

نقش ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS)

پریسا پورمحمد^۱، زهرا یوسفی^۲

و تورج هاشمی^۳

دریافت مقاله Feb 29, 2017
پدیدارشد مقاله Apr 25, 2017

بیماری مالتیپل اسکلروسیز یکی از شایع‌ترین اختلالات سیستم عصب مرکزی است. در سال‌های اخیر تلاش برای شناسایی عوامل مختلف مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مزمن افزایش یافته است و این مساله ناظر بر این بوده که کدام عواملی شخصیتی یا فردی بر میزان رنج و یا کیفیت زندگی بیماران مزمن جسمی تاثیر می‌گذارد و آیا داشتن نوع خاصی از ویژگی‌های شخصیتی یا دید خاصی نسبت به بیماری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی این بیماران است؟ هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروسیز بود. به این منظور تعداد ۷۹ نفر بیمار عضو انجمن بیماری مالتیپل اسکلروسیز تبریز، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر ادراک بیماری، تیپ شخصیتی و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D قادرند ۵۹ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروسیز را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروسیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. واژگان کلیدی: ادراک بیماری، تیپ شخصیتی D، کیفیت زندگی، مالتیپل اسکلروزیس

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروسیز^۴ (MS) یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های سیستم عصب مرکزی در جوانان است (چاوستیک و اهدی، ۲۰۰۷). این اختلال وضعیتی مزمن داشته و با تغییرات پراکنده در ماده‌ی سفید و خاکستری مغز، تحلیل رفتن میلین و آسیب به آکسون‌های سیستم عصب مرکزی مشخص می‌شود (موری، ۲۰۰۶). علایم این بیماری بسیار متفاوت بوده و به محل آسیب وابسته است و

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده ی مسوول) psy.p91@gmail.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

می‌تواند به شکل مشکلات حرکتی (ضعف عضلانی در پاها، آتاکسی)، ناهنجاری‌های حسی (هیپوستزی به معنای کاهش حس نسبت به لمس یا درد)، آسیب‌های مجسمه‌ای (فلج عضلات مردمک چشم، تاری دید، درد عصب سه قلو)، علایم نباتی و علایم روان شناختی بروز کند (فیگود، کلوان، میهر، گلد و همکاران، ۲۰۰۵).

تحقیقات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به MS نسبت به افراد سالم یا افرادی که در سایر گروه‌های بیماری قرار دارند، حتی در مراحل اولیه‌ی بیماری، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (روثول، مکداول، وانگ و دورمان؛ ۱۹۹۷). منظور از کیفیت زندگی عموماً رضایت کلی فرد از زندگی و احساس بهزیستی مرتبط با جنبه‌های جسمی، روانی، هیجانی و اجتماعی عملکرد فرد است. شاید بتوان گفت عدم وجود مدل‌های واضح سبب‌شناسی و روش‌های درمانی موثر، در کنار ناتوانی‌های جسمی و پیامدهای روان شناختی MS، شواهدی هستند که نشان می‌دهند این بیماری تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی دارد (موری، ۲۰۰۶). بسیاری از علایم ناشی از این بیماری در جنبه‌های جسمی مانند درد، مشکلات حسی، خستگی و مشکلات حرکتی مسوول کاهش کیفیت زندگی بیمار هستند (داگاس، ولین و وینسور، ۲۰۰۸). جنبه‌های روان شناختی کیفیت زندگی نیز با علایم متعدد افسردگی، اضطراب و خستگی در این بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد (کارگرفرد، اعتمادی‌فر، مهربانی، مغزی و حیات‌بخش، ۲۰۱۲). مفهوم کیفیت زندگی وابسته به بیماری نیز مفهومی ویژه از کیفیت زندگی است و به جنبه‌هایی از کیفیت زندگی یا عملکرد اشاره دارد که تحت تأثیر وضعیت سلامتی قرار می‌گیرد (مورالس گانزالس، نیتو لیون، ریورانائو و همکاران، ۲۰۰۴).

