

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی بین بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد عادی

* هیوا محمودی^۱

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه گلستان گرگان.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۶/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۲۹)

Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people

* Hiva Mahmoodi¹

1. Assistant Professor of Psychology, Golestan University of Gorgan.

(Received: Sept. 13, 2017 - Accepted: May. 19, 2018)

Abstract

Objective: Multiple sclerosis affects the physical and psychological state of many patients. The purpose of this study was to compare perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. **Method:** The present study was a causal-comparative study. In this study, 200 individuals with multiple sclerosis and 200 healthy individuals were selected by sampling method as a sample of this study in the years 1396-97. The research tools included perceived social support scale and self-compassion scale. Data were analyzed by multivariate analysis of variance. **Results:** The results showed that there is a significant difference between the group of patients with multiple sclerosis and healthy people in terms of perceived social support and self-compassion. **Conclusion:** People with multiple sclerosis uses perceived social support and self-compassion for more adaptation to disease.

Key words: Perceived social support, self-compassion, multiple sclerosis, Normal people.

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکروزیس بر روی وضعیت جسمانی و روانی بسیاری از بیماران تاثیر بسزایی دارد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی بین بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد عادی بود. روش: طرح تحقیق مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بوده است. در این پژوهش تعداد ۲۰۰ نفر از فرد مبتلا به اسکروز چندگانه و ۲۰۰ نفر فرد سالم به شیوه نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه‌های این پژوهش در سال ۹۶-۹۷ انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده و مقیاس خود-دلسوزی بود. داده‌ها با تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد سالم از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه به از حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی برای سازگاری بیشتر با بیماری استفاده می‌کنند.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، خود-دلسوزی، بیماری اسکروز چندگانه، افراد عادی.

* نویسنده مسئول: هیوا محمودی

*Corresponding Author: Hiva Mahmoodi

Email: mahmoudi.hiva@gmail.com

مقدمه

دارای قدرت بالقوه تأثیر بر کیفیت زندگی است (ارسوی، کارت و گلدو^۳، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی به عنوان احساس ذهنی در مورد تعلق و پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نظر تعریف می‌گردد. درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود را افزایش داده و تأثیر مثبت بر وضعیت جسمانی روانی واجتماعی فرد گذارد (لی، یا، چانگ، بوگ، پارک و کونگ^۴، ۲۰۰۹).

یافته های محققین نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد بنفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و بطور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود (لی و همکاران، ۲۰۰۹).

میکائیلی، مختارپور و میسمی (۱۳۹۱) نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبرد های مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را بررسی کردند. نتایج به دست آمده عبارتند از اینکه: وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت دارند و می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس را براساس متغیرهای

مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی و از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان و شایع ترین بیماری منجر به ناتوانی در نوجوانان است و باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام ها، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌شود (ورینگ و تامپسون^۱، ۲۰۱۰). شیوع بیماری ام اس در ایران ۴۰ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است و همچنین زنان دو تا سه برابر بیش از مردان در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (عابدینی، سروی، زروانی و فرهمند، ۱۳۸۷).

گزارش های قبلی حاکی از آن است که بیماران مبتلا به ام اس با مشکلات مختلفی مانند شدت بیماری و دفعات عود بیماری، کاهش ناتوانی و کارکردها، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای ناموثر، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی درگیر هستند (بوغوسین، موس و هدوین^۲، ۲۰۱۰).

عوامل روانی اجتماعی چندگانه می‌توانند، کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس را تحت تأثیر خود قرار دهند. یکی از این موارد، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم های مقابله ای عاطفه نگر

3 . Ersoy- Kart, M., & Guldo

4 . Lee, Yae, Chung, Boog, Park & Hong Chung

1 .Wering & Thampson

2 . Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin

نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده در بالا بردن سلامت روانی و کیفیت زندگی این بیماران نسبت به نمونه عادی بیشتر است.

عامل روانشناختی دیگری که در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه مطرح است، خود-دلسوزی است. به اعتقاد نف^۴ (۲۰۰۸) سازه خود دلسوزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می باشد. اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می شود و از آن رنج می برد، موجودیت (بودن) خود را دوست دارد و آن را درک می کند. دوم، حسی است از ویژگی مشترک انسانی، و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان هاست. نهایتاً، خود-دلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگنمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می شود (نف، رود و کیرک پاتریک^۵، ۲۰۰۹).

