



دانشگاه سindh نور

دانشکده علوم انسانی

گروه علمی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته: روانشناسی عمومی

عنوان:

ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان و

وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس

استاد راهنما: دکتر احمد علی پور

اساتید مشاور: دکتر محمد علی صحرا بیان، دکتر مہناز علی اکبری

نگارش:

مرضیہ حاجی آقابائی

شہریور ۱۳۸۹



تقدیم به

همسر عزیزم علی و

یگانه فرزند دلبندم نوید

که همواره مراد تحصیل علم یار و پشتیبان بودند.

تقدیر و تشکر

سپاس خداوند بلند مرتبه را که فرصت زندگی و تحصیل علم به من ارزانی داشت و در این راه از نعمت همراهان فرهیخته و دلسوز برخوردار گردانید.

اکنون که نگارش این پایان نامه به اتمام رسیده است، وظیفه خود می دانم از زحمات جناب آقای دکتر احمد علی پور که با راهنمایی های ارزشمند خود، پیوسته مرا در انجام این پژوهش همراهی نمودند، همچنین از جناب آقای دکتر محمدعلی صحراییان که با سعه صدر قبول همکاری نمودند و زحمت معاینات نورولوژی بیماران این پژوهش نیز بر عهده ایشان بود و همچنین سرکار خانم دکتر مهناز علی اکبری که همواره مرا از توصیه های راهگشای خود بهره مند ساختند، کمال قدردانی و امتنان را داشته باشم.

شایسته است، از تمامی بیماران عزیزی که در این پژوهش شرکت کرده و با وجود شرایط سخت ناشی از بیماری پرسش نامه ها را تکمیل نمودند، سپاسگزاری نمایم. امید آنکه نتایج این مطالعات در کاهش آلام این عزیزان مفید فایده باشد.

چکیده

MS یک بیماری التهابی و مزمن دستگاه اعصاب مرکزی و تخریب کننده غشای میلین می باشد که با خصوصیات جسمی، شناختی و کاستی های روان شناختی همراه است. هدف از انجام این تحقیق، بررسی رابطه میان سخت رویی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان و وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS می باشد.

این تحقیق از نوع توصیفی- همبستگی می باشد. شرکت کننده های این تحقیق، ۸۳ بیمار زن مبتلا به MS که به درمانگاه ویژه MS بیمارستان سینای شهر تهران مراجعه کرده بودند، می باشند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسش نامه های حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران، بررسی دیدگاه های شخصی کوباسا، سلامت روان گلدبرگ و هیلیر (GHQ28) و نیز ارزیابی نورولوژیست بر طبق مقیاس وضعیت ناتوانی فیزیکی توسعه یافته کرتزکه (EDSS) جمع آوری گردید. داده های پژوهش با استفاده از روش های آماری پارامتریک و غیرپارامتریک شامل آمار توصیفی، ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، رگرسیون تک متغیری و چندمتغیری گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

میانگین سلامت روان و میانگین وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS به ترتیب ۲۹/۰۲ و ۳/۱۶، به دست آمد. میان سخت رویی و خرده مقیاس های آن شامل تعهد، چالش و کنترل با سلامت روان زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت معنادار وجود داشت. براساس تحلیل رگرسیون تک متغیری، سخت رویی ۹۶/۲٪ و خرده مقیاس های تعهد، چالش و کنترل به ترتیب ۸۵/۴٪، ۸۴/۶٪ و ۸۰/۲٪ از واریانس سلامت روان زنان مبتلا به MS را پیش بینی می کنند. تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان داد، حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی واریانس سلامت روان هیچ نقشی ندارد و تعهد و پس از آن چالش، در تأثیر همزمان خرده مقیاس های سخت رویی در پیش بینی واریانس سلامت روان بیشترین تأثیر را دارند. میان خرده مقیاس حمایت دوستان با سلامت روان زنان مبتلا به MS نیز همبستگی مثبت معنادار بدست آمد. تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد خرده مقیاس حمایت دوستان ۵۳/۶٪ از واریانس سلامت روان زنان مبتلا به MS را پیش بینی می کند. در این تحقیق میان سخت رویی و خرده مقیاس های آن و نیز حمایت اجتماعی ادراک شده و خرده مقیاس های آن با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه معناداری بدست نیامد.

