نشریه علمی روانشناسی سلامت
سال یازدهم، شماره دوم (پیاپی ۴۲)، تابستان ۱۴۰۱، (۱۴۸-۱۳۱)

Quarterly Journal of Health Psychology
Vol. 11, No. 2, (Series 42), Summer 2022
doi: 10.30473/HPJ.2022.59523.5255

نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در پیوند بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری در بیماران اماس

لیلا راضی[۱]، *داریوش جلالی[۲]

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی‌شهر، خمینی‌شهر، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۲۲ ـ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۴)

The Mediating Role of Coping Strategies in Linking Personality Traits and Family Functioning with Disease Perception in MS Patients

Leila Razi [1], *Daruosh Jalali[2]

1. M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khomeinishahr Branch, Khomeinishahr, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekoord branch, Shahrekoord, Iran.

Original Article

(Received: Jun. 12, 2021 - Accepted: Jun. 14, 2022)

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ادراک از بیماری که نقش مهمی در فرایند درمان و پیروی از دستورات بهداشتی دارد تحت تاثیر عوامل مختلف روانشناختی است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری در بیماران مولتیپل اسکلروزیس (اماس) بود. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی با طرح همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر و جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به اماس مراجعه‌کننده به مطب‌های متخصصان مغز و اعصاب و همچنین بیمارستان کاشانی شهر شهرکرد در سال ۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها تعداد ۲۵۰ نفر، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده شامل پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران، پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو، مقیاس عملکرد خانواده بیشاپ و بالدوین و پرسشنامه راهبردهای مقابله لازاروس و فولکمن بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و Amos-19 و به روش تحلیل مسیر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد مدل پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین روانرنجورخویی، وجدان‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌گرایی، برون‌گرایی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری نقش میانجی دارد. **نتیجه‌گیری:** عملکرد خانواده و ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند با تاثیرات مثبت بر اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای موثر، ادراک بهتری از بیماری را برای فرد به دنبال داشته باشند.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، مولتیپل اسکلروزیس ، راهبردهای مقابله‌ای، عملکرد خانواده، ویژگی‌های شخصیتی.

Abstract

Objective: Disease perception, which plays an important role in the treatment process and following health instructions, is influenced by various psychological factors.. The aim of this study was to investigate the mediating role of coping strategies in the relationship between personality traits and family functioning with perception of the disease in multiple sclerosis (MS) patients. **Method:** The method of this study was descriptive with a correlational design based on path analysis and statistical population of all patients with with multiple sclerosis disease referred to the offices of neurologists and Kashani Hospital in Shahrekord in ۲۰۲۰, from which 250 people were selected by purposive sampling method. Data collection tools included Bradbent et al.'s Awareness Questionnaire, Neo Personality Traits Questionnaire, Bishop and Baldwin Family Performance Scale, and Lazarus and Folkman Coping Strategies Questionnaire. Data were analyzed using SPSS-24 and Amos-19 software and path analysis. **Findings:** The results showed that the research model has a good fit. The results also showed that coping strategies in the relationship between neuroticism, conscientiousness, agreement, Openness, extroversion and family functioning play a mediating role in the perception of the disease. **Conclusion:** Family performance and personality traits can lead to a better perception of the disease for the individual with positive effects on the adoption of effective coping strategies.

Keywords: Disease Perception, Multiple Sclerosis, Coping Strategies, Family Function, Personality Traits.

*نویسنده مسئول: داریوش جلالی

*Corresponding Author: Daruosh Jalali

Email: daruosh_jalali@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس[1] یک بیماری ناتوان‌کننده و مزمن پیش‌رونده سیستم اعصاب مرکزی است (محمد، حاتمی و نیکنام، ۱۴۰۰) که پیامد آن فلج شدن و ناتوانی در بخش عضلانی بدن است (پارکر، توپکو، دی بوس، داس نایر[2]، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان داده است که شیوع این بیماری به‌سرعت در حال پیشرفت است (ملکان، صفری‌نیا، ثابت و صداقت، ۱۴۰۰) و حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان با این بیماری درگیر هستند (حسینی‌نژاد، سعادت، بخشی‌پور و نصیری، ۱۴۰۰). برآوردهای همه‌گیرشناسی در ایران نیز نشان می‌دهد که حدود ۳۰ تا ۵۰ هزار نفر مبتلا در کشور وجود دارد (نصیری، معروفی، صحرائیان و اسکندریه، ۲۰۲۱). این بیماری به سبب ماهیت مزمن و پیش‌رونده آن، مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، استرس و افسردگی (تائویی، روچا–لیم، فراری، داسلیوا، ماچادو[3] و همکاران، ۲۰۲۱) ایجاد می‌نماید و حتی منجر به خودکشی در فرد مبتلا می‌شود (فینستین و پاویسیون[4]، ۲۰۱۷). بر این اساس توجه به درمان، بازتوانی و کاهش پیامدهای این بیماری اهمیت بسیار زیادی دارد.

یکی از عوامل مؤثر در به دست آوردن پاسخ‌های کارآمد و مطلوب درمانی در بیماران، درگیر کردن و خودمدیریتی بیمار در فرایند درمان است که ادراک از بیماری[5] در این زمینه نقش به‌سزایی دارد (ویلسکی، کوکور، برولا و تاسیمسکی[6]، ۲۰۲۰). ادراک بیماری به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیماری‌شان دارند. این باورها می‌تواند بر درمان بیماری (ویلسکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ویلسکی، کوکور، گورنی، کوپر، نادولسکا[7] و همکاران، ۲۰۱۹) و نیز پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری مؤثر باشد (باسی، سیلیا، فالاتانو، گروبریو، نیکولائی[8] و همکاران، ۲۰۲۰). درک از بیماری مفهومی چندبعدی بوده و شامل درک علت بیماری، مدت زمان تداوم بیماری، ماهیت، قابل‌کنترل بودن و پیامدهای بیماری است که چشم‌اندازی را از بیماری فرد ایجاد می‌کند (باسی، فالاتانو، کلیا، گورتی، گروبریو[9] و همکاران، ۲۰۱۹). ابیوی، جوسف، لیو، پالومیکیو، تارلو[10] و همکاران (۲۰۱۷) بر این باورند که عدم درک درست بیماری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، به‌صورت چشمگیر کنترل و مدیریت بیماری را متأثر می‌سازد و سبب کاهش بهبود عملکرد اجتماعی و روانی می‌شود؛ بنابراین لازم است عواملی که می‌تواند ادراک از بیماری را متأثر سازد به‌خوبی شناسایی گردند.

