضور ندارد [۲۱]. رفتار دلبستگی منجر به حفظ نزدیکی و هم‌جواری با افراد مهم زندگی یا تصاویر دلبستگی کسانی که کودک می‌تواند در موقعیت‌های تهدیدآمیز نزدیک آن‌ها بماند تا شانس او برای سازش یافتگی و بقاء افزایش یابد سوق می‌دهد [۲۲]. نتیجه عمده کنش‌های متقابل مادر و کودک، به‌وجود آمدن نوعی دلبستگی عاطفی بین فرزند و مادر است. این دلبستگی و ارتباط عاطفی با مادر سبب می‌شود کودک به‌دنبال آسایش حاصل از وجود مادر باشد؛ به‌خصوص هنگامی‌که احساس ترس و عدم اطمینان می‌کند [۲۰]. در صورت وجود یک رابطه نا ایمن بین مراقبت کننده و کودک موجب بی‌اعتمادی، ناهماهنگی و نارضایتی هیجانی در روابط بعدی او می‌شود [۲۳]. این شکل‌گیری رابطه بین کودک و مراقب‌ش را می‌توان تحت عنوان روابط با دیگران یا به اصطلاح دقیق‌تر روابط موضوعی نیز توضیح داد. روابط موضوعی غالبا به روابط اولیه کودک و مادر و چگونگی شکل‌گیری دنیای درونی کودک و روابط آتی فرد بزرگسال تحت تأثیر این رابطه اولیه، معطوف‌اند. نظریات روابط موضوعی اساسا نظریات رشدنگر هستند؛ آن‌ها مسأله اصلی رشد را حرکت کودک از نوعی وضعیت آمیختگی و وابستگی به مادر به‌سوی وضعیت استقلال و تفکیک بیش‌تر می‌دانند. کودک مخزن عزت نفس‌ش را در طی دوره اولیه‌ی آمیختگی و هم‌زیستی پر می-کند [۲۵،۲۴]. عناصر سازنده‌ی رابطه‌ی کودک و مادر شامل عملکرد آن دو به‌عنوان یک سیستم است که مادر درگیر نیازهای کودک در دوران طفولیت می‌باشد. علاوه بر این مادر باید مانند آینه عمل کند تا توانایی‌های مثبت و مناسبی را که کودک نشان می‌دهد، انعکاس دهد. انعکاس چنین تجربه‌هایی از شکل‌گیری احساس برجسته‌ی پوچی که می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد یک اشتباه اساسی شود، جلوگیری می‌نماید [۲۶]. افراد از طریق تعامل با افراد حقیقی که در محیط اطراف‌شان حضور دارند، رشد می‌کنند و از این رهگذر در درون‌شان بازنمایی‌هایی از این تجربیات شکل می-گیرد. این بازنمایی‌ها روند رشد اطفال و کودکان را شکل می‌دهند و از این رهگذر، مجموعه‌ای از مکانیزم‌های دفاعی و توانمندی‌ها در طفل شکل می‌گیرد و بر نحوه‌ی پیش‌بینی افراد بزرگسال از رویدادهای بین فردی محیط اطراف و برداشتی که آن‌ها از این رویدادها دارند تأثیر می‌گذارند. ماهیت این روابط ساختارهای اید (Id)، ایگو (Ego) و سوپر ایگو (Super ego) را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۷]. سندروم روده تحریک‌پذیر که سبب اختلال در روابط بین فردی، مسافرت، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت در جمع به‌علت ترس از ایجاد علایم می‌شود. و معمولا به‌دنبال عوامل تشدید کننده روان‌شناختی مثل اضطراب، اختلالات خلقی، افسردگی و تنش‌های ناشی از تحریکات عصبی بروز علایم بیماری شدت پیدا می‌کند [۲۹،۲۸]. از آنجایی‌که ایگو وظیفهٔ مدیریت سیستم روانی را برعهده دارد. تمام مشکلات روانی، زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. در مجموع اینکه توانایی ما برای کنار آمدن با زندگی، یعنی تعادل روانی ما، به توانایی و قدرت ایگو در جهت غلبه بر فشارهای گوناگونی که بر آن وارد می‌شود، بستگی دارد [۳۰]. بنابراین ایگو این بیماران باید برای تحمل اضطراب، راه‌ها و روش‌هایی را داشته باشد، تا در کاهش فشار روانی ارزشمند و مؤثر واقع شود و بتواند رویدادها را تحت کنترل خود در بیاورد. قدرت ایگو متغیر مهمی در عملکرد انسان به‌شمار می‌رود. اصطلاح قدرت ایگو به توانایی فرد برای برخورد مؤثر با خواست‌های رقابت آمیز و موقعیت‌های توان‌فرسا و برای عملکرد مؤثر به‌رغم خواست‌ها و توقعات این نیروهای متعارض، به‌کار می‌رود. بنابراین، وجود یک ایگو قدرتمند باعث می‌شود که نشانه‌های آسیب روانی را از خود کمتر نشان دهند، و در برابر تنش ناشی از شرایط فشارزای زندگی تحمل و ظرفیت کافی و بسنده‌ای داشته باشند. از طرف دیگر ضعف ایگو موجب می‌شود که ارگانیسم از دنیای بیرونی به دنیای درونی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

