

اثربخشی آموزش سرسختی روان‌شناسی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

The effectiveness of psychology hardiness training on the psychological well-being in patient with multiple sclerosis (MS)

محمد عیسی یزدانی^۱، ناصر صبحی قراملکی^۲، سعید ملیحی الذاکرنی^۳

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of hardiness training on the psychological well-being of multiple sclerosis patients. The research method was quasi-experimental with control and experimental group and the statistical population included all patients with multiple sclerosis in Karaj city in 2017, among which 30 were selected by sampling method and were randomly assigned to control and experimental groups and answered to Ryff psychological well-being scale (1989). After 10 hardiness training sessions, the two groups responded to the questionnaire for posttest. The results of this study showed that psychological hardiness training has a significant effect on the components of autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relationship with others, purpose in life and self-acceptance. Due to the high cost of drug treatments for controlling multiple sclerosis symptoms as well as numerous complications caused by them, the use of

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش سرسختی روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مولتیپل اسکلروز بود. روش پژوهش تو صیفی از نوع شبه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش و جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز در شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها به روش نمونه‌برداری ۳۰ نفر از آنان با همگن‌سازی جنس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند و به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) پاسخ دادند. پس از ۱۰ جلسه آموزش سرسختی برای گروه آزمایش هر دو گروه جهت پس آزمون به پرسشنامه فوق پاسخ دادند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش سرسختی روان‌شناختی در مرحله پس آزمون بر مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی و پذیرش خود اثر معناداری دارد. با توجه به هزینه زیاد درمان‌های دارویی جهت کنترل نشانه‌های مولتیپل اسکلروز

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، گروه روان‌شناسی عمومی، آمل، ایران.

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی، گروه رفتار حرکتی، تهران، ایران aidasobhi@yahoo.com

۳. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گروه روان‌شناسی سلامت، کرج، ایران.

complementary therapies is increasing in these patients. It, therefore, seems that it would be possible to increase the hardiness training as a complementary psychological well-being treatment for patients with multiple sclerosis.

Keywords: hardiness, multiple sclerosis, well-being.

و همچنین عوارض متعدد ناشی از آن‌ها، استفاده از درمان‌های مکمل در این بیماران رو به افزایش است. از این رو به نظر می‌رسد شاید بتوان با آموزش سرسختی به‌عنوان یک درمان مکمل بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی، سرسختی، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

مولتیپل اسکلروز (MS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن چالش‌زا و ناتوان‌کننده سیستم عصبی مرکزی تحت تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی که زندگی ۲/۳ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است که با از بین رفتن میلین در سلول‌های عصبی همراه است و در نتیجه کنش‌وری حسی و حرکتی فرد را مختل می‌سازد (تامپسون، بارانزینی، گوارتس، هیمر و سیسارلی^۱، ۲۰۱۸؛ سگال^۲، ۲۰۱۹، میچل^۳، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به ام. اس علاوه بر مسائل فیزیکی، مشکلات روانی متعددی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی برای آن‌ها دشوارتر می‌شود (عمومیرزا، ملکی‌راد و سلیمی، ۱۳۹۶). چراغی و نصری (۱۳۹۵) پیشنهاد کردند توجه به بهزیستی روان‌شناختی^۴ در مبتلایان به ام. اس امری ضروری است. بافنده، موحدی، قاسمی کلی و رحیمی (۱۳۹۴) پیشنهاد کردند خانواده و اجتماع نقش حیاتی در روند این بیماری بر عهده دارند و این بیماران می‌توانند با اکتساب و تقویت سرسختی روان‌شناختی^۵، سلامت روان خود را بهبود بخشند.

