

Predicting the quality of life in women with Multiple Sclerosis based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience

Kourosh Amraei¹, Fatemeh Papi^{2*}, Maryam Tahoonei³

1. Assistant professor, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.

2. MSc in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.

3. MSc in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.

* Corresponding Author: Fatemeh Papi, Tel: 09014022982, Email: fatemehpapi1007@gmail.com

Received: 4 April 2021

Accepted: 29 April 2021

Abstract

Background & Aim: The quality of life of patients with multiple sclerosis is affected by their disease conditions. So, the aim of this study was to predict the quality of life of women with inflammatory bowel disease based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience.

Materials & Methods: The present study is a correlation in which is analyzed in the form of a structural equation model. The statistical population of the present study was female patients who were members of MS associations in 2020. 147 people were selected as the sample using the available sampling method. The instruments were the Quality of Life Questionnaire, Resilience Questionnaire, Social Support, Coping Styles and Sexual Function. The data were analyzed using AMOS software.

Results: The results showed that the overall model has an acceptable fit. The Components of social support ($p < 0.01$), problem-solving coping strategies ($p < 0.01$) and resilience ($p < 0.01$) with positive quality of life, and emotional problem solving strategies ($p < 0.01$) and sexual perversion ($p < 0.01$) have a negative relationship with quality of life. Coping styles ($p < 0.01$) and social support ($p < 0.01$) predicted 0.48 of the variance of resilience. The role of resilience mediation is also significant for the components of coping styles, social support, However, due to the lack of correlation between sexual dysfunction ($p > 0.05$) with resilience has no mediating role for this variable, in total, endogenous and exogenous variables predicted and explained 0.59 of quality of life variability.

Conclusion: According to the results of the present study, measures should be considered to increase social support, problem-solving strategy and resilience in patients against MS disorder so that their quality of life is at a higher level.

Keywords: Resilience, Sexual perversion, Social support, coping styles, Quality of life, MS, Women

How to cite this article: Amraei K, Papi F, Tahoonei M. Predicting the quality of life of women with MS based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty.* 2021; 7 (1): 12-24.

URL: <https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-437-fa.html>.

پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب‌آوری

کوروش امرایی^۱، فاطمه پاپی^{۲*}، مریم طاحونه‌ای^۳

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه پاپی، تلفن: ۰۹۰۱۴۰۲۲۹۸۲، ایمیل: fatemehpapi1007@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروز متاثر از شرایط بیماری آنها است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس بر اساس سبک‌های مقابله (Coping style)، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی (Sexual perversion) با میانجی‌گری تاب‌آوری (Resilience) انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در قالب مدل معادلات ساختاری (Equation model) مورد تحلیل قرار گرفته است. جامعه آماری، بیماران زن عضو انجمن‌های ام‌اس در سال ۱۳۹۹ بودند. ۱۴۷ نفر به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارها پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله‌ای و عملکرد جنسی (sexual function) بودند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل کلی دارای برازش قابل قبول است. مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ($p < 0/01$)، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار ($p < 0/01$) و تاب‌آوری ($p < 0/01$) با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌دار، و راهبرد حل مسئله هیجان‌مدار ($p < 0/01$) و کژکاری جنسی ($p < 0/01$) با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنی‌داری داشتند. سبک‌های مقابله ($p < 0/01$) و حمایت اجتماعی ($p < 0/01$) از $0/48$ و واریانس تاب‌آوری را پیش‌بینی کردند. همچنین نقش میانجی‌گری تاب‌آوری برای مؤلفه‌های سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی معنادار است، اما با توجه به عدم همبستگی کژکاری جنسی ($p > 0/05$) با تاب‌آوری برای این متغیر نقش میانجی‌گری ندارد، در مجموع متغیرهای درون‌زاد و برون‌زاد $0/59$ از تغییرپذیری کیفیت زندگی را پیش‌بینی و تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، باید تمهیداتی جهت افزایش حمایت اجتماعی، راهبرد مسئله‌مدارانه حل مسائل و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به ام‌اس اندیشیده شود تا کیفیت زندگی آنها در سطح بالاتری باشد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، کژکاری جنسی، حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله، کیفیت زندگی، ام‌اس، زنان

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری التهابی مزمن دمیالینه کننده سیستم عصبی مرکزی است. به طور معمول، این بیماری به صورت حاد بر مغز، نخاع و اعصاب بینایی اثر می گذارد. بیشتر افراد اولین علائم بیماری ام اس را بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تجربه می کنند (۱). علائم بالینی بیماری ام اس ممکن است شامل اختلال حرکتی، لرز، دیسمتری یا آتاکسی (مخچه)، نیستاگموس (ساقه مغز)، بی حسی، تنگی مجاری ادراری/روده، بی اختیاری یا احتباس ادراری، اختلال-های بینایی و اختلال شناختی باشد (۲). بر اساس گزارش های منتشر شده، این بیماری عصبی بیش از ۳-۲ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است. شیوع آن در ایران از هر صد هزار نفر، ۱۱۵ تا ۱۲۰ نفر گزارش شده است. شیوع این بیماری در زنان سه برابر بیشتر از مردان است. شروع این بیماری در مردان دیرتر از زنان رخ می دهد. با این حال در مردان با سرعت بیشتری پیشرفت می کند (۳).

