مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره ششم، شهریور ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۹/۱۸
تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۱۲/۴

رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی درافراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان

جواد خلعتبری*[۱]، وحید همتی‌ثابت[۲]، فریناز طبیب‌زاده[۳]، اکبر همتی ثابت[۴]

مقاله پژوهشی

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با نقش واسطه ای تنظیم هیجان بود.

روش بررسی: روش پژوهش برحسب هدف کاربردی، از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی همبستگی و همین‌طور از نظر نوع داده کمّی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک گوارش دانش در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که با استفاده از محاسبه حجم نمونه در معادلات ساختاری و روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۹۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شد. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های شخصیتی نئوکاستا و مک‌گری (۱۹۹۲)، بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) استفاده گردید. ارزیابی الگو پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 و Amos انجام گرفت. ویژگی‌های فنی پرسش‌نامه شامل پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا بررسی گردید و هم‌چنین ضرایب مسیر و ضرایب معناداری نرم‌افزار برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد، درجه تناسب مدل ارائه شده با توجه به مؤلفه‌های پژوهش مناسب بود؛ ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با نقش میانجی تنظیم هیجان رابطه داشت ($p<۰/۰۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روانشناختی با نقش واسطای تنظیم هیجانی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر را تایید می‌کند و به دلیل شواهد متعدد علمی در سبب‌شناسی این سندرم، مطالعه بیشتر در زمینه مهارت‌های هیجانی و مشکلات مرتبط در مبتلایان به سندرم روده‌تحریک پذیر ضروریست.

واژه‌های کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان، کنترل عواطف، سندرم روده تحریک‌پذیر

ارجاع: خلعتبری جواد، همتی ثابت وحید، طبیب‌زاده فریناز، همتی ثابت اکبر. **رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی درافراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۶): ۲۷-۱۶۱۲.

۱- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحدتنکابن، تنکابن، ایران
۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۴. دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۰۱۲۱۰۶۳، پست الکترونیکی: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com کد پستی: ۴۶۸۴۱۶۱۱۶۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

مقدمه

داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است، در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر، در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود. کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیّت، قرار می‌گیرد و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (۱). بهزیستی روانی یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی است، به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (۲). امروزه پژوهش‌گران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد (۳). ریف و کیز (۴) مولفه‌های سازنده بهزیستی روان‌شناختی را در برگیرنده ویژگی‌هایی از قبیل پذیرش خود، هدف و جهت‌گیری در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خود پیروری و روابط مثبت با دیگران دانسته‌اند. عوامل مختلفی می‌توانند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تاثیرگذار باشند. پژوهش‌های انجام شده در میان بزرگسالان و نوجوانان نشان داده که ویژگی‌های شخصیتی یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی است (۵). افراد با ویژگی‌های شخصیتی متفاوت می‌توانند آمادگی‌های متفاوتی را در برابر بیماری‌ها نشان دهند، به‌طوری‌که خصایص شخصیتی افراد، مهارت حل‌مساله و توانایی در مقابله با مشکلات، نقش مهمی بسزایی در سلامت افراد ایفا می‌کند (۶). در این پژوهش منظور از ویژگی‌های شخصیت پنج عامل بزرگ شخصیت است که دارای ابعاد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی می‌باشد (۷). در یک نگاه کلی می‌توان گفت عامل روان‌رنجوری (عصبیت، بی‌ثباتی هیجانی)، برون‌گرایی (دوستدار دیگران بودن، تمایل به شرکت در اجتماعات)، گشودگی به تجربه (تصورات فعال، باروری تجربه‌های درونی و بیرونی)، توافق‌جویی (نوع‌دوستی و همدردی) و وظیفه‌شناسی (وجدان، وقت‌شناسی، دقیق‌بودن) را شامل می‌شود (۸). تحقیقات نشان می‌دهد که میزان روان رنجوری و درون‌گرایی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بالا است و معمولاً مبتلایان وقایع و حوادث زندگی را به‌صورت منفی درک می‌کنند (۹). از سوی دیگر ابعاد شخصیت نقش مهمی را در توافق‌جویی افراد و بهداشت روانی آن‌ها ایفا می‌کند. پژوهش‌های اندکی که در زمینه شخصیت به‌عنوان یکی از عامل‌های روان‌شناختی موثر در سبب شناختی و تشدید علائم مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته است که بیانگر این است که ویژگی‌های شخصیتی علاوه‌براین که با جستجو بیشتر مراقبت‌های درمانی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در ارتباط است، نقش ویژگی‌های چون روان‌رنجوری، خشونت و پرخاشگری در سبب‌شناسی و تشدید علایم این نشانگان مطرح می‌باشد (۱۰).

سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome (IBS)) یک اختلال کنشی گوارشی (functional gastrointestinal disorder) شایع است که با دردهای شکمی و تغییر در عادات روده‌ای (اسهال (Diarrhea)، یبوست (Constipation)، درد (Pain) یا ترکیبی (Mix)) مشخص می‌شود و در غیاب یک نابهنجاری ساختاری مشخص رخ می‌دهد (۱۱). همان‌طور که مطالعات گذشته نشان داده‌اند، با افزایش شدت این بیماری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در این بیماران کاهش می‌یابد (۱۲). شیوع این سندرم بسته به ملاک‌های تشخیصی قابل استفاده متفاوت است، اما به‌طور کلی حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۳). این در حالی است که مطالعات اپیدمیولوژیک بیانگر شیوع تقریبی ۵/۸ نمونه‌ای از جمعیت ایران است (۱۴). به‌دلیل شیوع بالای بیماری و ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده نشانه‌های آن، هزینه‌های IBS برای جامعه قابل توجه است. این بیماری عمیقاً بر زندگی روزمره بیماران مبتلا اثر می‌گذارد (۱۵). پژوهش‌های مختلف بر نقش مجموعه‌ای از عوامل زیستی-روانی-اجتماعی (bio-psycho-social) درپدیدآیی ویژگی‌های بالینی و شدت IBS تاکید کرده‌اند (۱۶). هم‌چنین برای اختلال

