

The Relationship between Psychological Capitals and Disease Perception in People with MS

ارتباط سرمایه های روانشناختی با ادراک بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

Mojtaba Tavakoli, Farzad Faraji Khiavi, Vali Salimi Jeda, Nastaran Majdinasab, Mohammad Hoseyn Haghighi Zadeh

مجتبی توکلی^۱، فرزاد فرجی خیاوی^۲، ولی سلیمی جدا^۳،
نسترن مجدنی نسب^۴، محمد حسین حقیقی زاده^۵

پذیرش نهایی: ۹۵/۴/۱۸

پذیرش اولیه: ۹۵/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۵

Abstract

This study was performed to investigate the relationship between psychological capitals and disease perception in patients with multiple sclerosis. In this study, 120 patients with multiple sclerosis were selected and studied from the MS Society of city of Ahwaz city by using availability sampling method. The data collection tools included two questionnaires, Luthans Psychological Capital Questionnaire and Brief Illness Perception Questionnaire, which were completed by patients. Then the mean scores of psychological capitals (2.29 ± 16.39) and disease perception (1.03 ± 5.27) were calculated. Pearson correlation test showed a positive and meaningful correlation between the total score of psychological capitals and its components with the disease perception ($P = 0.001$). In regression results, of the psychological capitals components, the components of self-efficacy, optimism and resilience indicated the highest correlation with the disease perception. Based on the findings of this study the people with better psychological capitals would use these capitals with a deeper understanding of their disease for strengthening and adapting themselves to their disease status.

Keywords: Psychological Capitals, Disease Perception, Multiple Sclerosis

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سرمایه های روانشناختی با ادراک بیماری در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش ۱۲۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از انجمن ام اس شهر اهواز بود که با روش نمونه گیری دردسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری اطلاعات، شامل پرسشنامه سرمایه های روانشناختی لوتانز و پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری بودند. یافته ها نشان داد میانگین نمره کل سرمایه های روانشناختی (2.29 ± 16.39) و ادراک بیماری (1.03 ± 5.27) بود. و همچنین آزمون همبستگی پیرسون، همبستگی مثبت و معنی داری بین نمره کل سرمایه های روانشناختی و مؤلفه های آن با ادراک بیماری نشان داد ($P > 0.001$) در نتایج رگرسیون نیز از بین مؤلفه های سرمایه های روانشناختی، مؤلفه های خودکارآمدی، خوش بینی، و تاب آوری بیشترین همبستگی را با ادراک بیماری نشان دادند. بر اساس یافته های این پژوهش افرادی که سرمایه های روانشناختی مطلوبتری دارند با درک عمیق تر بیماری خود این سرمایه ها را برای تقویت و سازگاری با وضعیت بیماری خود به کار می گیرند.

واژه های کلیدی : سرمایه های روانشناختی، ادراک بیماری، مولتیپل اسکلروزیس

^۱ دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۲ استادیار دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۳ (نویسنده مسئول)، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. salimi.vali85@yahoo.com

^۴ دانشیار دانشکده پزشکی، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۵ مربی دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران



اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در ادراک و تفسیر علل بیماری، نمی تواند فقط ناشی از تفاوت در درجه تندرستی آنها باشد (کارور، می یر و آنتونی،^۶ ۲۰۰۰).

واکنش افراد به رویدادهای زندگی به عوامل اجتماعی، فرهنگی، روانشناختی و شخصیتی افراد بستگی دارد. یکی از موضوعاتی که در دهه های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، سرمایه های روانشناختی است. سرمایه های روانشناختی، ریشه در روانشناسی مثبت گرا دارد و مبین این موضوع است که انسان باید انرژی عقلانی خود را صرف جنبه های مثبت تجربه اش کند (لوتانز، آوی، اولیئو و پیترسون،^۷ ۲۰۱۰). بر طبق نظریه لوتانز (۱۹۹۹) در یک فرایند تحلیلی و تبیینی دامنه دار، بهزیستی روانی در درجه اول از عوامل فردی تاثیر می پذیرد و در این میان بر نقش سرمایه های روانشناختی تأکید کرده است (ایرز و جادگ،^۸ ۲۰۰۱). سرمایه روانشناختی در واقع به مفهوم «چه کسی هستتید (خودواقعی)» و «چه کسی می خواهید بشوید (خودممکن)» بر یک مبنای توسعه ای و رشد یابنده باز می گردد (لوتانز، آوی، اولیئو و نورمن،^۹ ۲۰۰۷).

