

نقش ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS)

اکبر عطا‌دخت^۱، جواد هاشمی^۲، یاسر حبیبی^۳، وحید فلاحی^۴، فریده رحیمی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۰/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) به‌عنوان یک بیماری مزمن به دلایلی همچون بروز ناگهانی و نداشتن پیش‌آگهی خوب باعث بروز استرس، اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روحی و روانی می‌شود. لذا پژوهش حاضر باهدف شناسایی نقش ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی آشفتگی روان‌شناختی بیماران MS انجام گردید.

روش کار: روش مورد استفاده توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به MS بودند که جهت اخذ خدمات درمانی در نیمه اول سال ۱۳۹۳ به بهزیستی شهر اردبیل مراجعه کرده و تشکیل پرونده داده بودند. از این جامعه ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده، پرسشنامه ادراک بیماری و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه بر روی نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد ($p < 0.05$).

یافته‌ها: نتایج نشان داد که همه مؤلفه‌های ادراک بیماری به‌جز مؤلفه‌های برآیند بیماری، کنترل شخصی و انسجام بیماری ارتباطی معنادار با افسردگی، اضطراب و استرس بیماران MS دارد ($p < 0.05$). همچنین افسردگی بیماران MS با مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اضطراب آن‌ها با مؤلفه حمایت خانواده مرتبط بود. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۳۹ درصد واریانس افسردگی، ۳۸ درصد اضطراب و ۳۳ درصد استرس توسط ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین می‌شود ($p < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش از نقش ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی آشفتگی‌های روان‌شناختی در بیماران MS حمایت می‌کند. لذا با توجه به سطوح بالاتر آسیب‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شناسایی عوامل زمینه‌ای و سبب‌ساز در حفظ و ارتقای وضعیت سلامت و بهزیستی روانی در این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: ادراک بیماری، حمایت اجتماعی، افسردگی، اضطراب، استرس، مالتیپل اسکلروزیس

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۰۰، بهمن ۱۳۹۶، صص ۸۷۳-۸۶۳

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۴۵۶۶۵۰۴

Email: Vahid.Fallahi.68@Gmail.Com

مقدمه

همراه است (۱). در حال حاضر بیش از ۱/۳ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند (۲). این بیماری معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بروز می‌کند و زنان ۳ تا ۴ بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند (۳). میزان شیوع بیماری در جمعیت‌های مختلف

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS)^۶ شایع‌ترین علت ناتوانی ناشی از بیماری‌های نورولوژیک است که با کاهش سرعت انتقال پیام عصبی و مشکلات متعدد جسمانی، روانی، اجتماعی و خانوادگی

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۵ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

6. Multiple sclerosis

باور به درمان، در کنترل بیماری مولتیپل اسکلروزیس نقش دارد (۲۰).

از دیگر مؤلفه‌های روانی اجتماعی که می‌تواند سلامت روانی افراد مبتلا به MS را تحت تأثیر قرار دهد، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر دارای قدرت بالقوه‌ی تأثیر بر سلامت روانی است (۲۱). حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، موردعلاقه، عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود که برای هر فردی یک رابطه‌ی امن به وجود می‌آورد (۲۲). وجود حمایت اجتماعی به اطمینان و خودشایستگی‌ها برای آزمودن تجارب جدید می‌افزاید (۲۳) و در رضایت از زندگی افراد^۱ تأثیرگذار می‌باشد (۲۴). همچنین باعث افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد می‌شود (۲۵). نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر این امر اذعان دارند که روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آن‌ها را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند. بنابراین نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت اهمیت دارد (۲۶). در همین راستا پژوهش‌های انجام شده بر روی بیماران MS نشان داده‌اند که ادراک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتمادبه‌نفس را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد (۲۷، ۲۸).

درمجموع پژوهش‌های داخلی و خارجی نشانگر وجود استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران MS بوده و سلامت روان‌شناختی آن‌ها را پایین گزارش کرده‌اند ولی در خصوص ارتباط این اختلالات با ادراک بیماری و حمایت اجتماعی تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده است. بنابراین با توجه به تأثیرات و پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی و هزینه بالای درمان و کنترل MS که می‌تواند با آشفته‌گی روان‌شناختی بیماران تشدید شود و نیز با توجه به خلأ پژوهشی موجود، این مطالعه باهدف شناسایی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و ادراک بیماری در پیش‌بینی آشفته‌گی روان‌شناختی بیماران مبتلا به MS انجام شد.

مواد و روش کار

روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و آشفته‌گی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر ملاک بودند. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن و مرد مبتلا به MS بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۳ جهت اخذ خدمات درمانی به بهزیستی شهر اردبیل

متفاوت است و سالانه ۱/۵ تا ۱۱ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند و این روند همچنان در حال افزایش است (۴). آمار مبتلایان به این بیماری در ایران حدود ۳۰ تا ۵۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود و سالانه ۷ هزار نفر بیمار جدید در کشور به تعداد مبتلایان به MS افزوده می‌شود (۵). این بیماری از یک‌طرف استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در اجتماع را تهدید می‌کند (۶) و از سوی دیگر پیش‌آگهی و دوره‌های غیرقابل‌پیش‌بینی آن، تأثیر بارزی بر سلامت روانی و نیمرخ روان‌شناختی فرد دارد.

