

پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS)

طاهره ثمین^۱،* حسین اخلاقی کوهپایی^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۱/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۱)

Prediction of Life Expectancy based on Quality of Life, Perceived Stress and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis (MS)

Taherh Samin¹,* Hossain Akhlaghi Kohpaei²

1. MS student of general psychology, department of psychology, faculty of human sciences, research & science branch of azad university, Tehran, Iran.

2. Assistant professor of department of exceptional children, faculty of psychology & educative sciences, Ferdousi University, Mashhad, Iran.

(Received: Apr. 19, 2018 - Accepted: Mar. 12, 2019)

Abstract

Objective: Multiple Sclerosis (MS) is one of the chronic diseases in which physical and psychological disorders are very common among these patients. Aim: The aim of this study was prediction of life expectancy based on quality of life, perceived stress and fatigue in multiple sclerosis (MS) patients. **Method:** The method of study was correlation. The statistical population of this study was all members of the Association of Multiple Sclerosis (MS) Patients in the first half of the 1396 year that among the statistical population, 120 people were selected by simple random sampling method. The data gathering tool was questionnaires of Miller Hope Scale (MHS), Quality of Life (SF-36), Quality of Life (SF-36), Product-service systems (PSS) and Multidimensional Fatigue Inventory (MFI). Data were analyzed using statistical tests of correlation coefficient and multiple regression analysis with stepwise method. **Results:** The results showed that quality of life had a significant positive correlation with the life expectancy of multiple sclerosis (MS) patients, but perceived stress and fatigue had a significant negative relationship with life expectancy in multiple sclerosis (MS) patients. Also the results showed that quality of life, perceived stress and fatigue was explained 39% of the total variance of multiple sclerosis (MS) patients that in the meanwhile, Perceived stress (Beta= - 0.34) had the greatest role in predicting the life expectancy of multiple sclerosis (MS) patients and after that, respectively, were fatigue (Beta= - 0.22) and quality of life (Beta= 0.20). **Conclusion:** Considering the effect of quality of life, perceived stress and fatigue are suggested in the hope of life in patients with multiple sclerosis (MS), while treating drugs to improve the psychological health and increase their hope, quality education courses based on quality of life and Based on reducing stress for them.

Keywords: : Life Expectancy, Quality of Life, Perceived Stress, Fatigue, Multiple Sclerosis (MS).

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یکی از بیماری‌های مزمن است که اختلالات جسمی و روانی در میان این بیماران بسیار شایع است. هدف: هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بود. روش: روش پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش، تمامی اعضای انجمن بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS) در نیمه اول سال ۱۳۹۶ بود که از میان جامعه آماری فوق با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۱۲۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه‌های امید به زندگی میلر (MHS)، کیفیت زندگی (SF-36)، استرس ادراک‌شده (PSS) و سنجش چند بعدی خستگی (MFI). داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه مثبت معنی‌داری دارد ولی استرس ادراک‌شده و خستگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه منفی معنی‌داری داشتند. همچنین نتایج نشان داد که کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی در مجموع ۳۹٪ از کل واریانس امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) را تبیین می‌کنند که در این میان استرس ادراک‌شده (Beta= -۰/۳۴) بیشترین نقش را در پیش‌بینی امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) داشت و بعد از آن به ترتیب خستگی (Beta= -۰/۲۲) و کیفیت زندگی (Beta= ۰/۲۰) قرار داشتند. نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی در امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) پیشنهاد می‌شود ضمن درمان دارویی برای بهبود وضعیت سلامت روانشناختی و افزایش امید این بیماران، دوره‌های آموزشی مبتنی بر کیفیت زندگی و مبتنی بر کاهش استرس برای آن‌ها تشکیل شود.

واژگان کلیدی: امید به زندگی، کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده، خستگی، مولتیپل اسکلروزیس (MS).

*نویسنده مسئول: حسین اخلاقی کوهپایی

Email: h.akh111@yahoo.com

*Corresponding Author: Hossain Akhlaghi Kohpaei

مقدمه

است، رخ دهد. سومین افزایش دهنده احتمال بروز افسردگی در مبتلایان به ام.اس عوارض جانبی برخی داروها است. بدیهی است که افسردگی به هر علتی که به وجود آید، از دست رفتن امید به زندگی، از تبعات گریزناپذیر آن خواهد بود (قراءزیبایی، دهکردی، علیپور و محتشمی، ۱۳۹۱). امید به زندگی اغلب برای توصیف میزان مرگ و میر جمعیت جغرافیایی تعریف شده است، اما از این شیوه همچنین برای تعریف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و یا تشخیص نیز استفاده می‌شود (لاورنس، هنکوک، کریستین و کیسلی^۱، ۲۰۱۳). امید به زندگی و مرگ‌ومیر، شاخص‌های مهم سلامت جامعه هستند (میلز و همکاران^۲، ۲۰۱۱). امید به زندگی یک معیار مهم جهت تأثیر مرگ‌ومیر در طول عمر و منعکس‌کننده بیماری در یک جمعیت است (فن^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). امید از جمله مفاهیمی که در رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از آن نقش مهمی دارد و به عنوان یک عامل بالقوه قدرتمند در بهبود و سازگاری بیماران موثر است (هرث، ۲۰۰۰). به عبارتی امید به زندگی واقعی توأم با برنامه، هدف و مقصود می‌شود و نشانه سلامت روان است و بدون ارتقای آن زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی فراهم نمی‌شود (شفیعی، ۱۳۸۹). امید دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و باعث تلاشی با این تصور

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یکی از بیماری‌های مزمن است که اختلالات جسمی و روانی در میان این بیماران بسیار شایع است. بیماری MS بیماری سیستم عصبی مرکزی و از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانی است. تاکنون دلیل پیدایش این بیماری مشخص نشده است، ولی، به نظر می‌رسد که بروز این بیماری ارتباطی با پاسخ‌های خود ایمنی داشته باشد. ویروسی ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتن‌هایی کند که به اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می‌کنند (زندى پور، ۱۳۸۸).