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

عملکرد اعصاب مرکزی استرس و عوامل داخل مجرایی هم نقش‌هایی در نظر گرفته شده است (۱۴). برخی محققین نیز معتقدند که در سندرم روده تحریک‌پذیر حساسیت روده‌ها به حس‌های نرمال افزایش می‌یابد، یعنی آستانه تحریک‌پذیری عصبی روده‌ها کاهش پیدا می‌کند که در اصطلاح ازدیاد حس احشایی نامیده می‌شود که در این بین به سروتونین به عنوان یک میانجی عصبی توجه خاصی شده است (۱۷). هم‌چنین اختلالات روان‌شناختی اغلب به عنوا علت اساسی در این بیماری مطرح بوده است. بر اساس مطالعات انجام شده این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد با استرس، ۵۰ تا ۹۰ درصد از بیماران IBS در طول زندگی خود یک اختلال روان‌شناختی نظیر اختلالات اضطرابی به‌خصوص اختلال اضطرابی منتشر، افسردگی و اختلالات سوماتوفرم را تجربه خواهندکرد (۱۳). با وجود تفاوت قابل‌توجهی که در شیوه زندگی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و فرهنگی وجود دارد میزان شیوع این اختلال در بسیاری از کشورها کاملاً مشابه است (۱۱). بررسی‌ها نشان داده است که بیماری‌های روانی موجب ایجاد سندرم روده تحریک‌پذیر نمی‌شود ولی بر روی درک درد در این بیماران (۱۷) طول‌مدت و شدت نفوذ ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

هم‌چنین افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، علایم مهمی از اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های روانی را در خود گزارش کرده‌اند و متقابلاً نیز افراد با اختلالات روانی نظیر اختلالات اضطرابی و حملات هراس، علایم روده‌ای-معده‌ای در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر را گزارش کرده‌اند، بنابراین حدس زده می‌شود که آشفتگی‌های روانی ممکن است به‌عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علایم معده‌ای-روده‌ای در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش مهمی داشته باشد (۱۸). چنانچه چندین بررسی، شیوع بالایی از وقوع هم‌زمان اختلالات روانی به‌خصوص اضطراب و اختلالات خلقی را در بین افرادی که از سندرم روده تحریک‌پذیر رنج می‌برند، نشان داده است. شواهد پژوهشی هم‌چنین نشان می‌دهد که تنظیم مشکل‌دار هیجان‌ها، نظیر خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی عروقی و معده‌ای-روده‌ای نقش دارند (۱۹). در واقع تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تعدیل یا تغییر یک حالت هیجانی به‌کار می‌رود؛ به‌عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آن‌ها اطلاق می‌شود (۲۰).

امروزه یکی از سوال‌های بسیار جذاب مدل‌های شناختی، بررسی مسئله میزان ارتباط کنترل و تنظیم هیجانی با مولفه‌های شناختی اختلالات است که این پژوهش، یکی از زوایای این ارتباط را بررسی کرده است (۲۱). مواجه شدن با حوادث استرس‌زای زندگی می‌تواند وضع روانی، روابط اجتماعی، و عملکردهای جسمانی را دگرگون سازد و آسیب‌پذیری عمومی فرد را افزایش دهد و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر شود مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی موثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به‌نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در بیماران ایرانی مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیری مطالعه کرده و با استفاده از آن‌ها میزان سازگاری در بیماران را پیش‌بینی نماید. لذا با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی از قبیل ویژگی‌های شخصیتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر و ابتلای هم‌زمان بیماری‌های جسمی و روحی و شیوع بالای این سندرم در جمعیت عمومی در کشورمان دارد، شناخت این ویژگی‌ها می‌تواند زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای روان درمانی، آموزش مهارت‌های لازم به مبتلایان، کاهش دوره‌ها و هزینه‌های درمانی شود و به برنامه‌ریزان بهداشت روانی کمک کند تا در فراهم نمودن حمایت‌ها و مداخلات روانی مناسب در خصوص پیشگیری افراد مستعد و ارتقای بهزیستی روانی مبتلایان گام بردارند. از سوی دیگر بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن با وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی مرتبط بوده و در سال‌های اخیر کشف اثرات ابعاد بهزیستی روانی بر سلامت جسمانی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر از

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

اهمیت به‌سزایی برخوردار می‌باشد و می‌تواند راهنمایی در جهت‌دهی به اولویت‌های مداخلات با اهداف بهبود عواطف هیجانی و بهزیستی روانی مبتلایان قرار گیرد. بنابراین پژوهش پژوهشگر به‌دنبال این مسئله است: با توجه به نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان چه رابطه‌ای با ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد؟ با توجه به هدف‌های پژوهش، ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این شرح آزمون شدند: فرضیه اول: بین ویژگی‌های شخصیتی وبهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به‌سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. فرضیه دوم: بین ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به‌سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. فرضیه سوم: بین تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. فرضیه چهارم: تنظیم هیجان در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش واسطه‌ای دارد.

روش بررسی

با توجه به این‌که تحقیق حاضر به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان پرداخت، روش پژوهش برحسب زمان وقوع پدیده، گذشته‌نگر؛ برحسب نتیجه، تصمیم‌گرا؛ برحسب هدف، کاربردی؛ برحسب زمان اجرای پژوهش، مقطعی؛ برحسب نوع داده، کمی؛ برحسب روش گردآوری داده‌ها و یا ماهیت و روش پژوهش، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به کلینیک گوارش دانش در شهر تهران بودند. نمونه پژوهش ۴۴۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به این کلینیک بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. در مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده تعیین شود: 5q<=n<=15q؛ که در آن q تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه‌ها (سؤالات) پرسش‌نامه و n حجم نمونه است (۲۲). در این پژوهش حجم نمونه برای هر سؤال ۵ آزمودنی و به‌طورکلی ۴۴۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: سن ۲۰ تا ۶۰ سال، تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر با نظر پزشک متخصص گوارش، عدم ابتلای هم زمان به یک بیماری جسمی جدی و وخیم مانند بیماری قلبی و مولتیپل‌اسکلروزیس عدم‌ابتلا به یک اختلال پسیکوزی مانند اسکیزوفرنی و اختلال‌های وابسته به آن، عدم وجود سوء مصرف و وابستگی به مواد. پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و هماهنگی با مسئول کلینیک دانش پژوهشگران با مراجعه به محیط پژوهش پس از معرفی خود و کسب رضایت آگاهانه و توضیحات لازم، با توجه به معیارهای ورود، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دادند و پس از تکمیل، آن‌ها را جمع‌آوری کردند ۵۰پرسش‌نامه از تحلیل‌آماری کنار گذاشته شد و نمونه پژوهش به ۳۹۰ نفر تقلیل یافت. ابزار گردآوری اطلاعات مشتمل بر یک پرسش‌نامه عمومی و ۳ ابزار استاندارد تایید شده بین‌المللی به شرح زیر بود: چک‌لیست گردآوری اطلاعات: فرمی که مشخصات فردی (شامل: سن، جنسیت، وضعیت تحصیلی، طول‌مدت ابتلا به بیماری، وضعیت اقتصادی، تاهل) و سایر اطلاعات دموگرافیک را در بر می‌گرفت. ویژگی‌های شخصیتی نئو کاستا و مک‌گری (۲۳): این ابزار ۶۰ گویه‌ای پنج عامل اصلی شخصیت را ارزیابی می‌کند و در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود: روان آزرده خویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی. ضریب پایایی بازآزمایی در نمونه دانشجویان آمریکایی با فاصله سه ماه ۰/۷۵-۰/۸۳ بود. برای خرده مقیاس‌های روان آزرده خویی، برون‌گرایی و گشودگی به تجربه ضریب پایایی با فاصله شش سال ۰/۶۸-۰/۸۳ و برای توافق و وظیفه‌شناسی با فاصله دو سال به‌ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ گزارش شده است. این پرسش‌نامه در ایران به وسیله گروسی فرشی (۲۴) برگردان و هنجاریابی شده است؛ ضریب همسانی درونی برای روان آزرده خویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ و ضریب همبستگی درونی آن‌ها ۰/۸۷-۰/۵۶ گزارش شده است. روایی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

