

مقایسه‌ی مهارت‌های حل مسأله و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با علایم بیماری‌های روان‌تنی و جمعیت شاهد در شهر اصفهان

آستارا حیدری^۱، اصغر آقایی^۲، حمید افشار^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: برخی از بیماری‌های روانی دارای نشانه‌های جسمی هستند که نمود آن به صورت بیماری با نشانه‌های جسمانی دیده می‌شود. پژوهش در مورد برخی مهارت‌های شناختی در بیماران روان‌تنی، کوششی در جهت شناخت فرایندهای ذهنی جسمانی‌سازی است. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه‌ی مهارت‌های حل مسأله و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با علایم بیماری‌های روان‌تنی و جمعیت شاهد در شهر اصفهان بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه‌ای بود که در سه ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ در شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌ی مورد مطالعه، ۶۸ نفر شامل ۳۴ نفر گروه مورد (دارای علایم بیماری‌های روان‌تنی) و ۳۴ نفر جمعیت شاهد (بدون علایم بیماری‌های روان‌تنی) بودند. این افراد، از بین مراجعان مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با تشخیص بیماری روان‌تنی از سوی روان‌پزشکان مرکز و بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و سایر بررسی‌های پزشکی و روان‌پزشکی انتخاب شدند. همراهان بیماران نیز به صورت در دسترس به عنوان گروه شاهد انتخاب گردیدند. ابزار تحقیق، شامل پرسش‌نامه‌های حل مسأله‌ی Petersen و Heppner و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان Kraaij و Garnefski بود.

یافته‌ها: یافته‌های آزمون Multivariate ANCOVA نشان داد بین مهارت حل مسأله (به جز مؤلفه‌ی سبک گرایش-اجتناب) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای علایم روان‌تنی و جمعیت شاهد در شهر اصفهان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$ برای همه).

نتیجه‌گیری: پس از بررسی‌های انجام شده، مشخص گردید نقش مهارت‌های حل مسأله (به جز مؤلفه‌ی سبک گرایش-اجتناب) و تنظیم شناختی هیجان در بروز یا عدم بروز علایم روان‌تنی شایان توجه است.

واژگان کلیدی: مهارت حل مسأله، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، روان‌تنی

ارجاع: حیدری آستارا، آقایی اصغر، افشار حمید. مقایسه‌ی مهارت‌های حل مسأله و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با علایم بیماری‌های

روان‌تنی و جمعیت شاهد در شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۶): ۱۶۶۷-۱۶۶۰

می‌کنند. فرایند شکل‌گیری هر بیماری جسمی، تحت تأثیر عوامل زیستی، روان‌شناختی-رفتاری و اجتماعی قرار دارد (۳). اختلال روان‌تنی به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر ذهن قرار دارد یا در شدیدترین حالت، توسط ذهن ایجاد می‌شود، تعریف شده است (۴). از سوی دیگر، هیجان‌ها در بروز و ایجاد اختلالات روانی نیز نقش انکارناپذیری دارند (۵). هر فرد، بنا به نوع صفات شخصیتی خویش، راهبردهای ویژه‌ای برای تنظیم این هیجان‌ها به کار می‌برد (۶). اما بسیاری از فرایندهای تنظیم هیجان بین افراد مشترک است، اما

مقدمه

ارتباط بین بدن و ذهن همواره از مسایل بحث برانگیز به شمار می‌رود و انسان به عنوان یک موجود روانی-زیستی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (۱). بر این اساس، در دهه‌های اخیر، بیماری‌های جدیدی تحت عنوان اختلالات روان‌تنی (Psychosomatic disorders) ظهور کرده‌اند که پیچیدگی موجود در تشخیص آن‌ها منجر به تحمیل هزینه‌های کلان به بیماران می‌شود (۲). این اختلالات، گروهی از اختلالات پزشکی هستند که به رابطه‌ی میان جسم و روان اشاره

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نمونه، ۳۴ نفر بیمار روان تنی و ۳۴ نفر بدون علائم روان تنی (در کل ۶۸ نفر) به صورت زوج، هم‌سازی شدند. تشخیص روان‌پزشک بر روی افراد به عنوان بیمار روان تنی برای گروه مورد و نداشتن این علائم برای گروه شاهد، سطح تحصیلات بالای دیپلم و داشتن حداقل ۲۵ سال سن برای هر دو گروه، رضایت کامل برای شرکت در پژوهش به عنوان معیارهای ورود آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه، شامل وجود هم‌زمان علائم ناشی از یک بیماری یا عارضه‌ی طبی (فیزیولوژیک) غیر روان‌تنی با علت مشخص جسمی و یا مبهم بودن دلایل بیماری از نظر روان‌تنی بودند.