در تحقیقات سلامت، به مفهوم ادراک بیماری که به معنای بازنمایی شناختی و هیجانی از بیماری است، توجه زیادی شده است (بنیامینی، مدالیان و گریفینل، ۲۰۰۷). بر اساس نظریه‌ی عقل سلیم که توسط لونتال و همکارانش در سال ۱۹۸۰ ارائه و بعدها به مدل خودگردانی معروف شد، هنگام روبه‌رو شدن با یک تهدید مرتبط با سلامتی، فرد در تلاش برای فهم آن، خود را در معرض تعدادی سوال قرار می‌دهد. سوال‌ها در مورد مفهوم بیماری، دلایل، پیامدها، طول مدت، کنترل‌پذیری، ماهیت و پاسخ هیجانی به آن است. نوع پاسخ افراد به این سوال‌ها و ارزیابی شخصی آن‌ها می‌تواند به طور مستقیم یا از طریق راهبردهای مقابله‌ای بر سازگاری زیستی- روانی- اجتماعی آنها تأثیر بگذارد (بسی، فالتانو، سیلیا، گورتی و همکاران، ۲۰۱۶). این درک یا بازنمایی از بیماری لزوماً علمی یا از نظر پزشکی معتبر نیست اما از طریق تجربیات شخصی (مانند علایم جسمی و هیجانات)، تأثیرات اجتماعی و/یا تعامل با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شکل می‌گیرد. به نظر می‌رسد که افراد به روش‌هایی که هماهنگ با

بازنمایی خودشان از بیماری است خطر مرتبط با سلامتی‌شان را کاهش و یا رفتارهای مرتبط با سلامتی‌شان را تغییر می‌دهند (براونینگ، ویورز، فرکتیچ، اوترسون و رینولدز، ۲۰۰۹). تاکنون تعدادی از تحقیقات نقش ادراک بیماری را در پیش‌بینی ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و از جمله MS تایید کرده است (وگان، ماریسون و میلر، ۲۰۰۳).

درحالی که ابعاد مختلف ادراک از بیماری پویا است و در نتیجه‌ی تغییر در تجربه‌ی علائم مختلف، کسب اطلاعات جدید، یا ارزیابی‌های مقابله‌ای منفی تغییراتی در ادراک فرد از بیماری رخ می‌دهد (لونتال، دیفنباک، لونتال، ۱۹۹۲)، تحقیقات نشان داده است که شخصیت به عنوان جنبه‌ی ثابت وجود انسان نیز بر کیفیت زندگی او تاثیر دارد. یکی از سازه‌های شخصیتی، تیپ شخصیتی آشفته^۱ (تیپ شخصیتی D) است که در ابتدا برای اندازه‌گیری صفات شخصیتی بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب ارایه شد؛ اما با این حال برای سایر بیماری‌های مزمن نیز به کار گرفته شد (دونالت، دی جانگ، کوپر و همکاران، ۲۰۰۹). این صفت شخصیتی اشاره به افرادی دارد که هیجان‌های منفی بالایی تجربه می‌کنند و در تعاملات اجتماعی بازداری نشان می‌دهند. در واقع این سازه از دو بعد هیجان‌پذیری منفی^۲ و بازداری اجتماعی^۳ تشکیل شده است و به معنای آمادگی برای تجربه‌ی هیجان‌های منفی مانند خشم، عدم لذت، زودرنجی، خصومت، خلق افسرده، و خشم در کنار بازداری و عدم ابراز این هیجان‌ها در ارتباطات اجتماعی است (دونالت، ۲۰۰۵).

تحقیقات نشان داده‌اند که داشتن تیپ شخصیتی D پس از شدت بیماری، دومین عامل مهم و تعیین کننده در کیفیت زندگی کلی فرد بوده و با نمره‌ی پایین فرد در ابعاد وضعیت روانی مرتبط است (دوبایوا، ناگیووا، هاولیکووا و همکاران، ۲۰۰۹). یک مطالعه در مورد بیماران MS نشان داد که تیپ شخصیتی D به شکل معناداری با نمره‌های پایین هم در بعد روانی و هم بعد جسمی کیفیت زندگی مرتبط است (دوبایوا، ۲۰۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که در اثر تاثیر مشترک هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی، افراد دارای تیپ شخصیتی D سطوح بالاتری از اضطراب، خلق افسرده، استرس روانی- جسمی ادراک شده بیشتر، مشکلات بین فردی، اضطراب اجتماعی، بهزیستی روانی جسمی و کیفیت زندگی پایین‌تری را نشان می‌دهند (سوگارو، شینا، بورگیس و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج این تحقیقات می‌تواند مکانیسم نقش آفرینی تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد توضیح دهد. با توجه به تحقیقاتی که در زمینه‌ی نقش ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D بر کیفیت

