

Explaining Structural Modeling of the Quality of Life Based on Illness Perception, With the Mediating Role of Coping Strategies in The Patients of Irritable Bowel Syndrome

Abolfazl Najarian Nosh-Abadi ¹, Hasan Mirzahoseini ^{2,*}, Nader Monirpour²

¹ PhD student in Psychology, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

ABSTRACT

Background

In the present study, we aimed to explain the model of quality of life based on illness perception and coping strategies in patients with irritable bowel syndrome (IBS).

Materials and Methods:

The research method was descriptive and correlational. The statistical population of the study consisted of all patients with IBS in Kashan. For this purpose, 250 patients were selected via the available sampling method. In order to collect data, Patrick, Drossman et al Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL-34)(1998), Endler, Parker Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)(1990), and Broadbent, Petrie, Main, Weinman illness perception (2006) were used to analyze the data. Explanatory factor analysis and structural equation modeling were used.

Results:

The results (using Amos software) showed that structural equation modeling indexes fit the research data with the theoretical foundation of the study. Models illness perception and coping strategies with quality of life in patients with IBS, directly and indirectly, demonstrated good fitness. In total, structural models (predictor and mediated models) of illness perception and coping strategies explained 28/37 of the variances of quality of life in patients with IBS.

Conclusion:

The results of the structural model showed that there was a significant relationship between illness perception and quality of life with the mediating role of coping strategies.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Quality of life, Illness perception, Coping strategies

Please cite this paper as :

Najarian Nosh-Abadi A, Mirzahoseini H, Monirpour N. Explaining Structural Modeling of the Quality of Life Based on Illness Perception, With the Mediating Role of Coping Strategies in The Patients of Irritable Bowel Syndromes. *Govaresh* 2021;26:149-157.

*Corresponding author:

Hasan Mirzahoseini
Qom, 45 meters from Sadough, ParvaClinic
Tel : + 98 9123519419
Email : Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

Received : 22 Mar. 2021

Edited : 14 Jul. 2021

Accepted : 15 Jul. 2021

بررسی مدل ساختاری تبیین کیفیت زندگی بر اساس ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر

ابوالفضل نجاریان نوش‌آبادی^۱، حسن میرزاحسینی^{۲*}، نادر منیرپور^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

پژوهش حاضر با هدف تبیین کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای انجام شد.

روش بررسی:

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر ساکن کاشان بودند. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری دردسترس شامل ۲۵۰ بیمار انتخاب شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران روده تحریک‌پذیر پاتریک و دراسمن (۱۹۹۸)، مقیاس راهبردهای مقابله برای موقعیت‌های استرس‌زا اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و پرسشنامه ادراک بیماری بردنت، پتریه، مین و وینمن (۲۰۰۶) و به منظور تحلیل داده‌ها مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج با نرم‌افزار ایموس نشان داد که مشخصه‌های برازندگی داده‌های پژوهش با ساختار نظری تحقیق برازش مناسبی دارند. مدل‌های روابط متغیرهای ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی به صورت مستقیم و غیرمستقیم، برازندگی خوبی دارند. در مجموع مدل ساختاری که در آن ادراک بیماری به عنوان متغیر پیش‌بین و متغیر راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیر میانجی وارد مدل شدند، نشان داد که این مدل ۲۸/۳۷ درصد از کیفیت زندگی در میان مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری:

نتایج حاصل از مدل ساختاری نشان داد بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری وجود دارد.

کلیدواژه: سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی، ادراک بیماری، راهبردهای مقابله‌ای

گوارش / دوره ۲۶، شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۰ / ۱۵۷-۱۴۹

* نویسنده مسئول: حسن میرزاحسینی

آدرس: قم، ۴۵ متری صدوق، کلینیک پروا

پست الکترونیک: Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۴/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۴

زمینه و هدف:

اختلالات گوارشی (GI)^۱ از نظر درخواست مشاوره روان پزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه اول را دارند. همچنین در بین اختلالات کارکردی گوارش، سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)^۲ شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات کارکردی قابل شناسایی است. (۲و۱) سندرم روده

1. Gastrointestinal Disorders
2. Irritable bowel syndrome

تحریک‌پذیر یک اختلال کارکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می‌باشد. (۳) سندرم روده تحریک‌پذیر روی بخش بزرگی از جنبه‌های زندگی فردی اعم از جسمانی، روانی و اجتماعی روزانه فرد تأثیر منفی می‌گذارد. از این رو بررسی کیفیت زندگی^۳ در این بیماران می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد غیر بیمار کیفیت زندگی مخربی دارند و در مقایسه با گروه نرمال، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر سه برابر بیشتر غیبت از کار دارند. (۴) منظور از کیفیت زندگی عموماً رضایت کلی فرد از زندگی و احساس بهزیستی مرتبط با جنبه‌های جسمی، روانی، هیجانی و اجتماعی عملکرد فرد است. شاید بتوان گفت عدم وجود مدل‌های واضح سبب شناسی و روش‌های درمانی موثر، در کنار ناتوانی‌های جسمی و پیامدهای روانشناختی سندرم روده تحریک‌پذیر، شواهدی هستند که نشان می‌دهد این بیماری تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی دارد. (۵) امروزه با توجه به مطالعات متعددی که در مورد سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته، همچنان پاتولوژی آن ناشناخته و در حد

