Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 33, No. 2, Summer 2023 ORIGINAL ARTICLE

Prediction of quality of life based on disease perception, health hardiness and self-compassion in women with multiple sclerosis

Maryam Sadat Motevalli [1], Mojgan Sepahmansoor[2], Susan Alizadehfard [3], Nasrolah Erfani [3]

[1] PhD Student in Health psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Associated Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

Abstract

Background: Quality of life plays a significant role in improving the health of chronic patients. This study was developed in order to predict the quality of life of women with multiple sclerosis based on the illness perception, health hardiness and self-compassion.
Materials and methods: This was a descriptive-correlation study. 470 women with MS who were members of the MS Association of Iran during the first six months of 1401 were selected by convenient sampling and were asked MSIS, Brief Broadbent illness perception, Revised Health Hardiness Inventory -24, and the self-compassion questionnaire.
Results: There were significant and negative correlation coefficients between the variables of illness perception, health hardiness and self-compassion with the quality of life. Illness perception, health hardiness and self-compassion purely explained 39% of the changes in quality of life in the equation.
Conclusion: According to the results, it seems that it is possible to improve the quality of life of women with MS by using methods to increase the illness perception, health hardiness and self-compassion.
Keywords: *Quality of life, Illness perception, Health Hardiness, Self-Compassion, Multiple Sclerosis Disease.*

Cited as: Motevalli MS, Sepahmansoor M, AlizadehFard S, Erfani N. Prediction of quality of life based on Illness perception, health hardiness and self-compassion in women with multiple sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2023; 33(2): **195-203.**

Correspondence to: Mojgan Sepahmansoor
Tel: *+98 9121034160*
E-mail: Moj.sepahmansoor@iauctb.ac.ir
ORCID ID: 0000-0002-0575-4018
Received: 4 March 2023; **Accepted:** 14 March 2023

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۹۵ تا ۲۰۳

Original Article

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس ادراک بیماری ، سرسختی سلامت و شفقت خود در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

مریم سادات متولی [۱]، مژگان سپاه منصور[۲]، سوسن علیزاده فرد[۳]، نصراله عرفانی[۳]

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی تهران ، ایران
[۲] استاد گروه روانشناسی واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران
[۳]دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *کیفیت زندگی در ارتقا سلامت بیماران مزمن نقش به سزایی دارد . پژوهش حاضر به منظور پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بر اساس ادراک بیماری ، سرسختی سلامت و شفقت خود تدوین شد.*

روش بررسی: *این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی بود. از بین زنان مبتلا به ام اس که عضو انجمن ام اس ایران بودند در طی شش ماهه اول سال ۱۴۰۱ با نمونه گیری دردسترس ۴۷۰ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی اختصاصی ام اس، پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت، پرسشنامه سرسختی سلامت - ۲۴ و پرسشنامه شفقت خود نف و عوامل جمعیت شناختی پاسخ دادند.*

یافته‌ها: *بین متغیرهای ادراک بیماری ، سرسختی سلامت و شفقت خود با کیفیت زندگی ضرایب همبستگی معنی‌دار و منفی وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود بطور خالص ۳۹ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در معادله تبیین می‌کنند.*

نتیجه‌گیری: *به نظر می‌رسد بتوان با به‌کارگیری شیوه‌هایی برای افزایش ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود در زنان مبتلا به ام اس به ارتقای سطح کیفیت زندگی آن‌ها کمک کرد.*

واژگان کلیدی: *کیفیت زندگی، ادراک بیماری، سرسختی سلامت، شفقت خود، بیماری مالتیپل اسکلروزیس.*

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس Multiple Sclerosis شایع‌ترین اختلال دستگاه اعصاب مرکزی با واسطه سیستم ایمنی است (۱) و شایع‌ترین بیماری ناتوان کننده عصبی در سنین جوانی محسوب می‌شود (۲) . میزان بروز این بیماری در طی سال-های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ در جهان کاهش یافته است، در صورتی که در ایران در طی همین مدت از ۲ به ۲/۸ نفر مبتلا در هر صد هزار نفر جمعیت عمومی افزایش یافته و از سال ۲۰۱۳ از اروپای غربی نیز میزان بروز پیشی گرفته است (۳) کیفیت زندگی (Quality Life) در بیماری‌های ناتوان کننده مزمن همچون بیماری ام اس کاهش می‌یابد و به نظر می‌رسد برآورده کردن نیازهای مختلف جنبه‌های زندگی برای ارتقای سلامت روانی و جسمانی با ابعاد کیفیت زندگی در این بیماران الزامی و ضروری است. متغیرهای روانشناختی مانند ادراک بیماری (Illness perception) و سرسختی سلامت (Health Hardiness) و شفقت خود (Self compassion) بر روی کیفیت زندگی بیماران مزمن تاثیر شگرف و معنی‌داری می-گذارد (۴، ۵) . به طوریکه ادراک بیماری باعث شناخت عوامل موثر بر سازگاری و فرآیند بیماری می‌شود. درک از بیماری و

آدرس نویسنده مسئول: تهران، گروه روانشناسی واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی، مژگان سپاه منصور (**email**: Moj.sepahmansoor@iauctb.ac.ir)
ORCID ID: 0000-0002-0575-4018
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۱۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