هم زمان به روش همبستگی میان دو نسخه گزارش شخصی و ارزیابی مشاهده‌گر در دامنه ۰/۴۵ برای توافق تا ۰/۶۶ برای برون‌گرایی به‌دست آمده است. بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۵): این مقیاس توسط ریف در فرم اصلی ۱۲۰ سوالی طراحی شده است که دارای ۶ زیرمقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و خودپذیرندگی می‌باشد. پاسخ به هر سوال بر اساس طیفی از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۶) مشخص می‌شود. نمره‌بالاتر بیانگر سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های بعدی فرم‌های ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سوالی این مقیاس نیز ارایه گردید. در این پژوهش فرم کوتاه ۱۸ سوالی که توسط ریف و کیز خلاصه شد، مورد استفاده قرار گرفته است. ریف و کیز گزارش کردند همبستگی زیرمقیاس‌های فرم ۱۸ سوالی با فرم ۱۲۰ سوالی بین ۷۰٪ تا ۸۹٪ است (۲۶). پژوهش بیانی، کوچکی و بیانی (۲۷) و فرزاد (۲۸)، نشان‌دهنده‌روایی و اعتبار قابل قبول نسخه ۸۴ سوالی فارسی است. در پژوهش آن‌ها پایایی درونی مقیاس با روش آلفای‌کرونباخ برابر با ۸۲٪ و آلفای زیرمقیاس‌های آن از ۷۰٪ تا ۷۸٪ بوده است. همبستگی مثبت آن با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادی آکسفورد و پرسش‌نامه حرمت خود روزنبرگ حاکی از روایی همگرای آن است. در بررسی دیگری ضرایب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌های این فرم به‌ترتیب ۶۰٪، ۷۷٪، ۷۳٪، ۷۴٪، ۷۵٪ و ۷۸٪ به‌دست آمد. تنظیم هیجان گراس و جان (۲۸): این آزمون دارای ۱۰ تست هفت درجه‌ای می‌باشد که نمره یک بیانگر کاملاً مخالف و نمره هفت بیانگر کاملاً موافق می‌باشد. این آزمون توسط گراس و جان (۲۹) برای بیان تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجانات ساخته شده است که دارای دو زیر مقیاس ارزیابی هیجانات و بازداری هیجانات می‌باشد. ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس ارزیابی هیجانی برای مردان ۰/۷۲ درصد و برای زنان ۰/۷۹ درصد می‌باشد؛ هم‌چنین ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس سرکوبی هیجانی برای مردان ۰/۶۷ درصد و برای زنان ۰/۶۹ درصد می‌باشد.

روایی

به‌منظور تعیین روایی پرسش‌نامه از روایی ظاهری (Faced Validity)، محتوایی (Content Validity) و سازه (Construct Validity) استفاده شد. در روایی ظاهری پرسش‌نامه‌ها قبل از توزیع توسط پژوهش‌گر، چند نفر از اعضای نمونه و برخی خبرگان دانشگاهی و بیمارستانی به‌دور از ایرادات ویرایشی، شکلی، املایی و ... تدوین گردید. در روایی محتوایی در قالب یک روش دلفی و با کمک فرم‌های CVR و CVI و به کمک ده نفر از خبرگان شامل اعضای مصاحبه‌شونده، خبرگان دانشگاهی و بیمارستانی، دانشجویان دکتری متخصص در این حوزه، چند نفر از آزمودنی‌ها و... محتوای پرسش‌نامه از نظرسؤال‌های اضافی و یا اصلاح سؤال‌ها مورد بررسی قرار گرفت. فرم CVI نشان داد که همه سؤال‌های متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم هیجان از نقطه‌نظر ساده بودن، واضح بودن و مربوط بودن از وضعیت مناسبی برخوردارند (میزان این ضریب برای هر یک از سؤال‌ها بالاتر از ۰/۷۹ بود)؛ هم‌چنین با توجه به این‌که مقدار CVR برای همه سؤال‌ها بالای ۰/۶۲ به‌دست آمد هیچ سؤالی نیاز به حذف شدن نداشت.

در مورد روایی سازه نیز از دو نوع روایی همگرا و واگرا با کمک نرم‌افزار Smart-Pls2 استفاده شد. در بررسی روایی همگرا یافته‌ها نشان داد ضرایب معناداری تمام بارهای عاملی بزرگ‌تر از ۲.۵۸ بود یعنی تمامی بارهای عاملی با اطمینان ۹۹ درصد معنادار بود؛ ضرایب تمام بارهای عاملی بالای ۰.۵ بود؛ میانگین واریانس استخراج‌شده (AverageVariance Extracted (AVE)) همه مؤلفه‌ها بالای ۰/۵ بود و همین‌طور پایایی ترکیبی همه مؤلفه‌ها بزرگ‌تر از میانگین واریانس استخراج‌شده آن بود؛ لذا می‌توان گفت که روایی همگرای سازه‌های مدل تائید می‌شوند. در بررسی روایی واگرا نیز از آزمون فورنل و لارکر (این آزمون روایی واگرا (تشخیصی) را در سطح متغیرهای پنهان با استفاده از ماژولی که در نرم‌افزار لیزرل تعریف شده می‌سنجد) و آزمون بار عرضی Cross Loadings (این آزمون روایی واگرا را در سطح متغیرهای مشاهده‌پذیر توسط ماژولی که در نرم‌افزار لیزرل تعریف شده می‌سنجد)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

استفاده شد. در آزمون فورنل و لارکر یافته‌ها نشان داد، جذر میانگین واریانس استخراج‌شده هر متغیر پنهان بیشتر از حداکثر همبستگی آن متغیر با دیگر متغیرهای پنهان مدل بود؛ هم‌چنین نتایج آزمون بار عرضی نشان داد، بارهای عاملی هرکدام از متغیرهای پژوهش بیشتر از بارهای عاملی مشاهده‌پذیرهای دیگر مدل‌های اندازه‌گیری موجود در مدل بود و از طرف دیگر بار عاملی هر متغیر مشاهده‌پذیر بر روی متغیر پنهان متناظرش حداقل ۰/۱ بیشتر از بارهای عاملی همان متغیر مشاهده‌پذیر بر متغیرهای پنهان دیگر بود؛ بنابراین نتایج این دو آزمون بیانگر روایی واگرا بود.

