MEJDS. 2020; 10:216.

Published online 2021 March. **Research Article**

Comparing Neuroticism, Sensory Processing Sensitivity, Behavioral Inhibition, and Emotion Regulation Between Patients With Functional Dyspepsia and Healthy Individuals

Firoozehmoghadam S[1], *Amin Yazdi SA[2], Beheshti Namdar A[3], Bigdeli I[4]

Author Address
1. PhD in Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
2. Professor, Department of Counseling and Educational Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Gastroenterology and Hepatology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;
4- Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
***Corresponding author's email:** yazdi@um.ac.ir

Received: 2019 May 30; **Accepted:** 2019 October 9

Abstract

Background & Objectives: Functional Dyspepsia (FD) is the most common disorder of the upper gastrointestinal tract. FD is characterized by chronic or recurrent gastrointestinal symptoms in the absence of any organic or metabolic diseases, i.e., likely to explain them. Although FD does not lead to death, it significantly reduces a patient's quality of life due to frequent clinical presentations, repeated medical visits, requiring healthcare services, and absenteeism from social settings. FD also imposes high costs on the healthcare system. Despite the existence of extensive empirical evidence to support the impact of psychological factors on FD, data on this issue are scarce. Thus, the current study aimed to compare neuroticism, Sensory Processing Sensitivity (SPS), Behavioral Inhibition (BI), and Emotion Regulation (ER) between patients with FD and a healthy group.

Methods: This comparative study was conducted in the summer and autumn of 2017 in Mashhad City, Iran. The statistical population of the study consisted of all patients who were referred to the gastroenterology clinic of the Ghaem Hospital where FD was definitively diagnosed by a gastroenterologist following laboratory tests data and endoscopic examination. The research sample consisted of 60 patients with FD who were selected using the convenience sampling method as well as 60 healthy adults who were matched for age, gender, and education with the test group. The inclusion criteria for the patient group of the study were as follows: receiving a definitive diagnosis of FD by a gastroenterologist after obtaining the laboratory tests results and conducting endoscopic examinations; the lack of organic diseases, like cancer and any gastric ulcers; a treatment history of helicobacter pylori infection and helicobacter pylori eradication therapy; literacy and awareness to complete the questionnaires; voluntary agreement to participate in the research; being adults aged 18–60 years; the lack of other serious physical illnesses, and the absence of major psychiatric disorders (as per the information obtained from the patient). For the control group, the inclusion criteria included no FD, the absence of other serious physical illnesses, and no major psychiatric disorders (as per the data obtained from the participant) .In both research groups, the study participants completed the NEO–Five Factor Inventory (NEO–FFI) (Costa & McCrae, 1992), the Highly Sensitive Person Scale (HSPS; Aron & Aron, 1997), the Behavioral Activation And Inhibition Systems Scales (BAISS; Carver & White, 1994), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer 2004). The collected data were analyzed using SPSS by Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) and Independent Samples –test at the significance level of 0.05.

Results: The current research findings indicated a significant difference in neuroticism between the study groups (p<0.001). The experimental group's neuroticism scores were significantly higher than those of the controls. Comparing the scores of HSPS (p<0.001) and its subscales, including the ease of excitation (p<0.001), aesthetic sensitivity (p<0.001), and low sensory threshold (p<0.001) suggested a significant difference between the study groups (p<0.001). There was a significant difference between the healthy and patient groups in ER (p<0.001) and all of its dimensions, including the non–acceptance of emotional responses (p<0.001), difficulties engaging in goal–directed behaviors (p<0.001), impulse control problems (p<0.001), the lack of emotional awareness (p<0.001), limited access to ER strategies (p<0.001), and the lack of emotional clarity (p=0.014). The results of comparing the research groups concerning BI also revealed a significant difference (p<0.001), where the experimental group's mean score was significantly higher than that of the controls.

Conclusion: The present study results indicated that high neuroticism, SPS, and BI, as well as emotion dysregulation, can be psychological characteristics involved in FD. Identifying these factors and applying appropriate psychological techniques along with medical interventions can facilitate the process of treating this condition.

Keywords: Functional dyspepsia, Neuroticism, Sensory processing sensitivity, Behavioral inhibition, Emotion regulation.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۱۶.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ نوروزگرایی، حساسیت پردازش حسی، بازداری رفتاری و نظم‌جویی هیجان در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی و افراد سالم

سارا فیروزه‌مقدم[۱]، *سیدامیر امین‌یزدی[۲]، علی بهشتی نامدار[۳]، ایمان‌الله بیگدلی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۲. استاد، گروه مشاوره و روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۳. استادیار، گروه گوارش و کبد، دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

۴. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** yazdi@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹خرداد۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷مهر۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: با وجود افزایش شواهد حمایت‌کنندهٔ تأثیر عوامل روانی بر بروز و تداوم سوءهاضمهٔ عملکردی، اطلاعات اندکی درخصوص ویژگی‌های روان‌شناختی در این بیماری دردسترس است؛ بنابراین این مطالعه به‌منظور مقایسهٔ برخی از ویژگی‌های روان‌شناختی در این بیماران با گروه سالم انجام شد.

روش‌بررسی: این مطالعهٔ مقایسه‌ای بر ۶۰ بیمار ۱۸تا۶۰سالهٔ مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی، در سال ۱۳۹۶ انجام شد که به درمانگاه تخصصی گوارش در بیمارستان قائم شهر مشهد مراجعه کرده بودند. در گروه کنترل نیز ۶۰ نفر از افراد سالم بودند که از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه بیمار همسان شدند. افراد هر دو گروه پرسشنامهٔ شخصیتی پنج‌عاملی نئو (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲)، مقیاس حساسیت بالای شخصی (پردازش حسی) (آرون و آرون، ۱۹۹۷)، مقیاس سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری (کاور و وایت، ۱۹۹۴) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تی مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: در نوروزگرایی ($p<۰/۰۰۱$)، حساسیت پردازش حسی و خرده‌مقیاس‌های آن شامل به‌آسانی تحریک‌شدن، حساسیت زیبایی شناختی و آستانهٔ حسی پایین ($p<۰/۰۰۱$)، تنظیم هیجان و ابعاد آن شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجان ($p<۰/۰۰۱$) و کمبود صراحت هیجانی ($p=۰/۰۱۴$) و همچنین بازداری رفتاری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری بین دو گروه سالم و بیمار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، نوروزگرایی، حساسیت پردازش حسی زیاد، بازداری رفتاری و نبود تنظیم هیجان می‌توانند به‌عنوان عوامل روان‌شناختی دخیل در ابتلا به بیماری سوءهاضمهٔ عملکردی درنظر گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: سوءهاضمهٔ عملکردی، نوروزگرایی، حساسیت پردازش حسی، بازداری رفتاری، تنظیم هیجان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