ویژگی‌های شخصیتی از جمله عواملی هستند که می‌تواند در ادراک فرد از بیماری مؤثر باشد (باقریان، احمدزاده و آبادچی، ۱۳۹۷)؛ چراکه این ویژگی‌ها یکی از عوامل خطر مهم در ایجاد

1. Multiple sclerosis
2. Parker, Topcu, De Boos, Das Nair
3 . Tauil, Rocha-Lim, Ferrari, Silva, Macha
4. Feinstein & Pavisian
5. Illness perception
6. Wilski, Kocur, Brola, Tasiemski
7. Gorny, Koper, Nadolska
8. Bassi, Cilia, Falautano, Grobberio, Niccolai
9. Bassi , Falautano , Cilia , Goretti , Grobberio
10. Obiwuru , Joseph , Liu , Palomeque , Tarlow

بیماری مزمن و نیز پیامدهای ناشی از آن هستند (قربانیان، منیرپور، مدرس، ۲۰۱۹). یکی از مقبول‌ترین نظریه‌های در زمینه شخصیت الگوی پنج عاملی شخصیت[1] است که توسط کاستا و مک‌کری[2] (۱۹۹۲) مطرح گردید. بر اساس این نظریه، ابعاد پنج‌گانه شخصیت روانرنجورخویی[3]، برون‌گرایی[4]، وجدان‌گرایی[5]، توافق‌پذیری[6]، تجربه‌گرایی[7] می‌باشد. کتانی، محمدی، داوود و شاهمرادی(۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که بیماران ام اس نمرات بالاتری در روانرنجورخویی و نمرات پایین‌تری در برون‌گرایی و وجدان‌گرایی به‌دست می‌آوردند. همچنین سایر مطالعات نشان داده است روانرنجورخویی با ادراک از بیماری رابطه منفی دارد (باقریان و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش پارسی‌نیا (۱۳۹۶) نیز نشان داد که بین ویژگی‌های برونگرایی و توافق‌پذیری و تجربه‌گرایی و وجدان‌گرایی با ادراک از بیماری همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و بین ویژگی روان‌رنجورخویی با ادراک از بیماری همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. در پژوهشی دیگر نیز مشخص شد تیپ شخصیتی D که ویژگی‌های روانرنجورخویی در آن وجود دارد منجر به ادراک از بیماری و رفتارهای بهداشتی ضعیف می‌شود (اون و کانگ[8]، ۲۰۱۸).

در کنار عوامل شخصیتی، عوامل خانوادگی و عملکرد خانواده[9] نیز می‌توانند بر ادراک فرد از بیماری خود اثرگذار باشند (کارا، دمیرتاس و کلیک[10]،۲۰۱۷؛ لیو، یوان، لین، ژو و پان[11]، ۲۰۱۷). کارکردهای خانواده ممکن است متنوع باشند، اما کارکرد اصلی خانواده باید برآوردن نیازهای فردی اعضای خانواده باشد؛ در خانواده‌های دارای بیماران اماس، عملکرد مطلوب خانواده و ایفای نقش حمایت‌گرانه می‌تواند منجر به درک بهتر فرد بیمار از خود و فعالیتش در زندگی شده و کیفیت زندگی وی را افزایش دهد (رفعتی و یوسفی، ۱۳۹۸). از طرف دیگر، عملکرد خانوادگی به اشکال مختلف بر سیر و درمان بیماری فرد اثرگذار است؛ چراکه خانواده به‌عنوان سپر دفاعی در برابر افسردگی و اضطراب و همچنین منبع ارزشمندی برای مراقبت از بیمار عمل می‌کند (هنری، ئتوربان، کاموس، دیچامپس، مایلهان[12]، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش هیون-ای، جی-ون، سی هیون و سونویی[13] (۲۰۱۹) نشان داد که عملکرد خانواده پیش‌بینی کننده معنی‌داری از رفتارهای بهداشتی و ادراک بیماری بود و تأثیر عملکرد خانواده بر رفتارهای بهداشتی از طریق ادراک بیماری است. بدین صورت که عملکرد مثبت خانواد و حمایت ادراک شده از سوی آنان سبب افزایش رفتارهای بهداشتی و پیروی از دستورات درمانی می‌شود و ادراک واقع‌بینانه‌تری از بیماری را به دنبال دارد. کارا و همکاران (۲۰۱۷) نیز به این نتیجه رسیدند که ادراک

1. five-factor personality traits
2. Costa & McCrae
3. Neuroticism
4. Extraversion
5. Conscientiousness
6. Agreeableness
7. Openness
8 Kwon & Kang

9. Family function
10. Kara, Demirtas, Kilic
11. Lu, Yuan, Zhou, Pan
12. Henry, Tourbah, Camus, Deschamps, Mailhan
13. Hyun-E, Jee-Won, Se Hyeon, Sunui

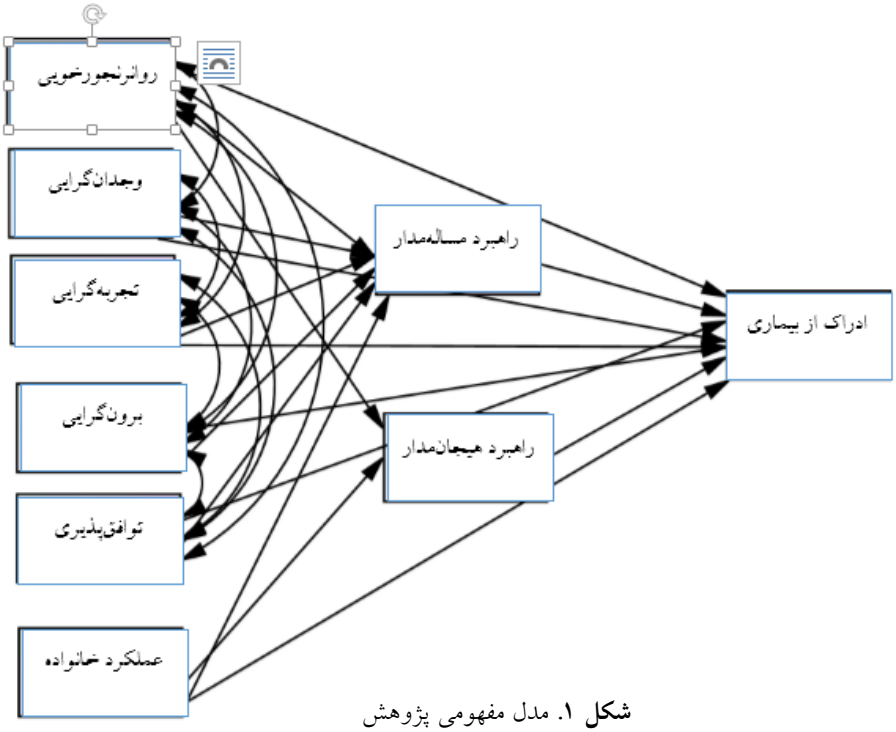
حمایت خانوادگی سبب بهبود باورهای فرد در مورد بیماری‌اش می‌شود.

