



## پیش بینی سبکهای مقابله ای بر اساس ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم

### روده تحریک پذیر

دکتر سارا پاشنگ

نویسنده مسئول، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج

Sarahpashang@yahoo.com

غزاله ترناس

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی کرج

Gh.tarnas@yahoo.com

سیده سعیده حسینی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

دکتر مرجان حسین زاده تقوایی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج

### چکیده:

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف پیش بینی سبک های مقابله ای براساس ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد. **روش:** ۱۲۰ فرد (۷۲ زن و ۴۸ مرد) مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مطب ها و کلینیک های گوارش شهر تهران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، قبل از اجرای آزمون باتوجه به معیارهای ورود به پژوهش، ابتدا ویژگی های دموگرافیک هر فرد مشخص گردید و برای اطمینان از مبتلا نبودن به اختلال روانی یا بیماری جسمانی غیر از IBS از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد و پس از آن دو پرسشنامه سبک های مقابله ای فولکمن-لازاروس (CSQ) و پرسشنامه ویژگی های نه گانه شخصیتی ریزو-هادسون (RHETI) تکمیل شد. داده ها با استفاده از روش های آماری ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیره تحلیل شدند. **یافته ها:** بررسی نتایج پژوهش نشان داد که متغیر پیش بین ویژگی های شخصیتی (یاری دهنده و وفادار) قادر به پیش بینی سبک مقابله ای مسأله مدار و همچنین متغیر پیش بین ویژگی های شخصیتی (کمال گرایی و چالش طلب) قادر به پیش بینی سبک مقابله ای هیجان مدار بیماران است. **نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد ویژگی های شخصیتی توان پیش بینی سبک های مقابله ای را در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارا هستند. لذا پیشنهاد می شود در طرح درمان بیماران مبتلا به IBS ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای آنان نیز بررسی شود.

**کلید واژه ها:** اینیگرام، سبک های مقابله ای، سندرم روده تحریک پذیر، ویژگی های شخصیتی



### Abstract:

**Introduction:** the main propose of this current study is to predict some coping styles based on individuals personality characteristics with Irritable Bowel Syndrome. **Methods:** the participants included: 120 people (72 female& 48 male) with Irritable Bowel Syndrome that referred to gastroenterology offices and clinics in Tehran to prepare sampling method in available and all selected in this ways. Before preforming test, with regarding to input criteria for this researching, first determined demographics properties for each participant and in order to ensure of the lack of psychiatric disorders or physical problem except IBS, used of general health Questionnaires (GHQ). How ever, after that, two other questionnaires in the field of coping styles such as Folk-lazaros (CSQ) & Features nine personality questionnaire as Rizo- Hodson (RHETI) were completed. The obtained data were analyzed by using Correlation and regression multivariate statistical methods under SPSS20 program. **Founds:** the obtained results indicated that the predictor variable for Personality characteristics such as (helper, loyal) are able to predict the thematic coping style and also the Predictor variables related to personality characteristics such as (Perfectionist, challenged)are able to predict emotional copying style for patients. **Results:** this particular study indicated that the personality characteristics are able to predict some copying styles in patients with irritable Bowel Syndrome. In treatment plans for patients with IBS, the personality characteristics and copying strategies for them will be considered in this way.

**Key words:** Enneagram, coping style, irritable bowel syndrome, personality traits



## مقدمه

اختلالات روان تنی واکنش‌های غیر طبیعی جسمی به هیجانات فشارآور، تصادفات و موقعیت‌هاست. بنا به عقیده برخی از دانشمندان، موضوعات روانشناختی و فیزیولوژیکی صرفاً دو روی یک سکه اند. ولی تفسیر چگونگی ارتباط آنان در معرض سوء تعبیرهای زیادی قرار گرفته است. پزشکی روان تنی که بر وحدت روان و تن و تعامل بین آنها تأکید می‌کند اعتقادش براین است که عوامل روانشناختی در شروع، پیشرفت، تشدید یا وخامت بیماری یا در زمینه سازی و واکنش به بیماری، قابل بحث بوده و از اختلالی به اختلال دیگر فرق می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۱). بنابراین امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً تمامی بیماری‌های جسمانی بالقوه با فشارهای روانی مرتبط هستند. استرس‌ها و مشکلات روانشناختی می‌توانند روی تمام دستگاه‌های بدن از جمله: قلب و عروق، دستگاه تنفس، غدد برون ریز، پوست، دستگاه ایمنی و دستگاه گوارش اثر داشته باشند. استرس و پاسخ‌های هیجانی به استرس می‌توانند عملکرد سیستم گوارشی را تحت تأثیر قرار دهند. نقش عواطف و هیجانات مختلف بر گوارش کاملاً اثبات شده است و در این حیطه سندرم روده تحریک پذیر بیشتر مورد توجه بوده است. همچنین در عصر کنونی شناخت ویژگی‌های شخصی افراد در بسیاری از موقعیتهای زندگی ضرورت پیدا می‌کند. و از آنجا که می‌دانیم کارایی افراد در شغل، موفقیت آنها در تحصیل، اثربخشی روش‌های درمانی و بروز و ظهور بیماری‌های مختلف با خصایص شخصیتی او رابطه دارد. باتوجه به این که علت و درمان طبی خاصی برای سندرم روده تحریک پذیر مشخص نشده است. بر همین اساس نقش عوامل مؤثر دیگر از جمله عوامل روانشناختی و شخصیتی مورد توجه قرار گرفته است. به گفته پژوهشگرانی مانند هاریسون (۲۰۱۲)، لاکمن (۲۰۰۷) بعد از سرماخوردگی معمولی، سندرم روده تحریک پذیر از بین ۲۵ اختلال عملکردی معده - روده شایعترین آنهاست. مرکز پزشکی عمومی انگلیس برآورد کرده است در طول یک هفته حداقل ۸ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر برای اولین بار به پزشک مراجعه می‌کنند (آگاه، فتحعلی، عشایر، ۱۳۸۸). شیوع آن در جوامع غربی ۲۰ درصد، در جوامع آسیایی تا ۷ درصد و در ایران ۶ درصد گزارش شده است (رضایی، ۱۳۹۲). شیوع آن در زنان بیش از مردان است. برای مثال در آمریکا، اکثر کشورهای اروپایی، چین و ژاپن، شیوع آن در زنان بین ۱۴ تا ۲۴ درصد و در مردان بین ۵ تا ۱۹ درصد گزارش شده است. به استثنای هند و سریلانکا، دربقیه کشورهای، زنان بیش از مردان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به متخصصان مراجعه می‌کنند. بیماری سندرم روده تحریک پذیر یک شرایط بالقوه خطرناک برای مبتلایانش ایجاد نمی‌کند ولی این اختلال منبع یک درد مزمن، خستگی و ناتوانی ناشی از آن و در نهایت منتهی به از دست رفتن ساعات مفید کاری یا تحصیلی فرد مبتلا و پایین آمدن کیفیت زندگی شخص می‌شود (هاریسون، ۲۰۱۲، ترجمه صفرپور، ۱۳۹۱). از عوارض دیگر می‌توان به هموروئید و فیشر، سوء تغذیه، کاهش فعالیت‌های اجتماعی را نام برد. یبوست و اسهال که از نشانه‌های این اختلال هستند، هر دو می‌توانند باعث هموروئید و فیشر شوند. اما مهمتر اینکه چون این اختلال اثر مهمی روی کیفیت زندگی دارد می‌تواند عوارض مهمتری ایجاد کند. وقتی فرد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر است خلاصی از علائم در خارج از منزل بسیار مشکل است و این می‌تواند مانع فعالیت اجتماعی گردد. ناراحتی فیزیکی ناشی از سندرم روده تحریک پذیر می‌تواند مانعی برای لذت جنسی فرد باشد یا آنرا دردناک کند (امامی، ۱۳۹۰). هزینه‌های درمانی و مراقبت از سلامتی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بالا می‌باشد به طوری که یک نمونه آن در کانادا به طور سالانه ۳۵۲ میلیون دلار بطور مستقیم و بالغ بر یک بلیون دلار بطور غیر مستقیم برآورده می‌شود (فتاحی نیا، ۱۳۸۸). هزینه‌های این بیماری در آمریکا به طور غیر مستقیم ۳۰ میلیون دلار تخمین زده می‌شود و تعداد روزهای از دست رفته به سبب این بیماری ۸/۵ الی ۲۱/۶ روز می‌باشد که تخمین هزینه غیرمستقیم آن ۳۳۴۴ - ۳۵۵ دلار بوده است که نتیجه آن تأثیر اقتصادی زیادی را دربردارد (فتاحی نیا، ۱۳۸۸). اتیولوژی این اختلال پیچیده و نامشخص است. رایج ترین تئوری آن است این بیماری در تعامل بین مغز و دستگاه گوارش پدید می‌آید (حقایق، ۱۳۸۹). البته نقش احتمالی فعالیت‌های غیرطبیعی حسی - حرکتی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و محیطی، عوامل داخل مجرای، ژنتیک، فاکتورهای غذایی، التهاب و عفونت و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی نیز مطرح می‌باشد (آگاه، فتحعلی، عشایری، ۱۳۸۸). نفوذ استرس‌های روانی اجتماعی و فاکتورهای عاطفی در ایجاد و تداوم علائم اختلال و پیش آگهی آن مطرح می‌باشد (دیباج نیا، مقدسین، کیخای فرزانه، ۱۳۹۲). اما در مجموع نقش ساختاری مشخصی برای آن شناخته نشده است. اگر چه در مورد نقش استرس در سندرم روده تحریک پذیر باور عمیقی وجود دارد و بیش از نیمی از بیماران اظهار می‌دارند که حوادث فشارزای روانی، علائم گوارشی آنها را بدتر کرده است (یونسی، کافی، امینیان، ۱۳۸۹). با این حال توجهی به راهبردهای مقابله با استرس این بیماران نشده است و پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. در حوزه رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله ای<sup>۱</sup>، می‌توان گفت که سلامت روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و

