رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروز

زهرا شعبانی[1]، زهرا عباس‌پور آذر[2]، صبیه یاری کاکاوند[3]

۱. استادیار، پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش، تهران، ایران

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هشتم/ شماره ۲/ پاییز و زمستان ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروز مانند تمام بیماری‌های مزمن دیگر بر سلامت و کیفیت زندگی افراد تأثیرات نامطلوب می‌گذارد، هدف از این پژوهش رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز بود.

مواد و روش‌ها: روش مطالعه همبستگی از نوع پیش بین بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمام مبتلایان به بیماری مولتیپل اسکلروز عضو انجمن ام. اس ایران در شهر تهران در مرداد ماه سال ۱۳۹۵ بود که بر اساس فرمول پلنت، حجم نمونه ۱۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس چند وجهی حمایت ادراک شده و پرسشنامه هوش معنوی بودند. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میان حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. ضریب شیب استاندارد β برای حمایت اجتماعی ادراک شده برابر با (β=۰/۳۸۲) بدست آمد که بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر بود. همچنین ضریب شیب استاندارد β برای هوش معنوی برابر با (β =۰/۴۹۹) بدست آمد که به صورت مثبت و معنادار بر کیفیت زندگی مؤثر گزارش شد. اعضای اصلی خانواده نیز در حمایت اجتماعی بیماران اثرگذاری بیشتری داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی یک تعامل دو جانبه است. حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده و افراد مهم زندگی بر سلامت جسمانی، روانی و ارتقاء روابط اجتماعی را مؤثر بود، که سبب ارتقاء کیفیت زندگی شده است. وجود هوش معنوی نیرومند نیز در مبتلایان به مولتیپل اسکلروز جهت سازگاری و حل مشکلات، عامل سازنده بر کیفیت زندگی بیماران است. بر همین اساس عوامل پیش‌بین حمایت اجتماعی و هوش معنوی است، که بر کیفیت زندگی این بیماران اثرگذار بود.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروز، هوش معنوی

آدرس مکاتبه: تهران، پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش

پست الکترونیکی: *shabaniedu@gmail.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

مولتیپل اسکلروز *Multiple Sclerosis*، بیماری میلین‌زدای سیستم عصبی مرکزی است که از تعامل ژنتیک و محیط ناشی می‌شود. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و ناتوان کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شود. رایج‌ترین دوره شروع آن جوانی بوده و شیوع آن در زنان حدود دو برابر مردان است (۱و۲). این بیماری بسته به این‌که کدام بخش سیستم عصبی را درگیر کند، می‌تواند موجبات شکل‌گیری مشکلات حسی، حرکتی، تکلم، بلع، شناختی، دفعی، تناسلی، خستگی مفرط، ثبات نداشتن درجه حرارت بدن، دردهای مزمن و حاد و مشکلات روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس را فراهم آورد (۳). بیماری مولتیپل اسکلروز بیماری خود ایمنی سیستم عصبی مرکزی است که فاکتورهای محیطی، ایمونولوژیک و ژنتیکی نقش مهمی در بروز آن دارند (۴). این بیماری بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی تأثیرات نامطلوبی دارد (۵).

مفهوم کیفیت زندگی را در سطح خرد (فردی- نظری) و در سطح کلان اجتماعی تعریف کرده‌اند (۶). برخی از صاحب‌نظران کیفیت زندگی را در گروه رضایت زندگی توصیف کرده‌اند (۷). کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از یک طرف با فرهنگ و نظام ارزشی مرتبط است و از طرف دیگر آن را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش در مقایسه با آنچه در سطح ایده‌آل ممکن می‌پندارند، تلقی می‌کنند (۸).