مشکلات روانی ام اس نسبت به جمعیت سالم و سایر بیماری های مزمن به مراتب رایج تر هستند. پژوهش های صورت گرفته حکایت از نرخ بالای افسردگی و احساس درماندگی، افزایش اضطراب، کاهش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی و مشکلات مربوط به روابط و نقش اجتماعی در بیماران مبتلا دارد (۴). معمولاً افراد مبتلا به ام اس، عوارضی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلال های شناختی را تجربه می کنند (۵). رابطه نشانگان روان شناختی با ام اس بسیار پیچیده است و شیوع آن ممکن است واکنش به عوامل بی شماری باشد. بدیهی است که علائم جسمی مانند خستگی، ناتوانی، مشکلات فراوان در خانواده، کار و زندگی اجتماعی منجر به عود نشانگان روان شناختی می شود و در نتیجه

بار التهابی بیماری مزمن را افزایش می دهند، همچنین آسیب های عصب شناختی این بیماری بر سیستم اعصاب مرکزی نیز می تواند با نشانگان روان شناختی و شناختی در رابطه باشد (۶).

در پژوهشی نشان داده شد در بیماران مبتلا به ام اس، سطح ناتوانی، افسردگی، خستگی اجتماعی و شناخت، پیش بین های قوی هستند که با کیفیت زندگی رابطه دارند (۷). این بیماری به افت عملکرد فردی و اجتماعی منجر می شود و در نتیجه بر چگونگی ایفای نقش های آنان در زندگی، وضعیت شغلی و نهایتاً کیفیت زندگی و سلامت روانی و جسمانی آنها تأثیر بسزایی می گذارد (۸). کیفیت زندگی در یک مفهوم وسیع اجتماعی تعریف می شود که در آن فرد بر اساس تجربه و خصوصیات ژنتیکی با درک ذهنی از خوب یا بد بودن، کیفیت زندگی را معنا می کند (۹). این بیماری با توجه به تأثیراتی که بر فاکتورهای روحی و جسمی برجای می گذارد موجب کاهش کیفیت زندگی این افراد می شود. پژوهش ها نشان می دهند، بیماری ام اس به کیفیت زندگی افراد مبتلا آسیب می رساند و با مقایسه میانگین کیفیت زندگی بیماران ام اس و افراد عادی، مشخص می گردد که نمره کیفیت زندگی افراد عادی بیشتر از این بیماران می باشد (۱۰). در پژوهشی نشان داده شد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس پایین بوده و شناخت درمانی می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شود (۱۱).

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی تأثیر می گذارند و در نظر گرفتن این متغیرها در هنگام بررسی کیفیت زندگی، برنامه ریزی و مدیریت مراقبت از بیمار، مهم است. از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سبک های مقابله ای است. سازوکارها و سبک های مقابله ای که مبتلایان به ام اس استفاده می کنند، ممکن است کیفیت زندگی آنها را در هر دو جهت مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار دهد (۱۲). کنار آمدن کارآمد و بهینه با

فاطمه پاپی

حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند کیفیت زندگی مبتلایان به ام اس را پیش بینی کند (۱۸).

یکی از علایم جسمی شایع در بیماری ام اس، اختلال سلامت جنسی است. دارا بودن عملکرد جنسی مطلوب در زندگی هر فرد بسیار اهمیت دارد و سبب افزایش کیفیت زندگی می شود و حتی می تواند سبب کاهش استرس در فرد شود (۱۹). سلامت جنسی متأثر از عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است. نتایج مربوط به شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به ام اس از ۳۴ درصد تا ۸۵ درصد متفاوت است. بیشترین اختلال جنسی در زنان به صورت کاهش میل جنسی، کاهش رسیدن به اوج لذت جنسی، خشکی واژن، کاهش احساس یا بی حسی ناحیه تناسلی و در مردان به صورت کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و انزال است (۲۰). از آنجایی که افراد دارای این بیماری به طور معمول از نظر جنسی فعال بوده و در اوج مسئولیت های فردی و خانوادگی و در زمان رویارویی با موقعیت های تشکیل خانواده و ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک خود نیز می باشند، لذا تجربه مشکلات جنسی باعث افت بیشتر کیفیت زندگی این بیماران می شود (۲۱). بررسی Giulia و همکاران (۲۰۱۹) خاطر نشان می سازد شیوع اضطراب جنسی و اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به ام اس بیشتر از زنان عادی می باشد (۲۲).