شواهد پژوهشی حاکی است که بیماران مبتلا به MS در مقایسه با افراد سالم جامعه از سلامت روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند و اضطراب، افسردگی و استرس زیادی تجربه می‌کنند (۷). استرس به‌عنوان یک پدیده چندبعدی و چندعلتی هم می‌تواند به‌عنوان عارضه‌ای از بیماری MS و هم عاملی در تشدید و یا عود علائم ناشی از بیماری باشد (۸) و حتی بعضی اوقات می‌تواند تهدیدکننده زندگی بیماران باشد (۹). افسردگی و اضطراب نیز از عمده‌ترین اختلالات روانی در افراد مبتلا به MS هستند. پیشینه تجربی نیز به میزان بالای استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران اشاره دارد و آن‌ها را شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیماران MS نسبت به جمعیت عادی می‌دانند (۱۰-۱۳).

علت دقیق میزان بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران ناشناخته است و ترکیبی از عوامل روانی، اجتماعی، عصب‌شناختی و مرتبط با بیماری احتمالاً دخیل هستند (۱۴). عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌توانند نیمرخ روان‌شناختی افراد مبتلا به MS را تحت تأثیر خود قرار دهند. یکی از این موارد که برای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران MS اهمیت زیادی دارد، سازگاری با شرایط پیش‌آمده می‌باشد. به نظر می‌رسد که یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی مؤثر در سازگاری بیماری MS، ادراک بیماری باشد. ادراک بیماری به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیماری-شان دارند که این تصویر و نگرش بر روی تطابق آن‌ها با بیماری و در نتیجه افسردگی، اضطراب و وضعیت روان‌شناختی آن‌ها مؤثر است (۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که ادراک بیماری از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های تطابق سطح پایین از جمله بدکارکردی اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی، و عزت‌نفس هستند (۱۶).

همچنین پژوهش‌های انجام گرفته در ارتباط با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به MS نشان داده‌اند که ادراک بیماری بر کیفیت روانی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به MS تأثیر دارد (۱۷، ۱۸، ۱۹). عوامل فردی، مانند ادراک بیماری، خودکارآمدی عمومی، و

حاد/مزمّن ۰/۸۴، انسجام بیماری ۰/۸۶، کنترل شخصی ۰/۷۸، خط زمانی دوره‌ای ۰/۳۸، خصیصه‌های روان‌شناختی ۰/۷۵، عوامل مرتبط با سیستم ایمنی ۰/۷۵، عوامل خطرزا ۰/۲۳ گزارش شده است (۳۲). در پژوهشی بر روی بیماران دچار آرتريت روماتوئید در ایران ضرایب همسانی درونی همه مقیاس‌ها به‌غیر از سیر بیماری (ادواری) بالای ۰/۷۸ به دست آمد (۳۳).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): این مقیاس که به بررسی افسردگی، اضطراب و استرس (واکنش‌های هیجانی) می‌پردازد، برای اولین بار توسط لوی‌باند^۵ و لوی‌باند در سال ۱۹۹۵ ارائه شده و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است (۳۴). کم‌ترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیش‌ترین نمره ۳ است. طبق مطالعه‌ای، پرسش‌نامه‌ی افسردگی و اضطراب یک با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 همبستگی بالایی نشان داده و کرافورد و هنری، آن را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب و یک ابزار مربوط به عاطفه‌ی مثبت و منفی مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که بهترین حالت برای DASS-21 زمانی است که هر سه عامل در آن در نظر گرفته شوند (۳۵). پایایی این مقیاس در ایران در یک نمونه‌ی عمومی در شهر مشهد (۴۰۰) برای افسردگی ۰/۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۶).

گردآوری اطلاعات موردنیاز در این پژوهش به این صورت بود که بعد از کسب مجوزهای لازم ابتدا به بهزیستی اردبیل مراجعه نموده و بعد از انتخاب نمونه آماری اهداف پژوهش به آنان توضیح داده شد. سپس پرسش‌نامه‌ها جهت تکمیل در اختیار آنان قرار داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه خطی بر روی نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۵۷ بیمار مبتلا به MS بودند که ۳۴ خانم و ۲۳ نفر آن‌ها آقا بودند. ۱۱ نفر مجرد و ۴۱ نفر متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها به ترتیب ۳۱/۹۶ و ۱۵/۶۸ بود. توزیع طبقه تحصیلی نیز بدین صورت بود که ۷ نفر بی‌سواد، ۱۷ نفر ابتدایی، ۲۰ نفر دیپلم و ۸ نفر بالاتر از دیپلم بودند. همچنین تعداد ۵ نفر از پاسخ‌دهنده‌ها به سؤالات وضعیت تأهل و تحصیلات پاسخ نداده بودند.