تادیوس، پیس، نگی، آدام، کول و همکاران^۶ (۲۰۰۹) نیز در مطالعه ای تأثیر دلسوزی را بر پاسخ های رفتاری و عصبی- درون ریز در برابر استرس روانی اجتماعی نشان دادند.

شاپیرا، لیه، مونگرین و مایریام^۷ (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند افرادی که تمرینات خوددلسوزی را انجام دادند در پیگیری ۳ ماه بعد،

حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری پیش بینی نمود

رنجبر، تسبیح سازان و کاشانی (۱۳۹۲) رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان شناختی بیماران زن مبتلا به ام اس را اجرا بررسی کردند. نتایج نشان دادند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با رضایت از زندگی، رشد و بالندگی، ارتباط مثبت با دیگران و خود پروری بیماران زن مبتلا به ام اس رابطه معناداری وجود دارد.

آقایی، کاربندی، حیدری و گل خاتمی^۱ (۲۰۱۶) پژوهشی را با عنوان حمایت اجتماعی در ارتباط با علایم خستگی در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی با شدت خستگی، ادراک خستگی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد و درواقع این بیماران به حمایت اجتماعی نیاز بیشتری دارند.

کاستا و کال هروی^۲ (۲۰۱۲) تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه را بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد که این بیماران به هر میزان حمایت اجتماعی از آنها بیشتر باشد، میزان کیفیت زندگی شان بهبود می یابد. و نسبت به افراد نیاز بیشتری به حمایت اجتماعی و حمایت خانواده دارند.

شوارتز و فرونر^۳ (۲۰۱۶) نقش متغیرهای پزشکی و حمایت اجتماعی را در پیش بینی ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه را با افراد عادی مقایسه کردند.

4 . Neff

5 . Neff, Rude & Kirkpatrick

6 . Tadious, Paceg, Negi, Adame & Cole

7 . Shapira, Leah, Mongrain & Myriam

1 . Aghaei, Karbandi, Heidari & Golkhatmi

2 . Costa & Calheiros

3 . Schwartz & Frohner

اسکلروز را بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد که بین خود-دلسوزی و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد و خود-دلسوزی در این افراد بیشتر است. همچنین با انعطاف پذیری رابطه معنی داری گزارش نشد.

منزوی بودن این بیماران و عدم شرکت نمودن آنان در جمع از عواملی است که در پیشبرد آنان به سمت بیماری های روانی مؤثر بوده و نیز خود می تواند به اختلالات جدی روحی در آنان منجر شود. لذا حمایت های اجتماعی به صورت های گوناگون مالی، آموزشی و خدماتی می تواند برای آنان مثر ثمر واقع شده و در بهبودی نسبی آنان مؤثر باشد (دلوسا^۶، ۲۰۰۴). با توجه به اینکه در مورد بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه بیشتر درمان های پزشکی ارائه شده و هنوز در جامعه ما توجه چندانی به روحیه این بیماران از طرف قشر سالم جامعه نمی شود، همچنین اینکه این بیماران در مقایسه با افراد عادی جامعه چقدر به حمایت های اجتماعی و روانی نیاز دارند، کمتر بررسی شده است و منزوی بودن این بیماران و عدم شرکت نمودن آنان در جمع از عواملی است که در پیشبرد آنان به سمت بیماری های روحی و روانی مؤثر بوده و نیز خود می تواند به اختلالات جدی روانی در آنان منجر شود. لذا حمایت های اجتماعی به صورت های گوناگون مالی، آموزشی و خدماتی می تواند برای آنان مثر ثمر واقع شده و در بهبودی نسبی آنان مؤثر باشد بنابراین بررسی متغیرهایی حمایت اجتماعی و خود-دلسوزی از

احساس افسردگی کمتر و شادی بیشتر در ۶ ماه بعد داشتند.

آلن و لیری^۱ (۲۰۱۰) دریافتند که افراد مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه که سطوح بالایی از خود-دلسوزی دارند، راحتتر می توانند موقعیت های منفی را مدیریت کنند و به طور مناسب تری به وقایع ناخوشایند پاسخ بدهند.

آیدان^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی را با عنوان نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد عادی دریافت که که افراد مبتلا به اسکروز چندگانه از خود-دلسوزی بالاتر برخوردارند و نارسایی هیجانی مشکل دارند.

