

ارتباط شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری تنظیم هیجانی با شکایات روان تنی در دانشجویان پزشکی

سید نذیر هاشمی محمدآباد^۱، شعله افشین پور^۲، سید حسین زاهدیان^۳، حبیب‌اله رضایی^{۴*}

^۱ گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، آکمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: شکایات روان تنی علایمی هستند که در بدن انسان نمود پیدا می‌کنند، ولی ریشه در فرآیندهای روانشناختی انسان‌ها دارند. لذا هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری تنظیم هیجانی با شکایات روان‌تنی در دانشجویان پزشکی بود.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد که جامعه آماری دانشجویان پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج شاغل به تحصیل در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند که تعداد ۲۶۷ نفر به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. پرسشنامه شفقت به خود نف و همکاران، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون، مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجانی گرتز و روئمر و مقیاس شکایات روان تنی تاکاتا و ساکاتا برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس یک راهه و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار علایم روان تنی در بین دانشجویان $14/30 \pm 27/14$ بود. میزان شکایات روان تنی با شفقت به خود و تاب‌آوری رابطه معکوس و معنی‌دار ($r = -0/28$ و $r = -0/41$) و با دشواری در تنظیم هیجان‌ها رابطه مستقیم معنی‌داری داشت ($r = 0/51$ و $p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: سه متغیر شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری در تنظیم هیجان با شدت علایم روان‌تنی همبستگی متوسط دارند و در این میان بیشترین میزان همبستگی مربوط به متغیر دشواری در تنظیم هیجان بود. پیشنهاد می‌شود آموزش دانشجویان پزشکی جهت افزایش شفقت به خود، تاب‌آوری و یادگیری مهارت‌های مدیریت هیجان انجام شود.

واژه‌های کلیدی: شکایات روان تنی، شفقت به خود، تاب‌آوری، دشواری تنظیم هیجانی

*نویسنده مسئول: حبیب‌اله رضایی، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مرکز تحقیقات سلولی مولکولی

Email: rezaie.habib1@gmail.com

مقدمه

که با این مشکلات به مراکز مشاوره دانشگاه مراجعه می‌نمایند، افزایش یافته است(۹).

با توجه به نقشی که در پژوهش‌ها برای تأثیر عوامل روحی و روانی بر اختلال روان‌تنی ذکر شده است، اهمیت بررسی این عوامل به وضوح مشاهده می‌شود. برخی از این عوامل شامل اختلال در تنظیم هیجانی، تاب‌آوری و شفقت به خود می‌شود(۱۱ و ۱۰).

اختلال در تنظیم هیجانی به صورت شایع در شکایات روان تنی دیده می‌شود(۱۰). تنظیم هیجانی به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد(۱۲). تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی است و به طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مانند باز ارزیابی نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و باز داری انجام می‌گیرد(۱۲). اختلال در تنظیم هیجانی به ناتوانی در درک احساسات و هیجانات و ناتوانی در ارتباط دادن نتایج این هیجانات و احساسات با ادراک بدنی اشاره دارد(۱۲). زمانی که صحبت از مدیریت هیجان می‌شود، منظور مواردی است از قبیل؛ تسکین خود هنگام ناراحتی، مدیریت خشم و عصبانیت، بروز هیجانات و احساسات در جای مناسب، اجتناب از اضطراب و افسردگی و کنار آمدن با مسایل و مشکلات لاینفک زندگی می‌باشد(۱۴ و ۱۳).

سلامتی انسان همواره تحت تأثیر دو عامل جسمی و روانی قرار دارد. در چند دهه اخیر، نوع جدید از اختلالات روان تنی(سایکوسوماتیک) ظهور کرده‌اند، که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند(۱). شکایات روان تنی علایمی هستند که در بدن انسان نمود پیدا می‌کنند، ولی ریشه در فرآیندهای روانشناختی انسان‌ها دارند(۲). در واقع در بسیاری از این اختلالات یک یا چند عامل روانشناختی مهم نقشی اساسی ایفا می‌کنند که تا زمان رفع عامل مذکور این نشانه‌ها و شکایات برطرف نمی‌شوند(۲). از مهم‌ترین این علایم و نشانه‌ها می‌توان به مشکلات نظام ایمنی، خودبیمار انگاری، آسم، بیماری‌های معدی - روده‌ای، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های پوستی، سرطان، درد، مشکلات جنسی، دیابت، آرتروز، مشکلات ناشی از تیروئید، تنش‌های عضلانی و بیماری‌های عفونی، ترس مرضی، اضطراب، افسردگی، هیستری(بیماری‌ها یا اختلالات تبدیلی) و اسکیزوفرنیا اشاره کرد(۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شکایات روان تنی از ۱۲ تا ۲۴ سالگی شروع می‌شود(۳) و به طور کلی نشانه‌های روان تنی با افزایش سن افزایش می‌یابد و زنان بیشتر از مردان نشانه‌های روان‌تنی را تجربه می‌کنند(۴-۷). برخی گزارش‌ها نیز حاکی از افزایش شکایات روان‌تنی در بین نوجوانان و جوانان می‌باشد(۸). در سال‌های اخیر شکایات روان‌تنی در بین دانشجویان در ایران افزایش یافته و دانشجویانی

تاب‌آوری یکی از مؤلفه‌های مؤثر در سلامت روانی است (۱۵). تاب‌آوری به معنای توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب که در ارتباط با پاسخ فرد به موقعیت‌های مشکل‌آفرین زندگی و تنش آسیب‌زا می‌باشد. بعضی دیدگاه‌ها، تاب‌آوری را به عنوان پاسخ به یک واقعه خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان یک سبک مقابله‌ای پایدار در نظر می‌گیرند (۱۶). تاب‌آوری به معنی توان مقاومت در برابر مشکلات دنباله‌دار و دشواری‌های زندگی و ترمیم دوباره شخص است (۱۶). ظرفیتی که شخص هنگام مواجهه با استرس و شرایط وخیم محیطی و روحی از خود نشان می‌دهد تا دوباره به نقطه مطلوب برسد. البته تاب‌آوری به معنی زندگی کاملاً بدون استرس نیست و هر شخصی ممکن است در زندگی با مشکلات و سختی‌هایی مواجه شوند که فراتر از ظرفیت وی باشند و باعث استرس و صدمه‌های روحی شوند بلکه منظور از تاب‌آوری قدرت دوباره برخاستن پس از این سختی‌ها و مشکلات است (۱۷). در پژوهش‌های کارامپاس تأثیر تاب‌آوری و تفکر مثبت بر بیماری سایکوسوماتیک نشان داده شده است (۱۸).