بهزیستی ذهنی به احساس و تفکر فرد در مورد زندگی اطلاق می‌شود. بهزیستی ذهنی مفهوم گسترده‌ای است که آن را به دو بخش تقسیم کرده‌اند: (۱) بهزیستی عاطفی که اشاره به وجود عاطفه خوشایند و مثبت (مثلاً احساس شادکامی) و عدم وجود عاطفه ناخوشایند (مثلاً خلق و خوی افسرده) دارد. (۲) بهزیستی شناختی که به ارزیابی‌های شناختی کلی از زندگی (مثلاً رضایت از زندگی) و همچنین از حوزه‌های خاص زندگی (مثلاً رضایت شغلی یا رضایت زناشویی) اشاره دارد

1 . Thompson, Baranzini, Geurts, Hemmer, & Ciccarelli

2 . Segal

3 . Michel

4 . psychological well-being

5 . psychological hardiness

(دینر، سو، لوکاس و اسمیت^۱، ۱۹۹۹). دهه گذشته ریف (۱۹۸۹) الگوی بهداشت روانی را ارائه کرده کرده است. در دیدگاه ریف (۲۰۱۴) بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. بنا به تعریف ریف (۲۰۱۴) بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: (۱) پذیرش خود^۲ (نگرش مثبت نسبت به خود)، (۲) رابطه مثبت با دیگران^۳ (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران)، (۳) خودمختاری^۴ (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در برابر فشارهای زندگی)، (۴) زندگی هدفمند^۵ (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، (۵) رشد شخصی^۶ (احساس رشد مستمر) و (۶) تسلط بر محیط^۷ (توانایی فرد در مدیریت محیط).

در میان ویژگی‌های فردی، سرسختی متغیر شخصیتی است که بر مقاومت افراد در برابر استرس مؤثر است و با بهزیستی روان‌شناختی بالاتر رابطه دارد. سرسختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی که به عنوان منابع مقاومت در برخورد با شرایط استرس‌زا محسوب می‌شود. شواهد نشان می‌دهند که مقاومت حتی برداشت افراد را از وقایع استرس‌زای زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد (موسی لائزاد، خدابخشی کولائی و جمالی^۸، ۲۰۱۲). سرسختی روان‌شناختی با جنبه‌های مختلفی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد ارتباط دارد (پوراکیبری، خواجهوند خوشلی و اسدی، ۱۳۹۳؛ اسکوموروو سکی و سودام، ۲۰۱۱). کوبا سا^۹ ۱۹۷۹ مفهوم سخت‌رویی را معرفی کرد. این ویژگی شخصیتی از مکتب روان‌شناسی وجودی مشتق شده است. افراد سخت‌رو حوادث زندگی را مهارشده‌نی و تغییرات زندگی را به عنوان ملزومات زندگی که جالب اند، در نظر می‌گیرند. این مفهوم شامل سه مؤلفه است: (۱) تعهد^{۱۰}، احساس مشارکت در فعالیت‌های زندگی، (۲) چالش^{۱۱}، در نظر گرفتن حوادث بالقوه استرس‌زا به عنوان فرصت‌های جالب برای رشد و (۳) کنترل^{۱۲}، ادراک اینکه فرد بر زندگی تسلط دارد و بر آن تأثیرگذار است. این طور تصور می‌شود که این گرایش مثبت نسبت به زندگی کمک می‌کند تا فرد تحت شرایط استرس‌زا سالم بماند (گبهارت، وندر-دوئف و پائول^{۱۳}، ۲۰۰۱).

-
- 1 . Diener, Suh, Lucas & Smith
 - 2 . self-acceptance
 - 3 . positive relations with others
 - 4 . autonomy
 - 5 . purpose in life
 - 6 . personal growth
 - 7 . environmental mastery
 - 8 . Mosalanejad, Khodabakshi Koolae & Jamali
 - 9 . Kobasa
 - 10 . commitment
 - 11 . challenge
 - 12 . control
 - 13 . Gebhardt, van der Doef, & Paul

در پژوهشی که توسط شیرمحمدی، میکائیلی منیع و و زارع (۱۳۸۹) انجام شد یافته‌ها نشان دادند که میان متغیرهای سخت رویی و میان مولفه‌های تعهد و کنترل سخت رویی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. و در پژوهشی که توسط معین، غیائی و مسموعی (۱۳۹۰) انجام شده، نتایج نشان دادند که بین سخت‌رویی با رضایت از زندگی رابطه معنادار وجود دارد. بین کنترل، تعهد، مبارزه جویی با رضایت از زندگی رابطه معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش نجد، مصاحبی و آتش‌پور (۱۳۹۲) نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و متغیرهای پیش‌بین، قادرند تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند. پروانه، مومنی، پروانه و کریمی (۱۳۹۳) پیشنهاد کردند داشتن ویژگی‌های مثبتی چون مقابله با چالش، داشتن تعهد، امید و معنا در زندگی باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.