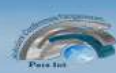
1. Coping Strategies



استفاده از راهبردهای مقابله ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سویی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش زا جهت انتخاب راهکار مقابله ای مؤثر، میسر می‌گردد (غضنفری و قدیم پور، ۱۳۸۷). مروری بر تأثیرات درمان‌های پزشکی نشان می‌دهد این حوزه ی درمانی تاکنون به گروه اندکی از بیماران سندرم روده تحریک پذیر کمک کرده است. پژوهشی بر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان می‌دهد که علی رغم مصرف دارو توسط ۸۰ درصد از بیماران تنها ۲۰ درصد از آنان دارو را در رفع علائم خود مؤثر دانسته اند (گراف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸، به نقل از فتاحی نیا، ۱۳۸۸). و بررسی حاصله نشان دهنده این مطلب است که روان درمانی در دنیا و ایران در پیشگیری و کنترل علائم سندرم روده تحریک پذیر مؤثر بوده است و پژوهش‌های بیشتر متخصصین گوارشی را ترغیب به همکاری با روانشناسان و متخصصین حوزه سلامت در جهت ارتقای بهزیستی شناختی و جسمانی بیماران گرداند. علاوه بر این روانشناسان درگیر با این بیماری نیز به نوبه ی خود به کار بر روی ویژگی شخصیتی بیمار و راهبردهای مقابله ای آنان توجه نمایند. به گفته پژوهشگرانی مانند هاریسون (۲۰۱۲)، لاکمن (۲۰۰۷) بعد از سرماخوردگی معمولی، سندرم روده تحریک پذیر از بین ۲۵ اختلال عملکردی معده - روده شایعترین آنهاست. مرکز پزشکی عمومی انگلیس برآورد کرده است در طول یک هفته حداقل ۸ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر برای اولین بار به پزشک مراجعه می‌کنند (آگاه، فتحعلی، عشایر، ۱۳۸۸). شیوع آن در جوامع غربی ۲۰ درصد، در جوامع آسیایی تا ۷ درصد و در ایران ۶ درصد گزارش شده است (رضایی، ۱۳۹۲). شیوع آن در زنان بیش از مردان است. برای مثال در آمریکا، اکثر کشورهای اروپایی، چین و ژاپن، شیوع آن در زنان بین ۱۴ تا ۲۴ درصد و در مردان بین ۵ تا ۱۹ درصد گزارش شده است. به استثنای هند و سریلانکا، در بقیه کشورها، زنان بیش از مردان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به متخصصان مراجعه می‌کنند. اگر چه در مورد نقش استرس در سندرم روده تحریک پذیر باور عمیقی وجود دارد و بیش از نیمی از بیماران اظهار می‌دارند که حوادث فشارزای روانی، علائم گوارشی آنها را بدتر کرده است (یونسی، کافی، امینیان، ۱۳۸۹). با این حال توجهی به راهبردهای مقابله با استرس این بیماران نشده است و پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. در حوزه رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله ای<sup>۲</sup> می‌توان گفت که سلامت روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سویی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش زا جهت انتخاب راهکار مقابله ای مؤثر، میسر می‌گردد (غضنفری و قدیم پور، ۱۳۸۷). اختلال‌های روانی فیزیولوژیکی یا اختلالات روان تنی به نشانه‌های جسمی و بیماری‌هایی گفته می‌شود، که در نتیجه ی تأثیر متقابل فرآیندهای روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی بوجود می‌آیند. عموماً این علائم نتیجه ی استفاده از مکانیزمی دفاعی به نام مکانیزم تبدیل یا واکنشی است که به وسیله ی آن آشفتگی‌ها و تعارضات عاطفی به صورت جسمی در بدن تجربه میشوند. نام‌های دیگری هم به این اختلال داده اند از جمله: اختلال جسمانی شده، هیپوکوندریا و اختلال درد جسمانی (سیاروچی، فورگاس، مایر، ۲۰۰۳، ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۴). در زندگی اجتماعی امروزی، فشار روانی یا استرس امری اجتناب ناپذیر است. محرومیت، ناکامی و تعارض، کم و بیش در زندگی همه اتفاق می‌افتد. فشار روانی امروزه یکی از مهمترین موضوعات و مفاهیم روان شناختی است که اهمیت زیادی در آسیب شناسی روانی و روانشناسی سلامت دارد. این واژه از فیزیک وارد روانشناسی شده و ابتدا مفهومی فیزیولوژیکی، سپس محیطی و اجتماعی و نهایتاً روانشناختی پیدا کرده است (علیپور، نوربالا، ۱۳۸۳). نظریه لازاروس: پژوهشگران مختلف هر یک به شیوه خاصی به بررسی سبک‌های مقابله ای پرداخته اند. فولکمن و لازاروس از این پژوهشگران بوده اند که در یک چهارچوب منسجم به این موضوع پرداخته اند. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) در تعریف مقابله، بین مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان، تمایز قائل شده اند. مقابله متمرکز بر مسأله می‌تواند معطوف به درون و یا معطوف به بیرون باشد. هدف راهبرد مقابله ای معطوف به بیرون، تغییر موقعیت یا رفتار دیگران است، در صورتی که راهبردهای مقابله ای معطوف به درون، شامل تلاشهایی است که برای بررسی مجدد نگرش‌ها و نیازهای خود و کسب مهارتها و پاسخ‌های تازه به عمل می‌آید. براساس این نظریه انسان به ندرت تسلیم استرس می‌شود بلکه سعی می‌کند با آن مقابله کند. رفتار مقابله به معنای کوشش برای کنترل تقاضاهایی است که بیش از توانایی و کنترل فرد هستند. بر اساس این دیدگاه بعضی از رفتارهای فرد هستند. براساس این دیدگاه بعضی از رفتارهای مقابله ای بعد از ارزیابی فشار رخ می‌دهد. در واقع ارزیابی شناختی، نقش مهمی در انتخاب نوع مقابله دارد. براساس رویکرد شناختی مقابله با عامل استرس زا در چندین مرحله به وقوع می‌پیوندد اولین مرحله در رفتارهای مقابله

