

نقش میانجی گر خودمراقبتی در پیش بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

مژگان مومنی^۱، مریم بهرامی هیدجی^{۲*}، زهره رافعی^۳

چکیده

مقدمه: سندروم روده تحریک پذیر از پر هزینه ترین بیماری های دستگاه گوارش است که سبب اختلال در عملکرد روده می شود. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی گر خودمراقبتی در پیش بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری سندروم روده تحریک پذیر، مراجعه کننده به مراکز درمانی در شهر تهران تشکیل دادند. نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع هدفمند می باشد و تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر، پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودمراقبتی توبرت و گلاسگو، پرسشنامه خودمهارگری تانجی، پرسشنامه انتظارات پیامد ووسیچکی و همکاران، پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک بود. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-26 و AMOS استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که اضطراب سلامت هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری خودمراقبتی، خودمهارگری و انتظار پیامد را در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر پیش بینی می کند. همچنین خودمراقبتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر خودمهارگری را پیش بینی می کند. خودمراقبتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر نتیجه گیری: در نتیجه توصیه می گردد هر بیمارستانی یک روانشناس سلامت داشته باشد به عنوان فردی که کنترل خشم، جرأت ورزی، مهارت در نه گفتن و یا حتی آموزش برای مقابله با شرایط استرس زا را به بیماران آموزش دهد تا آن ها بتوانند در زندگی عادل خود از این مهارت ها استفاده کنند.

واژگان کلیدی: انتظارات پیامد، اضطراب سلامت، خودمراقبتی، خودمهارگری، سندرم روده تحریک پذیر

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۹/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۷/۵

استناد: مومنی مژگان، بهرامی هیدجی مریم، رافعی زهره. نقش میانجی گر خودمراقبتی در پیش بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۵۸-۴۳

^۱ - گروه روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. golroz.2028com@gmail.com

^۲ - گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول) _ bahrami_h3@yahoo.com, tell: 09120522462

^۳ - گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. rafezi.zohreh13@gmail.com



مقدمه:

اختلالات گوارشی کارکردی دسته‌ای از بیماری‌های روان-تنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سؤال برانگیز، دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (۱). در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی، سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین، پر هزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌ها است (۲). عوامل روان‌شناختی نیز ممکن است در تداوم و شدت علائم شکمی این سندرم نقش داشته باشند و تحت تأثیر این عوامل، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به میزان افراطی به مراکز خدمات درمانی-بهداشتی مراجعه کنند (۳). به عنوان نمونه نتایج پژوهش روشن، یاراحمدی و پرهیزکار (۴) نشان داد که میزان انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد عادی پایین‌تر است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اطلاق می‌شود. این ویژگی شخصیتی در افراد مختلف به درجات متفاوتی وجود دارد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند (۵).

این سندروم که ۲۸ درصد از مراجعات به متخصصین گوارش را تشکیل می‌دهد، در حال حاضر تشخیص بیماری مبتنی بر ملاک‌های نشانه محور مانند ملاک رم است؛ که بر اساس آن نباید هیچ‌گونه اختلال عضوی در دستگاه گوارش وجود داشته باشد و آخرین نس این بیماری در واقع با ناراحتی‌های مزمن، عودکننده شکمی و تغییر عادات روده رخ می‌دهد. بسته به گزارشات بالینی درمان‌های زیادی پیشنهاد شده است و اوج شیوع آن در اوایل بزرگسالی است و نسبت زنان بیشتر از مردان است (۶). شیوع سندروم روده تحریک‌پذیر در سرتاسر جهان بین ۱ تا ۲۰ درصد است. این بیماری، رایج‌ترین تشخیص در بین اختلال‌های گوارشی است و ۲۵ تا ۵۰ درصد ارجاعات به متخصصان گوارشی را شامل می‌شود. بنابراین IBS^۱ بار معناداری را برای فرد در جامعه ایجاد می‌کند و می‌تواند به صورت شدید کیفیت زندگی افراد مبتلا را مختل کند. (۷).

یکی از پیامدهای احتمالی در طی شیوع بیماری IBS می‌تواند به عدم خود مراقبتی اشاره کرد. خود مراقبتی عملی از رفتارهایی است که بهزیستی، مقابله با استرس ناشی از کار و تقویت تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. خود مراقبتی، یکی از مهارت‌هایی است که موجب ارتقای سلامتی، ارتقای کیفی زندگی میشود و در کاهش هزینه‌ها تأثیر چشمگیری دارد. با تداوم اعمال خود مراقبتی، میتوان از عوارض حاد و مزمن بیماری‌ها پیشگیری و یا بروز آن را به تعویق انداخت. جنبه اصلی درخود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای سلامت محور از بروز بیماری‌ها در خود شخص جلوگیری به عمل آید. رفتارهای ارتقا دهنده سلامت طبق نظریه پندر شامل هرگونه اقداماتی که برای افزایش و نگهداری سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد یا گروه صورت گیرد میباشد. (۸) خه آن با عنوان «رم نسخه ۴» در سال ۲۰۱۶ به روز رسانی شد (۷).

