

مقایسه ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (IBS) و افراد غیر مبتلا Comparison of Personality Characteristics of Individuals with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals

تاریخ پذیرش: ۸۹/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۲۱

Besharat, M. A.*Ph. D., Zarpour, S. M. A.,
Bahrami-Ehsan, H. Ph. D., Rostami, R. Ph. D.,
Mirdamadi, M. J. Ph.D.

محمدعلی بشارت*، صدیقه زربور*، هادی بهرامی
احسان*، رضا رستمی*، محمدجواد میردامادی***

Abstract

Introduction: Psychological variables have a crucial role in genesis and perpetuation of physical diseases. What is the relation between the Irritable Bowel Syndrome (IBS) as a prevalent gastrointestinal disorder and psychological variables? The aim of this study was to compare the personality characteristics of patients with IBS and healthy individuals.

Method: The personality characteristics that have examined in this study included neuroticism, extraversion, openness, agreeableness, conscientiousness and resilience. Sixty patients with IBS (26 men, 34 women) and 104 healthy participants (38 men, 66 women) were included in this study. All the participants were asked to complete the NEO Personality Inventory (NEO-FFI) and the Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Analysis of the data involved both descriptive and inferential statistics including means, standard deviations and multivariate analysis of variance.

Results: The results revealed that patients with IBS have more neuroticism and less extraversion and conscientiousness in comparison with the healthy individuals. The results of this study did not show a significant difference in openness and agreeableness dimensions as well as resilience between patients with IBS and the healthy individuals.

Conclusion: It can be concluded that personality variables can partly predict infection to IBS.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Personality, Five Factor Model, Resilience

چکیده

مقدمه: متغیرهای روان‌شناختی نقشی تعیین کننده در پدیدایی و تداوم بیماری‌های جسمانی دارند. نشانگان روده تحریک‌پذیر (IBS)، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های معده- روده‌ای، چه رابطه‌ای با متغیرهای روان‌شناختی دارد؟ هدف اصلی این پژوهش، در امتداد بررسی و شناسایی دقیق‌تر این رابطه، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر و افراد غیر مبتلا بود.

روش: ویژگی‌های شخصیتی مورد بررسی در این پژوهش، به عنوان متغیرهای روان‌شناختی، شامل نوروزگرایی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، همسازی، وظیفه‌شناسی و تاب‌آوری بودند. به این منظور یک گروه آزمودنی بیمار به تعداد ۶۰ نفر (۲۶ مرد و ۳۴ زن) و یک گروه آزمودنی غیر بیمار به تعداد ۱۰۴ نفر (۳۸ مرد و ۶۶ زن) در این پژوهش شرکت کردند. مقیاس شخصیتی NEO-FFI و مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (CD-RTSC) در مورد شرکت کنندگان اجرا شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به IBS در مقایسه با افراد غیر مبتلا دارای نوروزگرایی بیشتر و برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی کمتری هستند. در مقیاس‌های تجربه‌پذیری و همسازی و متغیر تاب‌آوری بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای شخصیتی می‌توانند ابتلاء به نشانگان روده تحریک‌پذیر را تا حدودی پیش‌بینی کنند.

واژه‌های کلیدی: نشانگان روده تحریک‌پذیر، شخصیت، مدل پنج عاملی، تاب‌آوری

محمدعلی بشارت و همکاران

آشفته‌گی‌های روان‌شناختی را در زمان عفونت نشان می‌دهند [۱۰]. بنابر این، در توصیف چگونگی شکل‌گیری این نشانگان باید از یک الگوی زیستی- روانی- اجتماعی استفاده کرد که در آن تمامی عوامل جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی در تعامل با هم بررسی شوند، زیرا هیچ یک از این عوامل به تنهایی برای توجیه نشانگان IBS در بیماران کافی نیست [۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. عوامل روان‌شناختی به طرق مختلف می‌توانند در بروز IBS مؤثر باشند. به عنوان مثال، استرس و حالات هیجانی منفی نظیر خشم به طور طبیعی تغییراتی را در کارکرد روده به وجود می‌آورند [۱۰] و آتارش به ویژه در بیماران مبتلا به IBS مشخص است [۱۰]. دستگاه اعصاب روده‌ای نسبت به حالات هیجانی فوق‌العاده حساس است و در مواقع هیجانی کارکرد حرکتی در روده باریک کاهش یافته و در روده بزرگ افزایش می‌یابد که ممکن است مسئول علائم روده‌ای مانند IBS باشد [۱۶]. گزارش‌های اولیه درباره بیماران IBS نشان می‌دهند که به دنبال مواجهه با محرک‌های محیطی مهم و هیجانی، تغییراتی در حرکات روده رخ می‌دهد. این بیماران به انواعی از حالات هیجانی مانند خشم، ترس و اضطراب با افزایش در حرکات روده پاسخ می‌دهند. محققان نشان داده‌اند که بین گرایش به کنترل و سرکوب خشم با درد شکمی و افزایش حرکات روده‌ای پس از تغذیه رابطه وجود دارد [۵]. بنابر این، پیش‌بینی می‌شود افرادی که از نظر ویژگی‌های شخصیتی به گونه‌ای هستند که هیجانهای منفی نظیر خشم و خصومت را به شدت تجربه می‌کنند، بیشتر در معرض مشکلات جسمانی مانند اختلال‌های معدی- روده‌ای باشند. بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت، آسیب‌پذیری در برابر هیجانهای منفی مانند خشم و پرخاشگری از ویژگی‌های اصلی افرادی است که در بعد نوروزگرایی^۸ نمره بالا دارند. بر این اساس، به نظر می‌رسد که چنین افرادی بیشتر در معرض تظاهرات جسمانی شرایط روان‌شناختی خود نظیر اختلال IBS قرار می‌گیرند. تعدادی از محققان که رابطه بین عوامل روانی- اجتماعی و IBS را بررسی کردند در جدیدترین یافته‌های خود دریافته‌اند که آزمودنی‌های مبتلا به IBS در مقایسه با افراد سالم سطوح بالاتری از افسردگی، اضطراب و نوروزگرایی را نشان می‌دهند [۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱]. یکی از مسائل مورد بررسی در این پژوهش، مطالعه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به IBS بر حسب مدل پنج عاملی شخصیت است. این مسأله، که در بیشتر ابعاد شخصیت شامل برون‌گرایی^۹، تجربه‌پذیری^{۱۰}، همسازی^{۱۱} و وظیفه‌شناسی^{۱۲} جنبه اکتشافی دارد، از طریق مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به IBS و افراد غیر مبتلا بررسی خواهد شد. یکی دیگر از سازه‌های شخصیتی که نظر محققان را به خود جلب کرده، تاب‌آوری^{۱۳} است.