سرمایه روانشناختی یک وضعیت توسعه ای مثبت روانشناختی با ویژگی هایی مشخص می شود که عبارتند از: تعهد و تلاش لازم برای موفقیت در کارها و وظایف چالش برانگیز (اعتماد به نفس/ خودکارآمدی، شیوه اسنادی مثبت درباره موفقیت های حال و آینده (خوشبینی)، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت (امیدواری) و تاب آوری یعنی پایداری هنگام مواجهه با سختی ها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت (لوتانز، ۲۰۱۰).

پژوهش های اخیر حاکی از آن است که راهبرهای مقابله ای و تاب آوری با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری مبتلایان به بیماری ام اس می تواند، سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. (میکائیلی، مختار پور و میسمی، ۱۳۹۱) در پژوهشی دیگر با هدف رابطه خودکارآمدی

مقدمه

امروزه بیماری های مزمن و غیرواگیر بخش عمده ای از مشکلات مربوطه به سلامت را به خود اختصاص داده و ۴۷ درصد بار کل بیماری ها را در منطقه خاورمیانه شامل می شود و ۸۰ درصد مرگ و میر در کشورها با درآمد پایین تا متوسط را به خود اختصاص داد (رفیعی، سلیمانی و سید فاطمی، ۱۳۹۰). مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری مزمن و ناتوان کننده سیستم عصبی است که میلین دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را تخریب می کند و به دنبال آن به تدریج بخش عضلانی بدن توانایی خود را از دست می دهد (میر هاشمی و نجفی، ۱۳۹۳). بیماری ام اس علاوه بر اختلالات عصبی حرکتی، با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل همراه بوده و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می شود (آقا یوسفی، شقاقی، دهستانی و برگی، ۱۳۹۱). آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظر می رسد پرداختن به مسائل روانشناختی است که بیماران با آن روبرو هستند (اسچیرس، ریدر و بنسینگ،^۲ ۲۰۰۲). تحقیقات حاکی از آن است که در مبتلایان به ام اس، مشکلات روانشناختی عامل اصلی ناتوانی ها، آسیب های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد است (گیومارس و سا،^۳ ۲۰۱۲). در واکنش بیماران نسبت به تشخیص بیماری و عواقب حاصل از آن در سطوح زندگی آنان تنوع قابل ملاحظه ای وجود دارد. شواهد نشان می دهد این تنوع در نحوه مقابله با مشکلات در سطوح زندگی افراد، تنها ناشی از ماهیت و یا شدت بیماری نیست، بلکه تا حدودی با عوامل روانشناختی و شخصیتی افراد نیز مرتبط است (لیولون، مگورک و وینمن،^۴ ۲۰۰۵ و میلار، پوراشوتام، مس لاجی، گورگ و ماری،^۵ ۲۰۰۵). در حوزه رفتار شناسی بیماران، توجه به این نکته که چرا افرادی که در معرض عوامل استرس زای مشابه قرار می گیرند و ویژگی های مشابهی دارند، به شیوه های مختلف علائم بیماری را درک و تفسیر می کنند، اهمیت دارد.

¹. Multiple sclerosis

². Schreurs, de Ridder, & Bensing

³. Guimarães & Sá

⁴. Llewellyn, McGurk, & Weinman

⁵. Millar, Purushotham, McLatchie, George, & Murray

⁶. Carver, Meyer, & Antoni

⁷. Luthans, Avey, Avolio, & Peterson

⁸. Erez & Judge

⁹. Norman



همکاری پاسخگو) انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت گردآوری اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده گردید.

ابزارها

۱. پرسشنامه اطلاعات فردی: شامل مشخصات فردی است که بر اساس نیاز تحقیق، داده های مربوط به جنسیت، سن، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی و اشتغال را شامل می شود.