3. Quality of Life

شناختی و هیجانی از بیماری است، توجه زیادی شده است (۱۴). بر اساس نظریه‌ی عقل سلیم که توسط لونتال و همکاران ارائه و بعدها به مدل خودگردانی معروف شد، هنگام روبه رو شدن با یک تهدید مرتبط با سلامتی، فرد در تلاش برای فهم آن، خود را در معرض تعدادی سوال قرار می‌دهد. سوال‌ها در مورد مفهوم بیماری، دلایل، پیامدها، طول مدت، کنترل پذیری، ماهیت و پاسخ هیجانی به آن است. نوع پاسخ افراد به این سوال‌ها و ارزیابی شخصی آن‌ها می‌تواند به طور مستقیم یا از طریق راهبردهای مقابله‌ای بر سازگاری زیستی-روانی-اجتماعی آنها تاثیر بگذارد (۱۵). این درک یا بازنمایی از بیماری لزوماً علمی یا از نظر پزشکی معتبر نیست اما از طریق تجربیات شخصی (مانند علائم جسمی و هیجانات)، تاثیرات اجتماعی و یا تعامل با ارائه دهندگان خدمات سلامت شکل می‌گیرد. به نظر می‌رسد که افراد به روش‌هایی که هماهنگ با بازنمایی خودشان از بیماری است خطر مرتبط با سلامتی‌شان را کاهش و یا رفتارهای مرتبط با سلامتی‌شان را تغییر می‌دهند (۱۶). تاکنون تعدادی از تحقیقات نقش ادراک بیماری را در پیش‌بینی ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن تایید کرده است (۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است که ادراک بیماری با آشفتگی‌های هیجانی، علائم خلقی و افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی پایین رابطه دارد (۲۴-۱۸).

ابعاد مختلف ادراک از بیماری پویا است و تفاوت‌های فردی در ادراک بیماری، بر انتخاب راهبردهای مقابله‌ای، تاثیرگذار است. در نظریه خودتنظیمی، رفتار به طور قابل ملاحظه‌ای از هیجانات و تجارب ذهنی بیمار تاثیر می‌پذیرد. رفتار، وابسته به: ادراک بیمار از وضعیت فعلی و وضعیت هدف، طرح بیمار برای تغییر وضعیت موجود برای رسیدن به هدف (راهبردهای مقابله‌ای) و ارزیابی بیمار در پیشرفت برای رسیدن به هدف است. اگر اهداف به دست نیایند بیمار ممکن است، ادراکش (پرچسب زدن) یا وضعیت مقابله‌اش را تغییر دهد. راهبردهای مقابله تحت تاثیر ابعاد ادراک بیماری (مثل تهدیدات ادراک شده، برچسب زدن به علائم) است (۲۷-۲۵). عواطف منفی و کیفیت زندگی پایین زمانی ایجاد می‌شوند که بیماری به صورت تهدید ارزیابی گردد و در کارآمدی راهبردهای مقابله تردید وجود داشته باشد در پی عدم کارآمدی راهبردهای مقابله، میزان استرس افزایش یافته و هیجان‌هایی نظیر افسردگی و اضطراب تداوم می‌یابند و کیفیت زندگی را متاثر می‌کند. مطالعات گذشته نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای بین ادراک بیماری با افسردگی و استرس و کیفیت زندگی در بیماری‌های کرونر قلبی، سکنه قلبی و مغزی، بیماری التهابی روده، و ام‌اس تایید کرده‌اند. بنا بر توضیحات داده شده مواجهه شدن با استرس ناشی از بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، بسیار ناراحت کننده بوده و بیمار برای بازگشت به وضعیت نرمال و کنترل علائم ناراحت کننده، به راهبردهای مقابله‌ای ناچار می‌شود. به نظر انتخاب راهبردهای مقابله‌ای تحت تاثیر ادراک بیماری می‌باشد و درک بیمار از بیماری یکی از عوامل موثر در تنوع انتخاب راهبرد مقابله‌ای به عوامل استرس‌زا و نشانه‌ها می‌باشد که کیفیت زندگی را هم متاثر می‌کند. بنابراین نقش ادراک فرد و راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی، پررنگ می‌باشد. به طور کلی مساله اصلی این پژوهش بررسی مدل ساختاری تبیین کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای بعنوان عوامل روانشناختی بحث برانگیز در بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر است.

چند فرضیه باقی مانده است و به دلیل اینکه نشانه‌های عینی و بالینی قابل اعتمادی وجود ندارد و علائم نیز گاهی برای بیماران قابل توجیه و معنا نیستند، سنجش کیفیت زندگی به منظور تعیین اینکه میزان بهبودی و پیشرفت درمانی تا چه حد بوده است و کدامیک از کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی روزانه فرد مختل شده است، از اهمیت ویژه و روزافزونی برخوردار است (۲۶).

افراد مختلف در برابر بیماری‌های مزمن واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. راهبرد مقابله‌ای^۱ افراد مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به کار می‌رود تا رنج ناشی از آن کاسته شود (۸). از دیدگاه فولکمن و لازاروس، مقابله پدیده‌ای پویا است که از یک سو وضعیت کنش‌های شناختی و عاطفی فرد را در مواجهه با عناصر تنیدگی‌زا یا پیامدهای ناشی از آن‌ها و از سوی دیگر، مهار نیازهای درونی و انتظارهای بیرونی خاص را، به ویژه هنگامی که نیازها فراتر از توان فرد هستند و قابلیت‌های او را به چالش می‌طلبند، نشان می‌دهد (۹). بر این اساس راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و سازمان‌یافته، پیامدهای مثبت و طولانی‌مدت دارند. به این ترتیب که تنش به وسیله تلاش‌های فرد کاهش می‌یابد و به دنبال آن سطح عزت نفس و مهارت وی افزایش می‌یابد و سلامت فرد تامین می‌شود. اندلر و پارکر^۲ افراد را بر حسب سه نوع اساسی راهبردهای مقابله‌ای مجزا می‌سازند، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌مدار و اجتنابی. راهبردهای مسئله‌محور، راهبردهایی را در برمی‌گیرند که در آن‌ها فرد به جست‌وجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی، محاسبات و اولویت دادن به حل مسئله می‌پردازد. راهبردهای هیجان‌محور شیوه‌هایی را در برمی‌گیرد که در آن فرد به جای حل مسئله خود، تلاش می‌کند احساسات ناخوشایند خویش را کاهش دهد. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور شامل عصبی و ناراحت شدن، گریه کردن، عیب‌جویی و اشتغال ذهنی است راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، رفتارهایی را شامل می‌شود که بیشتر از نوع اجتناب و فرار از موقعیت پراسترس است مثل انزوا، پرت کردن حواس خود با تکالیف یا موقعیت‌های دیگر یا مشغول شدن با تفریح‌های دسته جمعی به منظور کاهش استرس (۱۱).

