

یافته های نو در روان شناسی

سال هفتم، شماره ۲۳، تابستان ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۱۷-۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۲/۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۲

نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نیلوفر میکاییلی*

الهام مختارپور حبشی**

سهیلا میسمی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس بود. در این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی، از بین بیماران مراجعه کننده به انجمن ام. اس استان آذربایجان شرقی ۱۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده، پرسشنامه مقابله با استرس، مقیاس تاب آوری و پرسشنامه کیفیت زندگی و به منظور تحلیل داده ها ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به کار رفت، 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 می توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری پیش بینی نمود. همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری مبتلایان به بیماری ام. اس می تواند سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای، تاب آوری، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروز

* دانشگاه محقق اردبیلی، استادیار گروه روانشناسی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول: nmikaeili@yahoo.com)

** دانشگاه محقق اردبیلی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، اردبیل، ایران.

*** دانشگاه محقق اردبیلی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، اردبیل، ایران.

مقدمه

انسان همواره در معرض حوادثی است که زندگی او را تهدید می کند. این حوادث به موازات تکامل بشر، تحول و افزایش پیدا کرده است (حیدری و جعفری، ۱۳۸۷). بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس) نوعی بیماری پیش رونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است (اسملترز و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرینبرگ و آمینوف^۱، ۲۰۰۲). علت بیماری مشخص نیست اما به نظر می رسد که فعال شدن مکانیسم های ایمنی علیه آنتی ژن میلین در ایجاد بیماری دخیل باشد (اسملترز و بر^۲، ۲۰۰۷). معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بروز می کند و زنان را بیش تر از مردان گرفتار می سازد. معالجه قطعی برای ام. اس وجود ندارد و به همین دلیل اساس درمان بر تنظیم ایمنی با بتا اینترفرون، کنترل علائم و مداخلات غیر دارویی متمرکز شده است. دو میلیون نفر در سراسر دنیا (استیفرگن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶) و ۴۰۰ هزار نفر در ایالت متحده آمریکا به این بیماری مبتلا می باشند (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۷). در ایران نیز از هر ۱۰۰ هزار نفر ۳۰-۱۵ نفر به این بیماری مبتلا می باشند (ترقی و همکاران، ۱۳۸۷). دوره پیدایش بیماری معمولاً همزمان با رویارویی با موقعیت هایی مانند تشکیل خانواده، انتخاب شغل و تأمین امنیت مالی است. این بیماری از یک طرف استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در اجتماع را تهدید می کند (بی شاپ^۴ و همکاران، ۲۰۰۷) و از سوی دیگر پیش آگاهی و دوره های غیر قابل پیش بینی آن، تأثیر بارزی بر کیفیت زندگی و سلامت دارد. این بیماران در یافتن راهی برای حل مشکلات و دست یابی به رویکردی جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت خود ناتوان هستند (راسل^۵ و همکاران، ۲۰۰۶).

ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی در بیماری های مزمن دستخوش تغییرات فراوان می شود. در این بیماران کیفیت زندگی تحت تأثیر شدت، طول مدت بیماری و داروهای مصرفی بیمار قرار می گیرد. امروزه بسیاری از دولت ها ارتقاء کیفیت زندگی را جزء مهم و لاینفک از توسعه اجتماعی و اقتصادی می دانند (بندیکت^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات نشان داده است که بیماران ام. اس در مقایسه با افراد سالم جامعه از کیفیت زندگی پائین تری برخوردارند، همچنین مطالعات دیگری که به منظور مقایسه کیفیت زندگی این بیماران با بیماران مبتلا به دیگر بیماری های مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری های التهابی روده انجام شد، نشان دادند که بیماران مبتلا به ام. اس به طور معنی داری از کیفیت زندگی پائین تری برخوردارند (نجات و همکاران، ۲۰۰۶؛ بسک^۷ و همکاران، ۲۰۰۷؛ پیتوک^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی زرگر، داودی و مهدی پور (۱۳۸۹) بر اساس نتایج حاصله نشان داده شد که ترکیب درمان های روانشناختی با دارو درمانی روش مناسب برای افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در افراد مبتلا به IBS می باشد.

