

Research Paper

The Moderating Role of Illness Identity in the Relationship between Pain Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis



Parisa Sharifi¹ , Maede Amin Roaya² , *Mojtaba Dehghan²

1. Department of Psychology, Faculty of Letters and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

2. Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Sharifi P, Amin Roaya M, Dehghan M. [The Moderating Role of Illness Identity in the Relationship between Pain Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4475.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4475.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4475.1>

Received: 09 Aug 2024

Accepted: 30 Nov 2024

Available Online: 15 Dec 2024

ABSTRACT

Objectives In managing multiple sclerosis (MS), attention to patients' quality of life (QoL), in addition to physical symptoms, is crucial for clinicians. This study aimed to investigate the antecedents of QoL in individuals with MS by examining the moderating role of illness identity in the relationship between pain self-efficacy (PSE) and QoL.

Methods This is a correlational study with a cross-sectional design. The study population consists of all people with MS referred to Sina and Asia hospitals in Tehran, Iran, from November 2023 to June 2024, of whom 166 patients participated in the study. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life- Brief Version, Pain Self-Efficacy Questionnaire, and Illness Identity Questionnaire. Data analysis was done by using Pearson's correlation test, hierarchical regression analysis, independent t-test, and one-way ANOVA.

Results The results showed the positive and significant correlation of PSE ($r=0.50$, $P=0.001$) and the identity type "enrichment" ($r=0.17$, $P=0.027$) with QoL, while the identity type "engulfment" had a negative and significant correlation with QoL ($r=-0.27$, $P=0.001$). After adjusting for age, three variables of pain self-efficacy ($\beta=0.26$, $P<0.01$), enrichment ($\beta=0.46$, $P<0.001$), and engagement ($\beta=-0.47$, $P<0.001$) also significantly predicted the QoL. Only the "engulfment" identity type moderated the relationship between PSE and QoL ($P<0.001$). No significant differences were found in QoL based on educational level, marital status, MS type, or disease duration.

Conclusion The PSE and the illness identity types of engulfment and enrichment play a significant role in predicting the QoL of patients with MS. The illness identity type "engulfment" can moderate the relationship between PSE and QoL in these patients. These factors should be considered in designing interventions for MS patients to improve their QoL.

Key words:

Illness identity, Pain Self-Efficacy, Quality of life, Multiple sclerosis

* Corresponding Author:

Mojtaba Dehghan, Assistant Professor.

Address: Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (910) 9891087

E-mail: dehghan.mo@iums.ac.ir, mojtaba66dehqan@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Multiple sclerosis (MS) is a chronic inflammatory disease of the central nervous system that leads to demyelination and neurodegeneration [3]. Due to its ambiguous, chronic, and life-altering nature, especially in the early stages, MS induces significant levels of distress in affected individuals [3]. This condition can reduce the quality of life (QoL) of patients [5]. The World Health Organization defines QoL as an individual's perception of their position in life within the cultural and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns [6]. Living with a person suffering from MS can disrupt the QoL [7], and studying its antecedent factors is of great importance. Based on the social cognitive approach, the potential antecedents of QoL in individuals with MS may include their perceptions and beliefs about their disease, which can be the constructs such as pain self-efficacy (PSE) and illness identity. The PSE refers to an individual's belief in their capacity to manage pain symptoms, minimize its impact on daily life, and maintain functionality despite pain [9, 10]. Pain is a common symptom of MS [11], and is experienced by more than 75% of MS people [12]. Examining the effects of PSE in people with MS is important. Illness identity is important in facing chronic illnesses. There are four illness identity types: Rejection, engulfment, acceptance, and enrichment. Their relationship with psychological and physical functioning in chronic physical conditions has been examined in previous studies [22]. Illness identity is a relatively new concept in health psychology and has been studied so far in cases such as people with cardiac disease [23, 24], multisystem connective tissue disorders [23], and epilepsy [25].

The literature review indicates that the experience of MS affects individuals' beliefs and perceptions about themselves. Understanding the extent to which PSE and each of the four illness identity types explain QoL among people with MS can help health psychologists in designing interventions aimed at improving QoL. However, there is a research gap in this area. Therefore, this study aimed to examine the relationship of PSE and illness identity with QoL among individuals with MS and to assess the moderating role of illness identity in the relationship between PSE and QoL.

Methods

This is a correlational study with a cross-sectional design. The study population included all individuals with MS referred to Sina and Asia hospitals in Tehran, Iran, from November 16, 2023 to June 20, 2024. Using G*Power software (effect size=0.15, α =0.05, test power=0.95), the sample size was estimated at 138, but finally 166 participants were included in the study. Inclusion criteria were the MS diagnosis and age 18-60 years. Exclusion criteria were a prior psychiatric diagnosis before MS and diagnosis of comorbid chronic diseases (based on the patient's medical records).

For data collection, a demographic form (surveying age, gender, educational level, marital status, duration of illness, and type of MS), the Persian version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire- Brief version [26], the Persian version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire [27], and the Persian version of the Illness Identity Questionnaire (IIQ) [22] were employed.

Six participants were excluded during data collection due to outlier data, resulting in a final sample size of 160. Pearson's correlation test and hierarchical regression analysis (with and without adjusting for age) were utilized for data analysis. Additionally, independent t-test was used to compare the mean QoL based on gender, and a one-way ANOVA was conducted to compare the mean QoL based on other demographic variables.

Results

The mean age of participants was 37.16 ± 8.63 years, ranged 18-57 years. They included 107 females and 51 males. Additionally, 42 had a high school diploma or lower education, 82 had an associate/bachelor's degree, and 32 had a master's/doctoral degree. Regarding marital status, 49 were single, 97 were married, and 12 were divorced. Concerning the MS types, 63 had relapsing-remitting MS (RRMS), 67 primary progressive MS (PPMS), and 28 secondary progressive MS (SPMS). In terms of illness duration, 44 had been diagnosed for less than 2 years, 26 for 2-5 years, 43 for 5-10 years, and 45 for >10 years. Descriptive statistics for each variable, as well as the correlation coefficients are reported in [Table 1](#).

Given the significant correlation between age and QoL, two hierarchical regressions were conducted to assess the role of independent and moderating variables in predicting QoL (with and without adjusting for the effect of age on QoL). Each hierarchical regression was conducted in three steps (or models). In the first step, PSE was entered

Table 1. Descriptive statistics and correlation coefficients between the study variables

Variables	Mean	SD	Skewness	Kurtosis	1	2	3	4	5
1 QoL	272.31	71.93	0.24	-0.08	-				
2 PSE	40.66	11.49	-0.41	-0.37	0.50**	-			
3 Engulfment	16.72	10.31	-0.03	-1.00	-0.27**	-0.47**	-		
4 Rejection	11.57	6.22	-0.06	-1.06	-0.03	-0.07	0.65**	-	
5 Acceptance	13.94	7.03	-0.39	-1.07	0.09	-0.01	0.64**	0.64**	-
6 Enrichment	19.01	10.74	-0.33	-1.20	0.17*	0.02	0.60**	0.66**	0.82**

*P<0.05, ** P<0.01,

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

into the equation. In the second step, the four types of illness identity were added. In the third step, four new variables (interaction of PSE with the illness identity types) were included in the model (Tables 2 and 3).

According to the results in Table 2, the third study model explained 44% of the variance in QoL before adjusting for age. However, this decreased to 38% after adjusting for age. Nevertheless, this model retained significant power in explaining the variance of QoL, even after adjusting for the effect of age.

