Journal of Research in Psychological Health
September 2026, Volume 20, Issue 2

A Comparison of Multidimensional Mentalization and Metacognitive Beliefs Between Patients With Irritable Bowel Syndrome and Healthy Controls in Tehran Province

Asal Rahnama[1], Anis Khosh-Lahjeh Sedgh[2]*

[1] Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran

[2] Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran

Citation: Rahnama, A., & Khosh-Lahjeh Sedgh, A. A comparison of multidimensional mentalization and metacognitive beliefs in patients with irritable bowel syndrome and healthy individuals in Tehran Province (2025–2026). **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2026; 20(2):45-60 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to compare multidimensional mentalization and metacognitive beliefs between patients with irritable bowel syndrome (IBS) and nonclinical individuals. This causal-comparative study was conducted in Tehran Province during 2025–2026. The sample consisted of 100 participants, including 50 patients with IBS and 50 nonclinical individuals, selected through purposive sampling. Data were collected using the Multidimensional Mentalization Questionnaire and the Metacognitions Questionnaire and analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and follow-up univariate tests. The results revealed a statistically significant overall difference between the two groups in the set of multidimensional mentalization components. However, subsequent univariate analyses showed a significant between-group difference only in distrust, with patients with IBS obtaining higher mean scores than nonclinical individuals. A significant overall difference was also found between the groups in metacognitive beliefs, with the IBS group scoring higher on all five components: uncontrollability and danger, positive beliefs about worry, cognitive awareness, confidence in memory, and need to control thoughts. These findings suggest that metacognitive beliefs and the distrust component of mentalization are relevant psychological dimensions for examining differences between patients with IBS and nonclinical individuals. Assessing these variables may contribute to a more comprehensive understanding of the psychological characteristics associated with IBS. Nevertheless, given the cross-sectional nature of the study, causal relationships cannot be inferred from the findings.

Key words
Irritable bowel syndrome, multidimensional mentalization, metacognitive beliefs, distrust.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

مقایسه ذهنی‌سازی چندبعدی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم در استان تهران

عسل رهنما[۱]، انیس خوش لهجه صدق*[۲]

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران dr.aniskhoshlahjehsedgh@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ذهنی‌سازی چندبعدی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیربالینی انجام شد. روش پژوهش علی ـ مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیربالینی در استان تهران طی سال‌های ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵ بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر، متشکل از ۵۰ بیمار و ۵۰ فرد غیربالینی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ذهنی‌سازی چندبعدی و پرسشنامه باورهای فراشناختی گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون‌های تک‌متغیری پیگیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد تفاوت دو گروه در مجموعه مؤلفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی معنادار است؛ بااین‌حال، در بررسی جداگانه مؤلفه‌ها، تنها تفاوت در مؤلفه بی‌اعتمادی معنادار بود و میانگین آن در بیماران بالاتر از افراد غیربالینی به دست آمد. همچنین، دو گروه در مجموعه باورهای فراشناختی تفاوت معناداری داشتند و میانگین هر پنج مؤلفه شامل مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، اطمینان به حافظه و نیاز به مهار افکار در گروه بیماران بیشتر بود. این یافته‌ها نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی و مؤلفه بی‌اعتمادی از ابعاد قابل‌توجه در مقایسه روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد غیربالینی هستند. ازاین‌رو، بررسی این متغیرها می‌تواند به شناخت دقیق‌تر ابعاد روان‌شناختی همراه با این اختلال کمک کند؛ هرچند به دلیل ماهیت مقطعی پژوهش، نتایج حاضر امکان استنباط رابطه علّی را فراهم نمی‌کنند.

واژگان کلیدی

سندرم روده تحریک‌پذیر، ذهنی‌سازی چندبعدی، باورهای فراشناختی، بی‌اعتمادی.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر از اختلالات شایع تعامل روده و مغز است که با درد مکرر شکمی و تغییر در عادات دفع مشخص می‌شود و ممکن است با یبوست، اسهال یا تناوب میان این دو همراه باشد. شدت و الگوی نشانه‌ها در افراد مختلف یکسان نیست و این تفاوت‌ها می‌توانند بر عملکرد روزمره و کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند (بی و همکاران، ۲۰۲۵؛ آگلیتوپالو و همکاران، ۲۰۲۵؛ کامیلیری و همکاران، ۲۰۲۲). اگرچه نشانه‌های گوارشی محور اصلی این اختلال را تشکیل می‌دهند، تبیین آن صرفاً بر اساس عوامل جسمانی، تصویر کاملی از تجربه بیماران ارائه نمی‌دهد؛ زیرا فرایندهای روان‌شناختی نیز در تجربه نشانه‌ها و نحوه مواجهه با آن‌ها اهمیت دارند (بیلینگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ باریگو-رایز و باریگو، ۲۰۲۵؛ بورگو، ۲۰۲۵).

بر اساس رویکرد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، سندرم روده تحریک‌پذیر حاصل تعامل عوامل متعدد است و نمی‌توان شکل‌گیری یا تداوم آن را به یک عامل منفرد نسبت داد. در این چارچوب، فرایندهای مرتبط با ارتباط مغز و روده، پردازش پیام‌های درد و حساسیت احشایی در کنار عوامل روان‌شناختی، در فهم تفاوت‌های فردی بیماران اهمیت دارند (کامیلیری و همکاران، ۲۰۲۲؛ بی و همکاران، ۲۰۲۵؛ آگلیتوپالو و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سلامت روان نیز بر اهمیت بررسی متغیرهای شناختی و هیجانی در کنار نشانه‌های جسمانی تأکید کرده‌اند (عطائی، ۱۴۰۴؛ شریفی و همکاران، ۱۴۰۴؛ میرهاشمی و همکاران، ۱۴۰۴؛ بحرالعلوم و لاجوردی، ۱۴۰۴). از این منظر، بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران می‌تواند به شناخت دقیق‌تر ابعادی کمک کند که در تجربه و تفسیر نشانه‌ها با یکدیگر تفاوت دارند.

