

# The Relationship between Cognitive Emotion Regulation and the Severity of Emotional Distress in Patient with Psychosomatic Functional Gastrointestinal Disorders

Maryam Saeed<sup>1</sup>, Bita Nasrollahi<sup>2</sup>, Nasser Ebrahimi Daryani<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> M A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tehran Science & Research Branch, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Science & Research Branch, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Gastroenterology, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## ABSTRACT

### Background:

Gastrointestinal disorders are ranked first among medical disorders to seek psychiatric consultation. Various researches report multiple causes for and emphasize the role of psychological factors in causing or exacerbating symptoms of this disorder. Emotional distress highly affects people. Emotional regulation mechanisms are among the factors that could affect the level of emotional distress. The aim of this study was to investigate the predictive role emotional regulation on determining emotional distress in ipatients with psychosomatic and Functional Gastrointestinal disorder.

### Materials and Methods:

In this descriptive and correlational study, the population included 150 patients with FGIDs were selected by purposeful sampling method from individuals who referred to a specilalized clinic for Gastroenterology in Tehran. The participants completed Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire :CERQ-36 )2006 ( and Depression Anxiety Stress Scale DASS-21 (1995). Data analysis was done in SPSS 24 using Pearson correlation coefficient and multiple regression.

### Results:

Findings showed a significant positive relationship between Maladaptive (negative) emotional regulation and emotional distress and its components (depression, anxiety, and stress). Also an indirect significant relationship was detected between Adaptive (positive) emotional regulation and two components of emotional distress in which adaptive emotional regulation significantly predict depression and stress as two components of emotional distress .

### Conclusion:

Positive (adaptive) cognitive regulation Mechanisim play a role in decreasing the severity of emotional distress in individuals with Functional Gastrointestinal disorders/

**Keywords:** Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs), Positive and negative cognitive emotion regulation, emotional distress

*please cite this paper as:*

Saeed M, Nasrollahi B, Ebrahimi Daryani N. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation and the Severity of Emotional Distress in Patient with Psychosomatic Functional Gastrointestinal Disorders. *Govaresh* 2021; 26:91-97.

### \*Corresponding Author:

Nasser Ebrahimi Daryani, MD  
Department of Internal Medicine, Division of  
Gastroenterology, Imam Khomeini Hospital,  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
Tel: + 98 21 88793896  
fax: + 98 21 88799446  
E-mail: nebrahim@sina.tumc.ac.ir

Received: 30 Nov. 2020

Edited: 30 Apr. 2021

Accepted: 01 May 2021

# بررسی ارتباط بین سبک‌های تنظیم هیجان شناختی و شدت آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی و عملکردی دستگاه گوارش

مریم سعید<sup>۱</sup>، بیتا نصراللهی<sup>۲</sup>، ناصر ابراهیمی دریانی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استاد دانشگاه، بخش گوارش بیمارستان امام خمینی، علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## چکیده

### زمینه و هدف:

بیماری‌های گوارشی، از لحاظ درخواست مشاوره ی روان پزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه ی اول را دارد. پژوهش های مختلف، نقش عوامل روان شناختی در بروز و یا تشدید علائم این اختلالات را مورد تاکید قرار می دهد در این آشفتگی هیجانی به عنوان یک فاکتور خطر در گسترش اختلالات عملکردی دستگاه گوارش بیانگر حالت های هیجانی منفی شامل افسردگی، استرس و اضطراب میباشد. از طرفی تنظیم شناختی هیجانی بیانگر این است که چگونه افراد هیجان‌ها را تجربه، تعدیل و سازمان‌دهی می کنند و چنین مدیریتی چگونه بر رفتار و عملکرد آنها تأثیر می گذارد. هدف پژوهش بررسی و تعیین نقش سبک های تنظیم شناختی هیجانی، در پیش بینی شدت آشفتگی هیجانی مبتلایان به اختلالات روان تنی و عملکردی دستگاه گوارش است.

### روش بررسی:

پژوهش از نوع توصیفی وهمبستگی، جامعه آماری شامل مراجعین به یکی از کلینیک های گوارش شهر تهران و نمونه آماری ۱۵۰ نفر زن و مرد و روش نمونه گیری نیز هدفمند بوده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارانسکی CERQ-۳۶ (۲۰۰۶) و مقیاس آشفتگی هیجانی ( فرم کوتاه مقیاس افسردگی- اضطراب - استرس) ۲۱-DASS (۱۹۹۵)، نیز ابزار سنجش متغیرها بوده اند. روش تجزیه و تحلیل داده ها ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه است.

