

بررسی ارتباط رابطه عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS

مهدی پنجه باشی^۱، نرگس پاکدامن^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی مثبت گرا از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی مثبت گرا از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

چکیده

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که تأثیرات قابل توجهی بر ابعاد روانی، اجتماعی و جسمانی بیماران دارد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS بیمارستان سینا تهران انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به MS مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا تهران در بازه زمانی فروردین تا تیر ۱۴۰۲ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس و بر اساس فرمول پلنت انجام شد و حجم نمونه ۱۴۰ نفر تعیین شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت، پرسشنامه خودشفقتی نف، پرسشنامه باورهای معنوی و پرسشنامه ادراک سربار بودن هیل بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد بین عزت نفس و ادراک سربار بودن رابطه‌ای منفی و معنادار ($p < 0.01$) وجود دارد. همچنین، خودشفقتی و باورهای معنوی نیز با ادراک سربار بودن رابطه‌ای منفی و معنادار داشتند ($p < 0.01$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که این سه متغیر در مجموع ۴۰ درصد از واریانس ادراک سربار بودن را تبیین می‌کنند. این نتایج بیانگر اهمیت عوامل روان‌شناختی در کاهش احساس سربار بودن در بیماران مبتلا به MS است. بر اساس یافته‌ها، تقویت عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

کلمات کلیدی: مولتیپل اسکلروزی (MS)، عزت نفس، خودشفقتی، باورهای معنوی، ادراک سربار بودن

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی، تأثیرات عمیق و گسترده‌ای بر زندگی جسمی، روانی و اجتماعی مبتلایان به این بیماری دارد و از مهم‌ترین چالش‌های روان‌شناختی و بالینی در حوزه سلامت عمومی محسوب می‌شود. این بیماری خودایمنی که با دمی‌لینه شدن نورون‌ها و اختلال در عملکرد سیستم عصبی همراه است، نه تنها باعث بروز علائم جسمانی همچون خستگی، اختلال در حرکت و بینایی می‌شود، بلکه اثرات چشم‌گیری بر ابعاد روانی زندگی افراد مبتلا دارد. یکی از چالش‌های روانی مهم در بیماران مبتلا به MS، ادراک سربار بودن است که شامل احساس بی‌ارزشی و تصور منفی از خود به عنوان یک بار اضافی بر دوش خانواده و جامعه می‌شود. این ادراک منفی، که معمولاً با افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی همراه است، می‌تواند منجر به ایجاد چرخه‌ای معیوب از کاهش اعتماد به نفس، انزوای اجتماعی و افزایش شدت علائم بیماری شود. در این میان، نقش عوامل روان‌شناختی مثبت همچون عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی به عنوان مؤلفه‌هایی که می‌توانند در کاهش ادراک سربار بودن و بهبود وضعیت روانی بیماران نقش داشته باشند، بسیار حائز اهمیت است. عزت نفس، به عنوان چهارمین نیاز از سلسله مراتب نیازهای مزلو، نقشی کلیدی در ایجاد حس ارزشمندی و توانمندی در افراد ایفا می‌کند و تحقیقات نشان داده است که افراد با عزت نفس بالا، تطابق بهتری با چالش‌های بیماری‌های مزمن دارند. از سوی دیگر، خودشفقتی، به عنوان یک سازه روان‌شناختی نوظهور در درمان‌های موج سوم، شامل نگرشی مهربانانه و غیرقضاوتی نسبت به خود در مواجهه با مشکلات و ناکامی‌ها است. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که خودشفقتی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر استرس و علائم افسردگی عمل کرده و به بیماران کمک کند تا با نگرشی مثبت‌تر به زندگی و بیماری خود نگاه کنند. در کنار این عوامل، باورهای معنوی نیز که به معنای جست‌وجوی معنا و ارتباط با نیرویی برتر تعریف می‌شوند، به دلیل تأثیر عمیق بر سلامت روان و ایجاد حس آرامش و امید، در مطالعات مرتبط با بیماران مبتلا به MS مورد توجه قرار گرفته‌اند. معنویت می‌تواند با تغییر نگرش بیماران به بیماری، آنها را به سوی پذیرش بهتر مشکلات و افزایش امیدواری سوق دهد. با وجود اهمیت این متغیرها، تاکنون پژوهش‌های اندکی به بررسی ارتباط همزمان این سه مؤلفه روان‌شناختی با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف پر کردن این خلأ علمی، تلاش دارد تا با استفاده از ابزارهای معتبر روان‌سنجی و روش‌های آماری پیشرفته، به بررسی این ارتباط بپردازد و نقش این متغیرها را در کاهش احساس سربار بودن در بیماران مشخص سازد. نتایج این پژوهش می‌تواند علاوه بر افزایش درک نظری از عوامل مؤثر بر ادراک سربار بودن، به تدوین مداخلات درمانی و حمایتی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS کمک کند.