تحمل آن به باور لونتال (Leventhal) شامل مؤلفه‌های شناختی (علائم، زمان بندی، پیامدها، کنترل فردی درک شده و کنترل درمان بیماری) و مؤلفه عاطفی (حس شخصی بیمار را از بیماری در تعیین سازگاری) است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر بیماری ام اس است. ادراک بیماری اثر مستقل ویژه‌ای در حوزه‌های اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس دارد (۶) . پولاک (Pollock) بر اساس مفهوم سرسختی کوباسا (kobasa) سرسختی سلامت را مطرح کرد که ارتباط بیشتری با جنبه‌های سلامتی دارد. یعنی فرد تا چه حد به انجام فعالیت های مرتبط به سلامت متعهد است، سلامت خود را کنترل پذیر درمی‌یابد و عوامل استرس‌زا را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر می‌گیرد (۷). سرسختی مرتبط با سلامتی، ویژگی شخصیتی است که با سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی موجب سازگاری افراد با بیماری و مشکلات ناشی از آن می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سرسختی سلامت با امید به زندگی (Life Expectancy) و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و در وضعیت‌های تنش‌زا از قبیل ابتلا به بیماری مزمن، کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند سلامت روان و کیفیت زندگی بیشتری دارند (۸) . افراد با سرسختی بیشتر رویدادهای تنش-زا را مثبت‌تر و کنترل پذیرتر ارزیابی می‌کنند (۹). مفهوم شفقت‌خود نیز با کیفیت زندگی بیماران ام اس همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد و همچنین قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران ام اس است. نتایج بیان می‌کنند توجه به مؤلفه‌های هوش اخلاقی و شفقت خود می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس نقش مؤثری ایفا کند (۱۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، در افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس تاکید شده است (۱۱). گروه درمانی متمرکز بر شفقت در افزایش شفقت خود در مردان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس موثر بوده است. نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در شفقت خود افراد مبتلا به بیماری ام اس و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی بیماران تاکید دارد (۱۲). به نظر می‌رسد در رابطه با نقش تعیین کننده‌های روانشناختی در کیفیت زندگی بیماران اطلاعات اندکی وجود دارد و که نیازمند به بررسی بیشتر است و اهمیت ارتقا سلامت و کیفیت زندگی بیماران با بررسی عوامل تاثیرگذار بر این مهم ضروری است.

مواد و روشها

نوع مطالعه و روش نمونه گیری: این مطالعه از نوع توصیفی-هبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری ام اس که حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و با تشخیص قطعی این بیماری ، عضو انجمن ام اس ایران بودند و دچار اختلالات بینایی و شنوایی و روانشناختی با مصرف دارو نبودند و دسترسی به شبکه های اجتماعی مجازی از طریق گوشی همراه و یا رایانه شخصی داشتند که در طی شش ماهه اول سال ۱۴۰۱ به سوالات پرسشنامه آنلاین بارگذاری شده بر روی کانال اطلاع رسانی انجمن ام اس ایران جواب دادند. بر اساس قواعد حجم نمونه از نرم افزار G-Power App با روش نمونه گیری در دسترس ۴۷۰ آزمودنی انتخاب شدند. به جهت رعایت حال بیماران ضمن درنظر گرفتن پرسشنامه‌های استاندارد، از پرسشنامه‌هایی با حداقل تعداد سوال استفاده شد.

ابزارهای جمع آوری داده‌ها

پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران ام اس (MSIS-29)

توسط Hobart & Et al در سال ۲۰۰۱ نسخه ۲۹ سوالی شامل ۲۰ سوال زیر مقیاس سنجش تاثیر فیزیکی و ۹ سوال زیر مقیاس سنجش تاثیر روانی ساخته شد. هر سوال با ۵ گزینه از نمره ۱ تا ۵ که مجموع اعداد مربوط به پاسخ های بیمار به دو گروه سوال ، به اعداد ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود و در نهایت دو مقیاس برای سنجش ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی به دست می‌آید. نمره‌های بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی پائین‌تر بیمار است. حداقل و حداکثر نمره در بعد جسمانی ۲۰ تا ۱۰۰ و حداقل و حداکثر نمره در بعد روانی ۹ تا ۴۵ است. پرسشنامه، نمره کلی ندارد و نتایج پژوهش‌های مختلف بر روی آن از جمع همه ماده-های آن به منظور تشکیل یک مقیاس کلی حمایت نمی‌کنند (۱۳، ۱۴). روایی و پایایی طبق نتایج مطالعه‌ای درسال ۲۰۰۴ نشان داد که پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ است (۱۵) . روایی همگرای زیر مقیاس فیزیکی با سایر مقیاس‌های اندازه گیری ناتوانی فیزیکی نشانگر ضرایب همبستگی بالایی است. در بررسی واگرا، همبستگی زیرمقیاس فیزیکی و پرسشنامه افسردگی بک Beck ویرایش دوم برابر ۰/۴۹ بود و زیرمقیاس روانی نیز با پرسشنامه افسردگی بک همبستگی بالای مورد انتظار ۰/۸۰ داشت (۱۳، ۱۶). در ایران برای نسخه فارسی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷۹ و ضریب بازآزمایی بیشتر از ۰/۷۰ گزارش شده است و روایی و پایایی مقیاس کیفیت زندگی ضرایب آلفای کرونباخ که برای بررسی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

سازگاری درونی هریک از زیر مقیاس های فیزیکی و روانی محاسبه گردیده به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۹ است (۱۷).