1. Greenberg & Aminoff
2. Smeltzer & Bare
3. Stuijbergen
4. Bishop
5. Russel
6. Benrdict
7. Beiske
8. Pittock

عوامل روانی اجتماعی متعددی می توانند، کیفیت زندگی افراد 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 دارای قدرت بالقوه ی تأثیر بر کیفیت زندگی است (ارسوی، کارت و گلدو، ۲۰۰۵؛ سارز و همکاران، ۲۰۰۰). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می باشد که فرد از آنها برخوردار است (کوب^۳، ۱۹۷۶). وجود حمایت اجتماعی به اطمینان و خود شایستگی ها برای آزمودن تجارب جدید می افزاید (عسگری و نکل زاده، ۱۳۸۹) و در رضایت از زندگی افراد تأثیر گذار می باشد (وان لیون^۴ و همکاران، ۲۰۱۰، نقل از عسگری و شرف الدین، ۱۳۸۷). همچنین باعث افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (سارزو و همکاران، ۲۰۰۰، نقل از پارسانی راد، امیر علی اکبر و مشاک، ۱۳۸۹) اما درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم تر است. به عبارت دیگر درک و نگرش بیمار نسبت به حمایت دریافت شده مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به وی می باشد (هلگستون و کوهن^۵، ۲۰۰۴). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می نگرند. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شوند. به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (استریت و فرانکلین^۶، ۱۹۹۲). شواهدی در دست است مبنی بر اینکه گاهی کمک های که به فرد می شود، نامناسب و بد موقع است یا اینکه خلاف میل خود فرد است. لذا ادراک فرد از حمایت مهم تر از خود حمایت است. مقیاس های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر روی ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم، کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند (تریسی^۷، ۱۹۸۵). یافته های محققین نشان داده است که 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 تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و بطور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود (رابرت^۸، ۱۹۹۷؛ یو^۹ و همکاران، ۲۰۰۴؛ چان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱؛ لی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴).

بیماران ام. اس در تطابق با بیماری خود دچار تنش عمومی و روز افزون می شوند (رهم و کاتانزارو^{۱۲}، ۱۹۹۸). این بیماری تنش های زیادی به بیمار و خانواده وی تحمیل می کند. درباره چگونگی رویارویی با

1. Ersoy, Kart & Guldo

2. Suarez

3. Cobb

4. Van leeuwen

5. Helgeston & Cohen

6. Streeter & Franklin

7. Tracy

8. Robert

9. Yu

10. Chan

11. Lee

12. Rehm & Catanzaro

مشکلات و تنش ناشی از بیماری چندین مفهوم وجود دارد که یکی دیگر از این مفاهیم راهبرهای مقابله ای است. بطور کلی مقابله با مشکل به دو روش صورت می گیرد. مشکل مدار: سعی در برقراری کنترل به موقعیتها، تجزیه مشکل به اجزای کوچکتر، تعیین اهداف اختصاصی جهت کمک به حل مشکل؛ هیجان مدار: خیال بافی به بهبود خود بخودی اوضاع، انتظار از دیگران برای حل مشکل و ... در بیماری ام. اس، خجالت و حس حقارت باعث پاسخهای نامناسب بیمار می شود، بطوری که تطابق بیمار با بیماری به اشکال گوناگون از جمله انکار (همراه با سرخوشی غیر عادی)، افسردگی، محرومیت و خصومت صورت می گیرد (برونر و سادارت، ۱۹۹۶). از آنجا که ام. اس درمان قطعی ندارد، لازم است مبتلایان به آن، با بیماری مزمن خود تطابق و هماهنگی پیدا کنند تا بتوانند به وظایف و مسئولیت های خود عمل نمایند (کوپ من و شوارتز، ۱۹۹۹). بنظر می رسد روشهای مقابله ای در تطابق با بیماری ام. اس مؤثرند، به ویژه روشهای مقابله ای مشکل مدار تاثیر مثبت زیادی در تطابق با بیماری دارند (ابرین^۳، ۱۹۹۳؛ شوارتز، ۱۹۹۹؛ مک کپ^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

