

ارتباط سرسختی روان‌شناختی با Alexithymia و شدت علائم گوارشی در مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی

مینا مظاهری^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: فرض بر این است که سرسختی به عنوان یک عامل سرسختی مثبت می‌تواند سلامت روان فرد را با وجود تجربه‌ی موقعیت‌های استرس‌زا افزایش دهد. هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی ارتباط سرسختی روان‌شناختی با Alexithymia و شدت علائم گوارشی در مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی بود.

روش‌ها: این مطالعه، به روش همبستگی انجام شد. جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی ارجاع شده به کلینیک فوق تخصصی روان‌پزشکی در شهر اصفهان را شامل می‌شد. نمونه‌گیری به شیوه‌ی سرشماری انجام شد و ۱۶۷ بیمار با توجه به معیارهای مطالعه و طی یک دوره‌ی زمانی معین انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس‌های سرسختی روان‌شناختی (Lang and Goulet Hardiness Scale) یا (LGHS)، Toronto alexithymia scale (TAS-20) و علائم گوارشی (Gastrointestinal symptoms rating scale یا GSRS) استفاده گردید.

یافته‌ها: تحلیل همبستگی Pearson نشان داد که بین سرسختی کل و مؤلفه‌های کنترل و تعهد با شدت علائم گوارشی و سرسختی کل و مؤلفه‌های کنترل و چالش با Alexithymia ارتباط منفی معنی‌داری وجود داشت. همچنین، Logistic regression نشان داد که تنها، عامل کنترل، به عنوان یک عامل محافظتی، هم برای علائم گوارشی و هم برای Alexithymia، بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، اجرای مداخلات روان‌شناختی که منجر به تقویت ویژگی سرسختی و مؤلفه‌های آن گردد، می‌تواند با تغییر در نظام روان‌شناختی بیماران، گامی اساسی در روند بهبود آن‌ها و کاهش عوامل خطر ساز بیماری، از جمله Alexithymia برداشته، حتی از بروز بیماری در افراد جلوگیری کند.

واژگان کلیدی: سرسختی روان‌شناختی (کنترل، تعهد و چالش)، شدت علائم گوارشی، Alexithymia

ارجاع: مظاهری مینا. ارتباط سرسختی روان‌شناختی با Alexithymia و شدت علائم گوارشی در مبتلایان به اختلالات

عملکردی گوارشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۲۸): ۳۷۸-۳۸۸

مقدمه

فرض بر این است که صفات شخصیتی، تبیین کننده‌ی بسیاری از بیماری‌های روان‌تنی می‌باشند (۱). در واقع شخصیت فرد و الگوهای رفتاری وابسته به

آن، نوع و شدت احساسات و روش‌های مقابله با استرس‌های روزمره را تعیین می‌کنند و در نتیجه بر جسم ما تأثیر می‌گذارند (۲). یکی از صفات شخصیتی، سرسختی است که توسط Kobasa و

۱- دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: مینا مظاهری

Email: mina.mazaheri@gmail.com

و بردباری در برابر رویدادهای سخت استرس‌زا و موقعیت‌های مبهم را به دنبال دارد (۷). اگرچه در مطالعات مختلف، ارتباط معنی‌داری بین استرس و سلامت جسمی و روان‌شناختی ثابت شده است، اما شدت این ارتباط در حد متوسط می‌باشد و سرسختی به عنوان یک سبک شخصیتی، تعدیل‌کننده‌ی ارتباط بین عوامل استرس‌زا و سلامتی است (۸).

مطالعات نشان داده‌اند که بین سرسختی روان‌شناختی با مؤلفه‌های مختلف سلامت روان همچون نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی، خصومت و اجتناب از افکار استرس‌زا و مزاحم رابطه‌ی منفی معنی‌داری وجود دارد (۹-۱۰). علاوه بر این، سرسختی با قابلیت‌های شخصی و رضایت از زندگی همراه می‌شود (۹). برخی سرسختی را به عنوان توانایی مدیریت استرس تعریف می‌کنند (۱۱). با تحقیق بر روی ارتقای تاب‌آوری و شایستگی فردی در اشخاصی که با رویدادهای منفی زندگی مواجه شده‌اند، مشخص شد که قدرت منابع درونی فردی تأثیر زیادی بر پذیرش انواع راهبردهای مقابله‌ای دارد. در بین این منابع درونی متعدد، دو عامل سرسختی و خوش‌بینی به عنوان عوامل ارتقا دهنده‌ی سلامت عمومی شناسایی شده‌اند. هر یک از این عوامل، باعث حفظ سلامت فیزیکی و روان‌شناختی در برخورد با رویدادهای منفی زندگی می‌شود (۱۲).

