

Research Paper



Model Evaluation of Psychological Distress Based on Self-Care and Psychological Resilience with the Mediating Role of Self-Compassion in Patients with Multiple Sclerosis



Nayyereh Akbari Vardanjani¹, Ghader Zadeh Bagheri^{2*}

1. Ma of Psychology, Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Iran.
2. Assistant Professor, University of Medical Sciences, Yasouj University, Yasouj, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.56009.5516

DOR:

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16949.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Psychological distress, self-care, psychological resilience, self-compassion, multiple sclerosis.

Received: 2023/04/02
Accepted: 2023/04/28
Available: 2023/10/22

The Multiple sclerosis causes the affected people to experience psychological and emotional distress. according to this the objective of the present study was the structural model of psychological distress based on self-care and psychological resilience with the mediating role of self-compassion in patients with multiple sclerosis. The research is applicative and the research method was correlational through structural equations modeling. The statistical population included multiple sclerosis patients who were members of the Isfahan MS Association in the fall season of 2022. Three hundred and twenty patients with multiple sclerosis were selected from the statistical population as the available sampling. The research instruments were psychological distress questionnaire (Kessler et al, 2002) (PDQ), self-care questionnaire (Galiana et al, 2015) (SCQ), psychological resilience questionnaire (Conner, Davidson, 2003) (PRQ) and self-compassion questionnaire (Neff, 2003) (SCQ). The data analysis was conducted through structural equations modeling via SPSS and Amos versions 23. The results showed that Self-care has a significant direct effect on self-compassion ($p < 0.05$, $\beta = 0.614$) and psychological distress ($p < 0.05$, $\beta = -0.478$) of patients with multiple sclerosis and it was able to explain 37.7 and 22.8 percent of the variance of these variables, respectively. Also, psychological resilience has a significant direct effect on self-compassion ($\beta = 0.545$, $p < 0.05$) and psychological distress ($\beta = -0.536$, $p < 0.05$) of patients with multiple sclerosis and was able to explain 29.7 and 28.7 percent of the variance of these variables, respectively. Finally, self-compassion had a significant direct effect on psychological distress ($p < 0.05$, $\beta = -0.44$) of patients with multiple sclerosis and was able to explain 19.3% of the variance of this variable. Meanwhile, self-compassion has a significant mediating role in the relationship between self-care and psychological resilience with psychological distress in multiple sclerosis patients ($p < 0.05$). Considering the significant mediating role of self-compassion, it is possible to reduce the occurrence of psychological distress in patients with multiple sclerosis by using effective interventions such as self-compassion training.



* Corresponding Author: ghader zadeh bagheri
E-mail: ghaderz@yahoo.com

مقاله پژوهشی



ارائه مدل آشفتگی روان‌شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس^۱



نیره اکبری وردنجانی^۱، قادر زاده باقری^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.56009.5516

DOR:

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16949.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

آشفتگی روان‌شناختی،
خودمراقبتی، تاب‌آوری روانی،
خودشفقتی، مالتیپل
اسکلروزیس.

هدف بیماری مالتیپل اسکلروزیس سبب می‌شود افراد مبتلا دچار آشفتگی روان‌شناختی و هیجانی شوند. بر این اساس هدف پژوهش حاضر، الگویابی ساختاری آشفتگی روان‌شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود. پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس اصفهان در فصل پاییز سال ۱۴۰۱ بود. از بین جامعه آماری ۳۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) (PDDQ)، پرسشنامه خودمراقبتی (گالینا و همکاران، ۲۰۱۵) (SCQ)، پرسشنامه تاب‌آوری روانی (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) (PRQ) و پرسشنامه خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳) (SCQ) بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، به وسیله نرم‌افزار SPSS و Amos ویرایش ۲۳ صورت گرفت. نتایج نشان داد که خودمراقبتی بر خودشفقتی ($\beta=0/614, p<0/05$) و آشفتگی روان‌شناختی ($\beta=-0/478, p<0/05$) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۳۷/۷ و ۲۲/۸ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. همچنین تاب‌آوری روانی بر خودشفقتی ($\beta=0/545, p<0/05$) و آشفتگی روان‌شناختی ($\beta=-0/536, p<0/05$) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۹/۷ و ۲۸/۷ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. در نهایت خودشفقتی بر آشفتگی روان‌شناختی ($\beta=-0/44, p<0/05$) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته ۱۹/۳ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کرده و در رابطه بین خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نیز نقش میانجی معنادار ایفا کند ($p<0/05$). با توجه به نقش میانجی معنادار خودشفقتی، می‌توان با بکارگیری مداخلات موثر همانند آموزش خودشفقتی از بروز آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کاست.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۱۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۲/۰۸

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰

۱. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج است.

* نویسنده مسئول: قادر زاده باقری

رایانامه: ghaderz@yahoo.com

در بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام‌اس) به عنوان یکی از انواع بیماری‌های مزمن، سیستم ایمنی بدن به میلین (غلاف چربی) محافظ سلول‌های سیستم اعصاب مرکزی (مغز و طناب نخاعی) حمله کرده و آن را تخریب می‌کند و باعث ایجاد زخم در محل آسیب دیده می‌شود. در نتیجه تخریب میلین سلول‌های عصبی در انتقال پیام‌های ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت‌های بدن و بالعکس اختلال ایجاد شده و علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس ظهور پیدا می‌کند. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و دومین علت شایع ناتوانی در جوانان است و در زنان حدود دو برابر مردان شایع است (مایو، لاسی و گاوریلک^۲، ۲۰۲۱). تظاهرات مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند از یک بیماری خوش‌خیم تا بیماری سریعاً پیش‌رونده و ناتوان‌کننده که نیازمند تطابق وسیع در شیوه زندگی است متغیر باشد. نشانه‌های مولتیپل اسکلروزیس به شدت متغیر بوده و به محل و شدت ضایعات موجود در سیستم اعصاب مرکزی بستگی دارد. از جمله تظاهرات بالینی مولتیپل اسکلروزیس، ضعف اندام‌ها، علائم بینایی، علائم حسی از قبیل پaresthesia^۳ (احساس غیرطبیعی مثل سوزش، گزگز)، آتاکسی^۴ (بی‌تعادلی)، اختلالات جنسی، خستگی، افسردگی و اختلال عملکرد شناختی می‌باشد (لبران و واکاسیک^۵، ۲۰۱۹). در این بیماران خستگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علائم می‌باشد که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می‌شود. حدود ۸۰ درصد بیماران از خستگی شکایت می‌کنند و گزارش می‌شود که خستگی اولین و آزار دهنده‌ترین علامت یک سوم تا نیمی از بیماران می‌باشد (اسکروس، ریدر و بنسینگ^۶، ۲۰۰۲). آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی نیز در این بیماران دور از انتظار نیست. چنانکه افسردگی در ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران تجربه می‌شود و میزان خودکشی در این بیماران حدود ۷/۵ بار بیشتر از گروه غیرمیتلا می‌باشد (جونز، موتل و ساندرروف^۷، ۲۰۲۱؛ تاکدا^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). چنین روندی باعث می‌شود تا این بیماران در معرض آشفتگی روان‌شناختی^۹ قرار گیرند (عطادوخت، هاشمی، حبیبی، فلاحی و رحیمی، ۱۳۹۶).