The regression coefficients are presented in Table 3. After adjusting for the effect of age on QoL, the explained variance attributed to PSE and enrichment decreased to 26% (P=0.004) and 46% (P<0.001), respectively. However, the adjustment did not change the beta value for the engulfment (P<0.001). The rejection and acceptance domains of the IIQ did not significantly explain the variance in QoL either before or after controlling for age (P>0.05). Furthermore, among the IIQ domains, only the engulf-

ment domain significantly moderated the effect of PSE on QoL (P<0.001)

Conclusion

There is a positive relationship between PSE and QoL, and PSE predicts higher QoL. The illness identity type “engulfment” has a negative relationship with QoL, while “enrichment” is positively related to QoL. Moreover, the engulfment negatively moderates the relationship between PSE and QoL. This means that the engulfment of people with MS negatively affects how they perceive themselves, reducing the impact of self-efficacy beliefs on their QoL. This, in turn, leads to decreased engagement in social and occupational activities, ultimately resulting in a decline in QoL. Therefore, it is recommended to pay attention to the illness identity (especially engulfment and enrichment) and strengthen PSE in intervention programs for patients with MS to improve their QoL.

Table 2. Model summary of the hierarchical regression model

Model	R	R ²	Adjusted R ²	F	P
Before adjusting for age	1	0.50	0.25	53.36	<0.001
	2	0.57	0.32	14.86	<0.001
	3	0.66	0.44	13.24	<0.001
After adjusting for age	1	0.44	0.19	38.03	<0.001
	2	0.50	0.25	10.48	<0.001
	3	0.62	0.38	10.34	<0.001

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Table 3. Hierarchical regression coefficients

Model		Before Adjusting for Age			After Adjusting for Age		
		Beta	t	P	Beta	t	P
1	PSE	0.50	7.30	<0.001	0.44	6.17	<0.001
	PSE	0.36	4.16	<0.001	0.30	3.28	<0.001
	Engulfment	-0.27	-2.19	0.030	-0.27	-2.12	0.036
2	Rejection	-0.09	-0.92	0.361	-0.08	-0.78	0.435
	Acceptance	-0.01	-0.09	0.929	0.02	0.17	0.866
	Enrichment	0.40	3.18	0.002	0.33	2.54	0.012
	PSE	0.31	3.74	<0.001	0.26	2.94	0.004
	Engulfment	-0.47	-3.91	<0.001	-0.47	-3.78	<0.001
3	Rejection	-0.06	-0.60	0.548	-0.05	-0.49	0.623
	Acceptance	0.02	0.19	0.851	0.05	0.33	0.740
	Enrichment	0.52	4.21	<0.001	0.46	3.58	<0.001
	Engulfment × PSE	-0.37	-4.76	<0.001	-0.45	-4.98	<0.001
	Rejection × PSE	0.16	1.68	0.095	0.17	1.68	0.095
	Acceptance × PSE	0.09	0.74	0.458	0.12	0.99	0.319
	Enrichment × PSE	-0.19	-1.93	0.057	-0.19	-1.81	0.072

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical approval for the study was obtained from the Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1402.653).

Funding

This study was funded by the [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

Conceptualization, Methodology, Software, Original Draft Preparation: Parisa Sharifi and Mojtaba Dehghan; Validation, Investigation, Review & Editing: Parisa Sharifi, Maede Amin Roaya, Mojtaba Dehghan; Formal Analysis, Data Curation: Parisa Sharifi; Project Administration and Funding Acquisition: Mojtaba Dehghan.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the participants and the MS clinics at Asia and Sina hospitals for their cooperation in this study.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

نقش تعدیل‌گر هویت بیماری در رابطه بین خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اسکروز چندگانه

پریسا شریفی^۱، مائده امین‌الرعایا^۲، *مجتبی دهقان^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۲. گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Sharifi P, Amin Roaya M, Dehghan M. [The Moderating Role of Illness Identity in the Relationship between Pain Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4475.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4475.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4475.1>

چکیده

هدف برای مدیریت بیماری اسکروز چندگانه (ام‌اس)، علاوه بر پرداختن به علائم جسمانی، ضروری است که بالینگرها به کیفیت زندگی بیماران توجه کنند. از این رو، هدف این مطالعه بررسی پیش‌بینی‌های کیفیت زندگی افراد دارای ام‌اس، به‌ویژه آزمون نقش تعدیل‌گر هویت بیماری در رابطه بین خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی بود.

مواد و روش‌ها پژوهش مقطعی حاضر از طرح همبستگی استفاده کرد. جامعه پژوهش افراد مبتلا به ام‌اس از بیمارستان‌های سینا و آسیا در تهران در بازه آبان سال ۱۴۰۲ تا خرداد سال ۱۴۰۳ بودند. این پژوهش شامل ۱۶۶ شرکت‌کننده بود. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، پرسش‌نامه خودکارآمدی درد (PSEQ) و پرسش‌نامه هویت بیماری (IIQ) گردآوری شد. تحلیل داده شامل ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون سلسله مراتبی (با و بدون کنترل اثر سن)، تی مستقل و آنوای یک‌راهه بود.

یافته‌ها نتایج همبستگی مثبتی را بین خودکارآمدی درد و هویت غنی‌شدگی با کیفیت زندگی نشان داد، اما هویت غرق‌شدگی همبستگی منفی با آن داشت. حتی پس از کنترل سن، این سه متغیر کیفیت زندگی را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی کردند. هویت غرق‌شدگی رابطه خودکارآمدی درد با کیفیت زندگی را تعدیل کرد. به‌علاوه، هیچ تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی سطوح مختلف متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع بیماری و مدت بیماری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری باورهای خودکارآمدی درد و همچنین هویت‌های غرق‌شدگی و غنی‌شدگی نقش مهمی در کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام‌اس بازی می‌کنند و وقتی که مداخلاتی با هدف بهبود کیفیت زندگی افراد دارای ام‌اس طراحی می‌شود لازم است این عوامل مدنظر قرار گیرند.

تاریخ دریافت: ۰۹ آبان ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۰ آذر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۵ آذر ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

هویت بیماری، خودکارآمدی درد، کیفیت زندگی، اسکروز چندگانه

* نویسنده مسئول:

دکتر مجتبی دهقان

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه روانشناسی سلامت.

تلفن: ۹۸۹۱۰۸۷ (۹۱۰) ۹۸

پست الکترونیکی: dehghan.mo@iums.ac.ir و mojtaba66dehghan@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

راه رفتن [۱۵]، پریشانی روانشناختی [۱۶] و کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس [۱۶، ۱۷] رابطه دارد. همچنین، تجربه درد نیز در مبتلایان به ام‌اس با کیفیت زندگی آنان رابطه معکوس دارد [۱۸]. با توجه به چنین یافته‌هایی، مطالعه باورهای خودکارآمدی بیماران مبتلا به ام‌اس در رابطه با تجربه درد اهمیت پیدا می‌کند.

چنانچه پیش‌تر اشاره شد، هویت بیماری نیز مؤلفه دیگری از فهم خویشتن است که در مواجهه با بیماری‌های مزمن، از قبیل ام‌اس، اهمیت دارد. بر اساس پژوهش‌های کیفی و آثار چارمز [۱۹-۲۱]، اورپس و همکاران هویت بیماری را به‌عنوان درجه‌ای که یک بیماری مزمن در هویت فرد ادغام می‌شود تعریف کرده‌اند [۲۲]. پژوهشگران چهار نوع متفاوت هویت بیماری (یعنی طرد کردن^۶، غرق‌شدگی^۷، پذیرش^۸ و غنی‌شدگی^۹) و ارتباط آن‌ها با عملکرد روانی و فیزیکی در بیماری‌های مزمن جسمی را بررسی کرده‌اند [۲۳]. مطالعه اورپس و همکاران [۲۳] بر روی بزرگسالان مبتلا به بیماری قلبی و مبتلایان به اختلالات بافت همبند چندسیستمی نشان داد که طرد کردن و غرق‌شدگی با کارکرد روانی و جسمانی ناسازگار مرتبط است، در حالی که پذیرش و غنی‌شدگی با کارکرد روانی و فیزیکی سازگار ارتباط دارد.

