



The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Perceived Social Support in Predicting Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Sahar Khoshsorour¹, Seyed Ali Kazemi Rezaei^{2,*}

¹ PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

² PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Seyed Ali Kazemi Rezaei, PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: ali.kazemi8989@gmail.com

Received: 18 Nov 2018

Accepted: 17 Apr 2019

Abstract

Introduction: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder that is highly influenced by psychological factors. The present research was carried out to determine the role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with IBS.

Methods: This research is a descriptive one in correlation studies frame. Out of the patients with IBS who referred to a gastroenterology clinic in Tehran in the second half of 1396, 110 ones (74 women and 36 men) were selected through convenience sampling method. Research tools included the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), IBS specific QOL questionnaire (IBS-QOL-34), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and IBS Severity Index (IBSSI). The analysis of data was carried out through the Pearson correlation method and stepwise regression analysis test using SPSS.

Results: Findings revealed that there is a significant relationship between cognitive emotion regulation strategies and perceived social support with quality of life and severity of symptoms of patients with IBS ($P < 0.01$). With the increase in positive strategies of cognitive emotion regulation and perceived social support in patients, the severity of symptoms of IBS decreased, and their quality of life increased. Also, among the variables studied in the regression, the best predictor for the severity of symptoms of IBS had been cognitive emotion regulation strategies and for quality of life had been perceived social support ($P < 0.01$).

Conclusions: Cognitive emotion regulation and perceived social support have a significant role in symptom severity and quality of life of patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). Thus, consideration of psychological factors in the treatment and improvement of the quality of life of these patients can be beneficial.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Perceived Social Support, Quality of Life, Irritable Bowel



نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران با سندرم روده تحریک پذیر

سحر خوش‌سرور^۱، سیدعلی کاظمی‌رضایی^{۲*}

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۲ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: سیدعلی کاظمی‌رضایی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: ali.kazemi8989@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۷

چکیده

مقدمه: سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که عوامل روان‌شناختی در آن نقش بسزایی دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران IBS انجام شد.

روش کار: این پژوهش به روش توصیفی و در چارچوب مطالعات همبستگی می‌باشد. از جامعه بیماران مبتلا به IBS که در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ به یک کلینیک فوق تخصصی گوارش در تهران مراجعه کردند، تعداد ۱۱۰ بیمار IBS (۷۴ زن و ۳۶ مرد)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران IBS، مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده و شاخص شدت علائم IBS بودند. تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام در نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران IBS، رابطه معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. با افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران، شدت علائم IBS کاهش و کیفیت زندگی در آنها افزایش یافت. همچنین، از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون، بهترین پیش‌بینی کننده برای شدت علائم IBS، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و برای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده بود ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش معناداری در کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران IBS ایفا می‌کنند. بنابراین، توجه به عوامل روان‌شناختی در درمان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند سودمند باشد.

کلیدواژه‌ها: تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک پذیر (IBS)

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلالات روانی نظیر اختلالات اضطرابی و حملات هراس، علائم معده‌ای - روده‌ای منطبق با IBS را گزارش کرده‌اند که بیانگر نقش آشفتگی‌های روانی به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علائم معده‌ای - روده‌ای در مبتلایان به IBS می‌باشد؛ چنانچه هم‌آیندی (comorbidity) بالایی بین اختلالات اضطرابی و خلقی با IBS وجود دارد [۱]. شواهد پژوهشی همچنین نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجانات، نظیر خشم و اضطراب، در بروز اختلالات جسمانی

سندرم روده تحریک پذیر (IBS: Irritable Bowel Syndrome) از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که با علائم درد یا ناراحتی شکمی، اسهال یا یبوست در غیاب علت ارگانیک توجیه‌کننده علائم، تظاهر پیدا می‌کند [۱]. شیوع این بیماری در سراسر دنیا ۲۰-۱۰ درصد در بزرگسالان و نوجوانان گزارش شده که نسبت زنان بیشتر از مردان بوده است [۲]. سبب شناسی این اختلال به درستی مشخص نیست اما در بین افراد مبتلا به IBS، اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های روانی بسیاری گزارش شده است و متقابلاً افراد با

همچون بیماری‌های قلبی-عروقی و معده‌ای - روده‌ای نقش مهمی ایفا می‌کند [۴].

