

مقایسه ی استرس ادراک شده ، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در

بیماران دستگاه گوارش و افراد بهنجار

* محمد مهدی پسندیده^۱، فرانک سالک مهدی^۲

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه پیام نور.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۵/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۳/۰۳)

Comparison of perceived stress, emotion regulation strategies and cognitive flexibility in patients with G.I.S. diseases and normal individuals

* Mohammad Mehdi Pasandideh¹, Faraunak Saulekmahdi²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University.

2. M.A. in General Psychology PNU University of Astaneh Ashrafiyeh.

(Received: Jul. 26, 2018 - Accepted: May. 24, 2019)

Abstract

Objective: Gastrointestinal diseases is among the most important and common chronic non communicable diseases that imposes a lot of Economic and psychological burden on the society and health system. Regarding this the aim of present study was to compare perceived stress , emotion regulation strategies and Cognitive Flexibility in Gastrointestinal patients and Normal individuals. **Method:** The present study was a comparative study and Statistical population in this study includes all Gastrointestinal patients in the gastroenterology private clinics of Bandar Anzali during the period of April & May in 2018 and their fellows that among Them ,184 people , 92 patients & 92 fellows ,were selected in the available sample method and completed the questionnaire of personal information perceived stress of cohen and et al (1983), the emotion regulation strategies of Gross & john (2003) and Dennis & Vander Wal (2010) Cognitive Flexibility responde. **Results:** The results of multivariate analysis of variance showed that there was a significant difference between the 2 groups in perceived stress components, Cognitive Flexibility & perceived controllability (subscales of Cognitive Flexibility). **Conclusion:** Based on the results of this study , consideration of related psychological dimensions. Gastrointestinal diseases especially stress and Cognitive Flexibility , are of great importance.

Keywords: perceived stress, Cognitive Flexibility, patients with G.I.S. diseases, emotion regulation strategies.

چکیده

مقدمه: بیماری های گوارشی یکی از مهم ترین و شایع ترین بیماری های مزمن غیرواگیر است که بار اقتصادی و فشارروانی زیادی را بر جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می کند، در این راستا هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در بیماران دستگاه گوارش و افراد بهنجار بود. روش: پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه ای بود و جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران گوارشی مراجعه کننده به مطب های درمانی گوارش شهرستان بندر انزلی در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۷ و همراهان آنها بود که از میان آنها ۱۸۴ نفر (۹۲ نفر از بیماران و ۹۲ نفر از همراهان آنها) به شیوه در دسترس به عنوان حجم نمونه انتخاب شده و به پرسشنامه های اطلاعات شخصی، استرس ادراک شده ی کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، تنظیم هیجان گروس و جان (۲۰۰۳) و انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) پاسخ دادند. یافته ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین دوگروه در مؤلفه های استرس ادراک شده، انعطاف پذیری شناختی و ادراک کنترل پذیری (زیر مقیاس انعطاف پذیری شناختی) تفاوت معناداری وجود داشت. نتیجه گیری: بر اساس نتایج دست آمده از این مطالعه، توجه به ابعاد روانشناختی مرتبط با بیماری های دستگاه گوارش و به طور ویژه استرس و انعطاف پذیری شناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

واژگان کلیدی: استرس ادراک شده، انعطاف پذیری شناختی، بیماران دستگاه گوارش، راهبردهای تنظیم هیجان.

* نویسنده مسئول: محمد مهدی پسندیده

*Corresponding Author: Mohammad Mehdi Pasandideh

Email: mmpasandideh@gmail.com

مقدمه

لازاروس و فولکمن^۵ (۱۹۸۴) درباره‌ی نقش ارزیابی در فرایند استرس است که به وسیله‌ی تفسیر یک رویداد به عنوان رویدادی ایجاد می‌شود که فشاری را بر فرد تحمیل می‌کند. در واقع ادراک و تفسیر کلی فرد از تاثیر پذیری در برابر استرس‌ها، استرس ادراک شده فرد می‌باشد. افراد متفاوت یک عامل استرس زای مشابه را به شکل‌های مختلف ادراک و تفسیر می‌کنند، عوامل مختلفی می‌توانند در شکل‌گیری استرس ادراک شده و تفسیری که فرد از میزان استرس دارد نقش داشته باشد (قراء زیبایی، علی اکبری دهکردی، علیپور، و محتشمی، ۱۳۹۱؛ هوسر، اشپرینگر و پادروسکا^۶، ۲۰۱۶). گفته شده که ۷۵٪ از بیماری‌های جسمی با استرس ارتباط دارد و یکی از عوامل موثر در بیماری‌های قلبی و سرطان که دو عامل مهم مرگ و میر در جهان شناخته می‌شوند، استرس می‌باشد (بلوم، بورگلاند و پارسلسز^۷، ۲۰۱۰). ادمن و همکاران^۸ (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که در بیماران گوارشی، به طور گسترده‌ای استرس ادراک شده با ویژگی‌های کیفیت زندگی مرتبط بوده و کیفیت کلی زندگی در آنان به طور معناداری پایین‌تر از جمعیت عمومی بود. همچنین گزارش‌ها نشان داده درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در بیماران سندرم روده

بسیاری از جوامع به سبب بهبود وضعیت بهداشت محیط، بهداشت فردی و سایر معیارهای بهداشتی مانند واکسیناسیون شاهد ریشه‌کنی، حذف و کاهش چشمگیر وقوع بیماری‌های واگیر بوده‌اند ولی از طرفی به دلیل تغییرات در الگوی زندگی، تغذیه، الگوهای رفتاری، پیدایش عوامل خطر فیزیکی و شیمیایی، گسترش فراوان بیماری‌های غیرواگیر رخ داده است. بیماری‌های گوارشی^۱ یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیر واگیر است که با اقتصادی و فشار روانی زیادی را بر جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند (خیرابادی و همکاران، ۱۳۹۲). بیماری‌های گوارشی به لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماران طبی رتبه اول را داراست که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماری‌ها و ارتباط بین اختلالات روانپزشکی و علایم دستگاه گوارش است. در این بین درصد قابل توجهی از بیماری‌های گوارش، اختلالات کارکردی^۲ هستند که این امر گویای شیوع بیشتر اختلالات در این طبقه از اختلالات است (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۷).

