

مقایسه بهزیستی روان شناختی و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال ششم)
شماره ۲۰ / تابستان ۱۳۹۹ / ص ۳۶-۲۲

زیبا کریمی^۱، زهره استوا^۲، آرزو تاری مرادی^۳

^۱کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز

^۲دکتری روانشناسی سلامت عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز

^۳دکتری روانشناسی سلامت عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز

نویسنده مسئول:

زیبا کریمی

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه بهزیستی روان شناختی و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی انجام شد. روش پژوهش علی - مقایسه ای جامعه آماری این پژوهش از دو جامعه زنان مبتلا به بیماری ام اس (تحت درمان و عضو انجمن ام اس) و زنان عادی شهر کرج تشکیل شد. نمونه آماری پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۱۶۰ نفر (۸۰ نفر زنان مبتلا به بیماری ام اس و ۸۰ نفر زنان عادی) انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه های بهزیستی روان شناختی فرم کوتاه (ریف ۱۹۸۹) و سبک های مقابله ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) و آزمون تی مستقل تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری در متغیر بهزیستی روان شناختی و سبک های مقابله ای (اجتنابی) وجود داشت ($p < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که دو گروه در متغیرهای پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی از مولفه های بهزیستی، تفاوت معناداری دارند ($p < 0/01$). و میانگین گروه بیماران ام اس پایین تر از افراد عادی بود. همچنین گروه بیمار به طور معناداری از شیوه مقابله ای اجتنابی بیشتر استفاده می کردند. ($p < 0/01$). **نتیجه گیری:** توجه به بهزیستی روان شناختی و به کار گیری آن از سبک های مقابله ای موثر در مبتلایان به ام اس امری ضروری است. بنابراین نتایج پژوهش به شناخت بیشتر و مداخله برای ترویج سلامت روانی پس از شروع این بیماری کمک می کند.

کلید واژه: بهزیستی روان شناختی، سبک های مقاله ای، ام. اس

مقدمه:

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز بیماری‌های مزمن می‌باشد. اگر چه با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به گذشته از طول عمر بیشتری برخوردار شده‌اند اما همچنان با مسائل مربوط به سازگاری روبه‌رو می‌باشند. از این رو، چالش هم بهداشت و درمان در قرن حاضر، توجه به زندگی توأم با کیفیت این بیماران است (استرین چاپمن، بالوز، موریارتی و موکداد^۱، ۲۰۱۱). ام اس^۲ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیالینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات دمیالینه شده حاصل از بیماری سرتاسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (مک کاب^۳، ۲۰۱۲). طبق گزارش انجمن ام اس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار مبتلا در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده‌اند (میرزایی، ۱۳۹۶). مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی و حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر گذار است (چاوستیاک^۴، و همکاران، ۲۰۱۵).

علائم و عوارض بیماری جسمی اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد و بهزیستی روانشناختی اثر می‌گذارد، شدت یافتن این علائم، ناتوانی را برای فرد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علائم جسمی وی می‌باشد. از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل دور از دسترس می‌باشد، تلاش می‌شود عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها بتوان به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک نمود. بنابراین، برای غلبه واقعی بر ام اس باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شده و به فرد مبتلا کمک شده تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد. داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است. در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر، در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود، آنچه آشکار است. مطالعات مختلف از پایین بودن سطح بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس حکایت دارد (غلامی، حیدری، ۱۳۹۳). مبتلایان به بیماری ام اس به علت ظهور علائم پیش‌بینی ناپذیر، درمان دشوار، عوارض جانبی داروها و ناتوانی فیزیکی فزاینده، با عواقب روان‌شناختی همچون دور ماندن از اهداف زندگی، بیکاری، اختلال در روابط، اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی و اوقات فراغت مواجه هستند (میرزایی، ۱۳۹۶).

امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد (فریج^۵، ۲۰۱۶). همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیزم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان، تأثیر دارند به راه می‌اندازند (اوستیر^۶، و همکاران، ۲۰۱۵). بروز و ظهور مفهوم بهزیستی مربوط به تحولاتی است که در مورد مفهوم سلامتی به وجود آمده است، در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه‌ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کنند، رویکردهای جدید خوب بودن به جای بد یا بیمار بودن، تأکید می‌کنند (ریف، سینگر^۷، ۱۹۹۸). طبق نظر برانون و فیست^۸ (۱۹۹۶)، تعاریف سلامتی در دو گروه جای می‌گیرند: گروه یک، آنهایی هستند که سلامتی را نبود بیماری می‌دانند و همه تلاش می‌کنند تا به این حالت ایده‌آن برسند. گروه دیگر آنهایی هستند که سلامتی را تنها نبود بیماری نمی‌دانند بلکه حرکت به طرف سلامتی بیشتر را بهتر از حرکت در جهت متضاد می‌دانند. آنها معتقدند سلامتی یعنی بهزیستی، یعنی استفاده خوب از توانمندی‌ها. این گروه سلامتی را در همه جنبه‌های زندگی زیستی، روانی و اجتماعی جستجو می‌کنند (برانون، فیست، ۱۹۹۶؛ علی‌اکبری‌دهکردی، شکرکن، محتشمی، ۱۳۹۰).

این دیدگاه مثبت همچنین در اساسنامه سازمان سلامت جهانی بسیار مورد توجه قرار گرفته شده است و سلامتی به عنوان یک حالت بهزیستی اجتماعی، روانی و جسمی کامل و نه صرفاً نداشتن بیماری و ضعف، تعریف شده است و معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان‌شناختی مطلوب اشاره می‌کند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست، بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست، نشان دهنده‌ی سلامت

1. Strine, Chapman, Balluz, Moriarty & Mokdad

2. Multiple Sclerosis

3. McCabe

4. Chawastia et al

5. Frisch

6. Ostir et al

7. Ryff, Singer

8. Brannon & Feist

بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفا سازی قابلیت های خود است (ریان، دسی^۹، ۲۰۱۱). به دنبال ظهور این نظریه ها و جنبش روان شناسی مثبت^{۱۰}، که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی های مثبت و رشد توانایی های فرد تأکید داشتند، گروهی از روان شناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی^{۱۱}، از بهزیستی روان شناختی استفاده کرده اند. زیرا معتقدند این واژه ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می کند (ریف، سینگر، ۱۹۹۸). بهزیستی روان شناختی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بُعد شناختی، به معنای ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بُعد عاطفی، به معنای داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (دینر^{۱۲}، و همکاران، ۲۰۱۲).

