





Research Paper

Compilation and Assessment of a Model for the Correlations between Emotional Self-regulation and Social Problem-solving with Disease Perception and Resilient Mediation in Patients with Multiple Sclerosis in Tabriz, Iran

Jalil Fayand¹ , Maryam Akbari¹ , Omid Moradi¹ , Quomarth Karimi² 

1. Department of psychology, sanandaj branch, Islamic Azad university, sanandaj, Iran

2. Department of psychology, Mahabad branch, Islamic Azad university, Mahabad, Iran

Citation: Fayand J, Akbari M, Moradi O, Karimi Q. [Compilation and Assessment of a Model for the Correlations between Emotional Self-regulation and Social Problem-solving with Disease Perception and Resilient Mediation in Patients with Multiple Sclerosis in Tabriz, Iran (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019 8(1): 242-255

Resived: 9 Apr 2019

Accepted: 8 Jun 2019

Available Online: Oct 2019

Abstract

Objective: The present study aimed to assess the correlations between emotional self-regulation and problem-solving with disease perception through resilient mediation in patients with multiple sclerosis (MS) in Tabriz, Iran.

Methodology: This study was carried out as structural equations on 250 MS patients in Tabriz in 2018, who completed emotional self-regulation, problem-solving, disease perception, and resilience questionnaires. LISREL software and structural equations were used to calculate the fitting share.

Results: Direct, significant correlations were observed between emotional self-regulation and disease perception, emotional self-regulation and resilience, and disease perception and resilience, so that positive emotional self-regulation could predict disease perception. The direct correlations of positive and negative orientation with disease perception, components of logical problem-solving, impulsive style, and disease perception, as well as resilience and disease perception were also considered significant. However, the correlation of direct positive orientation with resilience, logical problem-solving, and disease and negative orientation with resilience, impulsive style, and disease perception, as well as the causal correlations of the avoidance style with disease perception and resilience were not significant.

Conclusion: Emotional self-regulation and resilient mediation play a key role in the disease perception of MS patients, and the obtained model could be considered as a therapeutic protocol.

Keywords:

Emotional Self-regulation, Problem-solving, Disease perception, Resilience, Multiple Sclerosis

*Corresponding author:

Maryam Akbari

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sanandaj, Sanandaj, Iran

Tel: +98 (912) 0321498

Email: akbari1384@gmail.com

تدوین و آزمون مدل ارتباط بین خود تنظیمی عاطفی و حل مسئله اجتماعی بر ادراک بیماری با میانجی گری تاب آوری در بیماران مالتیپل اسکلروزیس (M.S) شهر تبریز

جلیل فایند^۱، مریم اکبری^{۱*}، امید مرادی^۱، کیومرث کریمی^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، آذربایجان غربی، ایران

چکیده:

تاریخ دریافت: ۲۰ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۸ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: مهر ۱۳۹۸

زمینه و هدف: پژوهش با هدف آزمون مدل ارتباط بین خودتنظیمی عاطفی و حل مسئله با ادراک بیماری با میانجی گری تاب آوری در بیماران مالتیپل اسکلروزیس در شهر تبریز انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش، به صورت معادلات ساختاری انجام شد. نمونه شامل ۲۵۰ بیمار مبتلا به ام اس شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بود. بیماران به پرسشنامه های خودتنظیمی عاطفی، حل مسئله، ادراک بیماری و تاب آوری پاسخ دادند. سپس با استفاده از نرم افزار لیزرل و معادلات ساختاری، سهم برازش آنها محاسبه شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مسیر مستقیم از خودتنظیمی عاطفی به ادراک بیماری، مسیر مستقیم از خودتنظیمی عاطفی به تاب آوری و مسیر مستقیم از تاب آوری به ادراک بیماری، از نظر آماری معنی دار هستند. به طوری که خودتنظیمی عاطفی به شیوه مثبت قادر به پیش بینی ادراک بیماری و تاب آوری و همچنین، تاب آوری به شیوه مثبت قادر به پیش بینی ادراک بیماری است. مسیر مستقیم از مؤلفه های جهت گیری مثبت و جهت گیری منفی به ادراک بیماری و همچنین مسیر مستقیم از مؤلفه های حل مسئله منطقی، و سبک تکانشی، به ادراک بیماری و نیز مسیر مستقیم از تاب آوری به ادراک بیماری از نظر آماری معنی دار هستند. اما، مسیرهای مستقیم از جهت گیری مثبت به تاب آوری، حل مسئله منطقی به ادراک بیماری، جهت گیری منفی به تاب آوری، سبک تکانشی به ادراک بیماری و همچنین مسیرهای علی از سبک اجتنابی به ادراک بیماری و تاب آوری از نظر آماری معنی دار نیستند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می توان خودتنظیمی عاطفی با میانجی گری تاب آوری نقش مهمی در ادراک بیماری بیماران ام اس دارد و مدل به دست آمده را می توان یک پروتکل درمانی در نظر گرفت.

کلید واژه ها:
خودتنظیمی عاطفی، حل مسئله، ادراک بیماری، تاب آوری، مالتیپل اسکلروزیس.

نویسنده مسئول:

مریم اکبری

نشانی: کردستان، سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۹۱۲۰۳۲۱۴۹۸

پست الکترونیک: Akbari1384@gmail.com

مقدمه:

و اجتماعی استفاده می‌کنند به آن مهارت، مهارت حل مسئله گفته می‌شود. توانایی حل مسئله اجتماعی یک سازه واحد نیست، بلکه سازه‌ای چندبعدی و مرکب از توانایی‌های مختلف است. در مدل اولیه فرض بر این بود که توانایی حل مسئله اجتماعی از دو مؤلفه مستقل جهت‌گیری مسئله و مهارت‌های حل مسئله تشکیل می‌شود که بعدها سبک حل مسئله لقب گرفت. مهارت‌های حل مسئله دلالت بر فعالیت‌های شناختی و رفتاری دارد که به وسیله آن شخص تلاش می‌کند مسئله را درک و راه حل مؤثری پیدا کند. چهار مهارت اصلی حل مسئله عبارتند از: ۱- تدوین و تعریف مسئله ۲- ارائه راه‌حل‌های مختلف ۳- تصمیم‌گیری ۴- اثبات و راه‌حل‌های مختلف. سلامت روانی وقتی اهمیت خود را نشان می‌دهد که نگاهی به پیامدهای اختلال‌های روانی داشته باشیم^(۱). آموزش حل مسئله اجتماعی، سیستم‌های طبیعی را برای کنترل رفتارهای اجتماعی و عاطفی فراهم می‌کند^(۲).

تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد^(۳). تاب‌آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش‌های سازگاری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن است. تاب‌آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت همچون ابتلا به یک بیماری مزمن است. به بیانی دیگر انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط چالش‌برانگیز در زندگی را تاب‌آوری می‌نامند. تاب‌آوری، توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد^(۴). هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آنگاه تاب‌آوری به ظهور می‌رسد. در نتیجه‌ی فرآیند تاب‌آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می‌گردند و سلامت روان حفظ می‌شود^(۵، ۱۴). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌بایست مهارت‌های تطابقی را یاد گرفته و آنها را در روبروشدن با چالش‌های روزانه به‌کار گیرند^(۶).