1. Graph

2. Coping Strategies



ای ارزیابی کردن موقعیتی است که ارائه دهنده یا پیش بینی کننده یک استرس است. لازاروس (۱۹۹۱) این فعالیت را ارزیابی شناختی نامیده است. در حقیقت ما برای ارزیابی شناختی، یک سری فعالیت‌هایی را انجام می‌دهیم. لذا پژوهش حاضر به قصد پیش بینی سبک مقابله ای بر اساس ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام می‌گیرد.

## روش تحقیق

در پژوهش حاضر به دلیل پیش بینی سبک‌های مقابله ای بر اساس ویژگی‌های شخصیتی از روش همبستگی استفاده شد که یکی از انواع روشهای تحقیق توصیفی (غیرآزمایشی) می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) در مطب‌ها و کلینیک‌های گوارش واقع در شهر تهران تشکیل دادند. حجم نمونه ۱۲۰ نفر (۷۲ نفر زن و ۴۸ نفر مرد) بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس از افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انتخاب شد. قبل از اجرای آزمون باتوجه به معیارهای ورود به پژوهش، ابتدا ویژگی‌های دموگرافیک هر فرد مشخص گردید و برای اطمینان از مبتلا نبودن به اختلال روانی یا بیماری جسمانی غیر از IBS از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. پس از آن هر یک از شرکت کنندگان به طور همزمان به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند. سپس داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون چند متغیره برای تجزیه و تحلیل آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

## ابزار پژوهش

### ۱- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):

پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ ۱۹۷۲، تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵)، فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت روانی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد (تقوی، ۱۳۸۰). پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: (مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب<sup>۲</sup>، مقیاس کارکرد اجتماعی<sup>۳</sup>، مقیاس علائم افسردگی<sup>۴</sup>). از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۴ پاسخ می‌باشد برای جمع بندی نمرات به پاسخ اصلاً: نمره صفر (۰)، پاسخ در حد معمول: نمره یک (۱)، پاسخ بیش از حد معمول: نمره دو (۲)، پاسخ خیلی بیشتر از حد معمول: نمره سه (۳). در هر مقیاس نمرات بالاتر از ۶ نشان دهنده علائم مرضی می‌باشد و در مجموع کلیه مقیاس‌ها نمره بالاتر از ۲۲ نشانگر علائم مرضی می‌باشد (ابوالقاسمی و وطن خواه، ۱۳۸۹). گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکنه قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد. آلفای کرونباخ این

<sup>1</sup> General Health Questionnaire (GHQ)

<sup>2</sup> Anxiety & Sleep Disorder

<sup>3</sup> Social Function Disorder

<sup>4</sup> Depression



آزمون در ایران توسط هومن (۱۳۷۶) به میزان ۸۷٪ گزارش شده است. همچنین تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (MHQ ۵۵٪) گزارش شده است.

## ۲- پرسشنامه راهبردهای مقابله ای فولکمن - لازاروس (CSQ):

این پرسشنامه توسط فولکمن - لازاروس (۱۹۸۷) ابداع و در سال ۱۳۷۴ توسط آقایوسفی به فارسی برگردانده شد. پرسشنامه شامل ۶۶ ماده و دارای ۲ زیر مقیاس کلی است. این دو مقیاس عبارتند از:

**\*راهبرد مقابله ای مسأله مدار:** مقابله ای که در آن فرد تلاش می‌کند تا عوامل بوجود آورنده ی این فشارهای هیجانی را تغییر دهد به عنوان مقابله مسأله مدار تعریف می‌شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). راهبردهای مقابله ای مسئله مدار، شیوه‌هایی را توصیف میکند که بر اساس آن فرد اعمالی را برای کاهش یا از بین بردن یک رخداد استرس زا انجام می‌دهد (کاکابرایی، ارجمندیا و افروز، ۱۳۹۱). راهبرد مقابله ای مسئله مدار به عملکرد مستقیم برای کاهش فشار با افزایش مهارت‌های مدیریت اشاره دارد و شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد. در این نوع مقابله، هدف فرد آرام ساختن خود و دست یافتن به آرامش است که بهم خورده است (غضنفری و قدیم پور، ۱۳۸۷). در این روش فرد کاملاً فعال است و به دنبال راه حلی برای حل مشکل و یا به حداقل رساندن فشارهای روانی ناشی از آن می‌گردد و می‌کوشد برای برطرف کردن یا به حداقل رساندن فشار، کار یا فعالیتی انجام دهد. در سبک مقابله مسأله مدار فرد بر مسأله متمرکز می‌شود و سعی در حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع آوری اطلاعات مربوط به حادثه فشارزا می‌پردازد، درباره آن فکر می‌کند، منابعی را که از آن برخوردار است، ارزیابی می‌کند و برای استفاده از منابع در دسترس خود طرح و برنامه ای آماده می‌کند (محمدخانی و باش قره، ۱۳۸۷).