۱ مقدمه

سوءهاضمهٔ عملکردی[1]، سندرمی بالینی است که به‌وسیلهٔ علائم حاد و مزمن و عودکنندهٔ گوارشی در غیاب هر نوع مشکل ارگانیکی یا متابولیکی توجیه‌کنندهٔ علائم، مشخص می‌شود؛ همچنین براساس معیارهای ROM IV، سوءهاضمهٔ عملکردی شامل یک یا بیشتر از علائمی مثل درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از غذاخوردن، احساس پربودن معده، سوزش سر دل، نفخ معده و تهوع است. علائم این اختلال مزمن است و در طول یک دورهٔ ۶ماهه در غیاب هر توضیح ارگانیکی حضور دارد (۱). شیوع جهانی سوءهاضمهٔ عملکردی باتوجه به تعریف ذکرشده بین ۵تا۱۱ درصد بیان شده است (۲). میزان شیوع اختلال سوءهاضمهٔ عملکردی در ایران مشخص نیست.

بیماری سوءهاضمهٔ عملکردی، مشکل سلامتی و اجتماعی است. این بیماری به مرگ‌ومیر منجر نمی‌شود؛ ولی به‌دلیل تظاهرات بالینی مکرر، نیاز به مراجعه به پزشک، دریافت خدمات درمانی و غیبت از کار دارد، به‌طور چشمگیری کیفیت زندگی بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر هزینه‌های زیادی را بر سیستم مراقبت و درمان وارد می‌کند (۳). این بیماری در اثر ترکیبی از چندین عامل فیزیولوژیک شامل افزایش فعالیت حرکتی، افزایش حساسیت احشایی، تغییر در ایمنی مخاط و عملکرد التهابی و تغییر در تنظیم سیستم عصبی مرکزی- گوارشی که تحت‌تأثیر عوامل و فاکتورهای روان‌شناختی قرار می‌گیرند، به‌وجود می‌آید (۴).

از میان عوامل روان‌شناختی فردی دخیل در این بیماری، شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی از فاکتورهای مهم و مؤثر در بروز یا تداوم علائم سوءهاضمهٔ عملکردی است. شخصیت می‌تواند ازطریق تأثیر بر کارکردهای فیزیولوژیک بدن یا رفتارهای بیرونی بر سلامت یا بیماری اثرگذار باشد (۵). وجود ویژگی نوروزگرایی بیشتر، در بیماران دارای سوءهاضمهٔ عملکردی توسط پژوهش‌های متعددی تأیید شده است (۸-۶). درواقع ویژگی‌های شخصیتی و حالات هیجانی علاوه‌بر تأثیرات نامطلوب بر دستگاه گوارش، بر شدت نشانه‌ها، بروز بیماری و اثربخشی درمان تأثیر می‌گذارد (۶).

روان‌رنجورخویی یا نوروزگرایی به‌صورت آمادگی برای تجربه‌کردن عاطفهٔ منفی و احساس نارضایتی و ناخشنودی مزمن تعریف شده است. افراد با نوروزگرایی بیشتر، تعارضات بین‌فردی زیادتر و واکنش‌های منفی شدیدتری به وقایع استرس‌زا درمقایسه با افراد با نوروزگرایی کم دارند و به‌طورکلی افراد با نوروزگرایی بیشتر به تعداد زیادتر و با شدت قوی‌تر و بیشتری هیجانات منفی را تجربه می‌کنند (۹).

تنظیم هیجانات به‌صورت آگاهی، درک هیجانات و پذیرش آن‌ها، توانایی کنترل رفتار تکانشی و رفتار مطابق با اهداف مدنظر در هنگام تجربهٔ احساسات منفی، توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی مناسب و انعطاف‌پذیر در موقعیت‌های مختلف به‌منظور تعدیل واکنش‌های هیجانی مناسب برای رسیدن به اهداف فردی تعریف می‌شود (۱۰) که به‌نظر می‌رسد تنظیم هیجانات در نوروزگرایی دچار نارسایی است. نتایج پژوهش دنیس نشان می‌دهد، افراد با نمرات بیشتر نوروزگرایی تلاش‌های ناموفقی برای تنظیم هیجان دارند و بیشتر از راهبردهای هیجانی ناسازگار استفاده می‌کنند (۱۱).

از سوی دیگر، افراد روان‌رنجور برخی قطعه‌های پیش‌پیشانی راست بسیار حساسی دارند که باعث می‌شود آن‌ها به تهییج‌پذیری منفی بسیار حساس باشند (۱۲). پژوهشگران مغز از اصطلاحات متفاوتی استفاده می‌کنند و این ابعاد را سیستم فعال‌ساز رفتار[2] و سیستم بازدارندهٔ رفتار[3] می‌نامند. افراد روان‌رنجور، اصولاً دارای سیستم بازدارندهٔ رفتار نیرومندتری هستند. این سیستم مغزی،علائم محیطی تنبیه را تشخیص می‌دهد و تنظیم می‌کند. به بیان دیگر، هنگامی‌که روان‌رنجورها وارد موقعیتی می‌شوند، سیستم انگیزشی بازدارندهٔ رفتار، آن‌ها را به جنبه‌های بالقوه تنبیه‌کننده، خیلی حساس می‌کند و آنان به سیگنال‌ها یا محرک‌های تنبیه در محیط واکنش شدیدتری نشان می‌دهند و هیجان منفی را تجربه می‌کنند؛ همچنین رفتار اجتنابی نشان می‌دهند (۱۳).