پایایی

در این پژوهش پایایی از طریق ضریب آلفای‌کرونباخ و پایایی ترکیب (Composite Reliability (CR)) و با استفاده از ماژولی که در نرم‌افزار لیزرل تعریف شده است، محاسبه می‌شود. مقادیر این دو ضریب برای هر چهار سازه پژوهش بالای ۰/۷ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایا بودن ابزار اندازه‌گیری بود. البته شایان ذکر است که پایایی و روایی هر چهار ابزار توسط پژوهش‌های پیشین تائید شده است. اطلاعات پرسش‌نامه، ضرایب پایایی و روایی در جدول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۱: اطلاعات پرسش‌نامه و محاسبه ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار

بعد	منبع	تعداد گویه ها	آلفای کرونباخ	CR	AVE	MSV	ASV	ویژگی های شخصیتی	بهزیستی روانشناختی	تنظیم هیجان
ویژگی‌های شخصیتی	کاستا و مک گری (۱۹۹۲)	۶۰	۰/۸۰۵	۰/۸۱۸	۰/۶۳۳	۰/۴۴۱	۰/۳۰۵	۰/۷۵	---	---
بهزیستی روانشناختی	ریف (۱۹۸۹)	۱۸	۰/۷۶۳	۰/۸۶۷	۰/۵۱۹	۰/۱۶۹	۰/۱۱۲	۰/۴۵	۰/۸۶	-----
تنظیم هیجان	گراس و جان (۲۰۰۳)	۱۰	۰/۷۸۳	۰/۸۶۵	۰/۶۰۲	۰/۴۴۳	۰/۲۵۹	۰/۶۰	۰/۳۸۳	۰/۷۴

با توجه به جدول فوق می‌توان گفت: پایایی سازه‌ها مورد تائید است زیرا آلفای‌کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی بالای ۰/۷ استو هم‌چنین AVE>۰/۵ است. روایی همگرا مورد تائید است، زیرا CR>۰/۷؛ CR>AVE؛ AVE>۰/۵ و همین‌طور روایی واگرا نیز مورد تائید است زیرا Maximum Shared Squared Variance) MSV < AVE (Average و Shared Squared Variance) ASV < AVE.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در بخش توصیفی از میانگین، انحراف معیار، جداول و در بخش استنباطی از همبستگی پیرسون، آزمون تی تک‌گروهی با استفاده از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 و مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Amos استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن تایید شده است.

نتایج

در این بخش فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون مناسب و نرم‌افزارهای SPSS و Amos مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد.

بررسی مدل‌های اندازه‌گیری سازه‌های پژوهش

قبل از وارد شدن به مرحله آزمون فرضیات و مدل‌های مفهومی پژوهش لازم است تا از صحت مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای مستقل (ویژگی‌های شخصیتی)، متغیر میانجی (تنظیم هیجان) و متغیر وابسته (بهزیستی روان‌شناختی) اطمینان حاصل شود. لذا نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

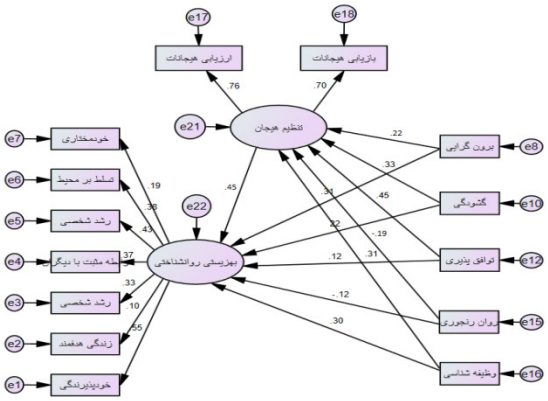
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

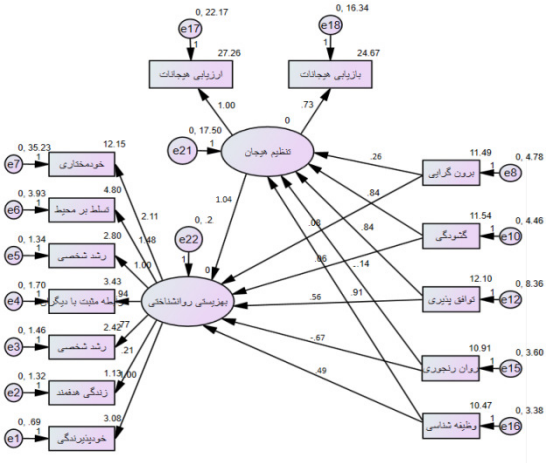
و دوم به‌منظور بررسی مدل‌های اندازه‌گیری این سه بعد آورده شد. تحلیل عاملی تأییدی یکی از قدیمی‌ترین روش‌های آماری است که برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مکنون و متغیرهای مشاهده شده (سؤالات) به کار برده می‌شود و بیانگر مدل اندازه‌گیری است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم هیجان نشان داد، کلیه مدل‌های اندازه‌گیری مناسب و کلیه اعداد و پارامترهای مدل معنادار است. هم‌چنین شاخص‌های تناسب مدل اندازه‌گیری نشانگر مناسب بودن کلیه مدل‌های اندازه‌گیری بود.

بررسی مدل‌های ساختاری پژوهش

پس از آزمون مدل‌های اندازه‌گیری اکنون لازم است تا مدل ساختاری که نشانگر ارتباط بین متغیرهای مکنون پژوهش است، ارائه شود. با استفاده از مدل ساختاری می‌توان به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخت. در شکل زیر مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد به‌منظور بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان آورده شده است.



در شکل زیر نیز مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد نشده آورده شده است



شکل ۳: مدل ساختاری پژوهش در حالت ضرایب استاندارد نشده

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

جدول ۲:. نتایج آزمون مدل پژوهش

بررسی فرضیه‌ها	ضرایب استانداردشده	t-value	پذیرش/ رد فرضیه‌ها
رابطه برون‌گرایی و بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۲	۳/۴۹	پذیرش
رابطه گشودگی و بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۳	۴/۳۷	پذیرش
رابطه توافق‌پذیری و بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۵	۸/۱۱	پذیرش
رابطه روان‌رنجوری و بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۹	۲/۳۹	پذیرش
رابطه وظیفه‌شناسی و بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۱	۵/۱۸	پذیرش
رابطه برون‌گرایی و تنظیم هیجان	۰/۳۱	۵/۳۰	پذیرش
رابطه گشودگی و تنظیم هیجان	۰/۲۲	۳/۳۰	پذیرش
رابطه توافق‌پذیری و تنظیم هیجان	۰/۱۲	۱/۹۹	پذیرش
رابطه روان‌رنجوری و تنظیم هیجان	-۰/۱۲	۱/۹۸	پذیرش
رابطه وظیفه‌شناسی وتنظیم هیجان	۰/۳۰	۴/۲۰	پذیرش
رابطه تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۵	۹/۸۸	پذیرش