پرسش‌نامه‌ی حل مسأله‌ی Petersen و Heppner (Problem-solving inventory یا PSI) برای سنجش درک پاسخ دهنده از رفتارهای حل مسأله‌ی خود، تهیه شده است. PSI ۳۵ ماده دارد که برای اندازه‌گیری چگونگی واکنش افراد به مسایل روزانه‌ی آنان طراحی شده است. ۳ عبارت ۹، ۲۲ و ۲۹ از پرسش‌نامه، برای اهداف پژوهشی است و نمره‌گذاری نمی‌شود. این پرسش‌نامه، بر مبنای چرخش تحلیل عاملی دارای ۳ زیر مقیاس مجزای اعتماد به حل مسایل با ۱۱ عبارت، سبک گرایش - اجتناب با ۱۶ عبارت و کنترل شخصی با ۵ عبارت است. برای پیش‌گیری از سوگیری در پاسخ‌دهی ۱۵ عبارت با بیان منفی (با نمره گذاری به شکل معکوس) آمده است. نمره‌ی کل پرسش‌نامه، از مجموع نمرات همه‌ی پاسخ‌ها به دست می‌آید. پرسش‌نامه‌ی حل مسأله با چندین نمونه از آزمودنی‌ها تنظیم و آزمایش شده است و همسانی درونی به نسبت بالایی با مقادیر α بین ۰/۷۲-۰/۸۵ در خرده مقیاس‌ها و ۰/۹۰ برای مقیاس کلی دارد (۱۰). پایایی بازآزمایی نمره‌ی کل پرسش‌نامه در فاصله‌ی دو هفته در دامنه‌ای بین ۰/۸۹-۰/۸۳ گزارش شده و بیانگر آن است که پرسش‌نامه‌ی حل مسأله، ابزاری پایا برای سنجش توانایی حل مسأله است. Cronbach's alpha در نمونه‌ی ایرانی، ۰/۸۶ و ۰/۶۶ گزارش شده است که در حد قابل قبولی است. در این پژوهش، ضرایب پایایی با استفاده از Cronbach's alpha، به روش محاسبه‌ی همسانی درونی به دست آمده است. پایایی کلی ابزار با استفاده از Cronbach's alpha، ۰/۷۰ محاسبه شد. برای محاسبه‌ی میزان پایایی ابزار اندازه‌گیری با استفاده از Cronbach's alpha، سطح همسانی درونی در تمام زیر مؤلفه‌های آن دارای پایایی مناسبی بود.

Kraaij و Garnefski پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation questionnaire package یا CERQ-P) را در سال ۲۰۰۱ تدوین نمودند. ۳۶ پرسش آن راهبردهای تنظیم هیجان را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ راهبرد می‌سنجد. کمترین و بیشترین نمره در هر راهبرد، به ترتیب ۴ و ۲۰

هر فرد به استفاده از برخی الگوهای مشخص تمایل دارد. به این الگوها، راهبردهای تنظیم هیجان و به حیطه‌ی شناختی آن، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation strategies) گفته می‌شود. در این راستا، حل مسأله (Problem solving)، فرایند ذهنی و تفکر منطقی و منظمی است که به فرد کمک می‌کند تا هنگام رویارویی با مشکلات، راه حل‌های متعددی را جستجو و سپس بهترین راه حل را انتخاب کند (۷). حل مسأله، شامل سه مؤلفه‌ی اعتماد به خود در حل مسأله، شیوه‌ی اجتناب - نزدیکی به مسأله و کنترل شخصی است که به ترتیب، بیانگر اعتقاد فرد به توانایی در حل مشکلات، تمایل وی برای رد شدن از کنار مشکلات و یا مقابله‌ی رو در رو با آن‌ها و استفاده از راه‌کارهای متنوع و متفاوت در کنترل رفتار و هدفمندی در فرایند حل مسأله می‌باشد (۸). به نقل از زارع و همکاران، Meyer معتقد است که حل مسأله، فرایندی شناختی است که در رفتار خود را نشان می‌دهد و پیدا کردن راه حل، پیامد فرایند منطقی حل مسأله می‌باشد (۹).

