

ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان

مبتلایان به بیماری ام-اس

علیرضا آقاییوسفی*، فرهاد شقاقی**، مهدی دهستانی***، زیبا برقی ایرانی****

* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

*** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

**** مربی و دانشجوی دکتری گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسؤول)

چکیده

هدف: بیماری اسکروز چندگانه (MS) از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات عصب شناختی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در مبتلایان به بیماری ام اس اجرا شد.

روش: به همین منظور تعداد ۲۳۱ نفر (۱۴۰ دختر و ۶۶ پسر) از اعضای انجمن ام-اس ایران با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از: (۱) پرسشنامه جمعیت‌سنائی (محقق ساخته)؛ (۲) مقیاس کیفیت زندگی (D-۳۹)؛ بویر وارپ، (۱۹۹۷)؛ (۳) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (سیندرو همکاران، ۱۹۹۴) و (۴) پرسشنامه ادراک بیماری (بردنبت، پتریه، مین و وینمن، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر تحلیل رگرسیون چندگانه و آزمون همبستگی پیرسون برای تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای کیفیت زندگی با ۲۲ درصد و مؤلفه‌های خوش‌بینی و خودکارآمدی سرمایه روان‌شناختی با ۲۹ درصد پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای ادراک بیماری در مبتلایان به ام اس هستند؛ ولی متغیرهای امیدواری و تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری نبودند. ($p=0/05$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیان می‌کند که کیفیت زندگی و مؤلفه‌های خوش‌بینی و خودکارآمدی از متغیرهای تقریباً تأثیرگذار بر ادراک بیماری مبتلایان به بیماری اسکروز چندگانه هستند. این نتایج کاربردهای مهمی در زمینه اهمیت مداخلات درمانی و ارتقای کیفیت زندگی و آموزش خودکارآمدی و خوش‌بینی در بیماران ام اس دارد.

مشخصات مقاله:

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۱۵

تجدیدنظر: ۱۳۹۱/۳/۱۳

پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۸

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، ادراک بیماری، ام اس.

The Relationship between Quality of Life (QoL) and Psychological Capital with Illness Perception in MS Patients

Alireza Yousefi^{*}, Farhad Shaghghi^{**}, Mehdi Dehestani^{***}, Ziba Barghi Irani^{****}

^{*} Associate Professor of Psychology Group in PNU University

^{**} Assistant Professor of Psychology Group in PNU University

^{***} Assistant Professor of Psychology Group in PNU University

^{****} Instructor and PhD Student in Psychology Group at PNU University

Abstract:

Aim: The present research was carried out by aiming at study on relationship between Quality of Life (QoL) and Psychological Capital with Illness Perception among patients who suffered from Multiple Sclerosis (MS) disease.

Method: For this purpose, 231 participants (140 girls and 66 boys) were chosen from the members of Iranian MS Society. The measurement tools were employed in this study including: 1) Demographic Questionnaire; 2) Quality of Life Questionnaire (D-39) (E. Barbieri, Warp; 1997); 3) Psychological Capital Questionnaire (Sindro et al; 1994); and 4) Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), (Broadbent E., Petrie K., Main J., & Weinman J (2006).

At the current study, Multiple Regression Analysis and Pearson Correlation Test have been adapted for data analysis.

Results: The results indicated that variables such as Quality of Life (QoL), Psychological Capital, Opportunism and Effectiveness are significant predictors for Illness Perception in those who suffered from MS while variables of Hope and Tolerance were not significant predictors in this study.

Article Information:

History:

Receipt: 2012/3/5

Revise: 2012/6/1

Acceptance: 2012/6/17

Keywords:

Quality of Life, Psychological Capital, Illness Perception, Multiple Sclerosis (MS) Disease

مقدمه

یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب‌شناختی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) می‌باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل بروز می‌کند و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می‌شود. مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده سیستم عصبی است که میلیون دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را تخریب می‌کند و به دنبال آن به تدریج بخش عضلانی بدن توانایی خود را از دست می‌دهد. ام اس با علائم التهاب و تخریب میلین مشخص می‌شود. ممکن است دارای سیر پیش‌رونده یا توأم با عود و فروکش باشد. ضایعات ام اس پس از تروما دومین علت شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی است و تظاهرات آن از یک بیماری خوش‌خیم تا یک بیماری به سرعت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است (هارسیون، ۱۳۸۴).

علائم مختلف این بیماری عبارتند از: فقدان ناگهانی یا تازی دید در یک چشم، دوبینی، عدم تعادل یا اختلال عملکرد مثانه، ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال شنوایی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع مدفوع و عملکرد جنسی، ضعف تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی و اختلال گفتاری در این بیماران دیده می‌شود. بررسی‌های لطفی و آل یاسین (۲۰۰۲) حاکی از آن است که اختلالات حسی و بینایی شایع‌ترین علائم در میان مبتلایان ایرانی می‌باشد (رضائی، ۱۳۸۹). انواع بیماری ام اس چهار نوع می‌باشد که عبارتند از: نوع خوش‌خیم، عودکننده، فروکش یابنده، پیش‌رونده ثانویه و پیش‌رونده اولیه.

علاوه بر مکانیسم‌های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می‌تواند در بیماری‌های روان‌تنی از جمله ام اس اثرگذار باشد عوامل روان‌شناختی افراد است.

انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس در سال ۲۰۰۱ شیوع این بیماری را حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا اعلام کرد. ام اس معمولاً در بیماران بین ۲۰ تا ۴۰ سال تشخیص داده می‌شود. زنان بیشتر از مردان به نسبت ۲ به ۱ به ام اس مبتلا

می‌شوند (وایت^۱ و همکاران ۲۰۰۴). براساس اعلام انجمن ام اس ایران، حدود ۷۰۰۰ نفر عضو این انجمن می‌باشند (شریفی، ۱۳۸۶). در ایران شیوع ام اس در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (بخشانی، ۱۳۸۹). جنسیت، عوامل ژنتیک، فاصله از خط استوا (با فاصله از خط استوا به شیوع این بیماری افزوده می‌شود) و وضعیت اجتماعی - اقتصادی از عوامل مؤثر در افزایش شیوع این بیماری می‌باشد (رضایی، ۱۳۸۹). بسیاری از ناهنجاری‌های روانی عصبی در ارتباط با ام اس هستند که عبارتند از: افسردگی، سرخوشی، اختلالات دو قطبی، گریه‌ها و خنده‌های ناهنجار، روان‌پریشی، اختلال در توجه، پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی، تمرکز، یادگیری و حافظه (بخشایی و همکاران، ۱۳۸۹). آنچه این بیماری مزمن را در حوزه روانپزشکی حائز اهمیت می‌سازد طیف وسیع جنبه‌های عصبی - روانپزشکی این اختلال است. در بررسی‌های انجام شده حدود ۵ درصد از بیماران اختلالات حاد روانشناختی را بروز می‌دهند که این میزان در بررسی سلطان‌زاده (۱۳۸۳) در حدود ۱ درصد بوده است. از شایع‌ترین علائم روانشناختی در بیماران ام اس، افسردگی، خستگی، اضطراب را می‌توان نام برد که به میزان قابل توجهی به ناتوانی‌ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می‌شود. در ۸۰ درصد از این بیماران خستگی یکی از علائم اصلی را تشکیل می‌دهد و در طول روز بدتر می‌شود. وقوع افسردگی و همچنین بروز علائم بیماری تابع شدت بیماری، محل رفتاری ضایعات، نوع علائم نورولوژیک و شدت ناتوانی بیمار است و افسردگی موجب ناتوانی بیشتر بیمار و وخامت بیشتر بیماری می‌گردد. یوسفی‌پور و راسخی در مطالعه‌ای در سال (۲۰۰۲)، ۶۷ درصد ابتلا به افسردگی را در میان زنان مبتلا به ام اس گزارش نمودند. مطالعات حاکی از آن است، علاوه بر خستگی و اختلالات خلقی طیف وسیعی از علائم روانپزشکی نظیر سایکوز، سندرم‌های هذیان، اضطراب، اختلالات شخصیت و اختلالات شناختی نیز می‌تواند در مبتلایان به ام اس تظاهر نمایند. تغییرات

شخصیت نیز در این بیماران شایع است و ۲۰ الی ۴۰ درصد از مبتلایان به ام اس آشکارا دچار افزایش تحریر-پذیری یا بی‌احساسی به عنوان تغییرات ثانویه شخصیت می‌شوند. بیماری ام اس از طریق ایجاد افسردگی، تغییرات شناختی و شخصیتی و مهار گسیختگی ناشی از آن می‌تواند به عنوان یک اختلال در محور III به صورت یک عامل خطر ساز در خودکشی محسوب شود.

با توجه به شیوع بیماری در سنین جوانی، این بیماری می‌تواند با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و با سیر بیماری و عدم کنترل مناسب آن نگرانی، اضطراب و افسردگی را دو چندان کند، آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظر می‌رسد پرداختن به مسائل روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس و مشکلات عاطفی است که بیماران با آن روبرو هستند (الیس، ۱۹۹۸ به نقل از رشیدی، ۱۳۸۵).

بیشتر بررسی‌ها در مبتلایان به بیماری ام اس بر مشکلات مرتبط با بعد جسمانی تمرکز داشته و جنبه‌های شناختی و روان‌شناختی را نادیده گرفتند (فیتسین^۲، ۲۰۰۴؛ دیاموند^۳، جانسون^۴، کافمن^۵ و گروز^۶، ۲۰۰۸). تحقیقات چیاراوالوتی^۷ و دلاکو^۸ (۲۰۰۸) حاکی از آن است که در مبتلایان به ام اس مشکلات روان‌شناختی منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می‌شود (بیرامی، ۱۳۸۹).

کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه‌هایی از زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشند. در یک تعریف کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی مربوط به سلامت بستگی به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد (سلا^۹، ۱۹۹۵). در این تعریف بر ذهنیت فرد

و چند بعدی بودن کیفیت زندگی تأکید می‌شود (آرونسون^{۱۰}، ۱۹۸۸). کیفیت زندگی مربوط به سلامت معرف نوعی برداشت ذهنی از بیماری یا درمان آن است. به همین دلیل، بیماران با وضعیت سلامت مشابه، به علت تفاوت‌های فردی مربوط به توقعات و راهبردهای مقابله‌ای، ممکن است کیفیت زندگی همسان نداشته باشند. حیطه جسمانی به درک بیمار به توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و انرژی بیمار بستگی دارد. حیطه اجتماعی به انزوا، وابستگی، سطح روابط با خانواده و بستگان و شرایط دیگر محیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و بالاخره حیطه روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجان است و مسائلی چون ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می‌شود (جرگه، ۱۳۸۸).

ذکر این نکته لازم است که در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بُعد از زندگی (نوربرگ و همکاران، ۲۰۰۹) و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی و توانایی کارکردن است (کورال^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۹؛ آلبرت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل ارزشی است که فرد علی‌رغم تأثیری که بیماری، جراحی یا درمان بر کنش‌وری، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی وی دارند، برای زندگی خویش قائل است (آل کور، قادر و شاتناوی، ۲۰۱۰).

کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد و بیمار نیز از کارآیی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید. کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی،

2. Feinstein
3. Diamond
4. Johnson
5. Kaufman
6. Graves
7. Chiaravalloti
8. Deluca
9. Cello

10. Aarnoson
11. Coral
12. Albert

آمادگی عالی برای مقابله با خطرات. از نظر احساس خوش‌بینی، شادابی، آرام، هماهنگ، باوقار، عاری از اضطراب و احساس گناه و عصبانیت است. از نظر هوشی او فردی است هوشیار، واقع‌بین و همچنین دارای تفکر، آزادی انتخاب و کنترل زندگی است. در بُعد اجتماعی متمایل به برقراری ارتباط و فعالیت با دیگران است و در بُعد روانی دارای فلسفه معنی‌دار و هدفمند در زندگی است.

باورهای خودکارآمدی که از سال ۱۹۷۷ توسط بندورا وارد ادبیات روانشناسی گردید شامل یکی از مجموعه باورهای فرد است که نقش اساسی در برقراری تعادل در زندگی آدمی و بالابردن کیفیت زندگی انسان‌ها ایفا می‌کند (رضایی، ۱۳۸۳). به نظر بندورا^{۱۴} (۲۰۰۲)، نحوه رفتار افراد را اغلب بهتر می‌توان از روی باورهایی که آنها در مورد قابلیت‌هایشان دارند یعنی از روی خودکارآمدی آنها پیش‌بینی کرد تا از روی قابلیت‌هایی که آنها واقعاً دارند و افراد همانی هستند که می‌اندیشند (امیرفرهنگی، ۱۳۸۹).

یافته‌های ویلیام^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که خودکارآمدی با هوش هیجانی و عملکرد بهتر در زمینه‌های خودتنظیمی، ابراز وجود، استقلال، همدردی با دیگران، کنترل و خوش‌بینی رابطه دارد. یافته‌های بندورا و همکاران (۱۹۹۹) بیانگر این نکته است که از یک سو خودکارآمدی پایین با راهبردهای مقابله هیجان‌مدار، اضطراب و ناراحتی، افسردگی و علائم روان‌تنی مشخص می‌گردد، و از سوی دیگر خودکارآمدی بالا با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، جستجوی حمایت اجتماعی و خوش‌بینی رابطه دارد. یک مؤلفه روانشناختی که طی دهه اخیر در حیطه بهداشت روانی همواره مطرح بوده است، خوش‌بینی می‌باشد. بر طبق مدل شی‌یر و کارو^{۱۶} (۲۰۰۲) خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب به عنوان انتظار نتایج فراگیر مثبت و منفی تعریف شده و تعیین‌کننده‌های مهم سازگاری هستند. خوشبین‌ها

شیمیایی، درد، خستگی و غیره است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان «ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل مشغولی‌ها» تعریف کرده است. کیفیت زندگی یک اصطلاح مورد استفاده در تعدادی از رشته‌های علمی با تعاریف و مفهوم‌سازی‌ها از حالات سلامت تا رضایت‌مندی زندگی و از مالکیت ویژگی‌های مطلوب از لحاظ اجتماعی مؤثر است. این تعریف مفهوم وسیعی است که به شیوه پیچیده‌ای توسط سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال و روابط اجتماعی فرد و ارتباط آنها با خصوصیات بارز محیط‌شان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌شود که نیازها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه جانبه فرد تأکید دارند، دربرمی‌گیرد (گشتاسبی، ۱۳۸۳).

سرمایه روان‌شناختی سازه مفهومی زیرمجموعه‌ای از روانشناسی مثبت‌گرا است که با ویژگی‌های زیر مشخص می‌شود: الف) باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت در انجام وظایف معین (خودکارآمدی)؛ ب) ایجاد اسنادهای مثبت در مورد موفقیت‌های اکنون و آینده (خوش‌بینی)؛ ج) داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری راهکارهای لازم برای رسیدن به موفقیت (امیدواری)؛ و د) تحمل کردن مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقای آن تا دستیابی به موفقیت‌ها (لوتانز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از انعامی، ۱۳۸۹). حفظ امید به زندگی و افزایش آن از مسائل مهم در همه سنین و برای همه اقشار است. منظور از امید به زندگی تعداد سال‌هایی است که هر فرد انتظار دارد زندگی کند. امید علائم و آثار متعددی به جای می‌گذارد. از نظر جسمی فرد امیدوار پرنرژی بوده و زندگی را توأم با خوشی، رفاه و سلامت سپری می‌کند و فردی است مدعی، زنده و با

14. Bandura
15. William
16. Scheier & Corver

13. Lotans

اضطراب در افراد شاهد حوادث هوایی (دوگال^{۱۸}، ۲۰۰۱)، قربانیان سوانح (ولدن^{۱۹} و کلبه، ۲۰۰۶) و افراد مبتلا به فشار خون (رایکونن و ماتیس^{۲۰}، ۲۰۰۲) دارد.