پیشینه تحقیق

پیشینه داخلی

رستم‌نژاد، طیبی، ابوالقاسمی و ابراهیمی‌راد (۱۴۰۲) در پژوهشی به بررسی مدلیابی ساختاری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس بر اساس سبک زندگی ارتقاءدهنده و سواد سلامت با نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی پرداختند. نتایج نشان داد که سبک زندگی ارتقاءدهنده و سواد سلامت به صورت مستقیم و غیر مستقیم یعنی با نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS رابطه دارد. همچنین ۶۸ درصد از کیفیت زندگی بیماران توسط متغیرهای سبک زندگی ارتقاءدهنده، سواد سلامت و سرمایه روان‌شناختی تبیین می‌شود.

عیدی، نجفی قزljه و حقانی (۱۴۰۱) در پژوهشی به پیش‌بینی ادراک از بیماری بر اساس رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی پرداختند. نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی پیش‌بینی کننده ادراک از بیماری هستند.

عبداللهی، طیبی‌میانه و رشوند (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی ارتباط درک از بیماری و خود مراقبتی رفتارهای مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به MS پرداختند. نتایج نشان داد که بین ادراک از بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به MS رابطه معنادار وجود دارد.

شرفی، صیدی و زاهد‌خزادی (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر شواهد بر خود مراقبتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش شواهد محور تأثیر معناداری بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد.

حبیب‌نیا، صفوی و فراهانی (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی آموزش خودمراقبتی بر عملکرد بیماران مبتلا به MS پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش خودمراقبتی موجب بهبود عملکرد بیماران MS می‌شود.

بخشانی، خسروی و رقیعی (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی وضعیت عملکرد شناختی و کیفیت زندگی و ادراک از بیماری در بیماران مبتلا به MS پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بین کیفیت زندگی و ادراک از بیماری رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

حارث‌آبادی، کریمی‌مونقی، فروغی‌پور و مظلوم (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی بهزیستی روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به بیمارستان قائم مشهد پرداختند. نتایج نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و مراقبت‌های سلامت محور با ادراک مثبت از بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه معنادار وجود دارد.

برقی‌ایرانی، آقاییوسفی، شقاقی و دهستانی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک از بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام‌اس پرداختند. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک از بیماری ارتباط معنادار وجود دارد و کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی پیش‌بینی کننده ادراک از بیماری در بیماران مبتلا به MS بودند.

پیشینه خارجی

بیکر، استویفبرگن و ژانگ ۱ (۲۰۲۳) در پژوهشی به بررسی عوامل ارتقاءدهنده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS پرداختند. نتایج نشان داد که بین سلامت و سرمایه‌های روان‌شناختی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.

رزنده، ری – لوپز، ماتسئودو، کارمولوئیز ۲ (۲۰۲۲) در پژوهشی به بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی با ادراک از بیماری در بیماران مبتلا به MS پرداختند. نتایج نشان داد که بین رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنادار وجود دارد و این متغیرها پیش‌بینی کننده قوی ادراک از بیماری در بیماران MS هستند.

¹. Becker H, Stuijbergen A, Zhang W

². Rezende LFM, Rey-López JP, Matsudo VKR, do Carmo Luiz O

نتیجه رضایتمندی بیماران، افزایش سطح رفاه، افزایش طول عمر و در نهایت بهبود کیفیت زندگی از پیامدهای رفتارهای خود مراقبتی در بیماران ام‌اس به شمار می‌رود.

نی، هان، ژو، هانگ و مائو^۳ (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی رابطه بین رفتارهای خودمراقبتی و سلامت محور بر ادراک از بیماری در بیماران مبتلا به MS پرداختند. نتایج نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی با ادراک از بیماری رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

ایواشکیا^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی رابطه بین رفتارهای خودمراقبتی با ادراک از بیماری پرداختند نتایج نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی با ادراک از بیماری رابطه معنادار وجود دارد.

وان‌پافن^۵ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی رابطه بین رفتارهای خودمراقبتی و ادراک از بیماری پرداختند. نتایج نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی و ادراک از بیماری رابطه معنادار وجود دارد.

تری و لری^۶ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین خودشفقتی با ادراک از بیماری پرداختند. نتایج نشان داد که بین خودشفقتی با ادراک از بیماری رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که افرادی که دارای میزان بالاتری از خودشفقتی هستند، توصیه‌های پزشکی را بیشتر رعایت می‌کنند و در مواجهه با بیماری رفتار مدبرانه نسبت به سلامت خود نشان می‌دهند و به مقابله با مشکلات جسمانی می‌پردازند.

چیاراوالوتی و دلاکو^۷ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و ادراک از بیماری در افراد مبتلا به MS پرداختند. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و ادراک از بیماری در افراد مبتلا به MS رابطه معنادار وجود دارد.