مطالعه دیگری نیز نشان داد هرچه نقص قلبی تسلط عمیق‌تری بر هویت فرد داشته باشد (یعنی حالت غرق‌شدگی) احتمال بیشتری وجود دارد که این فرد به‌دلیل نقص قلبی در بیمارستان بستری شود، یا به پزشک متخصص یا پزشک عمومی مراجعه کند [۲۴]. همچنین، در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان شدت تشنج و تعداد عوارض جانبی دارو رابطه مثبتی با غرق‌شدگی و رابطه منفی با پذیرش داشت و هویت بیماری توانست کیفیت زندگی آن بیماران را به میزان قابل‌توجهی پیش‌بینی کند و غرق‌شدگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بود [۲۵]. این یافته‌ها بیانگر ضرورت پرداختن به هویت بیماری در زمان وقوع بیماری‌های مزمن است اما تاکنون در مورد بیماری ام‌اس مطالعه نشده است.

در مجموع، مرور ادبیات پژوهشی نشان داد تجربه بیماری ام‌اس، آسیب‌ها و پیامدهای جدی و طولانی‌مدت جسمی، روانی و اجتماعی را برای فرد ایجاد می‌کند و در نتیجه باور و برداشت او از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، پژوهش حاضر فرض کرد که بیماری ام‌اس می‌تواند با تحت تأثیر قرار دادن باورهای خودکارآمدی و هویت افراد مبتلا به آن بر کیفیت زندگی‌شان اثر بگذارد. همچنین، این مطالعه فرض کرد که نه تنها خودکارآمدی درد و هویت بیماری با کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام‌اس رابطه دارند، بلکه هویت بیماری می‌تواند رابطه خودکارآمدی با کیفیت

اسکلروز چندگانه^۱ که به اختصار ام‌اس نامیده می‌شود از شایع‌ترین بیماری‌های عصب‌شناختی است [۱]. ام‌اس یک بیماری التهابی مزمن سیستم عصبی مرکزی است که به میلیون‌زادایی و تخریب عصبی منجر می‌شود [۲] که به‌دلیل ماهیت مبهم، مزمن و تغییردهنده زندگی به‌ویژه در مراحل اولیه بیماری، موجب سطح بالایی از پریشانی در مبتلایان می‌شود [۳]. علائمی که افراد دارای ام‌اس تجربه می‌کنند در سطوح خفیف تا متوسط یا شدید رخ می‌دهد [۴]. بیماری ام‌اس می‌تواند سطح کیفیت زندگی را کاهش دهد [۵]. سازمان بهداشت جهانی^۲، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک یک فرد از زندگی در چهارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و همچنین در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های او تعریف می‌کند [۶]. محمد و همکاران [۷] در بررسی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در میان مبتلایان به ام‌اس گزارش دادند که عملکرد اجتماعی دارای بیشترین و محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی دارای کمترین امتیاز از نظر میانگین بودند. کیفیت زندگی می‌تواند در زیستن با حضور بیماری ام‌اس آسیب ببیند و مطالعه عوامل پیشاینده آن از اهمیت بسیاری برخوردار است.

با توجه به رویکرد شناخت اجتماعی، از پیش‌بینندهای احتمالی کیفیت زندگی در بیماری ام‌اس احتمالاً بتوان به برداشتها و باورهای افراد درباره خودشان در رابطه با تجربه بیماری‌شان اشاره کرد که در سازه‌های خودکارآمدی^۳ (در اینجا با تأکید بر خودکارآمدی درد^۴) و هویت بیماری^۵ قابل‌فرض است. مطابق با نظریه خودکارآمدی می‌توان گفت خودکارآمدی یک ویژگی شخصیتی نیست، بلکه باورهایی است که فرد به توانایی خود در انجام فعالیت‌ها برای دستیابی به اهداف خاص در شرایط خاص دارد [۸]. به‌طور خاص، خودکارآمدی درد به باور فرد به توانایی خود در رابطه با کنترل علائم درد و به حداقل رساندن تأثیر آن بر زندگی روزمره و تداوم عملکردهای خویش به‌رغم وجود درد، اشاره دارد [۹، ۱۰].

مطالعه اثرات خودکارآمدی درد در بیماران ام‌اس اهمیت زیادی دارد، چراکه درد از جمله علائم بیماری ام‌اس [۱۱] و نیز تجربه‌ای رایج در بیماران مبتلا به ام‌اس است که توسط بیش از ۷۵ درصد بیماران گزارش می‌شود [۱۲]. مطالعات گزارش کرده‌اند که باورهای مرتبط با خودکارآمدی با شدت درد، ناتوانی درد و سطح عملکرد فیزیکی بیماران مبتلا به درد [۱۳، ۱۴]، عملکرد

1. Multiple sclerosis (MS)
2. World health Organization (WHO)
3. Self-efficacy
4. Pain self-efficacy
5. Illness identity

6. Rejection

7. Engulfment

8. Acceptance

9. Enrichment

حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور^{۱۳} استفاده شد که با در نظر گرفتن $\alpha = 0/05$ ، اندازه اثر، $\alpha = 0/05$ ، $\beta = 0/95$ توان آزمون، و $\delta = 5$ تعداد متغیرهای مستقل، حجم نمونه مورد نیاز ۱۳۸ نفر برآورد شد.

باتوجه به اینکه نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد، به منظور افزایش تعمیم‌پذیری داده‌ها و نیز با در نظر گرفتن ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان به دلیل نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و کنار گذاشته شدن به خاطر داده‌های پرت، حدود ۲۰ درصد به حجم نمونه برآورد شده اضافه شد و در نهایت ۱۶۶ شرکت‌کننده براساس معیارهای ورود و خروج در پژوهش شرکت کردند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل دریافت تشخیص ام‌اس، جنسیت مرد و زن و سن ۱۸ تا ۶۰ سال بود. معیارهای خروج شامل دریافت تشخیص روان‌پزشکی قبل از ام‌اس از جمله اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی طبق سوابق پزشکی درج شده در پرونده بیمار و تشخیص هم‌زمان سایر بیماری‌های پزشکی مزمن از جمله بیماری‌های سرطان، لوپوس، دیابت، آرتريت روماتوئید طبق سوابق پزشکی درج شده در پرونده بیمار بود.

پس از اینکه کد اخلاق پژوهش دریافت گردید به مراکز مورد نظر شامل بیمارستان آسیا و بیمارستان سینا مراجعه شد. پس از کسب رضایت مسئولین مربوطه در بیمارستان‌های مذکور، یک اعلامیه به‌عنوان فراخوان شرکت در پژوهش در کلینیک‌های مرتبط در بیمارستان‌های مذکور نصب شد که از افراد مبتلا به ام‌اس دعوت گردید در صورت تمایل، از طریق تماس تلفنی با پژوهشگران این مطالعه، از طریق شماره تماس درج شده در اعلامیه، در پژوهش حاضر شرکت کنند. برای کسانی که جهت شرکت در پژوهش با پژوهشگران این مطالعه تماس گرفتند، در آغاز هدف و اصول اخلاقی حاکم بر پژوهش توضیح داده شد و به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند، صرفاً در اختیار پژوهشگران این مطالعه خواهد بود و به منظور ایجاد اطمینان بیشتر در آنان درباره محرمانه ماندن اطلاعاتشان به آنان گفته شد که نیازی به ورود مشخصات شخصی مانند نام و نام خانوادگی و شماره تماس در فرم پرسش‌نامه نیست.