از جمله سازه‌های روانشناختی که طی شیوع بیماری میتواند به عنوان سپری در برابر بیماری عمل کند، خود مهارگری است. خود کنترلی یا توانایی مدیریت تکانه‌ها، احساسات و رفتارهای خود برای دستیابی به اهداف بلند مدت است. خود کنترلی اساساً در قشر جلوی مغز ریشه دارد. مرکز برنامه ریزی حل مساله و تصمیم‌گیری مغز که در انسان به طور قابل توجهی بزرگتر از سایر پستانداران است، غنای اتصالات عصبی در قشر جلوی مغز افراد را قادر می‌سازد تا برنامه ریزی کنند، اقدامات جایگزین را ارزیابی کنند و در حالت ایده آل از انجام کارهایی که بعداً پشیمان میشوند، اجتناب کنند نه اینکه بلافاصله به هر تکانه ای که ایجاد میشود، پاسخ دهد.

^۱ - سندرم روده تحریک‌پذیر

(برگرفته شده از مجله روان شناسی امروز).^۱ خود مهارگری میتواند به عنوان یک جنبه اصلی در رفتار سازگارانه انسان دیده شود. ما اگر یاد بگیریم که چگونه به وسوسه ها «نه» بگوییم بهتر میتوانیم به موفقیت برسیم. با این حال، نظریه پردازهای اخیر قدرت اراده را بیش از حد ارزیابی میکنند (۹)^۲ از سوی دیگر، ظرفیت خودمهارگری از مفید ترین و کاراترین قابلیت های انسانی است. خود مهارگری ظرفیت تغییر دادن و سازگار کردن خود به گونه ای است که همخوانی بهینه ای میان فرد و محیط برقرار باشد، بیشترین میزان شادکامی و رضایت حاصل شود. خود مهارگری در چهار حیطه تجلی می یابد: کنترل افکار، احساسات، تکانه ها و عملکرد که افراد خود مهارگر مشکلات کمتری در کنترل تکانه های خود دارند و سازگاری روانشناختی بیشتر و علائم آسیب شناختی کمتری را نشان میدهند. (۱۰)

انتظارات پیامد یکی دیگر از عوامل موثر بر گسترش بیماری IBS است که انتظارات پیامد، باورهای درمورد پیامدهای رفتار است که به تجربه، باورهای فردی، خودکارآمدی و کیفیت توانایی فرد بستگی دارد و شخص میخواهد رفتاری انجام دهد که نتایج مثبت تری به همراه داشته باشد. انتظارات پیامد، میتواند در مواجهه با شرایط مساعد مانند حمایت خانواده، حمایت دولت و ... به انگیزه تغییر کند. (۱۱)^۳ انتظارات پیامد جزء اصلی ترین نظریه های شناختی - اجتماعی بندورا در نظر گرفته شده است. قضاوت درمورد پیامدهای احتمالی یک کار معین، انتظارات نتیجه مثبت به عنوان مشوق هایی عمل میکند که رفتار آینده را ارتقاء میدهد. بسیاری از تئوری های رفتاری که در ارتقای سلامت استفاده میشود، حفظ رفتار را در نظر نمیگیرند بلکه بر شروع رفتار تمرکز دارند که حفظ رفتار و نه صرفاً شروع رفتار، هدف واقعی سلامت عمومی است. انتظارات پیامد به پیامدهای پیش بینی شده رفتار یک فرد اشاره دارد. انتظارات پیامد باعث میشود که نتایج عمل انجام شده را ارزیابی کنیم، مثلاً مزایای مورد انتظار یک تسهیلات، کیفیت بهتر زندگی و فرصت های شغلی جدید، میتواند باعث ارتقای سطح عمومی شود. (۱۲)^۴ نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که با توجه به نقش مهم سلامت جسمانی در زندگی افراد، اکثر آنها در بعضی از مواقع نگرانی هایی درباره سلامتی خود داشته اند. اضطراب سلامت، اختلالی است که با اضطراب و ترس فراوان درمورد داشتن یک بیماری جدی مشخص میشود؛ بنابراین مساله اصلی در این اختلال اضطراب است که شکل بروز آن با سایر اختلالات اضطرابی متفاوت است. (۱۳)

اختلال اضطراب بیماری، که گاهی هیپوکندریا یا اضطراب سلامت نامیده میشود، بیش از حد نگران کننده است که بیمار شدید یا ممکن است بیمار شوید. ممکن است اضطراب شدیدی را تجربه کنید که احساسات بدن، مانند انقباض عضلانی یا خستگی، با یک بیماری خاص و جدی مرتبط است. اختلال اضطراب سلامت یک وضعیت طولانی مدت است که میتواند در شدت، نوسان داشته باشد. اختلال اضطراب بیماری، معمولاً در اواسط یا اوایل بزرگسالی شروع میشود و ممکن است با افزایش سن بدتر شود. اغلب برای افراد مسن تر، اضطراب مربوط به سلامت ممکن است بر ترس از دست دادن حافظه تمرکز کند. (۱۴) افرادی هستند بدون اینکه در

^۱ Psychology Today^۲ Inzlicht & Frieze^۳ PhanTan^۴ Arning

معرض خطر یا ابتلا به بیماری خاصی باشند، دچار نگرانی، اضطراب شدیدی نسبت به سلامتی جسمانی خود میشوند و علائم بدنی ساده را به عنوان بیماری وخیم می‌پندارند، این افراد دچار اضطراب سلامت هستند. (۱۵)^۱.