شفقت به خود یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر بیماری‌های روان‌تنی می‌باشد (۱۹). شفقت به خود از مؤلفه‌های مهربانی با خود در برابر قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در برابر انزوا، به‌هشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است. شخصی که این سه مؤلفه را دارا باشد، از شفقت به

خود برخوردار است و پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که افرادی که دارای این ویژگی باشند از اضطراب و استرس کمتری رنج می‌برند (۲۰). شفقت به خود شامل پذیرش درد و رنج خود، قطع ارتباط یا دوری جستن از آن است. شفقت به خود شامل؛ ترکیبی از آگاهی ذهنی از عواطف دردناک، در نظر گرفتن پیشامدهای شخصی به عنوان بخشی از تجارب بزرگ‌تر انسانی و مهربان بودن با خود هنگام تجربه شکست می‌شود (۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد شخصی که دارای شفقت به خود است، از سلامت جسمی بیشتری برخوردار است. رویکرد فردی که شفقت به خود دارد در مواجهه با درد یا شکست در زندگی، متفاوت از فردی است که چنین ویژگی ندارد و به جای سرزنش خود به تشویق خود می‌پردازد و به فهم وقایع بدون قضاوت اشتباه یا مبالغه‌آمیز در مورد آن می‌پردازد. احساسات منفی در فرد دارای شفقت به خود سرکوب یا بزرگ‌نمایی نمی‌شوند (۲۲).

پژوهش‌های مختلفی در خصوص جسمانی‌سازی فشارها و مسایل روانی در دانشجویان پزشکی انجام شده است (۲۳ و ۲۴)، اما در جستجوی انجام شده، مطالعه‌ای که در کشور به بررسی ارتباط شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری در تنظیم هیجانی با شکایات روان‌تنی در دانشجویان پزشکی پرداخته باشد، یافت نشد. با توجه به اهمیت و شیوع بالای اختلالات و علایم سوماتیک ناشی از مسائل روانی و فشارهای محیطی و نظر به گزارش‌های محدودی که پیرامون شیوع این اختلالات

بودن در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ و رضایت آگاهانه داشتن بود. معیار خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسشنامه بود. بدین صورت که اگر فردی به ۱۰ درصد از سوالات هر کدام از پرسشنامه‌ها پاسخ نمی‌داد، از مطالعه خارج می‌شد. همچنین در صورتی که دانشجویی، پس از تکمیل یکی از پرسشنامه‌ها، تمایلی به تکمیل سایر پرسشنامه‌ها نداشت از مطالعه خارج می‌شد.^۱ پرسشنامه شفقت به خود نف و همکاران، مقیاس تاب‌آوری کونور^(۱) و دیویدسون، مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجانی گراتز و روئمر و مقیاس شکایات روان تنی تاکاتا^(۲) و ساکاتا^(۳) برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفتند (۲۵-۲۸). پرسشنامه شفقت به خود شامل ۲۶ گویه و ۶ مولفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌هشیاری^(۴) یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی^(۵) در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم^(۱) تا کاملاً موافقم^(۵) نمره‌گذاری می‌گردید (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ گزارش شد (۲۹). همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌هشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب: ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشد. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده

1-Connor
2-Takata
3-Sakata
4-Mindfulness
5-Over Identification

و علایم در پزشکان وجود دارد، با اندکی دقت در خلاء موجود در پژوهش‌ها پیرامون شیوع سنجی این دسته از علایم در دانشجویان پزشکی و عوامل احتمالی مرتبط و مؤثر در پیدایش و تداوم این علایم و اختلالات، لزوم انجام این پژوهش در راستای کشف اثرگذاری عوامل بنیادینی که در سال‌های اخیر مطرح شده‌اند نظیر؛ شفقت به خود، تاب‌آوری و مشکلات تنظیم هیجانی بر علایم سایکوسوماتیک دانشجویان پزشکی ضروری به نظر می‌رسید. لذا هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری تنظیم هیجانی با شکایات روان تنی در دانشجویان پزشکی بود.

روش بررسی

این یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد که جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج شاغل به تحصیل در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند که پس از تعیین حجم نمونه بر اساس جدول مورگان با احتساب ۱۰ درصد ریزش احتمالی نمونه‌ها، تعداد ۲۶۷ نفر به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. به این دلیل نمونه‌گیری در دسترس بود که زمانی که محقق برای تکمیل پرسشنامه به دانشکده مراجعه می‌نمود، ممکن بود بعضی از دانشجویان در آن زمان کلاس نداشتند و دانشجویانی که در آن مکان، در آن روز حضور داشتند، وارد مطالعه می‌شدند. معیار ورود به مطالعه شامل؛ دانشجوی پزشکی بودن، شاغل به تحصیل

است (۲۹). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود. مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۲۶). همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۲۶). این مقیاس در ایران به وسیله محمدی هنجاریایی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است (۳۰). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۱ بود. مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خودگزارش‌دهی است که شش عامل آن شامل؛ عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی می‌باشد. گستره پاسخ‌ها در این مقیاس به صورت لیکرت ۱ تا ۵ می‌باشد. یک به معنای تقریباً هرگز (۰-۱۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می‌باشد (۲۷). نتایج حاکی از این است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی ۰/۹۳ برخوردار

می‌باشد (۲۷). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش‌های عزیزی و همکاران میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد (۳۱). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۶ بود. مقیاس شکایات روان تنی به وسیله تاکاتا و ساکاتا در ژاپن ساخته و اعتباریابی شده است که از ۳۰ سوال تشکیل شده است و از ساختار تک عاملی برخوردار است که به منظور سنجش شکایات روان‌تنی به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «به طور مکرر» به ترتیب امتیازات: ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در سال ۱۹۹۷ برابر با ۰/۹۳، در سال ۱۹۹۸ برابر با ۰/۹۱ و در سال ۱۹۹۹ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. همبستگی بین بخش‌های مقیاس نیز در سه بار اجرای متفاوت به وسیله سازندگان مقیاس، برابر با ۰/۵۰ یا بیشتر گزارش شد (۲۸).^۱ در پژوهش حاجلو، روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مقیاس شکایات روان تنی به وسیله دو متخصص (روان شناس) تأیید شد. در پژوهش حاجلو، برای بررسی روایی هم‌زمان مقیاس شکایات روان تنی، همبستگی آن با مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ^(۱) محاسبه گردید. ضریب همبستگی بین این دو مقیاس در بین دانشجویان برابر با ۰/۶۸ بود که یک مقدار زیاد و قابل قبول محسوب می‌شود (۹). ضریب آلفای کرونباخ به