تاب آوری یکی دیگر از مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت نگر است و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق می شود (لوتار و چیچیتی^۵، ۲۰۰۰؛ مستن^۶، ۲۰۰۰). در واقع تاب آوری از سازه های بنیادی شخصیت است که در بر گیرنده قابلیت های فردی در رویارویی، عقب نشینی و از سرگیری دوباره تلاش و مقابله با مشکلات می باشد (نادری، حیدری و مشعل پور، ۱۳۸۷). همچنین تاب آوری را به معنای مهارت ها و خصوصیات و توانمندی هایی تعریف می کنند که فرد را قادر می سازد که با سختی ها و چالش ها سازگار شود. البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده و حالتی انفعالی و رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال سازنده در محیط پیرامونی خود است. با یک جمع بندی کلی می توان تاب آوری را شامل موارد زیر دانست: حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری ها و خلاص شدن از موانع درونی. افراد تاب آور درجه هایی از سلامتی و استقلال را نشان می دهند. آنها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند و وقتی از محیطشان انتقاد دارند، قادر هستند که نظراتشان را به دیگران انتقال دهند. آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی هایشان را برای تغییر دادن محیطشان باور دارند (آلورد^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه تاب آوری به عنوان یک مفهوم دو بعدی یعنی اهمیت ناگواری و سازگاری مثبت در نظر گرفته می شود، تاب آوری می تواند بر روی کیفیت زندگی و ابعاد آن تاثیر گذار باشد (لوتار، ۲۰۰۶؛ تاگید و فردریکسون^۸، ۲۰۰۴؛ کارل و

1. Brunner & Suddurth
2. Koopman & Schweitzer
3. O'Brien
4. Mc Cabe
5. Luthar & Cichiti
6. Mastene
7. Alvord
8. Tugade & Fredrickson

چسیون^۱، ۲۰۰۴). پژوهشی که شاین، سیم کیم بر روی تاب آوری و کیفیت زندگی انجام داده اند، نشان می دهد که افزایش تاب آوری می تواند موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی گردد (شاین و سیم کیم، ۲۰۰۴، به نقل از کربلایی شیری فرد، ۱۳۸۵). در مطالعه ای (نادری و صفوی، ۱۳۸۹) بر اساس نتایج نشان داده شده که بین سبک های تفکر و انعطاف پذیری کنشی با اختلال در سلامت روان رابطه چند گانه ای وجود دارد. در پژوهش حاضر سعی بر آن است که نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبرهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس مورد بررسی قرار گیرد.

سروقد، رضایی و فدایی دولت (۱۳۸۹) در پژوهشی دریافته اند که ویژگی شخصیتی برون گرایی پیش بینی کننده راهبرد مقابله ای مساله مدار می باشد و ویژگی شخصیتی روان رنجور خوبی پیش بینی کننده قوی برای راهبرد مقابله ای هیجان مدار می باشد.

روش پژوهش

این مطالعه همبستگی توصیفی بر روی ۱۰۰ بیمار ۶۵-۱۸ ساله عضو انجمن ام. اس استان آذربایجان شرقی که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، در سال ۱۳۹۰ انجام شد. 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 استان آذربایجان شرقی مراجعه شد. بیماران 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.

