

مقایسه حافظه شرح حال، هویت‌مندی و امنیت‌روانشناختی در دو گروه بیماران MS با افراد عادی *Compare autobiographical memory, identity and psychological security in, Ms's patients and normal people*

Saghi Mohamadyari

M.A in clinical psychology, Islamic Azad University,
Garmsar Branch, Garmsar, Iran.

Davood Manavipour

Associate Prof, Garmsar Branch, Islamic Azad University,
Garmsar, Iran.

ساقی محمدیاری

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

دکتر داود معنوی پور

دانشیار گروه روانشناسی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

Abstract

The current research has been done in order to find the difference of autobiographical memory, identity and psychological security in Ms' patients and normal people. This study is a correlation, the participants in the study were taken from Ms society of Iran and students in Azad univercity garmsar branch. They were 100 women who were chosen randomly (50 women students and 50 Ms patients). In order to collect information 3 different questionnaires were used, questionnaris (MMPS) by Aminpour, identity aspect questionnaires by Majdian and autobiographical memory questionnaires (AMT) by villiams and Brodbent. The metodology of this study was met through (MANOVA). Accordig to statistical results the following outcomes were gaind self awarness and self confidence were significantly higher in Ms participant compare to normal women, communicational identity and social identity in normal group is higher than the other group. As a result of study a significant deffence was seen between the variables so autobiographical memory. Identity and psychological security is significntly high among normal women compare to the other group.

Key words: Autobiographical memory, identity, psychological security.

چکیده:

هدف از این پژوهش، بررسی تفاوت حافظه شرح حال (تعلق‌پذیری اجتماعی) و امنیت‌روانشناختی بیماران MS با افراد عادی است. روش: پژوهش حاضر در مقوله مطالعات علی - مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش از بیماران انجمن MS ایران و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار انتخاب شده‌اند که متشکل از ۱۰۰ زن بودند (۵۰ نفر بیماران MS و ۵۰ نفر دانشجو). روش نمونه‌گیری در این پژوهش غیر تصادفی و در دسترس بوده است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه حافظه شرح حال ویلیامز و برودبنت (AMT) و آزمون امنیت روانی حسن امین‌پور (MMPS) استفاده شده است. فرضیه پژوهش با استفاده از روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) به دست آمده است. یافته‌ها: با توجه به تجزیه و تحلیل اطلاعات، مقدار آزمون لانداوی ویلکز ($p < 0/05$)، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F، درجه آزادی و سطح معناداری، متغیرهای حافظه شرح حال ($F=21/49, df=2, P<0/05$)، در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند و این نشان می‌دهد که حافظه شرح حال و تعلق خاطر اجتماعی گروه عادی به شکل معناداری نسبت به گروه MS بیشتر است. این در حالی است که خودآگاهی و اعتماد به نفس با میانگین و انحراف استاندارد (۲/۵۸، ۰/۶۴) و سطح معناداری ($P<0/05$) در گروه MS نسبت به گروه عادی بیشتر است. نتیجه‌گیری: در نتیجه گروه افراد عادی که در مقایسه با گروه MS مورد مقایسه قرار گرفتند از حافظه شرح حال و گروه MS از امنیت‌روانشناختی بیشتری نسبت به گروه مقابل خود برخوردارند. واژگان کلیدی: حافظه شرح حال، تعلق‌پذیری اجتماعی، امنیت‌روانشناختی.

مقدمه

ام‌اس^۲ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی^۳ و نخاع شوکی^۴ دچار آسیب می‌شود. رایج‌ترین دوره شروع آن جوان بوده و در زنان حدود دو برابر مردان شایع است (Holland NJ, Halper J. 2005). در این بیماران خستگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علائم می‌باشد که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می‌شود (Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi S, Memariyan R, 2008). حدود ۸۰٪ بیماران از خستگی شکایت می‌کنند و گزارش می‌شود که خستگی اولین و آزار دهنده‌ترین علامت یک سوم تا نیمی از بیماران می‌باشد (Schreurs KD, Ridder D, Bensing JM). در یک بررسی (Schreurs KD, Ridder D, Bensing JM. 2007) آشکار شد که خستگی جسمی با ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در این بیماران ارتباط دارند. خستگی جسمانی پیش‌بینی‌کننده ناتوانی فیزیکی در یک سال بعد می‌باشد. خستگی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزمره این بیماران دارد، مانع فعالیت‌های فیزیکی شده و در مسئولیت‌پذیری، کار و نقش‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند که می‌تواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران شود. از آنجاییکه این بیماران هم‌بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم‌بایستی با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیرقابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند. بنابراین، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد (Malcomson KS, Dunwoody I, 2007).

رشد و گسترش روان‌شناسی شناختی و روشمند شدن مطالعات و تحقیقات مربوط به آن در طی چند دهه گذشته حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را تحت تأثیر قرار داده است. در این میان آسیب‌شناسی روانی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و بیشترین اثرپذیری را داشته است. به طوری که، می‌توان در سبب‌شناسی، شکل‌گیری و تکوین، مداخله و درمان اختلالات هیجانی تغییرات اساسی و ساختاری به وجود آورد. در همین رابطه طی چند دهه گذشته محققان شناختی و بالینی با هدف ارائه یک شرح منطقی متکی بر زیر بنای نظری - علمی استوار به نظریه‌های یکسانی دست یافته‌اند، که دست آورد مهم آن، ایجاد حداقل سه مدل حافظه (مدل شبکه‌ای تداعی، مدل پردازش راهبردی و مدل‌های طرحواره) در هیجان است (Jelink, L, Ranjbar, s, s, seifert, D, kellner, M, & Moritz, 2009)؛ که به کمک نظریه‌های این مدل‌ها می‌توان به درک تأثیرپذیری حافظه از هیجان بخصوص در فهم پدیده هویت‌مندی و امنیت روانی پرداخت.