آشفتگی روان‌شناختی، با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روان پزشکی دیگر مشخص می‌شود (عبدزاده، آزموده، عبدالله پور و لیوارجانی، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها، نشان داده است که افرادی که از آشفتگی روان‌شناختی کمتری برخوردارند میزان امیدآوری و سلامت روان بیشتری را گزارش می‌کنند (داگلبی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴). افزایش سطح آشفتگی روان‌شناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های

1. multiple sclerosis (MS)
2. Mayo, Lacey, Gawryluk
3. paresthesia
4. ataxia
5. Lebrun, Vukusic
6. Schreurs, Ridder, Bensing
7. Jones, Motl, Sandroff
8. Takeda
9. psychological distress
10. Duggleby

روانی در ارتباط است (گیگیا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). چنانکه تانگ، بایرن و کین^{۱۲} (۲۰۱۸) نشان داده‌اند آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند افزایش احتمال خودکشی را در پی داشته باشد. بنابر یافته نودا، تاکاهاشی و مارای^{۱۳} (۲۰۱۸) آشفتگی روان‌شناختی سطح همدلی را در افراد کاهش می‌دهد و بر این اساس، این عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است و با کیفیت زندگی پایین، هزینه‌های بالاتر و مراقبت‌های بهداشتی همبسته است. از آنجا که آشفتگی روان‌شناختی قابل درمان است (شاکاملار^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۵). شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر آن به منظور پیشگیری مهم است (لیو^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از متغیرهایی که می‌تواند با کاهش آشفتگی روان‌شناختی در ارتباط باشد، خودمراقبتی^{۱۶} است (ایمانی، کریمی حاجی خادمی، حسینی تشنیزی، و شفای زاد، ۱۴۰۰). چرا که خودمراقبتی با ایجاد شرایط روانی و رفتاری پیگیرانه سبب می‌شود تا بیماران روند درمانی خود را به دقت دنبال نمایند (مهرابیان و همکاران، ۱۴۰۰). این در حالی است که جوادی و همکاران (۱۳۹۸)، احمدنیا و همکاران (۱۳۹۹)، فدایی و همکاران (۱۳۹۹) و کهن سال و همکاران (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که خودمراقبتی با کاهش آسیب‌های روان‌شناختی بیماران رابطه دارد.

خودمراقبتی به عنوان عاملی در جهت بهبود پیگیری روند درمانی معرفی شده است (ایهان، تلی و تمل^{۱۷}، ۲۰۲۰). چنانکه نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سبب می‌شود تا آنها ارزش بیشتری را به سلامت خود نشان داده و روش‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را در مواجهه به تنیدگی‌های درونی و موقعیت‌های فشارزای بیرونی از خود نشان دهند (نجیمی، شفیعی و حقانی، ۱۳۹۸؛ اشمیت^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۱؛ چان^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه‌ای که توسط مورگ، جانسون، زلیپس، هال و پاول^{۲۰} (۲۰۲۰) انجام شده است نشان داد خودمراقبتی، عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را در بیماران کاهش می‌دهد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. همچنین ارتقا خودمراقبتی منجر به عملکرد بهتر بیماران می‌شود. خودمراقبتی به افراد می‌آموزد که چرا و چطور از خودشان مراقبت کنند (رافعی، آقاملایی، حسینی و قنبرزاد، ۱۴۰۰). انسان بالغ در این فرایند می‌آموزد تا روند بقا، ارتقا کیفیت زندگی و خوب بودن خودش را به سرانجام برساند (محمودی، فیاضی، جهانی، کیخایی و لطیفی، ۱۳۹۱). خودمراقبتی فرایندی نو در مراقبت‌های بهداشتی به شمار رفته و عبارت است از اقدامات سالم‌سازی که توسط خود فرد به اجرا در می‌آیند. بر این اساس خودمراقبتی به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ

11. Ghiggia
12. Tang, Byrne, Qin
13. Noda, Takahashi, Murai
14. Shnakumar
15. Luo
16. Self-care
17. Ilhan, Telli, Temel
18. Schmitt
19. Chan
20. Mogre, Johnson, Tzelepis., Hall, Paul

دهکردی و همکاران (۱۳۹۸) گزارش کرده‌اند که خودشفقتی می‌تواند منجر به کاهش درماندگی و پریشانی روان‌شناختی شود. علاوه بر این نتایج پژوهش سیکیس و کندی^۹ (۲۰۲۳)؛ پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زیتسوف^{۱۰} (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک^{۱۱} (۲۰۱۹)؛ بلاث و ایزنلوه-ماول^{۱۲} (۲۰۱۷) در پژوهش خود نقش خودشفقتی را بر استرس، افسردگی و سلامت روان‌شناختی افراد مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند. این در حالی است که نتایج پژوهش قدری، کاکاوند، جلالی و شیرمحمدی (۱۴۰۰)؛ شاه بیگ، معاضدیان، صباحی و خانمحمدی اطاقسرا (۱۴۰۰)؛ باقری پناه، گل‌افروز، بلورساز مشهدی، مویدی‌مهر و خروشی (۱۳۹۹)؛ تائو، هی و ژو^{۱۳} (۲۰۲۱)؛ گلر، هندلزلتس، لوی، بارون و سوامی^{۱۴} (۲۰۲۱)؛ زنگ، واینگ، نی، اواینگ و لی^{۱۵} (۲۰۲۱)؛ ساتاکا و آراؤ^{۱۶} (۲۰۲۰)؛ استفان^{۱۷} (۲۰۱۹)؛ سانبال و گانری^{۱۸} (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که خودشفقتی می‌تواند نقش میانجی را در رابطه بین متغیرهای مختلف نیز ایفا نماید.

نف و پومیر^{۱۹} (۲۰۱۳) خودشفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل این موارد بیان می‌کند، محبت نسبت به خود^{۲۰} در برابر قضاوت نسبت به خود^{۲۱} (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراکات انسانی^{۲۲} در مقابل انزوا^{۲۳} (اعتراف به این که همه انسان‌ها دچار نقص هستند و اشتباه می‌کنند)، و ذهن‌آگاهی^{۲۴} در مقابل همسان‌سازی افراطی^{۲۵} (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شود (و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند) ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خودشفقتی دارد (باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو^{۲۶}، ۲۰۱۵). مفهوم خودشفقتی به معنای تجربه‌پذیری و متأثر شدن از ناراحتی دیگران، طوری که فرد مشکلات و رنج‌های خویش را قابل تحمل‌تر نماید تعریف شده است (لوپز، ساندرمن، رنچور و اسپرورز^{۲۷}، ۲۰۱۸). هم‌چنین این مفهوم به معنی شکلیا و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیرقضاوتگرانه نسبت به آنها است. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسایلی است که سایر افراد آن را تجربه می‌کنند. شفقت به خود با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (فینالی، کین و ریز^{۲۸}، ۲۰۱۷).

سلامت خود انجام می‌دهند. این اقدامات بدون کمک‌های حرفه‌ای به اجرا در می‌آید ولی دانش و مهارت آن به افراد آموزش داده می‌شود (کاو، ییلماز، بالات و دوگان^۱، ۲۰۱۷).

