

Structural Equation Modeling of the Mediating Role of Resilience in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Well-Being of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Authors

Mohammad Reza Tamannaefar^{*1} Zahra Shirani²

1- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran. (Corresponding Author)

tamanna@kashanu.ac.ir

2- M.A in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran. Zahra.shirani@grad.kashanu.ac.ir

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Irritable bowel syndrome, a chronic and often debilitating functional disorder of gut-brain interaction, is a public health challenge that affects work, social engagement, and the psychological well-being. The purpose of the present study was to investigate structural equation modeling of the mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being of patients with irritable bowel syndrome.

Method: The present research is the correlation. The statistical population was patients with irritable bowel syndrome who referred to Gastrointestinal Health Center, Alzahra Hospital in Isfahan city in year 2023. The sample size was selected based on Kline model (2023) and with convenience sampling of 300 patients. Data collection tools included the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) of Campbell-Sills & Stein (2007), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) of Garnefski and et al (2001) and psychological well-being scale (PWBS) of Ryff (1989). Statistical analysis of data was performed using SPSS version 28 and AMOS software.

Result: The results showed that maladaptive cognitive regulation emotion ($\text{sig}=0.002$, $\beta = -.68$) and adaptive cognitive regulation emotion ($\text{sig}=0.002$, $\beta = .73$) has a significant direct effect on psychological well-being. Finally, resilience ($\text{sig}=0.001$, $\beta = -.71$) has a significant direct effect on psychological well-being and was able significant mediating role in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being. Also, proposed model had an acceptable fitness to the data ($\text{RMSEA}=0/026$ $p<0/05$).

Discussion and conclusion: It can be concluded that according to the significant mediating role of resilience, it is possible to reduce the occurrence of psychological well-being in patients with irritable bowel syndrome by using effective interventions such as emotion regulation and resilience training.

Keywords

Psychological well-being, resilience, cognitive emotion regulation Strategies, irritable bowel syndrome.

Corresponding Author's E-mail

مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

نویسندگان

دکتر محمدرضا تمنایی فر*^۱، زهرا شیرانی^۲

۱- دانشجویار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

tamannai@kashanu.ac.ir

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

Zahra.shirani@grad.kashanu.ac.ir

چکیده

مقدمه: سندرم روده تحریک‌پذیر، یک اختلال عملکردی مزمن و اغلب ناتوان‌کننده تعامل روده و مغز، یک چالش بهداشت عمومی است که بر کار، مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی افراد تأثیر می‌گذارد. در این راستا هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بوده است.

روش: مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده مرکز سلامت گوارش بیمارستان الزهرا اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلان (۲۰۲۳) و با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC) کومیل سیل و آستین (۲۰۰۷)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و مقیاس بهزیستی روانشناختی (PWBS) ریف (۱۹۸۹) بود. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۸ انجام گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ($\beta = -0/68$ و $\text{sig} = 0/002$)، تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ($\beta = 0/73$ و $\text{sig} = 0/002$) بر بهزیستی روانشناختی اثر مستقیم و معنادار دارد. در نهایت تاب‌آوری ($\beta = 0/71$ و $p < 0/05$) دارای اثر مستقیم و معنادار بود و توانست در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی نقش میانجی معنادار ایفا کند. همچنین مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ($\text{RMSEA} = 0/026$ و $p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با توجه به نقش میانجی معنادار تاب‌آوری، می‌توان با به کارگیری مداخلات موثر همانند آموزش تنظیم هیجان و آموزش تاب‌آوری، میزان بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را ارتقاء داد.

کلیدواژه‌ها

بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سندرم روده تحریک‌پذیر.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

tamannai@kashanu.ac.ir

مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر^۱ یک اختلال عملکردی شایع گوارشی (۱) و یک اختلال مزمن و اغلب آزاردهنده در تعامل روده و مغز است که با درد شکمی همراه با تغییر در دفعات مدفوع و/یا کالیبر مشخص می‌شود (۲) و اغلب بیماران علائمی گوارشی مانند حالت تهوع و سوزش سردل را تجربه می‌کنند (۳). سندرم روده تحریک‌پذیر یک بیماری روده طولانی مدت است و با انواع مشکلات گوارشی مشخص می‌شود که بارزترین آنها ناراحتی مزمن احشایی شکمی است و به طور کلی مرتبط با استرس است و بر استاندارد زندگی افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد و معمولاً با علائم پریشانی روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب همراه است (۴). در حالی که درد شکمی و تغییر عادات روده‌ای علائم اولیه سندرم روده تحریک‌پذیر هستند، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اغلب شدت تهوع و علائم گوارشی فوقانی را در هر دو حالت ناشتا و پس از غذا در مقایسه با افراد سالم گزارش می‌کنند (۵). از نظر جنسیتی زنان بیشتر از مردان مبتلا به این بیماری می‌شوند، به طوری که در سال ۲۰۲۱، یک مطالعه نظرسنجی چندملیتی با ۷۳۰۷۶ بزرگسال از ۳۳ کشور نشان داد که شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر با افزایش سن کاهش می‌یابد و در زنان به طور قابل‌توجهی بالاتر از مردان است (۶). در میان عوامل روانشناختی مثبت، بهزیستی روانشناختی^۲ در سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند نقش محافظت‌کننده باشد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و پایداری به رفتارهای بهداشتی کلیدی مانند فعالیت بدنی و اصلاح رژیم غذایی را بهبود بخشد (۷).