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (فرم تجدیدنظر شده (Brief Illness Perception Questionnaire

بردبنت و همکارانش (Broadbent & Et al) در سال ۲۰۰۶ یک پرسشنامه ۹ سوالی طراحی کردند که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری است. سوالات به ترتیب، پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت درمانی، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه نمرات هشت سوال اول از ۱ تا ۱۰ است و سوال نهم باز - پاسخ است و سه علت عمده ابتلا به بیماری را با الویت، مورد پرسش قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیرمقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرد. آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظرشده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی نشان دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. هم چنین همبستگی نمرات زیرمقیاس های مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (۱۸).

پرسشنامه سرسختی سلامت گیبهاردت (Revised Health Inventory -24 Hardiness)

فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه خودگزارشی توسط Et al & Gebhardt در سال ۲۰۰۱ که ۲۴ ماده و ۴ خرده مقیاس دارد . خرده مقیاس ارزش سلامت (۵ سوال)، خرده مقیاس مکان کنترل درونی سلامت (۵ سوال)، خرده مقیاس مکان کنترل بیرونی سلامت (۷سوال)، خرده مقیاس شایستگی سلامت ادراک شده (۶ سوال) را شامل می‌شود. هر ماده پرسشنامه به صورت یک جمله است که به وضعیت سلامت فرد اشاره دارد. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم) نمره گذاری شده ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس-های ارزش سلامت، مکان کنترل درونی سلامت، مکان کنترل بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده در افراد سالم به ترتیب ۰/۷۹ ، ۰/۶۶ ، ۰/۶۷ ، ۰/۶۹گزارش شد. در سال ۱۳۸۹ در ایران توسط ترشابی و بهرامی (۵) بر روی افراد سالم و بیماران مزمن هنجاریابی شده است. پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ در افراد سالم ۰/۷۱ و در گروه بیماریهای مزمن دیابت و قلبی عروقی ۰/۷۹ و ۰/۸۲گزارش شد و پایایی زیرمقیاس‌های آن در بیماران مزمن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ محاسبه شد و در سال ۱۳۹۸ توسط سپاه منصور و کاتبی (۱۹) در مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی درمبتلایان به دیابت و سرطان سینه با روش ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی ۰/۷۸ و زیرمقیاس‌های آن۰/۶۴ تا ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه شفقت خود

در سال ۲۰۰۳ توسط Neff &Et al با ۲۶ گویه و ۶ مولفه شامل مهربانی بخود ، قضاوت نسبت بخود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (۵= کاملا موافقم تا ۱= کاملا مخالفم) ساخته شده است . گویه های ۱-۲-۴-۶-۸-۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱-۲۴-۲۵ نمره گذاری معکوس دارند (۲۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران طی پژوهش خسروی و همکارانش ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی ۰/۷۶ یافت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسهای مهربانی بخود ، قضاوت نسبت بخود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۵ ، ۰/۸۴ ، ۰/۷۹ ، ۰/۸۱ ، ۰/۸۳ است. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش شد (۲۱).

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق- ساخت

شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، سن شروع بیماری، نوع و فنوتیپ بیماری مالتیپل اسکلروزیس با تشخیص پزشک معالج بیمار و تعداد سال‌های طول مدت بیماری تا هنگام پژوهش بود.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصل از توصیف پاسخگویان بیشتر افراد متاهل (۶۴/۳ درصد)، شغل بیشتر افراد خانه‌دار (۴۲/۳ درصد)، نوع بیماری بیشتر بیماران عود کننده-بهبود یابنده (۴۹/۴ درصد)، سطح تحصیلات اکثر آزمودنی‌ها کارشناسی (۳۴ درصد)، سن اکثر افراد ۳۱ تا ۳۵ سال (۲۴ درصد)، اکثریت سن شروع بیماری ۲۵ تا ۳۵ سال (۴۶/۶ درصد) و طول مدت بیماری اکثر افراد کمتر یا برابر ۵ سال (۳۴/۵ درصد) بود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

