ارائه الگوی ساختاری تبیین کنندهٔ کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس براساس سبک زندگی با میانجیگری سرمایه‌روانشناختی*

◈ مریم رستم نژاد[۱] ◈دکتر افشین طیبی[۲] ◈ دکتر شهنام ابوالقاسمی[۳] ◈دکتر رضا ابراهیمی راد[۴]

چکیده: شناسایی عوامل فردی و اجتماعی مؤثر در کیفیت زندگی بیماران ام اس، نقشی مؤثر در برنامه‌ریزی، فرایند درمانگری و تغییر سبک زندگی آنها دارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی ساختاری تبیین کننده کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس براساس سبک زندگی ارتقادهنده با میانجیگری سرمایه روانشناختی انجام شده است. روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد مبتلا به ام اس عضو انجمنهای ام اس استان مازندران (شامل ساری، آمل، نوشهر و چالوس، تنکابن و رامسر) به تعداد تقریبی ۱۶۰۰ نفر بود که به شیوه هدفمند ۳۰۵ نفر به عنوان نمونه آماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس MSIS-29 (۲۰۰۱)،پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت واکر و همکاران (۱۹۸۷) و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز(۲۰۰۷). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از معادلات ساختاری و به کمک نرم افزار Amos26 انجام شده است. یافته ها نشان دادند که ضریب مسیر مستقیم میان سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت و کیفیت زندگی (β=-۰/۸۰۹ ،P=۰/۰۰۱) و ضریب مسیر مستقیم میان سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی(β= -۰/۸۳۹،P=۰/۰۰۱) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین یافته‌ها نشان دادند که ضریب غیر مستقیم میان سبک زندگی ارتقادهنده و کیفیت زندگی منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (β= -۰/۴۹۸ ،P=۰/۰۰۱). در نتیجه برخورداری از یک سبک زندگی سالم در تعامل با منابع روانشناختی مثبت مانند امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری می‌تواند سبب سازگاری فرد مبتلا به بیماری در شرایط سخت زندگی و بهبود کیفیت زندگی شود.

کلید واژگان: افراد مبتلا به ام اس، سبک زندگی، سرمایه روانشناختی، کیفیت زندگی

◉ تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۱۳ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۰۲

* *این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت است که دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TON.REC.1398.020 است.*

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. rhealthpsycho@gmail.com

۲. **(نویسنده مسئول)**، استادیار گروه روانشناسی، واحد قشم، دانشگاه خوارزمی، قشم. Afshin.tayyebi@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. Dr_Shahnam_Abolghasemi@yahoo.com

۴. استادیار دانشکده پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. reza_er_neuro@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

مقدمه

مالتیپل اسـکلروزیس[1] یک بیماری التهابی مزمن سیسـتم عصبی مرکزی است که به طور عمده بزرگسـالان جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (یسری آلیت، فیول، گایتان و کوریاله[2]، ۲۰۱۸) و با آسیب رساندن به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علایم از جمله احساس ضعف، خستگی، اختـلال در تعادل و راه رفتن، اختلال در عملکرد مثانه، گرفتگی عضلات، ناتوانی و اختلال در عملکرد جنسی و زوال خفیف عقلی، می‌شود (سعادت، کلانتری، کجباف و حسینی‌نژاد، ۱۳۹۸؛ ابراهیم، قاسوم و اشاق‌اگیب[3]، ۲۰۱۹). بیماری ام اس، استقلال و توانایی را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه کاهش می‌دهد. میلین زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستمهای حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی شود. ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی پایین ذهنی و کیفیت زندگی پایین و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشـاره دارد که همه این عوامل انعطاف‌پذیری شـناختی این بیماران را محدود می‌سازد (دنیسون[4] و همکاران، ۲۰۱۰؛ قدم‌پور، حیدریانی و رادمهر، ۱۳۹۸).

این بیماری با توجه به اثرات جسـمانی و روانشـناختی که به همراه دارد کیفیت زندگی بیماران را تحـت تأثیر قـرار می‌دهد. برخی از تعاریـف، کیفیت زندگی را با رویکرد عینـی بیان می‌کنند و موارد آشـکار از جمله سـلامت جسمانی، شرایط شـخصی (ثروت، شـرایط زندگی و...)، ارتباطات اجتماعی، فعالیتهای شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی را با کیفیت زندگی معادل دانسته‌اند. در مقابل این رویکرد، رویکرد ذهنی وجود دارد که کیفیت زندگی را مترادف با شـادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بر عوامل شـناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید دارد، ولی اکثر مدلها کیفیت زندگی را یک مفهوم چندبعدی شـامل جنبه‌های جسـمی، ذهنی، اجتماعـی و عملکردی می‌دانند (یسری آلیت و همکاران، ۲۰۱۸).

پژوهشـهای متعددی کیفیت زندگی پایین در بیماران مبتلا به اماس را گزارش کرده‌اند (رفعتی و یوسفی، ۱۳۹۸؛ سعادت و همکاران، ۱۳۹۸؛ کاظم و همکاران، ۱۳۹۲؛ یسری آلیت و همکاران،۲۰۱۸).

در بیماران مزمن کیفیت زندگی تحت تأثیر شدت، طول مدت بیماری و داروهای مصرفی بیمار قرار می‌گیرد که بیماران ام اس از این قضایا مستثنی نیستند، لذا با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و تأثیر بسیار زیاد آن در ایجاد، حفظ یا بازیابی سلامت جسمانی، شناختی، هیجانی و رفتاری فرد مبتلا به یک بیماری مزمن و پیشرونده همچون ام اس، شناخت عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر آن مانند رفتارهای

1. Multiple Sclerosis
2. Ysrraelit, Fiol, Gaitán & Correale
3. Ibrahim , Gassoum & IshagAgib
4. Dennison

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

مربوط به سلامت، سبک زندگی ارتقادهنده[1] و سرمایه روانشناختی[2] در کنار هم و در قالب یک مدل، بسیار مهم و راهگشا خواهد بود (عبدالله[3] و همکاران، ۲۰۱۸). سبک زندگی، به الگوهای روزانه زندگی فرد که به طور معمول انجام می‌دهد، گفته می‌شود و می‌تواند بسیاری از رفتارهای سلامتی و بیماری را تبیین کند. سبک زندگی سلامت- محور راهنمایی برای پیشگیری از مشکلات بهداشتی است و به بهترین نحو می‌تواند سلامتی فرد را تضمین کند (لئونگ[4] و همکاران، ۲۰۱۸). این سبک زندگی شامل رفتارهایی می‌شود که طی آن فرد در بعد جسمانی به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و آسیب‌رسان، محافظت در برابر حوادث و توجه به موقع به نشانه بیماری جسمی را مورد توجه قرار می‌دهد و در بعد روانشناختی به تواناییهایی در کنترل عواطف و احساسات، کنترل افکار و کنار آمدن با فشار روانی دست می‌یابد و در بعد اجتماعی نیز به مسائلی مانند استقلال، سازگاری، اصلاح روابط میان- فردی می‌پردازد (سیب،پارکینسون، مک‌دونالد، فوجی هیرا، زیتک و اندرسون[5]، ۲۰۱۸).