از آنجایی که احساسات منفی بهترین پیش‌بین برای سلامت روانی و جسمانی هستند (۱۳)، هیجان‌ها در بیماری‌های جسمی متعدد اهمیت خاصی دارند (۱۴). هیجان‌ها به عنوان واکنش‌های زیست‌شناختی، زمانی برانگیخته می‌شوند که فرد

همکاران (۳) معرفی گردید. این ویژگی از روان‌شناسی وجودی گرفته شده است. افراد دارای این ویژگی، رویدادهای استرس‌زای زندگی را قابل حل می‌دانند و تغییرات را به عنوان بخشی از زندگی، طبیعی و جالب در نظر می‌گیرند. این جهت‌گیری مثبت به زندگی فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا سلامت خود را حفظ کند (۳).

مفهوم سرسختی از سه مؤلفه‌ی مرتبط به هم شامل تعهد (درگیر شدن در فعالیت‌های زندگی)، چالش (ملاحظه‌ی رویدادهای استرس‌زا به عنوان فرصت‌های جالب برای رشد) و کنترل (درک نفوذ بر زندگی) تشکیل شده است (۴). کسی که از تعهد بالایی برخوردار است، به ارزش و معنای این‌که چه کسی است و باید چه فعالیت‌هایی انجام دهد، باور دارد و بر همین مبنا می‌تواند در مورد هر آنچه که انجام می‌دهد، معنایی بیابد و کنجکاوی خود را بر انگیزد. مبارزه‌جویی باور به این امر است که تغییر و امنیت، جنبه‌ی طبیعی زندگی می‌باشد. اشخاصی که مبارزه‌جویی بالایی دارند، موقعیت‌های مثبت و یا منفی نیازمند به سازگاری مجدد را فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خویش. افرادی که در مؤلفه‌ی کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و باور دارند که می‌توانند با تلاش آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند (۵).

بدین ترتیب سرسختی مجموعه‌ای از باورها درباره‌ی خود و دنیایی است که فرد در آن زندگی می‌کند (۶). باور به تغییر و دگرگونی و پویایی زندگی و این نگرش که هر رویدادی به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی

(۲۳-۲۱). مطالعه‌ای نشان داد که ویژگی‌های رفتاری مانند توجه آگاهانه، معاشرت‌پذیری و پایداری یا واکنش‌پذیری در پاسخ به ناکامی، منابع درونی تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان می‌باشند (۲۴). نتایج بررسی رابطه‌ی مدل پنج‌عاملی شخصیت و Alexithymia بیانگر آن بود که ویژگی‌های تجربه‌گرایی و توافق‌پذیری پایین و روان رنجورخویی بالا، قسمت عمده‌ای از واریانس نمرات Alexithymia را تبیین می‌کنند و ترکیبی از این ویژگی‌ها، ابتلای فرد به Alexithymia را افزایش می‌دهد (۲۵).

با توجه به پیشینه‌ی پژوهش، ویژگی سرسختی به عنوان یک ویژگی مثبت در نظر گرفته می‌شود و نقش آن در رابطه با سلامت جسمانی و به ویژه سلامت روانی تأیید شده است. از آن‌جایی که بیشتر پژوهش‌ها بر روی افراد سالم انجام شده است و مطالعات بر روی بیماران جسمی محدود می‌باشد و از طرف دیگر، ارتباط این ویژگی و Alexithymia به عنوان یک مشکل هیجانی شایع در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بررسی نشده است، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط سرسختی روان‌شناختی و ابعاد آن با شدت علائم گوارشی و Alexithymia در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بود. بر این اساس، سؤال پژوهش این است که آیا سرسختی و ابعاد آن می‌توانند به عنوان عوامل محافظت‌کننده در اختلالات عملکردی گوارشی عمل نمایند؟

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی و جامعه‌ی

موقعیت را همراه با چالش‌ها یا فرصت‌های مهمی ارزیابی می‌کند و پاسخدهی وی را در برابر رویدادهای محیطی عمده منسجم می‌سازد (۱۵). توانایی مقابله با استرس، شاخص مهمی از سطح هوش هیجانی به شمار می‌رود. بنا بر یک عقیده‌ی کلی، اگر از لحاظ هیجانی باهوش باشید، قادر خواهید بود واکنش‌های هیجانی خود را به طور مؤثری حفظ کنید و متعادل نگه دارید و به موجب آن، خود را علیه اثرات تنیدگی مصون سازید (۱۶).