سیر بالینی ام.اس متنوع بوده و می‌تواند از یک سیر کاملاً خوش‌خیم تا سیر پیشرونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد (نبوی، پورفرزام و قاسمی، ۱۳۹۲). یکی از ابعاد مهم روانشناختی این بیماران که تحت تأثیر بیماری و استرس-های ناشی از ادراک بیماری است، میزان امید به زندگی این بیماران است. در واقع بسیاری از بیماری‌های مزمن، از جمله ام.اس با خطر بالای افسردگی و ناامیدی همراه‌اند. روند بیماری ام.اس به سه طریق ممکن است به افسردگی منجر شود. اگر ام.اس به مناطقی از مغز که در بیان عاطفی و کنترل هیجان نقش دارد، حمله کند؛ انواع تغییرات رفتاری را می‌تواند به دنبال داشته باشد. به‌علاوه افسردگی ممکن است به علت تغییرات مربوط به غدد درون ریز و یا سیستم ایمنی بدن که از نتایج ابتلا به ام.اس

1. Lawrence, Hancock, Kirsten & Kisely

2. Mills

3. Fan

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) در جهت کمک به آن‌ها در بهبودی و سازگاری هر چه بیشتر ضروری است.

در این راستا به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) نقش مهمی در حفظ امید به زندگی در آن‌ها داشته باشد. در واقع با توجه به اینکه سازگاری در تجربه کیفیت زندگی مهم است و امید یکی از استراتژی‌های سازگاری است، حفظ یا بهبود کیفیت زندگی یک وظیفه مهم برای پرستاران در جهت کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مبهم و رنج بردن است (راستون^۵، ۱۹۹۵). بنابراین کیفیت زندگی با شاخص امید به زندگی در ارتباط است (شعاع‌کاظمی و مهرآورمؤمنی، ۱۳۸۸). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را اینگونه تعریف کرده است: «ادراکی است که افراد از موقعیتی که در زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند دارند؛ ادراکی که در ارتباط با اهداف، انتظارات و علائق شان است» (به نقل از سهرابی و همکاران، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی به مقدار زیادی متأثر از ارزش‌ها است و در واقع طبق ارزش‌های فردی، اجتماعی و ملی تعریف می‌شود (گابریل و باولینگ^۶، ۲۰۰۴). طبق مطالعات گوناگون، تظاهرات بیماری ام.اس می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی گذارد. در تحقیقی که توسط فریس^۷ و همکاران (۲۰۰۶)

است، که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود. هر نوع مفهوم‌سازی از امید، چندبعدی، آینده‌نگر و فرآیندنگری آن را منعکس می‌کند (مکلین^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از دهباشی، سبزواری و تیرگری، ۱۳۹۳). امید توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است. امید معمولاً عامل مهمی در سازگاری با شرایط مبهم و رنج بردن است (لی^۲، ۲۰۰۱؛ دهباشی، سبزواری و تیرگری، ۱۳۹۳). اسنایدر و اندرسون^۳ (۱۹۹۱) امید را مرکب از مؤلفه‌های قدرت اراده، قدرت راه‌یابی یا تفکر، برنامه‌ریزی، هدف و تشخیص موانع می‌دانند. امید به زندگی مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس است و به عنوان یک فاکتور پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری موثر تعریف می‌شود (هرث، ۲۰۰۰). به گفته اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) امید مفهومی متوجه به آینده است. بنابراین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام.اس اگر آینده را باور داشته باشند، موجب برخورداری از زندگی مطلوب و امیدواری در این بیماران افزایش خواهد یافت. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فایق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست، با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (فاران، هرث و پوپوویچ^۴، ۱۹۹۵). بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر امید به زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌خصوص

5. Rusteon
6. Gabriel & Bowling
7. Forbes

1. McClain
2. Lee
3. Snyder & Anderson
4. Farran, Herth & Popovich

تواند با تحت تأثیر قرار دادن سیستم رفتاری فرد به بروز رفتارهای ناسازگارانه سلامت از جمله کاهش فعالیت بدنی، رژیم غذایی نامناسب، مصرف بیش از اندازه الکل، سیگار کشیدن و مصرف افراطی داروها منتهی شود (مکایون^۶، ۲۰۰۷). استرس نوعی فشار جسمی یا روانی است که موجب تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار می‌شود و مطالباتی را بر فرد تحمیل می‌کند. اگر استرس شدید باشد، یا برای مدت طولانی ادامه یابد، ممکن است باعث فروپاشی فرد شده و در نهایت منجر به اختلالات جسمی و روانی شود (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹).

همچنین، خستگی به‌عنوان شایع‌ترین علامت در افراد مبتلا به ام.اس و عامل بزرگی در محدود کردن مسئولیت‌های کاری و اجتماعی این افراد است (مطهری‌نژاد، پروانه و قهاری، ۱۳۹۵). خستگی در بیش از ۷۰٪ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) گزارش شده است. این علامت معمولاً در نوع خفیف بیماری هم وجود دارد و ممکن است اولین علامت گزارش شده توسط بیماران باشد (کینکل^۷، ۲۰۰۲). حدود ۱۰۰٪ - ۵۰٪ بیماران مبتلا به ام.اس خستگی را مرتبط با شدت و نوع بیماری ایشان گزارش کرده‌اند (مطهری‌نژاد، پروانه و قهاری، ۱۳۹۵). بیماران این خستگی را بسیار شدید، مزمن و ناامید کننده توصیف می‌کنند که با استراحت هم برطرف نمی‌شود. خستگی اثر منفی بر جنبه‌های مختلف کیفیت

انجام گرفت، نتایج نشان داد که بسیاری از عوارض بیماری ام.اس بر کیفیت زندگی این افراد تأثیرات بسیاری دارد. پژوهش بنیتولن، مولارس و ریورانوارو^۱ (۲۰۰۲) و حیدری‌سورشجانی، اسلامی و حسن‌زاد (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام.اس کمتر از حد متوسط است.