ازسازه‌های موثر دز زمینه مطالعات مربوط به عوامل زمینه ساز در بروز بیماری‌های دستگاه گوارش استرس ادراک شده^۴ می‌باشد. مفهوم استرس ادراک شده برگرفته از نظریه

5. Lazarus .& Folkman

6 .Houser, springer& Pudrovska

7 .Blum, Borglund & Parcells

8 .Edman, Greeson, Roberts , Kaufman , Abrams,

Dolor & Wolever

1 .Gastrointestinal Diseases

2 .Functional disorders

3 .Sadock & Sadock

4 .Perceive stress

تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود و همچنین به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد (لهی، ناپولیتانو و تیرچ^۷، ۲۰۱۱). یکی از برجسته ترین نظریه ها در زمینه نظم جویی هیجان ها مدل فرایندی گروس است (آرندت و فوجی وارا^۸، ۲۰۱۴). بر اساس مدل گروس^۹، هیجان در پنج ناحیه از فرآیند مولد آن قابل نظم جویی است: ۱- انتخاب موقعیت^{۱۰} (انتخاب یا اجتناب از موقعیت ها بر اساس تأثیر هیجانی مثبت یا منفی)^{۱۱}-تعدیل موقعیت^{۱۲} (حل مسئله/ تعدیل موقعیت به منظور تغییر اثر هیجانی)^{۱۳}- آرایش توجه^{۱۴} (حواس پرتی، سرکوب گری، تمرکز، نشخوارگری) (تغییر شناختی)^{۱۵} (تغییر دادن معنی، ارزیابی ها، ارزشیابی ها، تفسیرها، چارچوب بندی مجدد) و ۵-تعدیل پاسخ های تجربه ای^{۱۶}، رفتاری^{۱۷} و زیستی^{۱۸} (داروها، تمرین، ورزش، تنش زدایی، تغذیه، فرونشانی پاسخ های رفتاری) (گروس، ۲۰۰۷). به اعتقاد گروس (۲۰۰۷) چهار مؤلفه اول این فرآیند، راهبردهای متمرکز بر پیشایند هستند، چون قبل از تجلی واکنش های هیجانی به کار

تحریک پذیر (IBS^۱) منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان گشته و این افراد در مقایسه با افراد غیر بیمار کیفیت زندگی مخربی داشتند، همچنین در مقایسه با گروه نرمال سه برابر بیشتر غیبت از کار داشتند (ال جوتسون^۲، ۲۰۱۱) و هزینه های درمانی بالاتری در آنها گزارش شد (اویانگ^۳، ۲۰۱۲). از طرفی شدت واکنش به تهدید کننده ها می تواند متاثر از شدت استرس ادراک شده ی افراد باشد (تاکر و ورما^۴، ۲۰۱۴). چنان که مسعود نیا پورنقی و باهمت (۱۳۹۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیماران با علائم اولسر پپتیک در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مقابله ای هیجانی و نامطلوب در برابر استرس، استفاده می کردند. خرامین، نیلی، محمدی و مبشری (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود که با هدف مقایسه ی شیوه های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده و دوازدهه، سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که بیماران در مقایسه با گروه سالم بیشتر از شیوه های مقابله ای منفی استفاده می کردند. ورهاک^۵ (۱۹۹۷) نیز در پژوهش خود بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های عمومی، ارتباط روشنی بین استرس روانی و بیماری های گوارشی گزارش کرد.

از دیگر فاکتورهای مهم در زمینه بروز بیماری های گوارشی تنظیم هیجان^۶ می باشد.

7. Leahy, Napolitano & Tirch

8. Arndt & Fujiwara

9. Gross

10. situation selection

11. situation modification

12. attention deployment

13. cognitive change

14. experiential

15. behavioral

16. physiological

1. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

2. L-jotsson

3. Owyang

4. Thaker & Verma

5. Verhaak

6. Emotion Regulation

وفوجی وارا^۵، ۲۰۱۴). افرادی که به طور مکرر از راهبرد فرونشانی استفاده می کنند درمقایسه با افرادی که کمتر از این راهبرد استفاده می کنند هیجان های منفی بیشتر، هیجان های مثبت کمتر و تعداد بیشتر و شدیدتری از علائم مرتبط با انواع آسیب شناسی روانی را تجربه می کنند(آلداو، نولن- هوکسما، ۲۰۱۲ و کریستف، آنتونی، لروی و دلیلیز^۶، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش کریمی افشار، شعبانیان، سعید تالشی و منظری توکلی (۱۳۹۷) حاکی از تاثیر معنادار جلسات مداخله ی تنظیم هیجان در افزایش تاب آوری و کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان بود. قربانی تقلید آبادو تسبیح سازان مشهدی (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر ارتباط معنادار وجود داشت. به علاوه قاسمی، حاتمی و حسنی(۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که نمره بیماران مبتلا به درد مزمن که تحت درمان شناختی رفتاری به همراه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان قرار گرفتند، پس از درمان در سه مقیاس ذهن آگاهی، تاب آوری و کیفیت زندگی افزایش معناداری نشان داد. علی اکبری، علیپور، محمدی و دفاق زاده (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی انجام دادند نشان دادند که دشواری های تنظیم هیجانی براضطراب، افسردگی و جسمانی سازی اثر مستقیم و بر

گرفته می شوند. در دیدگاه گروس ارزیابی مجدد به عنوان یکی از راهبردهای متمرکز بر پیشایند مطرح شده است. در حالی که مؤلفه پنجم راهبرد متمرکز بر پاسخ می باشد، زیرا بعد از بروز پاسخ های هیجانی مورد استفاده قرار می گیرند. در دیدگاه فرایندی گروس فرونشانی (سرکوبی) شکلی از راهبردهای متمرکز بر پاسخ است. راهبردارزیابی مجدد، به معنای تغییر دادن شناخت درباره موقعیت هیجانی است و از دانش به عنوان یک سیستم تولید هیجان استفاده می کند(میر، اسمیتز، گیسبریچ و مرکلیچ^۱، ۲۰۱۲). گزارش ها نشاندهنده ی بیشترین اثر بخشی این راهبرد و همبستگی منفی آن بانسانه های آسیب شناسی روانی بود(آگوستین و همنو^۲، ۲۰۰۹؛ آلداو، نولن - هوکسما و اسپیزر^۳، ۲۰۱۰؛ آلداو و نولن - هوکسما^۴، ۲۰۱۲). در حالی که فرونشانی ابزاری است که نوعی تعدیل پاسخ محسوب می شود و بنابراین متمرکز بر پاسخ است و به عنوان مهار رفتار در نظر گرفته می شود (گروس، ۲۰۰۲). نتایج برخی از مطالعات حاکی از این امر بود که در تعدادی از اختلال های روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر، فوبی خاص، افسردگی، اختلال دو قطبی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال سومصرف مواد و اختلال خوردن میزان بیشتری از راهبرد فرونشانی گزارش نمودند(آرندت

