



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



## مقایسه استرس و کیفیت زندگی بین افراد سالم، دیابتی و ام.اس

محمدعلی خالق پور. مهیارمقدم. حمیدرضا آقامحمدیان شعراف \*

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد

۳-استاد روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

aghamohammadian@um.ac.ir

### چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر سنجش و مقایسه استرس و کیفیت زندگی بین افراد سالم، بیماران دیابتی و بیماران ام. اس می باشد. ام. اس و دیابت با ویژگی های ناتوان کننده، مزمن و غیرقابل پیش بینی شان چالش های زیادی در زندگی بیماران ایجاد می کنند که سبب استرس و نگرانی فراوان شده و کیفیت زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار می دهند.

روش: آزمودنی ها ۳ گروه ۶۰ نفری (هر جنس ۳۰ نفر) از افراد سالم، بیماران دیابتی و بیماران ام.اس بودند که به وسیله نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند.

ابزار: داده ها به وسیله آزمون های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و استرس ادراک شده (PSS) به دست آمد و به وسیله روش های آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: کیفیت زندگی افراد عادی از بیماران دیابتی و ام.اس به صورت معناداری بیشتر است. استرس ادراک شده افراد عادی نیز به صورت معناداری از بیماران دیابتی و ام.اس کمتر است. همچنین بین کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران دیابتی و ام.اس تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه گیری: ام.اس و دیابت چالش های مختلفی را برای سلامت فیزیکی و روانی به دنبال دارد. ضروری است متخصصین پزشکی، روان پزشکی و روان شناسی و سلامت روان آموزش ها و مداخلات لازم در جهت ارتقای سطح زندگی روان شناختی بیماران ام.اس و دیابت به کار گیرند.

کلید واژه: دیابت، ام.اس، سالم، استرس، کیفیت زندگی



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



## مقدمه

بیماری‌های مزمن طولانی‌مدت و معمولاً صعب‌العلاج هستند و تغییرات جسمانی و روانی در فرد ایجاد می‌کنند و کارکردهای بیمار را محدود می‌نمایند. یکی از بیماری‌های مزمن بیماری اسکلروسیس چندگانه<sup>۱</sup> است که با نام اختصاری ام.اس (MS) شناخته می‌شود و بیماری ناتوان‌کننده‌ای است که مغز و نخاع را تحت تأثیر قرار داده و باعث از دست دادن کنترل، دید، تعادل و حواس (بی‌حسی) می‌شود. در بیماری ام.اس، اعصاب مغز و نخاع توسط سیستم ایمنی بدن آسیب می‌بینند که به این اختلال بیماری خود ایمنی می‌گویند. در واقع، بیماری‌های خود ایمنی، بیماری‌هایی هستند که در آن‌ها سیستم ایمنی بدن که وظیفه‌شان حفاظت از بدن و نابود کردن آسیب‌رسان‌های خارجی همچون باکتری‌هاست، اشتبهاً شروع به حمله به بافت‌های بدن می‌نمایند. در بیماری ام.اس، سیستم ایمنی بدن شروع به حمله به مغز و نخاع که دو جزء مهم کنترل کردن سیستم مرکزی اعصاب هستند، کرده و باعث فلج شدن و از کار افتادگی آن‌ها می‌شود. بدین معنا که بیماری ام.اس یک بیماری التهابی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند. این آسیب‌دیدگی در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند می‌تواند اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌های جسمی زیادی شود (لوبین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

بیماری ام.اس بعد از سکته و قبل از پارکینسون دومین علت شایع ناتوانی در میان بیماری‌های سیستم عصبی قرار می‌گیرد. علائم این بیماری معمولاً از فردی به فرد دیگر متفاوت است، این علائم بیشتر اوقات بر روی توانایی بیمار در فعالیت‌های روزانه تأثیر می‌گذارد (گوپتا، گارن، فیلیپس و استوارت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). بیش از ۳/۵ میلیون نفر از مردم جهان به این بیماری مبتلا هستند و در ایران از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۵۷ نفر به این بیماری مبتلا هستند (حجازی، سولتی، امینی و هاشمی و همکاران، ۲۰۱۲).

این بیماری مانند سایر بیماری‌های مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی و آسیب‌های بدنی که به بیمار وارد می‌کند و بخش وسیعی از جنبه‌های روانی و احساسی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد زیرا برای هر بیمار در هر شرایط جسمی که باشد زندگی ادامه دارد و بیمار باید تلاش کند که تا حد امکان با بیماری مبارزه و سیر پیشرفت آن را کند سازد که این تلاش خود متضمن روحیه‌ای قوی می‌باشد، در نتیجه بررسی مسائل روانی و هیجانی در رابطه با این بیماری بسیار مهم و قابل تأمل است (اندرسن، استجر و دالگاس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱).

<sup>1</sup> Multiple sclerosis (MS)

<sup>2</sup> Lublin

<sup>3</sup> Gupta, Goren, Phillips & Stewart

<sup>4</sup> Andersean, Stenger & Dalgas



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



استرس نیز به عنوان یک پدیده‌ی چندبعدی و چند علیتی می‌تواند به عنوان عارضه‌ای از بیماری ام.اس و همچنین عاملی در تشدید یا عود علائم ناشی از بیماری باشد (میتسونیس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). تعاریف و طبقه‌بندی‌های مختلفی از استرس وجود دارد. اخیراً استرس به عنوان تغییری در زندگی شخص در نظر گرفته می‌شود، محرک استرس را انطباق مجددی را می‌طلبد و منجر به صدمه‌ی زیستی و روان‌شناختی می‌گردد (جوز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). دهقانی (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان داد که ۴۶/۴ درصد بیماران ام.اس از استرس شدید رنج می‌برند و این مسئله با وضعیت گسترش ناتوانی و طول مدت ابتلا به بیماری ارتباط معناداری دارد. مطالعه برون<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) حاکی از آن است که این بیماران باید تشویق شوند تا استرس‌های خود را در زمان‌های پرتنش کاهش دهند و احساس اطمینان کنند که بیماری آن‌ها عود نمی‌کند.

