

حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز و هم‌تایان عادی

حسن بافنده^۱، یزدان موحدی^{۲*}، فضل‌ا... قاسمی‌کلی^۳، علی رحیمی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۹

خلاصه

مقدمه: مولتیپل اسکلروز یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی می‌باشد. میزان شیوع مولتیپل اسکلروز در جمعیت کلی جهان یک درصد است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز و هم‌تایان عادی آنها انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز مراجعه کننده به بیمارستان رازی و امام رضا (ع) شهر تبریز بودند. تعداد ۳۵ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروز و ۳۵ فرد عادی به پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده Zemet و سرسختی روانشناختی Kobasa پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: بین نمرات بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز و هم‌تایان عادی در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود داشت، به گونه‌ای که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز از حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی پایین‌تری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: خانواده و اجتماع نقش حیاتی در روند این بیماری بر عهده دارند و این بیماران می‌توانند با اکتساب و تقویت سرسختی روانشناختی، سلامت روان خود را بهبود بخشند. همچنین، نتیجه این مطالعه نشان داد که باید از لحاظ اجتماعی این بیماران مورد حمایت قرار بگیرند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانشناختی، مولتیپل اسکلروز، هم‌تایان عادی

۱- استادیار علوم اعصاب شناختی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Yazdan.movahedi@gmail.com، تلفن: ۰۲۱-۴۳۱۵۵۶۳

۳- کارشناس ارشد علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

۴- کارشناس ارشد علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

مولتیپل اسکروز بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که سیستم ایمنی و غلاف میلین اطراف آکسون سیستم عصبی مرکزی را مورد حمله قرار می‌دهد و به ضایعه‌هایی در مغز و نخاع منجر می‌شود. این بیماری گستره وسیعی از علائم را ایجاد می‌کند از جمله: اختلال در تعادل و هماهنگی، اختلال در عملکرد روده و مثانه، اختلال بینایی، اختلال حسی، اشکال در گفتار، درد، اختلال در کارکردهای شناختی، اختلال در عملکرد جنسی، افسردگی و تغییرات خلقی ایجاد می‌کند [۱-۲].

این بیماری اغلب باعث کاهش اولیه یا همه جانبه کارکردهای جسمانی، اجتماعی و شناختی فرد می‌شود و بر کیفیت زندگی بیمار، خانواده و افراد نزدیک او اثر مخربی می‌گذارد [۳]. از جمله عواملی که تشدید این بیماری را تحت تاثیر قرار می‌دهند حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی می‌باشند.

یکی از منابعی که افراد هنگام مقابله با استرس در دسترس دارند حمایت اجتماعی است که می‌تواند رسمی یا غیر رسمی باشد. حمایت اجتماعی با متأثر کردن ارزیابی شخص از استرسور، آگاهی از راهبردهای مقابله‌ای و مفهوم خود شخص عمل می‌کند. حمایت اجتماعی مساعدتی است که توسط شخص یا اشخاص دیگر برای فرد فراهم شده است [۴]. حمایت اجتماعی با توجه به مشترک بودن با نیازهای اساسی بشر، مستقل از سطوح استرس، اثر مستقیمی بر سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی دارد. هم چنین فرض می‌شود که حمایت اجتماعی وقایع استرس‌زای زندگی را کاهش و عملکرد مقابله‌ای را افزایش می‌دهد [۵]. تحقیقات Abedian نشان می‌دهد که افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند در برابر پریشانی‌های روانشناختی سپر باشد که به حفظ بهزیستی جسمانی و روانشناختی کمک می‌کند [۴]. حمایت اجتماعی ادراک شده ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یا ریاست. عاطفه یعنی ابراز عشق و محبت، تصدیق یعنی آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب و یاری یعنی مساعدت مستقیم مانند مساعدت مالی و یاری دادن در انجام کارها. یکی از ویژگی‌های افراد نسبتاً مقاوم در برابر رویدادهای تنش‌زا،

برخورداری از حمایت اجتماعی است. سیستم‌های حمایت اجتماعی می‌توانند اثرات منفی تنش بر وضعیت بهداشت و سلامت روان را تعدیل نمایند [۶].