1. Meyer, Smeets, Giesbrecht, & Merckelbach
2. Augustine & Hemenover
3. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
4. Aldao & Nolen-Hoeksema

5. Arndt & Fujiwara

6. Christophe, Antoine, Leroy & Delelis

مشکلات و موقعیت های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده وگزینه ها و ایده های جایگزین را ارائه کنند(دیبری^۶، ۲۰۱۲). همچنین تحمل تعارض در آنها بیشتر است (مارتین، استاجرز و اندرسون^۷، ۲۰۱۱). درمقابل افرادی که از انعطاف پذیری کمتری برخوردارند، به سختی می توانند یادگیری های اولیه خود را فراموش کنند، آنها بر یادگیری های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری می کنند و این پافشاری به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می رساند(کار بونلا و تیمپانو^۸، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش های مختلف نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی پایین در بیماران قلبی نسبت به گروه عادی (یعقوبی، برادران، رنجبر نوشری و جوکی چگینی، ۱۳۹۴؛ علی اکبری دهکردی، صالحی و رضایی، ۱۳۹۲)، افراد مصروع نسبت به افراد عادی (بافنده قراملکی، احمدی و شادمان سادات محله، ۱۳۹۳)، افراد معتاد نسبت به گروه عادی (نریمانی، میکایلی، بشر پور و شاه محمد زاده، ۱۳۹۳)، افراد وسواسی نسبت به گروه عادی (محمدی و سامانی، ۱۳۹۴؛ بیگدلی، بادین و صباحی، ۱۳۹۵)، زنان مطلقه نسبت به گروه بدون سابقه طلاق (شفیعی، بشرپور و حیدری راد، ۱۳۹۵) بوده است. سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲) در پژوهش خود بر روی دانشجویان به این نتیجه دست یافتند که بین انعطاف پذیری شناختی و خرده مقیاس های آن با افسردگی

شدت علایم گوارشی اثر غیر مستقیم معنا داری داشت. همچنین کارلسون، دیکسلیگیا، گرین برگ و ماجیک پارودی^۱ (۲۰۱۲) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افرادی که عادت به استفاده از راهبردارزیابی مجدد در تنظیم هیجانانشان درزندگی روزمره دارند، تاب آوری بیشتری در برابر استرس ها ازخود نشان دادند.

از دیگر سازه های موثر در زمینه بروز مشکلات گوارش انعطاف پذیری شناختی^۲ می باشد. انعطاف پذیری شناختی به توانایی انسان جهت سازگار کردن راهکارهای شناختی اطلاق می شود که به منظور مواجهه با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط به کار می رود(کاناس، کوسادا، آنتولی و فاجاردو^۳، ۲۰۰۳). انعطاف پذیری شناختی بیان می کند که انعطاف پذیری مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون روانی است (مویترا و گادیانو^۴، ۲۰۱۶). همچنین انعطاف پذیری شناختی به عنوان یکی از مولفه های اصلی کارکرد های اجرایی، توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی بر اساس تغییر در بازخوردهای محیطی است که مستلزم برنامه ریزی، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از بازخوردهای محیطی برای تغییر آمایه های شناختی می باشد (ارتگا، تریسی، گلد و پاریک^۵، ۲۰۱۳). افرادی که انعطاف پذیری شناختی دارند می توانند

1. Carlson, Dikecligil.,Green berg.&Mujic,_parodi
2. Cognitive flexibility
3. Cañas, Quesada, Antolí, & Fajardo
4. Moitra & Gaudiano
5. Ortega, Tracy, Gould & Parikh

6. DeBerry

7. Martin, Stagers & Anderson

8. Carbonella & Timpano

گسترش داده که در نتیجه این شناخت می توان مداخلات هدفمندی جهت درمان آسیب های روان شناختی را به کار گرفت. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین انعطاف پذیری شناختی بالا و سبک های مقابله ای سازگارانه مسأله مدار، جستجوی حمایت اجتماعی و تمرکز روی موارد مثبت، همبستگی مثبت و با سبک های مقابله ای ناسازگارانه، محافظت از خود، تفکر آرزومندانه و گسستگی، همبستگی منفی وجود داشت. با توجه به مطالب مطرح شده واریه نتایج پژوهش های مرتبط و همچنین با عنایت به اهمیت ویژه مسایل روانشناختی و نقش آنها در بروز و تشدید بیماری های جسمی انجام پژوهش هایی با موضوع بررسی عوامل روانشناختی موثر در بیماری های جسمی کاملاً ضروری به نظر می رسد. با توجه به اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر مقایسه استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در بین بیماران دستگاه گوارش و افراد بهنجار می باشد.

روش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش های علی - مقایسه ای بوده و جامعه آماری پژوهش حاضر نیز شامل دو گروه بود، گروه اول تمامی بیماران گوارشی مراجعه کننده به مطب های خصوصی گوارش شهرستان بندر انزلی در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۷ و گروه دوم تمامی مراجعه کنندگان به مطب های (خصوصی) به عنوان همراهان بیماران. حجم

همبستگی منفی معنا دار و با تاب آوری همبستگی مثبت معنی دار وجود داشت و همچنین بین انعطاف پذیری شناختی با حل مسأله و ارزیابی شناختی همبستگی مثبت و بین انعطاف پذیری شناختی با مهار جسمانی و مهار هیجانی همبستگی منفی معنی داری وجود داشته و به این ترتیب مؤلفه های انعطاف پذیری شناختی قادر به پیش بینی افسردگی، تاب آوری و سبک های مقابله ای بودند. جانکو، وودریچ و رپی^۱ (۲۰۱۴) در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف پذیری شناختی کمتر، بر توانایی استفاده از باز سازی شناختی که یک راه کاهش پریشانی عاطفی است تاثیر منفی گذاشته و انعطاف پذیری شناختی بیشتر به افراد اجازه داد که بر روش های جایگزین تغییرات شناختی تمرکز بیشتر داشته باشند. انعطاف پذیری فرد را قادر می سازد که در برابر فشارها، چالش ها، و سایر مسایل عاطفی و اجتماعی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). به علاوه انعطاف پذیری در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت نقش مهمی دارد (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲). ماسودا، مانداوایا و تالی^۲ (۲۰۱۴) در مطالعه خود به بررسی نقش انعطاف پذیری شناختی در بروز برخی بیماری های روانی از جمله اختلال جسمانی کردن، افسردگی و اضطراب پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد انعطاف پذیری شناختی درک و شناخت ما را از طیف وسیعی از مشکلات روان شناختی

1. Johnco, Wuthrich & Rappee

2. Masuda, Mandavia & Tully

شامل:

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: که شامل سوالاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و سایر اطلاعات شخصی بود.

