



Predict Psychological Symptoms in Multiple Sclerosis Patients based on Hope and Self-actualization

Shiva Mahmoudi Hamidi ¹, , Nasrin Bagheri ^{2,*}, 

¹ MSc, Department of General Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

² Assistant Professor, Department of General Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

* **Corresponding author:** Nasrin Bagheri, Assistant Professor, Department of General Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: bagheri@raiu.ac.ir

Received: 25 Dec 2018

Accepted: 05 May 2019

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis is a chronic and debilitating disorder of the central nervous system, but the factor that worsens the conditions for these patients is that they experience a lot of psychological symptoms after the first diagnosis. This study aimed to predict psychological symptoms in Multiple Sclerosis (MS) patients based on hope and self-actualization.

Methods: The present study was a descriptive correlational study. The statistical population of this study included all MS patients referring to Sina Hospital and Razavi Specialized Hospital, and also MS patients referring to Parsian Medical Complex in 2018. The sample size was calculated based on Morgan's and Krejcie table estimates 217 people (93 males and 124 females), and were selected by available sampling method. The research instrument In addition to the demographic questionnaire and was including three questionnaires of Beliefs Questionnaire self-actualization, Snyder's hope scale (1991), and Symptom Chek List – 25- Revised (SCL-25). Data were analyzed using Pearson correlation test and regression analysis using SPSS software version 25.

Results: Findings showed that hope and self-efficacy variables could predict meaningful psychological symptoms and hope with beta -0.46 was stronger predictor than self-actualization with standard beta -0.28.

Conclusions: The results of this study indicate that hope and self-actualization as general protective factors can be effective in reducing the psychological symptoms in MS patients. It is suggested that health professionals, especially counselors and psychologists in the field of behavioral and cognitive, help to reduce the psychological symptoms of MS patients through appropriate interventions in the field of hope and self-actualization.

Keywords: Hope, Multiple Sclerosis, Mental Health, Self-actualization



پیش بینی علائم روان شناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر اساس امید و خودشکوفایی

شیوا محمودی حمیدی^۱، نسرين باقري^۲ * ID

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان شناسی عمومی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
 * نویسنده مسئول: نسرين باقري، استادیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: bagheri@riau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۰۴

چکیده

مقدمه: بیماری (مولتیپل اسکلروزیس) MS یک نوع بیماری مزمن و ناتوان کننده دستگاه عصبی مرکزی است، اما عاملی که شرایط را برای این بیماران بدتر می کند این است که این بیماران علائم روان شناختی زیادی را بعد از اولین تشخیص بیماری، تجربه می کنند. این پژوهش با هدف پیش بینی علائم روان شناختی در بیماران MS بر اساس امید و خودشکوفایی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران MS مراجع کننده به بیمارستان سینا، بیمارستان فوق تخصصی رضوی و همچنین بیماران MS مراجعه کننده به مجتمع پزشکی پارسین در سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه براساس جدول مورگان و کرجسی ۲۱۷ نفر (۹۳ مرد و ۱۲۴ زن) برآورد، و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش علاوه بر برگه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سه پرسشنامه باورهای خود شکوفایی، مقیاس امید اشنايدر (۱۹۹۱) و چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-25) بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که متغیرهای امید و خودشکوفایی قادر به پیش بینی معنادار علائم روان شناختی هستند و امید با مقدار بتای استاندارد ۰/۴۶- پیش بینی کننده منفی و قویتری نسبت به خودشکوفایی با مقدار بتای استاندارد ۰/۲۸- بود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان می دهد که امید و خودشکوفایی به عنوان عوامل عمومی محافظت کننده می توانند در کاهش علائم روان شناختی در بیماران MS مؤثر باشند. پیشنهاد می گردد که متخصصان حوزه سلامت به ویژه مشاوران و روان شناسان حوزه رفتاری و شناختی از طریق مداخلات مناسب در زمینه امید و خودشکوفایی به کاهش علائم روان شناختی بیماران MS کمک نمایند.