برگردد و به خودش عقب‌نشینی کند [۳۲،۳۱]. از آنجایی‌که مدل-های زیستی و پزشکی تا به‌حال و به‌تنهایی توضیح قانع‌کننده‌ای در مورد دلیل ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر ارائه نداده‌اند، بهره-گیری از یک مدل زیستی، روان‌شناختی بهترین وسیله برای شناخت پیش‌بینی کننده‌های این سندروم است [۳۳]. بنابراین، باتوجه به تعدد مطالعات انجام شده در زمینه سندروم روده تحریک‌پذیر در ایران، اکثر مطالعات تمرکز خود را بر اثرات ناشی از بیماری بر کیفیت زندگی و ویژگی‌های روان شناختی بیمار معطوف کرده‌اند و پژوهشی که به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی ابتلاء به این سندروم و با تکیه بر دیدگاه روان‌تحلیلی پرداخته باشد، بسیار نادر است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی سبک‌های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدررت ایگو در پیش‌بینی سندروم روده تحریک‌پذیر است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات تحلیلی است که به‌روش مورد شاهدی انجام شد. جامعه آماری این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بیمارستان شهید بهشتی کاشان بود که در ۴ ماه دوم سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند. ۱۵۰ نفر از بین این بیماران به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و باتوجه به معیار-های ورود و خروج به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. و تعداد ۱۵۰ نفر از همراهان سالم بیماران با توجه به سن، جنسیت و تحصیلات به-عنوان گروه مقایسه همتاسازی شدند. به کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که پاسخ‌های آن‌ها کاملا محرمانه و صرفا جهت انجام پژوهش است معیارهای ورود عبارت بودند از: رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش، تشخیص بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش بر اساس معیارهای تشخیصی RomIII، و عدم ابتلا همزمان به بیماری‌های مزمن دیگر. هم‌چنین، معیارهای خروج عبارت بودند از: وجود بیماری جسمی حاد، وجود اختلال عمده روانپزشکی با تشخیص رواشناس بالینی، و وابستگی به مواد و الکل. در این پژوهش تشخیص و سنجش سندروم روده تحریک‌پذیر توسط پزشک فوق تخصص گوارش و کبد و بر اساس معیارهای تشخیصی RomIII و معاینات بالینی و آزمایشگاهی انجام گرفت. برای جمع‌آوری و بررسی اطلاعات شخصی (دموگرافیک)، از چک‌لیست جمعیت شناختی استفاده شد. هم‌چنین، به‌منظور سنجش سبک‌های دلبستگی افراد شرکت کننده در پژوهش، از پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان استفاده شد. این پرسشنامه با استفاده از مواد آزمون دلبستگی Hazan & Shaver، توسط بشارت و همکاران ساخته شده و بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است که سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی، دوسوگرا بر حسب ۱۵ سوال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملا مخالفم-۱، مخالفم-۲، نظری ندارم-۳، موافقم ۴، کاملا موافقم-۵) از هم متمایز می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در خرده مقیاس‌های آزمون به-ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و اضطرابی دوسوگرا در یک نمونه دانشجویی (n=۲۴۰)، برای کل آزمودنی‌ها به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ و برای دانشجویان دختر به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ و برای دانشجویان پسر به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ بود که نشانه همسانی درونی این مقیاس است. اعتبار بازآزمایی مقیاس دلبستگی بزرگسال برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله ۲ هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۳، برای آزمودنی‌های پسر ۰/۹۳ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۹۰ محاسبه شد [۳۴]. روابط موضوعی از طریق پرسشنامه روابط موضوعی بل ارزیابی شد که ۴۵ ماده دارد و قسمتی از پرسشنامه ۹۰ ماده‌ای روابط موضوعی و واقعیت سنجی بل (Bell Object Relations and Reality testing Inventory) است که نوعی ابزار خود گزارش‌دهی برای ارزیابی روابط موضوعی به‌شمار می‌رود. این پرسشنامه برای جمعیت بالینی و غیربالینی طراحی شده است و ۴ خرده مقیاس برای سنجش ابعاد مختلف روابط موضوعی ارائه می‌کند که شامل: بیگانگی، دلبستگی نا ایمن اجتنابی، خودمیان‌بینی و بی‌کفایتی اجتماعی می‌باشد. کسانی که در بیگانگی نمره‌ی بالا می‌گیرند غالبا از فقدان اساسی نوعی اجساس اعتماد در روابط خود رنج می‌برند. آنها در ارتباطات خود بی‌ثبات و سطحی بوده و مشکلات جدی در برقراری صمیمیت دارند. این افراد برای محافظت از خود در برابر خشم و خصومتی که به دیگران فرافکنی می‌کنند به‌تنهایی پناه برده و منزوی می‌شوند. نمره‌ی بالا در دلبستگی نا ایمن حساسیت فرد به طرد و آسیب دیدن توسط دیگران را منعکس می‌سازد. فقدان، جدایی، و رهاشدگی چه به‌صورت واقعی و چه خیالی، برای این افراد سخت و تحمل ناپذیر جلوه می‌کند. باوجود اینکه برقراری روابط برای این افراد بسیار مهم است، اما به‌دلیل اینکه روابط آن‌ها معمولا با احساس گناه، حسادت و اضطراب همراه است، غالبا به الگوهای ناسازگارانه و تمایلات خودآزارگرانه و دیگرآزارگرانه منجر می‌شود. نمره‌ی بالا در خودمیان‌بینی سه نگرش نسبت به روابط را مشخص می‌سازد که عبارتند از: بدگمانی و بی‌اعتمادی نسبت به انگیزه‌های دیگران، بهره‌جویی فردی از روابط و دست-کاری و سوء استفاده از دیگران برای دست‌یابی به خواسته‌های شخصی خود. این افراد در روابط بین فردی، هیچ نوع همدلی ابراز

