

مقایسه مؤلفه‌های شخصیت، نشخوار فکری و خودشفقت‌ورزی در بیماران مبتلا به

میاستنی گراویس و افراد عادی

*علی افشاری^۱، فاطمه کاظمی مهیاری^۲

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۲۰)

Comparison of Personality Components, Rumination and Self-Compassion in Patients with Myasthenia Gravis and Healthy Controls

*Ali Afshari¹, Fatemeh Kazemi Mahyari²

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran.

2. M.A. of General Psychology, Tehran South Branch, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Feb. 26, 2020 - Accepted: Oct. 11, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the components of personality, rumination and self-compassion in patients with myasthenia gravis and normal individuals. The present study is of applied and causal-comparative type. **Method:** The statistical population included all patients with myasthenia gravis disorder in Tehran. Using available sampling method, 100 patients (50 patients with myasthenia gravis and 50 healthy individuals) were considered. Research tools included the Neo Personality Inventory (Costa and McCruff 1985), the Ruminant Inventory Inventory (Nolen-Hooksma, 1991), and the Self-Compassion Scale (Neff and Bratos, 2003). One-way analysis of variance was used to analyze the data. **Findings:** The results showed that there was a significant difference between patients with myasthenia gravis and healthy individuals in terms of personality components, rumination and self-compassion ($P < 0.01$). **Conclusion:** Therefore, trying to study rumination and disturbed psyche can be an important step to improve the mental health of myasthenia gravis patients.

Keywords: Personality, Rumination, Self-Compassion, Myasthenia Gravis.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه مؤلفه‌های شخصیت، نشخوار فکری و خودشفقت‌ورزی در بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و علی-مقایسه‌ای است. روش: جامعه آماری شامل کل بیماران دارای اختلال میاستنی گراویس شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه‌برداری در دسترس ۱۰۰ نفر (۵۰ بیمار مبتلا به میاستنی گراویس و ۵۰ فرد عادی) در نظر گرفته شد. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه شخصیتی نئو (کوستا و مک‌کریف ۱۹۸۵)، سیاهه نشخوار فکری (نولن-هوکسما، ۱۹۹۱) و مقیاس خودشفقت‌ورزی (نِف و براتوس، ۲۰۰۳) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی از لحاظ مؤلفه‌های شخصیت، نشخوار فکری و خودشفقت‌ورزی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین تلاش در راستای بررسی نشخوار فکری و روان‌آزرده می‌تواند گامی مهم جهت ارتقای سلامت روانی بیماران میاستنی گراویس باشد.

واژگان کلیدی: شخصیت، نشخوار فکری، خودشفقت‌ورزی، میاستنی گراویس.

*نویسنده مسئول: علی افشاری

*Corresponding Author: Ali Afshari

Email: a_afshari@maragheh.ac.ir

مقدمه

۱۰۰۰۰۰ ذکر شده است. موارد فامیلی آن نیز دیده شده است (مائو، یانگ، مو، کین، لای، هی و هاجت^۷، ۲۰۱۱). بیماری‌های مزمن از مسائل اصلی بهداشتی درمانی در جوامع جدید هستند. این بیماری‌ها بر فعالیت‌های معمول و روزانه زندگی اثر می‌گذارند (ورشون، هوجبرس، پلامب، نیکس، مالنار و مارتینز-مارتینز^۸، ۲۰۱۳).

بیماری میاستنی گراویس شکل‌دهنده برخی حالات خاص است و ویژگی‌های شخصیتی و دیگر مؤلفه‌های مرتبط نیز بر آن تأثیر می‌گذارند (یاماتو، کیمورا، واتاناب و یوشیکاوا^۹، ۲۰۱۹). شخصیت را بر اساس رگه بارز^{۱۰}، یا مسلط^{۱۱} یا شاخص فرد تعریف کرده‌اند و بر این اساس است که افراد را دارای شخصیت برون‌گرا، یا درون‌گرا و یا پرخاشگر و امثال آن می‌دانند (زیدنر^{۱۲}، ۲۰۱۱). افرادی چون آیزنگ (۱۹۶۳) با شناسایی سه بعد شخصیتی درون‌گرایی^{۱۳}، روان‌آزردگی^{۱۴} و روان‌گسستگی^{۱۵} و کاستا و مک کری (۱۹۸۷) با معرفی پنج بعد شخصیتی روان‌آزردگی، برون‌گردی^{۱۶}، گشودگی^{۱۷}، توافق‌جویی^{۱۸} و وظیفه‌شناسی^{۱۹} در زمره نخستین افرادی بودند که قائل به طبقه‌بندی افراد بر اساس رگه‌ها شخصیتی

تأثیر حالات روانی بر کنش‌های بدن از دیرباز مورد توجه بوده است، اما در اوایل قرن بیستم بیشتر مورد توجه قرار گرفت که نتیجه آن توجه فزاینده به اهمیت عوامل روان‌شناختی در تاریخچه اختلال‌ها، پیشگیری از ناتوانی در بیماری‌ها و پیشرفت سیر درمان بوده است (سایب^۱، ۲۰۱۴). بیماری میاستنی گراویس^۲ نوعی فلج ماهیچه‌ای است که علت آن فعالیت ایمنی علیه گیرنده‌های استیل کولین^۳ در سیناپس عصبی عضلانی است (ژانگ، تزارتوس، بلیمزی، راقب، بیلیمیر، لویس و می^۴، ۲۰۱۲). این بیماری نوجوانان و بزرگسالان جوان از هر دو جنس را مبتلا می‌سازد ولی در خانم‌ها شایع‌تر است (بریچ-آکنین، فرنکیان-کولیر و ایمارد^۵، ۲۰۱۴). بیماری‌های مزمن آمار ۶۰ درصد از کل مرگ‌ها را در سراسر جهان به خود اختصاص داده است (راجر^۶، ۲۰۱۳) و شیوع این بیماری‌ها در تمام مناطق و تمام طبقات اقتصادی اجتماعی دیده می‌شود. به‌طور کلی از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۴ مورد ابتلا به میاستنی گراویس مشاهده می‌شود. حداکثر وقوع آن در خانم‌ها ۲۰ تا ۳۰ سالگی و در مردها دهه ۶ و ۷ گزارش شده است. در زیر ۴۰ سالگی زنان ۲ تا ۳ برابر مردان درگیر می‌شوند و در اواخر عمر در مردان شایع‌تر می‌باشد. شیوع آن در برخی کشورها از ۴۳ تا ۸۴ در میلیون تا ۱۴ در

7. Mao, Yang, Mo, Qin, Lai, He & Hackett
8. Verschuuren, Huijbers, Plomp, Niks, Molenaar, Martinez-Martinez
9. Yamamoto, Kimura, Watanabe & Yoshikawa
10. Obvious trait
11. dominant trait
12. Zeidner
13. introspection
14. neuroticism
15. psychosis
16. extroversion
17. openness
18. agreeableness
19. conscientiousness

