

نقش میانجی‌گر خودمراقبتی در پیش‌بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

مرگان مومنی^۱، مریم بهرامی هیدجی^{۲*}، زهره راضی^۳

چکیده

مقدمه: سندروم روده تحریک‌پذیر از پر هزینه‌ترین بیماری‌های دستگاه گوارش است که سبب اختلال در عملکرد روده می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گر خودمراقبتی در پیش‌بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود.

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 دادند. نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع هدفمند می‌باشد و تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودمراقبتی توبت و گلاسگو، پرسشنامه خودمهارگری تانجی، پرسشنامه انتظارات پیامد ووسیچکی و همکاران، پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار 26-AMOS و SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اضطراب سلامت هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری خودمراقبتی، خودمهارگری و انتظارات پیامد را در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر پیش‌بینی می‌کند. همچنین خودمراقبتی در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر خودمهارگری را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه گیری: در نتیجه توصیه می‌گردد هر بیمارستانی یک روانشناس سلامت داشته باشد به عنوان فردی که کنترل خشم، جرأت‌ورزی، مهارت در نه گفتن و یا حتی آموزش برای مقابله با شرایط استرس‌زا را به بیماران آموزش دهد تا آن‌ها بتوانند در زندگی عادل خود از این مهارت‌ها استفاده کنند.

وازگان کلیدی: انتظارات پیامد، اضطراب سلامت، خودمراقبتی، خودمهارگری، سندروم روده تحریک‌پذیر

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۹/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۷/۵

استناد: مومنی مرگان، بهرامی هیدجی مریم، راضی زهره. نقش میانجی‌گر خودمراقبتی در پیش‌بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ (۳): ۵۸-۴۳

^۱- گروه روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

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

^۳- گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریپتو کامنز منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد



مقدمه:

اختلالات گوارشی کارکردی دسته‌ای از بیماری‌های روان-تنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سوال برائی‌گزین، دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (۱). در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی، سندروم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین، پر هزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌ها است (۲). عوامل روان‌شناختی نیز ممکن است در تداوم و شدت علایم شکمی این سندروم نقش داشته باشد و تحت تأثیر این عوامل، افراد مبتلا به سندروم 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 تاب آوری در بیماران مبتلا به سندروم 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 تاب آوری را افزایش می‌دهد. خود مراقبتی، یکی از مهارت‌هایی است که موجب ارتقای سلامتی، ارتقای کیفی زندگی می‌شود و در کاهش هزینه‌های تاثیر 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 در خود 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 بلافصله به هر تکانه‌ای که ایجاد می‌شود، پاسخ دهد.

^۱ - سندروم 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 بررسیم. با این حال، نظریه پردازهای اخیر قدرت اراده را بیش از حد ارزیابی میکنند.^(۹) 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 روانشناسی 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، باورهایی 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) انتظارات پیامد جزء اصلی ترین نظریه های شناختی – اجتماعی بندورا در نظر گرفته شده است. قضاوتش 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 درنظر 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) نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که با توجه به نقش مهم سلامت جسمانی در زندگی افراد، اکثر آنها در بعضی از موقع 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 & Friesse

^۳ PhanTan

^۴ Arning

عرض 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 می‌پنداشند، این افراد دچار اضطراب سلامت هستند.^(۱۵)^۱