گرچه هیجانات اساس زیست‌شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجانات و ابراز آن‌ها تسلط داشته باشند. تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است. تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند که با پیامدهای سلامت جسمانی، عملکرد بهتر تحصیلی، حرفه‌ای و اجتماعی همراه است [۵]. گراس و جان براساس یک مدل فرایندی، دو راهبرد ارزیابی مجدد (تغییر شناختی و تعبیر بالقوه فراخوان هیجان) و بازداری (منع و سرکوبی رفتار بیانگر هیجان) را در خصوص تنظیم هیجان مطرح کرده‌اند [۶]. پژوهش‌ها در این خصوص نشان می‌دهد که اغلب افراد با اختلالات بالینی از جمله اختلالات اضطرابی و خلقی در مقایسه با آزمودنی‌های غیر بالینی، هیجانات خودشان را کمتر می‌پذیرند و بیشتر از راهبردهای منع و بازداری استفاده می‌کنند [۷].

در خصوص تنظیم هیجانات، راهبردهای دیگری همچون راهبردهای شناختی تنظیم هیجان توسط گارنفسکی و همکاران مطرح شده است [۸]. راهبردهای مترادف مقابله شناختی به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که از طریق آن اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجانی، مدیریت و تحت کنترل شخصی فرد قرار می‌گیرد؛ به ویژه زمانیکه فرد با یک تجربه هیجانی منفی یا یک رویداد تهدید کننده مواجهه می‌شود. نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان یا مقابله شناختی هشیار مطرح شده است که افراد ممکن است در پاسخ به استرس زندگی از آن‌ها استفاده کنند. این راهبردها عبارتند از: ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و پذیرش. همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که راهبردهای شناختی مانند نشخوارگری، ملامت خود و فاجعه‌سازی به صورت مثبت با افسردگی و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی همبسته است [۹].

از سوی دیگر، چگونگی ارتباط بیمار با محیط و اطرافیانش و میزان حمایتی که ادراک می‌کند، بر شدت علائم و درد مزمن تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی به رفتارهای حمایتی و منابع پیوندهای اجتماعی که شامل حمایت هیجانی، صمیمیت، تعامل مثبت و حمایت مادی می‌شود، اشاره دارد [۱۰]. مراقبت، احترام، حس رضایتمندی و بهزیستی، به‌عنوان راهبردهای مقابله شناختی و هیجانی، که می‌تواند از فرد در مقابل بیماری حفاظت کند، با پیوندهای اجتماعی رابطه دارد و حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش، افراد را مورد حفاظت قرار داده و به آن‌ها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکننده کمتری داشته باشد [۱۱]. حمایت اجتماعی را می‌توان در دو گروه حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده قرار داد [۱۲]. مسئله مهم این است که درک از حمایت‌هایی که دریافت می‌شود از خود خدمات ارائه شده مهم‌تر به نظر می‌رسد و در سه سطح خانواده، دوستان و افراد خاص قابل بررسی است [۱۳]. ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است [۱۴، ۱۵]. در واقع،

حمایت اجتماعی ادراک شده به فرد کمک می‌کند تا وقایع استرس‌زا را بهتر درک کرده و بررسی نماید که چه منابع و راهبردهای مقابله‌ای برای رویارویی با استرس ممکن است وجود داشته باشد. افرادی که با وقایع استرس‌زا مواجه می‌شوند، از طریق تبادل ارزیابی‌ها می‌توانند میزان تهدید آمیز بودن یک واقعه را تعیین کنند و از پیشنهادهای برای اداره آن سود ببرند [۱۶].