**\*راهبرد مقابله ای هیجان مدار:** مقابله ای که فشارهای هیجانی را تسکین می‌دهد به عنوان هیجان محور تعریف می‌شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). راهبرد مقابله ای هیجان مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش خود را متوجه کاهش احساسات ناخوشایند می‌کند (کاکابرایی، ارجمندیا و افروز، ۱۳۹۱). راهبرد مقابله ای هیجان مدار به راهبردهای شناختی که حل یا حذف عامل استرس زا را با دادن نام و معنی جدید به تأخیر می‌اندازد اشاره دارد و شامل کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعی تنش زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجان‌ات حاصله از موقعیت تنش زا حفظ می‌کنند. در این روش، فرد فعالیت و کوشش خاصی جهت کاهش یا حذف فشار روحی نمی‌کند، بلکه فقط خود را آرام ساخته و از پرهیزی و آشفتگی دور می‌سازد (غضنفری و قدیم پور، ۱۳۸۷). مقابله هیجان مدار بر کنترل هیجان‌ات و واکنش‌های عاطفی تأکید می‌نماید. افراد در این سبک مقابله، هیجانی برخوردار می‌کنند و با گریه کردن، عصبانی شدن و یا فریاد زدن با فشار روانی مقابله می‌کنند. در سبک مقابله اجتنابی، فرد سعی در دور شدن از موقعیت فشارآور دارد و با فاصله گرفتن از مشکل، اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش می‌کند (طاهری، زندی قشقایی و هنرپروران، ۱۳۹۱).

جهت نمره گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را نشان می‌دهد: نمره (۰) نشانگر بکار نبردم، نمره (۱) نشانگر خیلی کم، نمره (۲) نشانگر کمی بکار بردم، نمره (۳) نشانگر به مقدار زیاد بکار بردم است. نمره فرد در هر مقیاس از مجموع امتیازات وی از سوالات مختص به آن مقیاس بدست می‌آید (آقایوسفی، ۱۳۷۴).

فولکمن و لازاروس ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای جستجوی حمایت اجتماعی ۰/۷۶، فرار و اجتناب ۰/۷۲، مشکل گشایی برنامه ریزی شده ۰/۶۸ گزارش کردند. همچنین همبستگی متوالی هر مقیاس مقابله در پنج رخداد تنش زا محاسبه شد که دامنه آن از ۰/۱۷ تا ۰/۴۷ به دست آمد. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی آلفای کرونباخ برای یک نمونه ۷۶۳ نفری از دانش آموزان دبیرستانی تهران ۰/۸۰ برآورد شده است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط واحدی، پادیاب و قاضی نوری تأیید و ضریب همسانی درونی گونه‌های آن ۰/۸۰ گزارش شده است (آقایوسفی، ۱۳۷۴).

## ۳- پرسشنامه اینیاگرام ریزو وهادسون (RHETI):

پرسشنامه اینیاگرام توسط ریزو وهادسون (۱۹۹۱) ابداع شد. این پرسشنامه دارای ۱۴۴ جفت سوال است که بصورت دو جمله ای گزینه بایست می‌باشد. آزمودنی در هر سوال یکی از جملاتی را که رفتار او را بیشتر در طول زندگی توصیف کرده انتخاب می‌کند. هر جمله



نشانگر یکی از ۹ تیپ شخصیتی می‌باشد که در نهایت بوسیله کلید، تیپ شخصیتی فرد را می‌توان تعیین کرد و نمره هر تیپ شخصیتی در ۳۲ ماده از کل پرسشنامه مشخص می‌گردد. این ۹ تیپ شخصیتی عبارتند از:

- تیپ شماره ۱: اصلاح گر، کمال طلب (مقید به انجام بی عیب و ایرادکارهایی که به عهده می‌گیرد)، پایبند و معتقد به اصول، خود کنترل گر و هدفمند.
- تیپ شماره ۲: یاری دهنده، بخشنده، خوش برخورد و مشتاق به دیگران، مهرطلب، انحصارطلب (به معنای وابسته).
- تیپ شماره ۳: عمل گرا، انطباقی (سازگار با محیط)، انگیزه دهنده، نگران وجهه و محبوبیت خود.
- تیپ شماره ۴: فردگرا، بیان کننده، درخود فرورفته (غرق در اندیشه ی خود)، حساس و گوشه گیر، هنرمند.
- تیپ شماره ۵: محقق، متفکر، باهوش و با فراست، دارای افکار بدیع و نو، نامتعارف و مرموز و منزوی.
- تیپ شماره ۶: وفادار، علاقمند به شرکت در حل مسائل مشترک و گروهی، مسئولیت پذیر، مشکوک و بدگمان، متعهد، مشتاق به داشتن امنیت.
- تیپ شماره ۷: مشتاق و با شور و شوق، خودانگیزخته، کلیت گرا، تغییر پذیر (در حال تغییر).
- تیپ شماره ۸: چالش طلب، مطمئن به خود (خودرای)، دارای اعتماد به نفس، قاطع، خودسر (سلطه گر)، دارای روحیه شکست ناپذیر، مقابله کننده (جنگجو)، رهبر.
- تیپ شماره ۹: مسالمت جو، پذیرا (پذیرای واقعیت)، اطمینان دهنده، سازگار و موافق، آرام، منفعل و بی تفاوت و تن آسا (علاقمند به آرایش همیشگی و دور بودن از تنش) (ریزو وهادسون، ۲۰۰۳).

پایایی آزمون اینیگرام توسط نیوجنت<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) برای تیپ‌های نه گانه بدست آمده است. ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای تیپ‌های نه گانه از ۰.۵۶ (برای تیپ‌های سه و پنج) تا ۰.۸۲ (برای تیپ دو) گزارش شده است (نیوجنت و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی دیگر "عبدالله" و "صالح" (۲۰۰۳) در دانشگاه بغداد اعتبار این پرسشنامه را گزارش دادند و ضرایب آلفای کرونباخ برای تیپ‌های نه گانه از ۰.۵۶ (برای تیپ پنج) تا ۰.۸۵ (برای تیپ‌های یک و هشت) گزارش کردند. در مورد روایی آزمون نیز، همبستگی قوی بین نتایج این تست با آزمون "۵ عاملی شخصیت" گزارش شده (نیوجنت، ۲۰۰۱) و به وسیله نظریه مایزر - بریگز مورد تأیید قرار گرفت (براون و بارتمن، ۲۰۰۵؛ واکر و واکر، ۲۰۰۶). در ایران نیز ضرایب پایایی برای تیپ‌های نه گانه با روش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰.۶۷ تا ۰.۸۱ و با روش بازآزمایی ۰.۹۵ تا ۰.۹۸ بدست آمد (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۱).

#### یافته ها

در این پژوهش زنان (۶۰ درصد) و مردان (۴۰ درصد) از آزمودنی‌ها را تشکیل می‌داد که در این میان رده سنی ۲۶-۲۱ سال (۱۳،۴ درصد)، ۳۲-۲۷ سال (۱۳،۴ درصد)، ۳۸-۳۳ سال (۱۶،۶ درصد) و ۴۴-۳۹ سال (۵۶،۶ درصد) و سطوح تحصیلی دیپلم (۳۰ درصد)، کاردانی (۲۳،۳ درصد)، کارشناسی (۴۶،۷ درصد) که افراد متاهل (۶۰ درصد)، مجرد (۲۰ درصد) و جدا شده (۲۰ درصد) از آزمودنی‌ها را تشکیل داده بود.