با توجه به آن چه عنوان شد و نیز به دلیل شیوع بیماری‌های روان‌تنی و اهمیت شناسایی عوامل مؤثر در آن، پژوهش حاضر برای نخستین بار به بررسی هم‌زمان دو نمونه‌ی عملکرد نورولوژیک حل مسأله و تنظیم شناختی هیجان، جهت بررسی و شناسایی برخی علل و عوامل احتمالی دخیل در ایجاد نشانه‌های جسمانی بیماران روان‌تنی در مورد افراد مبتلا به این علائم پرداخت. این مطالعه، با هدف مقایسه‌ی مهارت‌های حل مسأله و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای علائم روان‌تنی و جمعیت شاهد در شهر اصفهان انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، به روش علی-مقایسه‌ای (Causal comparative) در سه ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه‌ی مورد نظر افراد دارای انواع نشانه‌های روان‌تنی بودند که تشخیص این علائم در آنان، از سوی روان‌پزشکان درمانگاه مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صادر شده بود. این افراد، به عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از انجام آزمایش‌های متعدد، سایر بررسی‌های پزشکی توسط پزشکان متخصص و مصاحبه‌ی بالینی توسط روان‌پزشک، تشخیص روان‌تنی بودن علائم را گرفتند. نظر به این که این مرکز، تنها پژوهشگاه، درمانگاه و مرکز تخصصی این اختلال در استان اصفهان بود، تمامی بیماران مورد نظر از مراجعان همین مرکز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

گروه همتا یا گروه شاهد نیز از بین همراهان بیماران که علامت مزمن روان‌تنی نداشتند، انتخاب شدند. در مجموع، از بین این افراد

مورد و گروه شاهد تفاوت‌هایی مشاهده گردید، اما در مؤلفه‌ی سبک گرایش-اجتناب تفاوت زیادی بین دو گروه مشاهده نشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار حل مسأله و مؤلفه‌های آن در دو گروه مورد (بیماران روان‌تنی) و شاهد (افراد سالم) ($n = 34$ در هر دو گروه)

متغیر	گروه	انحراف استاندارد
حل مسأله	مورد	$92/23 \pm 10/09$
	شاهد	$114/59 \pm 10/68$
	کل	$103/41 \pm 15/27$
اعتماد به حل مسایل	مورد	$24/02 \pm 4/41$
	شاهد	$38/82 \pm 5/60$
	کل	$31/42 \pm 8/97$
سبک گرایش-اجتناب	مورد	$54/55 \pm 8/81$
	شاهد	$55/94 \pm 8/33$
	کل	$55/25 \pm 8/54$
کنترل شخصی	مورد	$13/64 \pm 2/52$
	شاهد	$19/82 \pm 2/52$
	کل	$16/73 \pm 3/99$

جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه مورد، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۵ سال با ۲۸ نفر (۸۲/۳ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۶-۵۵ سال و بالای ۵۵ سال با ۱ نفر (۳ درصد) بود. در گروه شاهد نیز بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۵ سال با ۲۲ نفر (۶۴/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی بالای ۵۵ سال بود که در واقع، فراوانی آن صفر (صفر درصد) بود.

جدول ۲. توزیع فراوانی گروه‌های سنی آزمودنی‌ها در دو گروه

گروه‌های سنی	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد (درصد)	درصد فراوانی (تجمعی)	تعداد (درصد)	درصد فراوانی (تجمعی)
۲۵-۳۵	۲۸ (۸۲/۳)	۸۲/۳	۲۲ (۶۴/۷)	۶۴/۷
۳۶-۴۵	۴ (۱۱/۷)	۹۴/۰	۷ (۲۰/۵)	۸۵/۲
۴۶-۵۵	۱ (۳/۰)	۹۷/۰	۵ (۱۴/۸)	۱۰۰
بالای ۵۵ سال	۱ (۳/۰)	۱۰۰	۰ (۰)	۱۰۰
کل	۳۴ (۱۰۰)	-	۳۴ (۱۰۰)	-

جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر دو گروه مورد و شاهد، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس، ۱۷ نفر (۵۰/۲ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات فوق دیپلم، ۲ نفر (۵/۸ درصد) بوده است. در هر دو گروه‌های مورد و شاهد، بیشترین فراوانی مربوط به