آلکسی تایمیا (Alexithymia) یک ویژگی شخصیتی و یک سازه‌ی چندوجهی روان‌شناختی است که با هوش هیجانی رابطه‌ی تنگاتنگ و معکوسی دارد. برخی از مشخصات آن شامل «دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تمایز و افتراق بین احساسات و حس‌های بدنی، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران، کاهش خیال‌پردازی و رؤیایها و تمرکز بر تجارب بیرونی» می‌باشد (۱۷). مطالعات نشان داده‌اند کسانی که توانایی زیادی در بیان حالات هیجانی خود ندارند، اغلب زمان‌های سختی را در جهت کنترل هیجانات و تکانه‌های عاطفی خود در عمل و در مقابله‌ی مثبت با موقعیت‌های پر استرس سپری می‌کنند (۱۶). اهمیت Alexithymia در طیف وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی و طبی به خصوص اختلالات روان‌تنی گزارش شده است (۱۸-۱۹). این ویژگی با انواع متعددی از دشواری‌های تنظیم هیجان همراه می‌شود و با ضعف در سلامت فیزیکی و روانی همبستگی قوی دارد (۲۰).

ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و فرایندهای تنظیم هیجان در چندین مطالعه تأیید شده است

پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) نمره‌گذاری می‌شود (۲۶). اعتبار و پایایی آن در ایران مورد بررسی قرار گرفته و ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۳، ۰/۳۳ و ۰/۶۹ برآورد شده است (۲۷).

مقیاس TAS-20 (Toronto alexithymia scale): یک پرسش‌نامه‌ی خودسنجی و ۲۰ سؤالی است که از سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (Difficulty in identifying feelings یا DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF) یا (Difficulty in describing feelings) و تمرکز بر تجارب بیرونی (Externally oriented thinking یا EOT) تشکیل شده است (۲۸). سؤالات این پرسش‌نامه بر حسب معیار پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵) نمره‌گذاری می‌گردد و نمرات ۶۰ به بالا به عنوان Alexithymia بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان بدون Alexithymia در نظر گرفته می‌شود (۲۹). ضریب همسانی درونی در نمونه‌ی ایرانی برای کل مقیاس و ابعاد DIF، DDF و EOT به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش شده است (۳۰).

پرسش‌نامه‌ی علائم گوارشی (GSRs) یا (Gastrointestinal symptoms rating scale): این مقیاس یک ابزار سنجش بیماری است که برای ارزیابی علائم شایع اختلالات گوارشی به کار می‌رود. پرسش‌نامه‌ی GSRs دارای ۱۵ سؤال است که هر سؤال بر حسب مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (از عدم ناراحتی = صفر تا ناراحتی شدید = ۷) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین شامل ۵ زیرمقیاس «درد

آماری آن شامل همه‌ی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی ارجاع شده به کلینیک فوق تخصصی روان‌پزشکی (درمانگاه روان‌تنی گوارش) در شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری به شیوه‌ی سرشماری انجام شد؛ بدین ترتیب که از بین جامعه‌ی آماری، ۱۶۷ بیمار با توجه به معیارهای مطالعه و طی یک دوره‌ی زمانی معین (۹ ماه) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت از شرکت در پژوهش، محدوده‌ی سنی بین ۶۰-۱۸ سال، تشخیص اختلال عملکردی گوارشی [سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS) و سوء هاضمه‌ی عملکردی (Functional dyspepsia) یا (FD)] بر اساس معیار ROME III توسط متخصص گوارش و داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

بعد از توضیح در مورد هدف پژوهش و نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، جهت رعایت اصول اخلاقی، پژوهشگر به بیماران تأکید نمود که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و به صورت گروهی تحلیل می‌شود. در نهایت، پس از کسب رضایت جهت شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل همبستگی Pearson و Logistic regression استفاده گردید.

مقیاس سرسختی روان‌شناختی (LGHS) یا (Lang and Goulet Hardiness Scale): این مقیاس خودسنجی به منظور ارزیابی سرسختی در موقعیت‌ها و شرایط خاص تنیدگی‌زا طراحی شده است و شامل ۴۵ سؤال و ۳ خرده مقیاس (کنترل، تعهد و چالش‌جویی) می‌باشد. مقیاس LGHS بر مبنای معیار

یافته‌ها

وضعیت جمعیت‌شناختی بیماران نشان داد که از مجموع ۱۶۷ بیمار (۳۲ مرد و ۱۳۵ زن) مورد بررسی، بیشتر آنان زن (۸۰/۸ درصد)، متأهل (۷۴/۲ درصد) و دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر (۵۸/۷ درصد) بودند. متوسط سن بیماران $10/56 \pm 33/81$ سال بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای ملاک و پیش‌بین به ترتیب در جداول ۱ و ۲ آمده است.