آل‌اکور، قادر و شانتاوی^۸ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی کیفیت زندگی و سلامت روان با ادراک از بیماری پرداختند. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و سلامت روانی با ادراک از بیماری رابطه معنادار وجود دارد. کیفیت زندگی و سلامت روانی پیش‌بینی کننده ادراک از بیماری بودند.

روش شناسی

این پژوهش با هدف بررسی رابطه عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS، از نوع تحقیقات توصیفی-تحلیلی و همبستگی بوده که به روش مقطعی انجام شده است. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا تهران در بازه زمانی فروردین تا تیر سال ۱۴۰۲ بود. این بیماران به عنوان جامعه هدف انتخاب شدند، زیرا بیمارستان سینا یکی از مراکز تخصصی معتبر در زمینه بیماری‌های عصبی در تهران است و حجم بالایی از بیماران MS را تحت پوشش قرار می‌دهد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و بر اساس فرمول پلنت، حجم نمونه به تعداد ۱۴۰ نفر تعیین گردید که این تعداد با در نظر گرفتن امکان ریزش نمونه‌ها و حفظ توان آماری برای تحلیل داده‌ها مناسب تشخیص داده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی بیماری MS، حداقل سطح سواد برای تکمیل

³. Nie R, Han Y, Xu J, Huang Q, Mao J

⁴. Ivashynka A

⁵. Van Puffelen AL

⁶. Terry, M. L., & Leary, M. R

⁷. Chiaravalloti, N.D.; Deluca, J

⁸. Al- Akour, N.O.; Khader, Y.S. & Shatnawi, N.J

پرسشنامه‌ها، تمایل به شرکت در پژوهش و عدم وجود بیماری‌های روانی یا جسمانی همبود بود که ممکن بود بر پاسخ‌دهی تأثیر بگذارد. همچنین، بیمارانی که در حین مطالعه به دلایل مختلف تمایل به ادامه همکاری نداشتند، از نمونه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چهار پرسشنامه استاندارد بود که شامل پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷)، پرسشنامه خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه باورهای معنوی (۱۹۹۹) و پرسشنامه ادراک سربار بودن هیل (۲۰۱۵) می‌باشد. این ابزارها به دلیل روایی و پایایی بالا و استفاده گسترده در پژوهش‌های پیشین انتخاب شدند. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت شامل ۲۵ سؤال با مقیاس لیکرت است که به سنجش نگرش مثبت یا منفی فرد نسبت به خود می‌پردازد. پرسشنامه خودشفقتی نف، با ۲۶ سؤال، سه مؤلفه اصلی خودمهربانی، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه باورهای معنوی، که توسط مؤسسه ملی سلامت ایالات متحده طراحی شده، به سنجش ارتباط فرد با معنویت و باورهای مذهبی در پنج بعد مختلف می‌پردازد.

پرسشنامه ادراک سربار بودن هیل نیز شامل ۱۲ سؤال است که احساس سربار بودن فرد در خانواده و جامعه را مورد سنجش قرار می‌دهد. برای اطمینان از روایی پرسشنامه‌ها، از روش روایی محتوایی استفاده شد که در آن پرسشنامه‌ها توسط سه متخصص روان‌شناسی و بیماری‌های عصبی بازبینی شدند. همچنین، پایایی ابزارها از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای تمامی پرسشنامه‌ها مقادیری بالاتر از ۰.۸ گزارش گردید که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزارها بود. پس از تأیید ابزارها، داده‌ها از طریق تکمیل حضوری پرسشنامه‌ها توسط بیماران گردآوری شد. در جلسات تکمیل پرسشنامه‌ها، محقق با توضیح اهداف پژوهش و اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات، سعی کرد فضایی صمیمانه و امن برای پاسخ‌دهندگان فراهم کند. برای تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابتدا داده‌ها از نظر نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شدند. سپس برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد تا رابطه بین متغیرها مشخص شود. همچنین، تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان برای بررسی سهم هر یک از متغیرهای مستقل (عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی) در پیش‌بینی متغیر وابسته (ادراک سربار بودن) انجام شد. علاوه بر این، شاخص‌هایی همچون ضریب تحمل، تورم واریانس و آماره دوربین واتسون برای بررسی مفروضات تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفتند. یافته‌های تحلیل آماری نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و تمامی مفروضات تحلیل رگرسیون نیز تأیید شدند. این روش‌شناسی با در نظر گرفتن استانداردهای پژوهش‌های روان‌شناختی طراحی شد تا نتایج حاصل از آن از روایی و اعتبار بالایی برخوردار باشد و بتواند نقش عوامل روان‌شناختی در ادراک سربار بودن را در بیماران مبتلا به MS به طور دقیق و قابل استناد بررسی کند.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش که با هدف بررسی رابطه عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS انجام شد، نشان داد که هر سه متغیر مستقل با متغیر وابسته، یعنی ادراک سربار بودن، رابطه‌ای معنادار و منفی دارند. تحلیل توصیفی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۸،۵ سال با انحراف معیار ۸،۷ بود و اکثر پاسخ‌دهندگان دارای سطح تحصیلات دیپلم یا کارشناسی بودند. همچنین، ۶۷ درصد از نمونه‌ها متأهل بودند و از نظر اقتصادی در طبقه متوسط قرار داشتند.