بر اساس نظریه ریف^۳ (۸) شش بعد بهزیستی روانشناختی نشان‌دهنده عملکرد روانشناختی مثبت است که شامل پذیرش خود^۴ (نگرش مثبت در مورد خود و ویژگی‌های خود)، روابط مثبت با دیگران^۵ (روابط گرم، رضایت بخش، اعتماد با دیگران)، خودمختاری^۶ (احساس خودمختاری و استقلال)، تسلط محیطی^۷ (احساس شایستگی برای رویارویی با چالش‌هایی که دنیا به همراه

دارد)، هدف در زندگی^۸ (احساس معنا، اهداف و جهت‌گیری در زندگی) و رشد شخصی^۹ (تجربه شخصی و رشد و تحول فردی) هستند (۸). در مورد اثرات بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر وضعیت روانشناختی این بیماری در افراد مبتلا می‌توان گفت که این بیماری و تجربه علائم آن با بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی ضعیف‌تر در مبتلایان همراه است و افراد مبتلا نسبت به افراد سالم سطوح بالاتری از پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند (۹).

همچنین سندرم روده تحریک‌پذیر و داروهای مورد استفاده برای درمان آن بر سلامت جنسی و باروری افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد که این شرایط می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی و کاهش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شود (۱۰). یکی از عوامل شناختی و هیجانی که می‌تواند بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی کند، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^{۱۰} است، به طوری که تحقیقات نشان داده است راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت دارد (۱۱). نتایج سایر تحقیقات نیز نشان داده است که ارزیابی مجدد مثبت^{۱۱} و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۲} به عنوان راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان به طور مثبت با بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی مرتبط است و نشخوار فکری^{۱۳}، فاجعه‌نمایی^{۱۴} و سرزنش خود^{۱۵} عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی ضعیف‌تر مرتبط است که این نتایج نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ممکن است به طور متفاوتی در ارتقای بهزیستی روانشناختی افراد مؤثر باشد (۱۲). همچنین، در برخی تحقیقات نشان داده شده است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با تأثیرگذاری بر توانایی هوش هیجانی و به واسطه آن نیز می‌تواند بر شاخص‌های بهزیستی (مانند بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی) تأثیر معنادار بگذارند (۱۳).

8. purpose in life

9. personal growth

10. cognitive emotion regulation

11. positive reappraisal

12. refocus on planning

13. rumination

14. catastrophizing

15. self-blame

1. irritable bowel syndrome

2. psychological well-being

3. Ryff's

4. self-acceptance

5. positive relations with others

6. autonomy

7. environmental mastery

در چنین شرایطی اگر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در رویارویی با شرایط استرس‌زا از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده کنند، می‌تواند بهزیستی روانشناختی آنان را تحت تاثیر قرار دهد و باعث شود که این بیماران، بهزیستی روانشناختی ضعیف‌تری را تجربه کنند، به طوری که تحقیقات نشان داده است استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه بوده است (۱۴) و این کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند بهزیستی روانشناختی بیماران را تحت تاثیرات منفی خود قرار دهد (۱۵). بر اساس آنچه گفته شد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی در ارتباط هستند (۱۱، ۱۲، ۱۳). اما آنچه می‌توان اهمیت داشته باشد، شناخت متغیرهای میانجی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی است، که در این پژوهش به نقش میانجی تاب‌آوری^۱ در این روابط پرداخته شده است. تحقیقات نشان داده است که تاب‌آوری می‌تواند تحت تاثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان باشد (۱۶). به طور که پولیزی و لینن^۲ (۱۷) نیز نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجان با تاب‌آوری در ارتباط هستند و افرادی که در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه استفاده می‌کنند در مواجهه با این رویدادهای استرس‌زا تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند (۱۷).

تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی به عنوان توانایی سازش یافتگی موفقیت‌آمیز با شرایط تنیدگی‌زا و تهدیدزا توصیف شده است (۱۸). به عبارتی، تاب‌آوری به عنوان قدرت و توانایی فرد برای رویارویی و مواجهه با مشقت‌ها^۳ و سختی‌ها تعریف شده است (۱۹)، که با تاثیرپذیری از مهارت تنظیم هیجان می‌تواند میزان پریشانی احتمالی ناشی از شرایط نامطلوب در مواجهه با بحران‌ها را مهار کند و از این طریق می‌تواند بهزیستی روانشناختی افراد را بهبود بخشد (۲۰). همچنین، می‌توان گفت که تاب‌آوری یک توانایی روانی-اجتماعی است که عواطف منفی را کاهش می‌دهد و در عین حال سازگاری با ناملایمات را افزایش می‌دهد و برای ارتقای سلامت و پاسخ به استرس ضروری است و می‌تواند به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقابله با مشکلات ناشی از بیماری کمک کند (۲۱). تحقیقات نشان داده است که در آن دسته از

بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر که تاب‌آوری کمتری دارند، شدت علائم بیماری بیشتر و کیفیت زندگی بدتر است (۲۲).