با توجه به هزینه زیاد درمان‌های دارویی جهت کنترل نشانه‌های مولتیپل اسکروز و همچنین عوارض متعدد ناشی از آن‌ها، استفاده از درمان‌های مکمل در این بیماران رو به افزایش است (پيامنی، نظری، نکته دان، قدیریان و کرمی، ۱۳۹۱). بهزیستی روان‌شناختی تحت تأثیر متغیرهای زیادی قرار می‌گیرد که این متغیرها با توجه به محیطی که فرد در آن قرار دارد متنوع است (بخشی ارجنکی، شریفی و قاسمی پیربلوطی، ۱۳۹۴). از این رو به نظر می‌رسد شاید بتوان با آموزش سرسختی به‌عنوان یک درمان مکمل بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز را افزایش داد و بنابراین هدف ای پژوهش پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا آموزش سرسختی روان‌شناختی بر ارتقای مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی اثرگذار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش تو صیفی از نوع شبه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش و جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز در شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها به روش نمونه‌برداری ۳۰ نفر از آنان با هم‌تاسازی جنس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل طول مدت بیماری برای حداقل یک سال و زندگی مشترک با همسر و ملاک‌های خروج شامل متارکه، دریافت در مان‌های موازی و معلولیت جسمانی و بیماری‌های مزمن دیگر بود. پس از اخذ مجوز از بیمارستان‌ها و ارائه توضیحات مختصری درباره هدف از پژوهش برای بیماران و نحوه شرکت در جلسات و بستن قرارداد دو طرفه، گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه آموزش سرسختی در سالن انتظار بیمارستان قرار گرفتند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱. این مقیاس ۸۴ گویه‌ای توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شد و شش خرده‌مقیاس دارد. این مقیاس پذیرش خود را با گویه‌های ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴، ۶۰، ۶۶، ۷۲، ۷۸ و ۸۴، رابطه مثبت با دیگران را با گویه‌های ۱، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۷، ۴۳، ۴۹، ۵۵، ۶۱، ۶۷، ۷۳ و ۷۹، خودمختاری را با گویه‌های ۲، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸، ۴۴، ۵۰، ۵۶، ۶۲، ۶۸، ۷۴ و ۸۰، زندگی هدف‌مند را با گویه‌های ۵، ۱۱، ۱۷، ۲۳، ۲۹، ۳۵، ۴۱، ۴۷، ۵۳، ۵۹، ۶۵، ۷۱، ۷۷ و ۸۳، رشد شخصی را با گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۴، ۴۰، ۴۶، ۵۲، ۵۸، ۶۴، ۷۰، ۷۶ و ۸۲ و تسلط بر محیط را با گویه‌های ۳، ۹، ۱۵، ۲۱، ۲۷، ۳۳، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۷، ۶۳، ۶۹، ۷۵ و ۸۱ در طیف لیکرت از ۱= کاملاً مخالف تا ۶= کاملاً موافق، ارزیابی می‌کند (ریف، ۱۹۸۹). بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) ضریب پایایی کل مقیاس را به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدف‌مند، رشد شخصی و تسلط بر محیط را برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ و روایی همگرایی این مقیاس را بر اساس رابطه آن با مقیاس رضایت از زندگی^۲ دینر، امانز، لارسن و گریفین^۳ ۱۹۸۵، پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۴ آرگیل، مارتین و کروسلند^۵ ۱۹۸۹ و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ^۶ ۱۹۶۵ مطلوب گزارش کردند.