#### توصیف داده‌ها

(کمال گرایی، یاری دهنده، موفق/عمل گرا، فردگرا، محقق، وفادار، مشتاق، چالش طلب و مسالمت جو) با سبک‌های مقابله ای (هیجان مدار و مسأله مدار) بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر محاسبه و نتایج در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

<sup>1</sup> Nugent



جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله ای بیماران

مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
<b>ویژگی‌های شخصیتی</b>				
کمال گرایی	۱۲/۰۳	۵/۶۲	۴	۲۳
یاری دهنده	۸/۷۵	۲/۸۲	۳	۱۴
موفق (عمل گرا)	۱۰/۷۲	۴/۹۱	۴	۲۶
فردگرا	۱۶/۰۴	۷/۹۹	۴	۲۸
محقق	۱۵/۶۲	۸/۰۱	۳	۲۷
وفادار	۱۱/۷۲	۵/۵۵	۳	۲۴
مشتاق	۸/۰۳	۲/۸	۴	۲۲
چالش طلب	۱۱/۳۷	۶/۵۲	۳	۲۵
مسالمت جو	۱۰/۳۱	۳/۱	۴	۱۶
<b>مهارت‌های مقابله ای</b>				
هیجان مدار	۳۲/۱۹	۸/۲۱	۲۱	۴۹
مسأله مدار	۳۲/۵	۸/۷۸	۱۵	۴۹

با توجه به جدول ۱، نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد (کمال گرایی  $12/03 \pm 5/62$ ، یاری دهنده  $8/75 \pm 2/82$ ، موفق/عمل گرا  $10/72 \pm 4/91$ ، فردگرا  $16/04 \pm 7/99$ ، محقق  $15/62 \pm 8/01$ ، وفادار  $11/72 \pm 5/55$ ، مشتاق  $8/03 \pm 2/8$ ، چالش طلب  $11/37 \pm 6/52$  و مسالمت جو  $10/31 \pm 3/1$ ) و همچنین سبک‌های مقابله ای (هیجان مدار  $32/19 \pm 8/21$  و مسأله مدار  $32/5 \pm 8/78$ ) است.

۱. ویژگی‌های شخصیتی با سبک‌های مقابله ای در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر رابطه دارد. برای تعیین رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی (کمال گرایی، یاری دهنده، موفق/عمل گرا، فردگرا، محقق، وفادار، مشتاق، چالش طلب و مسالمت جو) با سبک‌های مقابله ای (هیجان مدار و مسأله مدار) بیماران به منظور به دست آوردن ضریب همبستگی بین دو مقیاس، پرسشنامه‌ها بر روی ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اجرا شد ضرایب همبستگی بین دو مقیاس در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: همبستگی پیرسون ویژگی‌های شخصیتی با سبک‌های مقابله ای

متغیر ویژگی‌های شخصیتی	هیجان مدار همبستگی r	مسئله مدار همبستگی r
کمال گرایی	۰/۴۴۵**	۰/۷۰۱**
یاری دهنده	۰/۳۵۲**	۰/۲۶۸**
موفق (عمل گرا)	۰/۲۱*	۰/۲۰۳*
فردگرا	۰/۵۴۱**	-۰/۶۷**
محقق	۰/۵۹۲**	-۰/۶۹۷**
وفادار	-۰/۴۷۲**	۰/۶۷۴**





۰/۵۴۸**	-۰/۴۶۸**	مشتاق
۰/۷۱۱**	-۰/۶۰۵**	چالش طلب
-۰/۶۱**	۰/۴۴۶**	مسالمت جو

۰/۰۵ < \*P/۰۱ < \*\*P

با توجه به یافته جدول ۲، بین ویژگی‌ها شخصیتی (کمال گرا، یاری دهنده، موفق، فرد گرا، محقق) رابطه مثبت و (وفادار، مشتاق، چالش طلب و مسالمت جو) رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای هیجان مدار دارد. همچنین ویژگی‌ها شخصیتی (کمال گرا، یاری دهنده، موفق، وفادار، مشتاق، چالش طلب) رابطه مثبت و (فرد گرا، محقق، و مسالمت جو) رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای مسأله مدار دارد.

۲. ویژگی‌های شخصیتی، سبک مقابله ای مسأله مدار را در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پیش بینی می‌کند؟

جدول ۳: خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی سبک مقابله ای مسأله مدار بیماران

VIF	Tolerance	آماره t	Beta	انحراف معیار	B	متغیر	مدل
		۴/۳۸۸**		۹/۴۱۶	۴۱/۳۱۵	ثابت	
۶/۱۰۵	۰/۱۶۴	۱/۵۱۴	۰/۲۱۲	۰/۲۱۸	۰/۳۳	کمال گرایی	
۱/۷۱۸	۰/۵۸۲	-۲/۴۹۲**	۰/۱۸۵	۰/۲۳۱	-۰/۵۷۵	یاری دهنده	
۳/۰۸	۰/۳۲۵	-۱/۲۹۴	-۰/۱۲۸	۰/۱۷۸	-۰/۲۳۰	موفق(عمل گرا)	
۶/۵۷۹	۰/۱۵۲	۰/۸۱۴	۰/۱۱۸	۰/۱۵۹	۰/۱۳	فردگرا	
۳/۳۹۱	۰/۰۹۶	-۳/۰۳۲**	-۰/۵۵۳	۰/۲۰۰	-۰/۶۰۶	محقق	همزمان
۵/۴۴۷	۰/۱۸۴	۲/۹۴**	۰/۳۸۸	۰/۲۰۹	۰/۶۱۴	وفادار	
۲/۶۴۶	۰/۳۷۸	-۰/۳۷۳	-۰/۰۳۴	۰/۲۸۸	-۰/۱۰۷	مشتاق	
۷/۸۵۵	۰/۱۲۷	-۰/۳۷۵	-۰/۰۵۹	۰/۲۱۳	-۰/۰۸	چالش طلب	
۴/۲۴۲	۰/۲۳۶	-۰/۹۷۹	-۰/۱۱۴	۰/۳۳	-۰/۳۲۳	مسالمت جو	

\*\*P < ۰/۰۱ \*P < ۰/۰۵

مقدار Tolerance و VIF محاسبه شده برای هر متغیر مستقل، نشان می دهد مفروضه هم خطی چندمتغیره رعایت شده است. متغیر پیش بین ویژگی‌های شخصیتی (یاری قادر به پیش بینی سبک مقابله ای مسأله مدار بیماران است. آزمون معناداری t در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب رگرسیون یاری دهنده(۰/۱۸۵) و وفادار (۰/۳۸۸) نشانگر رابطه مثبت و محقق (-۰/۵۵۳) نشانگر رابطه منفی با سبک مقابله ای مسأله مدار است.

لازم به ذکر است در این ویژگی‌های شخصیتی (کمال گرایی، موفق/عمل گرا، فردگرا، مشتاق، چالش طلب و مسالمت جو) معنادار نبود.



