

Investigating the Relationship between Self-Compassion with Psychological Well-Being in Patients with Multiple Sclerosis (MS): The Mediating Role of Social Loneliness

Ashoori M¹, kachooei M *², Vahidi E³

1. Department of Psychology, School of Medicine, Islamic Azad University West Tehran Branch, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran

3. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +982144238171, E-mail: kachooei.m@usc.ac.ir

Received: Feb 26, 2022

Accepted: Jun 19, 2022

ABSTRACT

Background & aim: Loneliness is a common experience in people with MS that is associated with significant psychological consequences. Therefore, it is important to check the psychosocial status of people with MS patients. Accordingly, the aim of the present study was to investigate the mediating role of social loneliness in the relationship between self-compassion and psychological well-being.

Methods: For this descriptive-correlational study, 220 patients with MS were selected by a convenience sampling method. Data were collected by using Psychological Well-Being Scales of Ryff's (PWB), Self-compassion Scale (SCS), and social loneliness (SLS). Finally, Data were analyzed by Pearson correlation and Structural Equation Model using SPSS software version 23 and AMOS version 24.

Results: The results showed that the self- Compassion had a significant positive correlation with psychological well-being ($r=0.66$, $p<0.01$) and a significant negative correlation with social loneliness ($r=-0.63$, $p<0.01$). Also, There was a significant negative correlation between feelings of social loneliness with well-being psychological ($r=-0.69$, $p<0.01$). The indirect effect and the effect of total self-Compassion on psychological well-being were 0.26 and 0.86, respectively,

Conclusion: The results showed that the feeling of social loneliness plays a mediating role in the relationship between self-compassion and psychological well-being. Therefore, it is possible to improve the psychological well-being of people with multiple sclerosis by improving social relationships.

Keywords: Multiple Sclerosis, Psychological Well-Being, Self-Compassion, Social Loneliness

بررسی ارتباط خود شفقتی با بهزیستی روانشناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس با میانجی‌گری احساس تنهایی اجتماعی

میترا عاشوری^۱، محسن کچویی^{۲*}، الهه وحیدی^۳

۱. گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۴۴۲۳۸۱۷۱ ایمیل: kachooei.m@usc.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: تنهایی یک تجربه معمول در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) است که با پیامدهای روانشناختی قابل توجهی ارتباط دارد. بر همین اساس بررسی وضعیت روانی-اجتماعی این افراد، امر مهمی است. هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی احساس تنهایی اجتماعی در رابطه بین خودشفقتی و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به MS بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۲۲۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف فرم کوتاه (PWBS)، مقیاس شفقت به خود (SCS) و مقیاس تنهایی اجتماعی (SLS) استفاده شد. داده‌ها به روش همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای SPSS-23 و AMOS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که خودشفقتی، همبستگی مثبت معنادار با بهزیستی روان شناختی ($r=0/66$ ، $p<0/01$) و همبستگی منفی معنادار با احساس تنهایی اجتماعی ($r=-0/63$ ، $p<0/01$) داشت. همچنین بین احساس تنهایی اجتماعی با بهزیستی روان شناختی ($r=-0/69$ ، $p<0/01$) ارتباط معناداری مشاهده شد. اثر غیرمستقیم و اثر کل خودشفقتی بر بهزیستی روان شناختی به ترتیب ۰/۲۶ و ۰/۸۶ و به لحاظ آماری معنادار بود ($p<0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که احساس تنهایی اجتماعی در ارتباط بین خودشفقتی و بهزیستی روانشناختی، نقش واسطه‌ای دارد. بنابراین می‌توان از طریق ارتقای روابط اجتماعی تا حدودی سبب بهبود بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، بهزیستی روانشناختی، خودشفقتی، احساس تنهایی اجتماعی

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دستگاه عصبی است و حدود دو و نیم

میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند و در ایران نیز طبق آمار ثبت شده سازمان بهداشت جهانی از هر ۱۰۰ هزار نفر، تعداد ۲۰-۶۰ نفر مبتلا به آن هستند (۲،۱). علائم عصبی که با میلین زدایی سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می‌شود،

