



ارائه مدل پیش بینی پریشانی روانشناختی بر اساس ذهن آگاهی و ویژگی‌های شخصیتی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به اسکروزیس

سمیه شمسی: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران
حسین ابراهیمی مقدم: استادیار، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده مسئول) hem_psy@yahoo.com
خدیدجه ابوالمعالی الحسینی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

پریشانی روانشناختی،
ذهن آگاهی،
ویژگی‌های شخصیتی،
کیفیت زندگی،
اسکروزیس چندگانه

زمینه و هدف: در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه، بهبود کیفیت زندگی برای افزایش طول عمر اهمیت دارد. لذا هدف از این پژوهش پیش بینی پریشانی روانشناختی بر اساس ذهن آگاهی و ویژگی‌های شخصیتی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه بود.

روش کار: جامعه آماری این مطالعه توصیفی-همبستگی شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر تهران مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود و به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (شیوه آنلاین) ۴۰۰ نفر انتخاب و به پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۳)، پرسشنامه ذهن آگاهی پنج عاملی بائر و همکاران (۲۰۰۶)، پرسشنامه شخصیت زاکرمن-کلمن زاکرمن (۲۰۰۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی نسخه کوتاه (۲۰۰۴) پاسخ دادند. سپس الگوی پیشنهادی از طریق مدل معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مسیرهای مستقیم ذهن آگاهی، اضطراب/ روان‌رنجورخویی، مردم آمیزی، فعالیت و پرخاشگری/ خصومت بر پریشانی روانشناختی معنادار بودند. اما مسیر مستقیم هیجان‌طلبی/ تکانشی بر پریشانی روانشناختی معنادار نبود. همچنین اثرات غیرمستقیم ذهن آگاهی، اضطراب/ روان‌رنجورخویی، هیجان‌طلبی/ تکانشی و پرخاشگری/ خصومت از طریق نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. اما اثرات غیرمستقیم مردم آمیزی و فعالیت از طریق نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر پریشانی روانشناختی معنادار نبود. مدل ساختاری پژوهش برازش مطلوبی داشت. **نتیجه‌گیری:** به طور کلی می‌توان بیان داشت که نتایج این مطالعه گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه می‌باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Shamsy S, Ebrahimi moghadam H, Abolmaali Alhosseini K. Presenting the Model of Structural Equations for Predicting Psychological Distress Based on Mindfulness and Personality Traits with the Mediating Role of Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. Razi J Med Sci. 2023;29(10):10-23.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

Presenting the Model of Structural Equations for Predicting Psychological Distress Based on Mindfulness and Personality Traits with the Mediating Role of Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis

Somayeh Shamsy: PhD Student of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Branch of Roudehen, Roudehen, Iran

Hossin Ebrahimi moghadam: Assistant Professor of Science, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Branch of Roudehen, Roudehen, Iran (* Corresponding author) hem_psy@yahoo.com

Khadijeh Abolmaali Alhosseini: Associate Professor, Department of Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Multiple sclerosis is an inflammatory disease that brings many physical and psychological complications, the chronic nature of which, the lack of definite prognosis and treatment, and the involvement of a person at a young age cause many psychological problems in patients, including psychological distress. Becomes According to the results of research, people with multiple sclerosis suffer from psychological distress due to their disease. So that the severity and catastrophizing of pain along with psychological distress is always considered a significant problem in multiple sclerosis patients. Psychological distress has negative and irreparable effects on physical, mental, and behavioral health, which is very costly for a person and will bring adverse consequences; for this reason, it is necessary to know the factors affecting it. Mindfulness can be one of the important and influential factors in people's psychological distress. Mindfulness is a person's clear awareness of what is happening inside and in interaction with the external environment in successive moments of perception, which can help free people from automatic thoughts, habits, and unhealthy behavior patterns. Mindfulness is paying attention in a special and purposeful way, in the present tense and without judgment and prejudice. Based on the background, if it is possible to deal with unpleasant emotions and symptoms of psychological distress by developing mindfulness skills, it can be expected that weakness in these skills will increase the possibility of a person suffering from psychological distress. Also, the research background has shown that mindfulness can play a role in the relationship between mental health and psychological distress, which indicates that mindfulness can reduce the negative consequences of psychological distress in people. In addition to mindfulness, which plays an important role in psychological distress, Zuckerman's alternative five-factor model personality traits are also a determining and important factor in predicting psychological distress. Human personality can be defined as a dynamic organization within a person consisting of biological-psychological and social systems, which are responsible for regulating and adapting to the changing environment. Clinical findings show that mental pressure caused by daily life events gradually affects the activity of different body systems, including the immune system, and can weaken and disturb patients with multiple sclerosis, and among them, personality traits can have this effect. Adjust or strengthen. On the other hand, people with multiple sclerosis show different reactions to this disease according to their personality traits, which can affect their quality of life. The quality of life is expressed from an objective point of view, while others express it from a subjective point of view. The objective view considers the quality of life as obvious and related to living standards, which include physical health, personal conditions, social relationships, or other social

Keywords

Psychological distress,
Mindfulness,
Personality traits,
Quality of life,
Multiple sclerosis

Received: 05/11/2022

Published: 02/01/2023

and economic factors. On the other hand, the subjective point of view considers the quality of life synonymous with the happiness or satisfaction of the individual and emphasizes cognitive factors in the evaluation of the quality of life. The research that has investigated the relationship of these variables by considering the mediating role of the quality of life-related to health in the form of a research model has been less investigated. Therefore, in this research, the question is answered whether psychological distress is predicted based on mindfulness and personality traits with a mediating role of health-related quality of life in patients with multiple sclerosis.

Methods: The statistical population of this descriptive-correlation study included all patients with multiple sclerosis who were referred to the MS Association of Tehran and were studying in 2020-2021, and 400 people were selected by the available non-random sampling method (online method). And they responded to Kessler et al.'s Psychological Distress Questionnaire (2003), Baer et al.'s Five Factor Mindfulness Questionnaire (2006), Zuckerman-Coleman Zuckerman Personality Questionnaire (2002), and World Health Quality of Life Questionnaire Short Version (2004). Then the proposed model was analyzed through the structural equation model.