با توجه به اینکه پاتولوژی IBS ناشناخته و در حد چند فرضیه باقی مانده است و به دلیل اینکه نشانه‌های عینی و بالینی قابل اعتمادی وجود ندارد و علائم نیز گاهاً برای بیماران قابل توجه و معنا نیستند، سنجش کیفیت زندگی به منظور تعیین اینکه میزان بهبودی و پیشرفت درمانی تا چه حد بوده است و عوامل تأثیرگذار بر کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار کدامند، از اهمیت ویژه و روزافزونی برخوردار می‌باشد [۱۷]. از سوی دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد، ابتلا به بیماری‌های مزمن است؛ بدین جهت هدف از درمان بیماری‌ها، بویژه بیماری‌های مزمن از صرفاً کنترل بیماری و افزایش سلامت افراد، به تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری بر فرایند زندگی بیماران، تغییر یافته است [۱۸]. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات دستگاه گوارش بویژه IBS، تغییر معناداری را در عملکرد حیاتی خود از جمله مشکل در خواب، کاهش سطح انرژی، تغییر در اشتها و وزن بدن گزارش کرده‌اند [۱۹]. همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در مبتلایان به IBS پایین‌تر از جمعیت عمومی است [۲۰] و اغلب نقص در کیفیت زندگی را به شدت علائم و عوامل روان‌شناختی نسبت داده‌اند [۲۱].

علائم گوارشی از قبیل دل‌درد و اختلالات مزاج از شکایات بسیار شایعی می‌باشند که در درمانگاه‌های عمومی و تخصصی به وفور با آن روبرو می‌شویم. بیماری IBS از شایع‌ترین علل این مراجعات می‌باشد. ولی از آنجا که این علائم می‌توانند ناشی از وجود بیماری‌های جدی‌تر از قبیل زخم پپتیک و بیماری‌های التهابی و بدخیمی‌های روده نیز باشند، ذهن پزشکان بیشتر متوجه ضایعات اخیر می‌باشد و چون اعم توجه به بیماری‌های ارگانیک بوده، بیماری IBS به فراموشی سپرده می‌شود.

با توجه به مطالب فوق در باب اهمیت متغیرهای روان‌شناختی در توصیف و تبیین بیماری IBS، هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران IBS می‌باشد تا با شناخت عوامل روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی بیماران، بتوان در کنار علل ساختاری، نقش عوامل روان‌شناختی همچون تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی را در نظر گرفت و از روان‌درمانی به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی استفاده نمود.

روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی و در چارچوب مطالعات همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به IBS است که در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ به یک کلینیک خصوصی و فوق تخصصی گوارش در شمال تهران مراجعه کردند. برای تعیین حجم نمونه از قاعده سرانگشتی

پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران IBS (IBS-QOL-34: IBS Specific Quality of Life Questionnaire)

این پرسشنامه توسط پاتریک و دراسمن طراحی شده و از بهترین ابزارهای موجود برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران IBS است. این ابزار خودگزارشی شامل ۳۴ سؤال می‌باشد و در یک طیف پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه در کشورهایی از قبیل انگلستان، فرانسه و ایتالیا بر طبق فرهنگ آنها مورد بررسی قرار گرفت و روایی ساختاری آن با استفاده از ابزارهای SF-36 و SCL-90 به تأیید رسید [۲۴]. و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شد [۲۵]. در ایران این پرسشنامه توسط ابراهیمی در بانی اعتباریابی گردید و ضریب همسانی درونی آن $(\alpha=0/88)$ بدست آمد و روایی محتوایی آن توسط چند گروه پزشک، روان‌پزشک، روان‌شناس و متخصص همه‌گیری‌شناسی تأیید شد [۲۶].

پرسشنامه چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

این ابزار توسط زیمت و همکاران تهیه شد و مشتمل بر ۱۲ ماده جهت سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع دوستان، خانواده و فرد خاص است [۲۷]. شیوه نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طراحی شده است. یاداو میزان پایایی این پرسشنامه را در نمونه‌های غیربالینی ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ و ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ در نمونه‌های بالینی بدست آورد [۲۸].

شاخص شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر (IBSSI: IBS Severity Index)

این مقیاس توسط فرانسس و همکاران طراحی شد و شامل ۵ بخش است که علائم IBS مثل درد، اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت‌های روزانه زندگی و علائم خارج روده‌ای را با مقیاس شدت بررسی می‌کند [۲۹]. میانگین نمره در هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ می‌باشد. موارد خفیف، متوسط و شدید با نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ تا ۳۰۰ به ترتیب نمایش داده می‌شوند. ضریب همبستگی درونی مقیاس ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ آن ۰/۶۹ گزارش شده است. اگرچه هیچ یک از ابزارهای سنجش شدت علائم IBS به طور کامل تأیید نشده‌اند، ابزار ذکر شده در حال حاضر بهترین ابزار گزارش شده است، که در بیشتر مطالعات مشابه استفاده می‌گردد [۳۰].

