

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران
مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم

**Comparison of attachment styles, defense styles and
resiliency in patients with multiple Sclerosis (MS) and
healthy people**

M.A. Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت *

R. Eshagh Goolpashein , M.A.

راشل اسحق گلپاشین **

H. Farahmand, M.A.

هادی فرهمند ***

F. Ebrahimi, M.A.

فاطمه ابراهیمی ****

چکیده

پژوهش‌های پیشین سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی را در بیماران جسمی بررسی کرده‌اند. مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی این متغیرها در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) است. هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم بود. در یک

*. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد کرج

*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران (نویسنده مسؤول)

**** دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و ...

پژوهش توصیفی و علی-مقایسه‌ای، از ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به ام اس (۵۲ مرد و ۴۸ زن) و ۱۰۰ نفر از افراد سالم (۵۲ مرد و ۴۸ زن) که به صورت در دسترس انتخاب شدند، خواسته شد پرسشنامه‌های مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI: هازن و شیور، ۱۹۸۷)، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ: اندروز و همکاران، ۱۹۹۳) و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC: کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) را کامل کنند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفت. بین دو گروه تفاوت معناداری از لحاظ سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی وجود داشت ($P=0/001$). بدین معنا که بیماران مبتلا به چندین اسکروز سبک دلبستگی نایمن و سبک دفاعی ناپخته بیشتر و ایستادگی کمتری را نسبت به افراد سالم نشان دادند.

واژه-کلیدها: دلبستگی، سبک دفاعی، ایستادگی، چندین اسکروز (ام. اس.).

Abstract

In previous researches, attachment style, defense style and resiliency have been studied in patients with physical illness. The main problem of the present study is investigation these variables in multiple-sclerosis patients. The purpose of the present study was to compare attachment styles, defense styles, and resiliency between patients with M.S and healthy subjects. In a descriptive and causal-comparative research, one hundred patient with M.S (52 Man, 48 Woman) and one hundred healthy peoples (52 Man, 48 Woman) that selected conveniently, were asked to complete the Adult Attachment Inventory (AAI: Hazan & Shaver, 1987), the Defense Style Questionnaire (DSQ: Andrews, et al, 1993) and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC: Connor & Davidson, 2003). The collected data has been analyzed by Multivariate analysis of variance. The results showed that the study groups were significantly different in attachment styles, defense style and resiliency. That is, MS patients showed more insecure attachment style and immature defense style and less resiliency than healthy subjects.

Keywords: attachment, defense style, resiliency, multiple sclerosis

Contact information: HadiFarahmand@ut.ac.ir

مقدمه

چندین اسکروز (ام. اس.)^۱ یکی از انواع بیماری‌های مزمن است. در این بیماری سیستم ایمنی بدن به میلین (غلاف چربی) محافظ سلول‌های سیستم اعصاب مرکزی- مغز و طناب نخاعی حمله کرده و آنها را تخریب می‌کند و باعث ایجاد بافت زخم (پلاک) در محل آسیب دیده می‌شود (برونر و همکاران، ۲۰۱۱). بیماری چندین اسکروز (ام. اس.) دومین علت شایع ناتوانی در جوانان است، معمولاً نشانگان این بیماری در آغاز بزرگسالی، ۲۰ تا ۴۰ سالگی، ظاهر می‌شود. زنان دو برابر بیش از مردان، از سن ۲۰ تا ۴۰ سال، تحت تأثیر قرار می‌گیرند و با علایمی مانند اضطراب، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و تغییرات روانی مثل افسردگی، ناامیدی و کاهش توانایی حل مسأله مواجه می‌شوند (ماهر و پلیتیر، ۲۰۰۶).