۲. پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری^۲: شامل یک پرسشنامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سوال ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را مورد سنجش قرار میدهند. دامنه امتیاز ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سوال قرار میدهد و با توجه به اینکه هدف ما در این پژوهش بررسی علت بیماری نبوده حذف گردیده است. بزایان و بشارت (۱۳۸۹) میزان پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۶ هفته برای این آزمون را ۰/۷۵ گزارش کرده اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

۳. پرسشنامه سرمایه های روانشناختی لوتانز: این پرسشنامه با استفاده از مقادیر استاندارد شده به طور وسیع برای سنجش امید، تاب آوری، خوشبینی و خودکارآمدی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر زیر مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می دهد. ضریب پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش شده است. (لوتانز ۲۰۰۷) روایی بسیار بالایی را برای این مقیاس گزارش کردند. پایایی این آزمون در پژوهش نیسی، ارشدی، و رحیمی (۱۳۹۰) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

وکیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب آوری در بین بیماران قلبی به این نتیجه رسیده‌اند که بین خودکارآمدی، تاب آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد (فتحی، خیر و عتیق، ۱۳۹۰).

از منظر روانشناسی مثبت، عدم وجود نشانه‌های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادکامی و اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این قبیل، نشان‌دهنده سلامت است. بنابراین روان شناسان مثبت‌گرا بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید دارند و جنبه‌های مثبت روانی فرد را در نظر می‌گیرند (ریان و دسی^۱، ۲۰۰۱). با توجه به این توضیحات، شیوع بالای ام اس در افراد جوان و نقش سرمایه‌های روانشناختی در نحوه هدایت و کنترل چالش‌ها و موضوعات درون شخصی و تاثیر آن در شکل‌گیری ادراک فرد از بیماری، مطالعات کافی درباره درک بیماری به عنوان عاملی موثر، بر درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای بهداشتی ارتقاء سلامت، بیماران ام اس انجام نگرفته، و در مطالعات قبلی به صورت جداگانه نقش این عوامل بررسی شده است. اما به صورت یکجا و یک مدل، روابط تعاملی این عوامل مثبت با بیماری ام اس بررسی نشده است. از این رو در مطالعه حاضر به بررسی ارتباط سرمایه‌های روانشناختی با ادراک بیماری در افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس پرداخته شده است.

روش

مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی می باشد و جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس شهر اهواز به تعداد ۱۶۷۸ نفر می باشد. حجم نمونه در پژوهش حاضر با توجه به حجم جامعه آماری و معیارهای مطالعه ۱۲۰ نفر تعیین گردید. به این ترتیب پس از کسب رضایت از بیماران، بیماران واجد شرایط بر حسب معیارهای ورود (علاقه و تمایل داوطلب به شرکت در مطالعه، دارا بودن سن ۱۸ تا ۵۰ سال، دارا بودن وضعیت شناختی مناسب، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر)، و معیار خروج از مطالعه (عدم تمایل به

². brief IPQ (Illness perception Questionnaire)

¹. Ryan & Deci



شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیر های مورد مطالعه و ضرایب همبستگی بین متغیر های پژوهش در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است. همانطوری که جدول شماره ۱ نشان میدهد، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای سرمایه های روانشناختی، ۱۶/۳۹ (۲/۲۹)، ادراک بیماری ۵/۲۷ (۱/۰۳)، امیدواری، ۴/۲۰ (۰/۸۲)، خودکارآمدی، ۴/۶۳ (۰/۸۴)، خوشبینی، ۳/۷۶ (۰/۵۹)، تاب آوری، ۳/۷۸ (۰/۷۶)، به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سرمایه های روانشناختی و مؤلفه های آن و ادراک بیماری بین ۳ و ۵ قرار داشت.

روایی هر دو پرسشنامه توسط ۸ تن از اساتید علوم پزشکی و اساتید روانشناسی به تایید رسید.