علاوه‌براین، یکی دیگر از عواملی که می‌تواند امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) را تحت تأثیر قرار دهد، منابع قابل توجه استرس^۲ ناشی از این بیماری است. فولکمن^۳ (۲۰۱۳) معتقد است که امید و استرس‌های روانشناختی تعدادی خصوصیات مشترک با هم دارند؛ از جمله این که هر دو مبتنی بر زمینه (متن)، مبتنی بر معنا و پویا هستند. همچنین هر دو در شرایط سخت، بر بهزیستی روانی تأثیر گذارند. فولکمن معتقد است یکی از متغیرهایی که در مقابله با استرس‌ها نقش تعیین کننده دارد، امید است؛ بنابراین بین امید و مقابله رابطه مستقیم برقرار است. استرس سیستم روانشناختی فرد را به صورت اختلال در عملکرد شناختی (اسمیت، اوتگار، کاندل و ولف^۴، ۲۰۰۸)، کاهش خلاقیت، افزایش نگرانی، به فکر فرو رفتن و انعطاف ناپذیری (بارلو، راپی و ریزنر^۵، ۲۰۰۱) تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین استرس می-

1. Benitoleon, Morales & Riveranavarro
2. Stress
3. Folkman
4. Smeets, Otgaar, Candel & Wolf
5. Barlow, Rapee & Reisner

6. McEwen
7. Kinkel

کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی می‌تواند در امید به آینده تأثیر داشته باشد ولی با این وجود پژوهشی که تأثیر ترکیب این عوامل را بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) در قالب یک مدل مورد پژوهش قرار داده باشد یافت نشد؛ لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) است.

روش

با توجه به هدف و ماهیت این پژوهش، طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۶ تشکیل داده‌اند. حجم نمونه پژوهش حاضر پس از برآورد تعداد جامعه آماری، با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه آماری کوکران، تعداد حجم نمونه آماری به تعداد ۱۲۰ نفر مشخص شد. جهت انتخاب اعضای نمونه، روش نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد استفاده قرار گرفت. بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) گروه نمونه، در دامنه سنی ۱۹-۷۲ سال، با میانگین سنی ۳۶/۵۹ و انحراف معیار ۸/۷۳ قرار داشتند و درصد بیشتری از آن‌ها در دامنه سنی ۳۵-۴۵ سال قرار داشتند (۴۱/۷ درصد). ۷۳/۳ درصد از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) زن و ۲۶/۷ درصد

زندگی افراد دارد (اسچوارتز^۱، ۲۰۰۰). خستگی با اثرات پیچیده و عمیق بر وضعیت روحی و روانی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، موجب بروز افسردگی و کاهش امید به زندگی در آنان می‌شود و از آنجا که این مولفه، تجربه ذهنی بیمار است، بنابراین ارزیابی و درک ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی از این امر و درمان خستگی توسط آنان از مهم ترین گام‌ها در مداخله حرفه‌ای در ارائه مراقبت‌های بهینه خستگی است (گروسوم^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ینگ، اسکالات و گجن^۳، ۲۰۰۹، نورگارد-مونچ^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

بنابراین با توجه به نقش مهمی که امید به زندگی در سازگاری و سلامت روان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) دارد و از آنجا که شروع بیماری ام.اس و درمان طولانی مدت و استرس‌زای آن می‌تواند تأثیر مخربی بر سلامت روانشناختی و امید به زندگی این بیماران داشته باشد، شناسایی عوامل موثر بر امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)، هدفی بسیار مطلوب است. با توجه به پژوهش‌های روانشناختی برای رویارویی با بیماری در مبتلایان به ام.اس (عبدخدایی و همکاران، ۱۳۹۶ و حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴)، مطالعه عوامل کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در این رویارویی می‌تواند مفید باشد. بنابراین، با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهشی ذکر شده وضعیت

1. Schwartz
2. Grossman
3. Yeung, Escalante & Gagel
4. Noergaard- Munch

رفتاری است جملاتی بدین شرح نوشته شده اند (۱- بسیار مخالف، ۲- مخالف، ۳- بی- تفاوت، ۴- موافق، ۵- بسیار موافق) هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب شده مبین امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند کاملاً درمانده تلقی می‌شود. و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. ۱۲ جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده که این شماره‌های ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸ و ۳۹ هستند، که در ارزشیابی و نمره‌گذاری این شماره‌ها برعکس نمره می‌گیرند. حسینی (۱۳۸۵) برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($r=0/61$) و ($p<0/0001$). برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش الفای کرونباخ و تصنیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ است. در تحقیق حسینیان (۱۳۸۶) نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه مذکور از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده که ضرایب به دست آمده به ترتیب برای کل آزمون‌های ۰/۶۹ و ۰/۶۵ است، که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه یاد شده است.