زندگی انجام شده و با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات در این حوزه مخصوصاً در حوزه ی تیپ شخصیتی D بر روی بیماران کرونر قلبی و سایر بیماران مزمن انجام شده، تحقیق حاضر قصد داشت نقش ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) بررسی کند.

روش

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری پژوهش شامل بیماران عضو انجمن MS شهر تبریز در شهریور سال ۷ بود. از این جامعه ۷۹ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل عدم ابتلا به هر نوع بیماری نورولوژیک دیگر مانند صرع و عقب ماندگی ذهنی، عدم سومصرف مواد، قرار گرفتن در دامنه ی سنی بین ۶۵-۱۸ سال، سطح سواد حداقل سیکل و معیار خروج شامل عدم تمایل به حضور در پژوهش بود. آزمودنی ها بعد از توضیح پژوهش و اخذ رضایت کتبی با فرم کوتاه پرسشنامه ادراک بیماری^۱ (BIPQ-9)، پرسشنامه تیپ شخصیتی D^۲ (DS-14)، و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS^۳ (MS-QOL-54) مورد آزمون قرار گرفتند.

فرم کوتاه پرسشنامه ادراک بیماری یک پرسشنامه ی ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سوال ها به ترتیب پیامد، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می سنجند. دامنه ی سوالات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ بازپاسخ بوده و ۳ علت عمده ی ابتلا به بیماری را مورد سوال قرار می دهد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (باردنت، پتری، ماین، وینمن، ۲۰۰۶).

پرسشنامه تیپ شخصیت D (DS-14) توسط دنالت در سال ۱۹۹۸ (دنالت، ۲۰۰۵) تدوین شده و ۱۴ آیتم شخصیتی دارد که مولفه های عاطفه ی منفی و بازداری اجتماعی را در یک طیف لیکرت پنج درجه ای که از ۰ تا ۴ متغیر است، مورد سنجش قرار می دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های عاطفه ی منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ است. در مطالعه ی که توسط ذوالجناحی و

وفایی (۲۰۰۶) انجام شده است این مقدار برای خرده‌مقیاس‌های عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۹ گزارش شده است (ذوالجناحی و وفایی، ۲۰۰۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS (MS-QOL-54) ۵۴ گویه دارد و ۱۴ حیطه‌ی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر حیطه از صفر تا صد نمره‌گذاری شده و نمرات هر حیطه با احتساب میانگین نمرات تعیین می‌شود. این پرسشنامه دارای دو نمره‌ی اصلی ابعاد جسمانی و ابعاد روانی کیفیت زندگی است. ابعاد جسمانی شامل سلامت جسمی، نگرانی سلامتی، ادراک سلامتی، انرژی، ایفای نقش در رابطه با مشکل جسمی، درد، عملکرد جنسی، عملکرد اجتماعی و ابعاد روانی شامل رنج سلامتی، رضایت از زندگی، بهزیستی روانی، ایفای نقش در رابطه با مشکل روانی و عملکرد شناختی می‌باشد. پایایی این پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش شده است (ویکری و همکاران، ۱۹۹۵).

در پژوهش حاضر، متغیرهای ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D به عنوان متغیرهای پیش‌بین و متغیر کیفیت زندگی بیماران MS متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای تحلیل نتایج از روش‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. داده‌ها با بیستمین ویرایش نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش برای توصیف متغیرهای مورد مطالعه از روش‌های آمار توصیفی و به ویژه میانگین و انحراف استاندارد متغیرها استفاده شد که نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۱ ارایه شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات ادراک بیماری ۳۹/۵، تیپ شخصیتی D ۲۳/۸ و میانگین نمرات کیفیت زندگی ۵۵/۱ به دست آمد.