موریرا، گویا، کورونا، سیلوا و کاناوارو^۳ (۲۰۱۴) دریافتند که خود-دلسوزی با استرس بیماران مزمن رابطه منفی دارد و این استرس باعث ایجاد رابطه مثبت بین خود-دلسوزی و بهزیستی روانی فرد بیمار می شود. کریستین، نف و دانیل^۴ (۲۰۱۵) پژوهشی را با عنوان رابطه خود-دلسوزی و بهزیستی روانی افراد مبتلا به بیماری ام. اس انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که خود-دلسوزی در این افراد با کیفیت زندگی، امیدواری و مدیریت هدف رابطه مثبت و با افسردگی و استرس رابطه منفی دارد.

نری-هارویت، یان و ویکی^۵ (۲۰۱۷) نقش خود-دلسوزی و انعطاف پذیری در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به مولتیپل

1. Allen and Leary
2. Aydan
3. Moreira, Gouveia, Carona, Silva, & Canavarro
4. Kristin, Neff & Daniel
5. Nery-Hurwit, Yun, & Vicki

6. DeLuca

مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۱۲ آیتمی است که شامل ۳ خرده آزمون می شود و هر خرده دارای ۴ آیتم است. محققان روایی و پایایی آزمون را مطلوب گزارش کرده اند (داهلم و همکاران، ۱۹۹۱). بسیاری از تحقیقات نشان دادند که این پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی بازآزمایی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ در نمونه های غیرالینی و ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ در نمونه های بالینی) (به نقل وونگ پاکاران و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش خباز و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد (خباز، ۱۳۹۲). مقدار آلفای کرونباخ در این پژوهش بین افراد نمونه ۰/۷۸ به دست آمد.

۲) پرسشنامه خود دلسوزی^۳: پرسشنامه ۲۶ ماده ای خود دلسوزی فرم بلند که گاهی اوقات مقیاس شفقت خود نیز خوانده شده است توسط (نف^۴، ۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه که معادل انگلیسی آن است، شامل ۶ عامل (مهربانی با خود، خودداوری، ویژگی مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، بیش همانندسازی) است. پاسخ دهندگان می بایست در طیف لیکرت ۵ درجه ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهند. روایی و پایایی پرسشنامه: در ادامه دست یابی به یافته هایی متناقض در زمینه عزت نفس بالا و انتقاد از جنبش افزایش عزت

این افراد می تواند راهنمایی هایی را جهت غنای زندگی آنان انجام دهد و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. لذا این پژوهش به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا بین بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد عادی از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی تفاوت وجود دارد.

روش

روش این پژوهش علی-مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام بیماران ۱۸ تا ۶۰ ساله عضو انجمن ام. اس ارومیه (N=۲۱۰۰) و افراد سالم در سال ۹۶-۹۷ بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر بیمار مبتلا به ام. اس (از انجمن ام. اس ارومیه) و ۲۰۰ نفر فرد سالم بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، آگاهی از نوع بیماری و تمایل به همکاری. ابتلا به اختلالات شناختی یا بیماری مزمن دیگر معیارهای خروج از مطالعه را تشکیل می دادند. برای دسترسی به بیماران به انجمن ام. اس ارومیه مراجعه شد. بیماران و افراد سالم واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند، بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

۱) مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده در سال ۱۹۸۸ توسط طیمت و همکاران برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد

1. Dahlem, Zimet & Walker
2. Wongpakaran, Wongpakaran & Ruktrakul
3. Self-Compassion Scale-Long Form
4. Neff

استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر به منظور مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی ۲۰۰ نفر افراد مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه و ۲۰۰ نفر فرد عادی انجام شده است. میانگین سنی گروه مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه، $39/45 \pm 3/44$ و میانگین سنی افراد سالم $38/04 \pm 3/11$ بود.

میانگین مولفه های حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

همانطور که در جدول شماره ۲ اراده گردیده است، مقدار F برای متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی و همچنین مولفه های آنها در سطح $(P \geq 0/05)$ قرار دارد که نشان دهنده همسانی واریانس متغیرهای مورد نظر در دو گروه بیماران ام اس و افراد عادی است.

