

رابطه ی مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر

بهاره قربانی تقلید آباد^۱ و رضا تسبیح سازان مشهدی^۲

بیماریهای گوارشی، از لحاظ درخواست مشاوره ی روان پزشکی در بین بیماریهای طبی، رتبه ی اول را دارد. یکی از این بیماریها سندرم روده ی تحریک پذیر است. پژوهش های مختلف، علل متعددی برای این سندرم گزارش می کنند و نقش عوامل روان شناختی در بروز و یا تشدید علایم این سندرم را مورد تاکید قرار می دهند. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه ی مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی، با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده ی تحریک پذیر بود. بدین منظور طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۱۷۰ بیمار مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر (۹۳ زن و ۷۷ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس از کلینیک های تخصصی شهر ارومیه، انتخاب و از نظر مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان، سبک زندگی و استرس ادراک شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بین مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده ارتباط معنادار وجود دارد. از بین متغیر های پیش بین، مولفه ی سرزنش دیگران بیشترین قدرت پیش بینی را در استرس ادراک شده مبتلایان داشت. همچنین تحلیل رگرسیون خطی، سبک زندگی را مولفه ی پیش بین معناداری در استرس مبتلایان به این سندرم نشان داد. این پژوهش ارتباط بین مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی را با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده ی تحریک پذیر تایید می کند و به دلیل شواهد متعدد علمی در سبب شناسی این سندرم، مطالعه ی بیشتر در زمینه ی مهارت های هیجانی و مشکلات مرتبط در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر ضروریست.

واژه های کلیدی: استرس ادراک شده، سبک زندگی، تنظیم شناختی هیجان

مقدمه

بیماریهای گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره ی روان پزشکی در بین بیماریهای طبی، رتبه ی اول را دارند که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماریها و ارتباط بین اختلال های روان پزشکی و علایم جسمی دستگاه گوارش است. در این بین درصد قابل توجهی از بیماریهای دستگاه گوارش بیماریهای کارکردی (عملکردی) هستند و شواهد گویای شیوع بیشتر اختلال های روان شناختی در

۱. دپارتمان روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده ی مسول) tasbihsazan.reza@yahoo.com

این طبقه از اختلالات گوارشی است (سادوک و سادوک ۲۰۰۷). پزشکان و متخصصان گوارش مکرراً با بیمارانی مواجه می شوند که از نشانگانی مانند تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست شکایت دارند که توجیه آناتومیک ظاهری ندارد زیرا اختلالات کارکرد گوارشی، دسته ای از بیماریهای جسمانی است که با علت نامشخص، ملاکهای تشخیصی سوال برانگیز، دوره های طولانی مدت و غیر قابل پیش بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می شوند (کیم و بان، ۲۰۰۵). ۷۰ درصد این بیماران، در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال های گوارشی ساختاری، درد بیشتر و ۴۰ درصد استیصال بیشتری گزارش می کنند. سندرم روده ی تحریک پذیر^۱، شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین نوع آنهاست (لی و وروول، ۲۰۰۵). سندرم روده ی تحریک پذیر اختلالی است که در تمام سنین روی می دهد، گرچه اولین علایم در اکثر بیماران قبل از ۴۵ سالگی ظاهر می شود. میزان تشخیص این سندرم در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان است و زنان ۸۰ درصد از مبتلایان شدید این سندرم را تشکیل می دهند. شیوع این سندرم در سراسر دنیا بین ۳/۵ تا ۳۰ درصد متغیر است اما، آمارهای مختلفی از نظر میزان شیوع این بیماری در دسترس است که در یک جمع بندی، شیوع آن در جوامع غربی ۲۰ درصد، در جوامع آسیایی ۷-۲ درصد گزارش شده است (جی، وی، وونگ و پنگ، ۲۰۰۴). بر این اساس مکانیزم آسیب زایی سندرم روده ی تحریک پذیر به درستی شناخته شده نیست اما، نقش احتمالی فعالیت های غیر طبیعی حسی - حرکتی روده، اختلال عملکرد اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، التهاب مخاطی، استرس و عوامل داخل مجرای روده مطرح است (ستوده نیا و ارجمند، ۲۰۱۰). در این بین افراد مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر، علایم مهمی از اختلالات روان شناختی و آشفتگی های روانی را در خود گزارش کرده اند و متقابلاً نیز افراد با اختلالات روانی نظیر اختلالات اضطرابی و حملات هراس، علایم روده ای - معده ای منطبق با سندرم روده ی تحریک پذیر را گزارش کرده اند، بنابراین حدس زده می شود که آشفتگی های روانی ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علایم معده ای - روده ای در مبتلایان به سندرم روده ی تحریک پذیر نقش مهمی داشته باشد (مایر، کراسک و نیلبروف، ۲۰۰۱؛ لیدیارد و فلستی، ۱۹۹۹). چنانچه چندین بررسی، شیوع بالایی از وقوع همزمان اختلالات روانی به خصوص اضطراب و اختلالات خلقی را در بین افرادی که از سندرم روده ی تحریک پذیر رنج می برند، نشان داده است. شواهد پژوهشی هم چنین نشان می دهد که تنظیم مشکل دار هیجان ها، نظیر خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی

مانند بیماری های قلبی- عروقی - معده ای و روده ای نقش دارند (بگلی ۱۹۹۴؛ بری و پنیبکر، ۱۹۹۳) در واقع تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می شود که به منظور تعدیل یا تغییر یک حالت هیجانی به کار می رود؛ به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه ی تفکر افراد پس از بروز یک تجربه ی منفی یا واقعه ی آسیب زا برای آنها اطلاق می شود.

امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰ درصد بیماریها، به گونه ای با سبک زندگی فرد در ارتباط است (ورهاک و بشباچ، ۱۹۸۸)، چنانچه حملات قلبی، پرفشاری خون، کلسترول بالا، چاقی، دیابت، بیماری شریانهای کرونری، بیماری مزمن انسداد ریه، نیوپلاسمها، پوکی استخوان، دردهای کمری و عضلانی میگرن، یبوست، آسیبهای آلرژیک، بیماریهای آمیزشی جنسی، ناباروری، مشکلات نعوظ و بسیاری از مشکلات روانی، از جمله مشکلات سلامتی هستند که رابطه ی مستقیمی با سبک زندگی دارند. سبک زندگی، الگوی منحصر به فردی از ویژگیها، رفتارها و عاداتی است که هر فرد از خود نشان می دهد که در صورت معیوب بودن، فرد در معرض خطر بیماری یا حوادث قرار می گیرد (مدرز و لانکار، ۲۰۰۶). لذا با توجه به این مطالب و نبود پژوهش های مرتبط با سبک زندگی و مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به سندرم روده ی تحریک پذیر و وجود شواهد متعدد در رابطه با تاثیر استرس در شدت یافتگی علایم این بیماران در این پژوهش در پی پاسخ به این سوال هستیم که آیا مکانیزمهای تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی رابطه ای با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر دارد.

روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه ی آماری این پژوهش افراد مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک های گوارش شهرستان ارومیه است. از این جامعه تعداد ۱۷۰ نفر با تشخیص سندرم روده ی تحریک پذیر در پرونده ی پزشکی، به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و بعد از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت از آنها با پرسشنامه ی استرس ادراک شده ی کوهن^۱، پرسش نامه ی تنظیم شناختی هیجان^۲ و پرسش نامه ی سنجش سبک زندگی میلر - اسمیت^۳ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

