

The Relationship Between Emotional Intelligence and Somatization in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders (FGID)

Ali Asghar Kako Joybari¹, Narges Mohammadi², Hamed Daghighzadeh³, Mahnaz Ali Akbari³

¹ Associate Professor, Payame Noor University, Tehran, Iran

² PHD student of Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Department of Gastroenterology, Integrative Functional Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background:

Today investing about the role of contributing emotional factors in etiology and treatment of functional gastrointestinal disorders was an interesting subject for many researches. The purpose of the present study was to assess the relationship between emotional intelligence and somatization in patients with functional gastrointestinal disorders.

Materials and Methods:

This study was descriptive and correlation. In this study 240 patients with functional gastrointestinal disorders (42 male and 198 female) were selected by the convenience sampling and participated in the study by filling baron emotional intelligence scale (1970) and Modified somatic Perception Questionnaire (MSPQ). Data was analyzed and used Pearson correlation and multiple regressions.

Results:

The results show that emotional intelligence had significant relationship in patients with functional gastrointestinal disorders. There was an association between increasing in scores of emotional intelligence and decreasing in scores of somatization. Also, adaptability and stress management among dimensions of emotional intelligence had significant and contrary relationship with somatization. The results of regression analysis show that emotional intelligence predicts 10 percentages of somatization scores in these patients.

Conclusion:

The results of the study highlight the protective role of emotional intelligence in physical and psychological health and provide useful information for medical and psychological treatment of patients with functional gastrointestinal disorders.

Keywords: Emotional intelligence; Somatization; Functional gastrointestinal disorders

please cite this paper as:

Kako Joybari AA, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Ali Akbari M. The relationship between emotional intelligence and somatization in patients with functional gastrointestinal disorders (FGID). *Govaresh* 2015;19:250-6.

Corresponding author:

Narges Mohammadi, PhD

Psychosomatic Research Center, Isfahan

University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: + 98 313 6260709

Fax: + 98 313 6286699

E-mail: moha5190@yahoo.com

Received: 03 Aug. 2014

Edited: 25 Oct. 2014

Accepted: 26 Oct. 2014

رابطه ی هوش هیجانی با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی

علی اصغر کاکو جویباری^۱، نرگس محمدی^۲، حامد دقاق زاده^۳، مهناز علی اکبری^۱

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ دانشیار، گروه گوارش، مرکز تحقیقات جامع عملکردی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

امروزه بررسی نقش عوامل هیجانی مشارکت کننده در سبب شناسی و درمان اختلالات گوارشی عملکردی موضوعی مورد علاقه ی بسیاری از پژوهش ها است. پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی رابطه ی هوش هیجانی با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی انجام شد.

روش بررسی:

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. ۲۴۰ بیمار (۴۲ مرد و ۱۹۸ زن) مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با تکمیل پرسشنامه های مقیاس هوش هیجانی بار-آن^۱ (۱۹۸۰)، پرسشنامه ی ادراک جسمی تعدیل شده (MSPQ)^۲ در پژوهش شرکت کردند. داده ها با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها:

نتایج تحقیق نشان داد که بین هوش هیجانی و جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی رابطه معناداری وجود دارد، به صورتی که افزایش نمرات هوش هیجانی با کاهش نمرات جسمانی سازی همراه است. همچنین از میان ابعاد هوش هیجانی، بعد سازگاری و کنترل استرس با جسمانی سازی در این بیماران رابطه معنادار و معکوس دارند. نتایج آزمون رگرسیون نیز نشان داد که هوش هیجانی، ۱۰ درصد نمرات جسمانی سازی را در این بیماران پیش بینی می کند.

نتیجه گیری:

یافته های تحقیق حاضر، نقش محافظتی هوش هیجانی را در سلامت جسمانی و روانی برجسته می کند و اطلاعات مفیدی برای انتخاب درمان های دارویی و روانشناختی تدارک بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی ارائه می دهد.