می‌شود و نمره‌ی بالاتر، نشان دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ضریب α برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه توسط Garnefski و همکاران در دامنه‌ی ۰/۷۱-۰/۸۱ گزارش شده است (۱۱). نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه، نظم‌جویی شناختی هیجان (ERQ-P) در فرهنگ ایرانی توسط حسنی و همکاران مورد مطالعه قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی با دامنه‌ی ۰/۷۶-۰/۹۲ و بازآزمایی با دامنه‌ی همبستگی ۰/۵۱-۰/۷۷ و روایی این پرسش‌نامه، از طریق تحلیل مؤلفه‌ی اصلی با استفاده از چرخش Varimax همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با دامنه‌ی همبستگی ۰/۳۲-۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۱۲). ضرایب پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش، با استفاده از Cronbach's alpha، به روش محاسبه‌ی همسانی درونی به دست آمد. پایایی کلی ابزار با استفاده از Cronbach's alpha، ۰/۷۳ محاسبه شد. برای محاسبه‌ی میزان پایایی ابزار اندازه‌گیری با استفاده از Cronbach's alpha، سطح همسانی درونی در زیر مؤلفه‌های آن محاسبه شد. نتایج حاکی از پایایی قابل قبول این ابزار بود.

از بین بیماران روان‌تنی مراجعه کننده به درمانگاه و پژوهشکده‌ی روان‌تنی، گروه مورد به صورت در دسترس و گروه شاهد از بین همراهان بیماران انتخاب شدند. طی مدت سه ماه، به تدریج پرسش‌نامه‌های حل مسأله و تنظیم شناختی هیجان توسط هر دو گروه مورد و شاهد پاسخ داده شد. پس از پایان نمونه‌گیری، داده‌های پژوهش (پرسش‌نامه‌های تکمیل شده) نمره‌گذاری شدند و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و روش‌های آمار توصیفی، نتایج داده‌های به دست آمده از متغیرهای پژوهش توصیف گردید. سپس، پیش‌فرض‌های آماری لازم به منظور استفاده از آزمون پارامتریک MANCOVA، شامل آزمون Shapiro-Wilk جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات گروه مورد در جامعه و آزمون Levene جهت بررسی تساوی واریانس‌ها، تحلیل گردید. همچنین، اثر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی با استفاده از آزمون MANCOVA کنترل شده است. در نهایت، فرضیه‌های پژوهش با این روش آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین بیماران روان‌تنی در حل مسأله ۹۲/۲۳ و در اعتماد به حل مسایل ۲۴/۰۲، در سبک گرایش-اجتناب ۵۴/۵۵ و در کنترل شخصی ۱۳/۶۴ و در افراد عادی میانگین این ویژگی‌ها به ترتیب، ۱۱۴/۵۹، ۳۸/۸۲ و ۵۵/۹۴ محاسبه شده است. همان‌طور که نتایج توصیفی (میانگین‌ها) نشان می‌دهد، در حل مسأله و مؤلفه‌های اعتماد به حل مسایل و کنترل شخصی، بین نمرات گروه

جنسیت زن با ۲۳ نفر (۶۷/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به جنسیت مرد با ۱۱ نفر (۳۲/۳ درصد) بود.

جدول ۳. توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی‌ها در دو گروه

تحصیلات	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد (درصد)	درصد فراوانی تجمعی	تعداد (درصد)	درصد فراوانی تجمعی
دیپلم	۹ (۲۶/۴)	۲۶/۴	۸ (۲۳/۵)	۲۳/۵
فوق دیپلم	۲ (۵/۸)	۳۲/۲	۲ (۵/۸)	۲۹/۳
لیسانس	۱۷ (۵۰/۲)	۸۲/۲	۱۷ (۵۰/۲)	۷۹/۵
ارشد و بالاتر	۶ (۱۷/۶)	۱۰۰	۷ (۲۰/۵)	۱۰۰
کل	۳۴	-	۱۰۰	-

میانگین و انحراف استاندارد تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در دو گروه مورد و شاهد در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در دو گروه مورد و شاهد (n = ۳۴ در هر دو گروه)

متغیر	گروه	میانگین ± انحراف استاندارد
تنظیم شناختی هیجان	مورد	۱۱۴/۱۵ ± ۸/۸۷
	شاهد	۱۰۱/۰۹ ± ۷/۲۱
	کل	۱۰۷/۶۲ ± ۱۰/۳۷
راهبردهای مثبت	مورد	۵۵/۵۲ ± ۶/۱۰۱
	شاهد	۶۳/۳۲ ± ۴/۷۰
راهبردهای منفی	مورد	۵۹/۴۲ ± ۶/۶۸
	شاهد	۵۸/۶۱ ± ۴/۳۹
	کل	۳۷/۷۶ ± ۳/۷۴
	کل	۴۸/۱۹ ± ۱۱/۲۵