1-Goldberg

یافته‌ها

از تعداد ۲۶۷ نفر تعداد ۲۳۰ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند (نرخ پاسخ دهی ۸۶ درصد). از این تعداد ۹۰ نفر (۳۹ درصد) آقا و ۱۴۰ نفر (۶۱ درصد) خانم بودند. میانگین و انحراف معیار سن افراد گروه نمونه $24/42 \pm 2/37$ بود. میانگین و انحراف معیار علایم روان‌تنی در بین دانشجویان $27/14 \pm 14/30$ بود. جهت بررسی رابطه بین سن و علایم روان تنی از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد بین سن و علایم روان تنی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (ضریب همبستگی برابر با منهای $0/08$ و معنی‌داری $0/232$). میزان علایم روان‌تنی در میان دانشجویان دختر (میانگین $30/08$ و انحراف معیار $13/59$) به طور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان پسر (میانگین $23/49$ و انحراف معیار $14/25$) بود ($t=3/49$ و $p<0/01$). میزان علایم روان‌تنی در میان دانشجویان مجرد (میانگین $27/21$ و انحراف معیار $13/82$) تفاوت معنی‌داری با دانشجویان متأهل (میانگین $27/45$ و انحراف معیار $16/12$) نداشت ($t=-0/1$ و $p<0/91$). میزان علایم روان تنی در میان دانشجویان دارای سابقه بیماری روان پزشکی (میانگین $29/20$ و انحراف معیار $11/21$) تفاوت معنی‌داری با دانشجویان فاقد بیماری روان پزشکی (میانگین $26/89$ و انحراف معیار $14/52$) نداشت ($t=0/35$ و $p<0/72$). میزان علایم روان‌تنی در میان دانشجویان دارای سابقه بیماری روان پزشکی در خانواده (میانگین $24/64$ و انحراف

دست آمده روی نمونه اصلی نیز برابر با $0/85$ بود که بیانگر همسانی درونی بالا برای بخش‌های این مقیاس است (۲۸). در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ $0/78$ بود.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، شامل رضایت آگاهانه دانشجویان جهت شرکت در پژوهش، کسب مجوز لازم از دانشکده جهت توزیع پرسشنامه و محرمانه ماندن اطلاعات دانشجویان چه در تکمیل پرسشنامه‌ها (بدون نام بودن پرسشنامه‌ها) و چه در هنگام انتشار نتایج پژوهش می‌باشد. پس از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه، محقق اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها به صورت حضوری بین دانشجویان نمود. در ابتدای کار محقق برای اطمینان بخشی به دانشجویان و ایجاد حس اعتماد در آن‌ها و همچنین اطمینان دهی در خصوص حفظ اصل محرمانگی به تبیین چرایی و هدف از انجام این پژوهش پرداخت، دانشجویانی که پرسشنامه را همان جا (فوری) تکمیل می‌کردند، محقق منتظر می‌ماند و پرسشنامه را تحویل می‌گرفت، اما اگر مشارکت کنندگان تقاضای زمان برای تکمیل پرسشنامه می‌کردند، یک هفته برای تکمیل پرسشنامه زمان در نظر گرفته می‌شد و سپس محقق با مراجعه حضوری پرسشنامه را تحویل می‌گرفت. همچنین به صورت تلفنی پیگیر تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس یک راهه و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

معیار ۱۳/۵۶) تفاوت معنی‌داری با دانشجویان فاقد سابقه بیماری روانپزشکی در خانواده (میانگین ۲۷/۰۵ و معنی‌داری ۱۴/۴۷) نداشت ($t=0/58$ و $p<0/54$). میزان علائم روان‌تنی در میان دانشجویان دارای سابقه بیماری جسمی (میانگین ۳۰/۶۷ و انحراف معیار ۱۶/۰۶) تفاوت معنی‌داری با دانشجویان فاقد سابقه بیماری جسمی (میانگین ۲۶/۸۳ و انحراف معیار ۱۴/۳۴) نداشت ($t=0/64$ و $p<0/52$).

میزان علائم روان‌تنی در میان دانشجویان دارای سابقه بیماری جسمی در خانواده (میانگین ۲۹/۳۹ و انحراف معیار ۱۲/۲۶) تفاوت معنی‌داری با دانشجویان فاقد سابقه بیماری جسمی در خانواده (میانگین ۲۶/۴۴ و انحراف معیار ۱۴/۷۷) نداشت ($t=1/13$ و $p<0/25$).

میانگین و انحراف معیار علائم روان‌تنی در ورودی سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ به ترتیب: $23/46 \pm 11/54$ ، $25/49 \pm 15/63$ ، $26/98 \pm 14/56$ و $28/46 \pm 13/90$ بود. جهت بررسی تفاوت ورودی‌های مختلف تحصیلی در میزان شدت علائم روان‌تنی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون لوین حاکی از همسانی واریانس‌ها بود، در نتیجه از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد بین دانشجویان ورودی سال‌های مختلف در میزان علائم روان‌تنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($F=1/37$ و $p=0/24$).

جهت بررسی رابطه بین شفقت به خود، تاب‌آوری و اختلال تنظیم هیجانی با شدت علائم روان

تنی از روش همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون چند متغیری به شیوه اینتر استفاده شد (جدول ۱).^۱ همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌کنید، نتایج نشان داد که میزان علائم روان‌تنی با شفقت خود و تاب‌آوری رابطه معکوس و معنی‌دار و با دشواری در تنظیم هیجان‌ها رابطه مستقیم و معنی‌داری دارد. بیشترین میزان همبستگی بین میزان علائم روان‌تنی با دشواری در تنظیم هیجان ($r=0/51$) و سپس شفقت به خود ($r=0/41$) بود و تاب‌آوری کمترین همبستگی را با علائم روان‌تنی داشت ($r=-0/28$). با توجه به شدت متوسط و پایین ضریب همبستگی بین سه متغیر مستقل که به عنوان متغیر پیش‌بین برای تعیین معادله رگرسیون وجود دارد، می‌توان گفت که این سه متغیر از ارزش بالایی برای پیش‌بینی و تعیین معادله رگرسیون جهت پیش‌بینی شدت علائم روان‌تنی برخوردارند. جهت بررسی پیش‌بینی شدت علائم روان‌تنی بر اساس شفقت خود، دشواری در تنظیم هیجان‌ها و تاب‌آوری از آزمون رگرسیون خطی چندمتغیری به شیوه هم‌زمان استفاده شد. مهم‌ترین پیش‌فرض انجام تحلیل رگرسیون چندمتغیری، عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل می‌باشد. برای بررسی این پیش‌فرض از آماره تولرنس^(۱) و عامل تورم واریانس^(۲) استفاده گردید. مقادیر تولرنس $0/1$ یا کمتر و یا مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از ۱۰ نشان‌دهنده همخطی چندگانه است. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

