

رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان

جواد خلعتبری^{۱*}، حمید همتی ثابت^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 سندروم روده تحریک‌پذیر با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان بود.

روش بررسی: روش پژوهش برحسب هدف کاربردی، از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی همبستگی و همین‌طور از نظر نوع داده کمی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سندروم 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 Amos و SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 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 سندروم روده تحریک‌پذیر با نقش میانجی تنظیم هیجان رابطه داشت ($p < 0.001$).

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

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

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

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تکابن، تکابن، ایران

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تکابن، تکابن، ایران

۴- دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول؛ تلفن: ۰۹۱۰۲۱۰۶۳، پست الکترونیکی: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com کد پستی: ۴۶۸۴۱۶۱۱۶۷

مقدمه

همدردی) و وظیفه‌شناسی (وجدان، وقت‌شناختی، دقیق‌بودن) را شامل می‌شود (۸). تحقیقات نشان می‌دهد که میزان روان رنجوری و درون‌گرایی مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر بالا است و معمولاً مبتلایان واقعی و حوادث زندگی را به صورت 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 به عنوان یکی از عامل‌های روان‌شناختی موثر در سبب شناختی و تشديد علائم مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته است که بیانگر این است که ویژگی‌های شخصیتی علاوه‌بر این که با جستجو بیشتر مراقبت‌های درمانی در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر در ارتباط است، نقش ویژگی‌های چون روان‌رنجوری، خشونت و پرخاشگری در سبب‌شناختی و تشید علایم این نشانگان مطرح می‌باشد (۱۰).

سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome) 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 نایهنجاری 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 سندروم 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-psychosocial) در پدیدآیی ویژگی‌های بالینی و شدت IBS تاکید کرده‌اند (۱۶). هم‌چنین برای اختلال

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 کمیت، 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 پیوری 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 حل مساله و توانایی در مقابله با مشکلات، نقش مهمی بسیاری 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 (نوع دوستی و

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 به کار می‌رود؛ به عبارت 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 به طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر شود مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی موثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر 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 سندروم روده تحریک‌پذیر 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 سندروم روده تحریک‌پذیر و ابتلای هم‌زمان بیماری‌های جسمی و روحی و شیوع بالای این سندروم 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 برنامه‌ریزیان 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 سندروم روده تحریک‌پذیر از

عملکرد اعصاب مرکزی استرس و عوامل داخل مجرایی هم نقش‌هایی در نظر گرفته شده است (۱۴). برخی محققین نیز معتقدند که در سندروم 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). هم‌چنان اختلالات روان‌شناختی اغلب به عنوا علت اساسی در این بیماری مطرح بوده است. بر اساس مطالعات انجام شده این سندروم چیزی حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد با استرس، ۹۰ تا درصد از بیماران IBS در طول زندگی خود یک اختلال روان‌شناختی نظیر اختلالات اضطرابی بهخصوص اختلال اضطرابی منتشر، افسردگی و اختلالات سوماتوفرم را تجربه خواهند کرد (۱۳). با وجود تفاوت قابل توجهی 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 سندروم روده تحریک‌پذیر نمی‌شود ولی بر روی درک درد در این بیماران (۱۷) طول‌مدت و شدت نفوذ ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

هم‌چنان افراد مبتلا به سندروم 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 سندروم روده تحریک‌پذیر را گزارش کرده‌اند، بنابراین حدس زده می‌شود که آشفتگی‌های روانی ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علایم معده‌ای-روده‌ای در مبتلایان به سندروم 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 سندروم روده تحریک‌پذیر رنج می‌برند، نشان داده است. شواهد پژوهشی هم‌چنان نشان می‌دهد که تنظیم مشکل‌دار هیجان‌ها، نظیر خشم و اضطراب، در بروز

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 سندروم روده تحریک‌پذیر با نظر پزشک متخصص گوارش، عدم ابتلای هم زمان به یک بیماری جسمی جدی و وخیم مانند بیماری قلبی و مولتیپل اسکلروزیس عدم ابتلا 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 مراجعته 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. پرسشنامه از تحلیل آماری کتاب 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، طول مدت ابتلا به بیماری، وضعیت اقتصادی، تاہل) 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 خوبی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی. ضریب پایایی بازآزمایی در نمونه دانشجویان آمریکایی با فاصله سه ماه ۰/۸۳-۰/۷۵ بود. برای خرده مقیاس‌های روان آزرده خوبی، برون‌گرایی و گشودگی به تجربه ضریب پایایی با فاصله شش سال ۰/۸۳-۰/۶۸ و برای توافق و وظیفه‌شناسی با فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران به وسیله گروسوی فرشی (۲۴) برگردان و هنجاریابی شده است؛ ضریب همسانی درونی برای روان آزرده خوبی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶ و ۰/۶۸ و ضریب همبستگی درونی آن‌ها ۰/۸۷-۰/۵۶ است. روایی

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 به‌دلیل این مسئله است: با توجه به نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان چه رابطه‌ای با ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر دارد؟ با توجه به هدف‌های پژوهش، ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این شرح آزمون شدن: فرضیه اول: بین ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. فرضیه دوم: بین ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. فرضیه سوم: بین تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد. فرضیه چهارم: تنظیم هیجان در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نقش واسطه‌ای دارد.