به عنوان نمونه مدل شبکه‌ای باور، به مطالعه و بررسی اثرات پردازشی خلق بر حافظه در افراد و نمونه‌های مختلف می‌پردازد. بنا بر عقیده هماهنگی خلقی و عاطفی جاری شخص، کدگذاری و ثبت می‌گردند و به هنگام یادآوری نیز اطلاعاتی مورد بازخوانی حافظه قرار می‌گیرند که با حالت عاطفی مسلط فرد بیشترین هماهنگی را دارند (Berntsen, D. & RUBIN, D.C. 2007). حافظه، فرایند ذخیره‌سازی اطلاعات و تجارب و بازیابی احتمالی آنها در آینده است. این توانایی بازنمایی و بازیابی اطلاعات برای تمام فرایندهای شناختی از جمله ادراک و حل مسأله از اهمیت بنیادین برخوردار است (Williams, H.L., conway .M.A. & cohen. G. 2008).

² Multiple sclerosis

³ Optic nerves

⁴ Spinal cord

چگونگی پردازش اطلاعات مربوط به خود، مخصوصاً خاطرات شرح حال، و تأثیر این پردازش بر افراد می‌تواند موجب نوعی اختلال هیجانی شود.

عقیده بر این است که نقص در حافظه شرح حال در کودکی ایجاد می‌شود. ویلیامز (۱۹۹۶)، با توجه به داده‌های تجربی به دست آمده از فرایند رشدی، اشاره می‌کند، که خاستگاه کلی گویی حافظه شرح حال، به سه و چهار سال اول زندگی بر می‌گردد، یعنی زمانی که کودکان عادی، به طور متداول گرایش به بازیابی رویدادها و توانایی جلوگیری از بیان بازیابی‌ها دارند، نسبتاً به طور خودکار در حدود سه سالی و سه سال نیم در فرایند رشد ایجاد می‌شود. هر چه کودکان بزرگتر می‌شوند راهبردهای بیشتری را در فرایند کنترل بازیابی کسب می‌کنند. بر اساس عقیده «هیالی و ویلیامز» (Williams, J.M.G. & Broadbent . K. 1986)، فشارزای‌های دوران کودکی (برای مثال، ارتباطات دلبستگی ناخوشایند) ممکن است بر توانایی کودک در یادگیری کنترل کامل این فرایندها تأثیرگذار باشد. اگر کودکان در محیط‌های دشوار رشد کنند، ممکن است یاد بگیرند که اطلاعات رویدادی خاص خیلی منفی هستند و ممکن است از یادآوری رویدادهایی که ماهیت تنبیهی دارند اجتناب کنند.

به عقیده، هیالی و ویلیامز (Williams, J.M.G. & Broadbent . K. 1986)، آگاهی از هر تجربه پدیداری و دیگر موضوعات مرتبط با آن، یا آگاهی از رویدادهای کلی، به صورت گسترده‌ای در پویایی و بهم پیوستگی فرایندهای حافظه شرح حال مهم هستند. حافظه شرح حال یا یادآوری تجربیات شخصی گذشته نقش اساسی در کنش با خود، هیجانات و رفتارهای اجتماعی دارد. بر این اساس، در طول دو دهه اخیر پژوهشگران بر مطالعه اشکال گوناگون رویدادهای مربوط به حافظه شرح حال مثل حافظه مربوط به آسیب و رویدادهای گذشته متمرکز شده‌اند. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داده است که مطالعه در مورد شیوه یادآوری رویدادهای مربوط به حافظه شرح حال برای شناخت بهتر برخی اختلال‌های روانشناختی مانند افسردگی حائز اهمیت می‌باشد (Williams, H.L., Conway . M.A. & Cohen. G. 2008) و (میرآقایی و دیگران، ۱۳۹۲). از منظر روانشناختی مطالعه در مورد حافظه شرح حال را می‌توان کانون اصلی تلاش‌هایی که برای فهم نوع واکنش انطباقی افراد به رویدادهای آسیب‌زا انجام می‌گیرد، تلقی کرد. یادآوری غیرارادی و سرزده خاطرات مربوط به رویداد آسیب‌زا از نشانه‌های اصلی اختلال روانی و افسردگی است (Brewin C.R., Dalgleth T, Josephs. 1996). معمولاً ورود غیرارادی و سرزده اطلاعات مربوط به تروما به فضای ذهن هشیار افراد به قسمت آگاهانه و منسجم‌تر خاطراتی که در حین تجربه رویداد آسیب‌زا اتفاق افتاده است را محدود می‌کند (Brewin C.R. 2011). در کنار این مفروضه‌ها برخی مطالعات دیگر (Berntsen, D. & RUBIN, D.C. 2007). بحث مربوط به هیجانات را در کنار حافظه شرح حال با اهمیت دانسته، معتقدند که افراد پس از تجربه رویدادهای آسیب‌زا از بعد هیجانی نیز دچار مشکلاتی می‌شوند. به نظر این محققان حافظه مربوط به آسیب در افراد مبتلا به افسردگی فقط تحت تأثیر هیجان ناشی از تجربه حوادث منفی از شکل متعادل خود خارج می‌شود که برای فهم آن نیازی به مکانیسم ویژه نیست.

به لحاظ لغوی واژه هویت^۵ از واژه (identitas) مشتق شده و به دو معنای ظاهراً متناقض به کار می‌رود: (۱) همسانی و یکنواختی مطلق (۲) تمایز که در برگیرنده ثبات یا تداوم در طول زمان. گرچه اکثریت قریب به اتفاق نظریه‌پردازان هویت بر سر دو معنای نام برده از هویت اتفاق نظر دارند، ولی هنوز به توافقی درباره کاربرد آن معنای نرسیده‌اند. پرچم دار نظریه هویت اجتماعی جرج هربرت مید است که فرایند دستیابی فرد به احساس و برداشتی کامل از خویشتن را بررسی می‌کند. از دیدگاه مید، هر فرد هویت یا خویشتن خود را از طریق ساماندهی نگرش‌های فردی دیگران در قالب نگرش‌های سازمان یافته اجتماعی یا گروهی شکل می‌دهد. به بیان دیگر تصویری

⁵ identity

که فرد از خود می‌سازد و احساسی که نسبت به خود پیدا می‌کند بازتاب نگرشی است که دیگران نسبت به او دارند (Mead, G.H. 1964).