دیگر متغیری که می‌تواند با نقش موثر خود آشفستگی روان‌شناختی بیماران را کاهش دهد، تاب‌آوری روانی^۲ است (سعیدیان و همکاران، ۱۴۰۰). چنانکه فریدونی ساریجه، کیا، محمودی و صلاحی نژاد (۱۴۰۰) و محمدی هریس، شاکردلو، خادمی، زینالی و صفایی (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که تاب‌آوری روانی با ایجاد تحمل پریشانی و هیجانی قدرت مقابله‌ای سازگارانه بیماران را بهبود می‌بخشد. این در حالی است که نتایج پژوهش کوشی، شگری، قنبری و فتح آبادی (۱۳۹۸)؛ ظهورپرونده و پاسبان (۱۳۹۸) و طباطبایی و چلبیانلو (۱۳۹۹) بیانگر آن است که تاب‌آوری روانی می‌تواند منجر به کاهش درماندگی روان‌شناختی افراد شود. تاب‌آوری روان‌شناختی به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی اطلاق می‌شود (ساپروبا، بورداس و رابرس^۳، ۲۰۲۲). تاب‌آوری روان‌شناختی صرفاً مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (توماس و آسلین^۴، ۲۰۱۸). تاب‌آوری روان‌شناختی که یک فرایند پویای روانی به شمار می‌رود، در موقعیت‌های مختلف زندگی به ویژه مواقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تاثیر قرار داده و با کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجبات عملکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها موجب می‌گردد. این فرایند سازگاری موفق با شرایط ناگوار را در افراد افزایش می‌دهد (تلاپک^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). رود، میسل و مایر^۶ (۲۰۲۱) بر این باورند که تاب‌آوری روان‌شناختی با استفاده از جستجوی حمایت اجتماعی و خود دلگرم‌سازی به افکار مثبت منجر شده و راهبردهای کنار آمدن غیرمفید مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد (بامن، ویس، اسپیرس و هوگل^۷، ۲۰۱۹).

متغیرهای مختلفی هستند که می‌توانند همانند خودمراقبتی و تاب‌آوری روان‌شناختی بروز درماندگی روان‌شناختی را در بیماران کاهش دهند. یکی از متغیرهایی که به عنوان میانجی مطرح شده و نقش موثری در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی، شناختی و هیجانی دارد، خودشفقتی^۸ است (پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعرباغچی، ۱۳۹۸). چنانکه مالدار، آهی و غلامرضایی (۱۴۰۰)، کاوسی، عباسی و میرزائیان (۱۴۰۰) و پورحسینی

15. Zeng, Wang, Nie, Ouyang, Lei

16. Satake, Arao

17. Ştefan

18. Sünbül, Güneri

19. Neff, Pommier

20. Self-Kindness

21. Self-Judgment

22. Common Humanity

23. Isolation

24. Mindfulness

25. Over-Identification

26. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso

27. López, Sanderman, Ranchor, Schroevers

28. Finlay, Jones, Kane, Rees

1. Kav, Yilmaz, Bulut, Dogan

2. psychological resilience

3. Supervía, Bordás, Robres

4. Thomas, Asselin

5. Tlappek

6. Rudd, Meissel, Meyer

7. Backmann, Weiss, Schippers, Hoegl

8. Self-compassion

9. Seekis, Kennedy

10. Pullmer, Chung, Samson, Balanji, Zaitsoff

11. Lathren, Bluth, Park

12. Bluth, Eisenlohr-Moul

13. Tao, He, Xu

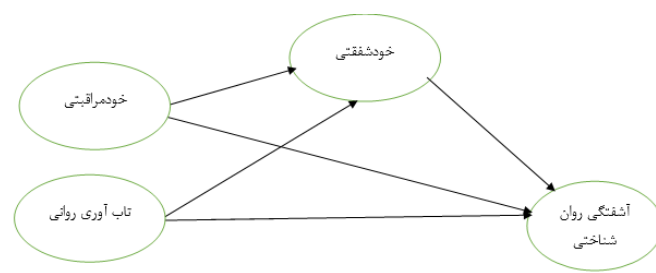
14. Geller, Handelzalts, Levy, Barron, Swami

شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در انجمن)، عدم برخورداری از آسیب‌های روان‌شناختی مزمن همچون اضطراب و افسردگی (با توجه به خوداظهاری و مصاحبه بالینی)، سن بین ۳۵ تا ۵۰ سال و داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، پاسخ مخدوش به پرسشنامه و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این به این افراد اطمینان داده شده که اطلاعات آنها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (PDQ): پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۰-۴ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی کسلر نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب (CIDI) می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (اندروز و اسلید^۳، ۲۰۰۳). افزون بر آن، پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای کنترل و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). سودمندی استفاده از این پرسشنامه در جمعیت عمومی توسط اندروز و اسلید (۲۰۰۳) تایید شده است. مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی است (گرین و کاراکا^۴، ۲۰۱۰). کاربرد این پرسشنامه بر روی جمعیت سالمندان نیز در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ و در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۵ انجام شده، تایید شده است (واسیلیادیس^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵) پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) نیز در ایران در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده اند. همچنین این پژوهشگر روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

در صورت انجام این پژوهش باید گفت، از آنجایی که در بیماری‌های مزمن مانند مالتیپل اسکلروزیس، درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس است، تلاش می‌شود که عوامل قابل دستکاری مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها به ارتقاء بهزیستی فرد کمک شود. از این‌رو، با مطالعه ادبیات مربوط به آشفتگی روان‌شناختی به گزینش متغیرهای مهم و نقش این متغیرها در تبیین این سازه در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداخته شده است. آنچه بیشتر در پژوهش‌های قبلی صورت گرفته است کشف روابط همبسته یک متغیر به این سازه (آشفتگی روان‌شناختی) بوده است؛ اما با توجه به پیچیدگی موضوع آشفتگی روان‌شناختی، شناخت مجموعه‌ای از متغیرهای مؤثر بر آشفتگی روان‌شناختی تصویر دقیق‌تری از آن ارائه می‌دهد. به عبارت دیگر، این پژوهش با تبیین همزمان و هماهنگ مجموعه متغیرهای مورد اشاره در مدل اعم از تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم بر آشفتگی روان‌شناختی و ارائه مدلی برای آن، با هدف بررسی نقش خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی در آشفتگی روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش حاضر

روش

روش پژوهش

پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش توصیفی-همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس اصفهان در فصل پاییز سال ۱۴۰۱ بود. از بین جامعه آماری ۳۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به انجمن ام اس اصفهان که بیش از ۵۰۰۰ عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس دارد، پرسشنامه‌های پژوهش طی فصل پاییز ۱۴۰۱ به ۳۲۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ارائه داده شد تا آنان پاسخ دهند. بدین صورت که بیمارانی که در فصل پاییز سال ۱۴۰۱ جهت پیگیری موارد مربوط به بیماری و عضویت خود به انجمن ام اس اصفهان مراجعه کرده بودند، مورد شناسایی قرار گرفته و پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه شد. خود در این بین تعداد ۲۱ بیمار به پرسشنامه‌ها پاسخ ناقص یا مخدوش دادند که با بیماران دیگر جایگزین