در زندگی هر فرد فراز و نشیب های زیادی وجود دارد که تا وقتی که بیش از اندازه افراطی نباشند، موجب جالبی و هیجان انگیز بودن زندگی می شود، اما زنان بیماری که تحت استرس شدیدی هستند باید مهارت های لازم برای کاهش اثرات استرس بر جسم و روان خود را کسب کنند، در غیر این صورت سلامت روان^{۱۳} خود و دیگران را در معرض آسیب جدی قرار خواهند داد. هر چه توانایی زنان بیمار برای مقابله بیشتر باشد به احتمال کمتری گرفتار موقعیت های آسیب زا می شوند. به عبارت دیگر، آسیب پذیری هر فرد در برابر تنیدگی متأثر از مهارت های مقابله ای و حمایت های اجتماعی می باشد (اتکینسون، و همکاران، ۲۰۰۸؛ براهنی و همکاران، ۱۳۹۴). مقابله شامل توانایی های شناختی و رفتاری است که فرد در موقعیت تنیدگی زا به کار می برد. افراد به منظور کنار آمدن با مشکل و جلوگیری از پیامدهای منفی در شرایط استرس زا، از راهبردهای مقابله ای استفاده می کنند (لازاروس، فولکمن^{۱۴}، ۱۹۸۴).

بر طبق مدل تعاملی استرس، تلاش های مقابله ای، فرد در اصلاح رفتار یا کاهش هیجان های منفی یاری می کند. تلاش های مقابله ای، شامل استفاده از شیوه مقابله مسئله مدار، شیوه مقابله هیجان مدار در موقعیت های استرس زا است. شیوه مقابله مسئله مدار، شیوه ای است که برای تغییر یا اداره موقعیت های استرس زا مورد استفاده قرار می گیرد و شیوه مقابله هیجان مدار شیوه ای است که برای مهار واکنش های هیجانی مرتبط با عامل استرس زا بکار گرفته می شود (قربانی، ۱۳۹۴). استرس یکی از عواملی است که با ام اس رابطه دو سویه دارد. با توجه به اینکه ام اس یک بیماری تقریباً ناشناخته و غیرقابل پیش بینی است استرس و اضطراب را در بیماران افزایش می دهد و از طرف دیگر نیز، استرس باعث تشدید علائم بیماری ام اس می شود. هنگامی که فلرد با شرایط تنش زاد روبه رو می شود، معمولاً با استفاده از مجموعه ای از راهبردهای مقابله، به طور خودکار به آن پاسخ می دهد تا تأثیرات تنش را بر عملکرد خود تقلیل دهند یا حذف کنند. سازوکارها و سبک های مقابله ای که مبتلایان به ام اس استفاده می کنند، ممکن است کیفیت سلامت زندگی آنها را در هر دو جهت مثبت و یا منفی تحت تأثیر قرار دهد. اینکه خود بیمار بپذیرد که من ام اس دارم، اما به آن زیاد فکر نمی کنم با کیفیت خوب زندگی همراه است. از طرفی، به نظر می رسد سبک های مقابله ای، با بیماری مرتبط باشد و توانایی کنترل این بیماری ممکن است با گذشت زمان موجب بهبود در طول دوره بیماری شود (اوکوبروا، آرنه^{۱۵}، ۲۰۱۹).

در حوزه رابطه بهزیستی روانی و راهبردهای مقابله ای، می توان گفت که بهزیستی روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله ای موثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می شود و از سوی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش زا جهت انتخاب راهکار مقابله ای مسیر می شود. روانشناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله ای در چگونگی بهزیستی روانی افراد اهمیت زیادی قائل شده است. پژوهش های اخیر حاکی از آن است که راهبردهای مقابله ای و بهزیستی روانی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری مبتلایان به بیماری ام اس می تواند، سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد (میکائیلی، مختارپور و میسمی، ۱۳۹۲). در پژوهش فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) با هدف رابطه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه ای تاب آوری در بین بیماران ام اس به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی روانی، تاب آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. همچنین مومنی و دهقان (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین نمرات بهزیستی روان شناختی زنان عادی و مبتلا به ام اس اختلاف معناداری وجود داشت. همچنین یافته های پژوهش امیرغلامی و حیدری (۱۳۹۴) نشان داد که بین مولفه های بهزیستی روان شناختی بین دو جنس تفاوت معنی داری وجود دارد که غیر از مولفه هدفمندی در زندگی در سایر مولفه ها زنان بیمار

^۹ . Ryan, Deci

^{۱۰} . positive psychology

^{۱۱} . Mental Health

^{۱۲} . Diener et al

^{۱۳} . . mental health

^{۱۴} . Lazarus & Folkman

^{۱۵} . Ukueberuwa, D.M. & Arnett, P.A

وضعیت بهتری نسبت به مردان داشتند. بنابراین، محقق بر آن است که به بررسی سبک‌های مقابله با استرس و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران ام اس و مقایسه آنان با افراد عادی بپردازد. با توجه به موارد مطرح شده مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که

آیا بین بیماران ام اس و افراد عادی از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای تفاوت وجود دارد؟

-طرح پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های توصیفی (غیر آزمایشی) و از لحاظ اینکه به مقایسه متغیرها پرداخت از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای خواهد بود.

جامعه آماری پژوهش، نمونه و روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران زن مبتلا به MS عضو انجمن MS شهر کرج و زن سالم شهر کرج در سال ۱۳۹۸ بود. که در دو گروه ۳۰ نفر است ولی بخاطر امکان ریزش، در این پژوهش حجم نمونه ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد که ۸۰ نفر از آنها را زنان مبتلا به بیماری ام اس و ۸۰ نفر از آنان را زنان عادی در شهر کرج که حاضر به همکاری بوده و با روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلب انتخاب شدند، تشکیل دادند. برای بدست آوردن این حجم نمونه از فرمول کوهن به شکل زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2 \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{d^2} \quad n = \frac{2(1/96 + 0/84)^2}{0/7^2} = 160$$

برای ایجاد تجانس بین دو گروه سعی شد تا حد امکان گروه‌ها از نظر سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر قرابت داشته و تا حدودی هم‌تا بودند.

ملاک ورود: تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تأیید بیماری از سوی متخصص مغز و اعصاب با توجه به پرونده‌ی بیمار، دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل، مبتلا نبودن به مرحله شدید و حاد بیماری (بیماران مبتلا به نوع عود کننده- بهبود پذیر باشند)، حداقل شش ماه سابقه ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه.

ملاک خروج: ابتلا به اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی-عضلانی و کلیوی)، اعتیاد داشتن یا مصرف کردن الکل.

