بررسی نقش ادراک بیماری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح ناتوانی حرکتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

افسانه آخانی[۱]، زهرا ایزدی‌خواه[۲]، رضا باقریان سرارودی[۳]، فریبرز خوروش[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: طرحواره‌ها الگوهای شناختی هستند که تأثیر عمده‌ای بر ادراک و رفتار دارند. بنابراین بررسی آن‌ها در تعیین و تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به MS (Multiple sclerosis) ضروری می‌باشد. هدف این مطالعه، بررسی نقش میانجی ادراک بیماری در ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه طرد و بریدگی و سطح ناتوانی حرکتی در بیماران مبتلا به MS بود.

مواد و روش‌ها: نمونه متشکل از ۱۰۴ نفر از بیماران MS مراجعه کننده به کمیسیون MS اصفهان بود که به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه طرحواره Young (YSQ-SF یا Young schema questionnaire-short form) و پرسش‌نامه ادراک بیماری (Brief-IPQ یا Brief illness perception questionnaire) بود. ناتوانی حرکتی نیز به وسیله مقیاس وضعیت ناتوانی (EDSS یا Expanded disability status scale) ارزیابی شد. همچنین روش مورد استفاده، تحلیل رگرسیون سلسه مراتبی و آزمون Sobel بود.

یافته‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی به طور معنی‌دار، پیش‌بینی کننده ادراک بیماری ($P \leq ۰/۰۰۱$)، ناتوانی حرکتی ($P \leq ۰/۰۰۱$ تا $P \leq ۰/۰۱۲$) و ادراک بیماری به طور معنی‌دار، پیش‌بینی کننده ناتوانی حرکتی بود ($P \leq ۰/۰۰۱$). بنابراین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی ادارک بیماری، تعیین کننده سطح ناتوانی حرکتی می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بیماران MS که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی بودند، ادراک منفی‌تری از بیماری خود داشتند و ناتوانی حرکتی بیشتری را نیز گزارش دادند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای ارایه خدمات روان‌شناختی مناسب در جهت بهبود کیفیت زندگی و افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به MS سودمند باشد.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، طرحواره، ادراک بیماری، میزان ناتوانی، میانجی

ارجاع: آخانی افسانه، ایزدی‌خواه زهرا، باقریان سرارودی رضا، خوروش فریبرز. **بررسی نقش ادراک بیماری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح ناتوانی حرکتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰(۷): ۶۱۸-۶۰۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۱

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، انیستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

۴- استادیار، گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

www.mui.ac.ir www.SID.ir

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین اختلال تحلیل برنده غلاف میلین در سلسله اعصاب مرکزی است. این بیماری در سنین اولیه جوانی با تخریب موضعی یا تکه‌تکه میلین در سلسله اعصاب مرکزی شروع می‌شود و با دوره‌های نامنظم بهبود و عود علایم همراه است (۱). به عقیده Cutler و Marcus (به نقل از Caligor)، نوع علایم موجود در هر بیمار و شدت آن باعث بروز واکنش‌های روان‌شناختی در وی می‌شود (۲). این بیماری اغلب در فاصله سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی ظهور می‌کند و میزان ابتلای زنان بیشتر از مردان است. بیماری سیر مزمن دارد و به صورت رفت و برگشتی (وجود علایم، بهبودی ظاهری) است. در طول زمان می‌تواند سیری پیش‌رونده و رو به از کار افتادگی داشته باشد (۴، ۳).

عوارض بیماری به علت ماهیت ناتوان کننده آن، تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در بر می‌گیرد و در نتیجه روند طبیعی زندگی خانوادگی بیمار را مختل می‌کند، از طرفی اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان را جوانان تشکیل می‌دهند و این خود مشکل را تا محدوده وسیع اجتماع گسترش می‌دهد (۵). وجود دو عامل مذکور یعنی درگیر کردن جمعیت جوان یک جامعه و ایجاد از کار افتادگی، این بیماری را در کانون توجهات علمی قرار داده است. به این ترتیب، هدف اکثر تحولات علمی و عملی در این حیطه، فراهم کردن شرایطی است که تا حد امکان کیفیت زندگی بیماران دچار افت نشود و حداقل آسیب متوجه خانواده بیمار و جامعه گردد (۶). از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این گروه از بیماران که در ادبیات پژوهشی به آن پرداخته شده است، ادراک بیماری می‌باشد. به گونه‌ای که ادراک بیماران از بیماری خود به صورت عامل تهدید کننده می‌تواند پیامدهای نامطلوبی به همراه داشته باشد، به علاوه می‌تواند تعیین کننده سطح پایین‌تر کیفیت زندگی آن‌ها باشد (۸، ۷).