بنابراین مشخص است که هم راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۱۲ و ۱۳) و هم تاب‌آوری (۲۲) با علائم روانشناختی مثبت در ارتباط هستند و این متغیرها همچنین می‌توانند نقش مهمی بر بهبود یا تشدید علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته باشند (۱۴ و ۲۱). اما آنچه اهمیت پژوهشی دارد شناسایی مکانسیم‌های میانجی تاثیرگذار در روابط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی در این بیماران است که در این مطالعه به آن پرداخته شده است. لذا تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی پرداخته شده است که به این دلایل که تاب‌آوری تحت تاثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۱۶ و ۱۷) و خود تاب‌آوری نیز بر بهزیستی روانشناختی تاثیرگذار است (۲۳، ۲۴ و ۲۵). بنابراین زمانی که تاب‌آوری بتواند بر بهزیستی روانشناختی تاثیر بگذارد و خود تاب‌آوری نیز از راهبردهای تنظیم شناختی تاثیر بپذیرد لذا انتخاب تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی می‌تواند منطقی باشد که در این پژوهش این هدف بررسی شده است. همچنین در اهمیت پژوهش می‌توان گفت که نتایج یک پژوهش برای شناخت عوامل موثر بر بهزیستی روانشناختی این بیماران می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات روانشناختی برای بهبود مشکلات روانشناختی این بیماران به کار گرفته شود. در این راستا، پژوهش حاضر در پاسخ به این سوال پاسخ انجام شده است که آیا تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مرکز سلامت گوارش بیمارستان الزهرا اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدلیابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به اعتقاد کلاین^۴ (۲۶) حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد. بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی

1. resilience

2. Polizzi & Lynn

3. adversity

4. Kline

پاسخنامه‌ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس نظر پزشک متخصص، گذشت حداقل ۶ ماه تا ۱ سال از زمان تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی حاد و مزمن بر اساس گزارش خود فرد و رضایت آگاهانه از ملاک‌های ورود به پژوهش بود و عدم همکاری کافی و تکمیل نکردن سوالات پرسشنامه‌های پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

ابزارها

مقیاس بهزیستی روانشناختی^۱ (PWBS): این مقیاس توسط ریفا^۲ (۸) تهیه شده است و شامل ۱۸ سوال است. این مقیاس ۶ مولفه تسلط محیطی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی^۳ و استقلال را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات به صورت طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم از تا کاملاً موافقم می‌باشد به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، تا حدودی مخالفم نمره ۲، خیلی کم مخالفم نمره ۳، خیلی کم موافقم نمره ۴، تا حدودی موافقم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۶ تعلق می‌گیرد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بهزیستی روانشناختی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. سازنده مقیاس برای بررسی روایی مقیاس از روایی ملاکی (همزمان) استفاده کرده است و ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۴ (۲۷) بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۲۹ تا ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است و همچنین برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات را ۰/۷۲ محاسبه کرده است (۸). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده است و روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار گرفته است مقدار خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب در دختران ۰/۰۱۴ و برای پسران به ۰/۰۴۵ به دست آورده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی استفاده شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای تسلط محیطی (برای دختران ۰/۷۷ و پسران ۰/۷۶)، پذیرش خود (برای دختران ۰/۴۸ و پسران ۰/۵۶)، رابطه مثبت با دیگران (برای دختران ۰/۷۳ و پسران ۰/۷۸)، داشتن هدف در زندگی (برای دختران ۰/۴۶ و پسران ۰/۵۶)، رشد فردی (برای دختران ۰/۶۸ و پسران ۰/۷۷) و استقلال (برای

دختران ۰/۷۱ و پسران ۰/۷۴) به دست آمده است (۲۸). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۹۵ به دست آمده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۵ (CERQ): این پرسشنامه توسط گرانفسکی و همکاران (۲۹) تدوین شده است و شامل ۳۶ سوال که شامل راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه نمایی) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) است. نمره‌گذاری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره). دامنه نمرات راهبردهای ناسازگارانه بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه بیشتر است و دامنه نمرات راهبردهای سازگارانه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان سازگارانه بیشتر است. در نسخه اصلی پرسشنامه پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است و روایی ملاکی (همزمان) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون با چک لیست اختلالات روانی^۶ (SCL-90) در اگوتیس^۷ و همکاران (۳۰) در دامنه ۱۷ تا ۰/۵۵ گزارش شده است (۲۹). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۷، راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ و کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی آن با تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و در مجموع ۹ خرده مقیاس ۷۴ درصد واریانس را تبیین کرده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^۸ یک و همکاران (۳۱) بررسی و ضرایب همبستگی برای راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۲۵- تا ۰/۳۲- و برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی کرونباخ راهبردهای سازگارانه ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ راهبردهای ناسازگارانه به دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری^۹ (CD-RISC): این مقیاس توسط کومپل سیل و آستین^۱ (۳۳) تدوین شده است که نسخه