نفس، خود دلسوزی یا شفقت خود به عنوان راه حلی برای رفع مشکلات، ارائه شد. خود دلسوزی به این موضوع اشاره دارد که فرد در مواجهه با شکست‌ها، نقص‌ها و عیوب خود به پذیرش آنها، نه نادیده گرفتن یا غرق شدن در آنها می‌پردازد. همچنین او در مواجهه با شکست‌ها به مهربانی و عطوفت نسبت به خود، نه انتقاد و سرزنش خود، پرداخته و این کاستی‌ها و ضعف‌ها را ملازمات مشترکی میان تمامی انسان‌ها، نه احساس تنها بودن در نقص‌ها و عیوب، بداند. ضریب، پایایی بازآزمایی مقیاس خود دلسوزی $0/93$ است. (نف، ۲۰۰۳). در تحقیق ابوالقاسمی و همکاران ضریب روایی این پرسشنامه $0/89$ و ضریب پایایی این پرسشنامه $0/81$ بدست آمد (ابوالقاسمی، تقی پور، و نریمانی، ۱۳۹۰). مقدار آلفای کرونباخ بین افراد نمونه در این پژوهش، $0/82$ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده های استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیره

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی در بیماران مبتلا به ام. اس و افراد عادی

گروه افراد عادی		گروه بیماران مبتلا به ام. اس		گروه ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر
۱۰/۱۱	۵۲/۴۱	۱۴/۹۰	۶۶/۹۱	حمایت اجتماعی ادراک شده (کل)
۴/۶۵	۱۸/۲۱	۴/۹۲	۲۳/۰۰	حمایت خانواده
۴/۴۳	۱۶/۲۳	۵/۱۱	۲۰/۷۰	حمایت دوستان
۴/۴۷	۱۷/۴۰	۵/۱۷	۲۳/۲۱	حمایت افراد خاص
۷/۶۷	۲۲/۷۲	۹/۹۸	۳۳/۴۴	خود-دلسوزی (کل)
۲/۵۸	۵/۵۴	۶/۵۰	۷/۶۷	مهربانی با خود
۳/۶۹	۳/۳۵	۲/۴۲	۵/۰۶	خود داوری
۳/۶۲	۳/۵۰	۲/۴۵	۶/۰۸	ویژگی مشترک انسانی
۴/۶۹	۳/۶۰	۳/۵۶	۵/۶۴	انزوا
۳/۳۲	۳/۷۵	۲/۷۰	۵/۵۷	ذهن آگاهی
۱/۲۱	۲/۹۸	۳/۶۸	۳/۴۲	بیش آگاهی

جدول ۲. نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس‌های دو گروه در حمایت اجتماعی و خود-دلسوزی

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	ابعاد تصمیم‌گیری
۰/۰۶	۱۹۸	۱	۸/۱۶	حمایت اجتماعی ادراک شده (کل)
۰/۹۶	۱۹۸	۱	۱/۰۲	حمایت خانواده
۰/۱۲	۱۹۸	۱	۱/۲۲	حمایت دوستان
۰/۲۴	۱۹۸	۱	۰/۰۴	حمایت افراد خاص
۰/۵۶	۱۹۸	۱	۳/۵۶	خود-دلسوزی (کل)
۰/۳۵	۱۹۸	۱	۳/۷۸	مهربانی با خود
۰/۷۳	۱۹۸	۱	۴/۵۰	خود داوری
۰/۱۰	۱۹۸	۱	۱/۶۰	ویژگی مشترک انسانی
۰/۱۱	۱۹۸	۱	۳/۶۶	انزوا
۰/۲۱	۱۹۸	۱	۲/۴۵	ذهن آگاهی
۰/۴۰	۱۹۸	۱	۱/۰۱	بیش آگاهی
۰/۰۹	۱۹۸	۱		

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت دو گروه.

متغیر / شاخص	لامبدای ویلکز	درجه آزادی (۱ و ۲)	F	معناداری	اندازه اثر
گروه‌ها	۰/۱۷	۱، ۱۹۸	۴۷/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۱

همچنان که نتایج مندرجات جدول ۴ نشان می-دهد، مقدار F حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی بین افراد مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد سالم معنی دار است ($P \leq 0/01$). به جدول میانگین ها (جدول ۱) افراد مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه از حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی بالاتری نسبت به افراد سالم برخوردارند و در واقع گروه بیماری اسکروز چندگانه به حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان و خود-دلسوزی بیشتری نیاز دارند.