برای گردآوری داده ها از ابزار زیر استفاده شد:

مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت و همکاران برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۱۲ آیتمی است که شامل ۳ خرده آزمون می شود و هر خرده آزمون دارای ۴ آیتم است. محققان روایی و پایایی آزمون را مطلوب گزارش کرده اند (داهلم^۲ و همکاران، ۱۹۹۱). بسیاری از تحقیقات نشان دادند که این پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی باز آزمایی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ در نمونه های غیر بالینی و ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ در نمونه های بالینی) (به نقل از وونگ پاکاران^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

پرسشنامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس: پرسشنامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه گیری شیوه های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ آیتم دارد و ۳ راهبرد مقابله ای شناختی، رفتاری و اجتنابی را می سنجد. همچنین این مقیاس ۲ مقابله مسئله مدار و هیجان مدار را اندازه گیری می کند. در پژوهش پور شهباز (۱۳۷۴)، ضریب پایایی باز آزمایی کل پرسشنامه $r=0/73$

1. Carle & Chassion
2. Dahlem
3. Wongpakaram

به دست آمد. دهقانی (۱۳۷۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالای ۰/۹۰ بدست آورده است. (به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶: پرسشنامه کیفیت زندگی برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشیون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شد و روایی و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفت. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۸ مقیاس چند آئمی است که برای اندازه‌گیری این ۸ بعد طراحی شده است: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی، عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، سلامت روانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، خستگی یا نشاط. در تحقیقی که کروکاوکوا و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند مجموع ۴ مقیاس اول را تحت عنوان مقیاس سلامت جسمانی و مجموع مقیاس‌های ۵ تا ۸ را تحت عنوان مقیاس سلامت روانی در نظر گرفته‌اند. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷ در ایران تأیید شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴).

مقیاس تاب آوری روانشناختی: مقیاس تاب آوری روانشناختی توسط کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حثاقال نمره تاب آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد می‌باشد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس پایایی و روایی آن را تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن، مهار و معنویت) را برای مقیاس تاب آوری تأیید کرده است (منر و دیویدسون، ۲۰۰۳) پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۳). روایی این سازه در ایران در سال ۱۳۸۶ توسط بشارت تأیید شده است. همچنین مشعل پور در سال ۱۳۸۹ از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی $r=0/64$ در سطح معنی داری $p<0/001$ نشان داده است که این سازه از روایی نسبتاً بالایی برخوردار است (به نقل از بشارت و عباسپور، ۱۳۹۰). در پژوهش سامانی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

روش‌های آماری تحلیل داده‌ها

در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها از روشهای ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده، مؤلفه‌های راهبرد های مقابله‌ای، تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس را نشان می‌دهد.

1. Krokarcova
2. Conner & Davidson

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

X	SD	متغیر	
۲۳/۰	۴/۹	خانواده	حمایت اجتماعی ادراک شده
۲۰/۷	۵/۱	دوستان	
۲۳/۲	۴/۹	افراد خاص	
۶۶/۹	۱۴/۹	کل	
۵۷/۷	۳۰/۴۲	سلامت جسمانی	کیفیت زندگی
۶۴/۹	۲۷	سلامت روانی	
۱۴/۳۱	۳/۲۸	مسئله مدار	راهبردهای مقابله ای
۲۱/۳۲	۴/۴	هیجان مدار	
۳۵/۶۳	۷/۶۸	کل	
۳۷/۱۱	۱۵	تاب آوری	

ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده، مؤلفه های راهبرد های مقابله ای، تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام. اس در جدول (۲) ارائه شده است. همانطور که مشاهده می شود، ضریب همبستگی پیرسون نشان می دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده ($r=0/54$)، راهبردهای مقابله ای مسئله مدار ($r=0/32$)، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار ($r=0/28$) و تاب آوری ($r=0/57$) با سلامت روانی همبستگی مثبت معنی داری دارند ($p<0/01$). حمایت اجتماعی ادراک شده ($r=0/42$)، راهبردهای مقابله ای مسئله مدار ($r=0/31$)، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار ($r=0/24$) و تاب آوری ($r=0/49$) با سلامت جسمانی همبستگی مثبت معنی داری دارند ($p<0/01$).