فرایند هویت‌سازی این امکان را برای یک کنش‌گر اجتماعی فراهم می‌کند که برای پرسش‌های بنیادی معطوف به کیستی و چیستی خود پاسخی مناسب و قانع‌کننده پیدا کند. بی‌گمان می‌توان گفت که هویت از نیازهای روانی انسان و پیش‌نیاز هرگونه زندگی اجتماعی است. اگر محور مبنای زندگی اجتماعی را برقراری ارتباط پایدار و معنادار با دیگران بدانیم، هویت اجتماعی چنین امکانی را فراهم کند. بدون هویت اجتماعی در واقع جامعه‌ای وجود نخواهد داشت هویت اجتماعی نه تنها ارتباط اجتماعی را امکان‌پذیر می‌کند، بلکه به زندگی افراد معنا می‌دهد (Teachers have fewer subject preparations).

برخلاف دیدگاه ساختارگرایانی که می‌کوشند هویت را امری طبیعی و ثابت نشان دهند، باید گفت که هویت امری تاریخی و محتمل است. این پدیده همانند بسیاری چیزهای دیگر، محصول «زمان و تصادف» است و توسط منطق یا اصلی فراتاریخی تعیین نمی‌شود. هویت پیوندی ناگسستگی با تفاوت دارد و تفاوت‌ها همیشه در برگیرنده قدرت هستند که توسط جوامع، حکومت‌ها و نمادها ساخته و توسط آنها حفظ و تقویت می‌شوند. پس هر جا تفاوت باشد، قدرت وجود دارد و هر کسی که دارای قدرت است، درباره معنای تفاوت تصمیم می‌گیرد. قدرتی که تفاوت و بنابراین هویت را می‌سازد و حفظ می‌کند، همیشه درون و بیرون مرزهای تفاوت‌زا و هویت‌آفرین در تلاش است (Teachers have fewer subject preparations).

از سوی دیگر مزلو (Maslow, A.H. 1952) تأکید می‌کند که هر یک از نیازهای عاطفی، شناختی و بیانی یک ارزش به شمار می‌رود، این نکته همان قدر که در مورد عشق به حقیقت یا به یقین صدق می‌کند، درباره علاقه به ایمنی نیز صادق است. احساس ایمنی نه تنها انگیزه و محرک سودمندی نخواهد بود، بلکه استعداد فرد را در رو به روشن شدن و حل کردن مشکلات و خطرات نیز محدود می‌نماید. نابهنجاری‌های روانی و رفتاری در انسان هنگامی شروع می‌شود که احساس ناایمنی بر وجود او حاکم گردد. این احساس، به شیوه‌های مختلف بر مناسبات آنها، سایرین و نحوه زندگی مختلف آنها تأثیر می‌گذارد. احساس ناایمنی می‌تواند فرد درگیر را در فشار قرار دهد و مسائل و مشکلاتی را برای او ایجاد کند و حتی پیامدهای سویی هم در بهداشت روانی فردی و ارتباطات اجتماعی او به ارمغان آورد. احساس ناایمنی می‌تواند از جنبه‌های مختلف زندگی، شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی نمود پیدا کند و با متغیرهای سن، جنس، دین، تأهل، شغل، رشته تحصیلی، شدت یا کاهش یابد. احساس ناایمنی را می‌توان در دوره‌های مختلف سنی مشاهده کرد. احساس امنیت برای سالم بودن جسمی و روانی انسان لازم و ضروری است، احساس عدم امنیت دائم شخص را در حال بسیج قوا و به هم‌ریختگی سوخت و ساز بدن قرار می‌دهد و اگر ادامه یابد موجود را به سوی بیماری‌های جسمی و روانی سوق خواهد داد. زیرا ساختمان بدن انسان قدرت تحمل تنش دائمی را ندارد. تأثیری که احساس ناایمنی بر انسان دارد، ایجاد حالت تنش و برانگیختگی و عدم تعادل است. نگرانی، ترس، وحشت و اضطراب، تنش و عصبیت، جملگی از پیامدهای ناایمنی هستند. فردی که نیازهای ایمنی او ارضا شده باشد همواره احساس دوستی و عشق، تعلق، آسودگی و راحتی، پذیرش خود و دیگران، عزت نفس، قدرت، دلگرمی، ثبات هیجانی، خوشنودی، علاقه اجتماعی، مهربانی، همدلی، فقدان تمایلات روان‌رنجوری و روان‌پریشی دارد. مزلو نیازهای انسان را در اصطلاحاتی از سلسله مراتب نیازها مطرح می‌کند. این نیازها بر اساس یک سلسله مراتب قرار دارند به این ترتیب که تا نیازهای پایین‌تر ارضا نشود به نیازهای بالاتر نمی‌رسد. مزلو توجه کرده که این نیازها در نتیجه کمبودها در زندگی شخص به وجود می‌آیند و رفتارها در تلاش برای پرکردن این نیازها هستند. زمانی که نیازهای فیزیولوژیک و جسمانی به طور نسبی ارضا شدند یک دسته از نیازهای تازه پدیدار می‌گردند که می‌توان آنها را به عنوان نیازهای ایمنی طبقه‌بندی نمود (امنیت، ثبات، وابستگی، اتکاء، حمایت، رهایی از ترس و اضطراب و آشفتگی، نیاز به سازمان، نظم، قانون، محدودیت، و اطمینان به نیروی پشتیبان یا

