

پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس ادراک بیماری

فرناز شمیلی^{۱*}، دکتر حسین زارع^۲، دکتر محمد اورکی^۳

تاریخ دریافت 1392/02/01 تاریخ پذیرش 1392/04/21

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مطالعه پیش بینی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی بیماران ام اس از روی ادراک بیماری آنان است. دلیل اهمیت تحقیق حاضر این است که زمینه ساز تحقیقات آتی با هدف مدیریت صحیح باورها و ادراک بیماری در جهت ارتقا سطح کیفیت زندگی بیماران ام اس که به دلیل بیماری مزمن در سطح پایینی است، باشد.

مواد و روش کار: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس دارای پرونده فعال در انجمن ام اس شهر تهران می باشد و از این جامعه ۱۰۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این پژوهش غیر آزمایشی (توصیفی و از نوع همبستگی) بود. اطلاعات بالینی (از جمله وضعیت ناتوانی گسترده) و دموگرافیک از بیماران گردآوری شد و شرکت کنندگان پرسشنامه های (ادراک بیماری بازنگری شده موس - موریس و ویمن، ۲۰۰۲ و پرسشنامه ۵۴ سؤالی کیفیت زندگی بیماران ام اس ویکری، ۱۹۹۵) را تکمیل کردند.

یافته ها: داده های پرسشنامه ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفت و نتایج نشان داد که: ادراک بیماری، ابعاد جسمانی و ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس را پیش بینی می کند.

نتیجه گیری: ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران ام اس تأثیر دارد بنابراین نتایج این بررسی می تواند در تحقیقات مداخله ای آینده در جهت ایجاد ادراک بیماری مدیریت شده و ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران ام اس مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: مولتیپل اسکلروزیس، ادراک بیماری، خودگردانی، کیفیت زندگی، وضعیت ناتوانی گسترده

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره ششم، ص ۳۹۲-۳۷۹، شهریور ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تهران، شهران، بعد از فلکه دوم، بعد از نیروگاه، خ اسحاقی، بن بست سوم، پلاک ۱۱، واحد ۵، تلفن: ۰۹۱۲۴۸۰۴۱۷۲

Email: fs31tz@yahoo.com

مقدمه

مسایلی است که توجه جهانی را به آن معطوف داشته است (انجمن ام اس ایران). افراد مبتلا به بیماری های مزمن مانند ام اس علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی متعددی نیز روبه رو می شوند که این عوامل روانی متقابلاً بیماری آن ها را تحت الشعاع قرار می دهد (۱). تحقیقات رنج روانی زیادی را در ارتباط با بیماری ام اس نشان می دهد. افراد مبتلا نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش های بیماری مزمن دارند که البته کار ساده ای نیست و نیاز به آموزش دارد (۲).

توجه به آمارهای جهانی و منطقه ای در زمینه ام اس نشان می دهد که شیوع و بروز آن در تمام کشورهای دنیا از جمله ایران سیر فزاینده ای داشته است. میزان این بیماری در ایران از بسیاری کشورها بالاتر است. در طی ۲ تا ۳ سال گذشته و بر طبق آمار موجود، حداقل تعداد بیماران ام اس ثبت شده در مراکز مختلف ام اس کشور، سه تا چهار برابر شده است. این شیوع بالا و درگیر شدن گروه های جوان و فعال جامعه و از همه مهم تر درمان گران قیمت از جمله

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی پیام نور

^۳ استادیار گروه روان شناسی پیام نور

آموزش بیماران برای کسب کردن مهارت‌های تطابق و در پی آن ارتقا کیفیت زندگی پیش زمینه‌هایی لازم دارد. به این منظور تحقیقاتی باید انجام گیرد تا عواملی که سهم بالایی در این امر مهم دارند، شناسایی شوند. کیفیت زندگی محثی است که ارتباط تنگاتنگ با موضوعات مربوط به تطابق دارد. سازگاری بهینه به دنبال خود کیفیت زندگی خوب را به همراه دارد. گولیک^۱ (۳) معتقد بود که بررسی کیفیت زندگی ام اس^۲ از جمله مقولاتی است که اولویت پژوهش دارد. در واقع بسیاری از افراد که با بیماری طولانی مدت زندگی می‌کنند، کیفیت زندگی کاهش یافته‌ای را تجربه می‌کنند (۴).

کیفیت زندگی که در دهه‌های اخیر تاکید زیادی روی آن و تأثیر آن بر روی سلامتی می‌شود، به جنبه‌های مختلف زندگی از قبیل فیزیکی، هیجانی، شناختی و اجتماعی تاکید دارد و میزان رضایت فرد از امکانات زندگی‌اش می‌باشد (۵). پژوهش در زمینه بیماران ام اس نشان داده است که این بیماران در مقایسه با افراد سالم جامعه و بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریدروماتوئید و بیماری‌های التهابی روده به طور معنی داری از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (۶). بهترین دیدگاه برای ارتقا کیفیت زندگی بیماران ام اس که اهمیت زیادی دارد، تطابق و سازگاری با شرایط پیش آمده می‌باشد. یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی که در مقالات لاتین در ارتباط با تطابق بیماری ام اس به آن پرداخته شده است ادراک بیماری^۳ است. ادراک بیماری به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیمارانشان دارند که این تصویر و نگرش بر روی تطابق آن‌ها با بیمارانشان و در نتیجه کیفیت زندگی‌شان موثر است. این ادراک همچنین، چگونگی دورنمای درمان بیماران و مطابقت رژیم‌های غذایی درمانی آن‌ها را نیز نشان می‌دهد (۷).

ادراک بیماری یکی از مفاهیمی است که در حوزه رفتار شناسی بیماران شناخت اندکی درباره آن وجود دارد. به طور کلی ادراک، یکی از متغیرهای روان‌شناسی شناختی است که هنجاریابی بعضی انواع آن در ایران انجام شده است (۸). ادراک بیماری در پاسخ به سوآلی که در اینجا مطرح می‌شود معنی می‌یابد: چرا افرادی که در معرض عوامل استرس‌زای مشابه قرار می‌گیرند و ویژگی‌های بالینی مشابه دارند به