سازمان بهداشت جهانی در معرفی شاخص‌های کیفیت زندگی، آن را در برگیرنده خوشحالی، رضایت از زندگی، بهزیستی، خودشکوفایی، بی‌نیازی و رهایی از فقر، کارکرد هدفمند، بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی کامل می‌داند (۹). پژوهش‌ها نشان داده بیش از نیمی از بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز از کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار نبوده و با توجه به رابطه مثبت بین این دو توصیه شده برنامه‌ریزان مراقبتی و مسئولین ترتیبی اتخاذ نمایند تا حمایت اجتماعی در این گروه تقویت و بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد (۱۱و۱۰). منظور حمایت اجتماعی ادراک شده، تصورات افراد از انواع متفاوت حمایت اجتماعی است که توسط روابط متنوع فراهم می‌شود (۱۲). پژوهش‌ها نشان داده است که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت دارند و می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کند. همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مبتلایان به بیماری ام. اس می‌تواند سلامت روانی و جسمی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳).

هوش معنوی از روابط فیزیکی و شناختی فرد با محیط پیرامون خود فراتر رفته و وارد حیطه شهودی و متعالی می‌گردد این دیدگاه شامل همه رویدادها و تجارب فرد می‌شود که تحت تأثیر یک نگاه متافیزیک قرار گرفته‌اند (۱۴). هوش معنوی در برگیرنده مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها است که از منابع معنوی در جهت افزایش بهزیستی و انطباق‌پذیری فرد استفاده می‌کند که موجب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (۱۵). زمستانی و همکاران در پژوهش خود دریافتند میان هوش معنوی با کیفیت زندگی روابط چندگانه مثبت و معناداری وجود دارد. هوش معنوی شامل مجموعه‌ای از توانایی‌هایی است که از منابع معنوی نشأت می‌گیرد، ساختارهای معنویت، هوش را وارد ساختار جدیدی می‌کند. هوش معنوی مستلزم توانایی‌هایی است که حضور معنویت را برای پیش‌بینی عملکرد، تطابق و ایجاد محصولات و دستاوردهای ارزشمند بکار می‌گیرد (۱۶). می‌توان گفت، هوش معنوی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی است که افراد هنگام مواجه با بیماری بهتر به درمان پاسخ می‌دهد به عملکرد خوب روزانه و بهزیستی روانی زودتر دست می‌یابند، هوش معنوی افزایش دهنده آگاهی و بینش نسبت به سطوح چندگانه هوشیاری هستند که شامل پنج حوزه هوشیاری، لطف حق، معنا، برتری و حقیقت است (۱۷).

بر اساس آن چه گفته شد، حمایت اجتماعی ادراک شده در قالب روابط فیزیکی و هوش معنوی در روابط شهودی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شوند، با این‌حال، کم‌تر پژوهش

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

داخلی به بررسی نقش منسجم و یکپارچه این متغیرها در کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز پرداخته است. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است.

روش بررسی

روش پژوهش همبستگی از نوع پیش بین است، جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مبتلایان به مولتیپل اسکلروز عضو انجمن ام. اس ایران شهر تهران در مرداد ماه سال ۱۳۹۵ بود. بر اساس فرمول پلنت $N>50+8m$ که m تعداد متغیرهای پیش بین و N حداقل حجم نمونه است. با توجه به دو متغیر پیش بین (هوش معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده و ۳ خرده مقیاس آن) ، حداقل حجم نمونه مناسب در این مطالعه، ۹۰ نفر محاسبه شد که برای افزایش اعتبار آزمون و کنترل احتمال ریزش آزمودنی‌ها، حجم نمونه ۱۰۰ نفر تعیین شد.

انتخاب نمونه بر اساس ابتلا به بیماری برای مدت حداقل ۲ سال و عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های جسمانی شدید مانند ناراحتی قلبی و اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، دریافت روان درمانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. که ۱۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند بیماران در پاییز ۱۳۹۵ به صورت فردی پرسشنامه را تکمیل کردند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و راز داری رعایت شد. برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سوال بوده و ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را در حیطه ۲۴ سوال می‌سنجد. دو سوال نیز به هیچ یک از این حیطه‌ها تعلق ندارند و کیفیت زندگی را به شکل کلی می‌سنجند. در پژوهش نجات و همکاران (۱۹) مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. بنابراین، نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار است.