^۱ Multiple Sclerosis

می‌تواند سیستم‌های حرکتی، حسی، بینایی و شناختی را درگیر کند که می‌تواند منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی شامل خستگی و درد، اختلال در حس بینایی، مشکلات حرکتی، مشکلات روده و مثانه و اختلالات شناختی شود (۳،۱). علت بیماری ام اس ناشناخته بوده و در حال حاضر، هیچ درمان قطعی در دسترس نیست. سیر بیماری غیر قابل پیش‌بینی بوده و در بیشتر موارد با عود و دوره‌های بهبودی علائم مشخص می‌شود که همه این عوامل منجر به پیامدهای روانی برای بیماران می‌شود. براساس پژوهش‌ها، بیماران ام اس افسردگی بالاتر و بهزیستی پایین‌تری را گزارش می‌کنند. همچنین این بیماری می‌تواند تأثیر زیان‌باری بر احساس شخص از خود بگذارد، به طوری که خودپنداره‌های مثبت، جای خود را به خودپنداره‌های منفی بسپارد که این تغییرات از طریق کاهش سلامت و کیفیت زندگی باعث افت بهزیستی روانشناختی^۱ می‌شود (۴،۳). بهزیستی روانشناختی به معنای کوشش فرد برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های بالقوه خود بوده و درک و ارزیابی شخص را از کیفیت کلی زندگی نشان می‌دهد (۵). بهزیستی روانشناختی، مفهومی چندبعدی بوده و عواملی نظیر نشاط، خوش‌بینی، بازیگوشی، خویشتن‌داری، احساس جدایی و رهایی از ناامیدی، اضطراب و تنهایی از شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی هستند (۶). افراد بهره‌مند از درجات بالایی از بهزیستی روانشناختی معمولاً هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده می‌نمایند و همچنین در برخورد با رویدادهای تنش‌زا نگاهی خوش‌بینانه دارند (۷). مطالعات نشان داده است که افراد با سطح بهزیستی روانشناختی پائین، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کمتر و اضطراب و افسردگی بالایی را گزارش می‌کنند (۹،۸).

هدف اصلی در کنترل ام اس کاهش تأثیرات منفی بیماری بر عملکرد جسمی و روانی و یا حداقل جلوگیری از وخامت بیماری است و عوامل روانشناختی اغلب پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای سازگاری فرد با بیماری هستند تا عوامل بیماری و از عوامل روانشناختی که ممکن است بر روند سازگاری با بیماری مؤثر باشد، خودشفقتی است (۹،۱۰). طبق تعریف نف^۲ (۲۰۰۳)، خودشفقتی^۳ به عنوان میل به کاهش رنج از طریق مهربانی و گشوده بودن نسبت به خود و درک بدون قضاوت خود تعریف می‌شود (۱۱). خودشفقتی دارای سه مولفه اصلی است که شامل مهربانی با خود در برابر قضاوت درباره خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و همچنین ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی. این سه ویژگی برای کاهش استرس افراد در راستای تنظیم احساسات منفی ناشی از بیماری‌های مزمن، پیشنهاد شده‌اند (۱۲،۱۳). پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که خودشفقتی با افزایش خوددوست‌داری و کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌تواند باعث کاهش افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شود. همچنین ارتباط مثبتی بین تنظیم هیجانی و سلامت روانشناختی با خودشفقتی بدست آمده است (۱۴،۱۵). نتایج مطالعات انجام شده در افراد مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که سطوح بالاتر شفقت به خود با اضطراب و استرس کمتر و کیفیت و بهزیستی روانشناختی بهتر مرتبط بوده و به طور قابل توجهی با پریشانی کمتر در ارتباط است. همچنین طبق یافته‌ها خودشفقتی تأثیر مستقیمی بر احساس تنهایی اجتماعی^۴ دارد (۱۲،۱۶). بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که بهزیستی روانشناختی و خودشفقتی با یکدیگر در ارتباط هستند، اما نکته مهم شناسایی متغیرهایی است که احتمالاً بین این دو متغیر نقش واسطه‌ای ایفا کرده و چگونگی

² Neff

³ Self-Compassion

⁴ Social Loneliness

¹ Psychological Well-Being

در رابطه خودشفقتی و بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به ام اس انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی بود که روی ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به مراکز دولتی و خصوصی مناطق ۵ تا ۱۲ استان تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ که به صورت در دسترس انتخاب شدند، انجام گرفت. حجم نمونه با در نظر گرفتن این مساله که در مطالعات مبتنی بر معادلات ساختاری، حداقل حجم نمونه توصیه شده ۲۰۰ نفر می باشد (۲۰) تعیین گردید. ملاکهای ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن و تشخیص قطعی بیماری ام اس توسط متخصص مربوطه، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات روانپزشکی جدی، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تمایل برای شرکت در مطالعه و ملاکهای خروج (عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و شغل)، مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف فرم کوتاه، مقیاس شفقت به خود و مقیاس تنهایی اجتماعی بود.

مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف فرم کوتاه^۱ (PWBS) در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۱). این پرسشنامه ۱۸ سوال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان شناختی از شش بعد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می باشد و بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه بندی می شود. مجموع نمرات این ۶