1. Sieb
2. myasthenia gravis
3. Acetylcholine receptors
4. Zhang, Tzartos, Belimezi, Ragheb, Bealmeat, Lewis & Mei
5. Berrih-Aknin, Frenkian-Cuvelier, & Eymard
6. Roger

با سلامتی با این ویژگی‌های شخصیتی مرتبط باشد (استریکوسر، زیل و کریزان، ۲۰۱۷) مانند سیگار کشیدن، بیش‌ازحد غذا خوردن و انجام سایر رفتارهای خطرناک، مانند مصرف دارو (هاکولینن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵؛ مونافو، زیتلر و کلارک^{۱۱}، ۲۰۰۷). مسیر دیگر ممکن است از طریق تغییرات التهابی مستقیم از طریق اختلال در عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز (HPA)^{۱۲} باشد، زیرا ویژگی‌های شخصیتی درک و واکنش به شرایط و محیط‌های استرس‌زا را شکل می‌دهند (چاپمن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱).

در مطالعه بوگدان و همکاران (۲۰۲۰)، نتایج نشان داد که عوامل هیجانی و صفات شخصیتی بر بیماری میاستنی گراویس تأثیر دارد؛ نتایج آنان نشان داد میزان استرس در بیماران میاستنی گراویس بالاتر بوده و سطح روان رنجورخویی نیز نسبت به بقیه صفات نیز در مرتبه بالاتری قرار داشت.

روابط بین شخصیت و اختلالات مزمن بسیار پیچیده و دوطرفه است. شخصیت یکی از اصلی‌ترین عوامل قابل انطباق، تعامل و رفتار انسان در محیط‌های مختلف است؛ اما اختلالات مزمن بر وضعیت عاطفی بیماران تأثیر می‌گذارد (کامرون، برتنشاو و شیرن^{۱۴}، ۲۰۱۵). ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند شروع علامت‌شناسی روانپزشکی را پیش‌بینی کند. در بیماران با اختلالات مزمن خطر ابتلا به اختلالات افسردگی

بودند (به نقل از رایت^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). در زمینه ارتباط رگه‌ها شخصیتی در بین بیماران مزمن، باینینگ^۲ (۲۰۱۵)، در تحلیل از رگه‌ها شخصیتی و اثر آن بر درمان بیماری‌های نورولوژیکی نشان داد که اصول اساسی رگه‌ها شخصیتی و الگوهای شخصیتی مختلف بر نحوه درمان^۳ و امید بهبودی درمان^۴ اثرگذار است. در تعریف مهم‌ترین عوامل موجود شخصیتی همواره بحث‌های مختلف و متفاوتی همراه بوده است (زیدنر، ۲۰۱۱). اهمیت رگه‌ها شخصیتی به نقشی است که در ایجاد اختلالات و دیگر عوامل فردی و محیطی ایفا می‌کند، روابط مشخص و تأثیرگذاری بین این اختلال و عوامل آسیب‌زننده فردی و اجتماعی وجود دارد و افرادی با ویژگی‌های شخصیتی متفاوت نگرش و باورهای متفاوتی را دارند (چامارو^۵، ۲۰۰۵).

در میان پنج بعد بزرگ شخصیتی، روان رنجوری بالا و همچنین وظیفه‌شناسی پایین با سلامت جسمی ضعیف (لوکنهوف، سوتین، فروسی و کاستا^۶، ۲۰۰۸)، بیماری‌های مزمن (استریکوسر، زیل و کریزان^۷، ۲۰۱۷)، سیستم ایمنی ضعیف (واگنر^۸ و همکاران، ۲۰۱۹) و مرگ‌ومیر ارتباط دارد (جوکلا^۹ و همکاران، ۲۰۱۳). تا حدی، پیامدهای منفی سلامتی ممکن است به‌طور غیرمستقیم از طریق رفتارهای مرتبط

1. Wright
2. buining
3. treatment
4. hope of improved treatment
5. Chamorro
6. Löckenhoff, Sutin, Ferrucci & Costa
7. Strickhouser, Zell & Krizan
8. Wagner
9. Jokela

10. Hakulinen
11. Munafo, Zettler & Clark
12. hypothalamic-pituitary axis (HPA)
13. Chapman
14. Cameron, Bertenshaw, & Sheeran

گرفته است (واتکینز^۵، ۲۰۰۹). با این حال، نشخوار فکری در نظریه‌های مختلف به شیوه متفاوتی تعریف شده است. برای مثال طبق مدل کان وی، سانک، هولم و بلیک^۶ (۲۰۰۰؛ به نقل از نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۱۳)، نشخوار فکری به صورت افکار تکرارشونده^۷ نسبت به پریشانی موجود و موقعیت ایجاد شده نسبت به غم و اندوه شناخته می‌شود همچنین طبق تعریف آلوی^۸ و همکاران (۲۰۰۰؛ به نقل از واتکینز، ۲۰۰۹)، نشخوار فکری به صورت استنتاج و برداشت‌های منفی در ارتباط با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی است. نولن- هوکسما و همکاران (۲۰۱۳)، عنوان کردند که پاسخ‌های نشخوار فکری با توجه و تمرکز بر غمگینی یا خلق افسرده در ارتباط است. در سبک پاسخ نشخوار فکری، احتمال اینکه اشخاص خاطرات منفی بیشتر، دسترسی به افکار منفی و استنباط‌های بدبینانه بیشتری درباره حوادث زندگی را بازیابی کنند، افزایش می‌دهد. همچنین مک‌لافلین و نولن- هوکسما^۹ (۲۰۱۱)، مطرح می‌کنند که نشخوار فکری بر خلق افسرده به وسیله تداخل توجه و تمرکز و میزان یادآوری بالای حوادث منفی و همچنین افزایش توضیح‌های افسرده‌وار فرد برای حوادث منفی زندگی، عمل می‌کند. نشخوار فکری، نوعی سبک مقابله با خلق غمگین محسوب می‌شود که تا رفع ناهمخوانی میان حالت فعلی و آرمانی ادامه می‌یابد و می‌تواند به عنوان پاسخی به آگاهی از

و اضطرابی و اختلالات خواب وجود دارد که ممکن است کیفیت زندگی آن‌ها را مختل کند (شن، یانگ، کیو و تسای^۱، ۲۰۱۵).