4. Green, Karraki
5. Vasiladis

1. Psychological Distress Questionnaire
2. Kessler
3. Andrews, Slade

عادگانی (۱۳۹۷) ۰/۸۴ محاسبه و گزارش گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش آذری قهفرخی، انصاری شهیدی، شاه زمانی و فرهادی (۱۴۰۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. در این پژوهش نیز پایایی زیرمقیاس‌های خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی ذهنی و خودمراقبتی اجتماعی و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه خودشفقتی (SCQ): پرسشنامه خودشفقتی یک مقیاس ۲۶ سوالی است که به وسیله نف (۲۰۰۳) برای سنجش میزان خودشفقتی ساخته و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۶ زیرمقیاس مهربانی نسبت به خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، احساسات مشترک انسانی (۴ گویه)، منزوی‌سازی (۴ گویه)، ذهن‌آگاهی (۴ گویه) و بزرگ‌نمایی (۴ گویه) در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه (نمرات ۱ تا ۵) است و مجموع نمره در شش مقیاس میزان کلی خودشفقتی را نشان می‌دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده خودشفقتی بیشتر است. سوالات مربوط به زیرمقیاس‌های قضاوت در مورد خود، منزوی‌سازی و بزرگ‌نمایی به شکل معکوس نمره گذاری می‌شود. پرسشنامه خودشفقتی توسط خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) در ایران هنجاریابی شده است. با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید شد و شش عامل بدست آمد. روایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. ضریب همبستگی عامل‌های شش گانه این مقیاس و خودشفقتی (مقیاس کل) در سطح ۰/۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (نف، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای آن نشان داده‌اند. همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای نمره کل خودشفقتی ۰/۹۲ و برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمده است. همچنین دو هفته پس از اجرای آزمون از سایر آزمودنی‌ها، بازآزمون به عمل آمد و پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شد. برای بررسی روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ استفاده شد که ۰/۵۹ به دست آمد. هم چنین روایی افتراقی از طریق اجرای مقیاس شخصیت خودشیفته محاسبه و همبستگی معنادار میان نمرات این دو مقیاس (خودشفقت‌ورزی و شخصیت خود شیفته) به دست نیامد که حاکی از روایی افتراقی بالا است. روایی همزمان نیز از طریق اجرای پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک محاسبه شد و نتایج حاکی از روایی همزمان خوب بود. پایایی زیرمقیاس‌های مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی‌سازی، ذهن‌آگاهی و بزرگ‌نمایی و نمره کل پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه تاب‌آوری روان‌شناختی (PRQ): پرسشنامه تاب‌آوری روان‌شناختی توسط کانر و دیویدسون^۲ در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری روان‌شناختی افراد طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه و ۵ زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی^۳ (سوالات ۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵)، اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی^۴ (سوالات ۶-۷-۱۴-۱۵-۲۰-۱۹-۱۸)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن^۵ (سوالات ۱-۲-۴-۵-۸)، کنترل^۶ (سوالات ۱۳-۲۱-۲۲) و تأثیرات معنوی^۷ (سوالات ۳-۹) است. آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کردند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری روان‌شناختی بیشتر در شخص می‌باشد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به نقل از عباسی، آقایی و اصغری مقدم، (۱۳۹۸) ثبات درونی پرسشنامه تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴)، پایایی پرسشنامه کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و همچنین روایی محتوایی آن را نیز مناسب گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش مظفری (۱۳۹۸) نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی زیرمقیاس‌های تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه خودمراقبتی (SCQ): پرسشنامه خودمراقبتی توسط گالینا، البور، سانسو و بیتو^۸ در سال ۲۰۱۵ تهیه شده است. مقیاس خودمراقبتی، خودمراقبتی افراد را در سه حوزه اصلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد: خودمراقبتی جسمی: مولفه‌هایی و تحرکاتی که سلامت بدنی را حفظ می‌کنند؛ خودمراقبتی ذهنی: فعالیت‌هایی که به سلامت مغز و ذهن یاری می‌رسانند؛ خودمراقبتی اجتماعی: به فعالیت‌های گروهی و اجتماعی که به شخص در زمینه سلامت اجتماعی کمک می‌کند. این سه فاکتور با هم خودمراقبتی حرفه‌ای را شکل می‌دهند. این پرسشنامه دارای ۹ سوال است که بر اساس طیف پاسخگویی لیکرت (از ۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم) به آنها پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۹ تا ۴۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان دهنده خودمراقبتی بالاتر فرد است. روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش گالینا، البور، سانسو و بیتو (۲۰۱۵) مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش گالینا، البور، سانسو و بیتو (۲۰۱۵) بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش رئوفی عادگانی (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی ذهنی و خودمراقبتی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین میزان روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش رئوفی

6. control
7. spiritual influences
8. Self-Care Questionnaire
9. Galiana, Oliver, Sanso and Benito
10. Self-Compassion Questionnaire

1. Psychological Resilience Questionnaires
2. Conner, Davidson
3. The notion of personal competence
4. Corresponds to trust in on's instincts, tolerance of negative affect
4. positive acceptance of change, and secure relationships

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه و تحلیل یافته‌ها در دو بخش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی) و آمار استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) و آزمون بوت استروپ انجام شد. فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Amos و ویرایش ۲۳ صورت گرفت.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۳۲۰ نفر بود که ۱۸۹ نفر زن (۵۹/۰۷ درصد) و ۱۳۱ نفر زن (۴۰/۹۳ درصد) بودند. همچنین میانگین سنی بیماران حاضر در پژوهش ۴۱/۶ سال بود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمینوف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی، خودمراقبتی، تاب‌آوری روانی و خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس برقرار است ($p < 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی، خودمراقبتی، تاب‌آوری روانی و خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس رعایت شده است ($p < 0.05$). در ابتدا به ارائه یافته‌های توصیفی پرداخته می‌شود.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی آشفتگی روان‌شناختی، خودمراقبتی، تاب‌آوری روانی و خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نمره کل آشفتگی روان‌شناختی	۲۸/۰۶	۵/۳۶
نمره کل خودمراقبتی	۲۴/۶۴	۴/۰۵
زیرمقیاس‌های خودمراقبتی جسمی	۷/۷۷	۱/۲۶
خودمراقبتی ذهنی	۸/۶۳	۱/۳۳
خودمراقبتی اجتماعی	۸/۲۴	۲/۰۲
نمره کل تاب‌آوری روانی	۵۳/۷۰	۷/۲۶
تصور از شایستگی فردی	۱۸/۲۲	۳/۳۳
زیرمقیاس‌های تاب‌آوری روانی	۱۷/۱۴	۳/۲۵
تحمل عاطفه منفی	۸/۰۷	۲/۰۲
پذیرش مثبت تغییر	۶/۰۲	۱/۶۳
کنترل	۴/۲۵	۱/۲۵
تأثیرات معنوی	۷۴/۷۴	۱۱/۳۹
نمره کل خودشفقتت ورزی	۱۳/۱۲	۳/۰۱
مهربانی نسبت به خود	۱۴/۲۶	۳/۲۶
قضاوت در مورد خود	۱۱/۲۰	۲/۱۲
احساسات مشترک انسانی	۱۲/۱۳	۲/۱۴
منزوی‌سازی	۱۱/۶۷	۲/۱۱
ذهن‌آگاهی	۱۲/۳۶	۲/۳۹
بزرگ‌نمایی		