یافته ها نشان می دهند، تاب آوری نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در شرایط استرس زا دارد (۲۳). تاب آوری پدیده ای است که از پاسخ های انطباقی طبیعی انسان حاصل می شود و علی رغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می سازد (۲۴). تاب آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش های سازگاری در مبتلایان به بیماری های مزمن است. تاب آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت، همچون ابتلا به یک

مشکلات، یکی از نشانه های سلامت روانی است. راهبردهای مقابله با استرس، مهارت ها و راهبردهایی هستند که افراد برای تغییر مسأله یا نظم بخشیدن به پاسخ های هیجانی هنگام تجربه عامل تنیدگی زا به کار می برند. در برخورد افراد یک جامعه با مشکلات زندگی و روانی، هر اندازه راهبردهای عقلانی در جهت حل مسائل به کار گرفته شود، فشارهای روانی ناشی از آن مسأله کاهش می یابد و افراد به تبع آن با راهبردهای منطقی با قضیه برخورد می کنند و هیچ نیازی به مواجهه شدید و احساسی با قضیه نمی بینند (۱۳). Carleton و همکاران (۲۰۲۰) ارتباط مثبت و معنادار راهبردهای مقابله با استرس را با سلامت روان افراد تأیید کرده اند (۱۴).

حمایت اجتماعی یکی دیگر از عوامل روانی-اجتماعی است که کیفیت زندگی فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را تحت تأثیر قرار می دهد. سازگاری و مقابله با بیماری های مزمن در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مانند انعطاف پذیری و توانایی حل مشکل و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به طور وسیع تری اتفاق می افتد (۱۵). حمایت اجتماعی به امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می کنند، تعریف شده است. حمایت اجتماعی به عنوان مؤثرترین و نیرومندترین عامل مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند (۱۶). یافته های محققان نشان می دهد که درک حمایت اجتماعی می تواند از بروز عوامل نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نماید و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر مثبت بر وضعیت جسمی و اجتماعی بیمار برجای می گذارد و در نتیجه باعث افزایش عملکرد فرد گردد (۱۷). نتایج پژوهش Schwartz و همکاران (۲۰۱۶) نشان می دهد که

بیماری مزمن است. به بیانی دیگر، انطباق موفقیت آمیز با شرایط چالش برانگیز در زندگی را تاب آوری می نامند (۲۵). میکایلی، مختارپور و میسمی (۱۳۹۱) نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری را در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس بررسی کردند. نتایج به دست آمده نشان داد، وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری با کیفیت زندگی همبستگی مثبت دارند و می توان کیفیت زندگی این بیماران را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری پیش بینی کرد (۲۶).

با توجه به پژوهش های انجام شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روان شناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علائم بیماری های روان تنی از جمله ام اس به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به ام اس این پژوهش دارای اهمیت ویژه ای خواهد بود. بنابراین در پژوهش حاضر با هدف تعیین و پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بر اساس سبک های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی با میانجی گری تاب آوری انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن ارتباط بین متغیرهای پژوهش در قالب مدل معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفته است. در این مدل، کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک، سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی متغیرهای پیش بین و تاب آوری متغیر واسطه ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر، بیماران زن عضو انجمن های ام اس در سال ۱۳۹۹ بودند. ملاک های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به اختلال ام اس، حداقل تحصیلات راهنمایی، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال و گذشت حداقل ۵

سال از شروع بیماری بود. حجم نمونه به کمک فرمول کوکران تعداد ۱۴۵ نفر محاسبه گردید. با احتساب ریزش نمونه و استفاده نشدن برخی از پرسشنامه ها به دلیل تکمیل نشدن، پژوهشگر تعداد نمونه را به ۱۶۰ نفر افزایش داد. با در اختیار داشتن فهرست اعضای انجمن ام اس انتخاب نمونه به روش در دسترس صورت گرفت. شیوه تکمیل پرسشنامه ها بدین صورت بود که ابتدا برای افراد نمونه در رابطه با ماهیت و اهداف پژوهش توضیحات کلی ارائه گشت و به آن ها این اطمینان داده شد که با توجه به بی نام بودن پرسشنامه ها اطلاعات و پاسخ های شان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و بدین ترتیب تمامی افراد با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. پس از تکمیل ابزارهای پژوهش، ابتدا پرسشنامه ها جهت نمره گذاری بررسی شدند که به دلیل مخدوش بودن برخی از آن ها کنار گذاشته شدند و نهایتاً ۱۴۷ آزمودنی به کمک نرم افزارهای AMOS و SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (۱۹۹۶): این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه و ۴ خرده مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می باشد. دو سؤال اول به هیچ یک از خرده مقیاس ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی اندازه گیری می کند. نمره گذاری به روش لیکرت پنج درجه ای از ۱ تا ۵ است. در نتیجه دامنه کلی نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود. در مطالعه حکیمی نیا، پورافکاری و غفاری (۲۷) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است. نمره گذاری برای هر سؤال طبق درجه بندی لیکرت ۵ گزینه ای از ۰-۴ (کاملاً