شیوع بالای بیماری‌های مزمن، استرس، اضطراب، عدم قطعیت درباره‌ی بیماری، و کیفیت پایین زندگی، چرخه‌ی "احساس گناه و تقصیر" در این بیماران، مشکلات متعدد مالی، شغلی، زناشویی و ... همگی موجب می‌شود تا فرد، بیماری‌اش را بیش از حد برآورد و امکان سازگاری با آن را در خود نبیند. از این گذشته، هزینه‌هایی که بر سیستم‌های خدمات بیمه‌ای، فرد و دولت تحمیل می‌شود، لزوم توجه بیشتر به این بیماری‌ها و درمان مناسب را دوجندان می‌سازد. با اذعان به مطالب بالا و با توجه به پیامدهای روانی - اجتماعی متعدد ناشی از بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر، سوال اصلی پژوهش این است که آیا نقش میانجی‌گری خود مراقبتی در پیش‌بینی خود مهارگری و انتظارات پیامد بر اساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر قابل پیش‌بینی است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر، مراجعه کننده به مراکز درمانی در شهر تهران تشکیل داد. نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع هدفمند می‌باشد و تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، پرسشنامه را تکمیل کردند. مشخصه‌های بیماران، شامل زنان و مردان دارای بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد. معیارهای خروج شامل اعتیاد بیماری روان‌شناختی همراه سابقه سوگ در یک سال گذشته و مصرف داروهای روان گردان است. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه خودمراقبتی: این ابزار به منظور سنجش خود مراقبتی توسط توبرت و گلاسگو^۲ در سال ۲۰۰ تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۸ سوال در زمینه متغیرهای دموگرافیک و ۱۷ سوال در زمینه‌های مراقبت از دندان‌ها، واکسیناسیون، مراجعه به پزشک، برنامه غذایی، تبعیت از درمان و انجام فعالیت فیزیکی است. از کل سوالات فوق، ۱۰ سوال به صورت چند گزینه‌ای می‌باشد که در صورت انتخاب هر گزینه توسط فرد، نمره ۱ و در صورت انتخاب نشدن، نمره صفر، تعلق می‌گیرد. ۱۷ سوال نیز به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای (هیچ وقت، به ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) در نظر گرفته‌اند و به هر عبارت نمره‌ای بین یک تا پنج اختصاص داده می‌شود. نمره کلی پرسشنامه از مقیاس صد در نظر گرفته شده است. اعتبار محتوای پرسشنامه به روش کیفی با استفاده از نظر متخصصان مربوطه و بررسی متون و در نظر گرفتن تمامی ابعاد موضوع بررسی شد. برخی از واحدها (همگون و غیرمشارکت کننده در مطالعه) نیز اعتبار صوری پرسشنامه در مطالعه مقدماتی را بررسی کردند. پایایی ابزار نیز با استفاده از روش همسانی درونی ($\alpha = 0.77$)، سنجیده شد. روش محاسبه امتیاز سواد سلامت به صورت، کافی (۸۳/۵ و بالاتر)، مرزی (۸۳/۵ تا ۶۵/۵)، ناکافی (۶۵/۵ - صفر) و روش محاسبه امتیاز خود مراقبتی با حداکثر و حداقل امتیاز قوی (۷۶-۴۸)، متوسط (۴۷-۲۴)، ضعیف (۲۳-۰) بود. با توجه به نتایج به دست آمده از سایر مطالعات، در خصوص سنجش سواد سلامت ایرانیان که میزان سواد را ۵۵/۴ درصد برآورد کرده بودند با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای نسبی ۵ درصد در این مطالعه ۲۰۰ نفر را بررسی کردیم.

^۱ Asmundson & Taylor

^۲. Tobert & Glasgow

پرسشنامه خودمهارگری: این ابزار به منظور سنجش خود مهار گری توسط تانجی، بامیستر و بون^۱ در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. دارای ۳۶ گویه است که پاسخ به گویه های آن در طیف لیکرت ۵ درجه ای (اصلاً شباهت ندارد=۱، تا شباهت خیلی زیاد=۵) مرتب شده است. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است که نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالای خود مهارگری فرد است. تانجی و همکاران ضریب پایایی آلفای کرونباخ را در دو مطالعه جداگانه در بین دانشجویان به ترتیب ۰.۸۳٪ و ۰.۸۹٪ گزارش کرده اند که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب است. موسوی مقدم، هوری، امیری، ظهیری (۱۶) ضریب روایی همگرایی پرسشنامه را با مقیاس پاسخ های هیجانی بهینه معنادار گزارش کرده اند. آتش افروز (۱۷) در مطالعه ای در بین دانشجویان پایانی ابزار را با استفاده از روش دو نیمه سازی برابر با ۰.۶۴ گزارش کرده است.

پرسشنامه انتظارات پیامد: این ابزار به منظور سنجش چند بعدی انتظارات از پیامد تمرین توسط دوسیچکی و همکاران در سال ۲۰۰۹ تدوین شد. شامل ۱۵ گویه و سه مولفه انتظارات از پیامدهای جسمانی-روانی (گویه های ۱ تا ۶)، انتظارات از پیامدهای اجتماعی (گویه های ۷ تا ۱۰) و انتظارات از پیامدهای خود ارزیابی (گویه های ۱۱ تا ۱۵) میباشد که بر اساس مقیاس پنج سطحی لیکرت، از کاملاً موفق (نمره ۵) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) نمره گذاری میشود. در پژوهش خواجهی و سهرابی دهقانی (۱۸) ضرایب آلفای کرونباخ مولفه های جسمانی، اجتماعی و خود ارزیابی و کل مقیاس به ترتیب: ۰.۸۳، ۰.۸۴، ۰.۸۳، ۰.۸۷ بدست آمد. همچنین روایی سازه و ثبات درونی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردید.