نقش پر اهمیت ادراک بیماری در جریان بیش از ۳۰ سال پژوهش آشکار شده است (۹). ادراک بیماری بر اساس مدل معنایی عمومی (Common semantic model یا CSM) خود تنظیمی، مفهوم‌سازی شده است. مدل معنایی عمومی توضیح می‌دهد که چگونه بازنمایی شناختی و واکنش هیجانی بیماران نسبت به بیماری خود، از طریق یک‌پارچه‌سازی اطلاعات محرک‌های درونی و بیرونی با تئوری از قبل موجود بیماری، شکل می‌گیرد (۱۰). ادراک بیماری برای مطالعه بیماران مبتلا به طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها مورد استفاده قرار گرفته است که از جمله آن‌ها بیماری‌های مزمنی مانند سرطان (۱۱)، بیماری‌های قلبی (۱۳، ۱۲)، دیابت (۱۵، ۱۴)، سندرم خستگی مزمن (۱۷، ۱۶) و بیماری‌های کلیوی (۱۸) می‌باشند. همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که تغییر در ادراک بیماری در بهبود بیماران سکته قلبی نقش دارد (۱۹) و نیز ادراک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبودی عملکرد مرتبط است (۲۱، ۲۰). از آن جایی که بیماران پردازش کننده‌های فعال بیماری خود هستند، بازنمایی شناختی از آن چه سلامتی آن‌ها را تهدید می‌کند، شکل می‌دهد که این بازنمایی تعیین کننده نحوه پاسخ‌گویی بیماران به این عوامل می‌باشد و سازگاری بیماران با بیماری و علایم آن را نیز تعیین می‌کند (۲۲). بنابراین، بررسی نقش ادراک بیماری در بیماری‌های مزمنی مانند MS، مهم و مؤثر می‌باشد.

همچنین، ادراک بیماران از بیماری خود و علایم آن، می‌تواند تحت تأثیر سیستم شناختی از پیش شکل گرفته بیماران باشد (۱۰). یکی از عوامل عمده تأثیرگذار بر سیستم شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره به طور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می‌شود. طرحواره‌ها، درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجانات، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، طی تجربیات زندگی شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تداوم دارند و درباره خود و در رابطه با دیگران هستند. در صورت ناکارامد بودن به صورت طرحواره ناسازگار اولیه در الگوی هیجانی شناختی خود آسیب‌رسانی بروز می‌کند. در مدل Young ۵ حوزه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد که در کل شامل ۱۸ طرحواره می‌باشد. اولین حوزه، در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که حوزه طرد و بریدگی

www.mui.ac.ir
www.SID.ir
Archive of SID

است و مطابق با ادبیات پژوهشی آسیب زننده‌ترین حوزه طرحواره‌ها می‌باشد. بیمارانی که طرحواره‌های آن‌ها در این حوزه قرار دارد، نمی‌توانند دلبستگی ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. در حوزه طرد و بریدگی ۵ طرحواره وجود دارد که عبارت از بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم، انزوا/ بیگانگی و ترک شدگی است (۲۳).

در همین راستا و بر طبق ایده روان‌شناسان شناختی، شناخت‌های افراد قدرت تعیین عاطفه و رفتار آن‌ها را دارند. به معنای دقیق کلمه، نظریه‌های شناختی، چگونگی تفسیر افراد در مورد جهان و رویدادهای تجربه شده را تعیین می‌کند. وقتی تفسیر فرد از خود و جهان توأم با سوگیری منفی است، انبوهی از پیامدهای آسیب‌رسان به دنبال آن می‌آید که شامل عزت نفس پایین، کاهش سازگاری، افزایش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و دیگر آسیب‌ها و هیجانات منفی می‌باشد (۲۴). همچنین در پژوهش‌های گذشته نقش دلبستگی (۲۵)، تنظیم هیجانی (۲۶)، سبک‌های مقابله‌ای (۲۷)، عادات فکری استرس‌زا (۲۸)، اضطراب و افسردگی (۳۰، ۲۹) و اختلال‌های خلقی (۳۱) در بیماران MS مورد بررسی قرار گرفته است، در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به خصوص در حوزه طرد و بریدگی)، تمام موارد فوق می‌تواند حاصل کژکاری طرحواره‌ها باشد (۲۳).