مراجعه کرده و تشکیل پرونده داده بودند. از بین این افراد با رعایت ملاک‌های ورود تعداد ۶۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و بعد از جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی ۳ نفر به دلیل نقص در پاسخ‌دهی از چرخه‌ی تحلیل کنار گذاشته شد. با توجه به اینکه حداقل نمونه برای روش‌های همبستگی ۳۰ نفر می‌باشد (۲۹). در این پژوهش برای افزایش اعتبار بیرونی حجم نمونه ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت‌اند از: داشتن سن بالای ۲۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل سیکل جهت پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و تمایل به شرکت در پژوهش. ابتلا به اختلالات بالینی و یا بیماری مزمن و عدم تمایل به ادامه همکاری. ملاک‌های خروج را تشکیل دادند. و برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده

(MSPSS)^۱: این مقیاس که در سال ۱۹۹۸ توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۲ ساخته شده دارای ۱۲ سؤال ۷ گزینه‌ای است و سه عامل حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت افراد مهم را موردسنجش قرار می‌دهد (۳۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در سال ۱۳۹۰ توسط رجبی و هاشمی‌شیخ‌شبان نشان داده که بین هریک از ماده‌های مقیاس با نمره کل، ۰/۴۶ تا ۰/۷۶ همبستگی وجود دارد و ضریب روایی واگرا بین حمایت اجتماعی ادراک شده در کل و خرده‌مقیاس با بهداشت روانی معنی‌دار است. این مطالعه همچنین نشان داده که ساختار عاملی اکتشافی با روش چرخش واریماکس در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده سه عامل، روی هم ۷۰/۴۸ درصد واریانس را تبیین می‌کند (۳۱).

پرسشنامه ادراک بیماری: فرم اصلاح شده‌ی پرسشنامه

ادراک بیماری (IPQ-R)^۳، که توسط ماسموریس^۴ و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده دارای ۷ خرده‌مقیاس است که عبارت‌اند از: تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی، خط زمانی دوره‌ای و سه بعد از باورهای بیماران درباره علت بیماری، یعنی عوامل مرتبط با خصیصه‌های روان‌شناختی، عوامل مرتبط با سیستم ایمنی و عوامل خطرزا. همه آیتم‌های پرسشنامه IPQ-R بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (قویاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، قویاً مخالف) درجه‌بندی شده‌اند. ضریب پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶، مؤلفه تظاهرات بیماری ۰/۹۳، کنترل درمان ۰/۸۵، برآیند بیماری ۰/۷۸، خط زمانی

۵. Loibound

۱. multidimensional scale of perceived social support

۲. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

۳. Illness Perception Questionnaire-Revised

۴. Moss-Morris

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان مطالعه در متغیرهای ادراک بیماری، آشفته‌گی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی

ادراک‌شده			
متغیرها	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	خط زمانی حاد مزمن	۱۵/۳۱	۳/۰۲
	خط زمانی دوره‌ای	۹/۸۹	۱/۹۸
	برآیند بیماری	۱۴/۵۴	۳/۰۲
	کنترل درمان	۱۳/۳۸	۳/۲۷
	کنترل شخصی	۱۲/۳۳	۲/۸۶
	انسجام بیماری	۱۲/۳۱	۲/۸۶
	تظاهرات هیجانی	۱۴/۱۷	۲/۸۴
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	خانواده	۲۱/۶۴	۱/۲۵
	دوستان	۱۶/۵۲	۶/۸۵
	افراد مهم	۱۹/۰۷	۶/۱۱
آشفته‌گی روان‌شناختی	استرس	۱۱/۵۰	۵/۰۷
	اضطراب	۹/۷۰	۵/۱۹
	افسردگی	۱۰/۶۳	۵/۱۹

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان مطالعه را در متغیرهای ادراک بیماری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و آشفته‌گی روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول (۲): میانگین، انحراف معیار و ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. خط زمانی حاد												
۲. خط زمانی دوره‌ای	۰/۳۶xx											
۳. برآیند بیماری	۰/۳۰xx	۰/۳۷xx										
۴. کنترل درمان	۰/۲۳	۰/۶۰xx	۰/۲۳									
۵. کنترل شخصی	-۰/۰۲	۰/۳۶xx	۰/۳۸xx	۰/۲۰								
۶. انسجام بیماری	۰/۲۴	۰/۳۹xx	۰/۲۰	۰/۴۴xx	۰/۰۶							
۷. تظاهرات هیجانی	۰/۲۷	۰/۴۹xx	۰/۱۷	۰/۵۵xx	۰/۰۴	۰/۴۰xx						
۸. استرس	-۰/۳۱xx	-۰/۴۳xx	-۰/۱۳	-۰/۳۰xx	-۰/۲۶	-۰/۲۴	-۰/۴۰xx					
۹. اضطراب	-۰/۳۱xx	-۰/۵۱xx	-۰/۲۱	-۰/۲۹x	۰/۱۷	-۰/۱۷	-۰/۴۴xx	۰/۷۸xx				
۱۰. افسردگی	-۰/۳۴xx	-۰/۵۱xx	-۰/۰۶	-۰/۳۰xx	۰/۱۴	-۰/۲۴	-۰/۳۶xx	۰/۸۵xx	۰/۷۶			
۱۱. حمایت خانواده	۰/۲۸x	۰/۲۱	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۲۳	-۰/۱۰	-۰/۲۸x	-۰/۲۹x		
۱۲. حمایت دوستان	۰/۲۶	۰/۱۸	-۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۰۲	-۰/۰۴	۰/۰۰۶	-۰/۲۸x	۰/۲۲	
۱۳. حمایت افراد مهم	۰/۱۹	۰/۲۱	-۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۰۶	-۰/۱۷	-۰/۱۷	-۰/۳۰xx	۰/۴۳xx	۰/۶۶xx