شکم، سندرم ریفلاکس، سندرم اسهال، سندرم بیوست و سندرم سوء هاضمه می‌باشد (۳۱). در مطالعه‌ی حاضر از نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه که دارای ۴ زیرمقیاس (سندرم اسهال، درد شکم، سندرم بیوست و سندرم سوء هاضمه) است، استفاده گردید. اعتبار درونی پرسش‌نامه‌ی GSRs بر حسب ضریب اعتبار Cronbach's alpha برای مقیاس کل و ۴ زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۶۳ و ۰/۷۶ برآورد شده است (۳۲).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای ملاک پژوهش

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	ابعاد	میانگین \pm انحراف معیار
شدت علائم گوارشی	$2/80 \pm 1/66$	سندرم اسهال	$13/18 \pm 4/28$
	$3/27 \pm 1/36$	درد شکم	
	$3/54 \pm 1/70$	سندرم بیوست	
	$3/51 \pm 1/34$	سندرم سوء هاضمه	
Alexithymia	$24/26 \pm 6/31$	دشواری در شناسایی احساسات	$60/33 \pm 11/42$
	$15/58 \pm 3/67$	دشواری در توصیف احساسات	
	$20/43 \pm 3/10$	تمرکز بر تجارب بیرونی	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین بر اساس متغیرهای ملاک

متغیر	شدت علائم گوارشی				متغیر	Alexithymia
	بالا (۱۵۰ نفر)	پایین (۱۲ نفر)	پایین (۷۱ نفر)	بالا (۹۶ نفر)		
سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	$33/58 \pm 10/48$	$33/76 \pm 11/43$	$33/84 \pm 9/78$	$33/80 \pm 11/16$	جنس [تعداد]	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
زن	۱۲۲ (۸۱/۳)	۱۳ (۷۶/۵)	۵۸ (۸۱/۷)	۷۷ (۸۰/۲)	مرد (درصد)	
دیپلم و پایین‌تر	۸۹ (۵۹/۳)	۸ (۴۷/۱)	۳۲ (۴۵/۱)	۶۶ (۶۸/۷)	سطح تحصیلات	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
بالا‌تر از دیپلم	۶۱ (۴۰/۷)	۹ (۵۲/۹)	۳۹ (۵۴/۹)	۳۰ (۳۱/۳)	[تعداد (درصد)]	
IBS	۱۱۷ (۷۸/۰)	۶ (۳۵/۳)	۵۳ (۷۴/۶)	۷۰ (۷۲/۹)	نوع بیماری [تعداد (درصد)]	سرسختی (میانگین \pm انحراف معیار)
FD	۳۳ (۲۲/۰)	۱۱ (۶۴/۷)	۱۸ (۲۵/۴)	۲۶ (۲۷/۱)	کل	
کنترل	$138/80 \pm 14/59$	$145/75 \pm 12/74$	$145/16 \pm 16/00$	$135/45 \pm 11/91$	کنترل	سرسختی (میانگین \pm انحراف معیار)
تعهد	$53/15 \pm 8/92$	$56/60 \pm 8/54$	$57/65 \pm 9/44$	$50/99 \pm 7/70$	تعهد	
چالش	$46/79 \pm 4/39$	$48/86 \pm 3/90$	$47/63 \pm 4/68$	$46/53 \pm 4/12$	چالش	
	$39/26 \pm 5/02$	$39/73 \pm 5/20$	$40/55 \pm 5/75$	$38/42 \pm 4/24$		