بنابراین، طرحواره‌ها به عنوان یک متغیر جامع که تعیین کننده سبک پردازش اطلاعات فرد هستند، نقش گسترده‌ای در سازگاری بیماران MS با عوارض و علایم بیماری خود دارند و همچنین بر ادراک افراد از علایم بدنی و شرایط آن نیز تأثیرگذار باشند (۳۲)، بر این اساس، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می‌کند و از جمله عواملی که می‌تواند ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار دهد، طرحواره‌های فرد می‌باشد. از این رو در این پژوهش، نقش میانجی ادراک بیماری در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح ناتوانی حرکتی بیماران مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

نمونه شامل ۱۰۴ نفر از بیماران مبتلا به MS بود که به صورت تصادفی از لیست بیماران متقاضی شرکت در کمیسیون MS اصفهان انتخاب شدند و در صورت داشتن شرایط لازم برای شرکت در پژوهش، از آن‌ها دعوت به همکاری گردید.

ابزار سنجش: پرسش‌نامه طرحواره Young فرم کوتاه (Young schema questionnaire-short form یا YSQ-SF): پرسش‌نامه طرحواره Young و Brown، یک ابزار اندازه‌گیری خودگزارشی به منظور ارزیابی طرحواره‌ها است (۳۳). نسخه سوم فرم کوتاه که مورد استفاده این پژوهش می‌باشد، با ۹۰ گویه و توانایی سنجش تمامی ۱۸ طرحواره فرض شده توسط Young، پس از پژوهش کلاج و همکاران (به نقل از Young) حاصل شد (۳۴). در پرسش‌نامه طرحواره Young، بیمار خود را بر اساس سبک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای، بر مبنای این که تا چه اندازه هر گویه وی را توصیف می‌نماید، رتبه‌بندی می‌کند. هنجاریابی فارسی این پرسش‌نامه توسط غیاثی صورت گرفت (۳۵). در این هنجاریابی، به منظور تعیین پایایی، از ضریب Cronbach's alpha استفاده شده است. Cronbach's alpha محاسبه شده برای طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی که در این پژوهش مورد نظر است، از جمله طرحواره محرومیت هیجانی برابر با ۰/۷۲، ترک شدگی ۰/۷۳، بی اعتمادی ۰/۷۰، انزوا ۰/۷۱، نقص ۰/۷۸ و حوزه طرد و بریدگی ۰/۹۰ بود. Cronbach's alpha محاسبه شده در پژوهش حاضر در حوزه طرد و بریدگی، برای طرحواره محرومیت هیجانی برابر با ۰/۷۹، برای طرحواره ترک شدگی برابر با ۰/۷۸، برای طرحواره بی اعتمادی برابر با ۰/۷۷، برای طرحواره انزوا بیگانگی برابر با ۰/۷۶، برای طرحواره نقص و شرم برابر با ۰/۸۱ بود و ضریب آلفای محاسبه شده برای کل حیطه طرد و بریدگی معادل ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه ادراک بیماری: در پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری (Brief illness perception questionnaire یا

www.mui.ac.ir
www.SID.ir
Archive of SID

Brief-IPQ)، سؤال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ باز پاسخ می‌باشد و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. ۵ آیتم تجسم‌شناختی بیماری را می‌سنجند و ۲ آیتم تجسم هیجانی بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند. Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه ۰/۸ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤال‌های مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۶). این پرسش‌نامه برای پژوهش‌هایی در مورد بیماران دیابتی (۱۵) و بیماران قلبی (۳۷) به فارسی بر گردانده شده است و Cronbach's alpha محاسبه شده برای بیماران دیابتی ۰/۵۳ و برای بیماران قلبی برابر با ۰/۸۴ می‌باشد و اعتبار آن نیز مورد تأیید و رضایت‌بخش است.

در این پژوهش نمره کلی ادراک بیماری، از مجموع زیر مقیاس‌های پیامد، طول مدت بیماری، ماهیت، نگرانی، نمود هیجانی با معکوس زیر مقیاس‌های کنترل شخصی، کنترل درمان و شناخت بیماری به دست می‌آید و نشان دهنده درجه‌ای است که بیماران، بیماری خود را به عنوان عامل تهدید کننده یا خوش خیم تلقی می‌کنند (۳۸)، با توجه به اهداف پژوهش، محاسبه و به کار برده شده است. در پژوهش حاضر Cronbach's alpha نمره کلی ادراک بیماری برابر با ۰/۷۲ به دست آمد. ناتوانی فیزیولوژیکی بیماران نیز بر اساس مقیاس میزان ناتوانی، از طریق مصاحبه با بیماران تعیین شده است (۳۹).

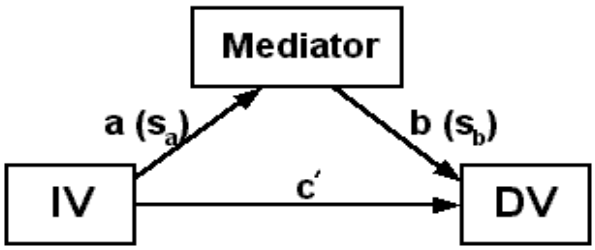
روش تحلیل داده‌ها: در این پژوهش، متغیر ادراک بیماری به عنوان میانجی بین طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی و سطح ناتوانی حرکتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس قرار دارد. برای این که یک متغیر نقش میانجی را بر عهده داشته باشد، باید سه شرط زیر برآورده شود.