1-Tolerance

2-Variance Inflation Factor (VIF)

نتایج بررسی پیش فرض تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد، شاخص تحمل متغیرهای پیش بین با ۰/۰۱ فاصله زیادی دارند و بنابراین مشکل همخطی چندگانه وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد، شفقت به خود و دشواری در تنظیم هیجان‌ها می‌توانند میزان علایم روان‌تنی را به طور معنی‌داری پیش بینی کنند ($t=2/76$ و $p<0/01$) و ضریب تأثیر رگرسیونی (بر اساس ضریب بتا استاندارد نشده) نشان داد که اختلال در تنظیم هیجان با ضریب تأثیر رگرسیونی ($\beta=0/38$ و $p<0/001$)، پیش‌بین قوی‌تری نسبت به شفقت به خود با ضریب تأثیر رگرسیونی ($\beta=-0/18$ و $p<0/006$) می‌باشد. ضریب تأثیر رگرسیونی متغیر تاب‌آوری معنی‌دار نشد ($\beta=-0/08$ و $p>0/05$) در نتیجه می‌توان گفت این

متغیر در معادله رگرسیونی قابلیت پیش‌بینی معنی‌داری برای پیش‌بینی علایم روان‌تنی ندارد. این معادله حدود ۲۹ درصد از واریانس علایم روان‌تنی را تبیین می‌کند. فرمول معادله رگرسیون به شرح زیر تعیین شد.

$$S.S^{(1)} = 0/27E.D^{(2)} - 0/25S.C^{(3)} + 27/65$$

بر اساس فرمول رگرسیونی می‌توان گفت که به ازای یک واحد انحراف معیار افزایش در اختلال در تنظیم هیجان، شاهد ۰/۲۷ انحراف معیار افزایش در علایم روان‌تنی خواهیم بود و به ازای یک واحد انحراف معیار افزایش در شفقت به خود شاهد ۰/۲۵ انحراف معیار کاهش در علایم روان‌تنی خواهیم بود.

جدول ۱: ماتریس همبستگی بین روان‌تنی، شفقت به خود، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری و علایم روان تنی^۱

روان تنی	شفقت خود	دشواری در تنظیم هیجان	تاب آوری
۱			
۰/۴۱**	۱		
۰/۵۱**	-۰/۵۲**	۱	
-۰/۲۸**	-۰/۳۵**	-۰/۳۵**	۱

** $p<0/01$

جدول ۲: خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش بینی میزان علائم روان تنی بر اساس شفقت به خود، دشواری در تنظیم هیجان و تاب‌آوری

متغیر مستقل	متغیر وابسته	VIF	Tolerance	B	SEB	Beta	F	R ²
شفقت خود		۱/۴۴	۰/۷۰	-۰/۲۵	۰/۰۹	-۰/۱۸		
دشواری در تنظیم هیجان	روان تنی	۱/۴۴	۰/۶۹	۰/۲۷	۰/۰۵	۰/۳۸	۳۰/۷۱	۰/۲۹
تاب آوری		۱/۲۰	۰/۸۴	-۰/۰۸	۰/۰۶	-۰/۰۸		

- 1-Somatic Symptoms
2-Emotion Dysregulation
3-Self Compassion

بحث

شکایات روان تنی علایمی هستند که در بدن انسان نمود پیدا می‌کنند، ولی ریشه در فرآیندهای روانشناختی انسان‌ها دارند (۲). پژوهش‌های مختلفی در خصوص جسمانی‌سازی فشارها و مسایل روانی در دانشجویان پزشکی انجام شده است (۲۴ و ۲۳)، اما در جستجوی انجام شده، مطالعه‌ای که در کشور به بررسی ارتباط شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری در تنظیم هیجانی با شکایات روان‌تنی در دانشجویان پزشکی پرداخته باشد مشاهده نشد. شفقت به خود از مؤلفه‌های مهربانی با خود در برابر قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در برابر انزوا، به‌هشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است (۲۰). تاب‌آوری به معنای توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب که در ارتباط با پاسخ فرد به موقعیت‌های مشکل‌آفرین زندگی و تنش آسیب‌زا می‌باشد (۱۶). اختلال در تنظیم هیجانی به ناتوانی در درک احساسات و هیجانات و ناتوانی در ارتباط دادن نتایج این هیجانات و احساسات با ادراک بدنی اشاره دارد (۱۲). هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری تنظیم هیجانی با شکایات روان‌تنی در دانشجویان پزشکی بود.

نتیجه این پژوهش نشان داد که متغیر شفقت به خود با شدت علایم روان تنی همبستگی معکوس متوسط دارند. این یافته‌ها مؤید یافته‌های دورساوان و همکاران، گارنفسکی و همکاران، اکبرزاده و همکاران می‌باشد (۳۲-۳۴). با توجه به این که، شفقت به خود به

معنای مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت کردن و نوعی پذیرش نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است و اعتراف به این که همه ی انسان‌ها نقص‌هایی دارند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند و شفقت به خود باعث آگاهی از تجارب زمان حال می‌شود، به طوری که جنبه‌های دردناک یک تجربه، به طور مکرر ذهن را اشغال نمی‌کند (۳۵) و شجاعت و انعطاف‌پذیری روانشناختی لازم را برای رو به روشن شدن با چالش‌های زندگی را فراهم کند (۳۶) و تأثیر شفقت به خود در پژوهش‌های مختلف بر سلامتی، کاهش افسردگی، کاهش واکنش‌های شدید و احساسات منفی، کاهش استرس و اضطراب، افزایش امید به زندگی، افزایش تحمل ابهام، افزایش بهزیستی روانشناختی، افزایش کیفیت زندگی، افزایش رضایت از زندگی نشان داده شده است (۳۷-۴۸). پیشنهاد می‌گردد پروتکل آموزش شفقت به خود بر اساس روش پیشنهادی گیلبرت (۴۹) به وسیله یک متخصص روانشناسی بالینی دارای مدرک آموزش شفقت به خود، با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تمرین عملی مهارت‌ها به دانشجویان آموزش داده شود.