مرد بودند، که از این میان ۳۰/۸ درصد مجرد و ۶۹/۲ درصد متأهل بودند. از لحاظ تحصیلات درصد بیشتر از بیماران گروه نمونه دیپلم یا فوق‌دیپلم بودند (۴۷/۵) و درصد بیشتر از آن‌ها سابقه فشار خون در خانواده را گزارش کردند (۶۱/۷) و در نهایت تعداد اعضای خانواده درصد بیشتری از بیماران بین ۱-۴ نفر بود (۷۶/۷ درصد). شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۱- عدم ابتلا به هر نوع اختلال نورولوژیک به غیر از ام‌اس مانند صرع، بیماری‌های دستگاه خارج هرمی و عقب‌ماندگی ذهنی و تومورهای مغزی؛ ۲- مرحله حاد بیماری (کمتر از یک ماه از آخرین مرحله حاد این بیماری) گذشته باشد؛ ۳- بیشتر از یک ماه تحت درمان با استروئید بوده باشند؛ ۴- در زمان انجام آزمون کمتر از یک هفته تحت درمان با بنزودیازپین‌ها با دُزهای درمانی بوده باشند؛ ۵- تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به ام‌اس دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛ ۶- محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال داشته باشند؛ ۷- تحصیلات بیشتر از سیکل؛ ۸- عدم سوء مصرف مواد.

ابزار

۱- آزمون امید به زندگی میلر: از نوع آزمون تشخیصی بوده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه

اختلال نقش به‌علت سلامت جسمی (RP)، درد (P)، سلامت عمومی (GH)، اختلال نقش به‌علت سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، و کارکرد اجتماعی (SF). همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. در تحقیقی که کروکاوکوا و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند، مجموع ۴ مقیاس اول را تحت عنوان مقیاس سلامت جسمانی و مجموع مقیاس‌های ۵ تا ۸ را تحت عنوان مقیاس سلامت روانی در نظر گرفته‌اند. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۹ در ایران تأیید شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴).

۳- **آزمون استرس ادراک شده کوهن:** مقیاس تنیدگی استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرملاستین ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود، این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس تنیدگی ادراک شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی که شامل آیتم‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می‌شود. ب) خرده مقیاس ادراک مثبت از تنیدگی که آیتم‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ را در بر می‌گیرد که به صورت برعکس نمره گذاری می‌شوند.

برای محاسبه روایی پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور همزمان از آزمون‌ها پرسیده شد، همبسته شد و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. ضرایب پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از روش الفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ است، که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. برای محاسبه اعتبار پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور همزمان توسط آزمودنی‌های کسب شده، همبسته شده و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/0001$ و $r=0/52$).

۲- آزمون کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی

(SF-36): پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شد و روایی و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفت. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۳۶ سؤال است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسم (PF)،

مقیاس تنیدگی ادراک شده زمانی به کار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خود فرد، تنیدگی‌زا است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به دست آمده است. مقیاس تنیدگی ادراک شده به طور معنی‌داری با رویدادهای زندگی، نشانه‌های افسردگی و جسمی، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین همبسته است (کوهن، کمارک و مرملستین، ۱۹۸۳). میمورا و گریفیث (۲۰۱۴) در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ اصلی و مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آوردند که این ضرایب به ضرایب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است، در مقیاس اصلی دو عامل ۵۳/۲ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۷/۳ درصد و عامل دوم ۲۵/۹ درصد است. در صورتی که مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی دو عامل ۴۹/۹ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۸/۵ درصد واریانس و عامل دوم ۲۱/۴ درصد واریانس. میمورا و گریفیث (۲۰۱۴)، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۸۵) در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن اینکه ضریب آلفا برای کل

نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص شد. همچنین در این پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) با استفاده از روش تحلیل مواد ضرایب همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از تنیدگی در دامنه ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و ادراک منفی از تنیدگی در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی مواد مقیاس ادراک تنیدگی کل در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار داشت.

۴- پرسشنامه سنجش خستگی MFI: این پرسشنامه نخستین بار توسط اسمتس در سال ۱۹۹۶ تهیه و تنظیم شده و قابلیت استفاده روی جمعیت بیماران و افراد سالم را دارد و شامل ۲۰ گزینه است و بر اساس مقیاس ۵ امتیازی لیکرت امتیازدهی می‌شود. پرسشنامه خستگی با ارزیابی ۵ بعد درک عمیق‌تر و دقیقی از میزان خستگی فرد فراهم می‌کند. مولفه‌ها و سؤالات مربوط به هر مولفه: خستگی جسمی (۲، ۸، ۱۴ و ۲۰)، کاهش فعالیت (۴، ۹، ۱۵ و ۱۸)، خستگی ذهنی (۷، ۱۱، ۱۳ و ۱۹). روایی و پایایی پرسشنامه در گروه‌های مختلف جمعیت شناختی ارزیابی شد. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که سؤالات هر بعد توصیف‌گر همان بعد بوده و پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ برای خستگی عمومی و جسمی و ذهنی بالاتر از ۰/۸۰ و برای کاهش فعالیت و انگیزه بالاتر از ۰/۶۵ بود (خانی و همکاران، ۱۳۹۱).
به منظور اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌های مورد نظر، پس از مراجعه به مرکز ام‌اس

شهر تهران و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان انجمن و کسب اجازه برای انجام پژوهش با همکاری مدیر اجرایی انجمن لیست بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به مرکز تهیه شد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با مراجعه به لیست اعضای انجمن ۱۲۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. قبل از ارائه پرسشنامه به افراد مورد نظر، ضمن معرفی خود، توضیحات مختصری درباره هدف پژوهش، ضرورت همکاری صادقانه آن‌ها و چگونگی پاسخ دهی به سوالات داده شد و اینکه پاسخ درست و یا غلطی وجود ندارد و هر کس باید نظر خود را بیان کند و پاسخ‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند، به صورت گروهی به سوالات پاسخ دادند و محدودیت زمانی برای این کار وجود نداشت و پس از چند روز پرسشنامه‌های تکمیل شده از اعضا که در پژوهش همکاری کرده بودند، جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 21 و آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن، استرس ادراک شده، خستگی و مؤلفه‌های آن و امید به زندگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار کیفیت

زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) گروه نمونه به ترتیب ۴۸/۴۹ و ۱۲/۱۸ است؛ بیشترین میانگین از مؤلفه‌های کیفیت زندگی، مربوط به مؤلفه اختلال نقش به‌علت سلامت هیجانی (RE) با میانگین ۵۰/۵۶ است. میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده به ترتیب ۳۳/۳۳ و ۷/۲۲ است. در زمینه خستگی، میانگین و انحراف معیار نمره بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) گروه نمونه به ترتیب ۵۵/۲۶ و ۱۶/۲۵ است؛ بیشترین میانگین از مؤلفه‌های خستگی، مربوط به مؤلفه خستگی جسمی با میانگین ۱۲/۰۷ است. در نهایت، میانگین و انحراف معیار امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) گروه نمونه به ترتیب ۱۸۸/۴۵ و ۳۳/۳۶ است.

همچنین، نتایج این جدول نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه مثبت معنی‌دار دارد ($p < 0/01$ و $r < 0/48$)؛ تمامی ضرایب همبستگی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (به استثنای کارکرد اجتماعی (SF) و درد (P)) با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) نیز در سطوح $p < 0/01$ و $p < 0/05$ معنی‌دار بود. همچنین، استرس ادراک شده ($p < 0/01$ و $r < -0/54$) و خستگی ($p < 0/01$ و $r < -0/51$) با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه منفی معنی‌دار دارد؛ تمامی ضرایب همبستگی مؤلفه‌های خستگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) نیز

ظاهره ثمین و حسین اخلاقی کوهپایه: پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و...

در سطوح $p < 0/01$ و $p < 0/05$ معنی‌دار است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	امید به زندگی	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
کیفیت زندگی	۰/۴۸**	۴۸/۴۹	۱۲/۱۸	۲۰/۸۴	۷۱/۴۴
کارکرد جسمی (PF)	۰/۲۰*	۴۲/۹۶	۲۴/۴۶	۰	۸۰
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)	۰/۲۷**	۴۷/۹۲	۳۸/۵۶	۰	۱۰۰
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)	۰/۳۵**	۵۰/۵۶	۴۴/۰۶	۰	۱۰۰
انرژی/خستگی (EF)	۰/۲۳*	۴۳/۵۴	۱۵/۶۰	۱۰	۱۰۰
بهبودی هیجانی (EW)	۰/۲۶**	۴۷/۴۷	۱۳/۲۷	۱۶	۸۸
کارکرد اجتماعی (SF)	۰/۰۷	۴۸/۱۰	۱۵/۴۹	۱۲/۵۰	۱۰۰
درد (P)	۰/۰۶	۴۶/۹۹	۲۴/۵۱	۰	۱۰۰
سلامت عمومی (GH)	-۰/۴۸**	۶۰/۳۷	۱۸/۲۷	۱۰	۹۵
استرس ادراک‌شده	-۰/۵۴**	۳۳/۳۳	۷/۲۲	۱۸	۴۹
خستگی	-۰/۵۱**	۵۵/۲۶	۱۶/۲۵	۲۳	۱۱۲
خستگی عمومی	-۰/۴۹**	۱۰/۶۷	۳/۳۴	۴	۲۰
خستگی جسمی	-۰/۱۸*	۱۲/۰۷	۷/۶۷	۴	۶۷
کاهش فعالیت	-۰/۳۶**	۱۱/۰۸	۴/۴۴	۴	۲۰
کاهش انگیزه	-۰/۵۹**	۸/۳۷	۳/۲۱	۴	۱۸
خستگی ذهنی	-۰/۴۶**	۱۱/۰۸	۴/۲۰	۴	۲۰
امید به زندگی	-	۱۸۸/۴۵	۳۳/۳۶	۱۰۰	۲۳۷

ادراک‌شده و خستگی در مجموع ۳۹٪ از کل واریانس امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) را تبیین می‌کنند. علاوه بر این، نتایج این جدول نشان می‌دهد، که تمامی متغیرهای پیش‌بین (کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی) توان پیش‌بینی امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) را دارند. از لحاظ قدرت پیش‌بینی به ترتیب استرس ادراک‌شده به شیوه منفی ($\beta: -0/34$)، خستگی نیز به شیوه منفی ($\beta: -0/22$) و کیفیت زندگی به شیوه مثبت ($\beta: 0/20$) توانایی پیش‌بینی امید به زندگی

در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) به روش گام به گام گزارش شده است. طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام، بین متغیرهای پیش‌بین (کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی) با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) همبستگی چندگانه $MR: 0/62$ وجود دارد، که در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که کیفیت زندگی، استرس

بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) را دارند.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی امید به زندگی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

(MS) براساس کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی

P	T	β	خلاصه مدل				متغیرها	گام‌ها
			P	F	R ²	R		
< ۰/۰۰۰۱	-۶/۸۷	-۰/۵۳	< ۰/۰۰۰۱	۴۷/۲۰	۰/۲۹	۰/۵۳	استرس ادراک شده	گام اول
< ۰/۰۰۰۱	-۴/۴۹	-۰/۳۸	< ۰/۰۰۰۱	۳۳/۶۶	۰/۳۷	۰/۶۰	استرس ادراک شده	گام دوم
< ۰/۰۰۰۱	-۳/۸۳	-۰/۳۲					خستگی	
< ۰/۰۰۰۱	-۳/۹۸	-۰/۳۴					استرس ادراک شده	گام سوم
< ۰/۰۲۵	-۲/۲۸	-۰/۲۲	< ۰/۰۰۰۱	۲۴/۷۶	۰/۳۹	۰/۶۲	خستگی	
< ۰/۰۳۱	۲/۱۹	۰/۲۰					کیفیت زندگی	

نتیجه‌گیری و بحث

وجود دارد و توان پیش‌بینی امید به زندگی بهتر از روی کیفیت زندگی نیز وجود دارد، همسو است. همچنین، نتایج حاصل از این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش بورگر- استریت، پولزر و هاهنر (۲۰۱۶) که نشان دادند ضعف کیفیت زندگی با تأثیر منفی بر زندگی روزمره و افزایش مرگ‌ومیر در تعداد قابل توجهی از بیماران همراه می‌باشد، همسو است.