الف: تغییرات متغیر مستقل، باید تغییر در متغیر میانجی فرضی را به طور معنی‌دار در پی داشته باشد (مسیر a، شکل ۱).

ب: تغییرات متغیر میانجی فرضی باید متغیر وابسته را به طور معنی‌دار تغییر دهد (مسیر b).

ج: تغییرات متغیر مستقل باید متغیر وابسته را به طور معنی‌دار تغییر دهد (مسیر c).

واضح است که در صورتی این معادله قابل بررسی خواهد بود که روابط از ضریب رگرسیون c، b، a در مثال شکل ۱ معنی‌دار باشد (۴۰).



شکل ۱ (میانجی)

پس از بر قراری ۳ شرط فوق، با کنترل متغیر میانجی (مسیر a و b)، باید رابطه معنی‌داری که میان متغیر مستقل و وابسته وجود داشت (مسیر c)، از معنی‌داری خارج شود (۴۱). به این ترتیب متغیر وابسته تنها توسط متغیر مستقل پیش‌بینی نمی‌شود و متغیر میانجی نیز نقش مؤثری در رابطه میان متغیر مستقل و وابسته دارد. بررسی این تأثیرگذاری و میزان آن با استفاده از رگرسیون سلسله مراتبی و آزمون Sobel به دست می‌آید. آزمون Sobel، به منظور آزمون مستقیم‌تر اثر میانجی استفاده شده است. در آزمون Sobel، احتمال خطای نوع اول کمتر است و قدرت آماری بیشتری برای کشف میانجی دارد.

یافته‌ها

نمونه متشکل از ۱۰۴ نفر بود که نسبت جنسیت در آن ۲۳/۹ درصد مرد و ۷۶/۱ درصد زن و میانگین سن آن‌ها برابر با ۳۰/۴۲ است. در این پژوهش، تأثیر جنسیت و سن کنترل شد. بر اساس یافته‌ها جنسیت هیچ نقشی در روابط مذکور نداشت، اما سن افراد در تمام روابط در پیش‌بینی سطح ناتوانی

Archive of SID
www.mui.ac.ir
www.SID.ir

حرکتی رابطه مثبت داشت، به این صورت که با افزایش سن، میزان ناتوانی بیماران افزایش می‌یافت ($P \leq ۰/۰۰۱$، $\beta = ۰/۳۱۸$، $t = ۳/۴۵۳$).

میانگین و انحراف استاندارد به دست آمده از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری و میزان ناتوانی در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی (متغیر مستقل) به طور معنی‌دار پیش‌بینی کننده ادراک بیماری (متغیر میانجی) می‌باشد ($P \leq ۰/۰۰۱$). ضریب استاندارد رگرسیون (β)، در پیش‌بینی ادراک بیماری، برای طرحواره‌های محرومیت هیجانی برابر با ۰/۳۳۱، ترک شدگی ۰/۳۹۴، بی اعتمادی ۰/۳۲۰، انزوا بیگانگی ۰/۳۴۰، نقص و شرم ۰/۴۰۱ بوده است. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور معنی‌دار پیش‌بینی کننده سطح ناتوانی حرکتی می‌باشد ($P \leq ۰/۰۱۲$ تا $P \leq ۰/۰۰۰۱$) و ضریب استاندارد رگرسیون (β)، در پیش‌بینی سطح ناتوانی برای طرحواره‌های محرومیت هیجانی ۰/۲۳۷، ترک شدگی ۰/۳۳۳، بی اعتمادی ۰/۲۸۳، انزوا بیگانگی ۰/۲۵۸، نقص و شرم ۰/۳۹۴ به دست آمده است. ادراک بیماری نیز پیش‌بینی کننده میزان ناتوانی (متغیر وابسته) بود ($P \leq ۰/۰۰۱$، $\beta = ۰/۴۴۹$). بنابراین سه شرط لازم برای برقراری حالت میانجی تأیید می‌شود.