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

نمی‌کنند و نسبت به احساسات و برداشت دیگران آگاهی و نگرانی ندارند. نمره‌ی بالا در بی‌کفایتی اجتماعی نشان دهنده‌ی خجالتی بودن، عصبی بودن و تردید نسبت به اطرافیان، مخصوصاً جنس مخالف، می‌باشد. روابط برای چنین افرادی بی‌نهایت دشوار و غیرقابل پیش‌بینی به‌نظر می‌آید و غالبا از هرگونه رابطه-ای اجتناب می‌ورزند [۳۵]. این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی می‌باشد از اعتبار تفکیکی برخوردار است و هم‌چنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی اعتبار هم‌زمان قابل قبولی برای آن برآورد شده است. برآورد همسانی درونی از طریق آلفا و ضریب دونیمه‌سازی اسپیرمن براون برای ۴ خرده مقیاس روابط موضوعی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۵]. سازه‌های این ابزار از سن ۱۱ سالگی تا بزرگسالی معتبر هستند و پیوستگی سنی دارند. رضاقلی‌زاده این پرسشنامه را به فارسی برگردانده و روایی صوری و محتوای آن را به‌واسطه‌ی چندین متخصص تأیید نموده و اعتبار بازآزمایی آن را برای خرده‌مقیاس های مختلف بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ به‌دست آورده است [۳۵]. جهت سنجش و ارزیابی قدرت ایگو، از مقیاس قدرت ایگو که جزء مقیاس‌های تکمیلی پرسشنامه شخصیتی چند بعدی می‌باشد و شامل ۵۲ ماده است، استفاده شد. این مقیاس میزان نیرومندی یا به‌عبارتی توانمندی ایگو را می‌سنجد. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان-دهنده آن است که احتمالا فردی انطباق‌پذیر و برخوردار از منابع شخصی هستند، واقعیت را به‌خوبی درک می‌کنند، افرادی پرتحمل، متوازن و هشیار هستند. آنان افرادی با پشتکاراند و می-توانند به‌گونه‌ای مؤثر با دیگران برخورد کنند، از خودبسندگی لازم برخوردارند و به آسانی پذیرش اجتماعی را به‌دست می-آورند و از سلامت جسمانی لازم برخوردارند. نمره‌های پایین نشان دهنده ناسازگاری شخصی است. این افراد دارای عزت نفس پایین و خودپنداره ضعیف بوده و فاقد منابع شخصی می-باشند. آن‌ها افرادی انعطاف ناپذیر و خشکه مقدس هستند. دارای مشکلات جسمی مزمن، انواع ترس و هراس بوده، افرادی گم گشته و درمانده‌اند. Graham با توجه به مطالعه Baroon در سال ۱۹۵۳، در گروهی متشکل از ۳۰ بیمار مقدار ضریب پایایی بازآزمایی فاصله ۳ ماه بین دو آزمایش را ۰/۷۲ گزارش کرده است [۳۶]. هم‌چنین Groth- Marnat به نقل از Maryland، ضریب‌بازآزمایی (با یک فاصله ۶ هفته‌ای) برای دانشجویان مرد و زن را به‌ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۲ گزارش کرده است [۳۷]. ضریب‌های بازآزمایی برای خرده‌نمونه‌های مردان و زنان نمونه MMPI-2 به‌ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۳ بود. در پژوهش حاضر از مقیاس ترجمه شده توسط موتابی و همکاران استفاده شد. در پژوهش مقدماتی که انجام گرفت ضریب پایایی (با یک فاصله ۶ هفته‌ای) برای دانشجویان در گروهی متشکل از ۳۰ نفر مرد و زن، ۰/۷۶ به‌دست آمد. هم‌چنین، روایی زوج- فرد برای نمونه ۱۲۰ نفر دانشجوی مرد و زن به‌ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۱ بود [۳۸]. داده‌های جمع‌آوری شده و اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل، میانگین و انحراف استاندارد، سن افراد ارائه شده و از شاخص‌های آمار استنباطی شامل، همبستگی دو رشته‌ای کندال و تحلیل رگرسیون لوجستیک به-منظور پیش‌بینی ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر از طریق متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این پژوهش نقش سه عامل سبک‌های دلبستگی (شامل سه زیرمقیاس دلبستگی ایمن، دلبستگی نا ایمن اجتنابی و دلبستگی نا ایمن دوسوگرا)، روابط موضوعی (شامل سه زیرمقیاس بیگانگی، دلبستگی نا ایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی) و قدرت ایگو بر روی سندروم روده تحریک‌پذیر بررسی شده که نتایج آن به‌شرح زیر بیان می‌شود. اطلاعات وارد شده در جدول شماره ۱ نشان دهنده‌ی یکسان بودن سن دو گروه بیمار و سالم می‌باشد و هم‌چنین تطابق جنسیت و میزان تحصیلات در هر دو گروه کاملا مشهود است. برای بررسی همبستگی بین سبک‌های دلبستگی و سندروم روده تحریک‌پذیر از همبستگی دو رشته‌ای استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، سبک‌های دلبستگی ایمن و نا ایمن اجتنابی همبستگی معنی‌دار با سندروم روده تحریک‌پذیر ندارند، اما سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا همبستگی مثبت معنی‌دار با سندروم روده تحریک‌پذیر دارد. باتوجه به اینکه تنها سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا همبستگی معنی‌داری با وضعیت سلامت دارد، به-عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل شد. بنابراین، در مدل رگرسیونی که وضعیت سلامت (گروه سالم با کد ۱ و گروه بیمار با کد صفر) به‌عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل شد، تنها سبک دلبستگی دوسوگرا به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل رگرسیون گردید. در کل ۳۰۰ نفر در تحلیل وارد شدند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک در گروه‌های مورد مطالعه