رحیمی فر (۱۳۹۵) نیز در بررسی تأثیر استرس بر بیماری ام.اس، با بررسی تصاویر MRI در بیماران بیمارستان مرکزی شیراز و بیمارستان چمران شیراز نشان داد که استرس تأثیر معناداری در بیماران ام.اس دارد. همچنین معناداری اثر استرس بر بیماران زن مبتلا به ام.اس بیشتر از مردان و افراد مجرد بیش از متأهل مبتلا به بیماری ام.اس در بیمارستان مرکزی شیراز و بیمارستان چمران شیراز تأیید گردید.

از سوی دیگر یکی دیگر از مسائل روان‌شناختی که در بیماران مزمن نقش مهمی دارد، کیفیت زندگی است. سازمان جهانی بهداشت برداشت و درک افراد از موقعیت خود در زندگی، در رابطه با اهداف و نظام ارزشی موردقبول آنان با توجه به شرایط عینی زندگی را کیفیت زندگی می‌نامند که این مفهوم ابعاد مختلفی اعم از سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، استقلال و تعاملات اجتماعی، اعتقادات و تعادلات محیطی را دربرمی‌گیرد (موسوی و همکاران، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی پیشگیری یا تسکین اضطراب روح و جسم، نگهداری عملکرد مناسب جسم و روح و ظهور شبکه‌های حمایتی است (کانی، مورفی و اوشی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که این بیماران در معرض فشارهای شدید روانی هستند که این امر خود می‌تواند مشکلات روانی و اجتماعی زیادی را ایجاد کند. تعداد زیادی از افراد مبتلا به بیماری ام.اس به علت سختی بیماری و عدم سازگاری با آن در زندگی خانوادگی خود احساس ازهم‌گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردهای روزانه، اختلال در تصویر ذهنی، کیفیت زندگی پایین و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روان افراد مبتلا به ام.اس را دچار اختلال می‌سازند (بریگان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

دیابت یکی دیگر از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که توجه روزافزون متخصصان سلامت را به خود جلب کرده است. در سال ۲۰۱۴ فدراسیون بین‌المللی دیابت<sup>۶</sup> اعلام کرد که ۳۸۷ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری دیابت مبتلا بوده و به سبب این بیماری ۴/۹ میلیون مرگ و میر اتفاق افتاده است. میزان شیوع دیابت در سراسر جهان در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۵ تعداد افراد مبتلا به دیابت تقریباً به ۶۰۰ میلیون نفر افزایش پیدا کند (اطلس دیابت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲، دو نوع شایع دیابت و نیازمند مدیریت طولانی‌مدت هستند. در این بین تقریباً ۹۰ تا ۹۵ درصد از این بیماران به دیابت نوع ۲ مبتلا شده و دیابت نوع ۱ تنها ۵ تا ۱۰ درصد از تشخیص‌های دیابت را به خود

<sup>1</sup> Mitsonis

<sup>2</sup> Jose

<sup>3</sup> Brown

<sup>4</sup> Cooney, Murphy & O'Shea

<sup>5</sup> Berrigan

<sup>6</sup> International diabetes federation

<sup>7</sup> atlas diabetes



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



اختصاص داده است (انجمن دیابت آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). دیابت علاوه بر پیامدهای جسمی، دارای پیامدهای روانی نیز می‌باشد و در سال‌های اخیر توجه متخصصان سلامت، روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است. استرس یکی از مسائلی است که بیماران مبتلا به دیابت درگیر آن هستند. استرس روان‌شناختی در بیماران دیابت، مسئله‌ای رایج است (یانگ، کاپولا و بیمی، ۲۰۰۹). استرس می‌تواند در بروز دیابت نقش مؤثری داشته باشد. استرس پاسخ ارگانیزم به محرک‌های تنش‌زای درونی و بیرونی است (۱). استرس با تأثیر بر دستگاه عصبی خودکار و غدد درون‌ریز و محور HPA، موجب افزایش ناهنجاری‌های اندوکراین و دیابت نوع دو می‌شود. به این نحو که افزایش HPA، افزایش کورتیزول را به همراه دارد. از طرفی دیگر هم ترشح هورمون استرس که به نوعی در افزایش میزان گلوکز مؤثرند، افزایش می‌دهد (باتلر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین افراد مبتلا به دیابت، ظرفیت محدودی در مقابله سازگارانه با شرایط استرس‌زا دارند و به همین دلیل گرایش به رفتارهای ناسالمی مانند تغذیه ناکافی، مصرف الکل و سبک زندگی کم تحرک دارند (جاسر، پاتل، ژو، تامبرولن و گری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶).

