

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۸۹  
دوره چهارم، سال ۱۷-۳، شماره ۲  
صص: ۲۳۴-۲۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۰۶/۰۱  
تاریخ بررسی مقاله: ۸۸/۱۲/۱۲  
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۰۴/۰۶

## مقایسه کمال‌گرایی، الکسی تایمی و سلامت روان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم

ایران داودی \*

مرضیه فتاحی‌نیا \*\*

یداله زرگر \*\*\*

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه کمال‌گرایی، الکسی تایمی و سلامت روان در بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) و افراد سالم مراجعه کننده به مطب‌های گوارش شهر اهواز است که در تابستان و پاییز ۱۳۸۸ اجرا شد. نمونه‌ی پژوهش حاضر ۱۴۴ نفر، شامل ۷۲ بیمار مبتلا به IBS و ۷۲ فرد سالمی بود که به عنوان همراه بیمار در مطب حضور داشتند و با تکمیل فرم APS، TAS-20 و GHQ در این تحقیق شرکت کردند. جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  استفاده شد. یافته‌ها بیانگر این بود که بیماران IBS از نظر این سه ویژگی با افراد سالم تفاوت معنی‌دار دارند، به طوری که افراد بیمار در مقایسه با افراد سالم، کمال‌گراتر و الکسی تایمی کم‌تر بوده و از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند.

**کلید واژگان:** سندرم روده تحریک‌پذیر، کمال‌گرایی، الکسی تایمی، سلامت روان

---

\* استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)  
davirp38@yahoo.com

\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

\*\*\* استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

## مقدمه

قرن‌ها پیش متفکرانی مانند افلاطون<sup>۱</sup>، سقراط، جالینوس<sup>۲</sup> و سایرین به اثرات روان بر جسم و طریقه‌ی تأثیر و تأثر روان و تن بر یکدیگر اشاره نموده‌اند. در قرن اخیر نیز اکثر صاحب‌نظران حوزه‌های مختلف روان‌شناسی و روان‌پزشکی در خصوص سبب‌شناسی اختلالات روان‌تنی نظریه‌ها و رویکردهای متعددی را مطرح کرده‌اند (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان، دهقانی و دباغ، ۱۳۷۵).

نخستین بار دوبار در سال ۱۹۵۴ در کتابی جامع (به نقل از علوی و محمودی، ۱۳۸۶) اعلام کرد افراد با ویژگی‌های شخصیتی معین مستعد فرآیندهای بیماری خاصی می‌شوند و عضو آسیب‌پذیر در بروز علائم روان‌تنی در طول شکل‌گیری شخصیت مشخص می‌شود. دستگاه گوارش از جمله این اعضای آسیب‌پذیر است که نسبت به عوامل فشارزا و حالات هیجانی فوق‌العاده حساس است. حدود نیمی از بیماران مراجعه‌کننده به بخش مراقبت‌های اولیه افراد دارای مشکلات گوارشی هستند.

شایع‌ترین شکایات معدی-روده‌ای مربوط به نشانگان روده تحریک‌پذیر<sup>۳</sup> است. از علایم IBS می‌توان به تغییر در اجابت مزاج (یبوست و یا اسهال)، عود دردهای شکمی و نفخ در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی اشاره کرد که بطور نامنظم نوسان داشته و به طور کامل از بین نمی‌رود (اویانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷).

ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده این بیماری اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی بیماران داشته و موجب از کار افتادگی بیمار، هدر رفت وقت و تحمیل بار اقتصادی به فرد و جامعه می‌شود (محمودی، پورشمس، ملک‌زاده و اکبری، ۱۳۸۲). به علاوه تداوم در علائم، می‌تواند منشأ ضایعه قابل توجه در رفتار و جسم این بیماران شود (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). اختلال IBS علی‌رغم شیوع بالا (۹ تا ۲۲ درصد) به لحاظ ماهیت روان‌تنی آن از ناشناخته‌ترین اختلالات بالینی محسوب می‌شود و در تحقیقات پزشکی نیز علت و

- 
- 1- Plato
  - 2- Galen
  - 3- irritable bowel syndrome (IBS)
  - 4- Owyang

درمان طبی خاصی برای آن مشخص نشده است (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷). بر همین اساس نقش دیگر عوامل مؤثر از جمله عوامل روان‌شناختی در ابتلا به این بیماری پررنگ‌تر شده و لزوم بررسی و شناخت آنها در تحقیقات مختلف مورد توجه قرار گرفته است.

غالب محققان بر این نکته تأکید دارند که خصیصه‌های معین روان‌شناختی از جمله برخی ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند فرد را مستعد ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی کند (بویس، تالی و کولسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲ و وایت، نیاس و مگنوسن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶ به نقل از داگوش، فیشر و هیسر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ هازلت استیونس، کرسک، مایر، چانگ و نالی‌بف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳، تانام و مالت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ درسمن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ نیچول و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ فرنام، سامی، صرامی و فرهنگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸).

مروری کلی بر پژوهش‌ها ارتباط مستقیم یا غیرمستقیم ویژگی الکسی تایمی با بیماری‌های روان‌تنی و به طور جزئی‌تر بیماری IBS را نشان می‌دهد (اواد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸؛ براردیس<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ پرسلی و تودارلو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷؛ داگوش، فیشر و هیسر، ۲۰۰۴؛ داگوش و هیسر، ۲۰۰۳؛ پرسلی، تایلور، بگبی و داکرن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹؛ پریتی<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۸؛ کویمن<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸؛ تایلور، بگبی و پارکر<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۷).