واژگان کلیدی: امید، بهداشت روانی، خودشکوفایی، مولتیپل اسکلروزیس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماران بدتر می کند این است که این بیماران علائم روان شناختی زیادی را به خاطر ماهیت بیماری از خود نشان می دهند، به گونه‌ای که ۴۸ درصد بیماران MS در یک سال اول بعد از تشخیص بیماری، افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند [۵] و بیشتر احتمال دارد که حوادث استرس زا مشکلات بیشتری را در مقایسه با دیگر افراد گزارش کنند [۶]. در بیماری‌هایی مثل MS غالباً از آسیب‌های روان شناختی چشم پوشی می شود؛ در حالی که بیشتر این بیماران درگیر این مشکلات روان شناختی هستند که از مشکلات پزشکی ناشی می شود. به گونه‌ای که زمانی که بیمار در سلامتی خود نقصان را تجربه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک نوع بیماری مزمن و ناتوان کننده دستگاه عصبی مرکزی است. در این بیماری سیستم ایمنی فرد سلول‌های عصبی را مورد حمله قرار می دهد و سبب تخریب غلاف میلین می شود [۱]. MS معمولاً در بیماران بین ۲۰ تا ۴۰ سال بیشتر مشاهده می شود. این بازه زمانی معمولاً پر از چالش‌ها مسئولیتهای خانوادگی و اجتماعی برای شخص است [۲]. معمولاً زنان بیشتر از مردان، به نسبت ۲ به ۱ به MS مبتلا می شوند [۳]. طبق گزارش انجمن MS ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار MS در ایران وجود دارد و شیوع آن رو به گسترش است [۴]. اما عاملی که شرایط را برای این

دلیل شرایط خاص این بیماری که اختلال‌هایی را در زندگی برای فرد به وجود می‌آورد، اثرات روان شناختی مانند افزایش سطح استرس، اضطراب، افسردگی و به طور کلی نشانه‌های روان شناختی را بوجود می‌آورد که نیازمند بررسی‌های متغیرهایی است که بتوان بر اساس آنها کمک‌های لازم را برای این بیماران تدارک دید. در مورد بیماران MS بیشتر تحقیقات سعی در شناخت و اثبات این مورد بوده است که علائم بیماری‌های روانی در این بیماران بیشتر از افراد عادی است. همچنین تحقیقات در زمینه سبب شناسی و متغیرهای مرتبط با این بیماری‌های روانی، بیشتر متمرکز بر نقش ماهیت این بیماری بوده و نقش متغیرهای روان شناختی تا حدود زیادی نادیده انگاشته شده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده امید و خودشکوفایی در علائم روان شناختی در بیماران MS می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود و در طرح آن برای توصیف داده‌ها از کمترین و بیشترین نمره، میانگین، انحراف معیار و میانگین انحراف معیار استفاده شده و برای تحلیل و بررسی فرضیه‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران MS مراجعه کننده به بیمارستان سینا شهر تهران، بیمارستان فوق تخصصی رضوی مشهد و همچنین بیماران MS مراجعه کننده به مجتمع پزشکی پارسیان شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. همچنین برای تعیین میزان حجم نمونه مورد نیاز از جدول مورگان و کرجسی استفاده شد. در این جدول میزان حجم نمونه لازم برای جامعه ۵۰۰ نفری ۲۱۷ نفر می‌باشد، که این تعداد برای نمونه انتخاب شد. ملاک ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از داشتن بیماری MS با توجه به پرونده پزشکی در مرکز مربوطه، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سابقه حداقل ۲ سال ابتلا به بیماری. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از عدم پاسخگویی به ۱۰ درصد سئوالات پرسشنامه‌ها، عدم رضایت از شرکت در پژوهش و ابتلا به بیماری روانی تشخیص‌گذاری شده بنا بر اظهار نظر شرکت کنندگان. ابزارهای پژوهش علاوه بر برگه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی شامل سه پرسشنامه باورهای خود شکوفایی، مقیاس امید اشنایدر (۱۹۹۱) و چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-25) بود. پرسشنامه باورهای خود شکوفایی: این پرسشنامه از کتاب مجموعه پرسشنامه برای مربیان روابط انسانی (۱۳۸۴) گرفته شد [۲۸]. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه مرتبط با عوامل تسهیل کننده خود شکوفایی و ۱۰ گویه مربوط به عوامل بازدارنده خود شکوفایی است. پاسخ به سئوالات بر اساس بلی و خیر است که پاسخ بلی ۵ امتیاز و خیر صفر امتیاز دارد. نمره نهایی پرسشنامه از کم کردن جمع نمرات سئوالات بازدارنده از جمع نمرات تسهیل کننده به دست می‌آید. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط ثناگو، تقوی، بهنام پور و بیکی [۲۹] مورد بررسی قرار گرفته است. این نویسندگان روایی محتوایی این پرسشنامه را توسط ۳۰ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان مورد تأیید قرار داده‌اند و برای پایایی آن میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. همچنین میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر که روی ۶۳ بیمار MS اجرا شد، ۰/۷۸ به دست آمد.