در این میان، نحوه درک فرد از حالات ذهنی خود و دیگران، از جمله فرایندهایی است که می‌تواند در بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی این بیماران مورد توجه قرار گیرد. ذهنی‌سازی به توانایی فهم و تفسیر رفتار بر اساس حالات ذهنی، از جمله افکار، احساسات، خواسته‌ها و باورها، اشاره دارد. این توانایی در فهم رفتارهای بین‌فردی و تشخیص ارتباط میان تجربه‌های درونی و رفتارهای آشکار نقش دارد (بنفانته و همکاران، ۲۰۲۳؛ دزیرلو و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به چندبعدی‌بودن ذهنی‌سازی، ممکن است افراد در ابعاد مختلف آن الگوهای متفاوتی نشان دهند؛ بنابراین، بررسی این سازه به‌صورت چندبعدی می‌تواند تصویر دقیق‌تری از ویژگی‌های ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ارائه کند. بااین‌حال، شواهد موجود برای نتیجه‌گیری قطعی درباره وجود یا نوع تفاوت‌های ذهنی‌سازی در این بیماران محدود است و این موضوع به بررسی تجربی نیاز دارد (بنفانته و همکاران، ۲۰۲۳؛ دزیرلو و همکاران، ۲۰۲۱).

در کنار نحوه فهم حالات ذهنی، باورهای فرد درباره عملکرد ذهن و توانایی کنترل فرایندهای شناختی نیز می‌توانند در چگونگی مواجهه او با تجربه‌های ناخوشایند اهمیت داشته باشند. این باورها در قالب مفهوم باورهای فراشناختی بررسی می‌شوند و مؤلفه‌هایی مانند باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطرناک‌بودن افکار، اعتماد به توانایی‌های شناختی، خودآگاهی شناختی و باورهای مربوط به ضرورت کنترل افکار را دربرمی‌گیرند (ولز و کارت‌رایت‌هاتن، ۲۰۰۴؛ دوینی و همکاران، ۲۰۲۴). تفاوت در این باورها می‌تواند نشان‌دهنده تفاوت افراد در ارزیابی افکار و نحوه مواجهه با فعالیت‌های ذهنی خود باشد؛ بااین‌حال، ارتباط این مؤلفه‌ها با یک اختلال مشخص باید بر پایه یافته‌های مستقیم پژوهشی بررسی شود و نمی‌توان از وجود آن‌ها به‌عنوان علت قطعی اختلال یاد کرد (رابرتسون و استرود، ۲۰۲۰؛ مسعودیان و همکاران، ۱۴۰۲).

مطالعات مربوط به فرایندهای شناختی، نگرانی، خواب و الگوهای رفتاری نیز نشان داده‌اند که بررسی سلامت و عملکرد فرد بدون توجه به ابعاد روان‌شناختی، ممکن است به درکی ناقص از تجربه او منجر شود (براون و همکاران، ۲۰۲۲؛ دونی و همکاران، ۲۰۲۴؛ ایمپروویساتو و همکاران، ۲۰۲۴). در عین

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

حال، یافته‌های پژوهش‌هایی که در جمعیت‌ها یا زمینه‌های متفاوت انجام شده‌اند، الزاماً قابل تعمیم مستقیم به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نیستند. برای مثال، مطالعات مرتبط با خواب و دیگر عوامل شناختی می‌توانند زمینه نظری مناسبی برای توجه به تعامل فرایندهای روان‌شناختی و سلامت فراهم کنند، اما تعیین الگوی خاص این فرایندها در بیماران مبتلا به این سندرم، مستلزم بررسی مستقیم همین جمعیت است (واگی و همکاران، ۲۰۲۶؛ یائو و همکاران، ۲۰۲۵؛ کیرسنووسکا و همکاران، ۲۰۲۵؛ کانلی و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود توجه روزافزون به عوامل روان‌شناختی در اختلالات گوارشی، هنوز درباره الگوی ذهنی‌سازی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پرسش‌های مهمی باقی مانده است. شواهد موجود در زمینه ذهنی‌سازی محدود است و نتایج پژوهش‌ها برای تعیین وجود تفاوت در همه ابعاد این سازه کفایت نمی‌کند (بنفانته و همکاران، ۲۰۲۳؛ دزیرلو و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، بررسی باورهای فراشناختی می‌تواند تفاوت‌های احتمالی دو گروه را در نحوه ارزیابی و مدیریت افکار روشن کند؛ بااین‌حال، مشخص‌کردن مؤلفه‌هایی که بیشترین تفاوت را نشان می‌دهند، نیازمند مقایسه مستقیم بیماران با افراد غیربالینی است (دوینی و همکاران، ۲۰۲۴؛ مسعودیان و همکاران، ۱۴۰۲). بررسی هم‌زمان این دو سازه امکان می‌دهد که به‌جای تمرکز بر یک ویژگی روان‌شناختی منفرد، تصویری گسترده‌تر از برخی جنبه‌های شناختی بیماران به دست آید.

بر همین مبنا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه ذهنی‌سازی چندبعدی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیربالینی استان تهران انجام شد. در این پژوهش، تفاوت دو گروه در ابعاد ذهنی‌سازی و مؤلفه‌های باورهای فراشناختی بررسی شد تا مشخص شود آیا از نظر این متغیرها تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی ـ مقایسه‌ای و با طرح مقطعی بود که در سال‌های ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵ در استان تهران انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیربالینی ساکن استان تهران بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر بود که ۵۰ نفر در گروه بیماران و ۵۰ نفر در گروه غیربالینی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور، با در نظر گرفتن توان آماری ۸۰ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵، برآورد شد و مبنای محاسبه آن اصول تعیین اندازه اثر پیشنهادی کوهن (۱۹۸۸) بود.