1. Cohen Perceived Stress Scale

2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

3. Miller-Smith Lifestyle Questionnaire

پرسشنامه ی استرس ادراک شده ی کوهن، میزان افکار و احساسات را در طول ماه گذشته بررسی می کند. در این تحقیق، از نسخه ی ۱۴ ماده ای آن استفاده شده است. نحوه ی نمره گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) است. عبارات ۷ سوال به صورت معکوس نمره گذاری خواهد شد و از هرگز (۴) تا بسیاری از اوقات (۰) را شامل می شود. کمترین امتیاز کسب شده، صفر و بیشترین نمره (۵۶) خواهد بود. نمره ی برش ۲۱/۸ و نمره ی کسب شده بالاتر، نشان دهنده ی استرس ادراک شده بیشتر است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹۷. بدست آمده است. پایایی نسخه ی فارسی با روش همسانی درونی محاسبه شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ به دست آمده است (باستانی، رحمت نژاد، جهدی و حقانی، ۲۰۰۸).

پرسش نامه ی تنظیم شناختی هیجان، یک ابزار خود سنجی است که در سال ۱۹۹۹ توسط نادیا گرانفسکی، ویویان کریچ و فلیپ اسپین هاون طراحی و در سال ۲۰۰۳ به چاپ رسید. این پرسش نامه منحصر به سنجش تفکرات اشخاص بعد از تجارب منفی است. این پرسشنامه، راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه آمیز پنداری در مجموع و راهبردهای منفی تنظیم هیجان را نشان می دهد و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه روی هم، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می دهند. پرسشهای این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع آوری می شود. این پرسشنامه، توان ارزیابی سبکهای شناختی عموم افراد و بالاخص کسانی را که تجربه ی منفی داشته اند را دارد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسش نامه در دامنه ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (گرانفسکی، کراجی، اسپینهاون، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۳۷. بدست آمده است.

پرسش نامه ی سنجش سبک زندگی میلر - اسمیت، میزان استرس را بودن سبک زندگی فرد را می سنجد و مشتمل بر ۲۰ مورد و هر مورد دارای ۵ پاسخ با مقیاس درجه ای لیکرت از یک (همیشه) تا پنج (هرگز) است و نمره های بالاتر، نشان دهنده ی سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است. روایی پرسش نامه مذکور بعد از ترجمه به روش باز ترجمه، توسط اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تایید شده و پایایی آن در مطالعه ی پایلوت روی ۲۰ بیمار مبتلا به بیماری ریه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶۴ و آلفای کرونباخ تک تک داده ها بالاتر ۰/۵ تایید شده است (روح افزا، اکوچکیان، صادقی، فردموسوی و همکاران، ۲۰۰۶). در این پژوهش، مکانیزم های تنظیم شناختی

هیجان و سبک زندگی به عنوان متغیرهای پیش بین استرس ادراک شده انتخاب شد و با استفاده از روش گام به گام مهمترین عوامل تاثیرگذار بر استرس ادراک شده ی بیماران به ترتیب اولویت مورد بررسی قرار گرفت. داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این مطالعه از ۱۷۰ بیمار ۹۳ نفر (۵۴/۷ درصد) زن و ۷۷ نفر (۴۵/۳ درصد) مرد مورد آزمون قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران ۳۴/۳۸ (SD = ۸/۷۹) و دامنه (۵۸-۱۸) بود. از نظر تحصیلات ۹ شخص بدون تحصیل، ۲۰ شخص با تحصیلات ابتدایی، ۱۱۲ شخص با تحصیلات دبیرستان و ۲۹ شخص با تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر وضعیت تاهل ۱۱۱ نفر متاهل، ۲۴ نفر مجرد و ۳۵ نفر مطلقه بودند. جدول ۱، مولفه های آماری نمرات گروه در متغیرهای مورد بررسی را نشان می دهد.