کیفیت زندگی میزان میانگین تاثیر فیزیکی ۳۵/۹۳، تاثیر روانی ۲۲/۶۲ و میزان میانگین کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس ۵۸/۴۶ بود. نمره کیفیت زندگی بین ۵۸ تا ۸۷ نشان دهنده میزان کیفیت زندگی با سطح متوسط در بیماران مبتلا به ام اس بود. در مورد ادراک بیماری میزان میانگین مولفه ماهیت بیماری برابر ۳/۶۲ که کمتر از حد متوسط و میزان میانگین مولفه‌های پیامدها و نگرانی به ترتیب برابر ۴/۸۹ و ۵/۱۵ بود که در حد متوسط قرار داشت. میزان میانگین مولفه‌های طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، شناخت درمانی و پاسخ عاطفی به ترتیب برابر ۷/۱۲، ۶/۴۶، ۷/۷۳، ۷/۴ و ۶/۳۴ بود که بالاتر از حد متوسط است. نمره کل ادراک بیماری با میانگین ۴۸/۶۵ بود که در حد متوسط قرار داشت. در مورد سرسختی سلامت میزان میانگین مولفه‌های ارزش سلامت ۲۳/۴۶، مکان کنترل درونی سلامت ۱۸/۰۴، مکان کنترل بیرونی سلامت ۲۵/۰۷، شایستگی سلامت ادراک شده ۲۱/۲۸بود و میزان میانگین کل سرسختی سلامت زنان مبتلا به ام اس ۸۷/۸۷ بود که نشان دهنده میزان سرسختی سلامت بالای متوسط است. در مورد شفقت خود میزان میانگین مولفه-های مهربانی با خود ۱۵/۵۲، قضاوت نسبت به خود ۱۳/۰۷، اشتراکات انسانی ۱۳/۵۹، انزوا ۱۱/۱۶، بهشیاری یا ذهن آگاهی ۱۳/۲۹، همانندسازی افراطی ۹/۶۲ بود و میزان شفقت خود بطور کلی زنان مبتلا به ام اس ۷۶/۲۴ بود که نشان‌دهنده میزان شفقت خود بالاتر از سطح متوسط است.

با توجه به جدول ۱ فرض نرمال بودن برای همه متغیرهای تحقیق پذیرفته می‌شود. با توجه به ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل (ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت) با متغیر وابسته (کیفیت زندگی زنان) در جدول ۲، مشاهده شد که بین متغیرهای ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود با کیفیت زندگی و مولفه‌های آن(تاثیر فیزیکی و تاثیر روانی) ضرایب همبستگی معنی‌دار و منفی وجود داشت.

جدول۱. نتایج نرمال بودن متغیرها

متغیر	مولفه	چولگی	خطای معیار چولگی	مقدار Z چولگی	کشیدگی	خطای معیار کشیدگی	مقدار z کشیدگی
کیفیت زندگی	تاثیر فیزیکی	۱/۲۶	۰/۹۱۳	۱/۳۸	۰/۹۶	۰/۵۲۲	۱/۸۴
	تاثیر روانی	۰/۵۳	۰/۹۱۳	۰/۵۸۳	-۰/۱۵	۰/۵۲۲	-۰/۲۹
	کیفیت زندگی	۱/۰۷	۰/۹۱۳	۱/۱۷	۰/۷۴	۰/۵۲۲	۱/۴۲
ادراک بیماری	پیامدها	۰/۱۷	۰/۹۱۳	۰/۱۹	-۰/۸۹	۰/۵۲۲	-۱/۷
	طول مدت	-۰/۸۱	۰/۹۱۳	-۰/۸۸	-۰/۷۸	۰/۵۲۲	-۱/۵
	کنترل شخصی	-۰/۶۱	۰/۹۱۳	-۰/۶۷	-۰/۳۹	۰/۵۲۲	-۰/۷۵
	کنترل درمان	-۱/۲۴	۰/۹۱۳	-۱/۳۶	۰/۶۵	۰/۵۲۲	۱/۲۵
	ماهیت	۰/۵۴	۰/۹۱۳	۰/۵۹	-۰/۴۵	۰/۵۲۲	-۰/۸۶
	نگرانی	-۰/۰۱	۰/۹۱۳	-۰/۰۱۶	-۰/۳۴	۰/۵۲۲	-۰/۶۵
	شناخت درمانی	-۱/۰۲	۰/۹۱۳	-۱/۱۱	۰/۲۰۱	۰/۵۲۲	۰/۳۸
	پاسخ عاطفی	-۰/۵۴	۰/۹۱۳	-۰/۵۹	-۰/۹۷	۰/۵۲۲	-۱/۸۷
	ادراک بیماری	-۰/۳۹	۰/۹۱۳	-۰/۳۶	۰/۸۳	۰/۵۲۲	۰/۶۴
سرسختی	ارزش سلامت	-۰/۶۴	۰/۹۱۳	-۰/۷۰۲	۰/۳۳	۰/۵۲۲	۰/۶۴
سلامت	مکان کنترل درونی سلامت	-۰/۰۳	۰/۹۱۳	-۰/۰۳۳	-۰/۴۳	۰/۵۲۲	-۰/۸۳
	مکان کنترل بیرونی سلامت	-۰/۳۳	۰/۹۱۳	-۰/۳۷	-۰/۰۹	۰/۵۲۲	-۰/۱۸۹
	شایستگی سلامت ادراک شده	-۰/۴	۰/۹۱۳	-۰/۴۴	-۰/۱۲	۰/۵۲۲	-۰/۲۴
	سرسختی سلامت	-۰/۱۶	۰/۹۱۳	-۰/۱۷۶	-۰/۲۸	۰/۵۲۲	-۰/۵۴
شفقت خود	مهربانی با خود	-۰/۰۷	۰/۹۱۳	-۰/۰۷۸	-۰/۸۳	۰/۵۲۲	-۱/۵۹
	قضاوت نسبت به خود	۰/۳۵	۰/۹۱۳	۰/۳۹	۰/۰۰۵	۰/۵۲۲	۰/۰۱
	اشتراکات انسانی	-۰/۲۴	۰/۹۱۳	-۰/۲۶	-۰/۲۷	۰/۵۲۲	-۰/۵۲
	انزوا	۰/۲۱	۰/۹۱۳	۰/۲۴	-۰/۵۴	۰/۵۲۲	-۱/۰۳
	بهشیاری یا ذهن آگاهی	-۰/۲۳	۰/۹۱۳	-۰/۲۵	-۰/۳۹	۰/۵۲۲	-۰/۷۶
	همانندسازی افراطی	۰/۵۳	۰/۹۱۳	۰/۵۸	-۰/۵۲	۰/۵۲۲	-۱/۰۰۸
	شفقت خود	۰/۱۴	۰/۹۱۳	۰/۱۵۷	-۰/۳۱	۰/۵۲۲	-۰/۶۰۸