دراسمن و همکاران^۳ با استفاده از پرسشنامه روش‌های مقابله (WCQ)^۴ نشان دادند بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و دیگر اختلالات کارکردی گوارش از ارزیابی‌های مثبتی همانند بیماران مبتلا به اختلالات ارگانیک استفاده نمی‌کنند (۱۲). بنابراین راهکارهای مقابله‌ای می‌تواند در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ناکارآمد باشد و بیماران اغلب از راهکارهای مقابله‌ای نامناسبی استفاده می‌کنند. در ارتباط با مقابله با استرس بیماری در چارچوب مدل خودتنظیم‌گری لونتال، بیماران به مقابله با تهدید ادراک شده برانگیخته می‌شوند. آنها در مراحل مختلف بیماری پاسخ‌های مقابله مختلفی از خود بروز می‌دهند. موس^۵ عنوان کردند بیماری جسمانی باعث تغییراتی می‌شود که می‌تواند به عنوان یک بحران^۶ مفهوم سازی شود (۱۳).

در تحقیقات سلامت، به مفهوم ادراک بیماری که به معنای بازنمایی

1. Coping strategies
2. Endler & Parker
3. Drossman et al
4. Ways of Coping Questionnaire
5. Moos
6. crisis

روش بررسی

این پرسشنامه سه سبک مقابله‌ای اجتنابی، مسئله‌محور و هیجان‌محور را نشان می‌دهد. این آزمون کاملاً بر اساس سازه‌های نظریه راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۱)، تدوین گردیده است و روایی آن به روش محتوایی و سازه مورد تایید می‌باشد. همسانی درونی خرده مقیاس‌های آزمون به روش آلفا کرونباخ در پژوهش حسینی دولت آبادی و همکاران برای راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور ۰/۶۴، برای راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور ۰/۶۷ و برای راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی ۰/۵۷ گزارش شده است. (۳۶) همچنین در پژوهش حاضر پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است.

پرسشنامه ادراک بیماری: پرسشنامه ادراک بیماری توسط بردبنت، پتیره، مین و وینمن^۷ (۲۰۰۶) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۹ گویه می‌باشد، سؤال‌ها به ترتیب پی‌آمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی هم‌زمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ می‌باشد. هم‌چنین همبستگی نمرات زیر مقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. (۳۷) در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمده است.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد ۶۲/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش زن و ۳۷/۶ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش مرد می‌باشند و ۴۳/۲ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش در فاصله سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۱۴/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش در فاصله سنی ۲۶ تا ۳۵ سال، ۲۶/۰ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش در فاصله سنی ۳۶ تا ۴۵ سال، ۱۲/۰ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش در فاصله سنی ۴۶ تا ۵۵ سال و ۴/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش در فاصله سنی بیشتر از ۵۵ سال بودند. میانگین داده‌های کیفیت زندگی ۱۱۲/۹۱، ادراک بیماری ۴۴/۰۵، راهبرد مقابله اجتنابی ۲۰/۸۶، راهبرد مقابله مسئله‌محور ۱۶/۹۵ و مقابله‌ی هیجان‌مدار ۲۲/۲۷ بدست آمده است.

برای سنجش پایایی متغیرهای کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ادراک بیماری از آلفای کرونباخ^۸ و پایایی کامپوزیت^۹ استفاده شده است. آلفای کرونباخ متغیر کیفیت زندگی ۰/۷۹، راهبردهای مقابله‌ای ۰/۸۱ و ادراک بیماری ۰/۷۶ به دست آمد. پایایی کامپوزیت کیفیت زندگی ۰/۷۷، راهبردهای مقابله‌ای ۰/۷۸ و ادراک بیماری ۰/۷۴ به دست آمد. مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی کامپوزیت نشان می‌دهند که متغیرهای تحقیق از پایایی مناسبی برخوردار هستند. در ادامه آزمون همبستگی متغیرهای پژوهش، نشان داد بین کیفیت زندگی با ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری وجود دارد (لازم به ذکر است که نمره بالاتر در ابزار کیفیت زندگی در این پژوهش به معنای وضعیت بدتر در کیفیت

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی و به روش همبستگی است. در بررسی داده‌ها از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. جامعه آماری مطالعه کلیه مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر ساکن کاشان بودند. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده است که شامل تمامی بیمارانی است که در بازه‌ی زمانی زمستان سال ۹۸ و نیمه دوم بهار و نیمه اول تابستان ۹۹ به درمانگاه تخصصی بوعلی کاشان و درمانگاه ویژه مرکزی اخوان مراجعه کرده‌اند و ضمن پذیرش داوطلبانه، دارای ملاک‌های ورود و خروج نیز بودند. به این ترتیب، ۲۶۳ بیمار وارد مطالعه شدند که ۱۳ آزمودنی پرسشنامه‌ها را ناقص تکمیل کردند که از مطالعه حذف شدند بنابراین حجم نمونه شامل ۲۵۰ بیمار انتخاب شد (نرخ بازگشت پرسشنامه^۲ ۹۶/۱۵ درصد). معیارهای ورود به تحقیق تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش یا داخلی بر اساس معیار تشخیصی ROM III، رضایت بیمار برای پاسخ به پرسشنامه، قرار داشتن در بازه سنی ۶۰-۱۸ سال، و داشتن سواد کافی برای پاسخ به پرسشنامه و معیارهای خروج از تحقیق وجود بیماری جسمی حاد دیگر و وجود اختلال عمده روانپزشکی دیگر همراه سندرم روده تحریک‌پذیر با تشخیص روانشناس بالینی بود.

