

# SID



ابزارهای  
پژوهش



سرویس ترجمه  
تخصصی



کارگاه های  
آموزشی



بلاگ  
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری  
STES



فیلم های  
آموزشی

## کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



توسعه آموزش  
آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی  
در تدوین و چاپ مقالات ISI



توسعه آموزش  
روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



توسعه آموزش  
آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word  
برای پژوهشگران

## ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی با سلامت روان و

## وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

تاریخ پذیرش مقاله: 90/3/16

تاریخ دریافت مقاله: 89/11/30

احمد علیپور<sup>1</sup>محمدعلی صحرائیان<sup>2</sup>مهناز علی اکبری<sup>3</sup>مرضیه حاجی آقابابائی<sup>4</sup>

## چکیده

مقدمه: هدف از انجام این تحقیق، بررسی رابطه میان سخت‌رویی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان و وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS بوده است. روش: تعداد 83 بیمار از مراجعین درمانگاه ویژه MS بیمارستان سینا تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده، زیمت و همکاران، بررسی دیدگاه‌های شخصی کوباسا، سلامت روان گلدبرگ و هیلیر (GHQ28) و نیز ارزیابی نورولوژیست بر طبق مقیاس وضعیت ناتوانی فیزیکی توسعه یافته کرتزکه (EDSS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها به تناسب از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و نیز رگرسیون تک‌متغیری و چندمتغیری گام به گام استفاده شد.

نتایج: تحلیل آماری نشان داد، سخت‌رویی ( $r = -0/481$ ,  $P < 0/01$ ) و همچنین خرده مقیاس‌های کنترل ( $r = -0/401$ ,  $P < 0/01$ )، چالش ( $r = -0/423$ ,  $P < 0/01$ )، تعهد ( $r = -0/427$ ,  $P < 0/01$ ) و حمایت دوستان ( $r = -0/268$ ,  $P < 0/05$ ) با سلامت

1. استاد دانشگاه پیام نور مرکز تهران (گروه روانشناسی)

2. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران (فوق تخصص MS)

3. استادیار دانشگاه پیام نور مرکز تهران (گروه روانشناسی)

4. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه سلامت خانواده، مرکز تحقیقات ضایعات مغزی نخاعی، دانشگاه

روان همبستگی مثبت دارند. در این تحقیق میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان رابطه معناداری وجود نداشت. همچنین میان سخت‌رویی و نیز حمایت اجتماعی ادراک شده با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه معناداری بدست نیامد. نتیجه گیری: با توجه به وضعیت نامطلوب سلامت روان زنان مبتلا به MS و همچنین همبستگی میان سخت‌رویی و خرده مقیاس‌های آن با سلامت روان، این بیماران می‌توانند با اکتساب و تقویت این مهارت، سلامت روان خود را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، سخت‌رویی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان، وضعیت ناتوانی.

## The relationship between perceived social support and hardiness with mental health and disability status among women with Multiple Sclerosis

Ahmad Alipor  
 Mohammad Ali Sahraeian  
 Mahnaz Ali Akbari  
 Marzieh Haji Aghababaei

### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to determine relationships between perceived social support and hardiness with mental health and disability status among women with Multiple Sclerosis.

**Method:** This study is a correlation contextual research. 83 female patients referred to the MS clinic of Tehran University completed the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet and colleagues), the Expanded Disability Status Scale (Kurtzke), Mental Health (GHQ28) and the review of Kobasa personal views. Results were analyzed using parametric (descriptive and inferential) and nonparametric statistical methods.

**Results:** Statistical analysis showed that hardiness ( $P < 0.01$ ,  $r = -0.481$ ) control, ( $P < 0.01$ ,  $r = -0.401$ ) challenge ( $P < 0.01$ ,  $r = -0.423$ ) commitment ( $P < 0.01$ ,  $r = -0.427$ ) friends

support ( $P < 0.05$ ,  $r = -0.268$ ) have positive correlation with mental health among women with MS. No significant relation between hardiness and perceived social support was found with disability status of women with MS.

**Conclusion:** Due to poor mental health of women with MS and also correlation between hardiness and its sub-scales with mental health, patients can enhance their mental health by increasing these skills.

**Keywords:** multiple sclerosis, hardiness, perceived social support, mental health, disability.

#### مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس<sup>1</sup> (MS) یک بیماری التهابی دستگاه اعصاب مرکزی<sup>2</sup> (CNS) است که از سیر غیرقابل پیش‌بینی برخوردار بوده و با اینکه علّت بروز آن ناشناخته است (ژنتیک یا عوامل محیطی) به نظر می‌رسد که لنفوسیت‌های T عامل اصلی باشند. اینگونه فرض می‌شود که این سلول‌ها از سیستم گردش خون وارد سد خونی مغزی می‌شوند (تورتون و دفرایتاس<sup>3</sup>، 2009).

همچنین MS یک بیماری مزمن و تخریب‌کننده غشای میلین است که با خصوصیات جسمی، شناختی و کاستی‌های روان‌شناختی همراه می‌باشد. این بیماری می‌تواند هر قسمتی از دستگاه عصبی مرکزی شامل نیم‌کره‌های مغزی، اعصاب بینایی، منخچه، ساقه مغز و طناب نخاعی را درگیر کند (فیگود و همکاران<sup>4</sup>، 2005). علاوه بر این دیده شده که بیماران MS شیوع بالایی در زمینه علائم روانپزشکی و اختلالات وابسته نیز دارند (چواستیاک و ادهه<sup>5</sup>، 2007).

شیوع MS در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد. شایع‌ترین دوره پیدایش بیماری بین 20 تا 35 سالگی می‌باشد، ولی موارد نادری نیز در کودکان و افراد مسن گزارش شده است. علّت MS هنوز مشخص نشده است، ولی عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه

1. Multiple Sclerosis
2. Central Nervous System
3. Thorton, A.E. & DeFreitas, V.G.
4. Figved, N.
5. Chwastiak, L. A. & Edhe, D.M.

خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونت‌های ویروسی و فشارهای روانی (استرس) را در پیدایش آن مؤثر می‌دانند (سلطان‌زاده، 1383).