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه مورد پژوهش $31/67 \pm 9/25$ سال بود. ۵۶ نفر (۵۰/۹ درصد) مجرد، ۴۸ نفر (۴۳/۶ درصد) متأهل، ۶ نفر (۵/۵ درصد) مطلقه و ۳۲ نفر (۲۹/۱ درصد) دیپلم، ۶۲ نفر (۵۶/۴ درصد) کارشناسی، ۱۶ نفر (۱۴/۵ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. مدت بیماری ۵۷ نفر (۵۱/۸ درصد) زیر یک سال، ۴۰ نفر (۳۶/۴ درصد) یک تا سه سال و ۱۳ نفر (۱۱/۸ درصد) بالای سه سال بود. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. از آنجاکه نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف معنادار نبود ($P > 0/05$),

گراین (۱۰۴+K) استفاده شد که K معرف تعداد متغیرهای پیش‌بین است. با این روش، حجم نمونه را به ۱۱۰ نفر گرد کردیم. بنابراین، تعداد ۱۱۰ بیمار مبتلا به IBS (۷۴ زن و ۳۶ مرد)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ابتلا به IBS بر اساس معیارهای Rome III و با تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش؛ حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۹ سال. ملاک‌های خروج عبارتند از: ابتلا به اختلالات گوارشی ارگانیک که توسط پزشک فوق تخصص گوارش تأیید شده باشد؛ وجود بیماری جسمی حاد؛ بیمارانی که تحت درمان روانپزشکی هستند؛ وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک و سوء مصرف مواد. معیارهای Rome III در سال ۲۰۰۶ برای تشخیص IBS ارائه شدند: درد یا ناراحتی شکمی مزمن به مدت حداقل ۳ روز در ماه، طی ۳ ماه گذشته که با دو تا یا بیشتر از علائم زیر همراه باشد (علائم زیر باید حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص شروع شده باشد):

۱. شروع درد و علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج
۲. شروع درد و علائم همراه با تغییر در قوام مدفوع (اسهال - یبوست)
۳. برطرف شدن درد با اجابت مزاج

ملاحظات اخلاقی

پس از ارائه توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تأکید در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و آزادی شرکت کنندگان جهت خروج از پژوهش، از آنها رضایت نامه کتبی اخذ گردید. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد تا سؤالات پرسشنامه‌ها را به دقت خوانده و پاسخ دهند. این مقاله دارای کد اخلاق ۱۳۹/۸ مصوبه دانشگاه خوارزمی تهران می‌باشد.

برای جمع آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، از ابزارهای زیر استفاده گردید:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)

نسخه اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است [۲۲]. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سؤالی است که جهت شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دو دسته سازگاران شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش و دیدگاه‌گیری، و دسته ناسازگاران شامل ملامت خویش، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و ملامت دیگران تقسیم می‌شود که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند و براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها از ۴ تا ۲۰ بدست می‌آید. حسنی پایایی پرسشنامه را با روش همسانی درونی (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) نشان داد و الگوی ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک بیانگر اعتبار همزمان مناسب آن می‌باشد [۲۳].

حاکمی از آن است که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با ضریب بتای ۰/۴۸۹ پیش‌بین معناداری برای متغیر ملاک بوده است؛ این بدان معنی است که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان توانسته است ۴۸/۹ درصد از واریانس متغیر شدت علائم را تبیین کند. یافته‌های **جدول ۴**، نشان می‌دهد که از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون، بهترین پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده بوده است. بر این اساس، حمایت اجتماعی ادراک شده ۱۳/۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. F مشاهده شده در سطح ($P < 0/01$) معنادار بوده است؛ بنابراین رگرسیون قابل تعمیم به جامعه آماری می‌باشد. یافته‌ها در **جدول ۵**، حاکمی از آن است که حمایت اجتماعی ادراک شده با ضریب بتای ۰/۳۷۱ پیش‌بین معناداری برای متغیر ملاک بوده است؛ این بدان معنی است که حمایت اجتماعی توانسته است ۳۷/۱ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کند.