معیارهای ورود به گروه بیماران شامل تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر توسط پزشک متخصص یا فوق‌تخصص گوارش و وجود مستندات مربوط به تشخیص بود. در گروه غیربالینی، نداشتن سابقه تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماری‌های التهابی روده، از جمله بیماری کرون و کولیت اولسراتیو، و سایر اختلالات مزمن گوارشی به‌عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد. در هر دو گروه، تمایل به شرکت در پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه الزامی بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی، از جمله داروهای ضدافسردگی، ضداضطراب، ضدروان‌پریشی و تثبیت‌کننده خلق، طی سه ماه پیش از شرکت در پژوهش و شرکت هم‌زمان در مداخلات درمانی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، مانند روان‌درمانی فعال یا کارگاه‌های آموزشی مرتبط با اضطراب و افسردگی، بود.

پس از تصویب طرح پژوهش و اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.QOM.REC.1405.079، فرایند نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها انجام شد. بیماران واجد شرایط از طریق مراکز تخصصی و پزشکان معرفی شدند. افراد گروه غیربالینی نیز پس از غربالگری اولیه و بررسی معیارهای ورود انتخاب شدند. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، اهداف پژوهش، شرایط مشارکت و نحوه استفاده از اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان دریافت شد. همچنین، محرمانه‌ماندن اطلاعات، داوطلبانه‌بودن مشارکت و حق

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

انصراف از پژوهش در هر مرحله برای آنان تشریح شد. داده‌ها از طریق تکمیل برخط پرسشنامه‌های پژوهش گردآوری شدند و اطلاعات شرکت‌کنندگان صرفاً در چارچوب اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه در ابعاد متغیرهای پژوهش، تحلیل واریانس چندمتغیری و برای مقایسه میانگین متغیرهای مورد بررسی بین دو گروه، آزمون تی مستقل به کار رفت. سطح معناداری در آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ذهنی‌سازی چندبعدی :این پرسشنامه را گوری و همکاران در سال ۲۰۲۱ با هدف سنجش ابعاد مختلف ذهنی‌سازی طراحی کردند. ابزار مذکور شامل ۳۳ ماده و شش خرده‌مقیاس بازتاب‌گری، قدرت ایگو، هماهنگی رابطه‌ای، ناهماهنگی رابطه‌ای، بی‌اعتمادی و اختلال کنترل عاطفی است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، از «اصلاً» تا «بسیار زیاد»، نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه اصلی، ساختار عاملی شش‌بعدی پرسشنامه از برازش قابل قبول برخوردار بود و آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰٫۷۲ تا ۰٫۸۹ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول تا مطلوب ابعاد این ابزار است (گوری و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر، از نسخه فارسی این پرسشنامه برای سنجش ابعاد ذهنی‌سازی استفاده شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی :این پرسشنامه را ولز و کارت‌رایت‌هاتن در سال ۲۰۰۴ تدوین کردند. نسخه ۳۰ ماده‌ای آن پنج خرده‌مقیاس شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای مربوط به مهارناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی، خودآگاهی شناختی و نیاز به مهار افکار را می‌سنجد. پاسخ‌ها در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای، از «موافق نیستم» تا «کاملاً موافقم»، نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه اصلی، آلفای کرونباخ نمره کل ۰٫۹۳ و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها بین ۰٫۷۲ تا ۰٫۹۳ گزارش شد (ولز و کارت‌رایت‌هاتن، ۲۰۰۴). در ایران نیز شیرین‌زاده و همکاران (۲۰۰۹) پایایی درونی کل پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۰٫۹۱ و ضرایب بازآزمایی را با فاصله چهار هفته برای نمره کل ۰٫۷۳ گزارش کردند؛ ضرایب بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰٫۵۹ تا ۰٫۸۳ بود. همچنین، در پژوهش استانداردسازی این ابزار در دانشجویان ایرانی، آلفای کرونباخ کل ۰٫۹۲۱ و ضرایب بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰٫۷۵ تا ۰٫۹۳ گزارش شده است (عظیمیان‌سیار و همکاران، ۲۰۲۱). این یافته‌ها از همسانی درونی و پایایی قابل قبول پرسشنامه باورهای فراشناختی در نمونه‌های ایرانی و خارجی حمایت می‌کنند.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به ۱۰۰ شرکت‌کننده شامل ۵۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و ۵۰ فرد غیربالینی تحلیل شد. در مرحله نخست، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها در دو گروه محاسبه شد. سپس، پیش‌فرض‌های آماری مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون‌های تک‌متغیری پیگیری‌کننده استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات ذهنی‌سازی چندبعدی و مؤلفه‌های آن را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیر ذهنی سازی چندبعدی و مولفه‌های آن در دو گروه مستقل

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
ذهنی سازی چندبعدی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۱۱/۵۸	۹/۷۶۵	۱/۳۸۱
	افراد عادی	۱۰۹/۷۸	۸/۵۵۱	۱/۲۰۹
بازتاب گری	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۳۱/۵۸	۵/۱۳۱	۰/۷۲۶
	افراد عادی	۳۳/۴۰	۴/۱۵۰	۰/۵۸۷

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

قدرت ایگو	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۲۳/۵۴	۴/۰۸۲	۰/۵۷۷
	افراد عادی	۲۴/۰۸	۳/۵۶۲	۰/۵۰۴
هماهنگی رابطه‌ای	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۷/۷۰	۳/۰۵۹	۰/۴۳۳
	افراد عادی	۱۷/۶۲	۳/۱۹۴	۰/۴۵۲
ناهماهنگی رابطه‌ای	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۴/۱۰	۲/۹۹۱	۰/۴۲۳
	افراد عادی	۱۳/۳۰	۲/۸۰۱	۰/۳۹۶
بی اعتمادی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۲/۱۲	۲/۵۱۲	۰/۳۵۵
	افراد عادی	۹/۸۲	۲/۷۶۰	۰/۳۹۰
اختلال کنترل عاطفی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۲/۵۴	۲/۷۹۴	۰/۳۹۵
	افراد عادی	۱۱/۵۶	۲/۶۵۱	۰/۳۷۵