نتیجه این پژوهش هم‌چنین نشان داد که متغیر تاب‌آوری با شدت علایم روان‌تنی همبستگی معکوس متوسط دارند. این یافته‌ها مؤید یافته‌های دورساوان و همکاران، گارنفسکی و همکاران، اکبرزاده و همکاران می‌باشد (۳۲-۳۴). با توجه به این که، افراد تاب‌آور، دارای قابلیت در برقراری تعادل زیستی - روانی و

تنی مربوط به متغیر دشواری در تنظیم هیجان بود. این یافته‌ها مؤید یافته‌های دورساوان و همکاران، گارنفسکی و همکاران، اکبرزاده و همکاران می‌باشد (۲۳-۲۴ و ۱۰). با توجه به این که افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود در برابر حوادث روزمره نیستند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌های روانی - جسمانی را تجربه می‌کنند (۵۸) و با توجه به این که نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش شکایات روان‌تنی می‌باشد (۶۲-۵۹) و در فرآیند درمان هیجان‌مدار، افراد با فرآیند تنظیم هیجان یاد می‌گیرند، هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را بپذیرند و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند (۶۳) و زمانی که هیجان‌ها در درمان هیجان‌مدار فعال می‌شوند، به افراد کمک می‌کنند حالت هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند (۵۸) پیشنهاد می‌گردد که برای دانشجویان کلاس آموزشی درمان هیجان‌مدار برگزار گردد.

نتایج مطالعه هم‌چنین نشان داد میانگین علایم روان‌تنی در بین دانشجویان ضعیف هست، هر چند نمره میانگین علایم روان‌تنی در بین دانشجویان عددی بود که نزدیک به متوسط می‌باشد. ضعیف بودن میانگین علایم روان‌تنی می‌تواند نشان دهنده محیط یادگیری مناسب فراهم شده در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج باشد، هر چند نزدیک به متوسط بودن میانگین علایم روان‌تنی و صحبت‌های دانشجویان تأیید کننده این موضوع نیست. صحبت‌های تیم تحقیق با

معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود هستند، دارای خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری فکری، ماهر در تبدیل مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، دارای پشتکار و عزت نفس، دارای شبکه حمایتی سالم، توانایی رشد قابلیت‌های عاطفی و فرا طبیعی، دارای استقلال رای، حس خوش طبعی و دارای توانایی حل مشکلات و حل تعارضات می‌باشند (۵۳-۵۰) و آموزش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبودی بهزیستی روان شناختی (۵۴) افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند: عواطف مثبت و اعتماد به نفس و خودرهبی، کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می‌شود (۵۶ و ۵۵)، پیشنهاد می‌گردد جهت دانشجویان برنامه آموزش تاب‌آوری در نظر گرفته شود که یکی از این برنامه‌ها می‌تواند آموزش تاب‌آوری با استفاده از برنامه تدارک دیده شده به وسیله هندرسون و میلستن باشد (۵۷) که در این برنامه راهبردهای کنار آمدن مؤثر مانند جست و جوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت را در بین دانشجویان افزایش و راهبردهای کنار آمدن منفی مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای منفعلانه و اجتنابی را در بین دانشجویان کاهش می‌دهد (۵۶).

نتیجه این پژوهش هم‌چنین نشان داد که متغیر دشواری در تنظیم هیجان با شدت علایم روان‌تنی همبستگی مستقیم متوسط دارند و در بین سه متغیر؛ شفقت به خود، تاب‌آوری و دشواری در تنظیم هیجانی، بیشترین میزان همبستگی با شکایات روان

دانشجویان نشان دهنده این موضوع است که دانشجویان از تعداد زیاد آزمون در بعضی دروس در طول ترم و کشیک‌های زیاد ناراضی هستند و شب بیداری‌های زیادی را در این خصوص متحمل می‌شوند و باعث کم خوابی دانشجویان شده است. کمبود خواب، از عوامل اصلی خستگی ذهنی است که به نوبه خود می‌تواند خطاهای انسانی و پزشکی را افزایش دهد. همچنین خواب ناکافی می‌تواند باعث افزایش تحریک‌پذیری، ضعف تمرکز، زودرنجی و بی‌حالی شود (۶۵ و ۶۴) پیشنهاد می‌گردد که جهت کاهش تعداد آزمون‌ها در طول ترم، تصمیم واحد به وسیله شورای آموزشی دانشگاه برای ایجاد محدودیت برای اعضای هیات علمی در برگزاری آزمون‌ها در طول ترم گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش تعداد کشیک‌های دانشجویان، ظرفیت پذیرش دانشجو با توجه به تعداد بخش‌ها و امکانات آموزشی تعیین گردد و همچنین در صورت امکان، با انتقالی و مهمانی دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه به سایر دانشگاه‌ها مخالفت گردد که بار کاری حاصل از کشیک زیاد، به دلیل کم شدن تعداد دانشجویان در طول دوره، به سایر دانشجویان وارد نشود. همچنین با توجه به این که محیط یادگیری، زمینه فیزیکی یا مجازی است که یادگیری در آن اتفاق می‌افتد و ابزارهای ارزشمندی جهت سنجش آن طراحی شده است (۶۶)، با سنجش محیط آموزشی به وسیله ابزار مناسب و به کارگیری راهکارهای بهبود محیط آموزشی از جمله؛ ارتقای

محیط فیزیکی، ارتقای محیط آموزشی به وسیله اعضای هیات علمی و مدیران (۶۶)، می‌توان به کاهش عوامل ایجاد کننده علایم روان تنی کمک نمود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سن و علایم روان تنی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله مطالعه عمرانی فرد و همکاران هماهنگ نیست (۶۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت اگرچه بروز علایم روان‌تنی در سنین بزرگسالی شایع‌تر است، ولی این علایم در هر سنی می‌تواند بروز کنند و دلیل احتمالی عدم معنی‌داری ارتباط بین سن و شیوع و شدت علایم روان‌تنی در این پژوهش را به محدودیت دامنه سنی دانشجویان مورد بررسی مربوط دانست که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی در گروه نمونه‌ای با دامنه سنی گسترده‌تر، ارتباط سن با بروز و شدت علایم روان‌تنی مورد توجه قرار گیرد. در سایر پژوهش‌ها بیان شده است که به طور کلی نشانه‌های روان‌تنی با افزایش سن، افزایش می‌یابد. البته با توجه به این که نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده افزایش در علایم روان‌تنی در ورودی سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ بود، به نحوی که دانشجویان ترم‌های بالاتر علایم روان‌تنی بیشتری را نشان می‌دادند. شاید یکی از دلایل آن بالا بودن میانگین سنی دانشجویان ترم بالاتر باشد، هر چند بین دانشجویان ورودی سال‌های مختلف در میزان علایم روان‌تنی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. البته توجه به این نکته را نیز باید در نظر داشت که