خودشفقت‌ورزی با مهربان و متأثر بودن در برابر رنج‌های شخصی، داشتن احساسات مراقبت و مهربانی نسبت به خود، داشتن دیدگاه غیرقضاوتی در برابر شکست‌ها و ناملایمات و تشخیص این نکته که تجارب هر شخصی، بخشی از تجارب مشترک انسانی است، ارتباط دارد؛ بنابراین هنگامی که ویژگی‌های شخصیتی با احساس مراقبت از خود همراه شود، می‌تواند اثر مضاعفی ایجاد کند که فرد را در برابر ناملایمات و شکست‌ها محفوظ بدارد (کامپوس، سیلو، کوئرا، بریتون-لوپز، بوتلا، سولر، گارسیا-کامپایو، دیمارزو و بانوس^۲، ۲۰۱۵). همچنین افرادی با ویژگی درون‌گرایی میزان بیشتری از آسیب‌های مرتبط با نشخوار فکری را گزارش می‌کنند (آفریشام، نجاتی و سلیمانی‌فر^۳، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از عواملی که در بین افراد دارای بیماری‌های مزمن مطرح است، نشخوار فکری^۴ است (ورن و همکاران، ۲۰۱۲). نشخوار فکری به طور کلی به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند (نوفرستی و همکاران، ۱۳۹۳). نشخوار فکری به طور گسترده‌ای به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناختی و به عنوان زمینه‌ای برای بیماری‌های روانی و جسمانی مورد پژوهش قرار

5. Watkins

6. Conway, Sank, Holm & Blake

7. repetitive thoughts

8. Alloy

9. McLaughlin, & Nolen-Hoeksema

1. Shen, Yang, Kuo, & Tsai

2. Campos, Cebolla, Quero, Breton-Lopez, Botella,

Soler, Garcia-Campayo, Demarzo, Banos

3. Afrisham, Nejadi, SoliemaniFar

4. Rumination

دست یافتند که خودشفقت‌ورزی احتمال سازگاری را افزایش داده و احساسات اعتمادپذیری و صحت را که منجر به آشفتگی عاطفی کمتر و سطح بالاتری از بهزیستی عاطفی می‌شوند را هم ارتقا می‌بخشد. به این دلیل که خودشفقت‌ورزی هیجان‌های منفی‌تر در مورد خود مانند احساس بی‌کفایتی یا شکست را به هیجان‌های مثبت نظیر احساس مهربانی و درک خود تبدیل می‌کند، خودشفقت‌ورزی بسیاری از فواید روان‌شناختی مرتبط با حرمت خود بالا را تضمین می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی با پاسخ تطبیقی و سازگارانه به بیماری همراه است (بریون و همکاران، ۲۰۱۴). ورن و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که سطوح بالای خودشفقت‌ورزی با سطوح پایین‌تر شدت درد و ناخشنودی، عاطفه منفی و فاجعه‌سازی درد و با سطوح بالای عاطفه مثبت در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی مداوم همراه است و با پایبندی پزشکی بهتر و کاهش تیدگی در بیماران مرتبط است (سیرویس و هیرسچ، ۲۰۱۹). در مورد ضرورت پژوهش می‌توان گفت منابع و پژوهش‌های انجام شده درباره بیماری میاستنی گراویس بسیار اندک بوده و خود گواه بر این مدعاست که پرداختن به عوامل روان‌شناختی و جسمانی این بیماران در قالب پژوهش‌هایی از این دست بسیار مهم بوده و به تدابیر درمانی روان‌شناختی آن‌ها کمک شایانی خواهد کرد. همچنین این پژوهش به دنبال مقایسه متغیرهایی چون مؤلفه‌هایی شخصیت، نشخوار فکری و خود شفقت‌ورزی در بیماران مبتلا به میاستینی

تفاوت میان حالت فعلی و آرمانی شخص محسوب شود (پاپاگریگور^۱ و ولز، ۲۰۰۳)؛ از این رو افرادی که احساس می‌کنند نمی‌توانند شفقت به خود را در خودشان بالا ببرند، احساس می‌کنند، بیشتر با حالت آرمانی فاصله دارند و روند نشخوار فکری آنان افزایش می‌یابد.

عامل روان‌شناختی دیگری که در بین بیماران میاستینی گراویس مطرح است، خودشفقت‌ورزی است (بنت، کروکر، کووالسکی و کلارک^۲، ۲۰۱۵). نف و کرمر^۳ (۲۰۱۳)، مشخص کردند خودشفقت‌ورزی شامل آگاهی و بازشناسی از این مسئله است که درد و رنج بخشی طبیعی از وضعیت بشر است. نتایج حاصل از این مطالعات حاکی از این است که رفتار نامهربانانه و عدم خودشفقت‌ورزی، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت (نف و کرمر، ۲۰۱۳). در مقابل این مساله نیز تأیید شده است که رفتار مهربانانه و خودشفقت‌ورزی، رفتاری توأم با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران را به دنبال دارد. در حقیقت نف و برتواس (۲۰۰۲)؛ نقل از یرنل، استافورد، نف، ریلی، ناکس و مولارکی^۴، (۲۰۱۵)، نشان دادند که افرادی که سهم بالاتری از نظر خودشفقت‌ورزی دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند. سپس یارنل و نف (۲۰۰۳)؛ به نقل از بنت، کروکر، کووالسکی و کلارک^۵، (۲۰۱۵)، به این نتیجه دست

1. Papagrigor & Velz
2. Bennett, Crocker, Kowalski, & Clarke
3. Neff, & Germer
4. Yarnell, Stafford, Neff, Reilly, Knox, & Mullarkey Mullarkey
5. Bennett, Crocker, Kowalski, & Clarke

همه اعضای پژوهش از روش نمونه‌برداری در دسترس استفاده شد. از بین بیماران میاستنی گراویس مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی که تمایل به همکاری در مطالعه را داشتند انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۰۰ نفر (۵۰ بیمار مبتلا به میاستنی گراویس و ۵۰ فرد عادی) در نظر گرفته شد. حجم نمونه بر اساس دیدگاه سرمد (۱۳۹۱) برای پژوهش علی-مقایسه ای حداقل ۳۰ نفر که در این پژوهش با انتخاب حجم نمونه بیشتر از ۳۰ نفر این مفروضه رعایت شده است. تشخیص میاستنی گراویس بر اساس معاینه نورولوژی، آزمون تنسیلون، الکترونورودیاگنوزیس و در موارد مشکوک MRI مغز انجام می‌شد. افراد عادی از داوطلبان اهداء خون مراجعه‌کننده به مرکز انتقال خون منطقه شش شهر تهران که در دهه سوم و چهارم زندگی بودند و در شرح حال فاقد بیماری‌هایی مثل دیابت، پرکاری تیروئید بودند، انتخاب شدند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و آن‌ها حق دارند که هر زمان مایل بودند از پژوهش خارج شوند.

