MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Relationship between Hardiness and Psychological Well-Being in People with Multiple Sclerosis and normal group

*Sedigheh Rezaei Dehnavi[1], Fatemeh Heidarian[2], Fereshteh Ashtari[3], Vahid Shaygannejad[4], Fatemeh Rezaei Kookhdan[5]

Author Address
1. Department of Counseling and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;
2. Esfahan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran;
3. Department of Neurology, Isfahan Neurosciences Research Centre, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran;
4. Department of Neurology, Isfahan Neurosciences Research Centre, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran;
5. PhD student, Health Psychology, Islamic Azad University, Kish International Branch.
***Corresponding Author Address:** Esfahan, Baharestan, University of Science and Technology Bahrestan Branch.
***E-mail:** srezaeidehnavi@pnu.ac.ir

Received: 2017 January 2**; Accepted:** 2017 February 6.

Abstract

Background and objective: Multiple sclerosis (MS) is an immune-mediated, neurodegenerative disease, which affects an estimated 2.5 million adults worldwide. MS poses multiple challenges for both physical and psychological well-being. People with MS experience unpleasant and unpredictable symptoms, difficult treatment regimes, drug side effects, and increasing levels of physical disability. They also face psychosocial consequences including disruptions to life goals, relationship with others, autonomy, personal growth, environment mastery and self-acceptance. Illness factors such as the extent of neurological disability, symptom severity, remission status, and length of illness can influence levels of psychological adjustment in MS. However, these factors are inconsistently associated with well-being, and are often only modest predictors. Research demonstrated that psychological factors are often better predictors of individual differences in well-being than illness factors. Psychological factors, unlike illness factors, are potentially modifiable through psychological interventions. One psychological factor related to psychological well-being is hardiness. Hardiness is a combination of attitudes that provides the necessary courage, motivation and capability to turn developmental and environmental stressors into opportunities for growth. Many positive outcomes have been found to relate to measures of hardiness, such as improved psychological and physical health in the face of work and life stress. Kobasa (1982) proposed commitment, control, and challenge as three components of hardiness, which buffer the disease process. Commitment involves one's feelings towards work, family, social encounters, and self. Control refers to a sense of power. Challenge is the ability to view all situations as potentially positive with successful outcomes. Hardy people have a strong commitment to self, work, family, and other values and are often role models for their children and their community, are able to take an active role in and possess a sense of responsibility for their lives, believe that they have the power to influence the course of events in their life, even unpleasant events, and he/she accepts personal responsibility for both the failures and successes in his/her life, see change in their lives as a challenge, not a threat. They enjoy facing challenges in their work and lives. In view of the fact that MS is one of the stressors that severely affect the lives of individuals, the purpose of this study was to investigate relationship between hardiness and psychological well-being in people with Multiple Sclerosis (MS) and normal group.

Methods: This case- control study was done on 55 people with MS, who referred to Kashani hospital in Isfahan and 83 healthy people that were selected through convenience sampling. The research instruments were Ahvaz Hardiness Inventory and short form of Ryff Psychological Well-Being Scale. Pearson correlation coefficient, independent sample t test, and regression analysis were used to analyze the data through spss-21.

Results: The results indicated people with MS showed a lower level of psychological well-being (p<0.001), Nonetheless, the difference was not statistically significant. The relation between hardiness and psychological well-being was stronger in MS group (p<0.001). There was not any statistically significant difference in hardiness with regard to gender, marital status. A statistically significant relationship was found between hardiness and education. That is, MS patients with higher education level reported higher hardiness (p=0.035). **Conclusions**: This study indicates that there is strong relation between hardiness and psychological well-being. Interventional programs for educating hardiness for promoting psychological well-being in MS patients strongly recommended.

Keywords: Hardiness, Psychological Well-Being, Multiple Sclerosis.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷). :

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ رابطهٔ بین سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد با بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس و سالم

*صدیقه رضایی دهنوی[۱]، فاطمه حیدریان[۲]، فرشته اشتری[۳]، وحید شایگان‌نژاد[۴]، فاطمه رضایی کوخدان[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. استادیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛

۳. استاد گروه نورولوژی دانشگاه علوم‌پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛

۴. استاد گروه نورولوژی دانشگاه علوم‌پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛

۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت،دانشگاه آزاد واحد بین‌الملل کیش؛ ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** اصفهان، بهارستان، دانشگاه پیام‌نور واحد بهارستان؛

***رایانامه:** srezaeidehnavi@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ دی ۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ بهمن ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) شایع‌ترین بیماری از طبقهٔ اختلالات نورولوژیک است که به‌صورت موضعی، میلین (مادهٔ احاطه‌کنندهٔ تارهای عصبی) را تخریب و ملتهب می‌کند. این بیماری تاحد زیادی بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان داده است که سخت‌رویی روان‌شناختی از عوامل مؤثر در بهزیستی افراد در مواجهه با بیماری‌هاست. پژوهش حاضر به بررسی و مقایسهٔ‌رابطهٔ بین سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم پرداخته است.