برای ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس چند وجهی حمایت ادراک شده *Zimet* و همکاران استفاده گردید. این ابزار خود گزارش‌دهی برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی طراحی و شامل ۱۲ سوال است که در یک طیف لیکرت رتبه‌بندی شده است (۲۰). *Zimet* و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ در نمونه‌های غیر بالینی و روایی مطلوبی را گزارش کرده‌اند (۲۱). برای ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و پرسشنامه هوش معنوی عبدالله‌زاده و همکاران (۲۲) استفاده گردید. در این آزمون به گزینه کاملا مخالفم نمره یک، مخالفم دو، به حدودی سه، موافقم چهار و به کاملاً موافقم نمره پنج داده شد. در پژوهش عبدالله‌زاده و همکاران پایایی آزمون در مرحله مقدماتی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بود (۲۲). در تحلیل سوال به روش لوپ عبارت ۱۲ حذف شد و پرسشنامه نهایی با ۲۹ ماده تنظیم شد. در مرحله نهایی پرسشنامه روی ۲۸۰ نفر گروه نمونه اجرا شد، پایایی در این مرحله ۰/۸۹ به دست آمد. برای بررسی روایی علاوه بر روایی محتوایی صوری که سوال‌ها با نظر متخصص‌ها و همکاران تأیید شد، از تحلیل عاملی نیز استفاده شد و همبستگی کلیه سوال‌ها بالای ۰/۳۰ بود. در چرخش به واریماکس برای کاهش متغیرها دو عامل اصلی به دست آمد. که عامل اول با ۱۲ سوال، درک و ارتباط با سرچشمه هستی نام‌گذاری شد و عامل دوم با ۱۷ ماده؛ زندگی معنوی یا اتکا به هسته درونی، نامیده شد. به منظور تحلیل یافته‌های پژوهش با بهره‌گیری از آمار توصیفی، برای مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک از درصد فراوانی مطلق، درصد فراوانی تجمعی و همچنین میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل فرضیه‌ها نیز از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از تحلیل استنباطی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

پیش فرض‌های لازم از جمله نرمال بودن داده‌ها و خطی بودن با استفاده از آزمون‌های مربوطه تحلیل شدند.

یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی در ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به *MS* انجام پذیرفت. پیش فرض‌های تحلیل استنباطی. به منظور تشخیص چندخطی و هم‌خطی از دو آزمون *Tolerance* و *VIF* استفاده گردید. در آزمون *Tolerance* مقدار بدست آمده، نباید کمتر از ۰/۱ و در آزمون *VIF* مقدار بدست آمده، نباید بالای ۱۰ باشد. نتایج این دو تحلیل در جدول شماره (۱) گزارش شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد نتایج دو آزمون یاد شده نشان می‌دهد که از مقادیر ملاک، تخطی نشده است و احتمال چند خطی بودن هم خطی رد می‌گردد.

جدول شماره ۱- نتایج جدول احتمال ضریب خطی متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	ضریب تحمل	تورم واریانس
حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده	۰/۴۸۹	۲/۰۴۴
حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان	۰/۲۷۱	۳/۶۸۵
حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف افراد مهم زندگی	۰/۴۴۸	۲/۲۳۴
هوش معنوی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰

جدول شماره ۲- نتایج همبستگی پیرسون حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با کیفیت زندگی

متغیرهای پیش‌بین	سلامت جسمانی	سلامت روانی	روابط اجتماعی	محیط زندگی
حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده	۰/۴۵۸**	۰/۴۶۱**	۰/۵۱۲**	۰/۵۰۵**
حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان	۰/۵۱۲**	۰/۳۷۸**	۰/۴۴۱**	۰/۴۲۲**
حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف افراد مهم زندگی	۰/۵۱۹**	۰/۴۴۱**	۰/۴۴۰**	۰/۳۱۲**
هوش معنوی	۰/۶۰۸**	۰/۵۴۷**	۰/۵۲۲**	۰/۶۳۵**

جدول شماره (۲) نشان می‌دهد بین حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۱$). همچنین بین هوش معنوی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۱$). حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به *MS* رابطه دارد. نتایج به دست آمده از جدول شماره (۳) نشان می‌دهد بین حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۱$).