در سال‌های اخیر پژوهشگران علوم بهداشتی به نقش مهمی که کیفیت زندگی در درمان و مراقبت مؤثر بیماران مزمن ایفا می‌کند، اشاره کرده‌اند. کیفیت زندگی یکی از مفاهیمی است که بیماران مزمن از جمله بیماران دیابتی با آن درگیر هستند. وزیری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) بیان کردند که کیفیت زندگی افراد دیابتی کمتر از افراد عادی بوده است. سینیز، فلیسه اولی، موراً و لی<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) نیز اظهار داشتند که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در سطح کیفیت زندگی مطلوبی قرار نداشتند. اولاد، اهری، تافل و ال اوادی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در سودان نیز به بررسی کیفیت زندگی و میزان درک خانواده‌های مبتلا به دیابت پرداختند. نتایج آنان نیز نشان داد که بیماران از کیفیت زندگی خود ناراضی بودند و افراد مبتلا به دیابت نوع یک سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند. نیلسن، اوسن، موتسن، لائو و جانسن<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) در بررسی سطح کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع یک دانمارک بیان کردند در مقایسه با جمعیت عمومی، بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع یک کیفیت زندگی کمتری از نظر سلامتی را تجربه می‌کنند، بیشتر اوقات بیکار هستند، سالانه مرخصی بیشتر دارند. تفاوت در کیفیت زندگی و اشتغال مرتبط با سلامتی با افزایش سن و در مقایسه با مردان در بین زنان بیشتر بود. تریکالینو، پاپازفیروپولو و ملیدونسی<sup>۷</sup> (۲۰۱۷) در بررسی کیفیت زندگی در بیماران دیابت نوع دو اظهار کردند که اگرچه از نظر قومیت، محیط‌زیست، وضعیت اقتصادی، فرهنگ، رژیم غذایی، وضعیت جنسی و سبک زندگی در بین مبتلایان تفاوت وجود دارد اما دیابت در مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. مسرور رودسری، اشرفی، پارسا یکتا و حقانی (۱۳۹۲) نیز بیان کردند که در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمترین نمرات کیفیت زندگی در پژوهش آنان مربوط به بُعد بیماری بود. بین درآمد افراد، بخش روانی، اقتصادی و نمره کلی کیفیت زندگی نیز ارتباط معناداری وجود داشت.

مقابله سازگارانه با استرس‌های مرتبط با بیماری‌های مزمنی چون دیابت و ام‌اس آسان نیست و بسیاری از بیماران با مشکلات زیادی در رابطه با بیماری، مراقبت و درمان آن، کیفیت و رضایت از زندگی رو به رو می‌شوند، زیرا مدیریت این بیماری‌های تمام جنبه‌های زندگی شخصی اعم از تغذیه، ورزش، شغل، تفریح و زندگی خانوادگی و اجتماعی را تحت

<sup>1</sup> american diabetes association

<sup>2</sup> Butler

<sup>3</sup> Jaser, Patel, Xu, Tamborlane & Grey

<sup>4</sup> Senez, Felicioli, Moreau & Le

<sup>5</sup> Awadalla, Ohaeri, Tawfiq & Al-Awadi

<sup>6</sup> Nielsen, Ovesen, Mortensen, Lau & Joensen

<sup>7</sup> Trikkalinou, Papazafiropoulou & Melidonis



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، با توجه به اهمیت ویژگی‌های روان‌شناختی در بیماران مزمن، هدف پژوهش حاضر سنجش و مقایسه استرس و کیفیت زندگی بین افراد بهنجار، بیماران ام‌اس و بیماران دیابتی است.

## مواد و روش‌ها

### جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت و بیماری ام‌اس می‌باشند که در تابستان سال ۱۳۹۵ به انجمن های بیماران دیابتی و ام‌اس در سطح شهر مشهد و همچنین بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرده اند.

### نمونه

نمونه آماری این پژوهش شامل ۳ گروه بیماران مبتلا به دیابت و بیماری ام‌اس و یک گروه شامل افرادی است که سابقه بیماری قلبی و دیابت نداشته اند و از لحاظ سن، جنس و سطح تحصیلات هم‌تا شده اند. هر گروه شامل ۳۰ نفر از هر دو جنس در محدوده سنی بزرگسال و با دامنه ۲۰-۵۰ سالگی بوده که حداقل میزان تحصیلات آن‌ها دیپلم است. از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. در فرآیند پژوهش، افراد سالم و بیماری که داوطلبانه تمایل به انجام مصاحبه و اجرای آزمون داشتند و مشکل محدودیت زمانی نداشتند و به عبارت دیگر قابل دسترس تر بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS): این مقیاس پرکاربردترین ابزار روان‌شناسی برای اندازه‌گیری درک استرس می‌باشد. این ابزار به بررسی اینکه کدام موقعیت در زندگی فرد استرس‌زاست می‌پردازد. سوالات این پرسشنامه احساس و فکری در طول یک ماه گذشته را بررسی می‌کند. این مقیاس توسط کوهن طراحی شده است. این نسخه از آزمون دارای ۱۴ سوال است که میزان استرس ادراک شده را در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (از هیچ تا خیلی زیاد) می‌سنجد. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌ها و نمره کلی مقیاس استرس ادراک شده را بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ اعلام کردند. (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) در یک مطالعه در ایران، صفایی و شکری (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ را در بیماران سرطانی ۰/۷۶ اعلام کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQL-BREF): این نسخه از پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است که کوتاه شده نسخه ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه می‌باشد که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ تدوین گردیده است. این پرسشنامه چهار حیطه را اندازه‌گیری می‌کند که شامل: سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد که به وسیله ۲۴ سوال بررسی می‌شود. دو سوال ابتدا پرسشنامه به بررسی سلامت و کیفیت زندگی به طور کلی می‌پردازد. آیت‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه ای ارزیابی می‌شود که در پایان چهار نمره برای حیطه های ذکر شده و یک نمره کلی به دست آید که از طریق فرمول به نمره بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌گردد. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۰). نجات و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی پایایی آزمون-بازآزمون را برای چهار حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روانی، ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آوردند. سازگاری درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در گروه بیمار برای سلامت جسمانی ۰/۷۲، سلامت روانی ۰/۷۰، روابط اجتماعی ۰/۵۲ و سلامت محیط ۰/۷۲ گزارش شده است.