نتایج محاسبه رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که با ورود متغیر میانجی در رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته، معنی‌داری این رابطه به طرز چشمگیری تغییر می‌کند، در ۳ طرحواره محرومیت هیجانی و ترک شدگی و انزوا/ بیگانگی متغیر میانجی، میانجی کامل است. به عبارت دیگر، این سه طرحواره میزان ناتوانی را تنها به واسطه ادراک بیماری پیش‌بینی می‌کند. در ۲ طرحواره نقص/ شرم و بی اعتمادی، معنی‌داری رابطه بین متغیر مستقل و وابسته کاهش زیادی دارد، اما همچنان کمتر از ۰/۰۵ است و میانجی پاره‌ای می‌باشد. بنابراین این ۲ طرحواره اغلب با ورود ادراک بیماری پیش‌بینی کننده میزان ناتوانی خواهند بود. آزمون Sobel نیز برای همه طرحواره‌ها محاسبه شد و معنی‌دار بود، نتایج حاصل از آزمون Sobel در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ادراک بیماری و میزان ناتوانی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	۱۳/۱۸	۶/۴۶
ترک شدگی	۱۵/۶۹	۶/۲۴
بی اعتمادی	۱۱/۸۶	۵/۶۲
انزوا/ بیگانگی	۱۲/۰۰	۵/۷۰
نقص و شرم	۱۰/۴۱	۵/۶۰
ادراک بیماری	۳۶/۵۷	۱۳/۰۲
میزان ناتوانی	۱/۹۳	۱/۰۲

جدول ۲. نتایج آزمون سوبل

طرحواره	میزان معنی‌داری $P \leq$	آماره آزمون	خطای استاندارد
محرومیت هیجانی	۰/۰۰۷	۲/۶۶	۰/۰۰۷
ترک شدگی	۰/۰۰۵	۲/۸۰	۰/۰۰۸
بی اعتمادی	۰/۰۱	۲/۵۲	۰/۰۰۷
انزوا/ بیگانگی	۰/۰۰۳	۲/۹۴	۰/۰۰۷
نقص و شرم	۰/۰۰۶	۲/۷۰	۰/۰۰۸

www.mui.ac.ir
www.SID.ir

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که در بیماران مبتلا به MS با افزایش سن، ناتوانی حرکتی افزایش پیدا می‌کند. این نتایج در راستای یافته‌های پژوهش‌های گذشته می‌باشد؛ به طوری که در منابع متعدد شروع بیماری قبل از ۴۰ سالگی به عنوان پیش آگهی مثبت در نظر گرفته شده است (۴۲، ۳۱). همچنین در نمونه مورد بررسی، بیماری در میان زنان بیشتر از مردان می‌باشد که این یافته‌ها نیز در جهت یافته‌های پیشین و میزان شیوع این بیماری در میان ۲ جنس می‌باشد (۴، ۳). بر اساس یافته‌های پژوهش، در بیماران مبتلا به MS، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی که در برگیرنده طرحواره‌های محرومیت هیجانی، ترک شدگی، بی اعتمادی، بیگانگی و نقص و شرم می‌باشد، پیش‌بینی کننده ادراک منفی بیماری است و این دو ناتوانی حرکتی بیماران را پیش‌بینی می‌کنند. به عبارت دیگر نقش میانجی ادراک بیماری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی و ناتوانی حرکتی بیماران مبتلا به MS مورد تأیید قرار گرفته است.

طرحواره‌ها از طریق تحریف‌های شناختی و در سطح ادراک، تداوم می یابند، به گونه ای که فرد موقعیت را سوء تعبیر می کند تا باعث تقویت طرحواره شود. فرد از طریق تحریف، بر اطلاعات همخوان با طرحواره انگشت می گذارد و اطلاعاتی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می گیرد یا کم ارزش می شمارد (۲۳). بدین ترتیب، طرحواره ها می توانند با تأثیرگذاری بر پردازش اطلاعات، پیش‌بینی کننده این باشند که فرد چه طور دنیای خود و مسایل آن را ادراک می کند و یا با آن سازش می یابد (۴۳). همان طور که مطالعات گذشته نشان داده‌اند، طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان الگوهای فرضی در نظر گرفته می‌شوند که به فرد کمک می کند تا با نقش میانجی ادراک و به وسیله هدایت پاسخ ها، تجارب خود را توضیح دهد (۴۵، ۴۴، ۳۲). این مطلب، در مورد تجربه ابتلا به یک بیماری مزمن و واکنش نسبت به آن نیز تعمیم‌پذیر است. واکنش به بیماری، در بر گیرنده رفتارهای مرتبط با سلامت می باشد که بر سطح ناتوانی حرکتی بیماران تأثیر می‌گذارد. بر این اساس، بیمارانی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آن‌ها شکل گرفته است، ادراک منفی‌تری از بیماری و علایم آن خواهند داشت و ناتوانی حرکتی بیشتری را نیز متحمل خواهند شد.