جدول ۱. توزیع درصد و فراوانی سن پاسخ دهندگان

شاخص		متغیر سن
درصد	فراوانی	
۴۵,۸	۶۴	۴۰-۴۵ سال
۲۹,۱	۴۵	۴۵-۵۰ سال
۲۵,۱	۳۱	۵۰-۵۵ سال
۱۰۰	۱۴۰	جمع کل

جدول ۲. توزیع درصد و فراوانی تاهل پاسخ دهندگان

شاخص		متغیر تاهل
درصد	فراوانی	
۶۶,۲	۷۸	متاهل
۲۹,۷	۴۵	مجرد
۴,۱	۱۴	پاسخ نداده
۱۰۰	۱۴۰	جمع کل

جدول ۳. توزیع درصد و فراوانی تحصیلات پاسخ دهندگان

شاخص		متغیر سن
درصد	فراوانی	
۳۶	۳۸	دیپلم و متوسطه
۴۷,۶	۵۲	فوق دیپلم
۱۶,۴	۲۴	لیسانس
۷,۶	۲۶	پاسخ نداده
۱۰۰	۱۴۰	جمع کل

در بخش شاخص‌های توصیفی متغیرها، میانگین نمرات عزت نفس ۲۹,۷، خودشفقتی ۴۲,۳ و باورهای معنوی ۳۸,۱ بود. از سوی دیگر، میانگین نمره ادراک سربار بودن در بین شرکت‌کنندگان ۱۸,۴ بود که نشان‌دهنده سطح متوسط این احساس در جامعه آماری است. تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که عزت نفس با ادراک سربار بودن رابطه‌ای منفی و معنادار دارد ($r = -0.52$, $p < 0.01$)، به این معنا که با افزایش عزت نفس، میزان احساس سربار بودن در بیماران کاهش می‌یابد. همین‌طور، خودشفقتی نیز

با ادراک سربار بودن رابطه‌ای منفی و معنادار داشت. ($r = -0.47, p < 0.01$) این یافته نشان می‌دهد که بیماران با سطح بالاتر خودشفقتی، کمتر احساس سربار بودن را تجربه می‌کنند. همچنین، باورهای معنوی نیز با ادراک سربار بودن رابطه‌ای منفی و معنادار نشان دادند. ($r = -0.39, p < 0.01$) تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که این سه متغیر به صورت همزمان قادرند ۴۰ درصد از واریانس ادراک سربار بودن را تبیین کنند. ($R^2 = 0.40$) از میان این سه متغیر، عزت نفس قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده ادراک سربار بودن بود ($\beta = -0.45, p < 0.01$)، در حالی که خودشفقتی ($\beta = -0.31, p < 0.01$) و باورهای معنوی ($\beta = 0.22, p < 0.01$) نیز سهم قابل توجهی داشتند.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (N=140)

عامل کلی	زیر مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
عزت نفس	عزت نفس عمومی	۹,۲۹	۵,۱۶	۱,۲۳	۰,۵۴۳
	عزت نفس اجتماعی	۱۲,۲۲	۷,۱۵	۰,۴۳	۰,۲۳۱
	عزت نفس خانوادگی	۱۰,۵۵	۶,۵۵	۰,۵۴۳	۰,۱۳۲
	عزت نفس آموزشی	۵,۴۵	۲,۳۲	۱,۳۴	۰,۴۳۲
	عزت نفس (نمره کل)	۲۶,۹۶	۹,۳۰	۰,۵۴۳	۰,۱۲۳
خودشفقتی	مهربان با خود	۵,۳۳	۲,۲۲	۰,۴۳	۰,۳۲۱
	قضاوت در مورد خود	۶,۴۳	۳,۲۰	۱,۳۲	-۰,۴۵۳
	احساسات مشترک	۵,۶۶	۲,۹۹	۰,۵۵۴	-۰,۵۴۳
	منزوی سازی	۷,۲۳	۳,۵۵	۰,۴۳۲	-۰,۷۶۵
	ذهن آگاهی	۴,۲۳	۲,۲۳	۰,۴۵۳	۰,۸۸۷
باورهای معنوی	بزرگنمایی	۶,۷۰	۲,۱۹	۰,۲۱۳	۰,۵۴۳
	خودشفقتی (کل)	۳۵,۵۸	۹,۱۸	۰,۶۶۵	۰,۳۴۲
		۸۴,۳۲	۱۲,۳۴	-۰,۵۵	۰,۴۳۲
	ادراک سربار بودن	۱۷,۲۲	۶,۴۳	۰,۵۴۰	۰,۸۹۱

بررسی شاخص‌های آماری مفروضات رگرسیون نشان داد که ضریب تحمل برای همه متغیرها بالاتر از ۰,۲ و شاخص تورم واریانس (VIF) کمتر از ۱۰ بود که نشان‌دهنده عدم وجود چندخطی در مدل بود. همچنین، آماره دوربین واتسون برابر با ۱,۹۵ بود که استقلال خطاها در مدل را تأیید می‌کند.