شواهد اپیدمیولوژیک از نقش تماس‌های محیطی MS حمایت می‌کنند. همچنین بروز MS با وضعیت‌های اقتصادی - اجتماعی بالا در ارتباط است. این امر ممکن است منعکس کننده رعایت بهتر بهداشت و تأخیر در بروز تماس اولیه با عوامل عفونی باشد. علی‌رغم وجود ادعاهای بسیار، هیچ ویروس اختصاصی در MS یافت نشده است (هاریسون<sup>1</sup> و همکاران، 2000 ترجمه جمعی از مترجمان، 1379).

هم ایمنی سلولی و هم هومرال<sup>2</sup> (با واسطه آنتی‌بادی) در واکنش تخریب‌میلین و ایجاد پلاک دخیل هستند. شواهد به دست آمده از اختلالات موجود در خون محیطی مایع مغزی نخاعی و بررسی‌های پاتولوژیک CNS پیشنهاد دهنده دخالت مکانیسم‌های اتوایمیون در این زمینه است. یعنی سیستم ایمنی بر علیه خود بدن فعالیت کرده و باعث تخریب میلین می‌گردد (زیمنوند و همکاران، 2001).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی افراد نقش مهمی داشته و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه تأثیر دارد. همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (کالاگان و مورسیسی<sup>3</sup>، 1993).

این موضوع نیز پذیرفته شده که حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>4</sup> (یعنی منابع فراهم شده توسط دیگران) احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد و این که بخشی از یک شبکه اجتماعی است که فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش فراهم می‌آورد. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو<sup>5</sup>، 2002).

مک کابه و همکاران<sup>6</sup> (2004) در تحقیق خود نشان دادند که زنان بیش‌تر از مردان (هم در گروه MS و هم در گروه کنترل سالم) تمایل به جلب حمایت اجتماعی و تمرکز

1. Harrison
2. Humoral
3. Callaghan, P., Morrissey, J.
4. Perceived social support
5. Sarafino
6. McCabe, M. P., McKern, S., & McDonald, E.

بر جنبه‌های مثبت موقعیت دارند و سطح پایین حمایت اجتماعی با تطبیق ضعیف روان‌شناختی همراه بوده است. تری<sup>1</sup> (2009) در تحقیق خود همبستگی میان متغیرهای روان‌شناختی، عواطف منفی و درد را به دست آورد. او نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، امید و خوش بینی با درد وابسته به MS همبستگی منفی دارند و در مجموع علایم افسردگی و اضطراب پیش‌بین‌های قوی‌تری برای احساس درد به دست آمد. کروکاوکوا<sup>2</sup> و همکاران (2008) در تحقیق خود نشان دادند، حمایت اجتماعی که از طرف خانواده و دوستان بیماران MS صورت می‌گیرد به‌طور عمده به وضعیت سلامت روان ادراکی وابسته است و حمایت اجتماعی که توسط دیگر افراد مهم صورت می‌گیرد با سلامت عمومی فیزیکی که توسط SF-36<sup>3</sup> اندازه‌گیری شده، رابطه مثبت دارد. یادگیری و همکاران (1384) در بررسی اختلالات روان‌پزشکی در MS به این نتیجه رسیدند که اختلالات خلقی-عاطفی نظیر افسردگی ماژور و مینور، اختلال دوقطبی یوفور یا سایکوز بیش از متوسط جامعه است. همچنین در زمینه شناختی ممکن است حافظه، سرعت پردازش اطلاعات و عملکرد اجرایی در بیمار مبتلا به MS به علت درگیری ماده سفید مغز دچار اختلال شود.

سخت‌رویی<sup>4</sup> نیز یکی از مهارت‌هایی است که فرد را برای درگیری با مشکلات زندگی آماده می‌کند. افراد سخت‌رو نه تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند، بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند (کوباسا<sup>5</sup>، 1979، به نقل از سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، 1387).

افراد سخت‌رو معتقدند، قدرت کنترل بر وقایع زندگی را دارند و به جای دوری از مشکلات آن‌ها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند و نه تهدید. سخت‌رویی اولین بار توسط کوباسا (1979) مطرح گردید. او اذعان داشت که این ویژگی به عنوان گروهی از ویژگی‌های شخصیتی است که یک منبع مقاومت را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی فراهم می‌کند. سخت‌رویی معمولاً ترکیبی از سه مؤلفه است. تعهد نسبت به خویشتن و کار، احساس کنترل شخصی بر وقایع و نتایج و اعتقاد درونی به

1. Tree, H. A.
2. Krokavcova, a.
3. Short Form
4. Hardiness
5. Kobasa, S. C.

این‌که تغییر یک چالش و فرصت برای رشد است تا این‌که تهدید باشد. دبوراً<sup>1</sup> و همکاران (2009) در تحقیق خود تحت عنوان نقش عملکردهای مرتبط با سلامت و سخت‌رویی به عنوان واسطه‌های میان استرس و بیماری نتیجه گرفتند که سخت‌رویی تأثیر مستقیم بر بیماری و تأثیر غیرمستقیم بر رفتارهای فرد دارد و تأثیر آن بر سلامتی مستقل از تأثیر بر استرس بوده است. در تحقیقی که بیزلی<sup>2</sup> و همکاران (2002) انجام دادند سخت‌رویی شناختی یک نقش واسطه‌ای را در کاهش تأثیر مستقیم سازگاری هیجان مدار در افسردگی هر دو جنس و اضطراب خانم‌ها بر عهده داشت و در حقیقت تنها متغیر دائمی و پیش‌بینی کننده پریشانی جسمی و روانی، سخت‌رویی روان‌شناختی بود.

طبق تعریف هر فردی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد، فردی است که دارای سلامت روانی می‌باشد (استورا<sup>3</sup>، 1386، ترجمه دادستان) و طبق نظر متخصصین، عوامل فشارزای محیطی بر بروز بیماری بسیار تأثیرگذارند و سخت‌رویی و حمایت اجتماعی دو عامل مهم و تأثیرگذار بر نحوه رویارویی هر فرد با مشکلات خود می‌باشد و با توجه به نقش کلیدی زنان در خانواده و تربیت فرزندان و از آنجا که آمار ابتلای زنان به MS حدود 2 تا 3 برابر مردان بوده این تحقیق بر آن است تا رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی را با سلامت روان و میزان ناتوانی زنان مبتلا به MS بررسی کند.

## روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق بیماران زن مبتلا به MS می‌باشد که طی ماه‌های بهمن، اسفند و فروردین (1388 و 1389) به درمانگاه ویژه MS دانشگاه تهران مراجعه کرده‌اند. به دلیل کوچک بودن جامعه آماری تمامی افراد جامعه آماری این تحقیق که توانایی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها را داشتند نمونه تحقیق را تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری، در دسترس اشباع شده می‌باشد به این صورت که پس از هماهنگی‌های لازم اداری، درمانگاه ویژه MS دانشگاه تهران مستقر در مرکز آموزشی و درمانی سینا انتخاب گردید و 83 نفر از بیماران زن مبتلا به MS که بیماری MS آن‌ها طبق

1. Deborah, J.
2. Beasley M.
3. Stora, R.

نظر نورولوژیست قطعی بود و در طول 3 ماه بهمن و اسفند (1388) و فروردین (1389) به درمانگاه ویژه MS دانشگاه تهران مراجعه داشتند و مایل به شرکت در این تحقیق نیز بودند، به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. شرکت‌کننده‌ها پس از توضیحات لازم در مورد هدف این تحقیق و چگونگی تکمیل پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده، بررسی دیدگاه‌های شخصی، سلامت روان و رتبه بندی طبق مقیاس EDSS مورد بررسی قرار گرفتند.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی<sup>1</sup> زیمت<sup>2</sup> و همکاران (1988): این مقیاس دارای 12 سؤال و 3 خرده مقیاس است که بر اساس نمره گذاری لیکرت 7 درجه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌گردد. خرده مقیاس خانواده شامل سؤالات (3، 4، 8 و 11) دوستان شامل سؤالات (6، 7، 9 و 12) و شخص مهم شامل سؤالات (1، 2، 5 و 10) می‌باشد. افشاری (1386) رابطه مثبت معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی بدست آورد که نشان دهنده روایی همگرا و واگرایی این مقیاس است. در نمونه مورد بررسی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خانواده، دوستان و شخص مهم به ترتیب 0/90، 0/92 و 0/87 محاسبه شد. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات بدست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی‌ها 12 و حداکثر آن 84 خواهد بود. کسب نمره بالا نشان دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی می‌باشد. (به نقل از کرمانی، 1388)

مقیاس سخت‌رویی (بررسی دیدگاه‌های شخصی): این مقیاس که توسط کویاسا ساخته شده یک پرسش‌نامه 50 آیتمی است که شامل خرده آزمون‌های چالش (17 سؤال) شامل سؤالات 2، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30، 33، 36، 37، 40، 43، 46 و 49 - تعهد (16 سؤال) شامل سؤالات 1، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29، 32، 38، 39، 41، 44، 47 و 50 و کنترل (17 سؤال) شامل سؤالات 3، 4، 5، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 31، 34، 35، 42، 45 و 48 می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت شکل گرفته (چهار گزینه‌ای) و دارای دامنه‌ای از نمره صفر (اصلاً درست نیست) تا 3 (کاملاً درست است) در 11 ماده می‌باشد. نمرات 39 ماده از آزمون (مواد 6 تا 21 و 28 تا 50) به صورت وارونه در نظر گرفته می‌شوند؛ یعنی نمره صفر (کاملاً درست

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support  
2. Zimet



است) تا 3 (اصلاً درست نیست). این آزمون توسط قربانی (1371) ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد ضروری اصلاحات لازم به عمل آمده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سخت‌رویی یعنی کنترل، تعهد و چالش به ترتیب از ضرایب پایانی 0/70، 0/52 و 0/52 برخوردارند و این ضریب برای کل صفت سخت‌رویی 0/75 محاسبه شده است (مجیدیان، 1383).

پرسشنامه سلامت روان<sup>1</sup> GHQ-28: این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ و هیلیر (1979) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پریشی تدوین و تنظیم گردید که به طور وسیعی از آن برای تشخیص اختلالات خفیف روانی و غربال‌گری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک (غیرروان‌پریش) در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود. فرم 28 ماده‌ای که در سال 1979 توسط گلدبرگ و هیلیر با استفاده از روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند تدوین گردید، دارای 4 مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد که هر مقیاس حاوی 7 سؤال است.

در تمامی روش‌ها نمره پایین دال بر سلامتی و نمره بالا حاکی از اختلال است. در اثر اجرای این آزمون برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید. چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره‌گذاری استفاده از روش ساده لیکرت (با نمره‌های 0، 1، 2، 3) برای گزینه‌های مواد پرسشنامه است (گلدبرگ، 1979). بالاترین نمره 84 است و نمره برش 23 افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد (استورا، 1386، ترجمه دادستان).

پایایی این آزمون در پژوهش کافی، بوالهروی و پیروی (1377) با بهره‌گیری از ضریب آلفا 0/89 بوده است. همچنین در بررسی حقیقتی، عطاری، رحیمی و سلیمانی‌نیا (1378) روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم 90 سؤالی بازنگری شده، محاسبه شده و ضریب آلفا برای چهار خرده مقیاس برابر با 0/86، 0/85، 0/72 و 0/82 به دست آمده است. ویلیامز، گلدبرگ و ماری (به نقل از یعقوبی، نصر اصفهانی و شاه محمدی، 1374) در بازنگری 43 بررسی، حساسیت آن را 84٪ و ویژگی 82٪ را گزارش کردند.