به علاوه، بسیاری از محققین علوم رفتاری، پزشکان و روان‌پزشکان آسیب‌پذیری افراد کمال‌گرا در ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی را مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند (سامی و کندا<sup>۱۶</sup>،

- 1- Boyce, Tally, & Koloski
- 2- White, Nias, & Magnusson
- 3- De Gucht, Fischler, & Heiser
- 4- Hazlett-Stevens, Craske., Mayer, Chang, & Naliboff
- 5- Tanum & Malt
- 6- Drossman
- 7- Nicholl
- 8- Farnam, Somi, Sarami, & Farhang
- 9- Ewad
- 10- Berardis
- 11- Todarello
- 12- Porcelli, Taylor, Bagby, & De Carne
- 13- Priti
- 14- Kooiman
- 15- Taylor, Bagby, & Parker
- 16- Sumi & Kanda

۲۰۰۲ و آقارخ‌میرآبادی، ۱۳۸۴). وجدان سخت‌گیر، اضطراب، احساس گناه، خودتنبیهی، نارضایتی از خود و تنفر ویژگی‌های هیجانی شایعی است که در اکثر بیماران مبتلا به علائم روده‌ای دیده می‌شود (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). اما تحقیقات اندکی در این زمینه و نیز در ارتباط با اختلالات خاص همچون IBS، یافت می‌شود.

پایین بودن سلامت‌روان در بیماران مبتلا به IBS نسبت به افراد سالم و نیز دیگر ناهنجاری‌های مزمن جسمی و روان‌تنی در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (تالی، بويس و جونز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸، هدر، ماسون و میکائیل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰، امانوئل، ماسون و کام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱ و ناتاشا<sup>۴</sup>، کولوسکی و نیکولاس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳ به نقل از میناکاری و دیگران، ۱۳۸۵؛ تونر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴، استنلی، استارت و پرتوریس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹؛ استبرگ<sup>۸</sup> و دیگران، ۲۰۰۰؛ وینریب<sup>۹</sup> و دیگران، ۲۰۰۳؛ آلپرز<sup>۱۰</sup> و نیچول و دیگران، ۲۰۰۸).

پیشینه پژوهشی پیرامون سلامت‌روان پایین این بیماران نشان می‌دهد که ۹۴٪ بیماران مبتلا به IBS در طول زندگی به یکی از اختلالات محور یک DSM مبتلا هستند یا می‌شوند که بالاترین شیوع، مربوط به اختلالات افسردگی و اضطرابی است (لیدپارد و فلستی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹ به نقل از توسیک گلوبویک<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

به طور کلی در این تحقیق هدف شناسایی رابطه IBS با برخی ویژگی‌های روان‌شناختی یعنی کمال‌گرایی، الکسی تایمی و سلامت روانی است. شناخت ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با این بیماری، زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای درمانی و آموزش مهارت‌های لازم به این بیماران بوده و جمعیت قابل توجهی از افراد درگیر را در کاهش دوره درمان طبی و هزینه‌های درمانی یاری رسانیم.

- 1- Boyce & Jones
- 2- Heather, Mason, & Michael
- 3- Emmanuel, Mason, & kamm
- 4- Natasha, Koloski, & Nicholas
- 5- Toner
- 6- Stanley, Stuart, & Pretorius
- 7- Osterberg
- 8- Weinryb
- 9- Alpers
- 10- Lydiard & Falsetti
- 11- Totic-Golubovic

### فرضیه‌های تحقیق

۱. بین بیماران مبتلا به IBS با افراد سالم از نظر سه ویژگی الکسی تایمی، کمال‌گرایی و سلامت روان تفاوت وجود دارد.
- ۱-۱. الکسی تایمی بیماران IBS از افراد سالم بالاتر است.
- ۱-۲. کمال‌گرایی بیماران IBS از کمال‌گرایی افراد سالم بالاتر است.
- ۱-۳. سلامت روان بیماران IBS از سلامت روان افراد سالم پایین‌تر است.

### روش پژوهش

#### جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این تحقیق کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) مراجعه‌کننده به مطب‌های فوق تخصص گوارش شهر اهواز بود. نمونه تحقیق ۱۴۴ نفر، شامل ۷۲ بیمار مبتلا به IBS و ۷۲ فرد سالمی بود که به عنوان همراه بیمار در مطب حضور داشتند. نمونه مذکور در تابستان و پاییز ۸۸ و به روش نمونه‌گیری در دسترس، به شرح زیر انتخاب شد:

پس از هماهنگی با پزشکان فوق تخصص گوارش، هر بیمار مراجعه‌کننده به مطب، پس از انجام معاینات تشخیصی و بررسی اندوسکوپی، در صورت عدم وجود آسیب عضوی و دریافت تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، به پژوهشگر، ارجاع داده می‌شد. محقق نیز بعد از بیان توضیحاتی در مورد تحقیق و تحویل فرم‌های مربوطه، او را جهت تکمیل پرسشنامه‌ها راهنمایی می‌کرد. انتخاب ۷۲ نفر نمونه افراد سالم نیز از همراهان بیمار، در ساعت‌های حضور آنها در سالن انتظار انجام شد. شرط شرکت افراد همراه بیمار در گروه کنترل، عدم ابتلا به هرگونه بیماری گوارشی بود.

#### ابزارهای پژوهش

##### ۱. پرسشنامه الکسی تایمی تورنتو (TAS-۲۰)

این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تایلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی، تایلور و پارکر تجدیدنظر گردید. در این مقیاس، سازه الکسی تایمی در سه زیر مقیاس دشواری

تشخیص احساسات<sup>۱</sup>، دشواری توصیف احساسات<sup>۲</sup> و تفکر با جهت‌گیری خارجی<sup>۳</sup> ارزیابی می‌شود. خرده‌مقیاس اول (۷ ماده) توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی را ارزیابی می‌کند. زیرمقیاس دوم (۵ ماده) توانایی شخص در بیان احساسات را می‌سنجد. خرده‌مقیاس سوم (۸ ماده) ماده میزان درون‌نگری<sup>۴</sup> و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می‌کند. شیوه نمره‌گذاری این آزمون، بر اساس مقیاس لیکرت (۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق) بوده و شماره‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (به نقل از افشاری، ۱۳۸۷).