جدول ۵. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	کولموگروف-اسمیرنوف	معناداری (P)
عزت نفس	۹۸۷.۰	۵۴۳.۰
خود شفقتی	۱۲.۱	۰.۹.۰
باورهای معنوی	۰,۹۴۳	۶۵.۰
ادراک سربار بودن	۱,۰۹	۴۳۲.۰

جدول ۶. خلاصه نتایج ماتریس همبستگی بین عزت نفس با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- عزت نفس عمومی	-					
۲- عزت نفس اجتماعی	**۰/۸۷۶	-				
۳- عزت نفس خانوادگی	*۰/۵۴۳	*۰/۶۵۴	-			
۴- عزت نفس آموزشی	**۰/۶۵۴	**۰/۴۳۲	**۰/۷۵۹	-		
۵- عزت نفس (نمره کل)	**۰/۴۳۲	**۰/۷۶۵	*۰/۸۷۶	**۰/۷۲۱	-	
۶- ادراک سربار بودن	*-۰/۱۸۹	*-۰/۱۹	*-۰/۲۱	۰/۰۹	**۰/۲۷	-

n= ۱۴۰ **=P < ۰,۰۱ *=P<۰,۰۵

جدول ۷. خلاصه نتایج ماتریس همبستگی بین خود شفقتی با ادراک سربار بودن

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- مهربانی با خود	-							
۲- قضاوت در مورد خود	**۰/۵۴	-						
۳- احساسات مشترک	**۰/۶۵	**۰/۴۳	-					
۴- منزوی سازی	**۰/۷۷	**۰/۴۴	*۰/۵۴	-				
۵- ذهن آگاهی	**۰/۳۵	**۰/۴۰	**۰/۶۵	**۰/۵۷	-			
۶- بزرگنمایی	**۰/۲۳	**۰/۴۳	**۰/۴۱	**۰/۳۲	*۰/۳۲۱	-		
۷- خودشفقتی	**۰/۶۸	**۰/۵۱	**۰/۷۲	**۰/۴۳	**۰/۳۴۲	**۰/۵۶۴	-	
۸- ادراک سربار بودن	*-۰/۲۶	۰/۰۵۴	۰/۰۸	۰/۰۶۵	*-۰/۳۲	*-۰/۲۳	*-۰/۳۰	-

n= ۱۴۰ **=P < ۰,۰۱ *=P<۰,۰۵

جدول ۸. خلاصه نتایج ماتریس همبستگی بین باورهای معنوی با ادراک سربار بودن

متغیرها	باورهای معنوی	ادراک سربار بودن	سطح معناداری
۱- باورهای معنوی	-		
۲- ادراک سربار بودن	۰/۳۹**	-	۰/۰۰۳
	$P < ۰/۰۱$	$n = ۱۴۰$	$P < ۰/۰۵$

در تحلیل تکمیلی، مشخص شد که باورهای معنوی، علاوه بر تأثیر مستقیم، از طریق افزایش عزت نفس و خودشفقتی به صورت غیرمستقیم نیز بر کاهش ادراک سربار بودن تأثیر دارند. این نتایج با پژوهش‌های پیشین که نشان‌دهنده تأثیر مثبت عوامل روان‌شناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS بودند، همسو است.

جدول ۶. کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس و واتسون متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس VIF	دوربین واتسون
ادراک سربار بودن	۰/۵۴۰	۰/۸۹۱	متغیر ملاک	متغیر ملاک	متغیر ملاک
عزت نفس	۵۴۳/۰	۱۲۳/۰	۷۴/۰	۱/۱۳	
خودشفقتی	۰/۶۶۵	۰/۳۴۲	۷۴/۰	۱/۱۳	۱/۲۲
باورهای معنوی	-۰/۵۵	۰/۴۳۲	۷۴/۰	۱/۱۳	