فاطمه پایی

کروناخ ۰/۹۲ اعلام کردند. پایایی این ابزار در پژوهش به روش آلفای کروناخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای بیلینگر و موس (۱۹۸۱): این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال می‌باشد. سؤالات این پرسشنامه به سه زیرمقیاس مقابله شناختی، مقابله رفتاری و مقابله اجتنابی تقسیم می‌شوند. از طرفی این پرسشنامه دو روش مقابله متمرکز بر حل مسئله با ۸ سؤال و مقابله متمرکز بر هیجان را با ۱۱ سؤال اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد. پایایی این ابزار در مطالعه زنونیان، غرایب و یزدان‌دوست (۲۹) به روش آلفای کروناخ ۰/۹۱ محاسبه شد. پایایی این ابزار در پژوهش به روش آلفای کروناخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه عملکرد جنسی آریزونا: این پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه آریزونا ساخته شده که با داشتن فقط ۵ سؤال می‌تواند در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه جهت غربالگری اختلال عملکرد جنسی به کار رود که بر اساس مقیاس شش‌گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. در نمره‌گذاری پرسشنامه به جواب فوق‌العاده آسان نمره ۱، جواب خیلی آسان نمره ۲، بعضی وقت‌ها زیاد نمره ۳، بعضی وقت‌ها ضعیف نمره ۴، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره ۵ و هرگز نمره ۶ تعلق می‌گیرد. اگر نمره کل بیشتر از ۱۸ و یا نمره یکی از سؤالات ۵ یا بیشتر از ۵ باشد فرد دارای اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود. پایایی این ابزار توسط سازندگان ۰/۹۵ محاسبه شد (۳۰). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کروناخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

یافته‌ها

نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است. با توجه به این نمره‌گذاری بالاترین نمره‌ای که هر فرد می‌تواند از این آزمون کسب کند ۴۴ می‌باشد. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. روایی به روش تحلیل عوامل و روایی (تحلیل عوامل و روایی همگرا) و پایایی به روش (بازآیی و آلفای کروناخ) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) احراز گردیده است. برای استفاده آزمون در ایران ابتدا فرآیند ترجمه و برگردان به انگلیسی انجام پذیرفت و پس از تأیید سازندگان، مقیاس مجوز استفاده از آن احراز گردید. پس از احراز پایایی از روش آلفای کروناخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد. پایایی مقیاس برابر ۹۳ درصد بدست آمد که کاملاً منطبق پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بود. در این پژوهش ضریب آلفای کروناخ برابر با ۰/۹۰ بدست آمد.

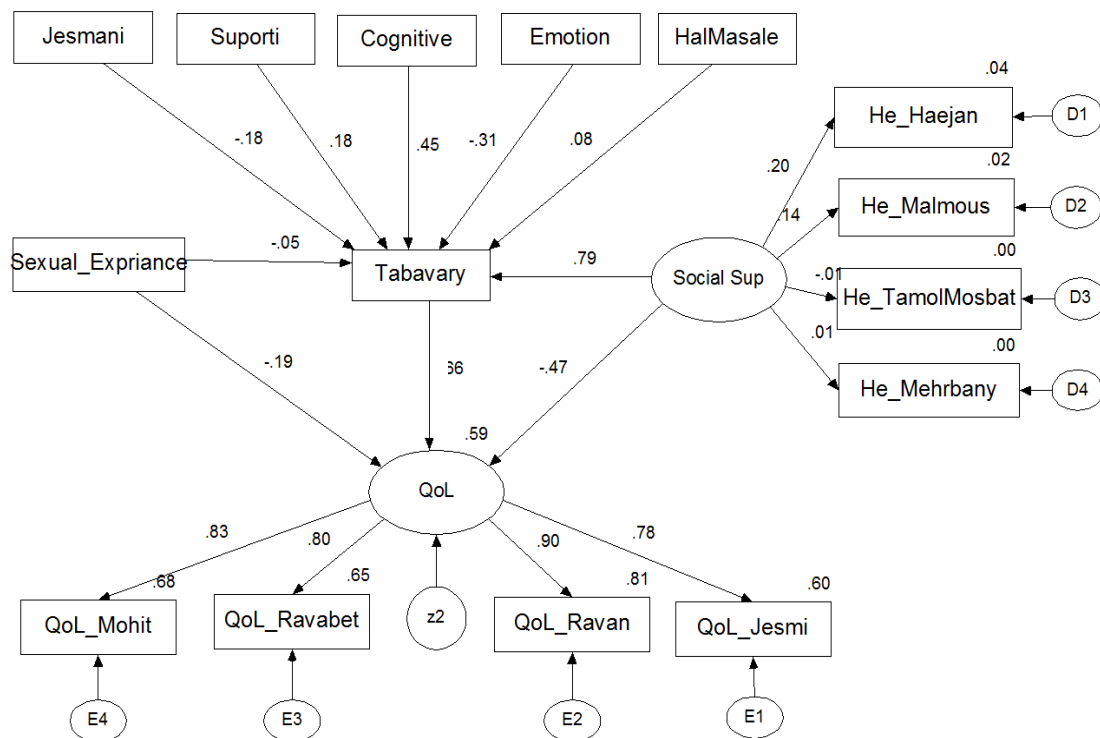
مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (۱۹۹۱): این مقیاس دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس حمایت ملوس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، مهربانی و تعامل اجتماعی است. آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ‌وقت = ۱ امتیاز، به ندرت = ۲ امتیاز، گاهی اوقات = ۳ امتیاز، اغلب = ۴ امتیاز، همیشه = ۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین و بالاترین امتیاز کسب‌شده در این آزمون به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. پایایی این آزمون توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کروناخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. باوزین و سپهوندی (۲۸) ضمن به تأیید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای

پیش بینی کیفیت زندگی...