بااین‌حال متغیرهای شخصیتی و خانوادگی به دلیل تأثیرات گسترده، نه‌فقط به‌صورت مستقیم بلکه با اثرگذاری بر سایر عوامل روان‌شناختی نیز می‌توانند بر ادراک از بیماری اثرگذار باشند. یکی از این عوامل تفاوت فردی در درک و تفسیر عوامل استرس‌زا است؛ در همین راستا، مطالعات رفتارشناسی بیماران، نشان داده است که افراد به یک اندازه تحت تأثیر علائم بیماری قرار نمی‌گیرند و در زمینه ادراک استرس با یکدیگر تفاوت زیادی دارند؛ چراکه این افراد عوامل استرس‌زا را به شیوه‌های مختلفی درک و تفسیر می‌کنند (چنگ، یانگ، ایندر، چان و فان[1]، ۲۰۲۰). شیوه‌های مختلف درک و تفسیر یا راهبردهای مقابله با استرس[2]، تلاش‌های متمایز و متغیر شناختی، رفتاری، عاطفی برای مدیریت تهدید سلامتی است (جباریان، کورفاگ، سرو، دلدن، دلینز[3] و همکاران، ۲۰۲۰). فولکمن و لازاروس[4] (۱۹۸۴) راهبردهای مقابله را به‌صورت بیرونی (مساله مدار[5]) و درونی (هیجان‌مدار[6]) تعریف کرده‌اند. این راهبردها متأثر از ویژگی‌های شخصیتی هستند؛ به‌طوری‌که مطالعات نشان داده‌اند ویژگی وجدان‌گرایی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و گشودگی منجر به تلاش در جهت مدیریت استرس و تغییر مساله استرس‌زا می‌شود؛ در حالیکه افراد روانرنجورخو چنین ویژگی را ندارند (ماتسون، جامیز، انگداهل[7]، ۲۰۱۸؛ پریری–مورالس، آدان، لوپز–لئون، فوررو[8]، ۲۰۱۸). از طرفی نیز این راهبردها بر ادراک فرد از بیماری خود اثرگذار هستند؛ بدین صورت که افرادی که ادراک بیماری مطلوب‌تری دارند از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری استفاده می‌کنند؛ درحالی‌که راهبرد اجتنابی منجر به ادراک ضعیف از بیماری می‌شود که در نهایت بروز افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد (وودهوس، هبارد و نولز[9]، ۲۰۱۸؛ نولس، کاستل، بیسکان، سالزبرگ، اوفلاهری[10] و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌های پژوهش باقریان و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد برون‌گرایی از طریق سبک‌های مقابله‌ای با ادراک از بیماری ارتباط دارد. باسی و همکاران (۲۰۱۹) نیز به این نتیجه رسیدند که راهبردهای اجتنابی و حمایت اجتماعی از طریق تأثیر بر باورهای مرتبط با بیماری بر سلامت جسمانی مؤثر بودند. پوستولیکا، لورگا، پتراریو و ازویکائی[11] (۲۰۱۷) نیز نشان دادند که سازگاری خانواده نقش مؤثری در اتخاذ راهبردهای شناختی مؤثر در مقابله با استرس و ادراک بهتر بیماری دارد؛ نتایج پژوهش پریرا–مورالز، آدان، لوپز–لئون، فوررو[12] (۲۰۱۸) نیز نشان داد راهبرد مقابله هیجان‌مدار و درماندگی روان‌شناختی میانجی ارتباط بین تجربه‌گرایی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بود.

آنچه اهمیت پرداختن به ادراک از بیماری و

1 . Chang, Yang, Inder, Chan, Faan
2. Coping strategies
3. Jabbarian, Korfage, Cerv, van Delden, Deliens
4. Folkman, Lazarus
5. Problem based
6. Emotion based
7 . Mattson, James, Engdahl
8 . Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon, Forero
9 . Woodhouse, Hebbard, Knowles
10 . Knowles, Castle, Biscan, Salzberg, OFlaherty
11 . Postolica, Lorga, Petrariu, Azoicai
12 . Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon, Forero

عوامل موثر بر آن را مشخص می‌سازد پیامدهای متعدد ادراک صحیح و مثبت از بیماری است؛ به طوری که مطالعات نشان می‌دهد ادراک صحیح از بیماری بر کیفیت زندگی بالاتر و سلامت روانی بیماران موثر است و کیفیت ضعیف با افسردگی و اضطراب ارتباط دارد (وودهوس و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین ادراک درست از بیماری منجر به افزایش همکاری درمانی و انجام رفتارهای بهداشتی در آنان می‌گردد (سامی، امامی‌پور و رفیعی پور، ۲۰۲۱). بر این اساس می‌توان گفت ادراک از بیماری عاملی مهم در کیفیت زندگی و بهداشت روانی بیماران ام اس است و لذا ضروری است نقش عوامل شخصیتی، روانی و خانوادگی در این زمینه بررسی و مشخص شود. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ دادن به این سؤال است که آیا مدل ادراک بیماری بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، عملکرد خانواده با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اماس از برازش مطلوب برخوردار است؟ لذا فرضیه اصلی پژوهش حاضر عبارت است از اینکه راهبردهای مقابله در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری بیماران اماس نقش میانجی دارد (شکل ۱).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، پژوهشی کاربردی است. نوع روش تحقیق همبستگی است و روش تحلیل به صورت تحلیل مسیر است.

جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اماس مراجعه‌کننده به مطب‌های متخصصیان مغز و اعصاب و همچنین بیمارستان کاشانی شهر

شهرکرد در سال ۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها تعداد ۲۵۰ نفر، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جیمز استیونس[1] (۱۹۹۶) در تعیین حجم نمونه در روش الگویابی معادلات ساختاری، ۱۵ نفر برای هر متغیر اندازه‌گیری را پیشنهاد می‌کند. به اعتقاد گیلفورد[2] (۱۹۶۷) حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۰۰ است (بشلیده، ۱۳۹۸). لذا حجم نمونه ۲۵۰ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود تشخیص بیماری اماس، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سابقه ابتلای سه سال به بالا و تمایل به همکاری بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS-24 و Amos-19 انجام شد.

ابزار

الف) پرسشنامه ادراک از بیماری[3]: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری توسط بردبنت و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه ۸ سؤالی دارد که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است که بر اساس مقیاس ۱۰ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ حداقل نمره ۸ و حداکثر نمره ۸۰ می‌باشد. اون و کانگ (۲۰۱۸) شاخص اعتبار محتوا[4] برای همه گویه‌ها را بیش از ۰/۸۰ به‌دست آوردند، پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد. آقایوسفی و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته را ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش کردند؛ بزازیان و بشارت (۱۳۹۰) نیز ضریب همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه اصلاح شده ادراک از بیماری[5] معادل ۰/۷۱ به دست آوردند(به نقل از ذوقی، آجیل‌چی، یوسفی راد و دهقان منظم، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

ب) پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو[6]: پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو توسط کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه ۶۰ سؤال دارد که بر مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم =۰ تا کاملاً موافقم =۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه ابعاد مختلف شخصیت را به‌صورت جداگانه موردسنجش قرار می‌دهد. حداقل نمره در هر بعد ۰ و حداکثر نمره ۶۰ می‌باشد. کاستا و مک کری (۱۹۸۵) ضرایب اعتبار پرسشنامه را در پژوهش خود بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آوردند. ارزیابی اعتبار درازمدت پرسشنامه نیز ضریب اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را نشان داد. در پژوهش زارع، ملک‌زاده، آقایوسفی، غلامعلی لواسانی (۱۳۹۹) پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای روان‌رنجورخویی ۰/۵۵، برون‌گرایی ۰/۵۱، تجربه‌گرایی ۰/۶۳، توافق‌پذیری، ۰/۴۵ و وجدان‌گرایی ۰/۷۴ به دست آمد. روشنی چسلی و همکاران (۱۳۸۵) به منظور بررسی روایی سازه این پرسشنامه، همبستگی گشتاوری پیرسون بین ۵ عامل و ۹ بعد «سیاهه نشانگان تجدید نظر شده ۹۰ ماده ای[7] را محاسبه کردند که نتایج نشان داد از بین این عوامل تنها رابطه روان آزرده گرایی با ابعاد سیاهه نشانگان تجدید نظر شده رابطه مثبت است و بقیه عوامل یا

1. James Stevens
2 Guilford
3. Illness Perception Questionnaire
4 . content validity index (CVI)
5 . Revised Illness Perception Questionnaire
6 .Neo Personality Traits Inventory
7 . SCL-90-R

رابطه منفی دارند و یا رابطه معناداری ندارند (به نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای ابعاد روان‌رنجورخویی ۰/۶۷، برون‌گرای ۰/۶۴، تجربه‌گرایی ۰/۷۲، توافق‌پذیری، ۰/۶۶ و وجدان‌گرایی ۰/۷۸ به دست آمد.