پرسشنامه اضطراب سلامت: این ابزار به منظور سنجش اضطراب سلامت توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ تدوین شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سوال است و دارای سه عامل به نامهای ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی میباشد. اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از نرم افزار SPSS بدست آمد. نتایج نشان داد روایی سازه این پرسشنامه شامل سه عامل ابتلا به بیماری، پیامد های بیماری و نگرانی کلی سلامتی است. همین طور ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰.۷۵، اعتبار پرسشنامه را مطلوب نشان داد. نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک برای تشخیص اضطراب سلامت کفایت لازم را دارد و در پژوهش های مختلف و مراکز درمانی قابل استفاده است. در این روش پژوهش، پس از پر کردن پرسشنامه ها توسط بیماران، تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS26 و AMOS انجام شد. یافته های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی گزارش می گردد. در بخش توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد مورد استفاده قرار گرفت و در بخش استنباطی تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری انجام شد. در نهایت آزمون برازش مدل با استفاده از نرم افزار AMOS انجام شد.

یافته ها:

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ اضطراب سلامت (احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری)، خودمراقبتی، خود مهارگری و انتظارات پیامد(پی آمد های جسمانی/ روانی، پی آمد های اجتماعی و پی آمد های خودارزیابی) را نشان می دهد.

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
اضطراب سلامت- احتمال ابتلا به بیماری	۱۴/۹۵	۳/۷۳	۰/۸۱
اضطراب سلامت- پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۳/۹۱	۱/۰۴	۰/۶۳
خودمراقبتی	۵۷/۰۹	۱۱/۶۹	۰/۸۴
خودمهارگری	۸۲/۶۲	۱۴/۴۸	۰/۸۹
انتظارات پی آمد- پی آمد های جسمانی / روانی	۲۰/۵۲	۵/۷۴	۰/۸۱
انتظارات پی آمد- پی آمد های اجتماعی	۱۵/۴۳	۳/۴۴	۰/۶۸
انتظارات پی آمد- پی آمد های خودارزیابی	۱۵/۴۰	۴/۲۰	۰/۷۷

جدول ۱ علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش را نشان می دهد که براساس آن ضرایب آلفای کرونباخ همه متغیرها و مؤلفه های پژوهش نزدیک به یا بزرگتر از ۰/۷ است. این موضوع بیانگر آن است که گویه های هر یک پرسشنامه های به کار گرفته شده برای سنجش مؤلفه ها و متغیرهای پژوهش از همسانی درونی قابل قبول برخوردارند. جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. اضطراب سلامت- احتمال ابتلا به بیماری	-					
۲. اضطراب سلامت- پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	**۰/۵۱	-				
۳. خودمراقبتی	**۰/۲۴	**۰/۴۱	-			
۴. خودمهارگری	**۰/۲۱	**۰/۲۸	**۰/۳۲	-		
۵. انتظارات پی آمد- پی آمد های جسمانی / روانی	**۰/۲۶	*۰/۱۸	**۰/۳۵	**۰/۳۰	-	
۶. انتظارات پی آمد- پی آمد های اجتماعی	**۰/۲۲	**۰/۳۵	*۰/۱۹	*۰/۱۷	**۰/۶۲	-
۷. انتظارات پی آمد- پی آمد های خودارزیابی	**۰/۳۷	**۰/۲۴	**۰/۴۴	**۰/۲۳	**۰/۶۸	**۰/۷۳

*P < ۰/۰۵ و **P < ۰/۰۱

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد که براساس آن جهت همبستگی بین متغیرها همسو با انتظار پژوهشگر بود.

به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳: کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی
اضطراب سلامت- احتمال ابتلا به بیماری	۰/۴۱	۱/۰۵
اضطراب سلامت- پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۱/۲۱	۰/۶۴
خودمراقبتی	-۰/۴۲	-۱/۰۲
خودمهارگری	-۰/۲۰	-۰/۹۲
انتظارات پی آمد- پی آمد های جسمانی/ روانی	-۰/۸۰	۰/۲۱
انتظارات پی آمد- پی آمد های اجتماعی	-۱/۱۰	۰/۷۸
انتظارات پی آمد- پی آمد های خودارزیابی	-۰/۵۶	-۰/۴۳

جدول ۳ نشان می دهد که ارزش های کشیدگی و چولگی همه متغیر ها در محدوده ± 2 است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده های مربوط به متغیرهای پژوهش از نرمال بودن تک متغیری انحراف آشکاری نشان نمی دهند (رک کلاین، ۲۰۱۶). مفروضه همخطی بودن به کمک مقادیر عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و ضریب تحمل^۲ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ قابل ملاحظه است.

جدول ۴: عامل تورم و اریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش بین

متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس (VIF)
اضطراب سلامت- احتمال ابتلا به بیماری	۰/۸۸	۱/۱۴
اضطراب سلامت- پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۰/۹۲	۱/۰۹
خودمراقبتی	۰/۹۴	۱/۰۷

جدول فوق نشان می دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس برای هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ بود. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش است.