می‌کند، سازگاری دشوارتر می‌شود [۷]. تحقیقات پیرامون جنبه‌های روان شناختی بیماری MS نشان می‌دهد که در این بیماران میزان اضطراب، افسردگی، اختلال در کیفیت زندگی، اختلال خواب و ناامیدی بالا است [۵، ۸، ۹]. با توجه به اینکه مشکلات روان شناختی در این بیماران در سطح بالایی قرار دارد، تلاش‌هایی برای شناخت عوامل و متغیرهایی که با این نشانه‌های روان شناختی در ارتباط هستند امری ضروری است. یکی از نظریه‌های روان شناسی که در زمینه تبیین و درمان مشکلات روان شناختی موفق عمل کرده است، روان شناسی مثبت نگر است که تأکید آن بر توانمندی‌های انسان به جای آسیب پذیری‌های آن است [۱۰-۱۲]. نظریه پردازان رویکرد روان شناسی مثبت نگر بر این باور هستند که صرفاً نباید به اینکه چگونه با رخداد‌های منفی زندگی کنار آمد و به بهبود آنها پرداخت توجه کنیم، بلکه باید به آن چیزهای که زندگی را ارزشمند می‌کنند نیز باید توجه کرد [۱۳]. همسو با این دیدگاه روان شناسان به سازه امید در انسان توجه کرده‌اند. امید یکی از نکات مثبت و از جمله توانمندی‌های فرد است که نقشی مهم در ایجاد و بهبود سلامت روان دارد [۱۴]. امید نیروی محرکی برای تلاش و کوشش کردن است که فرد را به سطح بالایی از عملکرد رفتاری و روانشناختی می‌رساند و منجر به موفقیت و دست آوردهای بسیاری در فرد می‌شود [۱۵]. امید منجر به تجربه هیجان‌های مثبت در فرد و اتخاذ دیدگاهی مثبت‌تر به رویدادها و وقایع می‌شود که می‌تواند منجر به بهبود بهزیستی در فرد شود [۱۶]. تحقیقات مختلفی که روی گروه‌های گوناگون مثل سالمندان، دانشجویان، زنان و مردان صورت گرفته بیانگر این است که امید با متغیرهایی مثل اضطراب رابطه منفی و با متغیرهایی مانند بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی و سلامت روان رابطه مثبت دارد [۱۷، ۱۸].

میل به خودشکوفایی همانند امید یکی از سازه‌های مهم در روان شناسی مثبت نگر است. خود شکوفایی میل به بهتر شدن و ارتقاء یافتن است و تلاشی برای به فعل رساندن ظرفیت‌های بالقوه خود است [۱۹]. خودشکوفایی همچنین به عنوان یک نیرو و توانایی که باعث شکوفا شدن ویژگی‌های مثبت در فرد می‌شود تعریف می‌گردد [۲۰]. در روان شناسی مفهوم خودشکوفایی بیشتر به مطالعات مزلو گره خورده است. مزلو در سلسله مراتب نیازها، خودشکوفایی را در بالاترین مرتبه و در رأس هرم نیازها قرار می‌دهد و لازمه رسیدن به آن را ارضا نیازهای اولیه (غذا و امنیت)، نیاز به عشق و تعلق خاطر، و نیاز به ارزشمند بودن می‌داند. خودشکوفایی به نیاز به رشد شخصی که در طول زندگی یک فرد وجود دارد اشاره دارد. فرد همیشه در حال "تبدیل شدن" است و هرگز در حالت ساکن باقی نمی‌ماند و خودآموزی را ادامه می‌دهد تا معنای زندگی را که برای او مهم است پیدا کند [۲۱]. ویژگی‌های افراد خودشکوفا شامل مواردی همچون ادراک بسیار کارآمد از واقعیت، پذیرش خود، دیگران و طبیعت بطور کلی، سادگی و طبیعی بودن احساس، درک تازه و مداوم، علاقه اجتماعی، روابط بین فردی و خلاق بودن است [۲۲]. مطالعات مختلف حکایت از این دارد که خودشکوفایی با سلامت روان، بهزیستی، توسعه خود و شادکامی رابطه مثبت دارد [۲۳-۲۵]. همچنین دیگر مطالعات نشان می‌دهند که خود شکوفایی با مواردی همچون افسردگی، احساس گناه، اعتماد به نفس پایین، ناتوانی در یادگیری و دشواری شناختی و تجربه استرس بیشتر در زندگی رابطه منفی دارد [۲۶، ۲۷]. در مجموع می‌توان گفت که بیماران MS به