نمره‌هایی که افراد در آزمون (TAS-۲۰) کسب می‌نمایند، دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۱۰۰ دارند و توزیع نمره‌ها شبیه به توزیع منحنی نرمال است. بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده به منظور مقایسه افراد در درجه ابتلایشان به الکسی تایمی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی (عادی) نمره‌ی ۶۱ به عنوان نقطه‌ی برش در این آزمون در نظر گرفته شد به گونه‌ای که نمرات بالای ۶۱ به عنوان افراد الکسی تایمی ک، و نمرات پایین‌تر از آن را افراد غیرالکسی تایمیک تشکیل می‌دهند (سیاروچی، فورگاس و مایر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳، ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۴).

ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نیز در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. بشارت (۲۰۰۷) نیز ضرایب کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۵ و برای سه زیرمقیاس ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین پایایی بازآزمایی این مقیاس را در یک نمونه ۶۷ نفری از دانشجویان در دو نوبت با فاصله ۴ هفته از  $r = 0/8$  تا  $r = 0/87$  برای نمره کل و سه زیرمقیاس آن تأیید کرده است.

افشاری (۱۳۸۷) نیز پایایی این مقیاس را با استفاده از روش کرونباخ محاسبه کرد. این ضرایب برای نمره‌ی کل ۰/۷۵۳ و در سه زیرمقیاس آزمون ۰/۷۲۳، ۰/۷۲۸ و ۰/۵۳ گزارش شد.

در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. این ضرایب برای نمره‌ی کل آزمون در کل نمونه ۰/۸۰ و در سه زیرمقیاس آزمون ۰/۸۳، ۰/۶

- 1- Difficulty identifying feelings (DIF)
- 2- Difficulty describing feelings (DDF)
- 3- Externally oriented thinking (EOT)
- 4- introspection
- 5- Siarochi, Forgas, & Mayer

و ۰/۵۲ به دست آمد و به تفکیک دو نمونه، ضرایب به ترتیب در نمونه‌ی سالم ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۶۷ و ۰/۵۱ و در نمونه بیمار ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۵۲ و ۰/۵۳ است.

بشارت (۲۰۰۷) روایی همزمان مقیاس را بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی کرد و نتایج مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی به دست آمده بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس الکسی تایمی کل با هوش هیجانی ( $r = -0/8$ ,  $p < 0/001$ )، بهزیستی روان‌شناختی ( $r = 0/78$ ,  $p < 0/001$ ) و درماندگی روان‌شناختی ( $r = 0/44$ ,  $p < 0/001$ )، رابطه معناداری را نشان داد. همبستگی بین زیر مقیاس‌های الکسی تایمی و متغیرهای فوق نیز معنی‌دار بود. ضمناً نتایج تحلیل عاملی تأییدی<sup>۱</sup> نیز وجود سه عامل: دشواری تشخیص احساسات (DIF)، دشواری توصیف احساسات (DDF) و تفکر با جهت‌گیری خارجی (EOT) را در نسخه‌ی فارسی این مقیاس تأیید کرد.

افشاری (۱۳۸۷) نیز روایی هم‌زمانی مقیاس الکسی تایمی تورنتو و هوش هیجانی شات را مورد بررسی قرار داده است. نتایج نشان دهنده‌ی همبستگی منفی ( $r = -0/47$ ,  $p < 0/001$ ) و معنی‌دار بین میانگین نمره‌ی کل الکسی تایمی و هوش هیجانی شات بود.

در پژوهش حاضر روایی همزمان مقیاس TAS-20 با استفاده از مقیاس هوش هیجانی شات محاسبه شد. در جدول ۱ نتایج مربوط به سنجش روایی در نمونه کل (۹۵ نفر) و با تفکیک گروه بیمار و سالم، ارایه شده است.

جدول ۱. ضرایب روایی همزمان مقیاس TAS-20 و هوش هیجانی در پژوهش حاضر

نمونه کل	نمونه سالم	نمونه بیمار	
-۰/۳۵	-۰/۳۷	-۰/۳۴	ضریب همبستگی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۱۲	سطح معنی‌داری
۹۵	۵۱	۴۴	تعداد

## ۲. مقیاس کمال‌گرایی اهواز

مقیاس کمال‌گرایی اهواز<sup>۲</sup> یک مقیاس خودگزارشی است که توسط نجاریان، عطاری و

1- confirmatory factor analysis

2- Ahvaz Perfectionism Scale (APS)

زرگر (۱۳۷۸) در یک نمونه دانشجویی ساخته شده است. ماده‌های اولیه آن بر اساس متون معتبر روان‌شناسی، ماده‌های ذریبط در مقیاس‌های MMPI، اضطراب اشپیل برگر، مقیاس وسواس فکری عملی مادزلی و افکار غیرمنطقی جونز و همچنین از طریق مصاحبه‌های بالینی تهیه گردید. ماده‌های این مقیاس دارای ۴ گزینه (هرگز، به ندرت، گاهی و اغلب) می‌باشد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و جمع نمرات میزان کمال‌گرایی را نشان می‌دهد. دامنه‌ی نمره در این مقیاس ۰ و ۸۱ می‌باشد. لازم به ذکر است در این مقیاس ۲۷ ماده‌ای، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۲۳ نمره عکس می‌گیرند.