مطابق جدول ۱، میانگین نمره کل ذهنی‌سازی چندبعدی در گروه بیماران اندکی بیشتر از گروه غیربالینی بود. در بررسی مؤلفه‌ها، میانگین بازتاب‌گری و قدرت ایگو در گروه غیربالینی بالاتر بود؛ در مقابل، میانگین ناهماهنگی رابطه‌ای، بی‌اعتمادی و اختلال کنترل عاطفی در گروه بیماران بیشتر بود. میانگین هماهنگی رابطه‌ای در دو گروه به یکدیگر نزدیک بود. این یافته‌ها توصیفی‌اند و معناداری تفاوت‌ها در بخش تحلیل‌های استنباطی بررسی می‌شود.جدول ۲ شاخص‌های توصیفی باورهای فراشناختی و پنج مؤلفه آن را در دو گروه ارائه می‌کند.

جدول۲- شاخص‌های توصیفی متغیر باورهای فراشناختی و مولفه‌های آن در دو گروه مستقل

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
باورهای فراشناختی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۷۹/۸۰	۱۲/۲۷۶	۱/۷۳۶
	افراد عادی	۶۴/۰۲	۱۳/۶۷۹	۱/۹۳۵
مهارناپذیری و خطر	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۷/۰۲	۳/۳۱۰	۰/۴۶۸
	افراد عادی	۱۲/۴۰	۳/۶۴۸	۰/۵۱۶
باورهای مثبت درباره نگرانی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۵/۵۲	۳/۲۰۲	۰/۴۵۳
	افراد عادی	۱۱/۴۲	۳/۸۵۵	۰/۵۴۵
وقوف شناختی/خودآگاهی شناختی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۲۰/۷۸	۲/۹۳۷	۰/۴۱۵
	افراد عادی	۱۷/۷۴	۳/۰۱۶	۰/۴۲۶
اطمینان به حافظه/اطمینان شناختی	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۲/۹۶	۴/۱۷۰	۰/۵۹۰
	افراد عادی	۱۱/۲۲	۳/۸۶۷	۰/۵۴۷
نیاز به مهار افکار	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر	۱۳/۵۲	۳/۸۲۴	۰/۵۴۱
	افراد عادی	۱۱/۲۴	۳/۶۲۳	۰/۵۱۲

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های متغیرهای پژوهش (ذهنی سازی چندبعدی و مولفه‌های آن (بازتاب گری، قدرت ایگو، هماهنگی رابطه‌ای، ناهماهنگی رابطه‌ای، بی اعتمادی و اختلال کنترل عاطفی)، باورهای فراشناختی و مولفه‌های آن (مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی/ خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه/اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار)، در گروه‌های مورد آزمایش (بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی) از آزمون لوین استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، طبق آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه متغیرهای پژوهش ($p>۰/۰۵$)، شرط همسانی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. لذا استفاده از آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی فرضیه های پژوهش بلامانع است.

جدول ۳- نتایج آزمون لوین جهت بررسی یکسانی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ذهنی سازی چندبعدی	۳/۱۷۵	۱	۹۸	۰/۰۷۸
بازتاب گری	۳/۷۳۲	۱	۹۸	۰/۰۵۶
قدرت ایگو	۳/۹۳۴	۱	۹۸	۰/۰۵۲
هماهنگی رابطه‌ای	۰/۱۵۹	۱	۹۸	۰/۶۹۱
ناهماهنگی رابطه‌ای	۰/۲۳۸	۱	۹۸	۰/۶۲۷
بی اعتمادی	۱/۳۳۰	۱	۹۸	۰/۲۵۲
اختلال کنترل عاطفی	۰/۰۷۸	۱	۹۸	۰/۷۸۰
باورهای فراشناختی	۲/۹۲۵	۱	۹۸	۰/۰۹۰
مهارناپذیری و خطر	۲/۵۰۵	۱	۹۸	۰/۱۱۷
باورهای مثبت درباره نگرانی	۳/۵۲۶	۱	۹۸	۰/۰۶۳
وقوف شناختی/خودآگاهی شناختی	۱/۶۱۹	۱	۹۸	۰/۲۰۶
اطمینان به حافظه/اطمینان شناختی	۰/۶۴۷	۱	۹۸	۰/۴۲۳
نیاز به مهار افکار	۰/۰۳۳	۱	۹۸	۰/۸۵۶
ریتم شبانه روزی خواب	۲/۴۶۷	۱	۹۸	۰/۱۱۹
خواب	۳/۱۶۷	۱	۹۸	۰/۰۷۸
ریتم شبانه روزی	۰/۰۲۵	۱	۹۸	۰/۸۷۵
خلق	۱/۸۶۲	۱	۹۸	۰/۱۷۶
فرانگرانی	۲/۶۹۶	۱	۹۸	۰/۱۰۴

نتایج این آزمون نشان داد که سطح معناداری برای تمامی متغیرها بزرگتر از سطح خطای پنج درصد است؛ بنابراین، شرط همسانی واریانس‌ها رعایت شده و استفاده از تحلیل واریانس بلامانع است.برای بررسی فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت در ذهنی‌سازی چندبعدی بین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی، ابتدا پیش‌فرض همگنی

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس بررسی شد.

.

جدول ۴- آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس– کوواریانس متغیرهای پژوهش

Box's M	F	سطح معناداری
۳۳/۰۵۵	۱/۴۷۱	۰/۰۷۶

جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش (مولفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی (بازتاب گری، قدرت ایگو، هماهنگی رابطه‌ای، ناهماهنگی رابطه‌ای، بی اعتمادی و اختلال کنترل عاطفی) از آزمون باکس استفاده شد. طبق جدول ۴، مقدار سطح معناداری متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین نشان دهنده آن است که شرط همگنی ماتریس واریانس – کوواریانس به خوبی رعایت شده است.