با توجه به وضعیت نامطلوب سلامت روان زنان مبتلا به MS و همچنین همبستگی میان سخت رویی و خرده مقیاس های آن با سلامت روان، این بیماران می توانند با اکتساب و تقویت این مهارت، سلامت روان خود را بهبود بخشند.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
	<u>فصل اول: کلیات پژوهش</u>
۱۳	مقدمه
۱۵	۱-۱- تعریف مسئله
۱۵	۲-۱- سوالات پژوهش
۱۶	۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۷	۴-۱- اهداف پژوهش
۱۷	۵-۱- فرضیه‌های پژوهش
۱۷	۶-۱- متغیرهای پژوهش
۱۷	۱-۶-۱- متغیرهای پیش‌بین
۱۷	۲-۶-۱- متغیرهای ملاک
۱۸	۷-۱- تعاریف نظری متغیرهای پژوهش
۱۸	۱-۷-۱- حمایت اجتماعی ادراک شده
۱۸	۲-۷-۱- سخت‌رویی
۱۸	۱-۲-۷-۱- تعهد
۱۹	۲-۲-۷-۱- کنترل
۱۹	۳-۲-۷-۱- چالش
۱۹	۳-۷-۱- سلامت روان
۱۹	۸-۱- تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش
۱۹	۱-۸-۱- حمایت اجتماعی ادراک شده
۲۰	۲-۸-۱- سخت‌رویی
۲۰	۳-۸-۱- سلامت روان
۲۰	۴-۸-۱- وضعیت ناتوانی فیزیکی توسعه یافته

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۲۲	MS بیماری ۱-۲-۱-۲
۲۲	MS کلیاتی در مورد بیماری ۱-۱-۲-۲
۲۳	MS تعریف ۲-۱-۲-۲
۲۳	MS نامگذاری ۳-۱-۲-۲
۲۴	MS همه گیر شناسی ۴-۱-۲-۲
۲۴	MS سبب شناسی ۵-۱-۲-۲
۲۷	MS تصلب در سیستم عصبی ۶-۱-۲-۲
۲۹	MS علایم ۷-۱-۲-۲
۳۰	MS روند بالینی ۸-۱-۲-۲
۳۱	MS پیش آگهی ۹-۱-۲-۲
۳۱	MS تشخیص ۱۰-۱-۲-۲
۳۳	MS عوارض بیماری ۱۱-۱-۲-۲
۳۳	MS انواع بیماری ۱۲-۱-۲-۲
۳۴	MS علائم عصبی روانی و شناختی ۱۳-۱-۲-۲
۳۶	MS درمان ۱۴-۱-۲-۲
۳۷	MS توانبخشی نورولوژیک ۱۵-۱-۲-۲
۳۸	MS سخت‌رویی ۲-۲-۲-۲
۳۸	MS روانشناسی وجودی ۱-۲-۲-۲
۳۹	MS عوامل مؤثر بر سخت‌رویی ۲-۲-۲-۲
۴۱	MS مؤلفه‌های سخت‌رویی ۳-۲-۲-۲
۴۱	MS تعهد ۱-۳-۲-۲
۴۱	MS کنترل ۲-۳-۲-۲
۴۲	MS چالش ۳-۳-۲-۲