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در شاخص‌های مورد سنجش تفاوت معناداری وجود دارد و بنابراین مدل معنادار می-باشد. در جدول ۴ نتایج این تحلیل به صورت دقیق‌تر ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزس افراد مبتلا به ام. اس و افراد عادی

گروه	متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
	حمایت اجتماعی ادراک شده (کل)	۱۳۲۲/۵۰	۱	۱۳۲۲/۵۰	۵۲/۰۸	۰/۰۱
	حمایت خانواده	۵۲۲/۰۶	۱	۵۲۲/۰۶	۸۱/۴۰	۰/۰۱
	حمایت دوستان	۱۶۵۱/۲۲	۱	۱۶۵۱/۲۲	۶۹/۳	۰/۰۱
	حمایت افراد خاص	۷۳۵/۳۰	۱	۷۳۵/۳۰	۱۲/۹۴	۰/۰۱
گروه	خود-دلسوزی (کل)	۲۱۶۸/۲۵	۱	۲۱۶۸/۲۵	۲۴/۱۳	۰/۰۰۰
	مهربانی با خود	۱۰۷۶/۴۰	۱	۱۰۷۶/۴۰	۹۶/۲۴	۰/۰۱
	خود داوری	۱۸۲/۷۵	۱	۱۸۲/۷۵	۱۰/۵۹	۰/۰۱
	ویژگی مشترک انسانی	۱۲۶/۰۵	۱	۱۲۶/۰۵	۱۱/۰۴	۰/۰۱
	انزوا	۱۳۰۵/۳۰	۱	۷۰۲/۱۵	۱۶/۲۹	۰/۰۰۰
	ذهن آگاهی	۱۸۹۷/۵۰	۱	۹۴۶/۲۵	۱۷/۵۲	۰/۰۰۰
	بیش آگاهی	۴۸۱۸/۰۲	۱	۲۴۹/۰۱	۲۶/۴۷	۰/۰۰۰

نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خود-دلسوزی بین افراد مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد سالم انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد، میانگین افراد مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه در شاخص حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر از گروه سالم است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (رنجبر، تسبیح سazan و کاشانی، ۱۳۹۲؛ آقایی، کاربندی، حیدری و گل خاتمی، ۲۰۱۶؛ کاستا و کال هروی، ۲۰۱۲؛ شوارتز و فرونر، ۲۰۱۶) همسو است و بیانگر این است که افراد مبتلا به اسکروز چندگانه بیشتر به حمایت اجتماعی ادراک شده نیاز دارند. شوارتز و فرونر (۲۰۱۶) در تایید این یافته نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده در بالا بردن سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه موثر است، همچنین رنجبر، تسبیح سazan و کاشانی (۱۳۹۲) نشان دادند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با رضایت از زندگی، رشد و بالندگی، ارتباط مثبت با دیگران و خود پروری بیماران زن مبتلا به ام اس رابطه معناداری وجود دارد.

در توجیه این مطلب می توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش اثرات حوادث منفی روی زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می باشد. حمایت اجتماعی به عنوان قوی ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و

آسان افراد در زمان درگیری افراد مبتلا به اسکروز چندگانه و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند و از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده ، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیتهای بهداشتی و در پایان سازگاری این افراد با بیماری می شود(بنه دیکت^۱، ۲۰۱۳).

حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (سارز، رامیرز و ویلاریل^۲، ۲۰۰۹). همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می کند (رابرت^۳، ۲۰۱۰). همچنین نتایج پژوهش کروکاوکوا و گروتف^۴ (۲۰۰۸) نشان می دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده پایین بیماری اسکروز چندگانه را پیش بینی می کند. درک حمایت اجتماعی می تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد بنفس فرد را افزایش دهد و تاثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و بطور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت

1 . Benedict

2 . Suarez, Ramirez & Villarreal

3 . Roberts

4 . Krokavcova, M. & Groothoff

زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروز را بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد که بین خود-دلسوزی و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد و خود-دلسوزی در این افراد بیشتر است. همچنین با انعطاف پذیری رابطه معنی داری گزارش نشد.

در توجیه این یافته می توان گفت که دلسوزی برای دیگران احتمالاً توانایی دریافت حمایت اجتماعی را افزایش می دهد و می تواند منجر به رفتارهای سازگارانه و انطباقی بیشتر در برابر واکنش-های استرس گردد و نهایتاً رفتارهای سازگارانه و انطباقی در برابر واکنش های استرسی به کاهش بیماری اسکلروز چندگانه منتهی می شود (کوزلی، شانون، مک کای^۲، ۲۰۱۰).