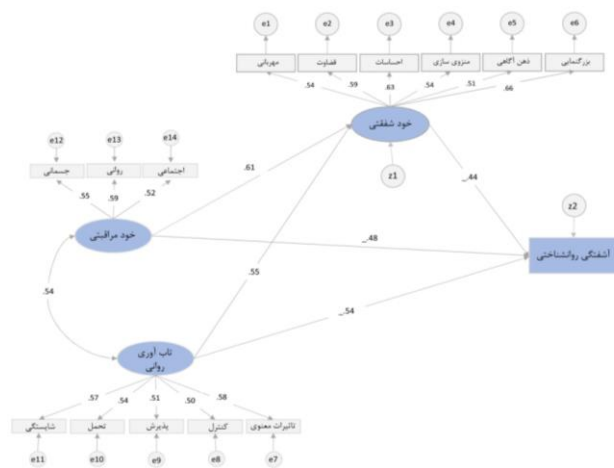
پس از ارائه یافته‌های توصیفی متغیرها به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۲: ماتریس همبستگی پیرسون بین خودمراقبتی، تاب‌آوری روانی و

خودشفقتی با آشفتگی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

متغیرها	خودمراقبتی	تاب‌آوری روانی	خودشفقتی	آشفتگی روان‌شناختی
خودمراقبتی	۱			
تاب‌آوری روانی	۰/۶۱**	۱		
خودشفقتی	۰/۰۰۱	۰/۵۵**	۱	
آشفتگی روان‌شناختی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲**	۱
معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲ مشخص است بین متغیرهای پژوهش به صورت دو به دو رابطه معنادار وجود دارد. حال پس از اطمینان از وجود همبستگی بین مولفه‌ها به بررسی جدول ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل معادلات ساختاری آشفتگی روان‌شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداخته می‌شود.



شکل ۱: الگوی ساختاری نهایی مدل آشفتگی روان‌شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

جدول ۳: ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل آشفتگی

روان‌شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری

خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

مسیرهای مدل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	بهرائی (t)	مقدار استاندارد	ضرایب مقدار	ضریب تعیین
خودمراقبتی ← خودشفقتی	۰/۸۹۵	۰/۱۳	۶/۸۹	۰/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
خودمراقبتی ← آشفتگی روان‌شناختی	-۰/۹۷	۰/۱۹	-۵/۱۱	-۰/۴۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸
تاب‌آوری روانی ← خودشفقتی	۰/۷۶۶	۰/۱۲	۶/۳۹	۰/۵۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
تاب‌آوری روانی ← آشفتگی روان‌شناختی	-۰/۹۹۸	۰/۱۶	-۶/۲۴	-۰/۵۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸۷
خودشفقتی ← آشفتگی روان‌شناختی	-۰/۴۱	۰/۰۹	-۴/۵۶	-۰/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۳

این یافته‌های نشانگر برازش مناسب مدل پیشنهادی است. برای بررسی نقش میانجی‌گری متغیر خودشفقتی در رابطه بین خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با آشفتگی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از آزمون بوت استرپ^۹ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون بوت استرپ برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان غیرمستقیم	اثرات
خودمراقبتی	خودشفقتی	آشفتگی	-۰/۲۶۳	-۰/۱۵۴	۰/۹۵	-۰/۲۲۴
تاب‌آوری روانی	خودشفقتی	آشفتگی روان‌شناختی	-۰/۱۵۰	-۰/۹۳	۰/۹۵	-۰/۲۴۳

با توجه به نتایج جدول ۵ و در نظر گرفتن اینکه صفر در محدوده بالا و پایین نمرات قرار نگرفته است، نقش میانجی‌گری خودشفقتی در رابطه خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر ارائه الگوی ساختاری آشفتگی روان‌شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که اثر خودمراقبتی بر خودشفقتی و آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۳۷/۷٪ و ۲۲/۸٪ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. یافته حاضر با نتایج پژوهش مهربان و همکاران (۱۴۰۰)، جوادی و همکاران (۱۳۹۸)، احمدنیا و همکاران (۱۳۹۹)، فدایی و همکاران (۱۳۹۹) و کهن سال و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود نشان داده اند که خودمراقبتی با کاهش آسیب‌های روان‌شناختی بیماران رابطه دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودمراقبتی سبب می‌شود تا بیماران به رژیم غذایی خود توجه کافی داشته، فعالیت بدنی و انطباق با داروهای تجویز شده خود حساسیت بالایی داشته باشند (فدایی و همکاران، ۱۳۹۹). این روند باعث می‌شود تا خودمراقبتی پیگیری روند درمانی بیماران را منظم نموده و از این طریق باعث شود تا بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نسبت به خود حساسیت بالاتری نشان داده و خودشفقتی بیشتری را نیز تجربه نمایند. چرا که خودمراقبتی با ایجاد شرایط روانی و رفتاری پیگیرانه سبب می‌شود تا بیماران روند درمانی خود را به دقت دنبال نموده (مهربان و همکاران، ۱۴۰۰) و ادراک خودمهربانی بیشتری داشته باشند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که خودمراقبتی اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تامین و ارتقاء سلامت خود انجام

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، خودمراقبتی بر خودشفقتی ($p < 0.05$)، آشفتگی روان‌شناختی ($\beta = -0.478, p < 0.05$) و بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۳۷/۷٪ و ۲۲/۸٪ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. همچنین تاب‌آوری روانی بر خودشفقتی ($\beta = 0.545, p < 0.05$) و آشفتگی روان‌شناختی ($\beta = -0.526, p < 0.05$) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۹/۷٪ و ۲۸/۷٪ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. در نهایت خودشفقتی بر آشفتگی روان‌شناختی ($\beta = -0.44, p < 0.05$) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته ۱۹/۳٪ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کند. برای تعیین کیفیت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. پیش از ارائه توضیحات مربوط به جدول ۴ اشاره به چند نکته ضروری است. از نظر کلی یک الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید دارای χ^2 دو غیرمعنادار، نسبت χ^2/df دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش ۱ (GFI)، شاخص تطبیقی (CFI) ۲ و شاخص برازندگی هنجار شده ۳ (NFI) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته ۴ (AGFI) بالاتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد ۵ (PCFI) بالاتر از ۰/۵۰؛ شاخص برازش افزایشی ۶ (IFI) بزرگتر از ۰/۹ و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا ۷ (AMSE) کوچکتر از ۰/۰۹ باشد. ذکر این نکته بسیار ضروری است که اصلی‌ترین فاکتور قضاوت برازش مدل، توجه به تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (RMSEA) است. چرا که این عامل از تعداد حجم نمونه تاثیر نمی‌پذیرد.

جدول ۴: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش

AMSEA	NFI	PCFI	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	P	CMIN/df	df	CMIN
۰/۰۲۴	۰/۹۶۹	۰/۷۱۷	۰/۹۶۳	۰/۹۵۸	۰/۹۵۶	۰/۹۲۴	۰/۹۵۵	۰/۱۹	۱/۲۶	۲۶۳	۳۳۱/۳۸

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه آزمودنی‌ها شاخص نسبت مجذور χ^2 بر درجه آزادی^۸ (CMIN/df) برابر با ۱/۲۶ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۳)؛ شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۵۵ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر ۰/۹۲۴ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۰)؛ شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر با ۰/۹۵۶ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص توکرلوئیس (TLI) برابر با ۰/۹۵۸ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۶۳ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد (PCFI) برابر با ۰/۷۱۷ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۵۰)؛ شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۶۹ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۰۹)؛ و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۲۴ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۰/۰۹) است.