در پژوهش بساک‌نژاد (۱۳۸۵) ضریب پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۶ و برای دانشجویان دختر، ۰/۸۴ و برای پسران ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس کمال‌گرایی با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که این ضرایب برای نمونه بیمار ۰/۸۹، افراد سالم، ۰/۸۳ و برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۸۷، به دست آمد.نجاریان و همکاران (۱۳۷۸) برای سنجش اعتبار مقیاس مذکور نیز به طور همزمان از مقیاس‌های الگوی رفتاری تیپ A سمی و غیرسمی، خرده مقیاس شکایت جسمانی مقیاس SCL-90 و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت استفاده کردند که به جز ضریب همبستگی با مقیاس الگوی رفتاری تیپ الف غیرسمی بقیه ضرایب حاصله در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار بودند. در پژوهش حاضر جهت تأمین اعتبار این آزمون از روش روایی همزمان استفاده شد، به گونه‌ای که ابتدا سه سؤال کلی و مرتبط با سازه که از نظر کارشناسان و متخصصین این رشته مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شده بود، همزمان با دیگر پرسشنامه‌ها در اختیار افراد نمونه اعتباریابی، قرار داده شد. ضرایب روایی همزمان پرسشنامه کمال‌گرایی در نمونه بیمار (۵۱ نفر)، سالم (۵۰ نفر) و کل (۱۰۱ نفر) به ترتیب ۰/۳۶۳، ۰/۴۶۲ و ۰/۳۹۹ به دست آمد که همه ضرایب در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است.

### ۳. پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> توسط گلدبرگ و هیلیری<sup>۲</sup>، (۱۹۷۹) از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤالات این پرسشنامه که به بررسی

1- General Health Questionnaire (GHQ)

2- Goldberg & Hillier



وضعیت روانی فرد در چهار هفته اخیر می‌پردازد در برگیرنده نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد و جمعاً ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی<sup>۱</sup>، اضطراب<sup>۲</sup>، اختلال در کارکرد اجتماعی<sup>۳</sup> و افسردگی<sup>۴</sup> را در بر می‌گیرد (گلدبرگ و هیلی‌یر، ۱۹۷۹). نمره‌ی بالاتر در این مقیاس نشان دهنده‌ی مشکلات بیشتر در سلامت روان است.

خوش کنش (۱۳۸۶) برای محاسبه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از همبستگی بین این پرسشنامه با نمره کل SCL-90 استفاده نمود که ضرایب روایی برای حیطه‌های چهارگانه به ترتیب عبارتند از: ۰/۸۶، -۰/۸۵، -۰/۷۲ و ۰/۸۲ (p < ۰/۰۰۱). پایایی همسانی درونی پرسشنامه سلامت عمومی در تحقیق مروج (۱۳۸۸) در کل دانشجویان، دانشجویان دختر و دانشجویان پسر به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ و به روش تنصیف ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۴ به دست آمده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

## یافته‌های تحقیق

### الف- یافته‌های توصیفی

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل الکسی تایمی و مؤلفه‌های آن، کمال‌گرایی و سلامت روان را در کل نمونه و دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد. همان طور که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌ی الکسی تایمی در کل نمونه ۵۹/۴۴ و انحراف معیار ۱۰/۸۱ به دست آمده است، به علاوه میانگین گروه بیمار در نمره‌ی کل الکسی تایمی ۶۲/۶۱ و مؤلفه‌های اشکال در بیان احساسات ۲۴/۷۳، اشکال در تشخیص احساسات ۱۴/۹۶ و تفکر برون‌مدار ۲۲/۹۱ است. همچنین میانگین کل نمونه در نمره‌ی کمال‌گرایی ۴۶/۴۹ است. نتایج تفکیکی دو گروه حاکی از آن است که میانگین گروه

- 
- 1- somatic symptoms
  - 2- anxiety
  - 3- social dysfunction
  - 4- depression

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های نمونه‌ی بیمار، سالم و کل در الکی تایمی و مؤلفه‌های آن، کمال‌گرایی و سلامت روان

نمره سلامت روان	نمره کمال‌گرایی	تفکر برون‌مدار	اشکال در تشخیص احساسات	اشکال در بیان احساسات	نمره کل الکی تایمی		
۳۷/۲۷	۴۸/۱۸	۲۲/۹۱	۱۴/۹۶	۲۴/۷۳	۶۲/۶۱	میانگین	بیمار
۱۶/۷۸	۱۲/۰۴	۳/۳۳	۴/۳۱	۷/۰۶	۱۰/۸۲	انحراف معیار	
۲۵/۳۹	۴۴/۶۷	۲۱/۹۴	۱۴/۳۷	۱۹/۹۵	۵۶/۲۷	میانگین	سالم
۱۲/۲۸	۱۳/۷۲	۳/۵۳	۴/۰۲	۵/۳۱	۹/۹۱	انحراف معیار	
۳۱/۳۳	۴۶/۴۹	۲۲/۴۳	۱۴/۶۶	۲۲/۳۴	۵۹/۴۴	میانگین	کل
۱۵/۸۱	۱۲/۹۵	۳/۴۶	۴/۱۶	۶/۶۷	۱۰/۸۱	انحراف معیار	

بیمار در نمره‌ی کمال‌گرایی ۴۸/۱۸ و افراد سالم ۴۴/۶۷ می‌باشد. میانگین نمره‌ی سلامت روان در گروه بیمار ۳۷/۲۷ و در گروه افراد سالم ۲۵/۳۹ است.

#### ب- یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق

در این پژوهش برای بررسی فرضیه‌های تحقیق و پی بردن به وجود تفاوت معنی‌دار در هر یک از متغیرهای شخصیتی بین دو گروه بیمار و سالم تحلیل واریانس چند متغیری (MONOVA) استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانوا بر میانگین نمره‌های شخصیت آزمودنی‌های بیمار و سالم

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (p)
اثر پیلای <sup>۱</sup>	۰/۱۹	۱۰/۷۵	۳	۱۴۰	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۸۱	۱۰/۷۵	۳	۱۴۰	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۰/۲۳	۱۰/۷۵	۳	۱۴۰	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۰/۲۳	۱۰/۷۵	۳	۱۴۰	<۰/۰۰۱

- 1- Pillai' Trace
- 2- Wilks' Lambda
- 3- Hotelling's Trace
- 4- Roy's Largest Root

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه سالم و بیمار از لحاظ سه متغیر مورد نظر در سطح  $p < 0/001$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد، بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌شود بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای مقایسه بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد که جهت پی بردن به این تفاوت، ۳ تحلیل واریانس آنوا در متن مانوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آنوا در متن مانوا بر میانگین نمره‌های الکسی تایمی، کمال‌گرایی و سلامت روان دو گروه سالم و بیمار