این نوع سبک زندگی بر کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماریها مؤثر و برای حفظ و ارتقای سلامتی ضروری است(مارک و همکاران، ۲۰۱۸). بکر، استوف‌برگن و ژانگ[6](۲۰۱۹) نشان دادند که آن دسته از بیمارانی که سطح بالاتری از فعالیتهای ارتقادهندهٔ سلامت را گزارش کرده‌اند، سطح پایین‌تری از خستگی، درد، اختلال خواب و سطح بالاتری از عملکرد شناختی را نشان داده‌اند. این امر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی بهتر در این گروه از بیماران مبتلا به ام اس بود. گاسکوین، سیمپسون، چن، می و مارک[7] (۲۰۱۹) بر این باورند که سبک زندگی ارتقایافته با شدت افسردگی در بیماران ام اس ارتباط دارد و پژوهش مارک و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده که تغییرات سبک زندگی در یک دوره یک ساله موجب کاهش مشکلات بیماران مبتلا به ام اس شده و این تغییرات تا سه سال بعد هم پایداری نشان داده است.

متغیر دیگری که در این پژوهش تأثیر آن بر کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار گرفته، سرمایه روانشناختی است. سرمایه روانشناختی جنبه مثبت زندگی انسانهاست و مبتنی بر درک شخص، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقای فرد مؤثر باشد (فیوز[8]،۲۰۱۲). از نظر لوتانز سرمایه روان‌شناختی عبارت است از مجموعه‌ای از ویژگیها و توانمندیهای مثبت افراد که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقای فرد نقش داشته باشد (لوتانز، آویلو، آوی و نورمن[9]،۲۰۰۷). سرمایه روانشناختی با

1. Promoting lifestyle
2. Psychological capital
3. Abdullah
4. Leong
5. Seib, Parkinson, McDonald, Fujihira, Zietek & Anderson
6. Becker, Stuifbergen & Zhang
7. Gascoyne, Simpson, Chen, Mei & Marck
8. Feuz
9. Luthans, Avilo, Avey & Norman

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

ویژگیهای روانی مثبت مانند امیدواری، شـــوخ‌طبعی، خودکارآمدی، تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری، اعتماد به نفس، معنویت، خوش‌بینی و آینده‌نگری همراه است که می‌تواند در سلامت فرد نقش مهمی داشته باشـــد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۱). سرمایه روانشـــناختی می‌تواند سبب سازگاری فرد در شرایط دشـــوار زندگی شود و افراد را قادر ســـازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیتهای استرس‌زا، کمتر دچار تنش شوند و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند. پـــژوهشها نشان داده‌اند که بین ســـرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجـــود دارد. می‌توان از سرمایه روانشناختی برای درمـــان بیمـــاریهای روانـــی، بـــالابردن امید، تلاش و مقاومت روانـــی، تقویـــت نیـــروی دفـــاعی و افـــزایش ســـطح بهزیســـتی روانشـــناختی استفاده کرد (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین پژوهشـــهای عســـکری، کهریزی و کهریزی(۱۳۹۲)، ولیدی پاک، خالـــدی و معینی منش(۱۳۹۴) و فیوز (۲۰۱۲) نشـــان داده‌اند که مؤلفه‌های ســـرمایه روانشـــناختی همچون امیدواری، خودکارآمدی، خوش‌بینی و تاب‌آوری ارتباطی بالا با کیفیت زندگی افراد دارند.

بـــا توجه به اهمیتی که کیفیت زندگـــی در روند کنترل یا بهبود علایـــم مختلف بیماری ام اس دارد، شناســـایی عوامـــل فردی و اجتماعی مؤثر در کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند نقشـــی مؤثر در برنامه‌ریزی، فرایند درمانگری و تغییر ســـبک زندگی آنها داشـــته باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف ارائۀ مدل تبیین کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس براساس سبک زندگی ارتقادهندۀ سلامت با میانجیگری ســـرمایه روانشناختی انجام شـــده و پرسشهای پژوهش این است که آیا کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس براســـاس سبک زندگی ارتقادهندۀ ســـلامت با میانجیگری سرمایه روانشناختی تبیین می‌شـــود؟ و آیا بین ســـبک زندگی ارتقادهندۀ سلامت و کیفیت زندگی با میانجیگری سرمایه روانشناختی رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع همبســـتگی بـــود. جامعه آماری پژوهش همۀ بیمـــاران مبتلا به ام اس عضو انجمنهای ام اس استان مازندران (شامل ساری، آمل، نوشهر و چالوس، تنکابن و رامسر) به تعداد تقریبی ۱۶۰۰ نفر بوده اســـت که به شـــیوه هدفمند، ۳۱۸ نفر از جامعه آماری انتخاب شدند. از تیر ماه تا اوایل دی ماه ۱۳۹۷ پرسشـــنامه‌ها در اختیار مراجعین به این انجمنها که ملاکهای ورود به پژوهش از جمله تشخیص قطعی ام اس، گذشت حداقل یک سال از مدت ابتلا و عدم ابتلا به بیماریهای روانی یا جسمانی دیگری غیر از ام اس را داشتند، قرار گرفت. در نهایت ۳۱۸ نفر از مبتلایان به ام اس به پرسشنامه‌های پژوهش پاســـخ دادند که داده‌های ۱۳ نفر به دلیل مخدوش بودن از ســـیاهۀ نهایی حذف و در نهایت داده‌های ۳۰۵ نفر مورد تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