خلاصه محتوای جلسات آموزش سرسختی روان‌شناختی

جلسه اول: معارفه، ایجاد رابطه حسنه، شرح محاسن و اهداف برگزاری کلاس‌ها.
 جلسه دوم: آموزش نکاتی درباره روش‌های مقابله با استرس، خودداری از پرخاشگری و اجتناب.
 جلسه سوم: آگاهی شناختن درباره خطاهای شناختی، افکار منفی و همچنین بازبینی دیدگاه‌های منفی.
 جلسه چهارم: ترغیب اعضا برای تغییر افکار منفی به افکار مثبت یا خنثی.
 جلسه پنجم: آموزش تعیین هدف، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، مدیریت بر هیجان‌ها.
 جلسه ششم: تقویت باورهای مثبت درباره جامعه و تعامل با آن.
 جلسه هفتم: آشنایی با اهمیت تغذیه مناسب که به توان‌مندی جسمی در برابر مشکلات کمک می‌کند.

جلسه هشتم: آموزش سه مهارت آرام‌سازی عضلات، تنفس عمیق و تصویرسازی ذهنی.
 جلسه نهم: آموزش نکاتی درباره تأثیر ورزش منظم بر توان‌مندی همه جانبه.
 جلسه دهم: مرور خلاصه تمام جلسات و جمع‌بندی محتوای جلسات توسط افراد.

1. Ryff psychological well-being scale
2. satisfaction with life scale 2- diener
3. Diener, Emmons, Larsen & Griffin
4. Oxford happiness inventory
5. Argyle, Martin & Crossland
6. Rosenberg self-esteem scale

یافته‌ها

بعد از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام با نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند و با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری تحلیل شدند. در پژوهش حاضر، در گروه آزمایش ۵۴ درصد (۸ نفر) آزمودنی‌ها مرد، ۴۶ درصد (۷ نفر) زن بودند. در گروه کنترل نیز ۵۴ درصد (۸ نفر) آزمودنی‌ها مرد، ۴۶ درصد (۷ نفر) زن بودند. در گروه آزمایش ۴۰ درصد (۶ نفر) آزمودنی‌ها تحصیلات لیسانس، ۶۰ درصد (۹ نفر) فوق لیسانس بودند. در گروه کنترل ۲۷ درصد (۴ نفر) آزمودنی‌ها تحصیلات لیسانس، ۷۳ درصد (۱۱ نفر) فوق لیسانس بودند. در گروه آزمایش ۵۴ درصد (۸ نفر) آزمودنی‌ها ۲۰-۳۰ و ۴۶ درصد (۷ نفر) ۳۰-۴۰ ساله بودند. در گروه کنترل ۴۶ درصد (۷ نفر) آزمودنی‌ها ۲۰-۳۰ و ۵۴ درصد (۱۱ نفر) ۳۰-۴۰ ساله بودند. در گروه آزمایش ۶۶ درصد (۱۰ نفر) آزمودنی‌ها سابقه بیماری قلبی داشتند و ۳۴ درصد (۵ نفر) سابقه بیماری قلبی نداشتند. در گروه کنترل ۷۳ درصد (۱۱ نفر) آزمودنی‌ها سابقه بیماری قلبی داشتند و ۲۷ درصد (۴ نفر) سابقه بیماری قلبی نداشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه کنترل	گروه آموزش سرسختی روانشناختی		بهزیستی روان‌شناختی		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۲/۳۵	۱۹/۳۱	۳/۱۳	۱۹/۸۲	پیش‌آزمون	خودمختاری
۲/۱۳	۱۹/۲۲	۲/۳۴	۴۳/۳۵	پس‌آزمون	
۲/۲۳	۱۸/۴۲	۳/۴۴	۱۷/۱۵	پیش‌آزمون	تسلط محیطی
۴/۴۳	۱۸/۴۴	۳/۵۱	۳۵/۶۰	پس‌آزمون	
۳/۱۵	۱۹/۲۵	۳/۶۶	۱۵/۴۵	پیش‌آزمون	رشد شخصی
۳/۴۲	۱۹/۱۵	۵/۵۹	۲۳/۱۹	پس‌آزمون	
۳/۰۸	۱۴/۰۵	۲/۸۱	۱۴/۱۵	پیش‌آزمون	ارتباط مثبت
۲/۱۳	۱۵/۲۵	۵/۶۵	۳۱/۴۴	پس‌آزمون	
۳/۴۴	۱۸/۷۷	۳/۲۲	۱۸/۰۰	پیش‌آزمون	هدمندی در زندگی
۳/۱۹	۳۰/۳۹	۵/۳۴	۲۲/۶۶	پس‌آزمون	
۴/۲۱	۱۵/۵۵	۴/۴۴	۱۵/۲۹	پیش‌آزمون	پذیرش خود
۴/۹۶	۱۴/۵۸	۶/۳۰	۳۵/۹۰۰	پس‌آزمون	
۲۵/۸۷	۱۰۴/۸۷	۲۰/۲۱	۱۰۳/۶۹	پیش‌آزمون	کل
۲۰/۷۷	۱۱۸/۷۴	۲۹/۵۵	۲۰۱/۸۸	پس‌آزمون	