### یافته ها:

یافته ها حاکی است که سبک های تنظیم شناختی هیجان نا سازگار ( منفی) به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی خرده مقیاس های آشفتگی هیجانی می باشند و نیز سبک های تنظیم هیجان شناختی سازگار (مثبت) خرده مقیاس های افسردگی و استرس از متغیر آشفتگی هیجانی را به صورت منفی و معناداری پیش بینی می نماید.

### نتیجه گیری:

لذا می توان نتیجه گرفت که سبک‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت (سازگار) در کاهش شدت آشفتگی هیجانی در افراد مبتلا به اختلالات عملکردی دستگاه گوارش نقش دارد.

**کلید واژه:** اختلالات عملکردی دستگاه گوارش، تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی، آشفتگی هیجانی.

گوارش/ دوره ۲۶، شماره ۲/ تابستان ۹۷/۱۴۰۰-۹۱

### \*نویسنده مسئول: ناصر ابراهیمی دریانی

تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، بخش گوارش

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۹۳۸۹۶

نمابر: ۰۲۱-۸۸۷۹۹۴۴۶

پست الکترونیک: nebrahim@sina.tumc.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۱۰

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱

### زمینه و هدف:

از زمان های قدیم عوامل روانی در درک و فهم بیماری ها، مهم تلقی می شدند و ارتباط بین ذهن و بدن برای قرن ها توجه مردم را به خود جلب کرده و هم اکنون نیز موضوع مورد علاقه محققان و پژوهشگران بالینی است. رابطه ذهن و بدن دو طرفه بوده و عوامل روان شناختی نقش به سزایی در شروع، تشدید و تداوم اختلالات روان تنی دارند. (۱) مطالعه عبیدی و همکاران (۱۳۸۹) نشان می دهد که سبک‌های تنظیم شناختی هیجانی با سلامت عمومی رابطه دارد. تنظیم هیجانی، فرآیند روان شناختی جدایی ناپذیر با ثبات خلق و آسیب شناسی روانی است (۲) و دشواری در آن زیربنای بسیاری از رفتارهای بالینی و مشکلات روان شناختی این بیماران است. (۳)

سال ها پژوهش بر نقش مهم هیجان های در جنبه های گوناگون زندگی روزانه و تأثیر آنها بر سازگاری با فشارها و چالش های زندگی صحنه گذاشته است. هیجان هنگامی مشکل آفرین و آسیب زا می شوند که نوع آنها درست نباشد، در زمان خودشان ایجاد نشوند یا شدت بالایی داشته باشند هر چند، هیجان ها پایه های زیستی دارند ولی افراد توان تأثیرگذاری بر شدت، مدت و نوع کار آزمایشی هیجانی خود را دارند به بیان دیگر انسان ها نه تنها هیجانها را تجربه می کنند، بلکه آنها را بازبینی و هماهنگ می کند. (۱۸)

با توجه به نقش عوامل روان شناختی از قبیل ویژگی های شخصیتی در سبب شناسی و تشدید علایم مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی و همچنین به علت، ماهیت مزمن بیماری، این اختلالات اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران دارند و شیوع بالای این اختلالات در جمعیت عمومی کشورمان دارد. شناخت این ویژگی ها می تواند به برنامه ریزان بهداشت روانی کمک کند تا در فراهم کردن حمایت ها و مداخلات روانی مناسب در خصوص پیشگیری افراد مستعد و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان گام بردارند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تبیین نقش سبک های تنظیم شناختی هیجانی، در پیش بینی شدت آشفتگی هیجانی مبتلایان به اختلالات روان تنی و عملکردی دستگاه گوارشی می باشد، تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا سبک های تنظیم شناختی هیجانی مثبت در کاهش یا افزایش شدت آشفتگی هیجان های منفی در افراد مبتلا به اختلالات عملکردی دستگاه گوارش نقش دارد؟ بنابراین توجه به این نکته می تواند به پیش بینی و شناخت بهتر شدت هیجان های منفی در مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی (معدی- روده ای) و درمان کارآمد آنها منجر می شود.