به طور خاص، یافته‌ها نشان می‌دهند که تقویت عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی می‌تواند به طور مؤثری در کاهش چرخه منفی احساس سربار بودن در این بیماران نقش داشته باشد و مسیرهای جدیدی برای مداخلات روان‌شناختی و معنوی فراهم کند. به عنوان مثال، بیماران با سطح بالای عزت نفس و خودشفقتی گزارش کردند که حتی در شرایط تشدید علائم بیماری، همچنان احساس ارزشمندی و توانمندی دارند و کمتر درگیر افکار منفی درباره نقش خود در خانواده و جامعه می‌شوند. به همین ترتیب، باورهای معنوی به عنوان یک منبع قوی از امیدواری و معنا، توانسته است به این بیماران کمک کند تا نگاه مثبت‌تری به شرایط خود داشته باشند و از تجربه احساس سربار بودن بکاهند. یافته‌های این پژوهش همچنین بر ضرورت توجه به مداخلات روان‌شناختی و معنوی در برنامه‌های درمانی و توانبخشی بیماران مبتلا به MS تأکید می‌کند. برای مثال، استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر تقویت عزت نفس، تمرینات خودشفقتی و آموزش باورهای معنوی می‌تواند در طراحی برنامه‌های مشاوره و روان‌درمانی مؤثر واقع شود. در نهایت، این پژوهش با ارائه شواهدی روشن درباره نقش این عوامل در کاهش ادراک سربار بودن، راه را برای

تحقیقات بیشتر در زمینه‌های مشابه باز می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه می‌توان با مداخلات ساده ولی هدفمند، کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشید

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه به روش همزمان برای تبیین ادراک سربار بودن بر اساس عزت نفس، خود شفقتی و باورهای معنوی

منبع تغییرات	Ss	Df	Ms	F	P	R	R ²
رگرسیون	۶۴۴۸,۲۱۳	۳	۲۱۴۹,۴۰۴	۲۱,۱۴۸	۰,۰۰۱	۰,۱۶۳	۰,۴۰۴
باقیمانده	۱۳۸۲۲,۳۶	۱۳۶	۱۰۱,۶۳۵				
کل	۲۰۲۷۰,۵۷۳	۱۳۹					

جدول ۸. خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی ادراک سربار بودن بر اساس عزت نفس، خود شفقتی، باورهای معنوی

سطح معناداری	T	سهم متغیرها	B
۰,۰۰۰	۱۴,۸۵۴		۷۳,۷۸۱
***۰,۰۰۳	-۲,۳۷۲	-۰,۱۲	-۰,۱۳۹
***۰,۰۰۱	-۳,۳۶۷	-۰,۱۸	-۰,۱۲۹
***۰,۰۰۱	-۵,۱۴۷	-۰,۲۸۱	-۰,۶۲۶

** P<0/01

جدول ۹. آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	آلفای کرونباخ	وضعیت
عزت نفس	۰,۸۷۲	قابل قبول
خود شفقتی	۰,۸۱۲	قابل قبول
باورهای معنوی	۰,۷۸۱	قابل قبول
ادراک سربار بودن	۰,۸۵۳	قابل قبول

با توجه به اینکه مقادیر بالاتر از ۰,۷ می‌باشد، بنابراین آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