ویژگی‌های دموگرافیک	وضعیت سلامت		سطح معنی‌داری اختلاف
سن	سالم	بیمار	۰/۹۹۹۹
تعداد	۱۵۰	۱۵۰	
میانگین	۳۷/۱۰	۳۶/۹۷	
انحراف استاندارد	۱۰/۵۸	۱۰/۴۶	
جنسیت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	۰/۹۹۹۹
مرد	۱۰۲ (۶۸)	۴۸ (۳۲)	
زن	۱۰۲ (۶۸)	۴۸ (۳۲)	
تحصیلات	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	۰/۹۸۴۱
بی‌سواد	۱۳ (۸/۶)	۱۳ (۸/۶)	
زیردیپلم	۵۵ (۳۶/۶۶)	۵۵ (۳۶/۶۶)	
دیپلم	۴۴ (۲۹/۳۳)	۴۲ (۲۸)	
فوق دیپلم و لیسانس	۳۳ (۲۲)	۳۳ (۲۲)	
فوق لیسانس و بالاتر	۵ (۳/۳۳)	۷ (۴/۶۶)	

جدول شماره ۲- همبستگی دو رشته‌ای بین سبک‌های دلبستگی و وضعیت سلامت

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	کاکس اسنل	سطح معنی‌داری
سالم بودن و دلبستگی ایمن	۳۰۰	-۰/۰۴۳	۰/۰۰۲	۰/۱۹۰
سالم بودن و دلبستگی اجتنابی	۳۰۰	-۰/۰۶۲	۰/۰۰۳	۰/۱۰۳
سالم بودن و دلبستگی دوسوگرا	۳۰۰	-۰/۰۹۴	۰/۰۹۳	۰/۰۲۸

جدول شماره ۳- نتایج آماره والد برای متغیرهای وارد شده در مدل

متغیر وارد شده در مدل	ضریب بتای غیر استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	نسبت برتری
دلبستگی دوسوگرا	-۰/۰۶۴	۳/۹۸۶	۱	۰/۰۴۶	۰/۹۳۸
ثابت	۰/۹۰۸	۳/۷۴۲	۱	۰/۰۵۳	۲/۴۷۹

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که ضرایب آماره والد سبک دلبستگی دوسوگرا معنی‌دار است. در واقع، افزایش هر نمره به مولفه سبک دلبستگی دوسوگرا با افزایش نرخ بیمار شدن به‌میزان ۰/۹۳۸ همراه است.

جدول شماره ۴- همبستگی دو رشته‌ای بین روابط موضوعی و وضعیت سلامت

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	کاکس اسنل	سطح معنی‌داری
سالم بودن و بیگانگی	۳۰۰	-۰/۰۵۲	۰/۰۰۶	۰/۱۴۴
سالم بودن و دلبستگی نا ایمن	۳۰۰	-۰/۰۶۷	۰/۰۸	۰/۰۸۷
سالم بودن و خود محوری	۳۰۰	-۰/۰۲۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲۵
سالم بودن و بی-کفایتی اجتماعی	۳۰۰	-۰/۰۳۲	۰/۰۰۳	۰/۲۶۵

برای بررسی همبستگی بین مولفه‌های کیفیت روابط موضوعی و سندروم روده تحریک‌پذیر از همبستگی دو رشته‌ای استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، همبستگی معنی-داری بین کیفیت روابط موضوعی و سندروم روده تحریک‌پذیر یافت نشد. برای بررسی همبستگی بین قدرت ایگو و سندروم روده تحریک‌پذیر از همبستگی دو رشته‌ای استفاده شد که باتوجه به نتایج جدول شماره ۵، قدرت ایگو با سلامت همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد. به‌عبارت دیگر، قدرت ایگو با بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر همبستگی منفی و معنی‌دار دارد. بنابراین، قدرت ایگو به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل شد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

جدول شماره ۵- همبستگی دو رشته‌ای بین قدرت ایگو و وضعیت سلامت

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	کاکس اسنل	سطح معنی‌داری
سالم بودن و قدرت ایگو	۲۹۹	۰/۱۱۴	۰/۱۲۲	۰/۰۱۱

جدول شماره ۶- نتایج آماره والد برای متغیرهای وارد شده در مدل

متغیر وارد شده در مدل	ضریب بتای غیر استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	نسبت برتری
قدرت ایگو	۰/۰۹۶	۴/۹۲۷	۱	۰/۰۲۶	۱/۱۰۱
ثابت	-۴/۰۸۲	۴/۸۹۱	۱	۰/۰۲۷	۰/۰۱۷

در مدل رگرسیونی که وضعیت سلامت به‌عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل شد، قدرت ایگو به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل رگرسیون گردید. نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که ضرایب آماره والد قدرت ایگو معنی‌دار است. در واقع، افزایش هر نمره به قدرت ایگو با کاهش نرخ بیمار شدن به‌میزان ۱/۱۰۱ همراه است.