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه (N = ۲۱۷)

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۹۳	۴۲/۸۵
زن	۱۲۴	۵۷/۱۵
تحصیلات		
دیپلم	۷۸	۳۵/۹۴
تحصیلات دانشگاهی	۱۳۹	۶۴/۰۶

جدول ۲: نتایج آزمون کلموگورف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
امید	۰/۰۰۲	۲۱۷	۰/۱۲
خودشکوفایی	۰/۰۰۱۲	۲۱۷	۰/۱۴
علائم روان شناختی	۰/۰۰۰۱	۲۱۷	۰/۲۲

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای علائم روان شناختی، امید و خودشکوفایی

متغیرها	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
علائم روان شناختی	۲۱۷	۲۸	۱۲۳	۷۲/۳۵	۲۲/۷۲
امید	۲۱۷	۸	۶۵	۳۲/۱۲	۱۱/۸۹
خودشکوفایی	۲۱۷	۲	۲۸	۱۳/۶۸	۵/۵۹

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳
۱- علائم روان شناختی	۱		
۲- امید	۰/۵۱**	۱	
۳- خودشکوفایی	۰/۳۶**	۰/۱۸**	۱

* P ≤ ۰/۰۵, ** P ≤ ۰/۰۱

جدول ۵: نتایج آزمون رگرسیون به روش ورود همزمان

مدل	B	Beta	t	Sig	خلاصه مدل
مقدار ثابت (a)	۱۱۶/۰۲	-	۲۶/۰۸	۰/۰۰۱	F = ۵۳/۴
امید	-۰/۸۷	-۰/۴۶	-۸/۰۵	۰/۰۰۱	= ۰/۰۰۱ Sig
خودشکوفایی	-۱/۱۴	-۰/۲۸	-۴/۹۷	۰/۰۰۱	.R ² = ۰/۳۳ R = ۰/۵۸

در ادامه در جدول ۴ همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که علائم روان شناختی و امید (۰/۵۱) = (r) و همچنین علائم روان شناختی و خودشکوفایی (۰/۳۶) = (r) در سطح ۰/۰۱ رابطه معکوس و معنادار دارند. در ادامه در جدول ۵ نتایج آزمون رگرسیون به روش ورود همزمان به منظور بررسی نقش متغیرهای پیش بین پژوهش (امید و خودشکوفایی) در پیش بینی متغیر ملاک پژوهش (علائم روان شناختی) ارائه شده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار F = ۵۳/۴؛ مقدار R = ۰/۵۸؛ مقدار R² = ۰/۳۳ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. همچنین نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیرهای امید و خودشکوفایی قادر به پیش بینی ۳۳ درصد از واریانس علائم روان شناختی هستند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد امید با مقدار بتای استاندارد -۰/۴۶

مقیاس امید اشنایدر (۱۹۹۱): این ابزار مقیاسی ۱۲ سؤالی با طیف لیکرت ۸ درجه‌ای از کاملاً مخالف، نمره ۱ تا کاملاً موافق، نمره ۸ است که شامل دو خرده مقیاس تفکر عامل و مسیره‌است. هشت آیتم آن مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۴ آیتم دیگر آن دروغ سنج است و در نمره گذاری محاسبه نمی‌شود. دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. در اینجا ۸ پایین‌ترین نمره و ۶۴ بالاترین نمره محسوب می‌شود. اشنایدر و همکاران (۲۰۰۰، بنقل از خلجی) [۳۰] اعتبار آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای مسیره‌ها ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند و همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط کرمانی، خداپناهی و حیدری [۳۱] مورد بررسی قرار گرفت و روایی همزمان این پرسشنامه با محاسبه همبستگی آن با مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی تأیید شد و ضریب اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ بدست آمد که مقادیر قابل قبولی است. برای سنجش علائم روان شناختی از چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی نسخه ۲۵ سؤالی استفاده شد. پرسشنامه SCL-25 دارای ۲۵ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط درگوتیس، لیمپنو کووی در سال ۱۹۷۳ معرفی شد. در ایران فرم ۲۵ سؤالی آن به همت نجاریان و داودی [۳۲] تهیه شده است. این پرسشنامه روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ناراحتی از هیچ (۱) تا به شدت (۵) تهیه شده است و شامل ۹ بعد است که عبارتند از شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، بعد حساسیت میان فردی، بعد افسردگی، بعد اضطراب، بعد پرخاشگری، بعد مرضی، بعد افکار پارانوییدی و بعد روان پریشی. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. نجاریان و داودی به این یافته رسیدند که این پرسشنامه با فرم اصلی آن (SCL-90) همبستگی کاملاً معنی دار دارد و در نتیجه یک ابزار روا برای سنجش نشانه‌های اختلالات روانی می‌باشد. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار بدست آمده برابر با ۰/۹۷ بود که نشانگر پایایی عالی این پرسشنامه است.

