

مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و شفقت به خود در زنان با و بدون آرتریت روماتوئید Comparison of Coping Strategies with Stress and Self-Compassion in Women with and without Rheumatoid Arthritis

Dr. Azar Kiamarsi

PhD. Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

Farzin Bagheri Sheykhangafshe*

M. A. in General Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

farzinbagheri73@gmail.com

Adeleh Yousefi Siakouche

M. A. in General Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

Banafsheh Hosseinzadeh Kolsari

M. A. in General Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

دکتر آذر کیامرثی

دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
 فرزین باقری شیخانگفشه (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

عادلہ یوسفی سیاکوپه

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

بنفشه حسین‌زاده کلسری

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Abstract

The purpose of the present study was to compare strategies for coping with stress and self-compassion in women with and without rheumatoid arthritis. The method of this study was descriptive and causal-comparative. The statistical population of this study was all women with rheumatoid arthritis in Ardabil city in 2018. 80 women with rheumatoid arthritis and 74 women without rheumatoid arthritis were selected through available sampling. Were. Billings & Mouse (1981) and Self-Compassion (2003) were used to collect data. Research data were also analyzed using a multivariate analysis of variance. Findings from the analysis of research data showed that women with rheumatoid arthritis used cognitive and behavioral coping and compassionate behavior less than normal women and more avoidant coping ($p < 0.001$). Given that there are fewer strategies for coping with stress and self-compassion in women with rheumatoid arthritis, these variables can play an important role in preventing the exacerbation and relapse of rheumatoid arthritis pain. Therefore, the specialists and psychologists in this field need to pay more attention to the psychological aspects of the disease.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و شفقت به خود در زنان با و بدون آرتریت روماتوئید بود. روش این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید شهر اردبیل در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر اردبیل تعداد ۸۰ زن مبتلا به آرتریت روماتوئید و تعداد ۷۴ زن بدون آرتریت روماتوئید به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس استرس ادراک شده بیلینگز و موس (۱۹۸۱) و مقیاس شفقت به خود نف (۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌های پژوهش نیز با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که زنان با آرتریت روماتوئید در مقایسه با زنان عادی از مقابله‌های شناختی و رفتاری و رفتار شفقت به خود کمتر و از مقابله‌های اجتنابی بیشتری استفاده می‌کردند ($p < 0.001$). با توجه به اینکه راهبردهای مقابله با استرس و رفتار شفقت به خود در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید کمتر وجود دارد، این متغیرها می‌توانند در پیشگیری از تشدید و عود دردهای آرتریت روماتوئیدی نقش مهمی ایفا کنند. از این رو لازم است متخصصان و روان‌شناسان این حوزه بیشتر به ابعاد روان‌شناختی این بیماری توجه کنند.

Keywords: *Rheumatoid Arthritis, Coping Strategies with Stress, Women, Self-Compassion.*

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید، راهبردهای مقابله با استرس، زنان، شفقت به خود.

مقدمه

در جهان امروز با رشد چشمگیر ابتلا به بیماری‌های مزمن روبرو هستیم (فالو و هولند^۱، ۲۰۱۷). یکی از بیماری‌های مزمنی که تقریباً در مراکز مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار گرفته، بیماری آرتریت روماتوئید^۲ است. این بیماری یکی از بیماری‌های پیش‌رونده (مکلنس و شت^۳، ۲۰۱۷)، خود ایمنی و مزمن است که با التهاب، درد و خشکی مفاصل و علائم سیستمیک همراه است (منچاک و گاسینگ^۴، ۲۰۱۷). شیوع جهانی این بیماری در سال ۲۰۱۰، ۲۴ درصد گزارش شده است که به مقدار قابل توجهی در زنان نسبت به مردان رایج‌تر است (کراس، اسمیت، هوی، کارمونا، ولف، ووس و بوچمیندر^۵، ۲۰۱۴). در ایران شیوع آرتریت روماتوئید ۳۲ درصد برآورد شده است (حاج‌علیلو، نوشاد، خبازی، کلاهی و آذری، ۲۰۱۲).