براین اساس متغیرهای پژوهش عبارتند از سبک های تنظیم هیجانی (متغیر پیش بین) و شدت آشفتگی هیجانی شامل افسردگی، استرس و اضطراب (متغیرهای ملاک در سه فرضیه) بوده و برای دستیابی به اهداف سه فرضیه زیر تدوین گردید: (۱) سبک های تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) پیش بینی کننده مناسبی برای افسردگی به عنوان آشفتگی هیجانی است. (۲) سبک های تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) پیش بینی کننده مناسبی برای استرس به عنوان آشفتگی هیجانی است. (۳) سبک های تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) پیش بینی کننده مناسبی برای اضطراب به عنوان شدت آشفتگی هیجانی است.

### روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده و از روش تحقیق همبستگی به منظور بررسی رابطه متغیرها و از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش بینی استفاده شده است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که برای درمان به کلینیک های تخصصی و مراکز درمانی گوارش در شهر تهران مراجعه کرده و توسط پزشک متخصص گوارش این تشخیص را دریافت کرده اند.

حجم نمونه براساس فرمول پیشنهادی (تاباچنیک و فیدل) برابر با ۱۳۸ نفر محاسبه شد اما جهت اطمینان بیشتر تعداد ۱۵۰ نفر زن و مرد به روش غیر تصادفی هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شده و پرسشنامه ها پژوهش را تکمیل کردند. (۱۹)

از طرفی یک توافق رو به رشدی بین پژوهشگران وجود دارد مبنی بر این که، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی به شکل چشم گیری پایین است. به طوری که این بیماران ۳ تا ۴ برابر بیشتر از افراد سالم غیبت از کار و تحصیل دارند. (۴) در میان تمامی اختلالات عملکردی روده، سندرم روده تحریک پذیر شایع ترین بوده و شیوع آن بین ۳/۵ تا ۳۰ درصد می باشد. دریک جمع بندی شیوع این اختلال در جوامع غربی ۲۰ درصد و در جوامع آسیایی ۲ تا ۷ درصد گزارش شده است. (۵) در ایران بین جمعیت عمومی ۵/۸ درصد و بین بعضی گروه ها ۳ تا ۱۸/۴ درصد گزارش شده است. (۷۶)

نقش عوامل روانی در مبتلایان به اختلالات عملکردی دستگاه گوارش که سندرم روده تحریک پذیر جزء یکی از شایع ترین و اصلی ترین آنها است، هنوز ناشناخته مانده است. (۸) در چندین بررسی، شیوع بالایی از وقوع همزمان اختلالات روانی به خصوص اضطراب و اختلالات خلقی در بین افرادی که از سندرم روده تحریک پذیر رنج می برند، نشان داده شده است. همچنین تنظیم مشکل دار هیجان ها، نظیر خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری های قلبی عروقی و معدی- روده ای نقش دارند. (۹) مطالعه ولگان و همکاران در سال ۲۰۰۰ نشان دادند که خشم می تواند تأثیر معناداری بر فعالیت حرکتی آنترال روده در نشانگان روده تحریک پذیر داشته باشد. (۱۰) شیوع بالاترین اختلالات روان شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، بیمارانگاری، خصومت و سایر عوامل نوروتیک در مبتلایان به این بیماری در مقایسه با جمعیت عمومی، نیز توجه متخصصین را به خود جلب کرده است. (۱۱) (۱۲) (۱۳) به گونه ای که این بیماری به عنوان یک اختلال روان تنی مورد توجه قرار گرفته است. (۱۴)

از دگرسو تنظیم شناختی هیجانی<sup>۱</sup> به طور ویژه ای توضیح می دهد که افراد چگونه هیجانها را تجربه، تعدیل و سازمان دهی می کنند و چنین مدیریتی چگونه بر رفتار انسان تأثیر می گذارد. (۱۵) طبق تعریف مایر و سالووی (۱۹۹۳)، تنظیم شناختی هیجانی به توانایی نظارت و تغییر شدت و جهت هیجانها در خود و دیگران اشاره دارد. همچنین به توانایی متعادل کردن هیجانها منفی و حذف تأثیرات مخرب آنها بر سازگاری روان شناختی و نیز توانایی حفظ هیجانها مثبت که ارزش لذت گرایانه دارند، مربوط می شود. سبک های تنظیم شناختی هیجان بنا به تعریف گرانفسکی به دو دسته کلی سبک های تنظیم شناختی هیجان مثبت (سازگار) و سبک های تنظیم شناختی هیجان منفی (ناسازگار) تقسیم می شوند. (۱۶)