می‌توان چنین استنباط کرد که توزیع داده‌ها نرمال است. **جدول ۱**، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بیانگر معناداری ضرایب همبستگی بین کلیه متغیرها است. در ادامه، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های **جدول ۲**، نشان می‌دهد که از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون، بهترین پیش‌بینی کننده شدت علائم IBS در گام اول راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و در گام دوم راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بوده است. بر این اساس در گام اول، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، ۵۸/۶ درصد و در گام دوم راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، ۶۲/۴ درصد از واریانس شدت علائم IBS را تبیین می‌کنند.

F مشاهده شده در سطح ($P < 0/01$) معنادار بوده است؛ بنابراین رگرسیون قابل تعمیم به جامعه آماری می‌باشد. یافته‌ها در **جدول ۳**،

جدول ۱: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۱				
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	-۰/۲۰۶*	۱			
کیفیت زندگی	۰/۳۲۵*	-۰/۲۰۶*	۱		
شدت علائم IBS	-۰/۷۳۸**	۰/۷۶۵**	-۰/۳۲۲**	۱	
حمایت اجتماعی	۰/۴۱۶**	-۰/۳۴۱**	۰/۳۷۱**	-۰/۳۸۳**	۱

$P < 0/01$

جدول ۲: ضریب همبستگی گام به گام متغیرهای پژوهش با شدت علائم IBS

شدت علائم	متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی چندگانه تعدیل شده	ضریب F	سطح معناداری
گام اول	راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۰/۷۶۵	۰/۵۸۶	۰/۵۸۲	۱۵۲/۵۷۳	۰/۰۰۱
گام دوم	راهبردهای منفی تنظیم هیجان راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۰/۷۹۰	۰/۶۲۴	۰/۶۱۷	۸۸/۸۰۴	۰/۰۰۱

$P < 0/01$

جدول ۳: ضریب بتا در پیش‌بینی شدت علائم IBS

متغیر پیش‌بین	ضرایب بتای غیر استاندارد	ضرایب بتای استاندارد	ضریب F	سطح معناداری
گام اول				
عدد ثابت	-۱۷۲/۹۳۷	-	۵/۳۰۱	۰/۰۰۱
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۳۱/۱۷۲	۰/۷۶۵	۱۲۳/۵۲	۰/۰۰۱
گام دوم				
عدد ثابت	۱۱۴/۳۹۹	-	۱/۲۴۰	۰/۲۱۸
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۱۹/۹۰۱	۰/۴۸۹	۴/۷۶۹	۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	-۱۱/۷۲۸	-۰/۳۳۹	-۳/۳۱۱	۰/۰۰۱

$P < 0/01$

جدول ۴: ضریب همبستگی گام به گام متغیرهای پژوهش با کیفیت زندگی

متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی چندگانه	ضریب همبستگی چندگانه تعدیل شده	ضریب F	سطح معناداری
گام اول					
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۳۷۱	۰/۱۳۷	۰/۱۲۹	۱۷/۱۹۷	۰/۰۰۱

$P < 0/01$

کیفیت زندگی	ضرایب بتای غیر استاندارد		ضرایب بتای استاندارد	ضریب β	سطح معناداری
	بتا	خطای معیار			
گام اول					
عدد ثابت	۶۴/۱۶۹	۱۰/۴۳۵	-	۶/۱۴۹	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱/۲۳۰	۰/۲۹۷	۰/۳۷۱	۴/۱۴۷	۰/۰۰۱

$P < .01$

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران IBS می‌باشد. در مدل پیش‌بینی شدت علائم IBS، از بین متغیرهای پیش‌بین، فقط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توانست به صورت معناداری متغیر ملاک را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها با پژوهش‌های گراس و جان [۶]، دنولت و همکاران [۳۱]، استفورد و همکاران [۳۲] که نقش تنظیم هیجان را در سلامت جسمانی و روانی تأیید کردند، همسو است.

پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با شدت علائم IBS، رابطه منفی دارد. در تبیین آن می‌توان گفت که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکلات را فراهم آورد. چنانچه یافته‌های پژوهش نیز نشان داد که افراد با کاربرد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (فکر کردن به وقایع مثبت به جای وقایع منفی، تفکر درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن، معنای مثبت بخشیدن به واقعه یا تفسیر واقعه به صورت مثبت و همچنین پذیرش یا کم اهمیت دانستن واقعه منفی یا تأکید بر نسبت آن در مقابل دیدگاه مطلق و کلی)، نسبت به سایر افراد که از این راهبردها استفاده کمتری دارند، از توانایی بالاتری در مقابله با بیماری برخوردارند. در این راستا تحقیقات نشان داده است که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مواجهه با استرس، علاوه بر کاستن از هیجانات منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود [۳۳-۳۵]. بنابراین، استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، تأثیر ارزیابی‌ها و واکنش‌های ذهنی افراد را در مواجهه با حوادث استرس‌زا تعدیل می‌کند و به واکنش‌های شناختی، انگیزشی و رفتاری مناسب در چنین شرایطی منجر می‌شود [۳۶]. از آنجا که بیماران IBS با بیماری به عنوان یک تجربه منفی و استرس‌زا در زندگی خود دست و پنجه نرم می‌کنند، استفاده آنها از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، می‌تواند تأثیر مثبتی در فرآیند مقابله با بیماری داشته باشد؛ به گونه‌ای که داشتن دید مثبت به شرایط با ارزیابی‌ها و خودگویی‌های مثبت و عواطف خوشایند همراه خواهد بود و مانع از غلبه هیجانات و عواطف منفی می‌شود.

در تبیین رابطه مثبت راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با شدت علائم افراد مبتلا به IBS در پژوهش حاضر، می‌توان گفت که استفاده از این راهبردها باعث می‌شود که بیماران با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع بپردازند و بیشتر به ابعاد و جنبه‌های منفی آنها توجه کنند و در نتیجه، ناراحتی و تنیدگی بیشتری را تجربه نمایند. در واقع، استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در بستر

استرس و بیماری ممکن است با کاستن از هیجانات مثبت و حتی افزایش هیجانات منفی، پیامدی چون تشدید علائم و کاهش توانایی مقابله با بیماری را ایجاد نماید. همانطور که تحقیقات پیشین نیز تأکید کرده‌اند، استفاده از راهبردهای منفی همچون نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری، سرزنش خود و دیگران با سطح بالایی از اختلالات هیجانی چون افسردگی، اضطراب و استرس همراه است که می‌تواند بر وضعیت طبی بیماران تأثیر نامطلوب گذارد [۳۷، ۳۸].

در مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران IBS از بین متغیرهای پیش‌بین، فقط حمایت اجتماعی ادراک شده توانست به صورت معناداری متغیر ملاک را پیش‌بینی کند. این نتیجه با نتایج بدست آمده از مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعه پفاندر و همکاران ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بدست آمد [۳۹] و در مطالعه لئونگ و همکاران مشخص گردید که حمایت عاطفی و ابزاری دارای ارتباط مستقیم و معنادار با کیفیت زندگی می‌باشد [۴۰]. همچنین، مطالعه یان و سلیک نشان داد که حمایت اجتماعی، افسردگی و علائم جسمی ۴۴ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت را در بیماران مزمن تشکیل می‌دهند [۴۱]. حمایت اجتماعی دارای ارتباط مستقیم و معناداری با کیفیت زندگی از بُعد جسمانی می‌باشد؛ به گونه‌ای که با افزایش حمایت از سوی منابع مختلف می‌توان از مشکلات جسمانی بیماران کاست. این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی خانواده از بیمار باشد که به بیمار کمک می‌کند تا با تکیه بر خانواده، احساس نماید کسانی هستند که پشتیبان او در شرایط سخت و بحرانی باشند. آنچه مهم است، ادراک این حمایت توسط بیمار می‌باشد؛ بدین معنا که روابط صرفاً منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر اینکه فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند. نظریات حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر روی ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم، کمک و حمایت در دسترس خواهد بود، متمرکز هستند [۴۲]. چنانچه ادراک حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز افراد در زمان درگیری با بیماری‌های مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند [۴۳].