ج) مقیاس عملکرد خانواده[1]: پرسش‌نامه عملکرد خانواده توسط، بیشاپ و بالدوین (۱۹۸۳) ساخته شده است. این پرسشنامه ۵۳ سؤال دارد که برای سنجیدن عملکرد (کارایی) خانواده تدوین شده است و بر اساس یک مقیاس لیکرتی (۱ الی ۴) پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر عملکرد ناسالم‌تر هست؛ حداقل نمره در این پرسشنامه ۵۳ و حداکثر نمره ۲۱۲ است. کاشن، بوکیو و بیور[2] (۲۰۱۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. در پژوهش احمدی، صابری، پورنقاش و ارجمندنیا (۱۳۹۹) آلفای کررونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و پایایی آزمون بازآزمون آن ۰/۷۹ به‌دست آمد. یوسفی (۱۳۳۹۰) ضرایب روایی همگرا و واگرای این پرسشنامه را با پرسشنامه الگوهای ارتباطی و خرده مقیاس واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران به ترتیب ۰/۴۶ و ۰/۴۱ به دست آورد (به نقل از احمدی، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

د) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای[3]: پرسشنامه راهبردهای مقابله توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) ساخته شد. نمره‌گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت (۰= الی ۳) است. این پرسشنامه دارای ۲ خرده مقیاس اصلی هیجان محور و مساله محور است. حداقل نمره در بعد راهبرد مساله‌مدار ۰ و حداکثر نمره ۱۰۸ و در بعد راهبرد هیجان مدار حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۹۰ بود. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) آلفای کرونباخ این مقیاس را بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین همبستگی متوالی هر مقیاس مقابله در پنج رخداد استرس‌زا محاسبه شد که دامنه آن از ۰/۱۷ تا ۰/۴۷ به دست آمد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن با بررسی بر روی ۷۵۱ زوج بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۹ به دست آمد (به نقل از فیروزکوهی، شریفی، پورشهریار و شکری، ۱۳۹۸). در پژوهش فیروزکوهی و همکاران (۱۳۹۸) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۸ به دست آمد. رضاخانی (۱۳۹۰) روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی با روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس را مورد بررسی قرار داد. نتیجه این تحلیل نشان دادکه هر یک از مولفه‌های پرسشنامه به ترتیب ۵۱، ۴۷ و ۵۲ درصد واریانس سازه مورد مطالعه را تبیین می کند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای راهبرد مساله‌مدار ۰/۷۶ و راهبرد هیجان‌مدار ۰/۷۳ به دست آمد.

روش اجرا

در این پژوهش با مراجعه به مرکز مطب‌های مغز و اعصاب شهر شهرکرد و همچنین بیمارستان کاشانی شهر شهرکرد جامعه هدف مشخص و

1 .Family Function Scale
2 . Cashen, Boccio, &Beaver
3 Coping Strategies Questionnaire

هماهنگی برای اجرای برنامه انجام شد. با غربالگری بیماران مبتلا به اماس، افراد مبتلا مشخص و پرسشنامه‌ها در بین آن‌ها توزیع شد. ملاک‌های ورود تشخیص بیماری اماس، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سابقه ابتلای سه سال به بالا و تمایل به همکاری بود. دامنه زمانی پخش پرسشنامه ها از اواسط مهر تا اوایل دی ماه ۱۳۹۹ بود که در این مدت تعداد ۲۶۲ پرسشنامه توزیع گردید و ۱۲ پرسشنامه به علت ناقص بودن از فرراییند تحلیل حذف شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات به‌صورت گروهی ارائه خواهد شد و نتایج تنها در اختیار محافل علمی قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۲/۸ سال (انحراف استاندار =۷/۰۸) بود. ۶۳ درصد از شرکت‌کنندگان را زنان و ۳۷ درصد را مردان تشکیل دادند. ۲۰ درصد شرکت کنندگاه تحصیلات دیپلم، ۳۸ درصد لیسانس و ۴۲ درصد فوق لیسانس بودند. در جدول ۱ ابتدا شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است و سپس برای بررسی مفروضه‌ی نرمال بودن، شاخص‌های چولگی و کشیدگی و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف گزارش شده است. نتایج آزمون کلموگروف- اسمیرنف معنادار بوده است اما از آنجایی که مقادیر به دست آمده بین |۳+ تا ۳- می‌باشد (بشلیده، ۱۳۹۸)؛ لذا فرضیه نرمال بودن توزیع محقق شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، مقادیر چولگی و کشیدگی و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف

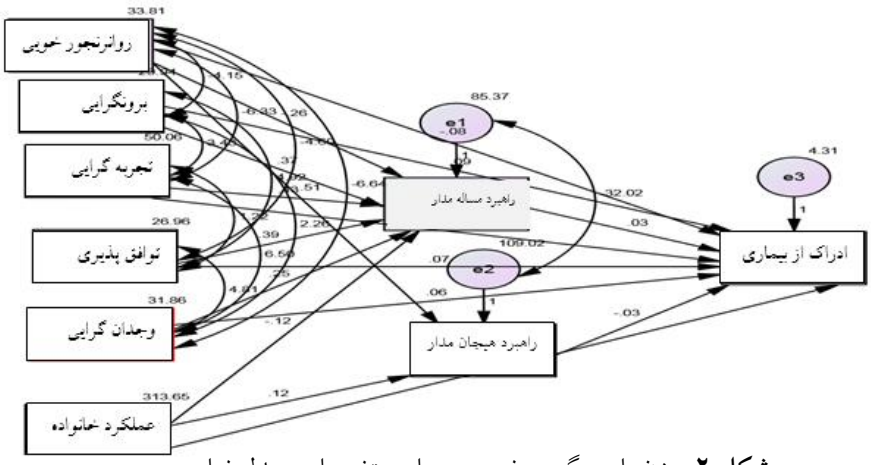
متغیر		میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	کولموگروف-اسمیرنف آماره	کولموگروف-اسمیرنف معناداری
ادراک از بیماری		۴۸/۲۵	۲/۵۸	-۰/۵۳	۰/۱۷	۱/۹۸	۰/۰۰۱
ویژگی‌های شخصیتی	روانرنجورخویی	۲۹/۶۱	۵/۸۲	-۰/۰۶	-۰/۲۲	۱/۶۲	۰/۰۴
	برون‌گرایی	۲۹/۶۳	۵/۴۸	-۰/۳۷	-۰/۰۹	۱/۳۹	۰/۰۴
	گشودگی	۳۶/۱۶	۷/۰۸	۰/۲۰	۰/۹۸	۱/۵۴	۰/۰۲
	توافق پذیری	۳۱/۵۶	۵/۲۰	-۰/۵۲	-۰/۴۵	۱/۲۳	۰/۰۴
	وجدان‌گرایی	۳۲/۷۴	۵/۶۵	۰/۲۹	۰/۱۷	۱/۷۴	۰/۰۰۵
راهبردهای مقابله	مساله مدار	۷/۹۵	۱۱/۳۵	-۰/۰۶	-۰/۲۰	۱/۱۶	۰/۱۳
	هیجان‌مدار	۴۳/۴۶	۱۱/۱۵	۰/۱۷	۰/۹۶	۱/۱۳	۰/۱۴
عملکرد خانواده		۱۰۹/۵۶	۹/۷۴	۰/۷۹	۰/۱۴	۱/۲۷	۰/۱۰

نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین راهبرد مقابله مساله‌مدار و نیز ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری، وجدان‌گرایی با ادراک از بیماری رابطه مثبت و معنادار و بین راهبرد هیجان‌مدار، روان رنجورخویی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ همچنین بین راهبرد مساله‌مدار با برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری، وجدان‌گرایی رابطه مثبت و بین راهبرد مساله‌مدار با روان رنجورخویی و عملکرد خانواده رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. بین راهبرد هیجان‌مدار با گشودگی، توافق‌پذیری و وجدان‌گرایی رابطه منفی وجود دارد و بین راهبرد هیجان مدار با روان رنجورخویی و عملکرد خانواده رابطه مثبت وجود دارد؛ اما بین راهبرد هیجان مدار با برون‌گرایی رابطه معنی‌دار وجود نداشت.