کلید واژه: هوش هیجانی، جسمانی سازی، اختلالات گوارشی عملکردی

گوارش/ دوره ۱۹، شماره ۴/ زمستان ۱۳۹۳/ ۲۵۶-۲۵۰

1. Bar-on

2. Modified Somatic Perception Questionnaire

زمینه و هدف:

اختلالات گوارشی عملکردی^۱ (FGID)، یکی از شایع ترین بیماری

نویسنده مسئول: نرگس محمدی

مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تلفن: ۰۳۱۳-۶۲۶۰۷۰۹

نمابر: ۰۳۱۳-۶۲۸۹۹۶۶

پست الکترونیک: moha5190@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۳/۸/۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۴

های گوارشی در سرتاسر جهان هستند که هزینه قابل توجهی برای سیستم درمانی ایجاد می کنند. (۱) شیوع این اختلالات در جمعیت های غربی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش شده است. (۲) مشخصه ی این اختلالات، علائم مزمن و عودکننده ی گوارشی است که با ناهنجاری های ساختاری یا زیست شیمیایی قابل توجه نیستند و پاتوفیزیولوژی مشخصی ندارند. (۲) سندرم روده تحریک پذیر^۲ و سوء هاضمه عملکردی^۳ (غیر زخمی) شایع ترین اختلال از این دسته هستند. (۳) مدل معروف زیستی- روانی- اجتماعی^۴ در توصیف پاتوفیزیولوژی FGID، به اهمیت ناراحتی های روانشناختی در آسیب زایی برای این اختلالات تاکید می کند. (۱) بر طبق این مدل، اختلالات گوارشی عملکردی در نتیجه اختلال سیستم عاطفی و

2. Irritable bowel syndrome
3. Functional dyspepsia
4. Bio-Psychosocial model

1. Functional gastrointestinal disorders

محور مغزی - شکمی^۱ ایجاد می شوند. (۳)

امروزه پژوهش های زیادی به منظور پیدا کردن عوامل روانشناختی مشارکت کننده در سبب شناسی، درمان و مدیریت این اختلالات انجام می شود. در مرور تحقیقات به خوبی همراهی ناراحتی های هیجانی همچون اختلالات اضطرابی و افسردگی با اختلالات گوارشی عملکردی مشخص شده است که این همراهی با شدت علائم FGID نیز همبستگی دارد (۱). نتایج پژوهش های محدودی نیز بیانگر مشارکت نقص تجربه هیجانی در این اختلالات است. (۴ و ۱) اغلب بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی همچون FGID به علت ناتوانی در بیان کلامی و عملی هیجانات، آنها را از طریق علائم جسمی بروز می دهند. (۵)

رشد هیجانی، با توانایی فرد در بیان هیجان و شناخت حالات و شواهد هیجانی خود و دیگران مشخص می شود که عامل اساسی رفتارهای سازشی فرد در ارتباط با محیط انسانی و اجتماعی پیرامونش است. (۶) نزدیک ترین سازه ای که رشد هیجانی را بررسی می کند، هوش هیجانی است. اولین بار سالوی و مایر در سال ۱۹۹۰ هوش هیجانی را معرفی کردند و آن را شامل سه طبقه از قابلیت های سازگاران: ارزیابی و بیان احساسات خود و دیگران، تنظیم هیجان و استفاده از هیجانات در حل مشکلات دانستند. (۷) و بار-آن^۲ نیز هوش هیجانی را در ۵ حیطه تقسیم بندی کرد که شامل مهارت های درون فردی، قابلیت سازگاری، مدیریت استرس، خلق عمومی و مهارت هایی بین فردی است.

مطالعات متعددی به خوبی رابطه ی هوش هیجانی با بهزیستی روانی و نقش پیشگیرانه آن در زمینه سلامت روانی را تایید کرده اند. چنانچه که هوش هیجانی را با بسیاری از عوامل روانشناختی و اجتماعی همچون اضطراب (۹)، افسردگی (۱۱-۱۰)، اعتماد به نفس بالا، خوش بینی و رضایت زندگی (۱۲) مرتبط دانسته اند. در زمینه ی نقش هوش هیجانی در بهزیستی جسمی نیز پژوهش های رو به رشدی وجود دارد که رابطه ی هوش هیجانی را با میزان شکایات جسمانی بررسی کرده اند. نتایج این مطالعات نشان می دهد هوش هیجانی بالا، نقش پیش بینی کننده در کاهش میزان شکایات جسمانی دارد. (۱۴-۱۳)