یافته ها

تعداد مردان و زنان در این مطالعه به ترتیب ۳۴ نفر (۲۸/۳٪) و ۸۶ نفر (۷۱/۷٪) بود که ۴۲ نفر (۳۵٪) از افراد، مجرد و ۷۸ نفر (۶۵٪) متاهل بودند. تعداد ۲۳ نفر از افراد (۱۹٪)، شاغل و ۹۷ نفر (۸۰/۸٪) بیکار بودند و همچنین دامنه سنی مردان و زنان بین ۱۸ تا ۵۰ سال برآورد گردید.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار امتیازات سرمایه های روانشناختی و ادراک بیماری انجمن ام اس

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
سرمایه روانشناختی	۱۶/۳۹	۲/۲۹
مؤلفه امیدواری	۴/۲۰	۰/۸۲
مؤلفه خودکارآمدی	۴/۶۳	۰/۸۴
مؤلفه خوش بینی	۳/۷۶	۰/۵۹
مؤلفه تاب آوری	۳/۷۸	۰/۷۶
ادراک بیماری	۵/۲۷	۱/۰۳

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی بین ابعاد سرمایه های روانشناختی با ادراک بیماری

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
سرمایه روانشناختی	۱				
مؤلفه امیدواری	**۰/۸۵	۱			
مؤلفه خودکارآمدی	**۰/۸۱	**۰/۶۱	۱		
مؤلفه خوش بینی	**۰/۶۸	**۰/۵۳	**۰/۴۳	۱	
مؤلفه تاب آوری	**۰/۶۵	**۰/۴۰	**۰/۳۹	*۰/۲۲	۱
ادراک بیماری	**۰/۴۷	**۰/۳۴	**۰/۴۰	**۰/۳۶	**۰/۳۳

P<0/05* P<0/01**

با ادراک بیماری نشان میدهد که بر این اساس، همبستگی مثبت و معنی داری بین نمره کل سرمایه روانشناختی و مؤلفه آن با ادراک بیماری مشاهده می شود.

به منظور بررسی همبستگی بین مؤلفه های سرمایه های روانشناختی با ادراک بیماری، از آزمون های همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه استفاده شد. جدول شماره ۲ ضریب همبستگی بین سرمایه روانشناختی و مؤلفه های آن را



گانه استفاده شد. ورود متغیرها در تحلیل رگرسیون چند گانه به روش گام به گام بوده است. در نهایت متغیر خودکارآمدی بیشترین تاثیر را داشت و پس از آن به ترتیب متغیر خوشبینی و تاب آوری قرار داشتند. متغیر امیدواری از معادله رگرسیون خارج شد (جدول شماره ۳).

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده میشود ضرایب همبستگی بین سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری ($r=0/47$) و خرده مقیاس امیدواری ($r=0/34$)، خودکارآمدی ($r=0/40$)، خوشبینی ($r=0/36$)، تاب آوری ($r=0/33$) همبستگی مثبت ومعنی داری در سطح $0/01$ وجود دارد. برای بررسی تاثیر مؤلفه‌های چهارگانه سرمایه‌های روانشناختی بر روی ادراک بیماری از تحلیل رگرسیون چند

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام متغیر پیش بین سرمایه های روانشناختی با ادراک بیماری

مدل رگرسیون	N	(ضریب R^2 تعیین)	(ضریب همبستگی چند R گانه)	p-value
۱	۱۲۰	۰/۱۶۳	۰/۴۰۳	۰/۰۰
۲	۱۲۰	۰/۲۰۶	۰/۴۵۴	۰/۰۰
۳	۱۲۰	۰/۲۴۰	۰/۴۹۰	۰/۰۰

تاب آوری با ضریب بتای $0/20$ بیشترین تاثیر را بر ادراک بیماری دارد و واجد شرایط پیش بینی ادراک بیماری است (جدول شماره ۴).