محدودیت‌های عملکردی و ماهیت غیرقابل پیش‌بینی علائم آرتریت روماتوئید، مبتلایان را با استرس روزانه، دشواری در برنامه‌ریزی و ایجاد وابستگی به دیگران برای فعالیت‌های روزمره مواجه کرده (راسل^۶، ۲۰۰۸) و به‌زیستی روان‌شناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کراس و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین عوامل استرس‌زای روزمره در زندگی افراد باعث افزایش خستگی و نگرانی غیر منطقی از بیماری و افزایش دردهای جسمی در بیماران آرتریت روماتوئید می‌شود (ایورس، ورهون، وان‌میدندراپ، اسویپ، کرایمت، داندرس و رادستک^۷، ۲۰۱۴). از طرف دیگر، استرس در ایجاد تداوم و تشدید بیماری و همچنین مقابله سازگارانه با استرس برای تنظیم بهتر بیماری در طول زمان اهمیت دارد (بالوق^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). راهبردهای مقابله با استرس^۹ اشاره به روش‌هایی دارد که اشخاص در آن به بهره‌گیری از منابع سازگاری و راه‌کارهای مراقبتی، از خود در برابر تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کنند (آوکیاگلو، کارانکی و سویگور^{۱۰}، ۲۰۱۸). الگوهای مقابله‌ای، شامل راهبردهایی است که هدفشان، مدیریت پاسخ‌های هیجانی مولد استرس و رهاسازی آن‌ها می‌باشد (شائو، یانگ، زانگ، دنو و لی^{۱۱}، ۲۰۱۹). استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بستگی به میزان تجربه استرس و فشار بیمار و نحوه برخورد فرد با مشکلات زندگی دارد (پلایز-بالستاس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵). اجتناب شایع‌ترین راهبرد مقابله‌ای استفاده شده توسط بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشد. زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید از راهبردهای مقابله‌ای بازنگری شناختی و راهبرد مسئله مدار بیشتری نسبت به مردان استفاده کرده و تمایل بیشتری به نشان دادن تجربه‌ی درماندگی در بیماری و درد دارند که به علت گشودگی بیشتر نسبت به گزارش مسائل فردی و احساس بار و فشار بیشتری است که از بیماری دارند. از طرف دیگر، زنان از راهبردهای مقابله‌ای بیشتری نسبت به مردان استفاده می‌کنند (انگلبرج^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۲). استرس شدید از ارزیابی‌ها باعث ایجاد حس عدم توانایی برای مقابله اثربخش و تضعیف فرد در برابر بیماری آرتریت روماتوئید می‌شود (بالوق و همکاران، ۲۰۱۸) و برای درک بهتر ارزیابی بیماران از رویدادهای چالش برانگیز (مانند درد، محدودیت‌های عملکردی و ارزیابی پتانسیل منابع مقابله‌ای) از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (اورث و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از متغیرهایی که در بیماری آرتریت روماتوئید باید مورد توجه قرار گیرد، رفتار شفقت به خود^{۱۴} است (آلن و لیری^{۱۵}، ۲۰۱۰). شفقت به خود یک نوع راهبرد مقابله‌ای سازگارانه است و با راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه ارتباط منفی دارد، نتایج مطالعات نشان داده است که شفقت به خود در بیماری‌های مزمن یک مقابله فعال و مسئله‌مدار به حساب می‌آید و باعث کاهش درد در بیماران می‌شود (سیرویس، مولنار و هیرثج^{۱۶}، ۲۰۱۵). نف^{۱۷} (۲۰۱۹) مهربانی به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن

¹ Falvo & Holland

² Rheumatoid arthritis

³ McInnes & Schett

⁴ Mańczak & Gasik

⁵ Cross, Smith, Hoy, Carmona, Wolfe, Vos & Buchbinder

⁶ Russell

⁷ Evers, Verhoeven, van Middendorp, Sweep, Kraaimaat, Donders & Radstake

⁸ Balogh

⁹ Coping Strategies with Stress

¹⁰ Avcioglu, Karanci & Soygur

¹¹ Shao, Yang, Zhang, Du & Lei

¹² Peláez-Ballestas

¹³ Englbrecht

¹⁴ Self-compassion

¹⁵ Allen & Leary

¹⁶ Sirois, Molnar & Hirsch

¹⁷ Neff

خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهشیاری درمقابل همانندسازی فزاینده معرفی کرده است. مهربانی با خود، توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این‌که همه‌ی انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه‌ی اشتراکات انسانی است، بهشیاری درمقابل همانندسازی فزاینده، منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌ای دردناک نادیده گرفته نشود و درعین حال نیز مکرراً ذهن را اشغال نکند (روزنتال، کمل، روزنتال، برکنریدج، کرافت و مور، ۲۰۱۸). افراد در حین تجربه‌ی رنج و هنگام مقابله با چالش‌های زندگی ممکن است به جای آن‌که باهشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم انداز بالاتری به تجربه‌ی خویش بنگرند که سبب واقع بینی و جامع بینی آن‌ها شود، خود را به طور ناهشیار مورد ارزیابی منفی قرار دهند (نف، ۲۰۱۶).

نف، هسیه و دجیترات^۲ (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که شفقت به خود با پذیرش مشکلات و رفع ابهام همبستگی مثبت و با احساسات منفی و انکار همبستگی منفی دارد. بر این اساس بین رفتار شفقت به خود نیز در مبتلایان به آرتریت روماتوئید و افراد عادی تفاوت معناداری به دست آمده است. شفقت به خود یک مکانیزم مفید برای بهبود تصویر بدنی در زنان بالغ به شمار می‌آید (آلبرتسون، نف و دیل شاکلفورد^۳، ۲۰۱۵). در این راستا، پژوهش‌های مختلفی با بررسی رابطه مستقیم بین رفتار شفقت به خود و استرس بیماران دچار دردهای التهابی مزمن نشان دادند که رفتار شفقت به خود در کنترل و تنظیم عوامل استرس‌زای ناشی از بیماری بسیار مؤثر و کارآمد است (رامجت، کوتانتجی، بارت و اسکات^۴، ۲۰۰۵؛ پینتو-گویا، کاستا و ماروکو^۵، ۲۰۱۵؛ لیود، مورث، پترسون و مارسزاک^۶، ۲۰۱۹). لیود، مورث، پترسون و مارسزاک^۷، ۲۰۱۹. در این راستا، نتایج پژوهش‌های روزنتال (۲۰۱۸) نشان داده است که مواجه شدن با اتفاقات ناخوشایند مانند بیماری‌های مزمن، موجب تغییر در عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌شود به گونه‌ای که هیجانات منفی موجب بی‌نظمی ترشح هورمونی در بدن می‌شوند و تجربه هیجانات مثبت مانند شفقت به خود و عشق موجب تقویت سیستم ایمنی بدن از طریق تغییرات هورمونی در بدن می‌شوند. همچنین، پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که شفقت به خود باعث افزایش ظرفیت روانی و ذهنی فرد می‌شود که عاملی مهم برای مقابله مؤثر با عوامل استرس‌زای حاصل از دردهای مزمن به حساب می‌آید (کاستا و پینتو-گویا^۸، ۲۰۱۱). در مجموع با توجه به مطالب فوق و شیوع بالای بیماری آرتریت روماتوئید در میان زنان، به‌خصوص مناطق مرطوب کشور و برجسته نشدن اهمیت قابل ملاحظه متغیرهای روان‌شناختی، هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و رفتار شفقت به خود در زنان با و بدون آرتریت روماتوئید ۱۳۹۷ بود.