ابزار سنجش متغیرها

کیفیت زندگی: به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران روده تحریک‌پذیر^۳ (IBS-QOL-۳۴) که توسط پاتریک و دراسمن^۴ و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است (۳۳)، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال و ۸ زیر مقیاس دارد که در یک طیف ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، تاحدی، زیاد، شدید) نمره‌گذاری می‌شود. کمینه و بیشینه نمرات ۳۴ و ۱۷۰ است. با توجه به نحوه سؤالات پرسشنامه نمرات کمتر نشانگر کیفیت زندگی بالاتر است. ضریب همسانی درونی آن برابر با ۰/۹۶ بدست آمده است. این پرسشنامه توسط ابراهیمی دریانی در ایران اعتباریابی شده است. (۳۴) در اعتبار سنجی ضریب همسانی درونی آن برابر با ۰/۸۸ بدست آمده است. روایی محتوایی آن توسط چند گروه پزشکی، روان پزشکی، روان شناسی و همه گیر شناسی، در ایران تأیید شده است. پایایی پرسشنامه در این پژوهش نیز مورد بررسی قرار گرفت با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: به منظور سنجش راهبردهای مقابله‌ای از فرم کوتاه مقیاس راهبردهای مقابله برای موقعیت‌های استرس‌زا (CISS-21)^۵ استفاده شد. فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس توسط اندلر و پارکر^۶ (۱۹۹۰) ساخته شده است. (۱۱) این آزمون از ۲۱ ماده تشکیل شده است و یک ابزار معتبر برای ارزیابی راهبردهای مقابله در نمونه‌های بزرگسال مبتلا به انواعی از بیماری‌های مزمن است. (۳۵) هر سؤال بر اساس ۵ مقیاس درجه‌بندی لیکرتی هرگز «۱»، به ندرت «۲»، گاهی «۳»، اغلب «۴»، خیلی زیاد «۵» نمره‌گذاری می‌شود. شیوه

۱. وقفه‌ی ایجاد شده در مطالعه، بعثت شرایط خاص شیوع کرونا بوده است.
۲. Response Rate
۳. Quality of Life Questionnaire (QOL-34)
۴. Patrick, Drossman
۵. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)
۶. Endler, Parker

7. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J
8. Cronbach's alpha
9. Composite Reliability (CR)

به پزشک و به تبع آن تشخیص بیشتر این بیماری در زنان شده باشد. هدف از این مطالعه بررسی رابطه ادراک بیماری، و روش‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. یافته‌های این پژوهش ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی را در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد تأیید قرار داد. به عبارت دیگر ادراکات منفی‌تر نسبت به بیماری به طور کلی با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است. نقش ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر همسو با نتایج محققانی چون راتر و همکاران^۸ بود که تأثیر ادراک بیماری بر پیامدهای بیماری در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر را نشان دادند و در مطالعه دیگر، تافت و همکاران^۹ نقش ادراک بیماری در کیفیت زندگی را موثر گزارش نموده‌اند.^{۳۹} جمع بندی کلی از مرور متون مربوط به این دو مطالعه نشان می‌دهد که ادراک بیماری به عنوان پیش‌بینی کننده پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی، موثر می‌باشد. همچنین در تحقیق نولز^{۱۰} و همکاران به این نتیجه رسیدند که درک بیماری در بزرگسالان مبتلا به دیابت به طور مستقیم بر کیفیت زندگی، کنار آمدن ناسازگار، خودکارآمدی و علائم اضطراب تأثیر می‌گذارد.^{۴۰} علاوه بر این، نتایج تحقیقات قربانی‌نیا و همکاران، بارتلس و همکاران، تینزما، میکلیوریتی در مبتلایان به انواع مختلفی از بیماری‌های مزمن، همسو با نتایج این مطالعه بدست آمده است.^{۲۴-۲۲، ۳۰} وجود رابطه بین بازنمایی‌های شخصی از بیماری و کیفیت زندگی بیماران مزمن بر اساس نظریه‌ی خودگردانی لونتال است. این دیدگاه افراد را حل‌کننده‌های مشکل فعالی می‌داند که در پاسخ به بیماری یا سایر تهدیدهای جسمی، بازنمایی‌های شناختی و هیجانی همزمان با هم شکل می‌دهند. این بازنمایی‌های شناختی شامل تعداد و تجربه‌ی علائم واقعی‌ای است که به عنوان بخشی از بیماری در نظر گرفته می‌شود و نیز برجسته‌ی انتزاعی‌ای که به آن داده می‌شود (شناخت بیماری). همچنین انتظارات در مورد طول مدت احتمالی بیماری (خط زمانی) باور در مورد پیامدهای جسمی، اجتماعی و هیجانی (پیامدها)، ادراکات در مورد میزان قابلیت درمان یا کنترل آن و نیز باور در مورد دلایل بیماری را هم در برمی‌گیرد. این بازنمایی‌های به هم پیوسته‌ی بیماری چارچوبی مفهومی برای بیمار ایجاد می‌کند که از طریق آن توصیه‌های مراقبان سلامتی را پردازش و این امر، به نوبه‌ی خود سازگاری نسبت به بیماری را تعیین می‌کند.^{۴۱} هنگامی که بیمار به طولانی بودن مدت بیماری و درمان ناپذیری آن معتقد باشد احساس درماندگی کرده، از پذیرفتن درمان امتناع می‌کند و با عدم بهبودی روبرو می‌شود یا وقتی عواقب سختی را برای بیماریش متصور شده درک صحیحی از ماهیت آن نداشته و پیوسته نگران وضعیت خود است، با افزایش اضطراب نسبت به سلامتی مواجه می‌شود. از آنجا که اضطراب نقش تأیید شده‌ای در تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر دارد، کاهش کیفیت زندگی بیمار نیز دور از انتظار نیست. تلقی بیمار از علت ایجاد بیماری نیز حائز اهمیت است؛ بیماری که خوردن نوع خاصی از غذا یا ترکیب غذایی یا مقدار مشخصی از غذا را از علل بروز بیماری خود می‌داند از خوردن غذا اجتناب می‌کند و در بسیاری از موارد از این که مجبور به انجام چنین کاری است

8. Rutter CL, Rutter DR.
9. Taft TH et al.
10. Knowles

زندگی فرد است). همچنین، بین ادراک بیماری با راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0.05$).