۳. ویژگی‌های شخصیتی، سبک مقابله ای هیجان مدار را در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پیش بینی می‌کند؟

جدول ۴: خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی سبک مقابله ای هیجان مدار بیماران

مدل	متغیر	B	انحراف معیار	Beta	آماره t	Tolerance	VIF
	ثابت	۱۲/۲۸۵	۱۱/۰۶۶				
	کمال گرایی	۰/۶۳	۰/۲۵۶	۰/۴۳۱	۲/۶۵۸*	۰/۱۶۴	۶/۱۰۵
	یاری دهنده	-۰/۰۲۹	۰/۲۷۱	-۰/۰۱	-۰/۱۰۸	۰/۵۸۲	۱/۷۱۸
	موفق (عمل گرا)	۰/۱۵۰	۰/۲۰۹	۰/۰۹	۰/۷۱۹	۰/۳۲۵	۳/۰۸
	فردگرا	۰/۲۵۵	۰/۱۸۷	۰/۲۴۸	۱/۳۶۳	۰/۱۵۲	۶/۵۷۹
همزمان	محقق	۰/۴۱	۰/۲۳۵	۰/۴۰۰	۱/۷۴۶	۰/۰۹۶	۶/۳۹۱
	وفادار	۰/۳۱	۰/۲۴۵	۰/۲۱۰	۱/۲۶۴	۰/۱۸۴	۵/۴۴۷
	مشتاق	-۰/۲۸۲	۰/۳۳۸	-۰/۰۹۶	-۰/۸۳۴	۰/۳۷۸	۲/۶۴۶
	چالش طلب	-۰/۵۲۵	۰/۲۵۱	-۰/۴۱۷	-۲/۰۹۳*	۰/۱۲۷	۷/۸۵۵
	مسالمت جو	۰/۴۹۱	۰/۳۸۷	۰/۱۸۵	۱/۲۶۷	۰/۲۳۶	۲/۲۴۲

\*  $P < 0.05$

مقدار Tolerance و VIF محاسبه شده برای هر متغیر مستقل، نشان می دهد مفروضه هم خطی چندمتغیره رعایت شده است. متغیر پیش بین ویژگی‌های شخصیتی (کمال گرایی و چالش طلب) قادر به پیش بینی سبک مقابله ای هیجان مدار بیماران است. آزمون معناداری t در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. ضریب رگرسیون کمال گرایی (۰/۴۳۱) نشانگر رابطه مثبت و چالش طلب (-۰/۴۱۷) نشانگر رابطه منفی با سبک مقابله ای هیجان مدار است. لازم به ذکر است در این ویژگی‌های شخصیتی (یاری دهنده، موفق/عمل گرا، فردگرا، محقق، وفادار، مشتاق، و مسالمت جو) معنادار نبود.

**بحث و نتیجه گیری**

با توجه به یافته ها بین ویژگی‌های شخصیتی (کمال گرا، یاری دهنده، موفق، فردگرا، محقق) رابطه مثبت و (وفادار، مشتاق، چالش طلب و مسالمت جو) رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای هیجان مدار دارد. همچنین ویژگی‌ها شخصیتی (کمال گرا، یاری دهنده، موفق، وفادار، مشتاق، چالش طلب) رابطه مثبت و (فردگرا، محقق و مسالمت جو) رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای مسئله مدار دارد. پس به این نتیجه می‌رسیم که ؛ ویژگی‌های شخصیتی (کمال گرا: وظیفه شناس و باوجدان، حساس، مسئولیت پذیر، آرمانگرا، اخلاقی، جدی، منضبط و آراسته هستند ولی از لحاظ شخصی به بهبودی خود و جهان اطرافشان احساس تعهد دارند. بردبار، اهل بصیرت، خردمند، مهربان، محتاط و دوراندیش، منضبط و بی غرض و منصف هستند و قادرند پاداش‌ها را برای ارزش والا به تأخیر بیندازند. یاری دهنده: مراقب، همدل، گرم، فکور، سپاسگذار، قدردان، بخشنده، دست یافتنی، مهربان، پاک نیت و نمایشی (برونگرا) هستند در این حالت مشوق و امیدوار کننده، مهرورز، خودفرهیخته، وفادار، نشاط آور، فروتن، بخشنده و باسخت، خیرخواه و دلسوز هستند. موفق: تأثیرگذار، مصلح، انطباق پذیر، انعطاف پذیر، هدف گرا، جاه طلب (بلندپرواز)، منظم، سیاست مدار، جذاب، عمل گرا و خودآگاه هستند. درون گرا، قابل اعتماد، فروتن، قابل تحسین، سازگار، خیرخواه و رؤف علاقه مند به دیگران و خویشان پذیر هستند. رابطه مثبت با سبکهای مقابله ای