۵. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

۶. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)

۷. Derogatis

۸. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

۹. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

۱. Psychological Well-being Scale (PWBS)

۲. Ryff

۳. personal growth

۴. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSEs)

اولیه این مقیاس ۲۵ سوال دارد که توسط کانر و دیویدسون (۳۴) برای بررسی توانایی مقابله با استرس را در مواجهه با خطر یا ناملازمات تدوین شده است، اما کومپل سیل و آستین (۳۳) نسخه ۱۰ سوالی آن را تهیه نمودند. نمره گذاری مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد. به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ۴ در نظر گرفته شده است حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۴۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر و توانایی مقابله با استرس را در مواجهه با خطر یا ناملازمات است. سازندگان مقیاس پایایی آن را بررسی و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند و روایی سازه آن با تحلیل عاملی تاییدی تایید شده است (۳۳). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۹۶ به دست آمده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت سنجش متغیرهای پژوهش، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی، جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری^۲ استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۸ و برنامه AMOS بود.

نتایج

در این پژوهش ۲۳۳ نفر (۷۷/۲ درصد) زن و ۶۹ نفر (۲۲/۸ درصد) مرد بودند. تحصیلات ۹ نفر (۳ درصد) متوسطه، ۹۷ نفر (۳۲/۱ درصد) دیپلم، ۱۵ نفر (۵ درصد) فوق دیپلم، ۱۰۳ نفر (۳۴/۱ درصد)، کارشناسی، ۶۳ نفر (۲۰/۹ درصد) کارشناسی ارشد و ۱۲ نفر (۵ درصد) دکترا بودند. ۱۹۶ نفر (۶۵/۳۳ درصد) متاهل و ۵۳ نفر (۳۵/۳۳ درصد) مجرد بودند. میانگین سن افراد شرکت کننده ۲۹/۳۱ با انحراف معیار ۹/۸۵۹ بود.

^۱. Campbell-Sills & Stein

^۲. structural equation model (SEM)

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
تسلط محیطی	۹/۸۷	۴/۸۴	-۰/۱۱	-۱/۴۱
پذیرش خود	۹/۳۸	۴/۳۷	-۰/۱۷	-۱/۶۴
رابطه مثبت با دیگران	۹/۷۵	۳/۹۹	۰/۰۳	-۱/۳۲
داشتن هدف در زندگی	۹/۲۴	۵/۰۷	۰/۵۲	-۰/۹۹
رشد فردی	۱۰/۵۳	۵/۰۲	۰/۱۳	-۱/۲۰
استقلال	۱۰/۲۸	۴/۶۷	۰/۱۴	-۱/۲۲
نمره کل بهزیستی روانشناختی	۵۹/۰۵	۲۵/۹۵	-۰/۰۶	-۱/۵۹
سرزنش خود	۸/۲۵	۳/۸۲	۰/۹۶	۰/۳۹
سرزنش دیگران	۸/۷۱	۴/۰۴	۰/۵۷	-۰/۲۹
نشخوارگری	۸/۳۶	۴/۰۴	۰/۱۹	-۱/۴۰
فاجعه نمایی	۹/۳۲	۴/۰۳	۰/۰۸	-۱/۵۱
نمره کل تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۳۴/۶۴	۱۴/۱۶	۰/۴۸	-۰/۹۵
دیدگاه گیری	۸/۵۹	۴/۸۱	۰/۶۹	-۰/۹۰
تمرکز مجدد	۹/۱۳	۴/۲۱	۰/۱۷	-۱/۷۱
ارزیابی مجدد	۹/۱۳	۴/۵۵	۰/۵۴	-۰/۹۱
پذیرش	۹/۳۶	۴/۲۵	۰/۲۴	-۱/۷۴
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۰/۲۵	۴/۷۹	-۰/۱۷	-۱/۸۶
نمره کل تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	۴۶/۴۶	۱۹/۵۶	۰/۱۵	-۱/۴۹
تاب آوری	۲۹/۴۰	۹/۸۳	۰/۴۷	-۱/۳۶
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۰/۹۹	نسبت بحرانی: ۰/۷۶		

مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد (۳۵) که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۰/۹۹ و مقدار نسبت بحرانی ۰/۷۶ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد افراد شرکت کننده ۳۰۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نرمات باشد (۲۶). برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱- بهزیستی روانشناختی	۱			
۲- تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	-۰/۵۴**	۱		
۳- تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	۰/۶۰*	-۰/۴۹**	۱	
۴- تاب آوری	۰/۶۹**	-۰/۶۸**	۰/۵۹**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، تاب آوری با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). در ادامه در جدول ۳- ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳- ضرایب استاندارد و مستقیم در مدل برازش شده پژوهش