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

جدول۲. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیر	تاثیر فیزیکی	تاثیر روانی	کیفیت زندگی
پیامدها	۰/۵۵۴**	۰/۴۷۱**	۰/۵۷۷**
طول مدت	۰/۱۸۷**	۰/۲۷۱**	۰/۲۳۸**
کنترل شخصی	-۰/۳۲**	-۰/۳۸۲**	-۰/۳۸۵**
کنترل درمان	-۰/۳۳۲**	-۰/۲۸۲**	-۰/۳۴۴**
ماهیت	۰/۶۵۶**	۰/۴۸۶**	۰/۴۱۹**
نگرانی	۰/۳۲۶**	۰/۴۸۶**	۰/۴۱۹**
شناخت درمانی	-۰/۰۵۵	-۰/۰۸۳	-۰/۰۶۸
پاسخ عاطفی	۰/۳۰۱**	۰/۶۰۱**	۰/۴۴۹**
ادراک بیماری	-۰/۴۴۸**	-۰/۴۹۲**	-۰/۵۰۸**
ارزش سلامت	-۰/۲۱۱**	-۰/۳۹۴**	-۰/۳۰۵**
مکان کنترل درونی سلامت	-۰/۳۳۰**	-۰/۴۶۵**	-۰/۴۱۷**
مکان کنترل بیرونی سلامت	-۰/۳۸۳**	-۰/۵۳۹**	-۰/۴۸۳**
شایستگی سلامت ادراک شده	-۰/۴۸۶**	-۰/۶۳۳**	-۰/۵۹۳**
سرسختی سلامت	-۰/۴۴۷**	-۰/۶۴۱**	-۰/۵۶۹**
مهربانی با خود	-۰/۱۲۳**	-۰/۴۹۷**	-۰/۲۹**
قضاوت نسبت به خود	-۰/۱۵۶**	-۰/۵۵۷**	-۰/۳۲۵**
اشتراکات انسانی	-۰/۰۷۱	-۰/۳۵۲**	-۰/۲۰۱**
انزوا	-۰/۲۱۲**	-۰/۵۳۷**	-۰/۳۵۸**
بهشیاری یا ذهن آگاهی	-۰/۱۲۱**	-۰/۲۷۳**	-۰/۲۰۲**
همانندسازی افراطی	-۰/۱۰۳*	-۰/۵۴۸**	-۰/۲۸۶**
شفقت خود	-۰/۱۷۱**	-۰/۶۰۶**	-۰/۳۶۳**

*در سطح ۰/۰۵ معنادار **در سطح ۰/۰۱ معنادار

مولفه‌های ادراک بیماری شامل پیامدها، طول مدت، ماهیت، نگرانی و پاسخ عاطفی، رابطه مثبت و معنی‌داری با کیفیت زندگی و مولفه های داشتند و از طرفی کنترل شخصی و کنترل درمان رابطه منفی و معنی‌داری با کیفیت زندگی و مولفه‌های آن داشتند. اما رابطه بین مولفه شناخت درمانی متغیر ادراک بیماری با کیفیت زندگی معنی‌دار نبود.

برای بررسی پیش بینی کیفیت زندگی با استفاده از ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود از رگرسیون چندگانه استفاده شد. دو مدل رگرسیون برازش داده شده است. در مدل اول متغیرهای ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود بعنوان متغیرهای مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته و در مدل دوم مولفه‌های ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود بعنوان متغیرهای مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