علاوه‌بر آنچه گفته شد، افراد روان‌رنجور پردازش حسی متفاوتی دارند. پردازش حسی به توانایی سیستم عصبی برای دریافت، تعدیل اطلاعات حسی، سازماندهی و یکپارچگی آن‌ها برای پاسخ به تقاضاهای محیطی گفته می‌شود (۱۴). افراد، دارای آستانهٔ حسی متفاوتی برای دریافت، پاسخ یا غرق‌شدن در محرکات حسی هستند که در شیوهٔ زندگی و خلق‌وخوی آن‌ها منعکس می‌شود. درواقع افراد با حساسیت زیاد پردازش حسی به‌عنوان ناظرانی هستند که به جزئیات محیط بیش از دیگران توجه دارند؛ برای مثال آن‌ها در نادیده‌گرفتن ویژگی‌های بی‌ربط یا بی‌اهمیت محیط مشکل دارند؛ همچنین بیشتر و به‌راحتی ناراحت می‌شوند (۱۵). آرون ادعا کرد که در افراد، درگیرشدن در پردازش عمیق اطلاعات جدید قبل از عمل‌کردن به آن‌ها اجازه می‌دهد تا به تمام پیچیدگی‌های خاص محرک توجه کنند و این حساسیت زیاد و آگاهی از نشانه‌های اجتماعی در افراد حساس منجربه برانگیختگی اتونوم در شرایطی می‌شود که برای دیگران برانگیختگی متوسط دارد (۱۶). نتایج پژوهش آرون و آرون نشان‌دهندهٔ ارتباط بین حساسیت پردازش حسی و نوروزگرایی بود (۱۷) و یافته‌های پژوهش احدی و بشارپور نیز نشان داد که بین خرده‌مقیاس به‌آسانی برانگیخته‌شدن با نوروزگرایی ارتباط مثبت وجود دارد (۱۸) و همچنین نتایج مطالعهٔ اسموسکا و همکاران حاکی از ارتباط بین خرده‌مقیاس‌های حساسیت پردازش حسی و ابعاد شخصیت ارتباط بود؛ به‌طوری‌که آستانهٔ حسی پایین و زودبرانگیخته‌شدن ارتباط نزدیکی با نوروزگرایی دارد (۱۹).

بنابر آنچه ذکر شد، بیماری سوءهاضمهٔ عملکردی نتیجهٔ ترکیبی از عوامل بیولوژیک و روان‌شناختی است و درمان این اختلال نیازمند توجه، شناسایی و درمان عوامل روان‌شناختی دخیل در آن است. به همین منظور مطالعات و پژوهش‌هایی در دهه‌های اخیر در دنیا و نیز پژوهش‌های انگشت‌شماری در ایران صورت گرفته است. مروری اجمالی بر تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد، برخی پژوهش‌ها به بررسی صفات یا حالات روان‌شناختی یا شیوع و همبودی اختلالات

[1]. Functionl dyspepsia
[2]. Behavioral activation system
[3]. Behavioral inhibition system

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی و تعدادی از مطالعات نیز به بررسی اثربخشی روان‌درمانی‌های مختلف و مقایسهٔ آن‌ها با افراد سالم پرداخته‌اند (۷،۲۰،۲۱)؛ اما مطالعه‌ای ویژگی‌های نوروزگرایی، حساسیت پردازش حسی، سیستم بازداری رفتاری و نظم‌جویی هیجانی را در این بیماران بررسی نکرده است؛ لذا باتوجه به کمبود پژوهش‌های انجام‌شده در حوزهٔ مذکور و اهمیت پرداختن به آن، مطالعهٔ حاضر با هدف مقایسهٔ نوروزگرایی، حساسیت پردازش حسی، بازداری رفتاری و نظم‌جویی هیجانات در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی با افراد سالم صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای بود. این پژوهش در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعهٔ پژوهش را تمامی بیمارانی تشکیل دادند که به کلینیک تخصصی گوارش بیمارستان قائم شهر مشهد مراجعه کرده بودند و پس از معاینه و بررسی‌های آزمایشگاهی و آندوسکوپی توسط پزشک فوق‌تخصص گوارش تشخیص قطعی سوءهاضمهٔ عملکردی برای آن‌ها داده شد. نمونهٔ پژوهش حاضر شامل ۶۰ نفر از بیماران سوءهاضمهٔ عملکردی و ۶۰ نفر سالم بود که از نظر سن، جنسیت و تحصیلات با گروه بیمار همتا شدند و به روش نمونه‌گیری دردسترس باتوجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود گروه بیمار به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی سوءهاضمهٔ عملکردی توسط پزشک پس از معاینه، بررسی‌های آزمایشگاهی و انجام آندوسکوپی؛ فقدان بیماری ارگانیک مثل زخم یا سرطان؛ درمان در صورت وجود عفونت هلیکوباکترپیلوری و درمان ریشه‌کنی مؤثر برای این بیماران؛ سواد و آگاهی کافی برای تکمیل پرسشنامه؛ موافقت آگاهانه به‌منظور شرکت در مطالعه؛ سن ۱۸تا۶۰ سال؛ وجودنداشتن بیماری جسمانی جدی دیگر و نبود اختلال عمدهٔ روان‌پزشکی در بیمار (براساس خوداظهاری بیمار). برای گروه گواه معیارهای ورود به پژوهش شامل وجودنداشتن بیماری سوءهاضمهٔ عملکردی، نبود بیماری جسمانی جدی دیگر، وجودنداشتن اختلال عمدهٔ روان‌پزشکی (براساس خوداظهاری بیمار) و موافقت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. رضایت آگاهانه به‌صورت فرم‌های کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده برای مقاصد پژوهشی است و اطلاعات شخصی محرمانه باقی می‌ماند. پس از نمونه‌گیری، گروه بیمار و گروه سالم پرسشنامه‌های زیر را تکمیل کردند.