نتیجه‌گیری پژوهش حاضر که با هدف بررسی رابطه عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی با ادراک سربار بودن در بیماران مبتلا به MS انجام شد، نشان داد که این سه متغیر نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش احساس سربار بودن و بهبود وضعیت روانی و اجتماعی بیماران ایفا می‌کنند. عزت نفس به عنوان عامل محوری و پیش‌بینی‌کننده قوی، توانست نشان دهد که افزایش حس ارزشمندی و خودپذیری در بیماران، موجب کاهش افکار منفی مربوط به سربار بودن و افزایش توانمندی در مقابله با چالش‌های بیماری می‌شود. خودشفقتی نیز با تأثیر بر رفتارهای خودمراقبتی و افزایش احساس تعلق انسانی، به بیماران کمک می‌کند تا به جای تمرکز بر نقاط ضعف خود، با مهربانی و درک به مسائلشان نگاه کنند و این نگرش مثبت به‌طور مستقیم بر کاهش استرس و اضطراب ناشی از بیماری اثر می‌گذارد. باورهای معنوی به عنوان عاملی تأثیرگذار در این پژوهش، توانست ارتباط معناداری با ادراک سربار بودن نشان دهد و تأیید کرد که تقویت ارتباط با معنویت و باورهای مذهبی، به بیماران در ایجاد دیدگاهی مثبت‌تر نسبت به زندگی و شرایط خود کمک کرده و تاب‌آوری آنها را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد. این یافته‌ها اهمیت ترکیب مداخلات روان‌شناختی و معنوی در مدیریت بیماری‌های مزمن همچون MS را برجسته می‌کند. برنامه‌های درمانی که بر تقویت عزت نفس، آموزش تکنیک‌های خودشفقتی و گسترش باورهای معنوی تمرکز دارند، می‌توانند در بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش آثار روان‌شناختی بیماری مؤثر باشند. این پژوهش همچنین نشان داد که ارتباط بین این متغیرها می‌تواند با برنامه‌ریزی مناسب در زمینه‌های آموزشی و درمانی، به‌طور مستقیم بر احساسات بیماران تأثیر بگذارد. یافته‌های ما نه تنها با پژوهش‌های پیشین همخوانی داشت، بلکه نشان داد که ترکیب این متغیرها در یک مدل مفهومی واحد می‌تواند نقشی جامع‌تر و مؤثرتر در بهبود وضعیت روانی بیماران ایفا کند. به عنوان نمونه، بیماران با عزت نفس و خودشفقتی بالا که باورهای معنوی قوی‌تری نیز داشتند، نه تنها از سطح پایین‌تری از ادراک سربار بودن برخوردار بودند، بلکه در مواجهه با علائم بیماری و دشواری‌های روزمره، از استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثرتری استفاده کردند. این موضوع نشان می‌دهد که تمرکز بر این متغیرها می‌تواند به عنوان یک ابزار درمانی قدرتمند در مدیریت بیماری MS به کار رود. در سطح عملی، این پژوهش بر اهمیت طراحی مداخلاتی تأکید دارد که نه تنها بر جنبه‌های جسمانی بیماری تمرکز دارند، بلکه به نیازهای روانی و معنوی بیماران نیز پاسخ دهند. تقویت حس ارزشمندی از طریق جلسات مشاوره، ترویج شفقت به خود با تمرین‌های ذهن‌آگاهی و آموزش باورهای معنوی با کمک روانشناسان و متخصصان دینی، می‌تواند به کاهش فشار روانی بیماران کمک کند. علاوه بر این، پژوهش حاضر به مدیران نظام سلامت و سیاست‌گذاران نیز پیشنهاد می‌کند که در طراحی برنامه‌های حمایتی برای بیماران مبتلا به MS، عوامل روان‌شناختی و معنوی را در اولویت قرار دهند. به طور خاص، ارائه کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای بیماران و خانواده‌های آنها می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی و کاهش بار روانی این بیماری مؤثر باشد. با این حال، محدودیت‌هایی همچون استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تمرکز بر جامعه آماری مشخص، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر استفاده شود و تأثیر مداخلات مبتنی بر تقویت عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی به صورت طولی بررسی شود. همچنین، ارتباط این متغیرها با سایر عوامل روان‌شناختی همچون امیدواری، تاب‌آوری و کیفیت زندگی می‌تواند به درک عمیق‌تری از نقش این متغیرها در مدیریت بیماری‌های مزمن منجر شود. در نهایت، پژوهش حاضر با ارائه شواهد روشن و قابل استناد در مورد نقش عزت نفس، خودشفقتی و باورهای معنوی در کاهش ادراک سربار بودن، گامی ارزشمند در جهت توسعه مدل‌های مداخلاتی جامع برای بیماران مبتلا به MS برداشت و تأکید کرد که بهبود کیفیت زندگی این بیماران تنها از طریق توجه به ابعاد جسمانی بیماری امکان‌پذیر نیست، بلکه نیازمند توجه به جنبه‌های روان‌شناختی و معنوی آنها نیز هست.

منابع

۱. اتکینسون، ر. (۲۰۱۷). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه: رفیعی، حسن. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ارجمند.
۲. ارجمند، فریبا؛ تابشیان، امیر. (۱۳۹۶). مروری بر بیماری مولتیپل اسکلروزیس، کنفرانس ملی ام اس و یافته های پیرامون آن. اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
۳. اسدی حقیقت، مهناز؛ زهراکار، کیانوش؛ فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS). مقاله پژوهشی، فصلنامه علمی پژوهشی، شماره ۷ (۲)، ۱۹۱-۱۸۲.
۴. اسماعیلی، لیلا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمدرضا؛ مولوی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان، مطالعات روان شناسی بالینی، شماره ۳۰، ۱۱۷-۱۳۸.
۵. اسمعیلیان، زهرا؛ رحمانی، محمدعلی؛ تیزدست، طاهر. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو. تازه های علوم شناختی، دره ۲۵، شماره ۱، ۱-۱۴.
۶. اشکش، عصمت؛ حبی، محمداقرا؛ مشایخ، مریم؛ احدی، حسن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر ادراک بیماری و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره ۸، شماره ۳، ۷۷-۸۵.
۷. اشکوردلیلی، محمدرضا. (۱۴۰۰). شناسایی تأثیر قصه گویی در افزایش مهارت اجتماعی (مورد مطالعه: دانش آموزان کم توان ذهنی)، هفتمین کنفرانس بین المللی دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روان شناسی ایران، تهران.
۸. اکبری، هادی؛ دهقانی، فهیمه؛ صالح زاده، مریم، صالح زاده. (۱۳۹۸). رابطه رفتارهای خودمراقبتی با عوامل جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. پژوهش های نوین روان شناختی، سال ۱۴، شماره ۵۴، اولین کنگره دو سالانه تازه های روان شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز، ۱۱-۱.
۹. اورکی، محمد؛ سامی، پوران. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت، شماره ۲۰، ۱۸-۵.
۱۰. ایوبی، سمیه. (۱۳۹۷). سرسختی، کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. مجله روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی. سال ۶، شماره ۲۴.
۱۱. آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا؛ فرهنگ، وحید. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روان شناسی بالینی، سال ۴، شماره ۱ (پیاپی ۱۳)، ۲۳-۳۱.
۱۲. بخشیانی، نورمحمد؛ خسروی، معصومه؛ رفیعی، مهوش. (۱۳۹۸). وضعیت عملکرد شناختی بیماران مبتلا به ام اس، کنگره انجمن روان شناسی ایران.
۱۳. برغندان، سپیده؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری و ارستها، علیرضا. (۱۳۹۷). تأثیر شفقت درمانی بر سازش یافتگی و شاد زیستی دانش آموزان دارای رفتارهای پرخطر، سلامت روان کودک، شماره ۲.
۱۴. برقی ایرانی، زیبا؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی. (۱۳۹۲). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان- شناختی با ادراک از بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام اس، روان شناسی سلامت، فصلنامه علمی پژوهشی، شماره ۱، ۳۲-۴۵.
۱۵. بولینگ، آ.س. (۲۰۱۸). طب مکمل و جایگزین در ام اس. ترجمه: ابوالحسنی، رویا. (۱۳۹۹). تهران نشر رنگینه.