تأثیر متقابل جسم و روان از زمان‌های قدیم بر انسان آشکار بوده است. بررسی سیر تاریخی بیماری‌ها در قرن اخیر، بیانگر تغییر نوع بیماری‌ها، از بیماری‌های عفونی و مسری به بیماری‌های مزمن و غیرعفونی است؛ درحالی‌که، در چند دهه اخیر نوع جدیدتری از بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات روان‌فیزیولوژیایی رواج یافته‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند و این به علت پررنگ‌تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در پیدایش، شیوع و درمان بیماری‌ها بوده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، تأثیر عوامل روان‌شناختی را در بیماری IBS نشان داد؛ حتی امروزه ادعا می‌شود که فنون روان‌شناختی از مسیر اصلاح خلق و هیجان می‌توانند سبب بهبود علائم روده‌ای شوند. بنابراین، تعامل رشته‌های مختلف علمی نظیر پزشکی و روان‌شناسی در درمان بیماری‌ها از جمله درمان IBS باید مورد توجه قرار گیرد. نتایج این پژوهش نشان داد که با افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران، شدت علائم IBS کاهش و کیفیت زندگی در آنها افزایش می‌یابد. همچنین، از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون، بهترین پیش‌بینی کننده برای شدت علائم IBS، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، و برای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده بوده است.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از حمایت‌های دکتر ناصر ابراهیمی دریانی قدردانی کرده و از مشارکت بیمارانی که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچگونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

- Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014;146(1):67-75 e5. doi: 10.1053/j.gastro.2013.09.046 pmid: 24076059
- Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(9):1350-65; quiz 66. doi: 10.1038/ajg.2014.148 pmid: 24935275
- Sundin J, Rangel I, Fuentes S, Heikamp-de Jong I, Hultgren-Hornquist E, de Vos WM, et al. Altered faecal and mucosal microbial composition in post-infectious irritable bowel syndrome patients correlates with mucosal lymphocyte phenotypes and psychological distress. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(4):342-51. doi: 10.1111/apt.13055 pmid: 25521822
- Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264(8):651-60. doi: 10.1007/s00406-014-0502-z pmid: 24705634
- Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia -Soc Behav Sci*. 2010;9:1516-23. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.12.358
- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(2):348-62. pmid: 12916575
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Differences*. 2001;30(8):1311-27. doi: 10.1016/s0191-8869(00)00113-6
- Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers*. 2002;16(5):403-20. doi: 10.1002/per.458
- Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. USA: University of Mississippi Medical Center; 2010. 107-33 p.
- Huang CY, Costeines J, Ayala C, Kaufman JS. Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development. *J Child Fam Stud*. 2014;23(2):255-62. doi: 10.1007/s10826-013-9807-1 pmid: 24653641
- Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. *J Appl Gerontol*. 2016;35(1):84-105. doi: 10.1177/0733464814542465 pmid: 25098251
- Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different Types of Stressful Life Events. *Individ Differences Res*. 2009;7(3).
- Lindebaum D, Geddes D, Gabriel Y. Moral Emotions and Ethics in Organisations: Introduction to the Special Issue.