IBS: Irritable bowel syndrome; FD: Functional dyspepsia

جدول ۳. ضرایب همبستگی Pearson بین متغیرهای پژوهش

Alexithymia		شدت علایم گوارشی							متغیرها
تمرکز بر تجارب بیرونی	دشواری در توصیف	دشواری در شناسایی	کل	سندرم سوء هاضمه	سندرم یبوست	درد شکم	سندرم اسهال	کل	
-۰/۱۹*	-۰/۲۱**	-۰/۳۶**	-۰/۳۴**	-۰/۲۷**	-۰/۱۸*	-۰/۲۶**	-۰/۰۷	-۰/۲۶**	سرسختی کل
-۰/۲۱**	-۰/۳۱**	-۰/۴۵**	-۰/۴۲**	-۰/۳۳**	-۰/۲۴**	-۰/۳۲**	-۰/۸۰	۰/۳۳**	کنترل
-۰/۰۲	-۰/۱۰	-۰/۱۴	-۰/۱۱	-۰/۱۸*	-۰/۱۲	-۰/۱۶*	-۰/۱۵	-۰/۲۱**	تعهد
-۰/۱۵	-۰/۰۵	-۰/۱۶*	-۰/۱۶*	-۰/۱۱	۰/۰۰۴	-۰/۰۶	۰/۰۲	-۰/۰۴	چالش

P ≤ ۰/۰۰۱**، P ≤ ۰/۰۵*

جدول ۴. نتایج تحلیل Logistic regression برای متغیرهای پیش‌بینی کننده با استفاده از روش گام به گام (Forward stepwise)

Alexithymia		شدت علایم گوارشی		سرسختی
مدل ۲	مدل ۱	مدل ۲	مدل ۱	
OR (۹۵ CI درصد)	OR (۹۵ CI درصد)	OR (۹۵ CI درصد)	OR (۹۵ CI درصد)	
۰/۹۱۱ (۰/۸۷۲-۰/۹۵۲)	۰/۹۱۳ (۰/۸۷۵-۰/۹۵۲)	۰/۹۲۷ (۰/۸۶۶-۰/۹۹۳)	۰/۹۲۱ (۰/۸۶۱-۰/۹۸۵)	کنترل

Model 1: crude, Model 2: age, sex, disease, educational level adjusted; OR: Odds ratio; CI: Confidence interval

Logistic regression در جدول ۴ ارائه شده است. مدل ۱ نشان می‌دهد که تنها عامل کنترل، به عنوان یک عامل محافظتی هم برای علایم گوارشی و هم برای Alexithymia مطرح است و شانس ابتلا به آن‌ها را کاهش می‌دهد. با تعدیل متغیرهای دموگرافیک (مدل ۲) تغییری در نتایج و معنی‌داری آن‌ها حاصل نشد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی و دو مؤلفه‌ی کنترل و تعهد آن و شدت علایم گوارشی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد. در همین راستا، بررسی‌های مختلف نیز گویای آن است که سرسختی با سلامت جسمی و روانی رابطه‌ی مثبتی دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و

برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی Pearson استفاده گردید. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین سرسختی کل و مؤلفه‌های کنترل و تعهد با شدت علایم گوارشی و سرسختی کل و مؤلفه‌های کنترل و چالش با Alexithymia ارتباط منفی معنی‌داری وجود داشت، اما بین مؤلفه‌ی چالش با شدت علایم گوارشی و مؤلفه‌ی تعهد و Alexithymia رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد. بیشترین ضرایب همبستگی با متغیرها مربوط به عامل کنترل بود.

در پژوهش حاضر برای بررسی نقش محافظت‌کنندگی متغیرها از تحلیل Logistic regression به روش گام به گام (Forward stepwise) استفاده گردید. از این‌رو، سرسختی و مؤلفه‌های مربوط به آن به عنوان پیش‌بین شدت علایم گوارشی و Alexithymia وارد معادله شد. نتایج حاصل از تحلیل

می‌تواند از بروز اختلالات جسمی و روانی پیشگیری کند (۳۳-۳۵). بدین ترتیب، سرسختی با سلامت بیشتر و شکایات جسمی کمتر در ارتباط است (۴). Taylor و همکاران در مطالعه‌ی خود، ارتباط بین سرسختی و سلامت جسمی و روانی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه‌ی آنان نشان داد که سرسختی با سلامت روانی ارتباط دارد، اما این رابطه به وسیله‌ی سلامت جسمی میانجیگری می‌شود (۳۶). در پژوهش دیگری، امکان تأثیرات میانجیگری (غیر مستقیم) سرسختی بر ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و جسمی بررسی گردید. نتایج حاکی از تأثیر مستقیم سرسختی بر علایم جسمی بود و این امر نشان می‌دهد که ویژگی سرسختی، افراد را از علایم جسمی محافظت می‌کند و با بهزیستی جسمی آن‌ها در ارتباط است (۳۷).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بین سرسختی روان‌شناختی و دو مؤلفه‌ی کنترل و چالش و Alexithymia رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با پژوهش‌های قبلی که بین ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان رابطه‌ی معنی‌داری را گزارش کرده‌اند (۲۱-۲۳)، مطابقت دارد. مطالعه‌ای گزارش کرد که برون‌گرایی، روان رنجوری و سرسختی با راهبردهای تنظیم هیجان (۲۲، ۱۲)، تجربه‌گرایی با توانایی تشخیص هیجان (۲۳) و توافق‌پذیری با چگونگی ابراز هیجان‌های منفی ارتباط دارد (۳۹). داووی و افشاری در تحقیق خود بیان کردند که ویژگی‌های شخصیتی منفی (ناسازگارانه) مانند روان رنجوری بالا با Alexithymia بالا و ویژگی‌های شخصیتی مثبت همچون تجربه‌گرایی و توافق‌پذیری بالا با Alexithymia پایین در ارتباط است (۲۵).