یکی دیگر از متغیرهای مهم در تحقیقات روان‌شناسی که جزء ویژگی شخصیتی افراد به شمار رفته و از جمله عوامل درونی در پیشگیری و مقابله با اثرات تنیدگی می‌باشد تاب‌آوری است. تاب‌آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت به شرایط در مواقع ناگوار (والر^{۲۱}، ۲۰۰۱). تاب‌آوری در مورد کسانی به کار می‌رود که در معرض خطر قرار می‌گیرند ولی دچار اختلال نمی‌شوند. از این رو شاید بتوان نتیجه‌گیری کرد که مواجهه شدن با خطر شرط لازم برای آسیب‌پذیری هست اما شرط کافی نیست (گارزی^{۲۲}، ۱۹۹۱، راتر، ۱۹۸۷؛ ورنر، ۱۹۸۹؛ به نقل از زرین کلک؛ ۱۳۸۹). افراد تاب‌آور قادرند احساس خودکارآمدی‌شان را حفظ کرده و شرایط را ارزیابی کنند، تعهد به اهدافشان را تقویت نمایند و رفتار انگیزشی را افزایش دهند و در نتیجه پیشرفت بالایی را کسب نمایند (ایساکسون، ۲۰۰۲). لونتال و نرنز (۱۹۸۳)، به نقل از شارپ و کوران، ۲۰۰۶) مدل خودتنظیم‌گری را که به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می‌پردازد، مطرح کردند. این مدل، رفتارهای سالم را نتیجه ادراک چندوجهی و پیچیده بیماری می‌داند. براساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری ایفا می‌کند. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی؛ و مؤثر

بر این باور هستند که ناملایمات می‌توانند به شیوه موفقیت-آمیزی اداره شوند، اما افراد بدبین انتظار بدبختی دارند که این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات در شیوه‌های مقابله با فشار روانی افراد تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌های متعدد بیانگر این نکته است که خوش‌بینی با ناراحتی کمتر (یالی^{۱۷}، ۲۰۰۲) و عملکرد شغلی بالا (بگلی و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط مثبت دارد. خوش‌بینی یا به عبارت دیگر گرایش به اینکه در زندگی تجارب خوب رخ خواهند داد، به عنوان یک صفت شخصیتی نسبتاً پایدار تعریف شده است که نوع رفتارهای فرد را تعیین می‌کند (شی‌یر و کارور، ۲۰۰۲). این ساختار بر رفتاری که افراد در مقابله با تجارب استرس‌زا دارند و موفقیت در آنچه آنها در زندگی با آن مقابله کرده‌اند، تأثیر دارد. یک شخص با جهت‌گیری خوش‌بینانه به آینده، موقعیت‌های استرس‌زا را با دیدی مثبت ارزیابی می‌کند و محاسبه خوبی از توانایی‌هایش برای گذراندن مشکلات دارد سلیگمن (۱۹۹۸) خوش‌بینی را به جای یک صفت شخصیتی گسترده، به عنوان یک سبک تبیینی تعریف کرده است. بر طبق این دیدگاه، افراد خوش-بین رویدادها یا تجربه‌های منفی را با نسبت دادن علت آنها به عوامل بیرونی، گذرا و خاص تبیین می‌کنند بر عکس بدبین‌ها رویدادها یا تجربه‌های منفی را با نسبت دادن علت آنها به عوامل درونی، ثابت و کلی مثل شکست شخصی تبیین می‌کنند (پورافکاری، ۱۳۸۹). بنابراین افراد خوش‌بین تمایل دارند در مورد آینده احتمالات مثبت را در نظر بگیرند و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار برای مواجهه با مشکلات استفاده نمایند. در شرایطی که این راهبردها فایده‌ای در بر نداشته باشند (مثل شرایط غیرقابل کنترل) افراد خوش‌بین بیشتر از راهبردهایی نظیر پذیرش موضوع، شوخ طبعی و بازنگری مثبت استفاده می‌کنند (شی‌یر و کارور، ۲۰۰۲). در نتیجه به نظر می‌رسد که خوش‌بینی نقش مهمی در سازگاری افراد با موقعیت‌های فشارزا ایفا می‌کند. خوش‌بینی رابطه مهمی با کاهش

18. Dougall
19. Weldon
20. Rayknon & Matus
21. Waller
22. Garzy

17. Yali

حجم ۲۳۱ نفر انتخاب شدند به این صورت که ابتدا فهرست اسامی کلیه افرادی که عضو انجمن ام اس ایران بودند گرفته شد، سپس از این فهرست، تعداد موردنظر به صورت تصادفی انتخاب گردید، با آنها تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان، افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. میانگین سنی گروه نمونه ۲۶ سال و ۳ ماه و با انحراف معیار ۶/۴۹ بودند. شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۱- عدم ابتلا به هر نوع اختلال نورولوژیک به غیر از ام اس مانند صرع، بیماری‌های دستگاه خارج هرمی و عقب‌ماندگی ذهنی و تومورهای مغزی؛ ۲- مرحله حاد بیماری (کمتر از یک ماه از آخرین مرحله حاد این بیماری) گذشته باشد؛ ۳- بیشتر از یک ماه تحت درمان با استروئید بوده باشند؛ ۴- در زمان انجام آزمون کمتر از یک هفته تحت درمان با بنزودیازپین‌ها با دوزهای درمانی بوده باشند؛ ۵ - تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به ام اس دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛ ۶ - محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال داشته باشند؛ ۷- تحصیلات بیشتر از سیکل؛ ۸- عدم سوء مصرف مواد.