روش

طرح این پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۷ بوده است. نمونه این پژوهش شامل ۸۰ زن با و ۷۴ زن بدون آرتریت روماتوئید بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نسخه ۳،۱،۹،۲ نرم افزار *G*Power*، ۱۵۴ نفر برای دو گروه در نظر گرفته شد (فائول، اردفلر، لانگ و بوچنر^۹، ۲۰۰۷). ملاک‌های ورود شامل: جنسیت (زن)، سن (۳۰ تا ۴۰ سال)، تحصیلات (بالای دیپلم)، وضعیت تأهل (متأهل) و سابقه بیماری (حداقل ۳ سال) بوده است. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم رضایت شرکت‌کنندگان و تکمیل نکردن پرسشنامه‌های پژوهش به طور کامل بود. نحوه جمع‌آوری داده‌ها نیز بدین شکل بود که پس از هماهنگی‌های صورت گرفته با مسئولین مراکز درمانی شهر اردبیل، از روی لیست مراجعین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شناسایی شدند و پس از توضیح مختصری در رابطه با اهداف پژوهش، پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله با استرس و مقیاس شفقت به خود در اختیار افراد قرار گرفت و بدون اعمال محدودیت زمانی، به پرسشنامه‌هی مورد نظر پاسخ دادند. سپس از بین همراهان بیماران، افراد گروه

¹ Rosenthal, Kamel, Rosenthal, Brakenridge, Croft & Moore

² Neff, Hsieh & Dejitterat

³ Albertson, Neff & Dill-Shackelford

⁴ Ramjeet, Koutantji, Barrett, & Scott

⁵ Segerstrom & Miller

⁶ Lloyd, Muers, Patterson & Marczak

⁷ Lloyd, Muers, Patterson & Marczak

⁸ Costa & Pinto- Gouveia

⁹ Faul, Erdfelder, Lang & Buchner

مقایسه نیز انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس استرس ادراک شده^۱: پرسشنامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس^۲ در سال (۱۹۸۱) به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ گویه دارد و سه راهبرد مقابله‌ای شناختی، رفتاری، اجتنابی را می‌سنجد. در این آزمون از یک مقیاس چهار گزینه‌ای همیشه، اغلب، گاهی، هیچ‌وقت، استفاده شده است و آزمونی براساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. دامنه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بین صفر و ۵۷ متغیر خواهد بود. در ایران نیز ضریب پایایی باز آزمایی کل پرسشنامه در پژوهش غضنفری (۱۳۸۷) مناسب گزارش شده است. در پژوهش پیش‌رو، آلفا کرونباخ مناسبی برای کل مقیاس ($\alpha=0/82$) و زیرمقیاس‌های مقابله شناختی ($\alpha=0/84$)، مقابله رفتاری ($\alpha=0/89$) و مقابله اجتنابی ($\alpha=0/76$) به‌دست آمد.

مقیاس شفقت به خود^۳: این مقیاس توسط نف در سال (۲۰۰۳) ساخته شد و یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ گویه‌ای است که آزمودنی‌ها به سوالات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. پژوهش‌های مربوط به اعتبار یابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند همه‌ی این ۶ خرده مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تاییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود، این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه ابوالقاسمی، تقی پور و نریمانی (۱۳۹۱) برابر ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۴ برای کل مقیاس به‌دست آمد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و (انحراف معیار) سنی زنان با و بدون روماتیسم به ترتیب (۷/۴۶) (۴۷/۴۷) و (۸/۶۶) (۴۶/۵) بود. بیشترین تعداد افراد در هر دو گروه خانه دار بودند. در متغیر وضعیت تحصیلی نیز بیشترین گروه بیمار ۳۷ درصد و ۳۹ درصد گروه عادی تحصیلات زیر دیپلم داشتند. از این میان ۹۶ درصد گروه بیمار و ۹۴ درصد گروه عادی متأهل بودند.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

سطح معنی داری	آماره K-S Z	زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید		زنان بدون آرتریت روماتوئید	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
۰/۱۳۹	۰/۰۶۴	۲/۹۲	۱۴/۰۹	۳/۰۲	۱۵/۳۶
۰/۱۴۱	۰/۰۶۸	۲/۳۹	۱۹/۷۹	۲/۶۹	۱۸/۷۳
۰/۰۵۶	۰/۰۵۱	۲/۸۱	۱۸/۴۳	۳/۴۸	۱۷/۳۸
۰/۰۸۲	۰/۰۵۹	۹/۵۱	۸۶/۴۱	۱۲/۷۳	۷۹/۲۸