از طرفی آشفتگی هیجانی<sup>۲</sup> یا پریشانی روان شناختی<sup>۳</sup> به طور گسترده به عنوان شاخص سلامت روانی در بهداشت عمومی، بررسی های جمعیت شناختی، مطالعات همه گیر شناسی و همچنین به عنوان یک پیامد در مطالعات بالینی و اثربخشی استفاده می شود. پریشانی روان شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس های خاص و درخواست های آسیب زا تجربه می شود. (۱۷) نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روان شناختی یک اختلال هیجانی، ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

1. Cognitive Emotion Regulation
2. Emotional Distress
3. Psychological Distress

بیماری، و ۱/۳ درصد دارای چهار نوع بیماری، بوده به گونه ای که ۱۵۰ نفر آزمودنی مورد بررسی ۳۰۰ نفر بیماری (۲۷ نوع) بوده اند. از میان این ۲۷ بیماری، ۱۹ بیماری حدود ۲۵ درصد از کل بیماری ها و ۸ بیماری پرتکرار نیز حدود ۷۵ درصد از کل بیماری ها را به خود اختصاص می دهد. بیماری های پرتکرار به ترتیب فراوانی در ۶ اولویت قرار دارند که عبارتند از ۱- سندروم روده تحریک پذیر با غلبه بیوست و نفخ عملکردی (هریک ۱۱/۳ درصد)، ۲- و بیماری ریفلکس مری به معده (۱۱ درصد)، ۳- بیماری سوء هاضمه عملکردی (۱۰/۷ درصد)، ۴- سندروم روده تحریک پذیر با غلبه اسهال، سندروم روده تحریک پذیر مخلوط (هریک ۸/۳ درصد)، ۵- سندروم روده تحریک پذیر - طبقه نامشخص (۷ درصد) ۶- سوء هاضمه عملکردی/سندروم درد اپی گاستر (۶/۷ درصد).

۳. در توصیف نمرات شدت آشفتگی هیجانی، کمترین و بیشترین نمره مولفه افسردگی ۰ و ۴۰ با میانگین ۱۵/۳۴، میان ۱۴، انحراف استاندارد ۱۱/۱۸ و واریانس ۱۲۵/۰۲ بوده است. کمترین و بیشترین نمره مولفه اضطراب، ۰ و ۴۲، با میانگین ۱۴/۷۲، میان ۱۲ انحراف استاندارد ۱۰/۳۵ و واریانس ۱۰۷/۱۲ بوده است. کمترین و بیشترین نمره مولفه استرس ۰ و ۴۲ با میانگین ۲۱/۷۲، میان ۲۳، انحراف استاندارد ۱۱/۰۸ و واریانس ۱۲۲/۷۹ بوده است. همچنین میزان کجی و کشیدگی برای متغیرهای فوق بین ۱- تا ۱+ بوده لذا توزیع داده ها برای مولفه های متغیر شدت آشفتگی هیجانی نرمال می باشد.

۴. در توصیف نمرات سبک های تنظیم شناختی هیجان، کمترین بیشترین نمره تنظیم هیجان مثبت ۱/۵۰ و ۶ با میانگین ۴/۱۰۵، میان ۴/۱۵، انحراف استاندارد ۰/۸۸ و واریانس ۰/۷۸ بوده است. کمترین و بیشترین نمره تنظیم هیجان منفی ۱/۲۵ و ۴/۹۴ با میانگین ۳/۰۶، میان ۳/۱۲، انحراف استاندارد ۰/۶۵ و واریانس ۰/۴۲ بوده است. همچنین میزان کجی و کشیدگی برای متغیرهای فوق بین ۱- تا ۱+ بوده لذا توزیع داده ها برای متغیرسبک های تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) نرمال می باشد (جدول ۱).

همچنین یافته های استنباطی نیز نشان می دهد که تمامی مفروضه های تحلیل رگرسیون مهیا بوده و برای متغیرهای ملاک افسردگی و استرس، دو متغیر تنظیم هیجان منفی و تنظیم هیجان مثبت قادر به پیش بینی متغیرهای ملاک (افسردگی و استرس) می باشند. اما برای متغیر اضطراب رگرسیون تا یک گام پیش رفته و تنها متغیر تنظیم هیجان منفی به عنوان متغیر پیش بین برای اضطراب معنادار بوده و تنظیم هیجان مثبت معنادار نبوده است. همچنین هر چه استفاده افراد از راهبردهای تنظیم هیجان منفی بیشتر شود به دلیل ماهیت سازش نایافته ای که این راهبردها در برخورد با هیجانات و استرس ها دارند، باعث افزایش در میزان شدت آشفتگی هیجانی (افسردگی، اضطراب، و استرس) می گردد. (جدول ۲)