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی ایران



## یافته ها

مولفه‌های توصیفی پژوهش حاضر شامل کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در سه گروه افراد عادی، بیماران مبتلا به ام. اس و بیماران دیابتی در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و استرس ادراک شده

متغیرها	افراد عادی		بیماران ام. اس		بیماران دیابتی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۳۲/۴۹	۵/۷۶	۲۸/۰۹	۴/۶۶	۲۸/۲۹	۶/۱۱
استرس ادراک شده	۲۲/۰۸	۳/۳۳	۲۷/۷۰	۲/۴۲	۲۷/۴۳	۳/۸۳

برای انجام تحلیل واریانس ابتدا مفروضه‌های این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس نمره‌های کیفیت زندگی و استرس ادراک شده

F	درجه آزادی		معناداری
	اول	دوم	
۲/۹۶	۲	۱۵۹	۰/۰۵۵
۲/۴۵	۲	۱۵۹	۰/۰۸۹

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان داد که سطح معناداری F از ۰/۰۵ برای کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیشتر است، بنابراین مفروضه یکسانی واریانس‌ها تایید می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون کولمگرینف-اسمرینف در مورد پیش فرض نرمال بودن نمره‌های کیفیت زندگی و استرس ادراک شده

Z	معناداری
۱/۰۷۵	۰/۰۸۷



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی ایران



استرس ادراک ۱/۰۰۶ ۰/۲۶۴  
شده

دومین پیش فرض مورد نیاز برای انجام آزمون تحلیل واریانس نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر دو مولفه مورد بررسی پژوهش است. نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان داد که سطح معناداری Z از ۰/۰۵ برای کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیشتر است، بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها تایید می‌شود.

جدول ۴. آزمون باکس مربوط به پیش فرض برابری ماتریکس کواریانس

نام آزمون	مقدار باکس	مقدار F	درجه ی آزادی اول	درجه ی آزادی دوم	معناداری
باکس	۱۵/۸۱	۲/۵۸	۶	۷۱۶۱/۶۲	۰/۳۴

برای تعیین همسانی ماتریکس کواریانس ها از آزمون باکس استفاده شده است. نتایج به دست آمده از جدول ۴ نشان می دهد که پیش فرض همسانی ماتریکس های کواریانس تایید شده است.

همچنین با توجه به تصادفی بودن نمونه گیری خطاها مستقل از یکدیگرند. بنابراین تمام پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس برقرار است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در بین سه گروه پژوهش حاضر با استفاده از آزمون های پیلای، لامبدای ویکینز، هتلینگ و ریشه دوم رای مقدار F را برابر ۷۸۶۹/۳۰ نشان داد که در سطح  $p < 0/01$  معنادار است؛ یعنی حداقل در یکی از این دو مولفه بین سه گروه تفاوت وجود دارد. بررسی دقیق این تفاوت در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در بین افراد عادی، بیماران ام. اس و بیماران دیابتی

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه ی آزادی	میانگین مجزورات	F مقدار	سطح معناداری
کیفیت زندگی	گروه	۶۸۴/۴۰	۲	۳۴۲/۲۳	۱۱/۱۴	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	گروه	۱۱۱۲/۹۰	۲	۵۵۶/۴۵	۵۲/۹۶	۰/۰۰۱

نتایج ارائه شده در جدول ۵ نشان دادند که تفاوت گزارش شده در بین سه گروه به شرح ارائه شده، در هر دو متغیر کیفیت زندگی و استرس ادراک شده وجود دارد. برای بررسی این امر که تفاوت میان متغیرهای کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در بین کدام یک از گروه‌ها معنادار است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



جدول ۶. آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه افراد عادی، بیماران ام. اس و بیماران دیابتی به تفکیک متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
کیفیت زندگی	عادی	دیابت	۴/۱۹	۱/۰۶	۰/۰۰۰
	دیابت	ام. اس	۴/۳۹	۱/۰۵	۰/۰۰۰
	دیابت	ام. اس	۰/۲۰	۱/۰۸	۰/۹۸
استرس ادراک شده	عادی	دیابت	-۵/۳۴	۰/۶۲	۰/۰۰۰
	دیابت	ام. اس	-۵/۶۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰
	دیابت	ام. اس	-۰/۲۷	۰/۶۳	۰/۹۰

بنا بر آنچه در جدول ۶ گزارش شد و همچنین میانگین‌های کیفیت زندگی و استرس ادراک شده برای هر گروه که در جدول ۱ ارائه شده بود؛ کیفیت زندگی افراد عادی از بیماران دیابتی و ام. اس به صورت معناداری بیشتر است. استرس ادراک شده افراد عادی نیز به صورت معناداری از بیماران دیابتی و ام. اس کمتر است. همچنین بین کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران دیابتی و ام. اس تفاوت معناداری وجود ندارد.