جدول ۲. ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

	ادراک از بیماری	راهبرد مساله مدار	راهبرد هیجان‌مدار	روانرنجورخویی	برون‌گرایی	گشودگی	توافق‌پذیری	وجدان‌گرایی	عملکرد خانواده
ادراک از بیماری	۱								
راهبرد مساله مدار	۰/۴۳**	۱							
راهبرد هیجان مدار	۰/۳۲-**	۰/۴۳-**	۱						
روانرنجورخویی	۰/۳۵-**	۰/۲۷-**	۰/۲۹**	۱					
برون‌گرایی	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۰۹	۰/۱۳-*	۱				
گشودگی	۰/۲۶**	۰/۳۷**	۰/۱۴-*	۰/۱۵-*	۰/۰۸	۱			
توافق پذیری	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۱۳-*	۰/۱۵-*	۰/۱۷	۰/۰۳	۱		
وجدان‌گرایی	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۱۶-*	۰/۲۰-**	۰/۰۷	۰/۱۶*	۰/۱۶*	۱	
عملکرد خانواده	۰/۲۳-	۰/۲۵-**	۰/۲۲**	۰/۱۴*	۰/۰۶-	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۱۶-*	۱

** p<۰/۰۱
* p<۰/۰۵



شکل ۲. وزن‌های رگرسیونی مسیرهای متغیرها در مدل نهایی

در ارزیابی تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار Amos، برازندگی مدل مطلوب نبود؛ لذا مسیرهای توافق پذیری، گشودگی، برون‌گرایی، وجدان‌گرایی به راهبرد مقابله هیجان‌مدار حذف شد و ضرایب مسیر و شاخص‌های برازش مجدداً و به عنوان مدل نهایی تحلیل مسیر محاسبه شدند. شاخص‌های برازش مدل نهایی (CMIN/DF=19/30، NFI=0/96، CFI=0/99، IFI=0/98، GFI=0/99، RMSE=0/06) بود که نشانگر برازندگی مطلوب مدل پژوهش بود. شکل ۲: مدل تحلیل مسیر نهایی و جدول ۳ ضرایب مسیر مستقیم، غیر مستقیم و اثرات کل را نشان می‌دهد.

بر اساس جدول ۳ مسیرهای روانرنجورخویی، توافق‌پذیری، گشودگی، برون‌گرایی، وجدان‌گرایی و عملکرد خانواده به راهبرد مقابله مساله‌مدار معنی‌دار است؛ مسیرهای روانرنجورخویی و عملکرد خانواده به راهبرد مقابله هیجان‌مدار معنی‌دار است؛ اما مسیرهای توافق پذیری، گشودگی، برون‌گرایی، وجدان‌گرایی به راهبرد مقابله هیجان‌مدار معنی‌دار نیست. همچنین مسیرهای روانرنجورخویی، توافق پذیری، گشودگی، برون‌گرایی، وجدان‌گرایی و عملکرد خانواده و نیز راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار به ادراک از بیماری معنی‌دار است.

جدول ۳. برآورد ضرایب اثرات مستقیم

مسیرها	برآورد غیراستاندارد (B)	برآورد استاندارد (β)	خطای معیار (S.E)	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری (p)
رنجورخویی به راهبرد مساله‌مدار	−۰/۲۶۰	−۰/۱۲۴	۰/۱۰۴	−۲/۴۹	۰/۰۱
برون‌گرایی به راهبرد مساله‌مدار	۰/۳۶۵	۰/۱۸۹	۰/۱۰۳	۳/۵۲	۰/۰۰۱
گشودگی به راهبرد مساله‌مدار	۰/۴۲۸	۰/۲۹۲	۰/۰۸۰	۵/۳۵	۰/۰۰۱
توافق پذیری به راهبرد مساله‌مدار	۰/۳۹۱	۰/۲۰۶	۰/۱۱۰	۳/۵۵	۰/۰۰۱
وجدان‌گرایی به راهبرد مساله‌مدار	۰/۲۴۷	۰/۱۴۴	۰/۱۰۲	۲/۴۲۷	۰/۰۱۵
عملکرد خانواده به راهبرد مساله‌مدار	−۰/۱۱۶	−۰/۱۸۰	۰/۰۳۳	۳/۵۰۴	۰/۰۰۱
رنجورخویی به راهبرد هیجان‌مدار	۰/۵۰۹	۰/۲۲۹	۰/۱۱۴	۴/۴۸۲	۰/۰۰۱
عملکرد خانواده به راهبرد هیجان‌مدار	۰/۱۱۱	۰/۱۶۷	۰/۰۳۷	۲/۹۸۳	۰/۰۰۳
رنجورخویی به ادراک از بیماری	−۰/۰۷۹	−۰/۱۸۰	۰/۰۲۴	−۳/۲۳۱	۰/۰۰۱
برون‌گرایی به ادراک از بیماری	۰/۰۹۱	۰/۱۹۵	۰/۰۲۵	۳/۵۹۴	۰/۰۰۱
گشودگی به ادراک از بیماری	۰/۰۴۳	۰/۱۱۹	۰/۰۲۰	۲/۱۴۱	۰/۰۳
توافق پذیری به ادراک از بیماری	۰/۰۶۹	۰/۱۴۰	۰/۰۲۷	۲/۵۶۶	۰/۰۱
وجدان‌گرایی به ادراک از بیماری	۰/۰۵۸	۰/۱۲۸	۰/۰۲۵	۲/۳۵۶	۰/۰۱
عملکرد خانواده به ادراک از بیماری	−۰/۰۱۵	−۰/۱۰۶	۰/۰۰۸	۲/۰۴۱	۰/۰۴
راهبرد مساله‌مدار به ادراک از بیماری	۰/۰۳۱	۰/۱۳۶	۰/۰۱۵	۲/۰۵۹	۰/۰۴
راهبرد هیجان‌مدار به ادراک از بیماری	−۰/۰۲۷	−۰/۱۱۸	۰/۰۱۳	−۲/۰۴	۰/۰۴

بر اساس نتایج جدول ۴ مسیر روانرنجورخویی، وجان‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌گرایی، برون‌گرایی و عملکرد خانواده به ادراک از بیماری از طریق راهبردهای مقابله‌ای معنادار بوده است.

جدول ۴. برآورد ضرایب اثرات غیرمستقیم

مسیرها	حد پایین	حد بالا	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری p
روان‌رنجورخویی به ادراک از بیماری از طریق راهبرد مقابله	-۰/۰۹	۰/۰۲۲	۰/۰۰۹	۰/۰۰۴
وجدان‌گرایی به ادراک از بیماری از طریق راهبرد مقابله	۰/۰۰۳	۰/۰۴۵	۰/۰۰۵	۰/۰۳
توافق‌پذیری به ادراک از بیماری از طریق راهبرد مقابله	۰/۰۰۵	۰/۰۵۴	۰/۰۰۷	۰/۰۳۱
تجربه‌گرایی به ادراک از بیماری از طریق راهبرد مقابله	۰/۰۰۸	۰/۰۷۶	۰/۰۰۷	۰/۰۳۶
برون‌گرایی به ادراک از بیماری از طریق راهبرد مقابله	۰/۰۰۵	۰/۰۵۵	۰/۰۰۷	۰/۰۲۲۸
عملکرد خانواده به ادراک از بیماری از طریق راهبرد مقابله	-۰/۰۸	-۰/۰۲۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی برازندگی مدل ادراک بیماری بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، عملکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اماس بود. نتایج پژوهش نشان داد مدل ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری با میانجی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اماس از برازندگی مطلوب برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار با ادراک از بیماری رابطه مثبت و راهبرد هیجان مدار با ادراک از بیماری رابطه منفی دارد. این پژوهش همسو با یافته‌های باسی و همکاران (۲۰۱۹)؛ وودهوس و همکاران (۲۰۱۸)؛ نولس و همکاران (۲۰۱۶) و باقریان و همکاران (۱۳۹۷) بود.