#### بحث:

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک های تنظیم شناختی هیجان با شدت آشفتگی هیجانی رابطه معناداری وجود دارد. این یافته ها با یافته های پژوهش های قربانی تقلیدآباد و تسبیح سازان مشهدی (۱۳۹۵)، علی اکبری و همکاران (۱۳۹۴)، مظاهری و منشی (۱۳۹۴)، طاهری فرد و همکاران (۱۳۹۴)، عبدی و همکاران (۱۳۸۹)، رضوان و همکاران (۱۳۸۷)، یوسفی (۱۳۸۵) در داخل کشور و پژوهش های روسریا و همکاران (۲۰۱۶)،

برای سنجش متغیرها از پرسشنامه خودگزارش دهی فرم کوتاه شده آشفتگی هیجانی DASS-۲۱ پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی CERQ-۳۶، استفاده شده است و برای تشخیص بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی و عملکردی سیستم گوارش نیز از نظر و تشخیص پزشک معالج افراد نمونه استفاده شده است.

مقیاس DASS-۲۱ فرم کوتاه شده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است که توسط لایبند و لایبند در سال ۱۹۹۵ تدوین و ساختار سه عاملی فرم کوتاه توسط سازنده آن و چند پژوهش دیگر از جمله هنری و کرافورد با سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (هر یک ۷ سوال) مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس برابر ۰/۹۳ و برای سه خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین در داخل کشور مقدم و همکاران (۱۳۸۹) ضمن ترجمه و اجرا، ویژگی های روان سنجی آن را تایید کردند و ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ و ضرایب بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش کردند. (۲۰۰۲)

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی CERQ-۳۶، پرسشنامه ای چند بعدی است که توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) تدوین شده و دارای ۳۶ ماده و ۲ مؤلفه کلی تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی می باشد و برای شناسایی سبک های تنظیم شناختی هیجان در افراد، پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد و افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب زا ارزیابی می کند. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است. همچنین در ایران نیز پایایی آزمون از طریق همبستگی نمره ی کل با نمرات خرده مقیاس های آزمون، بررسی شد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین، ۰/۵۶ را در بر گرفت. (۲۲)

نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل آماری پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است. تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام خواهد شد. در سطح توصیفی شاخص های فراوانی، شاخص های گرایش مرکزی (میانگین، میانه)، شاخص های پراکندگی (انحراف معیار، دامنه تغییرات) و نمودارهای مختلف؛ و در سطح استنباطی نیز ضمن بررسی جامع مفروضه های مورد نیاز، از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده گردید.

#### یافته ها:

مهم ترین یافته های توصیفی حاکی از آن است که:

۱. از لحاظ ویژگی های دموگرافیک، ۳۵/۳ درصد آزمودنی ها مرد و ۶۴/۷ درصد زن، بوده اند. میانگین سن آنها ۳۸/۳۵، انحراف استاندارد سن ۱۱/۴۳ و واریانس آن نیز ۱۳۰/۷۷ بوده است. ۳۳/۳ درصد آنها مجرد و ۶۶/۷ درصد متاهل بوده اند. همچنین ۲۲ درصد زیر دیپلم (محصل)، ۲۷/۳ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۳۰/۷ درصد لیسانس و ۱۸ درصد فوق لیسانس و ۲ درصد دکترا بوده اند.

۲. علاوه بر این ۲۸ درصد از آزمودنی ها فقط یک نوع بیماری داشته اند، ۴۵/۳ درصد دارای دو نوع بیماری، ۲۵/۳ درصد دارای سه نوع

جدول ۱: شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات شدت آشفتگی هیجانی

متغیرها	مولفه ها	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	واریانس	دامنه تغییرات	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
آشفتگی هیجانی	افسردگی	۱/۳۴۶۷	۱۴	۱۱/۱۸۱۲۳	۰/۰۲۰	۴۰	۰	۴۰	۰/۴۹۲	-۰/۶۸۳
	اضطراب	۱۴/۷۲	۱۲	۱۰/۳۵۰۳۲	۱۰۷/۱۲۹	۴۲	۰	۴۲	۰/۵۵۳	-۰/۳۶۲
	استرس	۲۱/۷۲	۲۳	۱۱/۰۸۱۲۳	۱۲۲/۷۹۴	۴۲	۰	۴۲	-۰/۱۸۰	-۰/۹۷۶
سبک های تنظیم هیجان	تنظیم هیجان مثبت	۴/۱۰۵۸	۴/۱۵	۰/۸۸۶۸۱	۰/۷۸۶	۴/۵۰	۱/۵۰	۶	-۰/۴۱۸	-۰/۰۸۷
	تنظیم هیجان منفی	۳/۰۶۶۷	۳/۱۲	۰/۶۵۲۸۹	۰/۴۲۶	۳/۶۹	۱/۲۵	۴/۹۴	۰/۰۶۷	۰/۰۷۵