1. goodness of fit index
2. Comparative fit index
3. Normalized fitness index
4. Adjusted goodness of fit index
5. Parsimonious comparative fitness index

6. Incremental fit index
7. Approximation of root mean squared error
8. Chi-square ratio index/ Degrees of freedom
9. Bootstrap

شرایط استرس‌زا حفظ نموده و رفتار، افکار و هیجانات مخرب را کنترل نماید، در رویارویی با موانع انعطاف داشته و از روش‌های فرسایشی اجتناب کرده و خوش‌بینی و احساسات مثبت خود را به هنگام دشواری‌ها حفظ نماید (رود، میسل و مایر، ۲۰۲۱). بر این اساس بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس برخوردار از تاب‌آوری روانی، اغلب با به کارگیری مهارت‌هایی همچون صبر و بردباری به هنگام رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا به حالت معمول بازگشته و راهبردهای مؤثری را جهت کاهش افکار و هیجانات مخرب بکار گرفته و با گسترش توانایی روانی خود، درماندگی روان‌شناختی کمتری را نیز تجربه می‌کنند. همچنین افرادی که ویژگی تاب‌آوری روانی را دارا هستند، با تسلط بر افکار، هیجانات و رفتار خود، در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی، آمادگی لازم را برای رویارویی با چالش‌های زندگی به دست می‌آورند؛ با دقت در این فرایند معلوم می‌شود که تاب‌آوری روانی با بسط انعطاف شناختی و روانی می‌تواند ظرفیت فکری و روانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس را ارتقاء بخشیده و به واسطه گسترش دامنه ذهنی و توان مقابله‌ای با مشکلات، موجب کاهش درماندگی روان‌شناختی این بیماران می‌گردد.

یافته سوم پژوهش حاضر نشان داد که خودشفقتی بر آشفته‌گی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته ۱۹/۳ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کرده و در رابطه بین خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با آشفته‌گی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس نیز نقش میانجی معنادار ایفا کند. یافته حاضر با نتایج پژوهش مالدار، آهی و غلامرضایی (۱۴۰۰)، کاوسی، عباسی و میرزائیانی (۱۴۰۰) و پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعربافچی (۱۳۹۸) مبنی بر نقش خودشفقتی در کاهش درماندگی و پریشانی روان‌شناختی افراد همسو بود. علاوه بر این سیکیس و کندی (۲۰۲۳)، پالمر و همکاران (۲۰۱۹) و لاترن، بلاث و پارک (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود نقش خودشفقتی را بر استرس، افسردگی و سلامت روان‌شناختی افراد مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند. این در حالی است که نتایج پژوهش قدیر و همکاران (۱۴۰۰)، شاه بیگ و همکاران (۱۴۰۰)، باقری پنا و همکاران (۱۳۹۹)، تائو، هی و ژو (۲۰۲۱)؛ گلر و همکاران (۲۰۲۱)؛ زنگ و همکاران (۲۰۲۱) نیز مبین آن است که خودشفقتی می‌تواند نقش میانجی را در رابطه بین متغیرهای مختلف ایفا نماید. در تبیین این یافته باید گفت که در شفقت، یک نکته وجود دارد که رنج بخشی طبیعی از شرایط انسانی است که برای هر فرد ممکن است به شکل متفاوتی بروز کند (همانند بروز بیماری مالتیپل اسکروزویس). بر این اساس، این بیماران به این نتیجه رسیدند که وجود فرآیندها (مانند بیماری) دلیلی بر شکل‌گیری اختلالات رفتاری، عاطفی و روانی نیست، زیرا وجود این رنج یک امر کلی است و هر فردی تجربه مجموعه این عوامل باعث می‌شود که بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس خودشفقتی را وسیله‌ای برای کسب و درک رنج بدانند و در نتیجه آسیب روانی کمتری مانند درماندگی روان‌شناختی را متحمل شوند. در تبیینی دیگر، باید بیان کرد که خودشفقتی افراد را برمی‌انگیزد تا به طور مثبت با موضوع رنج درگیر شوند و از نظر روانی و عاطفی به روی آن باز شوند (گلر و همکاران، ۲۰۲۱). این فرایند باعث می‌شود که بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس به جای

می‌شود. چنانکه خودمراقبتی با شکل دهی فعالیت‌های آگاهانه باعث می‌شود بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس سلامت خود را به عنوان ارزشی غیرقابل انکار ادراک نموده در پی روند درمانی خود کوشا باشند. پیگیری روندی درمانی نیز سبب می‌شود تا این بیماران آرامش روانی بیشتری را مبنی بر اهمیت سلامت خود و توجه به آن، کسب نموده و از این طریق میزان آسیب‌های روان‌شناختی آنان همانند درماندگی روان‌شناختی کاسته شود. این در حالی است که نتایج پژوهش‌های نجیمی، شفیعی و حقانی (۱۳۹۸)؛ اشمیت و همکاران (۲۰۲۱)؛ چان و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده است، رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سبب می‌شود تا آنها ارزش بیشتری را به سلامت خود نشان داده و روش‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را در مواجهه به تنیدگی‌های درونی و موقعیت‌های فشارزای بیرونی از خود نشان دهند که این روند به شکل طبیعی با کاهش آسیب‌های روان‌شناختی همانند درماندگی روان‌شناختی همراه است.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که تاب‌آوری روانی بر خودشفقتی و آشفته‌گی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۹/۷ و ۲۸/۷ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. یافته حاضر با نتایج پژوهش فریدونی ساریجه و همکاران (۱۴۰۰)، محمدی هریس و همکاران (۱۴۰۰)، کوشی و همکاران (۱۳۹۸)؛ ظهورپورنده و پاسبان (۱۳۹۸) و طباطبایی و چلبیانلو (۱۳۹۹) همسویی داشت. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که تاب‌آوری روانی با ایجاد تحمل پریشانی و هیجانی، قدرت مقابله‌ای سازگارانه بیماران را بهبود بخشیده و منجر به کاهش آسیب‌های روانی و درماندگی روان‌شناختی می‌شود. در تبیین نتایج پژوهش حاضر باید بیان نمود که تاب‌آوری روانی یکی از شیوه‌های مناسب برای بالا بردن سطح سلامت روان افراد مختلف است. تاب‌آوری فرد را قادر می‌سازد که علیرغم تحت فشارهای بودن‌های شدید و برخورد با عوامل تنیدگی‌زا همانند بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن، عملکرد اجتماعی، فردی و روان‌شناختی بهتری را از خود نشان داده و بر مشکلات فائق آید (محمدی هریس و همکاران، ۱۳۹۸). بر این مبنا تاب‌آوری روانی به بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس کمک می‌کند تا بتوانند فشارهای روانی، هیجانی و اجتماعی ناشی از این بیماری را تحمل نموده و از راهکارهای سازگارانه غافل نشوند. چنین روندی باعث می‌شود بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس رفتار، افکار و هیجانات خودآسیب‌رسان کمتری را از خود نشان داده و خودشفقتی بالاتری را نیز ادراک نمایند. از طرفی باید اذعان داشت تاب‌آوری روانی در پی آن است که با سرعت بخشیدن به تغییر روان‌شناختی از طریق اشتغال ذهنی، نه فقط به بهبود بدترین شرایط زندگی کمک کند، بلکه ظرفیت ذهنی و روانی بالاتری را نیز در افراد به وجود آورد (ساپرویا، برداس و رابرس، ۲۰۲۲). بر این اساس تاب‌آوری روانی بر در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت رخداد‌های زندگی تاکید داشته و باعث می‌شود بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس با توجه به جنبه‌های مهم و مثبت زندگی خود نشخوار فکری کمتری را تجربه نموده و در عوض، خودمهربانی بیشتری را تجربه نمایند. همچنین باید اشاره داشت که تاب‌آوری روانی با فاکتورهایی خود سبب می‌شود تا فرد با استفاده از آن آرامش خود را در