۲- پرسشنامه استرس ادراک شده: این مقیاس توسط کوهن، کاماراک و مرمستین (۱۹۸۳) به منظور سنجش استرس ادراک شده طراحی شده است. این آزمون دارای ۱۴ عبارت است که میزان افکار و احساسات فرد را در طول ماه گذشته بررسی می نماید و نمره گذاری هر سوال به صورت عبارت های هرگز (۰)، به ندرت (۱)، تا حدودی (۲) اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) می باشد. در این مقیاس حداقل نمره (صفر) و حداکثر آن ۵۶ است. کسب نمره بالاتر به معنی استرس ادراک شده ی بیشتر است. کوهن، کاماراک و مرمستین (۱۹۸۳)، پایایی آزمون - بازآزمون رامعادل ۸۵٪ محاسبه کرده اند و همبستگی درونی این آزمون نیز از ۸۴٪ تا ۸۶٪ محاسبه شده است. در ایران نیز محمدی یگانه، باستانی، فیضی، آگیلاروفایی و حقانی (۱۳۸۷) و همچنین باستانی، رحمت نژاد، جهدی و حقانی (۱۳۸۷) در مطالعات خود پایایی ابزار را باروش های همسانی درونی تایید نموده اند و آلفای کرونباخ آن را ۷۴٪ گزارش نموده اند. همچنین در پژوهش سعادت، اصغری و جزایری (۱۳۹۴) پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه تنظیم هیجان^۱: این پرسشنامه

نمونه در پژوهش ۲۰۰ نفر و نمونه مورد بررسی شامل ۱۰۰ نفر از بیماران گوارشی بود که از بین جامعه آماری فوق الذکر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شده و به پرسشنامه های مطالعه پاسخ دادند و در ادامه، پس از پایان یافتن پاسخ گویی گروه بیمار، ۱۰۰ نفر از همراهان که تا به حال تجربه ی مشکلات گوارشی نداشته و در این زمینه مراجعه ای هم به پزشک نداشتند، به عنوان گروه بهنجار (جهت مقایسه با گروه بیمار) و به شیوه در دسترس انتخاب شده و پرسشنامه ها در اختیارشان قرار گرفت (به جهت همتا سازی مناسب و عدم تاثیر پذیری گروه سالم در پاسخ گویی به سوالات از گروه بیماران از همراهان بیمارانی که در مطالعه حضور نداشتند استفاده شد). در نهایت به دلیل عدم پاسخ گویی کامل به پرسشنامه ها توسط تعدادی از آزمودنی ها حجم نمونه به ۱۸۴ نفر تقلیل یافت (گروه بیمار: ۹۲ نفر و گروه بهنجار: ۹۲ نفر). معیارهای ورود به مطالعه برای گروه بیماران شامل داشتن مشکل گوارشی، دارابودن سن در محدوده ی ۳۰ تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری مزمن و یا جدی همزمان با مشکل گوارشی، داشتن سواد خواندن و نوشتن جهت فهم عبارات پرسشنامه و پاسخگویی به آنها و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش بود. گروه افراد بهنجار از نظر متغیرهای سن، جنس و نداشتن بیماری مزمن و جدی با گروه بیمار همتا سازی شدند. ابزار عمده ی مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بود. پرسشنامه های مورد استفاده

1. Emotion regulation questionnaire

پرسشنامه که توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه است که شامل بیست سؤال می باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. شیوه‌ی نمره گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی می باشد که حداقل نمره آزمودنی ۲۰ و حداکثر نمره در این مقیاس صد و چهل است. نمرات بالا در این مقیاس، بیانگر انعطاف پذیری شناختی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر انعطاف پذیری شناختی پایین است و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد: ۱- میل به درک موقعیت های سخت به عنوان موقعیت های قابل کنترل (ادراک کنترل پذیری)، ۲- توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها (ادراک توجیه رفتار) و ۳- توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت های سخت (ادراک گزینه های مختلف). بر اساس پژوهش دنیس و وندروال (۲۰۱۰) پرسشنامه‌ی حاضر از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار بود. همچنین پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل پذیری و ادراک گزینه های مختلف را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به دست آوردند، به علاوه روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی افسردگی بک، برابر با ۰/۳۹- و روایی

توسط گروس و جان^۱ (۲۰۰۳) ساخته شده است. دارای ده ماده بوده و از دو خرده مقیاس تشکیل شده که مربوط به دو راهکار متفاوت نظم جویی هیجان است. بازداری هیجانی فرونشانی^۲ (۴ماده) و ارزیابی مجددشناختی^۳ (۶ ماده). در این پرسشنامه، از آزمودنی سوال هایی درباره زندگی هیجانی وبه ویژه چگونگی کنترل هیجانانش پرسیده می شود. سوال ها با استفاده از نمرات از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) ارزیابی می شوند. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است (بالزاروتی، جان و گراس، ۲۰۱۰)^۴. در پژوهش گراس و جان (۲۰۰۳) اعتبار باروش آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد به طور متوسط ۰/۷۹ و برای بازداری ۰/۷۳ به دست آمده است و باروش آزمون - بازآزمون در طول ۳ ماه برای هر دو مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. در ایران نیز بر اساس پژوهش نریمانی، ابوالقاسمی و واحدی (۱۳۹۲) ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ و همچنین در خرده مقیاس فرونشانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ بود. سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های ارزیابی مجدد ۰/۷۱ و فرونشانی ۰/۸۱ گزارش کردند.

۴- پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی^۵: این

1. Gross, & John
2. supression
3. reappraisal
4. Balzarotti, John & Gross
5. Cognitive Flexibility Inventory

بسیار مطلوب و پایایی آن به شیوه ضریب آلفای کرونباخ ۷۵٪. محاسبه و گزارش شده است.

همگرای آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین ۷۵٪ بود. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه طی پژوهش

یافته ها

باتوجه به نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن در افراد بیمار به ترتیب ۳۹/۸۲ و ۶/۲۲ و در افراد بهنجار ۳۹/۷۰ و ۶/۲۳ بوده و دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۳۰ تا ۵۰ سال بود.

جهت توصیف داده ها از امار توصیفی و جهت پاسخگویی به هدف پژوهش از امار استنباطی استفاده شد.