پرسشنامه‌هایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت عبارت‌اند از:

سیاهه شخصیت نئو^۱ (NEO-FFI): سیاهه شخصیت^۲ فرم تجدیدنظر شده سیاهه شخصیتی نئو و جانشین آن است که در سال ۱۹۸۵ توسط کوستا و مک‌کری تهیه شده است (گروسی فرشی، مهربار و قاضی طباطبائی، ۱۳۸۰). در این تحقیق، از فرم کوتاه و ۶۰ سؤالی این تست (NEO-

گراویس و افراد عادی می‌باشد که در این خصوص تحقیقات خیلی اندکی انجام گرفته و برای اولین بار در سطح کشور انجام می‌گیرد. ویژگی‌های شخصیتی چون روان آزدگی و نشخوار فکری دارای جنبه‌های منفی روان‌شناختی بوده که سبب مشکلات بیشتر برای بیماران میاستنی گراویس می‌شود از طرفی دیگر تحقیقات در جمعیت‌های عادی نیز نشان می‌دهد که افراد با سطوح بالای خودشفقت‌ورزی، عاطفه منفی کمتر، عاطفه مثبت بیشتر و سطوح بالای بهزیستی را نشان می‌دهند. در واقع افراد با خودشفقت‌ورزی بالا تمام جنبه‌های زندگی خود را از جمله رویدادهای منفی مانند شرایط درد را می‌پذیرند (نف، کیرک‌پاتریک و رود، ۲۰۰۷).

بنابراین محقق در تلاش است تا با شناخت عوامل مهم و زیر بنایی شخصیت و دیگر عوامل مهم اقدامی مفید و مؤثر جهت تهیه و تنظیم مداخلات روان‌شناختی این بیماران انجام گیرد.

با توجه به مطالب مذکور، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مولفه‌های شخصیت، نشخوار فکری و خودشفقت‌ورزی بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی متفاوت است؟

روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف از نوع کاربردی و پژوهش علی-مقایسه ای است. جامعه آماری شامل کل بیماران دارای اختلال میاستنی گراویس منطقه شش شهر تهران بود که به علت پراکندگی زیاد اعضای جامعه پژوهش و عدم دسترسی به

1. Neo Personality inventory

2. Personality Inventory

(موریس و جونز، ۲۰۰۵). با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲) نشان داده شد که این مقیاس اعتبار درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه‌ای آن نیز پنج مرتبه اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخوار فکری، اعتبار درونی بالایی دارد (لطفی نیا و همکاران، ۱۳۸۶). ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد همبستگی بازآزمایی برای سیاهه نشخوار فکری، ۰/۶۷ است. لطفی نیا و همکاران (۱۳۸۶) ضرایب اعتبار آن را با اجرا بر روی ۵۴ نفر دانشجوی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر روایی سیاهه نشخوار فکری، ۰/۷۸ بدست آمد.

مقیاس خودشفقت‌ورزی^۲: مقیاس خود شفقت‌ورزی توسط نف^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد؛ که شامل ۲۶ گویه و ۶ ماده مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی^۴ در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ نمره‌گذاری می‌گردد. همسانی درونی ماده‌ها از طریق آلفا کرونباخ در نسخه ایرانی "خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲)" چنین گزارش شده است: مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵،

FFI استفاده می‌شود که سؤال‌های آن در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و توسط خود فرد پاسخ داده می‌شوند. این پرسشنامه پنج عامل اصلی شخصیت که شامل روان آزرده‌گی، برون‌گردی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی را اندازه می‌گیرد. مک‌کری و کوستا در سال ۱۹۸۳ فرم ۶۰ سؤالی نئو را بر روی ۲۰۸ دانشجو به فاصله ۳ ماه اجرا کردند و ضرایب اعتبار ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ را به ترتیب برای عوامل A, O, E, N و C به دست آوردند. در تحقیقی گروسی (۱۳۸۰)، اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته برای مقیاس‌های این سیاهه، بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و دامنه ضریب همسانی درونی آن ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. اکثر تحقیقات، اعتبار این مقیاس را مورد تأیید قرار داده‌اند (گروسی و همکاران، ۱۳۸۰). روایی این پرسشنامه بر اساس استفاده همزمان از پرسشنامه شخصیتی آیزنک ۰/۶۷ به دست آمد (گروسی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ صفات شخصیتی روان‌نزدی، برون‌گردی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۹، ۰/۷۲، ۰/۹۶ و ۰/۸۱ بدست آمد.

سیاهه نشخوار فکری^۱: سیاهه نشخوار فکری یک ابزار ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن در مقیاسی ۴ نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون دامنه نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. نمره کل نشخوار فکری به وسیله جمع همه ماده‌ها محاسبه می‌شود

2. self-compassion.scale

3. Neff

4. Kindness with oneself, judgment about oneself, commonalities, isolation, consciousness or extreme awareness and extremism

1. Rumination Inventory

۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۹۲، ۰/۸۸ و کل مقیاس، ۰/۸۶ بدست آمد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

به‌شماره ۰/۸۰، همانندسازی افراطی ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۷۶ است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شماره یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب

یافته‌ها

را نشان می‌دهد. به‌منظور بررسی اینکه آیا تفاوت مشاهده شده از لحاظ آماری معنادار است یا خیر از آزمون تحلیل واریانس استفاده می‌شود.

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	متغیر
۵۰	۸/۹۹	۳۵/۶۲	میاستنی گراویس	روان آزرده‌گی
۵۰	۷/۲۸	۳۰/۴۲	عادی	
۵۰	۷/۲۷	۲۹/۸۸	میاستنی گراویس	برونگرایی
۵۰	۵/۵۶	۳۳/۹۴	عادی	
۵۰	۴/۱۷	۳۵/۹۰	میاستنی گراویس	اشتیاق به تجارب
۵۰	۳/۸۳	۳۸/۲۶	عادی	
۵۰	۶/۸۵	۳۸/۶۶	میاستنی گراویس	توافق‌جویی‌پذیری
۵۰	۵/۴۲	۴۲/۶۰	عادی	
۵۰	۵/۸۲	۳۷/۱۴	میاستنی گراویس	وظیفه‌شناسی
۵۰	۴/۰۷	۴۹/۵۶	عادی	
۵۰	۱۳/۱۳	۴۹/۰۶	میاستنی گراویس	نشخوار فکری
۵۰	۹/۵۴	۴۱/۵۰	عادی	
۵۰	۲/۸۳	۱۲/۷۶	میاستنی گراویس	مهربانی به خود
۵۰	۲/۲۷	۱۹/۷۰	عادی	
۵۰	۲/۴۴	۱۱/۳۸	میاستنی گراویس	قضاوت
۵۰	۲/۸۴	۱۸/۰۴	عادی	
۵۰	۲/۵۱	۱۰/۹۸	میاستنی گراویس	تجارب مشترک
۵۰	۱/۵۱	۱۶/۰۱	عادی	
۵۰	۳/۹۵	۱۳/۸۶	میاستنی گراویس	انزوا
۵۰	۳/۳۹	۱۱/۷۲	عادی	
۵۰	۳/۱۸	۱۲/۶۶	میاستنی گراویس	ذهن آگاهی
۵۰	۲/۵۷	۱۴/۳۸	عادی	
۵۰	۳/۸۰	۱۰/۴۶	میاستنی گراویس	همانندسازی
۵۰	۳/۲۴	۱۲/۵۴	عادی	

فکری تفاوت معناداری وجود دارد ($F(۱۲) = ۱۶/۶۴۴$) = $P < ۰/۰۱$). برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۶-۴ آمده است.