## بحث

هدف پژوهش حاضر سنجش و مقایسه‌ی استرس و کیفیت زندگی بین افراد سالم، بیماران ام. اس و بیماران دیابتی است. بیماری‌های مزمن چالش‌های زیادی را برای افراد مبتلا ایجاد می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که استرس ادراک شده‌ی افراد عادی به صورت معناداری از بیماران ام. اس و دیابتی کمتر است. همچنین کیفیت زندگی افراد عادی از بیماران ام. اس و دیابتی به صورت معناداری بیشتر بود. همچنین بین کیفیت زندگی و استرس ادراک شده‌ی بیماران دیابتی و ام. اس تفاوت معناداری وجود ندارد.

یافته‌ها حاکی از استرس بالا در مبتلایان ام. اس بود. نتایج پژوهش با مطالعات دهقانی (۱۳۹۲)، رحیمی فر (۱۳۹۵) و برون و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. نتایج دهقانی (۱۳۹۲) نیز نشان داد که بیماران ام. اس از استرس شدید رنج می‌برند و این مسئله با وضعیت گسترش ناتوانی و طول مدت ابتلا به بیماری ارتباط معناداری دارد. مطالعه برون و همکاران (۲۰۰۶) حاکی از آن بود که استرس در مراقبت و عود بیماری نقش بسزایی دارد. رحیمی فر (۱۳۹۵) نیز بیان کرد که استرس می‌تواند امواج MRI در بیماران ام. اس تحت تأثیر قرار دهد.





# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی اقتصادی در بیماری‌های مزمن دستخوش تغییرات بسیاری می‌شود. افراد مبتلا به ام‌اس عزت نفس متزلزل، پذیرش خود کمتر، کناره‌گیری و تسلیم، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی پایین، مشکل در روابط اجتماعی، ناامیدی و دلهره بیشتری تجربه می‌کنند، همچنین در مطالعات متعددی که صورت گرفته است آنچه در این بیماران به وضوح مشاهده می‌شود نشانه‌های عصب‌شناختی نیست، بلکه برآورد اختلالات خلقی، اضطرابی، مشکلات شناختی، دوره‌های سایکوتیک در دوره‌های ام‌اس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس متمرکز شده است و این افراد پس از ابتلا به ام‌اس مشکلات خلقی زیادی را تجربه می‌کنند (زانچاکی، الکسیو و زمیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که استرس بیماران دیابتی در سطح بالایی قرار دارد. می‌توان گفت بیماری‌های مزمن از جمله دیابت با طیف وسیعی از پیامدهای جسمی و روان‌شناختی ناخوشایند همراه هستند. دیابت منجر به استرسی زیاد در زندگی بیمار می‌شود که نیازمند حمایت و سازگاری جسمی، هیجانی و روان‌شناختی است (نیازی و نیازی، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استرس در اکثر افراد مبتلا به دیابت، به خصوص در افرادی که دارای سبک زندگی بی‌تحرکی می‌باشند، روند کنترل قند خون را مختل می‌کند. تأثیر استرس به دو صورت آشکار می‌گردد: اولاً در شرایط تحت استرس، غده‌ی آدرنال، اپی نفرین و کورتیزول را به جریان خون ترشح می‌کند. اپی نفرین باعث کاهش ترشح انسولین از لوزالمعده می‌شود و کورتیزول باعث افزایش تولید قند در کبد و کاهش مصرف گلوکز در بافت‌های بدنی می‌گردد. این واکنش زیستی - شیمیایی به استرس، مشکلات تنظیم قند خون در بیماران مبتلا به دیابت را پیچیده‌تر می‌کند. ثانیاً استرس می‌تواند به طور غیرمستقیم با کاهش پیروی از رژیم‌های درمانی، بر سطح قند خون تأثیرگذار باشد (سارافینو، ۱۳۹۶). همچنین علائم نگران‌کننده بیماری، ترس از عود، نامشخص بودن دوره‌ی درمان رابطه‌ی نیرومندی با افزایش استرس و مشکلات هیجانی این بیماران دارد. خستگی ناشی از زمان طولانی بیماری و درمان مادام‌العمر دیابت، همانند یک منبع استرس منجر به عدم سازگاری بیماران می‌گردد و در کارکردهای فردی و اجتماعی آنان اختلال ایجاد می‌کند.

در رابطه با کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵)، حیدری، سورشجانی، اسلامی و حسن زاده (۱۳۹۰)، اعظامی و شیخی (۱۳۹۶)، میلر و دیشان<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، بریگان و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. نجات، منتظری و کاظم (۱۳۸۵) در پژوهشی که با عنوان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که امتیاز مؤلفه‌های کیفیت زندگی در این بیماران کمتر از گروه سالم بود. با این حال لازم به ذکر است که براساس این پژوهش تأثیر شدت بیماری در مؤلفه سلامت جسمانی از سایر مؤلفه‌ها بیشتر است و بعد از مؤلفه سلامت جسمانی بیماری بیشترین تأثیر را بر مؤلفه سلامت روان داشت و در دو مؤلفه سلامت اجتماعی و سلامت محیط نسبت به مؤلفه‌های پیشین شدت بیماری تأثیر معنی‌داری از خود نشان نداد، اینطور می‌شود تبیین کرد که با بالاتر رفتن شدت بیماری میزان سازگاری با علایم بیماری نیز بیشتر می‌شود.