همان‌طور که در جدول ۵ آمده است، پس از حذف تأثیر سن،

تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی و با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده، نمرات حل مسأله‌ی شرکت کنندگان در دو گروه ($F = ۷۸/۶۲۳, P < ۰/۰۰۲$)، اعتماد به حل مسایل شرکت کنندگان در دو گروه ($F = ۱۴۶/۳۵۳, P < ۰/۰۰۱$) و کنترل شخصی شرکت کنندگان در دو گروه ($P < ۰/۰۰۱$)، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی، بین مهارت‌های حل مسأله، اعتماد به حل مسایل و کنترل شخصی در گروه‌های مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما با توجه به این که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات سبک گرایش-اجتناب شرکت کنندگان در دو گروه ($P < ۰/۵۰۹$)، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($F = ۰/۴۴۱$).

همچنین بر اساس جدول ۶، پس از حذف تأثیر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده گردید که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات تنظیم شناختی هیجان در دو گروه ($F = ۴۴/۳۲۲, P < ۰/۰۰۵$) و همچنین، بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در دو گروه ($F = ۳۴/۷۷۷, P < ۰/۰۰۹$) و بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در دو گروه ($F = ۴۴۴/۲۹۰, P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بنابراین، بین تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

بحث

این پژوهش نشان داد که بین مهارت‌های حل مسأله و تنظیم شناختی هیجان در افراد با علایم روان‌تنی (گروه مورد) و افراد عادی (گروه شاهد) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مطالعات دیگری نیز این نتایج را تأیید می‌کنند. در تبیین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، می‌توان گفت لازمه‌ی مداخله در مشکلات هیجانی، اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش انواع سازگار آن‌ها می‌باشد. بنا بر یافته‌های پژوهش حاضر و از آن جایی

جدول ۵. نتایج آزمون MANCOVA با کنترل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در حل مسأله، اعتماد به حل مسایل،

سبک گرایش-اجتناب و کنترل شخصی

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار P	مجذورات آتا (میزان تأثیر)	توان آماری
حل مسأله	۸۴۹۴/۱۱۸	۱	۸۴۹۴/۱۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۴	۰/۹۹۵
اعتماد به حل مسایل	۳۷۲۰/۷۲۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
سبک گرایش-اجتناب	۳۲/۴۸۵	۱	۳۲/۴۸۵	۰/۵۰۹	۰/۰۰۷	۰/۱۰۰
کنترل شخصی	۶۴۸/۵۲۹	۱	۶۴۸/۵۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰

جدول ۶. نتایج آزمون MANCOVA با کنترل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار P	مجذورات آتا (میزان تأثیر)	توان آماری
تنظیم شناختی هیجان	۲۸۹۹/۰۵۹	۱	۲۸۹۹/۰۵۹	۰/۰۰۵	۰/۴۰۲	۰/۹۲۵
راهبردهای مثبت	۱۰۳۲/۷۲۱	۱	۱۰۳۲/۷۲۱	۰/۰۰۹	۰/۳۴۵	۰/۹۱۱
راهبردهای منفی	۷۳۹۲/۳۶۸	۱	۷۳۹۲/۳۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱	۱/۰۰۰

با وجود رد این فرضیه، باید گفت مطالعات پیشین نشان داده بود افرادی که بلافاصله پس از رویارویی با یک مشکل، آن را حل نشدنی تلقی می‌کنند و رفتار منفعلانه‌ای در رابطه با آن موقعیت پیش می‌گیرند یا پس از شکست خوردن اولین راه‌حل، ناامید می‌شوند و به کلی، از آن روش صرف‌نظر می‌کنند و یا پس از اقدام به حل مسأله، نتایج را برآورد نمی‌کنند، راه‌حل‌های بسیار محدودی را در نظر می‌گیرند، به عوامل مؤثر خارجی در رابطه با مشکل پیش آمده توجهی ندارند و یا به طور کلی، ترجیح می‌دهند از کنار مسأله عبور کنند، در حل مسأله، موفقیت کمتری کسب می‌نمایند، اما کسانی که فعالانه به راه‌حل‌های متنوع برای حل موقعیت تش‌آفرین می‌پردازند، با احتمال بیشتری موفق خواهند بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین کنترل شخصی در گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این مهارت که فرد بتواند هنگام مواجهه با موقعیت‌های مسأله‌آفرین ضمن تشخیص مشکل، جلوی تمایل به پاسخ دادن به اولین سابق خود را بگیرد و امیدوار باشد که می‌تواند به طور مستقل بر مشکلاتش فایق آید، احتمال توفیق او در یافتن راه‌حل‌های مناسب بیشتر می‌شود (۱۶). در توضیح این نتیجه، باید گفت فردی که از کنترل شخصی خوبی برخوردار است، با وجود توانایی تشخیص مسایل به محض بروزشان، قادر به حفظ خود از پاسخ نسنجیده به آن‌ها می‌باشد. مسایلی که در صورت بروز واکنش ناسازگار، منجر به افزایش تش و ایجاد اضطراب در موقعیت‌های مسأله‌ساز و در صورت عدم توفیق در حل مسایل مکرر، باعث بروز حالت سرخوردگی و درماندگی می‌شوند و نشانه‌های افسردگی و علائم بدنی را در فرد ظاهر می‌سازند. پژوهش حاضر، ارتباط نقص در اعتماد به حل مسایل با ظهور نشانه‌های روان‌تنی را تأیید می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد بین تنظیم شناختی هیجان در گروه مورد و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد که با نتایج پژوهش عاصمی زواره همسو بود. همان میزان که فشار روانی وارده بر افراد به علت موقعیت‌های گوناگون می‌تواند متفاوت باشد، داشته‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌های آن‌ها برای مقابله با این فشارهای روانی نیز می‌تواند موجب کاهش یا افزایش اثرات زبان‌آور فشار روانی بر ارگانیزم شود و احتمال ابتلا به اختلالات جسمی را در آن‌ها کاهش یا افزایش دهد.