■ ابزارهای پژوهش

- **پرسشنامه عوامل جمعیت:** این مقیاس محقق‌ساخته بود و عوامل جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات را در برگرفته بود.
- **پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس**[1]**:** این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۱ هوبارت[2] و همکاران برای ارزیابی سنجش کیفیت زندگی بیماران ام اس ابداع کردند. این مقیاس حاوی ۲۹ سؤال است که ۲۰ سؤال اول تأثیر فیزیکی و ۹ سؤال آخر تأثیر روانی ام اس را روی بیمار می‌سنجند. هر یک از سؤالات، پنج گزینه با نمره ۱ تا ۵ جهت پاسخ‌دهی دارد. ضمناً نمره کل بین ۲۹ تا ۱۴۵ به‌دست می‌آید که نمره‌های بالاتر نشان دهندهٔ کیفیت زندگی پایین‌تر بیمارند. حداکثر نمره در بعد جسمانی ۱۰۰ و حداقل آن ۲۰ و حداکثر نمره در بعد روانی ۴۵ و حداقل آن ۹ است. نتایج مطالعه مک‌گیگن و هاچینسون[3] (۲۰۰۴) نشان داده که پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ است و روایی همگرای زیرمقیاسهای فیزیکی و روانی MSIS-29 با سایر مقیاسهای اندازه‌گیری ناتوانی فیزیکی و روانی نشانگر ضرایب همبستگی بالایی است. در ایران آیت‌اللهی و همکاران (۱۳۸۵) این پرسشنامه را ترجمه و اعتبار و روایی آن را بررسی کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ که برای بررسی سازگاری درونی هر یک از مقیاسهای فیزیکی و روانی محاسبه شده به ترتیب ۰/۹۵و ۰/۸۹گزارش شده است (آیت‌اللهی، نفیسی، اشراقیان و طرازی، ۱۳۸۵). در این پژوهش اعتبار کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمده است.
- **پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت**[4]**:** این مقیاس را واکر[5] و همکاران (۱۹۸۷) تهیه کرده‌اند و دارای ۵۲ سؤال است که هدف آن اندازه‌گیری رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت است. این مقیاس دارای مؤلفه‌های تغذیه، ورزشی و مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت میان- فردی و خودشکوفایی است. طیف پاسخگویی آن چهار درجه‌ای (هرگز تا همیشه) از نوع لیکرت است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ است که نمرات بالا نشان‌دهندهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت بهتری است. روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار داده‌اند و آلفای کرونباخ برای خودشکوفایی ۰/۶۴، مسئولیت‌پذیری در سلامت ۰/۸۶، روابط میان- فردی ۰/۷۵، مدیریت

1. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29)
2. Hobart
3. McGuigan & Hutchinson
4. The Health-Promoting Lifestyle Profile
5. Walker

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

استرس ۰/۹۱، ورزش ۰/۷۹، تغذیه ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شده است (محمدی زیدی، پاکپور حاجی آقا و محمدی زیدی، ۱۳۹۰). ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار کل این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی و ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

- **پرسشنامه سرمایه روانشناختی:** این پرسشنامه را لوتانز[1] در سال ۲۰۰۷ ساخته و شامل ۲۴ سؤال است که چهار خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجد و هر خرده‌مقیاس شش گویه دارد. خرده‌مقیاسها در مقیاس شش درجه‌ای لیکرتی (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات پرسشنامه میان ۲۴ تا ۱۴۴ قرار می‌گیرد که نمره بالاتر نشان دهنده سرمایه روانشناختی بیشتر در فرد است. لوتانز(۲۰۰۷) ضریب پایایی اولیه این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۹ گزارش کرده و روایی آن را با استفاده از تحلیل عاملی و نسبت خی دو آن را با مقدار ۲۴/۶ گزارش کرده و بدین ترتیب نشان داده است که روایی عاملی پرسشنامه مورد تأیید قرارگرفته است. پایایی این پرسشنامه را در ایران بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر ۳۰۵ نفر بود که ۲۳۰ نفر (۷۵ درصد) از افراد نمونه را زنان و ۷۵ نفر (۲۵ درصد) را مردان تشکیل می‌دادند. از این تعداد ۶۱ نفر(۲۰ درصد) مجرد، ۲۱۹ نفر (۷۲ درصد) متأهل و ۲۵ نفر(۸ درصد) مطلقه بودند. تحصیلات افراد نمونه از سیکل تا مقطع دکتری بود که بالاترین تعداد نمونه در مقطع دیپلم بود با ۴۵ درصد. دیگر یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثرنمره
خودشکوفایی	۳۲/۲۴	۶/۹۴	۱۱	۱۴
مسئولیت‌پذیری	۳۳/۸۴	۶/۴۷	۱۲	۴۷
حفظ روابط	۲۳/۱۸	۴/۳۴	۸	۳۲
مدیریت استرس	۱۵/۱۷	۳/۵۹	۶	۲۴
ورزش	۱۴/۸۵	۵/۰۱	۷	۲۸

1. Luthans

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

(ادامه) جدول ۱.

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثرنمره
خوردن	۲۱/۴۶	۳/۷۷	۷	۲۸
سبک ارتقادهنده سلامت	**۱۴۰/۷۴**	**۲۴/۰۴**	**۶۱**	**۱۹۶**
امیدواری	۲۴/۴۱	۶/۷۹	۶	۳۶
تاب‌آوری	۲۰/۳۷	۶/۷۳	۶	۳۶
خود کارآمدی	۲۱/۱۷	۶/۲۶	۶	۳۶
خوش‌بینی	۲۲/۹۷	۵/۹۹	۷	۳۶
سرمایه روان شناختی	**۸۸/۹۳**	**۲۲/۵۵**	**۲۶**	**۱۴۴**
فیزیکی	۷۳/۰۷	۲۳/۷۷	۲۹	۱۴۳
روانی	۴۸/۹۷	۱۷/۶۷	۲۰	۱۰۰
کیفیت زندگی	**۲۴/۱۰**	**۷/۸۳**	**۹**	**۴۵**

■ نیکویی برازش مدل

به منظور آزمودن الگوی پیشـــنهادی رابطه ساختاری ســـبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت با کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس از طریق واسطه‌گری سرمایه روانشناختی از روش الگویابی معادلات ساختاری با نرم افزار AMOS24 اســـتفاده شده و پارامترهای مدل به روش بیشینه درست نمایی (ML) برآورد شـــده‌اند. پیش فرضهای استفاده از روش معادلات ســـاختاری مانند بررسی عدم وجود داده‌های پرت با استفاده از شاخص d2 ماهالانوبیس، نرمال بودن تک‌متغیری با استفاده از شاخصهای کجی و کشیدگی و نرمال بودن چند متغیری با اســـتفاده از ضریب ماردیا مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داده که چولگی متغیرها در دامنه ۰/۶۳- تا ۰/۹۳ و کشـــیدگی آنها در دامنه ۱/۱۰- تا ۱/۳۱ قرار داشـــته است. بنابراین براساس نظر کلاین (۲۰۰۵)، قدر مطلق مقدار کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق مقدار کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰ نشان از عدم وجود مشکل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک‌متغیری است. همچنین ضریب کشـــیدگی استاندارد شـــده مردیا در پژوهش حاضر برابر۵/۴۰۲ به‌دســـت آمده که کمتر از عدد ۱۶۸ است، عدد مذکور از طریق فرمول $p(p+2)$ محاسبه شده است. در این فرمول p مساوی است با تعداد متغیرهای مشاهده شده که در این پژوهش ۱۲ است (تئو و نویس[1]، ۲۰۱۲). بنابراین پیش فرض نرمال بودن چند متغیری مورد تأیید است.

