

رابطه بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان در بیماران MS تحت درمان

طاهره حمزه پور حقیقی^۱، رقیه عاقبتی^۲، رامیار فرزنان^۳، فرشته یاسری^۴

^۱ هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان
^۲ کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات سوختگی، دانشگاه علوم پزشکی، گیلان
^۳ استادیار، فوق تخصص جراحی پلاستیک زیبایی و ترمیمی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان

نویسنده مسئول:

فرشته یاسری

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان در بیماران MS تحت درمان بوده است. طرح پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۱۵۰ نفر بود که از بین تمامی بیماران زن مبتلا به MS تحت درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان (واحد بیماریهای خاص) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان در بیماران MS تحت درمان رابطه وجود دارد ($P=0.05$). همچنین نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده قادر به پیش‌بینی سلامت روان در بیماران MS تحت درمان می‌باشند ($P=0.05$). از بین زیرمؤلفه‌های ناگویی هیجانی، متغیرهای خانواده و افراد خاص بهترین پیش‌بین برای سلامت روان هستند. بر اساس نتایج یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت بیمارانی که ناگویی هیجانی پایینتر و حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتری دارند، از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

کلمات کلیدی: ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)^۱ یک بیماری میلین‌زدای سیستم عصبی مرکزی است که با دوره‌های پیشرونده کاهش و افزایش بیماری، عوامل سه‌گانه آسیب‌زا شامل التهاب، از بین رفتن پوشش عصب‌ها (میلین) و جراحت دستگاه اعصاب مرکزی تشخیص داده می‌شود (رضایی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). علائم مختلف این بیماری عبارتند از: فقدان ناگهانی یا تازی دید در یک چشم، دوبینی، عدم تعادل یا اختلال عملکرد مثانه، ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال شنوایی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع مدفوع و عملکرد جنسی، ضعف تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی و اختلال گفتاری (رضایی و همکاران، ۱۳۸۹). بیماری MS به سرعت در جهان رو به افزایش است به طوری که تعداد افراد مبتلا به MS در سال ۲۰۰۸ از ۲/۱ میلیون نفر به ۲/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است (تامسون و بانک، ۲۰۱۳).

تنش و استرس به عنوان عاملی در ایجاد اختلال سیستم ایمنی مطرح شده است (اشرفی و اشرفی، ۱۳۹۳). به علت طبیعت ناتوان‌کننده بیماری MS و پیشرفت پیش‌بینی‌ناپذیر آن، نگرانی‌های زیاد و احساس ناامنی‌های خاص درباره بهزیستی و سلامت آینده در این بیماران مشاهده می‌شود. به علت وجود چنین ترس‌ها و نگرانی‌هایی، جای شگفتی نیست که با مرور زمان بروز علائم و نشانه‌های بیماری به پاسخ‌های هیجانی منفی در بیماران منجر شود (جهان‌بخشیان و زندی‌پور، ۱۳۹۰). در همین راستا، سلامت روانی^۲ بیماران MS حائز اهمیت و قابل بررسی است. چرا که میلین‌زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی شود. ادبیات تجربی نیز به میزان بالای افسردگی، پریشانی و اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد (دنیسون، ۲۰۰۹).

سلامت روان دارای تعاریف مختلفی است. معمول‌ترین تعریف از سلامت در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ ارائه شده است. سلامت حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی-روانی و اجتماعی است و این به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست (کرتیس، ۱۳۸۸). همچنین منظور از سلامت روان نبود علائم روانی همچون افسردگی و اضطراب، نشانه‌های جسمانی شکل و اختلال در کارکرد اجتماعی^۳ است (خدری و دباغی، ۱۳۹۳). عوامل بسیاری باعث بر هم خوردن سلامت روانی می‌شوند مانند: عدم رعایت عدالت اجتماعی، فراهم نبودن فرصت‌های شکوفایی برای افراد، وجود تبعیض‌های غیرمنطقی و غیرعقلانی، عدم ایجاد امنیت اجتماعی و فضای بالنده تا افراد بتوانند در آن آینده خود را برنامه‌ریزی کنند (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹). عامل دیگری که در ارتباط با سلامت روان بیماران MS وجود دارد و می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را تهدید کند ناگویی هیجانی^۴ است.