اجتناب از افکار، و احساسات ناشی از بیماری، بیماری و مشکلات مربوط به آن را با آغوش باز و ذهنی آگاه می‌پذیرند و در نتیجه علائم جسمی ناخوشایند کمتری را تجربه می‌کنند. در تعبیری دیگر می‌توان همدردی را شوکی در برابر تأثیرات وقایع منفی دانست. افرادی که خودشفقتی بالایی دارند بیشتر احتمال دارد که رویدادهای منفی زندگی را بپذیرند، زیرا آنها خود را با سختگیری کمتری قضاوت می‌کنند، و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌های آنها دقیق تر است و به عملکرد واقعی آنها بستگی دارد. زیرا قضاوت آنها در مورد این افراد دفاع از خود نیست. از آنجایی که خودشفقتی می‌تواند به تفکر صحیح منجر شود و افراد می‌توانند یاد بگیرند که ارزیابی‌های غیرمنطقی خود را تشخیص دهند، طبیعی است که افراد را قادر می‌سازد تا با مشکلات پیش رو به روشی سالم کنار بیایند و با جریان زندگی حرکت کنند. بر این اساس، خودشفقتی می‌تواند منشأ تغییراتی از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها شده و نقش این متغیر را در رابطه بین خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس میانجی‌گری می‌کند.

محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس عضو انجمن ام اس شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت مالی خانواده‌ها، موقعیت اجتماعی آنها و میزان پیشرفت بیماری در هر یک از بیماران از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماران و کنترل عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به نقش میانجی معنادار خودشفقتی، می‌توان با بکارگیری مداخلات موثر همانند آموزش خودشفقتی از بروز آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس کاست.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین انجمن ام اس شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

احمدنیا، زهرا، سالاری، ارسلان، سالاری، امیر، شمس، زهرا، غفاری، محمدابراهیم، مدلل کار، سیده شیوا، و امامی سیگارودی، عبدالحسین. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر احساس درماندگی آموخته شده در بیماران مبتلا به نارسای قلبی. *سلامت جامعه*، ۳(۱۱۴)، ۴۷-۵۴.

ایمانی، الهام، کریمی حاجی خادمی، محمدامین، حسینی تشنیزی، سعید، و شفی زاده، امین. (۱۴۰۰). تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال تحت شیمی درمانی. *طب پیشگیری*، ۲۸(۲)، ۷۲-۸۲.

آذری قهفرخی، زهرا، انصاری شهیدی، مجتبی، شاه زمانی، مهران، فرهادی، هادی. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز). *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۴(۱۱۳)، ۳۷-۵۲.

باقری پناه، مریم، گل‌افروز، متین، بلورساز مشهدی، هنگامه، مویدی‌مهر، مریم، خروشی، مریم. (۱۳۹۹). بررسی نقش میانجی گر شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌پذیری روان‌شناختی و دل‌بستگی به خدا در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۳۹۵، *پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۱)، ۷۴-۸۶.

پورحسینی دهرکردی، راضیه، سجادیان، ایلناز، و شعریاچی، محمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *روانشناسی سلامت*، ۳۸(۳)، ۳۷-۵۲.

جوادی، مصطفی، مقصودی، زهرا، رستگار مقدم، راضیه، شاهدی، محمد مهدی، کاظمی نسب، محمود، و محمدقلی مزرجی، ناصر. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط بین خودمراقبتی با پریشانی عاطفی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات درمانی دیابت شهر یزد در سال ۱۳۹۷. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۷(۱)، ۸۷۱-۸۷۷.

خسروی، صدرا، صادقی، مجید، یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). *کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS)*. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.

رافعی، شهرام، آقاملائی، تیمور، حسینی، زهرا، و قنبرزاد، امین. (۱۴۰۰). تأثیر مداخله مبتنی بر تئوری شناختی اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *طب پیشگیری*، ۱۸(۱)، ۱-۱۱.

رئوفی عادگانی، نرگس. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، خودمراقبتی، همدلی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان سرطانی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

سعیدیان، آتوسا، احدی، مرورید، ملیحی الذاکرینی، سعید، صرامی، غلامرضا، و صیرفی، محمدرضا. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به آسم. *فیض*، ۲۵(۱)، ۷۸۴-۷۹۰.

شاه بیگ، سروش، معاضدیان، آمنه، صباحی، پرویز، و خانمحمدی اطاقسرا، ارسلان. (۱۴۰۰). ارائه مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب‌آوری با میانجی‌گری شفقت بر خود در بیماران مبتلا به سرطان. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۴)، ۳۶۰-۳۶۹.

طباطبایی، سیدمحمود، و چلبیانلو، غلامرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر میزان عاطفه مثبت و منفی و کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۴)، ۴۴۱-۴۴۹.

ظهورپرورنده، وجیهه، و پاسبان، سعیده. (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۵۸)، ۳۰۱-۲۸۳.

عباسی، عاطفه، آقایی، اصغر، ابراهیمی مقدم، حسین. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۷۸)، ۶۹۱-۶۹۸.

عبدزاده، سیما، آزموده، معصومه، عبدالله پور، محمدآزاد، و لیوارجانی، شعله. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای آشفتگی روان‌شناختی در رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان منفی با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان. *اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۱۴۳-۱۷۰.

عطادوخت، اکبر، هاشمی، جواد، حبیبی، یاسر، فلاحی، وحید، رحیمی، فریده. (۱۳۹۶). نقش ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۵(۱۱)، ۸۷۳-۸۶۳.

فدایی، مهناز، مسچی، فرحناز، صالحی عمران، عباس، تاجری، بیوک، و اصغرپور، مانیا. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای رفتارهای خودمراقبتی در تبیین رابطه‌ی بین تیپ شخصیتی D و سبک‌های حل مساله با سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت در بیماران کرونر قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۵)، ۲۶۱۹-۲۶۳۱.