داشتن بیماری اسکلروز چندگانه می تواند برای فرد مبتلا تنیدگی بسیار زیادی ایجاد کند و فرد هم واکنش های نامناسبی در موقعیت های مختلف از خود بروز می دهد که تاثیر نامطلوبی بر روی کل فرد و خانواده دارد (کارجیر و آلتنستین^۳، ۲۰۱۳).

خود-دلسوزی به بیماران مبتلا به اسکلروز چندگانه کمک می کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مساله منجر به خودکارآمدی بهتر آنان می گردد. افزایش خودکارآمدی باعث می شود بیماران ام. اس، احساس رضایت درونی کرده و این امر به نوبه خود موجب افزایش بهزیستی روانی آنان می شود. در مورد مولفه های خود-دلسوزی باید گفت که

زندگی فرد شود. حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقاء، و نتایج مراقبت های حرفه ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می گردد (کورتنز^۱، ۲۰۱۱). به طور کلی بیماران ام. اس احتمالاً به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را دوست نداشتنی و منفی ارزیابی می کنند. برخورداری از حمایت اجتماعی، دوستان خویشاوندان و شبکه های حمایت اجتماعی، ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی می تواند از لحاظ عاطفی و هیجانی نیز روی این بیماران اثر گذاشته و به بهبود کیفیت زندگی آنان منجر گردد.

همچنین میانگین خود-دلسوزی در افراد مبتلا به اسکلروز چندگانه بیشتر از افراد سالم بود این یافته با نتایج پژوهش های (آلن و لیری، ۲۰۱۰؛ آیدان، ۲۰۱۴؛ موریرا، گویا، کورونا، سیلوا و کاناوارو، ۲۰۱۴؛ کریستین، نف و دانیل، ۲۰۱۵؛ نری-هارویت، یان و ویک، ۲۰۱۷) همسو است و بیانگر این است که این بیماران بیشتر از افراد سالم از خود-دلسوزی بهره می برند. در تایید این یافته آلن و لیری (۲۰۱۰) دریافتند که افراد مبتلا به بیماری اسکلروز چندگانه که سطوح بالایی از خود-دلسوزی دارند، راحتتر می توانند موقعیت های منفی را مدیریت کنند و به طور مناسب تری به وقایع ناخوشایند پاسخ بدهند.

نری-هارویت، یان و ویکی (۲۰۱۷) نقش خود-دلسوزی و انعطاف پذیری در کیفیت

2 . Cosley , Shannon, & McCoy

3 . Krieger & Altemstein

1 . Courtens

اساس عملکرد واقعی اش می باشد. با توجه به پذیرش بالای این افراد کمتر دچار اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب و ... می شوند؛ بنابراین خود-دلسوزی باعث بروز رفتارهایی در جهت حفظ و ارتقای بهزیستی روانشناختی می شود. به عبارتی خود-دلسوزی میانجی شکست ها و ناکامی ها می شود و اثرات آن را بر فرد کم می کند (دیجیکسترا و باردز، ۲۰۱۱).

همچنین خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی با ایجاد اثر حفاظتی می توانند افراد را در جهت سلامت هرچه بیشتر سوق دهند.

پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده در مورد نقش خود-دلسوزی بر میزان همدلی و اضطراب ناشی از بیماری اسکروز چندگانه تحقیقاتی صورت گیرد.

فرد خود-دلسوز از احساسات دردناک اجتناب نمی کند بلکه با مهربانی و فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می شود (نف و گرمر، ۲۰۱۳).

افرادی که خود-دلسوزی بالای دارند با توجه به پذیرش خود بالا و خود انتقادی پایینی که دارند احساس ارزشمندی می کنند. به علاوه افرادی که خود-دلسوزی بالایی دارند در تجربه وقایع ناخوشایند که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه همه انسانها ممکن است خطا کنند و همه انسانها مرتکب اشتباه می شوند، احساسات منفی کمتری تجربه می کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). این موارد سبب می شود فرد به جای غرق شدن در هیجانات منفی و مقصر دانستن خود و احساس انزوا و تنها بودن به پذیرش آنها و سعی در جبران آن برآید بنابراین عزت نفس خود را از دست نمی دهند و از لحاظ روانی مشکلی نخواهد داشت. بر اساس، این مفهوم بیماران ام. اس که از خود-دلسوزی بالایی برخوردارند در مواجهه با شکست ها و ناکامی هایی که خود علت آن هستند را می پذیرند و معتقدند که تمامی انسانها نیز می توانند دچار بیماری شوند. بنابراین افرادی که خود دلسوز هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خود-دلسوزی کمتری دارند تجربه می نمایند. بیمارانی که خود دلسوزی بیشتری دارند از آنجایی که با سخت گیری کمتر خودش را مورد داوری قرار می دهند، وقایع دردناک را راحت تر می پذیرد و خودارزیابی ها و واکنش هایشان بر