جدول ۱. آمارهای توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان به تفکیک گروه های مورد مطالعه

گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
بیمار	۳۹/۸۲	۶/۲۲	۳۰	۵۰
بهنجار	۳۹/۷۰	۶/۲۳	۳۰	۵۰

در جدول شماره ۳ امار توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه بیماران دستگاه گوارش و گروه بهنجار نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در گروه بیمار ۴۸ نفر زن و ۴۴ نفر مرد و در گروه بهنجار، ۴۷ نفر زن و ۴۵ نفر مرد شرکت داشتند.

جدول ۲. فراوانی شرکت کنندگان بر اساس جنسیت به تفکیک گروهها

جنسیت	گروه		کل
	بیمار	بهنجار	
زن	۴۸	۴۷	۹۵
مرد	۴۴	۴۵	۸۹
کل	۹۲	۹۲	۱۸۴

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
استرس ادراک شده	بیمار	۲۵/۹۱	۶/۰۶
	بهنجار	۲۲/۸۷	۷/۶۶
راهبرد سرکوبی هیجان	بیمار	۱۴/۷۰	۳/۷۹
	بهنجار	۱۳/۷۸	۵/۰۴
راهبرد ارزیابی مجدد شناختی	بیمار	۲۴/۱۵	۵/۱۷
	بهنجار	۲۵/۱۳	۴/۵۸
انعطاف پذیری شناختی	بیمار	۸۰/۵۷	۹/۰۲
	بهنجار	۸۵/۲۰	۷/۲۳
ادراک کنترل پذیری	بیمار	۳۰/۲۰	۶/۰۹
	بهنجار	۳۳/۹۸	۵/۷۸
ادراک توجیه رفتار	بیمار	۷/۲۶	۲/۴۸
	بهنجار	۶/۸۲	۲/۱۳
ادراک گزینه های مختلف	بیمار	۴۲/۸۸	۹/۲۳
	بهنجار	۴۴/۴۳	۶/۴۴

نتایج جدول فوق نشان می دهد میانگین نمرات استرس ادراک شده در گروه بیمار (۲۵/۹۱) و بالاتر از گروه بهنجار (۲۲/۸۷) و همچنین میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی و ادراک کنترل پذیری (زیرمقیاس انعطاف پذیری شناختی) در گروه بهنجار به ترتیب (۸۵/۲۰) و (۳۳/۹۸) و بالاتر از گروه بیمار (۸۰/۵۷) و (۳۰/۲۰) بود.

باتوجه به هدف پژوهش و به منظور بررسی تفاوت گروه های مورد مقایسه از نظر استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی از تحلیل واریانس چند متغیره

استفاده شد. قبل از به کار گیری این آزمون، مفروضه های آن به وسیله آزمون باکس و لوین مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس در گروه های مورد پژوهش از آزمون باکس استفاده گردید که نتایج مربوط به آن نشان داد که شرط مربوطه به خوبی رعایت شده است (Box's M = ۴۶/۵۲, F: ۱/۸۳, P=۰/۰).

جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس های بین گروهی از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها، می توان بیان نمود که شرط برابری واریانس های بین گروهی برای همه متغیرها رعایت گردیده است.

با توجه به نتایج اخذ شده از آزمون های باکس و لوین، در بررسی هدف از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج مربوطه در جدول ۵ آمده است.

جدول ۴. آزمون لوین جهت بررسی متغیرهای پژوهش در گروه ها

شاخص	DF1	DF2	F	Sig
استرس ادراک شده	۱	۱۸۲	۲/۰۵	۰/۱۲
راهبرد سرکوبی هیجان	۱	۱۸۲	۰/۰۱	۰/۱۵
راهبرد ارزیابی مجدد شناختی	۱	۱۸۲	۲/۳۴	۰/۴۹
انعطاف پذیری شناختی	۱	۱۸۲	۳/۱۸	۰/۰۶
ادراک کنترل پذیری	۱	۱۸۲	۰/۱۶	۰/۶۹
ادراک توجیه رفتار	۱	۱۸۲	۱/۷۵	۰/۱۹
ادراک گزینه های مختلف	۱	۱۸۲	۳/۰۸	۰/۰۷

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	SS	Df	MS	F	Sig	Eta
استرس ادراک شده	۴۲۶/۰۹	۱	۴۲۶/۰۹	۸/۹۴	۰/۰۱	۰/۰۵
راهبرد سرکوبی هیجان	۳۸/۳۵	۱	۳۸/۳۵	۱/۹۳	۰/۱۷	-
راهبرد ارزیابی مجدد شناختی	۴۴/۰۲	۱	۴۴/۰۲	۱/۸۵	۰/۱۸	-
انعطاف پذیری شناختی	۹۸۶/۲۸	۱	۹۸۶/۲۸	۱۴/۷۶	۰/۰۱	۰/۰۸
ادراک کنترل پذیری	۶۵۸/۱۷	۱	۶۵۸/۱۷	۱۸/۶۹	۰/۰۱	۰/۰۹
ادراک توجیه رفتار	۹/۱۴	۱	۹/۱۴	۱/۷۲	۰/۱۹	-
ادراک گزینه های مختلف	۱۱۱/۱۴	۱	۱۱۱/۱۴	۱/۷۶	۰/۱۹	-

تنظیم هیجان (سرکوبی هیجان و ارزیابی مجدد شناختی) و دو زیر مقیاس دیگر انعطاف پذیری شناختی (ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه های مختلف) در بین دو گروه تفاوت معنادار آماری دیده نشد.

بر اساس نتایج جدول فوق، بین مؤلفه های استرس ادراک شده با: ($F= ۸/۹۴$) و ($P < ۰/۰۵$)، انعطاف پذیری شناختی با: ($F= ۱۴/۷۶$) ($P < ۰/۰۵$) و ادراک کنترل پذیری (زیرمقیاس انعطاف پذیری شناختی) با: ($F= ۱۸/۶۹$) ($P < ۰/۰۵$) در دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت و در زمینه راهبردهای

نتیجه گیری و بحث

مرگ و میر در جهان شناخته می شوند، استرس می باشد (بلوم و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش های مختلفی نیز ارتباط استرس ادراک شده بیماری های گوارشی را متذکر شده اند، به عنوان نمونه نتیجه ی پژوهش ادمن و همکاران (۲۰۱۷) وال جوتسون (۲۰۱۱) مویید این مطلب است که در بیماران گوارشی، به طور گسترده ای استرس ادراک شده با ویژگی های کیفیت زندگی ارتباط داشته و کیفیت کلی زندگی در آنان به طور معنا داری پایین تر از جمعیت عمومی بود. در واقع سطح بالای استرس ادراک شده در بیماران گوارشی می تواند هم آنان را در برخورد با شرایط پایین آورده وهم در انتخاب راهبردی مناسب جهت مقابله با آن شرایط تأثیری منفی داشته باشد و باعث بروز و تشدید بیماری در آنها شده و در پی آن کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد. همانگونه که مطالعه مسعود نیا پورنقی و باهمت (۱۳۹۵) و خرامین و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد بیماران گوارشی در مقایسه با گروه سالم به میزان بیشتری از شیوه های هیجانی، نامطلوب و منفی مقابله با استرس استفاده می کردند. با توجه به مطالب مطرح شده به خوبی می توان وجود تفاوت معنادار بین دو گروه بیمار و بهنجار در زمینه استرس ادراک شده در پژوهش حاضر را توجیه نمود.