ابزار پژوهش

*** نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سئوالی ریف) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف:**

این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی و در سال (۲۰۰۲) مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. سئوال‌های ۱۸، ۱۲، ۹ عامل استقلال، سئوال‌های ۶، ۴، ۱ عامل تسلط بر محیط، سئوال‌های ۱۷، ۱۵، ۷ عامل رشد شخصی، سئوال‌های ۱۳، ۱۱، ۳ عامل ارتباط مثبت با دیگران، سئوال‌های ۱۶، ۱۴، ۵ عامل هدفمندی در زندگی و سئوال‌های ۱۰، ۸، ۲ عامل پذیرش خود را می‌سجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سئوال‌ات، ۱۰ سئوال به صورت مستقیم و ۸ سئوال بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (سفیدی، فرزاد، ۲۰۱۲).

***اعتبار و روایی پرسشنامه:**

نتایج بدست آمده از بررسی نسخه ۱۸ سئوالی، حاکی از همبستگی نسبتاً بالای (از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹) عامل‌های هر دو نسخه با هم بود. سفیدی و فرزاد (۲۰۱۲) در رواسازی فرم ۱۸ سئوالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همسانی درونی برای کل آزمون و زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ گزارش کردند.

***پرسشنامه سبک های مقابله ای^{۱۶}**

پرسشنامه سبک های مقابله ای یک آزمون ۴۸ ماده ای است که بر اساس سیاهه سبک های مقابله ای اندلر و پارکر^{۱۷} (۱۹۹۰) ساخته شده است و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می برند را مورد ارزیابی قرار می دهد. در آغاز از آزمودنی خواسته می شود که به طور شفاهی یا نوشتاری موقعیت فشارزایی را که اخیراً تجربه کرده شرح دهد و سپس با خواندن عبارات پرسشنامه مشخص کند که در موقعیت مورد نظر تا چه میزان از هر یک از راهبردهای زیر استفاده کرده است. این پرسشنامه سه سبک مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی را ارزیابی می کند. پاسخها به روش لیکرت از هرگز ۱ تا همیشه ۵ مشخص می شود.

***اعتبار و روایی پرسشنامه:**

بویسان^{۱۸} (۲۰۱۲) ضریب الفای زیر مقیاس ها برای مقابله مساله مدار را ۰/۷۲، مقابله هیجان مدار را ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی را ۰/۷۴ گزارش کرده است. همچنین پایایی حاصل از روش باز آزمایی در فاصله دو هفته برای مساله مدار ۰/۷۰، مقابله هیجان مدار ۰/۷۵ و مقابله اجتنابی ۰/۶۶ بوده است. تحلیل عامل کالزبیک میاک، هنگون و دکر و همکاران^{۱۹} (۲۰۰۲) ساختار سه عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پر تنش را تایید کرد، که این امر نشان دهنده اعتبار سازنده این آزمون است. در ایران فتوت احمدی (۱۳۸۰) الفای کرونباخ در مقابله مساله مدار ۰/۹۲، هیجان مدار ۰/۸۲، و اجتنابی ۰/۸۵ گزارش کرده است. و ضریب اعتبار پرسشنامه با موقعیت های استرس زا از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش قرسی در سطح بالاتری ۰/۸۱۳ به دست آمده است. به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه روش های مقابله نیز از محاسبه همبستگی نمره های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد آزمون WOCQ از روایی همگرایی بالایی برخوردار است. همچنین نتایج روش تحلیل مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس نشان داد که مقیاس روش های مقابله از ۱۰ عامل با بار عاملی بیش از ۰/۳ تشکیل شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده:

تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس اهداف پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS (۲۲) در دو سطح توصیفی و استنباطی به شرح زیر انجام شد. در بررسی نتایج پژوهش، از روش توصیفی شاخص مرکزی، شاخص پراکندگی، جهت بررسی طبیعی بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، و برای تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش از روش آماری آزمون t و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها

به منظور شناخت بهتر ماهیت گروهی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته و آشنایی بیشتر با متغیرهای این پژوهش، قبل از آنکه داده های تجربی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار بگیرد لازم است این داده ها توصیف شوند. در پژوهش حاضر ۱۶۰ نفر از زنان، (۸۰ نفر زن سالم، ۸۰ نفر ام اس) با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی و سبک های مقابله ای مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به صورت جداول زیر ارائه می گردد.

¹⁶ .stress-coping styles questionnaire

¹⁷ .Endler and Parker

¹⁸ .Baysan

¹⁹ .Calsbeek, Mieke, Hengowen & Dekker

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه آماری

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۲۵	۷
	۳۵-۳۰	۱۱
	۴۰-۳۵	۱۶
	۴۵-۴۰	۲۵
	۵۰-۴۵	۲۱
	کل	۸۰
اشتغال	شاغل	۲۵
	خانه دار	۵۵
	کل	۸۰
	متأهل	۴۹
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷
	مطلقه	۱۴
	بیوه	۳
	کل	۳۰
	کل	۱۰۰

جدول ۲: شاخص های توصیفی مولفه های بهزیستی روانی

خرده مقیاس	زنان سالم		زنان دارای MS		واریانس
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پذیرش خود	۱۱.۴۷	۱.۹۷	۹.۷۳	۴.۲۹	۱۸.۴۰
روابط مثبت با دیگران	۹.۸۲	۲.۲۶	۹.۲۰	۲.۲۸	۵.۱۹
خود مختاری	۹.۸۲	۲.۲۸	۸.۸۸	۳.۳۲	۱۱.۰۲
تسلط بر محیط	۱۲.۳۵	۳.۴۸	۹.۴۰	۲.۳۲	۵.۳۸
زندگی هدفمند	۱۱.۴۸	۱.۹۳	۸.۲۵	۴.۸۹	۲۳.۹۱
رشد فردی	۱۲.۳۴	۳.۴۹	۹.۲۷	۲.۱۸	۴.۷۵
بهزیستی روانی	۶۷.۱۷	۱۰.۵۴	۶۱.۰۲	۸.۰۴	۶۴.۶۴

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود میانگین نمرات بهزیستی روانی (۶۷/۳۰) زنان سالم از میانگین نمرات بهزیستی روانی (۶۱/۰۲) زنان ام اس بالاتر است.