بحث

**نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد اگر چه سبک‌های دلبستگی ایمن و نا ایمن اجتنابی همبستگی معنی‌دار با سندروم روده تحریک‌پذیر ندارند، اما سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا همبستگی مثبت معنی‌دار با سندروم روده تحریک‌پذیر داشته و ۱/۳ تا ۱/۸ درصد از آن را پیش‌بینی می‌کند و صحت طبقه‌بندی بیمار- سالم با توجه به این متغیر ۵۵ درصد است. شهمیرزادی و همکاران [۳۹] نشان داده‌اند که دختران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با دختران غیر مبتلا از سبک‌های دلبستگی نا ایمن اضطرابی و نا ایمن اجتنابی و شیوه‌های مقابله‌ای منفی بیشتر استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش آن‌ها در مورد سبک دلبستگی نا-ایمن اضطرابی با یافته‌های این پژوهش مغایرت دارد، که این می-تواند به‌علت متفاوت بودن نمونه مورد مطالعه و میانگین سنی نمونه مورد نظر بوده باشد. هم‌چنین، در راستای مطالعه حاضر Seres و Bardos [۴۰] به بررسی نقش سبک‌های مقابله‌ای و دلبستگی در سندروم روده تحریک پذیر پرداختند. آن‌ها گزارش کردند که بین دلبستگی و اعمال نوع مقابله‌ای منفی در این بیماران ارتباط وجود دارد. Pinto و همکاران [۴۱] در مطالعه و بررسی خود نشان دادند که افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اغلب افرادی حساس و زودرنج هستند و بیش از دیگران به استرس‌های عاطفی و روانی واکنش نشان می‌دهند و به‌دلیل احساس عدم ایمنی در مواجهه با امور، در روابط بین‌فردی خود به‌طور دائم نگران و مضطرب هستند و در برقراری روابط نزدیک با افراد دیگر براساس نوع دلبستگی خود که معمولا نا ایمن است، رفتار می‌کنند. این مطالعه در تبیین پژوهش حاضر که سبک دلبستگی نا ایمن دوسو-گرا می‌تواند ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را پیش‌بینی کند می‌باشد؛ چرا که افرادی با سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا در روابط نزدیک خود همواره در اضطراب از دست دادن به‌سر می-برند و اغلب در روابط خود به‌شیوه‌ای چسبیده به دیگران رفتار می‌کنند و اگر فقدان و جدایی برای‌شان اتفاق بیفتد، مضطرب شده و رفتارهای تکانشی و دوسوگرا از خود نشان می‌دهند [۴۲]. با-توجه به نتایج حاصل شده، بین مولفه‌های روابط موضوعی و سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه‌ای یافت نشد. هم‌چنین، در مدل رگرسیونی، روابط موضوعی به‌عنوان متغیر پیش‌بینی کننده ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر وارد تحلیل شد، اما رابطه‌ی معنی‌داری یافت نشد. پژوهش مستقیمی که بیانگر رابطه بین روابط موضوعی و سندروم روده تحریک‌پذیر باشد یافت نشد، اما Wolman [۴۳]، درباره چند زن مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر که تحت روان درمانی بودند گزارش کرده است که آنها در ارتباط با مادرانی بسیار سخت‌گیر و پرتوقع زندگی کرده‌اند که هیچ‌گاه نتوانسته بودند رضایت مادران خود را جلب کند. این بیماران معمولا در روابط‌شان وابستگی شدید داشتند و در نقش خود افرادی وظیفه شناس و در ابراز خود ناتوان بودند. در پژوهشی دیگر Gaynes و Droosman [۴۴] نشان داده‌اند که رویدادهای سخت زندگی هم‌چون قطع یک رابطه دوستانه و یا از دست دادن یکی از افراد مهم زندگی می‌تواند موجب توسعه و تشدید علایم سندروم روده تحریک‌پذیر شوند. Globovic و همکاران [۴۵] گزارش کرده‌اند که خصوصیات شخصیتی، مراحل رشدی، تجربه تنش و استرس و از دست دادن یک عشق در طی مراحل زندگی در به‌وجود آمدن و تشدید علایم سندروم روده تحریک‌پذیر نقش ایفا می‌کنند. به-علاوه، بیان شده است که بهبود مشکلات بین فردی و رابطه‌ای، نقش بسیار مهمی در وضعیت سلامت بیماران مبتلا به درد مزمن سندروم روده تحریک‌پذیر دارد [۴۶]. افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در روابط با مادرانی سخت‌گیر و پرتوقع بوده‌اند و در اکثر مطالعات نشان داده شده که علایم این بیماران در اثر قطع یک رابطه‌ی دوستانه یا تهدید به از دست دادن افراد مهم در زندگی تشدید شده است. باتوجه به دیدگاه روابط موضوعی، مادر اولین شخصیتی است که با کودک ارتباط برقرار می‌کند و کودک امنیت را در تعامل با مادر جستجو می‌کند. بنابراین، مادر باید از نظر فیزیکی و عاطفی برای کودکان به اندازه و کافی در دسترس و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