ـ مقیاس حساسیت بالای شخصی[1] (پردازش حسی): این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط آرون و آرون ساخته شد (۱۷). این مقیاس مشتمل بر ۲۵ سؤال خودگزارشی است که واکنش‌پذیری روان‌شناختی به محرک‌های محیطی را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۳ خرده‌مقیاس سهولت تحریک، آستانهٔ حسی پایین و حساسیت زیبایی شناختی است. آزمودنی به سؤالات مقیاس در طیف لیکرتی ۵درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمرهٔ ۱) تا کاملاً موافقم (نمرهٔ ۵) پاسخ می‌دهد (۱۷). این مقیاس اعتبار و پایایی خوبی را نشان داده است؛ به صورتی که در پژوهش آرون و آرون ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۷). همچنین در مطالعهٔ اسمولوسکا و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شد (۱۹). در مطالعهٔ احدی و بشرپور آلفای کرونباخ ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های به آسانی برانگیخته‌شدن، آستانهٔ حسی پایین و حساسیت زیبایی شناختی به‌دست آمد (۱۸).

ـ مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان[2]: این مقیاس توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شد (۱۰). مقیاس حاوی ۳۶سؤال است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجان و کمبود صراحت هیجانی می‌سنجد و بیش از هر چیز بر مشکلات در تنظیم هیجان، تأکید دارد. برای نمره‌گذاری مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که مشخص کنند هر عبارت چقدر دربارهٔ آن‌ها کاربرد دارد. پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار می‌گیرد (۱۰). گراتز و رومر پایایی این پرسشنامه را براساس بازآزمایی، ۰/۸۸ و همسانی درونی آن را براساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۸۰ گزارش کردند. روایی سازه و روایی پیش‌بین این مقیاس نیز تأیید شد (۱۰). عسگری و همکاران پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ عنوان کردند (۲۲).

ـ مقیاس سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتار ی[3] : این مقیاس، پرسشنامه‌ای خودگزارش‌دهی است که توسط کاور و وایت در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و به بررسی دو سیستم بازدارنده و فعال‌ساز رفتاری می‌پردازد. این مقیاس شامل ۲۴ آیتم و دو مقیاس اصلی مقیاس سیستم بازداری رفتاری و مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری است. شیوهٔ نمره‌گذاری به این صورت است که آیتم‌ها روی طیف چهاردرجه‌ای توسط آزمودنی رتبه‌بندی می‌شود (۲۳). کاور و وایت به بررسی ویژگی روان‌سنجی این مقیاس پرداختند. آن‌ها ثبات درونی را برایBIS ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس‌های BAS شامل پاسخ‌دهی به پاداش، سائق و جست‌وجوی سرگرمی به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ گزارش کردند (۲۳). در ایران نیز عبداللهی و همکاران به بررسی اعتبار و روایی این مقیاس پرداخت و پایایی و روایی آن را مناسب گزارش کرد. پایایی به‌روش بازآزمایی برای مقیاس BIS ۰/۷۸ و برای BAS ۰/۸۱ عنوان شد (۲۴). لازم است ذکر شود که در این پژوهش شرکت‌کنندگان به این مقیاس به‌طور کامل پاسخ دادند؛ اما فقط نمرهٔ خرده‌مقیاس بازداری رفتاری استفاده و تجزیه‌وتحلیل شد.

ـ پرسشنامهٔ شخصیتی پنج‌عاملی نئو[4]: پرسشنامه‌ای ۶۰سؤالی است که توسط کاستا و مک‌کری در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این پرسشنامه پنج عامل اصلی شخصیت شامل نوروزگرایی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌جویی و وجدان‌گرایی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=صفر تا کاملاً موافقم=چهار لیکرت می‌سنجد (۲۵). این

[1]. Highly Sensitive Person Scale
[2]. Difficulties in Emotion Regulation Scale
[3]. Behavioral Activation And Inhibition Systems Scales
[4]. NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

پرسشنامه اعتبار و پایایی خوبی را نشان داده است؛ چنانکه در مطالعهٔ اسمولوسکا و همکاران پنج شاخص اصلی این پرسشنامه قابلیت اطمینان خوبی را با ضریب آلفای ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ نشان دادند (۱۹). در ایران به‌منظور ارزیابی روایی ملاکی این آزمون از محاسبهٔ همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی و گزارش مشاهده‌گر استفاده شد. در مطالعهٔ گروسی و همکاران ضرایب همبستگی بین ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ بود؛ همچنین ضریب پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد (۲۶). شایان ذکر است که در این پژوهش بررسی ویژگی شخصیتی نوروزگرایی در گروه‌های بیمار و سالم مدنظر محقق بوده است، اما به یافته‌های حاصل از سایر ویژگی‌های شخصیتی براساس پرسشنامهٔ شخصیتی پنج‌عاملی نئو به‌عنوان یافته‌های اضافی نیز اشاره خواهد شد.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی (آزمون‌های شاپیروویلک، کولموگروف‌اسمیرنوف، ام‌باکس، لوین) و در نهایت از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) و آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد. تمامی آزمون‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ با سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه سالم ۱۰/۲۲±۳۹/۴۳ و در گروه بیمار ۱۰/۷۴±۴۰/۰۳ سال بود. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی برحسب جنسیت و وضعیت تأهل و میزان تحصیلات ذکر شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه سالم و بیمار

گروه	جنسیت		وضعیت تأهل			میزان تحصیلات			
	مرد	زن	متأهل	مجرد	ارشد	دیپلم	کمتر از دیپلم	فوق‌دیپلم	لیسانس
سالم	۱۵	۴۵	۵۵	۵	۳	۳۱	۱۹	۲	۵
بیمار	۱۵	۴۵	۵۵	۵	۳	۳۱	۱۹	۲	۵

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به‌تفکیک دو گروه و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره

مؤلفه	متغیر	گروه سالم (۶۰ نفر)		گروه بیمار (۶۰ نفر)		مقدار p
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت	به آسانی تحریک‌شدن	۳۶/۲۰	۰/۴۹	۴۳/۵۰	۰/۸۸	
پردازش حسی	حساسیت زیبایی‌شناختی	۲۱/۲۲	۰/۳۹	۲۴/۰۳	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
	آستانهٔ حسی پایین	۱۸/۵۲	۰/۳۷	۲۳/۷۷	۰/۶۴	
تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۳/۶۰	۰/۶۱	۱۸/۲۲	۰/۷۶	
	اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف	۱۵/۵۸	۰/۴۵	۲۰/۴۸	۰/۵۶	
	مشکلات کنترل تکانه	۱۵/۳۲	۰/۵۷	۱۹/۲۰	۰/۵۸	
	کمبود آگاهی هیجانی	۱۹/۰۷	۰/۷۱	۲۲/۶۷	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجان	۱۹/۱۸	۰/۳۹	۲۶/۹۰	۰/۷۱	
	کمبود صراحت هیجانی	۱۵/۷۸	۰/۶۵	۱۸/۰۷	۰/۶۵	
ابعاد شخصیت	وجدان‌گرایی	۳۳/۶۲	۰/۷۱	۳۳/۳۰	۰/۷۶	
	توافق‌جویی	۲۶/۳۵	۰/۷۷	۲۵/۹۰	۰/۷۶	
	تجربه‌پذیری	۲۶/۲۰	۰/۸۸	۱۹/۹۲	۰/۸۴	<۰/۰۰۱
	برون‌گرایی	۲۲/۲۲	۰/۸۲	۲۱/۶۷	۰/۸۷	
	نوروزگرایی	۲۴/۲۵	۰/۸۸	۳۳/۱۳	۱/۲۱	
بازداری	بازداری رفتاری	۱۸/۱۰	۰/۲۶	۲۲/۵۰	۰/۴۳	-

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش در متغیرهای حساسیت پردازش حسی، تنظیم هیجان و ابعاد شخصیت، از تحلیل واریانس چندمتغیره بهره گرفته شد. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم این آزمون (نرمال‌بودن، استقلال، هم‌خطی‌بودن، همگنی واریانس ـ کوواریانس) بررسی شد. باتوجه به سطوح معناداری آزمون شاپیروویلک و آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف برای هریک از متغیرها در گروه‌ها، مفروضهٔ نرمال‌بودن تأیید شد. آزمون‌های باکس و لوین برای بررسی همگنی کوواریانس و واریانس در هر متغیر به‌کار رفت. نتایج نشان‌دهندهٔ پذیرش مفروضهٔ همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها و دیگر مفروضه‌های این آزمون‌ها بود؛ لذا از این روش آماری به‌طور جداگانه برای هریک از متغیرهای ذکرشده در دو گروه سالم و بیمار استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. نتایج آزمون پیلای نشان داد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

که اثر گروه در متغیر حساسیت پردازش حسی بین دو گروه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ به بیان دیگر تفاوت معناداری بین ترکیب خطی حاصل از ابعاد حساسیت پردازش حسی وجود دارد. این امر بیانگر آن بود که حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌ها در متغیر حساسیت پردازش حسی در دو گروه بررسی‌شده تفاوت معنادار است. همچنین نتایج آزمون پیلای نشان‌دهندهٔ معناداری اثر گروه در متغیر تنظیم هیجان بین دو گروه بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ به بیان دیگر تفاوت معناداری بین ترکیب خطی حاصل از ابعاد تنظیم هیجان وجود داشت. این امر نشان داد که حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار است. بررسی نتایج آزمون پیلای در متغیر ابعاد شخصیت نیز حاکی‌از معناداری اثر گروه بود. به تعبیر دیگر بین ترکیب خطی ابعاد شخصیت بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). این نتیجه به آن معنا بود که حداقل در یکی از ابعاد در دو گروه تفاوت معنادار است.

بررسی میانگین‌ها (جدول ۲) مشخص کرد که در تمامی خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان و حساسیت پردازش حسی و نیز در ابعاد شخصیت، در نوروزگرایی و تجربه‌پذیری گروه بیمار نمرات بیشتری اخذ کرده‌اند.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیرهٔ خرده‌مقیاس‌های حساسیت پردازش حسی، تنظیم هیجان و ابعاد شخصیت

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره	منبع تغییر	متغیر	مجموع مربعات	درجهٔ آزادی	میانگین مربعات	آمارهٔ F	مقدار احتمال	مجذور اتا
حساسیت پردازش حسی	گروه	به آسانی تحریک‌شدن	۱۵۹۸/۷۰۰	۱	۱۵۹۸/۷۰۰	۵۲/۲۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۷
		حساسیت زیبایی شناختی	۲۳۸/۰۰۸	۱	۲۳۸/۰۰۸	۱۶/۱۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۲۰
		آستانهٔ حسی پایین	۸۲۶/۸۷۵	۱	۸۲۶/۸۷۵	۵۰/۱۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۸
تنظیم هیجان	گروه	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۶۳۹/۴۰۸	۱	۶۳۹/۴۰۸	۲۲/۴۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۰
		اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف	۷۲۰/۳۰۰	۱	۷۲۰/۳۰۰	۴۶/۳۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۲
		مشکلات کنترل تکانه	۴۵۲/۴۰۸	۱	۴۵۲/۴۰۸	۲۲/۸۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۲
		کمبود آگاهی هیجانی	۳۸۸/۸۰۰	۱	۳۸۸/۸۰۰	۱۱/۷۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۱
		محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجان	۱۷۸۶/۴۰۸	۱	۱۷۸۶/۴۰۸	۸۹/۷۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
		کمبود صراحت هیجانی	۱۵۶/۴۰۸	۱	۱۵۶/۴۰۸	۶/۱۷۷	<۰/۰۱۴	۰/۰۵۰
ابعاد شخصیت	گروه	وجدان‌گرایی	۳/۰۰۸	۱	۳/۰۰۸	۰/۰۹۳	<۰/۷۶۱	۰/۰۰۱
		توافق‌جویی	۶/۰۷۵	۱	۶/۰۷۵	۰/۱۷۲	<۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
		تجربه‌پذیری	۱۱۸۴/۴۰۸	۱	۱۱۸۴/۴۰۸	۲۶/۶۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۴
		برون‌گرایی	۹/۰۷۵	۱	۹/۰۷۵	۰/۲۱۱	<۰/۶۴۷	۰/۰۰۲
		نوروزگرایی	۲۳۶۷/۴۰۸	۱	۲۳۶۷/۴۰۸	۳۵/۰۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۹