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیر سبک های مقابله ای

خرده مقیاس	زنان سالم		زنان دارای MS		واریانس
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اجتنابی	۱۹.۶۵	۳.۵۷	۲۱.۳۳	۳.۶۶	۱۳.۳۹
مساله مدار	۲۲.۶۱	۴.۵۴	۲۲.۰۶	۴.۶۴	۲۱.۵۲
هیجان مدار	۲۰.۲۷	۴.۷۰	۱۹.۸۸	۳.۹۱	۱۵.۲۸

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود میانگین نمرات سبک مقابله ای اجتنابی (۱۹/۶۵) زنان سالم از میانگین نمرات سبک مقابله ای اجتنابی (۲۱/۳۳) زنان ام اس پایین تر است.

پیش فرضهای آزمون فرضیه ها

به منظور مقایسه بهزیستی روانی و سبک های مقابله ای، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. و به منظور مقایسه تک تک متغیرها از آزمون تی مستقل (T) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی می باشد. ابتدا به بررسی پیش فرضها پرداخته شد که به شرح زیر می باشد:

بهنجاری داده ها

یکی از مفروضات اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون T مستقل ، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون (کولمونگروف – اسمیرنوف) یا (K-S) است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	تعداد	کالموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
پذیرش خود	۱۶۰	۱/۲۳	۰/۰۹۹
روابط مثبت با دیگران	۱۶۰	۱/۲۲	۰/۱۰۰
خود مختاری	۱۶۰	۰/۹۵	۰/۳۲
تسلط بر محیط	۱۶۰	۰/۹۸	۰/۲۹
زندگی هدفمند	۱۶۰	۰/۸۷	۰/۴۲
رشد فردی	۱۶۰	۱/۱۶	۰/۱۳
بهزیستی روانی	۱۶۰	۱/۲۱	۰/۱۱
اجتنابی	۱۶۰	۱/۰۷	۰/۱۹
مسئله مدار	۱۶۰	۰/۹۶	۰/۳۱
هیجان مدار	۱۶۰	۰/۸۲	۰/۵۱

در جدول ۴ نتایج آزمون کالموگروف – اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات مولفه های بهزیستی روانی و سبک های مقابله ای آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابر این فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می شود.

همسانی متغیرهای وابسته

یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، و T مستقل همسانی واریانس ها می باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۴-۴ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس خطاها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پذیرش خود	۰/۰۸۹	۱	۱۵۸	۰/۷۶۷
روابط مثبت با دیگران	۰/۰۵۲	۱	۱۵۸	۰/۸۱۹
خود مختاری	۰/۸۶	۱	۱۵۸	۰/۳۵۵
تسلط بر محیط	۰/۲۵	۱	۱۵۸	۰/۶۱۱
زندگی هدفمند	۰/۴۱	۱	۱۵۸	۰/۵۲
رشد فردی	۰/۰۸۹	۱	۱۵۸	۰/۷۶۷
بهبودی روانی	۰/۴۷	۱	۱۵۸	۰/۱۵۰
اجتنابی	۰/۱۵	۱	۱۵۸	۱۱/۰۴
مسئله مدار	۰/۴۵	۱	۱۵۸	۰/۱۵۰
هیجان مدار	۰/۱۵	۱	۱۵۸	۰/۶۹۲

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنا دار نمی باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همسانی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می گیرد. بدین ترتیب نتیجه می شود که مفروضه دیگر آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، و تی مستقل، همسانی واریانس ها، برقرار می باشد.

همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس

یکی دیگر مفروضات اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس می باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون باکس استفاده شده است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۴-۶ نشان داده شده است.

جدول ۶: نتیجه آزمون همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس (باکس)

Box's M	F	سطح معناداری
۱۱/۱۶۱	۱/۷۹۸	۰/۰۹۵

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می گردد، سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۰۹۵ می باشد. از آنجایی که این مقدار، بزرگتر از سطح معناداری (۰/۰۱) مورد نیاز برای رد فرض صفر می باشد، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس کوواریانس ها مورد تایید قرار می گیرد. بدین ترتیب مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس ها، به عنوان یک از مفروضات آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برقرار می باشد.

تجزیه و تحلیل استنباطی دادهها

فرضیه اصلی: بین بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی از لحاظ بهزیستی روان شناختی و سبک های مقابله ای تفاوت وجود دارد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) جهت مقایسه بهزیستی روانشناختی و سبک های مقابله ای ، در جداول ۷ و ۸ نشان داده شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بهزیستی روانشناختی، سبک های مقابله ای در گروه ام اس و عادی

شاخص های چند متغیری	Value	F	Df	Error df	sig
اثر پیلایی	۰/۱۲	a ۲/۱۶	۴	۱۵۵	۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۸۷	a ۲/۱۶	۴	۱۵۵	۰/۰۱
اثر هوتلینگ	۰/۱۴	a ۲/۱۶	۴	۱۵۵	۰/۰۱
بزرگترین ریشه ی روی	۰/۱۴	a ۲/۱۶	۴	۱۵۵	۰/۰۱

P<0.01**

با توجه به نتایج جدول ۴۷ ملاحظه می گردد که مقدار لامبدای ویلکز و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که تفاوتی بین گروه ها وجود دارد.

جدول ۸: خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه بهزیستی روانی، سبک های مقابله ای در دو گروه (df=1)

متغیرهای وابسته	Ss	Df	Ms	f	sig	میدور اتا
بهزیستی روانی	۸۷۴/۲۲	۱	۸۷۴/۲۲	۴/۱۱	***۰/۰۰۳	۰/۰۶
سبک اجتنابی	۹۷/۵۱	۱	۹۷/۵۱	۷/۹۶	***۰/۰۰۷	۰/۰۵
سبک مسئله مدار	۱۰/۴۶	۱	۱۰/۴۶	۰/۹۲	۰/۴۸۲	۰/۰۰۴
سبک هیجان مدار	۵/۲۸	۱	۵/۲۸	۰/۲۸	۰/۵۹	۰/۰۰۲

P<0.01**

P<0.05*

با توجه به جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین گروهی یک طرفه برای بررسی تفاوت های دو گروه از زنان دارای ام اس و عادی انجام شد. ۴ متغیر وابسته به کار رفت: بهزیستی روانی، سبک اجتنابی، سبک مسئله مدار، سبک هیجان مدار. آزمون مفروضه اول برای بررسی همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس و هم خطی چند متغیره انجام شد و هیچ نوع تخطی جدی مشاهده نشد. تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته ترکیب شده وجود داشت. $wilks\ Lambda = 0/87$ و $p = 0/01$ و $f(4,155) = 2/16$ و وقتی نتایج متغیر های وابسته به طور جداگانه در نظر گرفته شد، تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ در متغیرهای وابسته (بهزیستی روانی، سبک مقابله ای اجتنابی) وجود داشت.