ابزار پژوهش: به منظور گردآوری اطلاعات لازم از چهار پرسشنامه (۱) دموگرافیک؛ (۲) سرمایه روان‌شناختی مشتمل بر مجموعه پرسشنامه‌های امیدواری، سیندر ۳۳ و همکاران (۱۹۹۶)، خوش‌بینی، کارور و شی‌یر (۱۹۸۵)، تاب‌آوری کریمن و بلاک^{۲۴} (۱۹۹۶) و خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲)؛ (۳) کیفیت زندگی (GSES) شرر و مادوکس (۱۹۸۲)؛ (۴) ادراک بیماری (brief IPQ) بردنبت^{۲۵}، پتریه^{۲۶} (۲۰۰۶) استفاده شده است که در ذیل مختصراً ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ها معرفی می‌گردد:

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO): این پرسشنامه دارای ۲۶ عنوان است و ۴

بودن کنترل، درمان و بهبود (ادگر، سایکول و اسکینر، ۲۰۰۳). فرا تحلیل مطالعات انجام‌شده در دامنه‌ای از بیماری‌ها (بیماری‌های حاد و بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس، هانتینگتون و دیابت)، مبانی نظری را تأیید می‌کند (آیترسام، ویلگن، هیلبردینک و گروتز، ۲۰۰۹؛ دنیسون، موس - موریس و چالدر، ۲۰۰۹؛ کلارک و گوسن، ۲۰۰۹).

آنچه اهمیت توجه به مقوله ام اس را به ویژه در کشور ما دوچندان می‌کند شیوع رو به رشد آن به ویژه در سال‌های اخیر است که اکثر آن را زنان بین ۴۰-۲۰ سال تشکیل می‌دهند که نقطه اوج فعالیت‌های جسمی و روانی، شغلی و جنسی آنان می‌باشد. با توجه به وسعت مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی و...) در بین افراد مبتلا به ام اس، یکی از اساسی‌ترین دل‌مشغولی‌های اغلب بیماران ام اس و خانواده‌های آنان رسیدن به حد مطلوب زندگی که ممکن است ناشی از ادراک بیماری، کیفیت زندگی، امیدواری، خوش‌بینی، تاب‌آوری، خودکارآمدی باشد. در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روان‌شناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علائم بیماری‌های روان‌تنی از جمله ام اس و با توجه به نقش عوامل و اهمیت روان‌شناختی در بروز این بیماری‌های روان‌تنی به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به ام اس این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای خواهد بود. بنابراین در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر متغیرهای کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، امیدواری، خوش‌بینی، کارآمدی و تاب‌آوری بر مبتلایان به ام اس پرداخته خواهد شد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران عضو انجمن ام اس استان تهران می‌باشند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با مراجعه به لیست اعضای انجمن در نمونه‌ای به

23. Sinder
24. Criman & Black
25. Bardbent
26. Petory

بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی را می‌سنجد. در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس که نشان‌دهنده همسانی درونی است ۰/۸۴ به دست آمده است.

ب) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: امید. امیدواری با آزمون سیندر و همکاران (۱۹۹۶) سنجیده شد. این آزمون در زمینه‌های مختلف از جمله محیط‌های شغلی مورد استفاده وسیع قرار گرفته است و نیز از شرایط نامطلوب اجتماعی تأثیر نمی‌پذیرد. در این آزمون ۶ گویه در مقیاس لیکرت به صورت ۸ گزینه‌ای به کار می‌رود (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۸). در این پرسشنامه باید به پاسخگو آموزش داد با توجه به تفکر و حالت اکنون خود به سؤالات پاسخ دهد.

خوش‌بینی. برای بررسی این مؤلفه از ۱۰ گویه از آزمون جهت‌گیری زندگی^{۲۷} (LOT) استفاده شد. این آزمون توسط کارور و شی‌یر (۱۹۸۵) ساخته شده و مورد استفاده وسیعی قرار گرفته و گویه‌ها در مقیاس لیکرت به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) به کار رفته‌اند.

تاب‌آوری. این آزمون نتیجه تلاش‌های سازمان‌یافته کریمن و پلاک (۱۹۹۶) و کلدنهلن (۱۹۹۶) می‌باشد. آزمون از ۱۴ گویه در مقیاس لیکرت به صورت ۴ گزینه‌ای (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند=۱ و خیلی زیاد در مورد من صدق می‌کند=۴) تشکیل شده است (لوتانز^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۵).

مقیاس خودکارآمدی عمومی^{۲۹} شرر (GSES) مقیاس دارای ۱۷ گویه است که در سال ۱۹۸۲ توسط شرر و مادوکس ساخته شده است و وودروف و همکاران (۱۹۹۳) روایی و پایایی این مقیاس را تعیین کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر ۰/۸۳ بوده و جهت مطالعه روایی

ملاکی، همبستگی آن با «منبع کنترل درونی راتر» برابر با $r=0.343$ و در سطح $P < 0.01$ معنادار بوده است (اصغرنژاد و همکاران، ۱۳۷۳).

برای اندازه‌گیری سرمایه روان‌شناختی مجموع نمره استاندارد ۴ مقیاس گفته شده مورد استفاده قرار گرفت.

ج) پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (brief IPQ) یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است (بردبنت، پتریه، مین و وینمن، ۲۰۰۶). سؤالات به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیرمقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶).

یافته‌ها

به منظور بررسی نقش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در تبیین و پیش‌بینی ادراک بیماری در مبتلایان به بیماری ام‌اس از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. پیش از پرداختن به نتایج این آزمون آماری نخست جدول همبستگی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و ادراک بیماری ارائه می‌شود.