معنی‌داری (p)	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
<0/001	۱۵/۳۶۸	۱۷۸۲/۹۵۱	۱	۱۷۸۲/۹۵۱	الکسی تایمی
0/0۲۷	۵/۰۲۱	۱۰۰۵/۶۳۰	۱	۱۰۰۵/۶۳۰	کمال‌گرایی
<0/001	۲۷/۲۰	۵۸۴۹/۹۵۵	۱	۵۸۴۹/۹۵۵	سلامت روان

بر اساس مندرجات جدول ۴، در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود بین دو گروه بیمار و سالم از لحاظ متغیر الکسی تایمی ( $p < 0/001$ )، کمال‌گرایی ( $p = 0/0۲۷$ ) و سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به علاوه با توجه به مندرجات جدول ۲ و بالاتر بودن میانگین این سه ویژگی در نمونه بیمار نسبت به افراد سالم، سه خرده فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر یک فرضیه کلی مورد بررسی قرار گرفت که بین بیماران مبتلا به IBS و افراد سالم از نظر سه ویژگی کمال‌گرایی، الکسی تایمی و سلامت روان تفاوت وجود دارد که نتایج حاصل این فرضیه را تأیید کرد.

همسو با تأیید این فرضیه فریدمن (۱۹۹۱)، به نقل از استنلی و دیگران، (۱۹۹۹) اظهار می‌دارد شخصیت می‌تواند از طریق فیزیولوژی درونی یا رفتارهای بیرونی در سلامت یا بیماری افراد مؤثر باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند حالات هیجانی و صفات شخصیتی افراد بر

فیزیولوژی و کارکرد روده اثر کرده (وودا، آلپرز و اندروز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹ به نقل از فرنام و دیگران، ۲۰۰۸) و در چگونگی تجربه و ادراک علائم و تفسیر و گزارش آنها نقش دارد (تانام و مالت، ۲۰۰۱).

نیچول و همکاران (۲۰۰۸) و دری، چالدر و شارپ<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) معتقدند مکانیسم‌های زیستی خاصی به عنوان میانجی بین عوامل شخصیتی و علائم جسمانی وجود دارد. آنها در توضیح این مطلب اظهار می‌دارند محور آدرنال-هیپوفیز-تالاموس که پاسخ بدن به استرس را تنظیم می‌کند، در شروع دردهای مزمن و کاهش خلق افراد دخالت دارد. شواهد بالینی نیز از این فرض حمایت می‌کنند و تغییراتی را در محور آدرنال-هیپوفیز-تالاموس بیماران IBS و دیگر اختلالات کارکردی گوارشی نشان می‌دهند (بوهملت، ناتر، فرانک، هلهمر و الرت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵ به نقل از نیچول و همکاران، ۲۰۰۸).

چندین پژوهش (پرسلی و تودارلو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، پرسلی و دیگران، ۲۰۰۳، پرسلی و دیگران، ۱۹۹۹ و پرتی، ۱۹۹۸) همسو با نتیجه تحقیق حاضر نشان می‌دهد، همبستگی معنی‌داری بین بیماری IBS و نمره‌ی الکسی تایمی افراد وجود دارد. علاوه بر پیشینه پژوهشی، در پیشینه تئوری مؤلفه الکسی تایمی نیز، تمایل به جسمانی کردن هیجانات از ویژگی‌های افراد الکسی تایمیک ذکر شده است.

پژوهشگران در تبیین این ارتباط بیان می‌کنند افرادی که ابتلای شدیدی به اختلال الکسی تایمی دارند، قادر نیستند هیجان‌ها و احساس‌های خود را تشخیص داده یا ادراک نمایند و به جای آن به بزرگ‌نمایی و سوء تعبیر مشکلات جسمی که به دنبال برانگیختگی‌های هیجانی به وجود می‌آیند، می‌پردازند (پرسلی و دیگران، ۲۰۰۳) و این تفسیر غلط، رفتارهای چک کردن بدن و نارضایتی جسمانی را افزایش می‌دهد (براردیس و همکاران، ۲۰۰۷). یافته‌ها نشان می‌دهد آگاهی افراد نسبت به مکانیسم ایجاد و بروز علائم، و نیز سبب‌شناسی بیماری مبنی بر روان‌شناختی بودن آن در کاهش علائم مؤثر است. به علاوه تصورات اشتباه رایج بین این بیماران اضطراب را در آنها افزایش داده و متقابلاً موجب تشدید علائم می‌گردد (فرنام و

1- Wooda, Alpers & Andrews

2- Deary, Chalder & Sharpe

3- Bohmelt, Nater, Franke, Helhamer, & Ehlert

4- Todarello

دیگران، ۲۰۰۸).

به علاوه، حساسیت در ادراک درد<sup>۱</sup> بیماران IBS (فربز و هانتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) در کنار اشکال در فرآیند شناختی و تفسیر نادرست از این تحریکات جسمی باعث می‌شود افراد الکسی تایمیک علائم جسمانی بیشتر و شدیدتری را تجربه کنند و در جستجوی درمان برآیند. تایلور و دیگران (۱۹۹۷) در تبیین زیستی از این ارتباط بیان می‌دارند شکست در تنظیم عواطف به طور شناختی، منجر به افزایش طولانی مدت عملکرد سیستم خودمختار و سیستم غدد درون‌ریز شده که همین امر می‌تواند در ابتلای افراد به امراض جسمانی دخیل باشد.

برخی محققان با دیدگاه اجتماعی در تبیین ارتباط الکسی تایمی با مشکلات جسمانی معتقدند افرادی که الکسی تایمی شدیدی دارند، معمولاً نمی‌توانند از راهبردهای انطباقی و سازشی همچون صحبت کردن با دیگران بهره برده و از منابع حمایت هیجانی در دسترس (همانند دوستان، اطرافیان و اعضای خانواده) استفاده نمایند، همچنین قادر به برقراری روابط هیجانی مطلوب و نزدیک با دیگران نیستند (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۴) و در نتیجه از حمایت‌های اجتماعی اندکی برخوردارند که این حمایت پایین به طور قوی و معناداری با علائم IBS و به طور کلی گزارش درد ارتباط نشان می‌دهد (جرسون<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۶).