جدول شماره (۳) نتایج همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با کیفیت زندگی

متغیرهای پیش‌بین	کیفیت زندگی
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۶۰۸**
هوش معنوی	۰/۶۷۲**

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

جدول شماره ۴- رگرسیون چند متغیری در پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی

	b	SE	β	t	سطح معناداری
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۴۴۸	۰/۰۸۸	۰/۳۸۲	۵/۰۹۷	۰/۰۰۱
هوش معنوی	۰/۲۵۷	۰/۰۳۹	۰/۴۹۹	۶/۶۶۰	۰/۰۰۱
F(۲ ،۹۷)=۶۳/۵۷۹، P<۰/۰۰۱	$adjR^2$=۰/۵۵۸ و R^2=۰/۷۵۳			-	ΔR^2=۰/۵۶۷

همچنان‌که جدول شماره (۴) نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی به صورت معناداری در سطح معناداری ۰/۰۱، کیفیت زندگی را پیش‌بینی نمود (F (۹۷،۲) =۶۳/۵۷۹ ،p<۰/۰۱). بررسی مجذور همبستگی چندگانه بدست آمده نشان داد ارزش ضریب همبستگی‌های چندگانه (R^2) برابر با ۰/۷۵۳ است. این موضوع نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی ۰/۷۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین نموده است. بررسی ضرایب رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده (p<۰/۰۱، β=۰/۳۸۲) به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند.

حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده با ضریب شیب استاندارد β برابر با (p<۰/۰۵، β=۰/۲۹۸) است، حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف افراد مهم زندگی با ضریب شیب استاندارد β برابر با (p<۰/۰۱، β=۰/۳۹۲) است، که بر حفظ سلامت جسمانی بیماران اثر معناداری دارد. یافته موجود نشان داد، حمایت اجتماعی ادراک شده یا ضریب سهم شیب استاندارد β برابر با (p<۰/۰۱، β=۰/۳۸۲) است ،که کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی کرده است و افراد مهم زندگی بیشتر در سلامت جسمانی اثرگذار هستند. هوش معنوی برابر با (p<۰/۰۱، β=۰/۴۹۹) است، در سطح معناداری کیفیت زندگی را پیش بینی می‌کند. بنابراین کیفیت زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی مبتلایان مولتیپل اسکلروز پیش‌بینی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز بود، حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی با ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS رابطه مثبت معنادار وجود داشت و هر دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS بود. حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی سالم را ارتقاء داده است. بر همین اساس حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف افراد مهم زندگی بر سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی بیماران اثرگذار بود. هوش معنوی بر سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی بیماران مؤثر بود.

در تبیین یافته موجود که با تحقیقات پیشین هماهنگ است نشان داد که حمایت اجتماعی، عاملی مؤثر است که به ارتقاء کیفیت ارتباط کمک می‌کند، که در بهبود روانشناختی و جسمانی مؤثر است، حمایت اجتماعی یک کمک دو جانبه است که از طرفی سبب ایجاد خود پنداره مثبت، خویشتن‌پذیری، احساس عشق و حرمت نفس می‌شود و از طرف دیگر همه این موارد به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد را می‌دهد (۲۳). از طرف دیگر حمایت اجتماعی از طریق مکانیسم‌های مختلفی با سلامت جسمانی مرتبط است. یکی از مکانیسم‌های فیزیولوژیکی در این زمینه فرض می‌کند که حضور افراد تأثیر آرام‌بخشی بر بیمار دارد و طبق فرآیندهای تکاملی انواع حمایت اجتماعی در اصل ذاتی است. در مقایسه زمانی که افراد در اجتماع قرار دارند با زمانی که تنها هستند یا در انزوای اجتماعی قرار دارند، از آرامش و حالت خوشایند بیشتری برخوردارند. بنابراین، آرامش و عاطفه‌ی مثبت می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سلامت