مشخصات توصیفی نشان می‌دهد که ۸۴/۸ درصد نمونه متاهل و تحصیلات در گروه‌های مختلف پراکنده و بیشترین فراوانی برای لیسانس (۴۲/۸) و دیپلم (۳۳/۸) است. میانگین سنی آن‌ها ۳۴/۰۴ سال و متوسط سابقه بیماری در آن‌ها ۹/۷۰ سال است. در ادامه ابتدا روابط دو متغیری، متغیرهای پژوهش را در جدول ۱ نشان داده و نظر به عدم توانایی روابط همبستگی در تبیین دقیق روابط بین متغیرها، جهت بررسی فرضیه و تعیین ضرایب اثر متغیرهای برون‌زا بر متغیرهای درون‌زا و تعیین میانجی‌گری متغیرهای میانجی از تکنیک تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار آموس استفاده شد. تصمیم‌گیری در باره معیارهای برازش مدل بر اساس چهار شاخص X^2 دو (RMSEA)، ریشه میانگین مجذور خط (RMSEA)، شاخص برازش تطبیقی بنتلر (CFI)، و شاخص نیکویی برازش (GFI) صورت گرفت. پیشینه مدل معادلات پیشنهاد می‌دهد که نسبت X^2/df کمتر از ۳، ضریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ (کلین، ۲۰۱۰) و شاخص‌های برازش (NNFI)، (CFI) و (GFI) نزدیک به ۰/۹۵ (هيو و بنتلر، ۱۹۹۹) حاکی از قابل قبول بودن شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری است. ابتدا شاخص‌های برازش مدل مفروض بررسی شده و سپس ضرایب استاندارد شده برای اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل و درصد تبیین واریانس توسط متغیرها ارائه می‌گردد. در ادامه شاخص‌های برازش مدل مسیر ارائه شده است. بر اساس این شاخص‌ها می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفروض، برازش خوب و نزدیک به کاملی با داده‌ها دارد.

شاخص‌های برازش به دست آمده از اجرای تحلیل مسیر با روش بیشینه احتمال نشان‌دهنده خطی بودن روابط بین متغیرها در مدل و برازش مناسب الگو با داده‌ها است ($X^2/df = ۲/۹۰$ ، $RMSEA = ۰/۰۶$ ، $NNFI = ۰/۹۶$ ، $CFI = ۰/۹۶$ ، $GFI = ۱$). مدل نهایی به دست آمده در شکل زیر، نشان داده شده است. این

یافته‌ها بدین معناست که مدل طراحی شده از اینکه تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی که متغیرهای همانند سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری روی آن تاثیر دارند و این متغیر نیز بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس تاثیر گذار هستند معنادار و دارای برازش است. علاوه بر این، ضرایب مسیر بین تمامی متغیرهای پژوهش در شکل و جدول اثرات مستقیم و غیرمستقیم گزارش شده است.



شکل ۱: مدل برازش شده پژوهش براساس خروجی نرم افزار آموس

جدول ۱: روابط دو متغیری متغیرهای مدل پژوهشی

متغیرها	حمایت اجتماعی	کژکاری جنسی	تاب آوری	کیفیت زندگی
حمایت اجتماعی	-			
کژکاری جنسی	۰/۱۴	-		
تاب آوری	۰/۵۱**	۰/۲۶**	-	
کیفیت زندگی	۰/۲۹**	-۰/۳۹**	۰/۷۲**	-

**= $P < 0.01$

جدول ۲: ضرایب استاندارد مستقیم، غیر مستقیم و کل در کل معادلات ساختاری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
تاب آوری	سبک حل مسئله	۰/۰۸	-	۰/۰۸	۰/۴۸
	سبک متمرکز بر هیجان	-۰/۳۱**	-	-۰/۳۱**	۰/۱۳
	سبک ارزیابی شناختی	۰/۴۵**	-	۰/۴۵**	۰/۱۲
	سبک جلب حمایت	۰/۱۸*	-	۰/۱۸*	۰/۱۶
	سبک مهار جسمانی	-۰/۱۸*	-	-۰/۱۸*	۰/۲۱
	حمایت اجتماعی	۰/۷۹**	-	۰/۷۹**	۰/۱۹
کیفیت زندگی	کژکاری جنسی	-۰/۰۵	-	-۰/۰۵	۰/۲۳
	سبک حل مسئله	-	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵
	سبک متمرکز بر هیجان	-	-۰/۲۰	-۰/۲۰	۰/۵۹
	سبک ارزیابی شناختی	-	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۳۰
	سبک جلب حمایت	-	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲

سبک مهار جسمانی	-	-۰/۱۲	-۰/۱۲
حمایت اجتماعی	۰/۴۷**	۰/۳۱	۰/۷۸
کژکاری جنسی	-۰/۱۹*	-۰/۰۳	-۰/۲۲
تاب آوری	۰/۶۶**	-	۰/۶۶