شیوه‌های مختلف علائم بیماری را ادراک و تفسیر می‌کنند. اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علایم) نمی‌تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه تندرستی آن‌ها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده نابهنجار تفسیر شده در نتیجه به ملاقات با پزشک منجر گردد، احتمالاً توسط فرد یا خانواده دیگر به شکل متفاوت تفسیر می‌گردد (۹-۱۱). یافته‌ها نشان داده است که ادراک بیماری بیماران از مهم‌ترین پیش بینی کننده‌های تطابق سطح پایین از جمله بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی، و عزت نفس هستند (۱۲، ۱۳). مدلی که بستر مناسبی را برای بررسی ادراک بیماران فراهم نموده است، مدل خودگردانی لونتال و همکاران (۱۴) می‌باشد بر اساس این مدل هر فرد بیمار بعد از این که علایم بیماری یا درد را مشاهده کرد، به شکل دادن طرح‌واره یا سیستمی از باورها درباره بیماری دست می‌زند و بر اساس آن طرح‌واره‌ها به تفسیر علایم مشاهده شده می‌پردازد (۱۵). این مدل معتقد است که اتخاذ هر کنش در جهت مقابله با محرک به باورها و ادراکات فرد نسبت به پنج متغیر هویت (برچسب زده شده به علائم)، علت (باور فرد درباره علل احتمالی)، برآیند (باور اثرات احتمالی بیماری بر کیفیت زندگی)، خط زمانی (باور فرد درباره طول مدت بیماری و جریان بیماری)، کنترل/درمان (باور فرد درباره قابل کنترل بودن بیماری) بستگی دارد (۱۶). چنین ادراک‌هایی ایستا نیستند بلکه پویا هستند. آن‌ها به وسیله درمان بیمارانی که درمان دریافت می‌کنند، تأثیر می‌پذیرند و این دیدگاه‌ها به نوبه خود از ادراکات درمان تأثیر می‌گیرند (۷).

مدل خودگردانی پیش بینی می‌کند که باورهای بیماری به طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارد و نتیجه این سازگاری بر ادراک بیمار از ناتوانی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. این مدل بیان می‌کند که اثر یک مشکل به وسیله عقاید فرد که در واقع نقش میانجی دارند، تعدیل می‌شود. ارزیابی موثر شامل فهمیدن توانایی فرد برای نشان دادن رفتارهای سازگاری و برآورد موفقیت‌هایش در تنظیم کردن نشانه‌های بیماری و به دنبال آن جستجوی بهزیستی هیجانی می‌باشد (۱۷). بررسی تأثیر ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس از آن جهت می‌تواند اهمیت داشته باشد که در صورت وجود این

1- Gulick

2- Quality of life

3- Illness perceptions

مخصوص بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس توسط بیماران تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از ضریب همبستگی پیرسون^۲ و رگرسیون چندمتغیره^۳ استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: به این منظور، رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در تحقیق جلب شد و هدف از تحقیق بگونه‌ای که در شرکت کنندگان سوگیری ایجاد نکند، توضیح داده شد. ضمناً سعی بر این بوده است فرد شرکت کننده به خاطر شرکت در تحقیق احساس ناراحتی جسمی و روانی نکند و به دلخواه خود کناره گیری کند. اطلاعات شرکت کنندگان کاملاً محرمانه و محفوظ نگهداشته شده و به جای اسم از کد عددی استفاده شده است.

ابزار جمع آوری داده‌ها:

برای سنجش ادراک بیماری از پرسشنامه ادراک بیماری بازنگاری شده آی پی کیو آر (IPQ- R) (موس- موریس و وینمن^۴، ۲۰۰۲) استفاده شد که نسخه جدید پرسشنامه آی پی کیو IPQ می‌باشد (۱۳). آی پی کیو آر دارای هفت نمره اصلی در هفت مؤلفه آن می‌باشد که عبارت است از (۱) تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب)، (۲) کنترل درمان (درجه‌ای که بیمار فکر می‌کند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری‌اش را کنترل نماید)، (۳) برآیند یا پیامدهای بیماری (باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی داشته باشد)، (۴) خط زمانی حاد/ مزمن (باورهای بیمار درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد)، (۵) انسجام بیماری (باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری)، (۶) کنترل شخصی (باور بیمار درباره توانایی وی در کنترل بیماری)، (۷) خط زمانی دوره‌ای (باورهای بیمار درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری وی) (موس- موریس و وینمن (۲۰۰۲) پایایی و اعتبار این پرسشنامه را محاسبه و با استفاده روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار را، برای مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۷۹. گزارش کردند. پایایی و اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه توسط مسعودنیا در سال ۱۳۸۴ در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر طبقه اجتماعی بر کیفیت ادراک بیماران آرتیتریت روماتوئید از علائم بیماری و درد انجام شد. ضریب اعتبار مؤلفه‌های ادراک بیماری با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی،

تأثیر می‌توان با پژوهش‌های بیشتر در آینده و اعمال مداخلاتی روی ادراک بیماری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشید (۱۸)، چرا که ممکن است ادراک فرد از شرایطش با تجربه کردن شرایط زندگی خاص و پیامدهای اجتماعی بهتر و درمان حرفه‌ای ارتقا یابد و این عوامل به بیماران در بدست آوردن فهم بهتری از بیماری‌ام اس و حس کنترل بیشتر آن کمک کند (۷). در ضمن گفته می‌شود که ادراک بیماری هدفدار ممکن است نشانه‌های بیماری‌های مزمن را کم کند (۱۹). حمایت از بیماران در جهت افزایش ادراک کنترل فردی که یکی از مؤلفه‌های مهم ادراک بیماری می‌باشد، می‌تواند یک استراتژی مراقبت اولیه در بازسازی برنامه‌های تسهیل کننده رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی و افزایش کیفیت زندگی باشد (۲۰). پس در واقع می‌توان گفت باورهای بیماری به صورت کلیدهای تعیین کننده‌ای هستند برای رویارویی با تهدید کننده‌های سلامتی و مدیریت بیماری‌ها و بالاخره برای نتایج سلامتی (۲۱).

با توجه به مطالب گفته شده این تحقیق طراحی شده است تا بررسی کند: ۱- ادراک بیماری، ابعاد جسمانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را پیش بینی می‌کند.

۲- ادراک بیماری، ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را پیش بینی می‌کند.

مواد و روش کار

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:

این پژوهش در تابستان سال ۱۳۹۰ اجرا شد. جامعه آماری این تحقیق عبارت بود از کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیسی که در انجمن ام اس تهران دارای پرونده فعال هستند. نمونه گیری تحقیق حاضر از نوع نمونه گیری در دسترس می‌باشد که شامل ۱۰۰ نفر از جامعه آماری مورد بحث می‌باشند. از شرکت کنندگان در تحقیق اطلاعات دموگرافیک جمع آوری شد. شدت بیماری آنان به کمک فرم مخصوص سنجش ناتوانی گسترده (کورتزک^۱، ۱۹۹۵) (۲۲) و نیز همکاری متخصص مشخص شد. شدت بیماری‌ام اس متغیری است که نمی‌توان آن را از تحقیقات مربوط به بیماری‌ام اس جدا کرد. مقیاس از صفر تا ۱۰ که نشانگر شدیدترین حالت بیماری است در نظر گرفته می‌شود. پرسشنامه‌های ادراک بیماری و نیز پرسشنامه کیفیت زندگی