1. Teo & Noyes

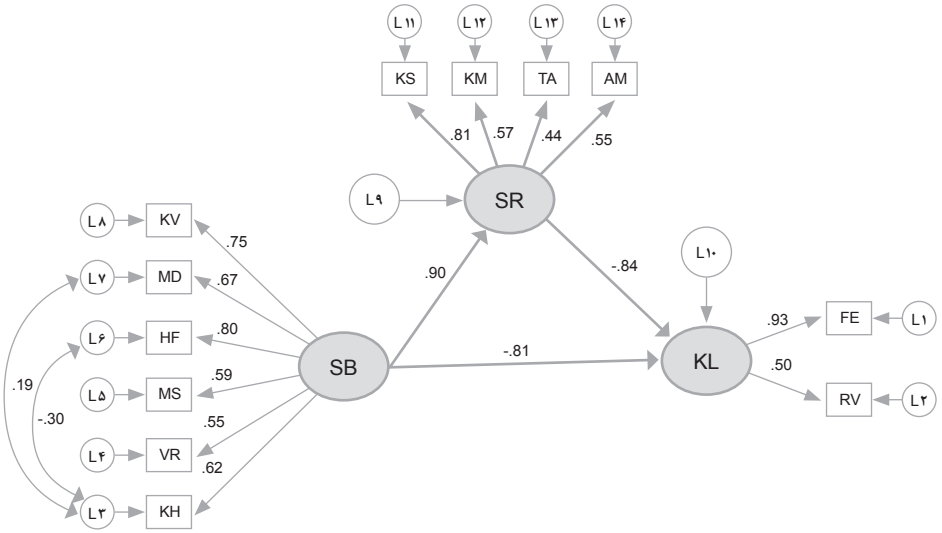
[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

جدول ۲. شاخصهای برازندگی الگوی پیشنهادی و الگوی اصلاح شده

شاخصهای برازندگی الگو	X^2	df	p-value	CMIN/DF	RMSEA	PNFI	GFI	PCFI	IFI	GFI
الگوی پیشنهادی	۱۴۶/۶۰۶	۵۳	۰/۰۰۰	۲/۷۶۶	۰/۰۷۵	۰/۵۷۹	۰/۸۹۴	۰/۶۲۴	۰/۸۹۶	۰/۸۹۹
الگوی اصلاح شده	۱۰۸/۳۲۹	۵۰	۰/۰۰۰	۲/۱۶۶	۰/۰۵۵	۰/۶۲۵	۰/۹۵۱	۰/۶۴۵	۰/۹۵۲	۰/۹۱۲

*میزان قابل قبول شاخصها، PNFI, PCFI (>.5)، CFI, IFI ,GFI (>.9)، RMSEA (<0.08)، CMIN/DF (۳ < خوب، ۵< قابل قبول).

نتایج جدول ۲ نشـــان می‌دهد که شـــاخصهای برازندگی مدل در دامنه مطلوب قرار دارند و الگوی ساختاری سبک زندگی ارتقادهندۀ سلامت با کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس از طریق واسطه‌گری سرمایه روانشناختی تأیید می‌شود. در ادامه الگوی نهایی و ضرایب استاندارد مسیرها در شکل ۱ و جدول ۳ نشان داده شده است.



شکل ۱. ضرایب استاندارد الگوی پیشنهادی رابطه ساختاری سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس از طریق واسطه‌گری سرمایه روانشناختی

شاخصهای برآورد شده نشان می‌دهند که رابطه ساختاری میان سبک زندگی ارتقادهندۀ سلامت با کیفیت زندگی از طریق واسطه‌گری سرمایه روانشناختی برازش دارد. در این شکل اعداد روی مسیرها، وزنهای مسیر یا بتاها هستند. بالاترین ضریب مربوط به مسیر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به سرمایه روانشناختی (۰/۹۰۰) و پایین‌ترین ضریب مسیر مربوط به سبک زندگی ارتقادهندۀ سلامت به کیفیت

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

زندگی (۰/۸۱۰-) بود که در کل نشان می‌دهد ضرایب مسیر میان متغیرها از لحاظ آماری معنادار است. با استناد به جدول ۳ می‌توان ضرایب استاندارد مسیرها در الگوی نهایی را مشاهده کرد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری (P)
سرمایه روانشناختی ⟵ کیفیت زندگی	-۰/۸۳۹	۰/۰۷۱	-۶/۴۴۰	۰/۰۰
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ⟵ کیفیت زندگی	-۰/۸۰۹	۰/۰۶۱	-۶/۱۲۵	۰/۰۰
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ⟵ سرمایه روانشناختی	۰/۸۹۹	۰/۰۶۱	-۷/۶۰۲	۰/۰۰

بنابراین، براساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۳، مسیرهای مورد مطالعه معنادارند (P<۰/۰۰۱). شاخص R^2 که بیانگر میزان واریانس تبیین شده کیفیت زندگی است ۰/۵۴ به‌دست آمده است که نشان می‌دهد متغیر مستقل سبک زندگی ارتقادهنده و متغیر میانجی سرمایه روانشناختی توانسته‌اند ۵۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در بیماران MS تبیین کنند که این میزان در حدمطلوب است. نتایج حاصل از روابط واسطه‌ای با استفاده از آزمون بوت استرپ در برنامه MACRO هیز[1](۲۰۱۳) به منظور آزمودن مسیر واسطه‌ای در جدول ۴ نشان داده شده است.

در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر یک مسیر غیر مستقیم یا واسطه‌ای وجود دارد. برای تعیین معناداری رابطه واسطه‌ای و اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق میانجی از روش بوت استرپ[2] استفاده شده است. نتایج بوت استرپ برای مسیر واسطه‌ای الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را می‌توان در جدول ۴ مشاهده کرد. در جدول ۴، منظور از داده[3]، اثر غیر مستقیم در نمونه اصلی و بوت[4]، میانگین برآوردهای اثر غیر مستقیم در نمونه‌های بوت استرپ است. همچنین در این جدول، سوگیری[5] بیانگر تفاضل میان داده و بوت و خطای معیار نیز نشان دهندهٔ انحراف معیار برآوردهای غیرمستقیم در نمونه‌های بوت استرپ است.

1. Hayes
2. Bootstrap
3. Data
4. Boot
5. Bias

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

جدول ۴. نتایج بوت استرپ برای مسیر غیر مستقیم الگوی پژوهش

مسیر	شاخص						سطح معناداری
	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا	
سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت به کیفیت زندگی از طریق سرمایه روانشناختی	-۰/۴۹۸	-۰/۴۹۶	۰/۰۰۲	۰/۱۱۶	-۰/۶۵۷	-۰/۲۱۲	۰/۰۰۰

همان‌طورکه در جدول ۴ مشـــاهده می‌شـــود، حد پایین فاصله اطمینان برای سرمایه روانشناختی به‌منزلهٔ متغیر میانجی میان سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت و کیفیت زندگی (۰/۶۵۷-) و حد بالای آن (۰/۲۱۲-) اســـت. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵٪ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۲۰۰۰ اســـت. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد و از لحاظ آماری معنادار است، بنابراین سرمایه روانشـــناختی در رابطه میان سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی نقش واسطه‌گری دارد.