معنی‌داری در سطح ۰/۰۱** معنی‌داری در سطح ۰/۰۵*

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب و استرس بیماران MS با مؤلفه‌های خط زمانی حاد، خط زمانی دوره‌ای، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی رابطه منفی دارند ($p < 0.05$). همچنین افسردگی با تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و اضطراب با مؤلفه حمایت خانواده رابطه منفی معنی‌دار نشان دادند ($p < 0.05$).

جدول (۳): نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه افسردگی بیماران MS بر اساس ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیرهای پیش بین	B	SE B	β	t	p	R	R ²	F	Sig of F
مقدار ثابت	۲۹/۸۳	۵/۸۴	-	۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۳۹	۳/۰۵	۰/۰۰۱
خط زمانی حاد مزمن	-۰/۴۰	۰/۲۶	-۰/۲۱	-۱/۵۶	۰/۱۲				
خط زمانی دوره‌ای	-۱/۱۳	۰/۵۰	-۰/۳۸	-۲/۲۴	۰/۰۲				
برآیند بیماری	۰/۴۹	۰/۳۱	۰/۲۱	۱/۵۵	۰/۱۲				
کنترل درمان	-۰/۰۳	۰/۳۰	-۰/۰۲	-۰/۱۱	۰/۹۰				
کنترل شخصی	-۰/۱۲	۰/۲۸	-۰/۰۶	-۰/۴۵	۰/۶۵				
انسجام بیماری	-۰/۰۴	۰/۲۷	-۰/۰۲	-۰/۱۶	۰/۸۷				
تظاهرات هیجانی	-۰/۲۳	۰/۳۱	-۰/۱۱	-۰/۷۳	۰/۴۶				
حمایت خانواده	-۰/۰۰۹	۰/۰۷	-۰/۰۱	-۰/۱۱	۰/۹۱				
حمایت دوستان	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۲۲	۱/۳۰	۰/۲۰				
حمایت افراد مهم	-۰/۳۱	۰/۱۶	-۰/۳۳	-۱/۹۱	۰/۰۶				

جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی افسردگی بیماران MS بر اساس ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده معنی‌دار است ($p = 0.001$) و ۳۹ درصد واریانس افسردگی بیماران MS بر اساس متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. از بین متغیرهای پیش‌بین نیز مؤلفه خط زمانی دوره‌ای قادر به پیش‌بینی معنی‌دار افسردگی بود ($p < 0.05$).

جدول (۴): نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه اضطراب بیماران MS بر اساس ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیرهای پیش بین	B	SE B	β	t	p	R	R ²	F	Sig of F
مقدار ثابت	۲۸/۵۹	۵/۲۷	-	۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۳۸	۲/۸۴	۰/۰۰۱
خط زمانی حاد مزمن	-۰/۲۹	۰/۲۳	-۰/۱۶	-۱/۲۳	۰/۲۲				
خط زمانی دوره‌ای	-۰/۹۷	۰/۴۵	-۰/۳۷	-۲/۱۵	۰/۰۳				
برآیند بیماری	۰/۰۳	۰/۲۸	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۸۹				
کنترل درمان	۰/۰۴	۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۸۶				
کنترل شخصی	-۰/۰۴	۰/۲۵	-۰/۰۲	-۰/۱۶	۰/۸۷				
انسجام بیماری	۰/۱۵	۰/۲۵	۰/۰۸	۰/۶۳	۰/۵۳				
تظاهرات هیجانی	-۰/۴۷	۰/۲۸	-۰/۲۵	-۱/۶۷	۰/۱۰				
حمایت خانواده	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۹۹				
حمایت دوستان	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۲۵	۱/۴۶	۰/۱۴				
حمایت افراد مهم	-۰/۱۹	۰/۱۴	-۰/۲۳	-۱/۳۰	۰/۱۹				

جدول ۴ نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی اضطراب بیماران MS بر اساس ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده معنی‌دار است ($p = 0.001$) و ۳۸ درصد واریانس اضطراب بر اساس متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. از بین متغیرهای پیش‌بین نیز مؤلفه خط زمانی دوره‌ای قادر به پیش‌بینی معنی‌دار اضطراب بود ($p < 0.05$).