Results: The results showed that the direct paths of mindfulness, anxiety/neuroticism, sociability, activity, and aggression/hostility were significant for psychological distress. But the direct path of sensation seeking/impulsivity on psychological distress was not significant.

Also, the indirect effects of mindfulness, anxiety / neuroticism, sensationism / impulsivity, and aggression / hostility through the mediating role of health-related quality of life on psychological distress were significant. However, the indirect effects of socialization and activity through the mediating role of health-related quality of life on psychological distress were not significant. The structural model of the research had a favorable fit.

Conclusion: In general, it can be said that psychological categories are important in patients with multiple sclerosis, and the results of this study are an important step toward knowing the factors affecting psychological distress in patients with multiple sclerosis. One of the limitations of the research was the data collection, and implementation of part of the research questionnaires offline, that is, by creating a link, placing the questionnaires in it, and sharing in virtual social media, which allows the researcher to directly monitor the response of the sample. There were no In using the results, it should be noted that the findings of this research were limited to patients with multiple sclerosis who referred to the MS Association of Tehran, so caution should be used in generalizing the results to other cities due to ethnic and cultural differences. Observed in the generalization of the results. Due to the spread of the coronavirus, the questionnaires were implemented online and the other part was face-to-face, this possibility was only available for multiple sclerosis patients who had access to the questionnaire link or were present in the association at the time of the research. Therefore, many other patients who did not have access to the online link or were not present in the forum at the time of the research did not have a chance to answer the questions of the questionnaires, which was beyond the control of the researcher. It is suggested that in the next research, all questionnaires should be administered in person, observing social distancing, so that the researcher can be a guide for sample people to answer if necessary.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shamsy S, Ebrahimi moghadam H, Abolmaali Alhosseini K. Presenting the Model of Structural Equations for Predicting Psychological Distress Based on Mindfulness and Personality Traits with the Mediating Role of Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Razi J Med Sci.* 2023;29(10):10-23.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

اسکلروزیس چندگانه یک بیماری التهابی است که عوارض جسمانی و روانشناختی متعددی را به همراه دارد که مزمن بودن ماهیت آن، نداشتن پیش آگهی و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی باعث ایجاد مشکلات روانشناختی متعددی در بیماران از جمله پریشانی روانشناختی می‌گردد (۱). بر اساس نتایج یک پژوهش افراد مبتلا به اسکلروزیس چندگانه به واسطه بیماریشان از پریشانی روانشناختی رنج می‌برند (۲). به طوری که شدت و فاجعه انگاری درد همراه با پریشانی روانشناختی همواره مشکلی قابل ملاحظه در بیماران اسکلروزیس چندگانه محسوب می‌شود (۳). پریشانی روانشناختی بر سلامت جسمی، روانی و رفتار اثرات منفی و غیر قابل جبرانی می‌گذارد که برای فرد بسیار پرهزینه است و پیامدهای نامطلوبی را به همراه خواهد داشت؛ به همین دلیل، نیازمند شناخت عوامل موثر بر آن است. یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر پریشانی روانشناختی افراد می‌تواند ذهن آگاهی باشد (۴). ذهن آگاهی، آگاهی روشن شخص نسبت به آنچه که در درون و در تعامل با محیط بیرون در لحظات متوالی ادراک رخ می‌دهد است که می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم کمک نماید. ذهن آگاهی توجه کردن به روشی ویژه و خاص، دارای هدف، در زمان حال و بدون قضاوت و پیش داوری است. بر اساس پیشینه اگر با پرورش مهارت‌های ذهن آگاهی بتوان با هیجانات ناخوشایند و نشانه‌های پریشانی روانشناختی مقابله نمود، می‌توان انتظار داشت ضعف در این مهارت‌ها احتمال ابتلاء فرد را به پریشانی روانشناختی افزایش دهد (۵). همچنین پیشینه پژوهش نشان داده شده است که ذهن آگاهی می‌تواند در رابطه بین سلامت روان و پریشانی روانشناختی نقش داشته باشد که این نشان دهنده آن است که ذهن آگاهی می‌تواند پیامدهای منفی ناشی از پریشانی روانشناختی را در افراد کاهش دهد (۶). افزون بر ذهن آگاهی که نقش مهمی در پریشانی روانشناختی دارد، ویژگی‌های شخصیتی مدل پنج عاملی جایگزین زاگرمین نیز عاملی تعیین کننده و مهم در پیشبینی پریشانی روانشناختی هستند (۷). در خصوص شخصیت نظریه‌ها و رویکردهای متفاوتی

وجود دارد که از جمله جدیدترین آنها که کمتر در پژوهش‌ها به آن پرداخته شده است الگوی پنج عاملی جایگزین زاگرمین-کلمن است. شخصیت انسان را می‌توان به عنوان سازمانی پویا در درون فرد مشتمل از نظام‌های زیستی-روانی و اجتماعی تعریف کرد که وظیفه نظم بخشی و انطباقیابی با محیط در حال تغییر را بر عهده دارد (۸). یافته‌های بالینی نشان می‌دهند که فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی به تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن از جمله سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار داده می‌تواند بیماران مبتلا به اسکلروزیس چندگانه را تضعیف و مختل سازد که در این میان ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند این تأثیر را تعدیل و یا تقویت نماید (۹). بر اساس پیشینه پژوهش، ویژگی‌های شخصیتی نقش تعیین کننده‌ای در پریشانی روانشناختی افراد ایفا می‌کنند، به این گونه که ویژگی‌های ناسازگارانه شخصیتی نقش تسهیل کننده در بروز پریشانی روانشناختی دارد (۱۰). از سوی دیگر افراد مبتلا به بیماری اسکلروزیس چندگانه با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود، واکنش‌های متفاوتی به این بیماری نشان می‌دهند که می‌تواند بر کیفیت زندگی آنها تاثیرگذار باشد (۱۱). کیفیت زندگی را با دیدگاهی عینی، و برخی دیگر آن را با دیدگاهی ذهنی بیان می‌کنند (۱۲). دیدگاه عینی، کیفیت زندگی را به عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی می‌داند که شامل سلامت جسمی، شرایط شخصی، روابط اجتماعی و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی باشند (۱۳). از سوی دیگر دیدگاه ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بیشتر بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تاکید می‌کند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند یک متغیر میانجی مناسب در رابطه بین ذهن آگاهی و ویژگی‌های شخصیتی با پریشانی روانشناختی باشد (۱۴). بنابراین ویژگی‌های شخصیتی، ذهن آگاهی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از لحاظ تئوری و پژوهشی با پریشانی روانشناختی در ارتباط است (۱۵). اما پژوهشی که روابط این متغیرها با در نظر گرفتن نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در قالب یک مدل پژوهشی مورد بررسی قرار داده باشد، کمتر بررسی شده است. لذا در این پژوهش به این سوال