یافته‌ها

براساس اطلاعات جدول ۱، مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد نمونه شامل جنسیت و تحصیلات گروه نمونه، تعداد زنان و مردان نمونه پژوهش به ترتیب ۱۲۴ و ۹۳ نفر می‌باشد که میانگین سنی آنها ۳۵/۷۲ می‌باشد و تعداد ۱۳۹ نفر از آنها دارای تحصیلات دانشگاهی و ۷۸ نفر دارای مدرک دیپلم می‌باشند. همچنین در جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

در جدول ۲ نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری بدست آمده برای هر سه متغیر بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین توزیع نمرات هر سه متغیر نرمال می‌باشد. در جدول ۳ آماره‌های توصیفی کمترین، بیشترین، میانگین و انحراف معیار برای هر ۳ متغیر پژوهش (علائم روان شناختی، امید و خودشکوفایی) به تفکیک برای هر متغیر ارائه شده است.

پیش بینی کننده منفی و قویتری نسبت به خودشکوفایی با مقدار بنای استاندارد ۰/۲۸- است.

بحث

همانطور که بیان شد هدف پژوهش حاضر پیش بینی علائم روان شناختی در بیماران MS بر اساس امید و خودشکوفایی بود. در این مورد نتایج تحلیل رگرسیون به روش ورود همزمان نشان داد که امید و خودشکوفایی هر دو پیش بینی کننده معنادار علائم روان شناختی هستند، البته جهت این پیش بینی ها معکوس است. به عبارتی با افزایش امید و خودشکوفایی میزان علائم روان شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، روان پریشی و اختلال در عملکرد، کاهش می یابد. همسو با این یافته پژوهش حاضر، که امید پیش بینی کننده علائم روان شناختی است، در ایران صدوقی، مهرزاد و محمد صالحی [۳۳] در پژوهشی که بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دادند به این یافته رسیدند که خوشبینی و امید با میزان اضطراب و افسردگی ارتباط دارد. به عبارتی با افزایش امید در بیماران افسردگی و اضطراب در آنها کم می شود. همچنین در پژوهش همسویی دیگر که توسط راجاندرام و همکاران [۳۴] روی بیماران سرطانی صورت گرفت نتایج نشان داد که امید و خوشبینی با اضطراب و افسردگی در این بیماران رابطه منفی دارد. همچنین همسو با این یافته شنایدر [۳۵] بیان می کند که امید بیشتر، با نتایج بهتر در دانشگاه ها، ورزش، سلامت جسمانی، تنظیم روانشناختی بهتر و روان درمانی بهتر ارتباط دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که در فردی که امید وجود دارد او می تواند بین گذشته، حال و آینده رابطه منسجمی پیدا کند و مسیرهای فکری را به سمت آینده باز کند و در زمان آینده هدف گذاری منطقی و مطابق با میل خود را انجام دهد. با این کار او انگیزه و اعتماد به نفس لازم برای حرکت به سمت این مسیر فکری که به سمت آینده است را بدست می آورد. این فرآیند امری ضروری و مفید برای هر انسانی است. از سویی دیگر برای یک فرد با امید کم، مسیرهای تفکر بسیار ضعیف هستند و مسیر حاصل از آن به خوبی تعریف نشده است و در نتیجه انسجام بخشی و هدف گذاری که منجر به تولید انگیزه و اعتماد به نفس می شود دیده نمی شود [۳۵]. در این مورد امید کم، به خوبی در بیماران MS که علائم روان شناختی حادی نظیر اضطراب، افسردگی و روان پریشی را نشان می دهند به خوبی قابل مشاهده است. به عبارتی بهتر، این موضوع را می توان این گونه بیان کرد که نشخوارهای فکری، اعتماد به نفس پایین، اشتغال فکری و تاکید بیش از حد بر نقطه ضعف ها که در بیماران MS با علائم روان شناختی حاد [۶، ۸، ۹] دیده می شود می تواند تا حدودی به این خاطر باشد که مسیرهای تفکر فرد به سمت آینده مسدود و ضعیف است، در نتیجه نمی تواند برای آینده هدف گذاری کند و برپایه آن انگیزه و اعتماد به نفس به وجود آورد. بنابراین این انسداد و ضعف مسیرهای فکری به سمت آینده باعث توجه و تمرکز بیش از حد بر وضعیت فعلی که برای یک بیمار MS چندان هم خوشایند هم نیست می شود. در نهایت این نبود مسیرهای فکری می تواند باعث بدتر شدن شرایط جسمانی [۳۵] و شروع علائم روان شناختی نظیر اضطراب و افسردگی شود [۳۵]. همچنین امید همراه خود، عاملیت به همراه دارد. عاملیت ادراک یک ظرفیت برای استفاده از مسیرهای فکری خود برای رسیدن به اهداف مورد نظر است. به عبارتی عاملیت همان بعد انگیزشی