روش‌بررسی: مطالعه به‌صورت شاهد مورد حاضر بود. جامعهٔ آماری را ۵۵ نفر از بیماران مبتلابه MS مراجعه‌کننده به بیمارستان کاشانی اصفهان و ۸۳ نفر از افراد سالم تشکیل دادند.نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. .بااستفاده از پرسشنامهٔ سخت‌رویی اهواز و بهزیستی روان‌شناختی ریف فرم‌کوتاه بررسی شدند. بررسی داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ ، بااستفاده از آزمون‌های t مستقل، ضریب همبستگی و تحلیل واریانس انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بیماران MS، بهزیستی روان‌شناختی کمتری داشتند ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین میزان سخت‌رویی روان‌شناختی در دو گروه بیمار و سالم تفاوت وجود نداشت. رابطهٔ بین سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه بیمار بیشتر بود. در افراد با گروه‌های جنسی مختلف، متأهل و مجرد، تفاوتی ازلحاظ میزان سخت‌رویی مشاهده نشد؛ ولی افراد MS با تحصیلات بیشتر سخت‌رویی روان‌شناختی زیادتری نشان دادند ($p=۰/۰۳۵$).

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد MS رابطهٔ معنادار وجود دارد. آموزش سخت‌رویی به افراد MS برای افزایش سطح بهزیستی آنان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سخت‌رویی، بهزیستی روان‌شناختی، مولتیپل‌اسکلروزیس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]

۱ مقدمه

مولتیپل‌اسکلروزیس[1] شایع‌ترین بیماری از طبقهٔ اختلالات نورولوژیک است که به‌صورت موضعی، میلین (مادهٔ احاطهٔ‌کنندهٔ تارهای عصبی) را تخریب و ملتهب می‌کند. میلین انتقال سریع و تسهیل‌شدهٔ جریان‌عصبی را فراهم می‌آورد. دراثر این آسیب انتقال جریان‌عصبی بامشکل مواجه می‌شود یا به‌طورکلی بلوکه می‌شود. این بیماری عمدتاً در فاصلهٔ سنین ۲۰ تا ۴۰سالگی ظهور می‌کند . نسبت ابتلای زنان به مردان ۳ الی ۴ به ۱ است. بیماری سیر مزمن داشته و به‌صورت رفت‌وبرگشتی (وجود علائم بهبود ظاهری) است.این بیماری درطول زمان می‌تواند سیری پیش‌رونده و روبه ازکارافتادگی داشته باشد (۱). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که حدود ۴۰۰هزار نفر در آمریکا با افزایش ۲۰۰ نفر در هفته و در سطح‌جهانی بیش از ۲/۵ میلیون نفر مبتلا به این بیماری هستند (۲). میزان شیوع MS در اصفهان از سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۶، ۴۳/۸ نفر در ۱۰۰هزار نفر را نشان داد (۳) این میزان نشان‌دهندهٔ این است که اصفهان یکی از محیط‌های دارای خطر متوسط تا زیاد برای این بیماری است. مطالعه‌های جدیدتر نشان‌دهندهٔ افزایش شیوع این بیماری در این شهر است به‌طوری‌که یکی از مناطق پرخطر برای شیوع این بیماری در سطح آسیا و اقیانوسیه شناخته‌شده است (۴). از عوارض این بیماری آسیب‌بینایی، فلج‌اسپاستیک اندام‌ها و نداشتن‌تعادل، تومور، اختلال در کنترل اسفنکترها، ناتوانی‌جنسی، زمین‌گیرشدن نارسایی‌گفتاری صرع و افسردگی است (۱). بعضی از این نشانه‌ها غالباً منجربه کاهش کیفیت زندگی (۵ـ۷)، ناتوانی نرولوژیکی و هزینه‌های هنگفت درمان می‌شود (۸).