با توجه به مقادیر به‌دست آمده در شکل ۲ به بررسی فرضیات پژوهش می‌پردازیم. در جدول زیر نتایج حاصل از آزمون مدل را می‌توان مشاهده کرد. براساس جدول بالا می‌توان نوع و میزان اثر هریک از متغیرهای پژوهش را در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مشاهده کرد که بر این اساس کلیه فرضیه‌های پژوهش در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار هستند. برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جدول زیر قابل مشاهده است:

جدول ۳: تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل پژوهش

متغیر وابسته	متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
تنظیم هیجان	ویژگی های شخصیتی	۰/۳۳	-	۰/۳۳
بهزیستی روان‌شناختی	تنظیم هیجان	۰/۴۵	-	۰/۴۵
بهزیستی روان‌شناختی	ویژگی های شخصیتی	/۴۰	۰/۳۳ * ۰/۴۵ = ۰/۱۵	۰/۵۵

همان‌طور که در جدول قابل مشاهده است، رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان به میزان ۰/۵۵ است.

بررسی برازش مدل پژوهش

آنچه از محاسبات انجام شده می‌توان نتیجه گرفت آن است که هر چند مدل تدوین شده باعث شده است که تا حد زیادی از مقدار کای‌اسکور مدل استقلال فاصله بگیرد اما به‌دلیل معنادار شدن مقدار کای‌دو مدل ($p<۰/۰۰۰۱$) می‌توان نتیجه گرفت که مدل قابل قبول تلقی می‌شود. حال که شاخص‌ها برازش خوبی را از داده‌ها نسبت به مدل نشان می‌دهد نوبت به سنجش شاخص‌های جزئی برازش می‌رسد. تفاوت شاخص‌های برازش با شاخص‌های سه‌گانه برازش کلی در این است که شاخص‌های برازش کلی در مورد مناسب بودن کل مدل و نه اجزا آن قضاوت می‌کنند و شاخص‌های جزئی در مورد رابطه‌های جزیی مدل قضاوت می‌کنند. شاخص‌های جزئی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

برازش (نسبت‌های بحرانی و سطح معناداری آن‌ها) نشان می دهندکه همه بارهای عاملی دارای معنا دارند.

جدول ۴: نتایج آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری برای برازش مدل مفهومی پژوهش

شاخص	اختصار	مقدار	قبول‌برازش قابل
سطح تحت پوشش کای‌اسکور	x^2	۱۳۷/۷۲	-
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۶	بزرگ‌تر از ۹۰ درصد
نیکویی برازش	GFI	۰/۹۲	بزرگ‌تر از ۸۰ درصد
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۵	بزرگ‌تر از ۹۰ درصد
میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۶	کمتر از ۸ درصد
کای اسکور بهنجار شده	CMIN/df	۱/۹۱	بین ۱ تا ۵
نیکویی برازش تعدیل یافته	AGFI	۰/۸۶	بزرگ‌تر از ۸۰ درصد
شاخص نرم شده برازندگی	NFI	۰/۹۴	بزرگ‌تر از ۹۰ درصد

بحث

سندرم روده تحریک‌پذیر نشانگان مزمن و عود کننده‌ای است که نقش روان در بروز آن بسیار بررسی شده است. در این پژوهش به بررسی ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی تنظیم هیجان در این بیماران پرداخته شده است. در بررسی فرضیه اول نتایج پژوهش نشان داد که تمامی مولفه‌های (برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، توافق‌پذیری و گشودگی در تجربه) ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا IBS رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ولی بعد روان‌رنجوری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی وجود دارد. این یافته با یافته‌های پیشین همسو بود. علیزاده و همکاران (۳۰) و هاول (Howell) و همکاران (۳۱) نیز در پژوهش‌های مختلفی به این نتیجه رسیدند که ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، توافق‌پذیری و گشودگی در تجربه با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که روان‌رنجورخویی آمادگی فرد را برای تجربه حوادث تنش زا افزایش می‌دهد و این آمادگی می‌تواند به روابط بین شخصی و اجتماعی، هم‌چنین بهزیستی روانی بیماران آسیب برساند و بر عکس ویژگی شخصیتی (گشودگی، سازگاری، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی) آمادگی فرد را برای تجربه‌های لذت‌بخش افزایش می‌دهد و این تجربیات می‌تواند روابط بین شخصی و اجتماعی را تقویت کند و سطح بهزیستی روانی را بالا ببرد. بنابراین، این ابعاد شخصیتی به‌دلیل این که پیامدهای مثبتی را برای فرد به‌دنبال دارند و باعث افزایش عواطف و هیجانات مثبت در فرد می‌شوند، افزایش بهزیستی روان‌شناختی را نیز به‌دنبال خواهند داشت و بعد روان‌رنجوری به خاطر این که با اضطراب، استرس، افسردگی و سایر علائمی که باعث کاهش میزان سلامت روان افراد می‌شوند، همراه است، عواطف و هیجانات منفی را به‌دنبال خواهد داشت و به تبع آن بهزیستی روان‌شناختی فرد را نیز کاهش خواهد داد.

در خصوص فرضیه دوم، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان رابطه معنادار وجود دارد. در بررسی فرضیه دوم نتایج پژوهش نشان داد که تمامی مولفه‌های (برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، توافق‌پذیری و گشودگی در تجربه) ویژگی‌های شخصیتی با تنظیم هیجان افراد مبتلا IBS رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ولی بعد روان‌رنجوری با تنظیم هیجان رابطه منفی وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های طاهری و همکاران (۱۸)، پارک و همکاران (۱۹) و لی و همکاران (۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان چنین بیان کرد ویژگی‌های شخصیتی افراد تاثیر مهمی بر تنظیم هیجان آن‌ها دارد (۳۲) و ابعاد شخصیت و حالت‌های هیجانی نیز در ارتباط با یکدیگر قرار دارند (۳۳). خصیصه برون‌گرایی با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