پژوهشگران بر این باور هستند علاوه بر ویژگی‌های محرک تنش‌زا؛ ارزیابی شناختی فرد نیز (هشیار یا ناهشیار) در سطوح استرسی که وی در جریان زندگی روزمره تجربه می‌نماید دارای اهمیت است. اگر ارزیابی شناختی فرد به‌گونه‌ای باشد که آن را غیرقابل‌کنترل، شدید و پایدار بداند بیشتر رفتار اجتنابی را برای خود برمی‌گزینند. در مقابل ادراک فرد از کنترل‌پذیری رویداد پرتنش رفتارهای سازنده‌تری را برای آنان به دنبال دارد. بر این اساس بیمارانی که باور دارند بر بیماری خودکنترل و تسلط دارند به میزان بیشتری از منابع بهداشتی آنلاین برای بهبود درک خود از بیماری استفاده می‌کنند و این مساله درک آنان را از بیماری خود بهبود می‌بخشد (وودهوس و همکاران، ۲۰۱۸). از طرف دیگر، مقابله مؤثر

مستلزم ارزیابی واقع‌بینانه و درست از عامل استرس و منابع موجود می‌باشد. البته، روش مقابله‌ای مسأله‌مدار، صرفاً متوجه عامل استرس نیست. غالباً این روش مستلزم عملی است که فرد بتواند آن را به‌خوبی به انجام برساند (پوستکولیکا و همکاران، ۲۰۱۷). بیمارانی که در مواجهه با بیماری خود، به دنبال آن هستند که بر بیماری خود مسلط باشند و آن را به‌عنوان بخشی از زندگی در نظر بگیرند و پیامدهای آن را کاهش دهند، می‌توانند در مورد بیماری خود به شیوه معقول‌تری بیندیشند؛ در مقابل افرادی که استرس را غیرقابل‌کنترل و منابع موجود برای مقابله با آن را بسیار اندک ارزیابی می‌کنند، به‌احتمال بیشتر درگیر اجتناب، دوری گزیدن و یا واکنش‌های خصمانه و پرخاشگرانه خواهند شد. درنتیجه، چنین حالات شناختی و هیجانی مانع بزرگی در درک درست ماهیت بیماری، علت، پیامد و روند درمانی آن خواهد بود. از طرف دیگر، افزایش اطلاعات از بیماری، ضمن ایجاد دیدگاهی روشن در مورد علت، روند و پیش آگهی بیماری، سبب می‌شود فرد دیدگاهی علمی در مورد آن داشته و کمتر آن را شانس، تقدیر و... نسبت دهد و خود را قربانی تقدیر نداند و همکاری درمانی بهتری داشته باشد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد ویژگی‌های شخصیت روانرنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق پذیری و وجدان‌گرایی با ادراک از بیماری رابطه مستقیم دارند. این نتایج همسو با یافته‌های باقریان و همکاران (۱۳۹۷)؛ پارسی‌نیا (۱۳۹۶) و اون و کانگ (۲۰۱۸) است. همچنین ویژگی‌های شخصیتی روانرنجورخویی، توافق پذیری، گشودگی، برون‌گرایی، وجدان‌گرایی با راهبرد مقابله مساله‌مدار و ویژگی روانرنجورخویی با راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه مستقیم دارند. این نتایج همسو با یافته‌های ماتسون و همکاران (۲۰۱۸) است. بررسی روابط غیرمستقیم نیز نشان داد ویژگی‌های روان‌رنجورخویی، وجدان‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌گرایی، برون‌گرایی از طریق راهبردهای مقابله قادر به پیش‌بینی ادراک از بیماری بودند که با یافته باقریان و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت افرادی که روانرنجورخویی بالاتری دارند، به سبب تجربه هیجانات منفی بیشتر نظیر استرس و اضطراب بالاتر، تفکر غیرمنطقی بیشتر، بدبینی و سوءظن بالاتر و سبک‌شناختی معیوب (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲)،)، به‌احتمال بیشتری، باورهای منفی در رابطه با بیماری خواهند داشت و احتمال بیشتری وجود دارد این افراد پیامدها را طولانی‌تر، آینده بیماری را وخیم‌تر و امید به درمان را کمتر قلمداد کنند؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت این افراد ادراک ضعیف‌تری از بیماری خود خواهند داشت که رفتاهای بهداشتی آنان را متاثر ساخته و بر عود و شدت بیماری می‌افزاید و در یک دور معیوب باورهای ضعیف‌تر در زمینه بیماری را تقویت نماید. ضمن اینکه سبک شناختی معیوب سبب سوگیری شناختی شده و آن‌ها را به اتخاذ راهبردهای اجتنابی و ناسازگارانه در برخورد با استرس‌ها سوق می‌دهد. در چنین شرایطی فرد به‌جای کار بر روی مساله خود که همان بیماری

است به‌صورت واکنش‌های هیجانی منفی، تکانش‌گری و پرخاشگری پاسخ می‌دهد. درنتیجه همکاری درمانی کمتری نشان می‌دهد و از سوی دیگر، با سوءظن به منابع اطلاعاتی نگاه خواهد کرد و نسبت به آن‌ها بی‌اعتماد خواهد بود که نتیجه آن ادراک از بیماری ضعیف است (اون و کانگ، ۲۰۱۸). در مقابل افراد برون‌گرا که تمایل بیشتری به تجربه هیجانات مثبت دارند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) خوش‌بینی بیشتری را گسترش می‌دهند و با استفاده از توانایی برقراری ارتباط با دیگران، از منابع اطلاعات غنی‌تری استفاده می‌کنند. درنتیجه باورهایی که این افراد در زمینه بیماری پرورش می‌دهند، به‌احتمال بیشتری خوش‌بینانه خواهد بود. همچنین آن‌ها به‌احتمال بیشتری به جستجوی اطلاعات پیرامون بیماری می‌پردازند و از درمان‌های جدید استقبال بیشتری خواهند کرد که می‌تواند سبب شکل‌گیری باورهای مثبت در زمینه کنترل بیماری باشد. بر این اساس می‌توان گفت ویژگی برون‌گرایی خود استفاده از راهبردهای مساله مدار را به دنبال دارد؛ چرا که تعامل با گروه درمانی، پیروی از دستورات درمانی، نگرش مثبت به درمان‌های جدید را می‌توان نوعی از راهبرد مساله‌مدار قلمداد کرد. افرادی که گشودگی به تجربه بالایی دارند ، می‌توانند بیماری را به عنوان یک چالش و تجربه جدید قلمداد نمایند و باورهای منفی کمتری را در این زمینه پرورش دهند. همچنین این افراد به علت تمرکز بر چالش‌ها و موقعیت‌های هیجانی (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) می‌تواند از راه‌حل‌های مناسب‌تر استفاده کنند که احتمال شکل‌دهی به باورهای منطقی‌تر در زمینه بیماری را در آن‌ها افزایش می‌دهد (پریرا-مورالز و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین به دلیل نگرش مثبتی که این افراد به کسب تجارب دارند، به‌جای فرار و اجتناب از درمان، همکاری درمانی بالاتری نشان خواهند دارد که این مساله می‌تواند سبب بهبود علائم، افزایش آگاهی از روند بیماری و درمان و نیز پیامدهای بلندمدت بیماری در آنان شود (پریرا-مورالز و همکاران، ۲۰۱۸). افراد دارای ویژگی توافق‌پذیری نیز به دلیل اعتماد بیشتری که به اطرافیان دارند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) از منابع درمانی نظیر پزشکان و پرستاران به‌عنوان منابع اطلاعاتی استفاده می‌کنند و با اعتمادی که به آن‌ها دارند می‌توانند باورهای منطقی‌تر در مورد بیماری خود داشته باشند. افراد دارای ویژگی وجدان‌گرایی نیز افراد منطقی هستند که قادر به کنترل واکنش‌های عاطفی آنی و هیجانی خود به مسائل پیرامون هستند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). درنتیجه تفکر منطقی این افراد، باورهایی در زمینه بیماری شکل می‌گیرد که به واقعیت نزدیک‌تر است. به‌علاوه مصمم بودن این افراد سبب می‌شود نسبت به فرایند درمان تعهد بیشتری از خود نشان دهند و پیگیری بیشتری در این زمینه داشته باشند، لذا نگرش‌های منفی و اجتنابی نسبت به بیماری در آن‌ها کمتر رشد خواهد کرد. برنامه‌ریزی که از خصوصیات این ویژگی شخصیتی است می‌تواند نوعی راهبرد حل مساله قلمداد شود؛ چراکه شامل طراحی، نقشه‌پردازی و اقدامات عملی مبتنی بر آن‌ها می‌شود (ماتسون و همکاران، ۲۰۱۸). به نظر