بررسی یافته های فرعی

فرضیه فرعی ۱: بین بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی از لحاظ مولفه های بهزیستی روان شناختی تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی معنادار بودن میانگین های نمرات مولفه های بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی از آزمون T مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج آزمون T برای مقایسه مولفه های بهزیستی روان در (بیماران ام اس - افراد عادی)

مؤلفه ها	زنان سالم		MS دارای		زنان دارای		Sig
	M	SD	M	SD	Df	I	
پذیرش خود	۱۱/۴۷	۱/۹۷	۹/۷۳	۴/۲۹	۱۵۸	۸/۴۰	***۰/۰۰۴
روابط مثبت با دیگران	۹/۸۲	۲/۲۶	۹/۲۰	۲/۲۸	۱۵۸	۱/۹۱	۰/۱۷۰
خود مختاری	۹/۸۲	۲/۲۸	۸/۸۸	۳/۳۲	۱۵۸	۱/۰۶	۰/۳۰۴
تسلط بر محیط	۱۲/۳۵	۳/۴۸	۹/۴۰	۲/۳۲	۱۵۸	۸/۹۷	***۰/۰۰۳
زندگی هدفمند	۱۱/۴۸	۱/۹۳	۸/۲۵	۴/۸۹	۱۵۸	۱۳/۷۱	***۰/۰۰۱
رشد فردی	۱۲/۳۴	۳/۴۹	۹/۲۷	۲/۱۸	۱۵۸	۱۲/۷۰	***۰/۰۰۱

P<0.01**

P<0.05*

چنانچه در جدول ۹ مشاهده می شود با توجه به برقراری مفروضه همسانی واریانس ها برای متغیر مولفه های بهزیستی روانی، T محاسبه شده در شرایط همگنی واریانس در سطح ۰/۰۱ برای مولفه های (پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) معنادار می باشد. بنابراین بین میانگین نمره های مولفه های بهزیستی روانی بجز روابط مثبت با دیگران و خود مختاری در دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. بیماران ام اس از بهزیستی روانی کمتری برخوردار بودند.

فرضیه فرعی ۲: بین بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی از لحاظ سبک های مقابله ای تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی معنادار بودن میانگین های نمرات سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی از آزمون T مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون T برای مقایسه سبک های مقابله ای در (بیماران ام اس- افراد عادی)

مولفه ها	زنان سالم		زنان دارای MS		Df	T	Sig
	SD	M	SD	M			
اجتنابی	۱۹.۶۵	۳.۵۷	۲۱.۳۳	۳.۶۶	۱۵۸	۹.۲۱	***۰/۰۰۳
مساله مدار	۲۲.۶۱	۴.۵۴	۲۲.۰۶	۴.۶۴	۱۵۸	۱.۸۲	۰/۱۸
هیجان مدار	۲۰.۲۷	۴.۷۰	۱۹.۸۸	۳.۹۱	۱۵۸	۱.۵۲	۰/۲۳

P<0.01**

P<0.05*

چنانچه در جدول ۱۰ مشاهده می شود با توجه به برقراری مفروضه همسانی واریانس ها برای متغیر سبک های مقابله ای، T محاسبه شده در شرایط همگنی واریانس در سطح ۰/۰۱ برای سبک مقابله ای اجتنابی معنادار می باشد. بنابراین بین میانگین نمره های سبک مقابله ای اجتنابی در دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. بیماران ام اس از سبک مقابله ای اجتنابی بیشتر برخوردار بودند. ولی هر دو گروه از سبک مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار یکسانی برخوردار بودند.

نتیجه گیری

یافته پژوهش حاضر نشان داد که ابتدا به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش یعنی مقایسه بیماران مبتلا به ام اس و افراد عادی از تحلیل واریانس چند متغیره بین گروهی یک طرفه برای بررسی تفاوت های دو گروه استفاده شد. تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته ترکیب شده (بهزیستی روان شناختی و سبک مقابله ای اجتنابی) وجود داشت. زنان مبتلا به ام اس از بهزیستی روانی پایین تری برخوردار بودند، و همچنین از سبک مقابله ای اجتنابی برای کنترل درد خود استفاده می کنند. این پژوهش به طور ضمنی با پژوهش مومنی و دهقان (۱۳۹۶)، عمو میرزا، ملکی راد، سلیمی (۱۳۹۶)، رضایی دهنوی، حیدریان، اشتری و رضایی (۱۳۹۶)، چراغی و نصری (۱۳۹۵)، میتوسک سووزکیک و همکاران (۲۰۱۸)، یونگ، کلاسکو و ویشار (۲۰۱۳) همسو است.

در تبیین یافته های این فرضیه می توان گفت افراد بیمار و به ویژه افرادی که مبتلا به بیماری ام اس هستند به علت استرس های زیوادی که به خاطر بیماری دارند و رفت و آمدهای زیاد به مراکز بیمارستانی و مشکلات اقتصادی زایدی که این بیماری به وجود می آورد، از سلامت روانشان کاسته می شود و به میزان معنی داری بهزیستی روانشناختی شان در مقایسه با افراد بهنجار کاسته می شد و البته باید توجه کرد که ممکن است عکس این قضیه هم صحت داشته باشد که افراد مبتلا به ام اس که از بهزیستی روان شناختی پایینی برخوردارند دچار انواع اضطراب، استرس و تنش ها هستند که این تنش ها سیستم ایمنی فرد را تضعیف می کند و وی را برای ابتلا به بیماری های جسمی مستعد کرده و همچنین باعث می شوند که افراد مبتلا به ام اس دیرتر بهبود پیدا کنند. احساس بهزیستی اساسا این گنه تعریف می شود: احساس مثبت و احساس رضایت مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانواده، شغل و غیره است. احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. در حالی که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند. بیماری های مزمن و ناتوان کننده به دلیل تأثیری که بر توانایی و فعالیت های روزمره زندگی دارند، قادرند تمامی ابعاد زندگی را متاثر نموده و باعث افت کیفیت زندگی گردد. بار ناشی از مشکلات ام اس، سلامت جسمانی و روانی بیمار را تحت تأثیر قرار می دهد. کاهش بهزیستی روان شناختی را می توان به طر مستقیم یا غیر مستقیم به علائم و نتایج بیماری نسبت داد (چراغی و همکاران، ۱۳۹۵).