همچنین نتایج حاکی از این امر است که بین دو گروه بیمار و بهنجار در میزان استفاده از راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی

یافته های پژوهش نشان داد که بین دو گروه بیماران گوارش و افراد بهنجار از نظر میزان استرس ادراک شده تفاوت معنادار وجود داشت و میانگین نمره ی استرس ادراک شده در بیماران گوارش بالاتر از گروه بهنجار بود که با نتایج پژوهش های ادمن و همکاران (۲۰۱۷)، ال جوتسون (۲۰۱۱)، ورهاک (۱۹۹۷)، مسعود نیا پورنقی و باهمت (۱۳۹۵) و خرامین و همکاران (۱۳۸۷) همسو می باشد. در تبیین این نتیجه باید اذعان داشت، پژوهش ها حاکی از این امر است که میزان ادراک استرس در افراد مبتلا به بیماری بیماری های گوارشی بیشتر بوده است. از آنجایی که دردیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) این افراد هستند که استرس را بودن و یا نبودن یک رویداد رامشخص می کنند، در نتیجه هر قدر افراد موقعیتی را استرس آورتر پیش بینی و درک کنند احتمال بروز واکنش منفی و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در مقابله با عامل استرس را در آنها بیشتر خواهد شد و استفاده از راهبردهای غیرانطباقی نیز می تواند باعث ایجاد ناهماهنگی در افراد شده و زمینه ایجاد اختلالات روانی را در آنها فراهم نماید. قرار گرفتن در موقعیت های استرس آور مخصوصا اگر این شرایط برای مدت طولانی ادامه یابد و در صورتی که فرد این شرایط را بیش از اندازه استرس آور تلقی نماید می تواند زمینه ساز بروز مشکلات جسمی و روانی در فرد شود. به عنوان مثال یکی از عوامل موثر در بیماری های قلبی و سرطان که دو عامل مهم

شناختی و ادراک کنترل پذیری (زیر مقیاس انعطاف پذیری شناختی) تفاوت معنادار وجود داشت که با نتایج پژوهش های یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴)، علی اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۲)، بافنده و همکاران (۱۳۹۳)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، محمدی و سامانی (۱۳۹۴)، بیگدلی و همکاران (۱۳۹۵)، مبنی بر پایین بودن انعطاف پذیری شناختی در گروه های بیمار نسبت به گروه عادی و بهنجار به صورت مستقیم و با نتایج پژوهش های سلطانی و همکاران (۱۳۹۲)، جانکو و همکاران (۲۰۱۴)، ماسودا و همکاران (۲۰۱۴) و دنیس و ندروال (۲۰۱۰). مبنی بر اثراتی که وجود و یا عدم وجود انعطاف پذیری بر افراد دارد به طور غیر مستقیم همسویی دارد. نتیجه پژوهش حاضر در این بخش حاکی از بالاتر بودن انعطاف پذیری شناختی و ادراک کنترل پذیری در گروه بهنجار بود. در تبیین این نتیجه باید به این مطلب اشاره نمود، از انجایی که انعطاف پذیری شناختی به توانایی انسان جهت سازگار کردن راهکارهای شناختی به منظور مواجهه با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط تعبیر می شود (کاناس و همکاران، ۲۰۰۳). لذا افراد بهنجار که انعطاف پذیری شناختی دارند در شرایط غیرمنتظره، جدید و یا تهدیدکننده، قادرند ابعاد مختلف موقعیت را بررسی و اطلاعات خود را سازمان دهی کنند و بهترین گزینه را جهت سازگاری با شرایط انتخاب نمایند، این افراد می توانند مشکلات و موقعیت های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه ها و

تفاوت معناداری وجود نداشت، با مقایسه ی آن با نتایج پژوهش های پیشین نتیجه ای همسو یافت نشد. البته ذکر این مطلب اهمیت دارد که توانایی مدیریت موقعیت های هیجانی می تواند به فرد کمک کند تا از بروز هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری کند. برطبق پژوهش های انجام شده از آنجایی که راهبرد ارزیابی مجدد، به معنای تغییر دادن شناخت درباره موقعیت هیجانی است و از دانش به عنوان سیستم تولید هیجان استفاده می کند (میر و همکاران، ۲۰۱۲). لذا استفاده از این راهبرد می تواند از بروز عواقب منفی در فرد جلوگیری نموده و راهبرد قابل اطمینانی در کنترل موقعیت های هیجانی باشد که در پژوهش های بسیاری این امر تایید شده است. درحالی که فرونشانی نوعی تعدیل پاسخ است و به عنوان مهار رفتار در نظر گرفته می شود (گروس، ۲۰۰۲). در واقع افرادی که در موقعیت های هیجانی به طور مکرر از راهبرد فرونشانی استفاده می کنند بیشتر در معرض تجربه هیجان های منفی هستند و در مقابل هیجان های مثبت کمتری نیز خواهند داشت و به این ترتیب می توان گفت آسیب های روانی شدیدتری را نیز تجربه خواهند کرد (آلداو، نولن - هوکسما، ۲۰۱۲ و کریستف و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش ها نشان داده، انتخاب نوع راهبرد تنظیم هیجان در میزان تجربه ی انواع آسیب های روانی نقش داشته است. در ادامه، یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه از نظر میزان انعطاف پذیری

شناختی سبب ایجاد آسیب شده و آسیب های تحمیل شده سبب کاهش توان بیشتر بیماران می شود که قطعا در چگونگی برخورد با موقعیت های بعدی نیز تأثیری منفی خواهد داشت، لذا می توان نتیجه گرفت انعطاف پذیری شناختی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت نیز نقش مهمی داشته باشد (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲). بر طبق نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه وجود استرس ادراک شده ی بیشتر در بیماران دستگاه گوارش و انعطاف پذیری شناختی کمتر در آنها و با توجه به اهمیت این فاکتورها در کیفیت زندگی، پیشنهادی که می توان مطرح کرد این است که از دوران ابتدایی، سبک های درست و سازگارانه ی مقابله با استرس و چگونگی برخورد درست و کارآمد با شرایط و موقعیت های استرس آور و غیرمنتظره (جهت افزایش انعطاف پذیری شناختی افراد) در قالب برنامه های مهارت های زندگی به صورت مستمر و حتی به عنوان یکی از دروس اصلی، آموزش داده شود و این آموزش ها تا دوران دانشگاه نیز ادامه یابد. قطعا با این آموزش ها می توان آگاهی افراد را در مورد چگونگی برخورد مناسب با موقعیت های ویژه در زندگی بالا برده و از بروز بسیاری از اختلالات در آینده پیشگیری کرد. مانند سایر پژوهش هایی که از پرسشنامه استفاده می کنند در این پژوهش نیز به دلیل استفاده از مقیاس خودگزارشی امکان سوءگیری در پاسخ ها وجود دارد که می توان از آن به عنوان محدودیت پژوهش نام برد.