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

جسمانی و سلامت روانشناختی داشته باشد. مکانیزم دیگر فرض می‌کند که حمایت اجتماعی خوب به ارتقاء سیستم ایمنی کمک می‌کند، که به کاهش افسردگی و اضطراب در طول بیماری منجر می‌شود. بنابراین، حمایت اجتماعی بر کاهش بیماری، اضطراب و افسردگی مؤثر است و تأثیر غیر مستقیمی هم بر سیستم ایمنی دارد (۲۴). نتایج پژوهش‌ها نشان داد که مقایسه میزان آسیب‌پذیری روانشناختی افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا هستند با افرادی که دارای حمایت اجتماعی پایین هستند کمتر است (۲۵). طبق مکانیزم ارزیابی، دانش افراد در مورد قابلیت دسترسی حمایت اجتماعی، برای کنار آمدن با مشکلات و بیماری منجر به برآورد کمتر شدت عوامل استرس‌زا شده‌اند. بنابراین، افراد در زمان مواجه با استرس‌های زندگی کمتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند. به علاوه حمایت اجتماعی تأثیر غیر مستقیمی بر سلامت جسمانی دارد. طبق مکانیزم واکنش‌پذیری، که دسترسی به منابع حمایت‌گر منجر به واکنش‌های فیزیولوژیکی کمتری در ضربان قلب و فشارخون در زمان مواجه با عوامل استرس‌زای حاد می‌شود، از این‌رو این افراد کمتر مستعد بیماری‌های مرتبط با واکنش‌پذیری قلبی عروقی مانند فشار خون بالا می‌شوند (۲۴). در تبیین معنویت که یک فرایند رشد و متعالی شدن و نزدیک شدن به خداوند، به‌شمار می‌آید که زمینه فطری این فرایند به صورت گرایش‌های بالقوه در وجود انسان نهاده شده و اولین مرحله پس از توجه به معنویت، دست یافتن به نگرش معنوی و در مرحله بعد از عمل و رفتار معنوی، رشد دادن خود در شرایط سخت است (۲۶). هوش معنوی با زندگی درونی ذهن، نفس و ارتباط با جهان رابطه دارد و ظرفیت عمیق سؤالات وجودی و بینش نسبت به سطوح چندگانه هوشیاری را در برمی‌گیرد. آگاهی از نفس، زمینه و بستر بودن با نیروی خلاق را دربر می‌گیرد، هوش معنوی به شکل هوشیاری ظاهر می‌شود و به صورت آگاهی در حال رشد در ،ذهن، نفس و روح تجلی پیدا می‌کند بنابراین هوش معنوی چیزی بیش‌تر از توانایی ذهنی فردی است و فرد را به ماوراء فردی و یا روح مرتبط می‌کند. هوش معنوی، آگاهی از حقایق، ارزش‌ها، اعتبار و اصول اخلاقی فرد است. هوش معنوی با آنچه عامل و تداوم بخش نوآوری و تعهد است (به‌ویژه زمانی که کار سخت و دشوار است) مرتبط است. هوش معنوی شامل حس خدا جویی و داشتن مأموریت در زندگی، حس تقدس در زندگی، درک متعادل از ارزش مادی و معنا هست (۲۷). در تعاریف ارائه شده از معنویت تاکنون، مضامینی ضمنی نظیر معناداری زندگی، هدفمندی، امیدواری، سرنوشت، هستی‌گرایی، تعالی، احساس آرامش و صلح و پیوند یافتن با دیگران و جهان هستی مستتر است (۲۸). امیدواری، احساس مطلوبی است که از ایمان و شناخت نسبت به مبدأ هستی حاصل می‌شود و این تحفه گرانبها، موجب نیل انسان به سعادت دنیا و کمال مطلوب ابدی است. فرد امیدوار در زندگی معنوی بن‌بستی نمی‌بیند؛ زیرا می‌داند خداوند از فضل بی‌منتهای خود، طریقی برای او قرار داده که هر اندازه آلوده به نافرمانی از او امرش باشد، راه نجات برایش فراهم و امکان جبران برایش مهیاست، فرد امیدوار، باتوجه به اعتقادی که به هدفمندی جهان دارد، زندگی برای او مفهوم و معنا خواهد داشت. او می‌داند که خداوند انسان را بیهوده نیافریده است و زندگی پدیده عبثی نیست. امیدواری به رحمت بی‌کرانه الهی، موجب می‌شود (۲۹). وجود نگرش مذهبی و معنوی نیرومند در افراد برای سازگاری و حل مشکلات، عاملی روشن‌گر و حمایت‌گر است. همچنین می‌توان گفت هنگامی که شخص به مفاهیم دین و هدف حقیقی آفرینش پی می‌برد، راحت‌تر با مشکلات کنار می‌آید و سختی‌ها را جزء جدایی‌ناپذیر این دنیا می‌بینند و با توکل بر خدای هستی به مقابله با مشکلات می‌پردازد و کم‌تر دچار اختلال‌های روانی می‌شود. ایمان به خدا موجب می‌شود نگرش فرد به کل هستی هدف دار و دارای معنی باشد و عدم ایمان به خدا موجب می‌شود که فرد انسجام و آرامش نداشته باشد. علاوه بر این، می‌توان