۴۳	۳-۲- حمایت اجتماعی ادراک شده
۴۳	۳-۲-۱- انواع حمایت اجتماعی ادراک شده
۴۴	۳-۲-۲- دیدگاه نظریه پردازان تحولی پیرامون حمایت اجتماعی
۴۵	۳-۳-۲- منابع حمایت اجتماعی
۴۶	۳-۲-۴- کارکردهای حمایت اجتماعی
۴۶	۳-۲-۵- حمایت اجتماعی و سلامتی
۴۷	۲-۴- سلامت روان
۴۸	۲-۴-۱- دیدگاه‌های نظری درباره‌ی سلامت روان
۴۸	۲-۴-۱-۱- دیدگاه روانکاوی فروید
۴۹	۲-۴-۱-۲- دیدگاه نو روانکاوی
۴۹	۲-۴-۱-۲-۱- دیدگاه یونگ
۴۹	۲-۴-۱-۲-۲- دیدگاه آدلر
۵۱	۲-۴-۱-۳- دیدگاه هورنای
۵۱	۲-۴-۱-۴- دیدگاه اریک فرام
۵۲	۲-۴-۱-۵- دیدگاه هنری موری
۵۳	۲-۴-۱-۳- دیدگاه گستره زندگی اریکسون
۵۳	۲-۴-۱-۴- دیدگاه صفت و وراثت آلپورت
۵۴	۲-۴-۱-۵- دیدگاه انسانگرایی
۵۴	۲-۴-۱-۵-۱- دیدگاه آبراهام مزلو
۵۵	۲-۴-۱-۵-۲- دیدگاه کارل راجرز
۵۶	۲-۴-۱-۶- دیدگاه رفتارگرایی اسکینر
۵۶	۲-۴-۱-۷- دیدگاه هستی‌گرایی
۵۷	۲-۴-۱-۸- دیدگاه معناگرایی ویکتور فرانکل
۵۸	۲-۴-۱-۹- دیدگاه واقعیت‌گرایی ویلیام گلاسر

- ۲-۴-۱-۱۰- دیدگاه شناختی آلبرت ایس ۵۹
- ۲-۴-۱-۱۱- دیدگاه گشتالتی فردریش پرلز ۶۰
- ۲-۴-۱-۱۲- مدل توسعه سلامتی ۶۱
- ۲-۵- پژوهش‌های داخلی ۶۳
- ۲-۶- پژوهش‌های خارجی ۶۵

فصل سوم: روش اجرای پژوهش

- ۳-۱- روش پژوهش ۷۰
- ۳-۲- جامعه آماری ۷۰
- ۳-۳- روش نمونه‌گیری ۷۱
- ۳-۴- روش و ابزار گردآوری اطلاعات ۷۱
- ۳-۴-۱- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی زیمت و همکاران ۱۹۸۸ ۷۲
- ۳-۴-۲- مقیاس بررسی دیدگاه‌های شخصی کوباسا ۱۹۷۹ ۷۲
- ۳-۴-۳- مقیاس سلامت روان ۷۳
- ۳-۴-۴- مقیاس وضعیت ناتوانی توسعه یافته‌ی کرتزکه ۷۵
- ۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۷۶

فصل چهارم: نتایج و تجزیه و تحلیل داده‌ها

- ۴-۱- تحلیل آمار توصیفی ۷۹
- ۴-۲- تحلیل آمار پارامتریک ۸۱
- ۴-۲-۱- تحلیل جدول همبستگی پیرسون ۸۱
- ۴-۲-۲- تحلیل رگرسیون تک متغیری سخت‌رویی و سلامت روان ۸۵
- ۴-۲-۳- تحلیل رگرسیون تک متغیری کنترل و سلامت روان ۸۷
- ۴-۲-۴- تحلیل رگرسیون تک متغیری تعهد و سلامت روان ۸۹

- ۴-۲-۵- تحلیل رگرسیون تک متغیری چالش و سلامت روان ۹۱
- ۴-۲-۶- تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام (حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی) ۹۲
- ۴-۲-۷- تحلیل رگرسیون تک متغیری حمایت دوستان و سلامت روان ۹۵
- ۴-۲-۸- تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام (تعهد، چالش و کنترل) ۹۶
- ۴-۲-۹- تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام (دوستان، خانواده و اشخاص) ۱۰۰
- ۴-۳- تحلیل آمار غیر پارامتریک ۱۰۲
- ۴-۳-۱- تحلیل ماتریس همبستگی اسپیرمن ۱۰۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- ۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری ۷۱
- ۵-۱-۱- نتایج جانبی ۷۲
- ۵-۲- محدودیت‌های پژوهش ۷۳
- ۵-۳- پیشنهادها ۷۴
- ۵-۳-۱- پیشنهادهای اجرایی ۷۴
- ۵-۳-۲- پیشنهادهای پژوهشی ۷۵