در همین راستا، بهرامی، احمدیان و عشقی^(۷) نشان دادند که ادراک بیماری، ارتباط معنی‌داری با خودتنظیمی، حل مسئله و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو دارد. براساس این یافته‌ها، بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو در ادراک مثبت و منفی از بیماری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. غیاثوند^(۸) در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نشان داد که ادراک بیماری با توجه به نقش میانجی تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مؤثری در کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی باشد. امیری^(۹) در پژوهش خود نشان داد که ادراک بیماری و کیفیت خواب می‌توانند به طور معنی‌داری فاجعه‌سازی درد و تاب‌آوری را به طور مستقیم پیش‌بینی کنند و در نهایت با توجه به مدل پیشنهادی، مشخص گردید که ادراک بیماری و کیفیت خواب با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد، توانستند به‌طور معنی‌داری تاب‌آوری را پیش‌بینی کنند. یافته‌های ویلیام و همکاران^(۱۰) نشان می‌دهد که خودتنظیمی و حل مسئله با کیفیت زندگی و عملکرد بهتر در زمینه‌های تاب‌آوری، ابراز وجود، استقلال، همدردی با دیگران، کنترل و خوش بینی رابطه دارد. در مجموع با توجه به ابعاد نظری مطرح شده و اینکه تابه‌حال برای بیماران ام اس هیچ گونه مدل روانشناختی ارائه نشده است، این پژوهش در پی آن است که مدلی برای ارتباط بین خود تنظیمی و

بیماری مولتیپل اسکلروز یکی از بیماری‌های شایع سیستم اعصاب مرکزی است که بیشتر جوانان را گرفتار می‌کند. در این بیماری میلین که در انتقال پیام‌های عصبی در طول فیبرهای عصبی نقش دارد، آسیب می‌بیند. اگر آسیب میلین جزئی باشد پیام‌های عصبی با اختلالات کمتری منتقل می‌شوند^(۱)، اما اگر آسیب میلین زیاد باشد بافت اسکار مانند (زخمی شکل) جایگزین میلین می‌شود، از این رو انتقال پیام‌های عصبی ممکن است به طور کامل قطع شوند. نام این بیماری به این علت مولتیپل اسکلروزیس انتخاب شده است که در مناطق زیادی از سیستم عصبی ضایعه ایجاد می‌شود (مولتیپل) و اسکار که به معنی بافت سخت می‌باشد جانشین میلین آسیب دیده می‌گردد^(۲). آمار مبتلایان به این بیماری در کل دنیا تقریباً ۲/۵ میلیون نفر می‌باشد. بر اساس گزارش انجمن ام اس ایران حدود ۲۵۹۲۴ نفر بیمار با انجمن در ارتباط بوده و شناسایی شده‌اند^(۳). شیوع این بیماری در زنان دو برابر مردان و سن ابتلا بیشتر بین ۴۰-۲۰ سالگی می‌باشد^(۴).

شناخت بیماران ام اس از بیماریشان، تحت عنوان ادراک بیماری (Illness preception) یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و بر پایه‌ی جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد. این عامل می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد^(۵). ادراک بیماری رویکردی است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار است. این رویکرد بیان می‌کند افراد در برخورد با یک بیماری یا یک عامل تهدیدکننده حیات، یک تصویر کلی و باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری می‌گویند. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه‌ی بیماری تأثیرگذار است. در بیماری‌ها جسمی نظیر بیماری ام اس ادراک بیماری، تفاوت در پیامدهای بیماری را تا حد زیادی تبیین می‌نماید^(۶). همچنین بیماران با شرایط و شدت علائم یکسان، ادراک متفاوتی از بیماری خویش دارند که بر رفتار و عملکرد و شدت علائم بیماران و پیامدهای آن تأثیر می‌گذارد^(۷ و ۸).

انسان‌ها در طول زمان برای نظم بخشیدن به حالات روانی و رفتاری خود راهبردهای زیادی را مورد استفاده قرار داده‌اند. بعد جسمانی انسان مجهز به تعادل حیاتی است و روش‌هایی را به منظور تنظیم وضعیت عاطفی و رفتاری خود به کار می‌گیرند. بر همین مبنا از آن جا که انسان‌ها تمایل دارند تا عواطف مثبت، خوشی و لذت را بیشتر از عواطف منفی داشته باشند اقداماتی را جهت رسیدن به این منظور انجام می‌دهند. یکی از این اقدامات خودکارآمد، خودتنظیمی عاطفی است^(۹). انسان‌ها با این‌گونه راهبردها کنترل و تأثیرگذاری بیشتری بر عواطف خود احساس می‌کنند^(۸ و ۹). خودتنظیمی، هسته اصلی عملکرد کارآمد در خصوص کنترل تکانه (Impulse control disorder)، مدیریت زمان و مقابله با فشار روانی می‌باشد. با توجه به منطبق زیست اجتماعی انسان، مسائل مطرح برای انسان به طور چشمگیری ریشه و اساس اجتماعی دارند که انسان در مواجهه با آن، به منظور حل مسائل ساده و پیچیده‌ای که همه روزه پیش رو دارد، باید از توانایی‌های خود و دیگران کمک بگیرد^(۱۰). هنگامی که افراد از مهارتی برای برطرف کردن مسائل فردی

حل مسئله اجتماعی با ادراک بیماری با میانجی‌گری تاب‌آوری در بیماران ام اس ارائه دهد.

روش بررسی:

این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا بر اساس مدل ارتباطی و طبق معادلات ساختاری جزء تحقیقات توصیفی-همبستگی محسوب می‌شود. همچنین جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شهرستان تبریز بود که بعد از مراجعه به کلینیک‌های درمانی تعداد ۲۵۰ نفر از آنها انتخاب شد و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌های به‌دست آمده با نرم افزار لیزرل مورد بررسی قرار گرفت.

در این پژوهش حجم جامعه آماری بر اساس جدول آماری مورگان بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن و مرد جوان ۴۰ تا ۵۰ سال شهر تبریز بود، که بصورت تصادفی طبقه‌ای از میان مردان و زنان جوان و میان سال انتخاب و بررسی شدند. ملاک‌های ورود شامل مذکر بودن، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ (جهت هم‌تاسازی آزمودنی‌ها)، ۳ سال از تشخیص بیماری گذشته باشد، عدم ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج نیز عدم رضایت افراد برای شرکت در پژوهش بود.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پرسشنامه‌های پژوهش، به انجمن ام اس تبریز مراجعه شد. مسئولین ذریبیط موافقت خود را جهت اجرای پرسشنامه‌ها اعلام کردند. اغلب افراد مراجعه‌کننده به انجمن، تحت درمان قرار داشتند. برای اطمینان از تشخیص ام اس، پژوهشگر نیز در مورد علائم بیمار پرس و جو کرد. برای رعایت اصول اخلاقی، قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، پژوهشگر در مورد اهداف پژوهش با مراجعان صحبت و رضایت آن‌ها را جلب کرد و از آن‌ها تعهدنامه اخلاقی کسب شد و در صورت تمایل مراجعان، با آن‌ها مشاوره رایگان به عمل می‌آورد و به سؤالات آن‌ها در زمینه روانشناسی پاسخ می‌داد. سپس پرسشنامه‌ها به ترتیب در بین بیماران مبتلا به ام اس توزیع شدند. عواملی چون احساس خستگی، عدم تمرکز و انگیزش کافی در مراجعان ام اس مانعی بودند در برابر پاسخ مناسب به پرسش‌های پرسشنامه که پژوهشگر با دادن زمان بیشتر به بیماران سعی نمود این مورد را رعایت کند. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه‌ی راهبردهای خودتنظیمی عاطفی مارس: این پرسشنامه دارای ۴۴ سوال است که ابعاد شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت را شامل می‌شود. پایایی این پرسشنامه بر روی ۶۰ نفر (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۷۵ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است^(۲۱).

ب) پرسشنامه حل مسئله اجتماعی: یک مقیاس خودگزارشی ۲۵ ماده‌ای است که بر اساس مدل حل مسئله اجتماعی درزیلا و همکاران^(۲۲) به منظور اندازه‌گیری پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد به مسائل زندگی واقعی طراحی شده است. این پرسشنامه از پنج مؤلفه تشکیل شده است. مؤلفه‌های آن عبارتند از مقیاس جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، حل مسئله منطقی، سبک تکانشی/ بی احتیاط، سبک اجتنابی. همچنین این پرسشنامه علاوه بر مؤلفه‌های فوق یک نمره کلی هم

به‌دست خواهد داد. برای به‌دست آوردن امتیاز هر خرده مقیاس، مجموع امتیازات مربوط به سوالات آن بعد باید با هم محاسبه شوند. امتیاز کلی پرسشنامه از حاصل جمع تک تک سوالات پرسشنامه به‌دست می‌آید. دو مقیاس جهت‌گیری مثبت به مسئله و حل مسئله منطقی به عنوان خرده مقیاس حل مسئله سازنده، در نظر گرفته می‌شوند و به صورت مثبت نیز نمره گذاری می‌شوند. اما دیگر مقیاس‌ها که شامل سبک تکانشی/ بی احتیاط سبک اجتنابی و جهت‌گیری منفی به مسئله هستند، خرده مقیاس‌های حل مسئله ناکارآمد را تشکیل می‌دهند، که به صورت منفی (وارونه) نیز نمره گذاری می‌شوند. پایایی آزمون مجدد برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است^(۲۳). روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روانشناختی همپوش، تایید شده است^(۲۴). در ایران مخبری، در تاج و دره کردی^(۲۵)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را برای پنج عامل سنجیده شده و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۸ را برای پرسشنامه حل مسئله اجتماعی کوتاه شده به‌دست آوردند. همچنین در این تحقیق بررسی ساختار عاملی بیانگر وجود پنج عامل اشاره شده در بالا می‌باشد^(۲۶).