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرها، حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای به عنوان متغیر پیش بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک، داده ها با تحلیل رگرسیون چند گانه به روش ورود تحلیل شدند.

جدول ۲. ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری با کیفیت زندگی

کیفیت زندگی		متغیر	
جسمانی	روانی		
۰/۴۵ ^{oo}	۰/۵۵ ^{oo}	خانواده	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۲۵ ^{oo}	۰/۲۹ ^{oo}	دوستان	
۰/۲۸ ^{oo}	۰/۴۱ ^{oo}	افراد خاص	
۰/۴۲ ^{oo}	۰/۵۴ ^{oo}	کل	
۰/۳۱ ^o	۰/۳۲ ^{oo}	مسئله مدار	راهبردهای مقابله ای
۰/۲۴ ^{oo}	۰/۲۸ ^{oo}	هیجان مدار	
۰/۴۹ ^{oo}	۰/۵۷ ^{oo}	تاب آوری	

P^o<0/05P^{oo}<0/01

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون چندگانه حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری با کیفیت زندگی

t	Beta	b	SE	R _۲	R	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
۱۵/۷۵ <۰/۰۰۱	۰/۶۲۰	۰/۰۷۸	۰/۰۰۵	۰/۳۸۴	۰/۶۲۰	حمایت اجتماعی ادراک شده	سلامت روانی
۹/۹۹ <۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۰۶۹	۰/۰۰۷	۰/۵۰۸	۰/۷۱۲	تاب آوری	
۹/۵۱ <۰/۰۰۱	۰/۳۹۸	۰/۰۸۷	۰/۰۰۹	۰/۵۴۹	۰/۷۴۱	مقابله مسئله مدار	
۹/۳۲ <۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	۰/۰۹۳	۰/۰۱۰	۰/۵۹۶	۰/۷۷۲	مقابله هیجان مدار	
۱۰/۹۰ <۰/۰۰۱	۰/۴۸۰	۰/۴۸۳	۰/۰۴۴	۰/۲۳۰	۰/۴۸۰	حمایت اجتماعی ادراک شده	سلامت جسمانی
۹/۷۵ <۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۵۵۶	۰/۰۶۴	۰/۳۵۴	۰/۵۹۵	تاب آوری	
۸/۴۲۱ ۰/۰۰۵	۰/۳۸۱	۰/۶۱۳	۰/۰۷۲	۰/۴۵۵	۰/۶۷۵	مقابله مسئله مدار	
۷/۲۴۶ ۰/۰۰۳	۰/۳۳۸	۰/۶۸۰	۰/۰۷۸	۰/۵۰۹	۰/۷۱۳	مقابله هیجان مدار	

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج نشان می دهد که حدود ۶۰ درصد از واریانس سلامت روانی و حدود ۵۱ درصد از واریانس سلامت جسمانی توسط متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای تبیین می شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب حمایت اجتماعی ادراک شده ($Beta = 0/620$)، تاب آوری ($Beta = 0/404$)، راهبردهای مقابله ای مسئله مدار ($Beta = 0/398$)، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار ($Beta = 0/392$)، راهبردهای مقابله ای مسئله مدار ($Beta = 0/381$) و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار ($Beta = 0/338$) به عنوان قوی ترین متغیرها برای پیش بینی سلامت روانی و سلامت جسمانی در بیماران مبتلا به ام. اس می باشند.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس مورد بررسی قرار گرفت. براساس یافته های به دست آمده بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. این نتیجه با یافته های چان و همکاران و لی و همکاران، که در آن حمایت اجتماعی نیرومند ترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد درگیر با بیماری های مزمن و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند، هماهنگ است (چان و همکاران، ۲۰۰۱؛ لی و همکاران، ۲۰۰۴، نصیر، ۱۳۸۹). 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 و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می کند (رابرت،