بر اساس مسیرهای آزمون شده در جدول ۲ اثر مستقیم مؤلفه‌های سبک متمرکز بر هیجان ($b = -0/31$)، سبک متمرکز بر ارزیابی شناختی ($b = 0/45$)، سبک متمرکز بر جلب حمایت ($b = 0/18$)، سبک متمرکز بر مهار جسمانی ($b = -0/18$) و اثر متغیر حمایت اجتماعی کلی ($b = 0/79$) بر تاب آوری معنادار به دست آمده است. این متغیرها در مجموع ۰/۴۸ از واریانس و پراکندگی تاب آوری را تبیین می‌کنند. البته اثر مؤلفه سبک متمرکز بر حل مسئله و متغیر کژکاری جنسی معنادار نبوده است.

علاوه بر این، اثر مستقیم ($b = 0/47$)، غیرمستقیم ($b = 0/31$) و کلی ($b = 0/78$) حمایت اجتماعی، اثر مستقیم ($b = 0/19$) و کلی ($b = 0/22$) کژکاری جنسی و اثر غیر مؤلفه‌های سبک متمرکز بر هیجان ($b = -0/20$)، سبک متمرکز بر ارزیابی شناختی ($b = 0/30$)، سبک متمرکز بر جلب حمایت ($b = 0/12$)، سبک متمرکز بر مهار جسمانی ($b = -0/12$) و اثر مستقیم ($b = 0/47$)، اثر غیرمستقیم ($b = 0/31$) و کلی ($b = 0/78$) حمایت اجتماعی، اثر مستقیم ($b = -0/19$)، غیر مستقیم ($b = -0/03$) و کلی ($b = -0/22$) کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب آوری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس معنادار بوده است. این متغیرها در مجموع توانسته‌اند که ۰/۵۹ از واریانس و پراکندگی کیفیت زندگی بیماران را تبیین و پیش‌بینی کنند. برای درک روشن‌تر روابط بین متغیرهای مدل، در شکل ۱، نمودار مسیرهای مدل برآزش یافته نمایش داده شده است. در نهایت اینکه متغیر تاب آوری دارای نقش میانجی‌گری برای مؤلفه‌های سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس بر اساس سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب آوری انجام شد. نتایج نشان داد، کیفیت زندگی با سبک‌های مقابله متمرکز بر حل مسأله رابطه مثبت و با سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان رابطه منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش Diener و همکاران (۳۱)، ثنایی محرز، رئیسی و احمدی مقدم (۳۲)، صمدی طاری و جهانگیر (۳۳) و نادری و همکاران (۳۴) همسو است. هرچه زنان مبتلا به ام‌اس در حل مسائل به روش مسئله‌مدار عمل کنند به همان میزان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌گردند. این سبک از مقابله منجر به حل مسئله می‌شود، زیرا فرد ابتدا به ارزیابی موقعیت تنش‌زا می‌پردازد و سعی در کنترل هیجانات منفی خود و تمرکز برای حل مسئله دارد. او موقعیت پیش‌آمده را واقعی تلقی کرده و به تصمیم‌گیری می‌پردازد و در صورت احساس نیاز به جستجوی راهنمایی و کمک از دیگران برمی‌آید (۳۴). توانایی سبک مسأله‌مدار در وصف منطقی و سازگار آن با مسائل، حل مشکل و احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس را در فرد افزایش می‌دهد و موجب خوشنودی روان‌شناختی می‌گردد و پیامد این امر برخورداری از کیفیت زندگی بهتر است. همچنین سبک هیجان‌مدار به‌عنوان روش سازش‌نا یافته در مقابله با شرایط استرس‌زا شناخته می‌شود. در مقابله هیجانی فرد موقعیت موجود را مصیبت‌بار تلقی می‌کند و به‌جای تمرکز بر مشکل و تلاش برای مرتفع ساختن آن بر کاهش احساسات ناخوشایند خود متمرکز می‌شود و رفتارهایی از قبیل گریه کردن، عصبانی شدن و خیال‌پردازی مانع تصمیم‌گیری صحیح به منظور کاهش یا از بین بردن عامل فشارزا می‌شوند. بنابراین با تداوم مشکل، میزان استرس فرد نیز بیشتر

فاطمه پایی

اجتماعی و کژکاری جنسی است. در تبیین این یافته می توان گفت، افرادی که دارای سطح تاب آوری بالاتری هستند در کیفیت زندگی و مؤلفه های آن هم می توانند نمرات بهتری را به دست آورند. این افراد با مشکلات زندگی بهتر می توانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نمی شوند و انعطاف پذیرتری دارند. این افراد در روابط خانوادگی احساس امنیت می کنند و از پیشرفت های خود راضی هستند که به دنبال آن باعث رضایت جنسی بالاتر حمایت اجتماعی بیشتر و به تبع آن کیفیت زندگی بهتر در افراد می شود.