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد (بتا)	خطای استاندارد (S.E)	بحرانی (آماره t)	نسبت	سطح معناداری (sig)
تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ← بهزیستی روانشناختی	-۰/۶۸	۰/۷۹	۲/۸۸۴	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ← بهزیستی روانشناختی	۰/۷۳	۱/۰۹	۳/۰۵۴	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
تاب آوری ← بهزیستی روانشناختی	۰/۷۱	۰/۲۹	۳/۷۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۳- مشاهده می‌شود ضریب استاندارد و مستقیم تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ($\beta = -0/68$ و $sig = 0/002$)، تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ($\beta = 0/73$ و $sig = 0/002$) و تاب آوری ($\beta = 0/71$ و $sig = 0/001$) بر بهزیستی روانشناختی اثر مستقیم و معنادار دارد. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۴- ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج بوت استروپ راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی

مسیرهای غیرمستقیم	ضرایب استاندارد غیرمستقیم		معناداری
	حد بالا	حد پایین	
تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ← تاب آوری ← بهزیستی روانشناختی	-۰/۱۷۱	-۰/۷۷۱	۰/۰۳۳
تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ← تاب آوری ← بهزیستی روانشناختی	۰/۱۲۶	۰/۵۷۱	۰/۰۱۷

برای تعیین معنی‌داری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی از طریق نقش میانجی تاب آوری از روش بوت استروپ استفاده شد. بر اساس جدول ۴- نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج جدول ۴- این قاعده در مورد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی با نقش میانجی تاب آوری صدق می‌کند. در جدول شماره ۵ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

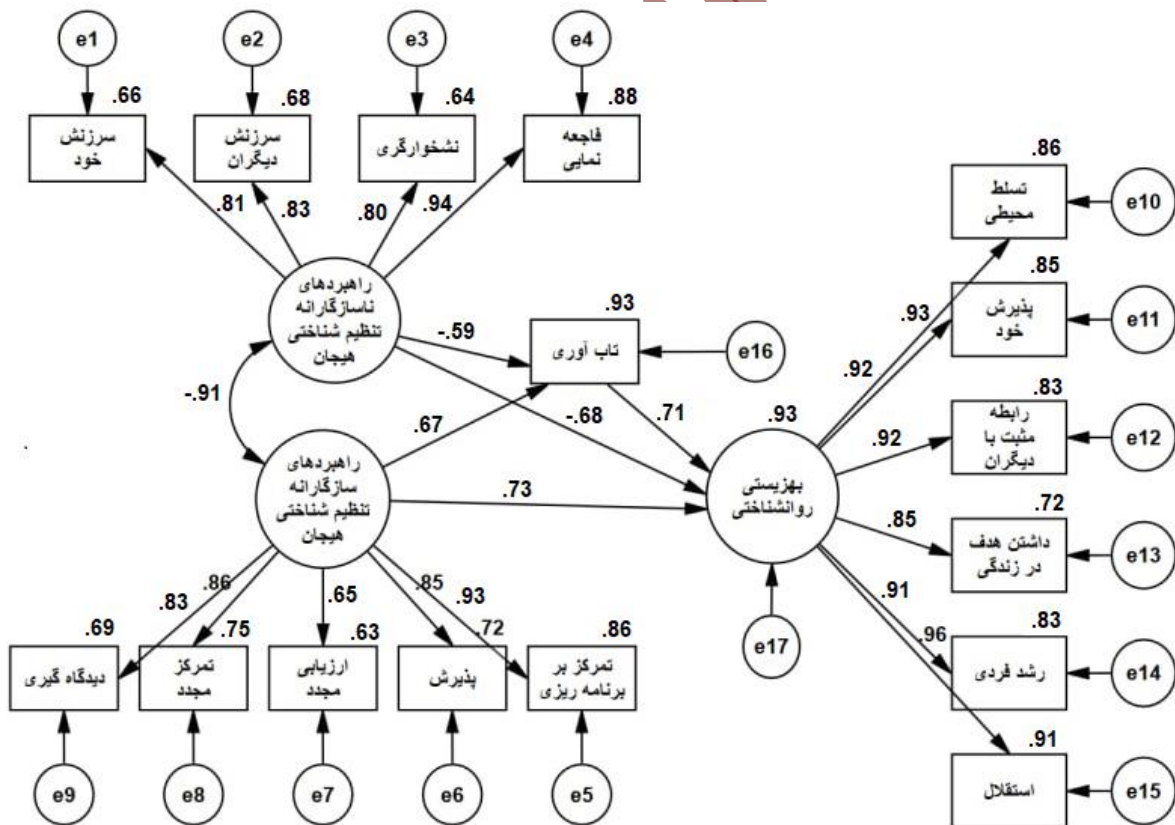
جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکور هنجار شده (CMIN)	۱۱۵/۱۸۷	-
	درجه آزادی	۹۹	-
	CMIN/DF	۱/۱۶۳	کمتر از ۳
شاخص‌های نسبی	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۲۶	کمتر از ۰/۰۸

-	۰/۰۰۱	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۱	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۰	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)
بیشتر از ۰/۶۰	۰/۷۸۲	شاخص برازش مقتصد (PCFI)
بیشتر از ۰/۶۰	۰/۶۷۷	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۳	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۶۰	شاخص نیکویی برازش (GFI)
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۸۸	شاخص برازش هنجار شده (NFI)

مدل نهایی پژوهش همانگونه که مشاهده می‌شود این شاخص‌ها همگی مطلوب هستند. همچنین اگر مقدار به دست آمده از شاخص خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ باشد نشان دهنده برازش مدل است (۳۶)، که در این پژوهش مقدار معناداری برای شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۲۶ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۶) نشان دهنده برازش مدل است. در شکل ۱- مدل نهایی و برازش شده پژوهش آمده است.