افراد دچار Alexithymia دارای ویژگی‌های خاصی هستند که جرأت‌مندی را در آن‌ها کاهش داده، زمینه‌ی اجتناب از رویدادهای استرس‌زا و ناتوانی مقابله با آن‌ها را فراهم می‌کند. همین امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی این افراد را به خطر اندازد؛ در حالی که افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک خوش‌بینانه و احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات و انتظارات مثبت در مورد پیامدها، می‌توانند سلامت روان خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند (۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ویژگی‌های شخصیتی به عنوان منابع محافظ یا خطر ساز درونی، عامل ایجاد افکار و احساسات خوشایند و ناخوشایندی هستند که با ناراحتی‌های جسمی در ارتباط می‌باشد. از این‌رو، به نظر می‌رسد که افراد سرسخت به دلیل ماهیت شخصیتی خود (داشتن افکار و احساسات خوشایندتر به واسطه‌ی درک استرس‌ها به صورت یک فرصت در زندگی)، عوامل استرس‌زای جزئی‌تر و با شدت کمتری را تجربه می‌کنند و مشکلات جسمی در آن‌ها کمتر مشاهده می‌شود. همچنین افراد سرسخت‌تر با وجود یک بیماری مزمن، کنترل خود را از دست نمی‌دهند و شاید به دلیل احساس توانمندی در رویارویی با بیماری و برخورد فعال و مسأله‌مدارانه، می‌توانند

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ویژگی‌های شخصیتی به عنوان منابع محافظ یا خطر ساز درونی، عامل ایجاد افکار و احساسات خوشایند و ناخوشایندی هستند که با ناراحتی‌های جسمی در ارتباط می‌باشد. از این‌رو، به نظر می‌رسد که افراد سرسخت به دلیل ماهیت شخصیتی خود (داشتن افکار و احساسات خوشایندتر به واسطه‌ی درک استرس‌ها به صورت یک فرصت در زندگی)، عوامل استرس‌زای جزئی‌تر و با شدت کمتری را تجربه می‌کنند و مشکلات جسمی در آن‌ها کمتر مشاهده می‌شود. همچنین افراد سرسخت‌تر با وجود یک بیماری مزمن، کنترل خود را از دست نمی‌دهند و شاید به دلیل احساس توانمندی در رویارویی با بیماری و برخورد فعال و مسأله‌مدارانه، می‌توانند

تلاش، آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات به مسؤولیت خود بیش از اعمال و یا اشتباهات دیگران تأکید می‌کنند (۵).

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل ناتوانی در تبیین ارتباط علت و معلول بین متغیرها به دلیل نوع پژوهش (همبستگی) و استفاده از پرسش‌نامه‌های خودسنجی بود که ممکن است متغیرهایی همچون سبک پاسخگویی، انگیزه‌های بیرونی و حالت روان‌شناختی بیماران در لحظه‌ی جمع‌آوری داده‌ها اثرات بالقوه‌ای بر پاسخ آن‌ها بگذارد و موجب عدم پاسخگویی صحیح و درک درست از سؤالات شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج نشان می‌دهند که افزایش ویژگی سرسختی در جهت کاهش شدت علایم گوارشی و Alexithymia است و برخی از مؤلفه‌های آن می‌توانند نقش محافظت‌کنندگی داشته باشند. با توجه به این یافته و سایر مطالعات در رابطه با سرسختی، می‌توان نتیجه گرفت اجرای مداخلات مختلف روان‌شناختی که منجر به تقویت این ویژگی و مؤلفه‌های آن می‌گردد، می‌تواند با تغییر در نظام روان‌شناختی بیماران، نقشی اساسی در روند بهبود آن‌ها و کاهش عوامل خطر ساز بیماری از جمله Alexithymia ایفا کند و حتی از بروز بیماری در افراد جلوگیری نماید.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیمارانی که در این مطالعه شرکت کردند و ما را در جهت رسیدن به اهداف پژوهشی خود یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