همچنین نتایج رگرسیون چند گانه نشان میدهد که از بین مؤلفه سرمایه روانشناختی، مؤلفه خودکارآمدی با ضرایب بتای $0/24$ ، خوشبینی با ضرایب بتای $0/20$ و

جدول ۴: ضرایب رگرسیون استاندارد بتا برای پیش بینی متغیر ملاک

متغیر پیش بین	ضرایب رگرسیون	بتا	T	P-Value
مقدار ثابت	۱/۴۷۴		۲/۲۹۰	۰/۰۲۴
خودکارآمدی	۰/۳۰۶	۰/۲۴۸	۲/۶۶۷	۰/۰۰۹
تاب آوری	۰/۲۴۷	۰/۲۰۲	۲/۳۴۶	۰/۰۲۱
خوشبینی	۰/۳۵۶	۰/۲۰۵	۲/۲۲۷	۰/۰۲۵

سهمیم هستند. این نتایج مبنی بر شواهد تجربی بر اهمیت الگوی روانی در درک بیشتر بیماری و سازگاری با آن در بیماران ام اس تاکید میکند. نتایج تحقیقی در این رابطه نشان داد، مؤلفه های خوش بینی و خودکارآمدی از متغیرهای تقریباً تاثیرگذار بر ادراک بیماران مالتیپل اسکلروزیس هستند (آقا یوسفی، شقاقی، مهستانی و برقی، ۱۳۹۱). سبک مقابله هیجان محور مثبت با بهزیستی روانشناختی در بیماران ام اس رابطه

سن، جنس، شغل و تحصیلات تاثیری روی نمره فرد در مؤلفه های سرمایه های روانشناختی و ادراک بیماری نداشت.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سرمایه های روانشناختی و مؤلفه های آن با ادراک بیماری در افراد مبتلا به بیماری ام اس بود. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که سرمایه‌های روانشناختی به طور معنی داری در پیش بینی ادراک بیماری



بیماری را تحت تاثیر قرار میدهد. همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش (آلبرت، مبین، بوگتو، چارل ژجو متیکس کول^۶، ۲۰۱۰ و دوگال، های مین، های وارد، مک فیلی، و بايوم^۷، ۲۰۰۱ و ون آیترسام، ون ویلگن، هیلبردینک، گروسوف ووندر اسچنس^۸، ۲۰۰۹ و دنیسون، ماس موریس و چالدر^۹، ۲۰۰۹)، مبتنی بر تاثیر مثبت گرای، خودکارآمدی و خوش بینی بر ادراک بیماری در مبتلایان به ام اس همسو است. همچنین در این راستا در مطالعه دیگری پیرامون بررسی ارتباط بین خودکارآمدی، امید و ناتوانی در بیماران ام اس این نتیجه به دست آمد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیش رونده از خودکارآمدی و امیدواری پایین تری برخوردار هستند (فرسیر^{۱۰}، ۲۰۰۵).

اهمیت خودکارآمدی برای سازگاری موفقیت آمیز با درد مزمن، در تحقیقات مختلف نشان داده شده است. به عنوان مثال (آیر و تیسون^{۱۱}، ۲۰۰۱ و کورتین، والتر، اسکاتل، پنیل، وایز و کلیکو^{۱۲}، ۲۰۰۸) در پژوهش خود بر روی بیماری های مزمن نشان دادند که خودکارآمدی با رفتارهای مدیریت خود رابطه بالایی دارد (سارادا، نیکولاس، اسگاری و پیمنتا^{۱۳}، ۲۰۰۹). خودکارآمدی سهم مهمی در میزان ناتوانی حاصل از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن دارد. افزایش خودکارآمدی با کاهش درد، درماندگی هیجانی و ناتوانی مرتبط است (ولز فدرمن، آرنیستون و کودیل^{۱۴}، ۲۰۰۲).

همانطور که از تعریف مفهوم سرمایه های روانشناختی مشخص است این مؤلفه ها به عنوان ضربه گیر عمل میکنند و باورهای بیمار را نسبت به بیماری خود تغییر میدهند؛ زیرا باورهای بیمار مبتلا به ام اس نقش اساسی در برقراری تعادل روانی و بالا بردن کیفیت زندگی آنان دارد. به همین دلیل افراد دارای خودکارآمدی بالا میتوانند بر اضطراب، ناراحتی، افسردگی