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به نمرات مولفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی

نام آزمون	ارزش	مقدار آماره F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۲۱۳	۴/۱۹۷	۶	۹۳	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۸۷	۴/۱۹۷	۶	۹۳	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۷۱	۴/۱۹۷	۶	۹۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۷۱	۴/۱۹۷	۶	۹۳	۰/۰۰۱

طبق جدول۵، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری نشان دهنده آن است که مقدار F چندمتغیری در تمامی آزمون‌ها در سطح $P<۰/۰۵$ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که بین دو گروه (بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی) حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمرات مولفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

گروه	بازتاب گری	۸۲/۸۱۰	۱	۸۲/۸۱۰	۳/۸۰۳	۰/۰۵۴
	قدرت ایگو	۷/۲۹۰	۱	۷/۲۹۰	۰/۴۹۷	۰/۴۸۳
	هماهنگی رابطه‌ای	۰/۱۶۰	۱	۰/۱۶۰	۰/۰۱۶	۰/۸۹۸
	ناهماهنگی رابطه‌ای	۱۶/۰۰۰	۱	۱۶/۰۰۰	۱/۹۰۵	۰/۱۷۱
	بی اعتمادی	۱۳۲/۲۵۰	۱	۱۳۲/۲۵۰	۱۸/۹۸۵	۰/۰۰۱
	اختلال کنترل عاطفی	۲۴/۰۱۰	۱	۲۴/۰۱۰	۳/۲۳۸	۰/۰۷۵

بر اساس جدول ۶، بین متغیرهای پژوهش (بی اعتمادی) به غیر از بازتاب گری، قدرت ایگو، هماهنگی رابطه‌ای، ناهماهنگی رابطه‌ای و اختلال کنترل عاطفی در دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). فرضیه دوم از این قرار است که بین باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی استان تهران سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷- آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس– کوواریانس متغیرهای پژوهش

Box's M	F	سطح معناداری
۲۵/۸۶۷	۱/۶۳۰	۰/۰۵۸

جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش (مولفه‌های باورهای فراشناختی (مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی/خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه/اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار) از آزمون باکس استفاده شد. طبق جدول (۴-۲۱)، مقدار سطح معناداری متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین نشان دهنده آن است که شرط همگنی ماتریس واریانس – کواریانس به خوبی رعایت شده است.

جدول شماره ۸- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به نمرات مولفه‌های باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

نام آزمون	ارزش	مقدار آماره F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۷۱	۱۱/۰۹۰	۵	۹۴	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۲۹	۱۱/۰۹۰	۵	۹۴	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۹۰	۱۱/۰۹۰	۵	۹۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۹۰	۱۱/۰۹۰	۵	۹۴	۰/۰۰۱

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

طبق جدول۸، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری نشان دهنده آن است که مقدار F چندمتغیری در تمامی آزمون‌ها در سطح $P<۰/۰۵$ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که بین دو گروه (بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی) حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۹- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمرات مولفه‌های باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	مهارناپذیری و خطر	۵۳۳/۶۱۰	۱	۵۳۳/۶۱۰	۴۳/۹۸۲	۰/۰۰۱
	باورهای مثبت درباره نگرانی	۴۲۰/۲۵۰	۱	۴۲۰/۲۵۰	۳۳/۴۶۵	۰/۰۰۱
	وقوف شناختی/خودآگاهی شناختی	۲۳۱/۰۴۰	۱	۲۳۱/۰۴۰	۲۶/۰۷۹	۰/۰۰۱
	اطمینان به حافظه/اطمینان شناختی	۷۵/۶۹۰	۱	۷۵/۶۹۰	۴/۶۸۱	۰/۰۳۳
	نیاز به مهار افکار	۱۲۹/۹۶۰	۱	۱۲۹/۹۶۰	۹/۳۶۸	۰/۰۰۳

بر اساس جدول فوق بین دو گروه در تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی شامل مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی/خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار تفاوت معنادار آماری وجود دارد و میانگین این مؤلفه‌ها در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بالاتر از افراد عادی است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش به‌طور کامل تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ذهنی‌سازی چندبعدی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیربالینی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که دو گروه در ترکیب کلی مؤلفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری دارند. بررسی جداگانه مؤلفه‌ها نشان داد که در حوزه ذهنی‌سازی، تفاوت معنادار به مؤلفه بی‌اعتمادی محدود بود؛ درحالی‌که در حوزه باورهای فراشناختی، هر پنج مؤلفه بین دو گروه تفاوت معناداری نشان دادند. این الگوی یافته‌ها حاکی از آن است که تفاوت‌های روان‌شناختی همراه با سندرم روده تحریک‌پذیر در متغیرهای بررسی‌شده یکسان نیست و ممکن است در برخی ابعاد شناختی و بین‌فردی برجسته‌تر باشد.

یافته نخست نشان داد که تفاوت کلی دو گروه در مجموعه مؤلفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی معنادار است، اما در تحلیل‌های تک‌متغیری تنها مؤلفه بی‌اعتمادی تفاوت معناداری نشان داد. میانگین بی‌اعتمادی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بیشتر از افراد غیربالینی بود؛ در مقابل، تفاوت دو گروه در بازتاب‌گری، قدرت ایگو، هماهنگی رابطه‌ای، ناهماهنگی رابطه‌ای و اختلال کنترل عاطفی از نظر آماری معنادار نبود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ساوری کتولی (۱۴۰۴)، معین‌فر و ابراهیمی (۱۴۰۴) و دزیرلو و همکاران (۲۰۲۱) همسو گزارش شده است؛ بااین‌حال، میزان انطباق دقیق نتایج حاضر با پژوهش‌های پیشین باید با توجه به متغیرها، ابزارهای سنجش و ویژگی‌های نمونه‌های آن مطالعات ارزیابی شود.

