

## ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان و

### وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۱۶

احمد علیپور<sup>۱</sup>

محمدعلی صحرائیان<sup>۲</sup>

مهناز علی اکبری<sup>۳</sup>

مرضیه حاجی آقابابائی<sup>۴</sup>

#### چکیده

مقدمه: هدف از انجام این تحقیق، بررسی رابطه میان سخت‌رویی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان و وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS بوده است.

روش: تعداد ۸۳ بیمار از مراجعین درمانگاه ویژه MS بیمارستان سینا تهران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده 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 روان همبستگی مثبت دارند. در این تحقیق میان حمایت اجتماعی ادراک شده و

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

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

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

۴. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی [mnhajibabaei@gmail.com](mailto:mnhajibabaei@gmail.com)

سلامت روان رابطه معناداری وجود نداشت. همچنین میان سخت‌رویی و نیز حمایت

اجتماعی ادراک‌شده با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه معناداری بدست نیامد. نتیجه‌گیری: با توجه به وضعیت نامطلوب سلامت روان زنان مبتلا به MS و همچنین همبستگی میان سخت‌رویی و خرده‌مقیاس‌های 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 ادراک‌شده، 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>۱</sup> (MS) یک بیماری التهابی دستگاه اعصاب مرکزی<sup>۲</sup> (CNS) است که از سیر غیرقابل پیش‌بینی برخوردار بوده و با اینکه علت 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>۳</sup>، ۲۰۰۹).

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، مخچه، ساقه مغز و طناب نخاعی را درگیر کند (فیگود و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). علاوه بر این دیده شده که بیماران MS شیوع بالایی در زمینه علائم روانپزشکی و اختلالات وابسته نیز دارند (چواستیاک و ادیه<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

شیوع MS در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد. شایع‌ترین دوره پیدایش بیماری بین ۲۰ تا ۳۵ سالگی می‌باشد، ولی موارد نادری نیز در کودکان و افراد مسن گزارش شده است. علت MS هنوز مشخص نشده است، ولی عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونت‌های ویروسی و فشارهای روانی (استرس) را در پیدایش آن مؤثر می‌دانند (سلطان‌زاده، ۱۳۸۳).

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

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>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰، ترجمه جمعی از مترجمان، ۱۳۷۹).

هم ایمنی سلولی و هم هومرال<sup>۲</sup> (با واسطه آنتی‌بادی) در واکنش تخریب میلین 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 (ریموند و همکاران، ۲۰۰۱).

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 مورسی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳).

این موضوع نیز پذیرفته شده که حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۴</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>۵</sup>، ۲۰۰۲).

مک کابه و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) 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 بر جنبه‌های مثبت موقعیت دارند و سطح پایین حمایت اجتماعی با تطبیق ضعیف روان‌شناختی همراه بوده است. تری<sup>۷</sup> (۲۰۰۹) در تحقیق خود همبستگی میان متغیرهای روان‌شناختی، عواطف منفی و درد را به دست آورد. او نشان داد که حمایت اجتماعی

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

ادراک شده، 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>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) 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>۲</sup> اندازه‌گیری شده، رابطه مثبت دارد. یادگاری و همکاران (۱۳۸۴) 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>۳</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>۴</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷).

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 (۱۹۷۹) 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 این‌که تغییر یک چالش و فرصت برای رشد است تا این‌که تهدید باشد. دبوراه<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹) 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

---

2. Krokavcova, a.

3. Short Form

4. Hardiness

5. Kobasa, S .C.

1. Deborah, J.

است. در تحقیقی که بیزلی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲) 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>۲</sup>، ۱۳۸۶، 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 ۲ تا ۳ برابر مردان بوده این تحقیق بر آن است تا رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 (۱۳۸۸ و ۱۳۸۹) 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 ۸۳ نفر از بیماران زن مبتلا به MS که بیماری MS آن‌ها طبق نظر نورولوژیست قطعی بود و در طول ۳ ماه بهمن و اسفند (۱۳۸۸) و فروردین (۱۳۸۹) 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 رتبه‌بندی طبق مقیاس EDSS مورد بررسی قرار گرفتند.