جدول ۱. مولفه های آماری نمرات گروه در متغیرهای مورد بررسی

R															sd	M
۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱			
													۱	۱۱/۲۳	۲۸/۴۸	۱
												۱	۰/۸۹	۵/۶۶	۱۲/۷۶	۲
											۱	۰/۶۷	۰/۹۲	۶/۶۵	۱۵/۶۲	۳
										۱	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۵۲	۱۷/۴۸	۴۴/۰۱	۴
									۱	-۱/۴	۰/۰۶	۰/۰۰	۰/۰۳	۱۷/۴۳	۱/۲۱	۵
								۱	۰/۶۵	-۳/۸	-۱/۰	-۲/۴	-۱/۹	۸/۸۱	۵۳/۴۶	۶
							۱	۰/۴۸	۰/۶۷	-۲/۵	۰/۰۵	-۰/۴	-۱/۰	۹/۹۷	۶۶/۸۲	۷
						۱	۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۰۴	-۰/۳	۰/۱۷	۰/۱۱	۰/۱۵	۲/۸۶	۱۰/۲۴	۸
					۱	۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۲۴	۰/۳۶	۰/۳۱	۰/۲۷	۰/۳۱	۳/۲۶	۹/۱۴	۹
				۱	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۳	-۰/۵	۰/۰۸	-۰/۲	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۱۳	۱۲/۵۵	۱۷/۲۱	۱۰
			۱	۰/۰۶	-۱/۱	۰/۲۴	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۶۲	-۴/۰	-۱/۶	-۲/۴	-۲/۳	۲/۶۹	۱۴/۸۳	۱۱
		۱	۰/۵۰	-۰/۵	-۱/۴	۰/۰۶	۰/۴۹	۰/۵۷	۰/۵۰	-۵/۴	-۳/۰	-۳/۴	-۳/۶	۳/۱۰	۱۳/۵۷	۱۲
	۱	۰/۱۹	۰/۳۲	۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۶	۰/۲۰	۰/۷۲	۰/۱۴	۶/۹۱	۲۹/۴۰	۱۳
۱	۰/۵۶	۰/۷۰	۰/۵۴	-۰/۸	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۵۳	-۳/۶	-۲/۳	-۲/۸	-۲/۹	۴/۴۳	۲۰/۵۷	۱۴

۱. استرس ادراک شده؛ ۲. استرس ادراک شده مثبت؛ ۳. استرس ادراک شده منفی؛ ۴. سبک زندگی؛ ۵. تنظیم شناختی هیجان؛ ۶. تنظیم شناختی مثبت هیجان؛ ۷. تنظیم شناختی منفی هیجان؛ ۸. سرزنش خود؛ ۹. سرزنش دیگران؛ ۱۰. نشخوار فکری؛ ۱۱. فاجعه سازی؛ ۱۲. پذیرش؛ ۱۳. بازارزایی مثبت؛ ۱۴. اتخاذ دیدگاه

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود، استرس ادراک شده ارتباط معناداری با تنظیم شناختی مثبت به میزان ۰/۱۹-، سرزنش خود به میزان ۰/۱۷، سرزنش دیگران به میزان ۰/۳، با نشخوار فکری به میزان ۰/۳۹، با فاجعه آمیز کردن به میزان ۰/۲۰- و با پذیرش، به میزان ۰/۳۷- دارد. همچنین اتخاذ دیدگاه، ارتباط معناداری به میزان ۰/۲۹- با استرس ادراک شده، به میزان ۰/۲۸- دارد. بنابراین افزایش به کارگیری مکانیزمهای تنظیم شناختی منفی هیجان با افزایش استرس ادراک شده همراه بوده

و افزایش به کارگیری مکانیزمهای تنظیم شناختی مثبت هیجان با کاهش استرس ادراک شده همراه بوده است. برای پیش بینی استرس ادراک شده از روی مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و تعیین سهم هر کدام از متغیرهای مذکور در تبیین واریانس استرس ادراک شده تحلیل رگرسیون گام به گام مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصه ی مدل رگرسیون استرس ادراک شده بر حسب مکانیزمهای تنظیم شناختی هیجان