منابع

- مبتلا به ام اس، فصلنامه علمی پژوهشی فیض، دوره ۱۲، شماره ۲، ۵۰-۴۲.
- عابدینی، م.؛ حبیبی ساروی، ر.؛ زروانی، ا. فرهمند، م. (۱۳۸۷). اپیدمیولوژی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در استان مازندران در سال ۱۳۸۶، گزارش کوتاه، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۱۱، شماره ۴، ۸۶-۸۲.
- میکائیلی، ن.؛ مختارپور، ا و میسمی، س. (۱۳۹۱). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبرد های مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، یافته های نو در روان شناسی، سال ۷، شماره ۲۳، ۱۷-۵.
- ابوالقاسمی، ع، تقی پور، م و نریمانی، م. (۱۳۹۰). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره ۱، ۴۵-۳۰.
- خباز، م. (۱۳۹۲). ارتباط احساس غربت و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان دانشجویان تازه وارد. دوفصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال نوزدهم - دوره جدید - شماره ۶، ۵۸-۵۷.
- رنجیر، س؛ تسبیح سازان، س؛ و کاشانی، ف. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان شناختی بیماران زن mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of Neurological Science*. 231(1),29 – 34.
- Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin J. (2010). Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: a systematic review. *Clin Rehabil*.24 (9):789-801.
- Cosley, J. Shannon, K., McCoy S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 23, 207-18.
- Costa DC, Sá MJ, Calheiros JM.(2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple
- Aghaei,N, Karbandi,S. Heidari,M.A. Golkhatmi,M.(2016). Social Support in Relation to Fatigue Symptoms Among Patients with Multiple Sclerosis, *Indian J Palliat Care*. 22(2): 163-167.
- Allen, A. B., and Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- Aydan, A. (2014) A comparison of the alexithymia and self-compassion of the patients with multiple sclerosis and normal people, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 720 – 729.
- Benedict, RHB. (2013). Predicting quality of life in multiple sclerosis: For physical disability, fatigue, cognition,

- sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 70:108-13. [PubMed].
- Courtens, A.M. (2011). Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs*, (3), 162-169.
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A a confirmation study. *J Clin Psychology*, 47(6), 756-61.
- DeLuca, J.; (2004). "Is speed of processing or working memory the primary information processing deficit in multiple sclerosis"? *J Clin Exp Neuropsychol*, 26(4), 550-562. doi:10.1080/13803390490496641.
- Dijkstra, P., & Barelds, D. P. H. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*, 8(4), 419-422.
- Kristin D. Neff & Daniel J. Faso. (2015). Investigating the relationship between self-compassion and psychological well-being of people with MS, *Current Approaches to Psychiatry*.5 (4): 507-527.
- Krokavcova, M. & Groothoff, J. W. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*, (73), 159-165.
- Lee, E.H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K. (2009). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*, 27(5), 425-433.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2014). Investigating the relationship between stress and self-compassion in chronic patients. *Journal of Clinical Psychology*, 69 : pp 28-44.
- Neff K, D. (2008). Self-Compassion and Self- Construal in the United States, Thailand, and Taiwa. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi:10. 1080 / 15298860309027.
- Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69: pp 28-44.
- Neff, K.D., Rude, S.S., Kirkpatrick, K.L. (2009). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality trait. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Roberts, J.E. (2010). Social support and personality in depression: Implications from quantitative genetics. In: Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, Sarason BR (editors). *Sourcebook of social support and personality*. New York: Plenum, 187-214.
- Schwartz C, Frohner R. (2016). Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. *Health Soc Work.* 30:203-12.
- Shapira, B., Leah, Mongrain & Myriam. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5 (5), 377- 389.

Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R. (2009). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med*, 19(1), 47-52.

Thaddeus, W.W. Pace, Adame, D.D., Cole, P.S., Sivilli, T.I., Brown, D.T., Issa, M.J., Raison LC. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psych neuroendocrinology*, 34, 87-98.

Wering DJ, Thampson AJ. (2010). Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Drugs Today*. 34:145-56.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 7, 161–166.