ارتباط این دو متغیر را توضیح می دهند. به نظر می رسد یکی از این عوامل احتمالی، احساس تنهایی اجتماعی است. احساس تنهایی یکی از پیچیده ترین سازه‌های روانشناختی است که به عنوان حالتی در نظر گرفته می شود که فرد از نظر ادراکی دچار فقدان رابطه با دیگران است که با تبعات آزردهنده‌ای مانند احساس فقدان، جنبه‌های ناخوشایند روابط از دست رفته و از دست دادن سطح کیفی رابطه با دیگران مشخص می شود (۱۷). پیامد اصلی بیماری‌های مزمن مانند ام اس آن است که افراد مبتلا به این بیماری را از انجام فعالیت‌های عادی زندگی روزمره به دلیل محدودیت‌ها و ناتوانی‌های قابل توجه مرتبط با بیماری بازمی دارد و با ایجاد ناتوانی در دوره‌های اولیه زندگی، کیفیت و بهزیستی افراد مبتلا را کاهش داده و باعث احساس تنهایی، انزوای اجتماعی و در نتیجه اثرگذاری بر سیستم‌های حمایت اجتماعی، زندگی خانوادگی و به طور کلی ارتباطات آنها می شود (۱۹، ۱۸). تحقیقات نشان داده است که تنهایی با عوارض مرگومیر مرتبط با بیماری‌های مزمن در ارتباط است و برعکس، حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده پیامدهای مثبت سلامتی است (۱۹، ۱). همچنین در بررسی‌ها نشان داده شده که احساس تنهایی شدید با کارکرد شناختی ضعیف، سرعت پردازش روانی- حرکتی و حافظه دیداری تاخیری به شکل ویژه‌ای مرتبط می باشد (۲).

با توجه به اینکه افراد مبتلا به ام اس، مستعد انواع مشکلات روان شناختی هستند، بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با این عوارض و نیز عوامل روانشناختی موثر در پذیرش بیماری دارای اهمیت می باشد. از آنجایی که تحقیقات انجام گرفته قبلی در خصوص روابط متغیرهای ذکر شده با یکدیگر بصورت جداگانه بوده و تاکنون چنین مدلی روی بیماران مبتلا به ام اس مطالعه نگردیده است، لذا این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای تنهایی اجتماعی

^۱ Psychological Well-Being Scale (PWBS)

بیانگر این است که این ابزار از اعتبار همزمان، همگرا و تمییز خوبی برخوردار است و دارای پایایی آزمون-باز آزمون عالی است. نف (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۰/۹۲٪ گزارش کرده است (۲۳). در نسخه فارسی مقیاس، روایی همگرا و واگرا از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک محاسبه شد و نتایج معنادار بود. اعتبار بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۸۹٪ گزارش شد (۲۴). ضریب آلفای کرونباخ کل در ایران، ۰/۷۳ به دست آمد و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها به این صورت گزارش شد: مهربانی با خود=۰/۷۵، قضاوت در مورد خود=۰/۶۶، احساسات مشترک انسانی=۰/۶۳، منزوی سازی=۰/۷۰، ذهن آگاهی=۰/۶۴ و بزرگنمایی=۰/۷۳ (۲۵). در پژوهش پیش رو، پایایی با روش کرونباخ محاسبه گردید که مقدار ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس تنهایی اجتماعی^۲ (SLS)، یک ابزار ۱۰ ماده ای است که با اقتباس از پرسشنامه‌های تنهایی برای سنجش احساسات افراد نسبت به روابط با دیگران ساخته شده است (۲۶-۲۸). این مقیاس احساس تنهایی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً این طور نیستم) تا ۵ (کاملاً این طور هستم) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. برای نمره دهی ابتدا ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۰ معکوس می‌شوند و سپس جمع نمره ۱۰ ماده مقیاس، محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تنهایی اجتماعی در یک نمونه دانشجویی (۲۵۷ دختر و ۲۱۱ پسر) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ آن، ۰/۹۱ به دست آمد. این ضریب همسانی درونی مقیاس تنهایی اجتماعی را تأیید می‌کند. همچنین اعتبار بازآزمایی این مقیاس در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۴ هفته، ۰/۷۹ به دست آمد. به علاوه، روایی همگرا و افتراقی مقیاس فوق با اجرای

عامل به عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود (۲۲). ریف (۱۹۸۹) ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳٪ گزارش کرد (۲۱). در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد (۲۲). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ تأیید شد ($\alpha = 0/81$).

مقیاس شفقت به خود^۱ (SCS) توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شده و متشکل از ۲۶ گویه است که به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارتند از: مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، هوشمندی یا ذهن آگاهی (۴ گویه) و فزون‌هماندسازی (۴ گویه). نحوه نمره دهی ابزار به این صورت است که میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می‌شود. خرده‌مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون‌هماندسازی، برعکس نمره‌گذاری می‌شود و این مقیاس‌ها کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. در تحقیق نف (۲۰۰۳) تحلیل عاملی تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می‌کند. مطالعات گوناگون

² Social Loneliness Scale

¹ Self-Compassion Scale (SCS)