به بیان روان تحلیل‌گران افرادی که شدیداً الکسی تایمیک هستند مشابه بسیاری از کسانی که به شکل جدی به اختلال‌های آسیب شناختی روانی مبتلا هستند، به علت مقابله ضعیف با عوامل فشارزا، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و روان‌تنی هستند (موریگوچی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷ و مارتینی جرجنسن، زاخاریا، اسکایت و کویک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) و به جای استفاده از شیوه‌های دفاعی سازگارانه و کارآمد (مثل تصعید، شوخ طبعی و سرکوب) از شیوه‌های دفاعی نارس و رشد نیافته (مثل انکار، فرافکنی و جسمانی کردن) استفاده می‌نمایند (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۴) که خود دلیلی

- 
- 1- increased pain perceptions
  - 2- Forbes & Hunter
  - 3- Gerson
  - 4- Muriguchi
  - 5- Martini Jorgensen, Zachariae, Skyttthe, & kyvik

بر افزایش مشکلات جسمانی در این افراد است.

از بُعد درمانی بیماران IBS نیز تبیین‌هایی به ذهن می‌رسد. پژوهشی با مقایسه بیماران درمان یافته و بدون تغییر پس از یک دوره درمان شش ماهه، نشان داد ویژگی الکسی تایمی در بیماران IBS (پرسلی و تودارلو، ۲۰۰۷)، و بیماران روانی (اسپرانزا<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۵) پیش‌بین مستقلی در عدم تأثیر درمان است. بر این اساس به نظر می‌رسد مزمن شدن علائم و طولانی شدن دوره‌های درمانی در این افراد، منجر به مشاهده سطوح بالاتر ویژگی الکسی تایمی و به دنبال آن آسیب‌های روانی بیشتر در سنجش بیماران IBS مراجعه‌کننده به پزشک می‌شود.

از نظر کمال‌گرایی، تأیید فرضیه ۱-۲ را می‌توان به کمک نتایج هامچک<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) پیرامون کمال‌گرایی تبیین کرد. او معتقد بود ابعادی از کمال‌گرایی همچون پرهیز از اشتباه و نگرانی در مورد آن، احساس پستی و آسیب‌پذیری، تردید در مورد اعمال و نارضایتی دائم از عملکرد، به علاوه خوددرگیری و تجربیات تنش‌زای میان فردی، خوشه‌عاملی را تشکیل می‌دهد که باعث می‌شود این افراد گونه‌ای از درماندگی و عاطفه شدید را تجربه کنند (هویت و فلت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱) و همین درماندگی و عاطفه شدید می‌تواند فرد را نسبت به ابتلای بیماری‌ها آسیب‌پذیر کند.

به علاوه پژوهش‌ها به طور مکرر ارتباط این ویژگی با انواع مختلفی از آسیب‌های روان‌شناختی را نشان می‌دهند (به عنوان مثال سامی و کندا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲، تارین، برند، تونر و استاکلس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸ و آقارخ میرآبادی، ۱۳۸۴). هویت و فلت (۱۹۹۱) در تبیین ارتباط ابعاد کمال‌گرایی با سطوح افسردگی و اضطراب بیان می‌دارند که تمایل افراد کمال‌گرا جهت دستیابی به معیارهای غیرواقعی و بلندپروازانه و در نتیجه، عدم دستیابی به آنها، منجر به افزایش تجربه شکست، نارضایتی و خودسرزنی در این افراد می‌شود. نسبت دادن علت شکست‌ها به خود، ناشی از کمال‌گرایی خودمدار، منجر به کاهش خلق در فرد و در نهایت افسردگی در این افراد می‌شود. از سوی دیگر بعد جامعه‌مدار کمال‌گرایی به واسطه این تفکر که دیگران (جامعه) معیارهایی دست‌نیافتنی و سخت بر فرد تحمیل کرده و از او انتظار دارند،

- 
- 1- Speranza
  - 2- Hamachek
  - 3- Hewitt & Flett
  - 4- Sumi & Kanda
  - 5- Taryn, Brend, Toner, & Stuckless

موجبات افزایش اضطراب در فرد و کاهش سلامت روان را فراهم می‌کند و این مسئله به دنبال کمال‌گرایی بالا در افراد، زمینه‌ساز بروز بیماری‌ها از جمله IBS می‌شود.

تأیید فرضیه ۱-۳ نیز با تحقیقات بسیاری همسو است. به عنوان مثال، دو ویژگی اضطراب و افسردگی به عنوان عواملی مهم در ایجاد و تداوم جسمانی سازی مورد توجه قرار گرفته‌اند و پژوهش‌ها در بخش‌های متفاوت پزشکی و در جمعیت عمومی سطح بالایی از هم‌زمانی این دو ویژگی یا یکی از آنها را با علائم کارکردی جسمانی سازی نشان می‌دهد (داگوش و دیگران، ۲۰۰۳).

نیچول<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که بیان سطوح بالایی از علائم جسمانی، الگوی رفتاری بیماری<sup>۲</sup>، مشکلات خواب و اضطراب در افراد سالم (عاری از علائم IBS) پیش‌بین‌های مستقلی برای شروع IBS هستند. آنها با مروری بر پژوهش‌های متعدد سال‌های گذشته، به این نتیجه رسیدند که به طور کلی نمره بالا در مقیاس سلامت عمومی (که بیانگر مشکلات سلامت روان بیشتر است) علامت خطر قوی برای شروع دردهای شکمی است.