جهت آزمون مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های آمده شده در جدول ۵ استفاده شده است. همچنین اگر شاخص برازش هنجار شده (NFI)، برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) بزرگتر از ۰/۹۰ و برای برازش مقتصد (PCFI)، برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) بالای ۰/۶۰ باشد و بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. بر اساس نتایج



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با میانجی تاب‌آوری در مجموع ۹۳ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به بیماری سندرم روده تحریک-پذیر را تبیین می‌کنند.

شکل ۱، مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. واریانس تبیین شده برای بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نقش میانجی تاب‌آوری برابر با ۰/۹۳ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که تاب‌آوری دارای اثر مستقیم و معنادار بود و توانست در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی نقش میانجی معنادار ایفا کند. همچنین مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی دارد، این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج پژوهش گومز-لیتل و همکاران (۱۱)، بالزاروتی و همکاران (۱۲) و اکسترما و همکاران (۱۳) همسویی داشته باشد که نشان دادند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی رابطه دارند و همچنین با نتایج پژوهش فادگیاس استانسولتی و همکاران (۲۱) و کیلپاتریک و همکاران (۲۲) همسویی دارد که نشان دادند تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد. همچنین، یافته‌ای غیرهمسو و غیرهمخوان با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین نتیجه به دست آمده مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌توان گفت افرادی که کمبودهای بیشتری در تنظیم هیجان نشان می‌دهند یعنی از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی برای مقابله با استرس‌ها و رویدادهای تنش‌زا استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد در تلاش برای کاهش یا کم کردن تجربه هیجانات منفی می‌شوند (۳۹) و این باعث می‌شود که تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات و رویدادهای تنش‌زا کمتر شود. لذا نقص در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ممکن است بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تاثیر منفی بگذارد و وقتی آنان سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را داشته باشند باعث می‌شود که در برابر علائم اضطراب، افسردگی و استرس (به عنوان نشانه‌های پریشانی روانشناختی) ناشی از بیماری آسیب‌پذیر باشند و این، پریشانی روانشناختی آنان را نسبت به همتایان آنها بیشتر کند و باعث شود که بهزیستی روانشناختی پایین‌تری را تجربه کنند. بنابراین، می‌توان گفت که

سازگاری مثبت با استرس و ناملایمات است؛ این یک هدف درمانی بالقوه است زیرا در سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم کاهش می‌یابد و با شدت علائم بدتر و کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه است و در آن دسته از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که تاب‌آوری بالاتری دارند شدت علائم بیماری کمتر از دیگر بیماران است (۳۸). بنابراین، تاب‌آوری به آنان کمک می‌کند که بتوانند به طور سازگاران‌های با استرس‌ها و ناملایمات زندگی کنار آیند، مصائب و مشکلات ناشی از بیماری آنان را ناتوان نکنند، با مشکلات مبارزه کنند و عواطف منفی زندگی و بیماری خود را بپذیرند. این توانمندی یا تاب‌آوری به آنان کمک کرده که شدت علائم بیماری را در خود کم کنند. از این رو، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران‌مانند ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌توانند بیماران را در برابر مشکلات و استرس‌ها توانمند کرده و با بالا بردن میزان تاب‌آوری خود، سطح بهزیستی روانشناختی بیشتری را نیز تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی داشته باشد.

همچنین، در تبیین نتیجه به دست آمده مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگاران با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان گفت افرادی که کمبودهای بیشتری در تنظیم هیجان نشان می‌دهند یعنی از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی برای مقابله با استرس‌ها و رویدادهای تنش‌زا استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد در تلاش برای کاهش یا کم کردن تجربه هیجانات منفی می‌شوند (۳۹) و این باعث می‌شود که تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات و رویدادهای تنش‌زا کمتر شود. لذا نقص در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ممکن است بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تاثیر منفی بگذارد و وقتی آنان سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را داشته باشند باعث می‌شود که در برابر علائم اضطراب، افسردگی و استرس (به عنوان نشانه‌های پریشانی روانشناختی) ناشی از بیماری آسیب‌پذیر باشند و این، پریشانی روانشناختی آنان را نسبت به همتایان آنها بیشتر کند و باعث شود که بهزیستی روانشناختی پایین‌تری را تجربه کنند. بنابراین، می‌توان گفت که

