

بررسی ارتباط رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقت با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به MS

نرگس پاکدامن^۱، مهدی پنجه باشی^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

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام اس (MS) انجام شد. این مطالعه به روش توصیفی و همبستگی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به ام اس مراجعه کننده به بیمارستان سینا در شهر تهران بود که از میان آن ها ۲۰۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های رفتارهای خودمراقبتی میلر و همکاران (۱۹۸۲)، کیفیت زندگی (WHOQOL-BRIEF) سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۲)، خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، و ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی (رژیم غذایی، فعالیت بدنی و رفتارهای تجویز شده) و ادراک از بیماری رابطه معناداری وجود دارد. ($P < 0/01$) همچنین، کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی نیز با ادراک بیماری رابطه مثبت و معنادار داشت ($P < 0/01$). علاوه بر این، خودشفقتی شامل مهربانی با خود و ذهن آگاهی توانست رابطه ای معنادار با ادراک از بیماری نشان دهد ($P < 0/01$). تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که این متغیرها توانسته اند ۳۱ درصد از تغییرات ادراک بیماری را پیش بینی کنند. این نتایج نشان می دهد که با تقویت رفتارهای خودمراقبتی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش خودشفقتی می توان ادراک مثبت تری از بیماری در بیماران مبتلا به ام اس ایجاد کرد، که این امر می تواند منجر به بهبود سازگاری روانی و کیفیت زندگی آنان شود.

کلمات کلیدی: ادراک از بیماری، رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، خودشفقتی، ام اس (MS)

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی است که در اثر تخریب پوشش میلین اعصاب به وجود می‌آید. این بیماری با طیف وسیعی از علائم جسمانی و روانی همراه است و اغلب به صورت تدریجی و غیرقابل پیش‌بینی پیشرفت می‌کند. علائم اولیه مانند ضعف عضلانی، خستگی، اختلال در تعادل، و مشکلات بینایی به مرور زمان به اختلالات شناختی، افسردگی و اضطراب منجر می‌شود. این بیماری به‌ویژه در زنان جوان و در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی شایع‌تر است و به دلیل تأثیرات عمیق آن بر عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یکی از چالش‌های مهم بهداشتی و روان‌شناختی شناخته می‌شود.

یکی از چالش‌های اساسی بیماران مبتلا به ام‌اس، مدیریت بیماری و سازگاری با آن است. ادراک از بیماری، به عنوان یکی از مفاهیم کلیدی در روان‌شناسی سلامت، نقش مهمی در چگونگی مقابله بیماران با بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند. این مفهوم به باورها، تجربیات و نگرش‌هایی اشاره دارد که فرد درباره بیماری خود دارد و این باورها می‌توانند بر رفتارهای مراقبتی، وضعیت روانی و حتی پیش‌آگهی بیماری تأثیرگذار باشند. به طور خاص، ادراک مثبت از بیماری می‌تواند با کاهش استرس، افزایش مشارکت در برنامه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی همراه باشد.

در این زمینه، سه مؤلفه اصلی یعنی رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر ادراک از بیماری در بیماران مبتلا به ام‌اس مطرح شده‌اند. رفتارهای خودمراقبتی شامل اقداماتی است که فرد برای حفظ سلامت خود انجام می‌دهد؛ از جمله رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی منظم و مدیریت استرس. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رفتارها می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم بیماری‌های مزمن کمک کنند. علاوه بر این، کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چندبعدی شامل جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی است که نشان‌دهنده ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت و رفاه کلی اوست. در بیماران مبتلا به ام‌اس، کیفیت زندگی به شدت تحت تأثیر عوامل بیماری‌زا، از جمله علائم جسمی و روانی بیماری، قرار دارد. سومین مؤلفه، یعنی خودشفقتی، به نگرش مثبت و دلسوزانه فرد نسبت به خود در مواجهه با مشکلات و ناکامی‌ها اشاره دارد. این ویژگی روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند تا در برابر فشارها و استرس‌های بیماری مقاومت بیشتری نشان دهد و به بهبود سازگاری با شرایط بیماری کمک کند.

پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که تعامل این سه مؤلفه می‌تواند نقش مهمی در پیش‌بینی و بهبود ادراک از بیماری ایفا کند. برای مثال، افرادی که رفتارهای خودمراقبتی مؤثری دارند، اغلب نگرش مثبت‌تری نسبت به بیماری خود دارند و احساس کنترل بیشتری بر وضعیت سلامتی خود تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، کیفیت زندگی بهتر و احساس رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی می‌تواند تأثیر مثبتی بر باورهای بیمار درباره بیماری داشته باشد. همچنین، خودشفقتی به عنوان یک عامل محافظتی، به کاهش اثرات منفی استرس و بهبود وضعیت روانی بیماران کمک می‌کند.

با توجه به افزایش شیوع بیماری ام‌اس در ایران و تأثیرات گسترده آن بر زندگی بیماران، اهمیت پرداختن به ابعاد روان‌شناختی و رفتاری این بیماری بیش از پیش آشکار شده است. از آنجا که ادراک از بیماری می‌تواند تأثیر مستقیمی بر مدیریت بیماری و کیفیت زندگی بیماران داشته باشد، بررسی عوامل مرتبط با آن از جمله رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی، اهمیت بالایی دارد. این مطالعه با هدف بررسی روابط بین این متغیرها و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شده است تا با ارائه یافته‌های کاربردی، به بهبود برنامه‌های درمانی و توانبخشی این بیماران کمک کند.

در نهایت، نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی برنامه‌های روان‌شناختی و آموزشی برای بیماران ام‌اس کمک کند و با تقویت رفتارهای خودمراقبتی، افزایش کیفیت زندگی و پرورش خودشفقتی، ادراک مثبت‌تری از بیماری در این بیماران ایجاد نماید. این موضوع نه تنها می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و جسمانی بیماران کمک کند، بلکه نقش مهمی در کاهش بار اقتصادی و اجتماعی ناشی از این بیماری ایفا خواهد کرد.

پیشینه پژوهش

پیشینه داخلی

رستم‌نژاد، طیبی، ابوالقاسمی و ابراهیمی‌راد (۱۴۰۲) در پژوهشی به بررسی مدلیابی ساختاری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس بر اساس سبک زندگی ارتقاء دهنده و سواد سلامت با نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی پرداختند. نتایج نشان داد که سبک زندگی ارتقاء دهنده 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 ارتقاء دهنده، سواد سلامت و سرمایه روان‌شناختی تبیین می‌شود.

عیدی، نجفی‌قلزجه 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 زاهدخرزادی (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، استویفرگن 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 در 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.

¹. Becker H, Stuijbergen A, Zhang W

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

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

۳-مدل سازی در پژوهش های روان شناختی و تأثیر آن در تحلیل داده ها

مدل سازی در پژوهش های روان شناختی ابزاری قدرتمند برای شناسایی، بررسی و پیش بینی روابط میان متغیرها است. در این مطالعه، مدل سازی به منظور بررسی رابطه میان رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، خودشفقتی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام اس (MS) انجام شده است. فرآیند مدل سازی در این پژوهش شامل مراحل مختلفی از جمله تعریف متغیرها، جمع آوری داده ها، انتخاب ابزارهای اندازه گیری، تحلیل آماری و اعتبارسنجی نتایج است که هر مرحله به طور دقیق و علمی پیاده سازی شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه آماری

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۲۵-۳۰	۱۷
	۳۰-۳۵	۲۱
	۳۵-۴۰	۳۲
	۴۰-۴۵	۶۳
	۴۵-۵۰	۴۲
	کل	۱۷۵
اشتغال	شاغل	۷۸
	خانه دار	۹۷
	کل	۱۷۵
وضعیت تاهل	متاهل	۸۱
	مجرد	۴۴
	مطلقه	۲۸
	بیوه	۲۲
	کل	۱۷۵

جدول ۲. شاخص های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (N=۱۷۵)

عامل کلی	زیر مقیاس ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خودمراقبتی	رژیم غذایی مناسب	۸,۲۸	۴,۱۶	۱,۸۳	۰,۲۶۳
	عدم استفاده از سیگار	۳,۲۲	۲,۱۵	۰,۵۰	۰,۲۶۹
	فعالیت جسمانی	۶,۴۵	۳,۵۵	۰,۷۰	۰,۲۶۵
	رژیم دارویی تجویز شده	۸,۴۲	۴,۳۲	۱,۲۱	۰,۲۶۸

۰,۲۶۷	۰,۲۰	۵,۳۰	۱۲,۲۷	تنیدگی آور	خودشفقت ورزی
۰,۴۵۲	۰,۳۲	۸,۸۳	۳۸,۶۴	خودمراقبتی	
۰,۳۵	۰,۲۳	۱,۷۴	۴,۹۹	مهربان با خود	
-۰,۵۴۳	۱,۱۲	۲,۲۰	۵,۵۹	قضاوت در مورد خود	
-۰,۴۳۲	۰,۸۷۶	۲,۲۴	۴,۸۷	احساسات مشترک	
-۰,۳۲۱	۰,۵۴۳	۲,۲۶	۵,۶۷	منزوی سازی	
۰,۹۸۱	-۱,۳۲	۲,۴۵	۴,۵۴	ذهن آگاهی	
۰,۷۷۶	۰,۴۳۲	۳,۲۲	۵,۷۸	بزرگنمایی	
۰,۵۴۳	۰,۶۸۷	۷,۱۸	۳۱,۴۴	خودشفقت ورزی	
۰,۲۶۳	-۰,۳۳	۵,۴۶	۱۵,۵۵	سلامت جسمانی	
-۰,۱۳	۰,۲۳	۴,۳۶	۱۵,۰۳	سلامت روان	کیفیت زندگی
-۰,۱۶	۰,۱۶	۳,۶۴	۱۶,۰۵	روابط اجتماعی	
-۰,۱۲	۰,۱۹	۶,۱۴	۱۶,۷۶	سلامت محیط	
-۰,۲۱	۰,۳۲	۱۱,۰۶	۶۳,۴۰	کیفیت زندگی	
۰,۱۴۳	۰,۴۰۳	۱۱,۷۲	۳۱,۶۶	-----	ادراک از بیماری

در ابتدا، متغیرهای پژوهش براساس پیشینه مطالعاتی و چارچوب نظری تعریف شدند. رفتارهای خودمراقبتی به عنوان متغیری کلیدی شامل اقداماتی همچون رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مصرف داروهای تجویز شده و مدیریت استرس تعریف شد. کیفیت زندگی نیز به عنوان یک مفهوم چندبعدی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی در نظر گرفته شد. خودشفقتی، که به نگرش مثبت و همدلانه فرد نسبت به خود در مواجهه با مشکلات اشاره دارد، به عنوان متغیر سوم انتخاب شد. در نهایت، ادراک از بیماری به عنوان متغیر وابسته شامل باورها و تجربیات فرد درباره بیماری خود تعریف گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	کولموگروف-اسمیرنوف	معناداری (P)
خود مراقبتی	۰,۸۷۵	۰,۴۲۹
کیفیت زندگی	۱,۲۳	۰,۰۸
خود شفقت ورزی	۱,۳۱	۰,۰۷
ادراک از بیماری	۱,۳۰	۰,۰۶

برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر استفاده شد. پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی میلر و همکاران (۱۹۸۲)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BRIEF)، پرسشنامه خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، و پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) ابزارهایی بودند که براساس معیارهای روان‌سنجی معتبر انتخاب شدند. این ابزارها برای جمع‌آوری داده‌های کمی از نمونه‌ای شامل ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به ام‌اس در بیمارستان سینا تهران استفاده شدند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و تلاش شد تا تنوع کافی از نظر سن، جنسیت و ویژگی‌های بالینی در نمونه لحاظ شود.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری پیشرفته، شامل آزمون‌های همبستگی و رگرسیون چندگانه، انجام شد. در ابتدا، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها اجرا شد. سپس، برای ارزیابی رابطه میان متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی با ادراک بیماری رابطه معناداری وجود دارد. به‌منظور تعیین قدرت پیش‌بینی این متغیرها، تحلیل رگرسیون چندگانه به کار گرفته شد. در این تحلیل، رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و ادراک بیماری به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. نتایج نشان داد که این سه متغیر توانسته‌اند ۳۱ درصد از تغییرات ادراک بیماری را تبیین کنند.

جدول ۴. خلاصه نتایج ماتریس همبستگی بین رفتارهای خود مراقبتی با ادراک از بیماری در بیماران مبتلا به ام اس

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- رژیم غذایی مناسب	-						
۲- عدم استفاده از سیگار	***۰/۷۹۶	-					
۳- فعالیت جسمانی	***۰/۶۱۸	***۰/۷۷۹	-				
۴- رژیم های تجویز شده	***۰/۶۸۱	***۰/۵۹۵	***۰/۶۴۲	-			
۵- تنیدگی آور	***۰/۵۱۷	***۰/۵۱۲	***۰/۵۷۵	***۰/۶۳۱	-		
۶- رفتار خود مراقبتی	***۰/۳۲۱	***۰/۴۳۲	***۰/۲۸۱	***۰/۲۳۱	***۰/۳۲۱	-	
۷- ادراک از بیماری	***۰/۲۷۲	***۰/۰۷۶	***۰/۱۵۱	***۰/۱۹	***۰/۰۶۲	***۰/۲۸۷	-
n= ۱۷۵ **P < ۰,۰۱ *P < ۰,۰۵							

در مدل سازی رگرسیون، متغیرهای مستقل براساس اهمیت و میزان تأثیرشان مرتب شدند. رفتارهای خودمراقبتی بیشترین سهم را در پیش‌بینی ادراک بیماری داشتند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که اقداماتی مانند رعایت رژیم غذایی و فعالیت بدنی منظم می‌توانند تأثیر مثبتی بر نگرش بیماران نسبت به بیماری خود داشته باشند. کیفیت زندگی، به‌ویژه در ابعاد سلامت جسمی و روانی، نیز سهم قابل توجهی در این مدل داشت. خودشفقتی، به‌عنوان عاملی روان‌شناختی، نقش حمایتی و تعدیلی ایفا کرد که نشان‌دهنده اهمیت تقویت این ویژگی در بیماران مبتلا به ام‌اس است.

برای افزایش اعتبار مدل، آزمون‌های پایایی و روایی ابزارهای اندازه‌گیری نیز اجرا شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از پرسشنامه‌ها محاسبه شد و نتایج بالاتر از ۰,۷ نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزارها بود. همچنین، تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی ساختار عوامل پرسشنامه‌ها به کار رفت و نتایج نشان داد که همه مقیاس‌ها دارای روایی ساختاری مناسبی هستند.

جدول ۵. خلاصه نتایج ماتریس همبستگی بین کیفیت زندگی با ادراک از بیماری

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- کیفیت زندگی	-					
۲- سلامت جسمانی	*۰/۲۳۹	-				
۳- سلامت روان شناختی	*۰/۱۸۱	**۰/۵۹۲	-			
۴- سلامت اجتماعی	**۰/۱۳۸	*۰/۱۱	*۰/۱۷	-		
۵- محیط زندگی	*۰/۱۵۸	**۰/۲۸۱	**۰/۲۱۳	**۰/۳۴	-	
۶- ادراک از بیماری	**۰/۶۳	**۰/۵۲	*۰/۱۹	**۰/۴۹	**۰/۳۲	-
	* = P < ۰,۰۵ ** = P < ۰,۰۱ n = ۱۷۵					

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

متغیرهای تحقیق	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس VIF	دوربین واتسون
ادراک از بیماری	۰,۴۰۳	۰,۱۴۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک	متغیر ملاک
رفتارهای خود مراقبتی	۰,۳۲	۰,۴۵۲	۰,۶۵	۱,۳۲	
کیفیت زندگی	۰,۳۲	-۰,۲۱	۰,۶۵	۱,۳۲	۱,۸۷
خود شفقتی	۰,۸۷۶	-۰,۴۳۲	۰,۶۵	۱,۳۲	

مدل سازی این پژوهش همچنین به بررسی تعاملات میان متغیرها پرداخت. تحلیل های تعاملی نشان داد که خودشفقتی می تواند نقش تعدیل کننده ای در رابطه میان رفتارهای خودمراقبتی و ادراک بیماری ایفا کند. به عبارت دیگر، افرادی که از خودشفقتی بالاتری برخوردارند، حتی در شرایط بیماری شدیدتر، نگرش مثبت تری نسبت به وضعیت خود دارند. این یافته ها تأکید می کنند که برنامه های توانبخشی روان شناختی باید به صورت جامع و چندبعدی طراحی شوند تا تمامی عوامل مؤثر بر ادراک بیماری را پوشش دهند.

در مجموع، مدل سازی انجام شده در این پژوهش نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی به طور مستقیم و غیرمستقیم بر ادراک بیماری تأثیر دارند. این نتایج می توانند به عنوان مبنایی برای طراحی مداخلات روان شناختی و آموزشی به کار گرفته شوند. به عنوان مثال، برنامه های آموزشی می توانند بر تقویت رفتارهای خودمراقبتی و افزایش آگاهی بیماران نسبت به اهمیت این رفتارها تمرکز کنند. همچنین، مداخلاتی برای بهبود کیفیت زندگی از طریق مدیریت استرس، تقویت روابط اجتماعی و بهبود شرایط محیطی پیشنهاد می شود. در نهایت، آموزش خودشفقتی می تواند به عنوان رویکردی مؤثر برای افزایش تاب آوری روان شناختی و بهبود سازگاری با بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

این مدل سازی نه تنها به شناسایی عوامل مؤثر بر ادراک بیماری کمک کرده است، بلکه راهکارهایی عملی برای بهبود وضعیت بیماران مبتلا به ام اس ارائه می دهد. از آنجا که این بیماری مزمن و پیش رونده است، نتایج این پژوهش می تواند به بهبود کیفیت

زندگی و ارتقای سلامت روانی بیماران کمک کند. علاوه بر این، مدل‌سازی انجام‌شده نشان‌دهنده اهمیت رویکرد چندبعدی در پژوهش‌های روان‌شناختی است و می‌تواند به‌عنوان الگویی برای مطالعات آینده مورد استفاده قرار گیرد.

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه به روش همزمان برای تبیین ادراک از بیماری بر اساس رفتارهای خود مراقبتی، کیفیت زندگی و خود شفقتی

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R ²
رگرسیون	۴۵۶۲,۰۱	۳	۱۵۲۰,۶۷۰	۸,۴۵۵	۰,۰۰۱	۰۹۷۰	۳۱۲۰
باقیمانده	۳۰۷۵۳,۶۶۶	۱۷۱	۱۷۹,۸۴۶				
مجموع	۳۵۳۱۵,۶۷۶	۱۷۴					

جدول ۸. خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی ادراک از بیماری بر اساس خود مراقبتی و کیفیت زندگی و خود شفقتی

سطح معناداری	T	سهم متغیرها	B
۰۰۰۱۰	۱۷,۱۵۹		۶۴,۴۱۴
***۰۱۳۰	۲,۵۱	۲۲۷۰	۱۷۲۰
***۰۰۶۰	۳,۳۲	۲۵۴۰	۲۳۲۰
***۰,۰۱۷	۲,۴۰۴	۰,۱۳۲	۰,۱۵۴
		p<0.01**	p<0.05*

جدول ۹. آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	آلفای کرونباخ	وضعیت متغیر
خود مراقبتی	۰,۹۲۱	قابل قبول
کیفیت زندگی	۰,۸۸۸	قابل قبول
خود شفقتی	۰,۷۷۴	قابل قبول
ادراک از بیماری	۰,۸۳۲	قابل قبول

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش، که به بررسی رابطه میان رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی و خودشفقتی با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام‌اس (MS) اختصاص داشت، اطلاعات گسترده و جامعی را ارائه کرد. داده‌ها که از طریق پرسشنامه‌های استاندارد گردآوری شدند، با استفاده از آزمون‌های آماری پیشرفته شامل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. اولین نتیجه مهم پژوهش نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی، به‌ویژه رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت‌های بدنی منظم، و مدیریت استرس، تأثیر قابل توجهی بر بهبود ادراک بیماران از بیماری دارد. رفتارهای خودمراقبتی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده، نه تنها به بیماران کمک می‌کند که نگرشی مثبت‌تر نسبت به بیماری خود داشته باشند، بلکه باعث می‌شود آنها احساس کنترل بیشتری بر وضعیت سلامت خود تجربه کنند.

در ادامه، کیفیت زندگی، که به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی شامل جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی تعریف شده است، تأثیر مثبتی بر ادراک بیماری نشان داد. بیماران با کیفیت زندگی بالاتر، ادراک مثبت‌تری از بیماری داشتند و توانستند بهتر با چالش‌های بیماری سازگار شوند. تحلیل‌های انجام شده نشان داد که سلامت جسمانی و روانی، به‌ویژه در میان ابعاد کیفیت زندگی، تأثیر بیشتری بر نگرش بیماران داشتند. سلامت جسمانی شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و مقابله با علائم بیماری، و سلامت روانی شامل مدیریت استرس، افسردگی و اضطراب است که هر دو نقش مهمی در ادراک مثبت بیماری ایفا کردند. همچنین، سلامت اجتماعی و محیطی، که شامل حمایت اجتماعی و محیط زندگی بیماران است، تأثیر معناداری بر بهبود نگرش بیماران نسبت به بیماری خود داشتند.

خودشفقتی، که به‌عنوان متغیر سوم و یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت، نشان داد که نقش حمایتی و محافظتی در کاهش اثرات منفی بیماری دارد. خودشفقتی، به معنای نگرش مثبت و همدلانه نسبت به خود، شامل مؤلفه‌هایی مانند مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی و درک مشترک انسانی است. نتایج پژوهش نشان داد که بیماران با سطح بالاتری از خودشفقتی، توانایی بیشتری در مدیریت استرس‌های بیماری دارند و این ویژگی باعث می‌شود که ادراک مثبت‌تری از بیماری داشته باشند. به‌طور خاص، بیماران با خودشفقتی بالا، حتی در شرایط بیماری شدیدتر، احساس می‌کردند که توانایی مقابله با مشکلات را دارند و از خود قضاوت و انتقاد کمتری می‌کردند. این نتایج اهمیت تقویت خودشفقتی را در بیماران مبتلا به ام‌اس برجسته می‌کند.

تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که سه متغیر اصلی پژوهش توانستند ۳۱ درصد از تغییرات ادراک بیماری را پیش‌بینی کنند. در این تحلیل، رفتارهای خودمراقبتی بالاترین سهم را در پیش‌بینی ادراک بیماری داشتند، در حالی که کیفیت زندگی و خودشفقتی به‌عنوان عوامل مکمل عمل کردند. این نتایج تأکید می‌کنند که ترکیب مداخلات رفتاری و روان‌شناختی می‌تواند تأثیر قابل توجهی در بهبود نگرش بیماران نسبت به بیماری داشته باشد. به‌طور خاص، این پژوهش نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی مانند رعایت رژیم غذایی، ورزش منظم و مدیریت استرس می‌توانند به‌طور مستقیم به بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش سطح خودشفقتی منجر شوند، که در نهایت تأثیر مثبتی بر ادراک بیماری دارد.

همچنین، نتایج نشان داد که خودشفقتی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای در رابطه میان رفتارهای خودمراقبتی و ادراک بیماری ایفا کند. به عبارت دیگر، بیماران با سطح بالای خودشفقتی، حتی اگر رفتارهای خودمراقبتی کمتری داشته باشند، همچنان ادراک مثبت‌تری از بیماری دارند. این یافته نشان می‌دهد که آموزش خودشفقتی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مؤثر در برنامه‌های توانبخشی روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به ام‌اس مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، کیفیت زندگی به‌عنوان متغیری که به

شدت تحت تأثیر عوامل محیطی و اجتماعی است، می‌تواند از طریق حمایت‌های اجتماعی، بهبود شرایط زندگی و ارائه خدمات بهداشتی بهبود یابد.

نتایج این پژوهش در راستای پژوهش‌های پیشین قرار دارد که تأکید کرده‌اند رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی از عوامل کلیدی در مدیریت بیماری‌های مزمن هستند. همچنین، یافته‌های پژوهش اهمیت توجه به ابعاد روان‌شناختی مانند خودشفقتی را برجسته می‌کنند. از آنجا که بیماری ام‌اس تأثیرات گسترده‌ای بر جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی بیماران دارد، این نتایج می‌تواند به طراحی برنامه‌های مداخلاتی جامع و چندبعدی کمک کند که نه تنها بر بهبود شرایط جسمانی بیماران تمرکز دارند، بلکه وضعیت روانی و اجتماعی آنها را نیز مدنظر قرار می‌دهند.

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش تأکید می‌کنند که بهبود ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام‌اس نیازمند رویکردی چندبعدی است که شامل تقویت رفتارهای خودمراقبتی، بهبود کیفیت زندگی و آموزش خودشفقتی باشد. این مداخلات می‌توانند به بهبود نگرش بیماران نسبت به بیماری، افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی آنان منجر شوند. این یافته‌ها همچنین می‌توانند به سیاست‌گذاران بهداشتی و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کمک کنند تا برنامه‌های آموزشی و حمایتی مؤثرتری برای بیماران مبتلا به ام‌اس طراحی و اجرا کنند. از آنجا که این بیماری مزمن و پیش‌رونده است، نتایج این پژوهش می‌تواند تأثیرات بلندمدتی در بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی بیماران داشته باشد.

این پژوهش با ارائه یک مدل جامع از روابط میان رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، خودشفقتی و ادراک بیماری، گامی مؤثر در جهت ارتقای دانش و بهبود وضعیت بیماران مبتلا به ام‌اس برداشته است. همچنین، یافته‌های آن زمینه‌ساز پژوهش‌های آینده برای بررسی مداخلات دقیق‌تر و مؤثرتر در این حوزه خواهند بود.

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 ام‌اس و یافته‌های پیرامون آن. اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی/ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
۳. اسدی حقیقت، مهناز؛ زهراکار، کیانوش؛ فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افزایش تاب‌آوری 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 روان‌شناسی 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. *تازه‌های علوم شناختی*، دره ۲۵، شماره ۱، ۱-۱۴.
۶. اشکش، عصمت؛ حبی، محمدباقر؛ 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 قصه‌گویی در افزایش مهارت اجتماعی (مورد مطالعه: دانش‌آموزان کم توان ذهنی)، *هفتمین کنفرانس بین‌المللی دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روان‌شناسی ایران*، تهران.

۸. اکبری، هادی؛ دهقانی، فهیمه؛ صالح‌زاده، مریم، صالح‌زاده (۱۳۹۸). رابطه رفتارهای خودمراقبتی با عوامل جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، سال ۱۴، شماره ۵۴، اولین کنگره دو سالانه تازه‌های روان‌شناسی 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 روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، شماره ۲۰، ۱۸-۵.
۱۰. ایوبی، سمیه (۱۳۹۷). *سرسختی، کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. مجله روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*. سال ۶، شماره ۲۴.
۱۱. آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا؛ فرهمند، وحید (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی و امید بیماران مبتلا به ام‌اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال ۴، شماره ۱ (پیاپی ۱۳)، ۲۳-۳۱.
۱۲. بخشانی، نورمحمد؛ خسروی، معصومه؛ رقیعی، مهوش (۱۳۹۸). وضعیت عملکرد شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس، کنگره *انجمن روان‌شناسی ایران*.
۱۳. برغندان، سپیده؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری‌وارسته‌ها، علیرضا (۱۳۹۷). تأثیر شفقت درمانی بر سازش یافتگی و شاد زیستی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر، *سلامت روان کودک*، شماره ۲.
۱۴. برقی‌ایرانی، زیبا؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی (۱۳۹۲). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان-شناختی با ادراک از بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام‌اس، *روان‌شناسی سلامت، فصلنامه علمی پژوهشی*، شماره ۱، ۳۲-۴۵.
۱۵. بولینگ، آس (۲۰۱۸). *طب مکمل و جایگزین در ام‌اس*. ترجمه: ابوالحسنی، رویا (۱۳۹۹). تهران: نشر رنگینه.
۱۶. پوریوسف‌کلجاهی، 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.
18. Aarnoson, N.K. (2013), Quality of life: what is it? How should it be measured? *Oncology*, 2, 69-76.
19. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
20. 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.
21. Albert, U.; mania, G.; Bogetto, F.; Chiorle, A.; Matain-Cols, D. (2018), *Clinical predictors of health-related quality of life psychiatry*, 51: 193-200.
22. 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.
23. 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.

24. 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.
25. Baranzini SE, Oksenberg JR. (2017). The Genetics of Multiple Sclerosis: From 0 to 200 in 50 Years. *Trends Genet* 2017; 33(12): 960-70.
26. Bardbent, E.; petrie, K.J.; Main, J. & Weinman, J. (2006), The brief illness perception questionnaire, *Journal of psycho somatic Research*, Go, 631- G370.
27. Barnard LK, & Curry JF. (2016). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.
28. 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.
29. Becker MH . (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Educ Behav*.2(4):409-19.
30. Becker H, Stuifbergen A, Zhang W. (2023).Functional and health promotion predictors of PROMIS® scores in people with multiple sclerosis. *Health Psychology*. 2023; 38(5): 431–4 .
31. 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.
32. 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.
33. Bennett-Goleman, T. (2011). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
34. 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.
35. 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.
36. Bowling A, Gabriel Z. (2018). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*. 2018;27(6):827-48.
37. Braun TD, Park CL, & Gorin A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, 17, 117-131.
38. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanetz 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.