در مدل‌یابی معادلات ســـاختاری پس از ارزیابی مدل فرضی باید به این ســـؤال پاســـخ داد که چه تغییرات یا اصلاحاتی می‌توان در مدل اعمال کرد تا به شـــیوه قابل قبول‌تری برازش یابد. پس از برازش اولیـــه با آزاد کردن تعدادی از پارامترها از طریق اتصال کوواریانس میان خطاها برازش مدل بهبود پیدا کرد. در ادامه دو مدل به عنوان مدل رقیب طراحی شـــدند. در مدل اول هیچ نوع رابطه واسطه‌ای وجود نداشته و تمام روابط به‌صورت مستقیم فرض شده‌اند، به گونه‌ای که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و سرمایه روانشناختی به منزلهٔ متغیر برونزاد (مستقل) و کیفیت زندگی به منزلهٔ متغیر درون‌زاد (وابسته) در نظر گرفته شـــده است. مدل دوم یک مدل واسطه‌ای است که صرفاً رابطه غیر مستقیم میان سبک زندگی ارتقادهنده ســـلامت و کیفیت زندگی را از طریق ســـرمایه شناختی در نظر گرفته و شاخصهای برازش این دو مدل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. شاخصهای برازندگی مدل با روابط مستقیم و مدل واسطه

شاخصهای برازندگی الگو	X^2	CMIN/DF	RMSEA	PNFI	GFI	PCFI	IFI	GFI
مدل با روابط مستقیم	۱۶۸/۲۳۶	۲/۸۰۲	۰/۰۷۸	۰/۵۷۰	۰/۸۹۲	۰/۶۱۲	۰/۸۹۹	۰/۹۰۱
مدل واسطه‌ای	۱۷۹/۴۰۵	۳/۱۰۹	۰/۰۸۳	۰/۵۵۵	۰/۸۰۱	۰/۵۵۹	۰/۸۰۲	۰/۸۹۵

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

همان طور که در این جدول شـــاخصهای برازش برای دو مدل نشـــان داده شده است، در مقایسه با مدل ارائه شـــده در جدول ۲ برازش بهتری نشان نمی‌دهند، حتی در شاخصهایی مانند CMIND/DF و RMSEA با افزایش مقادیر روبه‌رو هســـتیم. پرکاربردترین روش برای مقایسه برازش دو مدل آزمون تفاوت کای اسکوئر است. تفاوت کای اسکوئر برای هر کدام از مدلهای رقیب با مدل فرضی به ترتیب برابر ۵۹/۹۰ و ۷۱/۰۷ اســـت و نشان می‌دهد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مدل فرضی پژوهش که دارای شاخصهای برازش مناسب و روابط ساختاری معنادار است نسبت به سایر مدلهای رقیب روابط میان متغیرهای پژوهش را بهتر تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهـــش حاضر با هدف ارائهٔ الگوی تبیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اســـکلروزیس (ام اس) براساس سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت با میانجیگری سرمایه روانشناختی انجام شده است. نتایج نشان داد که سبک زندگی ارتقادهنده و سرمایه روانشناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس تأثیر مستقیم می‌گذارد و به‌طور معناداری آن را مورد تبیین و پیش‌بینی قرار می‌دهد. همچنین سبک زندگی با واسطه‌گری سرمایه روانشناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس تأثیر غیرمستقیم و معناداری می‌گذارد و این دو متغیر توانستند ۵۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین و پیش‌بینی کنند. این یافته با نتایج پژوهشهای ثمین و اخلاقی کوهپایه (۱۳۹۸)، صدوقی و همکاران (۱۳۹۶)، بکر و همکاران (۲۰۱۹)، گاســـکوین و همکاران (۲۰۱۹) و مارک و همکاران (۲۰۱۸) همسوســـت. آنها نیز در پژوهشـــهای خود به رابطه معنادار کیفیت زندگی و سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت اشاره کرده‌اند.

در تبیین داده‌ها می‌توان به این امر اشـــاره کرد که بیماری ام اس به دلیل علایم و نشانه‌های همراه می‌تواند در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران اختلال به وجود آورد و احتمال مشکلات روانشناختی را هم در این گروه از بیماران افزایش می‌دهد (ثمین و اخلاقی کوهپایی، ۱۳۹۸) و با توجه به اثرات جســـمانی و روانشـــناختی که به همراه دارد کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در ســـبک زندگی ارتقادهنده، فرد به تغذیه مناســـب، ورزش مرتب و رفتارهایی که می‌تواند در بروز و یا افزایش مشـــکلات جســـمانی و مرتبط با بیماری نقش داشته باشد، توجه ویژه دارد و تلاش می‌کند که عواطف و احساسات و افکار خود را مدیریت کند تا بتواند در شرایط پرفشار زندگی از شیوه‌های کارآمدتر استفاده کند که این امر می‌تواند در سازگاری فرد با شرایط و دیگران کمک کند (سیب و همکاران، ۲۰۱۸). در بیماری ام اس بســـیاری از عوامل که می‌تواند در بروز و شدت علایم این بیماری نقش داشته باشند مرتبط با سبک زندگی است که عواملی مانند فعالیت بدنی، عادتهای غذایی (هادکیس[1] و همکاران، ۲۰۱۵؛

1. Hadgkiss

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

مارک و همکاران، ۲۰۱۶)، مصرف الکل و سیگار کشیدن (بریگز[1] و همکاران، ۲۰۱۷، ویلاند[2] و همکاران، ۲۰۱۴) می‌توانند در سبک زندگی موجب افزایش یا کاهش علائم ام اس شوند. بنابراین سبک زندگی اصلاح شده در جهت ارتقای سلامت می‌تواند در کاهش مشکلات ناشی از بیماری نقش داشته باشد و این امر موجب تجربیات مثبت‌تر از شرایط زندگی فرد می‌شود و در مجموع می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود ببخشد.

یکی از ابعاد سبک زندگی، بعد خودشکوفایی است که می‌توان گفت انسانهای خودشکوفا ویژگیهایی همچون درک کافی از واقعیت، احساس ارزشمندی، پذیرش و احترام نسبت به خویشتن و مسئولیت‌پذیری دارند. خودشکوفایی انسانها طی چالشها و شرایط نامطلوب زندگی بیانگر توانایی روانی آنها در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبتها، بیماریها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع است. وقتی که فرد می‌تواند با استفاده از دانش و تواناییهای خود شرایط پر فشار موجود در زندگی خود را کاهش دهد و مدیریت کند می‌تواند با سطوح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس مرتبط باشد (سیف‌زاده، ۱۳۹۵).