دانشگاه شهرکرد میزان سلامت روان دانشجویان متأهل به طور معنی‌دار بیش از دانشجویان مجرد بود (۷۴). این تفاوت می‌تواند ناشی از ابزار مورد استفاده در این دو مطالعه باشد، اما به طور کلی بسیاری از پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که سلامت روان در افراد متأهل بیش از افراد مجرد است (۷۵-۷۸). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که ازدواج برای فرد موجب احساس تعلق و عزت نفس می‌شود که این مساله می‌تواند منجر به سلامت روانی بیشتر در آنها گردد. همچنین، ازدواج دامنه روابط اجتماعی را گسترش می‌دهد و موجب کسب حمایت‌های اجتماعی بیشتر می‌گردد که این مورد از عوامل بسیار مهم در ارتقای سلامت روان است (۷۹).

از محدودیت‌های این پژوهش این است که با توجه به این که نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد و این روش نمونه‌گیری جز روش‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی است در تعمیم نتایج این مطالعه به کل جمعیت دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌بایست با احتیاط رفتار کرد، چون ممکن است نمونه استفاده شده معرف جامعه اصلی نباشد.

پیشنهاد می‌شود آموزش دانشجویان پزشکی جهت افزایش شفقت به خود، تاب‌آوری، و یادگیری مهارت‌های مدیریت هیجان انجام شود. با توجه به این که در این پژوهش علایم روان تنی بر اساس مقیاس شکایات روان تنی به وسیله تاکاتا و ساکاتا مشخص شد، پیشنهاد می‌گردد پژوهشی با همین موضوع بر

دانشجویان سال بالاتر ممکن است با محرک‌های چالش برانگیز بیشتری روبه رو شده باشند.

در مطالعه حاضر میزان علایم روان تنی در میان دانشجویان دختر به طور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان پسر بود که این نتیجه مشابه نتایج سایر پژوهش‌ها می‌باشد که بیان نموده‌اند زنان بیشتر از مردان نشانه‌های روان تنی را تجربه می‌کنند (۶۸-۷۲).

در تبیین این یافته می‌توان از یک سو به نوع راهبردهایی که زنان برای کنترل هیجانات و فشارهای روانی می‌پردازند اشاره کرد. راهبردهایی نظیر نوع مکانیسم‌های دفاعی و از سوی دیگر به عوامل فرهنگی اشاره نمود. دختران گرایش بیشتری به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی جسمانی‌سازی دارند و این عامل می‌تواند با عوامل فرهنگی مرتبط باشد که بروز هیجانات را در دختران بیشتر سرکوب می‌کند (۷۳). از طرف دیگر باید به وجود عوامل خطری اشاره کرد که موجب شده زنان در مقایسه با مردان بیشتر به اختلالات اضطرابی دچار شوند و از تنش‌های محیطی اثر بپذیرند عواملی نظیر؛ نوسانات هورمونی، عوامل بیولوژیک، روان شناختی و اجتماعی (۷۳) تعامل این مجموعه از عوامل توجیه‌کننده تفاوت مشاهده شده در دو جنس از نظر شیوع و شدت علایم روان تنی می‌باشد.

میزان علایم روان تنی در میان دانشجویان مجرد تفاوت معنی‌داری با دانشجویان متأهل نداشت این نتیجه با نتیجه مطالعه انجام شده در دانشگاه شهرکرد متفاوت است. در مطالعه انجام شده در

اساس تشخیص شکایات روان‌تنی مبتنی بر دستنامه تشخیصی و آماری روانپزشکی (DSM-5) انجام شود.

نتیجه‌گیری

سه متغیر شفقت به خود، تاب‌آوری و اختلال در تنظیم هیجان با شدت علایم روان‌تنی همبستگی متوسط دارند و در این میان بیشترین میزان همبستگی مربوط به متغیر دشواری در تنظیم هیجان بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری عمومی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج با کد اخلاق IR.YUMS.REC.1398.086 می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از دانشجویان گرانقدری که وقت خود را برای تکمیل پرسشنامه‌های این تحقیق صرف نمودند، قدردانی به عمل آورند.

REFERENCES

1. Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Identifying the Profiles of Psychosomatic Disorders in an Iranian Adult Population and their Relation to Psychological Problems. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26 (137): 82-94. ##
2. Golparvar M, Rafizadeh H, Arefi M. The study of the correlation between bullying at workplaces and psychosomatic complaint and affective wellbeing among women nurses. *Pajoothane* 2015; 19(6): 328-34. ##
3. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369(9569): 1302-1313. ##
4. Ter Wolbeek M, van Doornen LJ, Kavelaars A, Heijnen CJ. Severe fatigue in adolescents: a common phenomenon? *Pediatrics* 2006; 117(6): e1078-86. ##
5. Larsson B, Sund AM. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics. *Eur J Pain* 2007; 11(1): 57-65. ##
6. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Hunfeld JAM, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, van der Wouden JC. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000; 87(1): 51-58. ##
7. Kröner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007; 27(6): 519-27. ##
8. Hagquist C. Psychometric Properties of the psychosomatic problems scale: a rasch analysis on adolescent data. *Social Indicators Research* 2008; 86(3): 511-26. ##
9. Hajloo N. Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *RBS* 2012; 10(3): 204-212. ##
10. Kocsel N, Koteles F, Galambos A, Kokonyei G. The interplay of self-critical rumination and resting heart rate variability on subjective well-being and somatic symptom distress: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 2022; 152(1): 1-11. ##
11. Feussner O, Rehnisch C, Rabkow N, Watzke S. Somatization symptoms-prevalence and risk, stress and resilience factors among medical and dental students at a mid-sized German university. *PeerJ* 2022; 10: e13803. ##
12. Erkcic M, Bailer J, Fenske SC, Schmidt SNL, Trojan J, Schröder A, Kirsch P, Mier D. Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder. *Clin Psychol Psychother* 2018; 25(1): 163-172. ##
13. Aazam Y, Sohrabi F, Borjal A, Chopan H. The effectiveness of teaching emotion regulation based on gross model in reducing impulsivity in drug-dependent people. *Etiadpajohi* 2014; 8(30): 127-41. ##
14. Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS One* 2019; 14(6): e0217277. ##
15. Ahmadi R, Sharifi Daramadi P. A study of the effect of resilience training on mental health of people with drug dependency at touska camp in Tehran. *Clinical Psychology Studies* 2014; 4(16): 1-17. ##
16. Shafiezadeh R. The relationship between resilience and the big five personality factors. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2012; 13(3): 95-102. ##
17. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: a concept analysis. *J Adolesc* 2003; 26(1): 1-11. ##
18. Karampas K, Michael G, Stalikas A. Positive emotions, resilience and psychosomatic health: focus on hellenic army nco cadets. *Psychology* 2016; 7(13): 1727-40. ##
19. IZANLOO M, PEYVANDI P, BORJALI A, SIRAFI MR, MOHSENZADEH Y. The effect of compassion-focused therapy(CFT) on adherence to treatment and components of type D personality in people with coronary heart disease. *Iranian Journal if Cardiovascular Nursing* 2019; 8(1): 170-81. ##
20. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009; 15(3): 199-208. ##
21. Mohagheghi H, Farhadi M, Nabizadeh S. The relationship between self-compassion and eating disorder behaviors through the mediation of perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2017; 12(45): 37-46. ##
22. Neff KD. Self-compassion. An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* 2003; 2(2): 85-102. ##