مقدمه

حدود نیمی از بیمارانی که در مراقبت‌های اولیه پزشکی به علت شکایات گوارشی مراجعه می‌کنند از اختلال‌های کنشی، به ویژه نشانگان روده تحریک پذیر^۱ (IBS)، رنج می‌برند [۱]. نشانگان روده تحریک‌پذیر یکی از اختلال‌های معدی- روده‌ای مزمن است که با منظومه‌ای از نشانه‌ها شامل درد یا ناراحتی شکمی^۲ که با تغییر اجابت مزاج (اسهال^۳ یا یبوست^۴) همراه است، مشخص می‌شود. این اختلال در غیاب هر گونه اختلال عضوی اتفاق می‌افتد و به این دلیل که به چگونگی کارکرد روده مربوط می‌شود و نه به نابهنجاری‌هایی در ساختار جسمانی، یک اختلال کنشی به حساب می‌آید [۲، ۳، ۴]. مطالعات همه‌گیری شناختی^۵ انجام شده طی بیش از دو دهه گذشته نشان می‌دهد که ۱۰ تا ۲۰ درصد افراد در جمعیت عمومی نشانه‌هایی مطابق با IBS را تجربه می‌کنند [۵، ۶، ۷]. نشانگان روده تحریک‌پذیر، اختلال افراد جوان است و بیشتر موارد بیماری در سنین زیر ۴۵ سال ظاهر می‌شود. در جوامع غربی، IBS در زنان ۲ تا ۳ درصد بیشتر از مردان تشخیص داده می‌شود و زنان ۸۰ درصد جمعیت مبتلا به IBS شدید را تشکیل می‌دهند [۸، ۹]، اما در جوامعی مثل هند و سریلانکا، IBS در میان مردان روستایی شایع‌تر است. این مسأله بیشتر به شیوه مراجعه به پزشک نسبت داده می‌شود تا کثرت بیماری و از هویت جنسی تأثیر می‌پذیرد [۱۰]. با وجود شیوع بالای IBS، در زمینه علت شناسی و پاتوفیزیولوژی آن شناخت اندکی وجود دارد. شواهد پژوهشی حاکی از عدم وجود اختلال‌های ساختاری قابل شناسایی برای این بیماری است. به عبارت دیگر، IBS آسیب شناسی عضوی مشخصی ندارد. البته، در برخی پژوهش‌ها به نقش بعضی آغازگرهای زیستی مانند عفونت‌های باکتریایی^۶ معدی- روده‌ای و تغییراتی در حرکت و عادات دفعی روده مانند حساسیت احشایی^۷ اشاره شده است، اما در مجموع نقص ساختاری مشخصی برای آن شناخته نشده است [۱۰، ۱۱]. در بررسی علت شناسی اختلال IBS باید به نقش عوامل روان‌شناختی توجه ویژه داشت، زیرا بسیاری از مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که عوامل زمینه‌ساز زیستی در حضور عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز IBS می‌توانند نقش خود را به عنوان شاخص‌های خطر برای بروز IBS ایفا کنند [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. به عنوان مثال، اگرچه فرض می‌شود که عفونت باکتریایی با بروز IBS مرتبط باشد، اما بررسی‌های کنترل شده در این زمینه حاکی از این واقعیت است که افرادی که بعد از ابتلا به عفونت معدی- روده‌ای مبتلا به IBS می‌شوند نسبت به افرادی که بعد از ابتلا به عفونت به IBS مبتلا نمی‌شوند، سطوح بالاتری از

- 8- Neuroticism
- 9- Extraversion
- 10- Openness
- 11- Agreeableness
- 12- Conscientiousness
- 13- Resilience

- 1-Irritable Bowel Syndrome
- 2- Abdominal pain/discomfort
- 3- Diarrhea
- 4- Constipation
- 5- Epidemiological studies
- 6- Bacterial infections
- 7- Visceral sensitivity

برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی رابطه مثبت دارد، پیش‌بینی می‌شود که با ابتلا به IBS رابطه منفی داشته باشند.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

آزمودنیها: جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، افراد مبتلا به IBS و افراد غیر مبتلا در شهر تهران بودند. نمونه بیمار پژوهش از بین افراد مبتلا به IBS در کلینیک ۱۶ آذر دانشگاه تهران که از تاریخ ۸۷/۲/۱۱ تا ۸۷/۴/۳۱ به این مرکز مراجعه کردند، به روش در دسترس و به تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند. نمونه غیر بیمار نیز به تعداد ۱۰۴ نفر از جمعیت عمومی مراجعه کننده به همین مرکز، در همان محدوده زمانی و از داوطلبانی که به IBS و اختلال و بیماری پزشکی و روان‌پزشکی خاصی مبتلا نبودند، به روش در دسترس انتخاب شدند. برای اجرای این پژوهش، مقیاس شخصیتی NEO-FFI و مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC) در مورد ۱۹۳ آزمودنی طی جلسات مختلف اجرا شد. هر آزمودنی پس از دادن توضیحات لازم از سوی پژوهشگر به صورت فردی به پرسشنامه‌ها پاسخ داد و زمان تقریبی لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. تعداد ۲۹ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها، از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه نهایی مورد پژوهش به ۱۶۴ آزمودنی (۶۰ بیمار و ۱۰۴ غیر بیمار) کاهش یافت. میانگین سنی گروه بیمار ۲۷/۹۱ (sd=۸/۱۹)، دامنه=۵۰-۱۷) و میانگین سنی گروه سالم ۲۷/۴۹ (sd=۸/۰۹)، دامنه=۵۰-۱۷) بود.

ابزار:

۱- مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون: این مقیاس، یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، اعتبار^{۲۰} و روایی^{۲۱} آن را تأیید کرده است [۲۴]. همسانی درونی^{۲۲}، اعتبار بازآزمایی^{۲۳} و روایی همگرا^{۲۴} و واگرایی^{۲۵} مقیاس کافی گزارش شده‌اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/ استحکام شخصی^{۲۶}، اعتماد به‌غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی^{۲۷}، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن^{۲۸}، مهارت^{۲۹}، معنویت^{۳۰})

به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود [۲۲]. تاب‌آوری، که «مقاومت در برابر استرس»^{۱۴} یا «رشد پس‌ضربه‌ای»^{۱۵} نیز نامیده شده است، در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوتی از مقاومت در برابر آسیب‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرد [۲۲]. تاب‌آوری، بر حسب این تعریف، فراتر از جان سالم به در بردن از استرس‌ها و ناملایمات زندگی است و با رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می‌کند [۲۲]. بنابر این، تاب‌آوری به انطباق موفقی گفته می‌شود که در آوردگاه مصائب و استرس‌های توان‌کاه و ناتوان‌ساز آشکار می‌گردد. این تعریف از تاب‌آوری، بیانگر کنش وری و پویایی سازه‌ای است که مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است [۲۲]. نظریه‌های فعلی، تاب‌آوری را سازه‌ای چند بعدی شامل متغیرهای سرشتی^{۱۶}، نظیر مزاج^{۱۷} و شخصیت، همراه با مهارت‌های مخصوص، مثل مهارت حل مسأله، می‌دانند [۲۳]. روان‌شناسان بالینی، اخیراً مدل‌هایی از تاب‌آوری را تحت شرایط فقدان^{۱۸}، مصیبت^{۱۹}، افسردگی و درد بررسی کرده‌اند [۲۲]. نتایج هماهنگ این پژوهش‌ها مؤید تأثیرات مثبت، سازنده و محافظت کننده تاب‌آوری در مقاومت و مقابله موفق و انطباق رشد یافته با شرایط خطیر و استرس‌زای فوق‌الذکر است. برعکس، سطوح پایین و ضعیف تاب‌آوری با آسیب‌پذیری و اختلال‌های روان‌شناختی مرتبط است [۲۲]. گرچه رابطه تاب‌آوری با IBS تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است، شواهد پژوهشی از رابطه تاب‌آوری با ابعاد شخصیت حمایت می‌کنند. تاب‌آوری با نوروگرایی رابطه منفی قوی و با برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی رابطه مثبت دارد. نوروگرایی با آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های منفی و ضعف در سازگاری همراه است، در حالیکه افراد برون‌گرا به تجربه هیجان‌های مثبت‌تر و شکل‌دهی دلبستگی‌ها به افراد دیگر به آسانی گرایش دارند و به دنبال تعاملات اجتماعی هستند [۲۳]. هر دو عامل هیجان‌های مثبت و حمایت اجتماعی به طور مثبت با تاب‌آوری مرتبط است [۲۳]. همچنین تاب‌آوری با وظیفه‌شناسی رابطه مثبت دارد، زیرا اشخاص بسیار وظیفه‌شناس دارای خودکارآمدی قوی بوده و بیشتر احتمال دارد که یک رویکرد حل مسأله فعال را برای غلبه بر استرس در پیش گیرند [۲۳]. بنابر این، با توجه به شواهد پژوهشی مبنی بر اینکه نوروگرایی با ابتلا به IBS رابطه مثبت دارد و با تاب‌آوری رابطه منفی دارد، پیش‌بینی می‌شود که تاب‌آوری با ابتلا به IBS رابطه منفی داشته باشد. سطوح پایین تاب‌آوری با تجربه بیشتر هیجان‌های منفی و در نتیجه آسیب‌پذیری در برابر انواع اختلال‌های جسمانی و روانی همراه خواهد بود. همچنین از آنجا که تاب‌آوری با ابعاد