²- Pearson correlation

³-Multivariable regression

⁴- Moss- Morris, Weinman

¹-Kurtzke

سنی این تعداد ۳۵/۶۴ (انحراف معیار ۷/۹۰)، مدت ابتلا ۹/۶۰ (انحراف معیار ۶/۱۱) و شدت بیماری ۴/۷۰ (انحراف معیار ۳/۰۴) بود. به منظور بررسی فرضیه‌ها از رگرسیون چند متغیره استفاده شد که روشی برای پیش بینی یک متغیر بر اساس چندین متغیر دیگر با استفاده از اصول همبستگی و رگرسیون می‌باشد. هر دو فرضیه تحقیق هر کدام دارای چند متغیر پیش بین^۳ با یک متغیر ملاک^۴ می‌باشند. تحلیل رگرسیون دارای پیش فرض‌هایی است که در تحقیق حاضر رعایت شده است که در زیر به آن اشاره می‌شود: متغیر ملاکی که به دنبال پیش بینی آن هستیم باید بر اساس مقیاس پیوسته (مقیاس فاصله‌ای و نسبی) و متغیر پیش بین انتخاب شده باید بر اساس مقیاس فاصله‌ای، نسبی و یا رتبه‌ای اندازه گیری شده باشد. حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای فراهم آوردن بر آورد مناسب از ضرایب رگرسیون رعایت شده است، طوری که تعداد موارد یا شرکت کنندگان ده برابر تعداد متغیرهای پیش بین باشد. نمره هر فرد نیز باید مستقل از دیگر افراد باشد، که در این تحقیق رعایت شده است. نمره‌های موجود در هر یک از خانه‌های طرح از جامعه‌ای انتخاب شده باشند که توزیع نمره‌ها در آن جامعه شکل نرمال داشته باشد که در اینجا این مسئله با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای سنجش برازش داده‌های متغیرهای پیش بین در جدول ۱ و سنجش برازش داده‌های متغیرهای ملاک در جدول ۲ آمده است که نشان می‌دهد هیچ یک از نمرات متغیرها از منحنی نرمال اختلاف زیادی ندارند ($P \geq 0.05$). بنابراین مجاز هستیم از تحلیل آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده نماییم. زمانی که تمام متغیرهای مستقل دیگر ثابت نگه داشته شود، رابطه بین متغیر وابسته و یک متغیر مستقل در جامعه خطی باشد که در تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفته و در نمودار نشان داده شده است. همبستگی بین متغیرهای پیش بین زیاد نباشد (بررسی مسئله چندگانگی خطی) که به منظور بررسی آن از دو آماره روا داری یا تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شده است. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در آن میزان رواداری نزدیک به یک و میزان عامل تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد. بنابراین پدیده چندگانگی خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد.

کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۳۸، محاسبه گردید (۲۳). برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه ۵۴ سؤالی کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام اس (ام اس کیو اوال) MSQoL-54 (ویکری^۱، ۱۹۹۵) استفاده شد (۲۴). این پرسشنامه دارای ۵۴ سؤال می‌باشد که با اضافه کردن ۱۸ مورد به پرسشنامه کوتاه ۳۶ گزینه‌ای طراحی شده است که ۱۲ حیطه کیفیت زندگی را اندازه گیری می‌کند. هر حیطه از صفر تا صد نمره گذاری شده و نمرات هر حیطه با احتساب میانگین نمرات تعیین می‌گردد. دارای دو نمره اصلی نمره ابعاد جسمانی و نمره ابعاد روانی کیفیت زندگی می‌باشد. ابعاد جسمانی شامل سلامت جسمی، نگرانی سلامتی، ادراک سلامتی، انرژی، ایفای نقش در رابطه با مشکل جسمی، درد، عملکرد جنسی و عملکرد اجتماعی و ابعاد روانی شامل رنج سلامتی، رضایت از زندگی، بهزیستی روانی، ایفای نقش در رابطه با مشکل روانی و عملکرد شناختی می‌باشد.

در یک جمعیت ام اس، زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی همسانی درونی خوبی با آلفای کرونباخ از ۰/۷۵ تا ۰/۹۶ نشان دادند. برای سنجش پایایی، آزمون دوباره برای این زیرمقیاس‌ها ضریب همبستگی بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۶ به دست آمد (۲۴، ۲۵). به این ترتیب اعتبار و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی در مطالعات مختلف خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است. ترجمه آن به فارسی از طریق روش‌های بین‌المللی پذیرفته شده و تحت هماهنگی و نظارت اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت. ترجمه و تطبیق فرهنگی این پرسشنامه به منظور روایی زبان شناختی آن نیز توسط برهانی و قائم (۱۳۸۴) انجام گرفته است (۲۶). برای سنجش پایایی مقیاس کیفیت زندگی روش دو نیمه کردن^۲ استفاده شد و مقدار پایایی با میزان همسانی درونی ۰/۸۶ و محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به تأیید رسید (۲۴).

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ نفر بیمار ام اس بررسی شدند. میانگین

^۳-Predictor Variable

^۴-Criterion Variable

^۱-Vickrey

^۲-Split of Half

جدول شماره (۱): آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای سنجش برازش داده‌های متغیرهای پیش بین

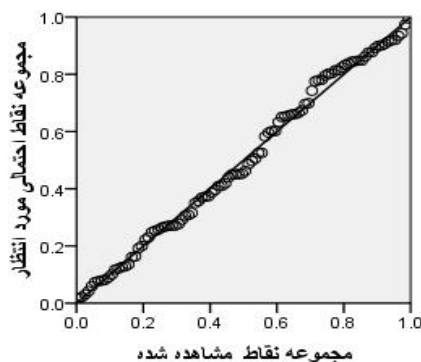
تظاهرات هیجانی	طول زمانی چرخه‌ای	انسجام بیماری	کنترل درمان	پیامد	کنترل فردی	طول مدت زمانی	پارامترهای نرمال
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	تعداد
۱۸/۵۹	۱۳/۲۲	۱۷/۱۱	۱۸/۲۴	۲۰/۵۳	۲۲/۶۴	۱۹/۱۶	میانگین
۶/۳۵۴۹	۳/۵۹۴۵	۴/۴۷۱	۳/۷۷۶	۴/۷۱۹	۴/۲۸۱	۵/۷۸۶	انحراف معیار
۰/۱۰۵	۰/۰۹۰	۰/۱۳۹	۰/۱۴۱	۰/۰۷۱	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲	تفاوت مثبت
۰/۱۱۴	-۰/۱۱۶	-۰/۲۰۱	-۰/۱۵۵	-۰/۱۰۹	-۰/۱۴۵	-۰/۰۶۹	تفاوت منفی
۱/۱۴۲	۱/۱۵۹	۲/۰۰۹	۱/۵۴۷	۱/۰۸۹	۱/۴۴۶	۰/۶۸۵	Z اسمیرنوف
۰/۱۴۷	۰/۱۳۶	۰/۰۵۸	۰/۱۷	۰/۱۸۶	۰/۳۱	۰/۷۳۶	سطح معنی داری