جدول (۵): نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استرس بیماران MS بر اساس ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده

Sig of F	F	R ²	R	p	t	β	SE B	B	متغیرهای پیش بین
۰/۰۰۱	۲/۲۷	۰/۳۳	۰/۵۷	۰/۰۰۱	۵/۸۴	-	۵/۳۶	۳۱/۳۶	مقدار ثابت
				۰/۰۹	-۱/۷۱	-۰/۲۴	۰/۲۳	-۰/۴۱	خط زمانی حاد مزمن
				۰/۳۷	-۰/۸۸	-۰/۱۶	۰/۴۶	۰/۴۱	خط زمانی دوره‌ای
				۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۱۳	۰/۲۹	۰/۲۷	برآیند بیماری
				۰/۹۹	-۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷	-۰/۰۰۱	کنترل درمان
				۰/۱۱	-۱/۵۹	-۰/۲۳	۰/۲۵	-۰/۴۰	کنترل شخصی
				۰/۷۷	-۰/۲۸	-۰/۰۴	۰/۲۵	-۰/۰۷	انسجام بیماری
				۰/۱۰	-۱/۶۷	-۰/۲۶	۰/۲۸	-۰/۴۷	تظاهرات هیجانی
				۰/۴۹	۰/۶۹	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۴	حمایت خانواده
				۰/۳۴	۰/۹۴	-۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۱۲	حمایت دوستان
				۰/۲۱	-۱/۲۶	-۰/۲۳	۰/۱۴	-۰/۱۸	حمایت افراد مهم

پیش‌بینی می‌کند (۱۷). بهرامی، احمدیان و عشقی (۱۳۹۳) نیز ادراک بیماری را با افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو در ارتباطی معنادار گزارش کرده‌اند (۳۷).

در تبیین این یافته‌ها باید گفت بیمارانی که معتقدند توانایی انجام اقداماتی برای کنترل بیماری، سیر و علائم آن را دارند، درک واضح و روشنی از بیماری خویش داشته و توانایی پذیرش و کنار آمدن با واقعیت را خواهند داشت، لذا این بیماران گرایش کم‌تری به افسردگی، اضطراب و دیگر آشفتگی‌های روان‌شناختی خواهند داشت، می‌توان این توضیحات را در قالب خرده‌مقیاس کنترل درمان از ادارک بیماری قابل تبیین و توجیه دانست. حتی باور بیمار درباره مدت‌زمانی که بیماری ممکن است طول بکشد در قالب خط زمانی حاد، باور بیمار درباره عوامل خطرزای احتمالی و خصیصه‌های روان‌شناختی بیمار در افزایش احتمال و شدت یافتن بیماری را می‌توان با عامل کلی ادراک کنترل و تسلط بالقوه بیمار نسبت به بیماری قابل تبیین دانست. در حقیقت مقابله و مدیریت بیماری مزمن و شدیدی همچون MS، فرآیندی پیچیده و چندبعدی است که به مقتضیات و منابع محیطی نیز وابسته است. به‌طور خلاصه اعتقاد بر این است که داشتن توانایی و منابع در استفاده از مقابله مسئله‌مدار، آثار روان‌شناختی و فیزیولوژیک مشکلات و عوامل استرس روزانه مرتبط با بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد و یکی از این منابع موردنظر ادارک کنترل است (۳۸). در همین راستا باقریان، بهرامی احسان، گیلانی و صانعی نیز در پژوهشی در سال (۱۳۸۸) نشان دادند که کنترل شخصی ادراک‌شده، افسردگی پس از سکت قلبی را به‌طور معکوس و معنادار پیش‌بینی می‌کند (۳۹).

جدول ۵ نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی استرس بیماران MS بر اساس ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنی‌دار است (p=۰/۰۰۱) و ۳۳ درصد واریانس استرس بیماران MS بر اساس متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود.

بحث

بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن همچون MS به دلایلی از جمله بروز ناگهانی، نداشتن پیش‌آگهی مثبت و درمان قطعی و همچنین درگیری فرد در دوره نوجوانی باعث بروز عوارض روان‌شناختی نامطلوب مانند استرس، اضطراب و افسردگی می‌گردد. بنابراین شناسایی عوامل مؤثر در بروز این عوارض می‌تواند گامی مؤثر در جهت مقابله با عوارض این بیماری باشد. در همین راستا پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به MS انجام گرفت. نتایج نشان داد که تمام مؤلفه‌های ادراک بیماری به‌جز برآیند بیماری، کنترل شخصی و انسجام بیماری دارای ارتباطی معنادار با زیرمجموعه‌های آشفتگی‌های روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) در بیماران مبتلا به MS می‌باشد. این نتایج همسو با یافته‌های پیشین در این حوزه است که ادراک بیماری را در ارتباطی معنادار با متغیرهای مرتبط با سلامت روان و آشفتگی روان‌شناختی در اختلالاتی بویژه با ریشه‌های روانی و اجتماعی می‌دانند (۱۵، ۱۶). در مطالعه دالچ و همکاران (۲۰۱۱) نیز گزارش گردیده که ادراک شدت نشانه‌ها و پیامدهای بیماری، کنترل پایین شخصی و درمان، و در مجموع باورها و درک منفی از بیماری و انواع نابهنجاری‌های جسمانی و روانی را در ابعاد گسترده‌ای در بیماران مبتلا به MS