همچنین، برای آنان توضیح داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان فقط به صورت گروهی و در جهت اهداف علمی تحلیل و استفاده می‌شود. قبل از آغاز پاسخگویی شرکت‌کنندگان به سؤالات پژوهش، از کلیه شرکت‌کنندگان خواسته شد که فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کنند. در صورتی که شرکت‌کنندگان تمایل به ادامه همکاری نداشتند پرسش‌نامه‌ای دریافت نمی‌کردند یا در هر مرحله‌ای از پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه‌ها می‌توانستند از ادامه پاسخگویی انصراف دهند، اما در نهایت هیچ موردی از انصراف از پژوهش وجود نداشت. شرکت‌کننده‌ها پس از پاسخگویی به پرسش‌های مرتبط با متغیرهای جمعیت‌شناختی،

13. G*Power

زندگی را تعدیل کند، چراکه هویت بیماری یک عامل کلی‌تر و فراگیرتر از خودکارآمدی درد است و احتمالاً می‌تواند آن را تحت تأثیر خود قرار دهد. درک اینکه خودکارآمدی درد و میزان تجربه هر کدام از انواع چهارگانه هویت بیماری تا چه اندازه می‌توانند کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام‌اس را توضیح دهند به روان‌شناسان سلامت کمک خواهد کرد تا بدانند در ارائه مداخلات ارتقادهنده کیفیت زندگی باید بر کدام یک از این عوامل، شامل خودکارآمدی درد و چهار نوع هویت بیماری، تمرکز کنند.

با این حال، مرور ادبیات علمی نشان داد در این زمینه که کدام یک از دو عامل کلیدی خودکارآمدی درد و هویت بیماری (و همچنین کدام یک از انواع هویت بیماری) نقش قوی‌تری در پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس دارند و آیا هویت بیماری به‌عنوان یک عامل فراگیرتر می‌تواند ارتباط خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی را تعدیل کند، خلاء پژوهشی وجود دارد.

همچنین، مشخص نبود روابط این متغیرها با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس تا چه اندازه تحت تأثیر متغیرهایی مانند نوع بیماری ام‌اس (ام‌اس عودکننده-فروکش‌کننده^{۱۰}، ام‌اس پیش‌رونده اولیه^{۱۱} و ام‌اس پیش‌رونده ثانویه^{۱۲})، مرحله بیماری، سن و جنسیت قرار می‌گیرد. به علاوه، پژوهش‌های پیشین [۱۱-۱۸] که یافته‌های آن‌ها قبلاً گزارش شد اغلب به رابطه خودکارآمدی عمومی یا خودکارآمدی ام‌اس با درد بیماران پرداخته‌اند یا بر ارزیابی رابطه درد و کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس تمرکز داشته‌اند، اما رابطه خودکارآمدی درد که سازه‌ای همپوشان ولی مستقل و مجزا از خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی ام‌اس است، کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس را چندان مورد توجه قرار نداده است. بنابراین، رسیدگی به این خلأهای پژوهشی نیازمند طرح پرسش و ارزیابی روابط مذکور بود. از این رو، این پژوهش با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی درد و هویت بیماری با کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام‌اس و نیز ارزیابی نقش تعدیل‌گر هویت بیماری در رابطه میان خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی انجام شد.

روش

پژوهش مقطعی حاضر از طرح همبستگی استفاده کرد. کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته، خودکارآمدی درد به‌عنوان متغیر مستقل، هویت بیماری به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده و سن به‌عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شدند.

جامعه پژوهش افراد مبتلا به ام‌اس بودند که از ۲۵ آبان تا ۳۰ خرداد ماه سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های سینا و آسیا خدمات پزشکی مرتبط با بیماری‌شان را دریافت می‌کردند. برای تخمین

10. Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis (RRMS)

11. Primary Progressive Multiple Sclerosis (PPMS)

12. Secondary Progressive Multiple Sclerosis (SPMS)

نتایج مطالعه اورپس و همکاران نشان داد ساختار چهار عاملی این ابزار دارای روایی هم‌زمان قابل‌قبولی است که از طریق همبستگی معنی‌دار آن‌ها با شاخص‌های کارکرد روانی و تبعیت درمانی نشان داده شد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ چهار عامل طرد کردن، غرق‌شدگی، پذیرش و غنی‌شدگی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ و گزارش شده است [۲۲].

در ایران تاکنون نسخه فارسی این مقیاس هنجاریابی نشده است. بنابراین، در طرح پژوهشی که مقاله حاضر مستخرج از آن است نخست در یک مطالعه مقدماتی شاخص‌های روایی هم‌زمان براساس همبستگی با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۱۷} و همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ، بر روی یک نمونه ۵۰ نفری بررسی شد. آلفای کرونباخ چهار هويت بیماری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ به دست آمد و تمام همبستگی‌های میان چهار هويت بیماری و سه متغیر افسردگی، اضطراب و استرس معنی‌دار بود.

تجزیه و تحلیل آماری

به منظور تجزیه و تحلیل آماری، ابتدا داده‌های ۱۶۶ شرکت‌کننده پالایش شد که ۶ نفر به دلیل داده‌های پرت از تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند. سپس، بعد از مدیریت داده‌های گم‌شده که کمتر از ۲ درصد بود، ۱۶۰ نفر وارد تحلیل نهایی شدند. در تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌های فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار، چولگی و کشیدگی استفاده شد. بعد از اطمینان یافتن از صحت پیش‌فرض‌های آمار پارامتریک، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی با و بدون کنترل آماری اثر سن، استفاده شد. به‌عنوان یک بررسی آماری جانبی از تی مستقل^{۱۸} برای مقایسه زنان و مردان و از آنوای یک‌راهه برای مقایسه سطوح مختلف متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع بیماری و مدت بیماری از نظر میانگین کیفیت زندگی، استفاده شد. تمام تحلیل‌ها در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ فراوانی و درصد شرکت‌کنندگان در سطح مختلف متغیرهای جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع بیماری ام‌اس و مدت بیماری را نشان می‌دهد. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۵۷ سال متغیر بود. میانگین و انحراف معیار سن آنان به ترتیب ۳۷/۱۶ سال و ۸/۶۳ سال بود.

به منظور تعیین اینکه اثر کدام یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی بر کیفیت زندگی باید به شیوه آماری کنترل شود، ابتدا رابطه این متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی آزمون شد. در این

به پرسش‌نامه‌های اصلی پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پرسش‌نامه هويت بیماری و پرسش‌نامه خودکارآمدی درد پاسخ دادند.

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی

به منظور گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی، یک فرم تهیه شد که شرکت‌کننده‌ها به سؤالات مرتبط با سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت بیماری (مدت زمانی که از اولین تشخیص بیماری آنان گذشته است)، و نوع بیماری ام‌اس پاسخ دادند.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQoL-BREF)^{۱۴}

این پرسش‌نامه دارای ۲۶ گویه است و کیفیت زندگی را از نظر سلامت جسمانی با ۷ گویه، سلامت روانی با ۶ گویه، روابط اجتماعی با ۳ گویه، سلامت محیطی با ۸ گویه و کیفیت زندگی کلی با ۲ گویه اندازه‌گیری می‌کند. شرکت‌کننده‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای به گویه‌ها پاسخ دادند. در این مقیاس، نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. در نسخه فارسی این مقیاس، نجات و همکاران [۲۶] پایایی آزمون-بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها را در محدوده ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ گزارش کردند. همبستگی بین مؤلفه‌ها و روایی افتراقی آن در تمیز افراد سالم از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن قابل قبول گزارش شده است [۲۶].