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش آزمون بهزیستی روان‌شناختی بیماران ام. اس در گروه آموزشی سز سختی روان‌شناختی ۱۰۳/۶۹ (و ۲۰/۲۱) و گروه کنترل ۱۰۴/۸۷ (و ۲۵/۷۸) بود. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پس آزمون بهزیستی روان‌شناختی بیماران ام. اس در آزمایش ۲۰۱/۸۸ (و ۲۹/۵۵) و گروه کنترل ۱۱۸/۷۴ (و ۲۰/۷۷) بود.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) برای نمرات کلی متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	منابع تغییرات	Ss	df	MS	F	P
بهزیستی روان‌شناختی	اثر پیش آزمون	۰/۶۶۳	۱	۰/۶۶۳	۰/۱۰۳	۰/۷۵۱
	گروه	۱۶۱۰/۱۸۹	۱	۱۶۱۰/۱۸۹	۲۲۴۹/۳۴۱	۰/۰۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد بر اساس نتایج حاصل از آزمون آنکوا پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، آزمون سرسختی روان‌شناختی در مرحله پس آزمون بر بهزیستی روان‌شناختی اثر معناداری دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

آزمون باکس	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
۲۰/۱۳۶	۳/۰۶۷	۶	۱۰۴۶۹/۱۸۹	۰/۵۵۳

جدول ۳ نشان می‌دهد بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون نوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	F	df 1	df 2	P
خود مختاری	۱۰/۳۶	۱	۳۸	۰/۱۴
تسلط بر محیط	۷/۰۰	۱	۳۸	۰/۵۵
رشد شخصی	۷/۶۶	۱	۳۸	۰/۳۷
ارتباط مثبت با دیگران	۱۹/۴۴	۱	۳۸	۰/۵۴
هدفمندی در زندگی	۳۷/۲۳	۱	۳۸	۰/۷۶
پذیرش خود	۱۱/۰۸	۱	۳۸	۰/۱۳

جدول ۴ نشان می‌دهد بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است؛ بنابراین انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بلامانع است.

جدول ۵. منابع آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان-

شناختی

آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	P	Eta
پیلایی بارتلت	۰/۷۴۸	۶	۳۰	۶۱/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
لامبدای ویلکز	۰/۷۴۸	۶	۳۰	۶۱/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
هتلینگ لالی	۰/۷۴۸	۶	۳۰	۶۱/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۴۸	۶	۳۰	۶۱/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸

جدول ۵ نشان می‌دهد نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی معنادار بود. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های متغیر مورد بررسی در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان داد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز تقریباً ۷۴ درصد است. یعنی ۷۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکو) بر نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان-

شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه	منابع تغییرات	Ss	df	MS	F	P
خود مختاری	پیش آزمون گروه	۲/۵۲۶	۱	۲/۵۲۶	۰/۴۵۶	۰/۵۰۴
تسلط بر محیط	پیش آزمون گروه	۱/۰۳۵	۱	۱/۰۳۵	۰/۰۸۴	۰/۷۷۴
رشد شخصی	پیش آزمون گروه	۱۶/۶۰۳	۱	۱۶/۶۰۳	۱/۹۶۵	۰/۱۷۰
ارتباط مؤثر با دیگران	پیش آزمون گروه	۱۰۷۲/۲۴۹	۱	۱۰۷۲/۲۴۹	۸۶/۲۶۹	۰/۰۰۱
هدف‌مندی در زندگی	پیش آزمون گروه	۳/۴۴۹	۱	۳/۴۴۹	۰/۴۳۲	۰/۲۶۷
پذیرش خود	پیش آزمون گروه	۳۱۵/۶۵	۱	۳۱۵/۶۵	۳۹/۰۲۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون گروه	۲/۱۳۴	۱	۲/۱۳۴	۰/۵۴۳	۰/۸۲۵
	پیش آزمون گروه	۳۴۸/۱۵۴	۱	۳۴۸/۱۵۴	۴۰/۷۸۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون گروه	۲/۴۳۵	۱	۲/۴۳۵	۰/۲۴۳	۰/۴۳۲
	پیش آزمون گروه	۴۳۳/۵۹۰	۱	۴۳۳/۵۹۰	۵۸/۶۶۴	۰/۰۰۱

جدول ۶ نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، آموزش سرسختی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون بر مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی و پذیرش خود اثر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش سرسختی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بیماران مولیتپل اسکلروزیس (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل شده است. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های بافنده و همکاران (۱۳۹۴)؛ بخشی ارجنکی و همکاران (۱۳۹۴)؛ پروانه و همکاران (۱۳۹۳)؛ پوراکیبری و همکاران (۱۳۹۳)؛ پیامنی و همکاران (۱۳۹۱)؛ چراغی و نصری (۱۳۹۵)؛ شیرمحمدی و همکاران (۱۳۸۹)؛ عمومیرزا و همکاران (۱۳۹۶)؛ معین و همکاران (۱۳۹۰)؛ نجد و همکاران (۱۳۹۲)؛ اسکومورووسکی و سودام (۲۰۱۱) هم راستاست.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ریف عقیده دارد که بعضی از جنبه‌های کنش‌وری بهینه، مانند تحقق هدف‌های فردی، متضمن قانون‌مندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. بنابراین بهزیستی را نباید ساده‌نگرانه معادل با تجربه بیش‌تر لذت در مقابل درد دانست؛ در عوض بهزیستی دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه واقعی فرد است (جوشن‌لو، رستمی و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵). از سویی، سخت‌روی متضمن سه عنصر در هم تنیده است: تعهد، کنترل و چالش. افرادی که از خود سخت‌روی نشان می‌دهند، از منظر این عناصر به رویدادهای دگرگون‌کننده زندگی نگاه می‌کنند. افرادی که از تعهد کم‌تری برخوردارند، مایل‌اند از سایر افراد جدا باشند و در زندگی خود کم‌تر احساس معنا می‌کنند. افرادی که با درجه نازلی از کنترل، با زندگی خود برخورد می‌نمایند، احساس عجز کرده و بر این باورند که خواست دیگران و جامعه، تعیین‌کننده اکثر فعالیت‌های آن‌هاست. آن‌ها معتقدند که اتفاق، بخت و اقبال بر سرنوشت آن‌ها مسلط است. افرادی که حس چالش ندارند، تغییرات زندگی باعث تهدید آن‌ها می‌شوند. اشخاصی که تعهد بالایی دارند، به شدت درگیر انجام فعالیت می‌شوند و به اهمیت و ارزش کارشان باور دارند. آن‌ها مایل‌اند خود را عمیقاً با ابعاد مختلف زندگی، از کار گرفته تا روابط خانوادگی و اجتماعی، درگیر کنند. آنان بر این باورند که همه فعالیت‌های روزانه زندگی‌شان یک هدف کلی دارد. اشخاص برخوردار از کنترل بالا، باور دارند و عمل‌شان نیز حاکی از آن است که واقعاً می‌توانند بر رویدادهایی که با آن‌ها مواجه می‌شوند، تأثیر بگذارند، نه اینکه در رویارویی با نیروهای خارجی عاجز بمانند؛ آن‌ها پافشاری زیادی بر مسئولیت خود نسبت به زندگی دارند، و احساس می‌کنند قادرند بدون راهنمایی دیگران مستقلاً عمل کنند. در نهایت افرادی که حس چالش دارند، تغییرات زندگی را عادی می‌دانند و این تغییرات باعث تهدید آنان نمی‌شود