۱۹۹۷). همچنین نتایج پژوهش کروکاو و همکاران (۲۰۰۸) نشان می دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده پایین بیماری ام.اس 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 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 (کورتز^۱ و همکاران، ۱۹۹۶). به طور کلی بیماران ام.اس احتمالاً به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را دوست نداشتنی و منفی ارزیابی می کنند. بر خورداری از حمایت اجتماعی، دوستان خورشاونندان 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 نتایج نشان داد که بین راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی بیماران رابطه مثبت معنی داری وجود دارد، به این معنا که با افزایش راهبردهای مقابله ای مساله مدار، کیفیت زندگی در این بیماران افزایش می یابد. نتایج تحقیق شوارتز نیز نشان می دهد که آموزش مهارت های مقابله ای باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس می شود (شوارتز، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش مک کپ (۲۰۰۴) نشان می دهد که بیماران مبتلا به ام.اس (به ویژه مردان) نسبت به افراد عادی کمتر از روش های مقابله ای مشکل مدار همانند روش حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می کنند و در همه سطوح تطابق پائین تری دارند. در تمامی تحقیقات انجام شده بیماران مبتلا به ام.اس برای حل مشکلات خود از روش های مقابله ای هیجان مدار بیشتر استفاده می نمایند و روش های مقابله ای معقولانه مشکل مدار را کمتر مورد استفاده قرار می دهند. به نظر می رسد بیماران ام.اس از لحاظ هیجانی به شدت تحت تاثیر بیماری خود قرار دارند. آموزش شیوه های حل مسئله و مواجهه مسئله مدار با مشکلات به این بیماران با کنترل پذیرتر کردن استرس ها احتمالاً می تواند در ارتقا کیفیت زندگی این بیماران نقش داشته باشد.

بخش دیگر یافته ها به وجود رابطه مثبت معنی دار بین تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مربوط می شود. همچنین مؤلفه های کیفیت زندگی با تاب آوری، همبستگی مثبت و معنی داری دارند. تاگید و فردریکسون (۲۰۰۴) و کارل و چسیون (۲۰۰۴) در پژوهش های جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجارب نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. افزایش تاب آوری موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی می گردد (شاین و سیم کیم، ۲۰۰۴). به نقل از کربلایی شیری فرد، (۱۳۸۵). از آنجا که تاب آوری فرد را قادر می سازد با سختی ها و مشکلات و چالش ها سازگار شود به نظر می رسد در صورتی که بتوان تاب آوری بیماران مبتلا به ام.اس را بالا برد، می توان به افزایش کیفیت زندگی آنها نیز کمک کرد.

به طور کلی مدل پژوهش مورد تایید قرار گرفت. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس می باشند و در این میان سهم متغیر حمایت اجتماعی از سایر متغیرها بیشتر است. به این ترتیب هر اندازه بیماران مبتلا به ام.اس از حمایت اجتماعی

بیشتری برخوردار باشند، در برابر مشکلات تاب آوری بالاتری داشته باشند و راهبردهای مقابله ای مناسب تری را به کار ببرند، از لحاظ روانی و جسمانی زندگی با کیفیت تری خواهند داشت. بر این اساس دادن آگاهی به خانواده و اطرافیان بیمار مبنی بر اهمیت نقش حمایت اجتماعی در زندگی بیماران مبتلا به ام. اس و آموزش مهارت های تاب آوری و حل مسئله به این بیماران می تواند تاثیر بسزایی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد.