در راستای بررسی روابط ساختاری متغیرهای مورد مطالعه از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. البته قبل از آن پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کلموگراف اسمیرنف^۱ ارزیابی شد که یافته‌های بدست آمده نشان می‌دهد مقدار سطح معناداری در متغیرهای کیفیت زندگی، ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای بالاتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($p > 0.05$). این مدل شامل سه متغیر مکنون شامل کیفیت زندگی، ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای است که هر کدام از آنها از مجموعه سولاتی (متغیرهای مشاهده‌پذیر) تشکیل شده است. بار عاملی بین سولات و متغیرهای مکنون کیفیت زندگی، ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای بالاتر از ۰/۴ است. بنابراین نتیجه می‌گیریم سولات متغیرهای تحقیق که برای آن سازه به کار برده‌ایم به خوبی متغیر مکنون را سنجیده است (شکل ۱). شکل ۱ الگوی تأیید شده تحلیل مسیر برای کیفیت زندگی در هر مسیر و معناداری آنها را نشان می‌دهد. با توجه به شکل ۱، ادراک بیماری، با ضریب تأثیر (۰/۳۲) قادر است ۳۲ درصد از تغییرات ادراک بیماری را به‌طور مثبت و معناداری تبیین کند و راهبردهای مقابله‌ای با ضریب تأثیر (۰/۳۸) قادر است ۳۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را به‌طور مثبت و معناداری تبیین کند. در جدول ۱ شاخص‌های برازندگی مدل گزارش شده است. مقدار برازش p برای مدل در حد مطلوب (برزگتر از ۰/۰۵) است و مقدار شاخص برازندگی تطبیقی^۲، شاخص تاکر لوییس^۳، شاخص برازندگی^۴، شاخص نرم شده برازندگی^۵، شاخص برازندگی فزاینده^۶ در حد مطلوب (برزگتر از ۰/۹۰) است و مقدار شاخص برازندگی ریشه دوم برآورد واریانس خطا^۷ برای مدل در حد مطلوب (بین ۰/۰۵ تا ۰/۱) است. بنابراین ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر می‌گذارد. در مجموع مدل ساختاری که در آن ادراک بیماری به عنوان متغیر پیش‌بین و متغیر راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیر میانجی وارد مدل شدند، نشان داد که این مدل ۲۸/۳۷ درصد از کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر را تبیین می‌کند.

بحث

نرخ بازگشت پرسنل‌ها ۹۶/۱۵ درصد بود که نشان از شخصیت همراه شونده این بیماران در پژوهش است. حدود ۱۹ درصد آزمودنی‌ها، شیوع بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر را بین اعضای خانواده گزارش داده‌اند که شاید یکی از دلایل این مسئله تجربه فراز و نشیب‌ها در زندگی خانوادگی و پاسخ مشابه اعضای خانواده به استرس ناشی از این رویدادها یا وضعیت‌ها باشد. مشخصات زمینه‌ای بیماران مورد مطالعه نشان داد که شغل بیشتر خانم‌های مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، خانه‌داری بوده است. این امر شاید به دلیل توجه بیش از حد این قشر از افراد به علائم سندرم روده تحریک‌پذیر باشد که منجر به مراجعه بیشتر این بیماران

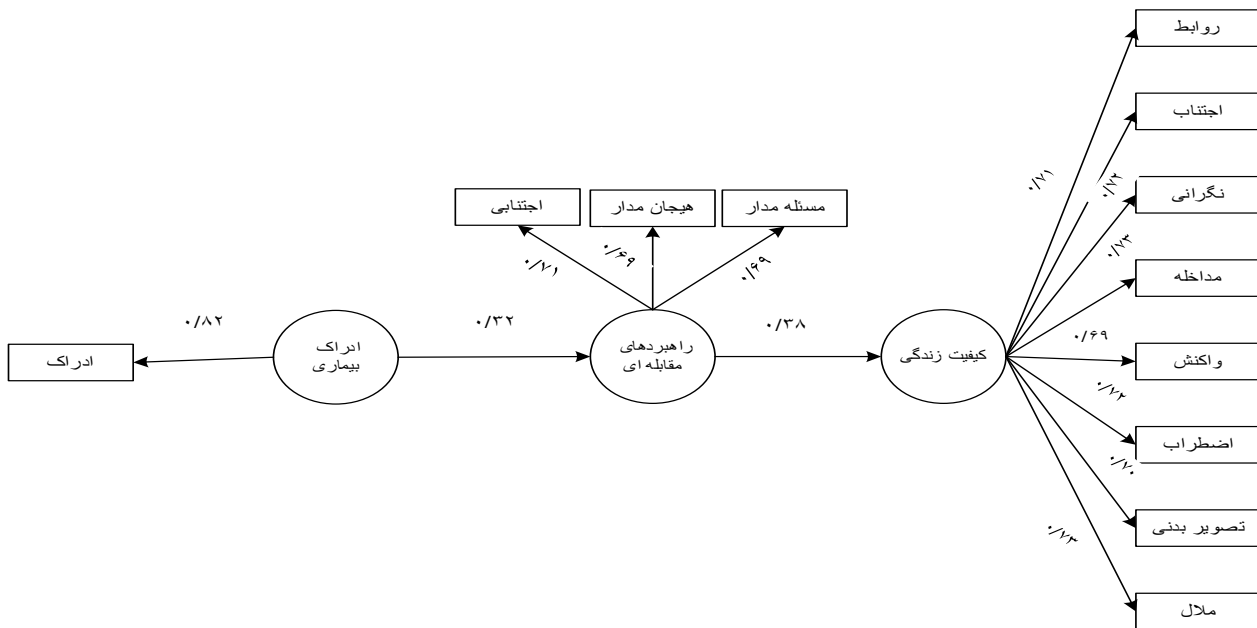
1. Kolmogorov-Smirnov
2. comparative fit index (CFI)
3. Tucker-Lewis index (TLI)
4. Goodness-of-fit statistic (GFI)
5. Normed-fit index (NFI)
6. Incremental fit indices
7. Root mean square error of approximation (RMSEA)