سودمند باشد. از طرفی روابط کنونی ما با آدمیان تا حدودی بر اساس انتظاراتی است که در اثر بازنمایی‌های اولیه شکل گرفته است و این بازنمایی‌ها در مراحل اولیه در ارتباط کودک با مادر به‌وجود می‌آیند. به‌علاوه، این بازنمایی‌ها ماهیت ساختارهای شخصیتی کودک را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند [۴۷،۲۶]. از این جهت، روابط موضوعی می‌تواند در ابتلاء به سندروم روده تحریک‌پذیر نقش داشته باشد. اما باتوجه به نتایج به‌دست آمده، بین روابط موضوعی و سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه‌ای یافت نشد. پس از بررسی رابطه قدرت ایگو با سندروم روده تحریک پذیر این نتیجه یافت شد که قدرت ایگو با سلامت همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد؛ به‌عبارت دیگر، قدرت ایگو با سندروم روده تحریک‌پذیر همبستگی منفی و معنی‌دار داشته و ۱/۷ تا ۲/۲ درصد از تغییرات سالم یا بیمار بودن را با صحت طبقه‌بندی ۵۶/۲ درصد پیش‌بینی می‌کند. بنابراین با افزایش هر نمره در قدرت ایگو با کاهش احتمال بیمار شدن به‌میزان ۱/۱۰۱ همراه است. قدرت ایگو متغیر مهمی در عملکرد انسان به‌شمار می‌رود و باعث می‌شود افراد را در برابر بیماری‌های تهدید کننده زندگی سازگار کند و رویداد-های حاصل از آن را تحت کنترل و اختیار خود فرد قرار دهد؛ به-عبارتی وجود قدرت ایگو لازمه‌ی سلامت روان‌شناختی می‌باشد و از طرفی ضعف ایگو باعث ضعف در سیستم ایمنی بدن و ارگانیسم می‌شود [۴۸،۳۲]. طاهری و همکاران [۴۹] در مطالعه خود به بررسی سطح سلامت روان افراد مبتلا به سندروم روده تحریک-پذیر پرداخته و گزارش داده‌اند که افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر از سطح سلامت روان‌شناختی پایینی برخوردار هستند. این مطالعه با یافته حاصل از پژوهش ما درباره قدرت ایگو که با سلامت، همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد در یک راستا می‌باشد. ایگو محور اصلی شخصیت است که با پرورش دادن شایستگی، قابلیت‌های فزاینده‌ای در جهت حل و فصل کردن چالش‌های روانی و محیطی کسب می‌کند، تا جایی که توانایی ما برای کنار آمدن با زندگی (یعنی تعادل روانی ما)، به قدرت ایگو و توانایی آن در جهت غلبه بر فشارهای گوناگون که بر آن وارد می‌شود بستگی دارد [۵۱،۵۰،۳۰]. افرادی که قدرت ایگو بالایی دارند نشانه‌های آسیب روانی را از خود کمتر نشان می‌دهند و در مقابل افرادی که قدرت ایگو ندارند، روی خود، محیط و در برابر تنش-های ناشی از اضطراب و اتفاق‌های روزانه کنترلی ندارند. این افراد معمولا به‌جای خود کنترلی، فشارها و تنش‌ها را درونی می‌کنند و روی ارگانیسم خود نشان می‌دهند و در نتیجه سیستم دفاعی بدن-شان مختل می‌شود [۳۰،۳۲]. بیماری و علایم افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تحت شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های تنش‌آمیز تشدید می‌شود. سیستم ایمنی و دفاعی این بیماران معمولا توان اداره و کنترل این استرس‌ها و تنش‌ها را ندارد و از آنجایی که سیستم اعصاب روده‌ای به استرس و حالات هیجانی حساس می-باشد و این بیماران قادر به دفاع نیستند، علایم از سیستم روده‌ی آن‌ها برون‌ریزی می‌کند و به‌صورت اختلال سندروم روده تحریک-پذیر خود را نشان می‌دهد [۵۲]. علایم ناشی از سندروم روده تحریک‌پذیر هر از گاهی ظاهر شده و سپس ناپدید می‌شوند. در حقیقت این بیماران در طول زندگی خود سطوح کمتری از بهبودی را تجربه می‌کنند؛ چرا که بر اثر به‌وجود آمدن یک استرس یا شرایط چالش برانگیز، علایم آن‌ها دوباره ظاهر می‌شوند [۳،۵]. نشان داده شده است افرادی که دارای سطوح بالاتری از قدرت ایگو هستند به‌دلیل داشتن احساس خودکفایتی، خودبسندگی و هم‌چنین قدرت در اداره‌ی امور روزانه خود، در طول درمان نسبت به افرادی که از قدرت ایگوی کمتری برخوردارند، بیشتر و سریع‌تر بهبود پیدا می‌کنند [۵۳،۳۲]. باتوجه به مطالعات و مبانی نظری می-توان این‌گونه تبیین کرد که ایگو افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر ظرفیت اداره کردن حالات هیجانی منفی و استرس‌های موقعیتی زندگی را ندارد؛ چرا که علاوه بر مختل شدن سیستم روده-ای، سیستم شناختی آن‌ها نیز مختل می‌شود. در نهایت سیستم ایمنی و دفاعی بدن‌شان ضعیف شده و موجب اختلال در عملکردشان می-شود [۵۴،۱۳،۴]. باوجود مطالعات متعدد، هم‌چنان نقش پاتولوژی سندروم روده تحریک‌پذیر ناشناخته مانده و در حد فرضیه باقی مانده است. به‌همین دلیل، نشانه‌های بالینی قابل اعتمادی برای ابتلاء به سندروم روده تحریک‌پذیر وجود ندارد. از آنجایی‌که نقش عوامل روان‌شناختی به‌عنوان یک عامل تشدید کننده در ابتلاء به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌باشند و موجب اختلال در تمامی کارکردهای روزانه بیمار می‌شوند، در این پژوهش سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا و قدرت ایگو به‌عنوان عوامل روانی و اجتماعی در سبب-شناسی این سندروم مشهود است. ارتباط پژوهشگر با بیماران در یک مقطع زمانی محدود و کوتاه برای پاسخ‌گویی پرسشنامه انجام شد که این زمان کوتاه در کیفیت پاسخ‌گویی بیماران می‌تواند تأثیرگذار بوده باشد؛ از این جهت، برای ایجاد ارتباط بهتر پژوهشگر با شرکت کنندگان، افزایش کیفیت پاسخ‌گویی آن‌ها و به‌دست آوردن اطلاعات جامع و دقیق‌تر در جهت پیشگیری، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در طی یک پژوهش کیفی و طولی بر روی تعداد محدودی از بیماران انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد در کنار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