بعد حمایت میان-فردی از دیگر مؤلفه‌های سبک زندگی است. حمایت میان- فردی از پایدارترین شاخصهای سلامت در مطالعات گوناگون است. این‌طور می‌توان گفت که بیماران ام اس هنگامی که مورد حمایت میان-فردی قرار گیرند و احساس ارزشمند بودن داشته باشند، احساس تنهایی و احتمال افسردگی در آنها کاهش می‌یابد و یا شاخصهایی همچون رضایت از زندگی و کیفیت زندگی، امید و تمایل آنها به تداوم زندگی افزایش پیدا می‌کند. حمایت میان-فردی شبکه‌ای اجتماعی است که برای شخص، منابع روانشناختی توجه برانگیزی را فراهم می‌کند تا وی بتواند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار آید. مطالعات نشان می‌دهند که میزان بالای حمایت اجتماعی ادراک شده موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه‌های زندگی سالم‌تر مانند ورزش کردن، تغذیه سالم، مراقبت از خود و افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود (سیف‌زاده، ۱۳۹۵). افرادی که از حمایت دیگران برخوردارند، فشار روانی کمتری را در زندگی حس میکنند. لذا این بعد از سبک زندگی به بیماران مبتلا به ام اس می‌تواند کمک کند تا از احساس تنهایی و افسردگی جدا شوند و انگیزه بیشتری برای مراقبت از خود و تغذیه سالم‌تر داشته و سبک زندگی بهتری را پیش بگیرند. حمایت میان-فردی به عنوان قویترین و نیرومندترین نیروهای مقابله برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد مبتلا به ام اس و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (محمودی، ۱۳۹۷).

مدیریت استرس از دیگر مؤلفه‌های سبک زندگی است که همبستگی بالایی با کیفیت زندگی نشان داده است. می‌توان گفت بیماری ام اس به علت اثراتی که بر زندگی، موقعیت شغلی، وضعیت اقتصادی و روابط میان-فردی بیماران می‌گذارد، سطح استرس و اضطراب در بیماران بالا است و این امر منجر به

1 . Briggs
2 . Weiland

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. به طور کلی هر چه فرد، استرس بیشتری را از نظر روانی و ذهنی در زندگی تجربه کند، علاوه بر تأثیر منفی بر بعد روانی کیفیت زندگی، ابعاد دیگر کیفیت زندگی او از جمله بعد جسمانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بنابراین استرس بالا می‌تواند ابعاد کیفیت زندگی افراد را به طور چشمگیری کاهش دهد (نقیبی، گلمکانی، اسماعیلی و محرری، ۱۳۹۲). پژوهش عسگری، هاشمی‌نسب و فرجی (۱۳۹۰) که تأثیر درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس را مورد مطالعه قرار دادند، نشان داد که مدیریت استرس در بیماران مبتلا به ام اس موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود و همچنین افسردگی بیماران ام اس را نیز کاهش می‌دهد. از آنجایی که بیماران مبتلا به ام اس باید با استرسهای زندگی روزمره و نیز با استرسهای ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیر قابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیتهای اجتماعی تداخل ایجاد کند و زمینه را برای کاهش انعطاف‌پذیری شناختی این بیماران فراهم نماید (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۸).

رفتارهای مربوط به سلامت مثل شیوه تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت و مدیریت استرس که از ویژگیهای مربوط به سبک زندگی شناخته می‌شوند، از مهارتهای شناختی، هیجانی و اجتماعی محسوب می‌شوند که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد در دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات به روشی است که سبب حفظ و ارتقای سلامت شود و اهمیت آن در تأثیر بر نتایج سلامتی بیماران به خوبی شناخته شده است و نقشی مؤثر در تصمیم‌گیری افراد در مورد نیازهای حوزه سلامت خود دارند. ارتقای سلامت افراد منجر به پیامدهایی چون افزایش توانایی بالقوه بیماران جهت اخذ تصمیمات آگاهانه، کاهش خطرات تهدیدکننده سلامت، افزایش پیشگیری از بیماریها، ارتقای امنیت و افزایش کیفیت زندگی می‌شود(وزیکیس، دریواس و میلیوریس[1]، ۲۰۱۴). مطالعات نشان داده‌اند که محدودیت در رفتارهای مرتبط با سلامت عوارض متعددی را در حوزه‌های گوناگون سلامتی مانند عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، تمایل کمتر به پیگیری درمان، تبعیت دارویی اندک، افزایش میزان مراجعه به اورژانسها، افزایش طول دوره درمان در بیمارستان و افزایش میزان مرگ و میر ایجاد می‌کند و تأثیری چشمگیر در استفاده از خدمات مراقبت سلامت دارد. علاوه بر این موارد، تأثیر اقتصادی منفی ناشی از عدم سلامتی بر بیماران و سیستم بهداشت و مراقبت سلامت را نمی‌توان نادیده گرفت. این عوامل می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی شود (گریفی، کندی، مک گوون، گودمن و کافینگست[2]، ۲۰۱۴).

از یافته‌های دیگر این پژوهش تأثیر متغیر سرمایه روانشناختی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس بود. برای تبیین می‌توان گفت که سرمایه روانشناختی مجموعه ای از صفات و توانمندیهای مثبت است که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقای فرد نقش داشته باشد. مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی موجب افزایش پذیرش بیماری در بیماران می‌شوند و به تبع آن میزان کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ام اس می‌تواند افزایش یابد. از مؤلفه‌های سرمایه روانشاختی می‌توان به امیدواری اشاره کرد که در این

1. Vozikis, Drivas & Milioris
2. Griffey, Kennedy, McGowan, Goodman & Kaphingst

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

پژوهش همبستگی بالایی با کیفیت زندگی داشت. امیدواری مؤلفه ای روانشناختی است که با سلامت جسمی و روانی افراد رابطه دارد و موجب پذیرش توصیه‌های درمانی و مراقبتی بیماران می‌شود. امیدواری مانند عشـــق، شادی، لذت به عنوان عاطفه مثبت در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند هیجانات مثبت را در افراد بیمار تقویت کند. تمرکز بر افزایش امید سبب افزایش اعتماد به نفس، معنا در زندگی و کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی می‌شود. همچنین به بیماران برای مقابله با عود بیماری کمک می‌کند. امیـــدواری می‌تواند عامل مهمی برای کمک به بیماران در کاهش علائم مربوط به بیماری، مقابله با درد و رنج و کنار آمدن با بیماری باشـــد (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶). تاب‌آوری از دیگر مؤلفه‌های ســـرمایه روانشناختی است که مؤید تأثیر سرمایه روانشناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس به مثابه میانجی بوده است. افراد با تاب‌آوری بالا با مشکلات، بیماریها و وقایع آسیب‌زا بهتر کنار می آیند. تاب‌آوری بالا با کاهش ناراحتیهای عاطفی پس از قرار گرفتن در معرض وقایع آســـیب‌زا همراه است. بیمارانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند با افسردگی کمتری مواجه می‌شوند. تاب‌آوری بالا موجب افزایش فعالیتهای بدنی، بهبود بیماری در زمانی کوتاهتر و کاهش آســـیبهای ناشـــی از درمان شود و به طور کلی می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی بیماران ام اس کمک کند. نتایج پژوهش صدوقی و همکاران (۱۳۹۶) که روی بیماران سرطانی انجام داده بودند نشان داد که تاب‌آوری و امیدواری بالا می‌تواند به بیماران کمک کند تا از سطح کیفی زندگی بالاتری نسبت به بیمارانی که تاب‌آوری و امیدواری پایین‌تری دارند، بهره‌مند شوند.