جدول ۱: شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری کیفیت زندگی بر اساس ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای

شاخص	حد مطلوب	مقدار برازش شده
مقدار p برای مدل	$> 0/05$	0/17
شاخص برازندگی تطبیقی	$> 0/95$ ؛ عالی؛ $> 0/90$ خوب	0/907
شاخص تاکر لوییس	$> 0/90$	0/934
شاخص برازندگی	$> 0/90$	0/918
شاخص نرم شده برازندگی	$> 0/90$	0/930
شاخص برازندگی فزاینده	$> 0/90$	0/952
ریشه دوم براورد واریانس خطا	$< 0/05$ ؛ عالی؛ $0/05$ تا $0/1$ خوب	0/671

جدول ۲: نتایج مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم تحقیق

مسیر	آماده	سطح معنادار
مستقیم	ادراک بیماری به راهبردهای مقابله‌ای	0/32
مستقیم	راهبردهای مقابله‌ای به کیفیت زندگی	0/38
غیرمستقیم (سویل)	ادراک بیماری به کیفیت زندگی با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای	0/13



شکل ۱: تحلیل مسیر با ضرایب استاندارد کیفیت زندگی بر اساس ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای

از راهبردهای مقابله‌ای منفی (هیجان مدار و اجتنابی) با کیفیت زندگی پایین وجود دارد. رابطه مثبت بین راهبردهای مقابله‌ای منفی (هیجان مدار و اجتنابی) با کیفیت زندگی بدین معنی است که هرچه مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقابله با فشار و مشکلات زندگی از شیوه هیجانی و ناسازگاری استفاده کنند، میزان کیفیت زندگی در آنها کمتر خواهد بود. همخوان با مطالعه ی حاضر، دراسمن و همکاران^۱ با هدف مطالعه راهبردهای مقابله‌ای در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دادند بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و دیگر اختلالات کارکردی گوارش از ارزیابی‌های مثبتی همانند بیماران مبتلا به اختلالات ارگانیک (مانند بیماری اسید پپتیک، بیماری‌های

احساس ناراضی می‌کند. اعتقاد به عدم کنترل روی بیماری نیز می‌تواند باعث محدود شدن فعالیت‌های بیمار شود که این به معنای تداخل بیماری با فعالیت‌های روزانه فرد است. یکی از تبیین‌های دیگر در مورد نقش ادراک از بیماری ناظر بر مفهوم امیدواری است. مولفه‌های متعدد ادراک بیماری از جمله انتظارات فرد از آینده‌ی بیماری، طول مدت، قابلیت کنترل و نیز قابلیت درمان آن به نوعی می‌توانند میزان امیدواری یا ناامیدی فرد از شرایط پیش روی خود را تعیین کند. در مطالعه‌ای، پلاهوتا و همکاران با بررسی نقش مفهوم امیدواری در سلامت جسمی و روحی افراد به این نتیجه رسیدند که ناامیدی هم با بهزیستی روان شناختی و هم جسمانی رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد. (۴۲) همچنین در پژوهش حاضر ارتباط مستقیم و معناداری بین استفاده

1 Drossman et al.

طبق دیدگاه خودگردانی، ادراک بیماری با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند بر بهزیستی فرد و در نتیجه کیفیت زندگی او تاثیر بگذارد. در واقع بازنمایی‌های بیماری به طور مستقیم به راهبردهای مقابله‌ای مرتبط است و از طریق آن به مواردی مانند ناتوانی، خلق و وضعیت اجتماعی (که همه مولفه‌هایی از کیفیت زندگی هستند) ارتباط می‌یابد. (۱۷) بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماری خود را فاجعه بار تصور می‌کنند و به دنبال آن از راهبردهای مقابله‌ای منفی بیشتر برای مقابله با استرس‌های ناشی از بیماری استفاده می‌کنند، و بطور کلی میزان کیفیت زندگی پایین‌تری پس از تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر در این مبتلایان دیده می‌شود.