---

2. Beasley M.

3. Stora, R.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی<sup>۱</sup> زیمت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۸): این مقیاس دارای ۱۲ سؤال و ۳ خرده مقیاس است که بر اساس نمره گذاری لیکرت ۷ درجه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌گردد. خرده مقیاس خانواده شامل سؤالات (۳، ۴، ۸ و ۱۱) دوستان شامل سؤالات (۶، ۷، ۹ و ۱۲) و شخص مهم شامل سؤالات (۱، ۲، ۵ و ۱۰) می‌باشد. افشاری (۱۳۸۶) رابطه مثبت معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی بدست آورد که نشان دهنده روایی همگرا و واگرای این مقیاس است. در نمونه مورد بررسی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خانواده، دوستان و شخص مهم به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات بدست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی‌ها ۱۲ و حداکثر آن ۸۴ خواهد بود. کسب نمره بالا نشان دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی می‌باشد. (به نقل از کرمانی، ۱۳۸۸)

مقیاس سخت‌رویی (بررسی دیدگاه‌های شخصی): این مقیاس که توسط کوباسا ساخته شده یک پرسش‌نامه ۵۰ آیتمی است که شامل خرده آزمون‌های چالش (۱۷ سؤال) شامل سؤالات ۲، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۴۰، ۴۳، ۴۶ و ۴۹ - تعهد (۱۶ سؤال) شامل سؤالات ۱، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۲، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۴، ۴۷ و ۵۰ و کنترل (۱۷ سؤال) شامل سؤالات ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۴۲، ۴۵ و ۴۸ می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت شکل گرفته (چهار گزینه‌ای) و دارای دامنه‌ای از نمره صفر (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) در ۱۱ ماده می‌باشد. نمرات ۳۹ ماده از آزمون (مواد ۶ تا ۲۱ و ۲۸ تا ۵۰) به صورت وارونه در نظر گرفته می‌شوند؛ یعنی نمره صفر (کاملاً درست است) تا ۳ (اصلاً درست نیست). این آزمون توسط قربانی (۱۳۷۱) 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 ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضریب برای کل صفت سخت‌رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است (مجیدیان، ۱۳۸۳).

---

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2. Zimet

پرسشنامه سلامت روان<sup>۱</sup> GHQ-28: این پرسش نامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) 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 ۲۸ ماده‌ای که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلیر با استفاده از روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند تدوین گردید، دارای ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ 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 ۰، ۱، ۲، ۳) برای گزینه‌های مواد پرسشنامه است (گلدبرگ، ۱۹۷۹). بالاترین نمره ۸۴ است و نمره برش ۲۳، افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد (استورا، ۱۳۸۶، ترجمه دادستان).

پایایی این آزمون در پژوهش کافی، بواله‌ری و پیروی (۱۳۷۷) با بهره‌گیری از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است. همچنین در بررسی حقیقتی، عطاری، رحیمی و سلیمانی‌نیا (۱۳۷۸) روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم ۹۰ سؤالی بازنگری شده، محاسبه شده و ضریب آلفا برای چهار خرده مقیاس برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. ویلیامز، گلدبرگ و ماری (به نقل از یعقوبی، نصر اصفهانی و شاه محمدی، ۱۳۷۴) در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۸۴ و ویژگی ۸۲ را گزارش کردند.

- مقیاس وضعیت ناتوانی توسعه یافته<sup>۲</sup> کرتزکه (۱۹۸۳، EDSS Kurtzke): 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 ۱ (معاینه نورولوژی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ بر اثر MS) نمره‌گذاری شده و بیمار براساس ۸ سیستم عملکردی ارزیابی می‌گردد. راه‌های هر می، منخچه‌ای، 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 ۵

---

1. Goldberg, D. P. & Hillier, V.  
1. Expanded Disability Status Scale



یا ۶ 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 (۰/۷۸) برای مطالعات مقایسه‌ای مناسب بوده، در حالی که قابلیت تکثیرپذیری یک ارزیاب تغییرات بیشتری دارد. (۰/۶۲ تا ۰/۹۴؛ شاورین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و خرده مقیاس‌ها را با استفاده از آمار توصیفی به دست آوردیم که نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و خرده مقیاس‌های آن‌ها

کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	
۱۹	۵۷	۳۳/۴۲۱۷	۹/۴۴۸۰	سن
۱	۲۱	۵/۹۷۵۶	۴/۹۹۳۷۶	طول بیماری
۰	۱۹	۱۲/۹۷۵۶	۴/۹۹۳۷۶	سنوات تحصیلی
۰	۸	۳/۱۶۸۷	۲/۳۳۵۱۵	وضعیت ناتوانی
۰/۱۲	۰/۴۰	۰/۲۴۵۳	۰/۰۵۶۹۹	سخت‌رویی
۰/۲۵	۰/۹۰	۰/۵۴۰۸	۰/۱۲۹۲۷	کنترل
۰/۱۷	۱	۰/۵۳۶۶	۰/۱۵۳۹۱	تعهد
۰/۱۸	۰/۸۰	۰/۳۹۶۹	۰/۱۱۲۵۸	چالش
۱۲	۸۴	۶۴/۰۲۴۱	۱۳/۴۷۳۵۳	حمایت اجتماعی ادراک‌شده
۴	۲۸	۲۲/۳۶۱۴	۵/۷۹۸۶۱	حمایت خانواده
۴	۲۸	۱۹/۳۶۵۹	۶/۳۱۳۸۳	حمایت دوستان
۴	۲۸	۲۲/۵۳۰۱	۴/۷۵۰۷۱	حمایت اشخاص مهم
۳	۶۴	۲۹/۰۲۴۱	۱۴/۲۶۱۴۷	سلامت روان
۰	۲۱	۸/۳۳۷۳	۴/۶۶۵۰۷	علائم جسمانی
۰	۱۹	۸/۳۳۷۳	۴/۸۲۹۴۸	اضطراب و اختلال خواب
۱	۱۶	۷/۱۳۲۵	۲/۹۴۵۷۳	اختلال عملکرد اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین	بیشینه	کمینه	
۶/۵۷۷۹۵	۵/۲۱۶۹	۳۹	۰	افسردگی

میانگین سنی بیماران، ۳۳/۴ می باشد یعنی اکثریت بیماران جوان هستند. همچنین میانگین سال‌های تحصیلی ۱۲/۹۷ می باشد. یعنی اکثریت بیماران، تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند.

اکثریت بیماران از لحاظ وضعیت ناتوانی فیزیکی در محدوده خفیف (کمتر از ۴) قرار داشته‌اند. میانگین متغیر سخت‌رویی ۰/۲۴ به دست آمده که کمتر از حد متوسط و قابل بررسی و پیگیری است. همچنین میانگین دو خرده مقیاس کنترل و تعهد به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۵۳ به دست آمده که در حد متوسط است. میانگین متغیر چالش ۰/۳۹ است که کمتر از حد متوسط می باشد.

در مورد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، میانگین ۶۴/۰۲۴۱ و همچنین در مورد خرده مقیاس‌های حمایت خانواده، دوستان و شخص مهم میانگین‌ها به ترتیب ۲۲/۳، ۱۹/۳ و ۲۲/۵ می باشد که از حد متوسط بالاتر و در حد قابل قبولی بوده است. میانگین نمرات متغیر سلامت روان ۲۹/۰۲ به دست آمده که بیش از نقطه برش یعنی ۲۳ بوده و نشان دهنده علائم مرضی و نگران کننده می باشد. میانگین نمرات خرده مقیاس علائم جسمانی ۸/۳ به دست آمده که بیش از نمره ۶، نشان دهنده اختلال جسمانی، میانگین نمرات خرده مقیاس اضطراب ۸/۳، نشان دهنده اضطراب و اختلال خواب و میانگین نمرات خرده مقیاس عملکرد اجتماعی ۷/۱۳ به دست آمده که نشان دهنده اختلال عملکرد اجتماعی می باشد. میانگین نمرات خرده مقیاس افسردگی ۵/۲ به دست آمده که کمتر از ۶ و در حد قابل قبول می باشد. برای بررسی روابط همبستگی میان متغیرها از ماتریس همبستگی پیرسون استفاده کرده‌ایم که در جدول ۲ ارائه شده است.