- Andrews, G., Slade, T. (2003). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (k10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494-497.
- Backmann, J., Weiss, M., Schippers, M.C., Hoegl, M. (2019). Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 72, 39-48.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 28-32.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Chan, C.K.Y., Cockshaw, W., Smith, K., Holmes-Truscott, E., Pouwer, F., Speight, J. (2020). Social support and self-care outcomes in adults with diabetes: The mediating effects of self-efficacy and diabetes distress. Results of the second diabetes MILES – Australia (MILES-2) study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 166, 108-114.
- Conner, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner –Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 36-82.
- Duggleby, W.D., Williams, A., Holstlander, L., Thomas, R., Cooper, D., Hallstrom, L.K., Ghosh, S., Rourke, H. (2014). Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self efficacy and mental health. *Rural and remote health*, 14, 2561-2567.
- Finlay-Jones, A.L., Rees, C.S., Kane, R.T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS one*, 10(7), 1334-13348.
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*, 18(67), 1-9.
- Geller, S., Handelzalts, J.E., Levy, S., Barron, D., Swami, V. (2021). Self-compassion mediates the relationship between attachment anxiety and body appreciation in women and men: Evidence from Israel. *Personality and Individual Differences*, 179, 110-114.
- Ghiggia, A., Bottiroli, S., Lingardi, V., Tassorelli, C., Galli, F., Castelli, L. (2022). Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia and chronic migraine: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 163, 111-116.
- Green, K., Karraki, H. (2010). Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ilhan, N., Telli, S., Temel, B. (2020). Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Primary Care Diabetes*, 15(1), 74-79.
- Jones, C.D., Motl, R., Sandroff, B.M. (2021). Depression in multiple sclerosis: Is one approach for its management enough? *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 51, 102-109.
- Kav, S., Yilmaz, A.A., Bulut, Y., Dogan, N. (2017). Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*, 24(1), 27-35.
- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S-L.T., Manderscheid, R.W., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General psychiatry*, 60(2), 184-189.
- فریدونی ساریجه، پیمان، کیا، بهدخت، محمودی، مهدی، و صلاحی نژاد، مهسا. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری بیماران تحت همودالیز. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۹(۴)، ۲۶۴-۲۷۲.
- قدیری، زهرا، کاکاوند، علیرضا، جلالی، محمدرضا، و شیرمحمدی، فرهاد. (۱۴۰۰). رابطه بین ذهن آگاهی و تفکر مثبت: نقش میانجی تنظیم هیجانی و شفقت خود. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۴)، ۱۸۳-۲۰۴.
- کاوسی، لیلی، عباسی، قدرت اله، و میرزائیان، بهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پیشانی روان‌شناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پرخوری. *روان پرستاری*، ۹(۳)، ۵۰-۶۲.
- کوشی، الهام، شکری، امید، قنبری، سعید، و فتح آبادی، جلیل. (۱۳۹۸). فراتحلیل اثربخشی برنامه ی تاب‌آوری پنسیلوانیا بر کاهش آشفستگی روان‌شناختی و بهبود سبک تیبینی یادگیرندگان. *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۷(۳)، ۲۲-۲۹.
- کهن سال، شیما، تباری، فریبا، غیاثوندیان، شهرزاد، حقانی، شیما، و رودینی، کامران. (۱۴۰۰). مقایسه تاثیر آموزش خودمراقبتی به روش ویدیویی و نوشتاری بر اضطراب بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش فوقانی تحت شیمی درمانی. *حیات*، ۲۷(۳)، ۲۹۰-۳۰۳.
- مالدار، سمیرا، آهی، قاسم، و غلامرضایی، هادی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر درماندگی روان‌شناختی زنان آسیب دیده از روابط فرا زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۳(۲)، ۸-۱۵.
- محمدریس، ویدا، شاکردولق، علی، خادمی، علی، زینالی، علی، و صفایی، ناصر. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۹(۸)، ۶۱۰-۶۲۰.
- محمدریس، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتري. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- مظفری، والیه. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کنترل هیجانی همسران جانباز اعصاب و روان، *مجله طب جانباز*، ۱۱(۲)، ۶۱-۶۶.
- مهربان، فردین، فرمانبر، ربیع اله، مهدوی روشن، مرجان، فرزانه، رامیار، امید، سعید، و عاقبتی، رقیه. (۱۴۰۰). تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده در ارتقای رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر رشت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۱۱۷)، ۶۷-۷۵.
- نجیمی، آرش، شفیعی، فرزانه، و حقانی، فریبا. (۱۳۹۸). ارزشیابی برنامه های آموزش خودمراقبتی دیابت در سیستم بهداشتی بر اساس الگوی سیپ. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۹(۸۲)، ۴۷۲-۴۸۲.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.

- Lathren, C., Bluth, K., Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41.
- Lebrun, C., Vukusic, S. (2019). Immunization and multiple sclerosis: Recommendations from the French Multiple Sclerosis Society. *Revue Neurologique*, 175(6), 341-357.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331.
- Luo, Y., Zhang, Y., Sun, X., Dong, J., Wu, J., Lin, X. (2022). Mediating effect of self-control in the relationship between psychological distress and food addiction among college students. *Appetite*, 179, 1062-1068.
- Mayo, C.D., Lacey, C., Gawryluk, J.R. (2021). Differences in symptoms of depression between females and males with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 51, 102-108.
- Mogre, V., Johnson, N.A., Tzelepis, F., Hall, A., Paul, C. (2020). Barriers to self-care and their association with poor adherence to self-care behaviours in people with type 2 diabetes in Ghana: A cross sectional study. *Obesity Medicine*, 18, 100-111.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K.D., Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 160-176.
- Noda, T., Takahashi, Y., Murai, T. (2018). Coping mediates the association between empathy and psychological distress among Japanese workers. *Personality and Individual Differences*, 124, 178-183.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Rudd, G., Meissel, K., Meyer, F. (2021). Measuring academic resilience in quantitative research: A systematic review of the literature. *Educational Research Review*, 34, 1004-1008.
- Satake, Y., Arao, H. (2020). Self-compassion mediates the association between conflict about ability to practice end-of-life care and burnout in emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 53, 1009-1015.
- Schmitt, A., McSharry, J., Speight, J., Holmes-Truscott, E., Hendrickx, C., Skinner, T., Pouwer, F., Byrne, M. (2021). Symptoms of depression and anxiety in adults with type 1 diabetes: Associations with self-care behaviour, glycaemia and incident complications over four years – Results from diabetes MILES–Australia. *Journal of Affective Disorders*, 282, 803-811.
- Schreurs, K.D., Ridder, D., Bensing, J.M. (2002) Fatigue in multiple sclerosis reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *Journal of Psychology Research*, 53, 775-781.
- Seekis, V., Kennedy, R. (2023). The impact of beauty and self-compassion tiktok videos on young women's appearance shame and anxiety, self-compassion, mood, and comparison processes. *Body Image*, 45, 117-125.
- Shnakumar, P., Sadanand, S., Bharath, S., Girish, N., Philip, M., Varghese, M. (2015). psychological distress in elderly seeking health care, *Indian journal of public health*, 15(9), 18-23.
- Ştefan, C.A. (2019). Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 76, 120-128.
- Sünbül, Z.A., Güneri, O.Y. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self-compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139, 337-342.
- Supervía, U.P., Bordás, S.C., Robres, Q.A. (2022). The mediating role of self-efficacy in the relationship between resilience and academic performance in adolescence. *Learning and Motivation*, 78, 1018-1022.
- Takeda, A., Minatani, S., Ishii, A., Matsuo, T., Tanaka, M., Yoshikawa, T., Itoh, Y. (2021). Impact of depression on mental fatigue and attention in patients with multiple sclerosis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100-104.
- Tang, F., Byrne, M., Qin, P. (2018). Psychological distress and risk for suicidal behavior among university students in contemporary China. *Journal of Affective Disorders*, 228, 101-108.
- Tao, J., He, K., Xu, J. (2021). The mediating effect of self-compassion on the relationship between childhood maltreatment and depression. *Journal of Affective Disorders*, 291, 288-293.
- Thomas, K.N., Bardeen, J.R. (2020). The buffering effect of attentional control on the relationship between cognitive fusion and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 132, 103-108.
- Tlapek, S.M., Auslander, W., Edmond, T., Gerke, D., Schrag, R.V., Threlfall, J. (2017). The moderating role of resiliency on the negative effects of childhood abuse for adolescent girls involved in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 73, 437-444.
- Vasiliadis, H.M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94.
- Zeng, P., Wang, P., Nie, J., Ouyang, M., Lei, L. (2021). Gratitude and cyberbullying perpetration: The mediating role of self-compassion and moral disengagement. *Children and Youth Services Review*, 119, 105-110.