27. Life Orientation Test

28. Lotanse

29. General Self Efficacy Scale

جدول ۱. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری

عنوان	۱	۲	۳	۴	۵	۶
کیفیت زندگی	۱					
سرمایه روان‌شناختی	۰/۴۲۱**	۱				
امیدواری	۰/۴۲۳**	۰/۲۳۹**	۱			
خوش‌بینی	۰/۲۵۷**	۰/۰۱۷	۰/۵۹۲**	۱		
تاب‌آوری	۰/۲۶۲**	۰/۱۳۸*	۰/۱۱۳*	۰/۰۶۹	۱	
خودکارآمدی	۰/۲۵۱**	۰/۱۵۸*	۰/۲۸۱**	۰/۱۳۱*	۰/۱۱۲	۱
ادراک بیماری	۰/۲۱۵**	۰/۱۶۱**	-۰/۰۱۲	۰/۱۴۳*	-۰/۰۹۳	۰/۱۱۶*

* $P < 0/05$ و ** $P < 0/01$ (آزمون دو دامنه)

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، خوش‌بینی و خودکارآمدی با ادراک بیماری در مبتلایان به بیماری ام اس همبستگی مثبت معنی‌داری دارد ولی با امیدواری و تاب‌آوری معنی‌دار نیست. برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌بینی ادراک بیماری مبتلایان به ام اس از تحلیل رگرسیون گام به گام به ترتیب زیر استفاده شد.

گام ۱. متغیر پیش‌بین: مؤلفه کیفیت زندگی
 گام ۲. متغیر پیش‌بین: مؤلفه کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی
 گام ۳. متغیر پیش‌بین: مؤلفه کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، امیدواری
 گام ۴. متغیر پیش‌بین: مؤلفه کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، امیدواری، خوش‌بینی

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون ادراک بیماری بر متغیرهای پیش‌بین

گام	مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجموع مجذورات	f	Sig.	R	R2	SE
1	رگرسیون باقیمانده	۹۷۰/۸۹	۱	۹۷۱/۹۱	۲۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۲۲	۵/۷۵
2	رگرسیون باقیمانده	۳۵۰۲/۷۳	۲۳۱	۳۳/۲۱	۵۶۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۲۵	۵/۶۳
3	رگرسیون باقیمانده	۱۲۹۳/۴۳	۲۳۰	۳۲/۱۲	۴۳۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۲۹	۵/۵۳
4	رگرسیون باقیمانده	۱۴۵۸/۲۸	۲۲۹	۳۰/۷۹	۳۶۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۳۳	۵/۴۲
		۳۰۳۴/۳۷	۲۲۸	۲۹/۴۶	۱۲/۳۵				

($P < 0/001$) و این متغیر به تنهایی ۲۲ درصد از تغییرات واریانس مربوط به ادراک بیماری را تبیین می‌کند و کل مؤلفه‌های معنی‌دار مربوط به سرمایه روان‌شناختی ۲۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک را توجیه کرده‌اند که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، امیدواری و خوش‌بینی توان پیش‌بینی متغیر ملاک ادراک بیماری را دارند. میزان F مشاهده شده برای متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار است

جدول ۳. ضرایب تأثیر، بتا و t رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش‌بین

شاخص	B	Beta	SEB	T	Sig
کیفیت زندگی	۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۱۱	۳/۶۴	۰/۰۰۱
سرمایه روان‌شناختی	۰/۲۹	۰/۲۳	۰/۵۷	۳/۹۲	۰/۰۰۴
خوش‌بینی	۰/۱۳	۰/۳۱	۰/۷۹	۲/۷۶	۰/۰۰۵
خودکارآمدی	۲/۵۸	۰/۲۲	۱۲/۱	۲/۳۶	۰/۰۱۸

یا بازتوانی احساس رضایت خواهد داشت.

این تحقیق با نتایج پژوهش نوربرگ و همکاران (۲۰۰۹)، آلبرت و همکاران (۲۰۱۰)، دوگال (۲۰۰۱)، لونتال و لرنز (۱۹۸۳)، آیت‌سام (۲۰۰۹)، دنیسون (۲۰۰۹)، کلارک و گوسن (۲۰۰۹) مبنی بر تأثیر مثبت‌گرایی، خودکارآمدی و خوش‌بینی بر ادراک بیماری در مبتلایان به ام اس همسو است و نتایج فوق نیز دور از انتظار نیست؛ چراکه همان‌طور که از تعریف مفهوم خودکارآمدی مشخص می‌شود، باورهای بیمار مبتلا به ام اس است که نقش اساسی در برقراری تعادل زندگی فرد و بالا بردن کیفیت زندگی را ایفا می‌کند و به قول بندورا (۲۰۰۲) توانمندی‌های افراد متأثر از باورهایی است که دارند نه قابلیت‌های واقعی آنها، افراد دارای خودکارآمدی بالا می‌توانند بر اضطراب و ناراحتی، افسردگی و علائم روان‌تنی فائق آیند و متعاقباً ادراک بیماری را کاهش خواهد داد.

خوش‌بینی یا به عبارت دیگر گرایش به اینکه در زندگی تجارب خوب رخ خواهند داد، بر روش‌های مقابله افراد با تجارب استرس‌زا تأثیر دارد. فرد مبتلا به ام اس که از خوش‌بینی بالایی برخوردار است، بیماری خود را با دید مثبت ارزیابی می‌کند و با شرایط غیرقابل کنترل چون بیماری، ضعف و خستگی و محدودیت‌های حاکم از بیماری با راهبردهایی چون پذیرش موضوع و شوخ طبعی برخورد می‌کند و شوخ طبعی و خوش‌بینی موجب سازگاری بهتر فرد مبتلا به بیماری ام اس با شرایط زندگی می‌شود.