که بین مهارت حل مسأله (به جز مؤلفه‌ی سبک‌گرایش - اجتناب) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه مورد و گروه شاهد در شهر اصفهان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، کسب مهارت در حل مسایل و نیز تنظیم شناختی هیجان‌های فرد، می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در پیش‌گیری از بروز نشانه‌های روان‌تنی باشد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که بین مهارت حل مسأله در گروه مورد و گروه شاهد، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در هیچ پژوهشی، روابط بین این متغیرها به طور هم‌زمان مورد مطالعه قرار نگرفته است، اما نتایج با یافته‌های پژوهش ایزدی‌فرد و سپاسی آشتیانی هم‌خوانی دارد (۱۳). در تبیین این یافته‌ها، می‌توان اظهار داشت که پیام نشانه‌های روان‌تنی، فرار از یک موقعیت تش‌آفرین می‌باشد. به نظر می‌رسد، افراد دارای این نشانه‌ها، هنگام مواجهه با موقعیت دشوار یا مسأله، به جای استفاده از فرایند شناختی (سازگار) حل مسأله، با احتمال بیشتری دچار استرس می‌شوند. روان فرد برای در امان ماندن از فشار اضطراب، درصدد فرافکندن آن به سطحی دورتر از روان یعنی جسم بر می‌آید و بدین ترتیب، «مواجهه با مسأله» که پدیده‌ای روزمره و اجتناب‌ناپذیر است، برای افرادی که از لحاظ شناختی فاقد مهارت کافی در این زمینه هستند، می‌تواند آثار سوء بدنی در پی داشته باشد.

همچنین، یافته‌ها نشان داد که بین اعتماد به حل مسایل در افراد گروه مورد و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در تبیین این نتیجه، می‌توان چنین بیان کرد که مهارت در اعتماد به حل مسایل، به اعتماد فرد بر توانایی خود به حل مسایل و مشکلات پیرامون خود اشاره دارد. در این حالت، فرد با نگرش پیش‌بینی درست، داشتن درک صحیح از محتوای مسأله، شهامت رویارویی با موقعیت‌ها و مسایل جدید و قدرت چیرگی بر مسایل، با هر مسأله روبه‌رو می‌گردد. در این شرایط، کاهش استرس و فشار روانی با احتمال بیشتری فرد را از عواقب چون افسردگی، جسمانی‌سازی و بروز نشانه‌های روان‌تنی در امان می‌دارد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد بین سبک‌گرایش - اجتناب در گروه مورد و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها، با یافته‌های پژوهش لعلی (۱۴) و قنبری هاشم‌آبادی و بلقان‌آبادی (۱۵) مغایرت دارد.

بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای روبه‌رو شدن با موقعیت تبدیلی‌زا بر می‌گزیند (۱۱) که در تبیین آن، شاید بتوان گفت این روند، موجبات درونی‌سازی‌هایی نظیر اضطراب، افسردگی و به دنبال آن، انواع تظاهرات روان‌تنی را فراهم می‌آورد.