در پژوهش دیگری که حیدری سورشجانی، اسلامی و حسن زاده (۱۳۹۰) با عنوان بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که به طور کلی میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران کمتر از حد متوسط بود. در این پژوهش میانگین مؤلفه سلامت اجتماعی نسبت به دیگر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سطح بالاتری قرار داشت، همچنین کمترین میانگین در بین مؤلفه‌ها مربوط به سلامت جسمانی بود. در این مطالعه هرچه سن و طول مدت بیماری بیشتر شود، میانگین کیفیت زندگی نیز کاهش پیدا می‌کند. در تبیینی دیگر

<sup>1</sup> Tzonichaki, Alexiou & Zaimis

<sup>2</sup> Miller, A., & Dishon



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



می‌توان گفت که خستگی ناشی از بیماری ام اس به شدت روی فرد تأثیر می‌گذارد و حال اگر فرد در سنین بالا دچار این مشکلات شود به طور طبیعی خستگی و علائم بدنی تأثیر بیشتری را بر فرد می‌گذارد و کنار آمدن فرد با بیماری را مشکل تر در نتیجه منجر به کیفیت زندگی کاهش یافته تری از افراد مسن تر می‌گردد.

اعظامی و شیخی (۱۳۹۶) نیز در بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با هوش هیجانی در بیماران ام. اس شهر ارومیه اظهار کردند که کیفیت زندگی بیماران در سطح پایینی قرار داشت و بین متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی از جمله شادمانی، خود شکوفایی، استقلال، واقع‌گرایی، رابطه معنادار و مستقیم و با مؤلفه‌های حل مسئله، روابط بین فردی و همدلی رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. همچنین در بررسی قدرت پیش‌بینی پذیری، نتایج حاکی از آن بود که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با میزان ۷۷٫۶ درصد، قابلیت پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی را دارا می‌باشند.

میلر و دیشان (۲۰۰۶) نیز کیفیت زندگی بیماران ام. اس با در نظر گرفتن ناتوانی، جنسیت و وضعیت اشتغال بررسی کردند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس کمتر از گروه شاهد بود و بیشترین تفاوت مربوط به جنبه‌های جسمانی بیماری بود. زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر علائم بیماری قرار داشتند و کیفیت زندگی شاغلین نیز بالاتر از بیکاران بود. بریگان و همکاران (۲۰۱۶) نیز در بررسی تعیین تأثیر مستقیم و غیرمستقیم همبودی جسمی، علائم افسردگی و اضطراب، خستگی و ناتوانی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران ام. اس بیان کردند که وضعیت ناتوانی شدید و خستگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و علائم افسردگی نیز در کیفیت زندگی بیماران نقش داشتند.

در این بیماران کیفیت زندگی تحت تأثیر شدت، طول مدت بیماری و داروهای مصرفی بیمار قرار می‌گیرد. در بیماری ام. اس بعد از اولین حمله و ظاهر شدن نشانه‌های ام. اس، به تدریج اختلالات سیستم عصبی خودکار نیز ظاهر می‌شود و این امر منجر به بروز مشکلات روحی، اجتماعی و جسمی زیادی می‌شود. این مشکلات جسمی و روحی شامل عدم تعادل، گرفتگی عضلات، خستگی، اختلالات جنسی، ادراری، روده‌ای، درد دو بینی، اختلالات شناختی، افسردگی است. از این میان خستگی به شدت، روند و کیفیت و عملکرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و گاهی اوقات به عنوان یکی از دلایل از کار افتادگی مطرح می‌شود.

مشکلات جسمانی تأثیرات عمیقی را بر کیفیت زندگی فرد بیمار می‌گذارد. اسپاسم‌های شدید عضلانی و محدودیت‌های حرکتی منجر به مختل شدن زندگی و خستگی این بیماران می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که خستگی ناشی از بیماری ام. اس منجر به احساس بی‌حالی، بی‌رمقی، فقدان انرژی و خواب‌آلودگی در فرد می‌شود و فرد از آن انرژی و نیروی کافی برای انجام فعالیت‌های روزمره برخوردار نیست؛ بنابراین، کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بنابراین می‌توان گفت که در ابعاد جسمی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی در بیماران مزمن تغییرات فراوانی روی می‌دهد. در این بیماری طول مدت بیماری، شدت و داروهای مصرفی بیمار کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. همان طور که ذکر شد مشکلات جسمی باعث به وجود آمدن محدودیت‌هایی برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است به طوری که شرکت این بیماران را در فعالیت‌های ارتقای سلامت دچار مشکل کرده است و در نتیجه موجب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت زندگی مستقل این بیماران شده است. که در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد.

نتایج پژوهش نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی پایین مبتلایان دیابت بود. در مطالعات متعددی نشان داده شد که دیابت اثرات معکوس و معناداری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران دارد. نتایج پژوهش با نتایج وزیری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹)، سینیز



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



و همکاران (۲۰۰۴)، اولادا و همکاران (۲۰۰۶)، نیلسن همکاران (۲۰۱۶) و تریکالینو و همکاران (۲۰۱۷)، مسرور رودسری و همکاران (۱۳۹۲) همسو است.

همچنین قنبری و کاظم نژاد (۱۳۸۳) نشان دادند که ۶۰ درصد از بیماران مطالعه‌ی آنان دارای کیفیت زندگی نامطلوبی بودند. باقری (۲۰۰۵) نیز بیان کرد که بروز عوارض جسمانی دیابت به نحو قابل توجهی منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌شود. علوی و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که علایمی مانند درد در دست و پا، احساس خستگی با کاهش ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران دیابتی ارتباط دارد. سلیمانی نژاد، ساروخانی، ساروخانی، سایه مهر و احمدی (۲۰۱۶) در بررسی فراتحلیلی بر روی ۱۰ مطالعه کیفیت زندگی بیماران دیابتی طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۵ در ایران بیان کردند که بیشتر مطالعات میزان کیفیت زندگی در بیماران دیابتی را در سطح پایینی گزارش کردند و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دوم نیز پایین‌تر از بیماران دیابت نوع اول بوده است.