با توجه به آماره‌های جدول ۳ ضریب تعیین برابر با ۰/۳۹۱ بود. بنابراین ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود بطور خالص ۳۹ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در معادله تبیین کردند و بقیه واریانس‌ها از سوی عوامل خارجی و ناشناخته که در این تحقیق نیامده، قابل تبیین بود. مقدار آماره دوربین واتسون نیز برابر ۱/۶۵ بود که عددی بین ۱/۵ تا ۲/۵ است و بنابراین پیش فرض استقلال خطاها نیز برقرار بود. با توجه به مقدار آماره F (۹۹/۵۶) و مقدار معنی‌داری آن (P<۰/۰۵) نشان می‌دهد که متغیرهای تبیین کننده به طور معنی‌داری قادر بودند تغییرات متغیر وابسته (کیفیت زندگی) را پیش بینی و تبیین کنند. به علاوه مشاهده شد که متغیرهای ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت در مدل معنی‌دار بودند (P <۰/۰۵) و ضرایب استاندارد هر سه متغیر منفی بود. از این رو می‌توان گفت ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت به طور معنی‌داری کیفیت زندگی را پیش بینی می‌کنند و با توجه به اینکه نمرات بالای کیفیت زندگی نشان دهنده کیفیت زندگی پایین است، افزایش ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری ام اس شد. شاخص‌های همخطی نیز نشان دهنده عدم وجود همخطی بین متغیرهای مستقل مدل است (شاخص تحمل بیشتر از ۰/۱ و شاخص VIF کمتر از ۱۰).

برای بررسی مدل رگرسیون دوم که مولفه‌های متغیرهای مستقل(ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت) در

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه مدل اول

متغیر	ضریب غیراستاندارد	خطای معیار	ضریب استاندارد	آماره t	مقدار معناداری	شاخص تحمل	VIF	آماره F	مقدار معناداری	ضریب تعیین	آماره دوربین واتسون
مقدار ثابت	۱۳۴/۲۱	۴/۷۴	-	۲۸/۲۷	۰/۰۰۱	-	-	۹۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱	۱/۶۵
ادراک بیماری	-۰/۴۹۹	۰/۰۷۲	-۰/۲۹۴	-۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱/۳۷				
شفقت خود	-۰/۱۲۹	۰/۰۵۳	-۰/۱۲۴	-۲/۵۴۳	۰/۰۱۰	۰/۶۸۳	۱/۴۶				
سرسختی سلامت	-۰/۵۸۸	۰/۰۶۷	-۰/۴۰۹	-۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹	۱/۶۴				

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

جدول ۴. نتایج رگرسیون چندگانه گام به گام مدل دوم

متغیر	ضریب غیراستاندارد	خطای معیار	ضریب استاندارد	آماره t	مقدار معناداری	شاخص تحمل	VIF	آماره F	مقدار معناداری	ضریب تعیین	آماره دوربین واتسون
مقدار ثابت	۷۱/۲۶	۴/۵۳	-	۱۵/۷۰۴	۰/۰۰۱	-	-	۱۰۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳	۱/۵۸۶
ماهیت	۲/۷۶	۰/۲۷۷	۰/۳۷۲	۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲	۱/۵۳				
شایستگی	-۰/۹۸۶	۰/۱۷۳	-۰/۲۲۶	-۵/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸	۱/۷۳				
پاسخ عاطفی	۰/۷۲۲	۰/۲۱۶	۰/۱۲۱	۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵	۱/۴۶				
پیامدها	۱/۰۳۶	۰/۲۶۱	۰/۱۵۸	۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	۱/۷۵				
انزوا	-۰/۶۸۱	۰/۱۹۵	-۰/۱۲۵	-۳/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲	۱/۴۲				
کنترل شخصی	-۰/۵۹۴	۰/۲۲۷	-۰/۰۸۸	-۲/۶۱	۰/۰۰۹	۰/۷۹۳	۱/۲۶				

نظر گرفته شده‌اند، از رگرسیون گام به گام در جدول ۴ استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان داد که همه متغیرهای باقیمانده در مدل معنی‌دار بودند. با توجه به آماره‌های جدول ۳ می‌توان چنین عنوان کرد که ضریب تعیین برابر با ۰/۵۸۳ بود. بنابراین مولفه‌های ماهیت، شایستگی، پاسخ عاطفی، پیامدها، انزوا و کنترل شخصی به طور خالص ۵۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در معادله تبیین کردند و بقیه واریانس‌ها از سوی عوامل خارجی و ناشناخته که در این تحقیق نیامده، قابل تبیین است. مقدار آماره دوربین واتسون نیز برابر ۱/۵۸۶ بود که عددی بین ۱/۵ تا ۲/۵ است و بنابراین پیش فرض استقلال خطاها نیز برقرار بود. با توجه به مقدار آماره F (۱۰۷/۳۳) و مقدار معنی‌داری آن (P<۰/۰۵) نشان می‌دهد که متغیرهای تبیین کننده باقیمانده در مدل به طور معنی‌داری قادر هستند تغییرات متغیر وابسته (کیفیت زندگی) را پیش بینی و تبیین کنند. به علاوه مشاهده شد که ضرایب استاندارد متغیرهای شایستگی، انزوا و کنترل شخصی منفی و معنی‌دار و ضرایب استاندارد متغیرهای ماهیت، پاسخ عاطفی و پیامدها مثبت و معنی‌دار بودند. شاخص‌های همخطی نیز نشان دهنده عدم وجود همخطی بین متغیرهای مستقل مدل بود (شاخص تحمل بیشتر از ۰/۱ و شاخص VIF کمتر از ۱۰).