پاسخ داده می‌شود که آیا پریشانی روانشناختی بر اساس ذهن آگاهی و ویژگی‌های شخصیتی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه پیش بینی می‌شود؟

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر تهران در سال زمستان سال ۱۳۹۹ و بهار ۱۴۰۰ بودند که بیماری آنان توسط پزشک متخصص مورد تایید قرار گرفته باشد. بر اساس مدل کلاین (Kline) (۲۰۱۵) و با احتساب احتمال ریزش و در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس (آنلاین) انتخاب شد. رضایت آگاهانه افراد آزمودنی برای شرکت در پژوهش، تشخیص اسکروزیس چندگانه توسط پزشک متخصص و موجود در پرونده بیمار در انجمن، دامنه سن ۲۰ الی ۵۵ سال و گذشتن حداقل شش تا ۱۲ ماه از بیماری فرد بر اساس گزارش خود بیمار از ملاکهای ورود به پژوهش بود. ناقص بودن پاسخنانه افراد نمونه، بیماری‌های شدید روانی و مصرف دارو در یک سال گذشته بر اساس گزارش فرد نمونه و سابقه سوءمصرف مواد و مشروبات الکلی در فرد بیمار از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. ضایع نشدن حقوق افراد نمونه در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آنها، دادن اطمینان به بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه که شرکت آنها در پژوهش فاقد هر ضرر و زیان احتمالی، توضیح به افراد نمونه جهت بی خطر بودن مشارکت آنها در پژوهش، توضیح کامل و مفید برای بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه برای آماده کردن پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آنها و اختیاری بودن پژوهش در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنها از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. ابزار تحقیق در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

- پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (Kessler) و همکاران (۲۰۰۳): این پرسشنامه شامل

۱۰ سوال است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هیچ وقت ۱ نمره تا تمام اوقات ۵ نمره) می‌باشد. در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی با متغیر ملاک (فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب) می‌باشد، تایید می‌شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

- پرسشنامه ذهن آگاهی پنج عاملی بائر (Baer) و همکاران (۲۰۰۶): این پرسشنامه شامل ۳۹ سوال و ۵ مولفه عدم واکنش به تجارب درونی با سوالات ۴، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۳؛ توصیف با سوالات ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۷، ۳۲ و ۳۷؛ مشاهده با سوالات ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱ و ۳۶؛ عمل با آگاهی با سوالات ۵، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۴ و ۳۸؛ عدم قضاوت در مورد تجارب درونی با سوالات ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵ و ۳۹ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری ۵ درجه‌ای (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره) است. سوالات ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۴، ۳۸ و ۳۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

- پرسشنامه زاکرمن-کلمن (Zuckerman-Kuhlman) (۲۰۰۲): این پرسشنامه شامل ۵۰ سوال است که در پژوهش لامعی و همکاران (۱۳۹۳) که پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرده‌اند ۷ سوال آن به دلیل بار عاملی پایین حذف شده‌اند. لذا ۴۳ سوال باقی مانده ۵ خرده مقیاس شامل اضطراب-روانرنجورخویی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ هیجان‌طلبی تکانشی با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹؛ مردم‌آمیزی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷؛ فعالیت با سوالات ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴؛ و پر خاشگری/خسومت با سوالات ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ را اندازه‌گیری می‌کند.

معادلات ساختاری بود. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۴ بود.

یافته‌ها

بر اساس نتایج ۳۰۰ نفر (۷۵ درصد) زن و ۱۰۰ نفر (۲۵ درصد) مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن افراد نمونه به ترتیب ۳۷/۲۲ و ۹/۷۰۸ بود. ۳۸ نفر (۹/۵ درصد) سیکل، ۸۴ نفر (۲۱ درصد) دیپلم، ۴۳ نفر (۱۰/۸ درصد) فوق دیپلم، ۱۶۰ نفر (۴۰ درصد) لیسانس، ۶۹ نفر (۱۷/۳ درصد) فوق لیسانس و ۶ نفر (۱/۵ درصد) دکتری بودند. ۲۲۷ نفر (۵۶/۸ درصد) متاهل، ۱۵۲ نفر (۳۸ درصد) مجرد، ۴ نفر (۱ درصد) فوت همسر) و ۱۷ نفر (۴/۳ درصد) مطلقه بودند. ۷۳ نفر (۱۸/۳ درصد) متاهل، ۲۰۸ نفر (۵۲ درصد) مجرد، ۸۹ نفر (۲/۳ درصد) فوت همسر) و ۳۰ نفر (۷/۵ درصد) مطلقه بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۴۰۰ نفر بودند. همچنین از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف بزرگتر از ۰/۰۵ هستند ($P < ۰/۰۵$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع

نمره‌گذاری در طیف لیکرت دو گزینه‌ای از درست ۱ نمره تا گزینه غلط صفر نمره تعلق می‌گیرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴): این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است ۵ مولفه سلامت جسمی با سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸؛ سلامت روانی با سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶؛ رابطه اجتماعی با سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲؛ سلامت محیط با سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ سلامت عمومی کلی با سوالات ۱ و ۲ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سوالات در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد (از اصلا ۱ نمره تا خیلی زیاد ۵ نمره). سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی عمل شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدلیابی

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	آماره KS	معناداری
پیشانی روانشناختی	۲۴/۴۷	۸/۳۱۴	۰/۸۳۰	۰/۱۵۴
عدم واکنش به تجارب درونی	۲۲/۶۷	۵/۹۰۸	۰/۶۳۳	۰/۲۰۲
توصیف	۲۶/۷۹	۷/۹۹۲	۰/۷۳۰	۰/۲۳۶
مشاهده	۲۸/۴۲	۷/۷۵۲	۰/۷۴۱	۰/۲۶۹
عمل با آگاهی	۲۵/۸۰	۷/۷۶۰	۰/۶۲۱	۰/۱۸۲
عدم قضاوت در مود تجارب درونی	۱۲۵/۷۹	۵/۰۸۷	۰/۷۳۶	۰/۲۰۹
نمره کل ذهن‌آگاهی	۵/۱۵	۲۹/۶۳	۰/۵۵۷	۰/۳۰۲
اضطراب-روان رنجورخویی	۲۰/۴	۳/۰۱۲	۰/۷۱۳	۰/۲۲۱
هیجانطلبی/تکانشی	۴/۶۲	۲/۴۶۴	۰/۶۴۴	۰/۱۱۶
مردم آمیزی	۴/۰۱	۲/۲۹۵	۰/۷۵۲	۰/۱۳۱
فعالیت	۴/۰۹	۱/۸۴۵	۰/۶۰۵	۰/۱۰۸
پرخاشگری/خصوصیت	۲۲/۰۰	۲/۲۹۲	۰/۹۶۷	۰/۱۵۴
سلامت جسمی	۲۴/۳۴	۳/۰۷۵	۰/۹۵۶	۰/۱۷۲
سلامت روانی	۲۴/۳۷	۵/۰۳۴	۰/۹۴۴	۰/۱۹۱
رابطه اجتماعی	۹/۸۳	۲/۳۴۰	۰/۹۱۷	۰/۱۸۴
سلامت محیط	۲۸/۲۶	۵/۴۹۷	۰/۹۲۱	۰/۱۱۳
سلامت عمومی کلی	۶/۶۰	۱/۶۷۶	۰/۹۲۰	۰/۱۶۲
نمره کل کیفیت زندگی	۹۱/۰۵	۱۴/۹۹۱	۰/۷۴۳	۰/۱۲۵

نرمال می‌باشند.

روانشناختی معنادار بود. ضریب مسیر مستقیم اضطراب/روان رنجورخویی ($\beta=0/224$)، مردم آمیزی ($\beta=-0/292$)، فعالیت ($\beta=-0/098$)، پر خاشگری خصومت ($\beta=0/169$) بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. مسیر هیجان طلبی/تکانشی به پریشانی روانشناختی معنادار نبود. ضریب مسیر مستقیم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ($\beta=-0/314$) بر پریشانی روانشناختی معنادار بود.

در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه‌ای غیرمستقیم در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس جدول ۴ چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین ذهن آگاهی، مردم آمیزی و کیفیت زندگی با پریشانی روانشناختی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین اضطراب/روان رنجورخویی، هیجان طلبی/تکانشی و پر خاشگری/خصومت با پریشانی روانشناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید که نتایج ضرایب مستقیم، غیرمستقیم و برازش مدل در ادامه آمده است. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ضریب مسیر مستقیم ذهن آگاهی ($\beta=-0/150$) بر پریشانی

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- پریشانی روانشناختی								
۲- ذهن آگاهی	***-0/594							
۳- اضطراب-روان رنجوری	***0/582	***-0/570						
۴- هیجان طلبی/تکانشی	***0/445	***-0/404	***0/796					
۵- مردم آمیزی	***-0/610	***0/515	***-0/496	***-0/418				
۶- فعالیت	***-0/496	***0/446	***-0/499	***-0/356	***0/640			
۷- پر خاشگری/خصومت	***0/404	***-0/211	***0/233	***0/237	***-0/370	***-0/550		
۸- کیفیت زندگی	***-0/601	***0/526	***-0/413	***-0/264	***0/376	***0/364	***-0/283	۱

** معنادار در سطح 0/01؛ * معنادار در سطح 0/05

جدول ۳- ضریب استاندارد و مستقیم مدل اصلاح شده پژوهش

مسیرهای مستقیم	Beta	S.E	C.R.	معناداری
ذهن آگاهی ← پریشانی روانشناختی	-0/150	0/093	-3/109	0/002
اضطراب-روان رنجورخویی ← پریشانی روانشناختی	0/224	0/114	5/407	0/001
مردم آمیزی ← پریشانی روانشناختی	-0/292	0/159	-6/636	0/001
فعالیت ← پریشانی روانشناختی	-0/098	0/215	-2/050	0/040
پر خاشگری/خصومت ← پریشانی روانشناختی	0/169	0/139	4/393	0/001
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ← پریشانی روانشناختی	-0/314	0/178	-6/986	0/001

جدول ۴- نتایج بوت استروپ ضرایب غیرمستقیم در مدل اصلاح شده پژوهش

مسیرهای غیرمستقیم	سطح اطمینان 0/95		مقدار احتمال
	حد پایین	حد بالا	
ذهن آگاهی ← کیفیت زندگی ← پریشانی روانشناختی	-0/210	-0/082	0/001
اضطراب-روان رنجوری ← کیفیت زندگی ← پریشانی روانشناختی	0/037	0/153	0/001
هیجان طلبی/تکانشی ← کیفیت زندگی ← پریشانی روانشناختی	-0/102	-0/007	0/020
پر خاشگری/خصومت ← کیفیت زندگی ← پریشانی روانشناختی	0/027	0/109	0/001

جدول ۵- شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده پژوهش

مقدار قابل قبول	مقدار به دست آمده	شاخص‌ها
-	۵۱۰/۲۸۸	کای اسکوئر هنجار شده
-	۸۵	درجه آزادی
-	۶/۰۰۳	CMIN/DF
-	۰/۰۰۱	سطح معناداری
کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۹	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب
-	۰/۰۰۱	شاخص تقریب برازندگی
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰۶	شاخص برازش مقایسه‌ها
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰۱	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی
بیشتر از ۰/۶۰	۰/۶۴۲	شاخص برازش مقتصد
بیشتر از ۰/۶۰	۰/۶۳۱	شاخص برازش هنجار شده مقتصد
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰۷	شاخص برازندگی افزایشی
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۱۱	شاخص نیکویی برازش
بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰۰	شاخص برازش هنجار شده