داشتن حامی مقتدر). این نیازها نیز می‌توانند مانند نیازهای جسمانی ارگانیزم را یک سره به زیرسلطه کشند. آن‌ها می‌توانند به عنوان سازمان‌گران تقریباً منحصر به فرد رفتار، همه قابلیت‌های ارگانیزم را به خدمت خود فراخوانند. در این صورت می‌توان ارگانیزم را به صورت ماشینی تصور کرد که کارش جست و جوی ایمنی است. از طرف دیگر می‌توان گفت که گیرنده‌ها، تأثیرگذارنده‌ها، هوش و دیگر قابلیت‌ها، ابزارهای اصلی این جست و جویند. این نیاز مسلط نه تنها تعیین‌کننده فلسفه و دیدگاه زمان حال فرد یا شخص است. بلکه ارزش‌ها و فلسفه آینده او را نیز تعیین می‌کند. در واقع هر چیزی کمتر از ایمنی می‌نماید. در چنین شرایطی به شرط آن که به قدر کافی مدام و سخت باشد، می‌توان گفت که انسان تنها به خاطر ایمنی زندگی می‌کند. هنگامی که نیازهای ایمنی ارضا شوند، ارگانیزم در جستجوی محبت، استقلال، و احترام به خود و غیره آزاد می‌شود، ارضای نیازهای ایمنی، یک احساس ذهنی به دنبال دارد که به موجب آن انسان می‌پندارد خوابش با آرامش توأم شده است، احساس جسارت و شجاعت بیشتری می‌کند و غیره. به هر تقدیر، نگرانی، ترس، وحشت و اضطراب، تنش، عصبیت، و از کوره در رفتن‌ها، همگی پیامدهای ناکام ماندن از نیازهای ایمنی‌اند. مشاهدات کلینیکی به روشنی نشان می‌دهد که اثرات متناظر ارضای نیازهای ایمنی، فقدان اضطراب، فقدان عصبیت، آرامش، اطمینان به خود، امنیت و غیره است. روشن است که یک تفاوت منش میان، فردی که احساس ایمنی می‌کند و آن که عمرش را به گونه‌ای می‌گذراند که پنداری جاسوسی در سرزمین دشمنان است، وجود دارد. حاصل ارضای نیازهای ایمنی، احساس آسودگی و تمدد اعصاب است. با این همه ارضای نیازهای ایمنی هیچ‌گاه موجد وجد تجربیات اوج، دیوانگی شاد ناشی از عشق کام‌یافته، یا پیامدهایی چون وقار، فهمیدن و نجابت نمی‌گردد. با مشاهده اطفال و کودکان که ارضای نیازهای ایمنی در آنان بسیار ساده‌تر و مشهودتر از بزرگسالان است، می‌توان به طور کارآمدی به درک نیازهای ایمنی در بزرگسالان دست یافت. یکی از آشکارترین واکنش‌های کودکان در برابر تهدید و خطر این است که آنان به هیچ وجه مانع از این واکنش نمی‌شوند. در حالی که به بزرگسالان آموخته شده است که به هر قیمتی مانع از آن شوند. بنابراین حتی زمانی که بزرگسالان احساس می‌کنند ایمنی‌شان در معرض تهدید قرار دارد، این احساس را نمی‌توان در ظاهر آنها دید. همچنین می‌توان در اطفال واکنش‌های بسیار مستقیم‌تر نسبت به انواع گوناگون بیماری‌های جسمی مشاهده کرد. به نظر می‌رسد گاهی اوقات این بیماری‌ها به گونه‌ای بی‌واسطه و به خودی خود تهدید‌کننده باشند و باعث شوند که کودک احساس ناامنی کند. مثلاً، استفراغ، قولنج و دیگر دردهای شدید ظاهراً کودک را وادار می‌کنند که دنیا را به گونه‌ای دیگر ببیند. کودکی که با خوردن غذای نامناسب بیمار شده است ممکن است به مدت یک یا دو روز چنان دچار ترس و کابوس شود و چنان نیاز به حمایت و قوت قلب پیدا کند که هرگز قبل از بیماری‌اش در او دیده نشده است (Maslow, A.H. 1952). تحقیقات (Maslow, A.H. 1952) در مورد اثرات روان‌شناختی جراحی بر کودکان تا حد زیادی این مطلب را ثابت کرده است. نشانه دیگر نیاز کودک به ایمنی این است که او انواع فعالیت‌های عادی و یکنواختی را ترجیح می‌دهد که آرامش او را بر هم نزنند، زیرا او خواستار دنیایی است قابل پیشبینی، قانونمند و منظم. مثلاً بی‌عدالتی، بی‌انصافی و ناسازگاری در والدین باعث می‌شود کودک احساس نگرانی و ناامنی کند. این نگرش ممکن است نه به علت بی‌عدالتی یا تحمل دردهای خاص باشد، بلکه به این علت است که طرز رفتار تهدید به شمار می‌آید و سبب می‌گردد دنیا برای کودک غیرقابل اعتماد، نایمن و غیرقابل پیش‌بینی به نظر آید.

در این پژوهش ما بر آن هستیم تا کشف کنیم که بین حافظه شرح حال، هویت‌مندی، امنیت‌روانشناختی بیماران ام‌اس با افراد عادی چه رابطه وجود دارد. با توجه به مطالب ارائه شده در این بخش سؤال اساسی که پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به آن می‌باشد که آیا بین حافظه شرح حال، هویت‌مندی، امنیت‌روانشناختی بیماران ام‌اس با افراد عادی تفاوتی وجود دارد؟

روش

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی اعضای انجمن MS واقع در خیابان وصال شیرازی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در

سال ۹۴-۹۵ بودند. گروه نمونه شامل ۱۰۰ نفر زن (۵۰ نفر دانشجوی زن، ۵۰ نفر از بیماران MS) بود. گروه سنی نمونه مورد نظر از ۳۹-۲۰ سال بود. نمونه برداری در این پژوهش به روش، نمونه برداری غیر تصادفی (داوطلبانه) انجام شد. از بین دانشجویان و بیماران مبتلا به MS، افرادی که تمایل به پاسخگویی به پرسشنامه را داشتند درخواست شد که پرسشنامه را پاسخ دهند. روش پژوهش حاضر علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه حافظه شرح حال^۶ ویلیامز و برودبنت، امنیت روانی^۷ حسن امین‌پور و پرسشنامه ابعاد هویت محمد مجدیان استفاده شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از نرم افزار spss استفاده شد. یافته‌های پژوهش در دو قسمت توصیفی و استنباطی تنظیم شده است.

به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس حافظه شرح حال، هویت‌مندی و امنیت روانی در نمونه مورد پژوهش که شامل ۱۰۰ نفر بود، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و میزان پایایی هر یک از گویه‌ها در جدول (۱-۱) گزارش شده است. با توجه به مقدار آلفای کرونباخ می‌توان گفت که پرسشنامه مورد نظر دارای پایایی بالایی (۰/۸۷) است.