#### جدول ۲- ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای سخت‌رویی، حمایت

##### اجتماعی ادراک شده و خرده مقیاس‌های آن‌ها با سلامت روان

	حمایت			
سلامت روان	خانواده دوستان شخص روان	اجتماعی ادراک شده	تعهد	چالش کنترل

کنترل	۰/۸۹۰**	۱	۰/۰۰۱						
چالش	۰/۸۰۰**	۰/۵۷۶**	۱	۰/۰۰۱					
تعهد	۰/۸۹۸**	۰/۷۲۰**	۰/۵۶۱**	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱			
حمایت اجتماعی	۰/۲۵۱*	۰/۲۹۹**	۰/۲۲۳*	۰/۱۴۲	۱				
ادراک شده	۰/۰۲۲	۰/۰۰۶	۰/۰۴۳	۰/۲۰۲					
خانواده	۰/۱۵۲	۰/۱۹۴	۰/۰۷۵	۰/۱۲۰	۰/۷۹۱**	۱			
	۰/۱۷۱	۰/۰۷۹	۰/۵۰۲	۰/۲۸۰	۰/۰۰۱				
دوستان	۰/۲۳۰*	۰/۲۵۵*	۰/۲۳۰*	۰/۱۲۶	۰/۷۲۹**	۰/۳۰۷**	۱		
	۰/۰۳۸	۰/۰۲۱	۰/۰۳۸	۰/۲۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵			
شخص	۰/۲۵۷*	۰/۲۹۲**	۰/۲۳۰*	۰/۱۵۵	۰/۸۰۹**	۰/۶۳۴**	۰/۴۱۴**	۱	
	۰/۰۱۹	۰/۰۰۷	۰/۰۳۷	۰/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		
سلامت روان	۰/۴۸۱**	۰/۴۰۱*	۰/۴۲۳*	۰/۴۲۷*	۰/۱۷۶*	۰/۱۴۲*	۰/۲۶۸*	۰/۱۲۶*	۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱۲	۰/۲۰۱	۰/۰۱۵	۰/۲۵۸

\* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. (۲ دامنه) \* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. (۲ دامنه)

با توجه به جدول ۲ می توان نتیجه گرفت که رابطه بین سخت رویی و سلامت روان، مثبت و معنی دار بوده است. ( $r = -0/481$ ,  $P < 0/01$ ) ، 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 می دهد میان خرده مقیاس کنترل با سلامت روان رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد ( $r = -0/401$ ,  $P < 0/01$ ). جدول همبستگی مابین خرده مقیاس چالش و سلامت روان نیز رابطه مثبت معنی داری را نشان می دهد ( $r = -0/423$ ,  $P < 0/01$ ). همچنین میان تعهد با سلامت روان رابطه مثبت معنی دار وجود ( $r = -0/427$ ,  $P < 0/01$ ) ، اما رابطه معنی داری بین متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان نشان نمی دهد، این جدول میان خرده مقیاس حمایت دوستان و سلامت روان رابطه مثبت معنی دار را نشان می دهد ( $r = -0/268$ ,  $P < 0/05$ ). برای پیش بینی سلامت روان از تحلیل رگرسیون تک متغیری استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳- 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	خطای استاندارد	B
۰/۰۰۱	۹/۵۳۹		۶/۱۳۷	۵۸/۵۳۸ (ثابت)
۰/۰۰۱	-۴/۹۳۶	-۰/۴۸۱	۲۴/۳۸۰	-۱۲۰/۳۳۶ سخت‌رویی
۰/۰۰۱	۸/۴۷۹		۶/۲۴۲	۵۲/۹۲۶ (ثابت)
۰/۰۰۱	-۳/۹۳۶	-۰/۴۰۱	۱۱/۲۳۱	-۴۴/۲۰۲ کنترل
۰/۰۰۱	۹/۶۷۰		۵/۱۹۶	۵۰/۲۴۴ (ثابت)
۰/۰۰۱	-۴/۲۴۶	-۰/۴۲۷	۹/۳۱۱	-۳۹/۵۴۱ تعهد
۰/۰۰۱	۹/۵۵۹		۵/۲۶۰	۵۰/۲۷۸ (ثابت)
۰/۰۰۱	-۴/۱۹۸	-۰/۴۲۳	۱۲/۷۵۶	-۵۳/۵۵۳ چالش
۰/۰۰۱	۸/۲۰۰		۴/۹۸۲	۴۰/۸۵۵ (ثابت)
۰/۰۱۵	-۲/۴۹۱	-۰/۳۶۸	۰/۲۴۵	-۰/۶۱۰ حمایت دوستان

اطلاعات مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سخت‌رویی و سلامت روان با اطمینان ۹۵٪ 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:

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

همچنین بین خرده مقیاس کنترل و سلامت روان با اطمینان ۹۵٪ 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:

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

اطلاعات مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس تعهد و سلامت روان با اطمینان ۹۵٪ 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:

$$\text{GHQ} = ۵۰/۲۴۴ - ۳۹/۵۴۱ \text{ (تعهد)}$$

همچنین بین خرده مقیاس چالش و سلامت روان با اطمینان ۹۵٪ 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:

$$\text{GHQ} = ۵۰/۲۷۸ - ۵۳/۵۵۳$$

اطلاعات مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس حمایت دوستان و سلامت روان با اطمینان ۹۵٪ رابطه معنادار به صورت همبستگی مثبت وجود دارد و معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\text{GHQ} = ۴۰/۸۵۵ - ۰/۶۱۰ \text{ (حمایت دوستان)}$$

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان در جدول شماره ۴ ذکر شده است.

#### جدول ۴- 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	خطای استاندارد	B
۰/۰۰۱	۹/۵۳۹		۶/۱۳۷	۵۸/۵۳۸ (ثابت)
۰/۰۰۱	-۴/۹۳۶	-۰/۴۸۱	۲۴/۳۸۰	-۱۲۰/۳۳۶ سخت‌رویی

اطلاعات مندرج در جدول ۴ 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.

(سخت‌رویی) ۱۲۰/۳۳۶ - ۵۸/۵۳۸ = سلامت روان

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 ۵ بطور خلاصه ذکر شده است.

جدول ۵- تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام تعهد، چالش و کنترل با سلامت روان

الگو	ضریب همبستگی غیر استاندارد		ضریب همبستگی استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	Beta	t	
۱ (ثابت)	۵۰/۲۴۴	۵/۱۹۶		۹/۶۷۰	۰/۰۰۱
تعهد	-۳۹/۵۴۱	۹/۳۱۱	-۰/۴۲۷	-۴/۲۴۶	۰/۰۰۱
۲ (ثابت)	۵۶/۲۲۹	۵/۱۹۶		۹/۸۳۰	۰/۰۰۱
تعهد	-۲۵/۶۲۹	۹/۳۱۱	-۰/۲۷۷	-۲/۳۳۵	۰/۰۲۲
چالش	-۳۳/۸۹۱	۱۵/۰۰۴	-۰/۲۶۸	-۲/۲۵۹	۰/۰۲۷

نتایج مندرج در جدول ۵ 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:

$$GHQ = ۵۰/۲۴۴ - ۳۹/۵۴۱ (\text{تعهد})$$

همچنین اطلاعات مندرج در جدول ۵ 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:

چالش) ۳۳/۸۹۱ - (تعهد) ۲۵/۶۲۹ - ۵۶/۲۲۹ = GHQ

به دلیل آنکه مقیاس وضعیت ناتوانی توسعه یافته کترزکه، 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 ۱ در کنار متغیرها نشانه رتبه‌ای شدن متغیرهاست). نتایج در جدول شماره ۶ ذکر شده است.

جدول ۶- ماتریس همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای سخت‌رویی، حمایت اجتماعی

ادراک‌شده و خرده مقیاس‌های آن‌ها با وضعیت ناتوانی

وضعیت ناتوانی	خانواده	شخص	دوستان	حمایت اجتماعی	تعهد	چالش	کنترل	سخت‌رویی	متغیر
۱	۱	۱	۱	ادراک شده ۱	۱	۱	۱	۱	
								۱	سخت‌رویی ۱
							۱	۰/۵۹۶ ۰/۰۰۱	کنترل ۱
						۱	۰/۴۷۳ ۰/۰۰۱	۰/۵۰۳ ۰/۰۰۱	چالش ۱
					۱	۰/۲۷ ۰/۰۱۳	۰/۴۱۹ ۰/۰۰۱	۰/۶۶۱ ۰/۰۰۱	تعهد ۱
				۱	۰/۰۹۵ ۰/۳۹۵	۰/۲۳۴ ۰/۰۳۳	۰/۲۰۲ ۰/۰۶۷	۰/۲۰۲ ۰/۰۶۷	حمایت اجتماعی ادراک‌شده ۱
			۱	۰/۵۷۸ ۰/۰۰۱	۰/۳۲۶ ۰/۰۰۳	۰/۱۹۶ ۰/۰۷۶	۰/۲۲۳ ۰/۰۴۲	۰/۱۸۱ ۰/۱۰۲	دوستان ۱
		۱	۰/۱۷۱ ۰/۱۲۱	۰/۳۵ ۰/۰۰۱	۰/۰۸۶ ۰/۴۴۱	۰/۱۳۶ ۰/۲۱۹	۰/۰۸۵ ۰/۴۴۵	۰/۲۷۹ ۰/۰۱۱	شخص ۱
	۱	۰/۲۵۷ ۰/۰۱۹	۰/۰۹۹ ۰/۳۷۲	۰/۵۴۹ ۰/۰۰۱	۰/۰۶۰ ۰/۵۸۹	۰/۰۸۱ ۰/۴۶۶	۰/۱۱۷ ۰/۲۹۱	۰/۱۴۰ ۰/۲۰۸	خانواده ۱