بحث

ادراک بیماری، سرسختی سلامت و شفقت خود بطور خالص ۳۹ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در معادله تبیین کردند از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت به طور معنی‌داری کیفیت زندگی را پیش بینی می‌کنند و با توجه به اینکه نمرات بالای کیفیت زندگی نشان دهنده کیفیت زندگی پایین است، افزایش ادراک بیماری، شفقت خود و سرسختی سلامت باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری ام اس شده است که نتایج همسو با مطالعه کیفی بررسی شده در کشورهای اتریش و امریکای شمالی در سال ۲۰۱۷ است که افزایش ادراک بیماری و عزت نفس سهم مهمی در افزایش کیفیت زندگی به عهده دارند. ضرایب استاندارد متغیرهای شایستگی، انزوا و کنترل شخصی منفی و معنادار و ضرایب استاندارد متغیرهای ماهیت، پاسخ عاطفی و پیامدها مثبت و معنی‌دار بودند. از این رو می‌توان گفت این مولفه‌ها به طور معنی‌داری کیفیت زندگی را پیش بینی کرده‌اند و افزایش نمره مولفه‌های شایستگی سلامت ادراک شده، انزوا و کنترل شخصی باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری ام اس و کاهش نمرات مولفه‌های ماهیت، پاسخ عاطفی و پیامدها باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری ام اس شد.

مولفه ماهیت با سوال علائم بیماری شما چقدر است؟، مولفه پاسخ عاطفی با سوال چقدر بیماری روی شما تاثیر عاطفی داشته است؟، مولفه بررسی پیامدها با سوال چقدر بیماری در زندگی شما تاثیر گذاشته است؟ و مولفه کنترل شخصی با سوال احساس می‌کنید چقدر بر روی بیماریتان کنترل دارید؟ از مفهوم ادراک بیماری بطور دقیق و شفاف در زندگی پیچیده امروزی برای یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن پیشرونده ابعاد روانشناختی درونی و فردی را هدف قرار می‌دهد و کاملا نقش شگرفی بر احساس رضایت و سطح کیفیت برجای می‌نهد (۲۴-۲۲). در این پژوهش نشان داده شد مولفه‌های ماهیت، شایستگی، پاسخ عاطفی، پیامدها، انزوا و کنترل شخصی بطور خالص ۵۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در معادله تبیین کردند که نتایج کاملا همسو با مطالعه ۲۰۰۷ ویکتوریای استرالیا بر روی ۵۸۰ بیمار مبتلا به ام اس با میانگین سنی ۴۶/۷ سال از هر چهار نوع فنوتیپ

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

بیماری ام اس است که تحلیل رگرسیون نشان داد که ابعاد فیزیکی و روانی مقیاس کیفیت زندگی ام اس ۳۸ تا ۷۱ درصد موارد را پیش بینی میکند و ادراک بیماری اثر مستقل بویژه در حوزه های اجتماعی بر روی کیفیت زندگی مبتلایان دارد (۶).

نتایج افزایش سطح مولفه شایستگی سلامت ادراک شده از سرسختی سلامت شامل راه حل‌های مناسب رفع مشکل، رسیدن به اهداف بهداشتی ، برنامه و تلاش بمنظور بهبود وضعیت سلامتی که توانسته تعیین کننده سطح کیفیت زندگی بهتر مبتلایان باشد و همسو با نتایج Bassi و Falautano میلان ایتالیا ۲۰۱۵ و شقاقی و آقایوسفی ۱۳۹۰ در ایران است که مولفه های ادراک بیماری پیش بینی کننده-های معنی‌داری در کیفیت زندگی مبتلایان به ام اس است (۲۵، ۲۶).

سرسختی سلامت در این مطالعه رابطه مستقیم با سطح کیفیت زندگی داشت. در مطالعه ۱۳۹۷ شهر اصفهان نیز میانگین نمره سرسختی سلامت در مبتلایان دیابت نوع دو و سرطان سینه نیز از همین الگو پیروی می‌کرد و زیر مقیاس-های ارزش سلامت، مکان درونی و بیرونی سلامت و شایستگی سلامت آزمودنی‌ها تفاوت آماری معنی‌داری داشتند، چرا که افزایش کیفیت زندگی در همگی بیماری‌های مزمن صعب العلاج لازم است تا سرسختی سلامت به عنوان درمان همراه و مکمل آموزش داده شود تا حس خودمختاری، تسلط بر خود، رشد شخصی و ارتباط مثبت با دیگران و احساس هدفمندی در زندگی و پذیرش خود رشد کند و منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ام اس شود (۱۹، ۲۷).

در مورد مولفه انزوا از متغیر مستقل شفقت خود نتایج پژوهش اخیر همسو با مطالعه ۲۰۱۷ امریکاست و شفقت خود رابطه مستقیم و معنی‌داری با کیفیت زندگی مبتلایان به ام اس دارد و می‌توان تبیین کرد که نگاه درونی هر فرد برای احساس مهربانی به خود جایگاه ویژه‌ای در بخشش خود و حس شاد بودن و ایجاد شرایط بهتر برای ارتباط با اطرافیان را فراهم می‌نماید و از احساس تنهایی در هنگام شکست می‌کاهد (۲۸).

تضاد منافع

مقاله حاضر از رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت نویسنده اول ، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1401.026 منتج گردیده است. سهم تمامی نویسندگان در این پژوهش یکسان است و هیچگونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

لازم است از بانوان مبتلا به بیماری ام اس که در پر کردن پرسشنامه با وجود درد و رنج بی‌شمار نهایت همکاری را داشتند قدردانی شود.