جدول ۱ - پایایی مقیاس حافظه شرح حال

تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
۱۰	۱۴/۱۱	۸/۲۱	۰/۸۷

پایایی مقیاس هویت‌مندی

تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
۴۵	۱۵۷/۲۴	۲۳/۱۵	۰/۹۱

پایایی مقیاس امنیت روانی

تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
۷۱	۴۰/۱۵	۵/۳۲	۰/۵۰

مشخصات توصیفی پرسشنامه امنیت روانی

جدول ۲ - شاخص‌های توصیفی پرسشنامه امنیت روانی

خرد مقیاس‌های امنیت روانی	میانگین	انحراف استاندارد
ناسازگاری محیطی و احساس حقارت	۳/۲۰۰	۱/۰۶
پارانویا و بدگمانی	۱/۰۸	۱/۱۳
اعتقاد و اطمینان شخصی	۳/۲۸	۱/۵۵
احساس خوب بودن و اشتیاق به زندگی	۳/۴۶	۱/۳۱
زودرنجی و افسردگی	۲/۰۴	۰/۹۶
احساس سعادتمندی و خوش شانس	۲/۹	۱/۲
امنیت اجتماعی	۲/۹۹	۰/۹۱
احساس خودآگاهی	۲/۲۹	۰/۷۳
اعتماد به نفس	۲/۱	۰/۹۸
احساس عصبانیت و پرخاشگری	۱/۴۴	۱/۰۱
احساس یاس و ناامیدی	۱/۳۲	۰/۷۶
علاقه به زندگی	۲/۰۱	۰/۹۲
سازگاری با دیگران	۲/۴۲	۰/۷۲
احساس سلامت و نیرومندی	۲/۹۰	۰/۷۷
احساس حقارت	۱/۸۹	۰/۹۴

^۶ AMT

^۷ MMPS

در جدول ۲ - مقدار میانگین و انحراف استاندارد هر یک از خرده مقیاس‌های امنیت‌روانی مشخص شده است. مقدار میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر است با خرده مقیاس ناسازگاری محیطی و احساس حقارت (۳/۲۰۰، ۱/۰۶)، پارانویا و بدگمانی (۱/۰۸، ۱/۱۳)، اعتقاد و اطمینان شخصی (۳/۲۸، ۱/۵۵)، احساس خوب بودن و اشتیاق به زندگی (۳/۴۶، ۱/۳۱)، زودرنجی و افسردگی (۲/۰۴، ۰/۹۶)، احساس سعادت‌مندی و خوش‌شانسی (۲/۹، ۱/۲)، امنیت اجتماعی (۲/۹۹، ۰/۹۱)، احساس خود آگاهی (۲/۲۹، ۰/۷۳)، اعتماد به نفس (۲/۱، ۰/۹۸)، احساس عصبانیت و پرخاشگری (۱/۴۴، ۱/۰۱)، احساس یاس و نومیدی (۱/۳۲، ۰/۷۶)، علاقه به زندگی (۲/۰۱، ۰/۹۲)، سازگاری با دیگران (۲/۴۲، ۰/۷۲)، احساس سلامت و نیرومندی (۲/۹۰، ۰/۷۷)، احساس حقارت (۱/۸۹، ۰/۹۴) است.

مشخصات توصیفی پرسشنامه ابعاد هویت

جدول ۳ - شاخص‌های توصیفی پرسشنامه ابعاد هویت

خرده مقیاس‌های ابعاد هویت	میانگین	انحراف استاندارد
هویت شخصی	۳۶/۳۲	۵/۹۶
هویت اجتماعی	۲۵/۰۰	۴/۹۵
هویت ارتباطی	۳۸/۴۰	۶/۲۵
هویت جمعی	۲۵/۴۵	۵/۴۰

در جدول ۳ - مقدار میانگین و انحراف استاندارد هر یک از خرده مقیاس‌های ابعاد هویت مشخص شده است. مقدار میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر است با خرده مقیاس هویت شخصی (۳۶/۳۲، ۵/۹۶)، هویت اجتماعی (۲۵/۰۰، ۴/۹۵)، هویت ارتباطی (۳۸/۴۰، ۶/۲۵)، هویت جمعی (۲۵/۴۵، ۵/۴۰) است.

مشخصات توصیفی پرسشنامه حافظه شرح حال

جدول ۴ - شاخص‌های توصیفی پرسشنامه حافظه شرح حال

مقیاس کل حافظه شرح حال	میانگین	انحراف استاندارد
	۱۴/۱۱	۸/۲۱

در جدول ۴ - مقدار میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کل حافظه شرح حال مشخص شده است. مقدار میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر با (۱۴/۱۱، ۸/۲۱) است.

فرضیه پژوهش: بین حافظه شرح حال، هویت‌مندی و امنیت‌روانی در دو گروه بیماران ام اس و افراد عادی تفاوت وجود دارد.

جدول ۵ - شاخص‌های توصیفی متغیرهای حافظه شرح حال و هویت‌مندی

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
حافظه شرح حال	عادی	۱۸/۹۲	۶/۵۶
	MS	۹/۳۸	۵/۸۶
هویت شخصی	عادی	۳۸/۵۴	۴/۱۸
	MS	۳۴/۸۴	۵/۸۷
هویت اجتماعی	عادی	۲۶/۷۸	۳/۰۹
	MS	۲۴/۸۴	۶/۲۸
هویت ارتباطی	عادی	۴۰/۲۴	۴/۸۲
	MS	۳۸/۴۸	۶/۲۷
هویت جمعی	عادی	۲۶/۴۲	۵/۲۸
	MS	۲۶/۷۶	۵/۹۲

در جدول ۵ - مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در هر یک از گروه‌ها مشخص شده است. در جدول (۱ - ۶) مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در هر یک از گروه‌ها مشخص شده است.