یکی از عواملی که کنار آمدن فرد با بیماری را تسهیل می‌کند، سبک‌های دلبستگی^۲ است. سبک‌های دلبستگی می‌تواند در نحوه پاسخ افراد به موقعیت‌های تنش‌آور زندگی نقش داشته باشند و فرض بر این است که بر فرایند سلامتی و بیماری تأثیرگذار است (مونتلون و همکاران، ۲۰۰۹). افراد ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند، اجتناب‌گرها در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک و حمایت با مشکل مواجه می‌شوند، و نشان برجسته دوسوگرها حساسیت بیش از حد نسبت به عواطف منفی و نگاره‌های دلبستگی^۳ است به گونه‌ای که سد راه خود مختاری آنها می‌شود (اوونز و همکاران، ۲۰۱۱).

لیتک (۲۰۰۶) در نتیجه پژوهش خود که مستقیماً روی ۶۴ بیمار مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) انجام شد، نشان داد که در سبک دلبستگی ناایمن مضطرب، افراد در برابر بیماری ممکن است فقدان ایستادگی، وابستگی به دیگران و نگرانی در برابر در دسترس نبودن مراقبان وقتی فرد به آن‌ها نیازمند است، را نشان بدهند. بنابراین نیاز و وابستگی به اطرافیان تا حدی می‌شود که آن‌ها را دچار فاصله‌گیری می‌کند. این در حالی است که در دلبستگی اجتنابی ناراحتی‌شان را کم‌تر ابراز می‌کنند و درون‌ریزی می‌کنند. و به‌سختی رویدادهایی را که آسیب‌پذیری آن‌ها را تأیید می‌کند، مانند وابستگی جسمی به دیگران و نشانه‌های غیرقابل مهار کردن را تحمل می‌کنند و به سختی با رژیم‌های درمانی یا دستورات بیمارستان تطابق پیدا می‌کنند. نتایج این تحقیق نشان داد که، سبک دلبستگی مضطرب، با احساساتی نظیر خشم، شرم و شک نسبت به پاسخگویی در زمان نیاز

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

به کمک همراه است. اما سبک دلبستگی اجتنابی خود را با دل‌سردی از شروع یا تداوم روابط مراقبتی نشان می‌دهد. هر دو سبک دلبستگی، اعتماد، صمیمیت و پذیرش کمی را در روابطشان نشان می‌دهند و به این روابط کمتر پایبند هستند. افراد با سبک دلبستگی اجتنابی رضایت کمی از روابطشان دارند. در حالی که سبک دلبستگی مضطرب با سلامت روانی ضعیف‌تر همراه است، سبک دلبستگی اجتنابی سلامت جسمی پایین‌تر را پیش‌بینی می‌کند. بیماران با سبک دلبستگی آشفته ممکن است پیام‌های متعارضی به مراقبان خود بدهند، از قبیل درخواست کمک و در عین حال پرخاشگری و آشفتگی. این بیماران به‌سختی با الزامات بیمارستان و درخواست‌های پرستاران کنار می‌آیند (لپتیک، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر بسیاری از انسان‌ها برای کاستن عوامل روانشناختی همراه با بیماری‌های مزمن مانند اضطراب دست به رفتارهای جبرانی و سازشی می‌زنند، به‌عبارت دیگر از سبک‌های دفاعی^۴ استفاده می‌کنند. سبک‌های دفاعی فرایندهای شناختی خودکاری هستند که از افراد در برابر اضطراب، ادراک خطرها یا عوامل تنش‌آور حمایت می‌کنند و واسطه بین واکنش در برابر تعارض‌های هیجانی با عوامل تنش‌آور درونی و بیرونی هستند (کوپر، ۱۹۹۸). لپتیک (۲۰۰۶) در پژوهش خود بر روی بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) نشان داد، در بین مکانیسم‌های دفاعی، انکار کلی بیماری نسبت به مکانیسم‌های رفتاری یا شناختی که به فرد کمک می‌کند تا ناراحتیش را کاهش دهد (مانند شوخی، خوش‌بینی و اجتناب رفتاری از محرک‌های تداعی‌کننده) و با سلامتی درازمدت در رابطه است؛ نارایج‌تر است. وقتی مکانیسم‌های دفاعی تحول‌نا یافته از انکار گرفته تا همانندسازی فرافکنانه و دوپاره‌سازی توسط بیمار به کار گرفته شوند سازش‌یافتگی با بیماری و محیط درمانی کاهش می‌یابد. ایستادگی^۵ یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناختی مثبت‌نگر است و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (مستن، ۲۰۰۱). ایستادگی براساس توانایی افراد در حفظ و بازیابی سلامت روانی در مواجهه باخطر یا مصیبت تعریف می‌شود، این مفهوم یک سازه پویای تعاملی است که عوامل محافظت‌کننده و سازش‌یافتگی مثبت را در مواجهه با رخداد‌های بد زندگی مورد توجه قرار می‌دهد (هجمدال، ۲۰۰۷). ایستادگی از مشکلات روانشناختی در جوانان پیشگیری می‌کند، از آنها در برابر تأثیرات روانشناختی