با توجه به جدول شماره ۱، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش در دو گروه معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال می‌باشد و استفاده از آزمون پارامتریک امکان‌پذیر است. برای مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و شفقت به خود در زنان با و بدون آرتریت روماتوئید از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این آزمون، پیش فرض‌های آن مورد آزمون قرار گرفت. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لون استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای مقابله اجتنابی، شناختی، رفتاری و شفقت به خود معنی‌دار نمی‌باشد ($p>0/05$). برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون

¹ Perceived stress scale

² Billings & Moos

³ Self-compassion scale

ام. باکس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون ام. باکس (۱۵/۹۷) معنی دار نمی‌باشد ($F=1/55, p > 0/114$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. برای بررسی مفروضیه کرویت یا معنی داری رابطه بین متغیرها از آزمون مجذور خی بارتلت استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره مجذور خی بارتلت (۶۲۴/۳۴) در سطح $0/01$ معنی دار می‌باشد. بنابراین بین متغیرهای پژوهش رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون های معنی داری تحلیل واریانس چند متغیری

آزمون	مقدار	F	df	خطا df	Sig.	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۱۶	۷/۲۹	۴	۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶
لامبدای ویلکز	۰/۸۳	۷/۲۹	۴	۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶
اثر هاتلینگ	۰/۱۹	۷/۲۹	۴	۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۱۹	۷/۲۹	۴	۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶

۰/۰۱ معنادار می‌باشد ($P < 0/001, F = 7/29, Wilks Lambda = 0/83$). بنابراین می‌توان گفت که بین گروه‌ها در راهبردهای مقابله با استرس و رفتار شفقت به خود تفاوت معنی داری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که ۱۶ درصد واریانس ترکیب خطی متغیرهای متغیرهای وابسته ناشی از تفاوت‌های گروهی است. برای بررسی این که گروه‌ها در کدام یک از متغیرها با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک راهه گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه مربوط به راهبردهای مقابله با استرس و شفقت به خود در دو گروه

متغیر	گروه SS	خطا SS	گروه MS	خطا MS	F	Sig.	ضریب اتا
مقابله اجتنابی	۶۱/۷۹	۱۳۸۲/۸۲	۶۱/۷۹	۹/۰۹	۶/۷۹	۰/۰۱۰	۰/۰۴۳
مقابله شناختی	۴۳/۱۷	۹۹۳/۴۴	۴۳/۱۷	۶/۵۳	۶/۶۰	۰/۰۱۱	۰/۰۴۲
مقابله رفتاری	۴۱/۹۷	۱۵۳۷/۱۵	۴۱/۹۷	۱۰/۱۱	۴/۱۵	۰/۰۴۳	۰/۰۲۷
شفقت به خود	۱۹۵۵/۰۲	۱۹۴۲۶/۴۰	۱۹۵۵/۰۲	۱۲۷/۸۰	۱۵/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۰۹۱