روش بررسی

با توجه به این که تحقیق حاضر به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر؛ نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان پرداخت، روش پژوهش بر حسب زمان وقوع پدیده، گذشته‌نگر؛ بر حسب نتیجه، تصمیم‌گر؛ بر حسب هدف، کاربردی؛ بر حسب زمان اجرای پژوهش، مقطعي؛ بر حسب نوع داده، کمی؛ بر حسب روش گردآوری داده‌ها و یا ماهیت و روش پژوهش، توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به IBS مراجعت‌کننده به کلینیک گوارش دانش در شهر تهران بودند. نمونه پژوهش ۴۴۰ نفر از مراجعت‌کنندگان 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: $5q \leq n \leq 15q$ ؛ که در آن q تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه‌ها (سؤالات) پرسشنامه و n حجم نمونه است (۲۲). در این

روایی

به منظور 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 بدor 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 نظر سؤال‌های 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 به دست 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 ۹۹ بزرگ‌تر از ۲.۵۸ بود یعنی تمامی بارهای عاملی با اطمینان درصد معنادار بود؛ ضرایب تمام بارهای عاملی بالای ۰.۵ بود؛ میانگین واریانس استخراج شده (AVE) (Average Variance Extracted) همه مؤلفه‌ها بالای ۰/۵ بود و همین‌طور پایابی ترکیبی همه مؤلفه‌ها بزرگ‌تر از میانگین واریانس استخراج شده 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 مازولی که در نرم‌افزار لیزل تعريف شده می‌سنجد) و آزمون بار عرضی Cross Loadings (این آزمون روایی واگرا را در سطح متغیرهای مشاهده‌پذیر توسط مازولی که در نرم‌افزار لیزل تعريف شده می‌سنجد)

هم زمان به روش همبستگی میان دو نسخه گزارش شخصی و ارزیابی مشاهده‌گر در دامنه ۰/۴۵ - ۰/۶۶ برای توافق تا 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 (نموده ۱) تا کاملاً موافق (نموده ۶) مشخص می‌شود. نمره بالاتر بیانگر سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های بعدی فرم‌های ۸۴ 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 ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ است (۲۶). پژوهش بیانی، کوچکی و بیانی (۲۷) و فرزاد (۲۸)، نشان‌دهنده روایی و اعتبار قابل قبول نسخه ۸۴ سوالی فارسی است. در پژوهش آن‌ها پایابی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و آلفای زیرمقیاس‌های آن از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ 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 به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۸ به دست 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.

پایایی

در این پژوهش پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیب (CR) (Composite Reliability) و با استفاده از مازولی که در نرمافزار لیزرل تعریف شده است، محاسبه می‌شود. مقادیر این دو ضریب برای هر چهار سازه پژوهش بالای ۰/۷ به دست 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.

استفاده شد. در آزمون فورنل و لارکر یافته‌ها نشان داد، جذر میانگین واریانس استخراج شده هر متغیر پنهان بیشتر از حد اکثر همبستگی آن متغیر با دیگر متغیرهای پنهان مدل بود؛ همچنین نتایج آزمون بار عرضی نشان داد، بارهای عاملی هر کدام 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 متناظر شد. حداقل ۰/۱ بیشتر از بارهای عاملی همان متغیر مشاهده‌پذیر بر متغیرهای پنهان دیگر بود؛ بنابراین نتایج این دو آزمون بیانگر روایی و اگرا بود.

جدول ۱: اطلاعات پرسشنامه و محاسبه ویژگی‌های روان‌سنگی ابزار

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

ملاحظات اخلاقی

بروپوزال 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 روان‌شناسنخانی) اطمینان حاصل شود. لذا نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

با توجه به جدول فوق می‌توان گفت: پایایی سازه‌ها مورد تائید است زیرا آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی بالای ۰/۷ است و همچنین $AVE > 0/5$ است. روایی همگرا مورد تائید است، زیرا $AVE > 0/5$ ، $CR > AVE$ و $AVE > 0/7$. همین‌طور روایی و اگرا نیز مورد تائید است زیرا $MSV < AVE$ ($Average$ و $Shared Squared Variance$) ($Maximum$ و $Shared Squared Variance$) ($ASV < AVE$).