جدول شماره ۲، آزمون لامبدای ویلکز برای مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار

جدول ۲. آزمون لامبدای ویلکز برای مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۳۰۳	۱۶/۶۴۴	۱۲/۰۰۰	۸۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷

که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون‌های لامبدای ویلکز و لون، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۳، نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی را نشان می‌دهد. جدول فوق گویای آن است که واریانس‌های مربوط به مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند.

جدول ۳. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
روان ازردگی	۲/۰۴۰	۱	۹۸	۰/۱۵۶
برونگرایی	۲/۶۶۹	۱	۹۸	۰/۱۰۶
اشتیاق به تجارب	۱/۱۸۷	۱	۹۸	۰/۲۷۹
توافق‌جویی‌پذیری	۱/۴۸۱	۱	۹۸	۰/۳۷۰
وظیفه شناسی	۱/۰۰۹	۱	۹۸	۰/۲۷۰
همانندسازی	۲/۷۴۷	۱	۹۸	۰/۱۰۱
مهربانی به خود	۰/۴۹۰	۱	۹۸	۰/۴۸۵
قضاوت	۲/۸۴۷	۱	۹۸	۰/۱۰۰
تجارب مشترک	۱/۴۱۳	۱	۹۸	۰/۲۳۷
انزوا	۲/۹۶۶	۱	۹۸	۰/۴۹۰
ذهن آگاهی	۱/۲۵۹	۱	۹۸	۰/۲۶۵
نشخوار فکری	۲/۸۵۷	۱	۹۸	۰/۱۷۰

جدول ۴. نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مولفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
کروه					
روان آزرده‌گی	۶۷۶/۰۰۰	۱	۶۷۶/۰۰۰	۱۰/۰۹۶	۰/۰۰۲
برونگرایی	۴۱۲/۰۹۰	۱	۴۱۲/۰۹۰	۹/۸۲۶	۰/۰۰۲
اشتیاق به تجارب	۱۳۹/۲۴۰	۱	۱۳۹/۲۴۰	۸/۶۵۸	۰/۰۰۴
توافق جویی پذیری	۳۸۸/۰۹۰	۱	۳۸۸/۰۹۰	۱۰/۱۵۰	۰/۰۰۲
وظیفه‌شناسی	۳۸۵۶/۴۱۰	۱	۳۸۵۶/۴۱۰	۱۵۲/۶۱۶	۰/۰۰۱
همانندسازی	۱۲۰۴/۰۹۰	۱	۱۲۰۴/۰۹۰	۱۸۱/۶۴۶	۰/۰۰۱
مهربانی به خود	۱۱۰۸/۸۹۰	۱	۱۱۰۸/۸۹۰	۱۵۷/۵۶۳	۰/۰۰۱
قضاوت	۶۳۰/۰۱۰	۱	۶۳۰/۰۱۰	۱۴۵/۹۶۷	۰/۰۰۱
تجارب مشترک	۱۱۴/۴۹۰	۱	۱۱۴/۴۹۰	۸/۴۳۵	۰/۰۰۵
انزوا	۷۳/۹۶۰	۱	۷۳/۹۶۰	۸/۸۲۸	۰/۰۰۴
ذهن آگاهی	۱۰۸/۱۶۰	۱	۱۰۸/۱۶۰	۸/۶۴۰	۰/۰۰۴
نشخوار فکری	۱۴۲۸/۸۴۰	۱	۱۴۲۸/۸۴۰	۱۰/۸۴۵	۰/۰۰۱
خطا					
روان آزرده‌گی	۶۵۶۱/۹۶۰	۹۸	۶۶/۹۵۹		
برونگرایی	۴۱۱۰/۱۰۰	۹۸	۴۱/۹۴۰		
اشتیاق به تجارب	۱۵۷۶/۱۲۰	۹۸	۱۶/۰۸۳		
توافق جویی پذیری	۳۷۴۷/۲۲۰	۹۸	۳۸/۲۳۷		
وظیفه‌شناسی	۲۴۷۶/۳۴۰	۹۸	۲۵/۲۶۹		
همانندسازی	۶۴۹/۶۲۰	۹۸	۶/۶۲۹		
مهربانی به خود	۶۸۹/۷۰۰	۹۸	۷/۰۳۸		
قضاوت	۴۲۲/۹۸۰	۹۸	۴/۳۱۶		
تجارب مشترک	۱۳۳۰/۱۰۰	۹۸	۱۳/۵۷۲		
انزوا	۸۲۱/۰۰۰	۹۸	۸/۳۷۸		
ذهن آگاهی	۱۲۲۶/۸۴۰	۹۸	۱۲/۵۱۹		
نشخوار فکری	۱۲۹۱۱/۳۲۰	۹۸	۱۳۱/۷۴۸		
کل					
روان آزرده‌گی	۱۱۶۲۷۰/۰۰۰	۱۰۰			
برونگرایی	۱۰۶۳۴۷/۰۰۰	۱۰۰			
اشتیاق به تجارب	۱۳۹۲۰۸/۰۰۰	۱۰۰			
توافق جویی پذیری	۱۶۹۲۱۵/۰۰۰	۱۰۰			
وظیفه‌شناسی	۱۹۴۲۵۵/۰۰۰	۱۰۰			
همانندسازی	۲۸۱۹۵/۰۰۰	۱۰۰			
مهربانی به خود	۲۳۴۳۷/۰۰۰	۱۰۰			
قضاوت	۱۹۲۵۱/۰۰۰	۱۰۰			
تجارب مشترک	۱۷۸۰۳/۰۰۰	۱۰۰			
انزوا	۱۹۱۷۴/۰۰۰	۱۰۰			
ذهن آگاهی	۱۴۵۶۰/۰۰۰	۱۰۰			
نشخوار فکری	۲۱۹۳۶۸/۰۰۰	۱۰۰			

گراویس نسبت به افراد عادی نشخوار فکری بالاتری می‌باشد. همچنین طبق نتایج فوق بین مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی تفاوت منفی معنی‌داری وجود دارد. به طوری‌که انزوا در بیماران مبتلا به میاستنی گراویس نسبت به افراد عادی بالاتر و مهربانی به خود، قضاوت، تجارب مشترک، ذهن آگاهی و همانندسازی در افراد عادی نسبت به بیماران مبتلا به میاستنی گراویس بالاتر می‌باشد ($p < 0/01$) و این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار می‌باشد.