جدول ۲: نتایج آخرین گام رگرسیون در پیش بینی مقیاس های شدت آشفتگی هیجانی براساس سبک های تنظیم شناختی هیجان

فرضیه	متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین معنادار	ضریب رگرسیون	مقدار بتا	نتایج آخرین گام تحلیل رگرسیون		آزمون تحلیل واریانس			
					مقدار F	سطح معناداری	مقدار F	مقدار p	سطح معناداری	
اول	افسردگی	متغیر پیش بین ۱ (تنظیم هیجان منفی)	۴/۰۴۴	۰/۴۴۵	۶/۱۳۷	۰/۰۰۰	۲۳/۳۶۸	۰/۲۴۴	۰/۰۰۰	
			عرض از مبدا	-۲/۲۷۵	-۰/۲۶۰	-۳/۵۸۱	۰/۰۰۰			
			متغیر پیش بین ۲ (تنظیم هیجان مثبت)	-۴/۸۸۶	-۱/۲۱۷	۰/۲۲۶	۰/۰۰۰			
دوم	اضطراب	متغیر پیش بین (تنظیم هیجان منفی)	۶/۳۴۲	۰/۳۸۱	۴/۹۷۹	۰/۰۰۰	۲۴/۷۸۹	۰/۱۴۵	۰/۰۰۰	
			عرض از مبدا	-۲/۳۹۶	-۰/۱۹۲	-۲/۸۲۵	۰/۰۰۵			
			متغیر پیش بین ۱ (تنظیم هیجان منفی)	۱۰/۱۰۹	۰/۵۶۷	۸/۳۵۵	۰/۰۰۰			
سوم	استرس	عرض از مبدا	۰/۳۰۹	۰/۰۶۳	۰/۹۵۰	۰/۰۰۰	۳۶/۹۸۵	۰/۳۳۸	۰/۰۰۰	
			متغیر پیش بین ۲ (تنظیم هیجان مثبت)	-۲/۳۹۶	-۰/۱۹۲	-۲/۸۲۵	۰/۰۰۵			
			متغیر پیش بین ۱ (تنظیم هیجان منفی)	۱۰/۱۰۹	۰/۵۶۷	۸/۳۵۵	۰/۰۰۰			

کاهش درد و جنبه های منفی روانی آن در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی، موثر باشد. (۲۴)

یافته های پژوهش علی اکبری و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از آن است که دشواری های تنظیم هیجانی بر اضطراب، افسردگی و استرس، اثر مستقیم داشت. همچنین بر نقش دشواری های تنظیم هیجان از طریق افزایش اضطراب در ایجاد علائم گوارشی این بیماران تأکید دارد.

طاهری فرد و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود بیان داشته اند که بین راهبردهای تنظیم هیجان، با نشانه های اضطرابی رابطه معناداری مشاهده شده است. (۲۵)

عبدی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی که سبک تنظیم هیجان منفی و مثبت با سلامت عمومی (جسمانی، اختلال در روابط اجتماعی، افسردگی، اضطراب) رابطه معناداری مشاهده شده است. (۲۶)

رضوان و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ارزیابی هیجان پیش از ایجاد آن، افزون بر این که از بروز هیجان های شدید در هنگام رویارویی فرد با یک موقعیت هیجانی منفی پیشگیری می کند، مانع کاهش چشمگیر شادمانی فرد پس از حادثه هیجانی می گردد و

باچ و همکاران (۲۰۱۰)، به نقل از بهنیا، (۱۳۹۳)، گروس و جان (۲۰۰۶)، آن دن کومر و تیرس (۲۰۰۳) در بین پژوهش های خارجی همخوانی دارد. قربانی تقلیدآباد و تسبیح سازان مشهدی (۱۳۹۵) در پژوهش خود دریافتند که بین مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان با استرس ادراک شده در مبتلایان به IBS ارتباط معنادار وجود دارد. همچنین به نتیجه رسیدند که افزایش به کارگیری مکانیزم های تنظیم شناختی منفی هیجان با افزایش استرس ادراک شده همراه بوده و افزایش به کارگیری مکانیزم های تنظیم شناختی مثبت هیجان با کاهش استرس ادراک شده همراه بوده است و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین متغیرهای پیش بین مولفه سرزنش دیگران بیشترین قدرت پیش بینی در استرس ادراک شده در مبتلایان داشت. (۲۳)