می‌رسد در نتیجه چنین برخوردی ادراک واقع‌بینانه‌تر از بیماری نیز حاصل گردد.

دیگر نتیجه این پژوهش بیانگر ارتباط بین عملکرد خانواده با ادراک از بیماری بود که با نتایج پژوهش هیون-ای و همکاران (۲۰۱۹) و نیز کارا و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. خانواده سالم و کارآمد، سیستمی باز است که اعضای آن از روابط عاطفی گرمی با هم برخوردارند. در این‌گونه خانواده، عشق به‌صورت نامشروط می‌باشد و اعضاء پذیرای یکدیگر هستند. آستانه تحمل خانواده در هنگام کشمکش و استرس، بالاست و به هنگام نیاز، داوطلبانه درصد یاری و خواهان آن می‌باشند (خزاعی و مرادی، ۱۳۹۸). می‌توان چنین استدلال نمود که حمایت عاطفی، اطلاعاتی و مالی که خانواده از فرد بیمار به عمل می‌آورد، فشار و استرس را در فرد کاهش داده و سبب شکل گیری باورهای منطقی‌تری در فرد بیمار در مورد بیماری، پیامد، علت و طول درمان خواهد شد. در نتیجه در برخورد با مشکلات با همفکری بیشتر، راه‌حل‌های مناسب‌تری را اتخاذ خواهند کرد (پوستولیکا و همکاران، ۲۰۱۷). از طرفی نیز، خانواده‌های شاد، موفق و قوی از چندین نظر متعادل و متوازن هستند، آن‌ها می‌دانند که چه موضوعاتی را چگونه مطرح کنند. به‌علاوه در برخورد شناختی یا عاطفی با مسائل نه افراط می‌کنند نه تفریط. به‌منظور حل مشکلات رویاروی خود، مقدار مناسبی از انرژی صرف کرده و طرح‌های واقع‌گرایانه‌ای ارائه می‌کنند (خزاعی و مرادی، ۱۳۹۸). درنتیجه هنگام رویارویی با بیماری یکی از اعضای خانواده تمایل بیشتری دارند که به‌صورت منطقی و نیز حمایت‌کننده با فرد بیمار برخورد کنند که این مساله سبب می‌شود فرد بیمار ادراکات مثبت بیشتری نسبت به بیماری خود داشته باشد. افرادی که بر این باورند هنگام مقابله با استرس منابع کمکی در اختیار دارند، نسبت به استرس، آسیب‌پذیری کمتری دارند تا کسانی که چنین فکر نمی‌کنند (باسی و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، آسیب‌پذیری فرد بر اساس ادراک استرس و منابعی که در دسترس دارد، بستگی دارد. هر کدام از منابع مقابله می‌تواند از میزان آسیب‌زایی عوامل استرس بکاهد.

در مقابل خانواده ناکارآمد قادر به تأمین نیازهای تکاملی، حل مشکلات و تعارض‌های خود نیست و کارکردهایش مختل است؛ بنابراین، چنین خانواده‌هایی که در آستانه فروپاشی هستند، یا فروپاشیده‌اند، در حیطه‌های گوناگون عملکرد درون خانگی مختل است. لذا خانواده مختل، در حل مشکلات با دشواری مواجه است خانواده تعارض را تحمل نمی‌کند و از قبول مشکل یا درخواست کمک خودداری می‌کند. به نظر می‌رسد که مشکلات ادامه می‌یابند یا به شکل‌های دیگر بروز می‌کنند (خزاعی و مرادی، ۱۳۹۸). در چنین شرایط پرتنشی، احتمال حمایت از عضو بیمار و یا ارائه راهکار مناسب وجود ندارد؛ در نتیجه فرد بیمار، نگرش‌ها و باورهای منفی بیشتری در زمینه بیماری و آینده بیماری خود پرورش می‌دهد.

درنهایت می‌توان گفت ویژگی‌های شخصیتی و نیز عملکرد خانواده با تاثیراتی که بر نوع راهبرد

مقابله با استرس بر جای می‌گذارند می‌توانند ادراک از بیماری را در فرد متاثر سازند. در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت؛ ازجمله اینکه روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بودکه تعمیم‌یافته‌ها را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد و لذا پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم پذیری پژوهش‌های بیشتری در این زمینه صورت پذیرد. همچنین طولانی بودن ابزارهای پژوهش می‌توانست بر پاسخگویی بیماران موثر باشد و لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارهای کوتاه‌تر استفاده شود. در نهایت توصیه می‌شود در فرایند درمان بیماران اماس نقش عوامل شخصیتی، خانوادگی و نیز راهبردهای مقابله با استرس در ادراک از بیماری و در نتیجه همکاری درمانی مدنظر قرار گیرد و مداخلات روانشناختی در این زمینه ارائه گردد. لذا توصیه می‌شود در مراکز درمانی بیماران اماس درمان‌هایی با هدف بهبود تعاملات خانوادگی و نیز تقویت راهبردهای مقابله‌ای موثر صورت پذیرد.

سپاسگزاری

از تمامی بیماران مبتلا به اماس که صبورانه پژوهشگر را یاری کرده و با دقت پرسشنامه‌ها را کامل کردند قدردانی می‌شود.

منابع

احمدی، آ.؛ صابری، م.؛ پورنقاش، س. و ارجمندنیا، ع‌ا. (۱۳۹۹). تاثیر عملکرد خانواده بر بزهکاری در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۱(۴)، ۹۵-۱۰۲.

باقریان، ر.؛ احمدزاده، غ‌ح و آبادچی، س. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله ای، متغیرهای شخصیتی و ادراک از بیماری در بیماران سکته قلبی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱۸(۶)، ۵۳-۹۷.

بشلیده، ک. (۱۳۹۷). روش‌های پژوهش و تحلیل آماری و مثال‌های پژوهشی با spss و Amos. اهواز: انتشارات دانشگاه شهید چمران.