چوی (Choi) و همکاران (۲۰۱۸) (۱۱) و شون (Shone) و همکاران (۲۰۰۵) (۱۵) همسو و هماهنگ است. در تبیین رابطه مستقیم ذهن‌آگاهی با پریشانی روانشناختی می‌توان گفت که پریشانی روانشناختی به عنوان یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت کننده در پاسخ به یک عامل تنش‌زا یا نیازی خاص که به آسیب گذرا یا همیشگی منجر می‌شود (۱۴). علاوه بر دشواری‌هایی که در درون ایجاد می‌کند، در فضای بین فردی نیز تنش و تعارض را به دنبال دارد. ذهن آگاهی را نوعی آگاهی غیرقضاوتی از تجربه شخصی می‌داند که لحظه به لحظه آشکار می‌شود. به تعبیر دیگر، ذهن آگاهی مشاهده محرک‌های درونی و بیرونی است، همان گونه که اتفاق می‌افتند؛ بدون قضاوت و پیش داوری (۱۵). ذهن آگاهی نه تنها یک حالت کوتاه مدت است، بلکه یک ویژگی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است، زیرا افراد در گرایش یا تمایل کلی خود به ذهن آگاهی متفاوت هستند. در واقع، تمرین منظم و مداوم تکنیک‌های ذهن آگاهی، پرورش ذهن آگاهی را تسهیل می‌کند و بنابراین به افزایش سطح ذهن آگاهی، هم در کوتاه مدت و هم در بلندمدت کمک می‌کند (۵). با بر اساس آنچه گفته شد و از آنجا که ذهن آگاهی یا حضور ذهن به عنوان بخشی از یک طرح در نظر گرفته شده است که هدف آن از بین بردن عادات ذهنی مسبب

دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی دار خواهد بود. مطابق نتایج جدول این قاعده در مورد ذهن آگاهی و ویژگی‌های شخصیتی (اضطراب/ روان رنجورخویی، هیجان طلبی/ تکانشی و پرخاشگری/ خصومت) بر پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت صدق می‌کند. در جدول ۵ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است. بر اساس نتایج مدل اصلاح شده در جدول ۵- پژوهش همان گونه که مشاهده می‌شود همه شاخص‌ها مطلوب هستند و مقدار شاخص خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب برابر ۰/۰۶۹ به دست آمده است که بر مبنای مدل کلاین (۲۰۱۵) نشان دهنده برازش مدل می‌باشد.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی ارائه الگوی معادلات ساختاری پیش بینی پریشانی روانشناختی بر اساس ذهن آگاهی و ویژگی‌های شخصیتی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به اسکروزیم چندگانه بود. نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج

می‌دهند و این عامل باعث ایجاد تنش و پریشانی در آنان می‌شود. لذا منطقی است که گفته شود بین اضطراب/روان رنجورخویی و پریشانی روانشناختی بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه رابطه مستقیم وجود دارد (۱).

در تبیین رابطه مستقیم مردم‌آمیزی با پریشانی روانشناختی می‌توان گفت که مردم‌آمیزی نوعی از برونگرایی است که در آن افراد تمایل دارند در تعاملات اجتماعی مشارکت داشته باشند و از آن لذت ببرند، لذا افراد مردم‌آمیز ممکن است به طور فعال با دیگران ارتباطات و تعاملات دوستانه داشته باشند و در جستجوی دوستی با دیگران باشند و مشارکت بیشتری در فعالیت‌ها و روابط اجتماعی دارند (۳). علایمی همانند خستگی یا فقدان انرژی تقریباً روزمره در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه، احساس بیارزشی یا گناه، علایم ناراحتی قابل سایر زمینه‌های مهم را به وجود می‌آورد. علایم ذکر شده به علت تخریب میلین و ضعف مفرط نیز در بیماران قابل مشاهده است. در هر حال، این بیماری فعالیت اجتماعی افراد مبتلا را محدود خواهد ساخت. بر همین اساس، برونگرایی پایین، ضعف در روابط اجتماعی و مردم‌آمیزی پایین در مبتلایان به اسکروزیس چندگانه معقول و منطقی به نظر می‌رسد (۷). لذا می‌توان گفت که مردم‌آمیزی ضعیف در این افراد می‌تواند منجر به پریشانی روانشناختی در آنان شود. چرا که مردم‌آمیزی و برونگرایی باعث می‌شود که افراد بیمار مبتلا به اسکروزیس چندگانه از حمایت اجتماعی افراد خانواده، دوستان و دیگران برخوردار باشند و همین امر سبب می‌شود که علائم بیماری و دشواری‌های درمان را بیشتر تحمل کنند و کمتر دچار پریشانی روانشناختی در طول بیماری شوند. لذا منطقی است که گفته شود مردم‌آمیزی و پریشانی روانشناختی بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه رابطه مستقیم وجود دارد (۵).

در تبیین رابطه مستقیم فعالیت با پریشانی روانشناختی می‌توان گفت که منظور از ویژگی شخصیتی فعالیت آن است که افراد تمایل دارند به طور روزمره کارهایی را انجام دهند و برای خود برنامه روزانه

احساسات ناخوشایند مانند هیجانات ناراحت‌کننده خشم، غم و حسادت یا رفتارهایی است که از طریق آن به خود و دیگران آسیب می‌رسانیم. بنابراین اگر با پرورش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بتوان با هیجانات ناخوشایند و نشانه‌های پریشانی روانشناختی مقابله نمود می‌توان انتظار داشت ضعف در این مهارت‌ها احتمال ابتلاء فرد را به پریشانی روانشناختی افزایش دهد. لذا منطقی است که گفته شود بین ذهن‌آگاهی و پریشانی روانشناختی بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه رابطه مستقیم وجود دارد (۷).

نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم اضطراب/روان رنجورخویی، مردم‌آمیزی، فعالیت، پرخاشگری خصومت بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. مسیر هیجان‌طلبی/تکانشی به پریشانی روانشناختی معنادار نبود. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات فرناندز (Fernández) و همکاران (۲۰۱۹) (۱) و کرونیس (Chronis) و همکاران (۲۰۰۳) (۹) همسویی داشته باشد. در تبیین رابطه مستقیم اضطراب/روان رنجورخویی با پریشانی روانشناختی می‌توان گفت که اضطراب/روان رنجورخویی به این صورت است که فرد تمایل به تجربه هیجانات منفی دارد، لذا وقتی فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف هیجانات منفی بیشتری را تجربه کند همین امر سبب می‌شود که پریشانی روانشناختی بیشتری را نیز تجربه کند. این امر می‌تواند در مورد بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه بیشتر صدق کند (۶). از آنجا که روان‌رنجورخویی شامل صفاتی از قبیل حسادت، پرخاشگری، و سواسی، دمدمی مزاج بودن، عصبانیت، پرخاشگری و غیره می‌شود؛ می‌توان ادعان نمود که بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه به دلیل گرفتار شدن به این بیماری مزمن و غیر قابل درمان در عامل روان رنجورخویی نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم کسب می‌کنند؛ بنابراین ممکن است این افراد، پرخاشگر، عصبی، و سواسی و دمدمی مزاج باشند و وجود چنین حالات و هیجانات منفی در این افراد هم از نظر جسمانی قابل تبیین است و هم از لحاظ روانی. این بیماران پس از ابتلا به اسکروزیس چندگانه به تدریج حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی خود را از دست

و تنش، کنش فرد در قلمرو جسمانی، خانوادگی، روانشناختی و اجتماعی را دچار اختلال می‌کند. تنش با نارضایتی حرفه‌ای کاهش تولید، افزایش خطاها، ایجاد تغییرات روان شناختی مانند افزایش تحریک پذیری و اضطراب، ناتوانی در مهار خود، و نارسایی در روابط خانوادگی، بدن را مستعد ابتلا به بیماری‌های مختلف می‌کند. تنیدگی سبب ایجاد خستگی شناختی شده و فرد تمایل خود را برای تلاش بیشتر در جهت کنترل و مهار موقعیت تنیدگی را از دست می‌دهد و در نهایت درگیر مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه و بازداری اطلاعات می‌شود (۲). این تنیدگی‌ها و خستگی‌های شناختی در بیماران باعث می‌شود که سطح پرخاشگری افراد بیمار از این وضعیت بیشتر شود و همین پرخاشگری شرایطی را به وجود می‌آورد که تابآوری افراد بیمار در برابر هیجانات منفی کمتر شود و پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کنند. لذا منطقی است که گفته شود بین پرخاشگری/خصومت و پریشانی روانشناختی بیماران مبتلا به اسکروزیم چندگانه رابطه مستقیم وجود دارد.

نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج کرونیس (Chronis) و همکاران (۲۰۰۳) (۹) همسویی داشته باشد. در تبیین رابطه مستقیم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با پریشانی روانشناختی می‌توان گفت که بیماری اسکروزیم چندگانه یک بیماری مزمن و پیش رونده سیستم اعصاب مرکزی است که دارای علائم متعدد می‌باشد و این نشانه‌ها اثرات منفی زیادی روی کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران اسکروزیم چندگانه نقش مهمی در حفظ امید به زندگی آنان دارد و بیماران اسکروزیم چندگانه در اثر بیماری کیفیت زندگی‌شان تحت تاثیر منفی بیماری قرار می‌گیرد (۵). از سوی دیگر می‌توان گفت که اسکروزیم چندگانه یکی از بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی، مزمن و غیر قابل درمان است و بر اساس مطالعات، تظاهرات آن می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر منفی گذارد؛ لذا کیفیت زندگی

داشته باشند. چنین افرادی از اینکه نتوانند در طول روز فعالیت خاصی را انجام دهند اذیت می‌شوند و در وقتی در تعطیلات هستند باز به فعالیت و کارهای روزمره خود ادامه می‌دهند و دوست دارند که همیشه برنامه و کارهایی برای انجام داشته باشند. این ویژگی شخصیتی باعث می‌شوند که این افراد وقتی پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند بهتر بتوانند این هیجانات و پریشانی‌ها را مدیریت کنند (۶). این وضعیت به ویژه در بیماران اسکروزیم چندگانه بیشتر صدق کند. چرا که در روند پیشرفت بیماری اسکروزیم چندگانه، مجموعه مشکلات جسمی و روانشناختی به وجود می‌آیند که مجموع این مشکلات روی بیشتر فعالیت‌های روزانه فرد همچون لباس پوشیدن، استحمام، مراقبت از خود و غیره تاثیر گذاشته و موجب کاهش استقلال فردی، احساس بی‌کفایتی و همچنین کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود. لذا وقتی فرد بیمار مبتلا به اسکروزیم چندگانه فعالیت کمتر داشته باشند، احساس بی‌کفایتی می‌کند؛ همین امر سبب می‌شود در موقعیت‌های مختلف احساس پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کند (۲).

در تبیین رابطه مستقیم پرخاشگری/خصومت با پریشانی روانشناختی می‌توان گفت که مشکلات ارتباطی و پرخاشگری در بیماران اسکروزیم چندگانه به سبب ماهیت بیماری و تغییرات هورمونی مرتبط و نیز شرایط حاصل از تحمل فشار روانی، از عمده مشکلات این بیماران با این شرایط است. همچنین پرخاشگری رفتاری است که به قصد آسیب رساندن جسمانی و زبانی به فردی دیگر و یا نبود کردن دارایی دیگران است. لذا پرخاشگری به عنوان یک حالت هیجانی توصیف می‌شوند که شالوده کینه توزی را تشکیل می‌دهد و مراد از کینه توزی، نگرش پرخاشگرانه‌ای است که فرد را به سوی رفتار پرخاشگرانه می‌کشاند؛ در حالی که پرخاشگری به عنوان رفتاری قابل مشاهده که با هدف آسیب رساندن انجام می‌شود تعریف شده است (۴). از سوی دیگر می‌توان گفت که یکی از مهمترین عوامل تشدید کننده بیماری اسکروزیم چندگانه استرس‌های ناشی از رویدادهای زندگی است و استرس

و آن را بپذیرند. احتمالاً مواجهه با هیجانات منفی از این طریق می‌تواند باعث کاهش تکانشوری به استرس شود. در این راستا فرد تشویق می‌شود تا هیجانات خود را به عنوان رویدادهای گذرا ببیند که بروز رفتارها و واکنش‌های ناسازگار را کاهش می‌دهد و این دید تعمیم یافته نسبت به هیجانات، به پیشگیری از تجربه مجدد واکنش‌های هیجانی نیز کمک خواهد کرد. وقتی فرد ذهن آگاهی را در کارهای روزانه خود تمرین می‌کند زمانی را که در حالت عادی است تشخیص می‌دهد و فرصتی برای وارد شدن و زندگی کردن در زمان حال برای خود فراهم می‌کند و در نتیجه زنجیره رویدادهایی را که منجر به احساس‌های ناخوشایند و اضطراب‌زا و کاهش کیفیت زندگی می‌شود، می‌شکند (۶). ذهن آگاهی قابلیت مثبت است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌ها فکر کند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این به بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه کمک می‌کند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. لذا منطقی است که گفته شود بین ذهن آگاهی و پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه غیرمستقیم وجود دارد (۲).