مسأله مدار و هیجان مدار در این پژوهش دارد، که این یافته با یافته‌های نظری کمال (۱۳۹۲) که در پژوهش خود رابطه کامل گرای و سبک‌های مقابله ای در افراد مبتلا به اختلال عروق کرونری قلب بررسی کرده و به این نتیجه رسید که در گروه بیماران، اثر بُعد خودمحور کامل گرای بر سبک مقابله ایی مسأله مدار و هیجان مدار به ترتیب منفی و مثبت بوده و در سطح ۰/۰۰۷ و ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد در بخش سبک هیجان مدار همسو است ولی در بخش سبک مسأله مدار همسو نیست که در این پژوهش ویژگی‌های شخصیتی کمال گرای رابطه مثبت با سبک مقابله ای مسأله مدار دارد ولی در پژوهش نظری کمال، کمال گرای رابطه منفی با سبک مسأله مدار دارد. بشارت و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی کمال گرای و سبک‌های مقابله ایی با تیندگی در دانشجویان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که بین کمال گرای مثبت و سبک‌های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار مثبت همبستگی مثبت وجود دارد، همسو است. دانکلی و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت بین کمال گرای مثبت و راهبردهای مؤثر وجود دارد یعنی رابطه مثبت بین کمال گرای مثبت و سبک‌های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار مثبت همبستگی مثبت وجود دارد، همسو است و دانکلی و کپارسا (۲۰۰۸) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت بین کمال گرای مثبت و راهبردهای مؤثر وجود دارد یعنی رابطه مثبت بین کمال گرای مثبت و سبک‌های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار مثبت همبستگی مثبت وجود دارد، همسو است. یکی از ویژگی‌های افراد یاری دهنده برونگرایی است و مشخصات آن با ویژگی‌های شخصیتی برونگرا یکی است. بنابراین یافته این پژوهش با پژوهش‌های، کاردام و کراپیک (۲۰۰۱) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که برونگرایی در سبک‌های مقابله ایی مسأله مدار و هیجان مدار اثر مثبت و مستقیم دارند همسو است. ناکانو (۱۹۹۲) در پژوهشی که انجام داد به این نتیجه رسید که افراد برونگرا از راهبرد مقابله ایی مسأله مدار استفاده می‌کند، همسو است. کلینکه (۱۹۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که برونگرایی با سبک مقابله ای مسأله مدار ارتباط مثبت دارد و همسو است. یکی از ویژگی‌های شخصیتی موفق انعطاف و انطباق پذیری است بنابراین یافته این پژوهش با پژوهش بهادری و خیر (۱۳۹۱) در پژوهشی که انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که انعطاف پذیری خانواده پیش بینی کننده منفی با سبک مقابله ایی مسأله مدار دارد، همسو نیست. ویژگی‌های شخصیتی فرد گرا: دارای افراد حساس، با درک شهودی بالا، تأثیرپذیر، ساکت، درونگرا، پرشور و احساساتی، عاشق پیشه، خوش سلیقه، شوخ طبع، خیال پرداز و خود - بیانگر است. خلاق، الهام بخش، روراست باخود، از لحاظ هیجانی قوی، مهربان، خود - آگاه، محتاط و نوگرا هستند، محقق: افرادی تمرکزگرا، مشاهده گر، کنجکاو، خردمند، ماهر، اهل مطالعه، پیچیده، پرفکرواندیشه، زیرک، شوخ طبع یا بازیگوش، واقع بین، کاشف وغیروابسته(مستقل) هستند. دوران‌دیش، پیشگام، خلاق، منصف، فهمیده، بازیگوش و با نشاط، دلسوز و غمخوار و غیروابسته هستند)رابطه مثبت با سبک مقابله ای هیجان مدار دارد و رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای مسأله مدار دارد بنابراین یافته این پژوهش با پژوهش‌های، کاردام و کراپیک (۲۰۰۱) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که برونگرایی در سبک‌های مقابله ایی مسأله مدار و هیجان مدار اثر مثبت و مستقیم دارند در قسمت سبک‌های مسأله مدار همسو است ولی با قسمت سبک‌های هیجان مدار همسو نیست به این دلیل که در این پژوهش برونگرایی با سبک مقابله ایی هیجان مدار رابطه مثبت دارد ولی در این پژوهش فردگرایی و درونگرایی رابطه مثبت با سبک مقابله ایی هیجان مدار دارد. ناکانو (۱۹۹۲) در پژوهشی که انجام داد به این نتیجه رسید که افراد برونگرا از راهبرد مقابله ایی مسأله مدار استفاده می‌کند، همسو است. کلینکه (۱۹۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که برونگرایی با سبک مقابله ای مسأله مدار ارتباط مثبت دارد و همسو است. ویژگی‌های شخصیتی وفادار: استوار، سخت کوش، سازمان دهنده، تیز بین، وظیفه شناس، ارزیاب، باپشتکار، محتاط، مضطرب، راست پندار و شکاک، محافظه کار و آزادی خواه هستند. شجاع و دلیر، همکاری کننده و یاری رسان، منضبط، استوار، امین، معتقد، خود - بیانگر، بامزه و شوخ و بامحبت یا باعاطفه هستند. مشتاق: تحریک پذیر، خودانگیخته، کنجکاو، خوش بین، آرزومند و بی تاب، معاشرتی، آینده مدار، ماجراجو، تنوع طلب، چابک و حرآف هستند. قردان و سپاسگذار، فکور، سخاوتمند، ورزیده و ماهر، همه فن حریف، پذیرا، متین، پرشور و دل انگیز هستند. چالش طلب: قدرتمندوقوی، قاطع، کاردان، مستقل، استوار، اهل عمل، واقع بین، اهل رقابت، صریح و زیرک، حيله گر و مصر هستند. قابل احترام، بی باک، صاحب اختیار، دست و دل‌باز، نجیب، سازنده، پیشگام، استوار و الهام بخش هست)رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای هیجان مدار دارد و رابطه مثبت با سبک مقابله ای مسأله مدار دارد. بنابراین نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های: کاستا و مک کری (۱۹۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد توافق پذیر با خصیصه‌هایی مانند: فروتنی، اعتماد، نوع دوستی، احساس همدردی با دیگران و اشتیاق برای کمک به دیگران هستند، که این ویژگی‌ها با شیوه‌های مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی و با شیوه‌های مقابله ای مسأله مدار رابطه مثبت دارد، همسو است. سروقد و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی شخصیتی توافق پذیری(مشتاق) با سبک‌های مقابله ایی هیجان مدار رابطه منفی دارد و بین ویژگی شخصیتی



وجدانی بودن یا وظیفه شناسی (وفادار) با سبک مقابله ای مسأله مدار وجود دارد همسو است. جلالی (۱۳۹۱) پژوهشی تحت عنوان رابطه ی بین راهبردهای مقابله ای با تاب آوری و سرسختی روان شناختی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد و به این نتیجه رسید که، بین سبک مقابله ای مسأله مدار با سرسختی و تاب آوری رابطه ی معنی داری وجود دارد همچنین نشان داد که بین سبک مقابله ای هیجان مدار با تاب آوری و سرسختی روانشناختی رابطه ی معنی داری وجود دارد. در قسمت سبک مسأله مدار با این پژوهش همسو است ولی در قسمت سبک هیجان مدار همسو نیست. ویژگی شخصیتی **مسالمت جو**: صبور، ثابت قدم، راحت طلب، پذیرا، آرام، بیخیال، سازگار، ساده و بی ریا، قانع، آرام بخش، خوشگذران و آرمان خواه هستند. خودآگاه، پویا، پرکار و پیش قدم، فراگیر، ثابت قدم، التیام بخش، ساده و بی پیرایه، تخیلی و خلاق، متین، سرزنده و پرنشاط، مشغول و پرشوروشوق هستند، رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای هیجان مدار دارد. و رابطه منفی معنادار با سبک مقابله ای مسأله مدار دارد. نتایج این پژوهش با پژوهشهای کاستا و مک کری (۱۹۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد توافق پذیر با خصیصه‌هایی مانند: فروتنی، اعتماد، نوع دوستی، احساس همدردی با دیگران و اشتیاق برای کمک به دیگران هستند، که این ویژگی‌ها با شیوه‌های مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی همسو است و با شیوه‌های مقابله ای مسأله مدار رابطه مثبت دارد، همسو نیست. سروقد و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی شخصیتی توافق پذیری (مسالمت جو) با سبک‌های مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی دارد همسو است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی دامنه نمونه گسترده تر باشد تا نتایج پژوهش قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند. این مطالعه در سایر شهرها انجام شود. این پژوهش علاوه بر افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بر سایر بیماریها مانند انواع سرطان‌ها، بیماریهای قلبی، دیابتی، انجام شود و همچنین پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی اینیگرام در پژوهش‌های مختلف بر افراد و جامعه‌های مختلف انجام شود.