1. Goldberg, D. P. & Hillier, V.

- مقیاس وضعیت ناتوانی توسعه یافته<sup>1</sup> کرتزکه (EDSS Kurtzke, 1983): این مقیاس به منظور ارزیابی ناتوانی فرد توسط نمره استفاده می‌گردد. بیمار توسط نورولوژیست و بر طبق علائم و نشانه‌های مشاهده شده در معاینه نورولوژی استاندارد ارزیابی می‌گردد. EDSS یک مقیاس نسبی بالینی و ترتیبی می‌باشد که از شماره 1 (معاینه نورولوژی طبیعی) تا 10 (مرگ بر اثر MS) نمره‌گذاری شده و بیمار براساس 8 سیستم عملکردی ارزیابی می‌گردد. راه‌های هرمی، مخچه‌ای، ساقه مغز، حسی و روده و مثانه، بینایی، نیم کره‌های مخ و غیره. هر سیستم عملکردی از یک مقیاس نسبی بالینی، ترتیبی از صفر تا 5 یا 6 مرتب می‌گردد. از آنجا که EDSS یک مقیاس نسبی ترتیبی است، یک نمره اختلاف در یک قسمت از مقیاس بیانگر همان میزان فاصله در قسمت دیگری از مقیاس نمی‌باشد. به همین دلیل تفسیر تغییر و یا تفاوت‌های گروهی مشکل می‌باشد. قابلیت تکثیر پذیری (پایایی) بین ارزیاب‌ها (0/78) برای مطالعات مقایسه‌ای مناسب بوده، در حالی که قابلیت تکثیرپذیری یک ارزیاب تغییرات بیشتری دارد. (0/62 تا 0/94؛ شوارین<sup>2</sup> و همکاران، 2002).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و خرده مقیاس‌ها را با استفاده از آمار توصیفی به دست آوردیم که نتایج در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1- میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و خرده مقیاس‌های آن‌ها

انحراف استاندارد	میانگین	بیشینه	کمینه	
9/4480	33/4217	57	19	سن
4/99376	5/9756	21	1	طول بیماری
4/99376	12/9756	19	0	سنوات تحصیلی
2/33515	3/1687	8	0	وضعیت ناتوانی
0/05699	0/2453	0/40	0/12	سخت‌رویی
0/12927	0/5408	0/90	0/25	کنترل

1. Expanded Disability Status Scale  
2. Shawaryn, M. A.,

انحراف استاندارد	میانگین	بیشینه	کمینه	
0/15391	0/5366	1	0/17	تعهد
0/11258	0/3969	0/80	0/18	چالش
13/47353	64/0241	84	12	حمایت اجتماعی ادراک شده
5/79861	22/3614	28	4	حمایت خانواده
6/31383	19/3659	28	4	حمایت دوستان
4/75071	22/5301	28	4	حمایت اشخاص مهم
14/26147	29/0241	64	3	سلامت روان
4/66507	8/3373	21	0	علام جسمانی
4/82948	8/3373	19	0	اضطراب و اختلال خواب
2/94573	7/1325	16	1	اختلال عملکرد اجتماعی
6/57795	5/2169	39	0	افسردگی

میانگین سنی بیماران،  $33/4$  می‌باشد یعنی اکثریت بیماران جوان هستند. همچنین میانگین سال‌های تحصیلی  $12/97$  می‌باشد. یعنی اکثریت بیماران، تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند.

اکثریت بیماران از لحاظ وضعیت ناتوانی فیزیکی در محدوده خفیف (کمتر از 4) قرار داشته‌اند. میانگین متغیر سخت‌رویی  $0/24$  به دست آمده که کمتر از حد متوسط و قابل بررسی و پیگیری است. همچنین میانگین دو خرده مقیاس کنترل و تعهد به ترتیب  $0/54$  و  $0/53$  به دست آمده که در حد متوسط است. میانگین متغیر چالش  $0/39$  است که کمتر از حد متوسط می‌باشد.

در مورد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، میانگین  $64/0241$  و همچنین در مورد خرده مقیاس‌های حمایت خانواده، دوستان و شخص مهم میانگین‌ها به ترتیب  $22/3$ ،  $19/3$  و  $22/5$  می‌باشد که از حد متوسط بالاتر و در حد قابل قبولی بوده است. میانگین نمرات متغیر سلامت روان  $29/02$  به دست آمده که بیش از نقطه برش یعنی 23 بوده و نشان دهنده علائم مرضی و نگران کننده می‌باشد. میانگین نمرات خرده مقیاس علائم جسمانی  $8/3$  به دست آمده که بیش از نمره 6، نشان دهنده اختلال جسمانی، میانگین نمرات خرده مقیاس اضطراب  $8/3$ ، نشان دهنده اضطراب و اختلال خواب و میانگین

نمرات خرده مقیاس عملکرد اجتماعی 7/13 به دست آمده که نشان دهنده اختلال عملکرد اجتماعی می‌باشد. میانگین نمرات خرده مقیاس افسردگی 5/2 به دست آمده که کمتر از 6 و در حد قابل قبول می‌باشد. برای بررسی روابط همبستگی میان متغیرها از ماتریس همبستگی پیرسون استفاده کرده‌ایم که در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2- ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای سخت‌رویی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خرده مقیاس‌های آن‌ها با سلامت روان

سلامت روان	حمایت اجتماعی ادراک‌شده				سخت‌رویی کنترل چالش تعهد			
	خانواده	دوستان	شخص	روان	کنترل	چالش	تعهد	روان
								1
								سخت‌رویی
								1
								**0/890
								کنترل
								0/001
								1
								**0/576
								**0/800
								چالش
								0/001
								0/001
								1
								**0/561
								**0/720
								**0/898
								تعهد
								0/001
								.001
								0/001
								1
								0/142
								*0/223
								**0/299
								*0/251
								حمایت اجتماعی ادراک‌شده
								0/202
								0/043
								0/006
								0/022
								1
								**0/791
								0/120
								0/075
								0/194
								0/152
								خانواده
								0/001.
								0/280
								0/502
								0/079
								0/171
								1
								**0/307
								**0/729
								0/126
								*0/230.
								*0/255
								*0/230
								دوستان
								0/005
								0/001
								0/258
								0/038
								0/021
								0/038
								1
								**0/414
								**0/634
								**0/809
								0/155
								*0/230
								**0/292
								*0/257
								شخص
								0/001
								0/001
								0/001
								0/161
								0/037
								0/007
								0/019
								1
								0/126
								-0/268
								-0/142
								-0/176
								-0/427
								-0/423
								-0/401
								**0/481
								سلامت روان
								0/258
								0/015
								0/201
								0/112
								0/001
								0/001
								0/001.
								0/001

\*\* همبستگی در سطح 0/01 معنادار است. (2 دامنه) \* همبستگی در سطح 0/05 معنادار است. (2 دامنه)

با توجه به جدول 2 می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین سخت‌رویی و سلامت روان، مثبت و معنی‌دار بوده است. ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/481$ )، علامت منفی ضریب همبستگی به دلیل آن است که هر چه نمره مقیاس سلامت روان کمتر باشد فرد از سلامت روان بیشتری برخوردار است). همچنین این جدول نشان می‌دهد میان خرده مقیاس کنترل با سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/401$ ). جدول همبستگی مابین خرده مقیاس چالش و سلامت روان نیز رابطه مثبت معنی‌داری را نشان می‌دهد ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/423$ ). همچنین میان تعهد با سلامت روان رابطه مثبت معنی‌دار وجود ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/427$ )، اما رابطه معنی‌داری بین متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان نشان نمی‌دهد، این جدول میان خرده مقیاس حمایت دوستان و سلامت روان رابطه مثبت معنی‌دار را نشان می‌دهد ( $P < 0/05$ ,  $r = -0/268$ ). برای پیش‌بینی سلامت روان از تحلیل رگرسیون تک متغیری استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره 3 آمده است.