ج) پرسشنامه ادراک بیماری: این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط بارد و همکاران^(۲۷) و بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از سوالات، هر یک از خرده مقیاس‌ها به صورت اختصار در آمده است. همه خرده مقیاس‌ها (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس در جهت‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل ادراک از بیماری، مدت طول، کنترل شخصی، درمان‌پذیری و پیامدها می‌باشد. دو مورد واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است. یک مورد قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. جهت‌گیری علی یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از مهمترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند.

د) پرسشنامه تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار اندازه‌گیری می‌کند. حداقل نمره تاب‌آوری شرکت‌کنندگان در این مقیاس صفر و حداکثر نمره آنها صد است^(۲۸). نتایج مطالعات مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را مورد تایید قرار داده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی آن و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده‌اند. این مقیاس در فرم فارسی در پژوهش‌های قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است. در پژوهش سامانی و همکاران^(۲۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پرسشنامه تاب‌آوری به‌دست آمده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها هم از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، و هم از آزمون‌های استنباطی شامل همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته ها:

در این قسمت به صورت توصیفی و استنباطی به تحلیل داده‌ها پرداخته می‌شود.

شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره Z جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش

جدول ۱ شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره آزمون کالموگروف - اسمیرنوف را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره Z جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آماره Z	معنی‌داری
مؤلفه شناختی	۲۳/۶۳	۵/۱۶۵	۰/۵۷۸	۰/۲۴۱	۰/۱۲۴	۰/۰۰۰۱
رفتاری	۲۱/۹۷	۴/۱۵۳	-۰/۰۱۴	-۰/۳۸۱	۰/۰۷۲	۰/۰۰۰۳
تغییر موقعیت	۲۰/۵۴	۵/۳۷۱	-۰/۲۳۶	-۰/۹۲۴	۰/۱۶۰	۰/۰۰۰۱
تغییر عاطفه	۱۷/۹۰	۳/۴۲۸	۰/۳۴۴	-۰/۲۲۹	۰/۱۱۰	۰/۰۰۰۱
کاهش خلق منفی	۱۹/۴۰	۴/۴۷۵	۰/۲۷۶	-۰/۹۰۸	۰/۱۰۸	۰/۰۰۰۱
افزایش خلق مثبت	۱۸/۹۱	۳/۸۵۳	۰/۵۸۲	۰/۳۹۷	۰/۰۹۴	۰/۰۰۰۱
کل خودتنظیمی عاطفی	۱۲۲/۳۵	۱۸/۲۸۹	-۰/۱۶۶	-۰/۴۹۸	۰/۰۶۰	۰/۰۳۰
جهت‌گیری مثبت به مسئله	۱۰/۲۵	۲/۹۲۸	-۰/۰۶۹	-۰/۹۰۵	۰/۰۹۴	۰/۰۰۰۱
حل مسئله منطقی	۹/۹۰	۳/۱۷۰	-۰/۰۰۱	-۱/۰۲۵	۰/۱۳۴	۰/۰۰۰۱
جهت‌گیری منفی به مسئله	۹/۵۰	۳/۱۰۱	۰/۰۹۱	-۱/۳۵۹	۰/۱۱۱	۰/۰۰۰۱
سبک تکانشی	۱۰/۸۹	۳/۱۳۹	-۰/۱۸۷	-۱/۲۲۰	۰/۱۴۱	۰/۰۰۰۱
سبک اجتنابی	۱۱/۷۴	۳/۴۷۶	-۰/۴۰۴	-۰/۸۴۴	۰/۱۴۶	۰/۰۰۰۱
تصویر از شایستگی	۱۶/۷۱	۴/۰۹۵	-۰/۱۵۹	-۰/۳۰۳	۰/۰۶۶	۰/۰۱۱
اعتماد به غرایز فردی	۱۱/۹۵	۳/۴۹۳	۰/۲۷۸	-۰/۲۲۲	۰/۱۱۴	۰/۰۰۰۱
کنترل	۹/۴۲	۳/۸۸۴	۰/۵۷۹	-۰/۵۵۰	۰/۱۴۲	۰/۰۰۰۱
پذیرش مثبت تغییر	۱۱/۲۴	۴/۰۲۳	-۰/۰۲۴	-۱/۱۳۲	۰/۱۲۵	۰/۰۰۰۱
تاثیرات معنوی	۷/۲۰	۲/۷۰۰	۰/۵۵۵	۰/۲۷۶	۰/۱۲۳	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری کل	۵۶/۵۱	۱۱/۱۴۱	۰/۰۵۷	-۰/۳۳۹	۰/۰۵۰	۰/۲۰۰
ادراک از بیماری	۶/۷۲	۱/۹۱۲	-۰/۷۱۵	-۰/۰۹۵	۰/۱۸۲	۰/۰۰۰۱
طول مدت	۴/۶۳	۱/۹۳۷	۰/۲۴۲	-۰/۷۱۷	۰/۱۳۲	۰/۰۰۰۱
فکترل شخصی	۴/۶۹	۲/۰۴۲	۰/۱۴۰	-۰/۷۲۱	۰/۱۱۳	۰/۰۰۰۱
درمان‌پذیری	۶/۴۱	۱/۸۰۰	-۰/۴۳۷	-۰/۵۰۹	۰/۱۵۶	۰/۰۰۰۱
پيامدها	۵/۶۱	۲/۱۱۸	۰/۰۳۸	-۰/۹۶۵	۰/۱۱۷	۰/۰۰۰۱
نگرانی در مورد بیماری	۴/۱۱	۲/۲۴۱	۰/۴۳۱	-۰/۹۱۸	۰/۱۷۸	۰/۰۰۰۱
عواطف	۴/۷۸	۲/۱۲۲	۰/۱۲۲	-۰/۷۲۸	۰/۱۱۰	۰/۰۰۰۱
قابلیت درک و فهم	۴/۶۱	۱/۹۹۶	۰/۲۱۷	-۰/۴۹۶	۰/۱۳۴	۰/۰۰۰۱
جهت‌گیری علی	۴/۷۲	۲/۱۷۱	۰/۱۶۹	-۰/۹۲۴	۰/۱۴۶	۰/۰۰۰۱
کل ادراک بیماری	۴۶/۲۸	۹/۰۱۸	۰/۰۹۲	-۰/۲۶۵	۰/۰۵۸	۰/۰۴۴

چند متغیری نشان داد که داده پرت چند متغیری وجود ندارد. با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنف (جدول ۲) نرمال بودن باقیمانده‌ها برای متغیرهای وابسته ادراک بیماری با توجه به متغیرهای پیش‌بین خودتنظیمی عاطفی و تاب‌آوری بررسی شد که نتیجه نشان‌دهنده تخطی نشدن این پیش‌فرض بود. برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن برای ادراک بیماری برابر با ۱/۵۳۳ بود و این نتیجه نشان می‌دهد که پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است. بررسی شاخص VIF (بیشتر از ۱۰) و شاخص تحمل (کمتر از ۰/۱) نشان داد که شاخص‌های VIF و تحمل در هر یک از متغیرهای پیش‌بین (خودتنظیمی عاطفی و تاب‌آوری) در حد مطلوب است و بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی‌های بزرگ وجود ندارد و هم خطی جدی مشهود نیست. همچنین دو پیش‌فرض، خطی بودن روابط و یکسانی پراکنش باقیمانده‌ها با نمودار پراکنش نمرات پیش‌بینی شده و نمرات باقیمانده بررسی شد (شکل ۱). نبود یک‌روند مشخص در پراکنش نقاط در صفحه، نشان‌دهنده رعایت این پیش‌فرض است.