در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (MS) مشکلات روان شناختی منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می‌شود (بیرامی، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد و بیمار نیز از کارآیی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت کند (گشتاسبی، ۱۳۹۵).

یافته‌ها نشان داد، بین کیفیت زندگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه سطح کیفیت زندگی بالاتر باشد وضعیت امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) نیز بالاتر خواهد بود. همچنین، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی به شیوه مثبت ($\text{Beta} = ۰/۲۰$) توان پیش‌بینی امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) دارد؛ بدین صورت که با هر واحد انحراف استاندارد افزایش در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)، امید به زندگی این بیماران ۰/۲۰ بهبود می‌یابد.

نتایج حاصل از این یافته به طور کلی با نتایج به دست آمده از پژوهش شعاع کاظمی و جاوید (۱۳۸۸) که نشان دادند رابطه مثبت و معنی‌دار بین امید به زندگی و کیفیت زندگی

زندگی آنان سریع‌تر از دیگران بسته می‌شود. در حالی که میزان جراحت آنان به مراتب کمتر از سایر بیماران بوده است (شعاع کاظمی و جاوید، ۱۳۸۸). همچنین در تبیین نتیجه فرضیه پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که به نظر گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۴) "امید به زندگی" معیاری برای اندازه‌گیری "کیفیت زندگی" انسان‌ها است. یعنی، کیفیتی که هرکس در طول زندگی خود ممکن است در نظر داشته باشد یا به آن دست یابد.

همچنین، در رابطه با تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که کیفیت زندگی یک بینش و احساس ذهنی است که محصول ارزیابی و قضاوت فرد از شرایط زندگی کنونی خویش در قیاس با انتظارات او است و به عبارت دیگر، خود ارزیابی فرد از شرایط زندگی کنونی‌اش و مقایسه آن با انتظارات شخصی فرد در بافت فرهنگی، تجارب فرهنگی و سیستم ارزشی است (اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). کیفیت زندگی یک مفهوم فردی قلمداد می‌شود، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین شود و به این دلیل کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین، کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی درمورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل است، که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را

در راستای نتایج پژوهش حاضر نیز گزارش شده است بیمارانی که از سبک و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین است و کمتر به سایر بیماری‌ها مبتلا می‌شوند. میزان ایمنی بدن آنان نیز در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد (علاقبند، ثروت و زارع‌پور، ۱۳۹۳). در واقع رابطه بین امید و کیفیت زندگی یک رابطه دو سویه است. به این صورت که امیدواری کم، نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند که مستقل از علایم تشخیص و سایر مهارت‌های مقابله‌ای است. بیمارانی که از روحیه امیدوار برخوردار باشند، راه‌های مقابله با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد می‌گیرند و از این طریق، در سیر درمان خود می‌توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع‌رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. البته، در بسیاری از مواقع، بیماران به دلیل رفتارهای اجتنابی از افساد بیماری خود هراس دارند و از مکانیزم دفاعی انکار در برخورد با بیماری استفاده می‌کنند. لذا، از مهارت‌های مقابله همانند حل مسئله و جستجوی راهکارهای مناسب کمتر استفاده می‌کنند (اسنایدر، ۲۰۰۶). چنان که تحقیقات متعدد نیز بیانگر آن است، که بیمارانی که از سبک زندگی خوبی برخوردارند، بعد از عمل جراحی کمتر به سایر بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و میزان ایمنی بدن آنان در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و بالعکس بیمارانی که ناامید از درمان هستند و از استرس بالایی نیز رنج می‌برند، با کوچک‌ترین نشانه‌ای از پا در می‌آیند و پرونده

1. Smith

صورت که با هر واحد انحراف استاندارد کاهش در استرس ادراک شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)، امید به زندگی این بیماران ۰/۳۴ بهبود می‌یابد.

نتایج حاصل از این یافته به‌طور کلی با نتایج به‌دست آمده از پژوهش خلعتبری و آشوری (۱۳۹۱) که نشان دادند بین امید به زندگی و استرس ادراک شده رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد، همسو است. همچنین نتایج حاصل از این یافته به‌طور کلی با نتایج پژوهش صالحی دوست و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند تاب‌آوری در برابر استرس نقش مؤثری در ایجاد و افزایش مؤلفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر از جمله امید و شوخ‌طبعی دارد، همسو است.