- 20- Reliability
- 21- Validity
- 22- Internal consistency
- 23- Test-retest reliability
- 24- Convergent
- 25- Divergent
- 26- Personal competence/tenacity
- 27- Trust in one's instinct/tolerance of negative affects
- 28- Positive acceptance of change/secure relationships
- 29- Control
- 30- Spirituality

- 14- Stress resistance
- 15- Post-traumatic growth
- 16- Constitutional
- 17- Temperament
- 18- Loss
- 19- Bereavement

نوروزگرایی	۳۴/۵۶	۷/۰۵	۳۱/۱۴	۶/۵۳
برون گرایی	۴۰/۲۴	۶/۰۲	۴۴/۳۴	۷/۳۶
تجربه پذیری	۴۰/۳۷	۵/۷۰	۳۹/۵۶	۴/۹۶
همسازی	۴۴/۳۸	۶/۱۷	۴۵/۶۲	۵/۶۱
وظیفه شناسی	۴۵/۲۶	۷/۳۵	۴۸/۲۳	۶/۸۰
تاب آوری	۹۰/۶۱	۱۳/۲۶	۹۶/۳۵	۱۶/۹۴

برای مقایسه دو گروه بیمار و غیر بیمار بر حسب ویژگی‌های شخصیتی از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج مربوط به بررسی مفروضه همگنی واریانس با آزمون لون در جدول ۲ نشان دهنده برقرار بودن این مفروضه در زیر مقیاس‌ها است.

جدول ۲) آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس در دو گروه بیمار و غیر بیمار

شاخص	F	درجه آزادی	سطح معناداری
نوروزگرایی	۱/۰۱	۱,۱۰۴	۰/۳۱
برون گرایی	۰/۲۶	۱,۱۰۴	۰/۶۰
تجربه پذیری	۰/۰۱	۱,۱۰۴	۰/۹۶
همسازی	۰/۲۷	۱,۱۰۴	۰/۵۴
وظیفه شناسی	۰/۶۹	۱,۱۰۴	۰/۴
تاب آوری	۰/۹۱	۱,۱۰۴	۰/۳۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه بیمار و غیر بیمار بر حسب ویژگی‌های شخصیتی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه بیمار و غیر بیمار بر حسب ویژگی‌های شخصیتی

شاخص	میانگین مجذورات بین گروهها	درجه آزادی	F	سطح معناداری
نوروزگرایی	۳۵۶/۳۹	۱,۱۰۴	۷/۱۶	۰/۰۱
برون گرایی	۷۵۷/۶۴	۱,۱۰۴	۱۵/۱۳	۰/۰۱
تجربه پذیری	۱۸/۸۲	۱,۱۰۴	۰/۶۳	۰/۴۲
همسازی	۸۱/۶۹	۱,۱۰۴	۲/۳۵	۰/۱۲
وظیفه شناسی	۲۰۵/۲۵	۱,۱۰۴	۴/۲۸	۰/۰۴
تاب آوری	۲۶۴/۷۵	۱,۱۰۴	۱/۴۰	۰/۲۳

این نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمودنی‌های بیمار از نظر متوسط نمره نوروزگرایی ($M=34/82$) تفاوت معناداری به لحاظ آماری با گروه آزمودنی‌های غیر بیمار ($M=30/92$) دارند ($F(1,104)=7/16, P<0/01$). گروه آزمودنی‌های بیمار از نظر ویژگی برون‌گرایی ($M=39/37$) نیز تفاوت معناداری به لحاظ آماری با گروه آزمودنی‌های غیر بیمار ($M=45/05$) دارند

را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون اعتبار و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود [۲۴]. اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۲۵].

۲- مقیاس شخصیتی NEO-FFI: این مقیاس که فرم کوتاه مقیاس NEO-PI-R است، یک آزمون ۶۰ سؤالی است که پنج عامل اصلی شخصیت شامل نوروزگرایی، برون گرایی، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهشی که در مورد دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران در ایران انجام شده، مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی برای برآورد ضریب اعتبار استفاده شده است. در روش بازآزمایی کوتاه مدت، ضریب همبستگی نمرات نوبت اول و نوبت دوم که با فاصله بین ۲ تا ۳ هفته اجرا شده، برای هر یک از عوامل به طور جداگانه محاسبه شده است. این ضرایب برای پنج عامل به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶ است. در پژوهشی که کاستا و مک کرا در سال ۱۹۸۳ برای بازآزمایی کوتاه مدت فرم کوتاه آزمون NEO روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ ماه انجام دادند، ضرایب اعتبار برای پنج عامل به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ محاسبه شد. در بررسی ضریب اعتبار به روش همسانی درونی برای هر یک از عوامل پنج گانه فرم کوتاه مقیاس از شاخص ضریب اعتبار آلفای کرونباخ استفاده شده که نتایج به دست آمده برای پنج عامل با ۱۲ سؤال به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۷ بود که بعد از حذف بعضی از سؤالات، مقدار ضریب آلفا به ترتیب برای پنج عامل برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۴، ۰/۶۱ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. برای بررسی روایی این مقیاس نیز برای هر یک از عوامل پنج گانه، ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های فرم کوتاه و فرم بلند آزمون (NEO-PI-R) برای ۴۰ نفر آزمودنی محاسبه شد. ضرایب همبستگی به دست آمده برای هر یک از عوامل به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۴۱ و ۰/۷۵ بود. این نتایج روایی فرم کوتاه مقیاس شخصیتی NEO-FFI را تأیید می‌کنند [۲۶].

