

رابطه تنظیم شناختی، هیجانی و سبک‌های ابراز‌گری هیجان با باورهای

غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

مینا محمدی فاضل

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تنظیم شناختی، هیجانی و سبک‌های ابراز‌گری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته است. جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارشی کرج در پاییز ۱۳۹۷ است که ۲۰۰ نفر از آن‌ها به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. نوع پژوهش توصیفی - همبستگی بوده و از نظر هدف کاربردی می‌باشد در این پژوهش از پرسشنامه ۱۶ سؤالی ابراز‌گری هیجانی (EEQ) کینک و آموز، ۱۰۰ سؤالی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز (IBt) و ۳۶ سؤالی تنظیم شناختی هیجانی (CERQ) گرانفسکی و همکاران استفاده گردید که روایی و پایایی هر یک از آن‌ها در تحقیقات داخل و خارج از کشور مورد تأیید بوده و در پژوهش حاضر نیز بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۳، و ۰/۷۸ بدست آمد و مورد تأیید اساتید قرار گرفت. همچنین نتایج حاصل از آزمون‌ها در دو بخش داده‌های توصیفی به منظور تعیین میانگین و انحراف معیار و بخش داده‌های استنباطی بر اساس تعیین ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحقیق بر اساس فرضیه‌ها نشان داد که رابطه بین متغیرها با توجه به سطح معناداری $p \leq 0/01$ معنادار مثبت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: باورهای غیرمنطقی، تنظیم شناختی هیجانی، سبک‌های ابراز‌گری هیجان، سندروم روده تحریک‌پذیر

۱- مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با درد مزمن در ناحیه شکم، احساس ناراحتی، نفخ و تغییرات در عادات روده‌ای بدون هرگونه علت ارگانیک دیگری مشخص می‌شود. اسهال یا یبوست می‌توانند علامت غالب باشند که ممکن است به صورت متناوب ظاهر شوند (ابراهیمی، شیرزاد، طاهر، ۱۳۹۰). این بیماری شایع‌ترین تشخیص در بین بیماران گوارشی است. همچنین بعد از سرماخوردگی، شایع‌ترین علت غیبت از محل کار می‌باشد. شیوع این بیماری در حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود (یعنی به ازای هر ۱۰ نفر ۱ تا ۲ نفر به این بیماری مبتلا هستند) ولی حدود ۱۵ درصد این افراد به خاطر مشکل خود به پزشک مراجعه می‌کنند. در زنان شایع‌تر از مردان و در افراد جوان بیشتر از افراد پیر دیده می‌شود (پاشایی و فخاران، ۱۳۹۰). علی‌رغم اینکه علت دقیق نشانگان روده تحریک‌پذیر مشخص نیست، رایج‌ترین تئوری آنست که این بیماری در تعامل بین مغز و دستگاه گوارش پدید می‌آید (حقایق، ۱۳۸۹). البته نقش احتمالی فعالیت‌های غیرطبیعی حسی - حرکتی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و محیطی، عوامل داخل مجرای، زنتیک، فاکتورهای غذایی، التهاب و عفونت و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی نیز مطرح می‌باشد. نفوذ استرس‌های روانی اجتماعی و فاکتورهای عاطفی در ایجاد و تداوم علائم اختلال و پیش‌آگهی آن مطرح می‌باشد (دیباچ‌نیا، مقدسین، کیخای فرزانه، ۱۳۹۲). اما در مجموع نقص ساختاری مشخصی برای آن شناخته نشده است. بنابراین در توصیف چگونگی شکل‌گیری این نشانگان باید از یک الگوی زیستی - روانی - اجتماعی استفاده کرد که در آن تمامی عوامل جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی در تعامل با هم بررسی شوند، چون هیچکدام از این عوامل به تنهایی برای توجیه سندرم روده تحریک‌پذیر در بیماران کافی نیست (دونلاپ، ۲۰۱۳). بیماری‌های گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماری‌های طبی رتبه اول را دارند که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماری‌ها و ارتباط بین اختلال‌های روان‌پزشکی و علائم جسمی دستگاه گوارش است. درصد قابل توجهی از بیماری‌های دستگاه گوارش بیماری‌های عملکردی هستند و شواهد گویای شیوع بیشتر اختلال‌های روانشناختی در این طبقه از اختلالات گوارشی است (سادوک، ۲۰۱۰). سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با علائمی از قبیل تغییر در اجابت مزاج و درد و نفخ شکمی بدون وجود اختلال‌های ساختاری قابل مشاهده مشخص می‌شود (دای، ۲۰۰۹). متخصصان گوارش، به طور مکرر با بیمارانی رو به رو می‌شوند که شکایات غیراختصاصی آن‌ها مانند تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست را نمی‌توان با نابهنجاری‌های ساختاری یا زیست‌شیمیایی تبیین کرد (مرین، ۲۰۰۹). ۷۰ درصد این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی ساختاری، درد بیشتر و ۴۰ درصد دیسترس بیشتری را گزارش کرده‌اند (لی، ۲۰۰۸). دامنه شیوع این سندرم بین ۲/۱ درصد تا ۲۲ درصد قرار دارد (نیکول، ۲۰۱۳). برخی پژوهش‌ها شیوع این بیماری را در زنان بیش از مردان و برخی دیگر شیوع آن را در مردان بیش از زنان می‌دانند و سایر پژوهش‌ها شیوع آن را در دو جنس یکسان گزارش کرده‌اند (تامپسون، ۲۰۱۱). سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال در افراد جوان است و اکثر موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی تشخیص داده می‌شود (گروندمن، ۲۰۱۰). همچنین این سندرم شایع‌ترین علت ارجاع به متخصصین گوارش است، به گونه‌ای که مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران ارجاعی را تشکیل می‌دهند (رای، ۲۰۱۴).