در رابطه با کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌توان بیان کرد که ابتلا به دیابت از طرفی سازگاری روانی و عملکرد اجتماعی افراد را مختل می‌کند و از طرفی دیگر بر عملکرد خانواده به طور منفی اثر می‌گذارد. اثرگذاری منفی اجتماع منجر به افزایش شدت بیماری می‌گردد و در نتیجه کیفیت زندگی این بیماران کاهش پیدا می‌کند. بنابراین می‌توان گفت مزمن بودن بیماری دیابت و عوارض جانبی و طولانی مدت آن کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر کیفیت زندگی پایین در این بیماران در کاهش مراقبت از خود و عدم کنترل قند خون اثر می‌گذارد. کیفیت زندگی پایین این بیماران در ارتباطات خانوادگی، زندگی اجتماعی و شغلی آنان نیز اثر می‌گذارد و این رابطه‌ی دو طرفه‌ی دیابت و کیفیت زندگی منجر می‌شود این بیماران رضایت از زندگی پایین و بهزیستی روان‌شناختی نامطلوبی را تجربه نمایند.

در نهایت به طور کلی می‌توان گفت که بیماران مزمن به دلیل عمر طولانی بیماری، مدت زمان زیادی را صرف درمان آن می‌کنند. ام‌اس و دیابت چالش‌های مختلفی را برای سلامت فیزیکی و روانی به دنبال دارد. افراد مبتلا به ام‌اس و دیابت عوارض ناخوشایند و غیر قابل پیش‌بینی، رژیم‌های سخت درمانی، عوارض جانبی داروها و افزایش سطوح از کارافتادگی جسمی را تجربه می‌کنند. همچنین آنها با پیامدهای روانی مواجه می‌شوند مانند اختلال در دستیابی به اهداف زندگی، اشتغال، درآمد، ارتباطات، فعالیت‌های اوقات فراغت و فعالیت‌های زندگی روزمره. مشکلات روانی ام‌اس و دیابت نسبت به جمعیت سالم و سایر بیماری‌های مزمن به مراتب رایج‌تر هستند. ادبیات تحقیق تجربی حکایت از نرخ بالای افسردگی و احساس درماندگی، افزایش اضطراب، کاهش بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و مشکلات مربوط به روابط و نقش اجتماعی دارد. بیماری ام‌اس و دیابت استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه تهدید می‌کند و بیماران را به سوی فقدان اعتماد و اطمینان از خود سوق داده و اطمینان فرد را از بدن و سلامتی‌اش مخدوش می‌سازد. با توجه به نرخ بالای مبتلایان در کشور ما، توجه به این بیماران و رفع چالش‌های آنان از ضروریات بهداشتی و سلامتی است و ضروری است متخصصین پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی و سلامت روان آموزش‌ها و مداخلات لازم در جهت ارتقای سطح زندگی روان‌شناختی بیماران ام‌اس و دیابت به کارگیرند.

محدودیت افراد در دسترس و تعمیم نتایج به سایر گروه‌های بیماران مزمن، استفاده از پرسشنامه و عوارض بیماری‌ها مانند خستگی و بی‌حوصلگی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بررسی سایر متغیرهای روان‌شناختی بیماری ام‌اس و دیابت و مطالعات رابطه‌ای و معادلات ساختاری و مداخله‌ای یکی از جمله پیشنهادات پژوهشگران این مطالعه می‌باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به طور همزمان از مصاحبه بالینی و پرسشنامه استفاده شود و نیز بررسی کیفی مشکلات و چالش‌های بیماران مزمن پرداخته شود.



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیت و روانشناسی ایران



## منابع

- اعظامی، س. ه؛ شیخی، س. (۱۳۹۶). بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با هوش هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (M.S) انجمن M.S شهر ارومیه. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۸ (۹): ۵۲۹-۵۲۹
- تنهای شوانلو، ف؛ سلیمانیان، ع. ا. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی خودکارآمدی مالتیپل اسکلروزیس، *تحقیقات و علوم رفتاری*، ۱۲ (۱): ۹-۱۸.
- حیدری سورشجانی، س؛ اسلامی، ا. ع؛ حسن زاده، ا. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان، *تحقیقات نظام سلامت*، ۷ (۵): ۵۷۱-۵۷۹.
- دهقانی، ع؛ محمدخان کرمانشاهی، س؛ معماریان، ر. (۱۳۹۲). بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب. افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس، *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۲ (۲): ۸۲-۸۸.
- رحیمی فر، ساره، ۱۳۹۵، استرس، ام اس (MS)، ام ار ای (MRI) هدف مطالعه: یافتن روابط بین این متغیرها است، *اولین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی*.
- سارافینو، ا. پ (۱۳۹۶). *روان‌شناسی سلامت، ترجمه‌ی گروهی از مترجمان، زیر نظر ا. میرزایی، تهران: رشد (۲۰۰۲)*.
- صفایی مریم، شکری امید؛ (۱۳۹۳). *سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. روان پرستاری*. ۲ (۱): ۱۳-۲۲.
- قنبری، ع؛ کاظم نژاد، ا. (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین مراجعه کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان رازی رشت با افراد سالم، *مجله علوم پزشکی مدرس*، ۱ (۷): ۶۹-۸۰.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی نایینی، ک؛ محمد، ک؛ مجدزاده، س. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۴ (۴): ۱-۱۲.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ محمد، ک؛ مجدزاده، س. ر؛ نبوی، ن. س؛ نجات، ف؛ نبوی، م؛ هلاکویی نایینی، ک. (۱۳۸۵). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. *اپیدمیولوژی ایران*. ۲ (۳ و ۴): ۱۹-۲۴
- وزیری نژاد، ر؛ سجادی، ع. م؛ معقول، ن. (۱۳۸۹). نقش ابتلا به بیماری دیابت در کیفیت زندگی: نتایج یک مطالعه کوهورت تاریخی، *پژوهش در پزشکی*، ۳۴ (۱): ۳۵-۴۰.