حمایت اجتماعی به عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با بیماری و شرایط تنیدگی‌زا، تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند [۷] و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای بین عوامل تنیدگی‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمانی و روانی و همچنین تقویت شناخت در افراد با کاهش تنش تجربه شده، موجب بهبود سلامت روانی و جسمانی و کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۸]. حمایت اجتماعی به مدیریت تنیدگی‌های روانی و اصلاح روان بنه‌ها کمک می‌کند، احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهد، بهبودی را تسریع می‌کند، مرگ و میر را کاهش داده و سلامت روانی را تأمین می‌کند [۹]. حمایت اجتماعی با پاسخ‌های ایمنی بدن و سلامتی عمومی ارتباط دارد [۱۰] و به مثابه یک تعدیل کننده تجربه سوگ عمل می‌کند [۱۱].

از سوی دیگر، سرسختی روانشناختی نیز یکی از مهارت‌هایی است که فرد را برای درگیری با مشکلات زندگی آماده می‌کند. افراد سرسخت نه تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند [۱۲].

تا اوایل دهه ۸۰ اعتقاد بسیاری از محققان علوم رفتاری بر این بود که رویدادهای استرس‌زا در بروز مشکلات روانشناختی نقش مؤثری دارند. در عین حال، مطالعات روانشناسان بعدی نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زا و اختلالات روانشناختی عوامل تعدیل کننده‌ای وجود دارد که موجب می‌شود رویدادهای استرس‌زا، اثرات متفاوتی در افراد بر جای گذارند. در همین زمینه Kobasa مفهوم شخصیت سرسخت را ابداع کرد و آن را به عنوان متغیر مداخله‌گر در تعدیل ارتباط میان استرس و بیماری‌های جسمانی و روانی مورد بررسی قرار داد و نشان داد افراد سرسخت هر چند درجه بالایی از استرس‌ها را تجربه می‌کنند، اما بیمار نمی‌شوند [۱۳]. این افراد از نظر ویژگی سرسختی، متفاوت از کسانی هستند که در شرایط پر استرس بیمار می‌شوند. به عقیده کوباسا سرسختی

مقایسه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد. ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی، مصرف الکل یا مواد مخدر، آسیب‌های مغزی و یا جمجمه‌ای و یا مصرف دارو بود. آزمودنی‌های گروه کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابه آزمودنی‌های گروه هدف بودند (سن، جنس، وضعیت تأهل). توضیح این که همه بیماران راست دست بودند. از مصاحبه تشخیصی و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص بیماران نیز استفاده شد.

مقیاس سخت‌رویی روان‌شناختی: این مقیاس شامل ۵۰ آیتم است. هر خرده مقیاس با طیف لیکرت صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ها روی سه سطح تعهد، کنترل و چالش محاسبه می‌گردند. این پرسشنامه توسط Ghorbani (۲۰۰۴) ترجمه، روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد لازم، اصلاحات به عمل آمده است. مطالعه Ghorbani نشان داد که ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ است و این ضریب برای کل صفت سخت‌رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است. همچنین این مقیاس شامل سه مولفه تعهد، کنترل و چالش می‌باشد [۱۷]. حداقل نمره صفر و حداکثر ۵۰ می‌باشد. و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی بیشتر و نمرات کمتر نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی کمتر است. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس شامل ۱۲ ماده برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و اشخاص مهم می‌باشد و بر اساس مقیاسی ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده می‌شود. ۱۲ سؤال این ابزار بر اساس گزینه‌های «اصلاً این‌طور نیست» (۱ امتیاز)، «این‌طور نیست» (۲ امتیاز)، «نظری ندارم» (۳ امتیاز) «این‌طور است» (۴ امتیاز)، «کاملاً این‌طور است» (۵ امتیاز) محاسبه می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۲ [۱۸] و همچنین روایی داخلی آن مطلوب گزارش شده است [۱۲]. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره انجام گرفت.

روانشناختی ترکیبی از باورها درباره خویشتن و جهان است و از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است [۱۴]. مطالعات گویای آن است که سرسختی روانشناختی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیش‌گیری می‌کند [۱۵]. سرسختی روانشناختی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، مانند سپری محافظ عمل می‌کند.