در ارتباط با مقابله با استرس بیماری در چارچوب مدل خودتنظیم‌گری لونتال، بیماران به مقابله با تهدید ادراک شده برانگیخته می‌شوند. آنها در مراحل مختلف بیماری پاسخ‌های مقابله‌ای مختلفی از خود بروز می‌دهند. موس عنوان کردند بیماری جسمانی باعث تغییراتی می‌شود که می‌تواند به عنوان یک بحران مفهوم سازی شود. در هر حال مطابق با نظریه مقابله با بحران بیماری جسمانی، افراد بیماری را ارزیابی می‌کنند و سپس یکی از روشهای مقابله را مورد استفاده قرار می‌دهند. البته، همه ی افراد به شیوه یکسان به بیماری پاسخ نمی‌دهند. (۱۳) در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر به علت غیر قابل پیش بینی بودن بیماری، مزمن بودن و کاهش کنترل روده، می‌تواند ادراک منفی از بیماری را در این بیماران موجب شود. بنا بر توضیحات داده شده مواجه شدن با استرس ناشی از بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، بسیار ناراحت کننده بوده و بیمار برای بازگشت به وضعیت نرمال و کنترل علائم ناراحت کننده، به راهبردهای مقابله‌ای ناچار می‌شود. به نظر انتخاب راهبردهای مقابله‌ای تحت تاثیر ادراک بیماری می‌باشد و درک بیمار از بیماری یکی از عوامل موثر در تنوع انتخاب راهبرد مقابله‌ای به عوامل استرس‌زا و نشانه‌ها می‌باشد که کیفیت زندگی را هم متاثر می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که مهمترین محدودیت وضعیت بحرانی شیوع ویروس کرونا بود که در دعوت از افراد نمونه برای ورود به مطالعه تاثیرگذار بود. این پژوهش بر روی بیماران شهر کاشان و به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی انجام گرفته، بنابراین در تعمیم این یافته به جامعه‌های دیگر بایستی احتیاط شود. همچنین تاثیر ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی، جنسیت، طول مدت ازدواج و سن ازدواج مورد بررسی قرار نگرفته است و اثرات این متغیرها کنترل نشده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و متغیرهای مداخله‌گر مدنظر قرار بگیرد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و شخصیت همراه‌شونده این بیماران (با توجه به نرخ بازگشت پرسشنامه‌ها) که احتمال پاسخ مثبت به حضور در کارگاه‌های دانش-افزایی را افزایش می‌دهد، طراحی برنامه‌های مبتنی بر ادراک صحیح بیماری و همچنین آموزش انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، در جهت بهبود کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

از پزشکان فوق تخصص کبد و گوارش و متخصصان بیماری‌های داخلی کاشان و مدیریت و پرسنل درمانگاه تخصصی بوعلی کاشان و درمانگاه ویژه مرکزی اخوان و همچنین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که در پژوهش حاضر شرکت کردند و کلیه عزیزانی که ما را در این مطالعه یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

پانکراس- صفاوی) استفاده نمی‌کنند. (۱۲) همچنین جونز و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اتکای بیشتری بر راهکارهای مقابله‌ای منفعل دارند و سطوح بالاتری از آشفتگی روان‌شناختی را نیز تجربه می‌نمایند. (۴۳) در مطالعه‌ای دیگر، خرامین و همکاران نقص در شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران ایرانی مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را گزارش کرده اند. (۴۴) بنابراین راهکارهای مقابله‌ای می‌تواند در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ناکارآمد باشد و بیماران اغلب از راهکارهای مقابله‌ای نامناسبی استفاده می‌کنند. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر احتمالاً حس نمی‌کنند که در کنترل علائم موفق هستند و می‌توانند علائم را کاهش دهند، که این نشان می‌دهد راهکارهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کارایی کمتری دارد. در ادامه نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که رابطه معکوس و معنی‌داری بین سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار با کیفیت زندگی پایین در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر وجود دارد؛ بدین معنی که هرچه افراد در کنار آمدن با مشکلات زندگی با تفکر منطقی و سازگارتر برخورد دارند و در حل مسائل، برنامه ریزی مناسب‌تری داشته باشند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند بود؛ راهبردهای مقابله‌ای مساله‌محور گزینه‌های متعددی را در اختیار فرد قرار می‌دهد تا در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌آور از آن استفاده کنند و پیامدهای مثبت همچون افزایش عاطفه مثبت را تجربه نمایند. به عبارت دیگر، وقتی افراد در برابر رویدادهای استرس‌آور مجهز به راهبردهای متنوعی همچون دریافت حمایت اجتماعی، چهارچوب‌دهی مجدد، جستجوی معنی و سایر راهبردهای مساله‌محور هستند، باعث می‌شود که از شدت تنش‌های ادراک‌شده کاسته شود و فرد علیرغم وجود دشواری‌های تنش‌زا، تعادل و انعطاف‌پذیری خود را حفظ کند. فرد با بکارگیری راهبردهای مساله‌مدار به تناسب موقعیت و واقع بینی از توانایی‌های خود و طلب حمایت اجتماعی و پردازش شناختی جهت حل مطلوب مساله، نتیجه نسبتاً دلخواهی را تجربه می‌کند که این موجب تداوم و تقویت هیجانات مثبت و تنظیم مقتدرانه و آگاهانه آن را به دنبال دارد. این فرایند پس‌خوراندی مثبت حوزه‌های اساسی زندگی فرد را غنی‌تر می‌کند و کیفیت زندگی فرد را بالا می‌برد. هرچه بیماران بیماری خود را قابل کنترل بدانند بیشتر از مقابله متمرکز بر مساله استفاده می‌کنند؛ در غیر اینصورت، به مقابله‌ای متمرکز بر هیجان روی می‌آورند. همچنین در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر نیز هر چه بیشتر بتوانند به صورت منطقی با بیماری خود برخورد کنند و به جای بزرگ نمایی بیش از حد بتوانند از روش مقابله مساله‌مدار استفاده کنند میزان کیفیت زندگی بالاتری را نشان خواهند داد.

علاوه بر این بر اساس نتایج بدست آمده از مدل کلی تحقیق ضریب مسیر اثر ادراک بیماری بر راهبردهای مقابله‌ای ۰/۳۲ و راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر برابر ۰/۳۸ است. با توجه به این نتایج فرضیه صفر با ۹۵ درصد اطمینان رد می‌شود؛ یعنی بین کیفیت زندگی بر اساس ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه معناداری وجود دارد و ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر می‌گذارد. که این یافته‌ها همسو با نتایجی است که توسط قربانی‌نیا، منیرپور و مدرس (۳۰) بدست آمده است که گزارش کرده‌اند که ادراک بیماری با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای بر افسردگی در مبتلایان به بیماری التهابی روده اثر می‌گذارد.