- J Bus Ethics. 2016;141(4):645-56. doi: 10.1007/s10551-016-3201-z
14. Cai WP, Pan Y, Zhang SM, Wei C, Dong W, Deng GH. Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry Res.* 2017;256:71-8. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.018 pmid: 28624675
 15. Pejičić M, Ristić M, Anđelković V. The mediating effect of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between perceived social support and resilience in postwar youth. *J Community Psychol.* 2018;46(4):457-72. doi: 10.1002/jcop.21951
 16. Hlaing TT. Comparison of Social Networks, Perceived Risk and HIV Risk Behaviors between Older and Younger African Americans Living in High HIV Prevalence Zip Codes of Atlanta, Georgia. 2012.
 17. Monnikes H. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45 Suppl:S98-101. doi: 10.1097/MCG.0b013e31821fbf44 pmid: 21666428
 18. Rothrock NE, Hays RD, Spritzer K, Yount SE, Riley W, Cella D. Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *J Clin Epidemiol.* 2010;63(11):1195-204. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.012 pmid: 20688471
 19. Rezaie A, Buresi M, Lembo A, Lin H, McCallum R, Rao S, et al. Hydrogen and Methane-Based Breath Testing in Gastrointestinal Disorders: The North American Consensus. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(5):775-84. doi: 10.1038/ajg.2017.46 pmid: 28323273
 20. Giannetti E, Maglione M, Alessandrella A, Strisciuglio C, De Giovanni D, Campanozzi A, et al. A Mixture of 3 Bifidobacteria Decreases Abdominal Pain and Improves the Quality of Life in Children With Irritable Bowel Syndrome: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Trial. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51(1):e5-e10. doi: 10.1097/MCG.0000000000000528 pmid: 27306945
 21. Rey E, Garcia-Alonso MO, Moreno-Ortega M, Alvarez-Sanchez A, Diaz-Rubio M. Determinants of quality of life in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2008;42(9):1003-9. doi: 10.1097/MCG.0b013e31815af9f1 pmid: 18719505
 22. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. The Netherlands: DATEC; 2002.
 23. Hasani J. [The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire]. *J Res Behav Sci.* 2011;9(4):229-40.
 24. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(4):999-1007. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.01941.x pmid: 10763950
 25. Tack J, Broekaert D, Corsetti M, Fischler B, Janssens J. Influence of acute serotonin reuptake inhibition on colonic sensorimotor function in man. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;23(2):265-74. doi: 10.1111/j.1365-2036.2006.02724.x pmid: 16393306
 26. Ebrahimi Daryani N. [Standardization of the Questionnaire of Life Quality of Patients with Irritable Bowel Syndrome]. *Govaresh* 42:200-1.
 27. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2
 28. Yadav S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Qual Life Res.* 2010;19(2):157-66. doi: 10.1007/s11136-009-9574-z pmid: 20047029
 29. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther.* 1997;11(2):395-402. doi: 10.1046/j.1365-2036.1997.142318000.x pmid: 9146781
 30. Afshar H, Baharizadeh M, Daghighzadeh H, Masaeli N, Merasy MR, Adibi P. [The Efficacy Of Fluvoxamine On Irritable Bowel Syndrome Severity And Patients'quality Of Life]. *J Res Behav Sci* 2011;9(3):197-205.
 31. Denollet J, Nykliček I, Vingerhoets AJJM. Introduction: Emotions, Emotion Regulation, and Health. Boston: Springer; 2008. 3-11 p.
 32. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res.* 2009;66(3):211-20. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.09.005 pmid: 19232233
 33. Moskowitz J. Emotion and coping: Guilford Publications; 2016.
 34. Liu Y, Wang Z-H, Li Z-G. Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Pers Individ Differences.* 2012;52(7):833-8. doi: 10.1016/j.paid.2012.01.017
 35. Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2012;43(3):931-7. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.009 pmid: 22406495
 36. Gross J. Handbook of emotion regulation: Guilford publications; 2013.
 37. Labus JS, Hubbard CS, Bueller J, Ebrat B, Tillisch K, Chen M, et al. Impaired emotional learning and involvement of the corticotropin-releasing factor signaling system in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2013;145(6):1253-61 e1-3. doi: 10.1053/j.gastro.2013.08.016 pmid: 23954313
 38. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India.* 2000;48(6):589-93. pmid: 11273536
 39. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support. *Clin Ther.* 2015;37(1):39-48. doi: 10.1016/j.clinthera.2014.11.013 pmid: 25592090

40. Leung J, Pachana NA, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology*. 2014;23(9):1014-20. doi: [10.1002/pon.3523](https://doi.org/10.1002/pon.3523) pmid: [24700668](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24700668/)
41. Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurs*. 2004;27(5):389-99. doi: [10.1097/00002820-200409000-00009](https://doi.org/10.1097/00002820-200409000-00009) pmid: [15525867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15525867/)
42. Ghaedi G, Yaghubi H. [Relationship between Perceived Social Support and Dimension of WellBeing in Female and Male Students]. *J Armaghan Danesh*. 2009;13(2):70-81.
43. Behnam Moghadam M, Behnam Moghadam A, Yarian S, Hosseini S, Mohammad Hosseini S. [Predicting the Quality of Life Based on Public Health, Social Support and Self Efficacy in Cardiovascular Patients]. *Armaghan danesh*. 2014;19(7):633-42.
44. Association AP. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]. Tehran: Ravan; 2013. 133-7 p.
45. Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2010;154(4):307-14. doi: [10.5507/bp.2010.046](https://doi.org/10.5507/bp.2010.046) pmid: [21293541](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21293541/)
46. Jones M, Koloski N, Boyce P, Talley NJ. Pathways connecting cognitive behavioral therapy and change in bowel symptoms of IBS. *J Psychosom Res*. 2011;70(3):278-85. doi: [10.1016/j.jpsychores.2010.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.004) pmid: [21334499](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21334499/)