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره شرکت کنندگان در پژوهش را بر حسب متغیرهای شخصیتی نشان می‌دهد.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمره شرکت کنندگان بر حسب

متغیرهای شخصیتی

گروه	بیمار		غیر بیمار	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

ویژگی وظیفه شناسی ($F(1,104)=15/13, P<0/01$). گروه آزمودنی های بیمار از نظر آماری با گروه آزمودنی های غیر بیمار ($M=44/91$) نیز تفاوت معناداری به لحاظ ($F(1,104)=4/28, P<0/05$) بین دو گروه بیمار و غیر بیمار از نظر ویژگی های تجربه پذیری و همسازی و همچنین تاب آوری تفاوت معناداری به لحاظ آماری به دست نیامد.

بحث

یافته های این پژوهش نشان داد که میزان نوروگرایی در افراد مبتلا به IBS در مقایسه با افراد غیر مبتلا بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش های قبلی مطابقت می کند [۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱]. این یافته ها نشان داده اند که عوامل روان شناختی در کنار عوامل فیزیولوژیک در بروز و تشدید اختلال های معدی- روده ای کنشی مؤثر هستند. ویژگی های شخصیتی نظیر نوروگرایی از جمله عوامل روان شناختی هستند که برای تبیین اختلال های کنشی مطرح شدند. گرایش به تجربه هیجانهای منفی مانند اضطراب و ترس، خشم و خصومت، غم، احساس گناه و نفرت از مؤلفه های اصلی نوروگرایی است. هیجان پذیری منفی باعث برانگیختگی فیزیولوژیک سیستم عصبی به صورت مداوم خواهد شد. دستگاه اعصاب روده ای نسبت به حالات هیجانی فوق العاده حساس است، به طوری که هیجانهای منفی مانند استرس و خشم تغییراتی را در فعالیت حرکتی روده به وجود می آورند که می توانند سبب ایجاد علائم روده ای مانند نشانه های IBS شوند. شواهد پژوهشی نشان داده اند که بین گرایش به کنترل و سرکوب خشم با درد شکمی و افزایش حرکت روده ای پس از خوردن غذا رابطه وجود دارد [۵]. نوروگرایی بالا با ضعف در سازگاری، کنترل تکانه و مقابله با استرس همراه است و بدین ترتیب آسیب پذیری افراد را در برابر اختلال های جسمانی افزایش می دهد [۱۷، ۲۷، ۲۸، ۲۹]. راهبردهای مقابله در اینکه فرد به مشکلات سلامتی دچار شود یا نه، نقش مهمی دارند. کسی که می تواند استرس را به نحوه مؤثری کنترل کند، کمتر دچار عواقب ناگوار آن می شود. افرادی که نوروگرایی بالایی دارند، به جای راهبردهای مقابله ای سازنده از شیوه های مقابله ناکارآمد مانند جسمانی کردن استفاده می کنند [۱۷، ۲۷، ۲۸، ۲۹]. این راهبردهای مقابله ای نیز به سهم خود احتمال ابتلا به اختلال های معدی- روده ای مانند IBS را افزایش می دهند. یافته های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان برون گرایی در افراد مبتلا به IBS در مقایسه با افراد غیر مبتلا کمتر است. این یافته که با نتایج پژوهش های قبلی [۵] هماهنگ است بر حسب احتمالات زیر تبیین می شود. برون گرایی با ویژگی هایی مثل تمایل به سرمایه گذاری انرژی بر اشخاص و اشیاء محیط بیرونی به جای پرداختن به فعالیت های ذهنی و