سندرم روده تحریک‌پذیر مانند شرایط خانوادگی، موقعیت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده را مشخص کنند تا بتوانند تعیین کنند که چگونه این ویژگی‌ها می‌توانند بر نتایج اینگونه مطالعات تأثیر بگذارند. مطالعه حاضر فقط تاب‌آوری را به عنوان یک مکانیسم میانجی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی بررسی کرد. با این حال، برخی متغیرهای میانجی دیگر از جمله عزت نفس، خودکنترلی و غیره را نیز می‌توان در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دیگر شهرها هم انجام شود. چرا که بهزیستی روانشناختی به عنوان یک عامل روانشناختی مثبت می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف ماهیت متفاوتی داشته باشد و شناسایی عوامل موثر بر آن در قالب تحقیقات مدل‌یابی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اهمیت دارد. به روانشناسان و مشاوران فعال در کلینیک‌های سلامت پیشنهاد می‌شود که در راستای بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی، تاب‌آوری توجه کنند، چرا که این کارکردهای شناختی-هیجانی و شخصیتی قابل آموزش و ارتقا است. بر این اساس، اجرای مداخله‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان و آموزش تاب‌آوری بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که بهزیستی روانشناختی پایین‌تری دارند مفید خواهد بود.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگان (بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر) که در پژوهش شرکت کردند و همچنین پرسنل و پزشکانی که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Wang, Y. N., Zhou, L. Y., Huang, Y. H., Jiang, M., & Dai, C. (2024). The incidence and predisposing factors for irritable bowel syndrome following COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 36(2), 168-176. <https://doi.org/10.1097/meg.0000000000002688>
- 2- Travers, P., Lacy, B. E., & Cangemi, D. J. (2024). Irritable bowel syndrome—less irritable, or better treatments?. *Current Opinion in Gastroenterology*, 40(1), 27-33. <https://doi.org/10.1097/mog.0000000000000987>

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با تاثیرگذاری منفی بر تاب‌آوری باعث می‌شود که تاب‌آوری این بیماران کاهش پیدا کند و آنان در برابر مشکلات و مصائب ناشی از بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، توانمندی هیجانی و روانشناختی کمتری از خود نشان دهند و همین سبب می‌شود که بهزیستی روانشناختی کمتری را گزارش کنند. بر این اساس، منطقی است که گفته شود تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی داشته باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

علیرغم نقاط قوت این مطالعه، مانند بررسی فرآیندهای میانجی و جهت‌گیری اثرات مستقیم و غیرمستقیم، نتایج این مطالعه باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شود. اول، در مطالعه حاضر از مقیاس‌ها و پرسشنامه‌های خودگزارشی استفاده شده است. یک محدودیت مهم دیگر در این پژوهش که باید به آن توجه کرد، عدم اطلاعات کافی در مورد نمونه فعلی پژوهش حاضر یعنی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود، زیرا این مطالعه تنها جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت تاهل را به عنوان ویژگی‌های جمعیت شناختی مشخص کرد. لذا دامنه جامعه در مطالعه حاضر ممکن است سؤالاتی را در مورد تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه ایجاد کند. محدودیت‌های این مطالعه عمدتاً به ماهیت جانبی آن مربوط می‌شود. جمع‌آوری داده‌ها یک رویداد یکباره بود و در نتیجه داده‌ها عمق زمانی ندارند، در حالی که نمرات ممکن است از یک سال به سال دیگر و حتی در همان سال بسته به شرایط شخصی به‌طور قابل توجهی تغییر کنند. مطالعات آتی باید ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کامل‌تری از بیماران مبتلا به

- 3- Chen, L. J., Burr, R., Cain, K., Kamp, K., & Heitkemper, M. (2024). Age Differences in Upper Gastrointestinal Symptoms and Vagal Modulation in Women With Irritable Bowel Syndrome. *Biological Research for Nursing*, 26(1), 46-55. <https://doi.org/10.1177/10998004231186188>
- 4- Wal, A., Srivastava, A., Verma, N., Pandey, S. S., & Tyagi, S. (2024). The Role of Nutraceutical Supplements in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Mini Review. *Current Pediatric Reviews*, 20(1), 66-75. <https://doi.org/10.2174/1573396319666230102121953>
- 5- Steinsvik E. K., Valeur J., Hausken T., Gilja O. H. (2020). Postprandial symptoms in patients with functional dyspepsia and irritable bowel