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

چنین بیان کرد که اعمال مذهبی از لحاظ درون فردی، فرد را قادر می‌سازند تا از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی، استرس و ناتوانی اش را کنترل کند. به عبارت دیگر مذهب قادر است پاسخ بسیاری از پرسش‌های پیش روی انسان را بدهد و اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم نماید و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات زندگی باشد (۳۰). حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت‌رویی روان شناختی و الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار دارد (۳۱). بین ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد (۳۲). حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار دارد (۳۳). رابطه مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت روان وجود دارد (۳۴). حمایت دریافت‌شده از خواهر و برادر با سطح پایین‌تر از تنهایی و افسردگی و بالعکس، با سطح بالاتری از عزت نفس و رضایت از زندگی مرتبط می‌باشد(۳۵). حمایت اجتماعی ادراک شده یک کمک دو جانبه است که از طریق مکانیسم‌های مختلفی با کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروز مرتبط است. وجود هوش معنوی نیرومند در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروز برای سازگاری و حل مشکلات، عاملی روشن‌گر و حمایت‌گرانه بوده است. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه مورد بررسی اشاره کرد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در مورد نمونه‌های بزرگ‌تری از افراد صورت گیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی نقش متغیرهای تأثیرگذار احتمالی نظیر سن، جنس و سطوح گوناگون بیماری نیز بررسی شود. حمایت اجتماعی و هوش معنوی سبب افزایش امید و قدرت معنویت می شود،که به ارتقاءکیفیت زندگی منجر می شود،که درجریان بیماری برای بهبود ابعادجسمانی وروان شناختی خود و دیگران کوشش کنند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی در رشته روان‌شناسی بالینی مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. بدین‌وسیله نویسندگان از همکاری همه کسانی که انجام این پژوهش را میسر کردند، سپاسگزارند.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

References

1. Cappa R, Theroux L, Brenton JN. Pediatric Multiple Sclerosis: Genes, Environment, and a Comprehensive Therapeutic Approach. Pediatr Neurol. 2017; 75: 17-28.