مدل	متغیر	R	RS	B	SS	dF	MS	F	Sig
۱	پذیرش	۰/۳۶	۰/۱۳	-۱/۳۰	۲۷۸۱/۶	۱	۲۷۸۱/۶	۲۵/۱۸	۰/۰۰۰
۲	پذیرش	۰/۴۴	۰/۲۰	-۱/۱۶	۴۲۶۵/۶	۲	۲۱۳۲/۸	۲۰/۸۶	۰/۰۰۰
	سرزنش دیگران		۱/۳۲						
۳	پذیرش	۰/۴۷	۰/۲۲	-۱/۲۱	۴۸۰۰/۳	۳	۱۶۰۰/۱	۱۶/۰۶	۰/۰۰۰
	سرزنش دیگران		۱/۲۵						
	سرزنش خود		۰/۶۲						
۴	پذیرش	۰/۴۸	۰/۲۳	-۰/۷۵	۵۰۹۲/۲۰	۴	۱۲۷۳/۰	۱۲/۹۳	۰/۰۰۰
	سرزنش دیگران		۱/۴۰						
	سرزنش خود		۰/۶۰						
	اتخاذ دیدگاه		-۰/۴۳						
۵	پذیرش	۰/۵۳	۰/۲۸	-۰/۳۸	۶۱۴۱/۸	۵	۱۲۲۸/۳	۱۳/۲۵	۰/۰۰۰
	سرزنش دیگران		۱/۰۵						
	سرزنش خود		۰/۳۹						
	اتخاذ دیدگاه		-۱/۰۴						
	باز ارزیابی مثبت		۰/۵۰						
۶	سرزنش دیگران	۰/۵۳	۰/۲۸	۱/۱۲	۶۰۴۲/۴	۴	۱۵۱۰/۶	۱۶/۲۹	۰/۰۰۰
	سرزنش خود		۰/۳۵						
	اتخاذ دیدگاه		-۱/۲۸						
	باز ارزیابی مثبت		۰/۵۵						
۷	سرزنش دیگران	۰/۵۲	۰/۲۷	۱/۱۲	۵۸۷۴/۹	۳	۱۹۵۸/۳	۲۱/۰۲	۰/۰۰۰
	اتخاذ دیدگاه		-۱/۳۰						
	باز ارزیابی مثبت		۰/۵۸						

همانطور که از جدول ۳ مشهود است، در هر مرحله میزان همبستگی و ضریب تعیین در مدل، افزایش یافته تا به شکلی رسیده است که بهترین مدل پیش بین را توصیه کرده است. به طوری که در مدل نهایی، میزان همبستگی جزیی ۰/۵۲ و ضریب تعیین ۰/۲۷ است؛ یعنی در حدود ۲۷٪ تغییرات استرس از طریق تغییرات متغیرهای مدل نهایی صورت می گیرد. ضریب رگرسیون برای سرزنش دیگران ۱/۱۲ است که بیشتر از تاثیر تمرکز مثبت ۰/۵۸ و کمتر از ۱/۳۰ مربوط به ارزیابی مثبت است. همچنین منفی

بودن ارزیابی، بیانگر وجود ارتباط معکوس با استرس است. در نهایت با توجه به جدول ۴ همبستگی بین سبک زندگی و استرس ادراک شده ۰/۵۲ و ضریب تعیین برابر ۰/۲۷ بوده که بیانگر این است: در حدود ۲۷٪ تغییرات استرس ناشی از سبک زندگی بوده است، هر چند میزان تاثیر با توجه به همبستگی کم به نظر می رسد ولی با توجه به نتیجه ی تحلیل واریانس معنادار است. همچنین ضریب بتا برای سبک زندگی در جدول زیر آمده و مقدار آن برابر ۰/۳۳ است؛ یعنی هر ۱ واحد تغییر در سبک زندگی موجب افزایشی به میزان ۰/۳۳ در استرس ادراک شده خواهد شد.