در نهایت نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی (اضطراب/روان رنجورخویی، هیجان طلبی/تکانشی و پرخاشگری/خسومت) و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی رابطه غیرمستقیم وجود دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیق فرناندز (Fernández) و همکاران (۲۰۱۹) (۱) همسویی داشته باشد. در تبیین رابطه غیرمستقیم اضطراب/روان رنجورخویی و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌توان گفت که روان رنجورخویی گرایش طولانی مدت به حالت عاطفی منفی یا اضطراب می‌باشد. افراد روان رنجورخو بیشتر دچار حالات افسردگی می‌شوند و نسبت به سایر افراد از احساس گناه، حسادت، عصبانیت و اضطراب بیشتری رنج می‌برند. این وضعیت به ویژه در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه بیشتر هم باشد. به طوری که علائم بیماری و خسستگی ناشی از آن می‌تواند سطح

مرتبط با سلامت نقش مهمی در مبارزه با چالش‌های بیماری اسکروزیس چندگانه دارد. به طوری که می‌توان گفت که بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه به دلیل مواجه بودن با مشکلات جسمانی و روانی حاصل از بیماری، کمتر به یافتن معنا و هدف زندگی خود توجه می‌نمایند و از یافتن راهی برای حل مشکلات و دستیابی به رویکردی جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت خود ناتوانند (۱۵). لذا داشتن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به آنان کمک می‌کند که بهتر بتوانند به چالش‌های بیماری کنار آیند و در مواجهه با هیجانات منفی بردباری بیشتری از خود نشان دهند و پریشانی روانشناختی کمتری را تجربه کنند. چرا که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به بیماران کمک می‌کند که درکشان از وضعیت سلامت و رفاه جسمانی و روانی خویش بهتر شود. لذا منطقی است که گفته شود بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه رابطه مستقیم وجود دارد (۱۱).

نتایج حاصل از بررسی ضرایب غیرمستقیم نشان داد که بین ذهن آگاهی و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی رابطه غیرمستقیم وجود دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات شون (Shone) و همکاران (۲۰۰۵) (۱۵) همسو و هماهنگ است. در تبیین رابطه غیرمستقیم ذهن آگاهی با پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌توان گفت که ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، حضور در زمان حال و مشاهده‌گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مشکلات بیماران اسکروزیس چندگانه کمک کند (۴). همچنین در تبیین اثرات ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌توان گفت که برخورداری از مهارت ذهن آگاهی به افراد بیمار مبتلا به اسکروزیس چندگانه کمک می‌کند که با استفاده از ذهن آگاهی بدون اینکه تلاشی در جهت هر نوع تغییری داشته باشند صرفاً تجارب هیجانی خود را مشاهده کرده

بین هیجان طلبی/تکانشی و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه غیرمستقیم وجود دارد (۶).

در تبیین رابطه غیرمستقیم پرخاشگری/خصومت و پریشانی روانشناختی و با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌توان گفت که پرخاشگری یک نوع رفتار است و احساس خشم یک فرد ممکن است برای دیگران قابل مشاهده نباشد؛ اما رفتار پرخاشگرانه برای دیگران قابل مشاهده است. از آنجایی که بیماری اسکروزیس چندگانه دارای نشانگان و علائم آزار دهنده و ناتوان کننده‌های برای فرد بیمار است، باعث برانگیختن خصومت فرد نسبت به بیماری و در برخی موارد ممکن است منجر به بروز خشم و پرخاشگری نسبت به اطرافیان شود. این پرخاشگری باعث کاهش کیفیت زندگی، پایین آمدن سطح روابط فرد با دیگران و کاهش سلامت فرد خواهد شد (۲). وقتی کیفیت زندگی فرد در اثر پرخاشگری/خصومت کاهش پیدا کند فرد بیمار مبتلا به اسکروزیس چندگانه قادر نخواهد بود که با شرایط بیماری و نشانه‌های آن مبارزه کند و در این شرایط پریشانی روانشناختی بیشتری را نیز تجربه خواهد کرد. لذا منطقی است که گفته شود بین پرخاشگری/خصومت و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه غیرمستقیم وجود دارد (۶).

از محدودیت‌های پژوهش گردآوری داده‌ها، اجرای بخشی از پرسشنامه‌های پژوهش به صورت غیرحضوری یعنی از طریق ساخت لینک، جایگذاری پرسشنامه‌ها در آن و اشتراک‌گذاری در رسانه‌های اجتماعی مجازی بود که امکان نظارت مستقیم پژوهشگر بر پاسخگویی نمونه‌ها وجود نداشت. در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر تهران بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر شهرها به دلیل تفاوت‌های قومیتی و فرهنگی باید جانب احتیاط را در تعمیم نتایج رعایت کرد. به دلیل شیوع کرونا و ویروس اجرای پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین و بخشی دیگر به صورت حضوری بود، این امکان تنها

عصبانیت و اضطراب بیماران را بالا ببرد. به طوری که بر اساس نتایج یک پژوهش افراد با روان رنجورخویی بالا عزت نفس پائینی دارند و به تجربه تنش، اضطراب، خصومت، افسردگی و هیجانات منفی تمایل دارند (۳). به طوری که می‌توان گفت که بیماران اسکروزیس چندگانه با روان رنجورخویی بالا علائم بیماری خود را وخیم‌تر ارزیابی و در نتیجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پائینی تجربه می‌کنند. لذا می‌توان گفت وقتی این بیماران از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار نباشند نمی‌تواند با علائم، نشانه‌ها، روند درمان و تبعیت از دستورات پزشکی توانایی لازم را از خود نشان دهند در نتیجه پریشانی روانشناختی بیشتر نسبت به سایر بیماران تجربه می‌کنند. لذا منطقی است که گفته شود بین اضطراب/روان رنجورخویی و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه غیرمستقیم وجود دارد (۱۱).