مقابلهای مسئلهمدار استفاده می‌کنند و در نتیجه آشنختی کم‌تر و بهزیستی و سلامت بالاتری را گزارش می‌کنند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به وضعیت خاص شناختی و عاطفی بیماران MS اشاره کرد که ممکن است بر کیفیت جمع‌آوری اطلاعات و پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها تأثیرگذار بوده باشد. اثر خستگی و استفاده صرف از مقیاس خودگزارشی نیز می‌تواند از عوامل تهدیدکننده روایی درونی در پژوهش حاضر باشد. درنهایت باید همواره محدودیت نتیجه‌گیری علی را در پژوهش‌های مقطعی در نظر داشت. طراحی و اجرای پژوهش‌هایی با متغیرهای پیش‌بین در دیگر حوزه‌های شخصیت، همچون صفات بنیادین و سازه‌های کلی شخصیت و بررسی ارتباط چندگانه این متغیرها با ابعاد مختلف آشنختی‌های روان‌شناختی در گروه‌های تفکیک شده و وارد ساختن متغیرهای هویتی و دموگرافیک به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در پژوهش‌هایی با اهداف هماهنگ با تحقیق حاضر، می‌تواند از جمله پیشنهادات بنیادین برای محققان این حوزه در پژوهش‌های آتی باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی، اضطراب و استرس بیماران MS ارتباط دارند. لذا با توجه به سطوح بالاتر آسیب‌ها و آشنختی‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، شناسایی عوامل زمینه‌ساز و سبب‌ساز در بروز عوارض روان‌شناختی در جهت حفظ و ارتقای وضعیت سلامت و بهزیستی روانی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس می‌توان به پیامدهای کاربردی و نظری حاصل از پژوهش حاضر اشاره داشت. در سطح کاربردی، بر اساس نتایج این مطالعه، کادر درمانی درگیر با مبتلایان به بیماری MS می‌توانند با ارائه برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای مناسب و برگزاری کارگاه‌های آموزشی مبنی بر افزایش راهبردهای کنارآمدن و حل مسئله به بیماران و خانواده‌هایشان در مورد گزینه‌های درمانی و ماهیت بیماری و همچنین با مشارکت دادن آن‌ها در برنامه‌های ارتقاءدهنده به بهبود وضعیت متغیرهای مرتبط با سلامت روان‌شناختی در بیماران MS کمک کنند. در سطح نظری نیز یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی در حوزه عوامل مؤثر بر ابعاد گوناگون سلامت روانی در انواع بیماری‌ها همچون MS افزوده و همچنین پرسش‌های جدیدی را در چهارچوب پژوهش‌های مرتبط با سازه‌های دخیل در این حوزه مطرح سازد.

همچنین نتایج نشان داد از بین خرده‌مقیاس‌های پیش‌بینی‌کننده تنها خرده‌مقیاس خط زمانی دوره‌ای قادر به پیش‌بینی معنادار آشنختی روان‌شناختی است. در این متغیر باور بیمار درباره چرخشی بودن و بازگشت احتمالی بیماری مورد چالش قرار می‌گیرد و با توجه به تأثیرگذاری مستقیم این بعد بر سطح امیدواری بیمار، این نتایج قابل دفاع خواهد بود. بر اساس نظر اسنایدر، شوری، چپوینس، منپالورز، آدامز و همکاران^۱ (۲۰۰۲) امید به معنای دارا بودن اهداف ارزشمند شخصی و ادراک توانایی برای تعقیب این اهداف است (۴۰) که زمینه را برای افزایش احساس خودارزشمندی و عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در فرد فراهم می‌کند (۳۹). با توجه به این خصوصیات انطباقی و سازگارانه امید، ارتباط منفی و معنادار بازگشت دوره‌ای بیماری و افزایش سطح ناامیدی در بیماران مبتلا به MS با آشنختی‌های روان‌شناختی همچون، اضطراب، استرس و افسردگی قابلیت تبیین را خواهد داشت.

بخش دیگر یافته‌ها به وجود رابطه مثبت معنی‌دار بین تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با افسردگی و مؤلفه حمایت خانواده با اضطراب مربوط می‌شود. تحقیقات پیشین نیز از نتایج پژوهش حاضر مبنی بر همبستگی معکوس و معنادار بین ابعاد آشنختی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به MS و حمایت اجتماعی ادراک شده در این گروه از بیماران حمایت می‌کند (۲۱، ۲۳).