امید است که یک نوع خود ارجاعی همراه با انرژی ذهنی برای شروع کردن و ادامه دادن است [۳۵] امید نیروی محرکی برای تلاش و کوشش کردن است و منجر به تزریق هیجان های مثبت به فرد می شود که فرد را به سطح بالایی از عملکرد رفتاری و روان شناختی می رساند [۱۵، ۱۶]. به عبارتی افرادی که عاملیت دارند جملاتی مانند «من می توانم این کار را انجام دهم» و «من نمی خواهم متوقف شوم» را بیان می کنند [۳۶]. این در حالی است که بیماران MS دارای علائم روان شناختی حاد و روش های ناسازگاری برای شرایط پیش آمده هستند که در آن عاملیت را از خود می گیرند، این وقتی قابل قبول تر می شود که به این نکته توجه کنیم که افسردگی اولین علائم روان شناختی است که بیماران MS از خود نشان می دهند [۲، ۴]. چرا که افراد افسرده معمولاً انگیزه های ندارند و عاملیتی در انجام امور فردی، شغلی و خانوادگی ندارند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودشکوفایی پیش بینی کننده منفی و معنادار برای علائم روان شناختی در بیماران MS است. از جمله پژوهش های همسو با این یافته پژوهش می توان پژوهش های گرایند [۳۷]، دینر، کانازوا، سا و اوشی [۳۸] و نس [۳۹] را نام برد. در ایران در پژوهشی که توسط احدی و همکاران [۲۴] بر روی دانشجویان صورت گرفت نتایج نشان داد که خودشکوفایی با شادکامی و سلامت روان رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که خودشکوفایی وسیله ای برای دستیابی به اهداف انطباقی دیگر است. به همین ترتیب، سلامت روان یک هدف جداگانه نیست بلکه خود به عنوان نشانه ای از پیشرفت سازگار به سوی اهداف عملکردی و انطباقی است [۴۰]. بدین ترتیب خودشکوفایی می تواند پیش بینی کننده سلامت روان و عدم وجود علائم روان شناختی باشد چرا که سلامت روان خود یک راه سازگاران در جهت خودشکوفایی است. به عبارتی ساده تر خودشکوفایی انگیزه ای برای سلامتی بهتر است. این درحالی است که افراد با مشخصه ناپهنجاری و ناسازگاری، سلامت روانی را امری جدا از مواردی همچون خودشکوفایی می دانند [۲۲، ۴۰]. همچنین خود شکوفایی در ماهیت خود یک نیروی قوی ارتقاء دهنده است که به حفظ موجودیت فرد کمک می کند و منجر به تعالی و بهبود کیفیت فرد می شود و انگیزه ای بر گذر کردن از مراحل سخت است [۱۹]. همچنین افراد خودشکوفایی ویژگی مثبتی مانند ادراک بسیار کارآمد از واقعیت، پذیرش خود، دیگران و طبیعت بطور کلی، درک تازه و مداوم، علاقه اجتماعی، روابط بین فردی قوی و خلاق [۲۲] را دارند که می تواند مانعی در برابر ایجاد علائم روان شناختی باشد، و انگیزه ای برای عدم توقف و ادامه دادن برای رسیدن به خواسته ها و در نهایت دستیابی به دست آوردهای جدید باشد.