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی ادراک بیماری، تیپ شخصیتی D،

		و کیفیت زندگی بیماران MS			
	۳	۲	۱	SD	M
۱			۱	۱۹/۳۸	۳۹/۵
۲		۱	-۰/۷۱**	۱۰/۹۲	۲۳/۸
۳	۱	۰/۶۳**	-۰/۶۸**	۱۹/۸۹	۵۵/۱

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که بین ادراک منفی از بیماری با کیفیت زندگی همبستگی منفی معنی‌دار ($P < ۰/۰۱$, $R = -۰/۷۱$) و همچنین بین تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی نیز همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$, $R = -۰/۶۸$)

جدول ۲. توصیف تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران MS

Sig.	F	R ²	Sig.	t	B	خطای ضریب غیر برآورد استاندارد		
۰/۰۰۱	۱۷/۳۸	۰/۵۹	۰/۰۰۱		۲۴/۶۹	۳/۶۹	۹۱/۱۹	ثابت
			۰/۰۰۱	-۴/۱۶	-۰/۳۹	۰/۰۹	-۰/۴۰	ادراک بیماری
			۰/۰۰۱	-۴/۸۹	-۰/۴۶	۰/۱۷	-۰/۸۳	تیپ شخصیتی D

بر اساس نتایج رگرسیون چندگانه و مطابق با مندرجات جدول ۲ در تبیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS براساس ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D، همان گونه که ملاحظه می‌شود، متغیرهای پیش‌بین قادرند ۵۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین کنند ($F=17/38$, $P < 0/01$). به عبارتی ۵۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D تبیین می‌شود. علاوه بر این مبتنی بر ضرایب بتای استاندارد می‌توان عنوان نمود که متغیر ادراک بیماری با ضریب بتای $-0/39$ و متغیر تیپ شخصیتی D با ضریب بتای $-0/46$ قادر هستند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS را بصورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D قادرند به طور معنا داری تغییرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS را پیش‌بینی کنند. نقش ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS همسو با نتایجی است که توسط محققانی چون بارتلس (بارتلس، پدرسون، وندرلان، ستال و همکاران، ۲۰۱۰)، تینزما (تینزما، کپتین، پریرا و سمیت، ۲۰۱۱)، میگلیوریتی (میگلیوریتی، مازینی، اوگیونی، تستا و موناکو، ۲۰۰۸) به دست آمده است. وجود رابطه بین بازنمایی‌های شخصی از بیماری و کیفیت زندگی بیماران مزمن بر اساس نظریه‌ی خودگردانی است. این دیدگاه افراد را حل‌کننده‌های مشکل فعالی می‌داند که در پاسخ به بیماری یا سایر تهدیدهای جسمی، بازنمایی‌های شناختی و هیجانی همزمان با هم شکل می‌دهند. این بازنمایی‌های شناختی بیماری شامل تعداد و تجربه‌ی علائم واقعی‌ای است که به عنوان بخشی از بیماری در نظر گرفته می‌شود و نیز برچسب انتزاعی‌ای که به آن داده می‌شود (شناخت بیماری). همچنین انتظارات در مورد طول مدت احتمالی بیماری (خط زمانی) باور در مورد پیامدهای جسمی، اجتماعی و هیجانی

پيامدها)، ادراکات در مورد میزان قابلیت درمان یا کنترل آن و نیز باور در مورد دلایل بیماری را هم در بر می گیرد. این بازنمایی های به هم پیوسته ی بیماری چارچوبی مفهومی برای بیمار ایجاد می کند که از طریق آن توصیه های مراقبان سلامتی را پردازش و این امر، به نوبه ی خود سازگاری نسبت به بیماری را تعیین می کند (لونتال، هرنز، استیل، ۱۹۸۴). مشخص شده است که بیمارانی که وضعیت و علایم یکسانی دارند، می توانند درک متفاوتی از بیماری خود داشته باشند که روی رفتار، عملکرد و کیفیت زندگی آنها تاثیر می گذارد (پتری، کامرون، الیس، بویک و ویتمن، ۲۰۰۲). در این رابطه ویتمن و پتری (۱۹۹۷) در مطالعه شان نشان داد که مداخلاتی که برای تغییر ادراک افراد از بیماری شان طراحی می شود می تواند عملکرد افراد را پس از حمله ی قلبی بهبود بخشد. در این مطالعه در دوره ی پیگیری ۳ ماهه افراد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، علام آئزین کمتری نشان داده بودند. در حقیقت علایم بیماری آنها در بلندمدت در اثر مداخله در ادراک بیماری کاهش یافته بود (ویتمن و پتری، ۱۹۹۷).