سطوح بالای استرس منجر به کاهش تاب‌آوری فرد می‌شود و مانع می‌شود که فرد از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. در واقع به‌نظر می‌رسد که امیدواری و تاب‌آوری در برابر استرس به عنوان یکی از متغیرهای روانشناسی مثبت‌گرا، ارتباط بالایی با بهزیستی روانشناختی داشته باشد؛ درحالی‌که، استرس همواره با بهزیستی روانشناختی ارتباط منفی دارد (کار، ۲۰۰۴). در واقع، استرس ادراک شده و کاهش در میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و افسردگی همراه است (تریزا، ۲۰۱۰). لذا، در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان به این مسأله

درفرد بر می‌انگیزد (فرهانی، محمدخانی و جوکار، ۱۳۸۸). از طرف دیگر، امیدواری دارای یک زیربنای شناختی و ارزشی است و به‌طور اساسی تفکر هدف‌مدار است که به‌عنوان حالت انگیزشی مثبت از احساس موفقیت ناشی می‌شود (اسنایدر و فورسیت^۱، ۱۹۹۱). کیفیت زندگی نیز حاصل قضاوت شناختی فرد در بافت فرهنگی که در آن قرار دارد می‌باشد (فریش^۲، ۲۰۱۱)، پس منطقی به نظر می‌رسد که امیدواری و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری با یکدیگر داشته باشند و با توجه به اینکه کیفیت زندگی در بر گیرنده سازه‌های امیدواری، شادکامی، رفاه اجتماعی و ارزش‌های فردی است (اسچالوک^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). منطقی به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی نیز بتواند نقش تعیین‌کننده‌ای برای امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) داشته باشند.

یافته‌ها نشان داد که بین استرس ادراک شده با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. به‌عبارت دیگر، هر چه سطح استرس ادراک شده پایین‌تر باشد وضعیت امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بالاتر خواهد بود. همچنین نتایج نشان داد که استرس ادراک شده به‌شیوه منفی (۰/۳۴ - Beta=) توان پیش‌بینی امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) دارد؛ بدین

1. Snyder & Forsyth
2. Frisch
3. Schalok

اشاره کرد که استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) از جمله عوامل بسیار مهمی است که می‌تواند در کاهش سطح بهداشت روانی آن‌ها تأثیر بسزایی داشته باشد. به عبارت دیگر، این‌طور به نظر می‌آید که در صورتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) استرس کمتری را ادراک کنند و به این مهم اعتقاد راسخ داشته باشند که آینده می‌تواند بهتر باشد، احساس امید و هدفمندی در آن‌ها افزایش می‌یابد و بیمار به این باور می‌رسد که می‌تواند زندگی و آینده خود را کنترل کند و موانع احتمالی نمی‌تواند آن‌ها را متوقف سازد. از سوی دیگر، بیمارانی که امید به آینده در آن‌ها وجود دارد دارای باور مثبتی نسبت به توانایی‌های خودشان برای مقابله با بیماری و رسیدن به اهداف‌شان هستند، بنابراین در برابر مشکلات و تنش‌های موجود در زندگی مقاومت و بردباری بیشتری از خود نشان می‌دهند.

بنابراین می‌توان گفت که با ارتقای تاب‌آوری این بیماران در برابر استرس، بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند. تاب‌آوری، با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی بیماران را تضمین می‌کند درحالی‌که استرس می‌تواند تأثیر مخربی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها بگذارد.

یافته‌ها نشان داد که بین خستگی با امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. به عبارتی دیگر هر چه سطح خستگی پایین‌تر باشد وضعیت امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بالاتر خواهد بود. همچنین نتایج نشان داد که خستگی به‌شيوه منفی ($Beta = -0.22$) توان پیش‌بینی امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) دارد. بدین صورت که با هر واحد انحراف استاندارد کاهش در خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)، امید به زندگی این بیماران ۰/۲۲ بهبود می‌یابد. نتایج حاصل از این یافته به‌طور کلی با نتایج به دست آمده از پژوهش آجریز و همکاران (۱۳۹۵) که نشان داد بین امید با اضطراب، افسردگی و خستگی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد، همسو است. همچنین نتایج حاصل از این یافته به‌طور کلی با نتایج پژوهش آی^۱ و همکاران (۲۰۰۵) که نشان داد امید در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌عنوان یک منبع درونی و مکانیسم سازگاری برای کسب زندگی است که می‌تواند تحت تأثیر بیماری مزمن آن‌ها کاهش یابد، همسو است.

خستگی از شایع‌ترین علائم در افراد مبتلا به ام‌اس است و عامل بزرگی در محدود کردن مسئولیت‌های کاری و اجتماعی این افراد است. به همین دلیل خستگی یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، انزوای اجتماعی و نیز عدم

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر مربوط به قلمرو زمانی و مکانی مطالعه است. این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس شهر تهران و در نیمه اول سال ۱۳۹۶ انجام شده است، از این رو باید در تعمیم نتایج به دیگر قشرهای جامعه احتیاط شود. همچنین، با توجه با تأثیر کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)، پیشنهاد می‌شود ضمن درمان دارویی برای بهبود وضعیت سلامت روانشناختی و افزایش امید این بیماران، دوره‌های آموزشی مبتنی بر کیفیت زندگی و مبتنی بر کاهش استرس تشکیل شود تا علاوه بر اینکه میزان امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بالا رود منجر به افزایش سلامت روانشناختی آن‌ها شود.

اشتغال بیماران مبتلا به ام.اس است (مطهری‌نژاد، پروانه و قهاری، ۱۳۹۵). خستگی مداوم و عدم توانایی در انجام فعالیت‌ها و تلاش فراوان برای نفس کشیدن و این واقعیت که بیماری طولانی مدت است، می‌تواند باعث کاهش اعتماد به نفس و امید به زندگی بیماران شود (اسملتزر و بار، ۲۰۱۱). لذا، در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که عوارض بیماری مالتیپل اسکلروزیس به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده آن تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در بر می‌گیرد و در نتیجه امید به زندگی بیمار را کاهش می‌دهد. کاهش امید به زندگی در تشدید بیماری‌های مزمن از جمله مالتیپل اسکلروزیس نقش چشم‌گیری دارد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که فرسودگی و خستگی ناشی از ماهیت ناتوان‌کننده این بیماری نقش مهمی در کاهش امید به زندگی آن‌ها داشته باشد.