ایده های جایگزین را ارائه کنند (دیبری، ۲۰۱۲). در مقابل بیماران که انعطاف پذیری شناختی کمتری دارند بر عقاید خود که گاه برایشان عواقب منفی به دنبال دارد، اصرار دارند و این اصرار سبب ایجاد احساس عدم کنترل اوضاع در آنها شده و نوعی درماندگی آموخته شده در آنها شکل خواهد گرفت که در نهایت سبب شکل گیری سبک تبیینی بدبینانه در آنها خواهد شد. طبق مطالعات این افراد به سختی می توانند یادگیری های اولیه خود را فراموش کنند که به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می رساند (کار بونلا و تیمپانو، ۲۰۱۶). پایین بودن انعطاف پذیری شناختی و تبعات آن به مرور زمان می تواند زمینه بروز اختلالات روانی را در آنها فراهم آورد. همانطور که مطالعات فراوانی نیز موید این مطلب است. ماسودا و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود به بررسی نقش انعطاف پذیری شناختی در بروز برخی بیماری های روانی از جمله اختلال جسمانی کردن، افسردگی و اضطراب پرداختند. در بیماران گوارشی نیز، سطح پایین انعطاف پذیری شناختی و عدم کنترل موقعیت های جدید مانع از اخذ تصمیمی درست در جهت سازگارشده با شرایط در آنها شده و در نتیجه سبب آسیب پذیری آنها خواهد شد که این آسیب ها می تواند در ادامه روند بیماریشان نیز تأثیر منفی داشته باشد، در واقع ارتباطی دوسویه بین موقعیت های پیش آمده و آسیب های وارده بر آنها وجود دارد، چرا که قرار گرفتن در این شرایط و عدم برخورداری از انعطاف پذیری

و همراهانسان که در این پژوهش شرکت کرده و ما را در جهت رسیدن به اهداف مورد نظر یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

سپاسگزاری

در خاتمه از اساتید محترم دانشگاه پیام نور که با راهنمایی های ارزنده خود سبب پیشبرد بهتر مطالعه شدند و همچنین کلیه بیماران

منابع

سعادت، س؛ اصغری و جزایری، ر (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و حمایت های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۵ (۱۲)، ۶۷-۷۸.

افنده قراملکی، ح؛ احمدی، ع. ا و شادمان سادات محله، م. (۱۳۹۳). «مقایسه انعطاف پذیری شناختی، نظریه ذهن و سیستم های مغزی- رفتاری در افراد مصروع غیر مصروع». پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. تبریز، دانشکده شهید مدنی.

سلطانی، ا؛ شاره، ح؛ بحرینیان، س. ع و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). «نقش واسطه ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک های مقابله ای و تاب آوری با افسردگی». *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۱۸ (۲)، ۸۸ - ۹۶.

بیگدلی، ا. ا؛ بادین، م و صباحی، پ. (۱۳۹۵). «مقایسه انعطاف پذیری شناختی، نظریه ذهن و حافظه کاری در دانشجویان دارای نشانه های وسواسی- جبری و گروه بهنجار». *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۱۸ (۴)، ۲۴-۳۷.

سلیمانی، ا و حبیبی، ی (۱۳۹۴). ارتباط بین تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۳ (۴)، ۷۲-۵۱.

حیدری راد، ح؛ شفیع، م و بشرپور، س. (۱۳۹۵). «مقایسه نگرش های ناکارآمد و انعطاف پذیری شناختی در زنان با وبدون سابقه طلاق». *فصلنامه علمی- پژوهشی زن و فرهنگ*، ۱ (۳۰)، ۱۱۲-۱۰۳.

علی اکبری، م؛ علی پور، ا؛ محمدی، ن و دقاق زاده، ح. (۱۳۹۴). «الگوی ساختاری روابط بین دشواری های تنظیم هیجانی، مشکلات روانشناختی، جسمانی سازی و شدت علائم گوارشی در اختلالات گوارشی عملکردی».

خرامین، ش. ع؛ نیلی، ح؛ محمدی، ع و مبشری، ق. (۱۳۸۷). «مقایسه ی شیوه های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده و دوازدهه، سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی». *مجله ارمغان دانش*، ۱۳ (۲)، ۹۵-۱۰۴.

- مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۳ (۳۲۱)، ۲۸-۴۴.
- علی اکبری دهکردی، م؛ صالحی، ش و رضایی، ا. (۱۳۹۲). «مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی». فصلنامه علمی، پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲(۲)، ۱۸-۳۲.
- فاضلی، م؛ احتشام زاده، پ و هاشمی شیخ بهانی، ا. (۱۳۹۳). «اثر بخشی درمان شناختی، رفتاری برانعطاف پذیری در افراد افسرده». اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۹ (۳۴)، ۲۷-۳۶.
- قاسمی، م؛ حاتمی، م؛ حسنی، ج. (۱۳۹۵). «اثر بخشی بهره گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در ذهن آگاهی، تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن». فصلنامه علمی، پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵(۱۸)، ۶۹-۸۶.
- قراء زیبایی، ف؛ علی اکبری دهکردی، م؛ علیپو، ا و محتشمی، ط. (۱۳۹۱). «اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی براسترس ادراک شده وامید به زندگی در بیماران مبتلا به ام اس». نشریه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۴)، ۱۲-۲۰.
- قربانی تقلید آباد، ب و تسبیح سازان مشهدی، ر. (۱۳۹۵). «رابطه ی مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر». مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی ۱۰ (۳۹)، ۱۷-۲۶.
- کریمی افشار، ع؛ شعبانیان، گ؛ سعید تالشی، ل و منظری توکلی، و. (۱۳۹۷). «بررسی تاثیر مداخله ی تنظیم هیجان گروهی برتاب آوری واضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان». فصلنامه علمی، پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷(۱)، ۹۵-۱۰۵.
- محمدی، ن. ا؛ سامانی، ب. (۱۳۹۴). «مقایسه ی انعطاف پذیری روانشناختی و طرحواره های هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری و افراد عادی». پایان نامه کارشناسی ارشد. شیراز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- محمدی یگانه، ل؛ باستانی، ف؛ فیضی، ز؛ آگیلاروفایی، م و حقانی، ح. (۱۳۸۷). «تاثیر آموزش کنترل استرس برخلق و استرس درک شده در زنان مصرف کننده ی قرص های ضدبارداری». فصلنامه پرستاری ایران، ۲۱(۵۳)، ۷۳-۶۳.
- مسایلی، ن؛ خیرآبادی، غ؛ افشار، ح؛ مراتی، م. ر؛ دقاق زاده، ح؛ روح افزا، ح. ر. (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت

- یادگیری، ۲(۴)، ۱۷۶-۱۵۴.
- نریمانی، م؛ میکاییلی، ن؛ بشرپور، س و شاه محمد زاده، ی. (۱۳۹۳). «مقایسه انعطاف پذیری شناختی، سوگیزی توجه و حافظه هیجانی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، سیگاری و افراد عادی». پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی.
- یعقوبی، ح؛ برادران، م؛ رنجبر نوشری، ف و جوکی چگینی، م. (۱۳۹۴). «بررسی تطبیقی باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف بیماران کرونری قلب و افراد سالم». فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۰(۳۷)، ۲۲۴-۲۱۱.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217-237.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281.
- Arndt, J. E., & Fujiwara, E. (2014). Interactions Between Emotion Regulation and Mental Health. *Austin Journal of Psychiatry Behavioral Science*, 1(5), 1021.
- Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Journal of Cognition & Emotion*, 23, 1181-1220.
- Balzarotti, S., John, O.P. & Gross, J.J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 61-67.
- Blum, C. A., Borglund, S., & Parcels, D. (2010). High - fidelity nursing simulation: Impact on student self-confidence and clinical competence. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 1548-1549.
- Canas, J., Quesada, J. F., Antoli, A., Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic
- علامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر». *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۱)، (پیاپی ۵۰)، ۳۹-۴۴.
- مسعودنیا، ا؛ پورنقی، س. ج و باهت، ز. (۱۳۹۵). «مقایسه راهبردهای مقابله ای در برابر شرایط استرس زا در افراد با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم ۲۰ تا ۵۰ سال». *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱(۲)، ۳۴۱-۳۵۲.
- نریمانی، م؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، ع و احدی، بتول (۱۳۹۲) مقایسه اثربخشی پذیرش / تعهد و تنظیم هیجانات در تعدیل دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *مجله ناتوانی*

- complex problem -solving tasks .
Journal of Ergonomics, 46 (5), 482–501.
- Carbonella, J.Y., & Timpano, K. R. (2016). Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Journal of Behavior Therapy*, 47(2), 262-273.
- Carlson. J. M., Dikecligil. G. N., Green berg. T & Mujic_parodi. L.R., (2012). trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of reseaech in personality*, 46(5), 609-613.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy ,T.& Delelis, G. (2009). Assessment of two emotion regulation processes: Expressive suppression and cognitive reappraisal. *Journal of European Review Of Applied Psychology*, 59(1), 59-67.
- Cohen ,S., Kamarak ,T,& Mermelstein, R.(1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Society Behavior*, 24(4), 385-396.
- DeBerry, L. (2012). The relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators. Honors Theses. Southern. The University of Southern Mississippi.
- Dennis, J. P., Vander Wall, J .S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory. Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 34 (3), 241–253.
- Edman, J. S ., Greeson, J. M., Roberts, R. S., Kaufman, A. B., Abrams, D.I., Dolor, R. G., & Wolever, R.Q. (2017). Perceived Stress in Patients with Common Gastrointestinal Disorders: Associations with Quality of Life, Symptoms and Disease Management . *Journal of Science and Healing* ,13(2): 124-128.
- Gross, J. J. (Ed.). (2007). Handbook of emotion regulation. New York Guilford Press.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Journal of Psychophysiology*, 39(3), 281–291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348 -362.
- Houser, R. M., springer, K. W., & Pudrovsk, T. (2016). "Temporal structures of psychology well being: Continuity or Change". Presented at the 2005 Meetings of the Gerontological society of America, orlando, Florida. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 874-882.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M. & Rappee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: results of a pilot study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 57,55-64.
- Lazarus, R, S., & Folkman ,S . (1984). Stress ,appraisal ,and coping. New

- York springer.
- Leahy, R. L., Tirch, D ., & Napolitano, L. A. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's Guide. Guilford press.
- Ljotsson, B., Hedman, E., Linfors, P., Hursti, T., Linfors, N., Anderson, G., Ruck, C. (2011). Long-term follow up of internet-delivered exposure and mind fulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Journal of Behavior research and therapy*, 49(1), 58-61.
- Martin, M.M., Staggars, M. S., & Anderson, C.M.(2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Journal of Communication Research Reports*, 28(3), 275-280.
- Masuda , A., Mandavia, A., & Tully, E.C. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American, Journal of Psychology*, 5(3), 230-236.
- Meyer, T., Smeets, T., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2012). The efficiency of reappraisal and expressive suppression in regulating everyday affective experiences. *Journal of Psychiatry Research*, 200(2-3), 964-969.
- Moitra , E. & Gaudiano , B.A. (2016). psychological flexibility model of medication adherence in psychotic spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 252-257.
- Ortega, L. A., Tracy, B. A., Gould, T. J. & Parikh, V. (2013). Effects of chronic low- and high - dose nicotine on cognitive flexibility in C57BL/6J mice. *Journal of Behavioural brain research*, 238, 134-145.
- Owyang, C. H. (2012). Irritable Bowel Syndrome. In: Longo D. L, Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J., editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed. Usa: Mc Graw-Hill Companies Inc perss, P, 2496-2501.
- Sadock, B. J., & Sadock ,V.A., (2007) . Psychosomatic medicine. In Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, (10thed). Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins.
- Thaker, R. & Verma, A. P.(2014). A study of perceived stress and coping styles among mid Adolescents. *National Journal of Physiology ,Pharmacy and Pharmacology*, 4(1), 25-28.
- Verhaak, P. F. (1997). Somatic disease and psychological disorder. *Journal of psychosomatic research* ,42(3) ,261-273.