2. Cikes N, Bosnic D, Sentic M. Non-MS autoimmune demyelination. Clin Neurol Neurosurg. 2008; 110(9): 905-12.

3. Seifi K, Moghaddam HE. The Effectiveness of Self-care Program on the Life Quality of Patients with Multiple Sclerosis in 2015. J. Natl. Med. Assoc.. 2017; 110(1): 65-72.

4. Milinis K, Tennant A, Young CA. Spasticity in multiple sclerosis: Associations with impairments and overall quality of life. Mult Scler Relat Disord. 2016; 5: 34-9.

5. 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.

6. Salehpoor G, Rezaei S, Hosseininezhad M. Quality of life in multiple sclerosis (MS) and role of fatigue, depression, anxiety, and stress: A bicenter study from north of Iran. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014; 19(6): 593-9.

7. Karatepe AG, Kaya T, Günaydn R, Demirhan A, Çe P, Gedizlioglu M. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue, and disability. Int J Rehabil Res. 2011; 34(4): 290-8.

8. Bishop M, Stenhoff DM, Shepard L. Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. J Rehabil. 2007; 73(1): 3-12.

9. Sourati P, Farahani M N, Moradi A. The structural relation between personality traits, self-efficiency beliefs and subjective well-being among staff of Universities of Guilan. Journal of Behavioral Sciences. 2014; 8(1): 9-10.

10. Ghodusi M, Heidari M, Sharifi Neyestanak N, Shahbazi S. Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis. JHPM. 2013; 2(1): 24-31

11. Jahanbakhsh E, Haghighatian M, Ravanmehr F, Hossein Pour K. Association between the Social Support and Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis in Isfahan,Deghan (Thesis) ., Islamic Azad University. Deghan 2013-07-06:9. [In Persian]

12. Jomehri F, & et al. Health psychology. Karaj: Sarafraz; 2013. : 57-62 [In Persian]

13. Mikaeili N, Mokhtar Poor Habashi E, Meisabi S. The role of perceived social support, coping strategies and resilience in prediction of life quality of patient with multiple sclerosis. New Findings in Psychology. 2012; 7(23):5-17.

14. Nasel DD. Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality. Division of Education, Arts and Social Sciences, School of Psychology: (Thesis) University of South Australia; 2004.

15. Hoseindokht A, Fathi Ashtiani, A, Taghizadeh ME. The relationship between spiritual intelligence and spiritual well-being with quality of life and marital satisfaction. Ravanshenasi va Din. 2013; 6(2): 57-74.

16. Hamid N, Zemestani M. The relationship between spiritual intelligence, personality traits and quality of life in medical studentsh Hmj. 2013; 17(4): 347-355.

17. Afroz GH, Hooman HA, Mahmodi N. The study of being practical, validity, reliability and standardization of spiritual intelligence questionnaire in students. Psychological research. 2009; 1(3): 1-23.

18. VanVoorhis CW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology. 2007; 3(2): 43-50.

19. Nejat S, Montazeri A, Holakoee Naeeni K, Kazem M, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006; 4(4): 1-12.

20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988; 52(1):30-41.

21. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1990; 55(3-4): 610-7.

22. Abdolahzadeh H, Keshmiri M, Arab Ameri F. Construction and standardizing spiritual intelligence questionnaire.(Concepts,measurement and application) Tehran Nashre ravansanje, Publishing, 2009. 4-10[In Persian]

23. Behroozi N, Shahani Yeylaq M, Pourseyed SM. Relationship between Perfectionism, Perceived Stress and Social Support with Academic Burnout. Strategy for Culture. 2013; 20(5): 83-102.