منابع

رسیدی، مهدی (۱۳۹۴) اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد نظریه انتخاب بر کاهش احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس). فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴(۱۶) ۱۰۹-۱۲۰.

بیرامی، منصور، هاشمی، تورج، ماشینی، نعیمه، صادقی زاده، منیژه (۱۳۸۹). سیستم‌های فعال سازی/بازداری رفتاری و عوامل شخصیت بیماران مبتلا به MS. کنگره انجمن روانشناسی ایران.

حیدری سورشجانی، سعید، اسلامی، احمدعلی و حسن‌زاد، اکبر (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. مجله تحقیقات

حاتمی، محمد، فرمانی، فردین، صفوی، ساحره، نجفی‌زاده، عاطفه و اسدی قلعه

- نظام سلامت، ۷(۵)، ۵۷۹-۵۷۱.
- علاقبند، مریم، ثروت، فرخ‌لقا و زارع‌پور، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۲(۵۶)، ۱۸۱-۱۷۵.
- فراهانی، محمد نقی، محمدخانی، شهرام، جوکار، فرهاد (۱۳۸۸). رابطه بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در معلمان شهر تهران. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۳(۱)، ۵-۰.
- قراءزیبایی، فاطمه، دهکردی، مهناز، علیپور، احمد و محتشمی، طیبه (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۴)، ۲۰-۱۲.
- گشتاسبی، آریتا (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مطهری‌نژاد، فاطمه، پروانه، شهریار و قهاری، ستاره (۱۳۹۵). خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: علل، ارزیابی و درمان. مجله علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد، ۵(۱)، ۸۰-۷۳.
- خلعتبری، جواد و آشوری، آلاله (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین هویت کسب‌شده، شیوه فرزند‌پروری ادراک‌شده و میزان امید به زندگی با استرس ادراک‌شده در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دبیرستان‌های سماء استان گیلان. روانشناسی تربیتی، ۳(۱)، ۹۹-۱۰۸.
- زندى پور، رضا (۱۳۸۸). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی بعنوان پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی در بیماران MS شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.
- شعاع‌کاظمی، مهرانگیز و مهرآورمؤمنی، جاوید (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۲(۳ و ۴)، ۲۷-۲۰.
- عبدخدایی، زهرا، شهیدی، شهریار، مظاهری، محمد علی، بناغی، لیلی و نجاتی، وحید (۱۳۹۶). راه‌کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (MS): بررسی پدیدارشناسانه. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲۴)، ۳۰-۷.

- میرزایی، ام‌البین، واقعی، سعید و کوشان، محسن (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان استرس ادراک شده در دانشجویان رشته پرستاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۷(۲)، ۸۸-۹۵.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M. & Reisner, L.C. (2001). *Mastering Stress*. American Health Publishing Company.
- Burger-Stritt, S., Pulzer, A., Hahner, S. (2016). Quality of Life and Life Expectancy in Patients with Adrenal Insufficiency: What Is True and What Is Urban Myth?. *Frontiers of Hormone Research Home*, 46, 171-184.
- Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. Routledge.
- Cohen, S., Kamarck T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24, 385-396.
- Fan, J., Ligu, Q., Liu, J., Wang, W., Wang, M., Qi, Y. (2014). Impact of cardiovascular disease deaths on life expectancy in Chinese population. *British Ecological Society*, 27(3), 162-168.
- Farran, C.J., Herth, K.A., Popovich, J.M. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. London: Sage Publications.
- Folkman, S. (2013). *Stress, Coping, and Hope. Psychological Aspects of Cancer*, 119-127.
- Gabriel, Z., Bowling, A.N.N. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24 (05): 675-91. DOI:
- 10.1017/s0144686x03001582.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training A randomized trial. *Neurology*, 75(13), 1141-1149.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Kinkel, R.P. (2002). Fatigue in multiple sclerosis. Reducing the impact through comprehensive management. *International Journal of M.S Care*, 23(2), 11-17.
- Lawrence, Hancock, D., Kirsten, J., Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*; 10(11), 1-14.
- Lee, K.A. (1997). An overview of sleep and common sleep problems. *American Nephrology Nurses' Association*, 24(6), 614- 677.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev*, 87, 873-904.
- Mills, Edward, J., Bakanda, Birungi, C., Chan J., Ford, K., et al. (2011). Life expectancy of persons receiving

- combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Annals of internal medicine*, 155(4), 209-216.
- Noergaard Munch T., Strömngren, A.S., Pedersen, L., Petersen, M.A., Hoermann, L., Groenvold, M. (2006). Multidimensional Measurement of Fatigue in Advanced Cancer Patients in Palliative Care: An Application of the Multidimensional Fatigue Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(6), 553-541.
- Rusteen, T. (1995). Hope and Quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nurs*, 18 (5), 355-361.
- Schwartz, A.L. (2000). Daily fatigue patterns and effect of exercise in women with breast cancer. *Cancer Pract*, 8(1), 16-24.
- Smeets, T., Otgaar, H., Candel, I. & Wolf, O.T. (2008). True or false? Memory is differentially affected by stress-induced cortisol elevations and sympathetic activity at consolidation and retrieval. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 1378-1386.
- Smeltzer, S., Bare, B. (2011). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, A.E., Sim, J., Scharf, T., Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society*, 24(05), 793-814.
- Snyder, R., Anderson, J. (1991). Hope and health: measuring the will and ways. handbook of social and clinical. Psychology: the Health Perspective. NewYork: program press.
- Snyder, C.R., Forsyth, D.R. (1991). Handbook of social and clinical psychology: The health perspective. Pergamon Press.