همان طور که ذکر شد، ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته یا عقایدی است که بیماران در مورد بیماری خود دارند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ادراک بیماران از بیماری خود به عنوان عاملی منفی (عاملی که تأثیر بسیاری در زندگی آن‌ها دارد و غیر قابل کنترل می‌باشد، سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند، طولانی مدت است، درمان تأثیر کمی بر آن دارد، عاملی که نگرانی زیاد در آن‌ها ایجاد کرده است و تأثیر منفی بر روحیه آن‌ها داشته است)، پیش‌بینی کننده سطح ناتوانی حرکتی بیماران مبتلا به MS می‌باشد. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های گذشته است که نشان می‌دهد، ادراک بیماران از بیماری خود به صورت عامل تهدید کننده، می‌تواند تعیین کننده سطح پایین‌تر کیفیت زندگی و میزان بیشتر ناتوانی کارکردی آن‌ها باشد (۴۷، ۴۶، ۱۵، ۷). در پژوهش‌های گذشته ادراک بیماری و پیامدهای آن در مورد تعدادی از بیماری‌ها بررسی شده است که از آن جمله ادراک بیماری در بیماران مبتلا به هانتینگتون می‌باشد. در این گروه از بیماران، ادراک بیماری به طور معنی‌دار بهزیستی روانی- اجتماعی- جسمانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۸). از سوی دیگر، مداخله‌های مربوط به مدیریت خود (مدل زیربنایی ادراک بیماری) در بیماری‌هایی مانند ایدز و دیابت نیز پیامدهای بیماری را بهبود می‌بخشند (۴۹). در بیماران با دیابت نوع دو ادراک دوره کوتاه‌تر بیماری و تأثیرگذاری بیشتر درمان با مدیریت خود بالاتری همراه بوده است (۵۰). برخی مؤلفه های تجسم بیماری به عنوان پیش‌بین معنی‌دار برای رعایت رژیم غذایی و تمرین خود بسندگی بیماران کرونری قلب می‌باشد (۵۱)، این پژوهش‌ها تأیید کننده یافته‌های پژوهش حاضر می باشد، به این صورت که بیمارانی که ادراک مثبت تری از بیماری خود دارند، با

Archive of SID
www.SID.ir
www.mui.ac.ir

پیگیری درمان مناسب و دنبال کردن سبک زندگی بهتر و سازگاری بیشتر با بیماری، ناتوانی کمتری را تجربه می کنند و ادراک منفی بیماری با تأثیرگذاری بر شیوه سازگاری و سبک زندگی بیمار با ناتوانی بیشتری همراه می‌شود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، طرحواره‌ها ادراک بیماران از علایم و پیامد بیماری خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به واسطه این ادراک می‌تواند نقشی تعیین کننده در سطح ناتوانی این گروه از بیماران ایفا کند. عوارض حاصل از فعال شدن این چرخه معیوب می‌تواند با بهبود طرحواره‌ها کمتر شود. بهبود طرحواره‌ها همچنین یک سری تغییرات رفتاری به همراه خواهد داشت؛ به طوری که بیماران یاد می گیرند تا سبک مقابله سازگار را جانشین سبک مقابله ناسازگار کنند (۲۳). بنابراین، بهبودی طرحواره های اولیه می‌تواند منجر به ادراک مثبت‌تر بیماری و افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به MS شود. با کار کردن روی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تعدیل آن‌ها به عنوان یک عامل زیربنایی، امید آن می‌رود که عوارض روان‌شناختی و جسمانی حاصل از بیماری MS بهبود یابد و بتوان گامی‌مؤثرتر در جهت بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران برداشت.

از آن جایی که پژوهش حاضر علاقمند به بررسی نقش طرحواره‌ها بود، سایر عوامل تأثیرگذار بر ادراک بیماران مانند وضعیت اقتصادی مورد بررسی قرار نگرفته است و شایسته است که به عنوان پژوهشی مستقل مورد بررسی قرار گیرد. همچنین از جمله محدودیت‌های این پژوهش خود گزارشی بودن پرسش‌نامه‌ها بود. قابل توجه است که در مورد بعضی از متغیرها از جمله ادراک بیماری، علاقه پژوهشگر بررسی دیدگاه خود بیمار بوده است. با توجه به تأثیر گسترده طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اکثر جنبه‌های مهم زندگی و تأثیر گسترده احتمالی بهبودی این طرحواره‌ها در کیفیت زندگی و در نتیجه سازگاری بیشتر بیماران با بیماری و علایم آن، پیشنهاد می‌شود که نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران با بیماری‌های مزمن دیگر نیز مورد بررسی قرار بگیرد. از آن جایی که این پژوهش شاید اولین پژوهش انجام شده در زمینه نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مورد بیماری‌های مزمن است، می‌تواند راهنمایی برای سایر پژوهش‌ها در این زمینه و در مورد سایر بیماری‌های مزمن باشد.

سپاسگزاری

از همکاری کارکنان محترم کمیسیون MS درمانگاه نور اصفهان که در اجرای پژوهش همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌شود.

References

1. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. Philadelphia, PA: McGraw-Hill Companies; 2008. p. 1-228.
2. Caligor E. Psychological factors affecting medical conditions. In: Cutler J, Marcus E, editors. Essentials of psychiatry. Philadelphia, PA: Saunders; 1999.
3. Ghabaae M, Omrani H, Roostaizadeh M. Epidemiology of multiple sclerosis in Tehran: a tree year study. Tehran University Medical Journal 2007; 65 (5): 74-77. [In Persian].
4. Etemadifar M. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. Isfahan, Iran: Chaharbagh; 2002. p. 1-80. [In Persian].
5. Saadatnia M. Multiple Sclerosis epidemiology in the world, Iran and Isfahan . Multiple sclerosis association 2005; 9: 19-20. [In Persian].
6. Mokhtary S. The effect of group cognitive- behavioral therapy on depression of multiple sclerosis patients. [Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan. 2005. [In Persian].
7. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes AC. Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 2007; 116(5): 293-9.
8. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? J Psychosom Res 2009; 66(3): 211-20.

www.SID.ir
www.mui.ac.ir
Archive of SID

9. Petrie KJ, Weinman JA. Perceptions of health & illnes: Current research and applications. Amsterdam, Netherlands: Harwood Acad Publ; 1997.
10. McAndrew LM, Musumeci-Szabo TJ, Mora PA, Vileikyte L, Burns E, Halm EA, et al. Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. Br J Health Psychol 2008; 13(Pt 2): 195-204.
11. Buick DL. Illness representations and breast cancer: coping with radiation and chemotherapy. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. Perceptions of health & illnes: Current research and applications.Amsterdam, Netherlands: Harwood Acad. Publ; 1997. p. 379-409.
12. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. BMJ 1996; 312(7040) 1191-4.
13. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. Heart 1999; 82(2): 234-6.
14. Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. Psychology & Health 2000; 15(6): 733-50.
15. Bazzazian S, Besharat MA. An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. Contemporary psychology 2010; 5(1): 3-11. [In Persian].
16. Dickson A, Toft A, O'Carroll RE. Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants. Psychol Med 2009; 39(9): 1567-76.
17. Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? British Journal of Health Psychology 1996; 1(1): 15-25.
18. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. Psychology & Health 2008; 23(6): 679-90.
19. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. Psychosom Med 2002; 64(4): 580-6.
20. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. Perceptions of health and illness.Amsterdam, Netherlands: Harwood Acad Publ; 1997. p. 155-88.
21. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? J Psychosom Res 1997; 42(2): 113-6.
22. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S, editor. Contributions to medical psychology. New York, NY: Pergamon Press; 1980. p. 17-30.
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003. p. 38-92.
24. Pace TM. Schema theory: A framework for research and practice in psychotherapy. Journal of Cognitive Psychotherapy 1998; 2(3): 147-63.
25. Litke KL. Care receiving : the relationship between attachment and reactions to being helped, relationship functioning, and perceived quality of life in a sample of individuals with multiple sclerosis. [Thesis]. Saskatoon, CA: Department of Psychology, University of Saskatchewan. 2006.
26. Phillips LH, Saldias A, McCarrey A, Henry JD, Scott C, Summers F, et al. Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. Br J Clin Psychol 2009; 48(Pt 1): 101-6.
27. Besharat M, Barati N, Lotfi J. Relationship between coping styles and mental health in a sample of multiple sclerosis patients. Pejouhesh 2008; 32(1): 27-35. [In Persian].
28. Esmaeili M, Hosseini F. Multiple Sclerosis and stressful thought habit. IJNR 2009; 3(11): 25-32. [In Persian].
29. Sadovnick AD, Eisen K, Ebers GC, Paty DW. Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics. Neurology 1991; 41(8): 1193-6.
30. Zorzon M, de MR, Nasuelli D, Ukmar M, Mucelli RP, Cazzato G, et al. Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. J Neurol 2001; 248(5): 416-21.
31. Bauer HJ, Hanefeld FA. Multiple sclerosis: Its impact from childhood to old age. London, UK: Saunders; 1993. p. 14-52.
32. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 2000.

Archive of SID

www.SID.ir
www.mui.ac.ir

33. Young JE, Brown G. Young schema questionnaire. In: Young JE, editor. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 2nd ed. New York, NY: Cognitive Therapy Center of New York; 1994.