(دیماتئو^۱، ۱۹۹۱). در مجموع می‌توان گفت آن‌ها اهمیت مشکلات را نادیده یا دست کم نمی‌گیرند و در عوض فعالانه با مسائل خود مواجه شده و می‌کوشند آن را حل کنند (ساپینگتون^۲، ۱۹۸۹). در نهایت به علت تمام دلایل فوق احتمالاً این افراد از لحاظ جسمانی و روانی سالم باقی می‌مانند و این موضوع باعث می‌شود که آن‌ها از زندگی خود احساس رضایت بیشتری داشته باشند چنان که پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که این افراد از سلامت جسمانی و روانی بیشتری برخوردارند (کنادن، شارما، کانکار و اتری^۳، ۲۰۱۳؛ تیلور، پیتروبون، تاورنیرس، لیون و فرن^۴، ۲۰۱۳؛ توماسن^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین این افراد بیش‌تر بر رویدادهای مثبت تأکید می‌ورزند تا رویدادهای منفی (ساپینگتون، ۱۹۸۹).

در یک جمع‌بندی، سرسختی روان‌شناختی به عنوان تعدیل‌کننده روابط بین اثرات منفی استرس، زندگی و سلامت روانی عمل می‌کند. افراد دارای سرسختی روان‌شناختی پایین وقایع ایجادکننده تغییر در زندگی را، در مقایسه با افراد سرسخت بالا، منفی‌تر و غیر قابل کنترل ارزیابی می‌کنند که احتمالاً منجر به احساس عدم کنترل و مهار محیط و اجبار در دگرپیروی، نگرش منفی نسبت به خود و رابطه منفی با محیط و در نهایت سکون و بی‌برنامگی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد از طریق آموزش می‌توان افراد را سرسخت نمود و از این لحاظ بهزیستی روان‌شناختی را در آن‌ها بهبود بخشید. برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعمیم‌پذیری نتایج آن را با محدودیت مواجه می‌کند. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش محدود به شهر کرج بود و اثر متغیرهای دیگر بر بهزیستی روان‌شناختی این بیماران بررسی نشده است، لذا به منظور تعمیم‌پذیری بهتر نتایج پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر و در رابطه با دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی این بیماران انجام شود.

منابع فارسی

بافنده، حسن، موحدی، یزدان، قاسمی کلی، فضل‌الله، و رحیمی، علی. (۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز و هم‌تایان عادی. سلامت جامعه، ۹(۲۶)، ۲۸-۳۷.

بخشی ارجنکی، بتول، شریفی، طیبه، قاسمی پیربلوطی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با نگرش دینی، عزت‌نفس و سرسختی روان‌شناختی با استفاده از مدل سازی معادلات

- 1 . Dimatteo
- 2 . Sappington
- 3 . Knowlden, Sharma, Kanekar, & Atri
- 4 . Taylor, Pietrobon, Taverniers, Leon, & Fern
- 5 . Thomassen