^۱ - variance inflation factor^۲ - tolerance



شکل ۱- مدل اندازه‌گیری پژوهش و پارامترهای آن با استفاده از داده‌های استاندارد

جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل ساختاری
مجذور کای	۱۳/۶۰
درجه آزادی مدل	۱۱
χ^2/df	۱/۲۴
GFI	۰/۹۷۹
AGFI	۰/۹۱۶
CFI	۰/۹۹۳
RMSEA	۰/۰۳۶

جدول ۵ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند ($\chi^2/df=1/24$, $CFI=0/993$, $GFI=0/979$, $AGFI=0/916$ و $RMSEA=0/036$). بدین ترتیب فرضیه اول تایید شده و چنین نتیجه‌گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. جدول ۶ ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۶: ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پژوهش

مسیرها	b	S.E	β	sig
اضطراب سلامت $\leftarrow$ خودمراقبتی	۱/۸۶۳	۰/۴۱۶	۰/۵۰۷	۰/۰۰۱
خودمراقبتی $\leftarrow$ انتظار پی آمد	۰/۰۹۷	۰/۰۳۸	۰/۴۷۳	۰/۰۰۱
خودمراقبتی $\leftarrow$ خودمهارگری	۰/۲۵۹	۰/۰۹۱	۰/۲۶۳	۰/۰۳۳
ضریب مسیر مستقیم اضطراب سلامت $\leftarrow$ انتظار پی آمد	-۱/۲۸۱	۰/۳۲۵	-۰/۵۶۸	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم اضطراب سلامت $\leftarrow$ خودمهارگری	۱/۳۵۱	۰/۶۹۳	۰/۲۲۶	۰/۰۳۸
ضریب مسیر غیرمستقیم اضطراب سلامت $\leftarrow$ انتظار پی آمد	۰/۱۸۱	۰/۰۵۶	۰/۲۴۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم اضطراب سلامت $\leftarrow$ خودمهارگری	۰/۴۸۳	۰/۱۲۹	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱

در ادامه فرضیه های دوم تا هفتم پژوهش براساس نتایج جدول فوق آزمون شده اند:

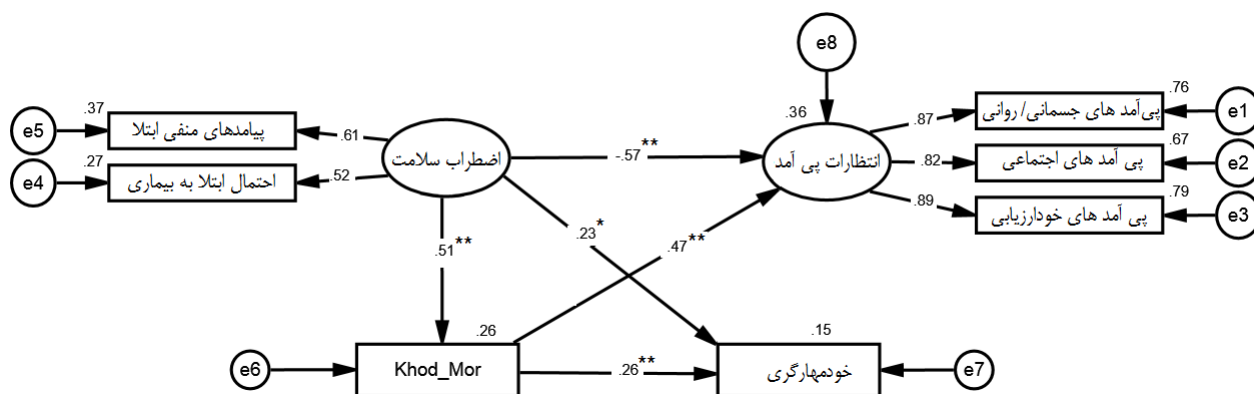
جدول ۶ نشان می دهد که ضریب مسیر بین دم متغیر خودمراقبتی و خودمهارگری ($\beta=۰/۲۶۳$, $p=۰/۰۳۳$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه دوم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر خودمهارگری را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند. همچنین ضریب مسیر بین خودمراقبتی و انتظار پی آمد ($p=۰/۰۰۱$)، $\beta=۰/۴۷۳$ مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه سوم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر انتظار پی آمد را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند.

جدول ۶ نشان می دهد که ضریب مسیر مستقیم بین اضطراب سلامت و خودمهارگری ($\beta=۰/۲۲۶$, $p=۰/۰۳۸$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه چهارم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که اضطراب سلامت در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر خودمهارگری را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند و ضریب مسیر مستقیم بین اضطراب سلامت و انتظار پی آمد ($p=۰/۰۰۱$)، $\beta=-۰/۵۶۸$ منفی و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه پنجم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که اضطراب سلامت در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر انتظار پی آمد را به صورت منفی و معنادار پیش بینی می کند.

جدول ۶ نشان می دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین اضطراب سلامت و خودمهارگری ($\beta=۰/۱۳۴$, $p=۰/۰۰۱$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه ششم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و خودمهارگری را در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر خودمهارگری میانجیگری می کند.

جدول ۶ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین اضطراب سلامت و انتظار پی‌آمد ($\beta=0/240$, $p=0/001$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه هفتم پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و انتظار پی‌آمد را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر خودمهارگری میانجیگری می‌کند.

شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه اضطراب سلامت، خودمراقبتی، خودمهارگری و بین انتظار پی‌آمد را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان می‌دهد.



شکل ۲: مدل ساختاری پژوهش

شکل ۲ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیرهای خودمهارگری و بین انتظار پی‌آمد به ترتیب ۰/۱۵ و ۰/۳۶ به دست آمده است. این موضوع بیانگر آن است که اضطراب سلامت و خودمراقبتی به ترتیب ۱۵ و ۳۶ درصد از واریانس خودمهارگری و بین انتظار پی‌آمد را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گر خودمراقبتی در پیش‌بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. مدل ساختاری پژوهش که در آن فرض شده اضطراب سلامت هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری خودمراقبتی، خودمهارگری و انتظار پی‌آمد را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر پیش‌بینی می‌کند با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. نتایج نشان داد که همه شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. بدین ترتیب فرضیه اول تایید شده و چنین نتیجه‌گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد.

خودمراقبتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر خودمهارگری را به صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی می‌کند که دلیل آن از نظر محقق این است که خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. منظور از «به طور مستقل» تصمیم‌گیری درباره خود و با اتکال به خود است. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران نیز باشد. اگرچه خودمراقبتی فعالیتی است که مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند ولی گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان،

و ... نیز گسترش می یابد. بنابراین در تعریف خودمراقبتی پنج ویژگی مستتر است: رفتاری است داوطلبانه، فعالیتی است آموخته شده، حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان، بخشی است از مراقبت های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان و بزرگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت های بهداشتی از ارایه دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود. خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می شود و برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه مدت و بلندمدت ضروری است. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل ویتون، مسنر، مارکس (۱۹) همسو است.

خودمراقبتی در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر انتظار پی آمد را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند که دلیل آن از نظر محقق این است که خودمراقبتی رفتاری داوطلبانه است که براساس خواست و اراده افراد صورت می پذیرد و طی آن فرد با کسب دانش و مهارت کافی قادر خواهد بود با اتکای به خود از سلامتیش مراقبت کند. اراده مراقبت از خود که موتور محرک رفتارهای خودمراقبتی محسوب می شود، مستلزم پیدایش انگیزه های لازم در افراد است. بر این اساس، اراده خودمراقبتی به عنوان موتور محرک رفتارهای خودمراقبتی، مستلزم پیدایش انگیزه های لازم در افراد است. زیرا انگیزه ها، چراهای رفتار هستند و موجب آغاز و ادامه فعالیت می شوند؛ انگیزه ها جهت کلی رفتار فرد را معین می سازند و گاهی آنها را به عنوان نیازها، تمایلات، یا محرک های درونی فرد تعریف می کنند. انسان ها نه تنها از لحاظ توان انجام کار بلکه از نظر میل یا اراده انجام کار یا انگیزش نیز با یکدیگر تفاوت دارند و انگیزش افراد به نیروی انگیزاننده آنان بستگی دارد. هدف نهایی رفتارهای خودمراقبتی توانمندساختن بیماران به ویژه بیماران مزمن است. در خودمراقبتی تلاش می شود تا برخی از تصمیم گیری ها به سمت بیمار سوق داده شود. به واسطه مشارکت فعال در اداره و درمان بیماری، بیماران برای کسب کنترل بیشتر بر زندگی روزمره خود توانمند می شوند که این امر از طریق جلب مشارکت آن ها در رفتارهای سلامتی، پایش علایم و به کارگیری فعالیت هایی که علایم ناتوان کننده ناشی از بیماری مزمن را کاهش می دهد، صورت می گیرد. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل ثابت فر، مسچی، حسین زاده تقوایی (۲۰) واینی (۲۱) همسو است.

نتایج مطالعه نشان داد که اضطراب سلامت در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر خودمهارگری را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند. که دلیل آن از نظر محقق این است که استرس روانی و اضطراب می تواند رهاسازی سیتوکینین های پیشین التهابی را افزایش دهد و این امر به نوبه خود، ممکن است نفوذپذیری روده را تغییر دهد. اضطراب را در واقع همه انسان ها تجربه می کنند. اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دل واپسی است که اغلب با علایم دستگاه اتونوم همراه می گردد. مثل تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریف، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بیقراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن مشخص می شود. اضطراب عبارت است از واکنش به یک تهدید ناشناخته، درونی، مبهم، ناخوشایند و فراگیر که اکثر مواقع با علائمی مانند سردرد، عرق کردن، تپش قلب و درد قفسه سینه همراه است. تاکنون تعاریف گوناگونی برای اضطراب بیان شده است که در زیر به بعضی از آن ها اشاره می شود. الف) اضطراب، عموماً یک انتظار به ستوه آورنده است. به منزله چیزی است که ممکن است در تنشی گسترده و اغلب بی نام، اتفاق افتد. این حالت که به شکل احساس و تجربه کنونی مانند هر اغتشاش هیجانی در دو سطح همبسته روانی و بدنی در فرد پدید می آید، ممکن است به یک تهدید عینی «اضطراب آور» (تهدید مستقیم یا غیرمستقیم مرگ، حادثه شوم شخصی یا مجازات) نیز وابسته باشد. ب) اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه آمیز، یعنی موقعیتی که تخت تأثیر بالا گرفتن تحریکات اعم از بیرونی یا درونی ایجاد شده و فرد در مهار کردن آن ها ناتوان است. ج) ناراحتی روانی در