چنانچه در جدول (۱) مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره کل خودتنظیمی عاطفی برابر با $(۱۲۲/۳۵ \pm ۱۸/۲۸)$ ، مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی شامل جهت‌گیری مثبت به مسئله $(۱۰/۲۵ \pm ۲/۹۲)$ ، حل مسئله منطقی $(۹/۹۰ \pm ۳/۱۷)$ ، جهت‌گیری منفی به مسئله $(۹/۵۰ \pm ۳/۱۰)$ ، سبک تکانشی $(۱۰/۸۹ \pm ۳/۱۳)$ ، و سبک اجتنابی $(۱۱/۷۴ \pm ۳/۴۷۶)$ ، متغیرهای تاب‌آوری $(۵۶/۵۱ \pm ۱۱/۱۴)$ و ادراک بیماری کل برابر با $(۴۶/۲۸ \pm ۹/۰۱۸)$ است. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف در جدول (۱) حاکی از این است که توزیع داده‌ها در برخی از متغیرهای مورد مطالعه نرمال نیست. در خصوص معنی‌دار شدن آماره Z کالموگروف-اسمیرنف می‌توان چنین عنوان کرد که چون این شاخص، آزمون مبتنی بر تعداد نمونه‌ها است، بنابراین با افزایش تعداد نمونه‌های مورد مطالعه احتمال معنی‌داری Z محاسبه شده بیشتر خواهد بود. لذا می‌توان نرمال نبودن توزیع برخی از متغیرهای فوق را با توجه به پایین بودن مقدار شاخص‌های کجی و کشیدگی گزارش شده (± ۲) و برخلاف شاخص عددی به‌دست‌آمده با توجه به قضیه حد مرکزی توجیه کرد. در قضیه حد مرکزی نشان داده می‌شود که تحت شرایطی، مجموع مقادیر حاصل از متغیرهای مختلف که هرکدام میانگین و پراکنندگی متناهی دارند، با افزایش تعداد متغیرها، دارای توزیعی بسیار نزدیک به توزیع طبیعی خواهند بود ^(۲۸).

استنباط سوالات

آیا بین خودتنظیمی با ادراک بیماری با میانجی‌گری تاب‌آوری ارتباط وجود دارد؟

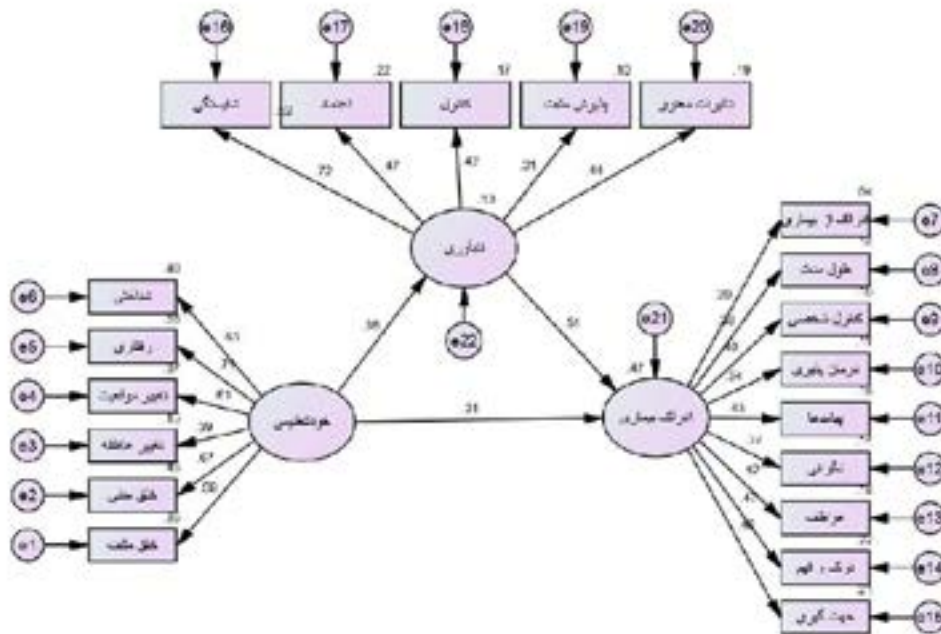
در این مرحله متغیر پیش‌بین خودتنظیمی، متغیر وابسته ادراک بیماری و تاب‌آوری نیز متغیر میانجی می‌باشد. جهت بررسی و پاسخ به فرضیه سوم پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری (SEM) استفاده گردید. با توجه به اینکه مدل‌یابی معادلات ساختاری، از جمله روش‌های گسترش‌یافته تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر است. لذا پیش از ارائه گزارش تحلیل معادلات ساختاری، نتایج بررسی پیش‌فرض‌های رگرسیون ارائه می‌شود.

نتیجه بررسی تشخیصی داده‌های پرت تک‌متغیری در متغیر وابسته ادراک بیماری با استفاده از نمودار جعبه‌ای، نمودار Q-Q و تبدیل نمرات خام به نمرات استاندارد و بررسی نمرات Z بزرگتر از ۲/۵ نشان داد که داده پرت تک‌متغیری وجود ندارد. همچنین بررسی فاصله ماہالانوبیس (روشنی برای اندازه‌گیری فاصله مشاهدات از یکدیگر)^۱ به منظور تشخیص داده‌های پرت

جدول ۲. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن باقیمانده ادراک بیماری با توجه به خودتنظیمی عاطفی و تاب‌آوری

دوربین - واتسون	معنی‌داری	آماره	کشیدگی	کجی	ادراک بیماری
۱/۵۳۳	۰/۲۶۶	۰/۱۰۳	۱/۴۶۲	۰/۴۱۶	

1. Mahalanobis distance



شکل ۱. ضرایب تاثیر خودتنظیمی عاطفی بر ادراک بیماری از طریق تاب آوری

پس از اطمینان از رعایت پیش فرض‌های رگرسیون، نتایج تحلیل معادلات ساختاری در (شکل ۱ و جداول ۳ و ۴) قابل ملاحظه است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پرونداد

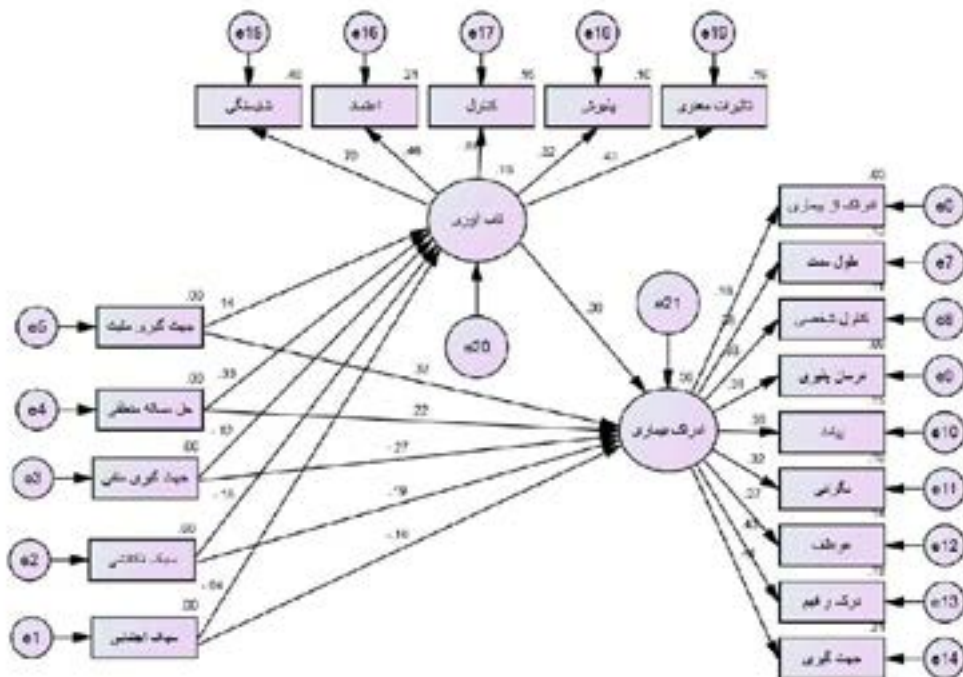
p	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	X ² /df	df	X ²	شاخص‌ها
۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۹	۰/۷۶۰	۰/۸۲۸	۰/۸۶۳	۲/۱۹۷	۱۶۷	۳۶۶/۸۵	مدل پرونداد

انطباقی (AGFI = ۰/۸۳)، شاخص نیکویی برازش مقایسه‌ای (CFI = ۰/۷۶) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA = ۰/۰۶۹) حاکی از برازش متوسط مدل پرونداد است.