بیماری MS در بهزیستی جسمی و روان‌شناختی پیامدهایی ایجاد می‌کند. افراد MS علائم ناخوشایند و پیش‌بینی‌نشدنی، رژیم‌های درمانی مشکل، عوارض دارویی، افزایش سطوح ناتوانی جسمی را تجربه می‌کنند. آن‌ها همچنین با پیامدهای روان‌شناختی ازجمله اختلال در اهداف زندگی، اشتغال، درآمد، ارتباط‌ها، گذراندن اوقات‌فراغت و گذران زندگی روزمره مواجه می‌شوند. مشکل‌های روان‌شناختی در افراد MS درمقایسه با افراد عادی و حتی بیماران نرولوژیک دیگر، بیشتر رایج است. پیشینهٔ تجربی نشان‌دهندهٔ افزایش افسردگی (۹)، افزایش اضطراب (۱۰)، کاهش بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی (۶) و مشکلات در ایفای نقش اجتماعی و روابط اجتماعی (۱۱) است.

بااین وجود، برنامه‌ریزی‌های زیادی برای سازگاری بهتر افراد MS با بیماری وجود دارد. عوامل مربوط‌به بیماری مثل وسعت ناتوانی نرولوژیکی، شدت علائم، وضعیت درمان و مدت بیماری می‌تواند سازگاری روان‌شناختی در بیماری را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۳،۱۴)؛ اما قدرت پیش‌بینی این عوامل در سازگاری، در مطالعات مختلف، متفاوت و درحد خفیف بوده است (۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل روان‌شناختی درمقایسه با عوامل مربوط به بیماری غالباً پیش‌بینی بهتری از تفاوت‌های فردی در سازگاری افراد ارائه می‌دهند (۱۶). ازطرفی عوامل روان‌شناختی از طریق مداخله‌های روان‌شناختی تغییریافتنی است (۱۶). یکی از عوامل مهم در پیش‌بینی سطح بهزیستی روان‌شناختی افراد، سخت‌رویی روان‌شناختی[2] است. اززمانی‌که کوباسا مفهوم سخت‌رویی روان‌شناختی را به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی مهم که رابطهٔ بین سلامت و استرس را پیش‌بینی می‌کند، معرفی کرد، تحقیقات زیادی به بررسی این ویژگی و عملکرد آن پرداختند. به‌طوراساسی سخت‌رویی دارای همان ویژگی‌هایی است که روان‌شناسان وجودی با اصطلاح شهامت وجودی[3] به‌کار می‌بردند (۱۷). سخت‌رویی با سه نگرش درهم‌تنیده[4] مشخص می‌شود: کنترل[5]؛ تعهد[6] ؛ مبارزه‌طلبی[7] . افراد سخت‌رو اعتقاد دارند که آن‌ها بر رویدادهایی که تجربه می‌کنند،کنترل و تعهد دارند و موقعیت‌های استرس‌زای زندگی را به‌عنوان فرصتی برای رشد تلقی می‌کنند (۱۸). مطالعه‌های گسترده نشان داده است که افراد سخت‌رو بهتر عمل می‌کنند و در مواجهه با استرس سالم‌تر می‌مانند (۱۹ـ۲۱). سخت‌رویی درمقایسه با متغیرهای شخصیتی دیگر، تحت شرایط استرس، عملکرد و سلامت را بهتر پیش‌بینی می‌کند (۲۲،۲۳). در تحقیق‌های متعددی رابطهٔ مثبت بین سخت‌رویی و سلامت روان‌شناختی تأیید شده است (۲۴،۲۶). علیپور و همکاران (۲۷) در پژوهشی نشان دادند که از بین عوامل میزان ناتوانی فیزیکی، احساس حمایت اجتماعی و سخت‌رویی روان‌شناختی، تنها متغیر سخت‌رویی روان‌شناختی می‌تواند سلامت روان بیماران مبتلا به MS را پیش‌بینی کند. به‌عبارت دیگر از بین عوامل مربوط به بیماری و عامل اجتماعی، یک عامل روان‌شناختی رابطهٔ معنادار با سلامت روان بیماران داشت. باتوجه به اینکه رسیدن به سطح بهزیستی روان‌شناختی بهتر یکی از اهداف سیاست‌گذاری‌ها در هر جامعه‌ای است، شناسایی عوامل مؤثر در آن می‌تواند راه رسیدن به این هدف را هموار کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ سخت‌رویی روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی در افراد با بیماری MS و در افراد سالم بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر شاهد مورد و به‌شیوهٔ مقطعی بود. ۵۵ زن و مرد مبتلا به MS و ۸۳ نفر از افراد سالم بدون اختلال نرولوژیکی در سنین ۱۸تا۶۰ سال در این مطالعه شرکت کردند. افراد MS از کلینیک تخصصی MS (مرکز پژوهشی علوم اعصاب بیمارستان کاشانی اصفهان) به‌شیوهٔ هدفمند انتخاب شدند. انتخاب افراد نمونه براین اساس بود:

۱. تشخیص بیماری MS توسط نورولوژیست، براساس معاینه‌های سیستماتیک و آزمایش‌های پاراکلینیکی نظیر MRI؛ ۲. نداشتن اختلال روان‌پزشکی و نورولوژیکی دیگر و... ؛ ۳. موافقت فرد برای شرکت در مطالعه. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامهٔ ۲۷ ماده‌ای سخت‌رویی روان‌شناختی اهواز[8] بود. هر ماده، چهار گزینهٔ هرگز،

[1] Multiple Sclerosis
[2]. Psychological Hardiness
[3]. Existential Courage
[4]. Interrelated
[5]. Control
[6]. Commitment
[7]. Challenge
[8].Ahvaz Hardiness Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]

به‌ندرت، گاهی‌اوقات و بیشتراوقات دارد. در نمره‌گذاری برای هر ماده به‌ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شده است. دامنهٔ نمره در این پرسشنامه عدد ۰ تا ۸۱ است. کسب نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهندهٔ سرسختی روان‌شناختی بیشتر در فرد است. کیامرثی و نجاریان ضرایب پایایی پرسشنامه را به دو روش بازآزمایی و همسانی درونی به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ محاسبه کردند (۲۹). روایی این آزمون را به روش روایی همزمان با سه ملاک مقیاس اضطراب عمومی، پرسشنامهٔ افسردگی و خودشکوفایی مزلو محاسبه کردند. ضرایب به‌دست‌آمده به‌ترتیب معادل ۰/۶۵، ۰/۶۷ و ۰/۶۲ بود (p<۰/۰۰۱) (۲۹). آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در این تحقیق نیز ۰/۶۷۰ محاسبه شد.

برای بررسی بهزیستی روان‌شناختی از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB[1]) استفاده شد. این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی ۸۴ سؤال و فرم کوتاه ۱۸ سؤال مبتنی‌بر خودگزارشی به‌صورت شش‌گزینه‌ای دارد. هر سؤال از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطهٔ مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. نمره بیشتر نمایانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از جمع ۱۸ عبارت نمره بهزیستی روان‌شناختی کلی به دست می‌آید. این فرم را پژوهشگران با اخذ اجازهٔ سازندهٔ تست ترجمه کردند و ثبات درونی این مقیاس بااستفاده از روش آلفای کرونباخ روی نمونه موردنظر ۰/۸۳ محاسبه شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد شش‌گانهٔ آن، مقایسهٔ دو گروه بیمار و سالم و ضریب همبستگی بین سخت‌رویی با بهزیستی و ابعاد آن آورده شده است.

جدول ۱. مقایسهٔ سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران MS و افراد سالم

گروه	مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی													
	سخت‌رویی روان‌شناختی		بهزیستی روان‌شناختی کل		تسلط بر محیط		زندگی هدفمند		خودمختاری		روابط با دیگران		پذیرش خود		رشد شخصی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
MSبیماران	۴۸/۶	۸/۶	۳۷/۴	۶/۶	۴/۲	۱/۵	۵	۱/۵	۵/۸	۱/۴	۵/۲	۲	۱۰/۶	۳	۶/۴	۱/۶
سالم	۴۹/۶	۹/۷	۷۷	۱۰	۱۴	۲/۵	۱۲	۳	۱۳	۵/۸	۱۳	۵/۲	۱۲	۳	۱۳/۵	۳
آزمون tبرای مقایسهٔ دو گروه :۱۴۱Df	۰/۵۸**		۲۷/۴۸**		۲۴/۹۴**		۱۶/۸**		۱۶/۵**		۱۸**		۲/۷۷**		۱۵/۶**	
ضریب همبستگی سخت‌رویی با بهزیستی در گروه بیمار	۱		۰/۸۰**		۰/۵۶**		۰/۶۰**		۰/۴۶**		۰/۶۹**		۰/۲۱		۰/۵۰**	
ضریب همبستگی سخت‌رویی با بهزیستی در گروه بیمار	۱		۰/۶۰**		۰/۵۰**		۰/۰۴		۰/۳۰**		۰/۳۸**		۰/۵۶**		۰/۴۷**	