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند (پینکارت، ۲۰۰۹). مطالعات در خصوص نقش متغیر ایستادگی در تحمل و بهبود برخی بیماری‌ها نشان داد که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای کنارآمدن و ایستادگی مبتلایان به بیماری چندین اسکروز (ام. اس.) می‌تواند سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (ضیاییان و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به پژوهش‌های پیشین، در ارتباط با بیماری چندین اسکروز (ام. اس.)، متغیرهای روانشناختی نامبرده به ندرت مورد پژوهش قرار گرفته‌اند؛ بلکه در ارتباط با بیماری‌های مزمن دیگر مانند بیماری‌های فشار خون، دیابت و سرطان بررسی‌های زیادی انجام گرفته است. بنابراین با توجه به آنچه شرح داده شد سؤال اصلی پژوهش این است که آیا بین سبک‌های دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم تفاوت وجود دارد یا خیر؟ بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین بیماران چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم در سبک‌های دلبستگی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین بیماران چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم در سبک‌های دفاعی تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین بیماران چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم در ایستادگی تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه بیماران چندین اسکروز (ام. اس.) تحت پوشش انجمن ام. اس. شهر تهران بود و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گردید ($N=200$). در این تحقیق برای انتخاب نمونه، بیماران چندین اسکروز (ام. اس.) تحت پوشش انجمن ام. اس. شهر تهران انتخاب شدند، که تعداد آنها ۱۰۰ نفر برای هر گروه بود ($n=100$). برای انتخاب حجم نمونه، پژوهشگر ضمن مراجعه به کلاس‌هایی که برای این بیماران در انجمن برگزار می‌شد، از بیماران شرکت‌کننده درخواست همکاری کرده و

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

در مورد تعداد محدودی از بیماران که قادر به پر کردن پرسشنامه نبودند، پژوهشگر، اقدام به قرائت تک‌تک سؤالات کرده و از بیمار درخواست می‌کرد در عین صداقت به سؤال‌ها پاسخ دهد. با توجه به اینکه پژوهش از نوع مقایسه‌ای است و با در نظر گرفتن افت نمونه و برای اطمینان بیشتر، حجم نمونه ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- تشخیص چندین اسکروز (ام. اس.) توسط متخصص مربوطه ۲- قرار داشتن در مرحله عود- فرونشانی ۳- عدم وابستگی به ویلچر ۴- حداقل سواد دیپلم ۵- عدم استفاده از داروهای روانگردان و درمان‌های روانشناختی در طول مطالعه ۶- سن بین ۲۰-۶۵ سال. همچنین معیارهای خروج نیز شامل ۱- عدم ابتلا به اختلالات حاد یا مزمنی چون افسردگی شدید و سایکوز ۲- رضایت کتبی شرکت در پژوهش، بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چند متغیری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش: پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI): مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۴)، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= ۱، کم= ۲، متوسط= ۳، زیاد= ۴، خیلی زیاد= ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه (n= ۱۴۸۰؛ ۸۶۰ زن، ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸؛ برای زنان ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و برای مردان ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش قابلیت اعتماد بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۴؛ برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ محاسبه شد که نشانه قابلیت اعتماد بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. درست آزمایی محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکیزوفرن (ام. اس. و...)

پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۴، ۱۳۹۲، ۲۰۱۱).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳): پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ)؛ اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳، یک ابزار ۴۰ سؤالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی تحول‌یافته، روان‌آزرده و تحول‌نیافته می‌سنجد. سبک دفاعی تحول‌یافته شامل والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. سبک‌های دفاعی روان‌آزرده عبارتند از: ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد. سبک دفاعی تحول‌نیافته نیز شامل فرافکنی، پرخاشگری نافع، عملی‌سازی، مجزاسازی، نارزنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار ($n=423$) و بهنجار ($n=1397$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶ الف؛ بشارت، شریفی، ایروانی، ۱۳۸۰). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای سبک تحول‌یافته از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴، برای سبک تحول‌نیافته از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای سبک روان‌آزرده از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد. این ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند. قابلیت اعتماد بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای نمونه‌های بیمار ($n=107$) و بهنجار ($n=248$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای سبک تحول‌یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷، برای سبک تحول‌نیافته از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ و برای سبک روان‌آزرده از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p > 0.001$ معنادار هستند، قابلیت اعتماد بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶ الف).

پرسشنامه ایستادگی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): مقیاس ایستادگی کانر- دیویدسون (CD-RISC؛ کانر- دیویدسون، ۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که سازه ایستادگی را در

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سند. حداقل نمره ایستادگی آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، قابلیت اعتماد و درستی آزمایی آن را تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همسانی درونی، قابلیت اعتماد بازآزمایی و درستی همگرا و واگرایی مقیاس کافی گزارش شده‌اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس ایستادگی تأیید کرده است، چون قابلیت اعتماد و درستی آزمایی زیرمقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی مقیاس ایستادگی کانر-دیویدسون در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در نمونه‌های بیمار ($n=275$) و بهنجار ($n=1123$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌های ایستادگی از $0/73$ تا $0/91$ و برای نمره کل مقیاس از $0/81$ تا $0/93$ به‌دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس ایستادگی کانر-دیویدسون را تأیید می‌کنند. قابلیت اعتماد بازآزمایی مقیاس ایستادگی کانر-دیویدسون برای نمونه‌های بیمار ($n=131$) و بهنجار ($n=323$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۴ هفته برای هر یک از زیرمقیاس‌های ایستادگی از $0/69$ تا $0/84$ و برای نمره کل مقیاس از $0/70$ تا $0/87$ به‌دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p > 0/001$ معنادار هستند، قابلیت اعتماد بازآزمایی مقیاس ایستادگی کانر-دیویدسون را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶).

داده‌ها و یافته‌ها

در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های سالم و بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) در متغیرهای سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا و سبک‌های دفاعی تحول‌نا یافته و روان‌آزرده بالاتر گزارش شده است. همچنین افراد

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

سالم در سبک دلبستگی ایمن، سبک دفاعی تحول‌یافته و ایستادگی میانگین بالاتری را نسبت به بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) دریافت کرده‌اند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های افسرده و بهنجار

سالم	ام. اس.		گروه	متغیر	
	انحراف معیار	میانگین			
۵/۴۹	۴۵/۱۸	۶/۶۷	۴۳/۱۲	ایمن	سبک‌های دلبستگی
۴/۸۵	۴۴/۱۳	۵/۳۹	۴۷/۱۵	اجتنابی	
۴/۳۲	۴۶/۳۵	۴/۷۳	۴۹/۲۴	دوسوگرا	
۲۶/۱۲	۲۵۱/۴۴	۲۵/۲۴	۲۱۱/۲۳	تحول یافته	سبک‌های دفاعی
۲۱/۴۵	۲۱۵/۸۹	۲۲/۱۵	۲۱۸/۵۸	روان آزرد	
۲۰/۷۸	۲۱۹/۹۸	۲۰/۲۱	۲۲۰/۳۸	تحول نیافته	
۱۵/۳۲	۴۷/۶۶	۱۴/۳۸	۴۴/۸۱	ایستادگی	ایستادگی