برای تبیین تفاوت مشاهده‌شده در بی‌اعتمادی می‌توان از چارچوب نظری ذهنی‌سازی و نظریه دلبستگی بهره گرفت. ذهنی‌سازی به توانایی درک و تفسیر رفتار خود و دیگران بر

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

اساس حالات ذهنی، از جمله هیجان‌ها، باورها، خواسته‌ها و نیات اشاره دارد. این توانایی در بستر روابط بین‌فردی شکل می‌گیرد و ممکن است در شرایط فشار روان‌شناختی با دشواری‌هایی همراه شود. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ممکن است به دلیل تجربه علائم گوارشی مکرر، نگرانی درباره پیش‌بینی‌ناپذیری علائم و محدودیت‌های احتمالی در فعالیت‌های روزمره، فشار روان‌شناختی بیشتری را تجربه کنند. در چنین شرایطی، احتمال دارد ارزیابی روابط بین‌فردی و انتظار فرد از حمایت دیگران نیز تحت تأثیر قرار گیرد. از منظر نظریه دلبستگی بالبی، تجربه امنیت یا ناایمنی در روابط نزدیک می‌تواند در شکل‌گیری انتظارات فرد درباره در دسترس بودن و قابل اعتماد بودن دیگران نقش داشته باشد. بر این اساس، میانگین بالاتر بی‌اعتمادی در گروه بیماران را می‌توان به‌عنوان تفاوتی در ادراک روابط بین‌فردی بررسی کرد؛ هرچند داده‌های پژوهش حاضر برای تعیین منشأ این تفاوت یا اثبات اینکه علائم بیماری موجب افزایش بی‌اعتمادی شده‌اند، کفایت نمی‌کنند.

مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی انگل نیز بر تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در تجربه بیماری تأکید دارد. بر مبنای این دیدگاه، تجربه یک بیماری جسمانی را نمی‌توان صرفاً به علائم فیزیولوژیک محدود کرد؛ زیرا برداشت فرد از بیماری، واکنش‌های هیجانی و شرایط اجتماعی او نیز می‌توانند در تجربه و مدیریت بیماری نقش داشته باشند. از این منظر، بررسی بی‌اعتمادی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند برای شناخت بهتر جنبه‌های بین‌فردی تجربه بیماری مفید باشد. بااین‌حال، برای روشن شدن ارتباط میان شدت علائم گوارشی، فشار روان‌شناختی، کیفیت روابط و بی‌اعتمادی، انجام پژوهش‌هایی که این متغیرها را به‌طور مستقیم اندازه‌گیری کنند، ضروری است.

عدم مشاهده تفاوت معنادار در پنج مؤلفه دیگر ذهنی‌سازی نیز شایان توجه است. این نتیجه نشان می‌دهد که در نمونه حاضر، تفاوت بین دو گروه به‌صورت یکسان در تمام ابعاد ذهنی‌سازی مشاهده نشد. بنابراین، نمی‌توان بر اساس ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، کاهش کلی ظرفیت ذهنی‌سازی را نتیجه گرفت. از سوی دیگر، معنادار نبودن تفاوت‌ها به معنای اثبات برابری دو گروه نیست؛ بلکه نشان می‌دهد شواهد آماری این پژوهش برای تأیید تفاوت در آن مؤلفه‌ها کافی نبوده است. در نتیجه، تفسیر دقیق یافته نخست باید بر تفاوت مشخص در بی‌اعتمادی و نبود شواهد کافی برای تفاوت در سایر مؤلفه‌ها متمرکز بماند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که دو گروه در مجموعه مؤلفه‌های باورهای فراشناختی تفاوت معناداری دارند. همچنین، تفاوت هر پنج مؤلفه شامل مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار معنادار بود. میانگین این مؤلفه‌ها در گروه بیماران بیشتر از گروه غیربالینی به دست آمد. این یافته با نتایج پژوهش‌های نجفی مفیدی و اصغرزاده (۱۴۰۴)، منتظری و سیدطبائی (۱۴۰۲)، طهرانی و ابوالمعالی (۱۴۰۲) و سلیمی و محمدزاده (۱۴۰۲) همسو گزارش شده است. با وجود این، برای نتیجه‌گیری قطعی درباره میزان همسویی، لازم است یافته‌های دقیق و روش‌شناسی مطالعات پیشین با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شوند.

این الگو را می‌توان در چارچوب نظریه فراشناختی ولز بررسی کرد. در این چارچوب، اهمیت صرفاً به محتوای افکار داده نمی‌شود، بلکه باورهای فرد درباره ماهیت افکار، میزان کنترل‌پذیری آن‌ها و پیامدهای احتمالی نگرانی نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. برای مثال، فردی که نگرانی را راهی ضروری برای پیشگیری از خطر می‌داند، ممکن است برای مدت طولانی‌تری درگیر افکار نگران‌کننده باقی بماند. در مقابل، اگر فرد باور داشته باشد که افکار و نگرانی‌هایش مهارناپذیر یا خطرناک‌اند، ممکن است نسبت به وقوع آن‌ها حساس‌تر شود و تلاش بیشتری برای کنترل آن‌ها انجام دهد. در چارچوب مدل فراشناختی، این الگوها می‌توانند به تداوم نگرانی و اشتغال ذهنی کمک کنند.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، تجربه علائم گوارشی تکرارشونده و پیش‌بینی‌ناپذیر ممکن است زمینه توجه بیشتر به وضعیت جسمانی و پیامدهای احتمالی علائم را فراهم کند. اگر این توجه با باورهایی درباره ضرورت نگرانی، خطرناک بودن افکار یا دشواری کنترل آن‌ها همراه باشد، احتمال دارد نگرانی درباره سلامت به بخشی از تجربه روان‌شناختی فرد تبدیل شود. بر همین اساس، میانگین بالاتر مهارناپذیری و خطر و باورهای مثبت درباره نگرانی در گروه بیماران با اهمیت بررسی فرایندهای فراشناختی در این جمعیت سازگار است. بااین‌حال، چون در پژوهش حاضر شدت علائم، میزان نگرانی درباره سلامت و سازوکارهای احتمالی ارتباط آن‌ها به‌صورت مستقیم آزمون نشده‌اند، این تبیین در حد یک تفسیر نظری باقی می‌ماند.