با توجه به جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان می‌دهد که بین مقابله‌های اجتنابی (۶/۷۹)، شناختی (۶/۶۰)، رفتاری (۴/۱۵) و شفقت به خود (۱۵/۲۹) در دو گروه تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر، متغیرهای شفقت به خود و مقابله‌های شناختی و رفتاری در بیماران کمتر و مقابله اجتنابی در آن‌ها بیشتر می‌باشد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و رفتار شفقت به خود در زنان با و بدون آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به مراکز درمانی تخصصی شهر اردبیل، انجام گرفت. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص گردید که میانگین نمرات زنان دارای آرتریت روماتوئید در راهبردهای مقابله اجتنابی بیشتر و در راهبرد مقابله‌ی شناختی و رفتاری کمتر از گروه بدون آرتریت روماتوئید بود که در راستای پژوهش‌های دیگر (پالایز-بالستاز و همکاران ۲۰۱۵؛ انگلبرت و همکاران، ۲۰۱۲؛ ایورس و همکاران، ۲۰۱۴) قرار دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت راهبردهای مقابله با استرس یکی از عوامل مهم در کاهش میزان فشار و استرس حاصل از بیماری و درد به حساب می‌آید و افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند توانایی این را دارند که از پیشرفت بیماری جلوگیری کنند و درد کمتری را احساس کنند، به همین دلیل لازم است در مطالعات مربوط به دردهای مزمن، به این نکته توجه شود که افراد چگونه با درد و مشکل خود کنار می‌آیند؛ به همین منظور مطالعه‌ی راهبردهای مقابله با استرس و درد بسیار اهمیت دارد و همچنین چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در درک و فهم بیماری افراد نیز تأثیر گذار است، که می‌تواند پیامدهای مثبت فراوانی در مورد کیفیت زندگی و به دست آوردن سلامتی در بیماران به ارمغان بیاورد (پالایز-بالستاز و همکاران، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، نتایج پژوهش انگلبرت

و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که اجتناب، شایع‌ترین راهبرد مقابله‌ای استفاده شده توسط بیماران آرتریت روماتوئید است که به دنبال بازنگری دوباره شناختی و حل مسئله صورت می‌گیرد و استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی (مانند انکار) سازگاری ضعیف را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش‌بینی می‌کند. البته چگونگی مقابله‌ای هر فرد با مشکلات و استرس‌های روزمره بستگی به تفاوت‌های فردی زیادی از جمله گرایش‌های سرکوب هیجانی، نظارت و نادیده گرفتن اطلاعات و باورهای فرد دارد، ولی مقابله‌ی ضعیف می‌تواند سلامت جسمی را از طریق اضطراب ناشی از افزایش شدید بدنی، بدتر کند. مداخلات مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند تطبیق سازگاری را برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، دوستان و خانواده‌های آن‌ها، به همراه داشته باشد (بالوق و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش مشخص گردید، استفاده از راهبرد اجتنابی برای مقابله با استرس باعث تشدید بیماری در فرد می‌شود و اعتماد به نفس بیمار را کاهش می‌دهد، این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (شاو و همکاران، ۲۰۱۹؛ آوکیاگلو و همکاران، ۲۰۱۸) قرار دارد. در مطالعه‌ی ایورس و همکاران (۲۰۱۴) نیز مشخص شد که بیماران روماتیسمی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه و غیر فعال (مانند اجتناب و انکار) استفاده می‌کردند، انطباق و سازگاری کمتری داشتند و روند درمان آن‌ها نیز پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نداشت و خود فرد نیز اعتماد به نفس کمتر و استرس بیشتری را تجربه می‌کرد. همچنین شاو و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان داد راهبردهای مقابله‌ای مختلف، الگوی تغییرات فیزیولوژیک و نورولوژیک متفاوتی دارند و مکانیزم‌هایی که راهبردهای مقابله‌ای را کنترل می‌کنند با واکنش‌پذیری اعصاب سمپاتیک و مدیریت فرد در برابر عوامل استرس زا ارتباط دارد. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش‌های گذشته لازم است راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و فعال را در بیماران ترویج داد، برای مثال فالیو و هولند (۲۰۱۷) در مطالعات خود دریافتند که راهبرد مقابله‌ای فعال با سازگاری اجتماعی خوب و تاثیر مثبت بالا همراه است، در حالی که راهبرد مقابله‌ای اجتنابی با اثرات منفی بالا همراه است. فراوانی استفاده از راهبردهای اجتنابی مثل پذیرش و مقابله‌ی فعال بیشترین ارتباط را با تاثیر مثبت بالا دارد.