هیجان‌های مثبت در ارتباط است، در حالی که افراد با خصیصه روان‌رنجوری در برخورد با استرس، آشفتگی بیشتری را تجربه می‌کنند که حاکی از وجود رابطه مثبت روان‌رنجوری با هیجان‌های منفی و ناخوشایند است (۳۴). مطالعات نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی، نقش مهمی در انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان ایفا می‌کنند و نوع راهبردهای تنظیم هیجان متناسب با ویژگی‌های شخصیتی غالب در فرد است (۳۵). در توجیه این یافته هم‌چنین می‌توان گفت روان نژندی شامل حساسیت به داشتن باور غیرمنطقی، کنترل ضعیف امیال و تمایل به تجربه پریشانی روان‌شناختی به شکل اضطراب، خشم، افسردگی، خجالت، تنفر و دامنه‌ای از هیجان‌های منفی است. بنابراین افراد روان نژند دارای عواطف منفی هستند و تمایل بیشتر به تکانشگری و آسیب‌پذیری دارند. چنین رفتارهایی سطح رضایت و سازگاری بیماران را کاهش می‌دهد. نمره‌های بالا در عامل برون‌گرایی با تجربه هیجان‌های مثبت، ارزیابی مثبت از وضعیت سلامت عمومی، کارکردهای جسمی بهتر و رضایت زندگی بالاتر همراه است(۲۰). افراد برون‌گرا، وظیفه‌مدار، توافق‌پذیر و گشوده‌رو، شادابی و سرزندگی بیشتری از خود نشان می‌دهند، دارای نگرش مثبت نسبت به محیط و زندگی خود هستند و ویژگی‌هایی نظیر مثبت بودن، دلگرمی بخشیدن و شراکت در کارها و تعامل بین دوستان و خانواده برای بهتر ساختن رابطه و نیز برای خوشایندی طرف مقابل، کارهایی را انجام می‌دهد و یا از انجام آن خودداری می‌کند. این مشخصه‌های اجتماعی می‌تواند باعث رضایت از زندگی بیشتری در خود بیماران و اطرافیان آن‌ها گردد. تنظیم هیجانی مثبت توانایی مقابله با هیجان‌ها را در بیماران ایجاد می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهند و بتوانند واکنشی مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب آور نشان دهند (۳۶). این افراد حالت‌های مثبت و پویایی احساسات بیشتری را بروز می‌دهند، دیدگاه مثبت‌تری به خود دارند و بر جنبه‌های مثبت موقعیت تمرکز دارند که این ویژگی‌ها سبب می‌شود خصلت‌هایی هم‌چون بدبینی، اضطراب، تنش و پرخاشگری در بین بیماران کاهش یابد، صمیمیت و همدلی آن‌ها افزایش یابد و در زندگی سرزنده و شاداب باشند. بنابراین می‌توان بیان کرد که تنظیم مشکل دار هیجان ها نظیر خشم و اضطراب منجر به بروز مشکلات جسمانی مانند سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود. بدین صورت‌که بازداری هیجانی به عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری‌های جسمانی می‌شود. بنابراین، تنظیم هیجانات می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم در تعیین سلامت و ارتقای کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار باشد.

در خصوص فرضیه سوم، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که در کل تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه مثبت و معناداری دارد که با نتایج پژوهش‌های هافمن و اسموندسون(Hofmann & Asmundson) (۳۷)، نیکلیکک (Nyklicek) و همکاران (۳۸) هم‌سو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنظیم هیجان سه ویژگی مهم دارد. اولاً، این احتمال وجود دارد که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر هم با کاهش و هم با افزایش هیجانات، هیجانات منفی و مثبت خویش را تنظیم کنند. در یک بررسی مبتنی بر مصاحبه، افراد مبتلا به IBS بیان کرده‌اند که سعی می‌کنند هیجانات منفی (از قبیل خشم، غمگینی و اضطراب) را در جهت کاهش آن‌ها، با تمرکز روی تنظیم جنبه‌های تجربی و رفتاری هیجان تنظیم کنند (۳۹). این تنظیم هیجان ضمنی، همیشه ماهیت اجتماعی دارد و هر چند افراد مبتلا به IBS هیجانات مثبت را تنظیم نمی‌کنند، اما این هیجانات را نسبت به هیجانات منفی کمتر گزارش می‌دهد. دوما عناصر اولیه تنظیم هیجان، هوشیار هستند. تصور بر این است که فعالیت تنظیم هیجان اساسا عمدی و آگاهانه اتفاق می‌افتد، اما در دفعه‌های بعدی بدون آگاهی و هوشیاری اتفاق می‌افتند. سوما، پیش فرض قبلی‌ای برای این وجود ندارد، که آیا تنظیم هیجان لزوماً خوب است یا بد (۴۰). در دیدگاه گروس (Gross) (۴۱) فرآیند تنظیم هیجان ممکن است بر اساس بافت اجتماعی هم برای ایجاد فعالیت‌های خیلی خوب و هم برای فعالیت‌های خیلی بد به کار برده شود. به‌عنوان مثال، راهبردهای شناختی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

که هیجانات منفی را تعدیل می‌کنند، ممکن است به ایجاد مسائل بهداشت حرفه‌ای در رویدادهای استرس‌زا کمک نماید، اما ممکن است هیجانات منفی مرتبط با همدلی را خنثی کند. علاوه بر این، راهبردهای تنظیم‌کننده ممکن است اهداف شخصی را تحقق بخشند، ولی این امکان هم وجود دارد که از طرف دیگران به عنوان ناسازگارانه تلقی شوند. بنابراین بازاریابی هیجان از طریق کاهش تجربه‌های منفی هیجان و افزایش هیجانات مثبت و تعدیل رویدادهای استرس‌زا، باعث می‌شود بهزیستی روان‌شناختی افراد افزایش یابد.

در خصوص فرضیه چهارم، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که تنظیم هیجان نقش واسطه‌گری معناداری برای ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به IBS ایفا می‌کند. این یافته با یافته‌های پژوهش شاکل فورد (Shackelfor) و همکاران (۴۲)، میرجیان و کورداوا (Mirgain & Cordova) (۴۳) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت که تنظیم هیجانی مثبت توانایی مقابله با هیجان‌ها را در افراد ایجاد می‌کند و آن‌ها قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهند و بتوانند واکنشی مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌آور نشان دهند (۴۱). این افراد حالت‌های مثبت و پویایی احساسات بیشتری را بروز می‌دهند، دیدگاه مثبت‌تری به خود دارند و بر جنبه‌های مثبت موقعیت تمرکز دارند که این ویژگی‌ها سبب می‌شود خصلت‌هایی هم‌چون بدبینی، اضطراب، تنش و پرخاشگری در افراد مبتلا به IBS کاهش یابد. بنابراین قابل توجیه است که گفته شود تنظیم هیجانی مثبت با اثری که بر بهبود ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به IBS می‌گذارد، به بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این افراد کمک شایانی می‌کند. افزون بر این، افرادی که سبک‌های ناکارآمد هیجانی دارند، نمی‌توانند موقعیت‌های هیجانی خود را به‌دست آورند، کم‌تر قادرند رابطه خود را با دیگران حفظ کنند و احساس می‌کنند که در الگوهای منفی ارتباط با دیگران قرار می‌گیرند. آن‌ها خارج از کنترل بودن را احساس می‌کنند، بنابراین، نمی‌توانند بهزیستی روانی به‌دست بیاورند و از فرایند زندگی ناراضی می‌باشند (۴۴). جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش که به‌صورت مقطعی انجام شده است، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. استفاده از پست و پست‌الکترونیکی برای ارسال و دریافت پرسش‌نامه‌ها و عدم مصاحبه حضوری با بیماران از دیگر محدودیت‌های پژوهش کنونی است. هم‌چنین، با توجه به کنترل نکردن متغیرهایی هم‌چون وضعیت اجتماعی-اقتصادی تعمیم یافته‌های پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی برای بررسی ثبات متغیرهای پژوهش حاضر در طی زمان، پژوهش‌های طولی صورت گیرد. اجرای پژوهش‌های بررسی اثربخشی درمان یا در نظر گرفتن متغیرهای پژوهش در سایر اختلالات کنشی دستگاه گوارش (مانند اختلال التهابی روده) و دیگر اختلالات روان‌تنی از دیگر پیشنهادهای پژوهش است. هم‌چنین به درمان‌گران پیشنهاد می‌شود که در فرایند مداخله‌های روان‌شناختی برای مدیریت نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر، به‌متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان توجه ویژه‌ای کنند و راهبردهایی برای تعدیل و اصلاح آن‌ها به بیماران ارائه نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که تمامی مولفه‌های (برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، توافق‌پذیری و گشودگی در تجربه) ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا IBS رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ولی بعد روان‌رنجوری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی وجود دارد. هم‌چنین تمامی مولفه‌های (برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، توافق‌پذیری و گشودگی در تجربه) ویژگی‌های شخصیتی با تنظیم هیجان افراد مبتلا IBS رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ولی بعد روان‌رنجوری با تنظیم هیجان رابطه منفی وجود دارد و تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه مثبت و معناداری دارد. به عبارت دیگر بیماری‌های روان‌تنی یکی از دلایل عمده موثر بر بهزیستی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