اندازه نمونه حساس است، جهت بررسی برازندگی الگوها از شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی (GFI)، شاخص برازندگی تعدیل یافته (AGFI) و ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) نیز استفاده شد. مقادیر بزرگتر از ۰/۹۵ برای شاخص‌های CFI، GFI و AGFI نشان‌دهنده برازندگی بسیار مطلوب الگو هستند. برای شاخص RMSEA مقدار کوچکتر از ۰/۰۵ بسیار مطلوب و مقادیر بین ۰/۰۵ و ۰/۰۸ مطلوب هستند. جهت بررسی معناداری مسیر غیرمستقیم، از رویه بوت استرپ^۴ استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۲۲۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۲۰ عدد وارد آنالیز داده‌ها شدند. نمونه مورد بررسی از ۱۷۳ نفر (۸۶/۱٪) زن و ۲۷ نفر (۱۳/۹٪) مرد تشکیل می‌شد. میانگین سنی افراد ۳۴/۰۳ و انحراف استاندارد آن ۷/۷۸ بود (دامنه سنی: ۲۰ الی ۵۹ سال). ۹۵ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی و بقیه دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودشفقتی، احساس تنهایی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ آمده است. بر اساس این جدول، خودشفقتی، همبستگی مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0/66$ ، $p < 0/01$) و همبستگی منفی معناداری با احساس تنهایی اجتماعی ($r = -0/63$ ، $p < 0/01$) داشت. بین احساس تنهایی اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی نیز ارتباط معنادار آماری ($r = -0/69$ ، $p < 0/01$) مشاهده شد.

همزمان سیاهه سلامت روانی^۱، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ و سیاهه دلبستگی بزرگسال^۳ در نمونه فوق‌الذکر، محاسبه و تأیید شد (۲۹-۳۱). به منظور تعیین پایایی ابزار در این مطالعه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha = 0/79$).

پس از کسب کد اخلاق، برای جمع‌آوری اطلاعات، هماهنگی‌های لازم جهت اجرا در مراکز مورد نظر صورت گرفت. در هنگام نمونه‌گیری، پس از توضیح اهداف پژوهش برای افراد، تأکید بر رازداری و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، به افرادی که مایل به همکاری بودند، بیان شد که نیازی به نوشتن مشخصات هویتی آنها وجود ندارد. در نهایت به شرکت‌کنندگان خاطر نشان شد که هر زمان که خواستند، می‌توانند انصراف خود را از ادامه پژوهش اعلام کنند. پس از کسب رضایت آگاهانه پرسشنامه‌ها در اختیار افرادی که تمایل به حضور در پژوهش داشتند، قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا با دقت سوالات را خوانده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای SPSS-23 و AMOS-24 استفاده شد. در گام ابتدایی، همبستگی میان متغیرها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. سپس، برای بررسی نقش واسطه‌گرانه احساس تنهایی اجتماعی در رابطه خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی، الگوی نظری ارائه شده در شکل ۱ با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری، آزمون گردید. برازندگی الگو با استفاده از آزمون مجذور خی (χ^2) و نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df) آزمون شد. عدم معناداری آزمون χ^2 و همچنین مقدار کوچکتر از ۳ برای χ^2/df برازندگی الگو را نشان می‌دهند. از آنجا که مجذور خی به

¹ Mental Health Inventory

² Multidimensional Scale of Perceived Social Support

³ Adult Attachment Inventory

⁴ Bootstrap

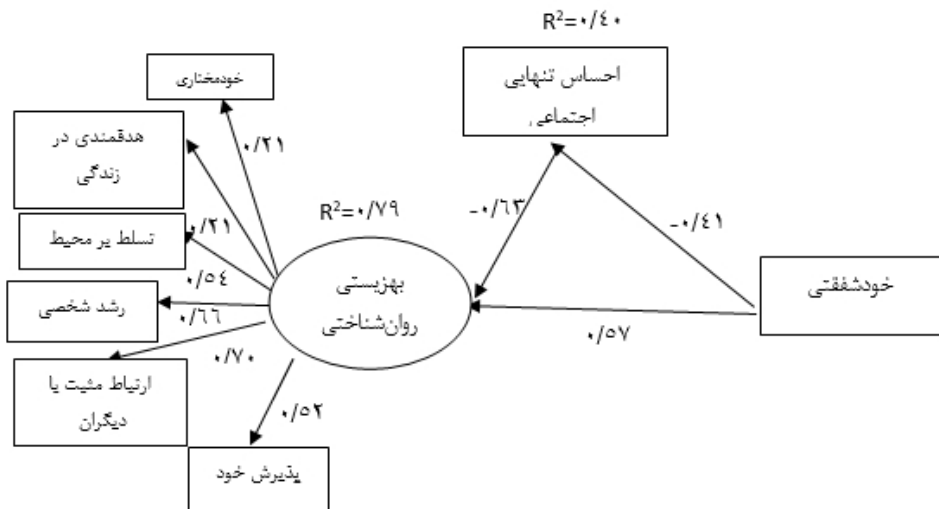
جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- خودشفقتی									
۲- احساس تنهایی اجتماعی	۰/۶۳**								
۳- خودمختاری	۰/۲۹**	۰/۰۶							
۴- هدفمندی در زندگی	۰/۱۱	۰/۲۴**	۰/۰۵						
۵- تسلط بر محیط	۰/۴۹**	۰/۳۸**	۰/۰۴	۰/۱۷*					
۶- رشد شخصی	۰/۵۳**	۰/۶۰**	۰/۰۹	۰/۴۴**	۰/۴۰**				
۷- ارتباط مثبت با دیگران	۰/۴۳*	۰/۶۶**	۰/۰۲	۰/۱۶*	۰/۳۳**	۰/۴۶**			
۸- پذیرش خود	۰/۵۶**	۰/۴۹**	۰/۱۵*	۰/۱۵*	۰/۳۰**	۰/۴۹**	۰/۴۲**		
۹- بهزیستی روان‌شناختی- نمره کل	۰/۶۶**	۰/۶۹**	۰/۳۵**	۰/۵۳**	۰/۶۷**	۰/۸۰**	۰/۶۹**	۰/۶۹**	
میانگین	۸۱/۵۳	۲۴/۴۲	۱۱/۴۱	۱۱/۱۶	۱۱/۴۹	۱۳/۹۹	۱۳/۶۱	۱۲/۵۳	۷۴/۲۱
انحراف استاندارد	۱۹/۸۶	۹/۵۷	۲/۴۴	۲/۸۶	۳/۰۷	۳/۳۳	۳/۳۶	۳/۰۵	۱۱/۳۰

آزمون همبستگی پیرسون $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ *

نتیجه بررسی اثر غیرمستقیم با استفاده از رویه بوت استرپ که در جدول ۳ ارائه شده، نشان داد که خودشفقتی می‌تواند با میانجی‌گری احساس تنهایی اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند. اثر غیرمستقیم و اثر کل خودشفقتی بر بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۲۶ و ۰/۸۶ و به لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0.01$). در الگوی نهایی، ۷۹ درصد از واریانس احساس تنهایی اجتماعی و ۲۶ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط متغیرهای پیش‌بین موجود در الگو، تبیین شده است.

برای آزمودن الگوی ارائه‌شده در شکل ۱، از روش مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در اولین مرحله، شاخص‌های برازش الگو مطلوب به دست نیامدند. بررسی اصلاحات پیشنهادی نرم‌افزار نشان داد که ایجاد ارتباط بین خطای متغیرهای رشد شخصی و هدفمندی در زندگی، مجذور خی را ۲۵/۸۷ واحد و ایجاد ارتباط بین خطای متغیرهای خودمختاری و تسلط بر محیط، آن را ۱۴/۹۸ واحد کاهش می‌دهد. پس از این اصلاحات، شاخص‌های برازش الگو بسیار مطلوب به دست آمدند. شاخص‌های برازش الگو، پیش و پس از اصلاح در جدول ۲ آمده است.



شکل ۱. الگوی واسطه‌گری احساس تنهایی اجتماعی در رابطه خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به MS

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی الگوی واسطه‌گری احساس تنهایی اجتماعی در رابطه خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی

RMSEA	AGFI	GFI	CFI	χ^2/df	P	df	χ^2	
۰/۱۴	۰/۸۱	۰/۹۰	۰/۸۶	۴/۹۱	۰/۰۱ >	۱۹	۹۳/۳۳	پیش از اصلاح
۰/۰۷	۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۹۶	۲/۱۶	۰/۰۱ >	۱۷	۳۶/۷۴	پس از اصلاح
< ۰/۰۸	> ۰/۹۵	> ۰/۹۵	> ۰/۹۵	> ۳	> ۰/۰۵	-	-	سطح قابل قبول

جدول ۳. نتیجه آزمون بوت‌استرپ برای اثر غیر مستقیم الگوی رابطه خودشفقتی با بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌گرانه احساس تنهایی اجتماعی

مسیر مفروض	اثر غیرمستقیم	سطح معناداری
خودشفقتی ← احساس تنهایی اجتماعی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۶	۰/۰۰۱

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی با نقش واسطه‌ای احساس تنهایی اجتماعی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی با خودشفقتی و احساس تنهایی اجتماعی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه معناداری وجود داشت. براساس نتایج مطالعه، نه تنها خودشفقتی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس، اثر مستقیم داشت بلکه این رابطه از طریق نقش واسطه‌ای احساس تنهایی اجتماعی نیز معنادار بود که این نتایج همسو با پژوهش‌های لیویت^۱ و همکاران و حسنی و همکاران می‌باشد. طبق این پژوهش‌ها بیماران مبتلا به ام‌اس در طول زندگی خود عوارض ناشی از بیماری مانند عودهای مکرر را که با ظاهر شدن علائم بالینی جدید یا بدتر شدن علائم قدیمی همراه است، تجربه می‌کنند که این عوامل سبب تاثیر گذاری بر تمام جنبه‌های زندگی بیماران می‌شود و به واسطه مزمن و ناتوان کننده بودن این بیماری و همچنین به دلیل تاثیری که بر توانایی و فعالیت‌های روزمره زندگی دارد، قادر است تمامی ابعاد زندگی مبتلایان را متاثر نموده و سبب اختلال در جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این افراد شود (۳۲، ۱).

از سوی دیگر، طبق نتایج پژوهش حاضر همبستگی مستقیم معناداری بین خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی مشاهده شد. با توجه به یافته‌های مشابه و نتایج مطالعه حاضر نقش مفید شفقت به خود در سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی نشان داده شده است، بطوری که نری-هورویت^۲ و همکاران، و زو^۳ و همکاران در مطالعه خود روی بیماران مبتلا به ام‌اس، به این نتیجه دست یافتند که نمرات خودشفقتی منفی و تا حدودی خود شفقتی مثبت به طور قابل توجهی با علائم افسردگی، اضطراب و خستگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مرتبط است و به ویژه، خودشفقتی مثبت ثابت‌ترین پیش‌بینی کننده علائم افسردگی، اضطراب و خستگی در طول زمان، در دوره درمان پزشکی بوده است که این یافته نشان می‌دهد برای افرادی که با بیماری‌های تهدید کننده زندگی مواجه هستند مهربانی و درک نسبت به خود، تشخیص اینکه رنج، بخشی از زندگی است و داشتن نگرش باز، پذیرنده و آگاهانه نسبت به مشکلات در زندگی، منبع ارزشمندی از سازگاری با بیماری در اختیار این افراد قرار می‌دهد و نیز خودشفقتی ممکن است راهبردی برای مقابله با شرایط ناتوان کننده و چارچوب‌بندی مجدد ادراک از سلامت شخصی ارائه دهد و همچنین می‌تواند به عنوان یک ویژگی

¹ Leavitt

² Nery-Hurwit

³ Zhu

ارزشمند برای بهبود بهزیستی روانشناختی شناخته شود (۱۶،۱۳).

در خصوص ارتباط بین احساس تنهایی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس، نتایج نشان دهنده وجود همبستگی منفی بین این دو متغیر بود. نتایج مطالعه فریم^۱ و همکاران نشان داد که درصد زیادی از بیماران مبتلا به ام اس، احساس تنهایی می کنند. در تبیین این یافته ها می توان بیان داشت که افراد مبتلا به ام اس، برخی از محدودیت های عملکردی را تجربه می کنند که بر حمایت اجتماعی آنها تأثیر می گذارد و به تنهایی منجر می شود (۳۳). برای بررسی منابع حمایتی افراد مبتلا به ام اس اذعان شد که دیگران آنها را درک نمی کنند و مشکلات جسمی و روانی که این افراد تجربه می کنند می تواند باعث شود که فرد دچار مشکلات اجتماعی و منزوی شدن شود که این مشکلات می تواند بر استقلال، روابط خانوادگی و به طور کلی ارتباطات آنها تأثیرات منفی بر جای بگذارد که این نتایج نشان می دهند که انزوای اجتماعی تحت تأثیر پاسخ های شخصی، عاطفی و روانی نسبت به ناتوانی جسمی است و بالطبع این پاسخ ها تأثیرات منفی ای روی پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، تسلط محیطی، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و بهزیستی روانشناختی آنها می گذارد و در نتیجه این مشکلات می توانند سلامت جسمی و روانی و بهزیستی روانشناختی این افراد را کاهش دهند (۳۴،۳۳).

نتایج این مطالعه، رابطه منفی معناداری را بین خودشفقتی و احساس تنهایی اجتماعی نشان داد. عزیزاده و همکاران نیز در مطالعه خود، همبستگی معناداری را بین علائم افسردگی، اضطراب و استرس با دارا بودن احساس تنهایی بیشتر و خودشفقتی کمتر نشان دادند. در تبیین این یافته می توان اذعان کرد که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن که با خود مهربان تر هستند، از خودقضاوتی جلوگیری می کنند و

نسبت به خود، دلسوزی بیشتری دارند و این رویکرد به آنها کمک می کند تا با خود مهربان بوده و احساس مشترک بیشتری با دیگران داشته باشند. همچنین این امر باعث هوشیاری بیشتر فرد نسبت به شرایط زندگی خود و مواجهه بهتر با مشکلات و در نتیجه افزایش سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به بیماری های مزمن می شود (۳۵).

در رابطه با نقش واسطه ای احساس تنهایی، نتیجه تجزیه و تحلیل نشان داد که دارا بودن درجات پایین احساس تنهایی اجتماعی با درجات بالای بهزیستی روانشناختی و خودشفقتی همراه است؛ بدین صورت که خودشفقتی به صورت غیرمستقیم با میانجی گری احساس تنهایی اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به ام اس مؤثر است که این نتایج همراستا با پژوهش هایلند^۲ و همکاران، و رضایی و همکاران می باشد (۳۷،۳۶). در تبیین این یافته می توان بیان کرد که در مطالعه حاضر و مطالعات پیشین ارتباط بین پیامدهای حاصل از نقص های عملکردی مرتبط با بیماری با محدودیت های ارتباطات اجتماعی نشان داده شد که در این رابطه و با توجه به عوارض گوناگون ناشی از طبیعت بیماری مانند عدم اطمینان در مورد آینده، غیرقابل پیش بینی بودن علائم بیماری، رژیم دارویی دشوار و عوارض دارویی که این افراد با آنها مواجه هستند، می توانند تأثیرات عمیقی بر جنبه های مختلف زندگی اعم از اشتغال، درآمد، فعالیت های روزمره و روابط اجتماعی داشته باشد و با توجه به این پیامدها احساس تنهایی یک تجربه معمول در افراد مبتلا به ام اس است و تحقیقات نیز نشان داده است که افراد مبتلا به ام اس، اساساً تنهایی شدیدتری را نسبت به بزرگسالان سالم گزارش می کنند که این تفاوت حتی بعد از کنترل سایر متغیرهای اثرگذار معنادار می باشد (۳۸). در پژوهش لیویت^۳ و همکاران، نقش حمایت اجتماعی بر افسردگی و اضطراب در

² Hyland

³ Leavitt

¹ Freeman

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد رابطه معنی‌دار و مستقیمی بین متغیرهای پژوهش وجود داشت. علاوه بر این، خودشفقتی قادر به تاثیرگذاری مستقیم بر بهزیستی روانشناختی بود. احساس تنهایی اجتماعی در ارتباط بین خودشفقتی و بهزیستی روانشناختی نقش میانجی را ایفا کرد. به نظر می‌رسد احساس تنهایی اجتماعی از عوامل مهم تاثیرگذار بر بهزیستی روانشناختی است و از آنجایی که تجربه احساسات و هیجانات مثبت به عنوان یک جزء مهم از سلامت روان محسوب می‌شود، بنابراین می‌توان با افزایش عواطف مثبت و تلاش برای گسترش روابط اجتماعی این افراد، توانایی بیماران را برای مقابله با رویدادهای ناخواسته و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و در نتیجه سازگاری بهتر با بیماری و مشکلات ناشی از آن افزایش داد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر به تایید کمیته اخلاق در پژوهش پژوهشگاه رویان جهاد دانشگاهی با کد IR.ACECR.ROYAN.REC.1398.231 رسید. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

پژوهش حاضر هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

افراد مبتلا به ام اس به خوبی مورد توجه قرار گرفت و به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در نظر گرفته شده است و در مداخلات ممکن است بیشتر بر آموزش در راستای افزایش مقابله، تاب‌آوری و شبکه‌های اجتماعی تمرکز کنند (۱). در راستای این یافته‌ها نشان داده شده است که می‌توان از سرمایه اجتماعی به عنوان روشی برای پذیرش درمان در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن استفاده کرد و می‌توان با افزایش ارتباطات و به عبارتی تعلق اجتماعی از طریق افزایش خلق و خو، امید و افزایش اطلاعات به این بیماران در راستای بهبود کیفیت زندگی و سازگاری با بیماری کمک کرد و همچنین به نظر می‌رسد که مشارکت در گروه‌های اجتماعی، مشارکت در کار جمعی، گذراندن وقت بیشتر با اعضای خانواده، دوستان و دیگران با افزایش حمایت اجتماعی و احساس تعلق سبب کاهش احساس تنهایی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و همچنین بهبود بهزیستی روانشناختی و رفتارهای پذیرش درمان می‌شود (۱، ۳۵، ۳۸).

از محدودیت‌های این مطالعه، ماهیت مقطعی آن است که امکان بررسی رابطه علی- معلولی را میسر نمی‌سازد. افزون بر این، جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر به روش خودگزارشی بود که می‌توانست روی صحت پاسخ‌ها تاثیر بگذارد. ضمن اینکه مطالعه فقط روی بیمارانی که حال عمومی بهتری داشته و به صورت سرپایی به کلینیک مراجعه می‌کردند، انجام شده و نمی‌تواند به بیماران در فاز عود بیماری، تعمیم داده شود.

References

- 1- Leavitt VM, Riley CS, De Jager PL, Bloom S. Esupport: feasibility trial of telehealth support group participation to reduce loneliness in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2020;26(13):1797-800.
- 2- Tosifian N, Ghaderibagejan M, Mahmoodi A, Khaledian M. Structural modeling of early maladaptive schemas and executive functions of people diagnosed with MS emphasizing on the role of the sense of loneliness factor. *Neuropsychology*. 2018;3(10):93-108.