از آنجایی‌که سرمایه روانشناختی شامل مؤلفه‌های خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری است که همگی از منابع قابل رشد محسوب می‌شوند، با چنین منابعی بیماران بهتر می‌توانند با چالشها روبه‌رو شوند. بنابراین نگرش بهتری نسبت به خود پیدا می‌کنند که در نهایت منجر به تعادل بیشتر در زندگی و کیفیت بهتر زندگی خواهد شد. همان‌طور که از تعریف مفهوم خودکارآمدی مشخص می‌شود، باورهای بیمار مبتلا به ام اس نقش اساســـی در برقـــراری تعادل زندگی فرد و بالابردن کیفیت زندگی آنان دارد و توانمندیهای افراد متاثر از باورهایی اســـت که دارند، نـــه قابلیتهای واقعی آنها. افراد دارای خودکارآمدی بالا می‌توانند بر اضطراب و ناراحتی، افســـردگی و علائم روان‌تنی فائق آیند (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۱). شـــواهد نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به درد مزمن با سطوح عاطفه منفی بالاتر، خودکارآمدی پایین‌تری برای مدیریت درد و پریشانیهایشـــان نشـــان می‌دهند. در مقابل، افرادی که از توانایی خود اطمینان دارند، در برنامه‌های بهداشـــتی برای بالابردن سطح سلامتی خود به‌صورت فعال شـــرکت می‌کنند. بالا بردن خودکارآمدی با بهبود سلامت روان در ارتباط است و سلامت روان به نوبه خود کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶).

خوش‌بینی یکی دیگر از مؤلفه‌های ســـرمایه روانشناختی است که بر روشهای مقابله افراد با تجارب اســـترس‌زا تأثیر دارد. فرد مبتلا به ام اس اگر از خوش‌بینی بالایی برخوردار باشد، بیماری خود را با دید مثبت ارزیابی می‌کند و با شرایط غیر قابل کنترل چون بیماری، ضعف و خستگی و محدودیتهای حاکی از

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

بیماری با راهبردهایی چون پذیرش موضوع و شوخ‌طبعی و خوش‌بینی موجب سازگاری بهتر فرد بیمار با شرایط زندگی می‌شود. کولر و هیکز[1] (۲۰۱۶) نشان دادند سلامت روان که با بعد ذهنی کیفیت زندگی در ارتباط است از عوامل مهم تأثیرگذار بر سرمایهٔ روانشناختی است که می‌تواند توانایی افراد را برای مقابله با شرایط سخت افزایش دهد. به این ترتیب که افراد با سلامت روانی بالا از طریق سرمایه روانشناختی خود با تأکید بر امید و خوش‌بینی زمینه مساعدی برای مقابله عاطفی مثبت با موارد استرس‌زا فراهم می‌آورند. افراد با سرمایه روانشناختی بالا بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی و بیماری روبه‌رو شوند و این موفقیتها زمینه افزایش ارتقای کیفیت زندگی را فراهم می‌سازند.

نتایج این پژوهش همچنین بیانگر تأثیر غیرمستقیم سبک زندگی با میانجیگری سرمایه روانشناختی بر کیفیت زندگی بود که می‌توان اینطور بیان کرد که افرادی که از سبک زندگی سالم‌تر برخوردارند می‌توانند در بعد روانشناختی به تواناییهایی در کنترل عواطف و احساسات، کنترل افکار و کنار آمدن با فشار روانی دست یابند. در بعد اجتماعی نیز می‌توانند به مسائلی مانند استقلال، سازگاری و اصلاح روابط میان- فردی بپردازند (سیب و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو وقتی که این ویژگیها در تعامل با سرمایه روانشناختی یعنی درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات قرار می‌گیرند، سبب افزایش سطح کیفیت زندگی افراد می‌شوند. همچنین مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی مانند خودکارآمدی که بر تعهد و تلاش برای موفقیت در کارها و وظایف چالش برانگیز تأکید دارند و یا تاب‌آوری که انعطاف‌پذیری و مقاومت در زمان مواجهه با سختیها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت را نشان می‌دهند، می‌توانند با بار شناختی و عاطفی مثبت خود به تنهایی یا در تعامل با متغیرهای دیگری همچون سبک زندگی سالم بر رفتارها، حالتها، سلامتی و بهزیستی (در ابعاد مختلف روانشناختی، هیجانی و اجتماعی) انسانها تأثیر بگذارند و در بهبود کیفیت زندگی آنها نقش داشته باشند (آوی، لوتانز و یوسف، ۲۰۱۰).

در پایان از محدودیتهای پژوهش به عدم کنترل مدت ابتلا به بیماری ام اس می‌توان اشاره کرد که عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد است. از این رو به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود که نقش مدت ابتلا به ام اس و عوامل حمایت‌کننده فردی و اجتماعی در کیفیت زندگی این بیماران را در مطالعه خویش مورد بررسی قرار دهند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش، در راستای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس پیشنهاد می‌شود که افراد مبتلا، گذشته از درمانهای دارویی می‌توانند تحت نظر روانشناسان سلامت، دانش لازم را در زمینه رفتارهای مربوط به سلامت و سبک زندگی سالم و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کسب کنند. ضمن اینکه متخصصان حوزه سلامت و روانشناسی می‌توانند شرایط توسعه مداخلات مؤثر برای بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی را در این گروه از بیماران آسان گردانند.

1. Koller & Hicks

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

منابع

REFERENCES

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام-اس. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۱)،۲۹-۴۱.

آیت‌الهی، پریسا؛ نفیسی، شهریار؛ اشراقیان، محمدرضا و طرازی، آپامه. (۱۳۸۵). تطابق فرهنگی پرسشنامه Multiple Sclerosis Impact Scale برای بیماران ایرانی مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس، بررسی قابلیت اعتماد و اعتبار. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۴(۱)، ۶۲-۶۸.

بهادری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد؛ تورج و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روانشناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *پژوهش و سلامت*، ۲(۱)، ۶۳-۷۱.

ثمین، طاهره و اخلاقی کوهپایی، حسین. (۱۳۹۸). پیش‌بینی امید به زندگی برمبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS). *روانشناسی سلامت*، ۸(۲۹)، ۱۰۱-۱۱۸.

رفعتی، عالیه و یوسفی، عماد. (۱۳۹۸). مقایسه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی افراد مبتلابه بیماری ام اس با افراد سالم. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۴(۳۸)، ۸۳-۱۰۰.