غمگینی، ناامیدی و کم‌رویی به دلیل از دست دادن حمایت‌های اجتماعی - اقتصادی می‌شوند این افراد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا، ناامید شده و دچار ترس می‌گردند و آن را به‌عنوان تهدید در نظر می‌گیرند و از راهبردهای مقابله‌هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (اسکوز، ویلیامز و وایس، ۲۰۱۲). در مطالعه بوگدان و همکاران (۲۰۲۰)، نتایج نشان داد که عوامل هیجانی و صفات شخصیتی بر بیماری میاستنی گراویس تأثیر دارد؛ نتایج آنان نشان داد میزان استرس در بیماران میاستنی گراویس بالاتر بوده و سطح روان‌رنجورخویی نیز نسبت به بقیه صفات نیز در مرتبه بالاتری قرار داشت.

تبیینی که در مورد بیشتر بودن درون‌گرایی در بیماران میاستنی گراویس نسبت به افراد عادی می‌توان ارائه داد می‌تواند مربوط به این واقعیت باشد که درون‌گراها جامعه طلب نبوده و روابط اجتماعی قوی‌ای با دیگران برقرار نمی‌کنند، آن‌ها

جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مؤلفه‌های شخصیت، خودشفقت‌ورزی و نشخوار فکری بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی را نشان می‌دهد. طبق نتایج فوق روان‌آزردگی در بیماران مبتلا به میاستنی گراویس نسبت به افراد عادی بالاتر و برونگرایی، اشتیاق به تجارب، توافق‌جویی‌پذیری و وظیفه‌شناسی در افراد عادی نسبت به بیماران مبتلا به میاستنی گراویس بالاتر است ($p < 0/01$). بیماران مبتلا به میاستنی

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد بین مؤلفه‌های شخصیت بین بیماران مبتلا به میاستنی گراویس و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

در تبیین این یافته می‌توان به نظریه کاستا و مک کری (۱۹۸۷) درباره پنج بعد شخصیتی اشاره کرد. طبق این روی آورد روان‌نژندی یک ویژگی شخصیتی است که باعث می‌شود تا فرد در حل‌وفصل اضطراب‌ها و تعارضات خود را ناتوان نشان دهد و دچار برخی نشانه‌های بیمارگونه شود که او را رنج می‌دهد. روان‌نژندها به‌صورت مضطرب، افسرده، نامعقول و دم‌دی مشخص می‌شوند و حرمت خود آن‌ها کم است. میاستنی گراویس‌ها به دلیل گرفتار شدن به این بیماری مزمن نمرات بالایی در عامل روان‌نژندی کسب می‌کنند یا بیشتر مستعد تجربه هیجان‌های منفی از جمله نگرانی، خشم، ناکامی، احساس گناه،

آن‌ها خلاقیت و تمایلات فرهنگی - اجتماعی کم است و به دلیل کنجکاوای کم، تجربه چندانی ندارند. آن‌ها دوست دارند دیدگاه خود را حفظ و رفتارهای سستی داشته باشند و پاسخ‌های عاطفی خیلی محدودی دارند. فردی که دلپذیری بالا دارد دارای ویژگی‌های خوش‌قلب، ساده، دلسوز، ساده‌دل و مؤدب است. یک فرد توافق‌جویی پذیر نوع‌دوست است، نسبت به دیگران همدردی می‌نماید و اشتیاق دارد که به دیگران کمک کند و نیز باور دارد که دیگران هم متقابلاً کمک‌کننده هستند. نمرات بالا پیش‌بینی‌کننده رفتارهای عادی است و نمرات پایین با بدگمانی و بدبینی و پرخاشگری و بی‌رحمی همراه است. بیماران مبتلا به میاستنی گراویس به احتمال زیاد با بیماری خود سازگاری پیدا نکرده‌اند و گرایش به روابط بین فردی ندارند و به دیگران اعتماد نکرده و فشار ناشی از بیماری را تحمل نکرده که این می‌تواند دلیل تفاوت ویژگی شخصیتی دلپذیر بودن در افراد مبتلا به میاستنی گراویس و عادی باشد (باس و پلامین، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد افرادی که دارای صفات شخصیت سازگارانه‌ای هستند بهتر می‌توانند با استرس ناشی از بیماری خود کنار بیایند و راهبردهای سازگارانه‌ای را در مواجهه با این شرایط استرس‌زای خود داشته باشند در مقابل افرادی با ویژگی روان‌آزردگی به دلیل خصوصیات منفی و اضطرابی که دارند بیشتر در چنین شرایطی واکنش‌های منفی و ناسازگارانه‌ای نشان دهند که این نیز می‌تواند مشکلات ناشی از بیماری را دوچندان کند.

همچنین از آنجایی که نشخوار فکری در واقع

اغلب تنهایی را به ارتباط با دیگران ترجیح می‌دهند درحالی‌که برونگرایی جنبه‌ای از شخصیت است که همراه با ویژگی‌هایی مانند مردم‌آمیزی، پیش‌قدمی و شادخویی می‌باشد. بنا به دلایل فوق و به علت تنهایی، درون‌گراها احساس تنیدگی بیشتری می‌کنند که خود این می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات بیشتر برای بیماران میاستنی گراویس باشد. افراد مسئولیت‌پذیر و وظیفه‌شناسی به دلیل ویژگی کارآمدی، منظم و با برنامه بودن، شایستگی و ارزیابی شناختی صحیح از توانایی خود در مقابل یک موقعیت تنیدگی‌زا مثل بیماری از راهبردهای حل مساله بیشتر استفاده می‌کنند و از سلامت هیجانی بالاتری برخوردارند. افراد عادی که از لحاظ وظیفه‌شناسی نمرات بالاتری نسبت به میاستنی گراویس‌ها کسب کردند، به احتمال زیاد وظیفه‌شناسی آن‌ها با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و از جمله خود مراقبتی رابطه داشته در نتیجه از دستورهای درمانی (فعالیت مناسب، رژیم دارویی، رژیم غذایی عادی، عدم مصرف الکل و سیگار) از روی دقت و مسئولیت پیروی می‌کنند لذا این افراد طول عمر بیشتری دارند (باس و پلامین، ۲۰۱۴).

همچنین میاستنی گراویس‌ها به علت مشکلاتی که دارند، تحت فشار روانی ناشی از بیماری خود هستند که این عامل باعث شده نمره کمی در بعد انعطاف‌پذیری به دست آورند و در برابر تغییرات مقاوم باشند و افکار خود را کنترل کنند و از دستورات درمانی به‌خوبی پیروی نکنند و نسبت به سلامتی و رفتار خود مراقبتی کم مسئولیت باشند (جونز و پالوس، ۲۰۱۴)؛ و در

دارد. با توجه به روی آورد تیزدل (۱۹۹۹)؛ به نقل از کراس و همکاران، (۲۰۱۷) افراد مبتلا به میاستنی گراویس به واسطه سوگیری منفی، باعث بالا رفتن آمادگی آن‌ها برای تفسیر افسرده‌وار تجارب می‌شود. دوم در نتیجه سوگیری منفی و افزایش تفسیر بدبینانه از حوادث، علائم نشخوار و در صورت تشدید آن، افسردگی در آن‌ها بیشتر می‌شود.