عین‌حال، ناخوشایندی که بر اثر ترسی مبهم و احساس نالایمی و تیره روزی قریب‌الوقوع در فرد آرامی به وجود می‌آید.د) در چارچوب رفتار نگر تجرّبی، اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که پاسخی اجتنابی را در بر می‌گیرد. مثلاً در حضور یک محرک غیرشرطی (معمولاً یک شوک یا تکان)، رفتارهایی از حیوان سر می‌زند که در حکم نشانه‌های محرز اضطراب قلمداد می‌شوند. ه) اضطراب به منزله حالت هیجانی توام با هشیاری مستقیم نسبت به بی‌معنایی، نقص و نابسامانی جهانی است که در آن زندگی می‌کنیم. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل ربیعی، قربانی، پناغی (۱۰) پرهیزگار، مرادی منش، سراجی خرمی، احتشام زاده (۲۲) همسو است.

اضطراب سلامت در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر انتظار پی‌آمد را به صورت منفی و معنادار پیش‌بینی می‌کند که دلیل آن از نظر محقق این است که اضطراب مرتبط با سلامت به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شود و افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به طور منفی واکنش نشان می‌دهند که باعث می‌شود مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر زندگی فرد و اطرافیان فرد را تا حد قابل توجهی تغییر دهد. سازگاری با این تغییرات مشکل به نظر می‌رسد. زیرا بر ابعاد مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و نگرانی‌ها و ترس‌هایی را ایجاد می‌کند. در خصوص بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری، فکر کردن در مورد بیماری و مسیر درمان و آینده نه چندان معلوم وضعیت بیماری می‌تواند باعث به وحشت انداختن آن‌ها شود. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل باقری شیخانگفشه، شباهنگ، تاجبخش، حمیده مقدم، شریفی پور چکامی و موسوی (۲۳) همسو است.

بر اساس یافته‌ها در آزمون فرضیه ششم پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و خودمهارگری را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر خودمهارگری میانجیگری می‌کند. که دلیل آن از نظر محقق این است که خودمراقبتی منجر به تلاشی می‌شود که به واسطه مشارکت فعال در اداره و درمان بیماری، بیماران برای کسب کنترل بیشتر بر زندگی روزمره خود توانمند می‌شوند که این امر از طریق جلب مشارکت آن‌ها در رفتارهای سلامتی، پایش علایم و به کارگیری فعالیت‌هایی که علایم ناتوان‌کننده ناشی از بیماری مزمن را کاهش می‌دهد که این می‌تواند ناراحتی روانی در عین‌حال، ناخوشایندی که بر اثر ترسی مبهم و احساس نالایمی و تیره روزی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در فرد به وجود می‌آید را کاهش دهد که در نتیجه باعث افزایش خودمهارگری می‌شود که فرد احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند و مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران ابراز می‌دارند. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل . قانّدی، قاسمی و غلامی (۲۴) همسو است.

بنا بر یافته‌های پژوهش در آزمون فرضیه هفتم پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و انتظار پی‌آمد را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر خودمهارگری میانجیگری می‌کند که دلیل آن از نظر محقق این است که خودمراقبتی هر افزایش و نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد را صورت می‌گیرد و بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بر الگوهای مثبت زندگی که باعث افزایش سطح سلامتی و کیفیت زندگی می‌شود، تأکید می‌ورزند که باعث می‌شود رابطه اضطراب سلامت و انتظار پی‌آمد را میانجی کند. بدین صورت که اضطراب باعث می‌شود مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر به طور قابل توجهی به بیماری خود واکنش دهد و برای آن‌ها نگرانی و ترس ایجاد کند. برای بسیاری از افراد مبتلا به این

بیماری، فکر کردن به بیماری و مسیر درمان و آینده نه چندان شناخته شده بیماری می تواند آنها را دچار وحشت کند و انتظار فرد قبل از وارد شدن به پروسه درمان نسبت به پیامدهای آن بالاتر باشد و استرس های روانی بیشتری را تجربه خواهد کرد. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل خلعتبری، همتی ثابت، طبیب زاده، همتی ثابت (۲۵) همسو است.

محدودیت پژوهش:

از جمله محدودیت های این پژوهش آن بود، که پژوهش حاضر محدود به نمونه بالینی از بیماران بود و تعمیم نتایج به سایر جمعیتها با تفاوت های فرهنگی و... با احتیاط صورت گیرد. از جمله محدودیت های دیگر، زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه بود که ممکن است باعث بی حوصلگی و بی دقتی در جواب دادن به پرسشنامه ها شده باشد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش:

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می ماند و داده هایی که انتشار می یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسشنامه های خودگزارشی در بین آزمودنی ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع آوری شد.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان اعلام می کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر:

نویسندگان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می آورند.

References:

1. Pirkhaefi A., Rozbahani M., Rastgoo S. S. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Therapy on somatic symptoms in patients with irritable bowel syndrome. Health Psychology, 2019; 7(28): 52-66. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.38550.3907>
2. Lackner J.M., Jaccard J., Krasner S.S., Katz L.A., Gudleski G.D. Blaunchar E.B. How does cognitive behavior therapy for irritable syndrome work? A mediation analysis of a randomized clinical trial. Gastroenterology, 2009; 133(2): 433-44.
3. Tsynman D, Thor S, Kroser J. Treatment of Irritable Bowel Syndrome in Women. Gastroenterology Clinics of North America. 2011; 40(2): 265-272.