جدول ۴. خلاصه ی رگرسیون خطی استرس ادراک شده بر حسب سبک زندگی

Sig	F	MS	dF	SS	B	RS	R
۰/۰۰۰	۶۳/۲۵	۵۸۳۶/۱۸	۱	۵۸۳۶/۱۸	۰/۳۳	۰/۲۷	۰/۵۲

اساس نتایج جدول های ارایه شده، نشان می دهد که مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان با قدرت پیش بینی قوی در استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده ی تحریک پذیر به همراه سبک زندگی با قدرت پیش بینی معنادار استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر مطرح است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، پیش بینی متغیر استرس ادراک شده به کمک راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر است. نتایج تحلیل رگرسیون تنظیم شناختی منفی هیجان و سرزنش خود از زیر متغیرهای تنظیم شناختی منفی هیجان را با بیشترین رابطه ی مثبت و اتخاذ دیدگاه را با بالاترین رابطه ی منفی از مهم ترین متغیرها در پیش بینی استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده ی تحریک پذیر مشخص ساختند، همچنین نتایج تحلیل رگرسیون خطی سبک زندگی را با قدرت پیش بینی ۰/۳۳۶ استرس در این مبتلایان مشخص می سازد. این یافته ها با نتایج یافته های ریان، مارتین و داهلن (۲۰۰۵) و با یافته های گرانفسکی، تیردز، کراجی، لگرس و همکاران (۲۰۰۳) در مورد وجود رابطه ی بین مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان با استرس ادراک شده همسو است. در تبیین اظهارات فوق که از نتایج پژوهش انجام شده استخراج شده اند، برخی اشخاص درباره ی هیجان های خود، باورهایی منفی دارند، مانند این باور که هیجان های آنها بی معنی هستند تا ابد ادامه می یابند و آنان را از پای در می آورند، مایه ی شرمندگی هستند، فقط مختص خود آنها هستند، قابل بیان نیستند و هیچ گاه اعتبار یابی نخواهند شد. این افراد به احتمال بیشتری ممکن است از

روش های دردرس ساز برای مقابله (مانند نشخوار فکری، نگرانی و اجتناب، مصرف الکل، پر خوری یا گسست) استفاده کنند. برخی دیگر از دیدگاه های مثبت تر یا انطباقی تر نسبت به هیجان بهره مند بوده و بیشتر می توانند اعتبار یابی کنند، هیجان های این اشخاص برای آنها معنی دار و قابل پذیرش است، مایه ی شرمندگی نبوده، منحصر به خود نیستند و طولانی مدت نبوده، بلکه گذرا قلمداد می شوند. در نتیجه، چنین اشخاصی کمتر ممکن است از راهبردهای دردرس ساز برای مقابله استفاده کنند (لی هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۳). همچنین یافته های ما با نتایج پژوهش های اهلرز، کافمن و استفن (۲۰۱۰)، هرینگتون، پری، لوتومسکی، فیتزجرالد و همکاران (۲۰۰۹)، سمعی سینب، علیمرادی و صادقی (۲۰۱۳)، در مورد رابطه ی سبک زندگی با استرس همسو است. چنانچه کیم و بان (۲۰۰۵) در مطالعه ی خود گزارش کرده اند که فاکتورهای مرتبط با رژیم غذایی و سبک زندگی به طور معناداری با سندرم روده ی تحریک پذیر رابطه دارد که با نتایج پژوهش ما همسویی دارد. در توضیح این تعامل چند وجهی باید ذکر کرد که محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال بر متابولیسم انرژی، عملکرد سیستم ایمنی و خلق تاثیر می گذارد؛ از طرف دیگر، حالات هیجانی و ویژگی های شخصیتی ممکن است فیزیولوژی روده را تحت تاثیر قرار دهد و در چگونگی تجربه و تفسیر علایم نقش داشته باشند. مغز از طریق سیستم عصبی اتونوم با روده در ارتباط است. عصب واگ و اعصاب لگنی اطلاعات مربوط به حرکات عضلات و محتویات روده را به مغز می فرستد، از سویی دیگر، مغز نیز سیگنال هایی را از طریق سیستم عصبی اتونوم به روده می فرستد و یک ارتباط دو طرفه بین مغز و روده وجود دارد. هم چنین مغز می تواند از راه های دیگر، فعالیت روده را تنظیم کند؛ برای مثال هورمون کورتیکو تروپین که هنگام استرس از مغز آزاد می شود، می تواند فعالیت روده را تغییر دهد. این مکانیزم ها خود شواهدی است که نشان می دهد سندرم روده ی تحریک پذیر به شدت تحت تاثیر عوامل روان شناختی قرار دارد. هاریسون می گوید، در ۸۰٪ از بیماران مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر شاهد یک اختلال روانی خفیف هستیم، با این حال این بیماران در اغلب موارد نسبت به محرک های مختلف، پاسخ های حرکتی تشدید یافته ای در کولون و روده باریک نشان می دهند، اینها ممکن است حاصل اختلال در دستگاه مرکزی باشند (ستوده نیا و ارجمند، ۲۰۱۰). طبق مطالعات اخیر، ۵۰ تا ۹۰ درصد افراد مبتلا به سندرم روده ی تحریک پذیر، سابقه ای از یک وضعیت روان شناختی مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال بدنی سازی و اختلال استرس پس از سانحه را در طول زندگی خود داشته اند. گروس و لونسون (۱۹۹۷) گزارش کرده اند که بیش از ۵۰ درصد اختلالات محور یک و