با توجه به اینکه اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران ام اس، نقش مهمی در درک نیاز این بیماران، ارزشیابی ارائه خدمات سیستم های درمانی- بهداشتی و همچنین کیفیت خدمات مشاوره ای و درمانی دارد، این مطالعه به کیفیت زندگی بیماران ام اس پرداخته است که می تواند کمک شایانی در فرایند درمان داشته باشد. از جمله محدودیت های پژوهش مذکور این است که پژوهش فقط روی بیماران زن انجام شد، بنابر این تعمیم نتایج در بیماران مرد باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می شود، این پژوهش توسط سایر پژوهشگران تکرار شود تا از سوگیری احتمالی آزمایشگر جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، محققان این پژوهش بر خود لازم می دانند از همکاری انجمن های ام اس و بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و تمام کسانی که در این فرآیند یاری رسان بودند، نهایت تقدیر و تشکر را داشته باشند.

Reference

1. Azizi M, Zarei B, Rahimi H, Mousavi Mirzaei SM, Javan N, Vagharseyyedin SA. Comparison of the Effects of Peer-led and Nurse-led Self-management Programs on Self-management of Patients with Multiple Sclerosis. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020; 6(1): 58-71. [Persian]

شده، ناراحتی عاطفی بیشتری را متحمل می شود و احتمال پریشانی روان شناختی افزایش می یابد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین حمایت اجتماعی کل با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار برقرار است. این یافته با نتایج پژوهش Kaur، کور و ونکاتیشان (۳۵)، بهاری و همکاران (۳۶)، فراهانی و همکاران (۳۷) هم جهت است. در تبیین این یافته می توان گفت خانواده پناهگاه و منبع نیرومند برای حمایت از فرد در برابر دگرگونی ها به شمار می رود. خانواده نقش مهمی در چگونگی مقابله اعضایش با استرس دارد و اعضا می توانند در شرایط تنش زا بر یکدیگر تأثیر مثبتی بگذارند. حمایت از جانب سایرین اطلاعاتی را درباره راهبردهای مقابله جدید فراهم می نماید. نمره کلی حمایت اجتماعی به عنوان عاملی مثبت می تواند ادراک فرد از کیفیت زندگی را افزایش دهد و این پژوهش نشان داده است، زنانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودن نمرات بهتری در کیفیت زندگی دریافت نمودند.

یافته دیگر نشان داد، کژکاری جنسی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش Park و همکاران (۳۸)، Cabral و همکاران (۳۹) و عابدی و همکاران (۴۰) همخوان است. در تبیین این می توان گفت، رضایت جنسی مطلوب منجر به تجربه کردن احساسات جنسی بیشتر و در نتیجه خوشبختی و کیفیت زندگی می شود. کیفیت زندگی یکی از مؤلفه های روان شناسی مثبت نگر است که شامل ادراک شناخت با شادی، علائق، انتظارات و عاطفه مثبت و منفی و غیره می شود. از آنجا که این مؤلفه ها با رضایت زناشویی در ارتباط هستند می توان تبیین نمود که کیفیت زندگی با کژکاری جنسی ارتباط دارد.

در نهایت یافته ها نشان داد متغیر تاب آوری دارای نقش میانجی گری برای مؤلفه های سبک های مقابله حمایت

2. Lassmann H, Bradl M. Multiple sclerosis: experimental models and reality. *Acta neuropathologica*. 2017; 133(2): 223-44.
3. Lassmann H. Multiple sclerosis pathology. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2018; 8(3): 028936.
4. Koutsogeorgou E, Chiesi AM, Leonardi M. Social capital components and social support of persons with multiple sclerosis: a systematic review of the literature from 2000 to 2018. *Disability and rehabilitation*. 2020; 42(24): 3437-49.
5. Chiurchiù V, van der Stelt M, Centonze D, Maccarrone M. The endocannabinoid system and its therapeutic exploitation in multiple sclerosis: clues for other neuroinflammatory diseases. *Progress in neurobiology*. 2018; 160: 82-100.
6. Giacoppo S, Bramanti P, Mazzon E. Sativex in the management of multiple sclerosis-related spasticity: an overview of the last decade of clinical evaluation. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2017; 17(1): 22-31.
7. Koch-Henriksen N, Thygesen LC, Stenager E, Laursen B, Magyari M. Incidence of MS has increased markedly over six decades in Denmark particularly with late onset and in women. *Neurology*. 2018; 90(22): 1954-63.
8. Wendebourg MJ, Heesen C, Finlayson M, Meyer B, Pöttgen J, Köpke S. Patient education for people with multiple sclerosis-associated fatigue: a systematic review. *PLoS One*. 2017; 12(3): 0173025.
9. Benedict RHB, Wahling E, Rohit B. Predicting quality of life in multiple sclerosis: for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change, *Journal of Neurological Science*. 2010; 231(1): 29-34.
10. Mitchell AJ, Bentio-Leon J, Gonzalez JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating psychological components of wellbeing. *Lancet Neurol*. 2005; 1(4): 556-66.
11. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH, Anderson D, Elovaara I. Health related quality of life in secondary progressive MS, *Mult Scler*. 2007; 13(3): 386-92.
12. Pittock SJ, Mayr WT, McClelland RL. Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: a populationbased cohort study. *Arch Neurol*. 2004; 61(5): 679-86.
13. Burnett M, Sheard I, St Clair-Thompson H. The prevalence of compassion fatigue, compassion satisfaction and perceived stress, and their relationships with mental toughness, individual differences and number of self-care actions in a UK police force. *Police Practice and Research*. 2020; 21(4): 383-400.
14. Carleton R, Afifi T, Taillieu T, Turner S, Mason J, Ricciardelli R, Griffiths C. Assessing the relative impact of diverse stressors among public safety personnel. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2020; 17(4): 1234.
15. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *FEYZ*. 2008; 12(2): 15-22. [Persian]
16. Prutskova E. Social vs. Individual Centrality of Religiosity: Research in Religious and Non-Religious Settings in Russia. *Religions*. 2021; 12(15): 1-18.
17. Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2004; 27(5): 425-33.
18. Schwartz C, Frohner R. Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. *Health & Social Work*. 2018; 30(3): 203-12.

19. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertility and sterility*. 2002; 77(1): 89-93.
20. Cordeau D, Courtois F. Sexual disorders in women with MS: assessment and management. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2014; 57(5):337-47.
21. Seçil Y, Yetimlar Y, Gedizlioğlu M, Arpacı E, Tokuçoğlu F, İnceoğlu Kendir A, Başoğlu M, Ertekin C. Sexual dysfunction and sympathetic skin response recorded from the genital region in women with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2007; 13(6): 742-48.
22. Gava G, Visconti M, Salvi F, Bartolomei I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Prevalence and psychopathological determinants of sexual dysfunction and related distress in women with and without multiple sclerosis. *The journal of sexual medicine*. 2019; 16(6):833-42.
23. Barasa E, Mbau R, Gilson L. What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018; 7(6):491.
24. Cai H, Lam NS, Qiang Y, Zou L, Correll RM, Mihunov V. A synthesis of disaster resilience measurement methods and indices. *International journal of disaster risk reduction*. 2018; 31(1): 844-55.
25. Cutter S. The Landscape of Disaster Resilience Indicators in the USA. *Natural Hazards*. 2016; 80(2): 741-58.
26. Mikaeli N, Mokhtarpour E, Moesmi S. The Role of Perceived Social Support, Coping Strategies and Resilience in Predicting the Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of New Findings in Psychology*. 2012; 7(23): 5-17. [Persian]
27. Hakiminya B, Poorafkari N, Ghafari D. Factors Affecting Quality of Life with Emphasis On Social Intelligence and Social Health (The Case of Kermanshah City). *Journal of Applied Sociology*. 2017; 28(2): 163-78. [Persian]
28. Bavazin F, Sepahvandi M A. Investigating the relationship between social support components and social and mental health among the elderly in Khorramabad. *Nurs Midwifery J*. 2018; 15(12): 931-38. [Persian]
29. Zennozian S, Gharaei B, Yazdannoost R. The effectiveness of problem solving training in changing students' coping strategies. *Faculty of Psychology, University of Tabriz*. 2010; 5(20): 20-29. [Persian]
30. Montejo AL, Rico-Villademoros F. Psychometric properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQSALSEX) in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *J Sex Marital Ther*. 2008; 34(3): 227-39.
31. Diener E, Heintzelman S, Kushlev Tay L, Wirtz D, Lutes L, Oishi S. Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology psychologiecanadienn*. 2017; 58(8): 87-96.
32. SanagouyeMoharer Gh, Raisi M, Ahmadi Moghaddam FS. Relationship between Religious Coping Styles and Quality of Life in HIV-Positive Patients. *Religion and Health*. 2017; 5(2): 58-67
33. Samadi Tari M, Jahangir P. Forecasts quality of life based on the maladaptive schema and coping strategies in M.S patient. *Rooyesh*. 2018; 7(7): 207-18. [Persian]
34. Nedaei A, Paghoosh A, Sadeghi-Hosnijeh A. Relationship between Coping Strategies and Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 4(32): 35-48.
35. Kaur H, Kaur H & Venkateshan M. Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2015; 4(8): 1049-53.

36. Bahri L, Dehghan Menshadi M, Dehghan Menshadi Z. Investigating the role of resiliency prediction and social support in mental health of parents with blind and deaf children. *Exceptional Education*. 2014; 1(1): 5-12. [Persian]
37. Farahani A, Yarmohammadian A, Malekpour M, Abedi A. Relationship between Self-Handicapping and Social Supports with Quality of Life in Blind Individuals. *MEJDS*. 2018; 8(73): 1-7.
38. Park Y, Kim H, Chang S, Kang H, Chun S. Sexuality and related factors of postmenopausal Korean women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2016; 33(4): 457-63.
39. Cabral P, Canario A, Spyrides M, Uchoa S, Eleuterio J, Amaral R. Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 34(7): 329-34
40. Abedi G, Darvari S H, Nadighara A, Rostami F. The Relationship between Quality of Life and Marriage Satisfaction in Infertile Couples Using Path Analysis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24 (117): 184-93. [Persian]