در واقع، سرسختی انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان را با تغییر فرایند ارزیابی شناختی افراد، تعدیل می‌کند؛ به طوری که این افراد قادر هستند تجارب ناسازگار را دوباره تفسیر یا تنظیم کنند. در نتیجه انتظار می‌رود که میزان دیسترس‌های روان‌شناختی تجربه شده توسط این افراد کاهش یابد (۱۲). بدین ترتیب، وجود چنین ویژگی می‌تواند برخورد با هیجان‌ها را تسهیل کرده، زمینه‌ی تنظیم مناسب آن‌ها را فراهم نماید. از این رو، بالا بودن ویژگی سرسختی، شاید زمینه‌ی گسترش Alexithymia را در فرد کاهش دهد.

نتایج در رابطه با نقش محافظت‌کنندگی سرسختی و ابعاد آن نشان داد که تنها مؤلفه‌ی کنترل، عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای هم برای شدت علایم گوارشی و هم برای Alexithymia است. به عبارت دیگر، این عامل شاید شانس ابتلا به علایم گوارشی شدید و Alexithymia بالا را در اختلالات عملکردی گوارشی تحت تأثیر قرار دهد. به نظر می‌رسد که عامل کنترل نقش عمده‌تری در ویژگی سرسختی و به دنبال آن سایر عوامل مرتبط به این ویژگی (سلامت جسمی و روانی) داشته باشد.

نتیجه‌ی حاصل شده شاید به این دلیل باشد که داشتن کنترل و تسلط بر امور روزمره‌ی زندگی در اختلالات عملکردی گوارشی اهمیت زیادی دارد؛ چرا که این اختلالات مزمن هستند و به مرور زمان می‌توانند بر عملکرد فرد تأثیر بگذارند. حوادث پیامد رفتارهایی است که فرد انجام می‌دهد و متغیر کنترل، منعکس‌کننده‌ی میزان تسلط کاملی است که شخص بر عوامل فشارزا دارد. افرادی که در مؤلفه‌ی کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و به این امر باور دارند که می‌توانند با

References

- Kobasa SC, Maddi SR, Puccetti MC, Zola MA. Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *J Psychosom Res* 1985; 29(5): 525-33.
- Alizadeh Fard S. Relationship between alexithymia and peptic ulcer disease: Does aggression is a mediator variable between them? *Health Psychology* 2012; 1(4): 71-83. [In Persian].
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol* 1982; 42(1): 168-77.
- Gebhardt WA, van der Doef MP, Paul LB. The Revised Health Hardiness Inventory (RRHI-24): psychometric properties and relationship with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Educ Res* 2001; 16(5): 579-92.
- Lindzey G, Thompson R, Spring BJ. *Psychology*. 3rd ed. New York, NY: Worth Publishers; 1988.
- van Servellen G, Topf M, Leake B. Personality hardiness, work-related stress, and health in hospital nurses. *Hosp Top* 1994; 72(2): 34-9.
- Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid A. The relationship between psychological hardiness also ego-resiliency and mental health in adolescent and adult survivors of Bam earthquake. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(1): 62-70. [In Persian].
- Banks JK, Gannon LR. The influence of hardiness on the relationship between stressors and psychosomatic symptomatology. *Am J Community Psychol* 1988; 16(1): 25-37.
- Maddi S, Harvey RH, Khoshaba DM, Fazel M, Resurreccion N. The personality construct of hardiness, IV. *Journal of Humanistic Psychology* 2009; 49(3): 292-305.
- Shirbim Z, Sodani M. A survey on, the relationship between the hardiness inventory and mental health and of nursing and midwife students in azad university of Gachsaran. *Proceedings of the 1st Regional Conference on Family Health*; 2008 Dec 16; Ahvaz, Iran. [In Persian].
- Engel JH, Siewerdt F, Jackson R, Akobundu U, Wait C, Sahyoun N. Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(3): 482-7.
- Subramanian S, Nithyanandan DV. Hardiness and optimism as moderators of the types of cognitive emotion regulation strategies among adolescents who had encountered negative life events. *J Indian Health Psychology* 2008; 2: 167-77.
- Dua JK. Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *J Psychosom Res* 1994; 38(7): 669-80.
- Bergdahl J, Armelius K, Armelius BA. Affect-based treatment and outcome for a group of psychosomatic patients. Cambridge, UK: University Publishing Online; 2000. p. 1-16.
- Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2(2): 151-64.
- Aghayar S, Sharifi Daramadi P. Emotional intelligence. Tehran, Iran: Sepahan Publication; 2006. [In Persian].
- Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto alexithymia scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom* 1986; 45(4): 207-15.
- Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18(4): 333-43.
- Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, de Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1999; 68(5): 263-9.
- Kessler H, Kammerer M, Hoffmann H, Traue HC. [Regulation of emotions and alexithymia: a correlative study]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60(5): 169-74.
- Trógolo M, Medrano LA. Personality traits, difficulties in emotion regulation and academic satisfaction in a sample of argentine college students. *International Journal of Psychological Research* 2012; 5(2): 30-9.
- Davies M, Stankov L, Roberts RD. Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75(4): 989-1015.
- Terracciano A, Merritt M, Zonderman AB, Evans MK. Personality traits and sex differences in emotions recognition among African Americans and caucasians. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 1000: 309-12.
- Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. In: Fox NA, Editor. *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1994. p. 53-72.
- Davodi I, Afshari A. The survey of relationship of alexithymia and personality traits in students. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2011; 1(2): 137-50. [In Persian].