23. Brambila-Tapia AJL. Association between personal, medical and positive psychological variables with somatization in university health sciences students. *Psychology, Health & Medicine* 2020; 25(7): 879–86. ##
24. Kleine-Borgmann J, Schmidt K, Billinger M, Forkmann K, Wiech K, Bingel U. Effects of open-label placebos on test performance and psychological well-being in healthy medical students: a randomized controlled trial. *Scientific Reports* 2021; 11(1): 2130. ##
25. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2: 223–50. ##
26. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82. ##
27. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2004; 26(1): 41-54. ##
28. Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(1): 3-7. ##
29. Khosravi S, Sadeghi M, Yabande M. Psychometric properties of self-compassion scale(SCS). *Psychological Methods and Models* 2014; 4(13): 47-59. ##
30. Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafie AH, Joukar B, Pourshahbaz A. Resilience factor in individuals at risk for substance abuse. *Journal of psychology* 2006; 1(3): 203-224. ##
31. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Investigating the relationship between distress tolerance and emotional regulation with students' dependence on cigarette smoking. *Journal of Hakim* 2010; 13(1): 11-18. ##
32. Dewsaran-van der Ven C, van Broeckhuysen-Kloth S, Thorsell S, Scholten R, De Gucht V, Geenen R. Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry Res* 2018; 262: 34-39. ##
33. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *J Adolesc* 2005; 28(5): 619-31. ##
34. Akbarizadeh A, Erfani M, Mirshakari HR, Roustaei M, Pourakbaran E. The Mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between brain-behavioral systems on resilience of patients with tension headache. *IJPN* 2021; 9(5): 39-48. ##
35. Neff KD. The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Hum Dev.* 2009; 52(4): 211-214. ##
36. Roohi R, Soltani A A, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. *J Child Ment Health* 2019; 6(3): 173-87. ##
37. Yeshua M, Zohar AH, Berkovich L. Silence! The body is speaking—a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, Health & Medicine* 2019; 24(2): 229-40. ##
38. Yu NX, Chan JS, Ji X, Wan AH, Ng SM, Yuen LP, et al. Stress and psychosomatic symptoms in Chinese adults with sleep complaints: mediation effect of self-compassion. *Psychology Health & Medicine* 2019; 24(2): 241-52. ##
39. Hall CW, Row KA, Wuensch KL, Godley KR. The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of Psychology* 2013; 147(4): 311-23. ##
40. Williams S, Sheffield D, Knibb RC. A snapshot of the lives of women with polycystic ovary syndrome: A photovoice investigation. *Journal of Health Psychology* 2016; 21(6): 1170-82. ##
41. Ekhtiary SM, Imani NM, Mirzamohammadi MH. The prediction of loneliness among the kermanshahi elderly based on self compassion, spirituality, and Islamic life style. *Journal of Research on Religion and Health* 2018; 4(2): 69-80. ##
42. Farokhzadian A, Mirderekvand F. The effectiveness of self-compassion focused therapy on increase of psychological well-being and reduction of depression in the elderly. *Aging Psychology* 2017; 3(4): 293-302. ##
43. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007; 92(5): 887- 904. ##
44. Perez-Blasco J, Sales A, Meléndez JC, Mayordomo T. The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist* 2016; 39(2): 90–103. ##