24. Baum A, Revenson TA, Singer JE. Handbook of health psychology. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 2001.pp(24)245-250

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

25. Dimatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis". Health Psychol.. 2004; 23: 207–18.
26. Shahidi S, Faraj Nia S. Construction and validating of the "Spiritual Attitude Measurement" Questionnaire. Ravanshenasi va Din. 2012; 3(5): 97-115.
27. Ghobari Banab B, Salimi M, Salyani L, Nori Moghadam S. Spiritual intelligence. Andishe-e-novin-e-dini. 3(10):125-147.
28. Golparvar M, Jafari M, javadian Z. Prediction of Psychological Capital through Components of Spirituality among Nurses. IJPN. 2013; 1(3): 35-44.
29. Ahmari H, Hholamhosein Nejad M. The effect of hope in God in the worldly prosperity and the afterlife of the individual and the factors to achieve it. Basirat va tarbiat eslami. 2015; 12(33): 55-74. [In Persian]
30. Narimani M, Ilbeigy ghale nei R, Rostami M. Role of Religious attitudes, Spiritual Well-Being and social support in predicting the life satisfaction in mothers of mental retardation children. Eslam va salamat. 2014; 1(3): 41-49
31. Suri, Ahmad and Ashoori, Jamal . Relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life in patients with type 2 diabetes. Journal of Diabetes Nursing,. 2015; 3 (2): 65-53. [In Persian]
32. Niazi, Mohsen, Manti, Valieh, Manti, Rostam, Ghasemipour, Maryam and Kasaei, dear.. Relationship between social support and quality of life in patients with myocardial infarction referred to hospitals in Ilam. Journal of Ilam University of Medical Sciences, 2015; 23(6): 61-51. [In Persian]
33. Shaban Zadeh, Afsaneh, Zare Bahrami Abad, Mehdi, Hatami, Alireza and Zahrakar, Kianoush. Investigating the relationship between stress coping styles and social support with quality of life of women headed by households in Tehran. Woman and Society, 2013, 4 (4): 21-1. [In Persian]
34. Riahi, Mohammad Esmaeel. Ali Verdinia, Akbar. And Poorhossein, Seyyed Zeinab.). Study of the relationship between social support and mental health. Social Welfare Quarterly 2010,85-123 :(39) 10[In Persian]
35. Filazoglu, G & Griva, K. «Coping and Social Support and Health Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in Turkey». Psychol, Health & Med,2008,13(5):559-73

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

The role of perceived social support and spiritual intelligence in improving the quality of life of patients with multiple sclerosis

***Shabani Z*[1], *Abaspoor Azar Z*[2], *Yari Kakavand S*[3]**

1. Assistant Professor, , Research Institute for Education, Tehran, Iran1
2. Assistant Professor, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. MSc. Islamic Azad University, Karaj, Clinical Psychology Department, Karaj, Iran.

Abstract

***Background & Aim**: Multiple sclerosis, like all other chronic diseases, affects the health and quality of life of people with undesirable effects. The purpose of this study is investigate the relationship between perceived social support and spiritual intelligence by improving the quality of life of patients with multiple sclerosis.*
***Materials and Methods**: Correlation study and statistical population of this study included all patients with multiple myeloma sclerosis.this research was conducted in Tehran in September, 2016, among which 100 were selected by simple random sampling method. Data were collected by World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Perceived Support Multifaceted Scale and Spiritual Intelligence Questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation and hierarchical regression analysis.*
***Results:** There was a significant positive correlation between perceived social support and spiritual intelligence with quality of life. Perceived social support or standard tilt coefficient is equal to (β = 0.382) that affects the quality of life of patients, and the main members of the family are more effective in protecting patients. Spiritual intelligence of the standard tilt coefficient was equal to (β = 0.499) which positively and significantly influenced the quality of life, Therefore, quality of life is based on perceived social support and spiritual wisdom of patients with multiple sclerosis.*
***Conclusion**: Social support is a two-way interaction. Social support perceived by the family and important people of life positively predict physical health, mental health, social relationships, which have contributed to improving the quality of life of patients and reducing the incidence of multiple sclerosis. Also, the existence of strong spiritual intelligence in people with multiple sclerosis has an important role in adapting and solving problems affecting the quality of life of patients. And on this basis, the forerunner is social protection and spirituality, which affects the quality of life of patients.*

***Keywords**: multiple sclerosis, quality of life, social support, spiritual intelligence*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]