p**

براساس جدول ۱ میزان سخت‌رویی و ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه بیماران MS و سالم تفاوت معنادار دارد و در بیماران MS سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی کمتری گزارش کردند (p<۰/۰۰۱). در هر دو گروه رابطه بین سخت‌رویی و بهزیستی روان‌شناختی معنادار است؛ ولی این همبستگی در گروه بیمار بیشتر است. همبستگی بین سخت‌رویی با بهزیستی و ابعاد آن (p<۰/۰۰۱) به‌جز «پذیرش خود» در گروه بیمار و در گروه سالم به‌جز بُعد «هدف در زندگی» معنادار است.

جدول ۲ سخت‌رویی روان‌شناختی در افراد MS را باتوجه به متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات نشان می‌دهد. همان‌طورکه ملاحظه می‌شود در میزان سخت‌رویی در زنان و مردان و نیز افراد متأهل و مجرد تفاوت معنادار وجود ندارد؛ولی افراد با میزان تحصیلات بیشتر سخت‌رویی روان‌شناختی بیشتری نشان دادند (p=۰/۰۳۵).

جدول ۲. مقایسهٔ سخت‌رویی گروه افراد MS باتوجه به ویژگی‌های دموگرافیک

متغیر		سخت‌رویی روان‌شناختی			
		تعداد(درصد)	میانگین	انحراف معیار	آمارهٔ آزمون	مقدار p
جنسیت	زن	۴۴(۸۰)	۴۹	۷/۸	t=۰/۱۶	۰/۶۹۱
	مرد	۱۱(۲۰)	۴۷/۷	۱۲		

[1]. Ryff Scale of Psychological Well-Being

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]

تأهل	متأهل	۳۸(۶۹)	۴۹	۹/۵	t=۰/۴۹	۰/۵۰۹
	مجرد	۱۷(۳۱)	۴۷	۹/۵		
تحصیلات	زیر دیپلم	۹(۱۶/۳)	۴۳	۷	F=۳/۷	۰/۰۳۵
	دیپلم	۳۲(۵۸)	۴۸	۹/۲		
	بالاتر از دیپلم	۱۴(۲۵/۷)	۵۳	۶/۴		

۴ بحث

پژوهش حاضر با بررسی رابطهٔ سخت‌رویی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد با بیماری MS و افراد سالم انجام پذیرفت. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده، سطح بهزیستی افراد سالم بیشتر از افراد بیمار بود، ولی بین میزان سخت‌رویی روان‌شناختی در هر دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد. ازطرفی رابطهٔ بین بهزیستی روان‌شناختی و سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه بیماربیشتر از افراد سالم بود. واردشدن بیماری مانند MS به زندگی افراد یکی از استرس‌های بزرگی است که همه جوانب زندگی فرد را هدف قرار می‌دهد. MS بسیاری از حیطه‌های عملکرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد عملکرد جسمانی را کاهش داده و منجربه ناتوانی می‌شود. احتمال می‌رود در آموزش، اشتغال، عملکرد جنسی و خانوادگی، دوست‌یابی و فعالیت روزانه، نیز آسیب‌هایی وارد کند (۲۹). به موازاتی که اختلال توسعه پیدا می‌کند و ناتوانی افزایش می‌یابد، می‌تواند تأثیر زیادی بر احساس فرد از خودش، انزواگزینی از اجتماع و عملکرد اجتماعی وی داشته باشد (۱۷). علاوه‌بر آن احساس ابهام و کنترل‌نداشتن دربارهٔ سلامت روزانه، آینده و ... افزایش می‌یابد (۱۲). کنترل نشانه‌های MS یکی از راه‌های بسیار مهم برای افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و کاهش تأثیر ناتوانی است و می‌تواند به فرد کمک کند که به اشتغال یا تحصیل خود ادامه دهد. کنترل موفقیت‌آمیز نشانه‌ها مبتنی‌بر رویکرد بازپروری عصبی[1] است و تعهد شخصی بیمار MS به رویکرد درمان، نقش محوری در آن دارد. انتظار می‌رود افراد با سخت‌رویی روان‌شناختی بیشتر بتوانند احساس کنترل بیشتری بر نشانه‌های MS داشته باشند و برنامه‌های درمانی را به‌شیوهٔ مناسب‌تری انتخاب کرده و ادامه دهند و از این طریق بهزیستی روانی خود را تاحد زیادی افزایش دهند(۳۰).