افراد سرسخت معتقدند که قدرت کنترل بر وقایع زندگی را دارند و به جای دوری از مشکلات آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند و نه تهدید. Kobasa [۱۴] ادعان داشت که این ویژگی به عنوان گروهی از ویژگی‌های شخصیتی است که یک منبع مقاومت را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی فراهم می‌کند. سخت‌رویی معمولاً ترکیبی از سه مؤلفه است. تعهد نسبت به خویشتن و کار، احساس کنترل شخصی بر وقایع و نتایج و اعتقاد درونی به این که تغییر یک چالش و فرصت برای رشد است. Deborah و همکاران [۱۶] در تحقیق خود تحت عنوان نقش عملکردهای مرتبط با سلامت و سخت‌رویی به عنوان واسطه‌های میان استرس و بیماری نتیجه گرفتند که سخت‌رویی تأثیر مستقیم بر بیماری و تأثیر غیرمستقیم بر رفتارهای فرد دارد و تأثیر آن بر سلامتی مستقل از تأثیر بر استرس بوده است. با توجه به مبانی نظری بیان شده و از آنجایی که تا به حال در زمینه حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی بیماران مولتیپل اسکروز مطالعه‌ای انجام نشده است، این پژوهش با هدف مطالعه حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز و هم‌تایان عادی آنها انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز شهر تبریز بودند که در سال ۹۴ به بیمارستان رازی و امام رضا (ع) مراجعه کرده بودند. در این پژوهش ۳۵ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز در دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال با یک گروه از آزمودنی‌های بهنجار با همان محدوده سنی مورد

یافته‌ها

جدول (۱) آماره توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، افراد مولتیپل اسکروز نمرات کمتری را در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان‌شناختی به دست آورده‌اند.

میانگین سنی افراد بیمار $44/24 \pm 5/28$ و افراد سالم $41/93 \pm 4/74$ سال بود. از ۳۵ فرد مبتلا به بیماری ۲۶ نفر (۷۶ درصد) و از ۳۵ فرد سالم، ۲۸ نفر (۸۲ درصد) متأهل بودند که این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود.

جدول ۱- آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش بر اساس دو گروه

متغیر	گروه‌ها	میانگین و انحراف استاندارد
خانواده	مولتیپل اسکروز	$9/80 \pm 2/22$
	عادی	$12/31 \pm 2/89$
دوستان	مولتیپل اسکروز	$11/25 \pm 2/41$
	عادی	$12/5 \pm 2/35$
اشخاص مهم	مولتیپل اسکروز	$8/51 \pm 2/10$
	عادی	$9/94 \pm 2/86$
مؤلفه‌ها	مولتیپل اسکروز	$21/91 \pm 2/59$
	عادی	$24/34 \pm 2/58$
کنترل	مولتیپل اسکروز	$21/45 \pm 3/14$
	عادی	$23/88 \pm 3/00$
چالش	مولتیپل اسکروز	$24/22 \pm 2/95$
	عادی	$25/48 \pm 2/11$

سطح معنی‌داری متغیرها از $0/05$ بزرگ‌تر می‌باشد؛ این فرض هم برای انجام آزمون مانوآ رعایت می‌گردد. اثر کلی گروه معنی‌دار است، چراکه F مربوط به اثرات لامبدای ویلکز برابر با (۶/۶۶) در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است. یعنی بین دو گروه در متغیرهای پژوهشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا از پیش‌فرض‌های این آزمون (آزمون باکس و لون) استفاده گردید. با توجه به نتایج آزمون باکس به سطح معنی‌داری $0/450$ و با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مذکور بزرگتر از $0/05$ می‌باشد؛ بنابراین پیش‌فرض مورد نظر در خصوص عدم اختلاف واریانس گروه‌ها برقرار می‌باشد. با توجه به نتایج آزمون لون و سطح معنی‌داری متغیرها؛ از آنجا که

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه باهدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	خانواده	۱۱۰/۶۲	۱	۱۱۰/۶۲	۱۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹۶
	دوستان	۳۴/۳۰	۱	۳۴/۳۰	۶/۰۳	۰/۰۱۷	۰/۰۸۱
	اشخاص مهم	۳۵/۷۱	۱	۳۵/۷۱	۵/۶۴	۰/۰۲۰	۰/۰۷۷
	تعهد	۱۰۳/۲۱	۱	۱۰۳/۲۱	۱۵/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۴
	کنترل	۱۰۷/۲۵	۱	۱۰۷/۲۵	۱۰/۸۹	۰/۰۰۲	۰/۱۳۸
	چالش	۲۷/۶۵	۱	۲۷/۶۵	۴/۱۸	۰/۰۴۵	۰/۰۵۸

کننده ی معنادار تغییرات مثبت پس ضربه‌ای معرفی کرد [۲۵].