در تبیین رابطه غیرمستقیم هیجان طلبی/تکانشی و پریشانی روانشناختی با نقش میانجی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌توان گفت که در عامل شخصیتی هیجان خواهی فرد عموماً مستعد آسیب و ناراحتی، نگران، مضطرب و پرخاشگر و تکانشی توصیف می‌شوند. این صفات شخصیتی معمولاً به هیجان خواهی مربوط می‌شوند و با سبک مقابله‌ای هیجان مدار که شامل احساس آسیب و اضطراب، خود ملامتگری، بلاتکلیفی و خشم می‌باشد، سازگاری نشان می‌دهند (۱). هیجان خواهی افراد را مستعد می‌کند که حالت عاطفه منفی یا همان آسیب احساسی را تجربه نمایند و لذا تعجب آور نیست که هیجان خواهی با عدم سلامت روانی همبستگی مثبت معنی داری داشته باشد. لذا افرادی که هیجان خواه هستند و سلامت روان کمتری دارند، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان آنان نیز ضعیف است. بیمارانی که به اسکروزیس چندگانه مبتلا هستند به دلیل حالات عاطفی منفی و آسیب‌های هیجانی سطح کیفیت زندگی آنان پایین می‌آید و همین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ضعیف باعث می‌شود که در رویارویی با بیماری خود پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کنند. لذا منطقی است که گفته شود

گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه می‌باشد.

References

1. Fernández-Bustos JG, Infantes-Paniagua Á, Cuevas R, Contreras OR. Effect of Physical Activity on Self-Concept: Theoretical Model on the Mediation of Body Image and Physical Self-Concept in Adolescents. *Front Psychol*. 2019;10:1537.
2. Garn AC, Morin AJS, White RL, Owen KB, Donley W, Lonsdale C. Moderate-to-vigorous physical activity as a predictor of changes in physical self-concept in adolescents. *Health Psychol*. 2020;39(3):190-198.
3. Onetti W, Álvarez-Kurogi L, Castillo-Rodriguez A. Adherence to the Mediterranean diet pattern and self-concept in adolescents. *Nutr Hosp*. 2019;36(3):658-664.
4. Konowalczyk S, Rade FCA, Mello ZR. Time perspective, sports club membership, and physical self-concept among adolescents: A person-centered approach. *J Adolesc*. 2019;72:141-151.
5. Povedano-Diaz A, Muñoz-Rivas M, Vera-Perea M. Adolescents' Life Satisfaction: The Role of Classroom, Family, Self-Concept and Gender. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1):19.
6. Logan DE, Gray LS, Iversen CN, Kim S. School Self-Concept in Adolescents With Chronic Pain. *J Pediatr Psychol*. 2017;42(8):892-901.
7. Levey EKV, Garandeau CF, Meeus W, Branje S. The Longitudinal Role of Self-Concept Clarity and Best Friend Delinquency in Adolescent Delinquent Behavior. *J Youth Adolesc*. 2019;48(6):1068-1081.
8. Chacko A, Wymbs BT, Flammer-Rivera LM, Pelham WE, Walker KS, Arnold FW, et al. A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *J Atten Disord*. 2008;12(3):270-80.
9. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Kipp HL, Baumann BL, et al. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1424-32.
10. Chavez-Hernandez AM, Correa-Romero FE, Acosta-Rojas IB, Cardoso-Espindola KV, Padilla-Gallegos GM, Valadez-Figueroa I. Suicidal Ideation, Depressive Symptomatology, and Self-Concept: A Comparison Between Mexican Institutionalized and Noninstitutionalized Children. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(2):193-198.

برای بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه فراهم بوده است که دسترسی به لینک پرسشنامه داشته‌اند و یا در زمان اجرای پژوهش در انجمن حضور داشتند، لذا خیلی دیگر از افراد بیمار که دسترسی به لینک آنلاین نداشته‌اند یا در زمان اجرای پژوهش در انجمن حضور نداشته‌اند شانس برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها را نداشته‌اند که این محدودیت خارج از اختیار پژوهشگر بوده است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی اجرای تمامی پرسشنامه‌ها به صورت حضوری با رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی برگزار شود تا پژوهشگر بتواند در صورت لازم راهنمای پاسخگویی برای افراد نمونه باشد.

دستاوردها و پیامدهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مطرح کرد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌توانند با تبیین نحوه متغیرهای ذهن آگاهی، ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به اسکروزیس به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در زمینه پریشانی روانشناختی آنان کمک کنند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش شخصیتی و روانشناختی در زمینه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه شود. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی، انجمن‌های اسکروزیس چندگانه در جهت تدوین برنامه‌ها و مداخلات و کارگاه‌های آموزشی مانند به برگزاری کارگاه‌هایی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی همچون کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش کیفیت زندگی و سایر درمان‌های مرتبط به بهبود پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه کمک کنند. لذا مشاوران و روانشناسان می‌توانند بر این اساس از نتایج این پژوهش استفاده کنند

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان بیان داشت که نتایج این مطالعه

11. Choi C, Ferro MA. Comparing Self-Concept Among Youth Currently Receiving Inpatient Versus Outpatient Mental Health Services. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(1):69-74.
12. Hendry K, Ownsworth T, Waters AM, Jackson M, Lloyd O. [Formula: see text] Investigation of children and adolescents' mood and self-concept after acquired brain injury. *Child Neuropsychol*. 2020;26(8):1005-1025.
13. Feinberg E, Swartz K, Zaslavsky A, Gardner J, Walker DK. Family income and the impact of a children's health insurance program on reported need for health services and unmet health need. *Pediatrics*. 2002;109(2):E29.
14. Szilagyi PG, Dick AW, Klein JD, Shone LP, Zwanziger J, McInerney T. Improved access and quality of care after enrollment in the New York State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics*. 2004;113(5):e395-404.
15. Shone LP, Szilagyi PG. The State Children's Health Insurance Program. *Curr Opin Pediatr*. 2005;17(6):764-72.