وجود آمادگی‌های وراثتی و ژنتیکی در ابتلاء به سندروم روده تحریک‌پذیر، سبک دلبستگی نا ایمن دوسوگرا و قدرت ایگو را می‌توان به‌عنوان عواملی که توانایی پیش‌بینی روانی‌اجتماعی این سندروم را دارند، نام برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) در رشته روان‌شناسی بالینی با کد ۴۸۶۲۰۷۰۱۹۱۲۰۳۵ می‌باشد. بدین‌وسیله، از کلیه اساتید ارجمند، داوران، ویراستاران، و هم‌چنین افراد شرکت کننده در این پژوهش و تمامی همکارانی که در اجرای این پژوهش کمک کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References:

[1] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. ***Gastroenterology*** 2006; 130(5): 1480-91.

[2] Lee Goldman, Andrew J, Schafer, editors. Goldman's Cecill medicine. 24th ed. U.S.A: Saundrs, Elsevier; 2012. p.121.

[3] Martin JB, Kasper DL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw Hill, Health Professions Division; 2012. p.133- 48

[4] Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. ***Dig Dis Sci*** 1998; 43(2): 400-11.

[5] Mayer EA. Clinical practice. Irritable Bowel Syndrome. ***N Engl J Med*** 2008; 358(16): 1692-9.

[6] Ford AC, Forman D, Bailey AG, Axon AT, Moayyedi P. Irritable bowel syndrome: a 10-yr natural history of symptoms and factors that influence consultation behavior. Irritable bowel syndrome: a 10-yr natural history of symptoms and factors that influence consultation behavior. ***Am J Gastroenterol*** 2008; 103(5): 1229-39

[7] Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Shahrekord, Iran. ***Indian J Gastroenterol*** 2003; 22(6): 215-6.

[8] Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable Bowel Syndrome: an Epidemiological Study from the West of Iran. ***Indian J Gastroenterol*** 2005; 24(5): 255-6.

[9] Creed F, Tomenson B, Guthri E, Ratdiffe J, Fernands L, Read N, et al. The Relationship Between Somatization and Outcome in Patients with Severe Irritable Bowel Syndrome. ***J Psychosom Res*** 2008; 64(6): 613-20.

[10] Sarafino, Edvard P. Ali Ahmadi Abhari, Hassan Eftekhar Ardebili, Abolghasem Jazayeri, Forough Shafiee, Parivash Ghavamian, Gholamreza Garmaroodi. Health psychology: bio psychosocial interactions. 4th ed. Tehran: Roshd; 2002. p. 214-7.[in Persian]

[11] Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'Brien S, Musleh M, et at. Psychosocial Rrisk Markers for new Onset Irritable Bowel Syndrome Results of a Large Prospective Population-Based Study. ***Pain*** 2008; 137(1): 147-55.

[12] Benetti C, Kambour N. Affect- Regulated Indirect Effect of Trait Anxiety and Trait Resilice on Self- Esteem. ***J Prens Indvid Dif*** 2006; 41(2): 341-52.

[13] Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. ***J Psychosom Res*** 2005; 58(6): 523-32.

[14] Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff BD. Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. ***J Psychosom Res*** 2003; 55(6): 501-5.

[15] Zoccali R, Muscatello MR, Bruno A, Barillà G, Campolo D, Meduri M, et al. Anger and ego-defence mechanisms in non-psychiatric patients with irritable bowel syndrome. ***Dig Liver Dis*** 2006; 38(3): 195-200.

[16] Michael P, Michael DC, Kevin WO, Creed F. Functional Gastroenterol Disorders. ***Psychosomatic*** 2008; 48(2): 120-35.

[17] Besharat M, Zarpour S, Bahrami-Ehsan H, Rostami R, Mirdamadi M. Comparison of Personality Characteristics of Individuals with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals. ***J Clinical Psychology*** 2010; 2(1): 9-16. [in Persian]

[18] Mahvi Shirazi M, Fathi Ashtiani A, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Amini M. Personal Traits Levels of IBS, IBD Patients and Healthy People: A Comparative Study. ***J Psychol*** 2011; 21(6): 325. [in Persian]

[19] Taheri M, Hasani J, Hosinian M. The Comparison of the Personality Characteristics of the Irritable Bowel Syndrome Patients, Patients with other Gastrointestinal Diseases and Normal Individuals. ***J Clin Psychol*** 2012; 3(4): 56-8. [in Persian]

[20] Bowlby JA. Secure Base: Clinical Application of Attachment Theory. London: Rutledge; 1998. P. 45-6.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