افراد مبتلا به ام اس، با عدم اطمینان در برخورد با آینده، علائم ناخوشایند و غیر قابل پیش بینی، رژیم های درمانی دشوار و عوارض جانبی داروها مواجه هستند. ام اس می تواند عواقب عمیقی همچون اختلال در: اهداف زندگی، اشتغال، در آمد، روابط اجتماعی، فعالیت های اوقات فراغت و فعالیت های روزمره داشته باشد. این قابل توجه است که بیماری ام اس برای اکثر مبتلایان در سن جوانی آغاز می شود، دوره ای که در اغلب افراد، برای رشد حرفه ای و تشکیل خانواده بسیار مهم است. پس بنابراین تعجب آور نیست که بیماران مشکلات بسیاری را در زمینه بهزیستی روان شناختی تجربه کنند (عمو میرزا و همکاران، ۱۳۹۵).

هنگامی که فرد با شرایط تنش زا روبه رو می شود، معمولاً با استفاده از مجموعه ای از راهبردهای مقابله، به طور خودکار به آن پاسخ می دهد تا تأثیرات تنش را بر عملکرد خود تقلیل دهند یا حذف کنند. سازوکارها و سبک های مقابله ای که مبتلایان به ام اس استفاده می کنند، ممکن است کیفیت سلامت زندگی آنها را در هر دو جهت مثبت و یا منفی تحت تأثیر قرار دهد. اینکه خود بیمار بپذیرد که من ام اس دارم، اما به آن زیاد فکر نمی کنم با کیفیت خوب زندگی همراه است. از طرفی، به نظر می رسد سبک های مقابله ای، با بیماری مرتبط باشد و توانایی کنترل این بیماری ممکن است با گذشت زمان موجب بهبود در طول دوره بیماری شود (اوکوبروا، آرنست ۲۰۱۹، ۲۰). شناسایی شکل های مؤثر مقابله به عنوان متغیر واسطه ای در رابطه استرس- بیماری، خط مقدم پژوهش ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (لیپوسکی^{۲۱}، ۲۰۱۷). به طور کلی، نتایج غالب پژوهش ها مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس- بیماری معرفی کرده اند. بیماری های استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی، بیشتر در کسانی مشاهده می شود که پیوسته از مقابله ناکارآمد استفاده می کنند. مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته می شود و نشانه های درماندگی مثل اضطراب را افزایش می دهد (باری، کرنس، گیو، دنگ^{۲۲}، ۲۰۱۸). بر اساس پژوهش های مختلف، راهبرد مقابله ای سالم علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی می شود. در برخی پژوهش ها نشان داده شده است که مشکل در استفاده از راهبرد مقابله ای

²⁰ .Ukueberuwa & Arnett

²¹ .Lipowski.

²² . Barry, Kerns, Guo, Duong, Iannone, Garrington.

درست منجر به مشکلات جسمانی می شود. بنابراین می توان گفت استفاده از مهارت مقابله مسئله مدار به بیماران ام اس کمک می کند که بر هیجانات منفی خود غلبه کنند و در نتیجه کیفیت زندگی شان افزایش یابد (جوهان، گروس^{۲۳}، ۲۰۱۸).

افراد سالم بیش از بیماران ام اس از روش های مقابله ای مسئله مدار استفاده می کنند، افراد سالم سعی می کنند تا شرایط استرس را تحلیل کرده و در جهت تخفیف یا رفع شرایط استرس زا، برنامه ریزی کرده و درباره بهترین راه کنترل مشکل خود فکر می کنند. محققان نشان دادند که افرادی که از راهبرد مقابله ای مسئله مدار بهره می برند، از مهارت های شناختی و پویا برای مقابله با مشکل استفاده می کنند و در نتیجه از توانایی بیشتری برای حل مسئله و تغییر شرایط استرس زا برخوردار هستند. بیماران ام اس تمایل بیشتری نسبت به فراموش کردن مشکل خود دارند با انجام فعالیت های کاری و تفریحی سعی می کنند استرس ناشی از مشکل را کاهش دهند نه آن که خود مشکل را تغییر داده یا رفع کنند. بیماران ام اس تمایل دارند از یک سبک مقابله ای خشک و انعطاف نا پذیر در شرایط استرس زا استفاده نمایند. این سبک مقابله باعث می شود تا مشکلات آنها بدون توجه به قابلیت تغییر، ثابت باقی بماند.

نتایج نشان داد که بین (پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی) از مولفه های بهزیستی روان شناختی، بین دو گروه بیمار ام اس و عادی تفاوت معناداری وجود داشت. در صورتی که با توجه به بیشتر بودن سطح معناداری متغیرهای روابط با دیگران و خود مختاری از ۰/۰۵، می توان دریافت تفاوت زیادی بین دو گروه بیمار ام اس و سالم وجود نداشت. بدین ترتیب بهزیستی روان شناختی مبتلایان به ام اس از افراد عادی کمتر بوده است.

در تبیین یافته های این فرضیه می توان گفت بیماران مبتلا به ام اس در مولفه پذیرش خود از مولفه های بهزیستی روان شناختی به طور معناداری نمرات کمتری نسبت به گروه سالم کسب کردند و میزان پذیرش خود کمتری داشتند. این نتیجه با یافته های پژوهش قاسمی، گرجی، اشتر و قاسمی (۲۰۱۵) و پاپوتروسکا، پاپوتروسکا و ساموچویک^{۲۴} (۲۰۱۷) همسو است. نتایج این پژوهش با توجه به مبانی نظری و پژوهشی قابل انتظار بوده است. چرا که این افراد تمایل به محدود کردن و یا فرار از روابط بین فردی، و خود داری از چالش های جدید و اهداف جدید دارند. در نتیجه، در زندگی این افراد به تدریج نشانه های پذیرش خود و عزت نفس کمتر مشاهده می شود. به عبارت دیگر، این افراد به خود نگرش مثبت نداشته و جنبه های مختلف خود، مانند ویژگی های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته خود را احساس نمی کنند و بیشتر به جنبه های منفی و ویژگی های بد اکنون و نیز وضعیت نابسامان جسمی و روحی در زمان حال می نگرند و لذا عزت نفس آنان کاهش می یابد و قدرت پذیرش خود را به همان گونه که هستند از دست می دهند.