REFERENCES:

- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377-90.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- Owyang CH. Irritable Bowel Syndrome. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed. Usa: *McGraw-Hill Companies Inc perss*:2012:2496-501.
- Ljótsson B, Hedman E, Lindfors P, Hursti T, Lindfors N, Andersson G, et al. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2011;4:58-61
- Morales-Gonzales J, Benito-Leon J, Rivera-Navarro J, Mitchell AJ, Group GS. A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: the GEDMA study. *Mult Scler* 2004;10:47-54.
- Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther* 2002;24:675-89.
- Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, et al. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2002;97:962-71.
- Fukudo S, Nomura T, Muranaka M, Taguchi F. Brain-gut response to stress and cholinergic stimulation in irritable bowel syndrome. A preliminary study. *J Clin Gastroenterol* 1993;17:133-41.
- Nasirzadeh R, Rassolzadeh Tabatabaie K. Religious beliefs and coping strategies in students. *Horizon Med Sci* 2009;15:36-45.
- Khodayari Fard M, Parand A. Stress and ways to cope with it. Tehran: Tehran university publication. 2007.
- Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:844-54.
- Drossman DA, Leserman J, Li Z, Keefe F, Hu YJ, Toomey TC. Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2000;62:309-17.
- Moos RH, Schaefer JA. The crisis of physical illness. Coping with physical illness: *Springer*; 1984:3-25.
- Benyamini Y, Medalion B, Garfinkel D. Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychol Health* 2007;22:765-85.
- Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M, et al. Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *J Clin Psychol Med Settings* 2016;23:33-52.
- Browning KK, Wewers ME, Ferketich AK, Otterson GA, Reynolds NR. The self-regulation model of illness applied to smoking behavior in lung cancer. *Cancer Nurs* 2009;32:E15-25.
- Vaughan R, Morrison L, Miller E. The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *Br J Health Psychol* 2003;8:287-301.
- Agha YA, Shaghghi F, Dehestani M, Barghi IZ. The relationship between quality of life (QoL) and psychological capital with illness perception in MS patients. 2012.
- Husain MO, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N, Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:4.
- Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghigh Zadeh H, et al. Relationship between illness perceptions and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;22:33-41.
- Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. *Govareh* 2017;22:28-38.
- Bartels H, Pedersen SS, van der Laan BF, Staal MJ, Albers FW, Middel B. The impact of Type D personality on health-related quality of life in tinnitus patients is mainly mediated by anxiety and depression. *Otol Neurotol* 2010;31:11-8.
- Tiemensma J, Kaptein AA, Pereira AM, Smit JW, Romijn JA, Biermasz NR. Affected illness perceptions and the association with impaired quality of life in patients with long-term remission of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metabol* 2011;9:3550-8.
- Miglioretti M, Mazzini L, Oggioni GD, Testa L, Monaco F. Illness perceptions, mood and health-related quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Psychosom Res* 2008;65:603-9.
- Mikaili N, Ghasemi MA, Salari S, Sakeni Z. Theoretical and Practical Dimensions of Adherence to Treatment in Patients: A Review Study. *J Mashhad Univ Med Sci* 2019;62:1403-19.
- Gebhardt WA, Maes S. Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *Am J Health Behav* 2001;25:528-36.
- Mikaili N, Pakpour F, Ganji M. Comparison of metacognitive beliefs in gifted and normal students. *J Sch Psychol* 2014;8:72-84.
- Monirpor, N. Static and dynamic structural models for predicting depression and anxiety in CHD patients (Doctoral dissertation). Tehran Univ, Tehran. 2009
- Bagherian Sararoudi R, Ahmadzadeh GH, Abadchi S. Study of the relationship between coping strategies, personality variables and perception of disease in patients with myocardial infarction. *NPWJM* 2018;6:53-60.
- Ghorbaninia FS, Monirpour N, Modares MP. Mediating Role of Illness Perception and Coping Strategies among individuals with Inflammatory Bowel Disease. *Int J Appl Behav Sci* 2019;6:31-42.
- Bassi M, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Nicolai C, Pattini M, et al. Illness perceptions and psychological adjustment among persons with multiple sclerosis: the mediating role of coping strategies and social support. *Disabil Rehabil* 2020;42:3780-92.

32. Pai HC, Li CC, Tsai SM, Pai YC. Association between illness representation and psychological distress in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2019;94:42-50.
33. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, Dicesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome (development and validation of a new measure). *Dig Dis Sci* 1998;43:400-11.
34. Ebrahimi Daryani N. Validation of quality of life questionnaire for irritable bowel syndrome patients. 3th Iranian congress of gastroenterology and hepatology. *Govaresh* 2003;42:200-1.
35. Calsbeek H, Rijken M, Bekkers MJ, Kerssens JJ, Dekker J, van Berge Henegouwen GP. Social position of adolescents with chronic digestive disorders. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:543-9.
36. Hosseini Dowlatabadi F, Sadeghi A, Saadat S, Khodayari H. Relationship between self-efficacy and self-actualization with coping strategies among students. *Res Med Educat* 2014;6:10-8.
37. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60:631-7.
38. Hulin C, Netemeyer R, Cudeck R. Can a reliability coefficient be too high? *J Consum Psychol* 2001:55-8.
39. Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. Scaling procedures: Issues and applications: Sage Publications; 2003.
40. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle C, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): Sage publications; 2016.
41. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health threats In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. Handbook of Psychology and Health. Volume IV: Social Psychological Aspects of Health. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1984.
42. Plahuta JM, McCulloch BJ, Kasarskis EJ, Ross MA, Walter RA, McDonald ER. Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: psychosocial factors. *Soc Sci Med* 2002;55:2131-40.
43. Jones MP, Wessinger S, Crowell MD. Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:474-81.
44. Kharamin S, Nilli H, Mohamadi A, Mobashery G. Comparison of coping skills in peptic ulcer, irritable bowel syndrome and normal people. *Armaghane Danesh* 2008;13:95-104.