نتیجه گیری

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که امید و خودشکوفایی دو سازه مهم است که می تواند علائم روان شناختی را در بیماران MS تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین متخصصان حوزه سلامت به ویژه مشاوران و روان شناسان با توجه ویژه به این دو سازه روان شناسی مثبت نگر می توانند زمینه بهبود روان شناختی را در بیماران MS فراهم آورند. تحقیقات پیشین بیشتر روی شناسایی علائم روان شناختی بیماران MS متمرکز بوده اند، بنابراین این پژوهش می تواند مکمل دیگر

سیاسگزاری

از بیمارستان سینا، بیمارستان فوق تخصصی رضوی و همچنین مجتمع پزشکی پارسیان و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای با پژوهشگران داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

پژوهش‌ها، برای تدارک مداخلات مناسب برای افزایش بهزیستی روانی این بیماران باشد. محدودیت عمده پژوهش حاضر این بود که روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوه در دسترس بود. بنابراین تعمیم نتایج پژوهش را دچار محدودیت می‌کند. همچنین نتایج پژوهش حاضر محدود به بیماران MS می‌باشد و قابل تعمیم به دیگر بیماران و جمعیت عادی نمی‌باشد. همچنین با توجه به اینکه روش پژوهش همبستگی بود، بنابراین نتایج پژوهش حاضر نمی‌تواند بیانگر روابط علت و معلومی میان متغیرهای پژوهش باشد.

References

- Goetz C. Textbook of clinical neurology: Elsevier Health Sciences; 2007.
- Pfeffer G, Burke A, Yu-Wai-Man P, Compston DA, Chinnery PF. Clinical features of MS associated with Leber hereditary optic neuropathy mtDNA mutations. *Neurology*. 2013;81(24):2073-81. doi: 10.1212/01.wnl.0000437308.22603.43 pmid: 24198293
- Kantarci O, Wingerchuk D. Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. *Curr Opin Neurol*. 2006;19(3):248-54. doi: 10.1097/01.wco.0000227033.47458.82 pmid: 16702830
- Moghtaderi A, Rakhshanzadeh F, Shahraki-Ibrahimi S. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in southeastern Iran. *Clin Neurol Neurosurg*. 2013;115(3):304-8. doi: 10.1016/j.clineuro.2012.05.032 pmid: 22717599
- Mitchell AJ, Benito-Leon J, Gonzalez JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurol*. 2005;4(9):556-66. doi: 10.1016/S1474-4422(05)70166-6 pmid: 16109362
- Kobelt G, Thompson A, Berg J, Gannedahl M, Eriksson J, Group MS, et al. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. *Mult Scler*. 2017;23(8):1123-36. doi: 10.1177/1352458517694432 pmid: 28273775
- White C. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
- Jose Sa M. Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008;110(9):868-77. doi: 10.1016/j.clineuro.2007.10.001 pmid: 18022759
- Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(2):141-53. doi: 10.1016/j.cpr.2008.12.001 pmid: 19167801
- Aslani J, Ahmad Doust H, Bahmani M. Effectiveness of Positive Psychotherapy on Depression Symptoms and Subjective Well - Being of Prisoners. *Pos Psychol Res*. 2015;1(4):67-76.
- Magyar-Moe JL. Positive Psychological Interventions. 2009:73-176. doi: 10.1016/b978-0-12-374517-0.00004-8
- Nootfresti A, Roshan R, Fati L, Hasan Abadi H, Pasandide Shairi R. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Happiness and Psychological Well-being of People with Depression Symptoms: A case- Study with Multiple Basic Lines. *Pos Psychol Res*. 2015;1(1):18-21.
- Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5-14. pmid: 11392865
- Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol*. 2005;60(5):410-21. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410 pmid: 16045394
- Snyder C. Handbook of hope: Theory, measures, and applications: Academic press; 2000.
- Ciarrochi J, Parker P, Kashdan TB, Heaven PCL, Barkus E. Hope and emotional well-being: A six-year study to distinguish antecedents, correlates, and consequences. *J Pos Psychol*. 2015;10(6):520-32. doi: 10.1080/17439760.2015.1015154
- Ong AD, Edwards LM, Bergeman CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Pers Individ Differ*. 2006;41(7):1263-73. doi: 10.1016/j.paid.2006.03.028
- Bailey TC, Snyder CR. Satisfaction with Life and Hope: A Look at Age and Marital Status. *Psychol Rec*. 2017;57(2):233-40. doi: 10.1007/bf03395574
- McLeod S. Maslow's hierarchy of needs. *Simply Psychology* 2007. p. 1-8.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. *Int Clin Psychopharmacol*. 1989;4(2):161. doi: 10.1097/00004850-198904000-00007
- Maslow A. Toward a psychology of being. Princeton van Nostrand Company; 1962.
- Maslow A. New introduction: Religions, values, and peak-experiences. *J Transpers Psychol*. 1970;2(2):83-90.
- Shahabian A, Yousefi F. The Relationship between self-actualization, Life Satisfaction and the Need for Recognition in Students with Brilliant Talents. *Except Childr Sch*. 2007;7(3):317-36.
- Asgari P, Ahadi H, Mazaheri M, Enayati M, Heidari A. Relationship between happiness, self-actualization, mental health and educational performance with sexual dichotomy in male and female students of Ahvaz Center for Science and Research. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2017;0(33):96-116.
- Pajouhandeh E. Personal Development and Self-Actualization of Students in the New Environment. *Int J*. 2013;2(1):2307-27.
- Ivtzan I, Gardner HE, Bernard I, Sekhon M, Hart R. Wellbeing through self-fulfilment: Examining developmental aspects of self-actualization. *Hum Psychol*. 2013;41(2):119-32. doi: 10.1080/08873267.2012.712076
- Burleson W. Developing creativity, motivation, and self-actualization with learning systems. *Int J Hum Comp Stud*. 2005;63(4-5):436-51. doi: 10.1016/j.ijhcs.2005.04.007
- Yousefi R, Jafari F, Changiz T. [In the translation of the Self-righteous Questionnaire from the Book of Questionnaire Collection for Human Relations