مثبت و معنی داری دارد و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی دارد (عابدینی، منتظری و خلعتبری، ۱۳۹۱). همچنین سبک مقابله هیجان محور منفی با بهزیستی روانشناختی بیماران ام اس رابطه منفی معنی داری داشته و با درماندگی روانشناختی آنان رابطه مثبت معنی دار دارد (عابدینی، منتظری و خلعتبری، ۱۳۹۱). در مطالعه (میکاییلی، مختارپور و میثمی، ۱۳۹۱) مشاهده شده است که بین حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس همبستگی مثبت وجود دارد. شواهد نشان می دهد که در دامنه وسیعی از بیماری های حاد و مزمن (مانند مولتیپل اسکلروز، هانتینگتون و دیابت) عقیده فرد در مورد ماهیت بیماری، پیامد، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتارهای سالم و کیفیت زندگی موثر است (ون آیترسام، ون ویلگن، هیلبردینک، گروسوف و وندراسچنس^۱، ۲۰۰۹). در فراتحلیل مطالعات انجام شده در زمینه عوامل روانشناختی پیش بینی کننده سازگاری با بیماری مولتیپل اسکلروز، دامنه ی وسیعی از عوامل روانشناختی موثر بر بهبودی شناسایی شده است که قویترین و با ثبات ترین یافته ها این است که استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله هیجان محور با سازگاری بدتر با مولتیپل اسکلروز رابطه دارد (کلارک و گوسن^۲، ۲۰۰۹). همچنین شواهد رابطه معنی داری را بین تعامل با دیگران، سوگیری شناختی، شناخت مرتبط با بیماری، علایم و ادراک بیماری با سازگاری نشان می دهند (دنیسون، ماس موریس و چالدر^۳، ۲۰۰۹).

سطح بالاتر مقابله هیجان محور با ادراک کنترل کمتر ارتباط دارد (اسکارلو^۴، ۱۹۸۸)؛ این در حالی است که (مک آینس^۵، ۲۰۰۶) جهت رابطه را بر عکس میداند. او معتقد است تعبیر و تفسیر علایم باعث شکل گیری شناختها و تجسمهایی در زمینه ماهیت، کنترل پذیری، و عواطف مربوط به بیماری می-شود که در مرحله بعدی راهبردهای مقابله بر اساس این تجسم ها شکل می گیرند و در مقابل، این راهبرد های مقابله ادراک

⁶. Albert, , Maina, Bogetto, Chiarle , & Mataix-Cols

⁷. Dougall, Hyman , Hayward, McFeeley, & Baum

⁸. Van Ittersum, Van Wilgen, Hilberdink, Groothoff, & Van der Schans

⁹. Dennison, Moss-Morris, & Chalder

¹⁰. Fraser

¹¹. Ayre & Tyson

¹². Curtin, Walters, Schatell , Pennell , Wise, & Klicko

¹³. Sardá, Nicholas, Asghari, & Pimenta

¹⁴. Wells-Federman , Arnstein , & Caudill

¹. Van Ittersum, Van Wilgen, Hilberdink, Groothoff, & Van der Schans

². Clarke & Goosen

³. Dennison, Moss-Morris, & Chalder

⁴. Scharloo

⁵. MacInnes



درک عمیق تری از بیماری خود می‌توانند سرمایه های روانشناختی خود را برای سازگاری با وضعیت بیماری و برقراری رفتارهای بهداشتی در طولانی مدت تقویت نمایند. از آنجا که تاثیر بیماری، درمان و عوارض ناشی از آن به میزان سرمایه های روانشناختی غیر قابل انکار است و از آنجا که جنبه های روانشناختی نیز بر خود مراقبتی، احساس و عملکرد بیمار تاثیر گذار است، در نتیجه میتوان گفت که یافته های پژوهش حاضر شواهدی را فراهم کرد، که نشان می دهد سرمایه های روانشناختی از عوامل بسیار مهم مرتبط با سلامت روان است و افراد مبتلا به ام اس از لحاظ هیجانی به شدت تحت تاثیر بیماری خود قرار دارند. در نتیجه میتوان با ارتقاء این سرمایه ها سلامت روان افراد بیمار را ارتقاء داد تا بیماران کنترل بیشتری روی بیماری خود داشته باشند.