نتیجه دیگر این پژوهش این بود که افراد دارای ام اس در مولفه تسلط بر محیط از افراد سالم پایین تر بودند. این یافته با نتایج پژوهش هارت، فوناریوا، مرلوزی و موهر^{۲۵} (۲۰۱۸) که بر روی تاثیر بهزیستی روان شناختی بر افسردگی در بیماران ام اس ارتباط دارند. خستگی تاثیر بسیاری در زندگی روزمره این بیماران دارد، به طوری که مانع فعالیت های فیزیکی می شود و در مسئولیت پذیری، کار و نقش های اجتماعی تداخل ایجاد می کند که سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران می شود فرد بیمار احساس کند که تسلط بر محیط خود را از دست داده است و قدرت تحمل بیماری و زندگی خود را دشوار و خارج از تسلط خود بداند. در این صورت، فرد بیمار قدرت کنترل فعالیت های بیرونی خود را از دست می دهد و موفق به استفاده موثر از فرصت های پیرامون خود را از دست می دهد و موفق به استفاده موثر از فرصت های پیش آمده، کم کم اعتماد به نفس کاهش می یابد و فرد بیمار خود را فردی سردرگم و ناشایست می داند که قدرت تسلط بر محیط خود را ندارد. این وضعیت به طبع موجب کاهش بهزیستی روان شناختی در فرد می شود. یافته دیگر پژوهش نشان داد که افراد دارای ام اس از زندگی هدفمند پایین تری نسبت به افراد سالم برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش قاسمی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

این واقعیت که این بیماری تاکنون درمان قطعی پیدا نکرده است، در افراد مبتلا این تصور را تقویت می کند که آینده درازمدتی ندارند. از طرفی با وقوع بیماری چون اهدافی که در گذشته برای بزرگسالی خود برنامه ریزی کرده بودند از دست رفته می بینند، دچار ناکامی و نا ایدید برای زندگی هدفمند می شوند، در نتیجه هیچ گاه برای مدت طولانی برنامه ریزی نمی کنند و سعی در رویا پردازی برای آینده های دور خود ندارند. شاید بیشترین برنامه ریزی و تفکر آنها حول مهار بیماری و چگونگی گذران زندگی خود با وجود ناتوانی های ناشی از بروز حمله های بیماری باشد. اگر این بیماری را بتوانند مهار کنند، اهدافشان در زندگی معنا پیدا می کند و اگر موفق نشوند، نه تنها زندگی را

²³ . John, Gross.

²⁴ . Piotrowska, K.K., Piotrowska, T.K. & Samochowiec,

²⁵ . Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N. & Mohr, D.C

بی معنا می یابند، بلکه تمام اهدافی که زمانی برایشان مهم بوده، اهمیت خود را از دست می دهد و کم کم فرد خود را در پوچی عظیمی که برای خودش رقم زده پیدا می کند. این بی هدفی و بی معنایی زندگی، امید را از فرد بیمار می گیرد و هر روز بیشتر به سمت اضمحلال هدایت می کند. رشد فردی پایین تر افراد مبتلا به ام اس نسبت به افراد سالم از دیگر نتایج این پژوهش است. بیان این نکته ضروری است که این یافته با نتایج پژوهش های باراک و آپیران^{۲۶} (۲۰۱۷) ناهمسو است. اگر چه یافته های پژوهش آنها نشان می دهد که بیماری ام اس امکان دستیابی به رشد شخصی را نفی نمی کند، با این حال، مبانی نظری مبین این عقیده است که این بیماری با تاثیر گذاری مستقیم بر روی شخصیت، روحیات و بهداشت روانی فرد، رشد فردی را تضعیف می کند و فرد را برای تصمیم گیری های مهم و حیاتی زندگی خود با مشکل روبرو می کند. چنین فردی احساس می کند توانایی دستیابی به تجربه های نو به عنوان یک موجود دارای استعداد های بالقوه را ندارد. فری که به چنین احساسی از خود می رسد، خود را انسانی بی ارزش و اضافی تلقی می کند و هدف و معنای زندگی را از دست می دهد و عزت نفس او کاهش پیدا می کند. این افول شخصیتی ممکن است صدمات بیشتری بر بهزیستی روان شناختی فرد مبتلا داشته باشد. این امر خود موجب پایین آمدن کیفیت زندگی و عدم تلاش فرد مبتلا برای دستیابی به توانایی ها و شکوفایی استعداد هایش می شود.

نتایج نشان داد که بین (سبک مقابله ای اجتنابی)، بین دو گروه بیمار ام اس و عادی تفاوت معناداری وجود داشت. و میانگین گروه بیماران ام اس بالاتر بوده و از سبک مقابله ای اجتنابی بیشتر استفاده می کردند. در صورتی که بین این دو گروه، در سبک های مقابله ای هیجان مدار مساله مدار تفاوت معناداری مشاهده نشد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت در خصوص انتخاب سبک مقابله بر طبق نتایج این پژوهش، مشخص شد که افراد مبتلا به ام اس بیشتر از افراد سالم از سبک مقابله ای اجتنابی استفاده می کنند. این نتیجه با یافته های پژوهش بساکنژاد، رحیمی، زرگر و مجدی نسب (۱۳۹۲) و اکوبرا و آرنه (۲۰۱۷) همسو است. از آنجایی که مبتلایان به ام اس خود را در رویارویی با شرایط تنش زا ناتوان و ضعیف می بینند، به سبک مقابله ای اجتنابی روی آورده که در آن، فرد با فاصله گرفتن از مساله تنش زا از آن فرار می کند و در جست و جوی حمایت عاطفی و واگذاری مسئولیت مقابله به اطرافیان است. با در نظر گرفتن این خصوصیت، چندان دور از ذهن نیست که مبتلایان به ام اس از این سبک مقابله ای استفاده کنند.

از آنجایی که این بیماری درمان قطعی ندارد، بنابراین باعث ضعف قوای جسمی و روانی و پایین آوردن کیفیت زندگی و بهداشت روانی بیمار می شود. بیمار سعی می کند با دوری از واقعیت یا پنهان کردن آن خود را از عوارض این بیماری تا حد امکان دور کند. بر طبق مراحل رویارویی با مشکل و حادثه که شامل انکار، شوک، اجتناب و قبول واقعیت است، در واقع افرادی که از این سبک مقابله ای نه تنها چاره مناسبی در رویارویی با مساله نیست، بلکه در تعاملی دوسویه امکان کاهش سلامت روان و بهزیستی در فرد را ایجاد می کنند. چنانچه گفته شد، پاسخ های مقابله ای به عنوان کوشش های هیجانی، شناختی و رفتاری به منظور افزایش تطابق فرد با محیط و یا تلاش هایی برای پیشگیری از پیامدهای منفی شرایط فشار زا توصیف شده است. بر این اساس، محققان نشان دادند که اگر این تلاش های مقابله با استرس از نوع موثر با کفایت و سازگارانه باشد. استرس کمتر فشارزا تلقی شده و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن خواهد بود. اگر سبک یا الگوی مقابله ناسازگار و ناکافی باشد نه تنها استرس را کنترل نمی کند بلکه خود این واکنش، منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می سازد. وقتی فرد از سبک های مقابله کارآمد استفاده می کنند، به طور مستقیم با مشکل درگیر شده و تمام توان خود را برای حل مشکل به کار می گیرند. این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می دهد. همچنین در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی بدست آمده، منبع استرس بهتر شناسایی می گردد و ممکن است قابل کنترل نیزط اریابی شود. شناخت منبع استرس از یک سو و قابل کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر به افزایش سلامت روانی و در نتیجه کاهش بیماری و در نتیجه سلامت جسمانی فرد کمک می کند (رحیمی، ذولفقار آبیاری، همام ذاکری لنگرودی، ۱۳۹۵).