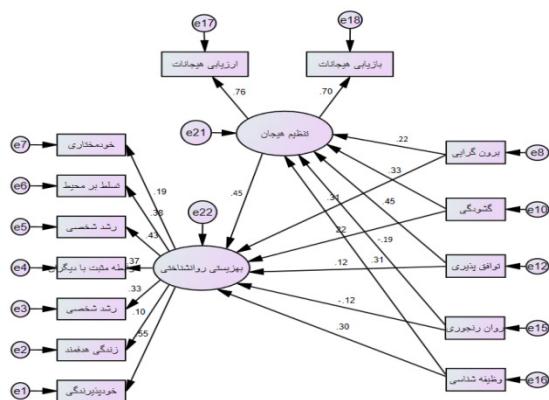
تجزیه و تحلیل داده‌ها

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 ساختاری با استفاده از نرمافزار Amos استفاده شد.

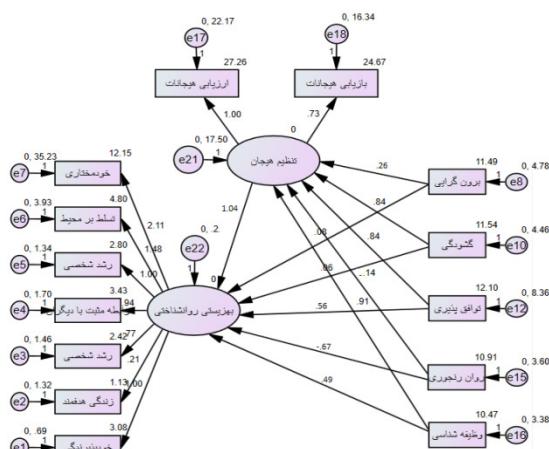
بررسی مدل‌های ساختاری پژوهش

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 تحريك‌پذیر: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان آورده شده است.

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.



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



شکل ۳: مدل ساختاری پژوهش در حالت ضرایب استاندارد نشده

جدول ۲: نتایج آزمون مدل پژوهش

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

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:

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 سندروم روده تحریک‌پذیر مشاهده کرد که بر این اساس کلیه

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

متغیر وابسته	متغیر مستقل	مستقیم	غیرمستقیم	کل
تنظیم هیجان	ویژگی‌های شخصیتی	۰/۳۳	-	۰/۳۳
بهزیستی روان‌شناختی	تنظیم هیجان	۰/۴۵	-	۰/۴۵
بهزیستی روان‌شناختی	ویژگی‌های شخصیتی	.۴۰	۰/۴۵ * = ۰/۳۳	۰/۵۵

معنادار شدن مقدار کایدو مدل ($p < 0.0001$) می‌توان نتیجه گرفت که مدل قابل قبول تلقی می‌شود. حال که شاخص‌ها برآش خوبی را از داده‌ها نسبت به مدل نشان می‌دهد نوبت به سنجش شاخص‌های جزئی برآش می‌رسد. تفاوت شاخص‌های برآش با شاخص‌های سه‌گانه برآش کلی در این است که شاخص‌های برآش کلی در مورد مناسب بودن کل مدل و نه اجزا آن قضاوت می‌کنند و شاخص‌های جزئی در مورد رابطه‌های جزئی مدل قضاوت می‌کنند. شاخص‌های جزئی

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

بررسی برآش 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

برازش (نسبت‌های بحرانی و سطح معناداری آن‌ها) نشان می‌

دهندکه همه بارهای عاملی دارای معنا دارند.

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

ساختار	مقدار	قبول برآش قابل	X ²	ساخت
-	۱۳۷/۷۲			سطح تحت پوشش کای اسکور
بزرگ‌تر از ۹۰ درصد	۰/۹۶	CFI		شاخص برآش تطبیقی
بزرگ‌تر از ۸۰ درصد	۰/۹۲	GFI		نیکویی برآش
بزرگ‌تر از ۹۰ درصد	۰/۹۵	IFI		شاخص برآش افزایشی
کمتر از ۸ درصد	۰/۰۶	RMSEA		میانگین مربعات خطای برآورد
بین ۱ تا ۵	۱/۹۱	CMIN/df		کای اسکور بهنجار شده
بزرگ‌تر از ۸۰ درصد	۰/۸۶	AGFI		نیکویی برآش تعديل یافته
بزرگ‌تر از ۹۰ درصد	۰/۹۴	NFI		شاخص نرم شده برآزنده