با توجه به شیوع بالای درد و پریشانی هیجانی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و همچنین پیامدهای ناشی از آن، عوامل رفتاری، اجتماعی و روانشناختی نقش حیاتی در مدیریت این بیماری دارند. با علم به اینکه مدیریت ام اس پیچیده است و عواملی به جزء مراقبت از خود می توانند اثر منفی بر کنترل این بیماری داشته باشند، تعیین عوامل روانی مؤثر بر کنترل مناسب بیماری ام اس نقش مهمی در درمان روانشناختی بیماران، افزایش مراقبت از خود، ارتقای ادراک از بیماری و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران دارد (سیندرز، ساندو، هیلر و شینتو^۵، ۲۰۱۴). بر این اساس پیشنهاد میشود مسئولین مراکز درمانی و انجمن های ام اس بیش از پیش در جریان نقش و اهمیت سرمایه های روانشناختی قرار گرفته و در برخورد بالینی با این بیماران، مداخلات روانشناختی بر پایه ادراک بیماری را مورد توجه قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد، به شماره طرح (PHT-۹۴۰۸)، رشته مدیریت توانبخشی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز است. لذا پژوهشگر مراتب سپاس و قدردانی خود را به کلیه عزیزان، به

وعلائم روان‌تنی فائق آیند. از این رو نتایج مطالعه حاضر دور از انتظار به نظر نمی رسد. خوشبینی (گرایش به اینکه در زندگی تجارب خوب رخ خواهد داد)، بر روش های مقابله افراد با تجارب استرس زا تاثیر دارد و با اتخاذ راهبردهای مقابله ای مؤثر در شرایط غیر قابل کنترل بیماری، موجب سازگاری بهتر فرد مبتلا با بیماری ام اس میشود. همچنین سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک میکند تا از عواطف و هیجان های مثبت، به منظور پشت سر نهادن تجارب نامطلوب، و بازگشت به وضعیت مطلوب، استفاده کند و فرد را قادر میسازد تا با سختی ها و چالش ها سازگار شده و در نتیجه ادراک بیماری راکاهش دهد. به طور کلی ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علایم و عواطف توأم با آن همراه است، موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب میشود، که بهبودی حاصل از این امر خود بر ادراک مثبت تر منجر میشود (میجر، سینما، بیج ستر، ملنبرگ و ولترز^۱، ۲۰۰۲).

در تفسیر این یافته ها باید در نظر داشت که ممکن است جهت ارتباط دوسویه باشد. به عبارت دیگر پاسخهای هیجانی بر ادراک بیماری تاثیر دارند و این امر خود بر انتخاب راهبرد های مقابله هیجانی اثرگذار است (هال، ترهارن و کیتاس^۲، ۲۰۰۷). چنین نتایجی نشان می‌دهد که تقویت سرمایه های روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس میتواند نقش مهمی در سازگاری آنها با بیماری داشته باشد. این یافته ها را میتوان با استناد به نظریه شناختی اجتماعی بندورا^۳ تبیین کرد. بر اساس این نظریه، عواطف، تفکر، و رفتار فرد در هر موقعیت به احساس فرد درباره توانایی شخصی وابسته است. در موقعیت هایی که فرد از توانایی های خود اطمینان دارد، رفتار، شناخت و احساساتش کاملاً متفاوت از موقعیت هایی است که فرد در آن، احساس ناتوانی، ناامیدی و امنیت میکند (مک گی، پیتر سون، مولر و سیکوئرا^۴، ۲۰۰۹). یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن است که ادراک بیماری به عنوان یک پدیده مهم روانشناختی، بر ابعاد سرمایه های روانشناختی تاثیر بسزایی دارد. از طرفی به دنبال تشخیص بیماری ام اس، بیماران با

1. Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, & Wolters

2. Hale, Treharne, & Kitas

3. Bandura

4. McGee, Peterson, Mueller, & Sequeira

5. Senders, Sando, Hiller, & Shinto



Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical psychology review, 29*(2), 141-153 .

Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and Traumatic Stress: The Importance of Social Support and Coping. *Journal of Applied Social Psychology, 31*(2), 223-245 .

Erez, A., & Judge, T. A. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *Journal of applied psychology, 86*(6), 1270 .