پژوهش حاضر، مبین پایین بودن وضعیت بهزیستی روان شناختی و مهارت مقابله ای مسئله مدار در افراد مبتلا به ام اس است، لذا باید در روند درمان بیماران مبتلا به ام اس در کنار مشکلات جسمانی آن ها، توجه به مشکلات روانی مدنظر قرار گیرد. انجام مطالعات بیشتر و برنامه ریزی برای ارتقای سطح بهزیستی و کیفیت زندگی این بیماران توصیه می شود.

منابع

۱. امیرغلامی، ا؛ حیدری، ع. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت بهزیستی روان شناختی بیماران ام اس شهر اهواز، کنفرانس آسیب شناسی، ریشه یابی، ترمیم در روانشناسی، شیراز. ۹، ۸۹-۷۰.
۲. بساکزاد، س؛ رحیمی، ه؛ زرگر، ی. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و سبکهای مقابله ای بیماران مبتلا به ام اس. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۰(۳)، ۱۷۲-۱۶۵.
۳. بولینگ، آلن سی (۲۰۱۴). طب مکمل و جایگزین در ام اس. ترجمه: رویا ابوالحسنی. (۱۳۹۳). تهران نشر رنگینه.
۴. چراغی، مهناز؛ نصری، صادق. (۱۳۹۵). مقایسه سبکهای مقابله ای و بهزیستی روان شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، سال هفدهم، شماره ۲ (پیاپی ۶۴)، ۶۱-۵۵.
۵. رحیمی، الهام، ذوالفقار، آبیاری، همام ذاکری لنگرودی. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت عمومی، سلامت روان و راهبردهای مقابله ای در بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ و بیماران مبتلا به ام اس. مجله پژوهش سلامت، دوره ۲، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵.
۶. رضایی دهنوی، صدیقه؛ حیدریان، فاطمه؛ اشتری، فرشته؛ شایگان نژاد، وحید؛ رضایی کوخدان، فاطمه. (۱۳۹۶). مقایسه رابطه بین سخت رویی و بهزیستی روان شناختی در افراد با بیماری مولتیپل اسکلروزیس و سالم. مجله مطالعات ناتوانی، مقاله اصیلی پژوهشی، ۷(۱)، ۶-۱.
۷. علی اکبری دهکردی، مهناز؛ شکرکن، حسین؛ محتشمی، طیبه. (۱۳۹۰). رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه های آن در زنان شاغل، روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دوره ۳، شماره ۵، ۴۸-۳۷.
۸. عومیرزا، محمد؛ ملکی راد، علی اکبر؛ سلیمی، الهه. (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی و بهزیستی روان شناختی در میان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد غیر مبتلا. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۹، شماره ۴، ۹۰-۷۸.
۹. غلامی، الهام؛ حیدری، علیرضا. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت بهزیستی روان شناختی بیماران ام اس شهر اهواز، کنفرانس آسیب-شناسی، ریشه یابی، و ترمیم در روان شناسی، شیراز، شرکت پندار اندیش رهپو https://www.civilica.com/Paper-PSRP01-PSRP01_004.html
۱۰. فتحی، حسن؛ خیر، مجتبی؛ عتیق، زهرا. (۱۳۹۰). رابطه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه ای تاب آوری در بین بیماران ام اس. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۰(۳)، ۱۶۵-۱۷۲.
۱۱. قربانی، ب. (۱۳۹۴). استرس و پیامدهای آن بر سلامتی. همایش سراسری علمی، پژوهشی علوم انسانی و هنر. تبریز: باشگاه پژوهشگران جوان شعبه شمال غرب کشور.
۱۲. مومنی، خدامراد؛ دهقان، فاطمه. (۱۳۹۶). مقایسه بهزیستی روان شناختی در زنان مبتلا به ام اس با زنان عادی. روان شناسی معاصر، ۱۲، ۱۶۷۴-۱۶۷۲.
۱۳. میرزایی، شهاب. (۱۳۹۶). تأثیر برنامه شادمانی سلیگمن بر ارتقاء کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به ام اس. روان شناسی معاصر، ۱۲، (ویژه نامه)، ۱۷۱۶-۱۷۱۰.
۱۴. میکاییلی، فرزانه. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت بهزیستی روانی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه، مجله افق دانش، ۱۶(۴)، ۶۵-۷۳.

15. Barry LC, Kerns RD, Guo Z, Duong BD, Iannone LP, Garrington M. (2018). Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a Veterans Affairs Medical Center. J Am Geriatr Soc 2016;52:950-56.
16. Chawastiak, L. A., Gibbons, L.E., Ehde, D.M., Sullivan, M., Bowen, J. D., Bombardier, C. H., Kraft, G. H. (2015). Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. J Psychosis Res, 59 (5), 291-8.
17. Diener, E. D., Suhail, E. M. . (2012). Subjective well-being. Three decades of well-being. Psychological Bulletin, 125 (2):302-27
18. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2012). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), Handbook of Positive Psychology. Oxford and New York: Oxford University Press.
19. Frisch, MB. (2016). Quality of life therapy. New Jersey: Wiley press.
20. John OP, Gross JJ. (2018). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. J Personal 2004;72:1301-303..

21. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Science* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.
22. Lipowski, ZI., (2018). Psychosocial reactions to physical illness. *Can Med Assoc J* 2016;128: 1069-72.
23. Mitosek-Szewczyk K, Kulakowska A, Bartosik-Psujek H, Hozejowski R, Drozdowski W, Stelmasiak Z. (2018). Quality of life in Polish patients with multiple sclerosis. *Adv Med Sci*; 59(1): 34-8.
24. Ostir GV, Smith MP, Smith D .(2015). Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS) in medical rehabilitation *Clin Rehabil.* 19: 767-769.
25. Ryff, CD, Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psych Inqu*; 9: 1°28.
26. Ryff, CD. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 57(6): 1069- 1081.
27. Ukueberuwa, D.M. & Arnett, P.A. (2019). Evaluating the role of coping style as a moderator of fatigue and risk for future cognitive impairment in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 751–755.
28. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2013). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; 2013.