پارسی‌نیا، آ. (۱۳۹۶). رابطه ویژگی‌های شخصیت و ادراک از بیماری در بیماران عروق کرونر قلبی. سومین همایش ملی سلامت روان و تندرستی، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.

حسینی‌نژاد، م.؛ سعادت، س؛ بخشی‌پور، ح و نصیری، پ. (۱۴۰۰). شیوع و بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس (اماس) در استان گیلان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹(۱)، ۳۴-۳۹-۴۷.

خزاعی، س و مرادی، ر. (۱۳۹۸). نقش عملکرد خانواده در تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان. تهران: انتشارات آلتین.

ذوقی، ل.؛ آجیل‌چی، ب.؛ یوسفی‌راد، ا و دهقان

منظم، ع‌ا. (۱۳۹۹). رابطه درک بیماری با باورهای وسواسی با میانجی‌گری سلامت عمومی در بیماران مراجعه‌کننده جهت تشخیص کرونا. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۱۶(۵۶)، ۲۱۵-۲۲۸.

زارع، ح.؛ ملک‌زاده، ا.؛ آقایوسفی، ع‌ر و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۹). مدل تبیینی قضاوت اجتماعی: نقش نظریه ذهن با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیت. *مجله علوم شناختی*، ۱۹(۸۵)، ۱۲۱-۱۲۸.

رفعتی، ع.؛ یوسفی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری اماس با افراد سال. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۴ (۳۸)، ۸۳-۱۰۰.

فیروزکوهی، ا.؛ شریفی، م.؛ پورشهریار، ح و شکری، ا. (۱۳۹۸). حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی پس از زایمان با نفس واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای. *مطالعات اجتماعی و روانشناختی زنان*، ۱۷(۳)، ۵۷-۸۶.

محمد، ن.؛ حاتمی، م و نیکنام، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و نظم‌جویی فرآیندی هیجان در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اسکلروز چندگانه. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۷)، ۱۰۹-۱۲۶.

ملکان، م.؛ صفاری نیا، م.؛ ثابت، م و صداقت، م. (۱۴۰۰). نقش رژیم غذایی بر بهزیستی ذهنی با میانجی‌گری سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۱۰(۱)، ۱۶۱-۱۸۸.

هومن، ح‌ع. (۱۳۹۳). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (با اصلاحات). تهران: سمت.

Bassi, M., Cilia, S., Falautano, M., Grobberio, M., Niccolai.C. Et al. (2020). Illness perceptions and psychological adjustment among persons with multiple sclerosis: the mediating role of coping strategies and social support. *Disabil Rehabil*, 42(26), 3780-3792. Doi: 10.1080/ 09638288.2019.1610511.

Cashen, M., Boccio, K., &Beaver, M. (2017). Contents. The Influence of Family Structure on Delinquent Behavior. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 17(1), 88-106.

Chang, C., Yang, C.Y., Inder, K., Chan, S.W.C., Faan. R.N. (2020). Illness perceptions, coping strategies, and quality of life in people with multiple chronic conditions. *Journal of Nursing Scholarship*. Doi: https://doi.org/10.1111/jnu.12540.

Feinstein, A., & Pavisian, B. (2017). Multiple sclerosis and suicide. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(7), 923-927.

Ghorbaninia, F., Monirpour, N., Modarres, M. (2019). Mediating role of illness perception and coping sstrategies among individuals with Inflammatory Bowel Disease. *International Journal of Applied Behavioral Science*, 6(3), 31-42.

Henry, A.,Tourbah, A., Camus,G., Deschamps, R., Mailhan, L. (2019). Anxiety and depression in patients with multiple sclerosis: The mediating effects of perceived social support. *Disorders*, 27, 46-51. https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.09.039.

Hyun-E, Y., Jee-Won, S., Hyeon, K., Sunui, S. (2019). Mediating effect of illness perception on the relationship between family function and health behavior in patients with risk factors for metabolic syndrome. *Journal of East-West Nursing Research*, 25(2), 183-192.

Jabbarian, L.J., Korfage, I.G., Cerv, B., van Delden, J.JM. Deliens, L et al. (2020). Coping strategies of patients with advanced lung or colorectalcancer in six European countries: Insights from the action Study. *Psycho-Oncology*, 29, 347-355.

Katani, A.M., Mohammadi, S., Davoodi, Z., Shahmoradi, S. (2021). Comparing coping styles, personality traits, and resiliency in multiple sclerosis patients. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 23(2), 62-67.

Knowles, S.R., Castle, D.J., Biscan, S.M., Salzberg, M., OFlaherty, M., et al. (2016). Relationships between illness perceptions, coping and psychological morbidity in kidney transplants patients. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(3), 233-238.

Kwon, M., & Kang, J. (2018). Mediating effect of illness perception on the relationship between Type D personality and health behaviors among coronary artery disease patients. Health Psychol Open, Doi: 10.1177/2055102918817228.

Mattson, E., James, L., Engdahl, B. (2018). Personality Factors and Their Impact on PTSD and Post-traumatic Growth is Mediated by Coping Style among OIF/OEF Veteran. *M*ilitary *Medicine*, 183(9-10), 475-480.

Nasiri, M., Maroufi, H., Sahraian, A., Eskandarieh, S. (2021). Prevalence of multiple sclerosis and its risks in Tehran, Iran, in 2019. *Neurol Sci*. https://doi.org/10.1007/s10072-021-05064-x.

Obiwuru, O., Joseph, S., Liu, L., Palomeque, A., Tarlow, L., Langer-Gould, A.M, et al. (2017). Perceptions of multiple sclerosis in Hispanic americans: need for targeted messaging. *International Journal of MS Care*, 19(3), 131-39.

Parker, L.S., Topcu, G., and De Boos, D., Das Nair, R. (2020). The notion of “invisibility” in people’s experiences of the symptoms of multiple sclerosis: a systematic meta-synthesis. *Journal Disability and Rehabilitation*. https://doi.org /10.1080/09638288.2020.1741698.

Pereira-Morales, A.J., Adan, A., Lopez-Leon, S., Forero, D.A. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress. *Annals of General Psychiatry*, 17(25), 1-14.

Postolica, R., Lorga, M., Petrariu, F.D., Azoicai, A. (2017). Cognitive-Behavioral Coping, Illness Perception, and Family Adaptability in Oncological Patients with a Family History of Cancer. *Hindawi BioMed Research International*. DOI: 10.1155/2017/8104397.

Sami, P., Emamipoor, S., Rafiepoor, A. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment

Therapy (ACT) on Disease Perception and Adherence to Treatment AmongPatients with Multiple Sclerosis.

Tauil, C.B., Rocha-Lim, A.D., Ferrari, B.B., Silva, F.M., Macha, L.A. et al. (2021). Depression and anxiety disorders in patients with multiple sclerosis: association with neurodegeneration and neurofilaments. *Braz J Biol Res*, 15(54). doi: 10.1590/1414-431X202010428.

Wilski, M., Kocur, P., Brola, W., Tasiemski, T. (2020). Psychological factors associated with self-management in multiple sclerosis. Acta Neurologica, https://doi.org/10.1111/ane.13236.

Wilski, M., Kocur, P., Gorny, M., Koper, M., Nadolska, A. et al. (2019). perception of multiple sclerosis impact and treatment efficacy beliefs: mediating effect of patient's illness and selfappraisals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(3), 437-444.

Woodhouse, S., Hebbard, G., Knowles, R.S. (2018). Exploring symptom severity, illness perceptions, coping styles, and well-being in gastroparesis patients using the common sense model. *Digestive Diseases and Sciences*, 63, 958–965.