### جدول 3- رگرسیون تک متغیری سخت‌رویی و خرده مقیاس‌های آن و حمایت

#### دوستان با سلامت روان

سطح معناداری	T	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی غیر	الگو
		استاندارد	استاندارد	
		Beta	B	
0/001	9/539		6/137	58/538 (ثابت)
0/001	-4/936	-0/481	24/380	-120/336 سخت‌رویی
0/001	8/479		6/242	52/926 (ثابت)
0/001	-3/936	-0/401	11/231	-44/202 کنترل
0/001	9/670		5/196	50/244 (ثابت)
0/001	-4/246	-0/427	9/311	-39/541 تعهد
0/001	9/559		5/260	50/278 (ثابت)

سطح معناداری	T	ضریب همبستگی غیر		الگو	
		ضریب همبستگی	استاندارد		
		استاندارد	B		
0/001	-4/198	-0/423	12/756	-53/553	چالش
0/001	8/200		4/982	40/855	(ثابت)
0/015	-2/491	-0/268	0/245	-0/610	حمایت دوستان

اطلاعات مندرج در جدول 3 نشان می‌دهد که بین سخت‌رویی و سلامت روان با اطمینان 95% رابطه معنادار مثبت وجود دارد. یعنی هر چه سخت‌رویی بالاتر باشد، سلامت روان نیز بالاتر است و بالعکس، معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\text{GHQ} = 58/538 - 120/336 (\text{سخت‌رویی})$$

همچنین بین خرده مقیاس کنترل و سلامت روان با اطمینان 95% رابطه معنادار مثبت وجود دارد یعنی هر چه کنترل بالاتر باشد، سلامت روان نیز بالاتر است و بالعکس، معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\text{GHQ} = 52/926 - 44/202 (\text{کنترل})$$

اطلاعات مندرج در جدول 3 نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس تعهد و سلامت روان با اطمینان 95% رابطه معنادار مثبت وجود دارد، یعنی هر چه تعهد بالاتر باشد، سلامت روان نیز بالاتر است و بالعکس، معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\text{GHQ} = 50/244 - 39/541 (\text{تعهد})$$

همچنین بین خرده مقیاس چالش و سلامت روان با اطمینان 95% رابطه معنادار به صورت همبستگی مثبت وجود دارد یعنی هر چه چالش بالاتر باشد، سلامت روان نیز بالاتر است و بالعکس، معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\text{GHQ} = 50/278 - 53/553$$

اطلاعات مندرج در جدول 3 نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس حمایت دوستان و سلامت روان با اطمینان 95% رابطه معنادار به صورت همبستگی مثبت وجود دارد و معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\text{GHQ} = 40/855 - 0/610 (\text{حمایت دوستان})$$

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان در جدول شماره 4 ذکر شده است.

#### جدول 4- تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام حمایت اجتماعی

##### ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان

سطح معناداری	t	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی غیر	الگو
		استاندارد	استاندارد	
		Beta	B	
0/001	9/539		6/137	(ثابت) 58/538
0/001	-4/936	-0/481	24/380	سخت‌رویی -120/336

اطلاعات مندرج در جدول 4 نشان می‌دهد که از روی نمرات متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیر پیش‌بین نمی‌توان متغیر ملاک یا همان سلامت روان زنان مبتلا به MS را پیش‌بینی کرد و سخت‌رویی تنها متغیر پیش‌بین است. معادله رگرسیون به شکل زیر تبیین می‌شود.

$$(\text{سخت‌رویی}) = 58/538 - 120/336 = \text{سلامت روان}$$

همانطور که جدول 4 نشان می‌دهد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در معادله رگرسیون وارد نشده و همبستگی معنادار با سلامت روان نداشته و رگرسیون چند متغیری گام به گام فقط یک مرحله داشته است.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام تعهد، چالش و کنترل با سلامت روان در جدول شماره 5 بطور خلاصه ذکر شده است.

جدول 5- تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام تعهد، چالش و کنترل با سلامت روان

الگو	ضریب همبستگی غیر استاندارد	ضریب همبستگی استاندارد	t	سطح معناداری	خطای استاندارد	
					Beta	B
1	(ثابت)	50/244	5/196	9/670	0/001	
	تعهد	-39/541	9/311	-0/427	-4/246	0/001
2	(ثابت)	56/229	5/196	9/830	0/001	
	تعهد	-25/629	9/311	-0/277	-2/335	0/022
	چالش	-33/891	15/004	-0/268	-2/259	0/027

نتایج مندرج در جدول 5 نشان می‌دهد که سلامت روان را به عنوان متغیر ملاک می‌توان از روی خرده مقیاس تعهد زنان مبتلا به MS پیش‌بینی کرد. تعهد در مرحله اول وارد معادله شده است و معادله رگرسیون به شکل زیر می‌باشد:

$$\text{GHQ} = 50/244 - 39/541 (\text{تعهد})$$

همچنین اطلاعات مندرج در جدول 5 نشان می‌دهد که از روی نمرات خرده مقیاس‌های چالش و تعهد به عنوان متغیرهای پیش‌بین می‌توان متغیر ملاک یا همان سلامت روان زنان مبتلا به MS را پیش‌بینی کرد. معادله رگرسیون به شکل زیر تبیین می‌شود:

$$\text{GHQ} = 56/229 - 25/629 (\text{تعهد}) - 33/891 (\text{چالش})$$

به دلیل آنکه مقیاس وضعیت ناتوانی توسعه یافته کرتزکه، یک مقیاس رتبه‌ای می‌باشد، برای بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی با وضعیت ناتوانی از روش ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده کرده‌ایم. به این صورت که ابتدا نمرات متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سخت‌رویی و خرده مقیاس‌های آن‌ها را به رتبه



تبدیل کرده‌ایم (شماره 1 در کنار متغیرها نشانه رتبه‌ای شدن متغیرهاست). نتایج در جدول شماره 6 ذکر شده است.