۱۰۰ درصد اختلالات محور دو با نقایص مربوط به تنظیم هیجان همراه هستند که یافته های ما در پژوهش حاضر، همسو با این یافته ها است.

ما بدین ترتیب، شاهد توان بالقوه ی وابستگی متقابل در روش های مختلف پردازش عاطفی و نقش تعیین کننده ی استرس در تغییر کارکردهای مغزی- روده ای با واسطه گری مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان بودیم. در حالت کلی، یک الگوی پیچیده مطرح است که پژوهشگران هنوز آن را به طور کامل درک نکرده و یا شرح نداده اند. یافته های پژوهش حاضر، نیاز به برنامه های مدیریت هیجان و استرس را در کنار برنامه های درمانی رایج در مبتلایان به سندروم روده ی تحریک پذیر را برجسته می سازند. براین اساس مطالعات مربوط به استرس ادراک شده با توجه به متغیرهای زیربنایی تر پیش-بینی با روی آورد تحولی، سبب شناختی، پدیده ای و چگونگی تداوم، امکان آرایه ی برنامه های جامع و مداخله ی مناسب را میسر می سازد. همچنین توصیه می شود با تحلیل مسیر، نقش متغیرهای واسطه ای در بین استرس ادراک شده، مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی بررسی شود.

References

- Bastani, F., Rahmatnejad, L., Jahdi, F., & Haghani, H. (2008). Breast feeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primiparous Mothers. *Iranian Journal of Nursing*, 21 (54), 9-24. (Persian)
- Begley, T. M. (1994). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 503-516.
- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 11-19.
- Ehlers, S., Kaufmann, H.E., & Stefan. (2010). Infection, inflammation, and chronic diseases: consequences of a modern lifestyle. *Trends in Immunology*, 31, 5.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, the Netherlands, DATEC.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van den Kommer, T. (2003). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Journal of Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings : The acute effects of inhibiting negative and positive and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gwee, K. A., Wee, S., Wong, M.L., & Png, D.J. (2004). The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *American Journal of Gastroenterology*, 99, 924-31.
- Harrington, J., Perry, J. I., Lutomski, J., Fitzgerald, P. A., Sheily, F., McGee, H., Barry, M., Van Lente Eric, M., Morgan, K., & Shelley, E. (2009). Living longer and feeling better: healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. *European Journal of Public Health*, 1-5.
- Hui Lei, Xiaocui, Z., Lin, C., Wang, Y., Mei, B., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 21(8), 87-92.
- Kim, Y. J., & Ban, D.J. (2005). Prevalence of irritable bowel syndrome influence of lifestyle factors and bowel habits in Korean college Students. *International Journal of Nursing Study*, 42, 247-254.
- Kumano, H., Kaiya, H., Yoshiuchi, K., Yamanaka, G., Sasaki, T., & Kuboki, T. (2004). Co morbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *American Journal of Gastroenterology*, 99(2), 370-6.
- Lackner, J.M. (2005). No Brain, No Gain: The Role of Cognitive Processes in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(2), 125-136.
- Lea, R., & Whorwell, P.J. (2005). The Role of Food Intolerance in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Gastroenterology Clinic North America*, 34(2), 247.

- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L.A.(2013). *Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner guide*. Translated by; M,Firouzbakht (2014) Tehran; Arjomand. (Persian)
- Levy, R. K., Jones, W., Whitehead, S., Feld, N., & Talley, L.(2001). Core. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Journal of Gastroenterology*, 121(4), 799-804.
- Lydiard, R.B., & Falsetti, S.A. (1999). Experience with anxiety and depression treatment studies: Implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials, *American Journal of Gastroenterology*, 8,107(5), 65-73.
- Mathers, C., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Journal of PLoS Medicine* , 3, 442.
- Mayer, E., Craske, M.G., & Naliboff, B.D. (2001). Depression , anxiety, and the gastrointestinal system. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 28-36.
- Roohafza, H., Akochakian, S., Sadeghi, M., Fardmoosavi, A., Khairabadi, G., & Ghasemi, H.(2006). Investigating the Relation between Life style and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Guilan University of medicine*, 15 (59), 32-37.(Persian)
- Ryan, C., Martin, E., & Dahlen, R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Journal of Personality and Individual Differences*,39, 1249-1260.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Psychosomatic medicine. In *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, (10th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Samiei Siboni, F., Alimoradi, Z., & Sadegi, T. (2013). Impact of corrective life style educational program on controlling stress, anxiety, and depression in hypertensives. *Journal of Birjand University of Medicine*, 19 (6), 1-9. (Persian)
- Sotodenia, A.H., & Arjomand, M. (2010). *Gastroenterology*.Tehran; Arjomand. (Persian)
- Thompson, W.G., Longstreth, G.F., Drossman, D.A., Heaton, K.W., Irvine, E.J., & Muller-Lissner, S.A. (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Journal of Gut*, 45 (2), 43-47.
- Verhaak, P. F., & Van Busschbach, J. T. (1988). Patient education in general practitioner. *Journal of Patient education*, 11 (2), 116 - 129.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 10 (No. 39), pp. 17-26, 2016

The relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome

Ghorbani Taghliabad, Bahareh
Orumieh Branch, Islamic Azad University, Orumieh, Iran
Tasbihsazan Mashhadi, Reza
Orumieh Branch, Islamic Azad University, Orumieh, Iran

Received: Apr 29, 2016

Accepted: June 01, 2016

Gastrointestinal disorders are ranked first among medical disorders to seek psychiatric consultation. Irritable bowel syndrome is one of these diseases. Various researches report multiple causes for this syndrome and emphasize the role of psychological factors in causing or exacerbating symptoms of this disorder. This study aims to investigate the relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome disorder. For this purpose, in a descriptive study of correlation, 170 patients with irritable bowel syndrome (93 females and 77 males) were selected by availability sampling method from the specialized clinics in Orumiyeh city, and evaluated for mechanisms of cognitive emotion regulation, lifestyle and perceived stress. Regression analysis showed that there is a significant relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and life style and perceived stress. Among the predictive variables, blaming others factor had the greatest predictive power in perceived stress. Additionally, linear regression analysis displayed predicting lifestyle as a predictive factor for stress among patients with this syndrome. This study verifies the relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle and perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. Because of the numerous evidence of pathology of this syndrome, more research is needed on emotional regulation skills and related problems among patients with irritable bowel syndrome disorder.

Keywords: Perceived stress, lifestyle, cognitive emotion regulation

Electronic mail may be sent to: tasbihsazan.reza@yahoo.com