در مدل خودتنظیمی اجرایی ولز، سندرم شناختی ـ توجهی به الگوهایی مانند نگرانی مداوم، نشخوار ذهنی، توجه پایدار به تهدید و پایش مکرر نشانه‌های خطر اشاره دارد. این مدل می‌تواند چارچوبی برای بررسی ارتباط میان باورهای فراشناختی و نحوه مواجهه افراد با علائم جسمانی فراهم کند. برای نمونه، توجه مداوم به تغییرات بدنی و ارزیابی مکرر معنای آن‌ها ممکن است در برخی افراد با اشتغال ذهنی بیشتری همراه باشد. بااین‌حال، در پژوهش حاضر سندرم شناختی ـ توجهی مستقیماً اندازه‌گیری نشده است؛ بنابراین، نمی‌توان نتیجه گرفت که این سازوکار مشخص در بیماران شرکت‌کننده فعال بوده یا علت تفاوت‌های مشاهده‌شده محسوب می‌شود.

تفاوت مشاهده‌شده در مؤلفه وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی نیز باید با توجه به تعریف دقیق این خرده‌مقیاس تفسیر شود. نمره بالاتر در این مؤلفه لزوماً به معنای ضعف شناختی یا نظارت ناکارآمد بر افکار نیست و ممکن است بازتاب‌دهنده میزان توجه فرد به فرایندهای شناختی خود باشد. به همین ترتیب، درباره مؤلفه اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی باید جهت نمره‌گذاری پرسشنامه و معنای نمره بالاتر مشخص شود؛ زیرا بدون بررسی راهنمای ابزار نمی‌توان این تفاوت را مستقیماً به کاهش اعتماد به حافظه یا عملکرد شناختی نسبت داد. بنابراین، تفسیر این دو مؤلفه باید به تعریف عملیاتی آن‌ها در ابزار مورد استفاده محدود بماند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد غیربالینی در مجموعه مؤلفه‌های ذهنی‌سازی چندبعدی و باورهای فراشناختی تفاوت دارند. در حوزه ذهنی‌سازی، تفاوت معنادار در تحلیل‌های تک‌متغیری به مؤلفه بی‌اعتمادی محدود بود؛ درحالی‌که در حوزه باورهای فراشناختی، هر پنج مؤلفه بررسی‌شده تفاوت معناداری نشان دادند و میانگین آن‌ها در گروه بیماران بالاتر بود. این یافته‌ها بر اهمیت بررسی ابعاد شناختی و بین‌فردی تجربه بیماری تأکید دارند، اما با توجه به ماهیت مقطعی پژوهش، نمی‌توان درباره نقش علّی این متغیرها در ایجاد یا تشدید علائم نتیجه‌گیری کرد.

از نظر کاربردی، یافته‌ها نشان می‌دهند که بررسی باورهای مربوط به نگرانی، مهارپذیری افکار و ارزیابی فرایندهای شناختی می‌تواند در ارزیابی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد توجه قرار گیرد. در صورت شناسایی مشکلات بالینی مرتبط، مداخلات روان‌شناختی متناسب با نیازهای بیمار، از جمله رویکردهای مبتنی بر درمان فراشناختی، می‌توانند با تشخیص متخصص بررسی شوند؛ هرچند اثربخشی این مداخلات بر علائم گوارشی و پیامدهای بالینی باید در پژوهش‌های مداخله‌ای ارزیابی شود. همچنین، با توجه به تفاوت مشاهده‌شده در مؤلفه بی‌اعتمادی، توجه به کیفیت ارتباط درمانی، گوش‌دادن بدون قضاوت و فراهم کردن فضای حمایتی در تعامل با بیماران اهمیت دارد. این ملاحظات به معنای وجود مشکلات بین‌فردی در همه بیماران نیست، بلکه بر ضرورت توجه به تجربه فردی آنان در فرایند ارزیابی و مراقبت تأکید می‌کند. ارائه آموزش‌های روان‌شناختی مکمل درمان پزشکی، با تمرکز بر مدیریت نگرانی و شیوه‌های سازگارانه مواجهه با علائم جسمانی، نیز می‌تواند در مطالعات آینده بررسی شود.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش انجام گیرد. طرح مقطعی و علی ـ مقایسه‌ای امکان تعیین جهت رابطه و استنباط علّی را فراهم نمی‌کند. همچنین، نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن نمونه به ۱۰۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه در استان تهران، تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها را با احتیاط همراه می‌سازد. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی نیز ممکن است نتایج را تحت تأثیر برداشت شرکت‌کنندگان از پرسش‌ها و شیوه پاسخ‌دهی آنان قرار داده باشد. افزون بر این، متغیرهایی مانند شدت علائم گوارشی، مدت ابتلا، وضعیت درمانی و برخی عوامل روان‌شناختی مرتبط، در تبیین تفاوت‌های مشاهده‌شده اهمیت دارند و بررسی آن‌ها می‌تواند به شناخت دقیق‌تر روابط میان متغیرها کمک کند. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، نمونه‌های متنوع‌تر و بررسی مستقیم ارتباط میان شدت علائم، نگرانی درباره سلامت، باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های ذهنی‌سازی انجام شوند. گزارش اندازه اثر و فاصله اطمینان نیز می‌تواند در ارزیابی اهمیت عملی یافته‌ها، در کنار معناداری آماری، مفید باشد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

پژوهش حاضر پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق با کد IR.IAU.QOM.REC.1405.079 انجام شد. پیش از گردآوری داده‌ها، اهداف پژوهش، نحوه مشارکت، محرمانه بودن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان دریافت شد. اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه باقی ماند و صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از ادامه همکاری انصراف دهند.

Reference

Aggeletopoulou, I., Papantoniou, K., Pastras, P., & Triantos, C. (2025). Unraveling the pathophysiology of irritable bowel syndrome: Mechanisms and insights. International Journal of Molecular Sciences, 26(21), 1–10.