از طرفی دیگر نف و کرمر (۲۰۱۳)، خودشفقت‌ورزی را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به‌شیری در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خوددلسوزی می‌پردازند. مهربانی با خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این‌که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناعادی می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. به‌شیری در مقابل همانندسازی افراطی در خوددلسوزی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند. به این دلیل که خوددلسوزی هیجان‌های منفی‌تر در مورد خود مانند احساس بی‌کفایتی یا شکست را به هیجان‌های مثبت نظیر احساس مهربانی و درک خود تبدیل می‌کند، خوددلسوزی بسیاری از فواید روان‌شناختی مرتبط با حرمت خود بالا را تأیید می‌کند. این در حالی است که

به‌عنوان یک الگوی فکری تکراری که به‌صورت توجه منفعلانه و بدون اقدام عملی مؤثر رخ می‌دهد (سیگل و همکاران، ۲۰۱۴)، باعث سوگیری‌های منفی و افزایش تفسیرهای بدبینانه می‌شود و در نتیجه باعث تشدید علائم می‌گردد. افراد میاستنی گراویس که نشخوار فکری می‌کنند، کمتر در پی تدابیر فعال حل مساله می‌روند و دائماً افکاری شبیه به جملاتی چون این اتفاق برای من رخ داد؟، چرا نتوانستم جلوی این اتفاق را بگیرم و ... دارند و کمتر کار عملی مؤثر انجام می‌دهند. علاوه بر این، این افراد که نشخوار فکری دارند وقتی هم دست به کار حل مساله می‌شوند به‌صورتی ضعیف‌تر عمل کرده و نتیجه کار آن‌ها منجر به شکست می‌شود و در نتیجه عزت‌نفس آن‌ان پایین می‌آید (کراس و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین طبق نظریه زیر سیستم‌های شناختی (تیزدل ۱۹۹۹)؛ به نقل از کراس و همکاران، (۲۰۱۷) مغز دارای ساخت‌هایی می‌باشد که توسط زیرسیستم‌های شناختی اطلاعات حسی را معنا می‌دهد و طبق این زیر سیستم‌های شناختی نشخوار فکری را در سه حالت مختلف آن تبیین می‌کند. در حالت اول هیجان‌های بدون تفکر پاسخ‌های هیجانی هستند که اطلاعات را در درون طرحواره‌های موجود ادغام می‌کند، دوم مرحله مفهوم‌سازی/عمل^۱ است که با تمرکز بر خود بر اختلاف‌ها و تفاوت‌های موجود هدف توجه دارد. در مرحله سوم و آخر وجود/تجارب^۲ آگاهانه است که به برنامه‌ریزی و تفکر آگاهانه، ارادی و مستقیم احساس‌های دریافتی از تجارب اشاره

1. Conceptualizing / doing

2. Experience / being

تضمین می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی با پاسخ تطبیقی و سازگارانه به بیماری همراه است (بریون و همکاران، ۲۰۱۴). ورن و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که سطوح بالای خودشفقت‌ورزی با سطوح پایین‌تر شدت درد و ناخشنودی، عاطفه منفی و فاجعه‌سازی درد و با سطوح بالای عاطفه مثبت در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی مداوم همراه است و با پایبندی پزشکی بهتر و کاهش تنیدگی در بیماران مرتبط می‌باشد (سیرویس و هیرسچ، ۲۰۱۹). از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده صرف از یک مرکز درمانی که این نیز تعمیم‌پذیری یافته پژوهشی را با محدودیت مواجه می‌کند، اشاره کرد. همچنین تلاش در راستای بررسی نشخوار فکری و روان‌آزرده می‌تواند گامی مهم جهت ارتقای سلامت روانی بیماران میاستنی گراویس باشد. میاستنی گراویس‌ها به علت مشکلاتی که دارند، تحت فشار روانی ناشی از بیماری خود هستند که این عامل باعث شده در برابر تغییرات مقاوم باشند، بنابراین شناخت ویژگی‌های روان‌شناختی آنان باعث بهبود فرایند درمانی آن‌ها خواهد شد.

افراد مبتلا به میاستنی گراویس نمرات کمتری در خودشفقت‌ورزی کسب می‌کنند.

افرادی که خودشفقت‌ورزی بالایی دارند با توجه به پذیرش خود بالا و خودانتقادی پایینی که دارند احساس ارزشمندی می‌کنند. به علاوه افرادی که خوددلسوزی بالایی دارند در تجربه وقایع ناخوشایند که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساس منفی کمتری تجربه می‌کنند. این موارد باعث می‌شود 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 بر آید و بنابراین عزت‌نفس خود را از دست نمی‌دهد این در حالی است که بیماران میاستنی گراویس شفقت به خود کمتری دارند و خودارزیابی منفی بیشتری از خود می‌کنند که این در نتیجه منجر به مشکلات بیشتر در آن‌ها می‌گردد (نف و مک گیاهی، ۲۰۱۰). همچنین به این دلیل که خودشفقت‌ورزی هیجان‌های منفی‌تر در مورد خود مانند احساس بی‌کفایتی یا شکست را به هیجان‌های مثبت نظیر احساس مهربانی و درک خود تبدیل می‌کند، خودشفقت‌ورزی بسیاری از فواید روان‌شناختی مرتبط با حرمت خود بالا را

منابع

نوفرستی، ا. پرهون، ه. (۱۳۹۳). مقایسه انعطاف‌ناپذیری شناختی و سبک‌های حل مسئله در دانشجویان دارای نشخوار فکری و بدون نشخوار فکری. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۶(۳)، ۴۸-۳۵.

حق‌شناس، ح. چمنی، ا. فیروزآبادی، ع. (۱۳۸۵). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستان‌های تیزهوشان و دبیرستان‌های عادی. فصلنامه اصول بهداشت بهداشت روانی، ۸(۲۹)، ۶۶-۵۷.