از طرف دیگر، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید در رفتار شفقت به خود نمره‌ی پایین‌تری کسب کرده‌اند که با نتایج تحقیقات دیگر همسو است (آلبرتسون و همکاران، ۲۰۱۵؛ رامجت و همکاران، ۲۰۰۵؛ لیود و همکاران، ۲۰۱۹؛ پینتو-گویا و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که سطح بالاتر شفقت به خود را به کار می‌برند بار بیماری را کمتر احساس می‌کنند که منجر به استفاده‌ی ناچیز از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود و این نتایج حاکی از این است که بخشی از مشکلات این بیماران به دلیل ضعف در مهارت‌های روان شناختی است که می‌توان با بهبود این مهارت‌ها، بخشی از بار و فشار بیماری را در شخص کاست (لیود و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به خود و استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه در مقابل ناسازگارانه، در به حداقل رساندن فشار و افکار خود انتقادی در مواجهه با عوامل استرس‌زای وابسته به بیماری‌های مزمن نقش موثری ایفا می‌کنند (سیروس و همکاران، ۲۰۱۵). در تبیین این یافته‌ها سیروس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند افرادی که از رفتار شفقت به خود بهره می‌برند، استرس و درد کمتری را تجربه می‌کنند و در مدیریت رفتار و عملکرد خود نیز پیشرفت چشمگیری را نشان می‌دهند.

آلبرتسون و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که رفتار شفقت به خود باعث افزایش اعتماد به نفس، حرمت خود و رضایت از ظاهر جسمانی در زنان می‌شود. در این رابطه می‌توان گفت کسانی که از مکانیزم رفتار شفقت به خود بهره می‌برند نسبت به خود، زندگی و آینده خوشبین‌تر هستند و تلاش می‌کنند تا از زندگی لذت ببرند و درگیر مشکلات، فشارها و درد ناشی از بیماری‌ها قرار نگیرند. همچنین افرادی که از مکانیزم رفتار مهربانی به خود استفاده می‌کنند، با پذیرش مشکلات از ابهام و دوگانگی خارج می‌شوند و پذیرش بیشتری را تجربه می‌کنند و کمتر درگیر احساسات منفی و انکار می‌شوند. بر این اساس است که بین رفتار شفقت به خود در مبتلایان به آرتریت روماتوئید و افراد عادی تفاوت معناداری به دست آمده است (نف و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین شواهد نشان دادند افراد دارای رفتار شفقت به خود به دلیل استفاده از راهبردهای مقابله با استرس، فشار و درد کمتری را تجربه می‌کنند، همچنین راهبردهای مقابله‌ای که با شفقت به خود همراه است، می‌تواند تنش و درد درک شده را در بیماران مفصلی تغییر دهد و در میان بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، راهبردهای مقابله‌ای که برنامه‌ریزی و حمایت‌های سازنده را شامل می‌شود، نتایج روان شناختی بهتری را به همراه خود دارد (آلن و همکاران، ۲۰۱۰). نبود امکان به کارگیری نمونه‌گیری تصادفی به دلیل نبودن فهرستی از مبتلایان به آرتریت روماتوئید از محدودیت‌های پژوهش بود و نیز محدود بودن پژوهش به یک شهر، گسترش نتایج را با دشواری رو به رو می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به روش نمونه‌گیری بیشتر توجه شود. از سوی دیگر چون پژوهش انجام شده مطالعه‌ای