انتخاب غیر تصادفی، عدم کنترل متغیرهایی مانند مصرف دارو، شدت و مدت بیماری از محدودیت های پژوهش حاضر است. همچنین، جمع آوری اطلاعات بر اساس مقیاس های خود گزارش دهی، امکان تحریف اطلاعات به علت دفاعهای ناخود آگاه و تعصب در پاسخ دهی را مطرح می سازد. انجام پژوهش بر روی نمونه هایی از سایر مناطق کشور، لحاظ کردن متغیرهای جمعیت شناختی مانند جنسیت و سابقه بیماری و همچنین بررسی سایر متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی بیماران ام. اس ضمن افزایش تعمیم پذیری نتایج به فهم بهتر موضوع کمک می نماید.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۴). آزمون های روان شناختی. اردبیل: باغ رضوان.
- پارسایی راد، الهام؛ امیرعلی اکبری، صدیقه و مشاک، رویا (۱۳۸۹). مقایسه بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسرده و غیر افسرده. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۷، صص ۱۹-۳۴.
- زرگر، یداله؛ داوودی، ایران و مهدی پور، منیره (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی روانشناختی- دارمی با درمان دارویی بر سلامت روان، کیفیت زندگی و کاهش علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) شهر اهواز. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۶، صص ۷-۲۳.
- حیدری، علیرضا و جعفری، سیده فرزانه (۱۳۸۷). مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افراد عادی شهر اهواز. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۲، شماره ۷، صص ۴۷-۶۰.
- عسگری، پرویز و شرف الدین، هدی (۱۳۸۷). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۳، شماره ۹، صص ۲۵-۳۹.
- عسگری، پرویز و نکل زاده، مریم (۱۳۸۹). رابطه استرس شغلی و حمایت اجتماعی با خشنودی شغلی در کارکنان شرکت ملی حفاری. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۴، صص ۳۷-۵۲.
- سروقد، سیروس؛ رضایی، آذرمدخت و فدایی دولت، ایوب (۱۳۸۹). رابطه ویژگی های شخصیتی با راهبردهای مقابله ای و بهزیستی ذهنی معلمان. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۴، شماره ۱۶، صص ۲۵-۴۱.

نادری، فرح؛ حیدری، علیرضا و مشعل پور، مرضیه (۱۳۸۷). رابطه انعطاف پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی و رضایت شغلی در کارکنان شهرداری اهوا. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۳، شماره ۹، صص ۷-۲۴.

نادری، فرح و صفوی، سیده آسیه (۱۳۸۹). رابطه سبک های تفکر و انعطاف پذیری کنشی با اختلال در سلامت روان زنان آسیب دیده شهر اهواز. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۶، صص ۱۲۸-۱۱۳.

نصیر، مرضیه (۱۳۸۹) رابطه راهبردهای مقابله با استرس و تاب آوری با خوش بینی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان اهواز. دوره ۴، شماره ۱۶، صص ۵۷-۶۷.

Alvord, C.B., Bcgar, Diana, H. (2006). Resiliency determinats and resiliency processes among female adult survivors of Childhood Sexual Abuse, (10),125-130.

Beiske, A.G., Naess, H., Aarseth, J. H., Anderson, D., & Elovaara, I. (2007). Health related quality of life in secondary progressive MS. *Mult Scler*, 13 (3), 386-392.

Benedict, RHB., Wahling, E., & Rohit, B. "et al". (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: For physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of Neurological Science*. 231(1),29 – 34.

Besharat, M.A., & Abbaspour, T. (1390). Relationship between metacognitive strategies and creativity with resilience in students. *Yaftehay No Dar Ravanshenasi*, 109-122.

Bishop, M., Shepared, L., & Stenhoff, D.M.(2007). Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disabilitycentrality model. *J Rehabil*, 10, 3-12.

Brunner, L.S., & Suddurth, D.S. (1996). *Textbook of medical surgical nursing* . Eighth ed . Philadelphia : J.BLippincott Co.

Carle, A.C., & Chassion, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholies: Its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Development Psychology*, (25), 577-596.

Chan, C.W., Molassiotis, A., Yam, B.M., Chang, S.J., & Lam, C.S. (2004). Traveling through the cancer trajectory: Social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5), 387-394.

Cobb, S. (1976). Support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 38, 300.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 57. 4.

Conner, K. M.,& Davidson, J. R. T., (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, (18), 76-82.

Courtens, A.M., Stevens, FCJ., Crebolder, HFJM.,& Philipsen, H. (1996). 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 confirmation study. *J Clin Psychol*, 47(6), 756-61.