جدول شماره (۲): آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای سنجش برازش داده‌های متغیرهای ملاک

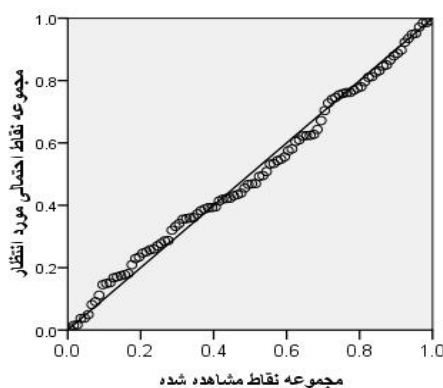
سطح معنی داری	Z اسمیرنوف	تفاوت منفی	تفاوت مثبت	انحراف معیار	میانگین	تعداد	پارامترهای نرمال
۰/۴۶۹	۰/۸۴۷	-۰/۰۸۵	۰/۰۴۲	۱۷/۰	۵۳/۲۹	۱۰۰	سلامت جسمی
۰/۳۱۷	۰/۹۵۸	-۰/۰۹۶	۰/۰۵۴	۲۰/۸۱	۵۹/۵۷	۱۰۰	سلامت روانی

جدول شماره (۳): آزمون بررسی چندگانگی خطی (تحمل و عامل تورم واریانس)

عامل تورم واریانس	(روداری یا تحمل)	متغیرهای پیش بینی کننده (مستقل)
۱،۳۸	۰،۷۲۵	طول مدت زمانی
۱،۴۴۶	۰،۶۹۲	پیامد
۱،۵۸۱	۰،۶۳۳	کنترل فردی
۱،۴۶۷	۰،۶۸۲	کنترل درمان
۱،۲	۰،۸۳۳	انسجام بیماری
۱،۱۶۷	۰،۸۵۷	طول زمانی چرخه‌ای
۱،۳۸۷	۰،۷۲۱	تظاهرات هیجانی



نمودار شماره (۱): رابطه خطی بین دو متغیر سلامت جسمی و ادراک بی‌ماری



نمودار شماره (۲): رابطه خطی بین دو متغیر سلامت روان و ادراک بی‌ماری

پیامد و طول مدت زمانی، ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یابد. در جدول (۵) مشاهده می‌شود که مدل مورد استفاده ۵۴٪ تغییر در نمرات ملاک یا پیش بینی شونده (ابعاد جسمی) را به حساب آورده است و جدول (۶) نشان می‌دهد مجموع مجذورات رگرسیون ابعاد جسمانی بیماران ام اس ۱۶۴۴۱،۰۱۱ و مقدار F محاسبه شده ۱۷،۷۴۹ با درجه آزادی ۷ و ۹۲ از مقدار F جدول بزرگ‌تر می‌باشد. ($F_{ob} > F_{cr}$). بنابراین ادراک بیماری بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران موثر است و معناداری کل مدل تایید می‌شود ($P \leq 0.05$) و می‌توان ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران ام اس را با توجه به ادراک آنان از بیماری پیش بینی کرد.

به منظور بررسی فرضیه اول ضرایب همبستگی پیرسون برای آزمون رابطه بین مؤلفه‌های ادراک بیماری و ابعاد جسمی کیفیت زندگی انجام شد. همان‌طور که در جدول (۴) نشان داده شده است با توجه به سطح معناداری و جهت همبستگی بین ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران ام اس و همه مؤلفه‌های ادراک بیماری (به غیر از طول زمانی چرخه‌ای) رابطه معناداری وجود دارد به طوری که بین ابعاد جسمی بیماران با مؤلفه‌های کنترل فردی و کنترل درمان و انسجام بیماری رابطه معنادار و مستقیم است و با مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، پیامد و طول مدت زمانی رابطه معنادار و معکوس است به عبارتی با افزایش کنترل فردی، کنترل درمان و انسجام بیماری، ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش می‌یابد ولی با افزایش تظاهرات هیجانی،

جدول شماره (۴): همبستگی بین متغیر ابعاد جسمی با زیر مقیاس‌های ادراک بیماری

طول مدت زمانی	پیامد	کنترل فردی	کنترل درمان	انسجام بیماری	طول زمانی چرخه‌ای	تظاهرات هیجانی	همبستگی پیرسون
-۰،۳۴	-۰،۶۱۴	۰،۴۷۷	۰،۳۸۵	۰،۳۵۱	-۰،۰۲۹	-۰،۴۶۵	میزان همبستگی
۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۳۸۷	۰،۰۰۰۱	سطح معناداری

جدول شماره (۵): خلاصه مدل رگرسیون

مدل	ضریب همبستگی	مجذور همبستگی	مجذور همبستگی تعدیل شده	خطای معیار برآورد
۱	۰.۷۵۸	۰.۵۷۵	۰.۵۴۲	۱۱.۵۰۳۴۷

جدول شماره (۶): تحلیل واریانس بین دو متغیر ملاک و پیش بینی کننده

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F محاسبه شده	سطح معناداری
رگرسیون	۱۶۴۴۱.۰۱۱	۷	۲۳۴۸.۷۱۶	۱۷.۷۴۹	۰.۰۰۱
باقی مانده یا خطا	۱۲۱۷۴.۳۳۹	۹۲	۱۳۲.۳۳۰		
کل	۲۸۶۱۵.۳۵۱	۹۹			

دیگر مؤلفه‌ها پیش بینی می‌شود و همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معناداری در متغیر پیامد ($P \leq 0.00$) و انسجام بیماری ($P \leq 0.001$) و کنترل درمان ($P \leq 0.047$) و متغیر تظاهرات هیجانی ($P \leq 0.038$) می‌باشد که نشان می‌دهد رابطه ابعاد جسمی بیماران مبتلا به ام اس با مؤلفه پیامد و انسجام بیماری قوی تر از رابطه ابعاد جسمی با کنترل درمان و تظاهرات هیجانی است اگرچه ابعاد جسمی کیفیت زندگی با هر چهار مؤلفه ادراک بیماری رابطه معنادار دارد.

همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، متغیر ابعاد جسمی با میزان مؤلفه‌های ادراک بیماری (پیامد، کنترل درمان، انسجام بیماری و تظاهرات هیجانی) پیش بینی می‌شود و مقدار ضریب استاندارد (بتا) بین دو متغیر ابعاد جسمی و هر یک از مؤلفه‌های ادراک بیماری بیان می‌کند به ازای هر واحد تغییر در میزان ادراک بیماری چه مقدار ابعاد جسمی بیماران ام اس تغییر می‌کند. بنابراین مقدار بتا در مؤلفه پیامد بیشتر از دیگر مؤلفه‌هاست که نشان می‌دهد ابعاد جسمی بیماران از روی پیامد بهتر از

جدول شماره (۷): برآورد ضرایب مدل برای ضرایب همبستگی

مدل	ضریب استاندارد نشده		ضریب استاندارد شده	
	B	خطای استاندارد	بتا	t
ثابت	۵۲/۳۲۲	۱۱/۴۵۵		۴/۶۵۵
طول مدت زمانی	-۰/۰۹۸	۰/۲۳۵	-۰/۰۳۳	-۰/۴۱۶
پیامد	-۱/۶۳۹	۰/۲۹۵	-۰/۴۵۵	-۵/۵۶۴
کنترل فردی	۰/۵۳۸	۰/۳۳۹	۰/۱۳۶	۱/۵۸۶
کنترل درمان	۰/۶۵۵	۰/۳۷۱	۰/۱۴۶	۱/۷۶۸
انسجام بیماری	۰/۹۳۷	۰/۲۸۳	۰/۲۴۶	۳/۳۰۹
طول زمانی چرخه‌ای	۰/۲۸۱	۰/۳۴۷	۰/۰۵۹	-۱/۸۰۸
تظاهرات هیجانی	-۰/۴۵۲	۰/۲۱۴	-۰/۱۶۹	-۲/۱۰۸

برای بررسی فرضیه دوم در جدول (۸) نشان داده شده است با توجه به سطح معناداری و جهت همبستگی بین ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران ام اس و همه مؤلفه‌های ادراک بیماری (به غیر از طول زمانی چرخه‌ای) رابطه معناداری وجود دارد به طوری که بین ابعاد روانی بیماران با مؤلفه‌های کنترل فردی و کنترل درمان و انسجام بیماری رابطه معنادار و مستقیم است و با مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، پیامد و طول مدت زمانی رابطه معنادار و معکوس است به عبارتی با افزایش کنترل فردی، کنترل درمان و انسجام بیماری، ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش می‌یابد ولی با افزایش تظاهرات هیجانی، پیامد و طول مدت زمانی، ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران کاهش

می‌یابد. همان طور که در جدول (۹) مشاهده می‌شود، مقدار مجذور r تعدیل شده $r^2 = 0.431$ می‌باشد که نشان می‌دهد مدل مورد استفاده ۴۳٪ تغییر در نمرات ملاک یا پیش بینی شونده (ابعاد روانی) را به حساب آورده است. در جدول (۱۰) مشاهده می‌شود که مجموع مجذورات رگرسیون ابعاد روانی بیماران ام اس 20210.722 و مقدار F محاسبه شده 11.712 با درجه آزادی ۷ و ۹۲ از مقدار F جدول بزرگ‌تر می‌باشد ($F_{0.05} > F_{0.05}$). بنابراین معناداری کل مدل تایید می‌شود ($P \leq 0.05$) و ادراک بیماری در ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران موثر واقع است و می‌توان ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران ام اس را با توجه به ادراک آنان از بیماری پیش بینی کرد.

جدول شماره (۸): همبستگی بین متغیر ابعاد روانی با زیر مقیاس‌های ادراک بیماری

همبستگی پیرسون	تظاهرات هیجانی	طول زمانی چرخه‌ای	انسجام بیماری	کنترل درمان	کنترل فردی	پیامد	طول مدت زمانی
میزان همبستگی	۰،۴۸-	۰،۱۲۶-	۰،۳۸۱	۰،۳۴۱	۰،۳۸۶	-۰،۴۹۷	-۰،۲۸۳
سطح معناداری	۰،۰۰۱	۰،۱۰۵	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۱	۰،۰۰۲

جدول شماره (۹): خلاصه مدل رگرسیون

مدل	ضریب همبستگی	مجذور همبستگی	مجذور همبستگی تعدیل شده	خطای معیار برآورد
۱	۰،۶۸۶	۰،۴۷۱	۰،۴۳۱	۱۵،۷۰۰۹۰

جدول شماره (۱۰): تحلیل واریانس بین دو متغیر ملاک و پیش بینی کننده

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F محاسبه شده	سطح معناداری
رگرسیون	۲۰۲۱۰،۷۲۲	۷	۲۸۸۷،۲۴۶	۱۱،۷۱۲	۰،۰۰۱
باقی مانده یا خطا	۲۲۶۷۹،۶۷۹	۹۲	۲۴۶،۵۱۸		
کل	۴۲۸۹۰،۴۰۱	۹۹			

همان‌طور که در جدول (۱۱) مشاهده می‌شود، متغیر ابعاد روانی با مؤلفه‌های ادراک بیماری (پیامد، کنترل درمان، انسجام بیماری و تظاهرات هیجانی) پیش بینی

می‌شود و مقدار ضریب استاندارد (بتا) بین دو متغیر ابعاد روانی و هر کدام از مؤلفه‌های ادراک بیماری بیان می‌کند به ازای هر واحد تغییر در میزان ادراک بیماری چه مقدار ابعاد

تظاهرات هیجانی ($P \leq 0.009$) می‌باشد که نشان می‌دهد رابطه ابعاد روانی بیماران با پیامد و انسجام بیماری و تظاهرات هیجانی قوی تر از رابطه ابعاد روانی با کنترل درمان است اگرچه ابعاد روانی بیماران با هر چهار مؤلفه ادراک بیماری رابطه معنادار دارد.

روانی بیماران ام اس تغییر می‌کند. بنابراین مقدار بتا در مؤلفه پیامد بیشتر از دیگر مؤلفه‌هاست که نشان می‌دهد ابعاد روانی بیماران از روی پیامد بهتر از دیگر مؤلفه‌ها پیش بینی می‌شود. و همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معناداری در متغیر پیامد ($P \leq 0.001$) و انسجام بیماری ($P \leq 0.000$) و کنترل درمان ($P \leq 0.039$) و متغیر

جدول شماره (۱۱): برآورد ضرایب مدل برای ضرایب همبستگی

سطح معناداری	ضریب استاندارد شده		ضریب استاندارد نشده		مدل
	t	بتا	خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۰	۳/۸۶۹		۱۵/۶۳۵	۶۰/۴۹۲	ثابت
۰/۹۹۱	-۰/۰۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲۰	-۰/۰۰۴	طول مدت زمانی
۰/۰۰۱	-۳/۵۷۶	-۰/۳۲۶	۰/۴۰۲	-۱/۴۳۸	پیامد
۰/۶۴۸	۰/۴۵۸	۰/۰۴۴	۰/۴۶۳	۰/۲۱۲	کنترل فردی
۰/۰۳۹	۱/۸۳۸	۰/۱۶۹	۰/۵۰۶	۰/۹۳۰	کنترل درمان
۰/۰۰۰	۳/۶۳۹	۰/۳۰۲	۰/۳۸۷	۱/۴۰۷	انسجام بیماری
۰/۶۸۳	-۰/۴۱۰	-۰/۰۳۴	۰/۴۷۴	-۰/۱۹۴	طول زمانی چرخه‌ای
۰/۰۰۹	-۲/۶۸۸	-۰/۲۴۰	۰/۲۹۲	-۰/۷۸۶	تظاهرات هیجانی

و بدتری قرار می‌گیرد. تحلیل آماری نشان داد که مؤلفه پیامد در این امر بیشتر تعیین کننده است.