روان‌شناختی و تنظیم هیجانی زندگی افراد می‌باشد و شناخت عوامل شخصیتی خطرساز می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری و درمان این بیماران داشته باشند. این امر اهمیت توجه به عوامل روان‌شناختی و شخصیتی زمینه‌ساز مبتلایان به این بیماری را مورد تاکید قرار می‌دهد.

سپاس‌گزاری

به این وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر قدردانی به عمل می‌آید. این پژوهش حاصل ازطرح تحقیقاتی می‌باشد که منبع مالی آن توسط نویسندگان تامین شده است.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1- Diener E, Oishi S, Lucas RE. ***Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life***. Annu Rev Psychol 2003; 54: 403-25.

2- Lambert M, Naber D. ***Current Issues in Schizophrenia: Overview of Patient Acceptability, Functioning Capacity and Quality of Life***. CNS drugs 2004; 18 Suppl 2: 5-17.

3- Aghabagheri H, Mirzaeian B, Mohamadkhani P, Omrani S. ***The Effectiveness of the Mentally Cognitive Therapy Group (MBCT) on Depression Depressionin Multiple Sclerosis Patients (MS).*** Thought and Behavior (Applied Psychology) 2012; 6(23): 75-82. [Persian]

4- Ryff CD, Keyes CL. ***The Structure of Psychological Well-Being Revisited***. J Pers Soc Psy chol 1995; 69(4): 719-27.

5- Amstadter AB, Moscati A, Oxon MA, Maes HH, Myers JM, Kendler KS. ***Personality, Cognitive/Psychological Traits and Psychiatric Resilience: A Multivariate Twin Study***. Pers Individ Dif 2016; 91: 74-9.

6- HejaziTaghanaki SA, Hatami HR., Najafi Ghodsi F, Sharifipour E. ***The Role 0f Coping Styles in the Relationship between Personality Traits and Quality of Life of Multiple Sclerosis Patients***. Qom Univ Med Sci J 2016; 10(3): 93-104. [Persian]

7- Masthoff ED, Trompenaars FJ, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. ***The Relationship between Dimensional Personality Models and Quality of Life in Psychiatric Outpatients***. Psychiatry Res 2007; 149(1-3): 81–8.

8- Faramarzi M, Kashifar M, Shekari-Shirvani J. ***Compare Some of the Characteristics of Functional Dyspepsia Patients and Healthy Individuals***. Aamol Univ Med Sci 2013; 10(4): 57-62. [Persian]

9- Yıldırım O, Alçelik A, Canan F, Aktaş G, Şit M, İşçi A, et al. ***1607–Impaired Subjective Sleep Quality in Irritable Bowel Syndrome Patients with A Type D Personality.*** European Psychiatry 2013; 28(1).

10- Taheri M, Hasani J, Hosseinian SM. ***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(15): 53-61. [Persian].

11- Ghorbani Taghlidabad B, Tabihzade Mashhadi R. ***Relationship between Mechanisms of Emotional Cognitive Regulation A and Lifestyle with Perceived***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

stress in patients with irritable bowel syndrome. J Thoughts and Behavior 2016; 10(39): 17-29. [Persian]

12- Veauthier C, Paul F. ***Sleep Disorders in Multiple Sclerosis and Their Relationship to Fatigue***. Sleep Med 2014, 15(1), 5-14.

13- Kułak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N**.** ***Antidepressants for Irritable Bowel Syndrome-A Systematic Review.*** Pharmacol Rep 2017; 69(6): 1366-79.

14- Younesi F, Kafi M, Ghanbari A. ***A Comparative Study of Personality Characteristics in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Persons.*** J Guilan University of Medical Sciences 2015; 24(98): 37-44. [Persian].

15- Sarembaud A. ***Irritable Bowel Syndrome, Therapeutic Proposal with Colocynthis***. La Revue d'Homéopathie 2016; *7*(4): e25-e28.

16- Thakur ER, Quigley BM, El-Serag HB, Gudleski GD, Lackner JM. ***Medical Comorbidity and Distress in Patients with Irritable Bowel Syndrome: The Moderating Role of Age***. J Psychosom Res 2016; *88*: 48-53.

17- Sayuk GS, Gyawali CP. ***Irritable Bowel Syndrome: Modern Concepts and Management Options.*** Am J Med 2015; 128(8): 817-27.

18- Park SH, Han KS, Kang CB. ***Relaxation Therapy for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review***. Asian Nursing Research 2014; *8*(3): 182-92.

19- Li L, Xiong L, Zhang S, Yu Q, Chen M. ***Cognitive–Behavioral Therapy for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis.*** J Psychosom Res 2014; *77*(1): 1-12.

20- Pollock NC, McCabe GA, Southard AC, Zeigler-Hill V. ***Pathological Personality Traits and Emotion Regulation Difficulties***. Personality and Individual Differences 2016; 95*:* 168-77.

21- VahediSh, Hashemi T, Eynipor J. ***Investigation of Relationship among Emotional Control, Cognitive Emotional Regulation and Obsessive Beliefs in High School Girl Students of Rasht***. Adv Cogn Sci 2013; 1: 63-71. [Persian].