Fraser, C., & MSCN, M. K. (2005). The relationship between self-efficacy, self-esteem, hope, and disability in individuals with multiple sclerosis. Paper presented at the 16th International Nursing Research Congress Hawaii, USA.

Fathi, A., Khair, M., & Old, M. (2009). relationship between self-efficacy and quality of life due to the mediating role of resilience in patients with cardio – vascular, (2) ,109-122 . [Persian]

Guimarães, J., & Sá, M. J. (2012). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Cognitive impairment and dementia—an update*, 123 .

Llewellyn, C., McGurk, M., & Weinman, J. (2005). Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral oncology, 41*(5), 440-454 .

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology, 60*(3), 541-572 .

MacInnes, J. D. (2006). The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: a self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*(4), 280-288

McGee, J. E., Peterson, M., Mueller, S. L., & Sequeira, J. M. (2009). Entrepreneurial self-efficacy: refining the measure. *Entrepreneurship theory and Practice, 33*(4), 965-988 .

Mikaeili, N., Mokhtarpour, H. E., & Meysami, B. S. (2012). The Role Of Perceived Social Support, Coping Strategies And Resilience In The Prediction Of The Quality Of Life In Patients With Multiple Sclerosis . [Persian]

Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J., & Wolters, W. H. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for

ویژه معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مسئولین محترم دانشکده توانبخشی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و مدیریت و پرسنل انجمن ام اس که وی را در مراحل مختلف پژوهش یاری نموده اند تقدیم می دارد.

منابع

Abedini, S. M., Montazeri, S., & Khalatbari, J. (2012). Comparison Between Styles Of Coping With Stress In Patient With multiple Sclerosis And Healthy People In The East Of Mazandaran . [Persian]

Agha, Y. A., Shaghghi, F., Dehestani, M., & Barghi, I. Z. (2012). The Relationship Between Quality of life (QOL) and psychological capital with illness perception in ms patients . [Persian]

Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., & Mataix-Cols, D. (2010). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 51*(2), 193-200 .

Ayre, M., & Tyson, G. (2001). The Role of Self-Efficacy and Fear-Avoidance Beliefs in the Prediction of Disability. *Australian psychologist, 36*(3), 250-253 .

Bazzazian, B., & Besharat, M.A. (2010). Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes, 5(1), 3-11

Carver, C. S., Meyer, B., & Antoni, M. H. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 965 .

Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 460-464

Curtin, R. B., Walters, B. A., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease, 15*(2), 191-205 .

Hale, E. D., Treharne, G., & Kitas, G. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology, 46*(6), 904-906



self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Management N.*

psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social science & medicine*, 54(9), 1453-1461

Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 58(4), 335-342 .

Mirhashemi, M., & Najafi, F. (2014). Efficacy of solution-centered therapy on resiliency and sense of coherence among patients with multiple sclerosis *Medical Science Journal of Islamic Azad University- Tehran Medical Branch*, 24(3), 175-181 .[Persian]

Rafii, F., Soleimani, M., & Seyedfatemi, N. (2011). A model of patient participation with chronic disease in nursing care. *Koomesh* ۳۰، ۴-۲۹۳، (۳)۱۲، .[Persian]

Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*. 2001;52(1):141-66

Sardá, J., Nicholas, M. K., Asghari, A., & Pimenta, C. A. (2009). The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: A comparison between Australian and Brazilian samples. *European Journal of Pain*, 13(2), 189-195 .

Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J., Willems, L., Bergman, W., & Rooijmans, H. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of psychosomatic research*, 44(5), 573-585

Schreurs, K. M., de Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2002). Fatigue in multiple sclerosis: reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *Journal of psychosomatic research*, 53(3), 775-781.

Senders, A., Sando, K., Wahbeh, H., Hiller, A. P., & Shinto, L. (2014). Managing psychological stress in the multiple sclerosis medical visit: Patient perspectives and unmet needs. *Journal of health psychology*, 1359105314562084 .

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161 .

Van Ittersum, M., Van Wilgen, C., Hilberdink, W., Groothoff, J., & Van der Schans, C. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 53-60 .

Wells-Federman, C., Arnstein, P., & Caudill, M. (2002). Nurse-led pain management program: effect on