اجتماعی را تقویت کند و سطح یه‌زیستی روانی را بالا ببرد. بنابراین، این ابعاد شخصیتی به‌دلیل این که پیامدهای مثبتی را برای فرد به‌دبیال دارند و باعث افزایش عواطف و هیجانات مثبت در فرد می‌شوند، افزایش بهزیستی روان‌شناختی را نیز به‌دبیال 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 به‌دبیال 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 دارند. نتایج پژوهش نشان داد روان‌رنجوری با تنظیم هیجان معنی‌دار وجود دارد ولی بعد روان‌رنجوری با یافته‌های 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

بحث

سندرم روده تحریک‌پذیر نشانگان مزمون 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 بعد شخصیتی برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، توافق‌پذیری و گشودگی در تجربه با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که روان‌رنجورخوبی 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 می‌توانند روابط بین شخصی و

همدلی آن‌ها افزایش یابد و در زندگی سرزنش و شاداب باشند. بنابراین می‌توان بیان کرد که تنظیم مشکل دار هیجان‌ها نظری خشم و اضطراب منجر به بروز مشکلات جسمانی مانند سندروم روده تحریک‌پذیر می‌شود. بدین صورت که بازداری هیجانی به عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری‌های جسمانی می‌شود. بنابراین، تنظیم هیجانات می‌تواند به عنوان 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 سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه مثبت و معناداری دارد که با نتایج پژوهش‌های هافمن و اسموندسون (Hofmann & Asmundson) (۳۷)، نیکلیک (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 سندروم 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 می‌دهند. دوماً عناصر اولیه تنظیم هیجان، هوشیار هستند. تصور بر این است که فعالیت تنظیم هیجان اساساً عمدى و آگاهانه اتفاق می‌افتد، اما در دفعه‌های بعدی بدون آگاهی و هوشیاری اتفاق می‌افتد. سوماً، 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 بrede شود. به عنوان مثال، راهبردهای شناختی

هیجان‌های مثبت در ارتباط است، در حالی که افراد با خصیصه روان‌نوجوری در برخورد با استرس، آشفتگی بیشتری را تجربه می‌کنند که حاکی از وجود رابطه مثبت روان‌نوجوری 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 روان‌نزنی 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 روان‌نزن دارای عواطف منفی هستند و تمایل بیشتر به تکاشگری 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 هموار 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

زنگی ناراضی می‌باشدند (۴۴). جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش که به صورت مقطعی انجام شده است، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و استنادهای 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 سندروم روده تحریک‌پذیر، به متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان توجه ویژه‌ای کنند و راهبردهایی برای تعديل 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 روان‌نجروری 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 روان‌نجروری با تنظیم هیجان رابطه منفی وجود دارد و تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر رابطه مثبت و معناداری دارد. به عبارت دیگر بیماری‌های روان‌تنی یکی از دلایل عمدۀ موثر بر بهزیستی

که هیجانات منفی را تعديل 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 بخشدند، 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 تعديل 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 ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به IBS ایفا می‌کند. این یافته با یافته‌های پژوهش شاکل فورد (Shackelford) 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 IBS که بر بهبد ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به می‌گذارد، به بهبد کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این افراد کمک شایانی می‌کند. افزون بر این، افرادی که سبک‌های ناکارآمد هیجانی دارند، نمی‌توانند موقعیت‌های هیجانی خود را به دست 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 به دست بیاورند و از فرایند

سپاس‌گزاری

به این وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر قدردانی به عمل می‌آید. این پژوهش حاصل از طرح تحقیقاتی می‌باشد که منبع مالی آن توسط نویسنده‌گان تامین شده است. تعارض در منافع: وجود ندارد.

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.

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, Sharifpour E. *The Role Of Coping Styles in the Relationship between Personality Traits and Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients*. 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, Hosseiniyan 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 Taghidabad B, Tabihzade Mashhadi R. *Relationship between Mechanisms of Emotional Cognitive Regulation A and Lifestyle with Perceived Stress in Multiple Sclerosis Patients*. J Psychosom Res 2013; 75(5): 461-6. [Persian]

- 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 Fundamentals Mental Health 2016. 18(2), 109-15.

- 27- Baiani AA, Kochaki A, Baiani A. *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 from a 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 adolescent 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, Vingerhoets 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 Guilford press 2007. New York: London.

- 42- Shackelford R, Besser M, Goetz D. **For better or for worse: Marital well-being of Newlyweds.** *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.

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 Sabet², Farinaz Tabibzadeh³, Akbar Hemmati Sabet⁴

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.

¹Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

²Islamic Azad University of Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

³Islamic Azad University of Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran

⁴Islamic Azad University Science and Research Tehran Branch, Tehran, Iran

*Corresponding author: Tel: 09120121063, email: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com