شیوع بالای بیماری‌های مزمن، استرس، اضطراب، عدم قطعیت درباره 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 دوچندان 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 میانجی گری خود مراقبتی در پیش‌بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس 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. نمونه گیری 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 سندروم 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 خودمراقبتی توسط توبرت و گلاسگو^۳ در سال ۲۰۰۰ تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۸ سؤال در زمینه متغیرهای دموگرافیک و ۱۷ سؤال در زمینه‌های مراقبت از دندان‌ها، واکسیناسیون، مراجعه به پزشک، برنامه غذایی، تبعیت از درمان و انجام فعالیت فیزیکی است. از کل سوالات فوق، ۱۰ سؤال 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 سؤال 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 درنظر 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 ($\alpha = 0,77$)^۴ سنجیده شد. روش محاسبه امتیاز سواد سلامت به صورت، کافی ($83/5$ و بالاتر)، مرزی ($83/5$ تا $5/5$ ، $65/5$ ، ناکافی ($0-48$ -۷۶)، ضعیف ($24-47$)) بود. با توجه به نتایج به دست آمده از سایر مطالعات، در خصوص سنجش سواد سلامت ایرانیان که میزان سواد را $55/4$ 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 (اصلًا 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 ۸۳٪ و 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 معنadar گزارش کرده اند. آتش افروز (۱۷) در مطالعه ای در بین دانشجویان پایانی ابزار را با استفاده از روش دو نیمه سازی برابر با 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 دهاقانی (۱۸) ضرایب آلفای کرونباخ مولفه های جسمانی، اجتماعی و خود ارزیابی و کل مقیاس به ترتیب: ۸۷,۰، ۸۴,۰، ۸۳,۰، ۸۳,۰ 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، پیامدهای 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 کفايت 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 متغیرها (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	-	۰/۴۱***	۰/۲۴***			
۴. خودمهارگری	-	۰/۳۲***	۰/۲۸***	۰/۲۱***		
۵. انتظارات پی آمد- پی آمد های جسمانی / روانی	-	۰/۳۰***	۰/۳۵***	-۰/۱۸*	-۰/۲۶***	
۶. انتظارات پی آمد- پی آمد های اجتماعی	-	۰/۶۲***	۰/۱۷*	۰/۱۹*	-۰/۳۵***	-۰/۲۲***
۷. انتظارات پی آمد- پی آمد های خودارزیابی	-	۰/۷۳***	۰/۲۳***	۰/۴۴***	-۰/۲۴***	-۰/۳۷***

*P < 0/05 و **P < 0/01

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

جدول ۳ نشان می دهد که ارزش های کشیدگی و چولگی همه متغیرها 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

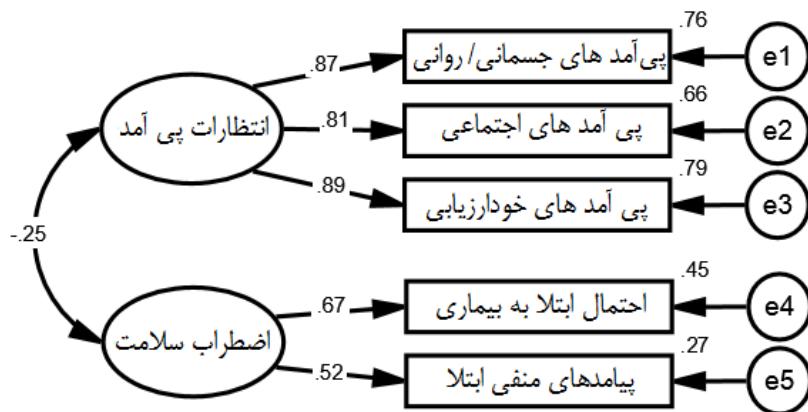
متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس(VIF)
اضطراب سلامت- احتمال ابتلا به بیماری	۰/۸۸	۱/۱۴
اضطراب سلامت- پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۰/۹۲	۱/۰۹
خودمراقبتی	۰/۹۴	۱/۰۷

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

^۱ - variance inflation factor

^۲ - tolerance

میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۱/۰ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش است.



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

جدول ۵ شاخص‌های برآذش مدل ساختاری

شاخص های برآذندگی	مدل ساختاری
مجذور کای	۱۳/۶۰
درجه آزادی مدل	۱۱
χ^2/df	۱/۲۴
GFI	.۹۷۹
AGFI	.۹۱۶
CFI	.۹۹۳
RMSEA	.۰۳۶

جدول ۵ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برآذندگی از برآذش قبل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند ($\chi^2/df = 1/24$ ، $GFI = .979$ ، $AGFI = .916$ ، $CFI = .993$ ، $RMSEA = .036$). بدین ترتیب فرضیه اول تایید شده و چنین نتیجه گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برآذش 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 خدمهارگری	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 خدمهارگری	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 خدمهارگری	۰/۴۸۳	۰/۱۲۹	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱

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

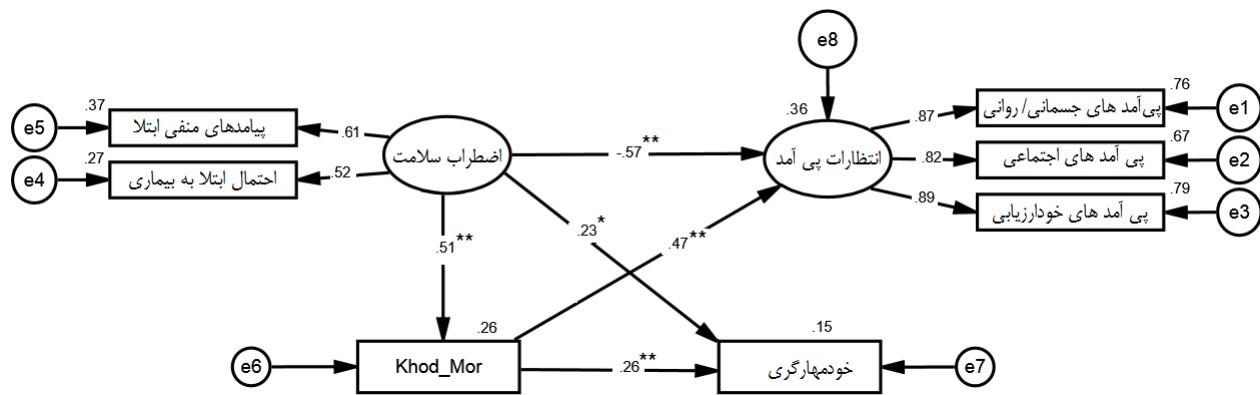
جدول ۶ نشان می دهد که ضریب مسیر بین دم متغیر خودمراقبتی و خدمهارگری ($\beta=0/263$, $p=0/033$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه دوم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی در مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر خدمهارگری را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند. همچنین ضریب مسیر بین خودمراقبتی و انتظار پی آمد ($\beta=0/473$, $p=0/001$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه سوم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی در مبتلایان به سندروم 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 خدمهارگری ($\beta=0/226$, $p=0/038$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه چهارم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که اضطراب سلامت در مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر خدمهارگری را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می کند و ضریب مسیرمستقیم بین اضطراب سلامت و انتظار پی آمد ($\beta=-0/568$, $p=0/001$) منفی و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه پنجم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که اضطراب سلامت در مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر انتظار پی آمد را به صورت منفی و معنادار پیش بینی می کند.

جدول ۶ نشان می دهد که ضریب غیرمستقیم بین اضطراب سلامت و خدمهارگری ($\beta=0/134$, $p=0/001$) 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 خدمهارگری را در مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر خدمهارگری میانجیگری می کند.

جدول ۶ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین اضطراب سلامت و انتظار پی آمد ($\beta = .001$, $p = .001$) مثبت و معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه هفتم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و انتظار پی آمد را در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر خودمهارگری می‌انجامیگری می‌کند.

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



شکل ۲ : مدل ساختاری پژوهش

شکل ۲ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیرهای خودمهارگری و بین انتظار پی آمد به ترتیب $0/36$ و $0/15$ به دست آمده است. این موضوع بیانگر آن است که اضطراب سلامت و خودمراقبتی به ترتیب ۳۶ و ۱۵ درصد از واریانس خودمهارگری و بین انتظار پی آمد را در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گر خودمراقبتی در پیش‌بینی خودمهارگری و انتظارات پیامد براساس اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سندروم 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 پی آمد را در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر پیش‌بینی می‌کند با داده‌های گردآوری شده برآش دارد. نتایج نشان داد که همه شاخص‌های برازنده‌گی از برآش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. بدین ترتیب فرضیه اول تایید شده و چنین نتیجه گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برآش دارد.