حمایت اجتماعی نیز در سطوح مختلف دوستان، خانواده و افراد مهم دارای کارکردی انطباقی و همچنین همبستگی منفی با آشنختی‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به MS می‌باشد. تحقیقات بسیاری نیز نشان از آن دارند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی، روان‌شناختی و درنهایت بهزیستی روانی هدایت می‌کند. در ارتباط با بیماران MS نیز بهره‌گیری از کارکردهای مؤثر حمایت اجتماعی، سبب افزایش احساس تعلق در بیماران و تطابق بهتر با شرایط سخت و بحرانی همراه با بیماری می‌گردد (۴۲). در همین راستا و در پژوهشی کروکاوکوا و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند، که حمایت اجتماعی ادراک‌شده دارای ارتباطی معکوس و معنادار در بروز و شدت یافتن بیماری MS می‌باشد (۲۵). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که برقراری ارتباط و متعاقب آن حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن را بوجود می‌آورد که در آن احساس صمیمیت و همدلی از ویژگی‌های اصلی به شمار می‌رود. افرادی که از حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان‌فردی کم‌تری برخوردارند، در رویارویی با رخداد‌های فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند، به‌طور مؤثرتری از سبک‌های

¹. Shorey, Cheavens, Mannpulvers & Adams

تشکر و قدردانی

در پایان مؤلفان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم سازمان بهزیستی، کارکنان محترم آن‌ها، و کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل دقیق ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی علاوه بر استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها کنترل گردد.

References:

1. Mahmmodi G, Nasiri E, Azari KN. Evaluating mental (psychological) health in MS patients from Mazandaran Province in 2007. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 2009; 18(68): 70-73. (Persian)
2. Kingwell E, Bajdik C, Phillips N, Zhu F, Oger J, Hashimoto S, et al. Cancer risk in multiple sclerosis: findings from British Columbia Canada. *Brain* 2012; 135(10): 2973-9.
3. Valadbeigi A, Rouhbakhsh N, Mohamadkhani G, Jalaee S, Musiek F, Jalilvand Karimi L. Comparison the duration patterns sequence test (DPST) between multiple sclerosis and normal participants. *J Rehabil Res Dev* 2012; 5(4): 35-41. (Persian)
4. Mohammad K, Rimaz S, Dastoorpour M, Sadegi M, Majdzadeh S. Quality of life and related factors among multiple sclerosis patients. *J Health Syst Res* 2013; 11(4): 1-14. (Persian)
5. Ebrahimi HA, Sedighi B. Prevalence of multiple sclerosis and environmental factors in Kerman province, Iran. *Neurol Asia* 2013; 18(4): 385-9.
6. Bishop M, Shepared L, Stenhoff DM. Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *J Rehabil Res Dev* 2007; 10: 3-12.
7. Beiske AG, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen ED, Aarseth JH, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2008; 15(2): 239-45.
8. Esmaili M, Hosseini F. Multiple Sclerosis and stressful thought habit. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2009; 3(10,11): 25-32. (Persian)
9. Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patient with multiple sclerosis. *Brain Behav Immun* 2006; 20(1): 27-36.
10. Bruce JM, Lynch SHG. Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *J Psychosom Res* 2011; 70(5): 479-85.
11. Papari CA, Cozaru CG, Papar A. Clinical aspects of anxiety and depression in multiple sclerosis. *J Psychiatry* 2010; 25: 360.
12. Dehgani A, Mohammadkhani S, Memarian R. Investigation into the frequency of stress, anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Sci J Alborz Med Sci Univ* 2013; 2(2): 82-8. (Persian)
13. Potagas C, Mitsonis C, Watier L, Dellatolas G, Retziou A, Mitropoulos PA, et al. Influence of anxiety and reported stressful life events on relapses in multiple sclerosis: a prospective study. *International MS*, 2008; 14 (9): 1262-8.
14. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am* [ta], 2007; 30(4): 803-17.
15. Fergusson-White CA. Self-regulation in multiple sclerosis: the role of illness cognitions and coping in adjustment. (Dissertation). Scotland: University of Stirling; 2008.
16. Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue

- syndrome and rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2003; 55(4): 305-8.
17. Dalbeth N, Petrie KJ, House M, Chong J, Leung W, Chegudi R, et al. Illness perceptions in patients with gout and the relationship with progression of musculoskeletal disability. *Arthritis Care Res* 2011 Nov; 63(11): 1605-12.
 18. Shamili F, Zare H, Oraki M. The predicting quality of life based on illness perception in multiple sclerosis patients. *J Urmia Med* 2013; 24(6): 379-92. (Persian)
 19. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, et al. Illness Perception and Well-Being Among Persons with Multiple Sclerosis and Their Caregivers. *J Clin Psychol Med Settings* 2016;23(1):33-52.
 20. Wilski M, Tasiemski T. Illness perception, treatment beliefs, self-esteem, and self-efficacy as correlates of self-management in multiple sclerosis. *J Acta Neurol Scand* 2016 May;133(5):338-45.
 21. Ersoy- Kart M, Guldo O. Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic Hemodialysis patient. *Dial Transplant* 2005; 34(10): 662-7.
 22. Fakhri A, Pakseresht C, Haghdoost MR, Talaiezhadeh AH, Rashidzadeh D. The relationship between social support and depression in breast cancer patients at the teaching hospital of Ahwaz University of Medical Sciences. *Jundishapour Sci Med J* 2012; 11(2): 224-8. (Persian)
 23. Asgari P, Lakalzadeh M. The relationship of job stress and social support with job satisfaction among the staff of National Drilling Company. *New Find Psychol* 2010; 5 (14): 37-52. (Persian)
 24. Van Leeuwen MC, Post WM, Van Asbeck WF, Vander Woude HV, Groot S, Lindeman E. Social support and Life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *J Psychol* 2010; 42(3): 265-71.
 25. Parsaeerad E, Amiraliakbari S, Mashak R. Comparison of insomnia, sleepiness, and social support in depressed and non-depressed pregnant women. *New Find Psychol* 2010; 5(17): 19-34. (Persian)
 26. Ghaedi GH, Yaghoobi H. A study on the relationship between dimensions of perceived social support and aspects of wellbeing in male and female university students. *J Armaghane-danesh* 2008; 13(2): 69-81. (Persian)
 27. Krokavcova M, Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Educ Couns* 2008; 73(1): 159-65.
 28. Yu DSF, Lee FTD, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey. *Res Nurs Health* 2004; 27(2): 135-43.
 29. Delavar A. Theoretical and scientific resources of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd publication; 2006. (Persian)
 30. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1990; 55(3-4): 610-7.
 31. Rajabi Gh, Hashemi SheykhShabani SE. Investigation into the psychometric properties of the multi-dimensional scale of perceived social support. *J Behav Sci* 2011; 5(4): 357-64. (Persian)
 32. Moss-Morris R, Weinman J, Keith J, Linda D. The revised illness perception questionnaire (IPQR). *J Health Psychol* 2002; 17 (1): 1-16.
 33. Masoudnia E. Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms. An