- Afrisham, R., Sadegh-Nejadi, S., SoliemaniFar, O., Abromand, M., Kooti, W., Najjar Asl, S., & Khaneh Keshi, A. (2015). Evaluating the salivary alpha-amylase level under psychological stress and its relationship with rumination and the five personality traits. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 25(126), 22-33.
- Amy, A. T., Schinke, R. J., McGannon, K. R., & Fisher, L. A. (2015). Cultural sport psychology research: conceptions, evolutions, and forecasts. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 8(1), 24-43.
- Bennett, E. V., Crocker, P. R., Kowalski, K. C., & Clarke, L. H. (2015). Older physically active women's perceptions and experiences of body self-compassion. *Journal of Exercise, Movement, and Sport*, 47(1), 151.
- Berrih-Aknin, S., Frenkian-Cuvelier, M., & Eymard, B. (2014). Diagnostic and clinical classification of autoimmune myasthenia gravis. *Journal of autoimmunity*, 48, 143-148.
- Bogdan, A., Barnett, C., Ali, A., AlQwaifly, M., Abraham, A., Mannan, S., ... & Bril, V. (2020). Prospective study of stress, depression and personality in myasthenia gravis relapses. *BMC neurology*, 20(1), 1-6.
- Brion, J. M., Leary, M. R., & Drabkin, A. S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 218-229.
- Buining, E. M., Kooijman, M. K., Swinkels, I. C., Pisters, M. F., & Veenhof, C. (2015). Exploring physiotherapists' personality traits that may influence treatment outcome in patients with chronic diseases: a cohort study. *BMC health services research*, 15(1), 558.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (2014). Temperament (PLE: Emotion): Early developing personality traits (Vol. 3). Psychology Press.
- Cameron, D. S., Bertenshaw, E. J., & Sheeran, P. (2015). The impact of positive affect on health cognitions and behaviours: a meta-analysis of the experimental evidence. *Health psychology review*, 9(3), 345-365.
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Breton-Lopez, J., Botella, C., Soler, J., Garcia-Campayo, J., Demarzo, M., Banos, R. (2015). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation- happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, 4, 2-6.
- Chamorro, B., Moutafy, M., & Farenham, A. (2005). *Psychological characteristics of academically gifted and regular students*. American council on university of Nebraska-Lincoln.
- Chapman, B. P., van Wijngaarden, E., Seplaki, C. L., Talbot, N., Duberstein, P., & Moynihan, J. (2011). Openness and conscientiousness predict 34-SSweek

- patterns of Interleukin-6 in older persons. *Brain, behavior, and immunity*, 25(4), 667-673.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Batty, G. D., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 151, 110-114.
- Jokela, M., Batty, G. D., Nyberg, S. T., Virtanen, M., Nabi, H., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2013). Personality and all-cause mortality: individual-participant meta-analysis of 3,947 deaths in 76,150 adults. *American journal of epidemiology*, 178(5), 667-675.
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the short dark triad (SD3) a brief measure of dark personality traits. *Assessment*, 21(1), 28-41.
- Krause, E. D., Vélez, C. E., Woo, R., Hoffmann, B., Freres, D. R., Abenavoli, R. M., & Gillham, J. E. (2018). Rumination, depression, and gender in early adolescence: a longitudinal study of a bidirectional model. *The Journal of Early Adolescence*, 38(7), 923-946.
- Löckenhoff, C. E., Sutin, A. R., Ferrucci, L., & Costa Jr, P. T. (2008). Personality traits and subjective health in the later years: The association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age is influenced by health status. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1334-1346.
- Mao, Z. F., Yang, L. X., Mo, X. A., Qin, C., Lai, Y. R., He, N. Y., ... & Hackett, M. L. (2011). Frequency of autoimmune diseases in myasthenia gravis: a systematic review. *International Journal of Neuroscience*, 121(3), 121-129.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
- Munafò, M. R., Zetteler, J. I., & Clark, T. G. (2007). Personality and smoking status: A meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 405-413.
- 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(1), 28-44.
- Neff, K. D., & McGeehee, P. (2010). Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Nolen-Hoeksema, s., Michl, L., McLaughlin, K. A. & Shepherd, K. (2013). Rumination as a Mechanism Linking Stressful Life Events to Symptoms of Depression and Anxiety: Longitudinal Evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol

- 122(2), 339-352.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.
- Roger, V. L. (2013). Epidemiology of heart failure. *Circulation research*, 113(6), 646-659.
- Shen, C. C., Yang, A. C., Kuo, B. I. T., & Tsai, S. J. (2015). Risk of psychiatric disorders following primary Sjögren syndrome: a nationwide population-based retrospective cohort study. *The Journal of rheumatology*, 42(7), 1203-1208.
- Sieb, J. P. (2014). Myasthenia gravis: an update for the clinician. *Clinical & Experimental Immunology*, 175(3), 408-418.
- Siegle, G. J., Price, R. B., Jones, N. P., Ghinassi, F., Painter, T., & Thase, M. E. (2014). You gotta work at it: Pupillary indices of task focus are prognostic for response to a neurocognitive intervention for rumination in depression. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 455-471.
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46-54.
- Skues, J. L., Williams, B., & Wise, L. (2012). The effects of personality traits, self-esteem, loneliness, and narcissism on Facebook use among university students. *Computers in Human Behavior*, 28(6), 2414-2419.
- Strickhouser, J. E., Zell, E., & Krizan, Z. (2017). Does personality predict health and well-being? A metasynthesis. *Health Psychology*, 36(8), 797.
- Verschuuren, J. J., Huijbers, M. G., Plomp, J. J., Niks, E. H., Molenaar, P. C., Martinez-Martinez, P., ... & Losen, M. (2013). Pathophysiology of myasthenia gravis with antibodies to the acetylcholine receptor, muscle-specific kinase and low-density lipoprotein receptor-related protein 4. *Autoimmunity reviews*, 12(9), 918-923.
- Wagner, E. Y. N., Ajdacic-Gross, V., Glaus, J., Vandeleur, C., Castela, E., Strippoli, M. P., ... & von Känel, R. (2019). Associations of personality traits with chronic low-grade inflammation in a Swiss community sample. *Frontiers in psychiatry*, 10, 819.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and comorbidity: evidence for brooding as a trans diagnostic process. *Journal of Rational-Emotional Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 160-175.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Huh, B. K., Rogers, L. L., & Keefe, F. J. (2012). Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self- Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 3 (4), 759-770.

- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2012). An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM-5. *Assessment*, 19, 263-275.
- Yamamoto, A., Kimura, T., Watanabe, S., & Yoshikawa, H. (2019). Clinical characteristics of patients with myasthenia gravis accompanied by psychiatric disorders. *Neurology and Clinical Neuroscience*, 7(2), 65-70.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520.
- Zeidner, M., & Shani-Zinovich, I. (2011). Do academically gifted and nongifted students differ on the Big-Five and adaptive status? Some recent data and conclusions. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 566-570.
- Zhang, B., Tzartos, J. S., Belimezi, M., Ragheb, S., Bealmear, B., Lewis, R. A., ... & Mei, L. (2012). Autoantibodies to lipoprotein-related protein 4 in patients with double-seronegative myasthenia gravis. *Archives of neurology*, 69(4), 445-451.