به‌منظور بررسی سبک دلبستگی، مکانیسم دفاعی و ایستادگی در بیماران چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. بدین‌منظور ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون به شرح زیر بررسی شد. اولین پیش‌فرض، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. آزمون کولمگروینف-اسمرینف درباره هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار نبود. (پیش‌آزمون‌ها؛ سبک‌های دلبستگی، $P=0/44$ و $Z=0/86$ ، سبک‌های دفاعی، $P=0/54$ و $Z=0/79$ و ایستادگی، $P=0/62$ و $Z=0/75$). بنابراین نرمال بودن توزیع داده‌ها در تمام متغیرها و در تمام سطوح پژوهش تأیید شد. دومین پیش‌فرض توسط آزمون لوین برای تشخیص همگنی یا ناهمگنی واریانس‌های دوگروه بررسی می‌شود. آزمون لوین محاسبه شده درباره هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (سبک‌های دلبستگی؛ $P=0/54$ ، $F(1 و 14)=0/39$ ، سبک‌های دفاعی؛ $P=0/43$ ، $F(1 و 14)=0/64$ ، ایستادگی؛ $P=0/53$ ، $F(1 و 14)=0/40$). آزمون لوین نشان می‌دهد که ارزیابی هر یک از متغیرهای سبک دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی از نظر آماری معنی‌دار نیست ($P > 0/05$) که نشان‌دهنده برابری واریانس خطا می‌باشد. برای استفاده از تحلیل واریانس یک و چندمتغیره ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای وابسته باید کمتر از $0/80$ باشد. (ایستادگی در افراد سالم و بیمار چندین اسکروز (ام. اس.) $=0/41$ ، مکانیسم‌های دفاعی در افراد سالم و بیمار

مقایسه سبک‌های دل‌بستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

چندین اسکروز (ام. اس.) = $0/27$ ، سبک‌های دل‌بستگی در افراد سالم و بیمار چندین اسکروز (ام. اس.) = $0/28$ ، که این پیش‌فرض نیز برقرار است. آخرین پیش‌فرض لازم برای تحلیل واریانس چندمتغیره، تعیین همسانی ماتریس‌های واریانس کواریانس از طریق آزمون باکس است (مقدار باکس = $10/33$ ، $F=0/70$ و $P=0/72$) نتایج به دست آمده نشان داد که پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کواریانس تأیید شده است. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نیز بلامانع است. بنابراین تمام پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل کواریانس یک‌متغیره برقرار است. تحلیل واریانس چندمتغیره: آماره چندمتغیری مربوطه یعنی بزرگترین ریشه رای در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha=0.01$) معنی‌دار است. (مقدار بزرگترین ریشه رای = $6/27$ و $P=0.000$ ، $F=17/26$ با درجه آزادی فرضیه‌ها و خطاها (۴ و ۱۱). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص شد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته (آزمون‌های ایستادگی، سبک‌های دفاعی و سبک‌های دل‌بستگی) از متغیر مستقل (یعنی گروه‌ها) تأثیر پذیرفته است. بنابراین تحلیل واریانس چندمتغیره به طور کلی معنادار است.

در جدول شماره (۲) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری اثرات گروه بر متغیرهای وابسته ارائه شده است. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دل‌بستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم بود. نتایج ارائه شده در این جدول نشان‌دهنده تأیید فرضیه‌های پژوهش است. همانطور که مشاهده می‌شود در مورد تمام متغیرهای پژوهش بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری اثرات گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ایمن	۲۴۸/۴۵	۱	۲۴۸/۴۵	۱۸/۵۰**	۰/۰۰۰۱
اجتنابی	۲۳۸/۳۳	۱	۲۳۸/۳۳	۱۵/۱۶**	۰/۰۰۰۱
دوسوگرا	۲۴۴/۵۶	۱	۲۴۴/۵۶	۱۶/۸۷**	۰/۰۰۰۱
تحول یافته	۱۰۴۱/۹۶	۱	۱۰۴۱/۹۶	۳۳/۲۰**	۰/۰۰۰۱
روان آزوده	۱۱۲۰/۸۴	۱	۱۱۲۰/۸۴	۲۸/۵۸	۰/۱۵
تحول نیافته	۱۰۸۵/۳۲	۱	۱۰۸۵/۳۲	۳۱/۲۲**	۰/۰۰۰۱
ایستادگی	۴۰۳/۶۹	۱	۴۰۳/۶۹	۲۲/۴۷**	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین سبک‌های دلبستگی بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دو سوگرا می‌باشند در صورتی که افراد سالم سبک دلبستگی ایمن را تجربه می‌کنند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ساکو و همکاران (۲۰۰۶)، مک ویلیامز و بیلی (۲۰۱۰)، بشارت، غفوری و رستمی (۱۳۸۶) همسو می‌باشد. با توجه به اینکه سبک دلبستگی ناایمن با پریشانی روانشناختی، نارضایتی از روابط، خصومت، ناسازگاری و سطوح بالاتری از اندوه، اضطراب و افسردگی رابطه دارد، ممکن است این افراد در طول زندگی خود متحمل فشار روانی بیشتری نسبت به افراد دلبسته ایمن شوند (دومینگیو و همکاران، ۲۰۱۱) و احتمال اینکه به بیماری مزمنی چون بیماری چندین اسکروز (ام. اس.) دچار شوند، افزایش می‌یابد. دلبستگی اجتنابی با سردی در تعامل با دیگران و رقابت و عدم موفقیت در مدیریت روند روابط در طی زمان مشخص می‌شود. با توجه به خصوصیات این افراد، موقعیت‌هایی که مستلزم کنترل و وابستگی به دیگران است مانند بیماری، ممکن است تبدیل به یک بحران شود. این افراد به دلیل ادراک منفی نسبت به دیگران و ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر از حمایت اجتماعی لازم برخوردار نیستند و کمتر احتمال دارد به دنبال جستجوی مراقبت پزشکی باشند (بارتلی و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) با این نوع سبک، قادر به برقراری ارتباط درمانی مؤثر و پایدار نبوده و به دلیل سبک ارتباطی اجتنابی خود از دریافت اطلاعات مربوط به نحوه کنترل بیماری محروم می‌شوند.

نتایج به دست آمده از این پژوهش، نشان داد که افراد سالم و افراد مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) در استفاده از سبک‌های دفاعی، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. همچنین، بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) در مقایسه با افراد سالم به طور معناداری از سبک‌های دفاعی نوع دوستی کاذب، کمتر و از سبک‌های فرافکنی، واکنش وارونه و جسمانی‌سازی، بیشتر استفاده می‌کنند. سبک‌های دفاعی، شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می‌دهند، آگاهی ما را از تعارض‌هایمان کم می‌کنند و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند (وایلانت، ۲۰۰۳). از این رو سبک‌های دفاعی خصوصاً سبک‌هایی که تحول‌نا یافته‌ترند، مانعی

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

برای درک واقعیت در فرد می‌شود و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می‌کند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند. در تبیین نتایج به دست آمده در گروه بیمار که در آن هر دو سبک دفاعی تحول‌نا یافته و روان‌آزرده به‌طور معناداری بالاتر از افراد سالم است، می‌تواند با این نتیجه تبیین شود که بعضی دفاع‌ها وقتی به مقدار زیاد مورد استفاده قرار گیرند، تأثیرات نامطلوبی را به دنبال دارند (شاملو، ۱۳۸۱) و استفاده فزاینده از هر سه نوع سبک دفاعی می‌تواند عاملی در بروز مشکلات روانشناختی و بیماری‌های جسمی، از جمله بیماری چندین اسکروز (ام. اس.) باشد. نتایج حاصل از تفاوت معنی‌دار سبک‌های دفاعی، می‌تواند در تبیین وجود فقط یک باور غیرمنطقی تأیید و حمایت دیگران در بیماران چندین اسکروز (ام. اس.)، کمک‌کننده باشد. احتمالاً، تمایل استفاده بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) از این گروه مکانیسم‌های دفاعی به علت محافظت از خود در مقابل هیجان‌های افسرده‌کننده و سابق‌های پرخاشگری از طریق انتساب آنها به سمت شی خارجی با استفاده از سبک دفاعی فرافکنی، تغییر مسیر آنها از سمت درون به سمت بیرون و به سمت جسم خود با استفاده از سبک دفاعی جسمانی‌سازی و همچنین سرپوش گذاشتن بر آنها و مخفی نگهداشتن آنها از طریق استفاده از سبک دفاعی واکنش وارونه است.

نتیجه دیگری که در این پژوهش به دست آمد، نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم در ویژگی ایستادگی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، به گونه‌ای که بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) در این ویژگی نمرات کمتری را به خود اختصاص می‌دهند. این نتیجه، با نتایج حاصل از پژوهش‌های لوتار (۲۰۰۶)، تاگید و فردریکسون (۲۰۰۴)، کارل و چسیون (۲۰۰۴) همخوانی دارد. از آنجا که ایستادگی فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها و مشکلات و چالش‌ها سازگار شود به نظر می‌رسد در صورتی که بتوان ایستادگی بیماران مبتلا به (ام. اس.) را بالا برد، می‌توان به افزایش کیفیت زندگی آنها نیز کمک کرد. افرادی که نمرات ایستادگی بالایی را کسب می‌کنند، آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی را تجربه می‌کنند. افراد ایستاده درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان می‌دهند (آلورد و همکاران، ۲۰۰۶).

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

از محدودیت‌های این تحقیق انتخاب غیرتصادفی، عدم کنترل متغیرهایی مانند مصرف دارو، شدت، مدت بیماری و استفاده از ابزارهای خود گزارشی برای اندازه‌گیری متغیرهاست که احتمال دارد پاسخ‌های غیر دقیق در افراد برانگیزد. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، علاوه بر کنترل این موضوع، به دلیل شیوع بالای بیماری‌های چندین اسکروز (ام. اس.) در رابطه با متغیرهای روانشناختی دیگر هم با گروه‌های مقایسه‌ای که از جمعیت عمومی به‌طور تصادفی انتخاب می‌شوند مورد بررسی قرار گیرد.

پی‌نوشت‌ها:

1- Multiple Sclerosis (MS)

2- Attachment style

3- Attachment figure

4- Defense style

5- Resiliency

منابع و مأخذ فارسی:

- احمد ایزدی، ا.؛ نعمتی دهکردی، ش.؛ و نعمتی دهکردی، م. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سبک‌های دلبستگی با خودکارآمدی و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*، ۲، ۶۰-۵۰.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ الف). ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی مقیاس ایستادگی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ ب). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سبک‌های دفاعی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۲). مقیاس دلبستگی بزرگسال: پرسشنامه، شیوه اجرا و کلید نمره گذاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۳۵، ۳۲۰-۳۱۷.
- بشارت، م. ع.؛ شریفی، م.؛ و ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و سبک‌های دفاعی. *مجله روانشناسی*، ۳ (۱۹)، ۲۷۷-۲۸۹.

مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و...

جلیلی، ع.، و حسینچاری، م. (۱۳۸۹). تبیین ایستادگی روانشناختی بر حسب خودکارآمدی در

دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار. نشریه ی رشد و یادگیری حرکتی-ورزشی، ۲(۳)

۳۵-۲۰.

خداامردی، ص.؛ بشارت، م. ع.؛ همتی، آ. (۱۳۹۲). مقایسه سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به

سرطان سینه با گروه غیربالینی. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان.

۱۵(۳)، ۷۶-۸۶.

شاملو، س. (۱۳۸۱). آسیب‌شناسی روانی. تهران: رشد.

اسماعیلی، م.؛ و حسینی، ف. (۱۳۸۷). بیماری چندین اسکروز (ام. اس.) و عادات فکری

استرس‌زا. پژوهش پرستاری ۱۰: ۱۱، ۳۲-۲۵.

منابع و مآخذ خارجی:

Ahern, N.R., Norris, A.E. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *J Pediatr Nurs. Dec; 26(6): 530-40.*

Ahern, N.R, Norris, A.E. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *J Pediatr Nurs, 26(6): 530-40.*

Alvord, C.B., Bcgar, M., Diana, H. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Nervous and Mental Disease, (10), 125-130.*

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181, 246-256.*

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61, 226-244.*

Bartley, M., Head, J., & Stansfeld, S. (2007). Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work? *Social Science and Medicine, 64, 765-775.*

Bazzazian, S.A., Besharat, M.A. (2010). The role of attachment styles in compatibility with diabetes type 1. *Rftary. Science Quarterly, 23-33.*

Brunner, L.S., et al. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*, Lippincott Williams & Wilkins.

- Carle, A.C., & Chassion, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Development Psychology, (25)*, 577-596.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cooper, A.M. (1998). "Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder." *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*, 53-74.
- Domingue, P. (2011). *An examination of attachment styles and distress among parents who have lost a child to cancer [PhD Thesis]*. Washington, DC: The Catholic University of America; p. 283.
- Hathaway, W., Groothuis, J., Hay, W.J., Paisley, J. (1991). *Pediatric diagnosis and treatment*. U.S.A: Lange Company.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 511-524.
- Hjemdal, O. (2007). "Measuring protective factors: The development of two resilience scales in Norway." *Child and adolescent psychiatric clinics of North America 16(2)*: 303-321.
- Hunter, J.J., Maunder, R.G., Gupta, M. (2007). Teaching consultation-liaison psychotherapy: assessment of adaptation to medical and surgical illness. *Academic Psychiatry, 31*, 367-374.
- Liptke, L.K. (2006). *The Relationship Between Attachment and Reactions to Being Helped, Relationship Functioning, and Perceived Quality of Life in a Sample of Individuals with Multiple Sclerosis*. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in the Department of Psychology University of Saskatchewan Saskatoon.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades In: Cicchetti, D. and Cohen, D.J. eds. *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc, 2nd ed. pp. 739-795.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development." *American psychologist, 56(3)*: 227.
- McWilliams, L.A., Bailey, S.J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychol; 29(4)*: 446-53.

- Mohr, D.C. and Pelletier. D. (2006). "A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis." *Brain, behavior, and immunity*, 20(1): 27-36.
- Monteleone, P., et al. (2009). "Hypoactivity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in victims of mobbing: role of the subjects' temperament and chronicity of the work-related psychological distress." *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(6): 381-383.
- Ouwens, M.A.A., Van Erp, E., Bekker, M.H.J. (2011). Attachment styles, coping and emotional eating. *Journal of Appetite*, 57, 535-552.
- Picardi, A., et al. (2011). Attachment security and immunity in healthy women." *Psychosomatic medicine*, 69(1): 40-46.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30; 1-8.
- Samani, S., Jokar, B., Sahragard., N. (2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*. 13(3): 290-295.
- Shamili. F.(2011). *Effect of illness perception on quality of life in multiple sclerosis patients: an appraisal of self-regulation model*. Payame-Noor University. (Dissertation). Payame-Noor University of Tehran.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The Self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Siebert, R.J., Abernethy. D.A.(2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*;76(4):469-75.
- Sochos, A., Biskanaki, F., Tassoulas, E. (2006). Attachment Style and Interpersonal Difficulties in Immigrants with Coronary Heart Disease. *North American Journal of Psychology*; 8(1): 145-62.
- Tomer, R., Aharon-Peretz. J. (2004). "Novelty seeking and harm avoidance in Parkinson's disease: effects of asymmetric dopamine deficiency." *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(7): 972-975.
- Vaillant, G.E. (2003). "Mental health". *American Journal of Psychiatry*, 160:1373-84.
- Watson, D., Clarke, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Ziaian, T., et al. (2012). "Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia." *International Journal of Population Research*.