- ساختاری در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه دولتی شهر کرد. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۴(۳)، ۶۹-۶۰.
- پروانه، الهام، مومنی، خدامراد، پروانه، آذر، و کریمی، پروانه. (۱۳۹۳). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس هوش معنوی و سخت‌رویی در دانشجویان دختر. *نشریه اسلام و سلامت*، ۴(۱)، ۳۰-۱۴.
- پوراگیری، فهیمه، خواجه‌وند خوشلی، افسانه، و اسدی، جوانشیر. (۱۳۹۳). رابطه سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در پرستاران. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۱(۲)، ۵۹-۵۳.
- پیامنی، فیروزه، نظری، علی اکبر، نکته دان، هایده، قدیریان، فتانه، و کرمی، کبری. (۱۳۹۱). وضعیت درمان‌های مکمل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۵(۷۷)، ۲۰-۱۲.
- جوشن لو، محسن، رستمی، رضا، و نصرت‌آبادی، مسعود. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. *فصلنامه روان‌شناسی ایرانی*، ۳(۹).
- چراغی، مهناز، و نصری، صادق. (۱۳۹۵). مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۶۴)، ۶۱-۵۵.
- حقیقی، عطاری، سینا رحیمی و سلیمانی نیا (۱۳۸۷)
- دیمانتو، ام. آر. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی سلامت به ضمیمه نگرشی بر منابع اسلامی*. مترجمان: سید مهدی موسوی / صل و همکاران. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۱).
- سپینگتون، آندروا. (۱۳۹۲). *به‌داشت روانی*. ترجمه حسین شاهی براتی. تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۹).
- شیرمحمدی، لیلا، میکائیلی منبع، فرزانه، و زارع، حسین. (۱۳۸۹). رابطه سخت‌رویی، رضایت از زندگی و امید با عملکرد تحصیلی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۵(۲۰)، ۱۴۷-۱۲۵.
- عمومیرزا، محمد، ملکی‌راد، علی اکبر، و سلیمی، الهه. (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در میان افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد غیر مبتلا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۹(۴)، ۹۰-۷۸.
- معین، لادن، غیائی، پروین، و مسموعی، راضیه. (۱۳۹۰). رابطه سخت‌رویی روان‌شناختی با سازگاری زناشویی. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۲(۸)، ۱۹۰-۱۶۳.
- نجد، محمدرضا، مصاحبی، محمدرضا، و آتش‌پور، حمید. (۱۳۹۲). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های خودکارآمدی سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۰)، ۴۷-۵۶.

References

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Gebhardt, W. A., van der Doef, M. P., & Paul, L. B. (2001). The Revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24): psychometric properties and relationship with self-

- reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, 16(5), 579-592.
- Knowlden, A. P., Sharma, M., Kanekar, A., & Atri, A. (2013). Sense of Coherence and Hardiness as Predictors of the Mental Health of College Students. *International Quarterly of Community Health Education*, 33(1), 55-68. doi:10.2190/IQ.33.1.e
- Michel, L. (2018). Environmental factors in the development of multiple sclerosis. *Revue Neurologique*. doi:https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.03.010
- Mosalanejad, L., Khodabakshi Koolae, A., & Jamali, S. (2012). Effect of Group Cognitive Behavioral Therapy on Hardiness and Coping Strategies Among Infertile Women Receiving Assisted Reproductive Therapy. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(2), 16-22.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Segal, B. M. (2019). 66 - Multiple Sclerosis A2 - Rich, Robert R. In T. A. Fleisher, W. T. Shearer, H. W. Schroeder, A. J. Frew, & C. M. Weyand (Eds.), *Clinical Immunology (Fifth Edition)* (pp. 891-902.e891). London: Content Repository Only!
- Skomorovsky, A., & Sodom, K. A. (2011). Role of hardiness in the psychological well-being of Canadian Forces officer candidates. *Military medicine*, 176(1), 7-12.
- Taylor, M. K., Pietrobon, R., Taverniers, J., Leon, M. R., & Fern, B. J. (2013). Relationships of hardiness to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(1), 1-9. doi:10.1007/s10865-011-9387-8
- Thomassen, A. G., Hystad, S. W., Johnsen, B. H., Johnsen, G. E., Laberg, J. C., & Eid, J. (2015). The combined influence of hardiness and cohesion on mental health in a military peacekeeping mission: A prospective study. *Scandinavian journal of psychology*, 56(5), 560-566. doi:10.1111/sjop.12235
- Thompson, A. J., Baranzini, S. E., Geurts, J., Hemmer, B., & Ciccarelli, O. (2018). Multiple sclerosis. *The Lancet*, 391(10130), 1622-1636. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30481-1