مفهوم ناگویی هیجانی بر پایه مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار توسط سیف‌نئوس (۱۹۷۳) مطرح شد و اساسا با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیالبافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کند.

(تیلور،^۵ ۱۹۹۴؛ به نقل از نریمانی و پوراسمعیلی، ۱۳۹۱). بنابراین، ساختار ناگویی هیجانی شامل کمبود در هر دو دامنه شناختی-تجربی و تنظیم هیجان‌ات درون فردی است (پیستوریو^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). ناگویی هیجانی به طور معمول در جمعیت عمومی توزیع شده و شیوع آن بیشتر از افسردگی اساسی است (دهقانی و همکاران، ۲۰۱۷).

تیلور، پارکر، بگی و اکلین^۷ (۱۹۹۲) در توصیف این افراد بیان می‌کنند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز بدنبال نشانه‌های بدنی هستند. این افراد در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش‌های بین شخصی در موقعیت‌های اجتماعی را ندارند (خواجه و خضری مقدم، ۱۳۹۵). گرچه سبب‌شناسی ناگویی هیجانی تاکنون به وضوح مشخص نشده است، چندین نظریه اساس نورولوژیک برای آن مطرح ساخته‌اند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۰). بررسی‌ها نشان داده‌اند که

¹ Multiple Sclerosis² Thompson & Baneke³ mental health⁴ Dennison⁵ Kortis⁶ Social function⁷ Alexithymia⁸ Teylor⁹ Pistorio¹⁰ Taylor, Parker, Bagby & Acklin

توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبه رو شدن آنها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آنها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید (شاهقلیان و همکاران، ۱۳۸۶). عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانات هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری فرد را مشکل می‌سازد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی دیگر از مولفه‌های تاثیرگذار در سلامت روان بیماران MS، حمایت اجتماعی ادراک شده می‌باشد.

منظور از حمایت اجتماعی ادراک شده^{۱۱} میزان دسترسی و ادراک فرد از دسترس بودن حمایت دیگران، در صورت نیاز به کمک است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و حمایت اجتماعی ادراک شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد (حسام و همکاران، ۱۳۹۰). ساراسون^{۱۲} حمایت اجتماعی را مفهومی چندبعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصوری را در بر می‌گیرد (علی پور، ۱۳۸۵). حمایت اجتماعی ادراک شده از ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران شکل می‌گیرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بیان می‌کنند، تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر، ارتباط اجتماعی منبع حمایت اجتماعی نیست، مگر آنکه فرد آن را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیازهای خود ادراک کند؛ بنابراین نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت است که اهمیت دارد (پورآقا و همکاران، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهمتر از میزان حمایت ارائه شده به فرد است. نتایج مطالعه‌ای که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه کرد، نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به طور قوی در سازگاری با بیماری موثر است. لذا در هنگام بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است (هلگستون و کوهن^{۱۳}، ۲۰۰۴). بنا بر آنچه گفته شد پژوهش حاضر در پی بررسی رابطه ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان در بیماران مبتلا به MS تحت درمان می‌باشد.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی است که در چارچوب طرح همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به MS تحت درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان (واحد بیماری‌های خاص) تشکیل می‌دادند که طبق بررسی‌های انجام شده تعداد کل بیماران MS این واحد ۲۰۰۰ بیمار می‌باشد که از این تعداد ۱۵۸۳ بیمار زن و ۴۱۷ بیمار مرد هستند. نمونه آماری پژوهش ۱۵۰ بیمار زن مبتلا به بیماری MS بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه (گروه سنی ۱۸-۴۵ سال، متاهل، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به هر نوع اختلال نورولوژیک دیگر به غیر از MS، تحت درمان به مدت ۳-۵ سال و قادر به راه رفتن ۱۰۰ متر بدون کمک) انتخاب شدند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹¹ Perceived Social Support

¹² Sarason

¹³ Helgeston & Cohen

ابزار

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دارد که عبارتند از: دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده). روش نمره‌گذاری پرسشنامه در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی انجام می‌شود (۱ = کاملاً موافق، ۵ = کاملاً مخالف). کمینه نمره کل این مقیاس ۲۰ و بیشینه آن ۱۰۰ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ و پایایی بازآزمایی مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های آن به دست آمده است (بشارت، ۲۰۰۷؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده

این پرسشنامه ۱۲ آیتمی توسط زیمت (۱۹۸۸) برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده^{۱۴}، دوستان^{۱۵} و افراد خاص^{۱۶} در زندگی آزمودنی ساخته شده است. بر اساس طیف هفت درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود (۱ = کاملاً مخالفم، ۷ = کاملاً موافقم). حداقل و حداکثر نمره کل آزمودنی‌ها در این پرسشنامه بین ۱۲ و ۷۲ قرار دارد. ضرایب آلفای کرونباخ نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه‌گانه افراد مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ به دست آمده است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۴).

۳- پرسشنامه سلامت روان

این مقیاس از پرکاربردترین ابزارهای سنجش سلامت کلی در جمعیت عمومی است که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) به منظور غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه ساخته شد. هدف مقیاس سلامت عمومی، دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری و سلامت است. پرسشنامه اصلی شامل ۶۰ سوال می‌باشد، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی در مطالعات مختلف استفاده شده است. پرسشنامه‌ای که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه ۲۸ سوالی است و شامل ۴ زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی می‌شود. روش نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت چهار درجه‌ای است (۰ = هرگز، ۳ = به مراتب بیشتر از حد معمول) قرار دارد. نمره بیشتر موید سلامت عمومی کمتر است. ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۲ و ضرایب بازآزمایی برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمده است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۲).

روش اجرای پژوهش

اجرای پژوهش به این شکل انجام شد که در روزهای مختلف در طول هفته با هماهنگی قبلی با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی گیلان (واحد بیماری‌های خاص) که در شهرستان رشت واقع شده است به این مرکز مراجعه نموده و از بیماران زن مبتلا به MS مراجعه‌کننده در همان روز آزمون به عمل آمد. در صورتی که بیماری همکاری لازم را جهت تکمیل پرسشنامه‌ها نداشته و یا اینکه از شرایط ورود به پژوهش برخوردار نبود، از مطالعه خارج شد. کلیه افرادی که در مطالعه شرکت کردند از اهداف و نحوه اجرای مطالعه آگاهی داشته و جهت شرکت در آن رضایت داشتند. همچنین در این مهم از برخی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی گیلان (واحد بیماری‌های خاص) در صورت لزوم و تمایل آنها کمک و یاری گرفته شد.

¹⁴ Family

¹⁵ Friends

¹⁶ Significant others

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ... و ۰/۷۳ بود. در بین ۱۵۰ بیمار مبتلا به MS تحت درمان ۲۶ نفر (۱۷/۳ درصد) تا ۱۸ تا ۲۷ سال، ۶۰ نفر (۴۰/۰ درصد) تا ۲۷ تا ۳۶ سال و ۶۴ نفر (۴۲/۷ درصد) تا ۳۶ تا ۴۵ سال بودند. همچنین، ۲۱ نفر (۱۴ درصد) مدرک دیپلم، ۲۴ نفر (۱۶ درصد) فوق‌دیپلم، ۵۷ نفر (۳۸ درصد) کارشناسی، ۴۲ نفر (۲۸ درصد) کارشناسی‌ارشد و ۶ نفر (۴ درصد) مدرک دکتری داشتند.

ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱. آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌ها			کلموگروف اسمیرنوف		
			آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
ناگویی هیجانی			.050	150	.200*
دشواری در شناسایی احساسات			.109	150	.100
دشواری در توصیف احساسات			.105	150	.100
تفکر عینی			.106	150	.080
حمایت اجتماعی ادراک شده			.057	150	.200*
افراد خاص			.129	150	.090
خانواده			.104	150	.070
دوستان			.096	150	.002
سلامت روان			.063	150	.200*
نشانه‌های جسمانی			.117	150	.100
نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب			.104	150	.1200
ناکنش‌وری اجتماعی			.099	150	.200
افسردگی			.100	150	.130

عدم معناداری آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر سه آزمون و زیرمقیاس‌های آنها دارد. در نتیجه برای بررسی همبستگی بین مشاهدات باید از روش همبستگی پیرسون استفاده شود. جدول ۲ ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