مقطعی بوده و موفق به تعیین رابطه‌ی علی و پیشینگی و پسین بودن بروز علائم جسمانی و اختلالات روان شناختی نسبت به یکدیگر نشده، پژوهش طولی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید توصیه می‌شود.
تشکر و قدردانی: نویسنندگان بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان و تمام کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ تقی‌پور، مریم؛ نریمانی، محمد. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیت D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*, ۱(۱): ۱-۱۲.
- غضنفری، فیروزه. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و بهداشت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد. *مجله اصول بهداشت روانی*, ۱۰(۳۷): ۴۷-۵۴.
- Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 1;6(3):444-454.
- Allen AB, Leary MR. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- Avcıoğlu, M. M., Karanci, A. N., & Soygur, H. (2019). What is related to the well-being of the siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the Lazarus and Folkman's Transactional Stress and Coping Model. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(3), 252-261.
- Balogh, E., Veale, D. J., McGarry, T., Orr, C., Szekanecz, Z., Ng, C. T., ... & Biniecka, M. (2018). Oxidative stress impairs energy metabolism in primary cells and synovial tissue of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, 20(1), 95-95.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 292-302.
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Carmona, L., Wolfe, F., Vos, T., ... & Buchbinder, R. (2014). The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(7), 1316-1322.
- Das, S., & Padhan, P. (2017). An overview of the extraarticular involvement in rheumatoid arthritis and its management. *Journal of pharmacology & pharmacotherapeutics*, 8(3), 81-86.
- Englbrecht, M., Gossec, L., DeLongis, A., Scholte-Voshaar, M., Sokka, T., Kvien, T. K., & Schett, G. (2012). The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *In Seminars in arthritis and rheumatism*, 41(4), 545-555.
- Evers, A. W., Verhoeven, E. W., van Middendorp, H., Sweep, F. C., Kraaimaat, F. W., Donders, A. R. T., ... & Radstake, T. R. (2014). Does stress affect the joints? Daily stressors, stress vulnerability, immune and HPA axis activity, and short-term disease and symptom fluctuations in rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(9), 1683-1688.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Falvo, D., & Holland, B. E. (2017). Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Jones & Bartlett Learning.
- Hajalilou, M., Noshad, H., Khabbazi, A. R., Kolahi, S., Azari, M. H., & Abbasneghad, M. (2012). Familial rheumatoid arthritis in patients referred to rheumatology clinics of Tabriz, Iran. *International journal of rheumatic diseases*, 15(1), 110-115.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lloyd, J., Muers, J., Patterson, T. G., & Marczak, M. (2019). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical gerontologist*, 42(1), 47-59.
- McInnes, I. B., & Schett, G. (2017). Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 389(10086), 2328-2337.
- Mańczak, M., & Gasik, R. (2017). Cervical spine instability in the course of rheumatoid arthritis—imaging methods. *Reumatologia*, 55(4), 201-207.
- Mellen, P. B., Gao, S. K., Vitolins, M. Z., & Goff, D. C. (2008). Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary concordance, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. *Archives of internal medicine*, 168(3), 308-314.
- Neff, K. D. (2019). Setting the record straight about the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 10(1), 200-202.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Comparison of Coping Strategies with Stress and Self-Compassion in Women with and without ...

...

- Peláez-Ballestas, I., Boonen, A., Vázquez-Mellado, J., Reyes-Lagunes, I., Hernández-Garduno, A., Goycochea, M. V., ... & Aceves, F. J. (2015). Coping strategies for health and daily-life stressors in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and gout: STROBE-compliant article. *Medicine*, 94(10), 1-7.
- Pinto-Gouveia, J., Costa, J., & Marôco, J. (2015). The first 2 years of rheumatoid arthritis: The influence of acceptance on pain, physical limitation and depression. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 102-112.
- Ramjeet, J., Koutantji, M., Barrett, E. M., & Scott, D. G. I. (2005). Coping and psychological adjustment in recent-onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age. *Rheumatology*, 44(9), 1166-1168.
- Russell, A. S. (2008). Quality-of-life assessment in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 26(10), 831-846.
- Rosenthal, M. D., Kamel, A. Y., Rosenthal, C. M., Brakenridge, S., Croft, C. A., & Moore, F. A. (2018). Chronic critical illness: application of what we know. *Nutrition in Clinical Practice*, 33(1), 39-45.
- Shao, J., Yang, H., Zhang, Q., Du, W., & Lei, H. (2019). Commonalities and Differences in Psychological Adjustment to Chronic Illnesses Among Older Adults: a Comparative Study Based on the Stress and Coping Paradigm. *International journal of behavioral medicine*, 26(2), 143-153.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334-347.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی