Journal of Research in Psychological Health

December 2020, Volume 14, Issue 3

Comparison the Social Well-being, Spiritual Well-being and Emotion Regulation Strategies in multiple Sclerosis (MS) patients and Non-Patients

Samira Rezaiy Azizbadi[1], Saeed Ariapooran[2]*, Yadollah Ghasemipour[3]

1. M. A Graduated in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Litrature and Humanistic Sciences, Malayer University, Malayer, Iran.
2. (Corresponding Author): Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Litrature and Humanistic Sciences, Malayer University, Malayer, Iran. s.ariapooran@malayeru.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Litrature and Humanistic Sciences, Malayer University, Malayer, Iran

Citation: Ariapooran S, Rezaiy Azizbadi S, Ghasemipour Y. Comparison the Social Well-being, Spiritual Well-being and Emotion Regulation Strategies in multiple Sclerosis (MS) patients and Non-Patients. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14(3), 38-52. [Persian].

Key words:
emotion regulation, MS, social well-being, spiritual well-being

Highlights

- MS patients had lower spiritual well-being (religious well-being and existential well-being) than non-patients.
- Social well-being (social flourishing, social acceptance, and social adaptation) was lower in MS patients than in non-MS patients.
- MS patients showed lower emotional marketing than non-patients.

Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is a progressive neurological disease that affects many people, especially young women. Patients with MS experience psychological problems. The aim of this study was to compare the social well-being, spiritual well-being and emotion regulation strategies in multiple Sclerosis (MS) patients and non-patients. In this causal-comparison research, the statistical population consisted of 700 patients with MS in Kermanshah. Among the population, 149 patients were selected by convenience sampling method. Among non- patients, 149 people were matched in age and gender with the patients group. Data were collected using the Social well-being, Spiritual well-Being and Emotion Regulation Scales. The results of two-way Multivariate Analysis of Variance showed that the spiritual health and its components (religious and existential well-being), social well-being and its three dimensions (social flourishing, social acceptance, and social adaptation) and emotional reappraisal in patients with MS were lower than non-patients. But there was no significant difference between the emotional suppression in two groups. The results have important implications in attending to the terms of social well-being, spiritual well-being and emotion regulation strategies in patients with MS. Based on the results, improving social and spiritual well-being and increasing the patient's emotion regulation strategies are recommended through spiritual and social health education and training the emotion regulation strategies.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

مقایسهٔ بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد غیربیمار

سمیرا رضایی عزیزآبادی [۱]، سعید آریاپوران [۲*]، یداله قاسمی‌پور [۳]

۱. دانش‌آموختهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران. s.ariapooran@malayeru.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۱۱/۱۸

تاریخ پذیرش
۱۳۹۹/۱۱/۳۰

واژگان کلیدی
بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی، تنظیم هیجان، مولتیپل اسکلروزیس

یافته‌های اصلی

- بیماران MS بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) پایین‌تری نسبت به غیربیماران داشتند.
- بهزیستی اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انطباق اجتماعی) در بیماران MS پایین‌تر از غیربیماران بود.
- بیماران MS در مقایسه با غیربیماران بازارزیابی هیجانی پایین‌تری را نشان دادند.

چکیده

مولتیپل اسکلروسیس (MS)، یک بیماری عصب‌شناختی پیشرونده است که بسیاری از افراد به‌ویژه زنان جوان به آن مبتلا هستند. بیماران مبتلا به MS مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS) و افراد غیربیمار انجام شد. در این پژوهش علّی-مقایسه‌ای، جامعهٔ آماری این پژوهش را ۷۰۰ بیمار MS شهر کرمانشاه تشکیل دادند. از میان آنها ۱۴۹ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. همچنین از میان افراد غیربیمار ۱۴۹ نفر از نظر سن و جنسیت با گروه بیمار همگن شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و تنظیم هیجان جمع‌آوری شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری دوراهه نشان داد که بهزیستی معنوی و مولفه‌های آن (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی)، بهزیستی اجتماعی و سه بعد آن (شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انطباق اجتماعی) و بازارزیابی هیجان در بیماران MS پایین‌تر از غیربیماران بود. اما بین بازداری هیجان در دو گروه تفاوت وجود نداشت. براساس نتایج، بهبود بهزیستی اجتماعی و معنوی و افزایش تنظیم هیجان بیماران MS از طریق آموزش‌های مبتنی بر معنویت و بهزیستی اجتماعی و همچنین آموزش تنظیم هیجان پیشنهاد می‌شود.

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کاشناسی ارشد نویسنده اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

مقدمه

مولتیپل اسکلروسیس[1]یا MS، یکی از بیماری‌های قرن حاضر است که متأسفانه بسیاری از افراد به‌ویژه زنان جوان به آن مبتلا هستند (۱). این بیماری نوعی بیماری عصب‌شناختی پیشرونده است که باعث میلین‌زدایی از سیستم عصبی مرکزی و از بین رفتن آکسون می‌شود؛ علایم مرتبط با آسیب بافت‌های عصبی در MS شامل مشکل بینایی، عدم تعادل، تغییر در احساسات، اختلال‌های حرکتی، مشکلات مثانه و روده، افسردگی و اختلال شناختی است (۲). علاوه‌براین، تخریب میلین در نواحی ویژه از جمله اعصاب بینایی، ساقهٔ مغز، مخچه و مادهٔ سفید مغز منجر به بروز مجموعه‌ای از علایم بالینی نظیر اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار و مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی و اختلال در عملکرد کلی می‌شود (۳).

این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است و سن شروع آن اوایل تا اواسط بزرگسالی (۲۰ تا ۴۰ سال) است (۴-۵). براساس گزارش انجمن MS، در انگلستان حدود یک نفر از هر ۸۰۰ نفر و در اسکاتلند یک نفر در هر ۵۰۰ نفر به MS مبتلا هستند (۵). بیشترین میزان شیوع این بیماری به آمریکای شمالی و اروپا (تقریباً ۱۰۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر؛ به عنوان نمونه، ۹۴/۷ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر در فرانسه) و کمترین میزان آن به آسیای شرقی و جنوب صحرای آفریقا (۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر) اختصاص دارد (۶). ایران دارای بیشترین شیوع MS در خاورمیانه و آسیا است (۷). در سال ۲۰۱۴ شیوع MS در ایران ۱۰۱/۳۹ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است (۸). در پژوهشی در استان فارس، میزان شیوع این بیماری ۷۲/۱ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر (۱۱۶/۵ در هر ۱۰۰ هزار زن و ۲۸/۳ در هر ۱۰۰ هزار مرد) بوده است (۹).

خادر و همکاران (۲۰۱۹) میزان اختلال شناختی و اختلال در بهزیستی روانی در بیماران MS به ترتیب برابر با ۲۳/۳ و ۱۴/۱ درصد بوده است (۱۰). آور و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که یک چهارم بیماران MS، علائم اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و ۳۱/۸ درصد از آنان نیاز به مراقبت در زمینهٔ بهزیستی روانی دارند (۱۱). همچنین نشان داده شده است که این بیماران کیفیت زندگی مرتبط با بهزیستی پایین‌تری نسبت به افراد غیر بیمار دارند (۱۲). براساس نظریهٔ نیازهای سازگاری روان‌شناختی، بیماران MS پنج نیاز اساسی برای سازگاری دارند که عبارتند از: ۱) امیدواری، ۲) پذیرش بیماری و پیامدهای آن، ۳) درک نیاز به انتخاب، استقلال، جایگاه اجتماعی و هدف، ۴) عملیاتی کردن انتخاب، استقلال، جایگاه اجتماعی و هدف در زندگی و ۵) نیازهای روان‌شناختی مربوط به رشد شخصیت (۱۳). براین اساس پرداختن به مشکلات اجتماعی، معنوی و هیجانی این بیماران می‌تواند در سازگاری آنان نقش داشته باشد و توجه به نیازهاهای اساسی سازگاری آنان براساس متغیرهایی که در توانمندسازی این بیماران نقش دارند، می‌تواند در فراهم کردن خدمات روان‌شناختی برای آنان بسیار مؤثر واقع شود.

بهزیستی اجتماعی[2]از جمله متغیرهایی است که می‌تواند در بیماران MS پایین‌تر از افراد غیر بیمار باشد. بهزیستی اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنها است (۱۴). طبق این تعریف شاخص‌های بهزیستی اجتماعی عبارتند از: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی. انسجام اجتماعی عبارت است از ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد؛ پذیرش اجتماعی به معنای دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و

[1] Multiple Sclerosis

[2] social well-being

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

پذیرش آن‌ها است؛ شکوفایی اجتماعی به ارزیابی فرد از توانمندی‌های بالقوهٔ اجتماع و رشد کلی جامعه اشاره دارد؛ مشارکت اجتماعی به عنوان باوری که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند تعریف شده است؛ و انطباق اجتماعی شامل درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی است (۱۴). پژوهش نشان داده است که بیماران MS علاوه بر مشکلات جسمانی شدید از مشکلات اجتماعی شدید نیز در رنج هستند و میزان مشکل شدید اجتماعی در آنان ۸/۳۸ درصد گزارش شده است (۱۵). بیماران MS دارای سطوح بالای اضطراب و اجتناب از دیگران و سطوح پایین حمایت اجتماعی هستند (۱۶). آن دسته از بیماران MS که مشارکت اجتماعی بیشتری با دوستان خویش دارند، شادکامی بیشتر و افسردگی کمتری دارند (۱۷). علاوه‌براین، مشکلات عصب‌شناختی در بیماران MS به صورت منفی با پذیرش اجتماعی در آنان مرتبط است (۱۸). همچنین نشان داده شده است که این بیماران حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند (۱۹) و از راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی بیشتر استفاده می‌کنند (۲۰). در پژوهش‌های قبلی بهزیستی اجتماعی و ابعاد آن در بیمارن MS و افراد غیر بیمار مقایسه نشده است و خلأ پژوهش در این زمینه وجود دارد.

از جمله متغیرهای دیگر که می‌تواند در بیماران MS با مشکل مواجه شود، بهزیستی معنوی[1]است که در پژوهش‌ها قبلی رابطهٔ آن با بهزیستی اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲-۲۱). بهزیستی معنوی عبارت است از یک حالت وجودی که منعکس‌کنندهٔ احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت نسبت به رابطه با خود، دیگران، ماوراءالطبیعه و طبیعت است که حس هویت، یکپارچگی، رضایت، شادی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، صلح و هماهنگی درونی و هدف و جهت‌گیری در زندگی را فراهم می‌نماید (۲۳). بهزیستی وجودی و مذهبی ابعاد بهزیستی معنوی هستند؛ بهزیستی وجودی ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط است که ابعاد مختلف وجود و انتخاب‌ها را یکپارچه می‌سازد و بهزیستی مذهبی به ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند است (۲۴). فقدان بهزیستی معنوی با اختلال‌هایی نظیر افسردگی، استرس و اضطراب مرتبط است و فقدان معنا و هدف در زندگی را به همراه دارد (۲۵). در بیماران MS بهزیستی معنوی با امیدواری رابطه دارد (۲۶). در یک پژوهش دیگر نشان داده شد که بین رفتار مذهبی و سطوح عینی معنویت و مذهبی بودن با سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران MS رابطه وجود نداشت (۲۷). بر اساس پژوهش بوسینگ و همکاران (۲۰۱۳) ۵۵ درصد از بیماران MS خود را افرادی مذهبی و معنوی نمی‌دانند و تنها ۳۱ درصد خود را مذهبی عنوان کرده بودند؛ علاوه‌براین، ایمان تنها در ۲۹ درصد این بیماران قوی‌ترین نیرو در برخورد با مشکلات عنوان شده بود (۲۸). براساس پژوهش‌های انجام شده در ایران، اکثر بیماران MS (۹۷/۹ درصد) از بهزیستی معنوی متوسط برخوردار بودند (۲۹). در یک پژوهش نصیری زرین‌قبایی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که ۷۱/۷ درصد از بیماران MS از بهزیستی معنوی متوسطی برخوردار هستند و بین بهزیستی معنوی و ابعاد آن یعنی بهزیستی وجودی و مذهبی با کیفیت زندگی این بیماران رابطهٔ مثبت وجود دارد (۳۰). اما پژوهش‌ها مقایسهٔ بهزیستی معنوی بیماران MS و افراد غیربیمار را مورد بررسی قرار نداده‌اند.

تنظیم هیجان[2]نیز ممکن است در بیماران MS متفاوت از افراد غیر بیمار باشد. در پژوهش‌های قبلی رابطهٔ بین بهزیستی اجتماعی (۳۱) و بهزیستی معنوی (۳۲) با تنظیم هیجان به اثبات رسیده است. تنظیم هیجان دامنه‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که در جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان به کار گرفته می‌شود (۳۳). به عبارت دیگر، تنظیم هیجان

[1] spirituality well-being

[2] emotion regulation

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی است (۳۴). مدل‌های نظری مختلف تنظیم هیجان، راهبردهای خاصی از تنظیم هیجان را به عنوان سازگارانه (به عنوان مثال بازارزیابی) و برخی را ناسازگارانه (به عنوان مثال اجتناب) در نظر گرفته‌اند (۳۵). راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان (از جمله بازارزیابی و برنامه‌ریزی) رابطهٔ منفی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان (از جمله فاجعه‌آمیزی و نشخوار فکری) رابطهٔ مثبتی با افسردگی، اضطراب و استرس دارند (۳۵). بیماران MS نسبت به همتایان غیربیمار خود در تنظیم هیجان مشکل دارند و این مشکل در تنظیم هیجان پیش‌بین کیفیت زندگی اجتماعی و روان‌شاختی پایین و مشکل در کارکردهای اجرایی در این بیماران است (۳۶). فیلیپس و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که راهبردهای بازارزیابی هیجان با کیفیت زندگی بیماران MS رابطهٔ مثبت دارد (۳۷). در پژوهش پراکاش و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شد که بدکارکردی تنظیم هیجان در بیماران MS بالاتر از گروه کنترل است؛ به عبارت دیگر تنظیم هیجان در این بیماران نسبت به افراد بدون بیماری بیشتر است (۱۲).

مسئلهٔ این پژوهش این است که آیا بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به MS و افراد غیربیمار متفاوت است یا خیر؟ بیماری MS یکی از بیماری‌هایی است که شیوع آن در جهان و ایران افزایش یافته است (۹-۶) و در میان بیماران مبتلا به آن مشکلات روان‌شناختی و جسمانی زیادی وجود دارد که در پژوهش‌های مختلف (۲-۳) به اثبات رسیده است؛ اما پژوهش در زمینه مقایسهٔ بهزیستی اجتماعی و معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران MS و افراد غیربیمار بسیار ناچیز است. هر چند برخی از پژوهش‌ها به مشکلات اجتماعی و هیجانی بیماران مبتلا به MS پرداخته‌اند، اما بهزیستی اجتماعی، معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران MS و افراد غیربیمار مقایسه نشده است. از این رو، انجام این پژوهش موجب برجسته شدن مشکلات بهزیستی اجتماعی و معنوی و مشکلات تنظیم هیجان در بیماران MS می‌شود و می‌تواند توجه پژوهشگران را به این متغیرهای مهم در بیماران مبتلا به MS برجسته نماید. همچنین از نظر کاربردی انجام این پژوهش موجب توجه روان‌شناسان و مشاوران مشغول به فعالیت در بیمارستان‌ها به این بیماران می‌شود تا بتوانند با آموزش‌های روان‌شناختی به ویژه آموزش‌های مبتنی بر تنظیم هیجان و معنویت به ارتقای سطح بهزیستی اجتماعی و معنوی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در این بیماران کمک نمایند؛ همچنین به دلیل کمبود پژوهش در زمینهٔ مقایسهٔ بهزیستی اجتماعی و معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در این بیماران با افراد غیربیمار، نتایج این پژوهش موجب تقویت پژوهش‌های مرتبط و توجه پژوهشگران حوزهٔ بهزیستی به این متغیرها در بیماران MS می‌شود.

روش

طرح پژوهش حاضر علی–مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل دو جامعه افراد عادی و جامعه بیماران MS شهر کرمانشاه بوده است. از بین بیماران داوطلب واجد شرایط مراجعه‌کننده به بیمارستان فارابی و کلینیک‌های تخصصی شهرستان کرمانشاه ۱۷۱ نفر انتخاب شدند. همچنین از میان افراد غیربیمار شهرستان کرمانشاه ۱۷۱ نفر از لحاظ سن و جنسیت با گروه بیماران همگن شدند و در پژوهش شرکت نمودند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، در میان بیماران MS، ۱۲ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ ناقص داده بودند و ۱۰ نفر به اکثر سؤالات پاسخ یکسان داده بودند که تشخیص داده شد که این بیماران به احتمال زیاد سؤالات را ناخوانده پاسخ داده‌اند؛ بنابراین پرسشنامهٔ مربوط به این بیماران در تجزیه و تحلیل نهایی حذف شدد و نمونه نهایی بیماران MS به ۱۴۹ نفر کاهش یافت. براین اساس، از میان افراد غیربیمار شرکت‌کننده در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

پژوهش نیز افرادی که از نظر جنسیت و سن با افراد حذف شده در گروه بیماران همگن شده بودند، از نمونهٔ نهایی حذف شدند. نمونهٔ افراد بدون بیماری یعنی ۱۴۹ نفر از میان جمعیت عمومی شهرستان کرمانشاه و همچنین افراد غیربیمار و همراهان مراجعه‌کننده به بیمارستان و کلینیک‌های تخصصی شهرستان کرمانشاه به صورت دردسترس انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنهٔ سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن پروندهٔ بیماری MS در بیمارستان یا مراکز درمان تخصصی، نداشتن سابقهٔ بیماری جسمانی شدید دیگر غیر از MS، نداشتن بیماری‌های روانی شدید، عدم بستری در بیمارستان در زمان انجام پژوهش و داشتن حداقل سواد راهنمایی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به همکاری در پژوهش، عدم تکمیل و امضای فرم رضایت از شرکت در پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها.

جهت رعایت کمعیارهای اخلاقی، تمام بیماران و افراد غیربیمار شرکت‌کننده در پژوهش فرم رضایت از شرکت در پژوهش را قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها تکمیل و امضا نمودند و کسانی که رضایت نداشتند از پژوهش حذف شدند. علاوه‌براین، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش درخواست گردید که به پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام پاسخ دهند و به آنها اطمینان داده شد که نتایج مربوط به پرسشنامه‌های آنها به صورت گروهی تجزیه و تحلیل خواهد شد. در صورتی که آنها تمایل به آگاهی از نتایج خود داشتند، به صورت انفرادی نتایج برلی آن‌ها تبیین شد. پس از مشخص شدن حجم نمونه، پژوهشگران به بیمارستان فارابی کرمانشاه و کلینیک‌های مغز و اعصاب شهرستان کرمانشاه از مهر ماه تا آخر دی ماه ۱۳۹۸ مراجعه نمودند و پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار بیماران قرار دادند. افراد انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، به تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی و در حضور پژوهشگر اقدام نمودند. افراد غیربیمار با داشتن شرایط ورود و خروج به صورت در دسترس در بیمارستان‌ها (همراهان بیمار)، مساجد، مغازه‌ها و پارک‌های شهرستان کرمانشاه با رضایت کامل به صورت انفرادی و در حضور پژوهشگر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. مدت زمان پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیری دوراهه (مانوای دوراهه) تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس بهزیستی اجتماعی: مقیاس بهزیستی اجتماعی توسط کیز (۱۹۹۸) ساخته شده و دارای ۳۳ ماده است. این پرسشنامه بر پایهٔ مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف=۰» تا «کاملاً موافق=۴» تنظیم شده است (۱۴). از مجموع کل امتیازهای آن یک نمرهٔ کلی بهزیستی اجتماعی به دست می‌آید و دامنهٔ نمرات کلی این مقیاس از ۰ تا ۱۳۲ است. این پرسشنامه دارای ۵ بعد است: انسجام اجتماعی (۷ گویه)، پذیرش اجتماعی (۷ گویه)، شکوفایی اجتماعی (۷ گویه)، مشارکت اجتماعی (۶ گویه) و انطباق اجتماعی (۶ گویه). پایایی مقیاس بهزیستی اجتماعی برای زیر مقیاس‌های یکپارچگی، شکوفایی، انسجام، مشارکت و پذیرش از طریق ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۷۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ بدست آمده است (۱۴). روایی و پایایی این ابزار در ایران مورد تأیید قرار گرفته است؛ به عنوان نمونه، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در زنان برابر با ۰/۷۵ و در مردان برابر با ۰/۷۷ بود و اعتبار آن از طریق بازآزمایی برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۹). در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۷ بود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

پرسشنامهٔ بهزیستی معنوی: پرسشنامه بهزیستی معنوی توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شده و دارای ۲۰ گویه است؛ این پرسشنامه دو بعد بهزیستی مذهبی (۱۰ گویه) و بهزیستی وجودی (۱۰ گویه) را اندازه می‌گیرد. شیوهٔ پاسخ‌گویی به این پرسشنامه به صورت مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از «بسیار موافقم=۶» تا «بسیار مخالفم=۱» است؛ دامنهٔ نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ است و نمرهٔ بالاتر بر بهزیستی معنوی بالاتر دلالت دارد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس، زیرمقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۷۸ بوده است (۴۱). در ایران، الهبخشیان و همکاران (۲۰۱۱) روایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین کردند (۴۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود و برای بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس تنظیم هیجان: این مقیاس توسط بالزروتی، گروس و جان (۲۰۱۰) ساخته شده و دارای دو خرده مقیاس بازارزیابی (۵ گویه) و بازداری هیجانی (۵ گویه) است (۴۳). شیوهٔ پاسخ‌دهی به این مقیاس براساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت، از «کاملاً مخالف=۱» تا «کاملاً موافق=۷» است. ضریب آلفای کرونباخ برای بازارزیابی ۰/۷۹ و برای بازداری ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۴۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای بازارزیابی هیجان در دامنهٔ ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای بازداری هیجان ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ گزارش شده است. ضرایب همبستگی بازارزیابی هیجان با مقیاس عواطف مثبت (r=۰/۲۴) و عواطف منفی (r=-۰/۱۴) و بازداری هیجان با مقیاس عواطف مثبت (r=-۰/۱۵) معنی‌دار بوده است (۴۴). نسخهٔ فارسی این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است (۴۴). اعتبار مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنهٔ آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامهٔ مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ۰/۸۳ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۴۵). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد و میزان ضریب آلفای کرونباخ بازارزیابی و بازداری هیجان به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۴ بود.

یافته‌ها

نتایج توصیفی نشان داد که در هر یک از گروه‌های بیماران MS و غیربیمار، ۸۳ نفر (۵۵/۷۰ درصد) زن و تعداد ۶۶ نفر (۴۴/۳۰ درصد) مرد بودند؛ در گروه MS ۶۳ نفر (۴۲/۲۸ درصد) مجرد و ۸۶ نفر (۵۷/۷۲ درصد) متأهل و در گروه غیربیمار ۹۰ نفر (۶۰/۴۰ درصد) مجرد و ۵۹ نفر (۳۹/۶۰ درصد) متأهل بودند؛ از نظر وضعیت تحصیلی، در بیماران MS، ۲۳ نفر (۱۵/۴۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم، ۵۲ نفر (۳۴/۸۹ درصد) دیپلم، ۳۱ نفر (۲۰/۸۰ درصد) کاردانی، ۳۵ نفر (۲۳/۴۹ درصد) کارشناسی و ۸ نفر (۵/۳۷ درصد) کارشناسی ارشد بودند؛ در میان افراد غیر بیمار، ۱۱ نفر (۷/۳۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم، ۵۳ نفر (۳۵/۵۷ درصد) دیپلم، ۲۹ نفر (۱۹/۴۶ درصد) کاردانی، ۴۴ نفر (۲۹/۵۴ درصد) کارشناسی و ۱۲ نفر (۸/۰۵ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند؛ از نظر مدت ابتلا به بیماری در میان بیماران MS، ۶۳ نفر (۴۲/۲۹ درصد) کمتر از یکسال، ۱۸ نفر (۱۲/۰۸ درصد) ۱ تا ۲ سال، ۲۱ نفر (۱۴/۰۹ درصد) ۳ تا ۴ سال و تعداد ۴۷ نفر (۳۱/۵۴ درصد) ۵ سال و بیشتر را گزارش نمودند. از نظر وضعیت سنی در هر دو گروه ۴۶ نفر (۳۰/۸۷ درصد) در دامنهٔ سنی بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۵۷ نفر (۳۸/۲۵ درصد) در دامنهٔ سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۳۰ نفر (۲۰/۱۴ درصد) در دامنهٔ سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۶ نفر (۱۰/۷۴ درصد) در دامنهٔ سنی ۳۶ تا ۴۰ سال بودند. شاخص‌های توصیفی در جدول ۱ توصیف شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

جدول ۱- میانگین (M) و انحراف معیار (SD) بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و تنظیم هیجان در بیماران MS و افراد غیربیمار

متغیر	بیماران MS			غیربیماران		
	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
شکوفایی اجتماعی	۱۴/۲۲ ±۱/۵۳	۱۴/۲۸ ±۱/۷۴	۱۴/۲۵ ±۱/۶۲	۱۵/۰۲ ±۱/۸۲	۱۴/۹۱ ±۱/۹۸	۱۴/۹۷ ±۱/۸۹
انطباق اجتماعی	۸/۴۳±۱/۸۹	۸/۹۴±۱/۷۴	۸/۶۵±۱/۸۴	۹/۶۶±۱/۶۴	۹/۵۴±۱/۶۵	۹/۶۱±۱/۶۴
انسجام اجتماعی	۸/۴۹±۲/۵۱	۸/۸۷±۲/۶۲	۸/۶۶±۲/۵۶	۸/۹۳±۱/۵۵	۸/۴۱±۱/۵۴	۸/۸۹±۱/۵۴
پذیرش اجتماعی	۱۴/۴۳±۲/۵۴	۱۴/۵۷±۲/۴۵	۱۴/۵۰±۲/۴۹	۱۶/۳۹±۲/۵۶	۱۶/۷۶±۲/۶۱	۱۶/۵۶±۲/۵۸
مشارکت اجتماعی	۱۲/۳۷±۲/۶۵	۱۲/۴۷±۲/۷۰	۱۲/۴۲±۲/۶۷	۱۲/۸۸±۳/۳۱	۱۳/۰۷±۳/۳۱	۱۲/۹۷±۳/۳۰
بهزیستی اجتماعی (کل)	۵۷/۹۵±۶/۱۶	۵۹/۱۵±۵/۸۸	۵۸/۴۸±۶/۰۵	۶۲/۸۸±۴/۱۷	۶۳/۱۳±۴/۱۲	۶۲/۹۹±۴/۱۴
بهزیستی مذهبی	۳۴/۱۴±۵/۰۹	۳۵/۳۹±۵/۶۷	۳۴/۷۰±۵/۳۷	۴۰/۱۷±۴/۱۹	۴۰/۲۹±۴/۵۴	۴۰/۲۲±۴/۳۳
بهزیستی وجودی	۲۶/۴۷±۸/۴۹	۲۸/۴۱±۷/۹۶	۲۷/۳۲±۸/۲۹	۳۲/۹۴±۴/۱۸	۳۲/۵۳±۳/۸۴	۳۲/۷۶±۴/۰۳
بهزیستی معنوی (کل)	۶۰/۶۱±۱۰/۰۰	۶۳/۸۰±۹/۷۰	۶۲/۰۲±۹/۹۶	۷۳/۱۱±۶/۹۲	۷۲/۸۲±۶/۸۲	۷۲/۹۹±۶/۸۶
بازارزیابی هیجان	۲۳/۶۵±۲/۵۱	۲۳/۵۸±۲/۶۸	۲۳/۶۲±۲/۵۸	۲۵/۶۱±۲/۷۲	۲۵/۶۳±۲/۶۳	۲۵/۶۲±۲/۷۶
بازداری هیجان	۱۶/۱۶±۲/۶۵	۱۵/۸۸±۲/۹۰	۱۶/۰۴±۲/۷۶	۱۶/۳۴±۱/۵۳	۱۶/۳۶±۱/۶۱	۱۶/۳۵±۱/۵۶

قبل از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری دوراهه (مانوای دوراهه) ابتدا آزمون باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس به عمل آمد که نتایج آن نشان داد شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است (f=۱/۴۷۶؛ p=۰/۱۴۱). همچنین شرط برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای بهزیستی اجتماعی (f=۰/۷۲۱؛ p=۰/۴۹۲)، بهزیستی معنوی (f=۰/۵۴۲؛ p=۰/۶۸۹)، بازارزیابی هیجان (f=۰/۶۶۱؛ p=۰/۵۳۱) و بازداری هیجان (f=۰/۶۹۰؛ p=۰/۵۱۳) رعایت شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز (f=۶۶/۲۸۷ ویلکز لامبدا؛ p<۰/۰۰۱) نشان داد که تفاوت بین سطوح متغیر مستقل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است. همچنینی نتایج لامبدای ویلکز برای ابعاد بهزیستی اجتماعی و بهزیستی معنوی (f=۳۲/۸۸۴ ویلکز لامبدا؛ p<۰/۰۰۱) معنی‌دار بود. نتایج مانوای دوراهه برای مقایسه متغیرها در بیماران MS و افراد غیر بیمار در جدول ۲ گزارش شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

جدول ۲- نتایج آزمون مانوای دوراهه برای مقایسه بهزیستی اجتماعی (کل)، بهزیستی معنوی (کل) و راهبردهای تنظیم هیجان (بازارزیابی و بازداری هیجان) در بیماران MS و افراد غیر بیمار

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	p	اندازه اثر
گروه	بهزیستی اجتماعی	۱۴۶۰/۰۰۶	۱،۲۹۸	۱۴۶۰/۰۰۶	۵۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶
	بهزیستی معنوی	۸۵۱۵/۳۲۸	۱،۲۹۸	۸۵۱۵/۳۲۸	۱۱۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	بازارزیابی هیجان	۲۹۶/۰۵۸	۱،۲۹۸	۲۹۶/۰۵۸	۴۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳
	بازداری هیجان	۷/۹۰۸	۱،۲۹۸	۷/۹۰۸	۱/۵۶	۰/۲۲	۰/۰۰۵
جنسیت	بهزیستی اجتماعی	۳۷/۹۸۶	۱،۲۹۸	۳۷/۹۸۶	۱/۴۲	۰/۲۳	۰/۰۰۵
	بهزیستی معنوی	۱۵۴/۶۵۰	۱،۲۹۸	۱۵۴/۶۵۰	۲/۱۴	۰/۱۴	۰/۰۱
	بازارزیابی هیجان	۰/۰۵۱	۱،۲۹۸	۰/۰۵۱	۰/۰۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	بازداری هیجان	۱/۱۶۹	۱،۲۹۸	۱/۱۶۹	۰/۲۳1	۰/۶۳	۰/۰۰۱
گروه*جنسیت	بهزیستی اجتماعی	۱۶/۳۵۳	۱،۲۹۸	۱۶/۳۵۳	۰/۶۱	۰/۴۶	۰/۰۰۲
	بهزیستی معنوی	۲۲۳/۷۴۹	۱،۲۹۸	۲۲۳/۷۴۹	۳/۰۹	۰/۰۸	۰/۰۱
	بازارزیابی هیجان	۰/۱۶۳	۱،۲۹۸	۰/۱۶۳	۰/۰۲	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	بازداری هیجان	۱/۶۷۳	۱،۲۹۸	۱/۶۷۳	۰/۳۳	۰/۵۷	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج مانوای دوراهه نشان داد که بین بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و بازارزیابی هیجان در بیماران MS و افراد غیر بیمار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که براساس جدول میانگین‌ها (جدول ۱)، میانگین بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و بازارزیابی هیجان در بیماران MS پایین‌تر از افراد غیر بیمار بود. اما بین بازداری هیجان در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. همچنین اثر جنسیت و گروه*جنسیت بر متغیرهای وابسته معنی‌دار نبوده است. جدول ۳ نتایج آزمون مانوا را برای مقایسه ابعاد بهزیستی اجتماعی و بهزیستی معنوی را نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و پذیرش اجتماعی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی در بیماران MS و افراد غیربیمار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. براساس جدول میانگین‌ها، میانگین این متغیرها در بیماران MS پایین‌تر از افراد غیربیمار بوده است. اما بین انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی‌دار به دست نیامد. همچنین اثر جنسیت و گروه*جنسیت بر متغیرهای وابسته معنی‌دار نبوده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

جدول ۳- نتایج مانوای دوراهه برای مقایسهٔ ابعاد بهزیستی اجتماعی و بهزیستی وجودی در بیماران MS و افراد غیر بیمار

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	شکوفایی اجتماعی	۳۷/۱۱	۱،۲۹۸	۳۷/۱۱	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۰۴
	انطباق اجتماعی	۶۱/۸۴۴	۱،۲۹۸	۶۱/۸۴۴	۲۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	انسجام اجتماعی	۳/۱۱۶	۱،۲۹۸	۳/۱۱۶	۰/۷۰	۰/۴۰	۰/۰۰۲
	پذیرش اجتماعی	۳۱۴/۸۲۱	۱،۲۹۸	۳۱۴/۸۲۱	۴۸/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۴
	مشارکت اجتماعی	۲۲/۵۲۱	۱،۲۹۸	۲۲/۵۲۱	۲/۴۸	۰/۱۲	۰/۰۱
	بهزیستی مذهبی	۲۱۹۳/۸۱۳	۱،۲۹۸	۲۱۹۳/۸۱۳	۹۲/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	بهزیستی وجودی	۲۰۶۴/۸۲۸	۱،۲۹۸	۲۰۶۴/۸۲۸	۴۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۴
جنسیت	شکوفایی اجتماعی	۰/۰۶۱	۱،۲۹۸	۰/۰۶۱	۰/۰۲	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	انطباق اجتماعی	۲/۶۷۳	۱،۲۹۸	۲/۶۷۳	۰/۸۸	۰/۳۵	۰/۰۰۳
	انسجام اجتماعی	۱/۵۳۲	۱،۲۹۸	۱/۵۳۲	۰/۳۴	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پذیرش اجتماعی	۵/۰۱۹	۱،۲۹۸	۵/۰۱۹	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۰۳
	مشارکت اجتماعی	۱/۶۸۴	۱،۲۹۸	۱/۶۸۴	۰/۱۷	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	بهزیستی مذهبی	۳۴/۴۹۹	۱،۲۹۸	۳۴/۴۹۹	۱/۴۵	۰/۲۳	۰/۰۰۵
	بهزیستی وجودی	۴۳/۰۶۳	۱،۲۹۸	۴۳/۰۶۳	۱/۰۲	۰/۳۱	۰/۰۰۳
گروه*جنسیت	شکوفایی اجتماعی	۰/۴۹۷	۱،۲۹۸	۰/۴۹۷	۰/۱۶	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	انطباق اجتماعی	۷/۳۱۶	۱،۲۹۸	۷/۳۱۶	۲/۴۲	۰/۱۲	۰/۰۱
	انسجام اجتماعی	۴/۰۲۳	۱،۲۹۸	۴/۰۲۳	۰/۹۰	۰/۳۴	۰/۰۰۳
	پذیرش اجتماعی	۰/۷۸۷	۱،۲۹۸	۰/۷۸۷	۰/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	مشارکت اجتماعی	۰/۱۸۹	۱،۲۹۸	۰/۱۸۹	۰/۰۲	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	بهزیستی مذهبی	۲۳/۸۵۸	۱،۲۹۸	۲۳/۸۵۸	۱/۰۰۴	۰/۳۲	۰/۰۰۳
	بهزیستی وجودی	۱۰۱۰/۴۸۲	۱،۲۹۸	۱۰۱۰/۴۸۲	۲/۴۰۲	۰/۱۱	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران MS و افراد غیربیمار بود. نتایج آزمون مانوای دوراهه نشان داد که میانگین بهزیستی اجتماعی و سه بعد آن یعنی شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و پذیرش اجتماعی در بیماران MS پایین‌تر از افراد غیر بیمار بود. هرچند پژوهش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

مرتبطی در مورد مقایسهٔ بهزیستی اجتماعی بیماران MS و افراد غیربیمار تا زمان انجام این پژوهش انجام نشده است، اما می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های قبلی (۱۵) همخوانی دارد که نشان دادند بیماران MS دارای مشکلات اجتماعی هستند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که به احتمال زیاد بیماران MS در مقابل افراد غیر بیمار، به دلیل مشکلات جسمانی، کمتر در محیط‌های اجتماعی درگیر می‌شوند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند؛ زیرا احتمالاً فکر می‌کنند که ممکن است دیگران آنها را بر اساس بیماریشان قضاوت کنند که این امر می‌تواند بهزیستی اجتماعی آنان را به خطر بیاندازد؛ بنابراین، ممکن است فکر کنند که جامعه پتانسیل مثبت رشد را ندارد (عدم شکوفایی اجتماعی)، نمی‌توان دیدگاه مطلوبی نسبت به جامعه داشت (پذیرش اجتماعی پایین) و ممکن است خود را جزئی از اجتماع در نظر نگیرند (انطباق اجتماعی پایین). علاوه‌براین پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که مبتلایان به MS به علت ظهور علائم پیش‌بینی‌ناپذیر، درمان دشوار، عوارض جانبی داروها و ناتوانی فیزیکی فزاینده، با عواقب روانی- اجتماعی از جمله دور ماندن از اهداف زندگی، بیکاری، اختلال در درآمد، اختلال در روابط، فعالیت‌های اوقات فراغت و فعالیت‌های روزمره زندگی مواجه هستند (۴۸-۴۶). بنابراین برخورداری آنها از علایم جسمانی می‌تواند باعث شود که آنان از امکانات اجتماعی جامعه به صورت مثبت استفاده نکنند و این امر بهزیستی اجتماعی آنها را به خطر خواهد انداخت.

علاوه‌براین، نباید از تأثیرات منفی خستگی در بیماران MS غافل شد؛ زیرا خستگی شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین علامتی است که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می‌شود. حدود ۸۰٪ بیماران از خستگی شکایت می‌کنند (۴۹) و که خستگی اولین و آزاردهنده‌ترین علامت یک‌سوم تا نیمی از بیماران MS است (۵۱-۵۰). بنابراین این بیماران ممکن است خود را از نظر اجتماعی بی‌کفایت جلوه دهند و خود را نپذیرند (پذیرش اجتماعی)، تحولات جامعه را به صورت مثبت (شکوفایی اجتماعی) ارزیابی نکنند و با محیط‌های اجتماعی سازگاری (سازگاری اجتماعی) نداشته باشند.

نتایج آزمون مانوای دوراهه نشان داد که میانگین بهزیستی معنوی و ابعاد آن (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) در بیماران MS پایین‌تر از افراد غیربیمار بوده است. این یافته با یافته‌های قبلی (۴۲) همخوانی دارد که نشان دادند اکثر بیماران MS (۹۷/۹ درصد) از بهزیستی معنوی متوسط برخوردار بودند. همچنین یافته‌های قبلی (۲۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد که نشان دادند بالغ بر ۵۰ درصد بیماران MS، خود را افراد مذهبی و معنوی در نظر نگرفته بودند.

بیماران مبتلا به MS هزینه‌های سنگینی را برای درمان علایم جسمانی مربوط به بیماری خود پرداخت می‌کنند و کاهش علایم خود را به خوردن داروها ربط می‌دهند و همین امر می‌تواند موجب شود که اغلب آنها به درمان‌ناپذیری بیماری خود پی ببرند. بنابراین این بیماران ممکن است نسبت به دعاهای مذهبی و معنوی و انجام فعالیت‌های مربوط به این زمینه‌ها توجه کمی داشته باشند؛ زیرا احساس می‌کنند که رفتارهای مذهبی و معنوی نتوانسته است در کاهش علایم جسمانی آنها دخیل باشد؛ علاوه‌براین، بیماران MS ممکن است بیماری خود را یک سرنوشت و تقدیر جلوه دهند که ممکن است این باور را در آنان تقویت کند که برای حل آن کاری از عهدهٔ رفتارهای مذهبی و معنوی بر نمی‌آید.

نتایج آزمون مانوای دوراهه نشان داد که میانگین بازارزیابی هیجان در بیماران MS پایین‌تر از افراد غیربیمار بوده است؛ اما بین میانگین بازداری هیجان در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. این نتیجه با یافته‌های قبلی (۱۲، ۳۷) همخوانی دارد که نشان دادند بیماران MS

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

نسبت به افراد عادی مشکلات زیادی در تنظیم هیجان دارند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که براساس مدل‌های نظری مختلف تنظیم هیجان، بازارزیابی هیجانی یک بعد سازگارانه از ابعاد تنظیم هیجان است (۳۵)، بنابراین بیماران MS به دلیل برخورداری از مشکلات جسمانی ناشی از بیماری، احتمالاً دیدی منفی نسبت به خود، بیماری، روند و پیشرفت بیماری دارند و اغلب ممکن است هیجانات خود را به صورت منفی ادراک کنند که همین امر ممکن است موجب می‌شود که آنها هیجانات منفی خود را به درستی بازارزیابی نکنند یا در مقابل هیجانات منفی از راهبرد سازگارانهٔ بازارزیابی هیجان استفاده نکنند. به عبارت دیگر، بیماران MS به دلیل پیامدهای منفی جسمانی مربوط به بیماری خود بیشتر درگیر در نشانه‌ها و علایم جسمانی بیماری هستند و درمان‌های جسمانی را دنبال می‌کنند، بنابراین ممکن است علائم MS فرصت پرداختن به هیجانات و بازارزیابی آن‌ها را به آنان ندهد.

یکی از نتایج این پژوهش این بود که اثرات جنسیت و تعامل گروه و جنسیت در بهزیستی اجتماعی، معنوی و تنظیم هیجان معنی‌دار نبوده است. پژوهش نشان داده است که زنان نسبت به مردان از بهزیستی اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند و مشکلات مرتبط با بهزیستی اجتماعی در آنان بیشتر است (۵۲). همچنین نشان داده شده است که بین زنان و مردان در بهزیستی معنوی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد (۵۳). علاوه‌براین، نشان داده شده است که زنان بیشتر از مردان از راهبردهای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۵۴). بنابراین می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های قبلی (۵۱، ۵۳) ناهمخوان و با یافته دیگر (۵۲) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در پژوهش حاضر زنان و مردان با و بدون MS مورد مقایسه قرار گرفته‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت که در زنان و مردان مبتلا بیماری MS، بیماری توانسته است تأثیر بیشتری بر متغیرها داشته باشد تا جنسیت. اما به دلیل مغایرت این یافته با یافته‌های قبلی (۵۱، ۵۳) تکرار نتایج در این زمینه لازم و ضروری است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن گروه نمونه به بیماران MS دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شهرستان کرمانشاه بود که در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت بگیرد. محدودیت دیگر عدم کنترل داروهای مورد استفاده در بیماران MS در پژوهش حاضر بود؛ استفاده از داروهای مختلف در بیماران می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت نهایی این پژوهش استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها بود که احتمال سوگیری در پاسخ به سؤالات را به همراه دارد. بنابراین پژوهش‌های بعدی باید به این محدودیت‌ها توجه نمایند. در این پژوهش متغیرهای وضعیت تأهل و سطح سواد کنترل نشده است؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این متغیرها کنترل شوند. با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش، نتایج پژوهش از مشکل بیماران MS در بهزیستی اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، انطاق اجتماعی و پذیرش اجتماعی)، بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) و بازارزیابی هیجان در مقایسه با افراد غیربیمار حمایت می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که زمینه‌های لازم در جهت ورود مثبت بیماران MS به مناسبت‌های اجتماعی و آموزش خانواده‌های آنان در این زمینه فراهم شود تا آنها بتوانند جنبه‌های مثبت اجتماعی خود را پیدا نمایند و به راحتی از امکانات اجتماعی و برنامه‌های مرتبط با بهزیستی اجتماعی در جامعه استفاده نمایند؛ علاوه‌براین، آموزش‌های مبتنی بر معنویت و تنظیم هیجان نیز می‌تواند به بهزیستی معنوی و بهزیستی هیجانی بیماران MS کمک نماید.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از مسئولین بیمارستان فارابی کرمانشاه و متخصصین اعصاب

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

و روان کرمانشاه که در فرایند گردآوری داده‌ها پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

Irani Barghi Z., Bakhti M, Baghyan, MJ, Karami, S. The Relationship between the Five Factors of Personality and Alexithymia with Mental Health in MS Patients. Health Psychology. 2014; 3(10): 64-79. [Persian].

Miller CE, Karpinski M, & Jezewski MJ. Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis Patients' Experience with Natalizumab. Int J MS Care. 2012; 14(1): 39-44.

Paltamaa J, Sarasoja T, Leskinen E, Wikstrom J, Malkia E. Measures of physical functioning predict self-reported performance in self-care, mobility, and domestic life in ambulatory persons with multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil. 2007; 88(12): 1649-57.

Rao SM, Huber SJ, & Bornstein RA. Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. J Consult Clin Psycho. 1992; 60(3): 369-78.

Multiple Sclerosis Society. Introduction to MS. 2 edition, landan. GI01/FA/1008. 2008.

Leray E, Moreau T, Fromont A, Edan G. Epidemiology of multiple sclerosis. Rev Neurol (Paris). 2016; 172(1):3-13.

Nasr Z, Majed M, Rostami A, Sahraian MA, Minagar A, Amini A, McGee JC, Etemadifar M. Prevalence of multiple sclerosis in Iranian emigrants: review of the evidence. Neurol Sciences. 2016; 37(11):1759-63.

Eskandarieh S., Heydarpoour P., Elhami S-R, Sahraian MA. Prevalence and Incidence of Multiple Sclerosis in Tehran, Iran. Iran J Public Health. 2017; 46(5): 699-704.

Izadi S, Nikseresht AR, Poursadeghfard M, Borhanihaghighi A, Heydari ST. Prevalence and Incidence of Multiple Sclerosis in Fars Province, Southern Iran. Iran J Med Sci. 2015; 40(5): 390–5.

Khader HA, Emran B, Sulaimi MA, Abdulhadi DA, Obaidli KA, Deai AA, Albatineh AN. Estimating the prevalence of cognition and mental health among multiple sclerosis patients: A population-based cross-sectional study. Mult Scler Relat Disord. 2019; 36: 101391.

Orr J, Bernstein CN, Graff LA, Patten SB, Bolton JM, Sareen J, , Marriott JJ, Fisk JD, Marrie RA, CIHR Team in Defining the Burden and Managing the Effects of Immune-mediated Inflammatory Disease. Factors associated with perceived need for mental health care in multiple sclerosis. Mult Scler Relat Disord. 2018; 25: 179-185.

Prakash RS, Schirda B, Valentine TR, Crotty M, Nicholas JA. Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact on symptoms of depression and anxiety. Mult Scler Relat Disord. 2019; 36: 101391.

Soundy A, Elder T. Developing and applying the theory of psychological adaptation needs in patients with multiple sclerosis. In Nutrition and Lifestyle in Neurological Autoimmune Diseases. 2017 Jan 1 (pp. 117-125). Academic Press.

Keyes CM. Social well-being. Soc Psychol Q. 1998; 2: 121-140.

Mahmoodi Alami G, Nasiri E, NiazAzari K. Evaluating Mental (psychological) Health in MS patients from Mozandran Province in 1386 (2007). J Mazandaran Univ Med Sci. 2009; 18 (68):70-73

Briones-Buixassa L, Milà R, Arrufat FX, Aragonès JM, Bufill E, Luminet O, Moss-Morris R. A case-control study of psychosocial factors and their relationship to impairment and functionality in multiple sclerosis. J Health Psychol. 2019; 24(8):1023-32.

Sparling A, Stutts LA, Sanner H, Eijkholt MM. In-person and online social participation and emotional health in individuals with multiple sclerosis. Qual Life Res. 2017; 26(11):3089-97.

Ostojic S, Stevanovic D, Jancic J. Quality of life and its correlates in adolescent multiple sclerosis patients. Mult Scler Relat Disord. 2016; 10: 57-62.

Mahmoodi H. Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. Health Psychology. 2018; 7(25): 21-34. [Persian].

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

Abdekhodaie Z, Shahidi H, Mazaheri MA, panaghi L, Nejati V. Psychological strategies to deal with illness in patient with multiple sclerosis: a phenomenological study. Health Psychology. 2018; 6(24): 7-30. [Persian].

Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality and religiousness and mental health. Sci Rep. 2018; 8:17233.

Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, George L, Fitchett G, Jim HS, Munoz AR, Danhauer SC, Snyder MA, Salsman JM. A metaanalytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. Cancer. 2015; 121(21): 3779-88.

Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. Pers Individ Dif. 2003; 35(8): 1975-91.

Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promot. 1995; 9(5): 371-8.

Mauk K, Scnemidt N. Spirituality care in nursing practice. Philadelphia: Lippincott Company; 2004.

Niyazmand ZA, Abbasszadeh A, Borhani F, Sefidkar R. The relationship between spiritual health and hope in multiple sclerosis patients: A descriptive-correlational study. Electronic Journal of General Medicine. 2018; 15(5), em79.

Makros J, McCabe M. The Relationship between Religion, Spirituality, Psychological Adjustment, and Quality of Life among People with Multiple Sclerosis. J Relig Health. 2003; 42 (2):143–59.

Büssing A, Wirth AG, Humbroich K, Gerbershagen K, Schimrigk S, Haupts M, Baumann K, Heusser P. Faith as a Resource in Patients with Multiple Sclerosis Is Associated with a Positive Interpretation of Illness and Experience of Gratitude/Awe. Evid Based Complement Alternat Med. 2013:128575.

Allahbakhshian M, Jafarpour M, Parvizi S. Spiritual well-being of patients with multiple sclerosis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011;16(3): 202–6.

Nasiry Zarrin Ghabaee D, Bagheri-Nesami M, Malekzadeh Shafaroudi M. Relationship between spiritual well-being and quality of life in multiple sclerosis patients. Journal of Nursing and Midwifery, Sciences. 2016; 3 (2):25-31.

Chervonsky E, Hunt C. Emotion regulation, mental health, and social wellbeing in a young adolescent sample: A concurrent and longitudinal investigation. Emotion. 2019; 19(2):270-82.

Jamali N, Shakerinia I, Jalili Nikoo S, Ghasemi Jobaneh R. Role of spiritual health and emotional regulation in mental health of nulliparous women. Health Spir Med Ethics. 2017; 4(3):32-7.

Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Curr Dir Psychol Sci. 2001; 10(6): 214–19.

Gross JJ. Handbook of emotion regulation. The Guilford Press, 2007.

Samani S, Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Methods and Models of Psychology. 2009; 1(1): 51-62. [Persian].

Phillips LH, Henry JD, Nouzova E, Cooper C, Radlak B, S Summers F. Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. J Clin Exp Neuropsychol. 2014; 36(8):831-42.

Phillips LH, Saldias A, McCarrey A, Henry JD, Scott C, Summers F, Whyte M. Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. Br J Clin Psychol. 2009; 48 (Pt 1):101-106.

Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas. 1970; 30, 607-610.

Saffarinia M, Tadris Tabrizi M, Aliakbari M. Exploring the validity, Relibility of Social Well-being Questionnaire in Men and Women Resident in Tehran City. Educational Measurement. 2015; 5(18): 115-132. [Persian].

Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley and Sons. p 224-235, 1982.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]

Volcan SM, Sousa PL, Mari Jde J, Horta BL. Spiritual well-being and minor psychiatric disorders in psychology students: a cross-sectional study Rev Saude Publica. 2003; 37(4):440-5.

Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. J Res Med Sci. 2010; 12 (3): 29-33.

Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003; 85, 348-62.

Balzarotti S, Gross JJ, John OP. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. Eur J Psychol Assess. 2010; 26(1): 61–67.

Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E, Ilbaygi R, Hassanzadeh S. The Role of Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation in Prediction of Social Anxiety Disorder in Students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2013; 14(52): 89-99. [Persian].

Janssens AC, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FG, Passchier J, Hintzen RQ. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. Acta Neurol Scand. 2003; 108(6):389-95.

Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Roberts MW, McIntosh-Michaelis SA, Spackman AJ, Martin JP, McLellan DL. The social impact of multiple sclerosis-A study of 305 patients and their relatives. Disabil Rehabil. 2000; 22(6): 288-93.

Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. Clin Psychol Rev. 2009; 29(2):141-53.

Giovannoni G, Thompson AJ, Miller DH, Thompson EJ. Fatigue is not associated with raised inflammatory markers in multiple sclerosis. Neurology. 2001, 57(4): 676–81.

Flensner G, Ek AC, Landtblom AM, Söderhamn O. Fatigue in relation to perceived health: people with MS compared to people in the general population. Scand J Caring Sci. 2008; 22(3):391-400.

Flensner G, Landtblom AM, Söderhamn O, Ek AC. Work capacity and health-related quality of life among individuals with multiple sclerosis reduced by fatigue: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2013; 13:224.

Gómez-Baya D, Lucia-Casademunt AM, Salinas-Pérez JA. Gender Differences in Psychological Well-Being and Health Problems among European Health Professionals: Analysis of Psychological Basic Needs and Job Satisfaction. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(7): E1474.

Reid-Arndt SA, Smith ML, Yoon DP, Johnstone B. Gender Differences in Spiritual Experiences, Religious Practices, and Congregational Support for Individuals with Significant Health Conditions. J Rel, Disab Health. 2011; 15(2): 175-96.

Goubet KE, Chrysikou EG. Emotion Regulation Flexibility: Gender Differences in Context Sensitivity and Repertoire. Front Psychol. 2019; 10:935.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.38]