- syndrome: Relations to ultrasound measurements and psychological factors. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 26(1), 96–105. <https://doi.org/10.5056/jnm19072>
- 6- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., ... & Palsson, O. S. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
 - 7- Madva, E. N., Harnedy, L. E., Longley, R. M., Rojas Amaris, A., Castillo, C., Bomm, M. D., ... & Celano, C. M. (2023). Positive psychological well-being: A novel concept for improving symptoms, quality of life, and health behaviors in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 35(4), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.14531>
 - 8- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57 (6), 1-10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
 - 9- Knowles, S. R., Austin, D. W., Sivanesan, S., Tye-Din, J., Leung, C., Wilson, J., ... & Hebbard, G. (2017). Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, health & medicine*, 22(5), 524-534. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1168932>
 - 10- Reed, S., Bugwadia, A. K., Dave, S., Wilson, H. E., Ramesh, P., & Michel, H. K. (2024). Sexual and reproductive health considerations in the care of young adults with inflammatory bowel disease: A multidisciplinary conversation. *Health Care Transitions*, 2(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.hctj.2023.100033>
 - 11- Gómez-Leal, R., Gutiérrez-Cobo, M. J., Megías-Robles, A., & Fernández-Berrocal, P. (2023). The dark triad and subjective well-being: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Scandinavian Journal of Psychology*, 64(3), 368-375. <https://doi.org/10.1111/sjop.12890>
 - 12- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125-143. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9587-3>
 - 13- Extremera, N., Sánchez-Álvarez, N., & Rey, L. (2020). Pathways between ability emotional intelligence and subjective well-being: Bridging links through cognitive emotion regulation strategies. *Sustainability*, 12(5), 1-10. <https://doi.org/10.3390/su12052111>
 - ۱۴- خوش سرور، سحر؛ و کاظمی رضایی، علی. (۱۳۹۸). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران با سندرم روده تحریک پذیر. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶(۱)، ۶۸-۶۰. <http://ijrn.ir/article-1-60-68-404-fa.html>
 - ۱۵- اسکافی ثابت زهرا؛ قربان شیرودی شهره؛ زربخش بحری محمدرضا؛ و امینیان کیوان. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت بیماری، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. نشریه سلامت اجتماعی، ۹(۱)، ۴۶-۳۶. <https://doi.org/10.22037/ch.v9i1.31290>
 - 16- Brites, R., Brandão, T., Hipólito, J., Ros, A., & Nunes, O. (2024). Emotion regulation, resilience, and mental health: A mediation study with university students in the pandemic context. *Psychology in the Schools*, 61(1), 304-328. <https://doi.org/10.1002/pits.23055>
 - 17- Polizzi, C. P., & Lynn, S. J. (2021). Regulating emotionality to manage adversity: A systematic review of the relation between emotion regulation and psychological resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 1(2), 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10186-1>
 - 18- Liang, M., Chen, P., Molassiotis, A., Jeon, S., Tang, Y., Hu, G., ... & Ye, Z. (2023). Measurement invariance of the 10-item resilience scale specific to cancer in Americans and Chinese: A propensity score-based multidimensional item response theory analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100171>
 - 19- Cachón Zagalaz, J., López Manrique, I., San Pedro Veledo, M. B., Zagalaz Sánchez, M. L., & González González de Mesa, C. (2020). The importance of the phoenix bird technique (resilience) in teacher training: CD-RISC scale validation. *Sustainability*, 12(3), 1-10. <https://doi.org/10.3390/su12031002>
 - 20- Renati, R., Bonfiglio, N. S., & Rollo, D. (2023). Italian University Students' Resilience during the COVID-19 Lockdown—A Structural Equation Model about the Relationship between Resilience, Emotion Regulation and Well-Being. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 259-270. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020020>
 - 21- Fadgyas Stanculete, M., Ismaiel, A., Popa, S. L., & Capatina, O. O. (2023). Irritable Bowel Syndrome and Resilience. *Journal of Clinical*

- Medicine*, 12(13), 10-20.
<https://doi.org/10.3390/jcm12134220>
- 22- Kilpatrick, L. A., Gupta, A., Tillisch, K., Labus, J. S., Naliboff, B. D., Mayer, E. A., & Chang, L. (2023). Neural correlates of perceived and relative resilience in male and female patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.14710>
- 23- Arnout, B. A., & Almoied, A. A. (2021). A structural model relating gratitude, resilience, psychological well-being and creativity among psychological counsellors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 470-488. <https://doi.org/10.1002/capr.12316>
- ۲۴- حسن زاده نمین، فرزانه؛ پیمانی، جاوید؛ رنجبری پور، طاهره؛ و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۸). مدل پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب‌آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی استرس ادراک شده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۷)، ۵۶۹-۵۷۸. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.77.12.5>
- 25- Beri, N., & Dorji, P. (2021). Role of resilience and psychological wellbeing during difficult situations. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 1572-1580. <https://annalsofscb.ro/index.php/journal/article/view/1604>
- 26- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Fourth Edition, Guilford publications. <https://books.google.com/books?>
- 27- Rosenberg, M. (1989). Determinants of self-esteem-a citation classic commentary on society and the adolescent self-image by Rosenberg, M. *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*, 1(11), 16-16. <https://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf>
- ۲۸- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی؛ و شکر، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *فصل-نامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۹، ۲۷-۳۶. (۳۲)
https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67.html
- 29- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- 30- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjct55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1656144](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjct55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1656144)
- 31- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
- ۳۲- حسینی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۳)، ۸۴-۷۳. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031>
- 33- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- 34- Conner, K.M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- ۳۵- قریب‌بلوک، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر؛ و بشرپور، سجاد. (۱۴۰۱). نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه بین نگرش ناکارآمد و حساسیت اضطرابی با کیفیت خواب در نوجوانان دوره متوسطه دوم دبیرستان. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰(۲)، ۶۱-۷۲. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.61>
- 36- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74. <https://psycnet.apa.org/record/2003-08119-003>
- 37- Rusu, P. P., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2019). Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(1), 359-376. <https://doi.org/10.1177/0265407517751664>
- 38- Parker, C. H., Naliboff, B. D., Shih, W., Presson, A. P., Kilpatrick, L., Gupta, A., ... & Chang, L. (2021). The role of resilience in irritable bowel syndrome, other chronic gastrointestinal conditions, and the general population. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(12), 2541-2550. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.08.043>
- 39- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for

زود آیند ویدایش نشده