۳	۲	۱	
		۱	۱- سلامت روان
	۱	-.۷۴**	۲- ناگویی هیجانی
۱	۰/۸۲**	۳- حمایت اجتماعی ادراک شده

$$**P < 0.01 \quad *P < 0.05$$

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میان سلامت روان با ناگویی هیجانی همبستگی منفی معنادار و میان حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش نمره ناگویی هیجانی میزان سلامت روان کاهش می‌یابد و برعکس. عکس این حالت در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان صادق است. جهت پیش‌بینی سلامت روان بر اساس متغیرهای ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده از رگرسیون چندگانه استاندارد استفاده شد که در جدول ۳ ارائه شده است. معناداری مدل رگرسیون نیز به وسیله تحلیل واریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۴).

جدول ۳. رگرسیون چندگانه استاندارد جهت پیش‌بینی سلامت روان بر اساس متغیرهای ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده

مدل	ضریب همبستگی چندگانه	مجذور ضریب همبستگی چندگانه	ضریب همبستگی چندگانه تعدیل شده	خطای استاندارد شده برآورد
۱	۰/۹۲	۰/۸۹	۰/۹۱	۱۲/۸۴

متغیرهای پیش‌بین: حمایت اجتماعی ادراک شده، ناگویی اجتماعی
متغیر ملاک: سلامت روان

جدول ۴. تحلیل واریانس چندمتغیره

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری (P)
501.147	2	250.574	1.518	.00b
24264.726	147	165.066		
24765.873	149			

رگرسیون
باقیمانده
کل

متغیرهای پیش‌بین: حمایت اجتماعی ادراک شده، ناگویی اجتماعی
متغیر وابسته: سلامت روان

با توجه به جدول ۳ دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و ناگویی هیجانی با هم، ۹۱ درصد تغییرات متغیر سلامت روان را بیان می‌کنند که با توجه به سطح معناداری گزارش شده در جدول ۴ ($p < 0/00$) معنادار است. ضرایب رگرسیون در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. ضرایب رگرسیون چندگانه استاندارد جهت پیش‌بینی سلامت روان بر اساس متغیرهای ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	t	P
	B	خطای استاندارد	بتا	
ناگویی هیجانی	-.129	.074	1.734	.012
حمایت ادراک شده اجتماعی	.321	.084	.251	.025

متغیر ملاک: سلامت روان

همانطور که مشاهده می‌شود متغیر ناگویی هیجانی به طور منفی ($-0/14$) و متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده به طور مثبت ($0/31$) پیش‌بین سلامت روان هستند. به علاوه، هر دو این ضرایب معنادار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان در بیماران مبتلا به MS تحت درمان بود. یافته‌های به دست آمده نشان داد که میان متغیر ناگویی هیجانی با سلامت روان همبستگی منفی معنادار و میان متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. به علاوه، متغیر ناگویی هیجانی به طور منفی و متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده به طور مثبت پیش‌بین سلامت روان بودند. همچنین، این دو متغیر با هم ۰/۹۱ درصد واریانس متغیر سلامت روان را تبیین کردند.

این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور از قبیل برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۲)، شاهقلیان (۱۳۸۶)، عمادپور و لواسانی (۱۳۹۵)، پورآقا رودبرده و همکاران (۱۳۹۰)، ریاحی و همکاران، (۱۳۸۹)، پورماجد و همکاران (۱۳۹۳)، بخشی‌پور و همکاران (۱۳۸۴)، قاسمی‌پور و جهانبخش (۱۳۸۸)، جهانبخش و همکاران (۱۳۹۲)، تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)، کاکابرای و همکاران (۱۳۹۱)، مرادی و همکاران (۱۳۹۳)، جهان‌بخشیان و زندی‌پور (۱۳۹۰)، رامبد و رفیعی (۱۳۸۷)، نیازی و همکاران (۱۳۹۴)، بشارت، مسعودی و لواسانی (۱۳۹۳)، داوودی، فتاحی‌نیا و زرگر (۱۳۸۹)، بودینی و همکاران (۲۰۰۷)، پانز و همکاران (۲۰۱۳)، کوئیل و همکاران (۲۰۱۷)، کروکاوکوکا و همکاران (۲۰۰۸)، کارداماس (۲۰۰۸)، لانگلد و همکاران (۲۰۱۱) و جاراکز و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد و با پژوهش علیپور و همکاران (۱۳۹۰) ناهمسو است.