فهرست جداول

جدول ۲-۱- نشانه‌های اولیه MS	۳۰
جدول ۴-۱- آمار توصیفی	۷۸
جدول ۴-۲- ماتریس همبستگی پیرسون	۸۰
جدول ۴-۳- تحلیل واریانس سخت‌رویی و سلامت روان روان	۸۴
جدول ۴-۴- رگرسیون تک متغیری سخت‌رویی و سلامت روان	۸۴
جدول ۴-۵- تحلیل واریانس کنترل و سلامت روان	۸۶
جدول ۴-۶- رگرسیون تک متغیری کنترل و سلامت روان	۸۷
جدول ۴-۷- تحلیل واریانس تعهد و سلامت روان	۸۸
جدول ۴-۸- رگرسیون تک متغیری تعهد و سلامت روان	۸۹
جدول ۴-۹- تحلیل واریانس چالش و سلامت روان	۹۰
جدول ۴-۱۰- رگرسیون تک متغیری چالش و سلامت روان	۹۱
جدول ۴-۱۱- شاخص‌ها و آماره‌های تحلیل رگرسیون	۹۲
جدول ۴-۱۲- تحلیل واریانس رگرسیون	۹۲
جدول ۴-۱۳- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند	۹۳
جدول ۴-۱۴- شاخص‌های آماری متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون نشده‌اند	۹۳
جدول ۴-۱۵- تحلیل واریانس حمایت دوستان و سلامت روان	۹۴
جدول ۴-۱۶- رگرسیون تک متغیری حمایت دوستان و سلامت روان	۹۵
جدول ۴-۱۷- شاخص‌ها و آماره‌های تحلیل رگرسیون	۹۶
جدول ۴-۱۸- تحلیل واریانس رگرسیون	۹۶
جدول ۴-۱۹- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند	۹۷
جدول ۴-۲۰- شاخص‌های آماری متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون نشده‌اند	۹۷
جدول ۴-۲۱- شاخص‌ها و آماره‌های تحلیل رگرسیون	۹۸
جدول ۴-۲۲- تحلیل واریانس رگرسیون	۹۸
جدول ۴-۲۳- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند	۹۹
جدول ۴-۲۴- شاخص‌های آماری متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون نشده‌اند	۹۹
جدول ۴-۲۵- شاخص‌ها و آماره‌های تحلیل رگرسیون	۱۰۰
جدول ۴-۲۶- تحلیل واریانس رگرسیون	۱۰۰

- جدول ۴-۲۷- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند ۱۰۱
- جدول ۴-۲۸- شاخص‌های آماری متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون نشده‌اند ۱۰۱
- جدول ۴-۲۹- ماتریس همبستگی اسپیرمن ۱۰۲

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۲- مدل مفهومی ارتباط سخت‌رویی، تنیدگی و بیماری روانی ۴۲
- نمودار ۲-۲- پنج بعد سلامت مطلوب ۶۲
- نمودار ۱-۴- نمودار همبستگی میان سخت‌رویی و سلامت روان ۸۴
- نمودار ۲-۴- نمودار همبستگی میان خرده‌مقیاس کنترل و سلامت روان ۸۶
- نمودار ۳-۴- نمودار همبستگی میان خرده‌مقیاس تعهد و سلامت روان ۸۸
- نمودار ۴-۴- نمودار همبستگی میان خرده‌مقیاس چالش و سلامت روان ۹۰
- نمودار ۵-۴- نمودار همبستگی میان خرده‌مقیاس حمایت دوستان و سلامت روان ۹۴