صرف نظر از موارد پیش‌گفته، برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعمیم نتایج آن را با احتیاط مواجه می‌سازد. از جمله این که پژوهش حاضر بر روی گروه سنی بالای ۲۵ سال انجام شده است که می‌تواند باعث کاهش تعمیم‌پذیری نتایج به گروه‌های سنی زیر ۲۵ سال (کودکان و نوجوانان) گردد. سطح تحصیلات افراد در گروه مورد، دیپلم و بالاتر بود که برای تعمیم یافته‌ها به افراد با تحصیلات پایین‌تر باید جانب احتیاط رعایت شود.

با توجه به این که پژوهش حاضر، بر روی گروهی از افراد دارای علائم روان‌تنی و افراد سالم شهر اصفهان انجام گرفت، بایستی در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها، شهرها و استان‌های دیگر کشور، جانب احتیاط را رعایت نمود. از این رو، پیشنهاد می‌شود با توجه به تفاوت معنی‌دار بین مهارت حل مسأله و مهارت تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای علائم روان‌تنی و افراد سالم، در درمان افراد دارای علائم روان‌تنی و اختلالات جسمانی‌سازی، دوره‌های آموزش مهارت حل مسأله و مهارت تنظیم شناختی هیجان به همراه مداخلات پزشکی و دارویی مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش به موجب تفاهم‌نامه‌ی همکاری علمی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره‌ی طرح ۲۹۵۰۳۸ و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) در قالب پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد به شماره‌ی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۲۲۰۸۸ انجام شده و کلیه‌ی هزینه‌های اجرای آن، بر عهده‌ی دانشجو بوده است. شایسته است از همکاری دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صمیمانه قدردانی گردد.

(۱۷). استفاده از برخی از راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند منجر به افزایش مشکلات هیجانی شود. پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که تنظیم غیر مؤثر هیجان، بخشی از زنجیره‌ی علل مشکلات هیجانی (مشکلات خلقی و اضطرابی) است و بسیاری از ویژگی‌های اضطراب و اختلالات خلقی، در واقع تلاش‌های ناسازگارانه‌ای هستند که برای تنظیم هیجان‌های ناخواسته انجام می‌شوند (۱۸).

می‌توان چنین بیان کرد که تنظیم شناختی هیجان در شرایط پرفشار و تنش‌زا، می‌تواند با کمک به درک موقعیت مشکل‌آفرین و هدایت فرد در تصمیم‌گیری هر چه کارآمدتر در شرایط بحرانی، فرد را از آسیب‌های روانی، ایمن نگاه دارد.

یافته‌ها نشان داد بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) در گروه مورد و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های مرادی شاه افشادی (۱۹) و هوایی (۲۰) همسو بود. درآموزش تنظیم شناختی هیجان، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود. بدین ترتیب، انتخاب راهبرد مقابله‌ای مثبت و کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، علاوه بر ارتقای سلامت روان بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه اثرگذار است (۲۱).

این نتیجه، به دست می‌آید که در تنظیم مثبت هیجان، فرد مشکل را می‌پذیرد و یک الگوی هیجانی مثبت نسبت به موقعیت رخ داده بر می‌گزیند، بررسی و ارزیابی مسأله و برنامه‌ریزی برای حل آن را آغاز می‌کند و تا حل کامل مشکل پیش آمده، فعال می‌ماند.

یافته‌ها نشان داد که بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در گروه مورد و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد که با یافته‌های مطالعه‌ی حسنی و همکاران (۹) همسو بود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه‌ی تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلالات روانی رابطه‌ی مستقیمی دارد. بنابراین، در نتیجه‌ی ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات

References

1. Khodayarifard, M Zardkhaneh S. Cognitive behavior family therapy of psychosomatic disorders with an emphasis on positive psychotherapy. *Psychology* 2012; 3(12): 1104-9.
2. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(2): 217-37.
3. Levenson JL. *Essentials of psychosomatic medicine*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2007.
4. Rosenhan D, Seligman M. *Abnormal psychology*. Trans. Seyed Mohammadi Y. 13th ed. Tehran, Iran: Savalan; 2011 . p. 452. [In Persian].
5. Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Identifying the profiles of psychosomatic disorders in an Iranian adult population and their relation to psychological problems. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26 (137): 82-94. [In Persian].
6. Karimifar M, Dinparvar E, Javaheri Mohammadi M, Hoseinsabet F, Bejani H. Effectiveness of emotional memory management program on cognitive emotion regulation strategies. *Adv Cogn Sci* 2013; 14(4):