درونی، گرایش به احساسات و هیجانهای مثبت، جمع گرایی، با جرات بودن، فعال بودن و پرحرف بودن همراه است. این ویژگی ها توانایی اجتماعی افراد برون گرا را تقویت کرده و باعث بالا رفتن سطوح فعالیت و تعاملات اجتماعی، توانایی برقراری روابط صمیمی و نزدیک و داشتن شبکه های حمایت اجتماعی قوی خواهد شد. تمامی این ویژگی ها و گرایش های رفتاری امکانات شخصی افراد برون گرا را برای مقابله مؤثر با ناملایمات و موقعیت های آسیب زا افزایش می دهد. از سوی دیگر، پایین بودن این ویژگی در افراد مبتلا به IBS آنها را زیر فشارهای ناشی از منفعل بودن، کم جراتی و ضعیف بودن سطح فعالیت و تعاملات اجتماعی قرار داده و باعث تشدید نشانه های بیماری در آنها خواهد شد [۱۴، ۳۰، ۳۱]. بر اساس یافته های این پژوهش، گرچه تفاوت دو گروه افراد مبتلا به IBS و افراد غیر مبتلا در خصوص تاب آوری معنادار نبود، اما میانگین نمره افراد مبتلا به IBS در این متغیر آشکارا کمتر از میانگین نمره تاب آوری افراد غیر مبتلا بود. در هیچ یک از تحقیقات پیشین، میزان تاب آوری در افراد مبتلا به IBS بررسی نشده است. پژوهش های قبلی در زمینه تاب آوری [۱۰، ۳۲] نشان داده اند که تاب آوری با برخی از ابعاد شخصیت مثل برون گرایی رابطه مثبت دارد. برون گرایی منابع فکری و عملی فرد را برای رهایی از شرایط آسیب زا و نیز رسیدن به سطح تعادلی پیشین گسترش می دهد. از سوی دیگر تاب آوری با مؤلفه هایی مثل شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت و روابط ایمن، مهار و معنویت مشخص می شود که همه این ویژگی ها با شاخص های سلامت روان شناختی و بهزیستی رابطه دارند. بر همین اساس، کاهش میزان تاب آوری در افراد مبتلا به IBS در مقایسه با افراد غیر مبتلا توجیه می شود. تاگید و فردریکسون [۳۳] و کارل و چسین [۳۴] در پژوهش های جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجانهای مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. بعضی از محققان، به عنوان یک تبیین احتمالی، گفته اند که تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه های منفی می شود [۲۷، ۳۵]. بر اساس این تبیین، تاب آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه ای به انطباق پذیری مثبت منتهی می شود. این تبیین مستلزم آن است که در صورت ضعف سازه تاب آوری، حرمت خود تضعیف و فرآیند مقابله با تجربه های منفی، ناکارآمد شود. بنابر این، آسیب پذیری روان شناختی، درماندگی، افسردگی و اضطراب، از پیامدهای ضعف تاب آوری محسوب می شوند. این آمادگی های آسیب شناختی، زمینه های

وظیفه شناسی در دو گروه بیمار و غیر بیمار نیز معنادار است. به عبارت دیگر، میزان وظیفه شناسی در افراد مبتلا به IBS کمتر از افراد غیر مبتلا است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین تا حدی مطابقت می‌کند. بُعد وظیفه شناسی بر اراده و قابلیت اطمینان تأکید می‌کند و شامل ویژگی‌هایی مثل دقیق بودن، مسئولیت پذیری و برنامه‌ریزی، سخت کوشی و جهت‌گیری به سوی پیشرفت و پشتکار است. ویژگی‌هایی از قبیل دقت، برنامه‌ریزی، پشتکار، سخت کوشی و پیشرفت طلبی به افراد وظیفه شناس کمک می‌کند که چالش‌های زندگی را قابل کنترل و فرصتی برای یادگیری بدانند و به جای گریز و اجتناب از مسائل و مشکلات به مقابله هدفمند با آنها بپردازند. کمتر بودن میزان وظیفه شناسی در افراد مبتلا به IBS به علائم و نشانه‌های آنها شدت می‌بخشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت میزان تجربه پذیری و همسازی بین افراد مبتلا به IBS و افراد غیر مبتلا معنادار نیست. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های قبلی تا حدودی مطابقت می‌کند را شاید بتوان به این صورت تبیین کرد که ویژگی‌های این دو صفت شخصیتی عموماً مثبت و غیر آسیب‌زا هستند. کم یا زیاد بودن میزان تجربه پذیری، که با کم یا زیاد شدن ویژگی‌هایی چون توجه به احساسات درونی، تنوع طلبی، کنجکاو، استقلال رأی و پذیرش تجربه‌ها، عقاید و ارزش‌های جدید مطابقت می‌کند، مستلزم پدیدآیی و یا تشدید بیماری خاصی همچون IBS نیست. به صورت مشابه، میزان همسازی، که با میزان احساسات همدردی، مهرورزی، مراقبت، همکاری و حمایت هیجانی نسبت به دیگران مطابقت می‌کند، الزاماً به شکل‌گیری و یا تشدید IBS منتهی نمی‌شود. مقایسه ویژگی‌های مرتبط با تجربه پذیری و همسازی با ویژگی‌های نوروزگرایی به عنوان مثال تأثیرگذاری متفات آنها را بر آسیب پذیری در برابر اختلال‌ها و بیماری‌ها توجیه می‌کند. پیامدها و پیشنهادها، پژوهش - در حد یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان پیشنهادها، زیر را به عنوان پیامدهای نظری و عملی پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی به ویژه در چهارچوب بیماری IBS قرار داد. در سطح پیامدهای نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند باعث شناخت بیشتر نقش عوامل روان‌شناختی در بروز بیماری‌های جسمانی شود و با شناسایی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به IBS به آنها در جهت شناخت خویشتن کمک کند. همچنین، تاب‌آوری را به عنوان یک سازه روان‌شناختی که با ابعاد شخصیت رابطه دارد، معرفی می‌کند. در سطح پیامدهای عملی، اقدامات آموزشی مانند تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب جهت بالا بردن سطح بهداشت روانی افراد، خصوصاً افرادی که هیجان پذیری منفی بالایی دارند مانند بیماران IBS، ضروری به نظر می‌رسد. در این زمینه، آموزش