- 3- Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. Improving the quality of life and psychological well-being of recently diagnosed multiple sclerosis patients: preliminary evaluation of a group-based cognitive behavioral intervention. *Disability and Rehabilitation*. 2017;39(15):1474-81.
- 4- Barker AB, das Nair R, Lincoln NB, Hunt N. Social identity in people with multiple sclerosis: a meta-synthesis of qualitative research. *Social Care and Neurodisability*. 2014;5(4):256-67.
- 5- Gheibee A, Tajeri B, Kooshki S, Sobhi Gharamaleki N. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment and compassion therapy on psychological well-being in patient with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2021;7(2):63-73.
- 6- Bhagchandani RK. Effect of loneliness on the psychological well-being of college students. *International Journal of Social Science and Humanity*. 2017;7(1):60.
- 7- Cheung AT, Li WHC, Ho LLK, Ho KY, Chiu S, Chan C-FG, et al. Impact of brain tumor and its treatment on the physical and psychological well-being, and quality of life amongst pediatric brain tumor survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;41:104-9.
- 8- Kingdon CC, Bowman EW, Curran H, Nacul L, Lacerda EM. Functional status and well-being in people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome compared with people with multiple sclerosis and healthy controls. *Pharmaco Economics-open*. 2018;2(4):381-92.
- 9- Timkova V, Mikula P, Fedicova M, Szilasiova J, Nagyova I. Psychological well-being in people with multiple sclerosis and its association with illness perception and self-esteem. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2021;54:103114.
- 10- Ghielen I, Rutten S, Boeschoten RE, Houniet-de Gier M, van Wegen EE, van den Heuvel OA, et al. The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, parkinson's disease and huntington's disease: two meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research*. 2019;122:43-51.
- 11- Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(1):139-54.
- 12- Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. The role of self-compassion and Hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2021;7(3):195-204.
- 13- Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*. 2018;11(2):256-61.
- 14- Narimani M, Ghasemkhanlo A, Sabri V. The comparison of self-compassion, anxiety and depression inpatients with chronic pain and normal people. *Anesthesiology and Pain*. 2020;11(3):57-65.
- 15- Parnian Khooy M, Kehtary L, Gharadaghi A, Eidi M. The effectiveness of compassion-focused therapy on experiential avoidance and cognitive fusion of cancer patients with depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*. 2021;9(36):105-18.
- 16- Zhu L, Yao J, Wang J, Wu L, Gao Y, Xie J, et al. The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*. 2019;28(9):1918-25.
- 17- MirMoeini P, Bayazi MH, Khalatbari J. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with compassion focused therapy on loneliness in patients with multiple sclerosis. *Yafteh*. 2021;22(4):132-45.
- 18- Mikula P, Nagyova I, Krokavcova M, Vitkova M, Rosenberger J, Szilasiova J, et al. Self-esteem, social participation, and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*. 2017;22(8):984-92.
- 19- Takalu MTM, Hosseini SA, Khankeh HR, Pishyareh E, Ebrahimi HA, Bakhshi E. How primary caregivers of individuals with multiple sclerosis cope with social isolation: a grounded theory study in an Iranian context. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2020;27(6):1-13.
- 20- Sagan A. Sample size in multilevel structural equation modeling—the Monte Carlo approach. *Econometrics Ekonometria Advances in Applied Data Analytics*. 2019;23(4):63-79.
- 21- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57(6):1069.

- 22- Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's Scale of Psychological Well-being, Short Form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36.
- 23- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223-50.
- 24- Momeni F, Shahidi S, Mootabi F, Heydari M. Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS). *Contemporary Psychology*. 2014;8(2):27-40.
- 25- Kachooei M, Hasani J, Moradi A, Fathi-Ashtiani A. Comparison of dispositional mindfulness and self-compassion among women with normal and high body-mass-index. *Community Health (Salāmat-i ijtimāi)*. 2018;5(2):2018.
- 26- DiTommaso E, Spinner B. The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*. 1993;14(1):127-34.
- 27- Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*. 1987;51(1):69-81.
- 28- Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996;66(1):20-40.
- 29- Besharat MA. Reliability and validity of a short form of the mental health inventory in an Iranian population. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2009;15(54).
- 30- Besharat MA. Social Loneliness Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Farsi Version). *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist*. 2018;14(56):475-76.
- 31- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30-41.
- 32- Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. The role of self-compassion and hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2021;7(3):195-204.
- 33- Freeman J, Gorst T, Gunn H, Robens S. "A non-person to the rest of the world": experiences of social isolation amongst severely impaired people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*. 2020;42(16):2295-303.
- 34- Kasikci E. Examination of the level of disability, loneliness and self care ability of patients with multiple sclerosis. *International Journal of Caring Sciences*. 2020;13(3):1668-77.
- 35- Alizadeh S, Khanahmadi S, Vedadhir A, Barjasteh S. The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018;19(9):2469.
- 36- Hyland KA, Small BJ, Gray JE, Chiappori A, Creelan BC, Tanvetyanon T, et al. Loneliness as a mediator of the relationship of social cognitive variables with depressive symptoms and quality of life in lung cancer patients beginning treatment. *Psycho-Oncology*. 2019;28(6):1234-42.
- 37- Rezaie N, Ghaderi F, Akrami N. The relationship between self-compassion, perceived social support, and self-esteem with women's borderline personality symptoms, mediating role of aloneness and hopelessness. *Journal of Psychological Studies*. 2020;16(3):57-74.
- 38- Balto JM, Pilutti LA, Motl RW. Loneliness in multiple sclerosis: possible antecedents and correlates. *Rehabilitation Nursing Journal*. 2019;44(1):52-59.