McCabe و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که زنان بیشتر از مردان تمایل به جلب حمایت اجتماعی و تمرکز بر جنبه‌های مثبت موقعیت دارند و سطح پایین حمایت اجتماعی با تطبیق ضعیف روان‌شناختی همراه بوده است [۲۶]. Warren در مطالعه خود همبستگی میان متغیرهای روان‌شناختی، عواطف منفی و درد را به دست آورد. او نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده، امید و خوش‌بینی با درد وابسته به ام اس همبستگی منفی دارند و در مجموع علائم افسردگی و اضطراب پیش‌بین‌های قوی‌تری برای احساس درد به دست آمد [۲۷]. WiechmanAskay & Magyar-Russel و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که حمایت اجتماعی از طرف خانواده و دوستان بیماران ام اس صورت می‌گیرد به‌طور عمده به وضعیت سلامت روان ادراکی وابسته است و حمایت اجتماعی که توسط دیگر افراد مهم صورت می‌گیرد با سلامت عمومی فیزیکی که توسط پرسشنامه کیفیت زندگی اندازه‌گیری شده رابطه مثبت دارد [۲۸].

در تبیین این یافته می‌توان به نقش حمایت اجتماعی در کاهش تنیدگی اشاره کرد. اقدامات حمایتی، نحوه مقابله با تنیدگی را بهبود می‌بخشد و درک حمایت‌های موجود باعث می‌شود موقعیت تهدیدآمیز کمتر تنیدگی‌زا ارزیابی می‌شود. در واقع حمایت اجتماعی ادراک شده به بیمار مبتلا به ام اس کمک می‌کند زودتر به تغییرات مثبت پس ضربه‌ای دست یابد چراکه این تغییرات مثبت می‌تواند باعث تغییر در روابط بین فردی و قدرشناسی بیشتر از اعضای خانواده و دوستان، صمیمیت و نوع دوستی شود [۲۹].

یک توجیه احتمالی برای این یافته آن است که وقتی افراد معتقدند منبعی از قدرت و انرژی وجود دارد که آن‌ها را دوست می‌دارد و می‌توانند به آن تکیه کنند و هر زمان که بخواهند قادر هستند با او سخن بگویند، احساس خود مهارگری بر وقایع پیدا می‌کنند و کمتر دچار ترس و نگرانی از عواقب بیماری می‌شوند. با سیر زمانی بیماری راحت‌تر کنار آمده و کمتر دستخوش افکار و هیجان‌های منفی می‌شوند.

با توجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان‌شناختی در بیماران مولتیپل اسکروز نسبت به هم‌تایان عادی پایین‌تر می‌باشد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز از میزان حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی افراد نقش مهمی داشته و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه تأثیر دارد. همین‌طور، با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ‌ومیر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر دیده می‌شود [۱۹].

حمایت اجتماعی ادراک شده احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد بخشی از یک شبکه اجتماعی است که فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و تثبیت ارتباطات با ارزش فراهم می‌آورد. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است [۲۰].

در همین راستا، Chang و همکاران دریافتند که افزایش حمایت اجتماعی همبستگی مثبتی با شرکت در فعالیت‌های مثبت سلامتی آور در بیماران ام اس دارد که شامل تغذیه مناسب، ورزش، امنیت و ارتقای سلامت می‌باشد [۲۱]. افراد با سبک‌های شخصیتی خاص ممکن است نیازهای متفاوتی به حمایت اجتماعی داشته باشند [۲۲].

Zhang & Verhoef نشان دادند که حمایت اجتماعی بیمار نیرومندترین و پایدارترین پیش‌بینی کننده پیروی از دستورات درمانی است [۲۳]. Ruggiero و همکاران معتقدند سطوح بالای حمایت اجتماعی با بهبود خود مدیریتی در بیماری‌های مزمن همراه است [۲۴].