پرسش‌نامه خودکارآمدی درد (PSEQ)^{۱۵}

این ابزار را که نیکلاس در سال ۱۹۸۹ ایجاد کرد توانایی انجام فعالیت‌ها را با وجود درد اندازه‌گیری می‌کند [۲۷]. این ابزار دارای ۱۰ گویه است. شرکت‌کننده‌ها آن را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای از صفر (عدم خودکارآمدی) تا ۶ (خودکارآمدی کامل) نمره دادند. نمرات بالاتر به معنای خودکارآمدی بالاتر است. نمرات این پرسش‌نامه با نمرات پرسش‌نامه‌های دیگر مانند راهبردهای مقابله و پرسش‌نامه خودکارآمدی همبستگی بالایی داشت [۲۸]. در آزمون روان‌سنجی نسخه ایرانی این مقیاس، روایی آن مطلوب بود و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند [۲۷].

پرسش‌نامه هويت بیماری (IIQ)^{۱۶}

این پرسش‌نامه را اورپس و همکاران در سال ۲۰۱۶ ایجاد کردند و چهار هويت بیماری شامل غرق‌شدگی، طرد کردن، پذیرش و غنی‌شدگی را در بیماران جسمی مزمن اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه است که شرکت‌کننده‌ها در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم، ۵=کاملاً موافقم) به آن‌ها پاسخ می‌دهند [۲۲].

14. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQoL-BREF)

15. Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)

16. Illness Identity Questionnaire (IIQ)

17. DASS

18. Independent Samples t Test

جدول ۱. توزیع شرکت‌کنندگان براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	گروه	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۰۷ (۶۷/۷)
	مرد	۵۱ (۳۲/۳)
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۴۲ (۲۶/۶)
	کارדانی/کارشناسی	۸۴ (۵۳/۲)
	کارشناسی ارشد/دکتری	۳۲ (۲۰/۳)
وضعیت تأهل	مجرد	۴۹ (۳۱)
	متأهل	۹۷ (۳۱/۴)
	مطلقه	۱۲ (۷/۶)
نوع بیماری ام‌اس	RRMS	۶۳ (۳۹/۹)
	PPMS	۶۷ (۴۲/۴)
	SPMS	۲۸ (۱۷/۷)
مدت بیماری	کمتر از ۲ سال	۴۴ (۲۷/۸)
	۲ تا ۵ سال	۲۶ (۱۶/۵)
	۵ تا ۱۰ سال	۴۳ (۲۷/۲)
	بیش از ۱۰ سال	۴۵ (۲۸/۵)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

رگرسیون اول اثر متغیرهای مستقل و تعدیل‌گر در تبیین کیفیت زندگی آزمون شد، اما در رگرسیون دوم همین کار بعد از اینکه در ابتدا اثر آماری سن بر روی کیفیت زندگی کنترل شد صورت گرفت. هریک از این دو رگرسیون سلسله مراتبی شامل سه گام (یا سه مدل) بودند. در گام اول متغیر خودکارآمدی درد، در گام دوم چهار هویت بیماری و در گام سوم، چهار متغیر جدید که حاصل ضرب هریک از چهار نوع هویت بیماری در خودکارآمدی درد است وارد معادله شدند (جدول شماره ۳، ۴).

طبق جدول شماره ۳، در رگرسیون سلسله مراتبی دوم، مدل (یا گام) اول که شامل خودکارآمدی درد است ۲۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس را به‌طور معنی‌داری تبیین کرد ($F=۵۳/۳۶$ ، $P\leq ۰/۰۰۱$) که بعد از کنترل اثر سن به روی کیفیت زندگی به ۱۹ درصد کاهش یافت ($F=۳۸/۰۳$ ، $P\leq ۰/۰۰۱$). گام دوم که در آن چهار مؤلفه هویت بیماری نیز به مدل اضافه شده است ۳۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی را به‌طور معنی‌داری تبیین کرد ($F=۱۴/۸۶$ ، $P\leq ۰/۰۰۱$)، اما بعد از اینکه اثر سن کنترل شد این مقدار به ۲۳ درصد کاهش یافت ($F=۱۰/۴۸$ ، $P\leq ۰/۰۰۱$). در نهایت، در گام سوم که «حاصل ضرب هریک از مؤلفه‌های هویت بیماری در خودکارآمدی درد» نیز به مدل اضافه گردید ۴۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری تبیین شد ($P\leq ۰/۰۰۱$)، اما بعد از اینکه اثر سن کنترل شد این مقدار به ۳۵ درصد کاهش یافت ($F=۱۰/۳۴$ ، $P\leq ۰/۰۰۱$). در مجموع، اگرچه

راست‌ا، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد در میان بیماران مبتلا به ام‌اس، بین زنان و مردان ($T=-۰/۳۸$ ، $P=۰/۷۰$) از نظر میانگین کیفیت زندگی تفاوتی معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، نتایج آزمون آنوای یک راهه نشان داد بین سطوح مختلف تحصیلی ($F=۲/۵۰$ ، $P=۰/۰۸$)، بین سطوح وضعیت تأهل ($F=۲/۶۰$ ، $P=۰/۰۸$) و بین انواع بیماری ام‌اس ($F=۲/۶۰$ ، $P=۰/۰۸$) و بین گروه‌های مختلف مدت بیماری ($F=۱/۱۰$ ، $P=۰/۳۵$) از نظر میانگین کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. افزون بر این، برای آزمون رابطه میان سن با کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که همبستگی سن با کیفیت زندگی معنی‌داری بود ($r=-۰/۱۸$ ، $P=۰/۰۲$).

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ قابل‌مشاهده است. همچنین، طبق جدول شماره ۲ چولگی متغیرهای پژوهش در دامنه $-۰/۴۱$ تا $۰/۲۴$ ، و کشیدگی آن‌ها در دامنه $-۰/۰۸$ تا $۱/۲۰$ قرار دارد. بنابراین، همان‌طور که جرج و مالری [۲۹] قرار گرفتن مقادیر این دو شاخص در دامنه $2\pm$ را نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌دانند، می‌توان توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش حاضر را نرمال دانست.

باتوجه‌به اینکه همبستگی سن با کیفیت زندگی معنی‌داری بود، به‌منظور ارزیابی نقش متغیرهای مستقل و تعدیل‌گر در پیش‌بینی کیفیت زندگی دو رگرسیون سلسله مراتبی (از نظر وضعیت کنترل آماری اثر سن بر کیفیت زندگی) اجرا شد. در

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴	۵
کیفیت زندگی	۲۷۲/۳۱ ± ۷۱/۹۳	۰/۲۴	-۰/۰۸	-				
خودکارآمدی درد	۴۰/۶۶ ± ۱۱/۴۹	-۰/۴۱	-۰/۳۷	۰/۵۰**	-			
غرق‌شدگی	۱۶/۷۲ ± ۱۰/۳۱	-۰/۰۳	-۱/۰۰	-۰/۲۷**	-۰/۴۷**	-		
طرد کردن	۱۱/۵۷ ± ۶/۲۲	-۰/۰۶	-۱/۰۶	-۰/۰۳	-۰/۰۷	۰/۶۵**	-	
پذیرش	۱۳/۹۴ ± ۷/۰۳	-۰/۳۹	-۱/۰۷	۰/۰۹	-۰/۰۱	۰/۶۴**	۰/۶۴**	-
غنی‌شدگی	۱۹/۰۱ ± ۱۰/۷۴	-۰/۳۳	-۱/۲۰	۰/۱۷*	۰/۰۲	۰/۶۰**	۰/۶۶**	۰/۸۲**