در تبیین این نتایج باید گفت که افراد با ناگویی هیجانی در درک و شرح هیجان‌های خود و دیگران ناتوان و عاجز هستند و برای همدلی استعداد ضعیف شده‌ای از خود نشان می‌دهند. افرادی که دارای ویژگی‌های ناگویی هیجانی هستند، نمی‌توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند. بنابراین، آمادگی ابتلاء به انواع اختلال‌های روانی و جسمی را داشته و دارای سطح پایین‌تری از سلامت روانی و جسمی می‌باشند. از سوی دیگر آنان توان سازگاری کمتری دارند. برای بیماران MS سازگاری با شرایط بیماری یک امر مهم است که اگر از آن محروم باشند با افت سلامتی مواجه خواهند شد. توان همدلی کردن که آن نیز یک امر حیاتی در شرایطی مثل بیماری است در افراد با ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد که این قضیه نیز تهدیدکننده سلامت عمومی برای آنان است. همچنین، در تبیینی دیگر می‌توان گفت که ناگویی هیجانی ممکن است با برانگیختن رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، سوء تغذیه، شیوه زندگی بدون تحرک، کم‌خوابی و عدم رعایت رژیم دارویی به صورت غیرمستقیم با بیماریهای جسمی مربوط باشد.

در تبیین رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک شده ممکن است به دو طریق، اثرات زیان‌بخش فشارها را کاهش دهد. اولاً حمایت اجتماعی با واکنش کردن فرد علیه تجربه فشارها قبل از این که رخ دهند، فشار روانی را کاهش می‌دهد. ثانیاً شبکه‌های حمایت اجتماعی، به عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کند. دانش و اطمینان یک فرد بیمار (مبتلا به MS) از اینکه شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند. در نهایت ادراک حمایت اجتماعی می‌تواند مقاومت بیماران مبتلا به MS را در مقابل اثرات منفی عوامل فشارزا افزایش دهد و به این وسیله سلامت روان فرد بهبود یابد. همچنین این یافته مطابق با نظریه رایان و دسی (۲۰۰۰) است که بیان می‌دارد عوامل اجتماعی و بافتی اثر مستقیم بر بهزیستی افراد دارند. فرد در جریان تعامل‌ها و حمایت‌های اجتماعی نسبت به شیوه‌های موثر دیگران در زندگی آگاهی می‌یابد و با این سرمایه شناختی قادر می‌شود رویه‌های مثبت و رفتارهای مطلوب را در جهت پایه‌ریزی یک زندگی رضایت‌بخش به اجرا درآورد.

این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود؛ یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که تحقیق حاضر در میان بیماران مبتلا به MS تحت درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده است لذا نتایج بدست آمده را نمی‌توان به طور کامل و دقیق به سایر بیماران در کل کشور تعمیم داد. محدودیت دیگر پژوهش این بود که آزمودنی‌ها همگی زن بودند و نتیجه حاصل نمی‌تواند برای جامعه مردان کاربردی داشته باشد. همچنین، پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و نمی‌تواند نشان‌دهنده تبیین علی برای ارتباط بین متغیرها باشد. به علاوه، آزمودنی‌های این پژوهش در رده سنی ۱۸-۴۵ سال و همچنین قادر به راه رفتن ۱۰۰ متر بدون کمک بودند، بنابراین تعمیم نتایج پژوهش به گروه‌های سنی دیگر و بیماران مبتلا به MS که اختلالات حرکتی شدیدتری دارند، باید با احتیاط صورت گیرد.

در پایان با عنایت به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌گردد تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت روان به طراحی سیاست‌های علمی و اجرایی‌ای بپردازند که به افزایش میزان حمایت اجتماعی (ادراک و دریافت شده) و کاهش ناگویی هیجانی منجر شده و در نتیجه کاهش فشارهای روانی و ارتقاء سلامت روان را به دنبال داشته باشد.