جدول 6- ماتریس همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای سخت‌رویی، حمایت اجتماعی

ادراک شده و خرده مقیاس‌های آن‌ها با وضعیت ناتوانی

وضعیت ناتوانی	حمایت								
	خانواده	شخص	دوستان	اجتماعی ادراک شده	تعهد	چالش	کنترل	سخت‌رویی	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	
								سخت‌رویی 1	
							0/596 1	کنترل 0/001	
						1	0/473 0/001	0/503 0/001	چالش 1
				1	0/27 0/013	0/419 0/001	0/661 0/001	0/661 0/001	تعهد 1
				1	0/095 0/395	0/234 0/033	0/202 0/067	0/202 0/067	حمایت اجتماعی ادراک شده 1
			1	0/578 0/001	0/326 0/003	0/196 0/076	0/223 0/042	0/181 0/102	دوستان 1
		1	0/171 0/121	0/35 0/001	0/086 0/441	0/136 0/219	0/085 0/445	0/279 0/011	شخص 1
	1	0/257 0/019	0/099 0/372	0/549 0/001	0/060 0/589	0/081 0/466	0/117 0/291	0/140 0/208	خانواده 1
		0/077 0/490	0/097 -	0/009 -	0/042 0/706	0/203 -	0/033 -	0/144 -	وضعیت ناتوانی 1
			0/385 0/933	0/065 0/77	0/065 0/77	0/194	0/194	0/054	

همانطور که جدول 6 (همبستگی اسپیرمن) نشان می‌دهد، میان وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS و متغیر سخت‌رویی رابطه منفی وجود دارد ( $r = -0/213$ )، اما این رابطه معنادار نیست ( $P = 0/054$ ).

همچنین میان خرده مقیاس‌های سخت‌رویی شامل تعهد، چالش و کنترل با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه منفی وجود دارد و ضرایب همبستگی به ترتیب  $-0/203$ ،  $-0/033$  و  $-0/144$  می‌باشند، لیکن این روابط معنادار نیست.

نتایج مندرج در جدول همبستگی اسپیرمن نشان می‌دهد میان متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه مثبت وجود دارد اما معنادار نیست ( $P = 0/706$ ،  $r = 0/042$ ).

همچنین میان دو خرده مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده یعنی حمایت شخص و دوستان با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه منفی وجود داشته است و ضرایب همبستگی به ترتیب  $-0/097$  و  $-0/009$  بوده است اما این روابط هم معنی‌دار نیست. رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خرده مقیاس حمایت خانواده مثبت بوده که آن هم معنادار نیست ( $P = 0/490$ ،  $r = 0/077$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد که بین سخت‌رویی با سلامت روان زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت معنادار وجود دارد ( $P < 0/01$ ،  $r = -0/481$ ). به بیان دیگر هر چه یک خانم مبتلا به MS از سخت‌رویی بالاتری برخوردار باشد سلامت روان بالاتری نیز خواهد داشت.

نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق دیورا و همکاران (2009) نیز هم‌سو بوده است. آنها در تحقیق خود تحت عنوان نقش عملکردهای مرتبط با سلامت و سخت‌رویی به عنوان واسطه‌های میان استرس و بیماری نتیجه گرفتند که سخت‌رویی تأثیر مستقیم بر بیماری و تأثیر غیر مستقیم بر رفتارهای فرد دارد و تأثیر آن بر سلامتی مستقل از تأثیر بر استرس بوده است. همانطور که می‌دانیم با تعدیل استرس و تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت در جهت مثبت سلامت روان بیش‌تری نیز حاصل خواهد شد.

این تحقیق با پژوهش اسمیت<sup>1</sup> و همکاران (2004) که نشان داد سخت‌رویی (مرتبط با سلامت) و خوش‌بینی بخش قابل توجهی از واریانس همه خرده مقیاس‌های سلامت عمومی SF36 را پیش‌بینی کرده و با آن‌ها همبستگی مثبت دارد، نیز هم‌سو می‌باشد. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق وردی (1380) و همائی (1379) که نشان دادند، سرسختی روانشناختی با سلامت روان دانش‌آموزان همبستگی مثبت دارد، هم‌سو می‌باشد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد، خرده مقیاس‌های سخت‌رویی شامل کنترل ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/401$ )، چالش ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/423$ )، تعهد ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/427$ ) با سلامت روان همبستگی مثبت معنادار دارند. به عبارت دیگر هر چه میزان تعهد یک فرد بالاتر بوده و متعهدتر باشد، یعنی به جای بی‌زاری و بیگانگی از هر آنچه انجام می‌دهد یا مواجه می‌شود با آنها درگیر شود و هدفمند باشد از سلامت روان بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. همچنین هر قدر که یک فرد از قدرت چالش بیشتری برخوردار باشد، یعنی تغییرات زندگی را سبب رشد شخصی بداند و آنها را بعنوان فرصتهای زندگی، ارزیابی کند و نه تهدیدکننده، از سلامت روان بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. به همین صورت اگر کنترل یک فرد بر وقایع زندگی بالاتر باشد و تقویت را ناشی از تلاش‌ها و ویژگیهای خود بداند و نه منابع بیرونی، سلامت روان او نیز بالاتر خواهد بود.

تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام در مورد تأثیر همزمان خرده مقیاس‌های تعهد، چالش و کنترل مشخص نمود که خرده مقیاس تعهد تأثیر بیشتری در پیش‌بینی سلامت روان دارد و در مرحله اول رگرسیون وارد معادله می‌شود و در مرحله دوم تحلیل رگرسیون چند متغیری، خرده مقیاس‌های تعهد، چالش وارد معادله رگرسیون می‌شوند و خرده مقیاس کنترل در این مرحله هم در پیش‌بینی سلامت روان تأثیرگذار نیست.