نتایج به دست آمده از فرضیه اول هم جهت با پژوهش وریبرگ^۱ (۲۷) در سال ۱۹۷۹ بود که نشان داد چگونه رفتار بیماری شدید (ادراک و ارزیابی نشانه‌ها، گرایش برای جذب فعالیت‌های درمان یا روزهای ناتوانی) روی نشانگرهای سلامت عادی فرد تأثیر می‌گذارد. مطالعه‌ای که دالبث^۲ (۲۸) و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام دادند، تأییدی بود بر این که ادراک شدت نشانه‌ها و پیامدها، کنترل پایین شخصی و درمان، ناتوانی بیماران را پیش بینی می‌کند و دیدگاه‌های منفی به بیماری با پیشرفت ناتوانی عضلانی اسکلتی مرتبط بود. نتیجه تحقیق جیورجنس^۳ (۲۹) در سال ۲۰۱۰ نشان داد باورهای بیماران، عملکرد جسمانی را پیش بینی می‌کند که همسو با تأیید فرضیه اول در تحقیق حاضر می‌باشد. چابویر^۴ (۳۰) و همکاران نیز در سال ۲۰۱۰ نشان دادند که برخی مؤلفه‌های ادراک بیماری از پیش

بحث و نتیجه گیری

اهداف این پژوهش پیش بینی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیسبا توجه به مؤلفه‌های اصلی ادراک بیماری بود. فرضیه اول عبارت بود از: ادراک بیماری ابعاد جسمانی کیفیت زندگی بیماران ام اس را پیش بینی می‌کند. نتایج تحقیق این فرضیه را تأیید کرد. در تحقیق حاضر ارتباط بین مؤلفه‌های ادراک بیماری با ابعاد جسمانی کیفیت زندگی به این صورت نشان داده شده است: با افزایش کنترل فردی، کنترل درمان و انسجام بیماری، کیفیت زندگی بیماران نیز در ابعاد جسمانی افزایش می‌یابد ولی با افزایش تظاهرات هیجانی، پیامد و طول مدت زمانی، کیفیت زندگی بیماران در ابعاد جسمانی کاهش می‌یابد. می‌توان این طور استنباط کرد که اگر بیمار ادراک کنترل فردی و درمان بیشتری بر بیماری‌اش داشته باشد و همچنین فهم بالاتری از بیماری‌اش داشته باشد، کیفیت زندگی‌اش در ابعاد جسمانی در سطح بهتری قرار می‌گیرد و اگر فرد تظاهرات هیجانی (اضطراب، ترس، نگرانی، ...) بیشتری داشته باشد و اثرات بیماری را بر زندگی‌اش وخیم ادراک کند و نیز اگر بیماری را مزمن ادراک کند، سطح کیفیت زندگی‌اش در ابعاد جسمانی در سطح پایین تر

1 - Verbrugge LM

2 - Dalbeth

3 - Juergens MC

4- Chaboyer W

بین‌های نمرات جسمانی کیفیت زندگی می‌باشند. تحقیق چابویر طول مدت زمانی را دارای پیش بینی کنندگی بیشتر از پیامد نشان داد که با نتیجه این تحقیق که مؤلفه پیامد را دارای بالاترین قدرت پیش بینی کننده نمرات ابعاد جسمانی می‌داند، متفاوت است که احتمالاً علت آن را می‌توان به شرایط مختلف تحقیق‌ها و فاکتورهای تأثیرگذار نسبتاً زیاد که شامل شرایط آزمودنی‌ها، شرایط زمانی و مکانی، ابزار و... می‌شود، نسبت داد. تحقیق ووگان و همکاران (۳۱) در سال ۲۰۰۳ ادراک پیامدهای جدی بیماری را مرتبط با عملکرد جسمانی ضعیف تر نشان داد که این نتیجه با ارتباط منفی پیامدهای بیماری با ابعاد جسمانی در تحقیق حاضر مطابقت دارد. نتیجه دیگر تحقیق ووگان این بود که باورها درباره این که بیماران ام اس چقدر بر شرایطشان کنترل دارند ارتباط منفی با اختلال‌های بیماری و عملکرد جسمانی ضعیف تر دارد. این نیز ارتباط مثبت بین کنترل شخصی و ابعاد جسمانی کیفیت زندگی بیماران ام اس را تایید می‌کند. همچنین تحقیق فرگوسن (۷) در سال ۲۰۰۸ ادراک بیماری را موثر بر بعد جسمی و بدنی دانست. آرات (۳۲) ادراک پیامدهای جدی بیماری را با سلامت جسمی ضعیف تر مرتبط دانست. ارتباط ادراک بیماری با کیفیت زندگی بعد از سکتة قلبی مطالعه‌ای بود که آلسون (۳۳) انجام داد. معلوم شد کاهش باورهای کنترل فردی و کنترل درمان با کیفیت زندگی پایین ارتباط دارند که این نتیجه ارتباط مثبت معنادار بین کنترل شخصی و ابعاد جسمی کیفیت زندگی در پژوهش حاضر را حمایت می‌کند. تحقیق اسنل (۳۴) در سال ۲۰۱۱ نشان داد بروز هیجان‌ات بیشتر با کندی روند بهبود جسمانی بیماران بعد از حادثه ارتباط دارد. این نتیجه با ارتباط منفی تظاهرات هیجانی و ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد. پژوهشی که ساواکی (۳۵) در سال ۲۰۱۱ انجام داد، ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی سلامت محور در بیماران فیبروز کیستی را بررسی می‌کرد. در این مطالعه نمرات بالا در پیامدهای بیماری با نمرات پایین کیفیت زندگی و نمرات بالای کنترل شخصی با نمرات بالای کیفیت زندگی ارتباط داشت. این نتایج با تحقیق حاضر در مورد ارتباط منفی پیامدهای بیماری و کیفیت خوب زندگی و نیز ارتباط مثبت کنترل شخصی با کیفیت خوب زندگی تا حدودی هم‌خوانی دارد.