22- Homan HA**.** ***Structural Equation Modeling Using Lisrel Software***. Tehran: Samt 2005. [Persian]

23- Costa PT. and McCrae RR. ***Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual.*** Psychological Assessment Resources 1992; Odessa, FL.

24- Garosi Foroshi M. ***Application of the New Neo Personality Test (NEO) and its analytical analysis of its characteristics and its structure among students. 2nd Iranian Congress of Clinical Psychology***. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare 2002. [Persian].

25- Ryff CD. ***Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being***. J Personality and Social Psychology 1989; 57(6): 1069-81.

26- Iranian Pahrabad S, Mashhadi A, Tabibi Z, Modares Ghoravi M. ***The Effectiveness of Group Education Based on Attachment Style on Psychological Well-Being of a Non-Clinical Sample of Students with an Insecure Attachment Style***. J Fundmentls Mental Health 2016. 18(2), 109-15.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

27- Baiani AA, Kochaki A, BaianiA.***Validity and Reliability of the Ryff Psychological Well-being Scale*.**Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran 2008; 14(2): 146-51. [Persian].

28- Sefidi F, Farzad V. ***Validated Measure of Ryff Psychological Well-Being among Students of Qazvin University of Medical Sciences (2009).*** J Qazvin Univ Med Sci 2012; 16(1): 65-71. [Persian]

29- Gross JJ, John OP. ***Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being.*** J Pers Soc Psychol 2003; 85(2): 348–62

30- Alizadeh Z, Feizi A,Rejali M, Afshar H, Keshteli AH, Adibi P. ***The Predictive Value of Personality Traits for Psychological Problems (Stress, Anxiety and Depression): Results froma Large Population Based Study.*** J Epidemiology and Global Health 2018; 8(3-4): 124-33.

31- Howell RT, Ksendzova M, Nestingen E, Yerahian C, Iyer R. (2017).***Your Personality on a Good Day: How Trait and State Personality Predict Daily Well-Being***. J Research in Personality 2017; *69*: 250-63.

32- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. ***Emotion-Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-Analytic Review*.** Clin Psychol Rev 2010; *30*(2): 217-37.

33- Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. ***Sleep Patterns and Predictors of Disturbed Sleep in a Large Population of College Students***. J adolesc health 2010; 46(2): 124-32.

34- D'Avanzato C,Joormann J, Siemer M, Gotlib IH. ***Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use***. Cognitive Therapy and Research 2013; *37*(5): 968-80.

35- Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. ***The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents***. J Clin Child Adolesc Psychol *2016*: 1-14.

36- Weisman JS, Rodebaugh TL, Lim MH, Fernandez KC. ***Predicting Short-Term Positive Affect in Individuals with Social Anxiety Disorder: The Role of Selected Personality Traits and Emotion Regulation Strategies.*** J Anxiety Disorders 2015, *34*: 53-62.

37- Hofmann SG, Asmundson GJG. ***Acceptance and Mindfulness- Based Therapy: New Wave or Old Hat?.*** Clin Psychol Rev 2008; 28(1): 1-16.

38- Nyklicek I, Vingerhoests AD, Marcel Zeelenberg M**. Emotion Regulation and Well- being**. New York, Dordrecht Heidelberg London 2011. 101-115.

39- Gross JJ, Richards JM, John OP. ***Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, &J. N. Hughes(Eds.), Emotion Regulation In Couples And Families: Pathways to Dysfunction And Health 2006***. Washington, DC: American psychological Association. PP. 13-35.

40- Lei H, Zhang X, Cai L, Wang Y, Bai M, Zhu X. ***Cognitive Emotion Regulation Strategies in Outpatients with Major Depressive Disorder.*** Psychiatry Res 2014; 218(1-2): 87-92.

41- Gross, JJ. ***Handbook of Emotion Regulation***. The Guillford press 2007. New York: London.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

42- Shackelford R, Besser M, Goetz D**. For better or for w*orse*: *Matritalwcll-bcing of Ncwlywcds***. J Counseling Psychology 2012; 14: 223- 242.

43- Mirgain SA, Cordova JV. ***Emotion Skills and Marital Health: The Association between Observed and Self–Reported Emotion Skills, Intimacy, and Marital Satisfaction***. J Social and Clinical Psychology 2007; 26(9): 983-1009.

44- Shaver PR, Mikulincer M. ***Adult Attachment and Emotion Regulation.*** In J. J. Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation (2nd Ed., Pp. 237-250) 2014. New York: Guilford Press.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 6 | Sep 2019

Received: 9 Dec 2018
Accepted: 23 Feb 2019

The Relationship between Personality Characteristics and Psychological Well-Being in Patients with Irritable Bowel Syndrome: The Role of Mediator of Emotion Regulation

Javad Khalatbari[*1], Vahid Hemmati Sabet[2], Farinaz Tabibzadeh[3], Akbar Hemmati Sabet[4]

Original Article

Introduction: The purpose of the present study was to investigate the relationship between personality traits and psychological well-being in people with irritable bowel syndrome with mediating role of emotional regulation.

Methods: Research method according to the applied purpose, and the data collection method was a descriptive correlation and a quantitative data type. The statistical population of this study was all the patients with irritable bowel syndrome referring to Danesh Gastrointestinal Clinic in Tehran in 1396. The sample size was 390 participants selected by calculate sample size in structural equations and using a sample purposive sampling method. In order to measure the variables, personality traits Neo Costa & McGary (1992), Psychological well-being Ryff (1989), and of emotional regulation Gross and John (2003) questionnaires were used. Evaluation of the proposed model was done using structural equation modeling and SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 as well as Amos. The reliability, convergent validity and divergent validity of the questionnaire, were investigated. Moreover, path coefficients and software significance coefficients were used to examine the research hypotheses.

Results: The results showed that the degree of appropriateness of the proposed model was appropriate to the components of the research; personality traits and psychological well-being were found to be correlated with the role of mediator of emotional regulation in the patients with irritable bowel syndrome ($p < 0.0001$).

Conclusion: This research confirms the relationship between personality traits and psychological well-being with the mediating role of emotional regulation in people with irritable bowel syndrome. Because of Numerous scientific evidence in the ontology of this syndrome, further study on emotional skills and related problems in people with irritable bowel syndrome are required.

Keywords: Personality traits, Psychological Well-Being, Emotional Regulation, Emotional Control, Irritable Bowel Syndrome

Citation: Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Tabibzadeh F, Hemmati Sabet A.**The Relationship between Personality Characteristics and Psychological Well-Being in Patients with Irritable Bowel Syndrome: The Role of Mediator of Emotion Regulation.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(6): 1612-27.

[1]Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran
[2]Islamic Azad University of Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran
[3]Islamic Azad University of Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran
[4]Islamic Azad University Science and Research Tehran Branch, Tehran, Iran
***Corresponding author: Tel:** 09120121063, **email:** Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1597]