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط میان خودکارآمدی درد با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس و ارزیابی نقش تعدیل‌گر هویت بیماری انجام شد. یافته‌های حاصل از این مطالعه در ادامه مورد بحث قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها نشان داد خودکارآمدی درد با افزایش کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بیشتر است. این یافته با نتایج مطالعات پیشین [۳۱، ۳۰] هم‌خوان است. در واقع، افزایش خودکارآمدی درد با کاهش ناتوانی ناشی از درد مزمن همراه است، چراکه افراد دارای باورهای خودکارآمدی درد نیرومند تمایل بیشتری به انجام فعال‌های بدن با وجود درد دارند و به رغم دردهایشان به برنامه‌های روزمره خود ادامه می‌دهند. این مشارکت فعال در انجام فعالیت‌ها به جلوگیری از افت عملکرد فیزیکی و حتی فعالیت‌های اجتماعی کمک می‌کند و از سلامت و کیفیت زندگی بیماران حمایت می‌کند [۳۰]. همچنین، خودکارآمدی عنصر اساسی راهبردهای خودمدیریتی مؤثر است. افرادی که خودکارآمدی بالاتری دارند به احتمال بیشتری به برنامه‌های درمانی پایبند هستند، در رفتارهای

بعد از اینکه اثر سن کنترل شد میزان واریانس تبیین‌شده کیفیت زندگی توسط مدل پژوهش تا حدودی کاهش یافت، با این حال مدل پژوهش حاضر همچنان توان مطلوب و معنی‌داری جهت تبیین واریانس کیفیت زندگی داشت.

طبق جدول شماره ۴، قبل از اینکه اثر سن بر روی کیفیت زندگی کنترل شود طبق آخرین مرحله از نتایج رگرسیون متغیر خودکارآمدی درد ۳۱ درصد ($P \leq 0/001$) و غنی‌شدگی ۵۲ درصد ($P \leq 0/001$) از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس را به صورت مثبت تبیین کرد. غرق‌شدگی نیز توانست ۴۷ درصد ($P \leq 0/001$) از واریانس این متغیر را به صورت منفی تبیین کند، اما بعد از اینکه اثر سن بر روی کیفیت زندگی کنترل شد مقادیر واریانس تبیین‌شده کیفیت زندگی برای متغیرهای خودکارآمدی درد و غنی‌شدگی به ترتیب به ۲۶ درصد ($P < 0/004$) و ۴۶ درصد ($P \leq 0/001$) کاهش یافت، با این حال کنترل اثر سن تغییری در توان تبیین‌کنندگی غرق‌شدگی ایجاد نکرد ($P \leq 0/001$). طبق یافته‌ها، دو هویت طرد کردن و پذیرش قبل و بعد از کنترل اثر سن، نقش معنی‌داری در تبیین واریانس کیفیت زندگی این بیماران نداشتند ($P > 0/05$). به علاوه، از میان مؤلفه‌های هویت بیماری صرفاً مؤلفه غرق‌شدگی ($P < 0/001$) اثر خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران را تعدیل کرد.

جدول ۳. نتایج خلاصه مدل و آنوای رگرسیون سلسله مراتبی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل‌شده	F	P
۱	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۵	۵۲/۳۶	$\leq 0/001$
قبل از کنترل سن	۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۳۰	۱۴/۸۶	$\leq 0/001$
۲	۰/۶۶	۰/۴۴	۰/۴۱	۱۳/۲۴	$\leq 0/001$
۳	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۱۹	۳۸/۰۳	$\leq 0/001$
بعد از کنترل سن	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۳	۱۰/۴۸	$\leq 0/001$
۳	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۵	۱۰/۳۴	$\leq 0/001$

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی در رگرسیون سلسله مراتبی

مدل	قبل از کنترل سن			بعد از کنترل سن		
	β	t	p	β	t	p
۱ خودکارآمدی درد	۰/۵۰	۷/۳۰	$\leq 0/001$	۰/۴۴	۶/۱۷	$\leq 0/001$
۲ خودکارآمدی درد	۰/۳۶	۴/۱۶	$\leq 0/001$	۰/۳۰	۳/۲۸	$\leq 0/001$
غرق‌شدگی	-۰/۲۷	-۲/۱۹	۰/۰۳۰	-۰/۲۷	-۲/۱۲	۰/۰۳۶
طرد کردن	-۰/۰۹	-۰/۹۲	۰/۳۶۱	۰/۰۸	-۰/۷۸	۰/۴۳۵
پذیرش	-۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۹۲۹	۰/۰۲	۰/۱۷	۰/۸۶۶
غنی‌شدگی	۰/۴۰	۰/۳/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۳۳	۲/۵۴	۰/۰۱۲
۳ خودکارآمدی درد	۰/۳۱	۳/۷۴	$\leq 0/001$	۰/۲۶	۲/۹۴	۰/۰۰۴
غرق‌شدگی	-۰/۴۷	-۳/۹۱	$\leq 0/001$	-۰/۴۷	-۳/۷۸	$\leq 0/001$
طرد کردن	-۰/۰۶	-۰/۶۰	۰/۵۴۸	-۰/۰۵	-۰/۴۹	۰/۶۲۳
پذیرش	۰/۰۲	۰/۱۹	۰/۸۵۱	۰/۰۵	۰/۳۳	۰/۷۴۰
غنی‌شدگی	۰/۵۲	۴/۲۱	$\leq 0/001$	۰/۴۶	۳/۵۸	$\leq 0/001$
غرق‌شدگی × خودکارآمدی درد	-۰/۳۷	-۴/۷۶	$\leq 0/001$	-۰/۴۵	-۴/۹۸	$\leq 0/001$
طرد کردن × خودکارآمدی درد	۰/۱۶	۱/۶۸	۰/۰۹۵	۰/۱۷	۱/۶۸	۰/۰۹۵
پذیرش × خودکارآمدی درد	۰/۰۹	۰/۷۴	۰/۴۵۸	۰/۱۲	۰/۹۹	۰/۳۱۹
غنی‌شدگی × خودکارآمدی درد	-۰/۱۹	-۱/۹۳	۰/۰۵۷	-۰/۱۹	-۱/۸۱	۰/۰۷۳

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

۲۳۳ مبنی بر رابطه معکوس هویت غرق‌شدگی با کیفیت زندگی هم‌خوان است. هویت غرق‌شدگی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد احساس می‌کند بیماری تمامی جنبه‌های زندگی او را تحت‌الشعاع قرار داده و توانایی‌هایش را محدود ساخته است. درواقع، وقتی هویت غرق‌شدگی در بیماران ام‌اس پدید می‌آید، غالباً ناتوانی‌های خود را برجسته می‌کنند و احساس می‌کنند که بیماری تمام جنبه‌های زندگی آن‌ها را در سلطه خود گرفته است. به عبارت دیگر، آن‌ها تصور می‌کنند احساس عاملیت و برخورداری از حق انتخاب و تصمیم‌گیری در مورد جنبه‌های مختلف زندگی و آینده‌شان را از دست داده‌اند و برای تعیین رفتارهای فردی و اجتماعی کاملاً در سیطره بیماری و پیامدهای آن هستند. این احساس به کاهش خرسندی فرد از زندگی و افزایش استرس و نگرانی او منجر می‌شود. بنابراین، این نوع هویت با دامن زدن به احساس ناتوانی و درماندگی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس را کاهش دهد.