ابتلا و تشدید IBS را فراهم می‌سازند [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. شایستگی و استحکام شخصی یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری است [۲۴]. احتمال دیگری که برای تبیین یافته‌های این پژوهش مطرح می‌شود این است که تاب‌آوری از طریق تقویت شایستگی و استحکام شخصی با شاخص‌های سلامت و آسیب پذیری روان‌شناختی مرتبط می‌شود. بر این اساس، افزایش سطوح تاب‌آوری با افزایش شایستگی‌های شخصی (قابل مقایسه با "رشد پس‌ضربه‌ای"؛ [۳۶] و تقویت استحکام و قدرت شخصی (قابل مقایسه با "مقاومت در برابر استرس"؛ [۳۷]، با بهبود شاخص‌های سلامت روانی در ارتباط قرار می‌گیرد. برعکس، کاهش سطوح تاب‌آوری از طریق کاهش شایستگی‌های شخصی و تضعیف استحکام و قدرت شخصی، با افزایش آسیب پذیری روان‌شناختی مرتبط می‌شود و زمینه‌های ابتلا و تشدید IBS را فراهم می‌سازند [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. تبیین دو بعدی فوق را می‌توان با استناد به میزان "تحمل عواطف منفی" به عنوان یکی دیگر از مؤلفه‌های تاب‌آوری نیز تکرار کرد. مهارگری، یعنی توانایی فرد در مهار و مدیریت شرایط، یکی دیگر از مؤلفه‌های تاب‌آوری است [۲۴]. این توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند تا شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی، نه تنها جان سالم بدر برد [۳۵] که به سطحی جدید از تعادل و رشد مثبت [۳۸] دست یابد؛ ویژگی‌هایی که با شاخص‌های سلامت روانی مطابقت می‌کنند. بدیهی است که ضعف فرد در مهارگری به عنوان یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری نیز به نوبه خود، قدرت مهار و مدیریت شرایط استرس‌زا را تحلیل می‌برد و با به کار بستن راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد احتمال آسیب پذیری روان‌شناختی و ابتلا و تشدید IBS را افزایش می‌دهد [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. تبیین احتمالی دیگری که برای یافته‌های این پژوهش مطرح می‌شود، رابطه تاب‌آوری با شاخص‌های سلامت و آسیب پذیری روان‌شناختی از طریق باورها و ارزش‌های معنوی است. معنویت، به عنوان یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری [۲۴]، می‌تواند از یک سو به مثابه سپر، مقاومت فرد را در برابر استرس‌های زندگی افزایش دهد (عامل حفاظت‌کننده) و از سوی دیگر به منزله سازش و انطباق پذیری مثبت، فرد را به تعالی و کمال برساند (عامل تعالی بخش). هر یک از سطوح دفاعی و تحولی باورها و ارزش‌های معنوی مربوط به تاب‌آوری به نحوی با بهبود شاخص‌های سلامت روانی در ارتباط قرار می‌گیرد. ضعف تاب‌آوری در زمینه باورها و ارزش‌های معنوی، برعکس، با تضعیف مبانی درون روانی مقاومت فرد در برابر استرس‌های زندگی و استحاله تعالی و کمال، احتمال آسیب پذیری روان‌شناختی و ابتلا و تشدید IBS را افزایش می‌دهد [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت میزان

bowel syndrome. *Digestive and liver disease*. 2006; 38: 195-201.

6- Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123: 2108-2131.

۷- کاسپر دآ. اصول طب داخلی هاریسون ۲۰۰۵- بیماری های گوارش. هادی رازجویان، منصوره ممرآبادی، سید میثم علیمحمدی، میترا غازیانی، سوسن حبیبی، مترجمان. چاپ اول، تهران: انتشارات تیمورزاده؛ ۱۳۸۴.

8- Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. *The American Journal of Gastroenterology*. 2001; 96: 2184-2193.

9- Palsson O, Whitehead WE. Comorbidity associated with irritable bowel syndrome. *Psychiatric Annals*. 2005; 35: 320-328.

10- Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58: 307-321.

11- Lackner JM, Gudleski GD, Blanchard EM. Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 42: 41-56.

12- Dunlop SP, Jenkins D, Spiller RC. Distinctive clinical, psychological, and histological features of postinfection irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*. 2003; 98: 1578-1583.

13- Blanchard EB. Irritable bowel syndrome: Psychosocial assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.

14- Drossman DA. Irritable bowel syndrome. *The Gastroenterologist*. 1994; 2: 315-326.

15- Lackner JF, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: A circumplex analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58: 523-532.

16- Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23: 290-296.

۱۷- کاپلن ه، سادوک و. خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی. نصرت الله پورافکاری، مترجم. چاپ اول، تهران: انتشارات شهرآب؛ ۱۳۸۲.

18- Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DGO, Brien S, Musleh M, McBeth J. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome: results of a large prospective population-based study. *Pain*. 2008; 137: 147-155.

19- Blanchard EB, Scharff L. Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70: 725-738.

20- Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorder: Psychological, social, and somatic features. *Gut*. 1998; 42: 414-420.