فهرست تصاویر

- تصویر ۱-۲- تصویر دکتر شارکو ۲۳
- تصویر ۲-۲- ساختمان نورون سالم ۲۸
- تصویر ۳-۲- مقایسه نورون سالم و آسیب دیده ۲۸
- تصویر ۴-۲- پلاک‌های اطراف بطنی مشاهده شده در MRI ۳۲

فهرست پیوست‌ها

- پیوست ۱- اطلاعات فردی ۱۲۲
- پیوست ۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران ۱۲۳
- پیوست ۳- پرسشنامه دیدگاه‌های شخصی کوباسا ۱۲۴
- پیوست ۴- پرسشنامه سلامت روان ۱۲۷
- پیوست ۵- مقیاس وضعیت ناتوانی کرتزکه ۱۳۰

فصل اوّل

کلیّات پژوهش

«مقدمه»

تندرستی یا سلامت، یکی از نعمت‌های بزرگ الهی در زندگی انسان است و سلامت روانی بخش مهمی از مفهوم کلی سلامت را در برمی‌گیرد که لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه باشد. در بعضی از تعاریف؛ فردی از سلامت روانی برخوردار است که بتواند با محیط خود سازگار شود. این شخص با تعادل روانی رضایت‌بخشی پیش خواهد رفت تعارض‌های خود را با بیرون و درون حل کرده و در برابر ناکامی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی مقاومت خواهد داشت. بنابر این لازمه برخورداری از سلامت روانی در سطح عالی، این است که شخص بتواند در موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بوده و توانایی حفظ تعادل روانی خود در هر موقعیتی را داشته باشد. (گروسی فرشی و مانی، ۱۳۸۳)

مفهوم سالم بودن به عنوان وضعیت صحت جسمانی، روانی و اجتماعی مثبت است (نه فقط نبود بیماری و آسیب) که این وضع با گذشت زمان در طول طیف فرق می‌کند. در انتهای طیف شرایط سلامت کامل داشتن و در دیگر سوی طیف، شرایط بیماری و آسیب‌دیدگی، غالب است که نشانه‌های بیماری و ناتوانی را نشان می‌دهد. (سارافینو^۱، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷)

زمانی بیماری‌های عفونی اصلی‌ترین مشکل بهداشتی جوامع بود اما همزمان با صنعتی شدن مشکلات بهداشتی جدیدی نیز گریبان‌گیر مردم شده و بیماری‌های نسبتاً نوظهور، افزایش چشم‌گیری داشته است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مسائل روان‌شناختی گوناگون و شیوه زندگی با بروز این بیماری‌ها ارتباط تنگاتنگ دارند. بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۲ یا به اختصار MS یکی از همین بیماری‌هاست که با توجه به تحقیقات صورت گرفته عوارض سخت این بیماری، می‌تواند سلامت روان بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین ابتلا به یک بیماری مزمن و تا حدی ناتوان‌کننده مثل MS یکی از موقعیت‌های دشوار زندگی است که لزوم کسب مهارت‌های مقابله با دشواری‌های این بیماری مورد نیاز هر بیمار مبتلا می‌باشد تا علاوه بر عوارض بیماری مجبور به تحمل آسیب‌های روانی ناشی از آن نباشد.

همان‌طور که می‌دانیم کشور ما نیز در حال صنعتی شدن و رشد اقتصادی می‌باشد و بر طبق نظر جامعه‌شناسان دوران گذار یعنی مرحله بین سنت و مدرنیته را طی می‌کند. از خصوصیات این دوران گسستن هر

1. Sarafino
2. Multiple Sclerosis

چه بیشتر پیوندهای خانوادگی سنتی و تنهایی بیشتر افراد می‌باشد چرا که با توسعه شهرنشینی و به تبع آن افزایش مشغله‌های مختلف اقتصادی فرهنگی اجتماعی جلب حمایت دیگران و همچنین ارایه حمایت به دیگر افراد، کار بس دشواری می‌نماید و لزوم سازمان‌های حمایتگر و تأمین رفاه اجتماعی بیش از پیش احساس می‌شود.