	۰/۰۹۷	۰/۰۰۹	۰/۰۴۲	۰/۲۰۳	۰/۰۳۳	۰/۱۴۴	۰/۲۱۳	وضعیت
۱	۰/۰۷۷	-	۰/۷۰۶	-	-	-	۰/۰۵۴	ناتوانی ۱
	۰/۴۹۰	۰/۳۸۵	۰/۹۳۳	۰/۰۶۵	۰/۰۷۷	۰/۱۹۴		

همانطور که جدول ۶ (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 ( $r = -0/481$  ,  $P < 0/01$ ). 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 دבורا و همکاران (۲۰۰۹) 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>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) 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 (۱۳۸۰) و همائی (۱۳۷۹) 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>۲</sup> (۱۹۸۹)

- 
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 خرده‌مقیاس‌های حمایت خانواده و اشخاص با سلامت روان زنان مبتلا به MS رابطه‌ی معناداری نشان داد. شایان ذکر است میان خرده‌مقیاس 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 (۲۰۰۸) 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>۱</sup>، (۱۹۹۴) و کاپلان و توشیما<sup>۲</sup>، (۱۹۹۰) 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 ادراک‌شده و سخت‌رویی همبستگی مثبت و معنی‌دار دارند ( $r = 0/251$ ,  $p < 0/05$ ) حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علائم جسمانی 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.

- 
1. Burg, M. M. & Seeman, T. F.
  2. Kaplan, R. N. & Toshima, M. T.

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 ( $r < 0/01$ ) و ( $r = -0/441$ ) و همچنین با اختلال در کارکرد اجتماعی زنان مبتلا به MS ( $r < 0/01$ )، ( $r = -0/318$ ) و افسردگی شدید زنان مبتلا به MS همبستگی منفی ( $r < 0/01$ )، ( $p = -0/450$ ) 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 ( $r = 0/392$ ,  $p < 0/01$ ) 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 نشان دهنده 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. (۱۳۸۶). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن. ترجمه پریرخ دادستان، تهران: انتشارات رشد.

سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان، تهران: نشر رشد.

سلطان‌زاده، اکبر. (۱۳۸۳). بیماریهای مغزو اعصاب. تهران: انتشارات جعفری.

کافی، سید موسی، بوالهروی، جعفر. و پیروی، حمید. (۱۳۷۷). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم شماره ۴، ۵۹-۶۶.

کرمانی، زهرا. (۱۳۸۸). 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. (۱۳۸۵). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱ (۴)، ۱۹ - ۲۴.

همایی، رضوان. (۱۳۷۹). رابطه فشارزاهای روانی دختران مراکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روان با توجه به نقش تعدیل کننده سرسختی روان شناختی در آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.

هاریسون، تنسلی و ران دولف. (۱۳۷۹). اصول طب داخلی هاریسون. ترجمه جمعی از مترجمان، تهران: نشر تیمورزاده.

یادگاری، سمیرا.، روغنی، مهرداد، میری، سیدروح الله، خیرخواه، فرزانه. (۱۳۸۴). اختلالات روانپزشکی در MS، خلاصه مقالات دومین کنگره بین المللی MS. انجمن MS ایران.

یعقوبی، نورا....، نصرافهانی، مهدی، شاه محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۶۳، ۴-۵۵.

- 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.
- Contrada, R. I. (1989). Type A behavior, personality hardiness and cardiovascular responcees to steress. *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., & Aarsland, 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.