راهبردهای مقابله‌ای سازنده مانند مهارت‌های حل مسأله، مدیریت استرس، جرأت‌ورزی و برقراری ارتباطات مؤثر جهت مواجهه اثربخش با شرایط استرس‌زای زندگی پیشنهاد می‌شود. در سطح اقدامات مداخله‌ای، به کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های دارویی برای بیماران IBS، خصوصاً افرادی که دارای مشکلات روانی- اجتماعی هستند، ضروری است. در پایان به نظر می‌رسد که انجام پژوهش‌های بیشتر جهت روشن شدن سایر عوامل روان‌شناختی که در بروز و تشدید بیماری IBS سهیم هستند و مداخلاتی که می‌توانند در درمان این اختلال مؤثر باشند و نیز انجام پژوهش‌هایی جهت تکمیل هنجاریابی مقیاس‌های مورد استفاده ضروری است. همچنین گسترش جامعه آماری و نمونه مورد بررسی در پژوهش‌های آینده موجب حصول اطمینان از اجرای صحیح پژوهش و صحت و قابلیت تعمیم یافته‌ها خواهد شد. یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر، محدودیت نمونه‌های مورد بررسی است. نمونه‌های مورد مطالعه صرفاً از مراجعان کلینیک ۱۶ آذر دانشگاه تهران انتخاب شدند و به همین دلیل تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. از سوی دیگر بهترین روش تشخیص برای این اختلال، علاوه بر ملاک‌های تشخیصی Rome II، استفاده از کولونوسکوپی است. انجام این روش تشخیص با محدودیت‌هایی مواجه است و در حد پژوهش حاضر، امکان استفاده از این شیوه برای شناسایی بیماران IBS نبود. ماهیت طرح پژوهش حاضر نیز محدودیت‌هایی را در زمینه تفسیر داده‌ها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. به علاوه محدودیت‌های مربوط به هم‌تا سازی کامل نمونه‌ها و نیز محدودیت‌های مربوط به اجرای پژوهش در محیط‌های درمانی را نباید از نظر دور داشت.

منابع

۱- گلدر م، مایو ر، گدس ج. درسنامه فشرده روان‌پزشکی آکسفورد ۲۰۰۵. امیرابراهیم صفرزاده، پونه حشمتی، مترجمان. چاپ اول، تهران: انتشارات تیمورزاده؛ ۱۳۸۵.

2- Cohen LM, McChague DE, Collins FL. *The health psychology handbook: practical issued for the behavioral medicine specialist*. Sage Publications, Inc: 2003.

3- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006; 130: 1377-1390.

4- Drossman DA, Corraziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. *Rome II: The functional gastrointestinal disorders (2nd ed)*. MaLean, AV: Degnon; 2000.

5- Zoccali R, Muscatello MRA, Bruno A, Barilla G, Campolo D, Meduri M, Familiari L, Bonica M, Consolo P, Scaffidi M. Anger and ego-defence mechanisms in non-psychiatric patients with irritable

- understanding of anxiety in irritable bowel syndrome: A preliminary look at worry and intolerance of uncertainty. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2005; 19: 163-172.
- 31- Bennett EJ, Kellow JE. Relations between chronic stress and bowel syndromes. In M. Camiller, R. C. Spiller (Eds.), *Irritable bowel syndrome: Diagnosis and treatment*. London: WB Saunders; 2002.
- 32- Toner BB, Segal ZV, Emmott S, Myran D. *Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome*. New York: Guilford Press; 2000.
- ۳۳- بشارت محمدعلی، صالحی مریم، شاه محمدی خدیجه، نادعلی حسین، زبردست عذرا. رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران. فصلنامه روان‌شناسی معاصر. ۱۳۸۷؛ ۶: ۳۸-۴۹.
- 34- Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004; 86: 320-333.
- 35- Carle AC, Chassin L. Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation internalising symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2004; 25: 577-596.
- 36- Bonanno GA. Loss, trauma, human resilience. *American Psychologist*. 2004; 59: 20-28.
- 37- Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LF. *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
- 38- Garmezy N. Stress-resistant children: the search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *recent research in developmental psychopathology*. *Journal of Child Psychology; Psychiatry Book Supplement No.* Pergamon: Oxford; 1985. 4 (pp 213-133).
- 21- Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study. *Gut*. 1998; 42: 47-53.
- 22- Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50: 139-146.
- ۲۳- بشارت محمد علی. تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روان‌شناختی* ۱۳۸۶؛ ۲۴: ۳۸۳-۳۷۳.
- 24- Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 585-599.
- 25- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18: 76-82.
- ۲۶- بشارت محمد علی. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری. فصلنامه روان‌شناسی معاصر. ۱۳۸۸؛ زیر چاپ
- ۲۷- کیامهر جواد. هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج‌عاملی-NEO-FFI و بررسی ساختار عاملی آن (تحلیل تأییدی) در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۱.
- 28- Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41: 341-352.
- 29- Garakani A, Win T, Virk A, Gupta S, Kaplan D, Masand PS. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: A review. *American Journal of Therapeutics*. 2003; 10: 61-67.
- 30- Keefer L, Sanders K, Sykes MA, Blanchard EB, Lackner JM, Krasner S. Towards a better