همچنین، بخش دیگر یافته بالا با نتایج مطالعات پیشین [۲۳۳-۲۳۴] مبنی بر اینکه هویت غنی‌شدگی با کیفیت زندگی رابطه مثبتی دارد هم‌خوان است. درواقع، بیماران با هویت غنی‌شده

ارتقادهنده سلامت مشارکت فعال‌تری دارند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده می‌کنند [۳۱]. این نوع رویکرد نسبت به مدیریت درد می‌تواند به خودمدیریتی درد مؤثرتر و در نتیجه، وضعیت سلامت بهتر و بهبود کیفیت زندگی منجر شود.

همچنین، خودکارآمدی درد چون با باورهای مثبت‌تر و کارآمدتری نسبت به موقعیت‌های دشوار و دردناک همراه است احتمال وقوع هیجانات ناخوشایند را کاهش می‌دهد. این باعث می‌شود خودکارآمدی درد بر تجارب هیجانی دشوار مانند افسردگی و اضطراب که از عوارض شایع مرتبط با درد مزمن هستند، تأثیر بگذارد و آن‌ها را کاهش دهد [۳۰]. خودکارآمدی درد نیرومندتر در بیماران مبتلا به ام‌اس به کاهش این حالات روانی ناخوشایند در حضور درد کمک می‌کند و در نتیجه بار روانی کلی مرتبط با درد را تقلیل می‌دهد و سلامت روانی را بهبود می‌بخشد. این بهبود در شاخص‌های فیزیکی، اجتماعی و روانشناختی سلامت به کیفیت بهتر زندگی کمک می‌کند.

یافته دیگر این بود که هویت غرق‌شدگی با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد، اما هویت غنی‌شدگی با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین [۲۳۳-۲۳۵، ۳۲]

اما خودکارآمدی درد و هویت غنی‌شدگی با افزایش کیفیت زندگی مرتبط هستند. همچنین، اثر تعدیل‌گر هویت غرق‌شدگی در رابطه بین خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی برجسته است، به این صورت که هویت غرق‌شدگی این رابطه را تضعیف می‌کند. بنابراین، توجه به هویت بیماری (به‌ویژه غرق‌شدگی و غنی‌شدگی) و تقویت خودکارآمدی درد در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس پیشنهاد می‌شود.

همچنین، پیشنهاد می‌شود در تدوین برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی متمرکز بر خودکارآمدی درد، راهبردهای لازم برای کاهش هویت غرق‌شدگی نیز گنجانده شود تا اثرگذاری این مداخلات افزایش یابد.

با این حال، با توجه به محدودیت مطالعه حاضر از لحاظ ماهیت غیرتجربی‌اش که امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی از یافته‌ها را غیرممکن می‌سازد، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده طرح‌های تجربی را برای ارزیابی روابط علت و معلولی میان این متغیرها طراحی کنند که به ارزیابی اثر آموزش خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس که دارای هویت‌های بیماری متفاوتی هستند، بپردازند.

همچنین، محدودیت دیگر مطالعه حاضر این بود که اثر انواع درمان‌های پزشکی که شرکت‌کنندگان این مطالعه برای بیماری‌شان دریافت می‌کردند کنترل یا تعدیل نشد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مدنظر قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از یک طرح‌گرفت است که با دریافت شناسه اخلاق IR.IUMS.REC.1402.653 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران ثبت شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از یک طرح‌گرفت است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، نرم‌افزار، منابع و نوشتن و آماده‌سازی پیش‌نویس اصلی: پریسا شریفی و مجتبی دهقان؛ اعتبارسنجی، بررسی، نوشتن-بررسی و ویرایش: پریسا شریفی، مائده امین‌الرعایا و مجتبی دهقان؛ تحلیل رسمی و مدیریت داده: پریسا شریفی؛ مدیریت پروژه و تأمین مالی: مجتبی دهقان.

می‌توانند بیماری را به‌عنوان بخشی مثبت از زندگی خود بپذیرند و به‌طور فعال با آن مواجه شوند. در چنین شرایطی بیماران از بیماری به‌عنوان فرصتی برای رشد شخصی و تقویت روابط اجتماعی استفاده می‌کنند که این امر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را به دنبال دارد [۲۳]. از دیدگاه شناختی، این دسته از بیماران به‌جای غرق شدن در محتواهای شناختی منفی یا فرآیندهای شناختی ناکارآمد مانند نشخوار فکری، سعی می‌کنند شناخت‌های مثبت و امیدبخش مرتبط با رشد شخصی در حضور بیماری ام‌اس را پرورش دهند. به‌عبارتی، هویت غنی‌شدگی موجب می‌شود فرد بیماری ام‌اس را به‌عنوان فرصتی برای رشد و پرورش خویش بنیند، آن را به‌عنوان بخشی مثبت از هویت شخصی خود بپذیرد، به رغم بیماری ام‌اس از زندگی فردی و اجتماعی خود همچنان لذت ببرد و احساس کند می‌تواند در مورد زندگی خود تصمیم‌گیرنده و عامل باشد. در نتیجه، این نوع هویت می‌تواند با گسترش دادن احساس عاملیت و رشد شخصی به افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس منجر شود.

آخرین یافته پژوهش حاضر این بود که هویت غرق‌شدگی رابطه خودکارآمدی درد با کیفیت زندگی را به‌صورت منفی تعدیل می‌کند، بدین معنا که هر چقدر هویت غرق‌شدگی نیرومندتر و پررنگ‌تر شود اثر خودکارآمدی درد در ایجاد کیفیت زندگی کمتر می‌شود. این یافته بیانگر آن است که وقتی افراد سطوح بالایی از غرق‌شدگی را دارند چون تصور می‌کنند بیماری بر زندگی‌شان و خودشان مسلط شده است بیماری را به‌عنوان عامل تعیین‌کننده و کنترل‌کننده کلیت زندگی خود تفسیر می‌کنند. در نتیجه، باورهای خودکارآمدی درد دیگر توان کافی برای تضمین کیفیت زندگی آنان را ندارد.

درواقع غرق‌شدگی به‌واسطه تأثیر منفی که بر ادراک و برداشت کلی و فراگیر فرد از خود در حضور بیماری ام‌اس دارد، اثر باورهای مختص به خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و می‌تواند به کاهش مشارکت فرد در فعالیت‌های خانوایی، اجتماعی، شغلی و سایر جنبه‌های زندگی منجر شود که افت کیفیت زندگی او را به دنبال خواهد داشت. در این راستا، مداخلات شناختی-رفتاری که به کاهش ادراک درد و تقویت توانمندی شناختی کمک می‌کنند [۳۵]، به‌دلیل توانمندی که در شناخت اجتماعی فرد و نیز عملکرد رفتاری او ایجاد می‌کنند احتمالاً می‌توانند سطح درگیر شدن بیمار در غرق‌شدگی را کاهش دهند و از این طریق به بهبود کیفیت زندگی او کمک کنند.