REFERENCES

1. Compston A, Coles A. Multiple Sclerosis. Lancet 2008; 372:1502-17.

2. Tsang BK, Macdonell R. Multiple Sclerosis –diagnosis, management and prognosis. Aust Fam Physician J 2011;40:848-955.

3. Abbastabar H, Bitarafan S, Mohammadpour Z,Mohammadiannejad SE, Harirchian MH. The Trend of Incidence, Prevalance and DALY of Multiple Sclerosis in the Middle East and Northern Africa Region compared to global, West Europe and Iran corresponding values during 1990-2017. Mult Scler Relat Disord 2021; 52:102949.

4. Bassi M, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Niccolai C. Illness perception and psychological adjustment among persons with Multiple Sclerosis: The mediating role of coping strategies and social support. Disabil Rehabil 2022; 42:3780-92.

5. Torshabi M, Bahrami EH. A Comparison of Hardiness Character between Chronic patients and Non-patients. Journal of Psychology 2011; 14: 338-56.

6. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes CA. Illness Perception and health-related quality of life in multiple sclerosis Acta Neurology Scand 2007;116:293-99.

7. Pollock SE. The Hardiness characteristics: A motivation factor in adaption. ANS Adv Nurs Sci 1989; 11:53-62.

8. Contrada RJ. Type a behavior, personality hardiness and cardiovascular response to stress. J Pers Soc Psychol 2001;89: 898-966.

9. Madani MS, Salesi M, Mohammadi J. The Effect of Dimensions of Illness on the Variation of Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. Acta Medica Iranica 2018; 56:189-95.

10. Mohammad pour F. The Relationship between Moral Intelligence and Self-Compassion with Quality of Life in MS patients. Ethics J 2021;16:30-35.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]

11. Ghator Z, Pouryahya SM, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis. Armaghan J 2018;23:350-63. [In Persian]

12. Rouhani A, Harouni Y. Investigate the effectiveness of group therapy based on compassion-focused therapy, on increasing self-compassion in male patients diagnosed with multiple sclerosis in Isfahan. Analitical-Cognitive Psycholoy J 2019; 10(39):51-62

13. Hobart JC, Lamping DL, Fitzpatrick R, Riazi A, Thompson AJ. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29), A new patient-based outcome measure. J Brain 2001;124:962-73.

14. McGuigan C, Hutchinson M. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29) is a reliable and sensitive measure. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75:266-9.

15. Riazi A, Hobart JC, Lamping DL, Fitzpatrick R, Thompson AJ. Evidence-based measurement in multiple sclerosis: the psychometric properties of the physical and psychological dimensions of three quality of life rating scales. Mult Scler 2003; 9: 411-419.

16. Riazi A, Hobart JC, Lamping DL, Fitzpatrick R, Thompson AJ. Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): Reliability and Validity in hospital based samples. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 73:701-4.

17. Ayatollahi P, Nafissi S, Eshraghian M, Tarazi A. Cross-Cultural Adaptation Of The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29) For Iranian MS Patients, Evaluation Of Reliability And Validity. Tehran Univ Med J 2006; 64:62-68. [In Persian]

18. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinmann J. The Brief Illness Perception Questionnaire. J Psychosom Res 2006; 60: 631-7.

19. Sepah mansour, M., katebi, M. Comparison of Health Hardness and Life Expectancy in Patients with Diabetes and Breast Cancer. Health Psychology 2019; 8: 155-168. [In Persian]

20. Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity 2003; 2: 85–101.

21. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh M. Psychometric Properties of Self-Compassion Scale (SCS) Psychological Methods and Models J 2014; 3:47-59. [In Persian]

22. Lex H, Weisenbach S, Sloane J,. Syed S, Rasky E, Freidl W. Social-emotional aspects of quality of life in multiple sclerosis Psychol Health Medicine J 2018; 23 :411-23.

23. Buzzard K, Chan WH, Kilpatrick T, Murray S. Multiple Sclerosis: Basic and Clinical. Adv Neurobiol 2017;15:211-52.

24. Dymecka J, Gerymski R, Talaruch R, Bidzan M. Sense of coherence and Health-Related Quality of life in patients with Multiple Sclerosis: The role of physical and neurological disability. Clin Neurol Med J 2022;11:1716.

25. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B. Illness Perception and Well-Being among Persons with Multiple Sclerosis and Their Caregivers. J Clin Psychol Med Settings 2016;23:33-52.

26. Aghayousefi A, Shaghaghi F, Dehestani M, Barghi Irani Z. The ralationship between quality of life and psychological capital with illness perception in MS patients. Health Psychology 2012; 1:29-41. [In Persian]

27. Yazdani Abdolmaleki ME, Sobhi Gharamaleki N, Malihi Alzakerini S. The effectiveness of psychology hardiness training on the psychological well-being in patient with multiple sclerosis (MS). Psychometry 2017; 27: 43-54. [In Persian]

28.Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. Disabil Health J 2017; 11:256-61.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.9.3]

[DOI: 10.61186/iau.33.2.195]