فرضیه دوم عبارت بود از: ادراک بیماری ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران ام اس را پیش بینی می‌کند. نتایج تحقیق این فرضیه را تایید کرد. در تحقیق حاضر ارتباط بین مؤلفه‌های ادراک

یافته‌های تحقیق موس- موریس (نقل از فرگوسن و کریستی) (۱۲) و (۷) در سال ۲۰۰۳ نشان داد که ادراک بیماری بیماران مهم‌ترین پیش بینی کننده‌های بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی، و عزت نفس بودند که برخی از این‌ها جزو سازه‌های ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماری‌ام اس به شمار می‌روند. پس در واقع این نتیجه با یافته‌های تحقیق حاضر مطابقت دارد. پژوهش چابویر و همکاران (۳۰) در سال ۲۰۱۰ نشان داد که هویت، تظاهرات هیجانی و طول مدت زمانی (از مؤلفه‌های ادراک بیماری) پیش بین‌های نمرات روانی کیفیت زندگی بودند. نتایج تحقیق دمستر (۳۶) نیز در سال ۲۰۱۱ تغییرات ادراک بیماری از جمله احساس کنترل بیشتر را پیش بینی کننده سلامت روان در بیماران می‌داند. تحقیقات ووگان و همکاران (۳۱) و موس- موریس (۱۲) نشان داد بیماران ام اسی که کنترل بیشتر خود را بر بیماریشان باور دارند، افسردگی کمتر و عزت نفس بالاتری را تجربه می‌کنند. همچنین فهم ضعیف تر از بیماری، سطوحی از اضطراب را در بیماران پیش بینی می‌کرد. یافته‌های فرگوسن (۷) ادراک بیماری را موثر بر احساس انرژی و هیجان دانست. تحقیق تینزما (۳۷) در سال ۲۰۱۱ حاکی از آن است که ادراک بیماری ارتباط قوی با کیفیت زندگی دارد. نتیجه‌ی مطالعه‌ی پاملا^۶ و همکاران (۳۸) در همان سال نشان داد که ادراک بیماری بیشترین تأثیر را بر نگرانی روانی دارد. مک‌گرادی^۸ (۱۹) ادراک بیماری را مرتبط با اضطراب و جیورجنس (۲۹) ادراک بیماری را مرتبط با افسردگی دانست. این نتایج تا حدودی در راستای نتایج تحقیق حاضر می‌باشند. آرات (۲۰۱۱) (۳۲) نیز از جمله کسانی بود که سلامت روان را با نمره تظاهرات هیجانی کمتر مرتبط

⁵ - Dempster M

⁶ - Tiemensa J

⁷ - Pamela

⁸ - McGrady ME

¹ - Arat S

² - Alsen P

³ - Snell DL

⁴ - Sawicki GS

خودگردانی لونتال هدایت شده بود، انجام گرفت. ادراک بیماری، افسردگی و خستگی و به هم خوردگی خلق را پیش بینی می‌کرد و نیز ادراک بیماری پیامدهای جدی، علت روانی و فهم کم بیماری بر مشکلات روانی تأثیر داشت که همگی تأییدکننده نتایج حاصل از این تحقیق در ارتباط با مدل خودگردانی لونتال می‌باشند.

نتایج این تحقیق نشان داد که ادراک بیماری، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس را پیش بینی می‌کند. با توجه به این که کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی است و هر کدام از این ابعاد انعکاس دهنده مهمی از شرایط زندگی فرد بیمار می‌باشد، می‌شود این نتیجه گیری را کرد که ادراک بیماری در زندگی توأم با شرایط سخت بیماری بسیار حائز اهمیت است. قبلاً نیز اشاره شد که در اغلب موارد هدف تحقیقات و مداخلات روان شناسی، تطابق و سازگاری فرد با شرایطش می‌باشد. بیماری‌های مزمن موقعیت‌هایی را به فرد تحمیل می‌کنند که زندگی او را دشوار می‌سازد و همین مسئله باعث مشکلاتی در تعادل روانی او می‌گردد. عدم اطلاع از چگونگی سازگاری مشکلات او را چند برابر می‌سازد. در این میان، بدیهی است آموزش فرد بیمار و معرفی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی او اهمیت بسیاری دارد، چرا که با تغییر هدفمند آن‌ها و حذف عوامل مضر و جایگزینی با نوع مفید، احتمال تغییر کیفیت زندگی فرد در جهت بهتر شدن فراهم می‌شود.

این تحقیق نیز مانند تحقیقات دیگر دارای محدودیت‌هایی است که مهم‌ترین آن کمبود منابع داخلی، نبودن آمار دقیق از این بیماران، مشکل جلب رضایت به همکاری از بیماران به دلیل شرایط خاصشان (مشکلات شناختی و ...) نمونه گیری از نوع در دسترس بود که تعمیم دهی را با اشکال مواجه می‌کرد.

دانست. در ضمن تایید شدن فرضیه‌های تحقیق با توجه به پیشینه حاکی از این است که الگوی خودگردانی به عنوان چارچوب ادراک بیماری قابل اعتماد است. همان طور که قبلاً گفته شد، مبنای این مطالعه زمینه‌ای است که الگوی خودگردانی برای بررسی ادراک بیماری و ارتباط آن با سایر متغیرها فراهم کرده است. نتایج آماری این مطالعه هم جهت با کل تحقیقاتی است که کاربری این مدل را تایید کرده‌اند. تحقیق فرگوسن وایت و کریستی (۷) که در سال ۲۰۰۸ ادراک بیماری را طبق مدل خودگردانی لونتال در بیماران ام اس بررسی کرده است. تحقیق اخیر سودمندی مدل خودگردانی لونتال را برای سنجش ادراک بیماری در این بیماران نشان داده است. تحقیق میگیورتی (۳۹) در سال ۲۰۰۸ کیفیت زندگی درک شده بیماران ام اس را در ارتباط با ابعاد ادراک بیماریشان، وضعیت عملکردی و ظرفیت تنفسی شان مرتبط دانست. بنابراین عکس‌العمل‌های روانی به بیماری‌ها و کیفیت زندگی نه تنها به شدت بیماری ربط داشت بلکه به روشی که بیماری ادراک می‌شود نیز ارتباط داشت. بنابراین مدل خودگردانی می‌تواند به صورت چارچوبی برای مداخلات روانی برای این بیماران نیز باشد. یافته‌های مطالعات مسعودنیا (۱۶) و (۲۳) در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷ اعتبار الگوی خودگردانی لونتال و دیگران را به عنوان یک الگوی نظری در تبیین و پیش بینی رفتار بیماران التهاب مفصلی شبه روماتیسمی در واکنش و راهبردهای مقابله و تطابق با آن نشان داد. مطالعه تیمنزا و همکاران در سال ۲۰۱۱ (۳۷) نیز نشان داد که مداخله خودگردانی ممکن است در ارتقا ادراک بیماری و پیرو آن پیشرفت کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. مطالعه‌ی همبستگی پاملا و همکاران (۳۸) در سال ۲۰۱۱ با هدفی که توسط مدل

References:

1. LeMaistre J. Coping with chronic illness [Internet]. 1999 [cited 2013 Aug 27]. Available from: <http://www.alpineguild.com/COPING%20WITH%20CHRONIC%20ILLNESS.html>
2. Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *J MS care* 2000; 2(2): 3-7
3. GulickEE. Correlates of quality of life among persons with multiple sclerosis. *Nurs Res* 1997.;46(6): 305-11.
4. MasoudiR. The amount of effect of designed selfcare on the ms quality of life (dissertation). Tehran: payamenour University; 2006. (Persian)
5. Kesselring J. Rehabilitation in Multiple Sclerosis. *J ACNR* 2002; 2(6): 6-8.
6. Hermann B, Vickrey B, Hays R. A comparison of health-related quality of life in patients with epilepsy, diabetes and multiple sclerosis. *Epilepsy Res* 1996; 25(2): 113-18.
7. Fergusson-White CA. Self-regulation in multiple sclerosis: the role of illness cognitions and coping in adjustment (dissertation). Scotland: University of Stirling; 2008.
8. Zare H, Abdollahzade H. Measurement Scales in cognitive psychology. Aeg Publishers; 2012. (Persian)