مظاهری و منشی (۱۳۹۵) در پژوهشی دریافتند که بین ذهن آگاهی که منجر به تنظیم هیجانی می شود، با پریشانی هیجانی رابطه معناداری وجود دارد، با توجه به یافته های این پژوهش، سطح ذهن آگاهی به جز پذیرش درد با سایر جنبه های شناختی رفتاری درد در ارتباط است. از این رو، استفاده از برنامه های مبتنی بر افزایش ذهن آگاهی می تواند در

در انتها باید بر این نکته تاکید کرد که شواهد بسیاری وجود دارد که حاکی از رابطه بین علائم این بیماری با متغیرهای روان‌شناختی (مانند تنظیم شناختی هیجان) می‌باشد. از جمله می‌توان به پژوهش‌های مظاهری و منشی (۱۳۹۴)، فاعلی و همکاران (۱۳۹۶)، صدرعاملی و همکاران (۱۳۹۶)، تمنایی فر و اخوان حجازی (۱۳۹۲)، ضرغام حاجبی و همکاران (۱۳۹۶)، صولتی دهکردی و همکاران (۱۳۸۵) در داخل کشور و پژوهش‌های چانگ و همکاران (۲۰۱۸)، بالو و کیفر (۲۰۱۷) در خارج کشور اشاره کرد. (۳۳-۳۸)

#### نتیجه‌گیری:

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میزان بستری مجدد به دلیل بیبوست در کودکان با عوامل مختلف مرتبط بوده و نیاز به بررسی جامع کودک دارد.

#### تعارض منافع:

تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

نشخوار فکری او را نیز که پس از بروز هیجان پدید می‌آید کمتر می‌سازد. کاهش شادکامی از علایم افسردگی محسوب می‌شود بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین تنظیم هیجان منفی و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. (۲۷)

یوسفی (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان داد که استفاده از تنظیم هیجان منفی، می‌تواند به مثابه یکی از عوامل مرتبط با رشد آسیب‌شناختی روانی تلقی شود. (۲۸)

روسریا و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافتند که الگوهای تنظیم هیجانی مثبت و منفی در روان‌شناسی سلامت (آشفته‌گی هیجانی) تاثیر دارد. (۲۹)

باچ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که راهبردهای مثبت و سازگارانه‌ی تنظیم هیجان در بهزیستی روان‌شناختی (کاهش پریشانی و افزایش رضایت از زندگی) تاثیر دارد. (۳۰)

گروس و جان (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از سبک‌های هیجانی مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالاتر ارتباط دارد. (۳۱)

ان دن کومر و تیرس (۲۰۰۳) در پژوهش خود دریافتند که بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و با رضایت از زندگی همبستگی مثبت وجود دارد. (۳۲)