از سوی دیگر شواهدی که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان دهنده این است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می‌کند و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه تاثیر دارد. همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (کالاگان^۱ و مورسیسی^۲، ۱۹۹۳). این مسئله نیز پذیرفته شده که حمایت اجتماعی ادراک شده^۳ (یعنی منابع فراهم شده توسط دیگران) احساس ارزشمند بودن را به فرد می‌دهد و این که بخشی از یک شبکه اجتماعی است که فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش را فراهم می‌آورد (تری^۴، ۲۰۰۹). این چنین است که عبور موفق از مرحله‌گذار، مستلزم کسب مهارت‌های گوناگونی می‌باشد.

سخت‌رویی^۵ یکی از مهارت‌هایی است که فرد را برای درگیری با مشکلات زندگی آماده می‌کند. افراد سخت‌رو نه تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند (کوباسا^۶، ۱۹۷۹، به نقل از سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷). آن‌ها متعهدند، قدرت کنترل بر وقایع زندگی دارند و به جای دوری از مشکلات آن‌ها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند و نه تهدید. همچنین با صنعتی شدن جوامع و کم‌رنگ شدن پیوندهای سنتی خانوادگی و اجتماعی که خود منبع مهمی برای کمک به افراد و مقابله با مشکلات بود لزوم سازمان‌های تأمین رفاه اجتماعی خصوصا در حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، بیش از پیش احساس می‌شود.

این تحقیق به بررسی رابطه میان سخت‌رویی و حمایت اجتماعی با سلامت روان و شدت ناتوانی زنان مبتلا

به MS می‌پردازد.

-
1. Callaghan
 2. Morrissey
 3. Perceived social support
 4. Tree
 5. hardiness
 6. Kobasa

۱-۱- تعریف مسئله

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری التهابی دستگاه عصبی مرکزی است که از سیر غیر قابل پیش‌بینی برخوردار است. با اینکه علت بروز MS ناشناخته است (برای مثال ژنتیک یا عوامل محیطی) به نظر می‌رسد که لنفوسیت‌های T، یک عامل اصلی در بروز آن باشند. اینگونه فرض می‌شود که این سلول‌ها از سیستم گردش خون وارد سد خونی مغزی می‌شوند (تورتون^۱ و دفرایتاس^۲، ۲۰۰۹).

همچنین MS یک بیماری مزمن تخریب‌کننده غشای میلین می‌باشد که با خصوصیات جسمی، شناختی و کاستی‌های روان شناختی همراه است این بیماری می‌تواند هر قسمتی از دستگاه عصبی مرکزی (CNS)، شامل نیم‌کره‌های مغزی، اعصاب بینایی، مخچه، ساقه مغز و طناب نخاعی را درگیر کند (فیگود^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این دیده شده که بیماران MS شیوع بالائی از علائم روانپزشکی و اختلالات وابسته را دارند. (چواستیاک^۴ و ادده^۵، ۲۰۰۷)

از آنجا که طبق نظر متخصصین، عوامل فشارزای محیطی بر بروز بیماری بسیار تأثیرگذارند و سخت‌رویی و حمایت اجتماعی دو عامل مهم و تأثیرگذار بر نحوه رویارویی هر فرد با مشکلات خود می‌باشد این تحقیق بر آن است تا با بررسی رابطه میان این دو متغیر با سلامت روان و میزان ناتوانی زنان مبتلا به MS به سؤالات زیر پاسخ دهد.