نتیجه‌گیری

در مجموع این پژوهش حاکی از آن است که خودکارآمدی درد و دو نوع هویت بیماری غرق‌شدگی و غنی‌شدگی می‌توانند بخش قابل‌توجهی از کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس را توضیح دهند. به‌طور خاص، هویت غرق‌شدگی با کاهش کیفیت زندگی،

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از شرکت‌کنندگان این مطالعه و کلینیک‌های مرتبط با بیماری ام‌اس در بیمارستان آسیا و بیمارستان سینا و تسهیل‌گران گردآوری داده‌ها در آن مراکز، تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

- [1] Prakash RS, Schirda B, Valentine TR, Crotty M, Nicholas JA. Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact on symptoms of depression and anxiety. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2019; 36:101399. [DOI:10.1016/j.msard.2019.101399] [PMID]
- [2] Ysraelit MC, Fiol MP, Gaitán MI, Correale J. Quality of life assessment in multiple sclerosis: Different perception between patients and neurologists. *Frontiers in Neurology*. 2018; 8:729. [DOI:10.3389/fneur.2017.00729] [PMID]
- [3] Janssens AC, van Doorn PA, de Boer JB, Kalkers NF, van der Meche FG, Passchier J, et al. Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2003; 9(4):397-403. [DOI:10.1191/1352458-503ms930oa] [PMID]
- [4] Confavreux C, Vukusic S, Moreau T, Adeleine P. Relapses and progression of disability in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*. 2000; 343(20):1430-8. [DOI:10.1056/NEJM200011163432001] [PMID]
- [5] Arnett PA. Neuropsychological presentation and treatment of demyelinating disorders. In: Halligan UKP, Marshall J, editors. *Handbook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: Oxford University Press; 2003. [DOI:10.1093/acprof:oso/9780199234110.0-03.029]
- [6] WHOQoL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQoL). *Quality of Life Research*. 1993; 2:153-9. [DOI:10.1007/BF00435734]
- [7] Mohammad K, Rimaz S, Dastoorpour M, Sadeghi M, Majdzadeh SR. [Quality of life and related factors among multiple sclerosis patients (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014; 11(4):1-14. [Link]
- [8] Young CA, Mills R, Langdon D, Sharrack B, Majeed T, Kalra S, et al. The four self-efficacy trajectories among people with multiple sclerosis: Clinical associations and implications. *Journal of Neurological Sciences*. 2022; 436:120188. [DOI:10.1016/j.jns.2022.120188] [PMID]
- [9] Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Peeters-Asdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. 1995; 63:77-84. [DOI:10.1016/0304-3959(95)00021-J] [PMID]
- [10] Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*. 2007; 11:153-63. [DOI:10.1016/j.ejpain.2005.12.008] [PMID]
- [11] Brownlee WJ, Hardy TA, Fazekas F, Miller DH. Diagnosis of multiple sclerosis: Progress and challenges. *Lancet*. 2017; 389(10076):1336-46. [DOI:10.1016/S0140-6736(16)30959-X] [PMID]
- [12] Solaro C, Trabucco E, Messmer Uccelli M. Pain and multiple sclerosis: Pathophysiology and treatment. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2013; 13(1):320. [DOI:10.1007/s11910-012-0320-5] [PMID]
- [13] Costa LDCM, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Smeets RJE. Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. *European Journal of Pain*. 2011; 15:213-9. [DOI:10.1016/j.ejpain.2010.06.014] [PMID]
- [14] Somers TJ, Kurakula PC, Criscione-Schreiber L, Keefe FJ, Clowse ME. Self-efficacy and pain catastrophizing in systemic lupus erythematosus: Relationship to pain, stiffness, fatigue, and psychological distress. *Arthritis Care & Research*. 2012; 64:1334-40. [DOI:10.1002/acr.21686] [PMID]
- [15] Sikes EM, Cederberg KL, Baird JF, Sandroff BM, Motl RW. Self-efficacy and walking performance across the lifespan among adults with multiple sclerosis. *Neurodegenerative Disease Management*. 2019; 9(5):267-75. [DOI:10.2217/nmt-2019-0007] [PMID]
- [16] Dehghan M, Sharifi P, Hasani J, Young CA, Langdon D. Healthier living with MS: The key role of self-efficacy and emotion regulation. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2023; 7(73):104608. [DOI:10.1016/j.msard.2023.104608] [PMID]
- [17] Young CA, Mills R, Rog D, Sharrack B, Majeed T, Constantinescu CS, et al. Quality of life in multiple sclerosis is dominated by fatigue, disability and self-efficacy. *Journal of the Neurological Sciences*. 2021; 426:117437. [DOI:10.1016/j.jns.2021.117437] [PMID]
- [18] Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychology, Health & Medicine*. 2009; 14(1):111-24. [DOI:10.1080/13548500802241902] [PMID]
- [19] Charmaz K. The body, identity, and self. *The Sociological Quarterly*. 1995; 36:657-80. [DOI:10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x]
- [20] Charmaz K. Theorizing chronic illness: A life course perspective. In: Halfon N, Forrest CB, Lerner RM, Faustman EM, editors. *Handbook of life course health development*. Berlin: Springer; 2018. [Link]
- [21] Charmaz K. Identity dilemmas of chronically ill men. *The Sociological Quarterly*. 1994; 35(2):269-88. [Link]
- [22] Oris L, Rassart J, Prikken S, Verschueren M, Goubert L, Moons P, et al. Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: Introducing the Illness Identity Questionnaire. *Diabetes Care*. 2016; 39(5):757-63. [DOI:10.2337/dc15-2559] [PMID]
- [23] Oris L, Luyckx K, Rassart J, Goubert L, Goossens E, Apers S, et al. Illness identity in adults with a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2018; 25(4):429-40. [DOI:10.1007/s10880-018-9552-0] [PMID]
- [24] Van Bulck L, Goossens E, Luyckx K, Oris L, Apers S, Moons P. Illness identity: A novel predictor for healthcare use in adults with congenital heart disease. *Journal of the American Heart Association*. 2018; 7(11):e008723. [DOI:10.1161/jaha.118.008723] [PMID]
- [25] Luyckx K, Oris L, Raymaekers K, Rassart J, Moons P, Verdyck L, et al. Illness identity in young adults with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2018; 80:48-55. [DOI:10.1016/j.yebeh.2017.12.036] [PMID]
- [26] Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. [The World Health Organization quality of life (WHOQoL-BREF) Questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-12. [Link]
- [27] Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: A preliminary validation of a translated English-language scale. *Pain Medicine*. 2009; 10:619-32. [DOI:10.1111/j.1526-4637.2009.00623.x] [PMID]
- [28] Kaivanto KK, Estlander AM, Moneta GB, Vanharanta H. Isokinetic performance in low back pain patients: The predictive

- power of the Self-Efficacy Scale. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1995; 5(2):87-99. [DOI:10.1007/BF02109912] [PMID]
- [29] George D, Mallery P. *SPSS for Windows Step by Step: A simple guide and reference, 17.0 update*. Boston: Pearson; 2010. [Link]
- [30] Karasawa M, Shibata M, Nakagawa A. Pain self-efficacy and quality of life in chronic pain conditions. *Pain Medicine*. 2019; 20(4):712-20. [DOI:10.1016/j.pain.2019.01.014]
- [31] Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. *Basic and Clinical Neuroscience*. 2013; 4(2):117-24. [PMID]
- [32] Pakenham KI. Illness identity and quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*. 2007; 12(3):355-68. [DOI:10.1080/13548500500465878] [PMID]
- [33] Shneider CE, Robbertz AS, Cohen LL. A systematic review of relationships between illness identity and health-related outcomes in individuals with chronic illnesses. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2024; 31(1):130-42. [DOI:10.1007/s10880-023-09973-1] [PMID]
- [34] Van Bulck L, Luyckx K, Goossens E, Oris L, Moons P. Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019; 18(1):4-6. [DOI:10.1177/1474515118811960] [PMID]
- [35] Rostami H, Nuri E, Sharghi E. Effect of cognitive-behavioral stress management therapy on pain perception, chronic fatigue and cognitive empowerment of women with fibromyalgia syndrome: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30(1):4819.1 [DOI:10.32598/ijpcp.30.4819.1]