Mohr و همکاران به تعیین سهم مهارت مقابله، حمایت‌های اجتماعی و شدت اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای در پیش‌بینی تغییرات مثبت کودکان و نوجوانان ناشی از طوفان کاترینا پرداخت و حمایت‌های اجتماعی را به‌عنوان پیش‌بینی

همبستگی مثبت دارد، با مطالعه حاضر هم سو می‌باشد [۳۶]. همچنین پژوهش Contrada نشان داد که افراد سخت‌رو در شرایط استرس‌زا دچار فرسایش جسمی کمتری می‌شوند [۳۷]. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر طبق نظریه یادگیری اجتماعی Chung احتمال وقوع یک رفتار ویژه، وابسته به انتظار وقوع، تقویتی است که به دنبال انجام آن رفتار ویژه حاصل می‌شود. ارزش تقویت به میزان ترجیح یک تقویت ویژه از میان چندین تقویت در دسترس اشاره می‌کند. برای افرادی که با یک بیماری مزمن مواجه هستند، تقویت مورد انتظار سلامتی است. نیازهای فرد عامل مهمی است که بر ارزش تقویت تأثیر به‌سزایی دارد [۳۸]. بیماران ام اس با یک عامل تنیدگی زای ناخوشایند مواجه هستند و نیاز به حفظ سلامتی و زندگی عملی است که بالا بودن ارزش سلامتی را در این افراد تبیین می‌کند. در واقع، در میان تقویت‌های در دسترس، سلامتی ارزش و اهمیت بیشتری برای آنان دارد و در نتیجه بیماران رفتارهایی را انجام می‌دهند که منجر به حصول تقویت مورد انتظار یعنی سلامتی شود. مواجه با یک بیماری مزمن موجب می‌شود که فرد با توجه به ارزشی که برای سلامتی خود در شرایط فعلی قائل است، انگیزش بیشتری برای آنجا آن دسته از رفتارهایی داشته باشد که منجر به حصول پیامدهای مثبت سلامتی می‌شوند. در حالی که افراد سالم هنوز با مشکلات و عوامل تنیدگی زای جدی سلامت مواجه نشده و به ارزش سلامتی خود آن چنان که باید واقف نیستند. در نتیجه در شرایط کنونی، عامل سلامتی تقویت مهم و ارزشمندی برای آنان محسوب نشده و توجه و نگرانی کمتری در رابطه با وضعیت سلامتی خود دارند.

نتیجه‌گیری: افراد سرسخت متعهد به انجام رفتارهای مرتبط با سلامت بوده و سلامت خود را تحت مهار خود ادراک کرده و عوامل تنیدگی زای سلامتی را به عنوان فرصتی برای رشد شخصی خود در نظر می‌گیرند [۳۲].

هر چه میزان تعهد یک فرد بالاتر بوده و متعهدتر باشد، یعنی به جای بیزاری و بیگانگی از هر آنچه انجام می‌دهد یا مواجه می‌شود با آن‌ها درگیر شود و هدفمند باشد، از سلامت روان بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. همچنین، هر قدر که یک فرد از قدرت چالش بیشتری برخوردار باشد یعنی تغییرات

یافته دیگر مطالعه حاضر این بود که میزان سخت‌رویی در بیماران مبتلا به ام اس نسبت به افراد عادی پایین‌تر است. در همین راستا، در تحقیقی که Beasley و همکاران انجام دادند سخت‌رویی روان‌شناختی یک نقش واسطه‌ای را در کاهش تأثیر مستقیم سازگاری هیجان مدار در افسردگی هر دو جنس و اضطراب خانم‌ها بر عهده داشت و در حقیقت تنها متغیر دائمی و پیش‌بینی‌کننده پریشانی جسمی و روانی سخت‌رویی روان‌شناختی بود [۳۰].

Lau و همکاران نشان دادند که در میان افرادی با یک عامل تهدیدزای زندگی یا مشکل جدی سلامتی مواجه هستند، تفاوت کمی در چگونگی ارزیابی ارزش سلامت وجود دارد و ارزش سلامت در این افراد به‌صورت مشابهی بالا است [۳۱].

نتایج تحقیقات انجام گرفته بر روی بیماران مزمن نیز نشان می‌دهد سرسختی، ویژگی شخصیتی و عامل انگیزشی مهمی برای تعیین پیامدهای سلامتی و سازگاری روان‌شناختی و فیزیولوژیکی با بیماری است [۳۲ و ۳۳ و ۳۴ و ۳۵]. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد بیمارانی که از سطوح بالای سرسختی سلامت برخوردارند از طریق ارزیابی تنیدگی به‌صورت کمتر ناخوشایند استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال و سودمند، به‌کارگیری منابع حمایت اجتماعی و انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت به نحو مؤثری با بیماری خودسازگاری حاصل کرده و اختلالات روان‌شناختی کمتری را گزارش می‌کنند.