۱-۲- سؤالات تحقیق

- ۱-۲-۱- آیا سخت‌رویی با سلامت روان زنان مبتلا به MS رابطه مثبت دارد؟
- ۱-۲-۲- آیا سخت‌رویی با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه منفی دارد؟
- ۱-۲-۳- آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان زنان مبتلا به MS رابطه مثبت دارد؟
- ۱-۲-۴- آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه منفی دارد؟

1. Thorton
2. DeFreitas
3. Figved
4. Chwastiak
5. Edhe

۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

بیماری MS شایع‌ترین عامل ناتوان کننده عصب شناختی در میان جوانان و میانسالان شناخته شده است (بیسکه^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). این بیماری اغلب در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی رخ می‌دهد، زنان دو برابر مردان مبتلا می‌شوند و سومین علت ناتوانی در آمریکا می‌باشد. تخمین زده می‌شود که حداقل ۵۰٪ بیماران مبتلا به MS یک دوره افسردگی اساسی را در طول دوران زندگی تجربه می‌کنند (تری، ۲۰۰۹). میزان خودکشی در مبتلایان به MS ۸ برابر میزان آن در جمعیت عادی می‌باشد (چواستیاک و ادهه، ۲۰۰۷).

بنابر گفته دکتر پاکدامن، رییس محترم انجمن مغز و اعصاب ایران، در مراسم روز جهانی MS مطابق با ۲۷ می (۲۰۱۰) میزان ابتلا به MS در ایران، ۲۰ برابر نسبت به کشورهای منطقه بیش‌تر می‌باشد و از آنجا که میزان مبتلایان به MS در ده سال اخیر در کشور ما افزایش چشمگیری، داشته است و بر طبق گفته دکتر لطفی ریاست محترم انجمن MS ایران، حدود ۴۰۰۰۰ نفر بیمار هم اکنون در کشور ما به این بیماری مبتلا هستند که یکی از علل آن ممکن است جوان بودن طیف گسترده‌ای از جمعیت کشور باشد (به نقل از سایت MSlinks).

از آنجا که این افراد گروه فعال جامعه را تشکیل می‌دهند و ناتوان شدن آن‌ها علاوه بر مسائل خانوادگی (طلاق و ...) صدمات جبران ناپذیر اقتصادی نیز برای جامعه به دنبال خواهد داشت چراکه هم از نظر تأمین دارو، هزینه زیادی در بر دارد و هم به بستری و در مراحل شدید، از کار افتادگی نیز ممکن است بینجامد و نیز نتایج مطالعات داخلی و خارجی نشان داده که در بسیاری از موارد، مسائل روان شناختی در روند بیماری MS و یا بروز آن تأثیر گذار بوده است اهمیت تحقیق در مورد این بیماری را دو چندان می‌نماید.

همچنین با توجه به نقش کلیدی زنان در خانواده و تربیت فرزندان و از آنجا که آمار ابتلای زنان به MS حدود ۲ تا ۳ برابر مردان بوده و در کشور ما تحقیقی در مورد بررسی تأثیر متغیرهایی مانند سخت‌رویی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر شدت بیماری و سلامت روان زنان مبتلا به MS صورت‌نگرفته‌است انجام این تحقیق اطلاعات مفیدی در اختیار ما خواهد گذاشت.

۴-۱- اهداف پژوهش

- ۱-۴-۱- بررسی رابطه میان سخت‌رویی با سلامت روان زنان مبتلا به MS
- ۲-۴-۱- بررسی رابطه میان سخت‌رویی با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS
- ۳-۴-۱- بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان زنان مبتلا به MS
- ۴-۴-۱- بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS
- ۵-۴-۱- بررسی اینکه از میان متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی کدام یک پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت روان و میزان ناتوانی زنان مبتلا به MS می‌باشد.

۵-۱- فرضیه‌های پژوهش

- ۱-۵-۱- سخت‌رویی با سلامت روان زنان مبتلا به MS رابطه مثبت دارد.
- ۲-۵-۱- سخت‌رویی با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه منفی دارد.
- ۳-۵-۱- حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان زنان مبتلا به MS رابطه مثبت دارد.
- ۴-۵-۱- حمایت اجتماعی ادراک‌شده با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه منفی دارد.