یکی از تبیین های دیگر در مورد نقش ادراک از بیماری ناظر بر مفهوم امیدواری است. مولفه های متعدد ادراک بیماری از جمله انتظارات فرد از آینده ی بیماری، طول مدت، قابلیت کنترل و نیز قابلیت درمان آن به نوعی می توانند میزان امیدواری یا ناامیدی فرد از شرایط پیش روی خود را تعیین کند. در مطالعه ای، پلاهوتا و همکاران با بررسی نقش مفهوم امیدواری در سلامت جسمی و روحی افراد به این نتیجه رسیدند که ناامیدی هم با بهزیستی روان شناختی و هم جسمانی رابطه ی منفی معنی داری دارد (پلاهوتا، مک کولاخ، کاسارسکیس، راس و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، طبق دیدگاه خودگردانی، ادراک بیماری با میانجیگری راهبردهای مقابله ای هم می تواند بر بهزیستی فرد و در نتیجه کیفیت زندگی او تاثیر بگذارد. در واقع بازنمایی های بیماری به طور مستقیم به راهبردهای مقابله ای مرتبط است و از طریق آن به مواردی مانند ناتوانی، خلق و وضعیت اجتماعی (که همه مولفه هایی از کیفیت زندگی هستند) ارتباط می یابد (وگان، ماریسون، میلر، ۲۰۰۳). در تایید این نظریه تحقیق هجمان و همکاران نشان داد که بین بازنمایی های بیماری و رفتار مقابله ای رابطه ی معنی داری وجود دارد (هیمنس، ۱۹۹۸).

همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که تیپ شخصیتی D نیز یکی از پیش بین های کیفیت زندگی بیماران MS است. این یافته همسو با تحقیقاتی است که توسط محققانی چون دونالت (دونالت، ویس و براتسرت، ۲۰۰۰)، بارتلس (بارتلس و همکاران، ۲۰۱۰)، دوربایوا (دوربایوا، ۲۰۱۰) انجام گرفته است. یکی از تبیین های اصلی در نحوه ی تاثیرگذاری تیپ شخصیتی D بر کیفیت زندگی، تاثیرگذاری

غیرمستقیم و از طریق متغیرهای خلقی است. نقش میانجی گرایانه‌ی متغیرهای خلقی در کیفیت زندگی، اخیراً توسط بارتلز و همکاران پیشنهاد شده است (بارتلز و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای تیپ شخصیتی D نسبت به سایر افراد از مشکلات روان شناختی بیشتری رنج می‌برند و سطوح بالاتری از اضطراب، خلق افسرده، استرس روانی- جسمی ادراک شده، مشکلات بین فردی و اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند (سوگارو، سکینا، بورگیزر و همکاران، ۲۰۱۰) که همه‌ی این تجارب منفی تاثیر مستقیمی روی کیفیت زندگی فرد می‌گذارند. همچنین مشخص شده است که تیپ شخصیتی D با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه و ناسازگارانه‌تر ارتباط دارد (ویلیام و وینیت، ۲۰۱۲). افرادی که به طور مداوم از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، ناتوانی بیشتری در اثر بیماری خود احساس می‌کنند و از سلامت روانی و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (هسلینک، پنیسک، شولزر و همکاران، ۲۰۰۴).