خودمراقبتی در مبتلایان به سندروم 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» تصمیم گیری درباره خود و با اتکای به خود است. البته این تصمیم گیری 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 مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان و بزرگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت‌های بهداشتی از ارایه دهنده‌گان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود. خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود 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 انتظاری پی آمد را به صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی می‌کند که دلیل آن از نظر محقق این است که خودمراقبتی رفتاری داوطلبانه است که براساس خواست و اراده افراد صورت می‌پذیرد و طی آن فرد با کسب دانش و مهارت کافی قادر خواهد بود با انتکای به خود از سلامتش مراقبت کند. اراده مراقبت از خود که موتور محرك رفتارهای خودمراقبتی محسوب می‌شود، مستلزم پیدایش انگیزه‌های لازم در افراد است. بر این اساس، اراده خودمراقبتی به عنوان موتور محرك رفتارهای خودمراقبتی، مستلزم پیدایش انگیزه‌های لازم در افراد است. زیرا انگیزه‌ها، چراهای رفتار هستند و موجب آغاز و ادامه فعالیت می‌شوند؛ انگیزه‌ها جهت کلی رفتار فرد را معین می‌سازند و گاهی آنها را به عنوان نیازها، تمایلات، یا محرك‌های درونی فرد تعریف می‌کنند. انسان‌ها 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 انگیزاندۀ آنان بستگی دارد. هدف نهایی رفتارهای خودمراقبتی توانمندساختن بیماران به ویژه بیماران مزمن است. در خودمراقبتی تلاش می‌شود تا برخی از تصمیم‌گیری‌ها به سمت بیمار سوق داده شود. به واسطه مشارکت فعل 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 ناتوان کننده ناشی از بیماری مزمن را کاهش می‌دهد، صورت می‌گیرد. نتایج این فرضیه از تحقیق حاضر با مدل ثابت فر، مسچی، حسین زاده تقوابی (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 پیش‌بینی می‌کند. که دلیل آن از نظر محقق این است که استرس روانی و اضطراب می‌تواند رهاسازی سیتوکینین‌های پیشین التهابی را افزایش دهد و این امر به نوبه خود، ممکن است نفوذپذیری روده را تغییر دهد. اضطراب را در واقع همه انسان‌ها تجربه می‌کنند. اضطراب یک احساس منشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دل واپسی است که اغلب با علایم دستگاه اtonوم همراه می‌گردد. مثل تنگی قفسه سینه، طیش قلب، تعریف، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بیقراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن مشخص می‌شود. اضطراب عبارت است از واکنش به یک تهدید ناشناخته، درونی، مبهم، ناخوشایند و فراگیر که اکثر موقع با علائمی مانند سردرد، عرق کردن، تیش قلب و درد قفسه سینه همراه است. تاکنون تعاریف گوناگونی برای اضطراب بیان شده است که در زیر به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود. (الف) اضطراب، عموماً یک انتظار به ستوه آورنده است. به منزله چیزی است که ممکن است در تنشی گستردۀ و اغلب بی‌نام، 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 می‌آید، ممکن است به یک تهدید عینی «اضطراب‌آور» (تهدید مستقیم یا غیرمستقیم مرگ، حادثه شوم شخصی یا مجازات) نیز وابسته باشد. (ب) اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه‌آمیز، یعنی موقعیتی که

تحت تأثیر بالا گرفتن تحریکات اعم از بیرونی ایجاد شده و فرد در مهار کردن آن‌ها ناتوان است. ج) ناراحتی روانی در عین حال، ناخوشایندی که بر اثر ترسی مبهم و احساس نایمینی و تیره روزی قریب الوقوع در فرد آرامی به وجود می‌آید.^۵) در چارچوب رفتار نگری تجربی، اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که پاسخی اجتنابی را در بر می‌گیرد. مثلاً در حضور یک محرك غیرشرطی (معمولًاً یک شوک یا تکان)، رفتارهایی از حیوان سر می‌زند که در حکم نشانه‌های محرز اضطراب قلمداد می‌شوند. ه) اضطراب به منزله حالت هیجانی توأم با هشیاری مستقیم نسبت به بی معنایی، نقش 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 سندروم روده تحریک‌پذیر انتظار پی آمد 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 بدنه، 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 سندروم 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 نتیجه گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و خدمهارگری را در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر خدمهارگری 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 ناتوان کننده ناشی از بیماری مزمن را کاهش می‌دهد که این می‌تواند ناراحتی روانی در عین حال، ناخوشایندی که بر اثر ترسی مبهم و احساس نایمینی و تیره روزی مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر در فرد به وجود می‌آید را کاهش دهد که در نتیجه باعث افزایش خدمهارگری 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 . قائدی، قاسمی و غلامی (۲۴) همسو است.

بنا بر یافته‌های پژوهش در آزمون فرضیه هفتم پژوهش چنین نتیجه گیری شد که خودمراقبتی به صورت مثبت و معنادار رابطه بین اضطراب سلامت و انتظار پی آمد را در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر خدمهارگری 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 پی آمد را میانجی کند. بدین صورت که اضطراب باعث می‌شود مبتلایان به سندروم روده تحریک

پذیر 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 می‌تواند آنها را دچار وحشت کند و انتظار فرد قبل از وارد شدن به پروسه درمان نسبت به پیامدهای آن بالاتر باشد و استرس‌های 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 محدودیت‌های این پژوهش آن بود، که پژوهش حاضر محدود به نمونه بالینی از بیماران بود و تعمیم نتایج به سایر جمعیتها با تفاوت‌های فرهنگی و... با احتیاط صورت گیرد. از جمله محدودیت‌های دیگر، زیادبودن تعداد سوالات پرسشنامه بود که ممکن است باعث بی حوصلگی و بی دقیقی در جواب دادن به پرسشنامه‌ها شده باشد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش:

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصريحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصريح شد. همچنان، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محترمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسنده‌گان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر:

نویسنده‌گان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

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. Blaunchard 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., Zomorrodi 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, Omidi A, Zahrikhah 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>

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, Serajkhorrami 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://jhpmp.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>