4. Roshan N, Yarahmadi Y, Parhizkar B. The compare resilience in patients with irritable bowel syndrome and normal individuals in Sanandaj city. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2016; 3 (3) :81-88.URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-271-fa.html>
5. Wallace DP, McCracken LM, Weiss KE & Harbeck-Weber C. The role of parent psychological flexibility in relation to adolescent chronic pain: Further instrument development. *The Journal of Pain*, 2015; 16(3):235-246.
6. Defrees D.N. Baile J. Irritable Bowel Syndrome Epidemiology Pathophysiology Diagnosis and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2017; 44 (4): 655-671.
7. Dehghani S., Besharat M.A., Rostami R., Zomorodi R., Vahedi H. The Comparison of Electroencephalography Power Spectrum Between Patients with Irritable Bowel Syndrome and Healthy People. *Journal of Applied Psychological Research*, 2020; 11(1): 49-65. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.297071.643428>
8. Younesi Boroujeni J., Jadidi M., ahmadrad F. Development and Standardization of the Tehran City Aging's Self-Care Scale. *Journal of Applied Psychological Research*, 2020; 11(1): 185-208. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.280957.643266>
9. Gieseler, K., Inzlicht, M., & Friese, M. Do people avoid mental effort after facing a highly demanding task? *Journal of Experimental Social Psychology*, 2020. 90, Article 104008. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2020.104008>
10. Rabiee F, Ghorbani N, Panaghi L. The relationship of emotional repression and self-control with symptoms. *Journal of Psychological Science*. 2020; 19(92): 925-934. <http://psychologicalscience.ir/article-1-707-fa.html>
11. Piper M.D., Partridge L. *Drosophila* as a model for ageing. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*; 2020.
12. Armstrong L.L., Young K. Mind the gap: Person-centred delivery of mental health information to post-secondary students. *Psychosocial Intervention*, 2015; 24(2): 83-87.
13. Shahamatinejad S. The Relationship between Health Anxiety and Emotion Regulation with Rumors on Social Networks during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 2021; 3(1): 38-48. <http://dx.doi.org/10.52547/jarcp.3.1.38>
14. Fernando R., Drescher C., Nowotny K., Grune T., Castro J.P. Impaired proteostasis during skeletal muscle aging. *Free Radical Biology and Medicine*, 2018; 132: 58-66.
15. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord*. 2020;70:102196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
16. Mousavimoghadam S R, Houri S, Omid A, Zahirikhah N. Evaluation of relationship between intellectual intelligence and self-control, and defense mechanisms in the third year of secondary school girls. *MEDICAL SCIENCES* 2015; 25 (1) :59-64. URL: <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-907-fa.html>
17. Atashafrouz A. Study of the relationship model of family function and problematic Internet with the mediating of self-control and emotional intelligence. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 2017; 7(1): 65-80. <https://doi.org/10.22055/jac.2017.21650.1438>

Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
<https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1203256>, D.O.R.۲۰,۱۰۰۱,۱,۲۳۲۳۰۶۵,۱۴۰۲,۱۳,۳,۶,۷

18. Khajavi D., Sohrabi Dehaghani M. Psychological Properties of Persian Version of Multidimensional Outcome Expectations for Exercise Scale in Older Adults. Sport Psychology Studies, 2015; 3(10): 75-88. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452978.1393.3.10.5.9>
19. Wheaton M.G., Messner G.R., Marks J.B. Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive -compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID -19) in the United States. Journal of Obsessive - Compulsive and Related Disorders, 2021; 28: 100605.
20. Sabetfar N, Meschi F, Hoseinzade Taghvaei M. Effectiveness of Mindfulness-based Group Therapy and Acceptance and Commitment on Perceived Stress, Emotional Cognitive Regulation and Self-Care Behaviors in Patients with Hypertension. jccnursing 2021; 14 (4) :19-8
<http://dx.doi.org/10.30491/JCC.14.4.19>
21. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2019 ;156(4):935 -45.
22. Parhizgar M, Moradimanesh F, Serajkhorrani N, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of "Transcranial Direct-Current Stimulation (tDCS) " on pain, quality of life related to health, anxiety and depression in women with irritable bowel syndrome. JHPM, 2020; 9 (3) :10-21
URL: <http://jhpm.ir/article-1-1100-fa.html>
23. Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F, Saeedi M, Pourtahmasbi Hasankiadeh M, Ashabi S. Effectiveness of Online Cognitive-Behavioral Intervention on Health Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Somatosensory Amplification of Healthy Individuals with High levels of COVID-19 Anxiety. Rooyesh, 2021; 10 (5) :209-220. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2698-fa.html>
24. Comparing the mental health of patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Rasht (Iran), 2014-2015. Daneshvar Medicine, 2020; 27(1): 29-36.
<https://doi.org/10.22070/dmed.27.140.29>
25. Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Tabibzadeh F, Hemmati Sabet A. The Relationship between Personality Characteristics and Psychological Well-Being in Patients with Irritable Bowel Syndrome: The role of mediator of emotion regulation. JSSU 2019; 27 (6) :1612-1627
<http://dx.doi.org/%2010.18502/ssu.v27i6.1597>