سبب شناسی این سندرم به درستی شناخته نشده، اما نقش احتمالی، اختلال در فعالیت‌های حسی حرکتی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و پیرامونی، اختلال‌های روانشناختی، عوامل داخل مجرای، زنتیک، فاکتورهای غذایی، التهاب و عفونت و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی مطرح می‌باشد (گرید، ۲۰۱۱). علائم روانشناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر نقش مهمی دارند، به گونه‌ای که به طور معمول علائم بیماران مبتلا به این سندرم در طول یا بعد از دوره‌ای از فشار روانی ظاهر می‌شود (پاسرود، ۲۰۰۹). همچنین بسیاری از پژوهش‌ها بیانگر شیوع بالای اختلال‌های روانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد (ویتهد، ۲۰۱۲). آشفتگی‌های روانی - اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی وجود دارد، به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، ولی پزشکان اغلب در این زمینه تخصصی ندارند و یا تمایلی برای بررسی این جنبه از بیماران خود ندارند (جونز، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد باید به سبب‌شناسی اختلالات گوارشی، به صورت چندعاملی نگریست. به عبارت دیگر همسو با مدل زیستی - روانی - اجتماعی باید به نقش عوامل روانشناختی نه تنها

بر عملکرد روده، بلکه بر علائم اختلالات گوارشی عملکردی و حتی پیامدهای درمانی تاثیر می‌گذارند (لوی، ۲۰۱۰). این بیماری امروزه علاوه بر عوارض جسمانی، باعث کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن زمان کاری مفید، ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزمره و غیره می‌شود (کاریج، ۲۰۱۲). بنابراین سندروم تحریک‌پذیر توانایی افراد را کاهش داده و باورهای غیرمنطقی در مورد ناکارآمدی در برخورد با مسائل مختلف اجتماعی و خانوادگی را موجب می‌شوند. باورهای غیرمنطقی جزء آن دسته از باورها به شمار می‌آیند که یا به طور مستقیم همراه با بازتاب‌هایی نظیر، اندوه، افسردگی و خشم ظاهر می‌شوند یا به صورت درونی و لحظه‌ای تظاهر می‌کنند و حاصل آن‌ها عدم تحرک و بی‌علاقگی به کار و فعالیت است. باورهای منطقی را جزء آن دسته از باورهایی می‌دانیم که بازتاب آن‌ها به شکل منطقی ظاهر می‌شود. هر فردی در زندگی خود در زمان‌های مختلف با یکی از این دو نوع باور مواجه می‌شود. این باورها به عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا یا پایین برای عملکرد هستند که با خود ارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه می‌باشند. زینیپ (۲۰۰۹) باورهای غیرمنطقی بالا با شادکامی کمتر، اضطراب بیشتر و رضایتمندی زندگی کمتر ارتباط دارد. بنابراین باورهای غیرمنطقی، عبارت است از باورهای منفی، که موجب اضطراب و تنش در آدمی می‌شود و این باورها، باورهایی است که براساس باندهای بی‌اساس در ذهن آدمی نقش می‌بندد و سبب به هم خوردن تعادل آدمی می‌شود. باورهای غیرمنطقی دارای ده زیر مقیاس است: ضرورت تأیید و حمایت دیگران؛ انتظار بالا؛ تمایل به سرزنش خود؛ واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل مشغولی زیاد همراه با اضطراب، اجتناب از مسائل، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر، کمال گرایی. این‌گونه باورها با واقعیت مطابق نیست و پیامدهای ناشی از آن‌ها، رفتارها و عاطفه‌های بیمارگونه‌یی که بقا، سلامت روانی و عاطفی فرد را تهدید می‌کند. بنابراین می‌توان گفت این باورها می‌تواند سلامت