- Coaches]: Isfahan University of Medical Sciences & Health Services; 2005.
29. Sanagu A, Taghvaei A, Behnampoor N, Baiky F. Survey the Status of Self-Actualization and the Related Factors among Students of Golestan University of Medical Sciences in 2015. *Res Med Educ.* 2016;8(1):22-8. doi: [10.18869/acadpub.rme.8.1.22](https://doi.org/10.18869/acadpub.rme.8.1.22)
 30. Khalaji T. [Investigating the Relationship Between Hope, Educational Source and Academic Achievement of Tehran University in the Year of Academic Years 2005-2006]. Tehran: Alzahra University; 2006.
 31. Kermani G, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometric features of Omid Snyder's scale. *Q J Appl Psychol.* 2011;3(19):23-7.
 32. Najarian B, Davoudi A. Construction and validation of SCL-25 (shortened form SCL-90). *J Psychol.* 2001;5(2):136-49.
 33. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship of Optimism and Hope with Depression and Anxiety among Women with Breast Cancer. *Iran J Nurs Res.* 2017;12(2):16-21.
 34. Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Res Notes.* 2011;4:519. doi: [10.1186/1756-0500-4-519](https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-519) pmid: [22123081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123081/)
 35. Snyder CR. TARGET ARTICLE: Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychol Inq.* 2002;13(4):249-75. doi: [10.1207/s15327965pli1304_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1304_01)
 36. Snyder CR, LaPointe AB, Jeffrey Crowson J, Early S. Preferences of High- and Low-hope People for Self-referential Input. *Cogn Emot.* 1998;12(6):807-23. doi: [10.1080/026999398379448](https://doi.org/10.1080/026999398379448)
 37. Grinde B. Darwinian Happiness: Can the Evolutionary Perspective on Well-Being Help us Improve Society? *World Futures.* 2006;61(4):317-29. doi: [10.1080/026040290500598](https://doi.org/10.1080/026040290500598)
 38. Diener E, Kanazawa S, Suh EM, Oishi S. Why People Are in a Generally Good Mood. *Pers Soc Psychol Rev.* 2015;19(3):235-56. doi: [10.1177/1088868314544467](https://doi.org/10.1177/1088868314544467) pmid: [25253069](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25253069/)
 39. Nesse RM. Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2004;359(1449):1333-47. doi: [10.1098/rstb.2004.1511](https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1511) pmid: [15347525](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347525/)
 40. Kenrick D, Krebs J. Well-being, self-actualization, and fundamental motives: An evolutionary perspective. *Handbook of well-being.* Salt Lake City, UT: DEF Publishers; 2018.