استرس‌های روانی و افسردگی در سندرم روده تحریک‌پذیر اغلب مقدم بر شروع یا تشدید علائم بوده و در کنار نشانه‌های جسمی به عنوان شکایت بیمار مطرح می‌شود (ویزشفر، ۱۳۸۶) به طوری که داروهای ضدافسردگی در بیماران با علائم شدید IBS توأم با اضطراب و افسردگی، به طور معنی‌داری علائم را کاهش می‌دهد (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷ و اواد، ۲۰۰۸) و در مروری بر پژوهش‌های درمانی انجام شده، مؤثرترین نوع درمان در رفع علائم IBS شناخته شده است (دری و دیگران، ۲۰۰۷). اگرچه توأمی IBS و مشکلات روانی به طور گسترده بررسی شده است اما ماهیت ارتباط آنها هنوز به خوبی مشخص نیست. توسیک-گلوبویک و همکاران (۲۰۰۵) اظهار می‌دارند حداقل دو راه ممکن برای توضیح این ارتباط وجود دارد:

۱- طبق مدل روان تنی، IBS می‌تواند مقدم بر سلامت روان پایین این بیماران باشد، به طوری که علائم روان‌پزشکی به طور ثانوی و به دنبال استرس ناشی از امراض جسمانی

1- Nichol

2- Illness behavior

مزمین ایجاد می‌شوند (توسیک-گلوبویک و همکاران، ۲۰۰۵)

۲. بر طبق مدل روان‌تنی، IBS می‌تواند بیان جسمانی یک تعارض روانی باشد. توسیک-گلوبویک (۲۰۰۵) بیان می‌دارد که وسعت آشفتگی‌های روان‌پزشکی در IBS نمی‌تواند تنها به عنوان پاسخی به استرس مزمین باشد و این که علائم IBS تنها به طور موقت به خاطر علائم اضطرابی یا خلقی رخ دهد. استربرگ و دیگران (۲۰۰۰) نیز این گونه استدلال می‌کند که اگر این آشفتگی جسمی (اختلال در سیستم عصبی روده) سلامت روان فرد را کاهش می‌دهد چرا تفاوتی در سلامت روان بیماران با شدت‌های متفاوت دیده نمی‌شود، او بر این اساس بیان می‌دارد آسیب‌های روان‌شناختی نمی‌تواند پیامد ابتلا به IBS باشد. از سوی دیگر، ریان، کلی و فیلدینگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) افزایش سطوح اضطراب را در سنجش‌های شخصیتی پس از ابتلا به بیماری IBS نشان دادند. آنها با مقایسه شخصیت افراد قبل و بعد از ابتلا به بیماری از طریق آزمون ۱۶ عاملی کتل دریافتند افراد بیمار، قبل از دوره ابتلا، نیم رخ شخصیتی بهنجاری را نشان می‌دهند. آنان بر اساس این یافته نتیجه گرفتند بسیاری از ویژگی‌های بیماران، اغلب الگوهای انطباقی یا مقابله‌ای نسبت به بیماری می‌باشد. نتایج متفاوت در زمینه چگونگی ارتباط سندرم روده تحریک‌پذیر با آسیب‌های روان‌شناختی تحقیقات بیشتر در این رابطه را طلب می‌کند. تاکنون غالب تحقیقات بر بیماران از نظر زمانی به طور مقطعی انجام شده‌اند در نتیجه نمی‌توان در مورد این قضیه قضاوت کرد که تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی این بیماران ناشی از بیماری است یا زمینه‌ساز و مستعدکننده افراد در ابتلا به بیماری. بنابراین توصیه می‌شود که با پژوهشی طولی، و بررسی افراد قبل و پس از ابتلا، به فهم بیشتر این موضوع کمک شود.

---

1- Ryan, Kelly, & Fielding



## منابع

## فارسی

- آقارخ‌میرآبادی، علی‌رضا (۱۳۸۴). بررسی نمره کمال‌گرایی بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های خورشید و الزهرا (س) در پاییز ۱۴. پایان‌نامه دوره دکترا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- افشاری، افروز (۱۳۸۷). بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دل‌بستگی، رویدادهای استرس‌زا و جنسیت به عنوان پیش‌بین‌های ناگویی خلقی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران.
- امان‌الهی، عباس (۱۳۸۳). مقایسه سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر ورزشکار و غیرورزشکار دانشکده‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی الهیات و تربیت بدنی در دانشگاه شهید چمران اهواز. مقاله برگزیده همایش منطقه‌ای روان‌شناسی ورزش، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- اویانگ، چانگ (۲۰۰۸). سندرم روده تحریک‌پذیر، در آنتونی فوسی و همکاران، اصول طب داخلی هاریسون، ترجمه خسرو سبحانیان و محسن ارجمند (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- بساکنژاد، سودابه (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه عزت‌نفس، کمال‌گرایی، خودابرازی دفاعی، ترس از موفقیت و ارزیابی منفی با نشانگان وانمودگرایی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- خوش‌کنش، ابوالقاسم (۱۳۸۶). بررسی روابط ساده و چندگانه پیش‌بیننده‌های شخصیتی، شناختی و مذهبی با احساس شادکامی و ارتباط این متغیر با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

سیاروچی، ژوزف، فورگاس، ژوزف و مایر، جان (۲۰۰۳). هوش عاطفی در زندگی روزمره. ترجمه اصغر نوری امام زاده‌ای و حبیب الله نصیری (۱۳۸۴). اصفهان: نشر نوشته.

علوی، موسی و محمودی، اعظم (۱۳۸۶). نظریه‌های موجود در رابطه با سبب‌شناسی اختلالات روان تنی. نشریه تحقیقات علوم رفتاری، سال پنجم، شماره ۲، ص ۲۱.

مروج، سیده فائزه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزه‌های مذهبی مبتنی بر انتظار فرج بر سلامت روان، شادمانی و امید دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

محمودی، سوسن، پورشمس، اکرم، ملک‌زاده رضا و اکبری، محمدرضا (۱۳۸۲). فراوانی نسبی IBS و رفلکس معده به مری در دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۰ دانشگاه تهران، سال هشتم، شماره ۴، ص ۱۵۹-۱۶۲.