نتایج این تحقیق نشان داد ادراک بیماری و تیپ شخصیتی D نقش معناداری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS دارد. همان‌طور که اشاره شد، نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که مداخله در ادراک و نوع بازنمایی افراد از بیماری‌شان، بر شدت تجربه‌ی علائم آنها موثر است. نتایج تحقیقات مداخله‌ای از این دست و پژوهش‌های توصیفی‌ای مانند پژوهش حاضر به طور تلویحی اشاره به این موضوع دارد که بسیاری از رنج‌های بیماران مزمن و کیفیت زندگی پایین آنها نه به دلیل شدت بیماری، بلکه به دلیل بازنمایی‌های اشتباه از وضعیت خود، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، اضطراب، افسردگی آنها است و مداخله در این حوزه‌ها می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر مثبت داشته باشد. این پژوهش با محدودیت روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و تعداد کم نمونه مواجه بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شیوه‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده و مطالعه بر روی تعداد بیشتری نمونه صورت گیرد.

بدینوسیله از انجمن MS تبریز و تمام شرکت‌کنندگان پژوهش برای همکاری‌شان در این تحقیق، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید

References

- Bartels, H., Pedersen, S. S., Van der Laan, B. F., Staal, M. J., Albers, F. W., & Middel, B. (2010). The impact of Type D personality on health-related quality of life in tinnitus patients is mainly mediated by anxiety and depression. *Otology & Neurotology*, 31(1), 11-18.
- Bassi, M., Falautano, M., Cilia, S., Goretti, B., Grobberio, M., Pattini, M., ... & Lugaresi, A. (2016). Illness Perception and Well-Being Among Persons with Multiple Sclerosis and Their Caregivers. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 23(1), 33-52.

- Benyamini, Y., Medalion, B., & Garfinkel, D. (2007). Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychology and Health, 22*(7), 765-785.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research, 60*(6), 631-637.
- Browning, K. K., Wewers, M. E., Ferketich, A. K., Otterson, G. A., & Reynolds, N. R. (2009). The self-regulation model of illness applied to smoking behavior in lung cancer. *Cancer nursing, 32*(4), E15.
- Chwastiak, L. A., & Ehde, D. M. (2007). Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatric Clinics of North America, 30*(4), 803-817.
- Denollet, J., De Jonge, P., Kuyper, A., Schene, A. H., Van Melle, J. P., Ormel, J., & Honig, A. (2009). Depression and Type D personality represent different forms of distress in the Myocardial Infarction and Depression–Intervention Trial (MIND-IT). *Psychological medicine, 39*(05), 749-756.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic medicine, 67*(1), 89-97.
- Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D. L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation, 102*(6), 630-635.
- Douglas, C., Wollin, J. A., & Windsor, C. (2008). Illness and demographic correlates of chronic pain among a community-based sample of people with multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 89*(10), 1923-1932.
- Dubayova, T., Nagyova, I., Havlikova, E., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Middel, B., ... & Groothoff, J. W. (2009). The association of type D personality with quality of life in patients with Parkinson's disease. *Aging and Mental Health, 13*(6), 905-912.
- Dubayova, T. (2010). *Parkinson's Disease-Psychological Determinants of Quality of Life*. University Library Groningen][Host].
- Figved, N., Klevan, G., Myhr, K. M., Glad, S., Nyland, H., Larsen, J. P., & Aarland, D. (2005). Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Acta-Psychiatrica Scandinavica, 112*(6), 463-468.
- Hermann, B. P., Vickrey, B., Hays, R. D., Cramer, J., Devinsky, O., Meador, K., ... & Ellison, G. W. (1996). A comparison of health-related quality of life in patients with epilepsy, diabetes and multiple sclerosis. *Epilepsy research, 25*(2), 113-118.
- Hesselink, A. E., Penninx, B. W. J. H., Schlösser, M. A. G., Wijnhoven, H. A. H., Van Der Windt, D. A. W. M., Kriegsman, D. M. W., & Van Eijk, J. T. M. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of life research, 13*(2), 509-518.
- Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of psychosomatic research, 45*(1), 39-51
- Kargarfard, M., Eetemadifar, M., Mehrabi, M., Maghzi, A. H., & Hayatbakhsh, M. R. (2012). Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *European Journal of Neurology, 19*(3), 431-437. (Persian)
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. *Handbook of Psychology and Health*. Edited by: Baum A, Taylor SE, Singer JE.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive therapy and research, 16*(2), 143-163.
- Miglioretti, M., Mazzini, L., Oggioni, G. D., Testa, L., & Monaco, F. (2008). Illness perceptions, mood and health-related quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of psychosomatic research, 65*(6), 603-609.
- Morales-Gonzales, J. M., Benito-Leon, J., Rivera-Navarro, J., & Mitchell, A. J. (2004). A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: the GEDMA study. *Multiple Sclerosis Journal, 10*(1), 47-54.
- Murray, T. J. (2006). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *British Medical Journal, 7540*, 525.
- Olek, M. J., & Dawson, D. M. (2006). Stwardnienie rozsiane i inne zpalno-demielinizacyjne choroby osrodkowego ukladu nerwowego. W: *Bradley W, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurologia w praktyce klinicznej. Zaburzenia neurologiczne, 2..*
- Petrie, K. J., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic medicine, 64*(4), 580-586.