در پژوهش حاضر با توجه به مشکلات گردآوری اطلاعات و دسترسی به جامعه آماری پژوهش محدودیت‌هایی به شرح ذیل وجود داشت که لازم است در پژوهش‌های بعدی نسبت به رفع آنها اقدامات لازم صورت پذیرد:

- ۱- امکان دسترسی به اعضای نمونه پژوهشی به علت محدودیت در رفت و آمد و بیماری آنان دشوار بود.
- ۲- بالا بودن تنوع و تعداد سؤالات و ضعف عضلانی اعضا نمونه موجب طولانی شدن زمان پاسخ می‌شد.
- ۳- در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد وضعیت

ضرایب تأثیر و آماره‌های t مربوط به مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی نشان می‌دهد که مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی و خوش‌بینی با اطمینان ۰/۹۹ و خودکارآمدی می‌تواند با اطمینان ۰/۹۵ تغییرات مربوط به واریانس ادراک بیماری را پیش‌بینی کنند. به عبارتی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی می‌تواند در چگونگی ادراک بیماری مبتلایان به ام اس تأثیرگذار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر مبنایی برای گسترش مبنای نظری و همچنین تعیین تأثیر کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی بر ادراک بیماری در مبتلایان به ام اس ایجاد کرد. نتایج پژوهش حاضر درخصوص تأثیر مثبت و معنی‌دار کیفیت زندگی بر ادراک بیماری مبتلایان به ام اس با پژوهش‌های وایت و همکاران (۲۰۰۴)، گیفیس و پیترز به نقل از مدنی و همکاران (۱۳۸۱)، بخشایی و همکاران (۱۳۸۹)، چپارا و الوتی و دلاکو (۲۰۰۸)، آرونسون (۱۹۸۸)، جرگه (۱۳۸۸)، گشتاسبی (۱۳۸۳)، آل اکور، قادر و شاکتاری (۲۰۱۰) مبنی بر تأثیر عوامل محیطی در بروز و شدت بیماری ام اس که حاکی از تأثیر کیفیت زندگی در بیماری این افراد می‌باشد، هماهنگ است. علائم مختلف ایجادکننده ام اس از جمله اختلال در عملکرد جنسی، فراموشی، خستگی و لرزش در اندام، افسردگی، مشکل در پردازش اختلالات عملکرد اجرایی یادگیری نیز می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی شده و کیفیت زندگی مبتلایان را کاهش دهد. اما نتایج تحقیق حاضر با پژوهش (رضائی، ۱۳۸۹) که عوامل خطر ساز ابتلا به ام اس را شامل وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالا ذکر کرده است همسو نیست. در تبیین این عدم همسویی می‌توان گفت که همیشه وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا نمی‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد و در اصل کیفیت زندگی مربوط به برداشت ذهنی خود می‌باشد و در مواردی وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا ممکن است موجب کاهش کیفیت زندگی شود. فرد مبتلا به ام اس در صورتی که بتواند وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی را حفظ نماید و قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد از کارایی درونی، کنترل بیماری و

اجتماعی - اقتصادی و خانوادگی بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد.

در راستای پژوهش فوق به منظور ارتقای کیفیت زندگی و ایجاد خوش‌بینی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به ام اس توصیه می‌شود: ۱- افراد مبتلا به غیر از درمان‌های دارویی تحت نظر روان‌شناس قرار داشته و با درمان‌های حمایتی و ایجاد نگرش مثبت به زندگی به این افراد در مقابله بیماری کمک شود. ۲- پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر روی مبتلایان به بیماری ام اس در شهرستان‌ها و سایر نقاط کشور نیز صورت پذیرد. ۳- با توجه به قرار داشتن بیماری ام اس در لیست بیماری‌های خاص مراکز حمایتی چون بهزیستی مکلف شوند غیر از حمایت مالی درمان‌های دارویی مبتلایان، نسبت به حمایت مالی جهت بهبود کیفیت زندگی این افراد نیز برنامه‌ریزی لازم را انجام دهند.

سپاسگزاری

در اینجا جا دارد از انجمن ام اس ایران و اعضای نمونه پژوهشی که با وجود بیماری با علاقه نسبت به انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند تشکر و سپاسگذاری شود.

منابع

اصغرنژاد، طاهره؛ احمدی ده قطب‌الدینی، محمد؛ فرزاد، ولی‌الله و خدائپناهی، کریم (۱۳۸۳)، مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی شرر، مجله علمی پژوهشی روانشناسی، ۳۹.

فرهنگی، امیر و انباردان، اکرم و همکاران (۱۳۸۹)، رابطه اضطراب مدرسه و باورهای خودکارآمدی با پیشرفت تحصیلی، کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.

انعامی علمداری، حمیده؛ مسلم‌پور، مهناز؛ هاشمی، تورج (۱۳۸۹)، نقش عامل‌های شخصیت در پیش‌بینی سرمایه روان‌شناختی، کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.

بخشانی، نورمحمد؛ خسروی، معصومه؛ رقیعی، مهوش (۱۳۸۹)، وضعیت عملکرد شناختی بیماران مبتلا به ام

اس، کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.

بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ ماشینی، نیمه؛ صادقی‌زاده، منیژه (۱۳۸۹)، سیستم‌های فعال سازی/ بازدارنده رفتاری و عوامل شخصیت بیماران مبتلا به MS کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.

پورافکاری، ن (۱۳۸۹)، فرهنگ جامعه روان‌شناسی - روان پزشکی، انتشارات فرهنگ معاصر، تهران.

جرگه، مراد (۱۳۸۸)، بررسی برنامه توانبخشی قلبی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران جراحی پیوند عروق کرونر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینای همدان.

رشیدی، فرنگیس (۱۳۸۶)، بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی و کمرویی با سلامت روان دانش‌آموزان دختر پایه سوم دوره دبیرستانی شهر تهران، کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

رضایی، امید؛ میرزایی قمی، منصور؛ دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۸۹)، الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به موتیبل اسکروزیس، کنگره روان‌شناسی ایران.