یافته‌های حاصل از این پژوهش میان سخت‌رویی و وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه معناداری نشان نداد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش کانترادا<sup>2</sup> (1989)

1. Smith, N.

2. Contrada, R. I.

که نشان داد افراد سخت رو در شرایط استرس‌زا دچار فرسایش جسمی کمتری می‌شوند هم سو نمی‌باشد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خرده مقیاس‌های حمایت خانواده و اشخاص با سلامت روان زنان مبتلا به MS رابطه‌ی معناداری نشان داد. شایان ذکر است میان خرده مقیاس حمایت دوستان و سلامت روان زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت معناداری به دست آمد ( $r = -0/268$ ,  $P < 0/05$ ). یعنی هر چه میزان حمایت دوستان بیشتر باشد سلامت روان زنان مبتلا به MS هم بیشتر خواهد بود. از آنجا که جوانان بیشتر از رده‌های سنی دیگر به این بیماری مبتلا می‌شوند و با توجه به اینکه این گروه سنی به جلب حمایت از دوستان خود گرایش بیشتری دارند تا خانواده و اشخاص دیگر، این یافته قابل توجه می‌باشد. همچنین در تحقیق کروکاوکوا و همکاران (2008) نشان داده شد که حمایت اجتماعی خانواده و دوستان با سلامت روان ادراکی در بیماران مبتلا به MS رابطه مستقیم دارد که بخش حمایت دوستان در این تحقیق نیز تأیید گردید.

یافته‌های حاصل از این پژوهش میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه معناداری نشان نداد نبود در توضیح رابطه به دست آمده می‌توان گفت همانطور که برگ و سیمن<sup>1</sup>، (1994) و کاپلان و توشیما<sup>2</sup>، (1990) اظهار کرده‌اند، در بعضی شرایط، پیوندهای اجتماعی ممکن است برای سلامت فرد مضر باشد. یکی از این شرایط زمانی است که افراد حامی شخص، الگوی بدی برای فرد هستند. یکی دیگر از شرایط، زمانی است که فرد به بیماری جدی و مزمنی دچار باشد و اعضای خانواده ممکن است بیش از حد محافظه‌کار شده و او را از انجام فعالیت و رفتن به سرکار بازدارند. این امر شاید با برنامه توان بخشی فرد در تناقض بوده و باعث وابستگی و ناتوانی روزافزون بیمار شود.

این پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت رویی همبستگی مثبت و معنی دار دارند ( $r = 0/251$ ,  $p < 0/05$ ) حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علایم جسمانی

1. Burg, M. M. & Seeman, T. F.

2. Kaplan, R. N. & Toshima, M. T.

زنان مبتلا به MS ( $r = -0/243$ ,  $p < 0/05$ ) و حمایت دوستان با اختلال کارکرد اجتماعی زنان مبتلا به MS ( $r = -0/230$ ,  $p < 0/05$ ) همبستگی منفی دارند. همچنین سخت‌رویی با حمایت دوستان زنان مبتلا به MS ( $r = 0/230$ ,  $p < 0/05$ ) و با حمایت اشخاص مهم زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت ( $r = 0/257$ ,  $p < 0/05$ ) دارد.

سخت‌رویی با اضطراب و اختلال خواب زنان MS همبستگی منفی ( $p < 0/01$ ) و ( $r = -0/441$ ) و همچنین با اختلال در کارکرد اجتماعی زنان مبتلا به MS ( $p < 0/01$ )، ( $r = -0/318$ ) و افسردگی شدید زنان مبتلا به MS همبستگی منفی ( $p < 0/01$ )، ( $r = -0/450$ ) دارد.

همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد، سنوات تحصیل با سخت‌رویی ( $r = 0/349$ ,  $p < 0/01$ )، کنترل ( $r = 0/890$ ,  $p < 0/01$ )، تعهد ( $r = 392$ ,  $p < 0/01$ ) و سلامت روان ( $r = -0/128$ ,  $p < 0/05$ ) زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت معنادار داشته است، به عبارتی بیماران با تحصیلات بیشتر، از سخت‌رویی، کنترل، تعهد و سلامت روان بالاتری برخوردارند. میان متغیر سن و سخت‌رویی ( $r = -0/318$ ,  $p < 0/01$ ) و خرده مقیاس‌های کنترل ( $r = -0/308$ ,  $p < 0/01$ ) و تعهد ( $r = -0/297$ ,  $p < 0/01$ ) همبستگی منفی و معنادار به دست آمده است. یعنی بیماران مسن‌تر، سخت‌رویی، کنترل و تعهد کمتری داشته‌اند که می‌تواند ناشی از مزمن بودن بیماری و عوارض سخت آن باشد. یافته‌های حاصل از جدول آمار توصیفی نشان دهنده وضعیت نامطلوب سلامت روان بیماران این (میانگین = 29/02) پژوهش بوده است و همسو با نتایج تحقیق نجات و همکاران (1385) می‌باشد که نشان دادند، سلامت روان زنان مبتلا به MS کمتر افراد سالم می‌باشد و اهمیت اقدامات لازم در زمینه افزایش سلامت روان بیماران را گوشزد می‌نماید. همچنین میانگین وضعیت این بیماران در سه خرده مقیاس سلامت روان شامل علائم جسمانی، اضطراب و عملکرد اجتماعی نامطلوب (بیشتر از 6) بوده و نیازمند بررسی‌های روان‌شناختی بیشتری می‌باشد. میانگین نمرات خرده مقیاس افسردگی بیماران این پژوهش 5/2 به دست آمده که نسبتاً در حد مطلوب است و نشان می‌دهد که این بیماران، بیماری خود را پذیرفته، منفعل و بی‌حوصله نبوده و به آینده خوش‌بین می‌باشند.