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در هر متغیر وابسته، به‌منظور بررسی تفاوت گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های متغیرهای مطالعه‌شده، در جدول ۳ ثبت شده است. نتایج بررسی هریک از متغیرها نشان داد که در تمامی خرده‌مقیاس‌های حساسیت پردازش حسی شامل به آسانی تحریک‌شدن، حساسیت زیبایی شناختی و آستانهٔ حسی پایین ($p<۰/۰۰۱$)، تمامی ابعاد تنظیم هیجان شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجان ($p<۰/۰۰۱$) و کمبود صراحت هیجانی ($p=۰/۰۱۴$) و همچنین دو بعد تجربه‌پذیری و نوروزگرایی ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری بین دو گروه سالم و بیمار وجود دارد.

به‌منظور مقایسهٔ نمرهٔ بازداری رفتاری در دو گروه، از آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تی، پیش‌فرض آزمون‌های پارامتریک شامل توزیع نرمال و برابری واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد که نمرات بازداری رفتاری در دو گروه با اطمینان زیادی از توزیع نرمال پیروی می‌کنند؛ همچنین نتایج آزمون لوین نشان‌دهندهٔ برابری واریانس نمرات بازداری رفتاری در دو گروه بود؛ لذا آزمون تی‌مستقل انجام شد. براساس نتایج آزمون تی‌مستقل (جدول ۴) تفاوت معناداری در میانگین بازداری رفتاری در دو گروه سالم و بیمار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات بازداری رفتاری در گروه بیمار به‌طور معناداری بیشتر از گروه سالم بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تی‌مستقل در متغیر بازداری رفتاری در دو گروه سالم و بیمار

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آمارهٔ t	درجهٔ آزادی	مقدار احتمال
سالم	۶۰	۱۸/۱۰	۲/۰۱۴	−۸/۷۰۵	۹۶/۶۰۶	<۰/۰۰۱
بیمار	۶۰	۲۲/۵۰	۳/۳۵۷			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

٤ بحث

مطالعهٔ حاضر، با هدف مقایسهٔ نوروزگرایی، حساسیت پردازش حسی، بازداری رفتاری و نظم‌جویی هیجانات در افراد مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی با افراد سالم صورت گرفت. ویژگی‌های شخصیتی، به‌عنوان عامل مهم‌تر روان‌شناختی، جایگاه خاصی در پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و جسمانی دارد. شناخت تفاوت‌های فردی، پدیدآیی و تحول بیماری باعث جلب توجه به ارتباط شخصیت و سلامتی می‌شود؛ اما در این میان دو نکتهٔ کلیدی اغلب نادیده گرفته می‌شود: یکی ارتباط سبب‌شناختی چندگانه بین شخصیت و بیماری است که در طول یک دوره به‌طور هم‌زمان عمل می‌کنند و دیگری شناخت تفاوت‌های فردی در پدیدآیی بیماری است که اهمیتی برابر یا حتی بیشتر از شناخت علل معمول بیماری دارد (۲۷).

نتایج این پژوهش نشان داد، سطح نوروزگرایی در بیماران سوءهاضمهٔ عملکردی از افراد سالم بیشتر است که با نتایج دیگر مطالعات همسوست. نتایج پژوهش فلیپویک و همکارانش روی بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی مشخص کرد، سطح افسردگی و اضطراب در این بیماران شدید است و سطح اضطراب نیز با سطح بیشتر نوروزگرایی تأیید می‌شود (۷). در مطالعهٔ دیگری هالتمن و همکارانش سطح بیشتر نوروزگرایی را در بیماران سوءهاضمهٔ عملکردی نشان دادند (۶). فرامرزی و همکاران در پژوهشی ویژگی‌های شخصیتی بیماران سوءهاضمهٔ عملکردی را با گروه سالم مقایسه کردند و نتایج مشابهی به‌دست آوردند که نشان از سطح بیشتر نوروزگرایی در این بیماران دارد (۸).

افراد با نوروزگرایی بیشتر، تعارضات بین‌فردی زیادتر و واکنش‌های منفی شدیدتری به وقایع استرس‌زا درمقایسه با افراد با نوروزگراییِ کم دارند و به‌طورکلی افراد با نوروزگرایی بیشتر، به تعداد زیادتر و با شدت قوی‌تر و بیشتری هیجانات منفی را تجربه می‌کنند (۹). از سوی دیگر براساس نظریهٔ ویلیامز جیمز[1]، پدر روان‌شناسی آمریکا، و کارل لانگه[2]، روان‌شناس دانمارکی، تحریکات هیجانی در افراد به‌طور خودکار در بدن، تشویق به تغییرات جسمانی می‌کنند و این تغییرات جسمانی به‌عنوان بازخوردی به مغز است که خود سازندهٔ احساسات یا حس‌کردن هیجانات است (۲۸).

همچنین یافته‌های این مطالعه حاکی‌از نمرات بیشتر بیماران درمقایسه با گروه سالم در نبود نظم‌جویی هیجانی بوده است؛ به‌طوری‌که بیماران مبتلا در آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات، توانایی برای کنترل‌کردن رفتارهای تکانشی و رفتارکردن مطابق با اهداف مطلوب به‌منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی مشکل دارند و هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که هیجان‌های منفی بر کنش حسی‌حرکتی معده‌روده‌ای تأثیر می‌گذارد. اضطراب خود به‌تنهایی وضعیت عملکرد حسی‌حرکتی معده را تغییر می‌دهد و منجربه حفظ غیرطبیعی مواد غذایی در معده می‌شود و هضم را به تأخیر می‌اندازد (۲۹). علاوه بر این، اضطراب در بیماران حساس، همبستگی منفی با آستانهٔ درد و تحمل معده دارد (۳۰).