- appraisal of self-regulation model. *J Behav Sci* 2008; 2(3): 271-82.
34. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther* [ta], 1995; 33(3): 335-43.
35. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2003; 42(2): 111-31.
36. Sahebi A, Mirabdollahi E, Salari R. DASS normalization on Mashhad normal people and Ferdowsi Univeristy students. Research proposal on Ferdowsy University; 2001. (Persian)
37. Bahrami L, Ahmadian H, Eshgi GH. The relationship between illness perception and depression and quality of life in patients with Vitiligo referred to Farshchian hospital in Hamadan. *J Skin Beauty* 2014; 5(3): 131-9. (Persian)
38. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promises. *Annu Rev Clin Psychol* 2004; 55: 745-74.
39. Bagherian R, Bahrami Ehsan H, Gilani B, Sanei H. Perceived personal control and depression after heart attack. *J Clin Psychol* 2009; 7(2): 99-105. (Persian)
40. Snyder CR, Shorey HS, Cheavens J, Mannpulvers KM, Adams VH. Hope and academic success in college. *J Educ Psychol* 2002; 94(4): 820-6.
41. Wells M. The effects of gender, age, and anxiety on hope: Differences in the expression of pathways and agency thought. (Dissertation). Texas: Texas A & M University-Commerce; 2005.
42. Jadidmilani M, Ashktorab T, Saeedi A, Alavi JH, Hamid M. Promoting the understanding of MS and its fields in patients participating in Hamtayan support group. *J Health Sci* 2013; 8(1): 24-30. (Persian)

THE ROLE OF ILLNESS PERCEPTION AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN PREDICTING PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Akbar Atadokht¹, Javad Hashemi², Yaser Habibi³, Vahid Fallahi^{*4}, Farideh Rahimi⁵

Received: 22 Sep, 2017; Accepted: 29 Dec, 2017

Abstract

Background & Aims: Multiple Sclerosis as a chronic disease causes stress, anxiety, depression and other mental health problems for reasons such as sudden onset, lack of prognosis and definitive treatment. Therefore, the present study was carried out aimed at the role of illness perception and perceived social support in predicting psychological distress of MS patients.

Materials & Methods: The method used in this research was descriptive-correlation. The statistical population included all of the MS patients who referred to the welfare center of Ardabil to obtain the medical services and formed the file in the first half of 2014. Of this population, 60 individuals were selected as the total available sampling. The multidimensional scale of perceived social support, questionnaire of illness perception and the measures of depression, anxiety and stress (DASS-21) were used to collect data. Also, in order to analyze the data Pearson correlation test and multiple regression were used on the software SPSS -16 ($p < 0.05$).

Results: The results showed that in patients with MS, all components of illness perception except (outcome of disease, personal control and illness integrity) have a significant correlation with (anxiety, stress and depression) ($p < 0.05$). It was also observed a significant relationship among all components of social support and depression and also between the family support component and anxiety. Also, the results of regression analysis showed that 39% of the variance in depression, 38% of anxiety and 33% of the variance in stress is explained by the illness perception and perceived social support ($p < 0.01$).

Conclusion: The results of this research support the role of illness perception and perceived social support in predicting psychological distress in MS patients. So, given the higher levels of psychological injuries and disturbances in patients with multiple sclerosis, identification of causal and underlying factors seems necessary in maintaining and improving the health and psychological well-being in this group of chronic patients.

Key words: illness perception, social support, anxiety, stress, depression, Multiple sclerosis

Address: University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Tel: +989144566504

E-mail: vahid.fallahi.68@gmail.com

¹ Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

² MA in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

³ MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁴ PhD student of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (corresponding Author)

⁵ MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branche, Ardabil, Iran