26. Lang A, Goulet C, Amsel R. Lang and Goulet Hardiness Scale: development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/infant. *Death Stud* 2003; 27(10): 851-80.
27. Roshan R, Shakeri R. The evaluation of reliability and validity a scale for measuring hardiness in students. *Daneshvar Raftar* 2010; 17(40): 35-52. [In Persian].
28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32.
29. Müller J, Alpers G, Reim N. Abnormal attentional bias in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56(6): 617.
30. Besharat MA. Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iran J Med Sci* 2008; 33(1): 1-6.
31. Revicki DA, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Qual Life Res* 1998; 7(1): 75-83.
32. Mazaheri M, SadatKhoshouei M. Comparison between psychometric characteristics of Persian version of the gastrointestinal symptoms rating scale in functional gastrointestinal disorders and normal groups. *GOVARESH* 2012; 17(1): 18-24. [In Persian].
33. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37(1): 1-11.
34. Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68(4): 687-95.
35. Brooks MV. Health-related hardiness and chronic illness: a synthesis of current research. *Nurs Forum* 2003; 38(3): 11-20.
36. Taylor MK, Pietrobon R, Taverniers J, Leon MR, Fern BJ. Relationships of hardiness to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects. *J Behav Med* 2013; 36(1): 1-9.
37. Nakano K. Hardiness, type A behavior, and physical symptoms in a Japanese sample. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(1): 52-6.
38. Drossman D, Creed F, Olden K, Svedlund J, Toner B, Whitehead W. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl 2): 25-30.
39. McCrae RR, Costa PT. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol* 1997; 52(5): 509-16.

The Relationship of Psychological Hardiness with Alexithymia and Severity of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders

Mina Mazaheri MSc¹

Original Article

Abstract

Background: It is assumed that the hardiness, as a positive natural factor, can increase mental health in spite of the experience of stressful situations. The present study investigated the relationship of psychological hardiness with alexithymia and severity of gastrointestinal symptoms in patients with functional gastrointestinal disorders.

Methods: In this descriptive-correlation study, the statistical population consisted of all patients with functional gastrointestinal disorders referred to the Subspecialty Center of Psychiatry in Isfahan, Iran. Sampling was done via census method, namely, 167 patients were selected according to the study criteria and during a certain period of time. To collect information, the scales of the psychological hardiness (Lang and Goulet Hardiness Scale or LGHS), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Gastrointestinal Symptoms Rating Scale (GSRS) were used.

Findings: The Pearson correlation test showed that there were significant negative correlations between the hardiness total score and the components of control and commitment with severity of gastrointestinal symptoms, and the hardiness total score and the components of control and challenge. However, logistic regression analyses showed that only, the control factor was as a protective factor for both severity of gastrointestinal symptoms and alexithymia.

Conclusion: The implementation of psychological interventions that lead to the reinforcement of the features of hardiness and its components can alter patients' psychological system. Thus, it takes an essential step in healing process and decreases the risk factors of disease, such as alexithymia, and even prevent illness incidence.

Keywords: Psychological hardiness (control, commitment and challenge), Severity of gastrointestinal symptoms, Alexithymia

Citation: Mazaheri M. **The Relationship of Psychological Hardiness with Alexithymia and Severity of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders.** J Isfahan Med Sch 2015; 33(328): 378-88

1- PhD Student, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mina Mazaheri MSc, Email: mina.mazaheri@gmail.com