جدول ۶ - تحلیل مانوا برای مقایسه دو گروه (عادی، بیماران MS) در نمره کلی حافظه شرح حال و خرده مقیاس‌های هویت‌مندی

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
حافظه شرح حال	۲۲۷۵/۶۹	۲	۱۱۳۷/۸۴	۲۱/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۲۲
هویت شخصی	۳۸۱/۸۵	۲	۱۹۰/۹۲	۵/۷۰	۰/۰۰۴	۰/۰۷
هویت ارتباطی	۳۵۰/۰۹	۲	۱۷۵/۰۴	۴/۶۹	۰/۰۱۱	۰/۰۶
هویت اجتماعی	۲۹۰/۹۲	۲	۱۴۵/۴۶	۶/۳۵	۰/۰۰۲	۰/۰۸
هویت جمعی	۳۹۰/۴۹	۲	۱۹۵/۲۴	۷/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۹

با توجه به مقدار آزمون لانداوی ویلکز ($p < 0/05$) بود، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F ، درجه آزادی و سطح معناداری، به ترتیب متغیرهای حافظه شرح حال ($P < 0/05$)، $F=21/49$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، هویت شخصی ($F=5/70$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، هویت ارتباطی ($F=4/69$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، هویت اجتماعی ($F=6/35$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، هویت جمعی ($F=7/24$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$) در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند. حافظه شرح حال با میانگین و انحراف استاندارد (۱۸/۹۲، ۶/۵۶) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است، هویت شخصی با میانگین و انحراف استاندارد (۳۸/۵۴، ۴/۱۸) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است.

جدول ۷ - شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های امنیت روانی

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
ناسازگاری محیطی و احساس حقارت	عادی	۳/۳۲	۱/۱۱
	MS	۲/۹۸	۱/۱۳
پارانویا و بدگمانی	عادی	۱/۰۲	۰/۹۷
	MS	۱/۱۰	۱/۲۴
اعتقاد و اطمینان شخصی	عادی	۳/۳۲	۱/۴۴
	MS	۳/۳۸	۱/۸۱
احساس خوب بودن و اشتیاق به زندگی	عادی	۳/۶۴	۱/۲۸
	MS	۳/۵۲	۱/۳۸
زودرنجی و افسردگی	عادی	۲/۱۴	۱/۰۱
	MS	۱/۸۸	۰/۹۱
احساس سعادت‌مندی و خوش شانسی	عادی	۲/۹۰	۱/۵۸
	MS	۳/۲۲	۱/۵۰
امنیت اجتماعی	عادی	۳/۰۴	۱/۰۰
	MS	۲/۸۸	۰/۸۲
احساس خودآگاهی	عادی	۲/۱۲	۰/۸۴
	MS	۲/۵۸	۰/۶۴
اعتماد به نفس	عادی	۲/۴۴	۰/۹۰
	MS	۲/۰۴	۱/۰۸
احساس عصبانیت و پرخاشگری	عادی	۱/۳۲	۱/۰۹
	MS	۱/۴۰	۰/۹۸
احساس یاس و نومیدی	عادی	۱/۱۶	۰/۷۶
	MS	۱/۵۲	۰/۷۶
علاقه به زندگی	عادی	۱/۹۴	۱/۰۵
	MS	۲/۰۶	۰/۸۹
سازگاری با دیگران	عادی	۲/۳۰	۰/۶۷
	MS	۲/۵۶	۰/۶۴
احساس سلامت و نیرومندی	عادی	۲/۹۴	۰/۷۳
	MS	۲/۷۲	۰/۷۸
احساس حقارت	عادی	۱/۷۶	۰/۷۹
	MS	۲/۰۶	۱/۰۱

در جدول ۷ - مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در هر یک از گروه‌ها مشخص شده است.

جدول ۸ - تحلیل مانوا برای مقایسه دو گروه (عادی، MS) در خرده مقیاس‌های امنیت روانی

متغیرها	مجموع	df	میانگین	F	sig	مجذورات
	مجذورات	مجذورات	مجذورات			
خودآگاهی	۶/۲۵	۲	۳/۱۲	۶/۱۴	۰/۰۰۳	۰/۰۷
اعتماد به نفس	۹/۸۸	۲	۴/۹۴	۵/۳۵	۰/۰۰۶	۰/۰۶

با توجه به مقدار آزمون لانداى ويلکز ($p < 0/05$) بود، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F، درجه آزادی و سطح معناداری، از بین خرده مقیاس‌های امنیت روانی فقط خودآگاهی و اعتماد به نفس به ترتیب ($F=6/14$, $df=2$, $P<0/05$)، اعتماد به نفس ($F=5/35$, $df=2$, $P<0/05$) در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند.

جدول ۹ - جدول توکی (تفاوت میانگین‌ها)

متغیر وابسته	(I) group	(J) group	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودآگاهی	عادی	MS	-۴۶۰۰	۰/۱۴۲۷۰	۰/۰۰۴
	MS	عادی	۰/۴۶۰۰*	۰/۱۴۲۷۰	۰/۰۰۴
اعتماد به نفس	عادی	MS	۰/۴۰۰۰	۰/۱۹۲۱۰	۰/۰۹۷
	MS	عادی	-۰/۴۰۰۰	۰/۱۹۲۱۰	۰/۰۹۷

با توجه به نتایج جدول ۹ - خودآگاهی با میانگین و انحراف استاندارد (۲/۵۸، ۰/۶۴) و سطح معناداری ($P<0/05$) در گروه MS نسبت به گروه عادی بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

در این مقاله به بررسی رابطه بین حافظه شرح حال، هویت مندی، امنیت روانشناختی بیماران ام اس با افراد عادی پرداخته شده است. در این بخش به بررسی یافته‌های پژوهش می‌پردازیم:

با توجه به مقدار آزمون لانداى ويلکز ($p < 0/05$) بود، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F، درجه آزادی و سطح معناداری، به ترتیب متغیرهای حافظه شرح حال ($F=21/49$, $df=2$, $P<0/05$)، هویت شخصی ($F=5/70$, $df=2$, $P<0/05$)، هویت ارتباطی ($F=4/69$, $df=2$, $P<0/05$)، هویت اجتماعی ($F=6/35$, $df=2$, $P<0/05$)، هویت جمعی ($F=7/24$, $df=2$, $P<0/05$) در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند.