- 11-23. [In Persian]
7. Yuan HB, Williams BA, Fang JB, Pang D. WITHDRAWN: The relationship between self-directed learning readiness and problem solving in Chinese baccalaureate nursing students. *Nurse Educ Today* 2012. [Epub ahead of Print].
 8. Feizi Konjini L, Fadakar Soghe R, Chehrzad M, Kazemnejad- Leili E. Problem solving skills and their related factors in nursing students. *Holist Nurs Midwifery* 2016; 26(3): 86-95. [In Persian].
 9. Zare H, Abaspour P, Yousefi F. The Role of problem-solving skill training and cognitive restructuring on cognitive emotion regulation strategies, and family functioning in infertile women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2015; 2(1): 81-93. [In Persian].
 10. Heppner PP, Pretorius TB, Wei M, Lee DG, Wang YU. Examining the generalizability of problem-solving appraisal in Black South Africans. *J Couns Psychol* 2002; , 49(4): 484-98.
 11. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers* 2002; 16(5): 403-20.
 12. Hassani J, Azadfallah P, Rasoulzade Tabatabaie SK, Ashayeri H. The assessment of cognitive emotion regulation strategies according to neuroticism and extraversion personality dimensions. *Adv Cogn Sci* 2009; 10(4): 1-13. [In Persian].
 13. Eizadifard R, Sepasi Ashtiani M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *International Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(1): 22-7. [In Persian].
 14. Laali M. Comparison of the effectiveness of parent management training, problem-solving skills training and combination method on the level of conduct disorder symptoms in elementary school students [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education and Psychology, University of Isfahan; 2012. [In Persian].
 15. Ghanbari Hashemabadi B, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of existential group therapy in improving problem-solving skills. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2012; 17(3): 60-71. [In Persian].
 16. Nikbakht Nasrabadi A. Effects of group education on communication skills, problem solving and interaction analysis on parent-adolescent conflict among high school girls in Jarqavieh Olya region [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education and Psychology, University of Isfahan; 2010. [In Persian].
 17. Asemi Zavareh N. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on neurological and psychological symptoms in patients with psychiatric vertigo [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education and Psychology, University of Isfahan; 2012. [In Persian].
 18. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press; 2007. p. 542-59.
 19. Moradi Shah Afshadi M. Pattern of affective attachment pattern, facial recognition, exercise adjustment skills, emotional response to depression, and effectiveness of model-based intervention on girl's depression symptom [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education and Psychology, University of Isfahan; 2015. [In Persian].
 20. Havaei A. Evaluating the effectiveness of emotional regulation training on the level of distress tolerance, anxiety, depression and reduction of excitement regulation problems in female patients with tension headache disorder in Isfahan [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education and Psychology, University of Isfahan; 2012. [In Persian].
 21. Safavi S. The effectiveness of emotion regulation intervention (ERT), adaptive effectiveness, conflict styles, interpersonal problems cognitive cognitive emotion strategies and Alexis Timmy's severity in Alzheimer's signs [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education and Psychology, University of Isfahan; 2012. [In Persian].

Comparing Problem-Solving Skills and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Psychosomatic Symptoms and Control Population in Isfahan City, Iran

Astara Heidari¹, Asghar Aghaei², Hamid Afshar³

Original Article

Abstract

Background: Mental disorders can have physical manifestation and are prevailed as psychosomatic signs. Studies about cognitive skills in psychosomatic patient are clinical trials in order to understand somatization of mental disorder. This study aimed to compare problem-solving skills and cognitive emotion regulation strategies in patients with psychosomatic symptoms and control population.

Methods: This was a causal-comparative study during the third semester of 2016, and study sample included 68 people, 34 with and 34 without psychosomatic symptoms, in Isfahan City, Iran. They were selected via convenience sampling from the clients of Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, and their relatives. The research tools included the Problem-Solving Inventory (PSI) and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ).

Findings: The Multivariate ANCOVA test showed that significant difference between problem-solving skills (except avoid the tendency style) and cognitive emotion regulation strategies in patients with psychosomatic symptoms and control population ($P < 0.05$ for all).

Conclusion: We found that problem-solving skills (except avoid the tendency style) and cognitive emotion regulation strategies play a significant role in presence or absence of psychosomatic symptoms.

Keywords: Problem solving, Cognitive emotion regulation, Psychosomatic disorders

Citation: Heidari A, Aghaei A, Afshar H. Comparing Problem-Solving Skills and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Psychosomatic Symptoms and Control Population in Isfahan City, Iran. J Isfahan Med Sch 2018; 35(456): 1660-7.

1- MSc Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine AND Noor and Aliasghar Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Astara Heidari, Email: astra.psy@gmail.com