Alavi, N. M. Ghoranipour, F. Ahmadi, F. Emami. (2007). A. Developing a culturally valid and reliable quality of life questionnaire for diabetes mellitus. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 13 (1): 177-185.



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی ایران



- American Diabetes Association. (2017). 2. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes care*, 40(Supplement 1), S11-S24.
- Andreasen, A., K., Stenger, E., Dalgas, U. (2011). The effect of exercise therapy on fatigue in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis journal*, 17 (9), 1041-1054.
- Atlas, D. (2015). International diabetes federation. *IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.*
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Tawfiq, A. M., & Al-Awadi, S. A. (2006). Subjective quality of life of outpatients with diabetes: comparison with family caregivers' impressions and control group. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 737.-745.
- Bagheri, H. Ebrahimi, H. Iaghari, N. S. Hassani, M. R. (2005). evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus based on its complications referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. *Sharekord University of Mecial Science, Journal*, 2 (7): 50-56
- Berrigan, L. I., Fisk, J. D., Patten, S. B., Tremlett, H., Wolfson, C., Warren, S., ... & Marrie, R. A. (2016). Health-related quality of life in multiple sclerosis: direct and indirect effects of comorbidity. *Neurology*, 86(15), 1417-1424.
- Brown RF, Tennant CC, Sharrock M, Hodgkinson S, Dunn SM, Pollard JD. (2006). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: part I. Important features. *Mult Scler*, 12: 453-64
- Butler, A. M., Weller, B. E., Yi-Frazier, J. P., Fegan-Bohm, K., Anderson, B., Pihoker, C., & Hilliard, M. E. (2017). Diabetes-specific and general life stress and glycemic outcomes in emerging adults with type 1 diabetes: Is race/ethnicity a moderator?. *Journal of pediatric psychology*, 42(9), 933-940.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cooney, A., Murphy, K., & O'Shea, E. (2009). Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1029-1038.
- Fischer, J., S., & Crawford, P. (1994). Emotional aspects of Multiple sclerosis. *Multiple sclerosis*, 2(1), 6-9
- Gupta, S., Goren, A., Phillips, A. L., & Stewart, M. (2012). Self-reported burden among caregivers of patients with multiple sclerosis. *International journal of MS care*, 14(4), 179-187
- Jaser, S. S., Patel, N., Xu, M., Tamborlane, W. V., & Grey, M. (2016). Stress and coping predicts adjustment and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Annals of behavioral medicine*, 51(1), 30-38.
- Joy, J. E., & Johnston Jr, R. B. (Eds.). (2001). *Multiple sclerosis: current status and strategies for the future*. National Academies Press
- Lublin, F. D., Reingold, S. C., Cohen, J. A., Cutter, G. R., Sørensen, P. S., Thompson, A. J., . . . Barkhof, F. (2014). Defining the clinical course of multiple sclerosis The 2013 revisions. *Neurology*, 83(3), 278-286



# هفتمین کنگره علم پژوهش توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی ایران



- Miller, A., & Dishon, S. (2006). Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status. *Quality of life research, 15*(2), 259-271.
- Mitsonis, C., I., Zervas, I., M., Mitropoulos, P., A., Dimopoulos, N., P., Soldatos, C., R., Potagas, C. M., & Sfagos, C. A. (2008). The impact of stressful life events on risk of relapse in women with multiple sclerosis: a prospective study. *European Psychiatry, 23*(7), 497-504.
- Motl, R. W., & McAuley, E. (2009). Pathways between physical activity and quality of life in adults with multiple sclerosis. *Health Psychology, 28*(6), 682.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet, 370*(9590), 851-858.
- Niazi, A. K., & Niazi, S. K. (2011). Mindfulness-based stress reduction: a nonpharmacological approach for chronic illnesses. *North American journal of medical sciences, 3*(1), 20-23.
- Nielsen, H. B., Ovesen, L. L., Mortensen, L. H., Lau, C. J., & Joensen, L. E. (2016). Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level—a comparative population-based study. *Diabetes research and clinical practice, 121*, 62-68.
- Senez, B., Felicioli, P., Moreau, A., & Le, M. G. (2004). Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse medicale (Paris, France: 1983), 33*(3), 161-166.
- Soleimannejad, K., Sarokhani, D., Sarokhani, M. T., Sayehmiri, K., & Ahmadi, N. (2016). Quality of life in diabetes patients in Iran: A systematic review and meta-analysis method. *International Journal of Pharmacy and Technology, 8*(4), 21608-21618.
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World journal of diabetes, 8*(4), 120-129.
- Tzonichaki, L., Alexiou, M., & Zaimis, G. (2015). Depressive and Anxiety Symptomatology amongst Multiple Sclerosis Young Women: The Occupational Therapy's Perspective. *Health Science Journal, 9*(3), 1-5.
- Usefy, A. R., Ghassemi, G. R., Sarrafzadegan, N., Mallik, S., Baghaei, A. M., & Rabiei, K. (2010). Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community mental health journal, 46*(2), 139-147.