عامل مهمی که در بررسی اغلب پژوهش های مربوط به شکایات جسمانی عملکردی به چشم می خورد، جسمانی سازی^۳ است که به نظر می رسد رابطه تنگاتنگی با مشکلات روانشناختی داشته باشد. جسمانی سازی مفهومی است که برای تمایل به تجربه و بیان ناراحتی های روانی در قالب علائم جسمی به کار می رود. (۱۵ و ۱۶) در حال حاضر، کاربرد بالینی جسمانی سازی برای بیان علائم عملکردی یعنی علائم بدون علل عضوی است (۱۷) که در اختلالات مختلفی از جمله اختلالات جسمانی شکل، علائم جسمی غیر قابل توجهی از نظر طبی^۴ (۱۸) و اختلالات جسمی عملکردی از جمله FGID دیده می شود. (۲۲-۱۹) در ۲۵ درصد از

1. Brain-gut axis
2. Bar-on
3. Somatization
4. Unexplained medical symptoms

بیماران مبتلا به FGID، علائم و سندرم های عملکردی جسمی در چند سیستم بدنی گزارش شده است (۲۰) که می توان گفت پدیده جسمانی سازی در این بیماران شایع است. هر چند مطالعات پراکنده ی در این زمینه وجود دارد، اما ارتباط بین جسمانی سازی و عوامل هیجانی به تحقیقات بیشتری نیاز دارد که تحقیق حاضر قصد دارد، ارتباط این عوامل را در بیماران مبتلا به FGID از طریق هوش هیجانی بررسی کند. لذا هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه ی هوش هیجانی با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی است.

روش بررسی:

جامعه آماری، روش نمونه گیری و اجرا:

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی تشکیل می دادند که طی ۱۰ ماه از خرداد تا پایان اسفند سال ۱۳۹۲ به درمانگاه روان تنی گوارش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و مطب یکی از پزشکان متخصص گوارش در شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. به علت محدود بودن جامعه آماری روش نمونه گیری به صورت دردسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه سن ۶۰-۱۸ سال، مدرک تحصیلی حداقل سیکل و تشخیص اختلالات گوارشی عملکردی بر اساس معیار تشخیصی Rome III توسط متخصص گوارش بود.

در این مدت حدود ۲۴۰ بیمار مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی، پس از توضیح راجع به محرمانه بودن اطلاعات آن ها و اخذ رضایت کتبی، حاضر به شرکت در پژوهش شدند.

ابزار پژوهش:

ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه ی مقیاس هوش هیجانی بار-آن (۱۹۸۰)، پرسشنامه ی ادراک جسمی تعدیل شده بود.

مقیاس هوش هیجانی بار-آن (EQ-i):

مقیاس هوش هیجانی بار-آن در سال ۱۹۸۰ توسط بار-آن ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال در پنج مقیاس یا بعد (مهارت های درون فردی، میان فردی، مقابله با فشار، سازگاری و خلق و خوی عمومی) و پانزده خرده مقیاس است. مقیاس مهارت های درون فردی شامل: آگاهی هیجانی، خودبرازاری، احترام به خود، خودشکوفایی و استقلال؛ مقیاس مهارت های بین فردی شامل: همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی و روابط بین فردی؛ مقیاس مقابله با فشار (کنترل استرس) شامل: تحمل استرس و کنترل تکانه؛ مقیاس سازگاری شامل: انعطاف پذیری، حل مسئله و واقعیت سنجی؛ مقیاس خلق کلی شامل: شادی و خوش بینی) است.

نمره گذاری این ابزار بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۵ به

جدول ۱: آماره های توصیفی (تعداد، میانگین و انحراف معیار) هوش هیجانی، جسمانی سازی و بزرگنمایی حس جسمی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی

| متغیر | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------|-------|---------|--------------|
| هوش هیجانی کل | ۲۴۰ | ۳۱۰/۰۰ | ۳۳/۰۷ |
| ابعاد هوش هیجانی | ۲۴۰ | ۱۰۰/۸ | ۱۴/۳۵ |
| مهارت های درون فردی | ۲۴۰ | ۷۳/۴۶ | ۷/۸۷ |
| مهارت های بین فردی | ۲۴۰ | ۵۹/۹۱ | ۷/۷۵ |
| سازگاری | ۲۴۰ | ۴۲/۴۳ | ۶/۲۴ |
| خلق عمومی | ۲۴۰ | ۳۳/۴۰ | ۷/۸۶ |
| کنترل استرس | ۲۴۰ | ۱۴/۵۲ | ۵/۶۸ |
| جسمانی سازی | ۲۴۰ | ۱۴/۵۲ | ۵/۶۸ |

۸۷/۵ درصد (۲۱۰ نفر) و سپس سوء هاضمه عملکردی با ۱۰ درصد (۱۴ نفر)، شایع ترین اختلالات بودند. دیگر تشخیص ها از جمله اختلال یبوست عملکردی^۳ و استفراغ عملکردی^۴ تنها ۲/۵ درصد (۶ نفر) بودند. میانگین و انحراف معیار نمره ی آزمودنی ها در هوش هیجانی و ابعاد آن (مهارت های درون فردی، مهارت های بین فردی، سازگاری، خلق عمومی و کنترل استرس) و جسمانی سازی در جدول ۱ ارائه شده است. برای بررسی رابطه ی هوش هیجانی و ابعاد آن با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داد، هوش هیجانی کل و از میان ابعاد آن، بعد سازگاری ($p < 0/05$) و کنترل استرس ($p < 0/01$) با جسمانی سازی رابطه معنی داری دارند.

سپس هوش هیجانی و ابعاد آن به عنوان متغیر های پیش بین و جسمانی سازی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون چندگانه به طور همزمان تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی دار است ($p < 0/05$) و نزدیک به ۱۰ درصد ($R^2 = 0/093$) واریانس تغییرات نمرات جسمانی سازی در آزمودنی ها به وسیله متغیر های هوش هیجانی تبیین می شود. ضرایب تاثیر ابعاد هوش هیجانی با توجه به آماره های t نشان می دهد که فقط بعد سازگاری و کنترل استرس آن می توانند تغییرات مربوط به جسمانی سازی در این بیماران را به صورت معنادار پیش بینی کنند ($p < 0/05$).

بحث:

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ی هوش هیجانی با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی بود. نتایج تحقیق نشان

یک (کاملاً موافقم و کاملاً مخالفم) و در بعضی سوالات با محتوای منفی یا معکوس از یک به ۵ (کاملاً موافقم و کاملاً مخالفم) انجام می شود. ۹ نمره کل هر مقیاس برابر مجموع نمرات هر یک از سئوالات آن مقیاس و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس می باشد. کسب امتیاز بیشتر در این آزمون، نشانگر موقعیت برتر فرد در مقیاس مورد نظر یا در کل آزمون و برعکس می باشد. روایی این مقیاس در ایران به روش های مختلف صورت گرفته است و همگی روایی مناسبی از آن گزارش کرده اند. پایایی آن هم از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ گزارش شده است. (۲۳)

پرسشنامه ادراک جسمی تعدیل شده (MSPQ):

یک پرسشنامه ی خودسنجی ۱۳ سوالی برای سنجش شکایات جسمی در پاسخ به واکنش های روانشناختی است (جسمانی کردن) که توسط سی جی مین^۲ در سال ۱۹۸۳ برای بیماران مبتلا به درد مزمن ساخته شده است. این ابزار بر روی یک طیف ۴ درجه ای صفر (اصلادرد) تا ۳ (کاملاً درست) برای هر سوال نمره گذاری می شود که نمره کل می تواند بین ۰-۳۹ باشد. نمرات بالاتر نشانگر شکایات جسمی و در واقع جسمانی کردن بیشتر فرد می باشد. (۲۴) در پژوهشی خارجی پایایی درونی آن را بر اساس آلفای کرونباخ برای علائم جسمی کلی ۰/۸۳ و برای مشکلات گوارشی مانند درد معده یا حالت تهوع ۰/۷۸ گزارش کرده است. (۲۵) فرم ایرانی آن در دسترس نمی باشد لذا در این پژوهش ابتدا توسط یک متخصص مسلط این پرسشنامه به فارسی ترجمه شد و سپس توسط یک متخصص مسلط به زبان انگلیسی با فرم اصلی مطابقت داده شد. روایی محتوایی و صوری آن توسط اساتید و متخصصین صاحب نظر تایید شد و پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

روش تجزیه و تحلیل آماری:

پس از جمع آوری پرسشنامه ها، اطلاعات در سطح آمار توصیفی و استنباطی با آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه انجام شد.

یافته ها:

۲۴۰ بیمار مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی با میانگین سنی ۳۵ سال (حداقل ۱۶ و حداکثر ۶۰) در پژوهش شرکت کردند. آماره های توصیفی پژوهش نشان داد که ۱۷/۵ درصد (۴۲ نفر) از جمعیت مورد مطالعه مرد و ۸۲/۵ درصد (۱۹۸ نفر) زن بودند. ۴۰/۸ درصد (۹۸ نفر) تحصیلات زیر دانشگاهی، ۵۹/۲ درصد (۱۴۲ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۷۰ نفر مجرد (۲۷/۵٪) و ۱۷۰ نفر متاهل (۷۲/۵٪) متاهل بودند. در بین تشخیص های اختلالات گوارشی عملکردی، سندرم روده تحریک پذیر با فراوانی

3. Functional constipation disorder
4. Functional vomiting disorder

1. Modified Somatic Perception Questionnaire
2. Main CJ

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین هوش هیجانی، ابعاد آن با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی

| متغیرها | هوش هیجانی کل | مهارت های درون فردی | مهارت های بین فردی | سازگاری | خلق عمومی | کنترل استرس | جسمانی سازی |
|-------------|---------------|---------------------|--------------------|---------|-----------|-------------|-------------|
| جسمانی سازی | *-۰/۱۳۲ | -۰/۱۲۶ | -۰/۰۷۲ | *-۰/۱۵۳ | -۰/۰۸۰ | **۰/۱۸۰ | ۱ |

* سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵
** سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱

جدول ۳: نتایج خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس پیش بینی جسمانی سازی (متغیر ملاک) بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی بر اساس ابعاد هوش هیجانی (متغیرهای پیش بین)

| متغیر پیش بین (ابعاد هوش هیجانی) | B | SE | β | t | sig | R | R ² | df | F | sig | |
|----------------------------------|--------|-------|---------|--------|----------|-------|----------------|----------|-------|-------|--|
| مهارتهای درون فردی | -۰/۰۲۷ | ۰/۰۳۹ | -۰/۰۶۹ | -۰/۷۰۰ | ۰/۴۸۵ | | | | | | |
| مهارتهای بین فردی | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۷۱ | ۰/۹۳۷ | ۰/۳۵۰ | | | | | | |
| سازگاری | -۰/۰۴۲ | ۰/۰۷۹ | -۰/۰۵۲ | -۱/۵۰۱ | * ۰/۰۵۰ | | | | | | |
| کنترل استرس | -۰/۱۸۶ | ۰/۰۶۷ | -۰/۱۱۹ | -۱/۳۲۰ | * ۰/۰۲۲ | | | | | | |
| خلق عمومی | ۰/۰۲۸ | ۰/۰۹۲ | ۰/۰۳۱ | ۰/۳۰۹ | ۰/۷۵۷ | | | | | | |
| عرض از مبدا | ۱۷/۶۶ | ۴/۲۰۲ | | ۴/۲۰۴ | ** ۰/۰۰۰ | | | | | | |
| | | | | | | ۰/۳۰۵ | ۰/۰۹۳ | ۵ ۲۳۴ | ۳/۲۴۰ | ۰/۰۴۹ | |

* سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵
** سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱

مهمی در گسترش یا حضور آن ها دارند. (۲۹) عوامل روانشناختی مختلفی همچون عوامل شناختی و ادراکی (۳۰) در جسمانی سازی دخیل هستند، اما به نظر می رسد، اختلال عوامل هیجانی در آن نقش اساسی دارند. (۳۱) در یک مطالعه، کاهش نمرات مقیاس جسمانی سازی به موازات پاسخ درمانی به ضد افسردگی ها برای درمان علائم عملکردی گوارشی، نقش عوامل هیجانی را در جسمانی سازی این اختلالات پررنگ می کند. (۳۲) هوش هیجانی، تصویری جامع از جنبه های عاطفی شخصیت است که به نظر می رسد، شاخص مناسبی برای تحقیق در مورد جسمانی سازی است. اعتقاد بر این است که افراد دارای هوش هیجانی پایین در توصیف و بیان کلامی هیجانی خود ناتوان هستند، بنابراین هیجان خود را در قالب علائم جسمانی بیان می کنند. (۱۳) در واقع جسمانی سازی، یک مکانیسم دفاعی بر علیه آگاهی یا بیان ناراحتی های روانشناختی است (۱۶) که در قالب علائم جسمی بروز می کند. (۱۵) از طرفی مشخص شده که هوش هیجانی یک پیش بینی کننده قوی برای مهارت های مقابله با استرس است، به نحوی که افراد دارای هوش هیجانی بالا، از مهارت های مقابله ای سازگارانه به شایستگی و مکرر استفاده می کنند. (۳۳) در یک بررسی زیستی هم مشخص شده است که در پیش بینی یک موقعیت بالقوه استرس زا، افراد دارای هوش هیجانی بالا، سطح کورتیزول پایین تری در مقایسه با افراد دارای هوش هیجانی پایین دارند. (۳۴) در تحقیق حاضر نیز، بعد سازگاری و کنترل استرس از هوش هیجانی، پیش بینی معناداری از جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی داشت.

داد که هوش هیجانی با جسمانی سازی ارتباط معنادار و معکوس دارد، به نحوی که هر چه هوش هیجانی در بیماران مبتلا به FGID بیشتر باشد، جسمانی سازی در آنها کمتر است. در تحقیق حاضر، ۱۰ درصد از جسمانی سازی در این بیماران توسط هوش هیجانی تبیین شد و از میان ابعاد هوش هیجانی، بعد سازگاری و کنترل استرس، پیش بینی معناداری برای جسمانی سازی داشتند، بنابراین همان گونه که انتظار می رفت، فرضیه ی تحقیق مبنی بر این که هوش هیجانی با جسمانی سازی در این بیماران در ارتباط باشد، تایید شد. هر چند، تحقیقاتی به طور مستقیم رابطه ی هوش هیجانی را با جسمانی سازی بررسی نکرده اند، اما نتایج تحقیق با مطالعاتی که هوش هیجانی را با میزان شکایات جسمانی در ارتباط دانسته اند، هماهنگ است. (۱۴ و ۱۳)

نتایج برخی مطالعات، میزان بالای جسمانی سازی را در بیماران مبتلا به FGID نشان می دهد. به طور مثال، نتایج یک بررسی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در یک کلینیک درمانی دانشگاهی نشان می دهد که حداقل ۲۵٪ از این بیماران دارای تشخیص اختلال جسمانی سازی بودند. (۲۰ و ۲۶) در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی (۲۷) و یک گروه غیر بیمار نیز پیوند بین جسمانی سازی و علائم گوارشی عملکردی مشخص شده است. (۲۸) کلوز و لوسمن (۲۰۰۷) معتقدند که چون هنوز اساس جسمی برای اختلالات گوارشی عملکردی تعریف نشده است، ممکن است این اختلالات وانمودی از فرایند جسمانی سازی باشند یا حداقل مکانیسم های عصب فیزیولوژیکی زمینه ای در جسمانی سازی، نقش

نتیجه گیری:

در کل نتایج تحقیق نشان داد که هوش هیجانی با جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی ارتباط دارد و بیماران دارای هوش هیجانی پایین تر، جسمانی سازی بالاتری دارند. بنابراین شاید بتوان گفت تحقیق حاضر اولین تحقیقی است که جسمانی سازی را با سازه ی شخصیتی وسیع تری چون هوش هیجانی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی بررسی می کند. همچنین یافته ها ی تحقیق نقش محافظتی هوش هیجانی را در سلامت جسمانی و روانی برجسته می کند و اطلاعات مفیدی برای انتخاب درمان های دارویی و روانشناختی در این بیماران تدارک می بیند.

بنابراین، با تبیین های فوق می توان گفت که هوش هیجانی بخصوص ابعاد سازگاری و کنترل استرس آن که نقش مهمی در مهارت های مقابله ای دارند، در جسمانی سازی بیماران مبتلا به FGID اهمیت ویژه ای دارد. چنان چه، افراد با هوش هیجانی بالا ممکن است بدلیل مزایای خودتنظیمی هیجانی، کمتر جسمانی سازی را تجربه کنند. (۱۴)

از محدودیت های تحقیق می توان نمونه گیری غیر تصادفی، محدود بودن جامعه آماری به بیماران دو مرکز درمانی و عدم مقایسه با گروه سالم و نبودن تحقیقات مشابه است که باید در تعمیم پذیری یافته ها احتیاط لازم صورت گیرد.

REFERENCES

- Wu JC. Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanisms and Management. *J Neurogastroenterol Motily* 2012; 18:13-8.
- Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. Householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-80.
- Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F, Sci FM. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007;48:93-102.
- Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45:25-30.
- Besharat MA, Karimi M, Ghorbani N, Rahiminejad A. Comparison of alexithymia and emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students. *Advances in Cognitive Science* 2010;11:18-28.
- Mohseni N. Theories in developmental psychology: cognition, social cognition and cognition and emotion. *Pardis Tehran* 2004: 467-91[Persian].
- Gunduz B. Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Educ Res Rev* 2013;8:1048-56.
- Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagin Cogn Pers* 1990; 9: 185-211.
- Lizeretti NP, Extremera N. Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatr Q* 2011; 82: 253-60.
- Gawali KC. Relationship between emotional intelligence and positive affectivity among college teachers. *Golden Research Thoughts* 2012;1:1-4.
- Lloyd SJ, Malek Ahmadi M, Barclay K, Fernandez MR, Chartrand MS. Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55:570-3.
- Extremera N, Durán A, Rey L. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Pers Individ Dif* 2007;42:1069-79.
- Andrei F, Petrides KV. Trait emotional intelligence and somatic complaints with reference to positive and negative mood. *Psychologia* 2013;46:5-15.
- Mavroveli S, Petrides KV, Rieffe C, Bakker F. Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *Br J Dev Psychol* 2007;25:263-75.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-68.
- Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: a review, Part I-II. *Am J Med* 1982;72:127- 35.
- Sullivan M, Katon W. Somatization: The path between distress and somatic symptoms. *APS J* 1993; 2:141-9.
- Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. *Psychosom Med* 2006;68: 570-7.
- Porcelli P, De Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychother Psychosom* 2000;69:198-204.
- North CS, Downs D, Clouse RE, Alrakawi A, Dokucu ME, Cox J, et al. The presentation of irritable bowel syndrome in the context of somatization disorder. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:787-95.
- Sayuk GS, Elwing JE, Lustman P, Clouse RE. High Somatic Symptom Burdens and Functional Gastrointestinal. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:556-62.
- Van OL, Vandenberghe J, Geeraerts B, Vos R, Persoons P, Fischler B, et al. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatization? *Gut* 2008;57:1666-73.
- Fathi Ashtiani A. psychological tests. Beasat Tehran 2012 [Persian].
- Main CJ. The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ). *J Psychosom Res* 1983;27:503-14.
- Jansson-Frojmark M, MacDonald S. Exploratory factor analysis

- of the Modified Somatic Perception Questionnaire on a sample with insomnia symptoms. *Psychol Health Med* 2009; 14:62-7.
26. Miller AR, North CS, Clouse RE, Wetzel RD, Spitznagel EL, Alpers DH. The association of irritable bowel syndrome and somatization disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2001;13: 25-30.
 27. Wilhelmssen I. Somatization, sensitization, and functional dyspepsia. *Scand J Psychol* 2002; 43:177-80.
 28. Locke GR, Weaver AL, Melton LJ, Talley NJ.. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:350-57.
 29. Clouse RE, Lustman PJ. Use of psychopharmacological agents for functional gastrointestinal disorders. *Gut* 2005;54:1332-41.
 30. Lundh, LG, Wangby M. Causal thinking about somatic symptoms-How is it related to the experience of symptoms and negative affect. *Cognit Ther Res* 2002;26: 701-17.
 31. Rieffè C, Terwogt MM, Bosch JD, Kneepken CMF, Douwes AC, Jellesma FC. Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cogn Emot* 2007; 21:1630-46.
 32. Clouse RE, Lustman PJ, Eckert TC, Ferney DM, Griffith LS. Low-dose trazodone for symptomatic patients with esophageal contraction abnormalities: a double-blind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 1987; 92:1027-36.
 33. Mikolajczak M, Petrides KV, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol* 2009; 48:181-93.
 34. Mikolajczak M, Roy E, Luminet O, Fillee C, de Timary P. The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol responses to stress. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32:1000-1012.