## منابع

- آقایوسفی، علیرضا. (۱۳۷۸). معرفی جدیدترین روی آوردهای روان درمانگری. قم: نشر شهریار.
- آگاه، شهرام؛ فتحعلی، سمیه؛ عشایری، ندا. (۱۳۸۸). درمان سندرم روده تحریک پذیر اسهال غالب با استفاده از داروی گیاهی پلانتاژل: کارآزمایی بالینی دوسوکور تصادفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*. ۱۶(۶۹): ۴۸-۳۱.
- ابوالقاسمی، شهرام؛ وطن خواه، حمید. (۱۳۸۹). *ارزشیابی شخصیت: کاربرد علمی آزمون‌های عینی و فراقکن شخصیت*. تنکابن: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.
- امامی، علی. (۱۳۹۰). بررسی تنش و سندرم روده تحریک پذیر و برخی عوامل موثر بر آن در دانشجویان پزشکی. *پایان نامه دکترای حرفه ای پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی شهید بابایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین*.
- بهداری، الهام؛ خیر، محمد. (۱۳۹۱). رابطه سرسختی روانشناختی و انعطاف پذیری خانواده با سبک‌های مقابله با استرس در دانش آموزان دختر دبیرستانی. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. ۲(۷): ۱۸-۱.
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۷). *هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز*. *دانشور رفتار*. ۱۵(۲۸): ۲۸-۱.
- جلالی، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه ی بین راهبردهای مقابله ای با تاب آوری و سرسختی روانشناختی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین.
- حقایق، بی نا. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران نشانگان روده تحریک پذیر با غلبه اسهال و درد. *مجله روان شناسی*. ۱۴(۱): ۶۷-۵۰.
- حسینیان، سیمین؛ عظیمی پور، پریسا؛ کرمی، ابوالفضل؛ یزدی، سیده منوره؛ کشاورزگرمی، قاسم. (۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های روانسنجی آزمون تیپ‌های شخصیتی نه گانه (انیگرام). *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*. ۴(۱۲): ۱۴۴-۱۲۵.
- حسینیان، سیمین؛ عظیمی پور، پریسا. (۱۳۸۶). *معرفی نظریه اینگرام و کاربرد آن در راهنمایی و مشاوره شغلی، همایش راهنمایی و مشاوره شغلی*. تهران: نشر دانشگاه الزهرا.
- دیباچ نیا، پروین؛ مقدسین، مریم؛ کیخای فرزانه، محمد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه اختلالات روان شناختی با سندرم روده تحریک پذیر. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*. ۱۸(۱): ۴۳-۳۰.
- راس، آلن. (۱۹۹۳). *روانشناسی شخصیت: نظریه‌ها و فرایندها*. ترجمه سیاوش جمالفرا، ۱۳۷۳. تهران: نشر بعثت.
- سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ سادوک، بنیامین. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۲. تهران: نشر ارجمند.
- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، باربارا. (۲۰۰۳). *خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری*. ترجمه نصرت پورافکاری، ۱۳۹۱. تهران: نشر شهرآب.
- سروقد، سیروس؛ برزگر، مجید؛ بلاغی. (۱۳۹۰). رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با ابعاد کمال گرایی و شیوه‌های مقابله با استرس در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد مرودشت. *فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه شناسی زنان*. ۲(۳): ۱۰۲-۸۰.



سیاروچی، ژوزف؛ فورگاس، ژوزف؛ مایر، جان. (۲۰۰۳). هوش عاطفی در زندگی روزمره. ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۳. اصفهان: نشر نوشته.

شاملو، سعید. (۱۳۶۳). مکتب‌ها و نظریه‌ها در روانشناسی شخصیت. تهران: نشر چهره.

طاهری، رویا؛ زندی قشقایی، کرامت اله؛ هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۱). مقایسه ی رابطه ی ابعاد الگوهای ارتباط خانواده و متغیر خودپنداره با سبک مقابله ای در دانشجویان دختر و پسر موسسه آموزش عالی ارم شیراز. *ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*. ۱۷(۴):۳۶۹-۳۵۹.

طاهری، مهدی؛ حسنی، جعفر؛ حسینیان، سید مجید. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به نشانگان روده ی تحریک پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های گوارشی و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴(۳):۶۱-۵۳.

علیپور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی. (۱۳۸۳). *مبانی سایکونورواپیمونولوژی (روان-عصب-ایمنی شناسی)*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

غضنفری، فیروز؛ قدیم پور، عزت اله. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *فصلنامه ی اصول بهداشت روانی*. ۱۰(۳۷):۵۴-۴۷.

فتاحی نیا، مرضیه. (۱۳۸۸). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، کمال گرایی و الکسی تایمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به مطب‌های گوارش شهر اهواز و افراد سالم با کنترل سلامت روان. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز*.

کاکابرابی، کیوان؛ ارجمندنی، علی اکبر؛ افروز، غلامعلی. (۱۳۹۱). رابطه ی سبک‌های مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس‌های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی وعادی شهر کرمانشاه. *فصلنامه ی افراد استثنایی*. ۲(۷):۲۶-۱.

کریمی، یوسف. (۱۳۷۴). *روانشناسی شخصیت*. تهران: نشر ویرایش

کریمی، یوسف. (۱۳۸۴). *روانشناسی شخصیت (نظریه‌ها و مفاهیم)*. تهران: نشر دانشگاه پیام نور.

محمدخانی، شهرام؛ باش قره، رقیه. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله ای با سلامت عمومی دانشجویان. *فصلنامه ی پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۲(۱):۴۷-۳۷.

هاریسون. (۲۰۰۵). *اصول طب داخلی: بیماریهای کبد و مجاری صفراوی*. ترجمه مؤید علویان و علی تربیت، ۱۳۸۵. تهران: نشر نور دانش.

هاریسون. (۲۰۱۲). *اصول طب داخلی هاریسون ۲۰۱۲: بیماریهای گوارشی*. ترجمه محمد مصطفی صفریور، ۱۳۹۱. تهران: نشر تیمورزاده - نشر طب.

هومن، عباس. (۱۳۷۶). *هنجاریابی پرسشنامه سلامت روان در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران*. موسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران.

یونسی، فاطمه؛ کافی، موسی؛ امینیان، کیوان. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیت در زنان و مردان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. ۲۰(۷۷):۴۸-۴۰.

Casta, P.T. and McCrae, R.R. (1992). *NEO PI-R Professional Manual Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.



Dunkley, D.M; Blankstein, K.R; Zuroff, D.C; Lecce, S; & Hui, D. (2006). Self-critical and personal standards factors of perfectionism located within the Five-Factors model of personality. *Personality and Individual Differences*.40:409-420.

Dunkley, D.M; & Kyparsissis, A. (2008). What is DAS self-critical perfectionism really measuring? Relations with the Five-Factor model of personality and Depressive Symptomts. *Personality and Individual Differences*.44:1295-1305.

Folkman, S; Lazarus, R.S (1986).Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal psychology*. 95(2):107-113.

Houston, BK; Holmes, DS. (1974).Effect of avoidant thinking and reappraisal for coping with threat involving temporal uncertainty. *J, pers Soc psychol*.N.30.

Kardum, I. & Krapic, N. (2001). Personality traits, stressful life events and coping style in early edolescence. *Personality and Individual Differences*.30:503-515.

Klinike, O.J. (1998). An intreduction to Five-Factor model for personality for Human resource perfessionls. Accessed June 7, 1999 at [www. Centacs.com/quik-pt3.htm](http://www.Centacs.com/quik-pt3.htm).

Lazarus, R.S (1993). *Form psychological stress to the emotions: A history of changing outloojs*.Annu Rew psychol.44:1-21.

Lazarus, RS; Folkaman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring.139-127.

Nakano, K. (1992). Role of Personality Characteristic in Coping Behaviors. *Psychological Report*. Des: 71(3):687-90.

Nugent, Rebcca A; Parr, Patricia E; Parr, Isadore Newman, Higgins, Kristin K. (2004). The Riso – Hudson Enneagram Type Indicator: Estimate of Reliability and validity *Journal Article Excerpt (Measurement and Evaluation in counseling and Development)*. USA

Riso, D.R; & Hudson, R. (2003). *Personality Type: Discover the Enneagram for Self-Discovery*. Boston, MA: Houghton Mifflin.