Ataei, N. (2025). Investigating the effectiveness of stress and anger management training based on the cognitive-behavioral model on illness perception, thought rumination, and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome [Paper presentation]. National Conference on New Research in Social Psychology and Demography, Tehran, Iran. [In Persian]

Bahrololoum, Z., & Lajevardi, H. (2025). The prediction model of mentalization based on attachment styles with the mediating role of ego strength in students. Journal of Psychological Science, 24(145), 305–323. [In Persian]

Bai, C., Wang, J., Wang, Y., Liu, H., Li, J., Wang, S., Bai, Z., & Guo, R. (2024). Exploration of the mechanism of Traditional Chinese Medicine for anxiety and depression in patients with diarrheal irritable bowel syndrome based on network pharmacology and meta-analysis. Frontiers in Pharmacology, 15(1), 1–10.

Benfante, A., Cisarò, F., Ribaldone, D. G., Castelli, L., Sandroni, N., & Romeo, A. (2023). Inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: What differences in mentalization abilities? A scoping review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(23), 7125–7134.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

Billing, J., Berentsen, B., Lundervold, A., Hillestad, E. M., Lied, G. A., Hausken, T., & Lundervold, A. J. (2024). Cognitive function in patients with irritable bowel syndrome: Impairment is common and only weakly correlated with depression/anxiety and severity of gastrointestinal symptoms. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 59(1), 25–33.

Borrego-Ruiz, A., & Borrego, J. J. (2025). Early life stress and gut microbiome dysbiosis: A narrative review. Stresses, 5(1), 38–48.

Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. Clinical Psychology & Psychotherapy, 29(1), 131–146.

Camilleri, M., Zhernakova, A., Bozzarelli, I., & D'Amato, M. (2022). Genetics of irritable bowel syndrome: Shifting gear via biobank-scale studies. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 19(1), 689–702.

Conley, S., Jeon, S., Lehner, V., et al. (2021). Sleep characteristics and rest–activity rhythms are associated with gastrointestinal symptoms among adults with inflammatory bowel disease. Digestive Diseases and Sciences, 66(1), 181–189.

Devenney, J., Hasan, S. S., Morris, J., Whorwell, P. J., & Vasant, D. H. (2024). Clinical trial: Predictive factors for response to gut-directed hypnotherapy for refractory irritable bowel syndrome, a post hoc analysis. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 59(2), 269–277.

Dzirlo, L., Richter, F., Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). Reflective functioning in patients with irritable bowel syndrome, non-affective psychosis and affective disorders—Differences and similarities. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), 2780–2790.

Improvisato, P., Trouillet, R., Schuldiner, S., Luquiens, A., Hamonnière, T., Donnadieu, H., & Perney, P. (2024). Role of worry in addiction: Implication of metacognitive beliefs and type 2 worry. Clinical Psychology & Psychotherapy, 31(5), 1–10.

Khoshlahjeh Sedgh, A., & Khabazian, A. (2025). Standardization and psychometric properties of the Multidimensional Mentalization Questionnaire in students of Islamic Azad University, Qom Province in the 2023–2024 academic year [Master's thesis, Islamic Azad University, Qom Medical Sciences Branch]. [In Persian]

Kia, M. M., & Sharei, A. Identifying the effective factors in students' pathological use of virtual space.

Kiersznowska, N., Buchman, M., Bogacka, A., Górowska, A., Sobiś, M., Janik, N., Janowiak, J., Wadowska, Z., Lenart, J., & Miłek, B. (2025). Sleep disturbances, melatonin, and tryptophan metabolism in irritable bowel syndrome: A comprehensive review. Quality in Sport, 48(1), 1–10.

Koloski, N. A., Jones, M., Walker, M. M., Keely, S., Holtmann, G., & Talley, N. J. (2021). Sleep disturbances in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia are independent of psychological distress: A population-based study of 1322 Australians. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 54(5), 627–636.

Masoudian, Z., Atef Vahid, M. K., Molihi Al-Zakerini, S., Kraskian Mojmernari, A., & Delavari, A. R. (2023). A comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and cognitive-analytic therapy on reducing anxiety in patients with irritable bowel syndrome. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal, 12(6), 121–132. [In Persian]

Mirhashemi, M. S., Farahzadi, Z., & Poursalehi, M. (2025). The effectiveness of schema therapy on mentalization and cognitive emotion regulation in individuals with childhood trauma. Quarterly of Applied Psychological Research, (Online ahead of print). [In Persian]

Robertson, S., & Strodl, E. (2020). Metacognitive therapy for binge eating disorder: A case series study. Clinical Psychologist, 24(2), 143–154.

Shareeai, A., Babazadeh, Z., Mahdiani, Z., & Fathy Karkaragh, F. (2021). Investigating the role of academic self-regulatory mediator in

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]

the effect of educational vitality on academic motivation in high school students in Ardabil, District 2. *Journal of School Counseling*, *1*(1), 1-15.

Sharifi, Z., Esmaeili, M., & Moghaddas, A. (2025). An overview of the concept of mentalization and mentalization-based treatment [Paper presentation]. 11th Scientific-Research Conference on Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Damages of Iran, Tehran, Iran. [In Persian]

Shirinzadeh Dastgiri, S., Goodarzi, M. A., Rahimi, C., & Naziri, Q. (2008). Investigation of factor structure, validity and reliability of the Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). Journal of Psychology, 12(4), 445–461. [In Persian]

Waage, S., Pallesen, S., & Bjorvatn, B. (2026). Irritable bowel syndrome among Norwegian nurses – associations with insomnia, excessive sleepiness, shift work disorder and shift work schedule. BMC Nursing, 25(1), Article 256.

Yao, Y., You, X., Yang, S., Xie, Y., Yin, H., Shang, B., Jiang, Y., Xue, M., & Ma, J. (2025). Associations of long-term night shift work with incident irritable bowel syndrome: A population-based cohort study. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 40(9), 2231–2239.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-24]