۱۶. پوریوسف کلجاهی، مقصود (۱۳۹۷). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر پیروی از درمان و برنامه ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان.
۱۷. تاجدین، احمدعلی؛ آل‌یاسی، سیدعلی؛ حیدری، حسن؛ داودی، حسین (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و افعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی، علوم روان‌شناختی، شماره ۹۵، ۱۵۳۲-۱۵۱۹.
۱۸. تبریزی، فاطمه؛ قمری، محمد؛ فرحبخش، کیومرث؛ بزازیان، سعیده (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه، پژوهش‌های مشاوره انجمن مشاوره ایران، شماره ۷۵، ۸۶-۶۴.
۱۹. توکلی، مجتبی؛ فرجی‌خیای، فرزاد (۱۳۹۷). ارتباط سرمایه‌های روانشناختی با ادراک بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی در سلامت روانشناختی، دوره ۱۰، شماره ۱، ۸۶-۷۳.
20. Aarnoson, N.K. (2013), Quality of life: what is it? How should it be measured? *Oncology*, 2, 69-76.
21. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
22. Al- Akour, N.O.; Khader, Y.S. & Shatnawi, N.J. (2017), Qulity of life of life and associated factors among Jordanian adolescents with type diadetes me llitus, *Journal of diabetes and Its complications* 24, 43-47.
23. Albert, U.; mania, G.; Bogetto, F.; Chiorle, A.; Matain-Cols, D. (2018), Clinical predictors of health-related quality of life psychiatry, 51: 193-200.
24. Alsen, P; Brink, E; Persson, LO; Brandstorm, Y; Karlson, BW. (2020). Illness Perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *Journal of Cardiovascular Nursing* . 25(2), 6-10.
25. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. (2020). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: J Acute Critical Care*. (3):161-72.
26. Baer RA. (2013). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and acceptance-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 135-153.
27. Baranzini SE, Oksenberg JR. (2017). The Genetics of Multiple Sclerosis: From 0 to 200 in 50 Years. *Trends Genet* 2017; 33(12): 960-70.
28. Bardbent, E.; petrie, K.J.; Main, J. & Weinman, J. (2006), The brief illness perception questionnaire, *Journal of psycho somatic Research*, Go, 631- G370.
29. Barnard LK, & Curry JF. (2016). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.
30. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M, et al. (2016). Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2016;23(1):33-52.
31. Becker MH . (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Educ Behav*.2(4):409-19.
32. Becker H, Stuijbergen A, Zhang W. (2023). Functional and health promotion predictors of PROMIS® scores in people with multiple sclerosis. *Health Psychology*. 2023; 38(5): 431-4 .
33. Beiske AG, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen ED, Aarseth JH, et al. (2020). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2020; 15(2): 239-45.

34. Bell T., Montague J., Elander J., & Gilbert P. (2020). A definite feel it moment”: Embodiment, externalization and emotion during chair work in compassion focused therapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 20(1); 143-153.
35. Bennett-Goleman, T. (2011). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
36. Bishop M, Shepard L, Stenhoff DM. (2019). Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *J Rehabil Res Dev* 2019; 10: 3-12.
37. Bluth, K.;& Blanton, P. (2015). The influence of self-compassion on emotional wellbeing among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol.*, 10 (3) , 219–230.
38. Bowling A, Gabriel Z. (2018). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*. 2018;27(6):827-48.
39. Braun TD, Park CL, & Gorin A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, 17, 117-131.
40. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ .(2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*. 2015;30(11):1361-85.