میناکاری، محمود، زالی، محمدرضا، میناکاری، محمد، حیدری، محمود و عرب‌علیدوستی، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت در مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر، مجله روان‌شناسی معاصر، سال اول، شماره ۲، ص ۱۳-۲۲.

نجاریان، بهمن، عطاری، یوسفعلی و زرگر، یداله (۱۳۷۸). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال‌گرایی اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران، دوره سوم، سال پنجم، شماره‌های ۳ و ۴، ص ۴۳-۵۸.

ولمن، بنجامین بی (۱۹۸۸). اختلالات روان تنی. ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی و بهرام دباغ (۱۳۷۵). تهران: انتشارات رشد.

ویزشفر، فاطمه (۱۳۸۶). اثر مسائل روانی بر اختلالات دستگاه گوارشی، نشریه تحقیقات علوم رفتاری، سال پنجم، شماره ۲، ص ۷۳-۷۳.

## لاتین

Alpers, D. H. (2008). Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 567-572.

- Awad, R. A. (2008). A perspective on characteristics of IBS in a Mexican population. Retrieved May 12, 2008, from [www.mindbodydigestive.com/Global\\_perspectives\\_on\\_IBS.htm](http://www.mindbodydigestive.com/Global_perspectives_on_IBS.htm).
- Berardis, D. D., Carano, A., Gambi, F., & et al. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of farsi version of the Toronto Alexithymia scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101*, 209-220
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioral model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical Review. *Clinical Psychology Review, 27* (7), 781-797.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences, 36* (7), 1655-1667.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2003). Job stress, personality, and psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress and Health, 19*, 195-204.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatization: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 425-434.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Zh., Keefe, F., Hu, Y. J. B., & Toomey, T. C. (2000). Effects of Coping on Health Outcome Among Women With Gastrointestinal Disorders. *Psychosomatic Medicine, 62*, 309-317.
- Farnam, A., Somi, M. H., Sarami, F., & Farhang, S. (2008). Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat, 4* (5), 959-962.
- Forbes, A. L., & Hunter, J. O. (2007). Irritable bowel syndrome. *Medicine, 35* (5), 267-271
- Gersona, M. J., Gersonb, C. D., Awadc, R. A., Danceyd, Ch., & et al. (2006). An international study of irritable bowel syndrome: Family relationships and mind-body attributions. *Social Science & Medicine, 62* (11), 112-124.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scale version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 139-145.

- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology, 15*, 27-33.
- Hazlett-Stevens, H., Craske, M., Mayer, E., Chang, I., & Naliboff, B. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: The role of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 55* (6), 501-505.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (1), 98-101.
- Kooiman, C. G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comprehensive Psychiatry, 39* (3), 152-159.
- Lackner, J. M., & Gurtman, M. B. (2005). Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients a circumplex analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 58* (6), 523-532.
- Martini Jorgensen, M., Zachariae, R., Skytthe, A., & kyvik, K. (2007). Genetic and Environmental factor in Alexithymia: A population-based Study of 8785 Danish Twin Pairs, *Psychother Psychosom, 76*, 369-375.
- Moss-Morriss, R. (2007). Bowel disorder linked to perfectionism. *Journal Gut, 217-219*.
- Muriguchi, Y., Maeda, Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, Ch., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large Japanese community and clinical samples: A cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *bio Psycho Social Medicine, 1-7*.
- Nicholl, B. I., Halder, S. L., Macfarlane, G. J., & et al. (2008). Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome results of a large prospective population-based study. *Pain, 137* (1), 147-155.
- Osterberg, E., Blomquist, L., Krakau, I., Weinryb, R. M., & et al. (2000). A population study on irritable bowel syndrome and mental health. *Scand J Gastroenterol, 35*, 264-268.
- Porcelli, P., & Todarello, O. (2007). Psychological factors affecting Functional Gastrointestinal Disorders. *Adv Psychosom Med, 28*, 34-56.
- Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, & Todarello, O. (2003). Alexithymia as predictor of treatment

- outcome in patients with FGID. *Psychosomatic Medicine*, 65, 911-918.
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & De Carne, M. (1999). Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom*, 68, 263-69.
- Priti, A. (1998). Alexithymia in irritable bowel syndrome. *Indian J Psychiatry*, 40 (1), 79-83 3.
- Ryan, W. A., Kelly, M. G., & Fielding J. F. (1984). The normal personality profile of irritable bowel syndrome patients. *Irish Journal of Medical Science*, 153 (4), 127 -129.
- Speranza, M., Corcos, M., Guilbaud, O., Loas, G., & Jeammet, PH. (2005). Alexithymia, Personality, and Psychopathology. *Am J Psychiatry*, 162, 1029-1030.
- Stanley, J., Stuart, A. D., Pretorius, H. G. (1999). Irritable bowel syndrome: Personality and healthy behavior: A biopsychosocial approach. *Health SA Gesondheid*, 4 (1), 10-18.
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: a prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences*, 32 (5), 817-826.
- Tanum, L., & Malt, U. F. (2001). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 139-146.
- Taryn, N., Brend, A. B., Toner, N., & Stuckless. (1998). Features of eating disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 171-178.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University press.
- Toner, B. B. (1994). Cognitive-behavioral treatment of functional somatic syndromes: integrating gender issues. *Cogn Behav Pract*, 1, 157-178.
- Tosic-Golubovic, S., Nagorini, A., Miljkovic, S., Nikolic- Popovic, J., & Zikic, O. (2005). Psychosocial factors in irritable bowel syndrome. *Actafac. Med. Naiss*, 22 (3), 121-126.
- Weinryb, R. M., Osterberg, E., Blomquist, L., Hultcrantz, R., Krakau, I., & Asberg, M. (2003). Psychological factors in irritable bowel

syndrome: A population-based study of patients, non-patients and Controls. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 503-510.