۶-۱- متغیرهای پژوهش

- از آنجا که این تحقیق به بررسی رابطه میان رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی بیماران مبتلا به MS می‌پردازد ۲ دسته متغیر پیش‌بین و ملاک بصورت زیر خواهیم داشت:
- ۱-۶-۱- متغیرهای پیش‌بین: حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی
 - ۲-۶-۱- متغیرهای ملاک: سلامت روان و وضعیت ناتوانی بیماران مبتلا به MS

۷-۱- تعاریف نظری متغیرها

۱-۷-۱- حمایت اجتماعی ادراک شده

حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷). برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. ساراسون^۱ (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو را در برمی‌گیرد.

به عقیده کوب^۲ (۱۹۷۶، به نقل از تری، ۲۰۰۹) منظور از حمایت اجتماعی میزان ادراک فرد از محبت و حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان وی در مقابل تنیدگی‌ها و حوادث می‌باشد. منابع حمایتی موجب می‌شوند که فرد احساس مراقبت دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس نماید که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارد و می‌تواند در برابر عوامل تنیدگی را به خوبی مقابله نماید. برم^۳ و همکاران (۱۹۹۶) بر مبنای نظر کوب حمایت اجتماعی را به عنوان تعلق ادراک شده به یک شبکه ارتباط اجتماعی تعریف کرده‌اند.

۲-۷-۱- سخت‌رویی

سخت‌رویی اولین بار توسط کوباسا^۴ (۱۹۷۹ به نقل از ترنپسید^۵، ۱۹۹۹) مطرح گردید او اذعان داشت که این ویژگی به عنوان گروهی از ویژگی‌های شخصیتی است که یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی را تامین 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 تا این که تهدید باشد. افراد سخت‌رو، نه تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند.

۱-۲-۷-۱- **تعهد:** تعهد یعنی تمایل فرد به درگیر شدن به جای بی‌زاری و بیگانگی از هر آنچه که انجام می‌دهد یا مواجه می‌شود (مدی^۶، هوور^۷ و کوباسا، ۱۹۸۱). افراد متعهد از نوعی رشد شناختی برخوردارند که یک حس کلی از

1. Sarason
2. Cobb
3. Brehm
4. Kobasa
5. Turnipseed
6. Maddi
7. Hoover

هدف را برای آن‌ها ترسیم می‌کند تا بتوانند وقایع، چیزها و اشخاص را در محیط خود به خوبی بشناسند و به آن‌ها معنا دهند (کوباسا، مدی و کان^۱، ۱۹۸۲).

۱-۷-۲-۲-کنترل: کنترل تمایل به این است که شخص به گونه‌ای احساس و عمل کند که در مواجهه با رویدادهای مختلف زندگی تاثیر گذار باشد نه این که خود را منفعل بداند. (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲)

۱-۷-۲-۳-چالش: چالش این انتظار را بیان می‌کند که زندگی تغییر می‌کند و تغییرات سبب تسریع رشد شخصی می‌گردد (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). چالش وقایع زندگی را محرک تعبیر می‌کند و نه تهدید کننده (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲).

۱-۷-۳-سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت سلامت روانی را این گونه تعریف می‌کند: سلامت روانی درون مفهوم کلی سلامت قرار می‌گیرد و سلامت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی روانی جسمی. سلامت تنها نبود نقص یا عقب ماندگی نیست (گنجی، ۱۳۸۴).

همچنین هر فردی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارضهای اجتناب ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد، فردی است که دارای سلامت روانی می‌باشد (استورا، ۱۳۸۶، ترجمه دادستان). طبق DSM IV^۲ نمره‌ای که فرد در پرسشنامه GHQ28^۳ گلدبرگ^۴ و هیلیر^۵ کسب می‌کند نشان‌گر وضعیت روانی فرد است.

۱-۸- تعاریف عملیاتی متغیرها

۱-۸-۱- جهت ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده هر فرد از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (MSPSS^۶، ۱۹۸۸) که مشتمل بر ۳ زیر مقیاس خانواده، دوستان و اشخاص مهم می‌باشد، استفاده شده

1. Kahn
2. Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition
3. General Health Questionnair
4. Goldberg
5. Hillier
6. Multimensional Scale of Percieved Social Support