[21] Cassidy J, Shaver PR. Hand Book of Attachment: Teory, Research and Cilinical Application. New York: Guid Ford Press; 1999. P. 307-13.
[22] Mikulincer M, Shaver P. Attachment Theory and Research, Resurrection of the Psychodynamic Approach to Personality. ***J Res Personality*** 2005; 39: 22-45.
[23] Wei M, Vogel DL, Ku TU, Zakalik RA. Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal problems. ***J Consult Psychol*** 2005; 52(1): 14-24.
[24] St. Clair, Michael. Alireza Tahmasb, Hamed Aliaghaiee. Object Relation and Self Psychology: an introduction. 3rd ed. Tehran: Ney; 2000. P.15-37. [in Persian]
[25] Hebert GL, Cormack VK, Callahan JL. An investigation of the Object Relations Theory of Depration. ***Psychoanal Psychol*** 2010; 27: 219-34.
[26] Oberst, Ursula E. Stewart, Alan E. Adlerian Psychotherapy: an advanced Approach to Individual Psychology. Niloofar Ghaderi. Tehran: Arjmand; 2010. P.194. [in Persian]
[27] Bienenfeld, David. Psychodynamic theory for clinicians. Davood Arab Ghahestani, Farzaneh Vadeie Kheiri, Siroos Arian. Tehran: Rosh; 2006. [in Persian]
[28] Leu R, Wormel PJ. Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. ***Pharmacoeconomic*** 2001; 19(6): 643-53.
[29] Mayer EA, Craske M, Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. ***J Clin Psychiatry***. 2001; 62 Suppl 8: 28-36
[30] Ross, Allen. Siavash Jamalfar. Personality Heories and Processes.. Tehran: Ravan; 2003.p. 136-8. [in Persian]
[31] Synderman PM. Personality and Democratic Politics, USA: University of California Press; 1975. [in Persian]
[32] Carver, Charles. Scheier, Michael. Ahmad Rezvani. Perspectives on Personality. 2th .Mashad: Astan GHods Razavi; 2008. P. 343-5. [in Persian]
[33] Hillia M. Irritable Bowel Syndrome in the General Population: Epidemiology, Comorbility, and Societal Costs. Department of Medicine Helsinki University; 2010.
[34] Besharat M, Golinejad M, Ahmadi A. An Investigation of the Relationship between Attachment Styles and Interpersonal Problems. ***J Thought Behav*** 2003; 4(8): 74-5. [in Persian]
[35] Rezagholi Zade T. The Relationship between Father Absence and Object Relationships with Narcissistic Personality Disorder. Tehran: Shahid Beheshti University; 2009.
[36] Graham, John R. MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology. 4th ed. M. Kafee MAsule, H. Yaghubi. Tehran: Arjmand; 2006. [in Persian]
[37] Groth.-Marnat, Gray. Translation by Pasha sharifi M, Nikkhoo M. Handbook of psychological assessment– For clinical psychologicals, counselors and psychiatrists. 4th ed. Tehran: Roshd; 2003. P. 521- 4.
[38] Mootabi F, Shahrami A. Preparation and standardization Questionnaire MMPI-2 In Tehran. Trhran: Psychiatric Institute; 1994.
[39] Sobhani Shahmirzadi M, Mirzaeian B, Mansoori M. Comparison of attachment styles and coping strategies in irritable bowel syndrome and healthy female students. ***J Gorgan Uni Med Sci*** 2013; 15(2): 54-9. [in Persian]
[40] Seres G, Bardos G. Pstchological Factors in Irritable Bowel Syndrom: Copimg and Attachment ***J Behave. Med***. 2006; 373-87.
[41] Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. ***J Assoc Physicians India*** 2000; 48(6): 589-93.
[42] Maunder RG, Hunter JJ. Using Attachment Theory to Understand Illness Behavioral Approach. ***Behavior Therapy*** 2003; 28: 271-84.
[43] Wolman, Benjamin B. Bahman Najarian, Mohsen Dehghani, Bahram Dabbagh. Psychosomatic Disorders. 1th ed. Tehran: Roshd; 1988.p.128-9 [in Persian]
[44] Gaynes BN, Droosman DA. The Role Psychosocial Factor in Irrlatiqble Bowel Syndrome. ***Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*** 1999; 13(3): 437-752.
[45] Globovic TS, Nagorni A, Miljkovic S, Povovic NJ, Zikic O. Psychosocial Factors in Irritable Bowel Syndrome. ***Scientific Jorrnal of the Faculty of Medicine in Nis***, 2005; 89:123.
[46] Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, Creed F. Psychodynamic Interpersonal Therapy and Improvement in Interpersonal Difficulties in People with Severe Irritable Bowel Syndrome. ***Pain*** 2009; 145(1-2); 196-203.
[47] Goldenberg, Irne. Goldenberg, Hebert. Family therapy. Hamidreza Hossein Shahi Baravati, Siamak Nagshbandi, Elham Arjmand. Tehran: Ravan; 2003. p. 168- 72. [in Persian]
[48] Loevinger J, Hy L. Measuring Ego Development. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. p. 725-34.
[49] Taheri M, Hasani J, Molavi M. Psychological health among patients with irritable bowel syndrome, patients with organic gastrointestinal disorders, and normal individuals: A comparative study. ***J Res Behav Sci*** 2012; 2(10): 93-94. [in Persian]
[50] Hosseini B. Analytic couple therapy. Tehran: Jangal; 2010.p. 368-76. [in Persian]
[51] Reeve, John Marshall. Yahya Sayed Mohammadi. Understanding Motivation and Emotion. Tehran: Virayesh; 2005. p. 428-39. [in Persian]
[52] Gros DF, Antony MM, Mc Cabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the Symptoms of

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

Irritable Bowel Syndrome. Across the Anxiety Disorders and Depression. ***J Anxiety Disord*** 2009; 23(2): 290-6.
[53] Barron F. An ego strength scale which predicts response to psychotherapy. ***J Consult Psychol*** 1953; 17(5): 327-33.
[54] Stark D, Van Hal S, Marriott D, Ellis J, Harkness J. Irritable bowel syndrome: a review on the role of intestinal protozoa and the importance of their detection and diagnosis. ***Int J Parasitol*** 2007; 37(1): 11-12.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]