میزان سخت‌رویی این بیماران کمتر از حد متوسط (میانگین =  $0/24$ ) به دست آمد که نشان‌دهنده ضعف آنان در رویارویی با مشکلات زندگی می‌باشد. همچنین در خرده مقیاس چالش هم میانگین کمتر از حد متوسط به دست آمد ( $0/39$ ) یعنی اینکه این بیماران سختی‌های زندگی را بعنوان تهدید ارزیابی کرده‌اند و نه فرصتی برای پیشرفت. میانگین نمرات دو خرده مقیاس کنترل و تعهد به ترتیب  $0/54$  و  $0/53$  به دست آمد، یعنی در حد متوسط که تا حدودی نشان‌دهنده ضعف بیماران در کنترل وقایع زندگی و دوری از مشکلاتشان به جای درگیر شدن با آنها می‌باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش، از بین متغیرهای پیش بین تنها متغیر سخت‌رویی در پیش بینی سلامت روان نقش دارد. همچنین خرده مقیاس‌های چالش کنترل، تعهد و حمایت دوستان با سلامت روان زنان مبتلا به MS همبستگی مثبت داشته و در پیش بینی سلامت روان نقش دارند.

با توجه به محدودیت این پژوهش که نحوه نمونه‌گیری در دسترس و غیرتصادفی بودن آن می‌باشد پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با نمونه‌های بزرگتر و انتخاب تصادفی در هر دو جنس صورت گیرد تا امکان تعمیم نتایج و بررسی رابطه جنسیت با متغیرهای پژوهش وجود داشته باشد. به هر حال پایین بودن سخت‌رویی این بیماران لزوم طراحی و انجام مداخلات بیشتری را می‌طلبد و از آنجا که سخت‌رویی یک مهارت اکتسابی و قابل آموزش می‌باشد برگزاری دوره‌های آموزشی کسب این ویژگی، برای همه اقشار جامعه بخصوص برای دختران دانش‌آموز و دانشجو و نیز بیماران مبتلا به MS به منظور ارتقای سلامت روان و نیز برخورداری از حمایت اجتماعی بیشتر پیشنهاد می‌گردد.

#### منابع

- استورا. (1386). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن. ترجمه پریخ دادستان، تهران: انتشارات رشد.
- سارافینو، ادوارد پ. (1387). روانشناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان، تهران: نشر رشد.
- سلطانزاده، اکبر. (1383). بیماریهای مغزو اعصاب. تهران: انتشارات جعفری.

کافی، سید موسی، بوالهروی، جعفر، و پیروی، حمید. (1377). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم شماره 4، 66-59.

کرمانی، زهرا. (1388). بررسی نقش امید در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی با افکار خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.

نجات، س.، منتظری، ع.، محمد، ک.، مجدزاده، س.، نبوی، ن.، نجات، ف.، نبوی، س.، هولاکوئی نائینی، ک. (1385). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، 1 (4)، 19 - 24.

همایی، رضوان. (1379). رابطه فشارزاهای روانی دختران مراکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روان با توجه به نقش تعدیل کننده سرسختی روان شناختی در آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.

هاریسون، تنسلی و ران‌دولف. (1379). اصول طب داخلی هاریسون. ترجمه جمعی از مترجمان، تهران: نشر تیمورزاده.

یادگاری، سمیرا.، روغنی، مهرداد، میری، سیدروح الله، خیرخواه، فرزانه. (1384). اختلالات روانپزشکی در MS، خلاصه مقالات دومین کنگره بین‌المللی MS. انجمن MS ایران.

یعقوبی، نورا...، نصرافهانی، مهدی، شاه‌محمدی، داود. (1374). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره 4.63-55.

Beasley M., Thompson T., Davidson J. (2002). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness, *Journal of Personality and Individual Differences* 34 77-95.

Burg, M. M. & Seeman, T. F. (1994). Families and Health: The neagative side of social ties. *Annals of Behavioral medicine*, 16, 109-115.

- Callaghan, P., Morrissey, J. (1993). social support and health :a review *Journal of Advanced Nursing*, (18), 203-210.
- Chwastiak, L. A. & Edhe, D .M. (2007). Psychiatric issues in multiple sclerosis .*Psychiatric Clinics of North America*, 30, 803-817.
- Conrada, R. I. (1989). Type A behavior, personality hardiness and cardiovascular responses to stress. *Journal of personality and social psychology*. 57, 895-903.
- Deborah, J. & Wiebe, Debra. M. M. (2009). Health practices and hardiness as mediators in the stress, illness, relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 34-35
- Figved, N., Klevan, G., Myhr, K.M., Nyland, H., Larsen, J.P., Harboe E., Omdal R., & Aarland, D. (2005). Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112, 463-468.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9, 131-145
- Kaplan, R. N. & Toshima, M. T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability in B. R. Sarason, I. G. Sarason and G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Kobasa, S .C. (1979). Stressful life events, personality, and health : An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Krokavcova, a., Jitse, P., van, Dijkb.c., IvetaNagyova, b.; Jaroslav, Rosenberger b., Gavelova, d., Berrie, Middel c., Gdovinova, a., Johan, W. & Groothoff, c. (2008). Patient Education and Counseling. 73 :159-165
- Kurtzke, J.E. (1983). Rating neurological impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33,1444-1452.
- McCabe, M .P., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis.*Journal of Psychosomatic Research*, 56, 355 – 361.



- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology* (4th ed). New York: Jhon Wiley & Sons, Inc.
- Shawaryn, M. A., Gaudino, E., Scharf, P., Smith, C., Mercado, J., & Flinchbaugh, J., (2002) . Relating cognitive impairment and everyday functioning in MS: Preliminary findings. In *Proceedings of the 2nd International MS Week Conference*.
- Smith, N. , Young, A. & Lee, C. (2004). Optimism, health-related hardiness and Well-Being among older Australian Women. *Journal of health psychology*, vol. 9, (6), 741-752.
- Thorton, A.E. & DeFreitas, V.G. (2009). The neuropsychology of multiple sclerosis. In I. Grant & K.M .AdaMS (Eds). *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders* (pp .280-305). New York :Oxford University Press.
- Tree, H. A. (2009). Multiple sclerosis severity, pain intensity and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope, optimism, depression, and fatigue. *Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas*.
- Zimet, G. D., Dahlem, N.W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

# SID



ابزارهای  
پژوهش



سرویس ترجمه  
تخصصی



کارگاه های  
آموزشی



بلاگ  
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری  
STES



فیلم های  
آموزشی

## کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



تازه های آموزش  
آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی  
در تدوین و چاپ مقالات ISI



تازه های آموزش  
روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



تازه های آموزش  
آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word  
برای پژوهشگران