#### REFERENCES:

- Aliakbari-Dehkordi M, Alipoor A, Mohammadi N, Daghaghzadeh H. The Structural Model of Difficulties in Emotion Regulation, Psychological Problems, Somatization and Gastrointestinal Symptoms Intensity in Functional Gastrointestinal Disorders. *J Isfahan Med Sch* 2015; 33: 28-44
- Heiy JE. Emotion regulation flexibility: an exploration of the effect of flexibility in emotion regulation on mood (Doctoral dissertation. *Ohio State Uni* 2010:114 P.
- Glasner-Edwards S. Assessing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients: Illuminating the Theory and Practice of Change. *Drug Alcohol Review* 2011;1:111-112.
- Hazrati M, Hosseini M, Dejpakhsh T, Taghavi SA, Rajaeefard A. The study effect of Benson relaxation on anxiety and symptom severity of patients with irritable bowel syndrome. *J Arak Med Sci* 2006;4:1-9.
- Chang L. Epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:31-9.
- Gwee KA, Wee S, Wong ML, Png DJ. The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am J Gastroenterol* 2004;99:924-31.
- Ghannadi K, Emami R, Bashashati M, Tarrahi MJ, Attarian S. Irritable bowel syndrome: an epidemiological study from the west of Iran. *Indian J Gastroenterol* 2005;24:225-6.
- Hoseini-Asl MK, Amra B. Prevalence of irritable bowel syndrome in Shahrekord, Iran. *Indian J Gastroenterol* 2003;22:215-6.
- Faeli A, Mohammadifar MA, Azizpour M, Dabiri R. Comparison of Personality Traits and Quality of Life between Patients with Irritable Bowel Syndrome and Normal Individuals. *J Clin Psychol* 2017;9:1-10.
- Begley TM. Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *J Organ Behav* 1994;15:503-16.
- Welgan P, Meshkinpour H, Ma L. Role of anger in antral motor activity in irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 2000;45:248-51.
- Jones MP, Sharp LK, Crowell MD. Psychosocial correlates of symptoms in functional dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:521-8.
- Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2290-9.
- Haug TT. Cognitive therapy in functional dyspepsia. *Int Congr Seri* 2002;1241:127-30.
- Barry S, Dinan TG. Functional dyspepsia: are psychosocial factors of relevance. *World J Gastroenterol* 2006;12:2701-7.
- Salehi A, Baghaban I, Bahrami F, Ahmadi S. Relationships between Cognitive Emotion Regulations Strategies and Emotional Problems with regard to Personal and Familial Factors. *Fam Counsel Psych* 2011;1:1-19.
- Salovey P, Mayer J. What is emotional intelligence? Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators. New York: Basic Books. Senge, PM (1998). Sharing knowledge. *Executive excellence* 1997;15:11-2.
- Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs* 2004;45:536-45.

19. Wheaton, B. The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health (London)* 2007;11:303-19.
20. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston, MA: Pearson; 200; 5:481-498.
21. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995;33:335-43.
22. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005;44:227-39.
23. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Person Indiv Diff* 2006;41:1045-53.
24. Gorbani Taghliadabadi B, Tasbihsazan Mashhadi R. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation and Lifestyle with Depression among Patients with Irritable Bowel Syndrome. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2017;4:11-21.
25. Mazaheri M, Manshaee G. Difficulties in Emotion Regulation in IBS Patients and Normal People- with Control Emotional Problems. *J Guilan Uni Med Sci* 2016;25:70-9.
26. Taherifar Z, Ferdowsi S, Mootabi F, Mazaheri MA, Fata L. The mediating role of emotion dysregulation strategies on the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms. *J Milit Health Sci Res* 2016;10:51-66.
27. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health among university students. *J Milit Health Sci Res* 2011;8:258 -64.
28. Rezvan S, Bahrami F, Abedi M. The Effect of Emotional Regulation on Happiness and Mental Rumination of Students. *IJPCP* 2006;12:251-7.
29. Yousefi F. The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies with depression and Anxiety in Students of Special Middle Schools for Talented Students in Shiraz. *JOEC* 2007;6:871-92.
30. Muscatello MR, Bruno A, Mento C, Pandolfo G, Zoccali RA. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2016;22:6402-15.
31. Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Person Indiv Diff* 2010;49:368-73.
32. Gross, James J.; Richards, Jane M.; John, Oliver P., Emotion Regulation in Everyday Life. In: Snyder DK., Simpson J., Hughes JN., editors. Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health. Washington, DC, US: American Psychological Association 2006.p.13-35.
33. Gamefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and Depressive symptoms: differences between males and females. *Person Indiv Diff* 2004;36:267-76.
34. Sadrameli S, Ebrahimi A, Zare NH. The Relationship between Illness Perception, Hope and Forgiveness in Interpersonal Relationship with Symptome Severity in patient with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Clin Psychol* 2017;11:47-56.
35. Tamannaifar MR, Akhavan-Hejazi ZS. Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan, Iran. *Kaums J (FEYZ)* 2013;17:195-202.
36. Hajebi MZ, Nosh-abadi AN, Faraji M. The study of psychological factors associated with Quality of Life in patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2017;10:22:224-31.
37. Solati dehkordi SK, Rahimian GA, Abedi A, Bagheri N. The relationship between mental disorders and irritable bowel syndrome. *Yafteh* 2007;1;8:31-8.
38. Chang L, Di Lorenzo C, Farrugia G, Hamilton F A, Mawe G M, Pasricha P J, et al. Functional bowel disorders: a roadmap to guide the next generation of research. *Gastroenterology* 2018;154:723-35.
39. Ballou S, Keefer L. Psychological interventions for irritable bowel syndrome and inflammatory bowel diseases. *J Clin Translat Gastroenterol* 2017;8: 214.