45. Seyyedjafari J, Jeddi M, Mousavi R, Hoseyni E, Shakibmehr M. The effectiveness of compassion-focused therapy on elderly life expectancy. *Journal of Aging Psychology* 2019; 5(2): 157- 68. ##
46. Baharvandi B, Kazemian Moghadam K, Haroon Rashidi H. The effectiveness of compassion-focused therapy on ambiguity tolerance and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology* 2020; 6(1): 13-26. ##
47. Gard T, Brach N, Hölzel BK, Noggle JJ, Conboy LA, Lazar SW. Effects of a yoga-based intervention for young adults on quality of life and perceived stress: The potential mediating roles of mindfulness and self-compassion. *The Journal of Positive Psychology* 2012; 7: 165–75. ##
48. Mantelou A, Karakasidou E. The effectiveness of a brief self-compassion intervention program on self-compassion, positive and negative affect and life satisfaction. *Psychology* 2017; 8(4): 590-610. ##
49. Gilbert P. *Compassion-focused therapy* (translated by Mehrnoush Esbati and Ali Faizi). First Edition, Tehran, Ibn Sina Publications; 2016. ##
50. Kordichhall D, Pearson J. Resilience Giving children the skills to bounce back. *Journal Edu Health* 2005; 1(5): 23-125. ##
51. Atadokht A, Norozi H, Ghaffari O. The effect of social problem solving training on psychological well-being and resiliency of students with learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities* 2014; 3(2): 92-108. ##
52. Meikaeilei N, Ganji M, Talebi Joybari M. A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. *Journal of Learning Disabilities* 2012; 2(1): 120-37. ##
53. Rostamoghli Z, Talebi Joybari M, Porzoor P. A comparison of attributional and resiliency style in students with specific learning disorders, blindness and normal. *Journal of Learning Disabilities* 2015; 4(3): 39-55. ##
54. Sadri Damirchi E, Basharpour S, Ramezani SH, Karimanpour GH. Effectiveness of resilience training on anger control and psychological well-being impulsive students. *Journal of school psychology*. 2018; 6(4): 120-139. ##
55. Steinhardt M, Dolbeir C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factor and decrease symptomatology. *Journal American Coll Health* 2008; 56(3): 445-53. ##
56. Steensma H, Heijer MD, Stallen V. Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among dutch workers. *Quality of Community Health Education* 2007; 27(2): 145-59. ##
57. Handersoon D, Milesteen J. Resilience Giving children the skills to bounce back. *Journal Edu Health* 1997; 1(5): 23-125. ##
58. Van der hart O, Rydberg JA. Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A janetian perspective on integrative failure. *Trauma & Dissociation* 2019; 3: 191-201. ##
59. Rahmannedzhad Sarabi M, Jafari A. The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho-somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment. *Psychological Studies* 2023; 18(4): 71-83. ##
60. Branimir M, Peraica T, Stojanovic K, Ivanec D. Predictors of emotional distress during the COVID-19 pandemic: A croatian study. *Personality and Individual Differences* 2021; 175: 1-8. ##
61. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 2018; 107: 38–45. ##
62. Hori H, Kim Y. Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience* 2019; 73(4): 143-53. ##
63. Greenberg L, Watson J. *Emotion focused therapy for depression*, Washington: American Psychological Association; 2020. ##
64. Lee DW, Kim SJ, Shin NY, Lee WJ, Lee D, Jang JH, et al. Sleeping, sleeping environments, and human errors in South Korean male train drivers. *J Occup Health* 2019; 61(5): 58-67. ##
65. Wang D, Ruan W, Chen Z, Peng Y, Li W. Shift work and risk of cardiovascular disease morbidity and mortality: A dose–response meta-analysis of cohort studies. *Eur J Prev Cardiol* 2018; 25(12):1293-302. ##
66. Rezaei H, Yamani N. The Role of Learning Environment in Education Improvement and Interducing its Measurement Tools. *Educational development of jundishapur*. 2016; 7(1): 37-47. ##

67. Omranifard V, Layegh E, Farzadi N, Afshar H, Daghighzadeh H, Merasi MR. The Relationship between Some Demographic Characteristics and Clinical Symptoms in Patients with Gastrointestinal Diseases. *Journal of Isfahan medical school*. 2012; 29(172): 2889-2898. ##
68. Riyahi ME, Mahmudabadi Z. Sociological Study of the Effects of Gender Roles on Depression via Self Silencing. *Journal of applied sociology*. 2018; 29(1): 129-146. ##
69. Ter Wolbeek M, Van Doornen LJ, Kavelaars A, Heijnen CJ. Severe fatigue in adolescents: A common phenomenon? *Pediatrics* 2006; 117(6): e1078-e1086. ##
70. Larsson B, Sund AM. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *Eur J Pain* 2007; 11(1): 57-65. ##
71. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain* 2000; 87(1): 51-8. ## ##
72. Kroner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007; 27: 519-27. ##
73. Javaheri A, Ghanbari S, Zarandi AR. Relationship between defense mechanisms with experience and express of anger in female university students. *Journal of Applied Psychology* 2012; 59(2): 97-110. ##
74. Ekhtiari Amiri R, Hajjhasani M, Raeisi S. Comparison of physical and mental health in single and married students of shahrekord university: controlling the effect of personality traits. *JHPM* 2021; 10 (6) :42-53. ##
75. Chen N, Chen HC. Religion, marriage and happiness-evidence from Taiwan. *Applied Research in Quality of Life* 2019:1-41. ##
76. Danesh D. A comparison of happiness, physical and mental health in male and female students' married and single of university. *Journal of Applied Psychology* 2011; 4(16): 56-71. ##
77. Falah Chay R, Falahi M. The comparison of mental health, psychological wellbeing and self-esteem of married women and single women in Shiraz. *Woman and Family Studies* 2017; 9(34): 143-166. ##
78. Erol RY, Orth U. Self-esteem and the quality of romantic relationships. *European Psychologist*. 2016; 21(4): 274-83. ##
79. Soulsby LK, Bennett KM. Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology* 2015; 6(11): 1349. ##

The Relationship of Self Compassion, Resilience and Emotional Disregulation on Psychosomatic Complaints in Medical Students

Hashemi Mohammadabad SN¹, Afshinpour S², Zahedian SH², Rezaei H^{3*}

¹Department of Psychiatry, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Center for Molecular Cellular Research, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 01 Jul 2023 Accepted: 12 Sep 2023

Abstract

Background & aim: Psychosomatic complaints are symptoms that appear in the human body, but are rooted in the psychological processes. The purpose of the present study was to investigate the relationship between the three psychological factors such as self-compassion, resilience and difficulty in emotional regulation with psychosomatic complaints.

Methods: In the present descriptive-analytical study, the population of study were medical students of Yasuj University of Medical Sciences studying in 2017-2018. There were 267 participants who entered the study as convenience sampling. Neff's self-compassion questionnaire, Connor and Davidson's resilience scale, Gratz's and Roemer's difficulty in emotional regulation scale, and Takata's and Sakata's a psychosomatic complaints scale were used to collect information. Collected data were analyzed using Pearson's correlation, independent t test, one-way analysis of variance and multiple regression analysis.

Results: The mean and standard deviation of psychosomatic symptoms among students was 27.14 ± 14.30 . The mean of psychosomatic complaints had an inverse and significant relationship with self-compassion and resilience ($r = -0.41$ and $r = -0.28$ and $p < 0.01$) and had a significant direct relationship with difficulty in regulating emotions ($r = 0.51$ and $p < 0.01$).

Conclusion: The three variables of self-compassion, resilience and difficulty in emotional regulation have a moderate correlation with the severity of psychosomatic symptoms, and among them, the highest correlation was related to the variable of difficulty in emotional regulation. It is suggested to train medical students to increase self-compassion, resilience, and learn emotion management skills.

Keywords: Psychosomatic complaints, Self-compassion, Resiliency, Emotion regulation, medical students

***Corresponding author: Rezaei H**, Center for Molecular Cellular Research, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Email: rezaie.habib1@gmail.com

Please cite this article as follows: Hashemi Mohammadabad SN, Afshinpour S, Zahedian SH, Rezaei H. The relationship of self compassion, resilience and emotional disregulation on psychosomatic complaints in medical students. Armaghane-danesh 2024; 29(1): 94-111.