Deborah و همکاران در تحقیق خود با عنوان نقش عملکردهای مرتبط با سلامت و سخت‌رویی به‌عنوان واسطه‌های میان استرس و بیماری نتیجه گرفتند که سخت‌رویی تأثیر مستقیم بر بیماری و تأثیر غیرمستقیم بر رفتارهای فرد دارد و تأثیر آن بر سلامتی مستقل از تأثیر بر استرس بوده است. همان‌طور که می‌دانیم با تعدیل استرس و تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت در جهت مثبت سلامت روان بیش‌تری نیز حاصل خواهد شد [۱۶].

پژوهش Smith و همکاران که نشان داد سخت‌رویی و خوش‌بینی بخش قابل‌توجهی از واریانس همه‌خرده مقیاس‌های سلامت عمومی را پیش‌بینی کرده و با آن‌ها

سهم نویسندگان

حسن بافنده: ایده مقاله و روش شناسی پژوهش
یزدان موحدی: نگارش مقاله و تجزیه و تحلیل اطلاعات
فضل الله قاسمی کلی و علی رحیمی: جمع آوری داده های
پژوهش

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران محترم و
همچنین خانواده‌های آن‌ها که در این پژوهش ما را یاری
نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

زندگی را سبب رشد شخصی بداند و آن‌ها را به‌عنوان
فرصت‌های زندگی ارزیابی کند و نه تهدیدکننده از سلامت
روان بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. به همین صورت اگر
کنترل یک فرد بر وقایع زندگی بالاتر باشد و تقویت را ناشی از
تلاش‌ها و ویژگی‌های خود بداند و نه منابع بیرونی، سلامت
روان او نیز بالاتر خواهد بود.

با توجه به محدودیت این پژوهش که مبتنی بر
پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی بود، پیشنهاد می‌شود
پژوهش‌های دیگری با نمونه‌های بزرگ‌تر صورت گیرد تا امکان
تعمیم نتایج وجود داشته باشد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- Mohr DC, Epstein L, Luks TL, Goodkin D, Cox D, Goldberg A, et al. Brain lesion volume and neuropsychological function predict efficacy of treatment for depression in multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology* 2003;71(6):1017
- Ringold S, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Multiple sclerosis. . [JAMA](#). 2005 Jan 26;293(4):514.
- Janssens AC, Van Doorn P, De Boer J, Kalkers N, van der Meché FG, Passchier J, et al. A anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2003;9(4):397-403.
- Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Ismaeli H. Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth and related factors. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(78):16-24. [Persian].
- Årestedt K, Saveman B-I, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;12(1):69-77.
- Lee, E. H. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 27 (5): 425-433.
- Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of pain and symptom management* 2004;27(5):425-33.
- Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International journal of nursing studies* 2009;46(6):830-7.
- Aass N, Fosså S, Dahl A, Aloe T. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European journal of cancer* 1997;33(10):1597-604.
- Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research* 2004;13(1):161-70.