Ersoy- Kart, M.,& Guldo, O. (2005). Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic Hemodialysis patient. *Dial Transplant*, 34(10), 662-667.

Greenberg D. A., & Aminoff, M. J. (2002). *Clinical Neurology* (5th). Philadelphia: Lippincott Company.

Hagh Ranjbar, F., Kakavand, A., Borjali, A., & Barmas, H. (1390). Resilience & quality of life of the children with mental retardation's mothers. *Health psychology*, 1(1), 177-187.

- Helgeston, V. S., & Cohen, S. (2004). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.
- koopman, W., & Schweitzer, A. (1999). The journey to multiple sclerosis :A qualitative study. *Neur Sci Nurs*, 31, 17-24.
- Krokavcova, M., Van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., Gdovinnova, Z., & 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. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*, 27(5), 425-433.
- luthar, S.S. (2006). Resilience in development and psychology, pp; (11), 739-795.
- luthar, S.S., & Cichiti, D. (2000). The construct of resilience. Implications for interventions and social policies. *Development and Psychology*, (12) 857-885.
- Masoudi, R., Mohamady E., & Nabavi, M. (1387). [Effect of self- care program on Ourem method on physical dimension of quality of life of Ms patient] *Persian.J Shahrekord Med Univ*, 10(2), 21-29.
- Masten, A. (2000). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, (56), 227-228.
- McCabe, M.P., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, (56), 355-361
- Montazeri, A., Gashtaspi, A., & Vahdani nia, M. (1384). [Validity & Reliability of Persian version of SF-36 questionnaire]. *Persian. Payesh*.
- Nejat, S., Montazeri, A., & Kazem, M ” et al” (2006). Quality of life patients with multiple M.S compare with healthy people in Tehran. *J of Epidemiology, Persian. Iran*, 1(4), 19-24.
- O'Brien, M.T. (1993). Multiple sclerosis : The relationship among self - esteem , social support , and coping behavior. *Applied Nurs Res*, 6, 54-63.
- Pittock, S.J., Mayr, W.T., & McClelland, R.L. (2004). Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: A population based cohort study. *Arch Eurol*, 61(5), 679-86.
- Rehm, S.R., & Catanzaro, L.M. (1998). It's just a fact of life : Family member's perceptions of parental chronic illness . *Family nursing*, 4, 21-40.
- Roberts, J.E., & Gotlib, I.H. (1997). 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.
- Russel, C., White, M.B., & White, P. (2006). Why me? Why now? Why multiple sclerosis? Making meaning and perceived quality of life in a midwestern sample of patients with multiple sclerosis. *Famil Sys Health*, 24(1), 65-69.
- Samani, S., Joka, B., & Sahrargard, N. (1386). [Resilience, mental health, life satisfaction]. *Persian. Iran.. Psychiatry & clinical psychology of Iran*; 13(3) ; 290-295.
- Schwartz ,C.E. (1999). Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: Results of a randomized trial with multiple sclerosis patients. *Health Psychology*, (3), 211-220.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2007). *Text book of medical surgical nursin*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Streeter, C.L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for Social Work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Stuifbergen, A.K., Blozis, S.A., Harrison, T.C., & Becker, H.A. (2006). Exercise functional limitation and quality of life: A Longitudinal study of person with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 87(7), 935-43.

- Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., & Talavera, G.A et al. (2000). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med*, 19(1), 47-52.
- Taraghi, Z., & Eleiae, M. (2007). Quality of life of patient member of MS society of mazandaran Persian. *Iran J Neurology*, 20(55), 51-60.
- Tracy, E.M. (1985). Identifying social support resources of at risk families. *Social Work*, 1990; 35: 252- 8.3. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310– 57.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilinet individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, (86), 320-333.
- 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.
- Yu, DSF., Lee, FTD., & Woo, J. (2004). Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (M O S-S S-C). *Res Nurs Health*, 27,135-143.