- Plahuta, J. M., McCulloch, B. J., Kasarskis, E. J., Ross, M. A., Walter, R. A., & McDonald, E. R. (2002). Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: psychosocial factors. *Social science & medicine*, 55(12), 2131-2140.
- Rothwell, P. M., McDowell, Z., Wong, C. K., & Dorman, P. J. (1997). Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *Bmj*, 314(7094), 1580.
- Rudick, R. A., Miller, D., Clough, J. D., Gragg, L. A., & Farmer, R. G. (1992). Quality of life in multiple sclerosis: comparison with inflammatory bowel disease and rheumatoid arthritis. *Archives of Neurology*, 49(12), 1237-1242.
- Sogaro, E., Schininà, F., Burgisser, C., Orso, F., Pallante, R., Aloï, T., ... & Fattiroli, F. (2015). Type D personality impairs quality of life, coping and short-term psychological outcome in patients attending an outpatient intensive program of cardiac rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 74(4).
- T Jock Murray, M. S. (2004). *Multiple sclerosis: the history of a disease*. Demos medical publishing.
- Tiemensma, J., Kaptein, A. A., Pereira, A. M., Smit, J. W., Romijn, J. A., & Biermasz, N. R. (2011). Affected illness perceptions and the association with impaired quality of life in patients with long-term remission of acromegaly. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(11), 3550-3558.
- Vaughan, R., Morrison, L., & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British journal of health psychology*, 8(3), 287-301.
- Vickrey, B. G., Hays, R. D., Harooni, R., Myers, L. W., & Ellison, G. W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of life research*, 4(3), 187-206.
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of psychosomatic research*, 42(2), 113-116.
- Williams, L., & Wingate, A. (2012). Type D personality, physical symptoms and subjective stress: The mediating effects of coping and social support. *Psychology & health*, 27(9), 1075-1085
- Zoljanahi, E. (2006). *The relationship between type d of personality and behavioral inhibition and activation systems*. M.A. thesis of psychology in tarbiat modarres university. (Persian)

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 11 (No. 44), pp. 17-26, 2017

The role of illness perception and type D personality in prediction quality of life in multiple sclerosis (MS) patients

PourMohammad, Parisa
University of Shiraz, Shiraz, Iran
Yousefi, Zahra
University of Shiraz, Shiraz, Iran
Hashemi, Turaj
University of Tabriz, Tabriz, Iran

Received: Feb 29, 2017

Accepted: Apr 25, 2017

Multiple sclerosis is one of the most prevalent disorders of the central nervous system. The efforts to identify different factors concerning quality of life in chronic patients, have been increased in recent years. These efforts have been made trying to answer the question of which personality or personal factors affect the amount of suffering or the quality of life in chronic physical patients and if having some special kind of personality characteristics or special kind of vision to disease leads to prediction of quality of life in these patients? So the aim of this study was to investigate the role of illness perception and type D personality in predicting quality of life in multiple sclerosis patients. For this purpose 79 participants were chosen among the members of Tabriz MS Association by using convenience sampling method and were evaluated in illness perception, personality type and quality of life. The results of correlation coefficient and regression analysis indicates that illness perception and type D personality variables significantly predict 59% of variance of quality of life in multiple sclerosis patients. So it can be concluded that illness perception and type D personality variables have a significant role in predicting quality of life in people suffering from multiple sclerosis.

Keywords: illness perception, type D personality, quality of life, multiple sclerosis