11. Stroebe W, Zech E, Stroebe MS, Abakoumkin G. Does social support help in bereavement? *Journal of social and Clinical Psychology* 2005;24(7):1030-50.
12. Mirzaeean B, Baazat F, Khakpour N. Internet addiction among college students and its impact on mental health. *Journal of Information and Communication Technologies in Education* 2011; 2(1): 141-60.
13. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology* 1979;37(1):1-11.
14. Kobasa SC, Maddi SR, Zola MA. Type A and hardiness. *Journal of behavioral medicine* 1983;6(1):41-51.
15. Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of personality and social psychology* 1995;68(4):687-95.
16. Wiebe DJ, McCallum DM. Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology* 1986;5(5):425-38.
17. Ghorbani N. Spirituality experience is knowledge and modern cognitive to religion or a psychology constructing. *Articles and studies Philosophy* 2004;76(2):69-98. [Persian]
18. AbuAlRub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship* 2004;36(1):73-8.
19. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *Journal of advanced nursing* 1993;18(2):203-10.
20. Sarafino E P. *Health psychology*. 4th ed. New York: Jhon Wiley & Sons; 2002: 216-21.
21. Chang EM, Daly JW, Hancock KM, Bidewell J, Johnson A, Lambert VA, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of professional nursing* 2006;22(1):30-8.
22. Rafiee F, Oskouie F, Nikraves M. Key factors in nurses' reaction to Burnout: A qualitative study. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2007;13(53):83-94. [Persian]
23. Zhang J, Verhoef MJ. Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social science & medicine* 2002;55(10):1795-802.
24. Ruggiero L, Spirito A, Bond A, Coustan D, McGarvey S. Impact of social support and stress on compliance in women with gestational diabetes. *Diabetes Care* 1990;13(4):441-3
25. Mohr DL, Epstein L, Luks TL. Brainlesion volume and neuropsychological function predict efficacy of treatment for depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(6): 1017-24.
26. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research* 2004;56(3):355-61.
27. Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):479-88.
28. Askay SW, Magyar-Russell G. Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International review of psychiatry* 2009;21(6):570-9.
29. Joseph S, Linley PA. Positive psychology versus the medical model?: Comment 2006; 61(4): 332-3.
30. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences* 2003;34(1):77-95.
31. Lau RR, Hartman KA, Ware JE. Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology* 1986;5(1):25.

32. Pollock SE. The hardiness characteristic: A motivating factor in adaptation. *Advances in Nursing Science*. 1989;11(2):53-62.
33. Pollock SE, Verran JA, Hoare K, Solomons HC. Adaptive responses to diabetes mellitus. *Western Journal of nursing research* 1989;11(3):265-80.
34. Hung CH. Postpartum stress as a predictor of womens minor psychiatric morbidity. *Community Mental Health Journal* 2007;43(1):1-11.
35. Tromp D, Brouha X, Hordijk G, Winnubst J, Gebhardt W, Van Der Doef M, et al. Medical care-seeking and health-risk behavior in patients with head and neck cancer: the role of health value, control beliefs and psychological distress. *Health education research* 2005;20(6):665-75.
36. Smith N, Young A, Lee C. Optimism, health-related hardiness and well-being among older Australian women. *Journal of Health Psychology* 2004;9(6):741-52.
37. Contrada RJ. Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. *Journal of personality and social psychology* 1989;57(5):895-903.
38. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. Locus of control among spinal cord injury patients with different levels of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research* 2007;152(2):253-60.

The Comparison of Perceived Social Support and Psychological Hardiness in Patients with Multiple Sclerosis and Normal People

Bafandeh H¹, Movahedi Y^{2*}, GhasemiKeli F³, Rahimi A⁴

1- Assistant prof. Dept. of Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

2- Ph.D Student of Cognitive Neuroscience, Dept. of Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

(Corresponding author) . Email: yazdan.movahedi@gmail.com, Tel: 021-4315563

3- Master of Education Science, Islamic Azad University

4- Master of Education Science, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Received: 30 December 2014

Accepted: 9 June 2016

Introduction: Multiple sclerosis is a common autoimmune disease. The prevalence of multiple sclerosis in the general population of the world is one percent. This study aimed to compare the perceived social support and psychological hardiness in patients with multiple sclerosis and normal people.

Materials & Methods: This comparative study was executed on 35 patients with multiple sclerosis and 35 normal subjects who responded to the perceived social support and psychological hardiness questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of variance.

Results: Data analysis showed significant differences in the scores of patients with multiple sclerosis and normal people on the scale of perceived social support and psychological hardiness. Such that patients with multiple sclerosis had lower scores in social support and psychological hardiness.

Conclusion: Family and community play a vital role in the disease process. By learning and improving the psychological hardiness to improve their mental health, patients could help themselves to overcome the hardships of this disease and in this regard the family and society's support are needed as well.

Keywords: Perceived social support, Psychological hardiness, Multiple sclerosis, Normal people

Please cite this article as follows:

Bafandeh H, Movahedi Y, GhasemiKeli F, Rahimi A. The Comparison of Perceived Social Support and Psychological Hardiness in Patients with Multiple Sclerosis and Normal People. *Community Health journal* 2016; 9(4): 28-37.

Funding: This research was funded by student research committee of Tabriz University.

Conflict of interest: None declared

Ethical approval: The Ethics Committee of Tabriz University approved the study.