با توجه به نتایج جدول ۷ - حافظه شرح حال با میانگین و انحراف استاندارد (۱۸/۹۲، ۶/۵۶) و سطح معناداری ($P<0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS جنین بیشتر است، هویت شخصی با میانگین و انحراف استاندارد (۳۸/۵۴، ۴/۱۸) و سطح معناداری ($P<0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است. با توجه به مقدار آزمون لانداى ويلکز ($p < 0/05$) بود، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F، درجه آزادی و سطح معناداری، از بین خرده مقیاس‌های امنیت روانی فقط خودآگاهی و اعتماد به نفس به ترتیب ($F=6/14$, $df=2$, $P<0/05$)، اعتماد به نفس ($F=5/35$, $df=2$, $P<0/05$) در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند.

با توجه به نتایج جدول ۷ - خودآگاهی با میانگین و انحراف استاندارد (۲/۵۸، ۰/۶۴) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه MS نسبت به گروه عادی بیشتر است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های زیر همسو می‌باشد:

پژوهشی با عنوان نقش تشخیصی حافظه شرح حال، دلبستگی و هویت در اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار توسط محبوبه اسماعیلی در سال (اسمائی، ۱۳۹۰). در دانشگاه خوارزمی تهران انجام شده است. در نتیجه یکی از عوامل مهم در سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی دلبستگی ناامین است که در دو گروه بیماران مبتلا به PTSD و GAD وجود دارد؛ از طرفی حافظه شرح حال تحت تأثیر نشانه‌های این دو گروه بیماری قرار می‌گیرد. با توجه به ارزیابی متغیرها پیش‌بین حافظه، دلبستگی و هویت، پیش‌بینی عضویت گروهی ۵۳ نفر از ۷۶ نفر به درستی انجام شده است. همچنین، تأثیرات متفاوت نشانه‌های PTSD و GAD بر حافظه شرح حال بر اساس ابعاد دلبستگی و هویتی متفاوت، از مسائل قابل تأمل در زمینه آسیب‌شناسی، روش‌های درمانی و دیگر مسائل پژوهشی می‌باشد. پژوهشی با عنوان مقایسه عملکرد روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال پس از سانحه) - شناختی (حافظه شرح حال، آینده نگر) و عملکرد خانوادگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و والدین فرزندان عادی توسط گلناز سیاح قربانی (عبدی، احمدی ۱۳۸۷). انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان داده که عملکرد روانشناختی والدین کودکان مبتلا؛ معناداری با گروه عادی دارد: میانگین اضطراب، افسردگی و PTSD بطور معناداری بالاتر از گروه والدین عادی بود. این یافته‌ها در حوزه شناختی نیز، به جز در خرده مقیاس خاطرات عمومی منفی در حافظه شرح حال، موید تفاوت معنادار بین عملکرد والدین کودکان سرطانی و عادی بود. همچنین، عملکرد خانوادگی والدین کودکان مبتلا به سرطان، به طور معناداری ضعیف‌تر از عملکرد والدین فرزندان عادی بود، البته خرده مقیاس نقش‌ها از این امر مستثنی بود. پژوهشی با عنوان حافظه شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) توسط احمد عمدی در سال (مقدم، ۱۳۹۰). انجام شده است. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه‌های دارای سابقه تروما کاهش اختصاصی بودن خاطرات در AMT و AMI با استرس پس از سانحه وسیعتر همراه می‌باشد و در بین این گروه‌ها نیز، افرادی که دارای نشانه‌شناسی شدیدتری بودن، نواقص حافظه وسیعتری نشان دادند. یافته‌های مطالعه دوم حاکی از آن بود که بیماران سرطانی مبتلا به PTSD، در مقایسه با گروه کنترل، قادر به بازیابی جزئیات رویدادی و معنایی کمتری در مورد گذشته شخصی خود می‌باشند. آن‌هایی که نشانه‌شناسی شدیدتری داشتند، خاطرات اختصاصی کمتری را از حافظه بازیابی نمودند. پژوهشی با عنوان بررسی امنیت روانی در زنان و دختران بدحجاب و با حجاب توسط حامد مقدم در سال (اردلان، ۱۳۹۲) انجام شد. هدف از این تحقیق بررسی امنیت روانی در زنان و دختران بدحجاب و باحجاب می‌باشد تا معلوم شود بی‌حجابی و بدحجابی چگونه باعث از بین رفتن جایگاه زنان می‌شود و نشاط و آرامش و امنیت آنان را از بین می‌برد. پژوهشی با عنوان مدل‌یابی روابط توانمندسازی روان‌شناختی، معنویت در کار و امنیت روانی پرستاران توسط محمدرضا اردلان در سال ۱۳۹۲ انجام شد (یاوری، ۱۳۹۲). به این نتیجه رسیدند که مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با کاربست برنامه‌های توانمندسازی کارکنان و فراهم آوردن محیط‌های کاری مملو از اخلاق و معنویت زمینه‌های ارتقای امنیت روانی پرستاران را فراهم آورند. پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سبک‌های هویت و بلوغ عاطفی با سازگاری اجتماعی معنادار مرد تحت درمان نگهدارنده متادون مراکز شهر بجنورد توسط علی یاوری در سال ۱۳۹۲ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان انجام شد. نتایج گویای آن است که بین سبک‌های هویت، بلوغ عاطفی و سازگاری اجتماعی معنادار مرد تحت درمان نگهدارنده متادون همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری با سازگاری اجتماعی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (یاوری، ۱۳۹۲).

پژوهشی با عنوان تفاوت‌های فردی در سبک‌های هویت و بهزیستی روان‌شناختی: نقش تعهد هویت توسط امید شکری در سال ۱۳۸۶ در دانشگاه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم انجام شده است. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که اجتناب از مواجهه با

مسائل مربوط به هویت با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی دارد. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که نه تنها وجود تعهد بلکه شیوه مواجهه با تکالیف و موضوعت مربوط به هویت نیز در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی افراد بسیار مهم است (شکری، ۱۳۸۶). پژوهشی با عنوان ساخت و ساز حافظه شرح حال توسط مارتین کانوی (۲۰۰۰) در دانشگاه بریستول انجام شده است. در این پژوهش نشان داده شده که چگونه این مدل به منظور جلب طیف گسترده‌ای از داده‌های متنوع شناختی، اجتماعی، رشد و نمو، شخصیت، بالینی مرود استفاده قرار می‌گیرد. پژوهشی با عنوان «یک نظریه از شرح حال، اختلالات ناشی از، از دست دادن» توسط کلین (۲۰۰۴) انجام شده است (Klein, S. B.). در این مقاله استدلال می‌کند که حافظه شرح حال می‌تواند به عنوان یک حالت روانی ناشی از فعل و انفعال از مجموعه‌ای از ظرفیت‌های روانی (روابط - خودبازتاب، خود مالکیت) بهره مند شود. در نتیجه گروه افراد عادی که در مقایسه با گروه افسرده و گروه MS مورد مقایسه قرار گرفتند از حافظه شرح حال، هویت‌مندی و امنیت‌روانشناختی بیشتری نسبت به دو گروه نامبرده برخوردارند. در هر پژوهشی محدودیت‌هایی وجود دارد که توجه به آن‌ها مقدمات پژوهش‌های بعدی را فراهم می‌کند در این پژوهش هم محدودیت‌های زیر وجود دارد:

۱ - عدم همکاری آزمودنی‌ها برای پر کردن پرسشنامه به دلیل عدم اطلاع و فرهنگی سازی درست که این خود باعث سخت شدن مسیر تحقیق شده است.

۲ - و دیگر اینکه این تحقیق بین گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال انجام شده و نتایج آن به گروه‌های سنی دیگر قابل تعمیم نیست.

۳ - عدم وجود منابع و مقالات مکفی در زمینه هویت‌مندی و حافظه شرح حال در داخل ایران. علاوه بر آن پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر در این زمینه با حجم نمونه‌گیری بزرگتری انجام شود. با توجه به نتایج به دست آمده در فرضیه پژوهش که دال بر تفاوت حافظه شرح حال، هویت‌مندی و امنیت روان‌شناختی افراد عادی نسبت به بیماران MS، پیشنهاد می‌شود که دوره‌هایی برای ارتقای سطح هویت‌مندی و امنیت روان‌شناختی بیماران MS گذاشته شود. شاید در افزایش سلامت روان جامعه تغییری حاصل شود.

تقدیر و تشکر

از همه بیماران شرکت کننده در این پژوهش و همچنین مسئولین محترم در بخش‌ها و مراکز درمانی، که صبورانه در اجرای مراحل آزمون همکاری لازم را مبذول داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- اردلان، محمدرضا (۱۳۹۲). «مدل‌یابی روابط توانمندسازی روان‌شناختی، معنویت در کار و امنیت‌روانی پرستاران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ص ۲۱.
- اسمائیلی، محبوبه (۱۳۹۰). نقش تشخیصی حافظه شرح حال، دلبستگی و هویت در اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار، تهران.
- سیحان قربانی. گلناز (زمستان ۱۳۸۹). «مقایسه عملکرد روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه) - شناختی (حافظه شرح حال، آینده نگر) و عملکرد خانوادگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و والدین فرزندان عادی»، ص ۱۳ - ۱۵.
- شکری، امید (۱۳۸۶)، «تفاوت‌های فردی در سبک‌های هویت و بهزیستی روان‌شناختی: نقش تعهد هویت، دانشگاه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم، ص ۱۴.
- عبدی، احمدی (۱۳۸۷). «بررسی وضعیت حافظه شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، ص ۱۰ - ۱۲.
- مقدم، حامد (۱۳۹۰). «بررسی امنیت‌روانی در زنان و دختران بدحجاب و با حجاب»، کارشناسی ارشد دانشگاه تهران، ص ۱۳.

میرآقایی، علی، مرادی علیرضا، حسنی، جعفر، رحیمی وفا، و میرزایی، جعفر، (۱۳۹۲). مجله روانشناسی ۶۵ / سال هفدهم، شماره ۱ / بهار ۱۳۹۲. یآوری، علی (۱۳۹۲). «بررسی رابطه سبک‌های هویت و بلوغ عاطفی با سازگاری اجتماعی معتادان مرد تحت درمان نگهدارنده متادون مراکز شهر بجنورد»، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان. ص ۲۳.

- Berntsen, D. & RUBIN, D.C. (2007). when trauma becomes a key to identity. Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied cognitive psychology*, 21, 417 – 431.
- Brewin C.R., Dalgleish T, Josephs. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 106, 670-680.
- Brewin, C.R. (2011) the nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annual review clinical psychology*, 7, 203-227.
- Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi S, Memariyan R., Kazemnejad A. (2008). Effect of applying progressive muscle relaxation technique on fatigue in MS patients. *J Shahrekord Univ of Med Sci*. 2008; 10(1): 61-68. [Persian].
- Holland NJ, Halper J. (2005). *Multiple sclerosis: a selfcare guide to wellness*. New York: Demos Medical Publishing. p. 1-10.
- Jelink, L, Ranjbar, S, Seifert, D, KELLNER, M, & Moritz (2009). The organization of autobiographical and nonautobiographical memory in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Abnormal psychology*, 118, 288-296.
- Klein, S. B. (in press). The cognitive neuroscience of knowing one's self. In M. A. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive sciences III*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Maslow, A.H. (1952). *Manual for thesecurity – Insecurity*.
- Malcomson KS, Dunwoody I, Low-strong AS. psychological intervention in people with multiple sclerosis. *J Neurol*. 2007; 254: 1-13.
- Mead, G.H. 1964. *On Social Psychology*. Ed. by Anselm Strauss. University of Chicago Press. ISBN 0226516652.
- Schreurs KD, Ridder D, (Bensing JM. Fatigue in multiple sclerosis reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *J psycho resea*.
- Teachers have fewer subject preparations (Lybbert, 1996, p, 20; Jenkins, 1996, p, 96; Kruse and Zulkowski, 1997, p, 19; Short and Thayer, 1997, pp. 1-2; Adams and Staunton, 1997, p, 80).
- Williams, H.L., Conway, M.A. & Cohen, G. (2008). *Autobiographical memory*. In G. Cohen & M.A. Conway (Eds). *Memory in the real world* (3rd ed., pp. 21-90). Hove, U.K; Psychology press.
- Williams, J.M.G. & Broadbent, K. (1986) *Autobiographical memory in suicide attempters* *Journal of Abnormal Psychology* 95, 144, 149.