جدول (۳) شاخص‌های برازندگی مدل پرونداد را نشان می‌دهد، با توجه به نتایج مندرج در جدول (۳)، شاخص‌های برازش مدل پرونداد نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل شاخص مجذور خی (X²=۳۶۶/۸۵) مجذور خی نسبی (X²/df=۲/۱۹۷)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۸۶)، شاخص نیکویی برازش

جدول (۴) اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل خودتنظیمی عاطفی بر ادراک بیماری از طریق تاب آوری

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیرهای پژوهش
β (۰/۴۹۳)	-	β (۰/۳۱۲) P(۰/۰۳۵)	خودتنظیمی عاطفی ← ادراک بیماری
β (۰/۳۵۷)	-	β (۰/۳۵۷) P(۰/۰۰۰۱)	خودتنظیمی عاطفی ← تاب آوری
β (۰/۵۰۵)	-	β (۰/۵۰۵) P(۰/۰۱۹)	تاب آوری ← ادراک بیماری
-	β (۰/۱۸۰) P(۰/۰۰۰۱)	-	خودتنظیمی عاطفی - تاب آوری - ادراک بیماری
-	-	۰/۱۲۸	R ² تاب آوری
-	-	۰/۴۶۵	R ² ادراک بیماری



شکل ۲. ضرایب تاثیر مولفه های حل مسأله اجتماعی بر ادراک بیماری از طریق تاب‌آوری

درصد از واریانس تاب‌آوری و همچنین، متغیرهای خودتنظیمی عاطفی و تاب‌آوری به‌طور هم‌زمان قادر به تبیین ۴۶ درصد از واریانس ادراک بیماری می‌باشند؛ بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مدل نظری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین خودتنظیمی عاطفی و ادراک بیماری به‌احتمال ۹۵ درصد تأیید می‌گردد. به عبارتی، تاب‌آوری نقش میانجی معنی‌داری در رابطه بین خودتنظیمی عاطفی و ادراک بیماری دارد و بخشی از واریانس خودتنظیمی عاطفی بر ادراک بیماری از طریق تاب‌آوری اعمال می‌شود.

آیا بین حل مسئله اجتماعی و ادراک بیماری با میانجی‌گری تاب‌آوری، ارتباط وجود دارد؟

در این مرحله حل مسئله اجتماعی متغیر پیش‌بین، ادراک بیماری متغیر ملاک و تاب‌آوری نیز متغیر میانجی می‌باشد. جهت بررسی و پاسخ به فرضیه چهارم پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری (SEM) استفاده گردید. با توجه به اینکه مدل‌یابی معادلات ساختاری از جمله روش‌های گسترش‌یافته تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر است لذا پیش از ارائه گزارش تحلیل معادلات ساختاری، نتایج بررسی پیش‌فرض‌های رگرسیون ارائه می‌شود.

نتیجه بررسی تشخیصی داده‌های پرت تک‌متغیری در متغیر وابسته ادراک بیماری با استفاده از نمودار جعبه‌ای، نمودار Q-Q و تبدیل نمرات خام به نمرات استاندارد و بررسی نمرات Z بزرگتر از ۲/۵ نشان داد که داده پرت تک‌متغیری وجود ندارد.

مطابق با شکل (۲) و جدول (۴) مسیر مستقیم از خودتنظیمی عاطفی به ادراک بیماری ($\beta=0/312$ ، $P=0/035$)، مسیر مستقیم از خودتنظیمی عاطفی به تاب‌آوری ($\beta=0/357$ ، $P=0/001$) و مسیر مستقیم از تاب‌آوری به ادراک بیماری ($\beta=0/19$ ، $P=0/055$)، از نظر آماری معنی‌دار هستند. به‌طوری‌که خودتنظیمی عاطفی به شیوه مثبت قادر به پیش‌بینی ادراک بیماری و تاب‌آوری و همچنین، تاب‌آوری به شیوه مثبت قادر به پیش‌بینی ادراک بیماری است. به عبارتی، با افزایش یا کاهش نمرات خودتنظیمی عاطفی در افراد نمرات تاب‌آوری و ادراک بیماری در آنان به مراتب افزایش یا کاهش‌یافته و همچنین، با افزایش یا کاهش تاب‌آوری سطح ادراک بیماری نیز به مراتب افزایش یا کاهش خواهد یافت.

در ادامه به‌منظور آزمون روابط واسطه‌ای مدل ساختاری و دستیابی به معنی‌داری ضرایب غیرمستقیم از آزمون بوت استراپ برنامه AMOS با تعداد نمونه و سطح اطمینان پیش‌فرض برنامه استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) درج شده است. خودتنظیمی عاطفی از طریق تاب‌آوری به‌صورت مثبت ادراک بیماری را پیش‌بینی می‌کند ($\beta=0/180$ ، $P=0/001$)، به عبارتی با افزایش نمرات افراد در خودتنظیمی عاطفی، نمرات آن‌ها در تاب‌آوری نیز به مراتب افزایش می‌یابد و به دنبال این افزایش نیز نمرات ادراک بیماری هم افزایش خواهد یافت. همچنین، با کاهش نمرات افراد در خودتنظیمی عاطفی، سطح تاب‌آوری به مراتب کاهش‌یافته و به دنبال این کاهش، نمرات ادراک بیماری نیز کاهش خواهد یافت. متغیر خودتنظیمی عاطفی قادر به تبیین ۱۳

شده است. بررسی شاخص VIF (بیشتر از ۱۰) و شاخص تحمل (کمتر از ۰/۱) نشان داد که شاخص‌های VIF و تحمل در هر یک از متغیرهای پیش‌بین (مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری) در حد مطلوب است و بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی‌های بزرگ وجود ندارد و همخطی جدی مشهود نیست. همچنین دو پیش‌فرض، خطی بودن روابط و یکسانی پراکنش باقیمانده‌ها با نمودار پراکنش نمرات پیش‌بینی شده و نمرات باقیمانده بررسی شد. نبود یک روند مشخص در پراکنش نقاط در صفحه، نشان‌دهنده رعایت این پیش‌فرض است.

همچنین بررسی فاصله ماه‌لانوویس به منظور تشخیص داده‌های پرت چند متغیری نشان داد که داده پرت چند متغیری وجود ندارد. با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف (جدول ۵) نرمال بودن باقیمانده‌ها برای متغیرهای وابسته ادراک بیماری با توجه به متغیرهای پیش‌بین مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری بررسی شد که نتیجه نشان‌دهنده تخطی نشدن این پیش‌فرض بود. برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن برای ادراک بیماری برابر با ۱/۵۹۵ بود و این نتیجه نشان می‌دهد که پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت

جدول ۵. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن باقیمانده ادراک بیماری با توجه به مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری

دوربین - واتسون	معنی داری	آماره	کشیدگی	کجی	ادراک بیماری
۱/۵۹۵	۰/۱۵۴	۰/۰۸۰	۲/۰۴۸	-۰/۱۱۱	

قابل ملاحظه است.

پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌های رگرسیون، نتایج تحلیل معادلات ساختاری در شکل (۲) و جداول (۵ و ۶)

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل برونداد

p	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	X ² /df	df	X ²	شاخص‌ها
۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۰	۰/۶۷۹	۰/۸۳۵	۰/۸۷۳	۲/۲۲۳	۱۴۶	۳۲۴/۶۱	مدل برونداد

انطباقی (AGFI = ۰/۸۳)، شاخص نیکویی برازش مقایسه‌ای (CFI = ۰/۶۸) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA = ۰/۰۷۰) حاکی از برازش متوسط مدل برونداد است.

جدول (۶) شاخص‌های برازندگی مدل برونداد را نشان می‌دهد، با توجه به نتایج مندرج در جدول (۶)، شاخص‌های برازش مدل برونداد نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل شاخص مجذور خی (X²=۳۲۴/۶۱) مجذور خی نسبی (X²/df=۲/۲۲۳)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۸۷)، شاخص نیکویی برازش

جدول ۷. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی بر ادراک بیماری از طریق تاب‌آوری

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیرهای پژوهش
$\beta (0/370)$	-	$\beta (0/318) P(0/034)$	جهت‌گیری مثبت ← ادراک بیماری
$\beta (0/137)$	-	$\beta (0/137) P(0/073)$	جهت‌گیری مثبت ← تاب‌آوری
$\beta (0/349)$	-	$\beta (0/221) P(0/068)$	حل مسئله منطقی ← ادراک بیماری
$\beta (0/335)$	-	$\beta (0/335) P(0/001)$	حل مسئله منطقی ← تاب‌آوری
$\beta (-0/316)$	-	$\beta (-0/269) P(0/042)$	جهت‌گیری منفی ← ادراک بیماری
$\beta (-0/121)$	-	$\beta (-0/121) P(0/108)$	جهت‌گیری منفی ← تاب‌آوری
$\beta (-0/253)$	-	$\beta (-0/186) P(0/081)$	سبک تکانشی ← ادراک بیماری
$\beta (-0/175)$	-	$\beta (-0/175) P(0/021)$	سبک تکانشی ← تاب‌آوری
$\beta (-0/116)$	-	$\beta (-0/101) P(0/233)$	سبک اجتنابی ← ادراک بیماری
$\beta (-0/040)$	-	$\beta (-0/040) P(0/599)$	سبک اجتنابی ← تاب‌آوری
$\beta (0/383)$	-	$\beta (0/383) P(0/049)$	تاب‌آوری ← ادراک بیماری
-	$(0/052) P(0/082)$ β	-	جهت‌گیری مثبت - تاب‌آوری - ادراک بیماری
-	$(0/128) P(0/007)$ β	-	حل مسئله منطقی - تاب‌آوری - ادراک بیماری
-	$(-0/046) P(0/080)$ β	-	جهت‌گیری منفی - تاب‌آوری - ادراک بیماری
-	$(-0/067) P(0/029)$ β	-	سبک تکانشی - تاب‌آوری - ادراک بیماری
-	$(-0/015) P(0/518)$ β	-	سبک اجتنابی - تاب‌آوری - ادراک بیماری
-	-	0/177	R ² تاب‌آوری
-	-	0/556	R ² ادراک بیماری

بیماری در آنان به مراتب افزایش یا کاهش می‌یابد. با افزایش جهت‌گیری منفی در افراد نمرات ادراک بیماری در آنان کاهش و با کاهش جهت‌گیری منفی در افراد نمرات ادراک بیماری در آنان افزایش؛ با افزایش یا کاهش حل مسئله منطقی در افراد نمرات تاب‌آوری در آنان به مراتب افزایش یا کاهش یافته؛ با افزایش سبک تکانشی در افراد نمرات تاب‌آوری در آنان کاهش و با کاهش سبک تکانشی در افراد نمرات تاب‌آوری در آنان افزایش؛ و همچنین با افزایش یا کاهش تاب‌آوری در افراد نمرات ادراک بیماری در آنان به مراتب افزایش یا کاهش می‌یابد. اما، مسیرهای مستقیم از مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به تاب‌آوری، حل مسئله منطقی به ادراک بیماری، جهت‌گیری منفی به تاب‌آوری، سبک تکانشی به ادراک بیماری و همچنین، مسیرهای علی از سبک اجتنابی به

امتابق با جدول (۷) مسیر مستقیم از مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت ($\beta=0/318$ ، $P=0/034$) و جهت‌گیری منفی ($\beta=0/269$ ، $P=0/042$) به ادراک بیماری و همچنین، مسیر مستقیم از مؤلفه‌های حل مسئله منطقی ($\beta=0/335$ ، $P=0/001$) و سبک تکانشی ($\beta=0/175$ ، $P=0/021$)، به ادراک بیماری و نیز مسیر مستقیم از تاب‌آوری به ادراک بیماری ($\beta=0/383$ ، $P=0/049$) از نظر آماری معنی‌دار هستند. به طوری‌که جهت‌گیری مثبت به شیوه مثبت و جهت‌گیری منفی به شیوه معکوس قادر به پیش‌بینی ادراک بیماری و همچنین حل مسئله منطقی قادر به پیش‌بینی مثبت و سبک تکانشی قادر به پیش‌بینی معکوس تاب‌آوری و در نهایت تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی مثبت ادراک بیماری هستند. به عبارتی، با افزایش یا کاهش جهت‌گیری مثبت در افراد نمرات ادراک

ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نشان داد که ادراک بیماری با توجه به نقش میانجی تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی کننده موثری در کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی باشد. امیری^(۱۹) در پژوهش خود نشان داد که ادراک بیماری و کیفیت خواب می‌توانند به طور معنی‌داری فاجعه‌سازی درد و تاب‌آوری را به طور مستقیم پیش‌بینی کنند و در نهایت با توجه به مدل پیشنهادی، مشخص گردید که ادراک بیماری و کیفیت خواب با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد، توانستند به طور معنی‌داری تاب‌آوری را پیش‌بینی کنند. یافته‌های ویلیام و همکاران^(۲۰) نشان می‌دهد که خودتنظیمی و حل مسئله با کیفیت زندگی و عملکرد بهتر در زمینه‌های تاب‌آوری، ابراز وجود، استقلال، همدردی با دیگران، کنترل و خوش‌بینی رابطه دارد. شواهد نشان می‌دهند که در دامنه وسیعی از بیماری‌ها مانند بیماری مالتیپل اسکلروز، ادراک بیمار در مورد ماهیت بیماری، پیامدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتارهای وی موثر است. همچنین فراتحلیل‌های مطالعات انجام شده در دامنه‌های از بیماری‌ها، مبنای نظری را تایید می‌کند^(۲۱). همچنین در فراتحلیل مطالعه‌های انجام شده در زمینه عوامل روانشناختی پیش‌بینی کننده سازگاری با مالتیپل اسکلروز، دامنه وسیعی از عوامل روانشناختی در رابطه با پیامدهای تاب‌آوری بررسی شده است^(۱۷). تعبیر و تفسیر علائم بیماری باعث شکل‌گیری شناخت‌ها و تجسم‌هایی در زمینه ماهیت، کنترل‌پذیری و عواطف مربوط به بیماری می‌شود. در مرحله بعدی، تاب‌آوری و حل مسئله بر اساس این تجسم‌ها توسعه می‌یابد و در مقابل ادراک بیماری را تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۲۰). افرادی که با بیماری مالتیپل اسکلروز مواجه می‌شوند، شناخت‌هایی از بیماری در نظام شناختی خود شکل می‌دهند که در شکل‌گیری آنها متغیرهای درونی و بیرونی مانند عوامل شخصیتی، محیط اجتماعی و عوامل دیگر نقش دارند^(۲۱). این عوامل به همراه تهدید بیماری، درک بیمار را از ماهیت، علل، درمان‌پذیری، کنترل‌پذیری و پیامدهای بیماری تحت تاثیر قرار می‌دهند. بنابراین فردی که دارای روان‌سازه‌ی مثبت از بیماری خویش است، قادر است به طور واقع‌بینانه و صحیح علائم و نشانه‌ها و ابعاد دیگر بیماری را درک و تحلیل نماید. به طور کلی ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علائم و عواطف توأم با آن همراه است، موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب می‌شود که بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت نسبت به بیماری است^(۲۸).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در خودتنظیمی عاطفی، فرد از رفتار خود ارزیابی به عمل آورده و چنانچه متناسب با استانداردهای تعریف شده باشد، رفتار خوب ارزیابی شده و باعث خوشحالی او می‌شود و چنانچه این رفتارها تناسب با استانداردهای تعریف شده نداشته باشد، سعی می‌کند با تغییر دادن رفتارها به استانداردها دست پیدا کند و سپس مجدداً ارزیابی به عمل آورد تا بداند آیا توانسته است فاصله‌ی رفتار از استانداردها را کمتر نموده و یا از بین ببرد^(۲۹). از نظر استرانگ من^(۳۰) طی

ادراک بیماری و تاب‌آوری از نظر آماری معنی‌دار نیستند.

در ادامه به منظور آزمون روابط واسطه‌ای مدل ساختاری و دست‌یابی به معنی‌داری ضرایب غیرمستقیم از آزمون بوت استرپ برنامه AMOS با تعداد نمونه و سطح اطمینان پیش‌فرض برنامه استفاده شد که نتایج آن در جدول (۷) درج شده است. از بین مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی تنها متغیرهای حل مسئله منطقی به صورت مثبت ($\beta=0/128, P=0/007$) و سبک تکانشی به صورت منفی ($\beta=0/067, P=0/029$)، قادر به پیش‌بینی ادراک بیماری از طریق تاب‌آوری می‌باشند. اما مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت، جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی تاثیر معنی‌داری از طریق تاب‌آوری بر ادراک بیماری ندارند. به عبارتی با افزایش نمرات افراد در حل مسئله منطقی، نمرات آن‌ها در تاب‌آوری نیز به مراتب افزایش می‌یابد و به دنبال این افزایش نیز نمرات ادراک بیماری هم افزایش خواهد یافت. همچنین، با کاهش نمرات افراد در حل مسئله منطقی، سطح تاب‌آوری به مراتب کاهش یافته و به دنبال این کاهش نمرات ادراک بیماری نیز کاهش خواهد یافت. در ادامه، با افزایش نمرات افراد در سبک تکانشی، نمرات آن‌ها در تاب‌آوری کاهش و به دنبال این کاهش نمرات ادراک بیماری نیز کاهش خواهد یافت. همچنین، با کاهش نمرات افراد در سبک تکانشی، سطح تاب‌آوری در آنان افزایش و به دنبال این افزایش نمرات ادراک بیماری نیز افزایش خواهد یافت. مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی قادر به تبیین ۱۸ درصد از واریانس تاب‌آوری و همچنین، مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری بطور هم‌زمان قادر به تبیین ۵۶ درصد از واریانس ادراک بیماری می‌باشند؛ بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مدل نظری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین حل مسئله اجتماعی و ادراک بیماری به احتمال ۹۵ درصد تأیید می‌گردد. به عبارتی، تاب‌آوری نقش میانجی معنی‌داری در رابطه بین مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی و ادراک بیماری دارد و بخشی از واریانس مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی بر ادراک بیماری از طریق تاب‌آوری اعمال می‌شود.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل خودتنظیمی هیجانی با ادراک بیماری با میانجی‌گری تاب‌آوری مدل مطلوبی است و از برآزش مناسبی برخوردار است و این با نتایج مطالعه بهرامی و همکاران^(۱۷)، غیاثوند^(۱۸)، امیری^(۱۹) و ویلیام و همکاران^(۲۰) همسو می‌باشد. بهرامی، احمدیان و عشقی^(۱۷) نشان دادند که ادراک بیماری، ارتباط معنی‌داری با خودتنظیمی، حل مسئله و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو دارد، که در این پژوهش نیز خودتنظیمی ارتباط معناداری با ادراک بیماری داشت. براساس این یافته‌ها، بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو در ادراک مثبت و منفی از بیماری، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. غیاثوند^(۱۸) در پژوهشی با عنوان بررسی

دهد. از این رو سعی می‌شود با کاهش دادن استرس‌ها و تمرکز بر توانایی‌ها و استعدادها، افراد، زندگی شاد و سالم‌تری ایجاد شود و از آنجایی که این برنامه سبک‌های شناختی ناسازگارانه و سوگیری‌های فرایند اطلاعاتی که مرتبط با اضطراب و افسردگی است را هدف قرار می‌دهد، بنابراین نقش بسزایی در کارکرد بیماران ام اس دارد. همچنین تاب‌آوری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در بیماران ام اس می‌شود و باعث بازنگری و ارزیابی مجدد به گونه مثبت در تنظیم هیجانات می‌شود. این آموزش‌ها موجب کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، خودسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن می‌شود^(۳۲). حل مسئله اجتماعی سیستم‌های طبیعی را برای کنترل رفتارهای اجتماعی و عاطفی فراهم می‌کند. استفاده از آموزش حل مسئله اجتماعی می‌تواند مدیریت نیازهای بحرانی، مهارت‌های بیان و حل تعارضات، افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و افزایش خودکارآمدی و خودمدیریتی را موجب شود که همه این‌ها در نهایت ادراک بیماری را کاهش می‌دهند^(۳۱).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودتنظیمی عاطفی و حل مسئله اجتماعی با نقش میانجی تاب‌آوری می‌توانند بر ادراک بیماری در بیماران ام اس تاثیر گذار باشند. بنابراین، راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت انسان‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی و کارایی آنها را افزایش دهد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود، از جمله اینکه جامعه به افراد تیریز محدودیت شده که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و مورد دیگر تعداد زیاد پرسشنامه که تا حدودی باعث خستگی آزمودنی‌ها می‌شد و ممکن بود باعث سوگیری در پاسخ شرکت کنندگان شود. لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده از سایر فرهنگ‌ها نیز نمونه‌گیری بعمل آید و پرسشنامه‌های کمتری در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شود.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

به‌طور کلی طب مکمل روشی کل‌نگر است و می‌تواند زمینه ارائه مراقبت بهتری را جهت افزایش احساس بهبودی برای بیماران مبتلا به ام اس فراهم کند. با توجه به اینکه پرستاران در جایگاهی خاص از نظر بررسی و شناخت نیاز بیماران و انجام مداخلات مبتنی بر شواهد قرار دارند، لذا تدوین یک پروتکل علمی می‌تواند برای این بیماران سودمند باشد و تسکین علائم روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس توسط مراقبین بهداشتی درمانی به ویژه پرستاران ارائه شود.

گزينش موقعیت، فرد با نزدیک شدن یا دور شدن از افراد، مکان‌ها یا اشیایی که موجب تجارب عاطفی خوش یا ناخوشی می‌شوند، به تنظیم عواطف خود می‌پردازند، طی اصلاح موقعیت؛ بر روی آنچه که موجب تجارب عاطفی ناخوشایند است متمرکز می‌شود و آن را به صورت دلخواه خود تغییر می‌دهد، با تغییر توجه، توجه اش را به چیز دیگری جلب می‌کند و از موقعیت یا محرکی که باعث ایجاد هیجان شده حواس خود را پرت می‌کند، با تغییر شناختی؛ ارزیابی‌اش را از بعضی چیزها تغییر داده تا تاثیر عاطفی آن را تغییر دهد و با اصلاح پاسخ؛ به تغییر پاسخ هیجانی خود نسبت به موقعیت‌ها یا محرک اقدام می‌کند. راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت انسان‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی، کارایی و روابط بین فردی را بهبود بخشد^(۳۶). باورهای خودتنظیمی، نقشی بنیادین در کیفیت زندگی بیماران ام اس و ایجاد تعادل بین ابعاد مختلف آن بر عهده دارد. خودتنظیمی، قابلیت ادراک شده‌ی فرد در انجام یک عمل دلخواه یا کنار آمدن با یک موقعیت خاص محوری‌ترین مکانیزم از مکانیزم‌های روانی آدمی است. باورهای خودتنظیمی، کنش‌های آدمی را به وسیله‌ی فرآیندهای شناختی، انگیزشی، عاطفی و تصمیم‌گیری می‌نماید. آنها بر اینکه افراد چگونه فکر می‌کنند، در رویارویی با مشکلات برانگیزخته می‌شوند و پشتکار نشان می‌دهند، کیفیت سلامت هیجانی و آسیب‌پذیریشان در مقابل افسردگی و تنیدگی چگونه است و چطور در یک موقعیت حساس، بهترین تصمیم را اتخاذ می‌کنند، عمل می‌کنند^(۳۷). افراد دارای احساس خودتنظیمی بالا در مقابله با عوامل فشارزای خاص و تقاضاهای بین فردی، آسیب‌پذیری کمتری به استرس و بدکارکردی دارند و در نتیجه در جنبه‌های کلیدی و مهم زندگی نظیر پیشرفت تحصیلی و تعاملات اجتماعی، بهتر می‌توانند از مشکلات جلوگیری کنند^(۳۲). به‌طور کلی افراد خودتنظیم‌گر، تکالیفی را انتخاب می‌کنند که چالش‌انگیزی بیشتری دارند و اهداف بزرگتری را برای خود انتخاب می‌کنند. این افراد حتی با وجود موانع و پیامدهای منفی، پشتکار زیادی خواهند داشت. آنها قادرند در برابر ناکامی‌ها کنار بیایند و بهتر به راه خود ادامه دهند. آنها کمبود را شکست نمی‌دانند بلکه به عنوان عقب‌نشینی موقتی می‌دانند. افرادی که خودتنظیمی بالا دارند دارای سلامت روانی بیشتری هستند و در مواجهه با مشکلات و تکالیف مشکل به جای اجتناب از آنها با تکالیف و مشکلات چالش می‌کنند. این افراد تعهد بالایی برای رسیدن به اهداف خود دارند و شکست را به تلاش نایبسته و نقص مهارت اما جبران پذیر نسبت می‌دهند. افراد خودتنظیم از نقاط ضعف خود مطلع هستند و نقص مهارت اما جبران پذیر نسبت می‌دهند. آنان اهداف واقع‌بینانه را انتخاب و از خود انتظارات معقولی دارند، از مزایای استفاده از مقابله متمرکز بر مشکل، در مقابل مواجهه متمرکز بر هیجان آگاه هستند. افراد با خودتنظیمی بالا بسیار جرئت مند، اجتماعی و دارای عزت نفس بالایی هستند و کنترل بیشتری بر زندگی خود دارند و در نهایت ادراک آنها از بیماری کمتر می‌باشد^(۳۳).

همچنین، افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که سبب می‌شود در مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های تنش‌زا به شیوه تاب‌آورانه‌تری تفکر و سپس عمل کنند که ادراک بیماری آنها را تحت تاثیر قرار

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با پیروی از اصول اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه کتبی، دادن حق کناره گیری از هر کدام از مراحل تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات صورت گرفت.

حامی مالی

این مقاله از رساله دکترای تخصصی روانشناسی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج با کد اخلاق ۲۸۵ گرفته شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می کنند این مقاله در هیچ یک از مراحل اجرایی کار تعارض منافع نداشته است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه شرکت کنندگان محترم تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References

1. Nakhzari Khodakheir j . The Effects of Combined Exercise Training with Aerobic Dominant and Coenzyme Q10 Supplementation on Muscular Function in Patient with Multiple Sclerosis. *Horizon of Medical Sciences*. 2018, 24(4); 286-293. [Persian].
2. Rezaei J .Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Emphasis on Islamic-Based Spiritual Beliefs on Increasing the Spirituality and Mental Health of Multiple Sclerosis Patients; a Case Study of Markazi Province, Iran .*Islamic Life Style Centered on Health*, 2018; 2(1): 5-8. [Persian].
3. Maedeh S, Sheida J. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomedicine Journal: spring* 2018; 6(1): 43-53. [Persian].
4. Ransohoff RM, Hafler DA, Lucchinetti CF. Multiple sclerosis- a quiet revolution. *Nature Reviews Neurology*. 2015;11(3):134-42.[Doi: [10.1038/nrneurol.2015.14](https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.14)]
5. Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Armaghane Danesh*. 2017;21(11):1100-14 [Persian].
6. Briken S, Rosenkranz SC, Keminer O, Patra S, Ketels G, Heesen C. Effects of exercise on Irisin, BDNF and IL-6 serum levels in patients with progressive multiple sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*. 2016;299:53-58. [Doi: [10.1016/j.jneuroim.2016.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2016.08.007)]
7. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;49:125-34. [Doi: [10.1016/j.neubiorev.2014.12.008](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008)]
8. Schutz PA, Benson J, Decuir-Gunby JT. Approach/ avoidance motives, test emotions, and emotional regulation related to testing. *Journal of Anxiety, Stress and Coping*. 2008;21(3): 263-81. [Doi: [10.1080/10615800701787672](https://doi.org/10.1080/10615800701787672)]
9. Capaaydin Y. High school students' emotions and emotional regulation during test taking. Department of Educational Sciences Middle East Technical University Ankara, Turkey; 2009.
10. D'Zurilla TJ, Nezu A.M, Maydeu-Olivares A. Manual for the social problem-solving inventory- revised. 1 th ed. NY: Multi-Health Systems. 2002.
11. Barbey AK, Colom R., Paul EJ, Chau A, Solomon J. Grafma J.H. Lesion mapping of social problem solving. *Journal of Neurology Brain*, 2014; 137(10), 2823–33. [Doi: [10.1093/brain/awu207](https://doi.org/10.1093/brain/awu207)]
12. Johns MM, Zimmerman M, Harper GW, Bauermeister JA. Resilient minds and bodies: Size discrimination, body image, and mental health among sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2017;4(1):34-42. [Doi: [10.1037/sgd0000207](https://doi.org/10.1037/sgd0000207)]
13. Church DD, Hoffman JR, Mangine GT, Jajtner AR, Townsend JR, Beyer KS. Comparison of high-intensity vs. high-volume resistance training on the BDNF response to exercise. *Journal of Applied Physiology*. 2016;121(1):123-28.[Doi: [10.1152/jap-physiol.00233.2016](https://doi.org/10.1152/jap-physiol.00233.2016)]
14. Nikmanesh Z, Kazemi Y, Khosravi M. Role of feeling of loneliness and emotion regulation difficulty on drug abuse. *Journal of Community Health Research*. 2015;4(1):55-64. [Persian].
15. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge O. H, Martinussen , M. Aslaksen , M. & Flaten , M. A. Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*. 2006; 61. 213-219. [Doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.12.007)]
16. Inzalicht M, Aronson j, Good C, McKay L. A particular resilience to threatening environments. *Journal of experimental social psychology*, 2006; 42. 323-336.[Doi : [10.1016/j.jesp.2005.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jesp.2005.05.005)]

17. Bahrami L, Ahmadian H, Eshghi R. Relationship of perceived disease with depression and quality of life in patients with vitiligo referring to Farshchian hospital in Hamedan. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2006; 5 (3), 139-131. [Persian].
18. Kalantari A, Marathi A. Relationship between perception of disease and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011; 22 (90), 41-33. [Persian].
19. Amiri Z, Amiri Z. Depression prediction model based on perception of disease and quality of sleep with mediating disaster in patients with diabetes. *Quarterly Journal of Diabetes Nursing*. 2006; 4 (2), 58-48. [Persian].
20. William D S, Killgore ET, KahnGreene E.L, Lipizzi R A, Newman GH, Kamimori TJ. Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills, *Sleep Medicine*, 2008; 9: 517526. [Doi: [10.1016/j.sleep.2007.07.003](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.07.003)]
21. Mirshefians, A. Explaining the development of the ability to solve problem by solving the teaching of philosophy to children, MSc dissertation, Alzahra University, College of Education Sciences and Psychology, Tehran, Iran. 2009. [Persian].
22. D’Zurilla TJ, Nezu A M. *Problemsolving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. 2 th ed. New York: Springer. 2004.
23. Moradi S, Abu Vahasemi A, Yeganeh T. The Effectiveness of Social Problem Solving Education on Affective Control of Emotional Distressed Girls. *Quarterly journal of modern psychological research*. 2015; 10 (40), 56-44. [Persian]
24. Adel D, Kurdish V. Evaluation of social inclusion problem-solving ability questionnaire and standardization. *Quarterly Journal of Educational Measurement*. 2011; 4 (1), 45-31. [Persian].
25. Bardbent E, petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire, *Journal of psycho somatic Research, Go*, 2006; 370-631.[Doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020)]
26. Besharat MA. Resilience, vulnerability & mental health. *J Psychol Sci*; 2008; 24: 373-83.[Doi: [10.1080/17450120600863380](https://doi.org/10.1080/17450120600863380)].
27. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2007; 13(3): 290-5. [Persian]
28. Mesrabadi J. Use of instructive statistics in behavioral sciences. *Tabriz University of Shahid Madani Publications*. 2006 [Persian].
29. Beidel DC, Turner SM. *Childhood anxiety disorder: a guide to research and treatment*. London: Routledge. 2005.
30. Strongman K T. *Applying psychology to Everyday life A Beginners Guide*. John Wiley and sons ltd. 2006.
31. Varkera T, Devilly GJ. An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: proof of concept. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(6):696-701. [Doi: [10.1016/j.janxdis.2012.01.009](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.009)]
32. Baumeister RF Alquist JL. Is There A Downside To Good Self-Control? *Self and Identity*. 2009; 8(2-3):115-130.[Doi: [10.1080/15298860802501474](https://doi.org/10.1080/15298860802501474)]