سعادت، سجاد؛ کلانتری، مهرداد؛ کجباف، محمدباقر و حسینی‌نژاد، مظفر. (۱۳۹۸). بررسی مقایسه‌ای نشانگان روانشناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و افراد بهنجار. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۶)، ۷۳-۸۳.

سیف زاده، علی. (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندی مطالعه موردی: آذرشهر. *نشریه سالمندشناسی*، ۱(۱)، ۴۰-۴۷.

صدوقی، مجید؛ مهرزاد، ولی‌اله و محمدصالحی، زهرا. (۱۳۹۶). رابطه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴(۱۵۶)، ۱۱۱-۱۱۹.

عسکری، سعید؛ کهریزی، سمیه و کهریزی، مریم. (۱۳۹۲). نقش خودکارآمدی و رضایت از زندگی در پیش‌بینی عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهر کرمانشاه. *روان‌شناسی مدرسه*، ۲(۲)، ۱۰۷-۱۲۳.

عسگری، محمد؛ هاشمی نسب، بتول و فرجی، فردین. (۱۳۹۰). تأثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس در کیفیت زندگی و افسردگی بیماران MS زن شهر اراک. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲(۵)، ۱۴۰-۱۶۴.

قدم‌پور، عزت‌اله؛ حیدریانی، لیلا و رادمهر، فرناز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایتمندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی سلامت*، ۸(۱)، ۱۵۳-۱۶۷.

کاظم، محمد؛ ریماز، شهناز؛ دستورپور، مریم؛ صادقی، معصومه و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۹۲). کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۱(۴)، ۱-۱۴.

محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی آقا، امیر و محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱ (۱)، ۱۰۳-۱۱۳.

محمودی، هیوا. (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خود- دلسوزی بین بیماران مبتلا به اسکلروز چندگانه و افراد عادی. *روانشناسی سلامت*، ۷(۱)، ۲۱-۳۴.

نقیبی، فوزیه؛ گلمکانی، ناهید؛ اسماعیلی، حبیب الله و محرری، فاطمه. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستان‌های شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۲-۹۱. *مجله زنان مامائی و نازائی ایران*، ۱۶ (۶۱)، ۹-۱۹.

ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه و معینی منش، کیومرث. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی برافزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی. *روانشناسی سلامت*، ۴ (۱۴)، ۶۲-۷۸.

Abdullah, E. J., Badr, H. E., & Manee, F. (2018). MS people's performance and satisfaction with daily occupations: Implications for occupational therapy. *OTJR (Thorofare N J) :Occupation, Participation and Health, 38*(1), 28-37.

Avey, J. B., Luthans, F., & Youssef, C. M. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management, 30*(2), 430-452.

Becker, H., Stuifbergen, A., & Zhang, W. (2019). Functional and health promotion predictors of PROMIS® scores in people with multiple sclerosis. *Health Psychology, 38*(5), 431-434.

Briggs, F. B., Gunzler, D. D., Ontaneda, D., & Marrie, R. A. (2017). Smokers with MS have greater decrements in quality of life and disability than non-smokers. *Multiple Sclerosis, 23*(13), 1772-1781.

Dennison , L., Moss-Morris, R., Silber, E., Galea, I., & Chalder, T. (2010). Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(4), 353-361.

Feuz, C. (2012). Hoping for the best while preparing for the worst: A literature review of the role of hope in palliative patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences, 43*(3), 168-174.

Gascoyne, C. R., Simpson, S., Chen, J., Mei, I. & Marck, C. H. (2019). Modifiable factors associated with depression and anxiety in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica, 140*(3), 204-211.

Griffey, R. T., Kennedy, S. K., D'Agostino McGowan, L., Goodman, M., & Kaphingst, K. A. (2014). Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism?. *Academic Emergency Medicine, 21*(10), 1109-1115.

Hadgkiss, E. J., Jelinek, G. A., Weiland, T. J., Pereira, N. G., Marck, C. H., & van der Meer, D. M. (2015). The association of diet with quality of life, disability, and relapse rate in an international sample of people with multiple sclerosis. *Nutritional Neuroscience, 18*(3), 125-136.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach.* Guilford Press.

Hobart, J., Lamping, D., Fitzpatrick, R., Riazi, A., & Thompson, A. (2001). The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): A new patient-based outcome measure. *Brain, 124*(5), 962-973.

Ibrahim, E. A., Gassoum, A., & IshagAgib, I. E. I. (2019). Quality of life among Sudanese patients with multiple sclerosis in Khartoum state using (MSQoL-54) questionnaire. *BMC Research Notes, 12*(1), 1-4.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]

Koller, S. L., & Hicks, R. E. (2016). Psychological capital qualities and psychological well-being in Australian mental health professionals. *International Journal of Psychological Studies, 8*(2), 41-53.

Leong, T. I., Weiland, T.J., Jelinek, G. A., Simpson, S., Brown, C. R., Neate, S. L., … De Livera, A. M. (2018). Longitudinal associations of the healthy lifestyle index score with quality of life in people with multiple sclerosis: A prospective cohort study. *Frontiers in Neurology, 9*(874).

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M.)2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology, 60*(3), 541-572.

Marck, C. H., De Livera, A. M., Brown, C. R., Neate, S. L., Taylor, K. L., Weiland, T., … Jelinek G. A. (2018). Health outcomes and adherence to a healthy lifestyle after a multimodal intervention in people with multiple sclerosis: Three year follow-up. *Plos One, 13*(5), e0197759.

Marck, C. H., Neate, S. L., Taylor, K. L., Weiland, T. J., & Jelinek, G. A. (2016). Prevalence of comorbidities, overweight and obesity in an international sample of people with multiple sclerosis and associations with modifiable lifestyle factors. *Plos One, 11* (2): e0148573.

McGuigan, C., & Hutchinson, M. (2004). The multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) is a reliable and sensitive measure. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 75*(2), 266-269.

Seib, C., Parkinson, J., McDonald, N., Fujihira, H., Zietek, S., & Anderson, D. (2018). Lifestyle interventions for improving health and health behaviours in women with type 2 diabetes: A systematic review of the literature 2011- 2017. *Maturitas, 111*, 1-14.

Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: Determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health,72*(1) ,15-20.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36*(2), 76-81.

Weiland, T. J., Hadgkiss, E. J., Jelinek, G. A., Pereira, N. G., Marck, C. H., & van der Meer, D. M. (2014). The association of alcohol consumption and smoking with quality of life, disability and disease activity in an international sample of people with multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences, 336*(1-2), 211-219.

Ysrraelit, M. C., Fiol, M. P., Gaitán, M. I. & Correale, J. (2018). Quality of life assessment in multiple sclerosis: Different perception between patients and neurologists. *Frontiers in Neurology, 8*(729), 1-6.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.1.5.4]