9. Pilowsky I. Pain & illness behaviour: Assessment & management. In: Textbook of pain. New York: Churchill Livingstone; 1984.
10. Leventhal LH, Leventhal E, Contrada RJ. Self-regulation, health & behaviour: a perceptual cognitive approach. *J Psychology & Health* 1998;13, 717-34.
11. Leventhal H, Meyers D, Nerenz D. The Common Sense Representation of Illness Danger [Internet]. 1980 [cited 2013 Aug 24]. Available from: http://www.academia.edu/259452/The_Common_Sense_Representation_of_Illness_Danger
12. Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2003;55(4): 305-8.
13. Moss-Morris R, Weinman J, Keith J, Linda D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *J Psychology and Health* 2002; 17 (1): 1-16.
14. Diefenbach MA, Leventhal H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *J Social Distress and the Homeless* 1996; 5, 11-38.
15. Bishop GD, Converse SA. Illness presentations: A prototype approach. *J Health Psychology* 1986; 5: 95-114.
16. Masoudnia E. Illness perception and delay in helpseeking in women with breast cancer symptom: appraisal of self-regulation. *J behavior sciences* 2008; 2(3): 272-82. (Persian)
17. Baker K. The self-regulation model of illness representation applied to stuttering. 4th World Congress on Fluency Disorders. Leicester: De Montfort University; 2003.
18. Nicola M, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosomatic Research* 2003; 54(6): 503-11.
19. McGrady ME, Cotton S, Rosenthal SL, Roberts YH, Britto M, Yi MS. Anxiety and asthma symptoms in urban adolescents with asthma: the mediating role of illness perceptions. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17(4): 349-56.
20. Alsen P, Brink E, Persson LO, Brandstrom Y, Karlson BW. Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *J Cardiovasc Nurs* 2010;25(2): 1-10.
21. Del Castillo A, Godoy-Izquierdo D, Vazquez ML, Godoy JF. Illness Beliefs About Cancer Among Healthy Adults Who have and have not Lived with Cancer Patients. *Int J Behav Med* 2011; 18(4): 342-51.
22. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1993; 33: 1444-52.
23. Masoudnia E, Arizi F, Rabbani R, Zamani A, Ahmadi A. Social class effect on perception quality in Rheumatoid Arthritis patients of illness signs and pain. *J Scientific shahed Univ* 2005;12(13). (Persian)
24. Vickrey BG, Hays RD, Haronir NI, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Qual Life Res* 1995; 4: 187-206.
25. Haresabadi M, Karimi Monegi H, Fourogi pour M, Mazloun R. Quality of life in Multiple sclerosis patients referring to the Ghaeem hospital in mashhad. *J med sci Univ khorasan razavi* 2010; 2(4): 7-12. (Persian)
26. Borhani Hagigi A, Ghaeem H. Quality of life in Multiple sclerosis patients: translated and cultural adapted MSQoL-54 questionnaire. *J Iran neurologic science* 2005; 4(10-11): 40-56. (Persian)
27. Verbrugge LM. Female illness rates and illness behavior: testing hypotheses about sex differences in health. *J Women Health* 1979;4(1): 61-79.

28. Dalbeth N. Illness perceptions predict disability after one year in patients with gout. New Zealand: Auckland; 2011.
29. Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *J Psychosom Res* 2010; 68(6): 553-60.
30. Chaboyer W, Lee BO, Wallis M, Gillespie B, Jones C. Illness representations predict health-related quality of life 6 months after hospital discharge in individuals with injury: a predictive survey. *J Adv Nurs* 2010;66(12): 2743-50.
31. Vaughan R, Morrison L, Miller E. The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *J Health Psychology* 2003; 8(3): 287-301.
32. Arat S, Verschueren P, De Langhe E, Smith V, Vanthuyne M, Diya L, et al. The association of illness perceptions with physical and mental health in systemic sclerosis patients: an exploratory study. *Musculoskeletal Care* 2012;10(1):18-28.
33. Alsen P, Brink E, Persson LO, Brandstrom Y, Karlson BW. Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *J CardiovascNurs* 2010;25(2): E1-E10.
34. Snell DL, Siegert RJ, Hay-Smith EJ, Surgenor LJ. Associations between illness perceptions, coping styles and outcome after mild traumatic brain injury: Preliminary results from a cohort study. *Brain Inj* 2011;25(11): 1126-38.
35. Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. Associations between illness perceptions and health-related quality of life in adults with cystic fibrosis. *J Psychosom Res* 2011;70 (2): 161-7.
36. Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivor. *J Health Psychol* 2011;16(3): 500-9.
37. 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 Metab* 2011;96(11): 3550-8.
38. Pamela J, McCabe PhD. Illness Perceptions, Coping Strategies, and Symptoms Contribute to Psychological Distress in Patients With Recurrent Symptomatic Atrial Fibrillation. *J Cardiovasc Nurs* 2012; 27(5): 431-44.
39. 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(6): 603-9.

THE PREDICTING QUALITY OF LIFE BASED ON ILLNESS PERCEPTION IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Farnaz Shamili¹*, Hosein Zare², Mohammad Oraki³

Received: 21 Apr, 2013; Accepted: 12 Jul, 2013

Abstract:

Background & Aims: The aim of present research was to study the prediction of physical and mental aspects of quality of life in multiple sclerosis patients. The current study was important to pave the way for further investigation aimed for managing believes and perception in order to increase the quality of life in MS patients.

Materials & Methods: This non-experimental research was descriptive and correlative and was conducted on 100 members of MS patients that were selected by accessible sampling in Tehran MS Association. Clinical and demographic information were collected and the participants completed a range of questionnaires. The data were analyzed by Pearson correlation and multivariate regression metod.

Results: According to the results illness perception can predict the physical and mental aspects of quality of life in multiple sclerosis patients.

Conclusion: Illness perception is effective on quality of life in multiple sclerosis patients. Further interventional study are necessary to improve the quality of life in MS patients.

Keywords: Quality of Life, Self regulation, Illness perception, Multiple sclerosis, Expanded disability status

Address: Psychology Department, Payam Moor University , Tehran, Iran Tel: +98 9124804172

Email: fs31tz@ yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(6): 392 ISSN: 1027-3727

¹ Master in Psychology, Payam Moor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Psychology Department, Payam Moor University , Tehran, Iran

³ Assisstant Professor, Psychology Department, Payam Moor University ,Tehran, Iran