رضایی، عباسعلی (۱۳۸۳)، اضطراب آزمون و راهبردهای مقابله آن، مجله روانشناسی، ۳ (۴)، ۱۶-۱۳.

زرین کلک، حمیدرضا؛ کردمیرزا نیکوزاده، عزت‌الله (۱۳۸۹)، اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر اعتیادپذیری، خلاصه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.

سلطان‌زاده، اکبر (۱۳۸۳)، بیماری مغز و اعصاب، جعفری، تهران.

شریفی، علی‌اکبر (۱۳۸۶)، راهنمای ام‌اس/ام‌اس‌ای (میلیون ۳)، مرکز نشر روان‌سنجی، تهران.

گشتاسبی، آریتا (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران، خلاصه مقالات اولین همایش

- Psychology, 76: 258-269.
- Bardbent, E.; petrie, K.J.; Main, J. & Weinman, J. (2006), *The brief illness perception questionnaire*, Journal of psycho somatic Research, Go, 631-G370.
- Begley, T.M.; Lee, C. & Czajka, J.M. (2000), *The relationships of type A Behavior and optimism with job performance and blood pressure*, Journal of Business and psychology. 15: 215-277.
- Cello, D.F. (1995), *Measuring quality of life in palliative care*, Semin. Oncolo. 22,23-81.
- Chiaravalloti, N.D.; Deluca, J. (2008), *Cognitive impairment in multiple sclerosis*, Neurology. 7: 1139-51.
- Clarke, D. & Goosen, T. (2009), *The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients*, Personality and individual differences, 46, 460-464.
- Dennison, L.; Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2009), *A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis clinical psychology review*, 29, 141-153.
- Diamond, B.J.; Johnson, S.K.; Kaufman, M.; Graves, L. (2008), *Relationships between information processing, depression, fatigue and cognition in multiple sclerosis*, Arch clin Neuropsychol, 23, 189-199.
- Dougall, A.L.; Hymak, K.B.; Hayward, سراسری کیفیت زندگی، دانشگاه تربیت مدرس.
- نصیری، حبیب‌الله؛ هاشمی، لادن؛ حسینی، سیده مریم (۱۳۸۵)، *بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت*، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ۳۶۵-۳۶۸.
- نهایی، پیام (۱۳۷۸)، *بررسی فراوانی اختلال خواب در مبتلایان به ام اس در درمانگاه نورولوژی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) طی سال ۱۳۸۵*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- هاریسون (۲۰۰۵)، *اعصاب هاریسون ۲۰۰۵*، ترجمه سید مصطفی میدی (۱۳۸۴)، چراغ دانش با همکاری شبم دانش، تهران.
- Aarnoson, N.K. (1988), *Quality of life: what is it? How should it be measured?* Oncology, 2, 69-76.
- Al- Akour, N.O.; Khader, Y.S. & Shatnawi, N.J. (2010), *Quality of life of life and associated factors among Jourdanian adolescents with type diadetes me llitus*, Journal of diabetes and Its complications 24, 43-47.
- Albert, U.; mania, G.; Bogetto, F.; Chiorle, A.; Matain-Cols, D. (2010), *Clinical predictors of health-related quality of life psychiatry*, 51: 193-200.
- Bandura, A.; Adams, N.E. (2002), *Analysis of self-efficacy theory in behavior change*, Cognitive theory ther & res. 23(1): 287-310.
- Bandura, A.; Baarbaranelli, C.V. & Postorelli, C. (1999), *Self- efficacy pathways to childhood depression*, Journal of Personality and Social

- M.C.; Mc Feeley, S. & Baum, A. (2001), *Optimism and traumatic stress: the importance of stress and coping*, Journal of Applied social Psychology, 31: 223-245.
- Dubey B.L.; Dwivedi P.; Verma, S.K. (1988), *Costruction and standardization of a quality of life scale for use with industrial workers in India*, Creative psychologist; 7(4): 75: 380.
- Edger, K.A.; Psychol, D. & Skinner, T.C. (2003), *Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type I diabetes*, Journal of Pediatric Psychology, 28, 485-493.
- Feinstein, A. (2004), *The Neuropsychiatry of multiple sclerosis, can psychiatry*, 40 (3): 157-163.
- Issacson, B. (2002), *Characteristics and enhancement of resiliency in young people, A Research paper for master of science degree with major in guidance and counseling*, University of Wisconsin-stout.
- Itersum, M.W.V.; Wilgen, C.P.V.; Hilberdink, W.K.H.A. & Groother, J.W. (2009), *Illness perception in patients with fibromyalgia*, Patient Education and Counseling, 74, 53-60.
- Norberg, M.M.; Calanari, J. E.; Cohen, R.J. & Riemann, B.C. (2009), *Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment*, Depression and Anxiety, 25: 248-259.
- Scheier, M.F. & Corver, C.S. (2002), *Optimism pessimism, and psychological well-being. In E. C. change (Ed.), optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*, Washington, DC: American psychological Associatio. (189-216).
- Sharpe, L. & Curran, L. (2006), *Understanding the process of adjustment to illness*, Social Science and Medicint, 62, 1153-1166.
- Waller, M.A. (2001), *Resilience in ecosystematic contest Evolution of the child*, American Journal of Orthopsychiatry, 71:119-144.
- William, D.S.; Killgore, E.T.; Kahn-Greene, E.L.; Lipizzi, R. A.; Newman, G.H. & Kamimori, T.J. (2008), *Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills*, Sleep Medicine, 9: 517-526.
- Yali, A.M. & Lobel, M. (2002), *Stress-resistance resources and coping in pregnancy*, Anxiety, stress, Coping,(289-309).