منابع و مراجع

- ۱- اشرفی، منصور و اشرفی، مرتضی (۱۳۹۳). بیماری ام-اس M-S؛ از بیماری ام اس چه می دانیم؟. مجله مکتب اسلام، ۶۴۱، ۶۸-۷۱.
- ۲- بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، ۷(۲۷ و ۲۸)، ۱۴۵-۱۵۲.
- ۳- برقی ایرانی، زیبا؛ محتبی، بختی؛ بگیلین، محمد جواد و کرمی، شجاع (۱۳۹۱). ارتباط ابعاد پنج گانه شخصیت و آلکسی تیمیا با سلامت روان بیماران اسکروز مالتیپل. روانشناسی سلامت، ۳(۲)، ۶۵-۷۹.
- ۴- بشارت، محمد علی؛ مسعودی، مرضیه و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۳). ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی-بدنی. اندیشه و رفتار، ۹(۳۴).
- ۵- بشارت، محمد علی؛ حدادی، پروانه، رستمی، رضاصرامی، فروشانی، غلامرضا (۱۳۹۰). بررسی آسیبهای عصب شناختی در بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی، روان شناسی معاصر، دوره ۱، شماره ۳، ۶۳-۱۲.
- ۶- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی، مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، ۱۱۰(۱)، ۱۳۰-۱۴۵.
- ۷- پورماجد، مجید؛ صباغ، صمد و علمی، محمود (۱۳۹۳). بررسی رابطه تدین با سلامت (جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی) از طریق متغیرهای تعدیل گر حمایت اجتماعی و عزت نفس - مطالعه در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. مطالعات جامعه شناختی، سال چهارم، شماره ۱۳.
- ۸- پورآقار و دبرده، فاطمه، کافی، سیدموسی و رضائی، سجاد (۱۳۹۱). ارتباط احساس غربت و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان دانشجویان تازه وارد، روان شناسی بالینی. شخصیت، دو فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال ۱۹، شماره ۶.
- ۹- تقی زاده، حسین و افروز، غلامعلی (۱۳۹۳). بررسی مقایسه ای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با وبدون آسیب شنوایی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۴(۲)، ۷-۱۷.
- ۱۰- جعفری، سید ابراهیم؛ نیک نشان، شکوفه و عابدی، محمد رضا (۱۳۸۹). سلامت روان کارکنان شرکت پالایش نفت اصفهان. مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۳، شماره ۳.
- ۱۱- جهانبخش، اسماعیل؛ حقیقتیان، منصور؛ روان مهر، فرانک و حسین پور، کبری (۱۳۹۲). بررسی ارتباط حمایتهای اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران MS در شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۹(۴)، ۴۰۳-۴۱۰.
- ۱۲- جهان بخشیان، نیره و زندی، پورطیبه (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس با بیماران ام اس بر بهبود سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی بیماران. مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی الزهرا، دوره ۷، شماره ۲.
- ۱۳- خدیری، بهزاد و دباغی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی رابطه سبکهای مقابله ای با سلامت روان سربازان، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، سال دوم، شماره ۵.
- ۱۴- خواجه، فرزانه و خضری مقدم، نوشیروان (۱۳۹۵). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی با رضایت زناشویی در پرستاران زن متاهل. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ۱۴، شماره ۷.
- ۱۵- داوودی، ایران؛ فتاحی، نیا، مرضیه و زرگر، یداله (۱۳۸۹). مقایسه کمال گرایی، الکی تایمی و سلامت روان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با افراد سالم. مجله دست آوردهای روان شناختی، ۳(۲)، ۲۱۳-۲۳۴.
- ۱۶- رامبد، معصومه و رفیعی، فروغ (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیا لیز. پژوهش پرستاری، ۳(۱۱ و ۱۰)، ۸۵-۹۴.
- ۱۷- رضایی، امید؛ میرزایی قمی، منصور و دولت شاهی، بهروز (۱۳۸۹). الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس، کنگره روان شناسی ایران.
- ۱۸- رضایی، هما و شفیق آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی در افسردگی بیماران مولتیپل اسکروزیس (ام.اس). پژوهشنامه تربیتی دانشگاه اسلامی واحد بجنورد، شماره ۱۶.
- ۱۹- ریاحی، محمد اسماعیل؛ وردی، نیا، علی اکبر و پورحسین، سیده زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹.
- ۲۰- شاهقلیان، مهناز (۱۳۸۶). رابطه الکی تایمی با سبکهای ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، دوره ۱۳، شماره ۳.
- ۲۱- علی پور، احمد (۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخصهای ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تاثیر کلی، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، اندیشه و رفتار، دوره ۱۲، شماره ۲، ص ۱۳۴-۱۳۹.
- ۲۲- عمادپور، لیلیا و لواسانی، مسعود (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان، مجله روان شناسی ۷۷، سال ۲۰، شماره ۱.