را تحت تاثیر قرار دهد. پیشینه پژوهش‌ها در این باره، نشان می‌دهد افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند، اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیفی نیز دارند (هیرج، ۲۰۰۷). از نظر ایس ما گرایش نیرومندی داریم به اینکه با درونی کردن عقاید خودشکن، خود را از نظر هیجانی ناراحت کنیم و به همین دلیل است که دستیابی به سلامت روان و حفظ کردن آن بسیار دشوار است (الیس، ۲۰۰۱). در مطالعات نشان داده شد که بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر در تنظیم شناختی هیجانی نیز مشکلاتی دارند. در نظام چرخه‌ای الگوی فرایندی پیشایندها و پسایندهای هیجان‌های پیشرفت، بخشی از پراکندگی اندازه‌های منتسب به تجارت هیجانی مثبت و منفی در موقعیت‌های پیشرفت را می‌توان براساس عوامل شناختی مانند تنظیم شناخت هیجانی و راهبردهای مقابله شناختی تبیین کرد (گوئتز، ۲۰۰۷). تنظیم شناختی هیجانی اشاره به، همه رویکردهایی دارد که برای کاهش، تقویت و افزایش شناخت و هیجان به کار می‌روند. رویکردهای تنظیم شناختی هیجانی ترکیبی از رویکردهای شخصیت، رشد اجتماعی، شناختی و هیجانی هستند. در واقع تنظیم شناختی هیجانی شامل مجموعه وسیعی از فرآیندهای هشیار و ناهشیار، جسمانی، شناختی و رفتاری است (بوت و همکاران، ۲۰۱۳). خودتنظیم‌گری پدیده‌ای پیچیده است و تحت تأثیر عواملی چون انگیزه، صفات شخصیتی، مزاج، جنسیت، عوامل فرهنگی و محیطی قرار می‌گیرد (مرتاج و تد، ۲۰۰۴) هیجان‌های مثبت، خودتنظیمی را تسهیل می‌کنند و هیجان‌های منفی به خودتنظیمی آسیب می‌رسانند (مایبرگ، ۲۰۱۱). طبق مدل گراس، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود و به معنای کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌های مثبت است (گراس، ۲۰۰۲). میان مطالعات اندک در زمینه تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در گذشته براساس جستجوی محقق، با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در ایران و خارج از ایران بر این موضوع تمرکز نکرده است، همچنین اهمیت موضوع سندروم روده تحریک‌پذیر و شیوع بالای آن و تاثیر این متغیرها بر روی هم، از لحاظ پژوهشی قابل اهمیت است. حال این سوال مطرح می‌شود که آیا تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد؟

۲- ادبیات تحقیق

در این پژوهش تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های ابرازگری هیجان به عنوان متغیر مستقل و باورهای غیرمنطقی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده است. در این بخش به معرفی هریک از متغیرهای تحقیق می‌پردازیم و خلاصه‌ای در مورد پیشینه و کاربردهای اصلی هریک مطالبی را بیان خواهیم کرد.

۲-۱- سندروم روده تحریک‌پذیر:

نوعی اختلال در عملکرد روده است که با درد مزمن در ناحیه شکم، احساس ناراحتی، نفخ و تغییرات در عادات روده‌ای، دون هرگونه علت ارگانیک دیگری، مشخص می‌شود. اسهال یا یبوست می‌توانند علامت غالب باشند که ممکن است به صورت متناوب ظاهر شوند (دروسمن، ۲۰۰۶).

۲-۲- باورهای غیرمنطقی:

باورهای غیرمنطقی هر گونه فکر، هیجان و یا رفتاری است که منجر به تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شوند و پیامدهای مهم آن اختلال در بقاء، خوشحالی و شادمانی است. به عبارتی باورهای غیرمنطقی عبارتند از افکار و اندیشه‌ها و عقایدی که در آن‌ها اجبار، وظیف و مطلق‌گرایی (به شکل افراطی) وجود داشته باشد (الیس، ۲۰۰۱).

۲-۳- سبک‌های ابرازگری هیجان:

به نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش مثبت یا منفی یا روش (چهره‌ای کلامی و حالات بدنی) اطلاق می‌شود (موسس، ۲۰۰۲).

۲-۴- تنظیم شناختی هیجان:

بعنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی- روانی فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (ویمز و پینا، ۲۰۱۰).

۳- مدل و فرضیه‌های تحقیق

در این مقاله تلاش شده است تا به مشخص گردد آیا بین تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه معناداری وجود دارد یا خیر؟ در نتیجه فرضیه‌های پژوهش بشرح زیر می‌باشد:

فرضیه اصلی:

- تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد.

فرضیه‌های فرعی:

- تنظیم شناختی، هیجانی (و مولفه‌های آن) با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد.

- سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد.

۴- روش تحقیق

با توجه به عنوان پژوهش که رابطه تنظیم شناختی، هیجانی و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌باشد نوع پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و از نظر هدف کاربردی است.

۴-۱- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش افراد مبتلا به بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارشی کرج در پاییز ۱۳۹۶ بودند که ۲۵۰ نفر از آن‌ها براساس جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد تا با توجه به اهداف پژوهش به سؤالاتی که در اختیارشان قرار می‌گیرد پاسخ دهند.

۴-۲- ابزار

در این پژوهش داده‌ها در دو بخش کتابخانه‌ای و میدانی گردآوری گردید که در بخش کتابخانه‌ای از مطالعه کتب و مقالات علمی معتبر و در بخش میدانی از پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ)، باورهای غیرمنطقی جونز (IBt) و تنظیم شناختی هیجانی (CERQ)، ارزیابی تجارب زندگی (LES) استفاده گردید. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی با بهره‌مندی از نرم افزار آماری SPSS ۲۲ استفاده شد.

شرح ابزار پژوهش:

الف) پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ): کینگ و امونز به منظور بررسی اهمیت نقش ابرازگری هیجان در سلامت، این پرسشنامه را طراحی نمودند. پرسش نامه ابرازگری هیجانی ۱۶ ماده و سه خرده مقیاس دارد. مواد ۱ تا ۷ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، مواد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز صمیمیت و مواد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیر مقیاس ابرازگری هیجان منفی است. ریفیعی نیا اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹، به دست آورده است (زولجانی، ۱۳۸۶).

ب) آزمون باورهای غیرمنطقی جونز (IBt): این پرسشنامه براساس نظریه‌های آلبرت ایس تهیه شده است. این پرسش نامه بر اساس نظریه ی آلبرت ایس تهیه شده است. این پرسش نامه در کل از ۱۰ مقیاس تشکیل شده که هر مقیاس دارای ۱۰ سؤال است. پرسش‌های آزمون نیز به شیوه لیکرت و به صورت پنج درجه‌ای، از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، تهیه شده، که آزمودنی‌ها پس از خواندن پرسش‌ها، موافقت و مخالفت خود را با توجه به درجه‌ها مشخص می‌کنند. جهت نمره‌گذاری این پرسشنامه به طرف غیرمنطقی بودن است؛ به عبارت دیگر نمره بالا در این پرسش نامه، نشان دهنده‌ی باورهای غیرمنطقی بیش تر؛ و نمره ی پایین، نشانگر باور غیرمنطقی کم تر است (فلت ۱، ۱۹۹۱). کمینه نمره در این مقیاس، ۱۰۰؛ و بیشینه نمره، ۵۰۰ است. ۱۰ باور غیرمنطقی که با این پرسش نامه سنجیده می‌شود، عبارت است از: نیاز به تایید دیگران؛ انتظار بالا از خود؛ تمایل به سرزنش؛ واکنش به ناکامی؛ بی مسئولیتی عاطفی؛ نگرانی زیاد توام با اضطراب؛ اجتناب از مشکل، وابستگی؛ درماندگی نسبت به تغییر؛ و کمال‌گرایی. جونز با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد، دریافت که اعتبار آزمون، ۰/۹۲ است و پایایی هر یک از مقیاس‌های ده‌گانه آن، ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ است و میانگین پایایی همه زیرمقیاس‌های آن را، ۰/۷۴ به دست آورد. تقی پور و سودانی، پایایی این آزمون را از طریق الفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۱ . ۰/۷۹ به دست آوردند (تقی پور، ۱۳۸۵).

ج) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (CERQ): این پرسشنامه توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان شامل دو خرده مقیاس تنظیم شناختی مثبت و تنظیم شناختی منفی و مبتنی بر ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت،

¹ Flett

دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران می‌باشد. گارانسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه میز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم فارسی این مقیاس به وسیله ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و اگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره ای (از کاملاً شبیه من تا کاملاً متفاوت از من) می‌باشد که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، در این مقیاس هر یک پرسش یک عامل اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

۵- یافته‌های تحقیق

در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید ، بدین ترتیب که در بخش توصیفی، از توزیع فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از رگرسیون چندمتغییره برای آزمون فرضیه‌ها استفاده گردید که بشرح زیر است:

۱. آمار توصیفی:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجانی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تنظیم شناختی هیجانی	۲۵۰	۳۳/۱۹	۷/۱۴
تنظیم شناختی مثبت	۲۵۰	۲۸/۴۱	۶/۶۳
تنظیم شناختی منفی	۲۵۰	۳۲/۷۵	۶/۲۱

جدول شماره (۱)، نشان می‌دهد که نمره میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجانی و ابعاد آن به ترتیب (۳۳/۱۹) و (۷/۱۴) ، تنظیم شناختی مثبت (۲۸/۴۱ و ۶/۶۳) و تنظیم شناختی منفی (۳۲/۷۵ و ۶/۲۱) می‌باشند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سبک‌های ابراز گری هیجان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ابراز گری هیجان	۲۵۰	۴۲/۹۹	۷/۱۹
ابراز هیجان مثبت	۲۵۰	۴۳/۶۵	۷/۴۸
ابراز صمیمیت	۲۵۰	۳۷/۲۳	۸/۵۱
ابراز هیجان منفی	۲۵۰	۴۸/۱۴	۸/۱۳

جدول شماره (۲)، نشان می‌دهد ، میانگین و انحراف معیار نمرات ابراز گری هیجان و ابعاد آن به ترتیب (۴۲/۹۹ و ۷/۱۹)، ابراز هیجان مثبت (۴۳/۶۵ و ۷/۴۸)، ابراز صمیمیت (۳۷/۲۳ و ۸/۵۱) و ابراز هیجان منفی (۴۸/۱۴ و ۸/۱۳) می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
باورهای غیرمنطقی	۲۵۰	۵۹/۱۹	۱۰/۵۸

همان طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمرات باورهای غیرمنطقی (۵۹/۱۹ و ۱۰/۵۸) می‌باشد.

۲. آمار استنباطی

فرضیه‌ی اصلی پژوهش: «تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد». به‌منظور آزمون فرضیه‌ی اصلی پژوهش، از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۴. نتایج همبستگی پیرسون تنظیم شناختی، هیجانی و سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی

باورهای غیرمنطقی		متغیر پیش بین
سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	
۰/۰۰۲	۰/۳۳**	تنظیم شناختی هیجانی
۰/۰۴	۰/۲۱*	تنظیم شناختی مثبت
۰/۵۴	۰/۰۶	تنظیم شناختی منفی
۰/۰۰۰۱	۰/۴۴**	ابراز گری هیجان
۰/۰۰۴	۰/۲۹**	ابراز گری هیجانی مثبت
۰/۰۰۳	۰/۱۸**	ابراز صمیمیت
۰/۱۲	۰/۱۱	ابراز گری هیجانی منفی

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که متغیر تنظیم شناختی هیجانی، در سطح $P \leq 0.01$ و تنظیم شناختی مثبت (از ابعاد آن) در سطح $P \leq 0.05$ با باورهای غیرمنطقی رابطه مثبت معناداری دارند. اما بین تنظیم شناختی منفی با باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری مشاهده نشد. همچنین مشخص گردید که میان متغیر ابرازگری هیجانی، ابرازگری هیجانی مثبت و ابراز صمیمیت (از ابعاد آن) نیز با باورهای غیرمنطقی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد.

فرضیه فرعی اول: تنظیم شناختی، هیجانی (و مولفه‌های آن) با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد. برای به دست آوردن میزان و توان تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی، از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول (۲) و (۳) ارائه شده است. لازم به ذکر است که در تحلیل رگرسیون، از بین متغیرهای پیش بین، متغیرهایی وارد تحلیل شدند که نتایج ضریب همبستگی پیرسون در مورد آن‌ها نشان داد بود که رابطه معناداری بین آن‌ها و متغیر ملاک وجود دارد.

جدول ۵. نتایج رگرسیون چند متغیره نمرات تنظیم شناختی هیجانی در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی

شاخصها									
متغیر پیش بین	مجموع	df	میانگین	F	سطح	R	R ²	R ² تعدیل	
	مجذورات		مجذورات		معناداری			شده	
رگرسیون	۳۶۹۱/۳۵	۲	۹۲۲/۸۴	۱۲/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۳۶	۰/۳۳	
هیجانی	۶۵۰۷/۱۳	۱۹۷	۷۴/۷۹						
تنظیم شناختی مثبت	۱۰۱۹۸/۴۸	۱۹۹							
کل									

جدول ۶. ضرایب رگرسیون چند متغیره نمرات تنظیم شناختی هیجانی در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی

متغیر	ضریب β	خطای معیار	ضریب بتا	t	P	VIF
ثابت	۷/۲۸	۷/۹۵		۰/۹۲	۰/۳۶	
تنظیم شناختی هیجانی	۰/۳۵	۰/۱۴	۰/۳۲	۲/۵۳	۰/۰۱	۱/۰۳
تنظیم شناختی مثبت	۰/۲۳	۰/۱۴	۰/۲۱	۱/۵۹	۰/۱۱	۱/۰۲

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی بر اساس تنظیم شناختی هیجانی معنادار است ($F = ۱۲/۳۴$ ، $P \leq ۰/۰۱$). با در نظر گرفتن اینکه حجم نمونه پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر می‌باشد، لذا R^2 تعدیل شده مبنای تعیین میزان پیش‌بینی واریانس متغیر ملاک قرار می‌گیرد (کرلینجر، ۱۳۹۰). همانطور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، تنظیم شناختی هیجانی و تنظیم شناختی مثبت (از ابعاد آن) در مجموع ۳۳ درصد از واریانس‌های باورهای غیرمنطقی را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2 = ۰/۳۳$ تعدیل شده). ضرایب تأثیر متغیرها (جدول ۶) نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجانی با ضریب $\beta = ۰/۳۲$ و تنظیم شناختی مثبت با $\beta = ۰/۲۱$ در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی معنادارند. به طور کلی با مقایسه بین ضرایب تأثیر، نشان داد که تنظیم شناختی هیجانی با $\beta = ۰/۳۲$ بیشترین میزان تأثیر را در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی دارد.

فرضیه فرعی دوم: سبک‌های ابرازگری هیجان با باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد. برای به دست آوردن میزان و توان سبک‌های ابرازگری هیجان در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی، از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول (۷) و (۸) ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج رگرسیون چند متغیره نمرات سبک‌های ابرازگری هیجان و ابعاد آن

شاخصها								
متغیر پیش‌بین	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R^2	R^2 تعدیل شده
رگرسیون	۲۹۳۵/۸۶	۲	۱۴۶۷/۹۳	۱۷/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۲۷
باقیمانده	۷۲۶۲/۶۲	۸۹	۸۱/۶					
کل	۱۰۱۹۸/۴۸	۹۱						

جدول ۸. ضرایب رگرسیون چند متغیره نمرات سبک‌های ابرازگری هیجان و ابعاد آن

متغیر	ضریب β	خطای معیار	ضریب بتا	t	P	VIF
ثابت	۲۰/۷۲	۶/۸		۳/۰۴	۰/۰۰۳	
سبک‌های ابرازگری هیجان	۰/۵۶	۰/۱۱	۰/۴۴	۵/۰۱	۰/۰۰۰۱	۱
ابراز هیجان مثبت	۰/۵۲	۰/۱۲	۰/۲۹	۳/۳۶	۰/۰۰۴	۱
ابراز صمیمیت	۰/۴۳	۰/۰۸	۰/۱۸	۱/۳۶	۰/۰۰۳	۱

همانطور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی بر اساس سبک‌های ابرازگری هیجانی و ابعاد آن به تجربه معنادار است ($F = ۱۷/۹۹$ ، $P \leq ۰/۰۱$). همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، سبک‌های ابرازگری هیجانی و ابعاد آن در مجموع ۲۷ درصد از واریانس‌های باورهای غیرمنطقی را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2 = ۰/۲۷$ تعدیل شده). ضرایب تأثیر متغیرها (جدول ۸) نشان می‌دهد که سبک‌های ابرازگری هیجانی، ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت به ترتیب با ضرایب بتای $\beta = ۰/۴۴$ ، $\beta = ۰/۲۹$ و $\beta = ۰/۱۸$ در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی معنادارند ($P \leq ۰/۰۱$).

۶- بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش بین نمرات ابرازگری هیجانی و تنظیم شناختی هیجانی با باورهای غیرمنطقی ارتباط معنادار مثبت در سطح $(P < ۰/۰۱)$ وجود دارد. باورهای غیرمنطقی منجر به پیامد‌های عاطفی و رفتار سازنده و منطقی در فرد خواهند شد و منجر به رشد بقا و حفظ سلامتی روانی او می‌گردند. افرادی که شخصیت سالمی دارند، منبع کنترل خود را بر تفکر کارآمد بنا می‌نهند. به هر حال شخص در تلاش خویش برای حرکت در جهت رشد فردی با نشان دادن رفتارهایی مبتنی بر

خودشکوفایی، غالباً با کارشکنی‌ها و خرابکاریهای مربوط به تفکراتی مواجه می‌شود که مبتنی بر خودمغلوب‌سازی است. در واقع باورهای غیرمنطقی هر گونه فکر، هیجان و یا رفتاری است که منجر به تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شوند و پیامدهای مهم آن اختلال در بقاء، خوشحالی و شادمانی است. متغیرهای مختلفی با متغیر باورهای غیرمنطقی رابطه دارند که از جمله آن‌ها می‌توان به تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های ابراز‌گری هیجان اشاره کرد. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایشهای پاسخ هیجانی است و در واقع تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. سبک‌های ابراز هیجان نیز از حیطه‌های مهم تمرکز در آسیب‌شناسی و روان‌درمانی است. سبک‌های ابراز هیجان به درک هیجانها و مقابله با مسایلی که از زندگی روزمره نشأت گرفته، نیاز دارد. یک فرد سبک‌های ابراز‌گری هیجانی قادر است احساسات خود را تشخیص دهد و به سبک مناسب آن‌ها را ابراز نماید، برای روبرو شدن با نیازهای هیجانی اش تلاش کند و مسئول رفتارش باشد. مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های ابراز‌گری هیجانی هر دور قادرند بر باورهای غیرمنطقی در افراد تاثیر گذارند. به نحوی که هر چقدر فرد بتواند هیجان‌ات خود را به شکلی مناسب کنترل کند و از چگونگی ابراز هیجان‌ات درونی خود آگاه باشد می‌تواند بر افکار و باورهای خود کنترل بیشتر و بهتری داشته باشد. این امر در افراد بیمار و خصوصاً بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر (همانگونه که نتایج تحقیق حاضر اثبات نموده است) که معمولاً دستخوش استرس‌ها و نگرانیهای ممتد و نشأت گرفته از باورهای غیرمنطقی هستند بیشتر نمود پیدا می‌کند. چنانکه آگاهی و بهبود این مهارتها (تنظیم شناختی هیجان و آشنایی با سبک‌های ابراز‌گری هیجانی) می‌تواند با کاهش باورهای غیرمنطقی در آن‌ها باعث شود که در شرایط مختلف عملکرد هیجانی بهتر و مناسبتری داشته باشند. بر اساس یافته‌ها این پژوهش با پژوهش قربانی تقلید‌آبادی و تسبیح زاده (۱۳۹۵)، یوسفی (۱۳۹۳) و یافته‌های میرزایی (۱۳۸۹) همراستا می‌باشد که در بخشی از تحقیقات خود متغیرهای سبک‌های ابراز‌گری هیجان و تنظیم شناختی هیجانی را با توجه به سبک زندگی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار داده و دریافتند که سبک‌های ابراز‌گری هیجان و تنظیم شناختی هیجان با سبک زندگی و ویژگیهای شخصیتی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه معنادار دارد. پژوهش حاضر به کلیه افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی کرج در سال ۹۷-۱۳۹۶ محدود بود در نتیجه نمی‌توان نتایج آنرا به تمام بیماران در دیگر مناطق کشور تعمیم داد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهادت زیر ارائه می‌گردد:

- با توجه به نتایج حاصل از فرضیه اول مبتنی بر رابطه تنظیم شناختی هیجان با باورهای غیرمنطقی پیشنهاد می‌شود که بر آموزش و اطلاعا رسانی در زمینه تنظیم شناختی هیجان و چگونگی کنترل هیجان خصوصاً در بیماران از سوی کراکز درمانی و از طریق ارائه بروشورها، سی‌دی، تصاویر و برگذاری جلسات درمانی و آموزشی توجه و تأکید شود.
- با توجه به نتایج حاصل از فرضیه دوم مبتنی بر رابطه تنظیم شناختی هیجان با باورهای غیرمنطقی پیشنهاد می‌شود به‌منظور بالا بردن سطح آگاهی و شناخت افراد در مورد هیجانها و نحوه ابراز آن‌ها، بر آموزش مهارتهای خاص همچون هوش هیجانی و سبکهای ابراز هیجان، آموزش تفاوت میان شیوه‌های حل مسأله هیجانمدار و مسأله مدار (راهبردهای فردی)، آموزش به اعضاء خانواده برای برخورد مناسب با نیازهای هیجانی (راهبردهای خانواده) و اطلاع رسانی به‌صورت عمومی از سوی مراکز درمانی و دیگر ارگان‌های وابسته (راهبرد های جمعی) استفاده گردد.

منابع

۱. ابراهیمی دریانی، ناصر؛ شیرزاد، سمیرا؛ طاهر، محمد. (۱۳۹۰). سندرم روده تحریک پذیر: مروری بر تشخیص و درمان. مجله علمی سازمان نظام پزشکی. ۲۹(۱): ۴۸-۶۸.
۲. پاشایی، رضا؛ فخاران، پور. (۱۳۹۰). کولیت عصبی: سندرم روده تحریک پذیر. قم: نشر ابتکار دانش.
۳. حقایق، بی نا. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران نشانگان روده تحریک پذیر با غلبه اسهال و درد. مجله روان شناسی. ۱۴(۱): ۵۰-۶۷.
۴. دیباج نیا، پروین؛ مقدسین، مریم؛ کیخای فرزانه، محمد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه اختلالات روان شناختی با سندرم روده تحریک پذیر. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۸(۱): ۴۳-۳۰.
5. Dunlop, S.P; Jenkins, D; Spiller, R.C. (2003). Distinctive clinical, psychological, and histological features of post infection irritable bowel syndrome. *The AMERICAN journal of Gastroenterology*. 98:1587-1583.
6. Sadock BJ, Sadock VA. (2010). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences*. Trans. Rezaei F. 10th ed. Tehran: Arjmand Publication.
7. Dai N, Cong Y, Yuan H. (2009). Prevalence of irritable bowel syndrome among undergraduates in Southeast China. *Dig Liver Dis*; 40(6): 418-24.
8. Mearin F, Badia X, Balboa A, Baro E, Caldwell E, Cucala M, et al. (2009). Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population Scand *J Gastroenterol*; 36(11): 11-55.
9. Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'Brien S, Musleh M, et al. (2013). Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome--results of a large prospective population-based study. *Pain*; 137(1) 147-55.
10. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, Ferrazzi S, Rance L. (2011). Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci*; 47(1): 225-35.
11. Grundmann O, Yoon SL. (2010). Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for healthcare practitioners. *J Gastroenterol Hepatol*; 25(4): 691-9.
12. Rey E, Talley NJ. (2014). Irritable bowel syndrome: novel views on the epidemiology and potential risk factors. *Dig Liver Dis*; 41(11): 772-80.
13. Creed F, Tomenson B, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Read N, et al. (2011). The relationship between somatization and outcome in patients with severe irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res*; 64(6): 613-20.
14. Posserud I, Svedlund J, Wallin J, Simren M. (2009). Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *J Psychosom Res*. 66(5): 399-405.
15. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. (2012). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*; 122(4): 1140-56.
16. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. (2009) Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosom*; 48:93-102.

17. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. (2010), Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*;130: 1447-58.
18. Kraaij V, Spinhoven P. (2012). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Differ*; 30:1311-27.
19. Zeynep, H. (2009). "Dysfunctional relation beliefs in marital conflict." *Journal of rational-emotive & cognitive-behavior therapy*. *Volum 15*(2): 179-193.
20. Hirsch CR, Clark DM, Mathews A, Williams R. (2008). Self images play a causal role in social phobia. *Behaviour research and therapy*;41(8):909-21.
21. Ellis A. (2001). *Feeling better, getting better, staying better: Profound self help therapy for your emotions*. Impact Publishers.
22. Bootll, R. J., & pennebaker, J. W. (2011). *Emotions and immunity In: M. Lewis and J. W. Hawiland- Jones (Eds)*. Handbook of Emotions. (2nd, pp. 558- 570). New York: The Guilford Press.