براساس یافته‌های سایر محققان، درمعرض استرس قرارگرفتن باعث تأخیر در تخلیهٔ معده در انسان‌های سالم می‌شود (۳۱) و تأخیر در تخلیهٔ معده در بسیاری از بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی مشخص شده است. فعال‌سازی محور هیپوتالاموس، هیپوفیز–آدرنال (HPA) و به‌دنبال آن ترشح کورتیزول، به‌عنوان پاسخ فیزیولوژیک به تحریکات منفی و استرس در نظر گرفته می‌شود و تغییرات محور HPA در اثر تحریکات منفی و استرس با عملکرد حرکتی معده (۳۲) و تغییر در ترشح کورتیزول با علائم مختلف اختلالات گوارشی و روده‌ای مرتبط است (۳۳).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی‌از افزایش میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری در بیماران مبتلا به سوءهاضمه درمقایسه با افراد سالم است که با یافته‌های پژوهش شادکام و همکاران همسوست. نتایج پژوهش آن‌ها بیانگر سطح زیاد بازداری رفتاری در بیماران مبتلا به GERD (برگشت اسید معده به مری) است (۳۴). باتوجه به افزایش فعالیت سیستم بازداری رفتاری در بیماران مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی انتظار می‌رود میزان برانگیختگی شدید باشد. این مطلب همسو با مطالعهٔ جونز است که در آن برانگیختگی به‌عنوان یک‌رگهٔ شخصیتی، ضریب همبستگی بیشتر (۰/۸۲) را با میزان ترشح اسید معده در شرایط حاد تنیدگی روانی به‌دست آورد (۳۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، سطح حساسیت پردازش حسی در بیماران درمقایسه با افراد سالم بیشتر است. آستانهٔ ادراکی بسیار کم برای محرک به‌عنوان حساسیت پردازش حسی شناخته می‌شود که این حساسیت زیاد ممکن است بر توانایی عملکرد افراد، رفتارها، هیجانات و سلامت روان تأثیر بگذارد. مهارت‌های سازگاری که افراد برای توسعه و کمک به این حساسیت شدید حسی به‌کار می‌برند، اثرات منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد (۳۶). به‌علاوه شواهد مطالعات دیگر حاکی‌از ارتباط بین حساسیت حسی زیاد و ادراک بیشتر استرس و علائم بیماری‌های جسمانی بیشتر است (۳۷). با وجود تلاش‌های انجام‌شده درجهت برطرف‌کردن کاستی‌ها، این پژوهش نیز نظیر بسیاری از پژوهش‌های دیگر که در حوزه‌های مشابه صورت گرفته است، شامل کاستی‌ها و محدودیت‌هایی است که ازجمله می‌توان به نبود امکان استفاده از انتخاب تصادفی در این تحقیق به‌دلیل ماهیت نمونه‌ها اشاره کرد که قابلیت تعمیم و روایی بیرونی نتایج را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و همچنین نبود امکان کنترل همهٔ متغیرهای مزاحمی که در زمان انجام پژوهش روی آزمودنی‌های آزمایش و کنترل تأثیرگذار بوده است. انجام مطالعاتی که در آن‌ها به بررسی متغیرهای دیگر نظیر تفاوت‌های جنسیتی، سبک‌های تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی پرداخته شود، پیشنهاد می‌شود.

٥ نتیجه‌گیری

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که در افراد مبتلا به سوءهاضمهٔ عملکردی، نوروزگرایی زیاد، حساسیت پردازش حسی بیشتر، بازداری رفتاری و نبود تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان عوامل روان‌شناختی دخیل در ابتلا به این بیماری باشد. شناسایی این عوامل به‌منظور

[1]. William James

[2]. Carl Lange

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

به‌کارگیری فنون روان‌شناختی مناسب در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند روند درمان بیماری را تسهیل کند و به سطح بیشتر ممکن ارتقا دهد.

۶ تشکروقدردانی

بدین وسیله از تمامی بیماران و افرادی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی در دانشگاه فردوسی مشهد است. تمامی شرکت‌کنندگان قبل از حضور در پژوهش اطلاعاتی را به‌صورت شفاهی و کتبی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و با رضایت کتبی و آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1380–92. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.011
2. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. Gut. 2015;64:1049–57. doi:10.1136/gutjnl-2014-307843
3. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Cennamo V, Gilthorpe MS, Forman D, et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in Italian general population: a endoscopic study. Gastroenterology. 2010;138(4):1302–11. doi:10.1053/j.gastro.2009.12.057
4. Jones MP, Coppens E, Vos R, Holvoet L, Luyten P, Tack J, et al. A multidimensional model of psychobiological interactions in functional dyspepsia: a structural equation modelling approach. Gut. 2013;62(11):1573–80. doi:10.1136/gutjnl-2012-302634
5. Stanley J, Stuart AD, Pretorius HG. Irritable bowel syndrome: personality and health behaviors: a biopsychosocial approach. Health SA Gesondheid. 1999;4(1):10–18. doi:10.4102/hsag.v4i1.5
6. Holtmann G, Kutscher S-U, Haag S, Langkafel M, Heuft G, Neufang-Hueber J, et al. Clinical presentation and personality factors are predictors of the response to treatment in patients with functional dyspepsia: a randomized, double-blind placebo-controlled crossover study. Digestive Diseases and Sciences. 2004;49(4):672–9. doi:10.1023/B:DDAS.0000026317.00071.75
7. Filipović BF, Randjelovic T, Ille T, Markovic O, Milovanović B, Kovacevic N, et al. Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. European Journal of Internal Medicine. 2013;24(1):83–6. doi:10.1016/j.ejim.2012.p6.017
8. Faramarzi M, Kashiferd M, Shokri-Shirvani J. Comparison of some personality traits of patients with functional dyspepsia and healthy individuals. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2013;15(4):57–62. [Persian] http://jbums.org/article-1-4469-en.html
9. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The origins of neuroticism. Perspect Psychol Sci. 2014;9(5):481–96. doi:10.1177/1745691614544528
10. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26:41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
11. Dynes M. Neuroticism and emotion regulation success. [Thesis for MSc. In Psychology]. [Ohio, USA]: Department of Psychology, The Ohio State University; 2010.
12. Gable SL, Reis HT, Elliot AJ. Behavioral activation and inhibition in everyday life. Journal of Personality and Social Psychology. 2000;78(6):1135–49. doi:10.1037/0022-3514.78.6.1135
13. Motoi M, Egashira Y, Nishimura T, Choi D, Matsumoto R, Watanuki S. Time window for cognitive activity involved in emotional processing. J Physio Anthrop. 2014;33(1):21. doi:10.1186/1880-6805-33-21
14. Miller LJ, Lane SL. Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice, part 1: taxonomy of neurophysiological processes. Sensory Integration Special Interest Section Quarterly. 2002;23(1):1–4.
15. Aron E. Psychotherapy and the highly sensitive person: improving outcomes for that minority of people who are the majority of clients. New York, NY: Routledge; 2010.276p.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]

16. Aron EN. Revisiting jung's concept of innate sensitiveness. J Analytical Psychol. 2004;49(3):337–67. doi:10.1111/j.1465-5922.2004.00465.x
17. Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. Journal of Personality and Social Psychology. 1997;73(2):345–68. doi:10.1037/0022-3514.73.2.345
18. Ahadi B, Basharpoor S. Relationship between sensory processing sensitivity, personality dimensions and mental health. J of Applied Sciences. 2010;10(7):570–4. [Persian] doi:10.3923/jas.2010.570.574
19. Smolewska KA, McCabe SB, Woody EZ. A psychometric evaluation of the highly sensitive person scale: the components of sensory-processing sensitivity and their relation to the bis/bas and "big five". Personality and Individual Differences. 2006;40(6):1269–79. doi:10.1016/j.paid.2005.09.022
20. Tabibzadeh SA, Bordbar G, Ghasemi S, Namazi S. Functional dyspepsia (FD); prevalence and relationship with psychological disorders among medical sciences students. Journal of Research in Medical and Dental Sciences. 2018;6(1):161–168. doi:10.24896/jrmds.20186126
21. Aro P, Talley NJ, Johansson S-E, Agréus L, Ronkainen J. Anxiety is linked to new-onset dyspepsia in the Swedish population: a 10-year follow-up study. Gastroenterology. 2015;148(5):928–37. doi:10.1053/j.gastro.2015.01.039
22. Asgari P, Pasha GHR, Aminiyan M. Relationship between emotion regulation, mental stresses and body image with eating disorders of women. Journal of Clinical Psychology Andisheh va Raftar. 2009;4(13):65–78. [Persian]
23. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the bis/bas scales. Journal of Personality and Social Psychology. 1994;67(2):319–33. doi:10.1037/0022-3514.67.2.319
24. Abdollahi R, Bakhshipour R, Mahmoodaliloo M. Validity and reliability of behavioral inhibition and activation systems (BIS/BAS) scales among Tabriz University Students. Journal of Modern Psychological Researches. 2013;7(28):123–39. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4132.html
25. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992. pp. 53–65.
26. Garousi MT, Mehryar AH, Ghazi Tabatabaei M. Application of the NEOP I-R test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian university students. Journal of Humanities. 2001;11(39):173–98. [Persian]
27. Friedman HS. The multiple linkages of personality and disease. Brain, Behavior, and Immunity. 2008;22(5):668–75. doi:10.1016/j.bbi.2007.09.004
28. Dalgleish T. The emotional brain. Nature Reviews Neuroscience. 2004;5(7):583–9. doi:10.1038/nrn1432
29. Geeraerts B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, Gregory LJ, Aziz Q, DuPont P, et al. Influence of experimentally induced anxiety on gastric sensorimotor function in humans. Gastroenterology. 2005;129(5):1437–44. doi:10.1053/j.gastro.2005.08.020
30. Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, Vos R, Persoons P, Demyttenaere K, et al. Relationship between anxiety and gastric sensorimotor function in functional dyspepsia: Psychosomatic Medicine. 2007;69(5):455–63. doi:10.1097/PSY.0b013e3180600a4a
31. Taché Y, Martinez V, Million M, Wang L. III. Stress-related alterations of gut motor function: role of brain corticotropin-releasing factor receptors. American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology. 2001;280(2):173–7. doi:10.1152/ajpgi.2001.280.2.G173
32. Taché Y, Bonaz B. Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function. J Clin Invest. 2007;117(1):33–40. doi:10.1172/JCI30085
33. Ehlert U, Nater UM, Bohmelt A. High and low unstimulated salivary cortisol levels correspond to different symptoms of functional gastrointestinal disorders. Journal of Psychosomatic Research. 2005;59(1):7–10. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.03.005
34. Shadkam MS, Azad Fallah P, Khedmat H. Comparison of brain/behavioral systems activity in patients with gastroesophageal reflux disease and healthy people. Journal of Behavioral Sciences. 2010;4(2):83–89. [Persian]
35. Jones MP. The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease: beyond helicobacter pylori and NSAIDS. Journal of Psychosomatic Research. 2006;60(4):407–12. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.009
36. Abernethy H. The assessment and treatment of sensory defensiveness in adult mental health: a literature review. British Journal of Occupational Therapy. 2010;73(5):210–8. doi:10.4276/030802210X12734991664183
37. Benham G. The highly sensitive person: stress and physical symptom reports. Personality and Individual Differences. 2006;40(7):1433–40. doi:10.1016/j.paid.2005.11.021

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.112.1]