- ۲۳- قاسمی پور، مریم و جهانبخش، سحر (۱۳۸۸). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم آباد، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، سال دوازدهم، شماره ۱، ص ۵۷-۶۴.
- ۲۴- کاکابرای، کیوان؛ ارجمندنی، علی اکبر و افروز، غلامعلی (۱۳۹۱). رابطه سبکهای مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاسهای بهزیستی روانشناختی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه. مجله روانشناسی افراد استثنایی، ۲(۷).
- ۲۵- کرتیس، آنتونی جی (۱۳۸۸). روان شناسی سلامت، ترجمه علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی. تهران: انتشارات رشد.
- ۲۶- نریمانی، محمد و پوراسمعیلی (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیرمعتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی و سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره ۲۲.
- ۲۷- مرادی، مرتضی؛ دهقانی زاده، محمد حسین و سلیمانی خشاب، عباسعلی (۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک شده و سرزندگی تحصیلی: نقش واسطه ای باورهای خودکارآمدی تحصیلی، ۷(۱)، ۱-۲۴.
- ۲۸- مرادی، مرتضی؛ شیخ الاسلامی؛ احمدزاده، مزده؛ چراغی، اعظم (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی، نیازهای روان شناختی و بهزیستی روان شناختی: واریس یک مدل علی در زنان شاغل. روان شناسی تحولی: روانشناسان ایرانی ۳۹، (۱۰)، ۲۹۷-۳۰۹.
- ۲۹- نائینیان، محمد رضا؛ نیک آذین، امیر و شعیری، محمد رضا (۱۳۹۳). ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در نوجوانان ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد، ۲۱(۱۰).
- ۳۰- نیازی، محسن؛ منتی، والیه؛ قاسمی پور، مریم و کسانی، عزیز (۱۳۹۴). ارتباط بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های شهر ایلام. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳(۶).

- 31- Bodini, B.; Mandarelli, G.; Tomassini, V.; Tarsitani, L.; Pestalozza, I; Gasperini, C.; Lenzi, G.L.; Pancheri, P. & Pozzilli, C. (2007). Alexithymia in multiple sclerosis: relationship with fatigue and depression". Of Neurological Sciences; 52(3): 73-81.
- 32- Dennison, Laura; Moss-Morris, Rona; Chalder, Trudie, (2009). A review of Psychological Correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. Clinical Psychology review, 29, pp. 141-153.
- 33- Helgeston, V. S., Cohen, S. (2004). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational and intervention research. Health Psychol, 15(2), 135-148. .
- 34- Jaracz K1, Pawlak M, Górna K, Kołcz B, Wołoszyn D, Kozubski W (2010). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. Neurol Neurochir Pol. 2010 Jul-Aug; 44(4): 358-65.
- 35- Karadimas, E. C. (2008). Self-efficacy, social support and wellbeing: mediating role of optimism. Personality and Individual Differences, 40: 1281-1290.
- 36- Krokavcova M, Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, Gdovinova Z, Groothoff JW. (2008) social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. Patient Educ Ciuns, 73(1): 159-65.
- 37- Langeland, E. (2011). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. International Journal of Nursing Studies, 46, 30-37..
- 38- Paez, D., Seguel, A. M., & Martinez-Sanchez, F. (2013). Incremental validity of alexithymia, emotional coping and humor style on happiness and psychological well-being. Journal of Happiness Studies, 14(5), 1621-1637.
- 39- M.L. Pistorio, M. Veroux, N. Sinagra, G. Basile, and C. De Pasquale (2017). Alexithymia in Kidney Transplantation Patients. Transplantation Proceedings, 49, 642e645.
- 40- Thompson J.A and Baneke.P. Atlas of MS 2013: mapping multiple sclerosis around the world, World Health Organization and Multiple Sclerosis International Federation, [on line] Available at: < <http://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/Atlas-of-MS.pdf> > [Accessed 15].