34. Young J. Young Schema Questionnaire-Short Version 3: An Introduction. [Online]. 2005; Available from URL: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=Kellog++SH%2C+Young+Schema+Questionnaire Short+Version+3%3A+An+Introduction&source=web&cd=3&ved=0CDwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.crescentclinicedu.co.za%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffileuploads%2FYoung%2520Schema%2520Questionnaire%2520%2520short%2520version%2520%282005%29.doc&ei=hO_GUILzDYWp0QW4wYCACA&usg=AFQjCNH5ku8GZok4GNQLnRJZWkbc_we8ew

35. Ghiasi M. Validity and Stability of Young Schema Questionnaire (3th version) between two groups of people with mental disorders and normal in Tehran. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan. 2008. [In Persian].

36. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res 2006; 60(6): 631-7.

37. Bagherian R. An exploratory investigation of predictors of depression following myocardial infarction. [Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran. 2007. [In Persian].

38. Broadbent E. The Brief Illness Perception Questionnaire. [Online]. 2006; Available from URL: http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-English.pdf

39. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33(11): 1444-52.

40. Mohamad abadi AN. Investigate the mediate role of person-environment fit in the relationship between public sector motivation and organizational outcomes among Isfahan public hospital nurses. [Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan. 2010. [In Persian].

41. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol 1986; 51(6): 1173-82.

42. Soltanzadeh A. Neurologic disorders. Tehran, Iran: Noore Danesh; 2001. [In Persian].

43. Bayrami A, Bakhshipor A, Esmaeili A. The relationship between coping styles and early maladaptive schemas in disconnection-rejection and over vigilance - inhibition in young's schema model. J Life Sci Biomed 2012; 2(4): 178-81.

44. Young JE. Schema gird. New York, NY; 1990.

45. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.

46. Eyigor S, Karapolat H, Akkoc Y, Yesil H, Ekmekci O. Quality of life in patients with multiple sclerosis and urinary disorders: reliability and validity of Turkish-language version of Incontinence Quality of Life Scale. J Rehabil Res Dev 2010; 47(1): 67-71.

47. Pittock SJ, Mayr WT, McClelland RL, Jorgensen NW, Weigand SD, Noseworthy JH, et al. Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: a population-based cohort study. Arch Neurol 2004; 61(5): 679-86.

48. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, Van Kempen GMJ, Weinman J, Van Houwelinge HJC, et al. Illness perceptions and coping explain well-being in patients with Huntington's disease. Psychology & Health 2007; 21(4): 431-46.

49. Petrie KJ, Broadbent E, Meechan G. Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In: Cameron LD, Leventhal H, Leventhal H, editors. The self-regulation of health and illness behaviour. New York, NY: Routledge; 2003. p. 257-77.

50. Ponzo MG, Gucciardi E, Weiland M, Masi R, Lee R, Grace SL. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. Behav Med 2006; 31(4): 153-60.

51. Lau-Walker M. Predicting self-efficacy using illness perception components: a patient survey. Br J Health Psychol 2006; 11(Pt 4): 643-61.

Archive of SID

www.SID.ir

www.mui.ac.ir

Investigating the effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas and level of motor disability in multiple sclerosis patients

Afsaneh Akhani[1], Zahra Izadikhah[2], Reza Bagherian-Sararoudi[3], Fariborz Khorvash[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Schemas are cognitive patterns that have a major impact on the perception and behavior. Therefore, it is necessary to investigate their role in determining and changing health related behaviors in MS patients. The purpose of this study is to investigate the mediating effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas in the domain of rejection and disconnection and the level of motor disability in MS patients.

Methods and Materials: 104 participants with MS, who referred to the MS Commission in Isfahan, were selected randomly. The research tools were Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF), the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). The level of motor disability was assessed by Expanded Disability Status Scale (EDSS). Data were analyzed using hierarchical multiple regression and Sobel Test.

Findings: Early maladaptive schemas in the domain of rejection and disconnection significantly predicted illness perception ($P \leq 0.001$) and motor disability (between $P \leq 0.000$ to $P \leq 0.012$), and illness perception significantly predicted motor disability ($P \leq 0.000$). Therefore, early maladaptive schemas, with the mediate role of illness perception, predict the level of disability.

Conclusions: Results supported that those MS patients with early maladaptive schemas in the domain of rejection and disconnection, have a higher level of negative perception to their illness and subsequently, higher level of disability. These results can be helpful in planning for providing psychological interventions to improve quality of life and increase health related behavior in MS patients.

Keywords: Multiple sclerosis, Schema, Illness perception, Disability status, Mediator

Citation: Akhani A, Izadikhah Z, Bagherian-Sararoudi R, Khorvash F. **Investigating the effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas and level of motor disability in multiple sclerosis patients.** J Res Behav Sci 2013; 10(7): 609-18

Received: 10.10.2012 Accepted: 10.01.2013

1- Student of Master of Science, Tehran Institute of Psychiatry, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: bagherian@med.mui.ac.ir
4- Assistant Professor, Department of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

www.mui.ac.ir www.SID.ir