یکی از دلایلی که افراد سخت‌رو در موقعیت‌های استرس‌زا به‌طور مؤثرتری عمل می‌کنند این است که این افراد موقعیت استرس‌زا را کمتر تهدیدزا ارزیابی می‌کنند. زیرا آن‌ها اعتقاد دارند که می‌توانند موقعیت را کنترل کرده و حتی از آن یاد بگیرند (۱۸). به‌عبارتی دیگر سخت‌رویی، افراد را به توانایی تغییرپذیربودن رویدادها متوجه می‌کند (۱۷). به‌وجودآمدن احساس کنترل در فرد، می‌تواند تجارب موفقیت‌آمیز در برخورد با موقعیت داشته باشد و درنتیجه احساس خودکارآمدی در فرد افزایش می‌یابد. ازطرفی افراد سخت‌رو رفتارها و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری در مواجهه با موقعیت استرس‌آمیز دارند، زیرا احساس خودکارآمدی و راهبردهای مقابله‌ای از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سلامت روان افراد است (۲۱).

انتظار می‌رود بیماران MS که سخت‌رویی بیشتری دارند، بر نشانه‌های بیماری احساس کنترل بیشتری داشته باشند. این افراد راه‌کارهای فعال برای مواجهه و کنترل نشانه‌ها را درپیش می‌گیرند و همین باعث می‌شود که سطح بیشتر بهزیستی روان‌شناختی را تجربه کنند. به این‌صورت‌که ازلحاظ ارتباط با دیگران، استقلال، پذیرش خود،کنترل محیط و رشد شخصی در سطح بهتری قرار گیرند (۳۱).

یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های دیگر همخوانی دارد (۲۱،۲۸). یکی از محدودیت‌های این تحقیق این بود که سطح ناتوانی بیمارانی که در این تحقیق شرکت کرده بودند، از خفیف تا متوسط بود و درواقع بیمارانی که ناتوانی گسترده‌تر داشتند، در این تحقیق شرکت داده نشدند. یکی از پیشنهادهای پژوهشی بررسی افراد مبتلا به بیماری MS بوده که سطح ناتوانی آن‌ها شدید است.

ازآنجاکه سخت‌رویی روان‌شناختی یک ویژگی آموزش‌دادنی است و تأثیر زیادی درافزایش سطح بهزیستی افراد MS دارد، توصیه می‌شود، برنامه‌های آموزشی با محور قراردادن سخت‌رویی برای این برنامه به‌عنوان قسمتی از برنامهٔ درمانی کل قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، سخت‌رویی روان‌شناختی متغیری بسیار مهم در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی بیماران MS است و تقویت و آموزش آن در این بیماران می‌تواند برای ارتقای سطح سلامت روان آن‌ها پیشنهاد شود.

[1]. Neurorehabilitation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]

References

1. Etemadifar M, Chitsaz A. Multiple Sclerosis M.S. Isfahan: Mashal Publication; 2005. [Persian] [Link]
2. National Multiple Sclerosis Society. Epidemiology of MS. 2008. [Link]
3. Etemadifar M, Janghorbani M, Shaygannejad V, Ashtari F. Prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. NED. 2006;27(1):39–44. [Link]
4. Etemadifar M, Maghzi A-H. Sharp increase in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. Mult Scler. 2011;17(8):1022–7. [Link]
5. Burden of illness of multiple sclerosis: Part II: Quality of life. The Canadian Burden of Illness Study Group. Can J Neurol Sci. 1998;25(1):31–8. [Link]
6. Benito-León J, Morales JM, Rivera-Navarro J, Mitchell AJ. A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. Disability and Rehabilitation. 2003;25(23):1291–303. [Link]
7. Motl RW, McAuley E. Symptom cluster and quality of life: preliminary evidence in multiple sclerosis. J Neurosci Nurs. 2010;42(4):212–6. [Link]
8. Campbell JD, Ghushchyan V, Brett McQueen R, Cahoon-Metzger S, Livingston T, Vollmer T, et al. Burden of multiple sclerosis on direct, indirect costs and quality of life: National US estimates. Mult Scler Relat Disord. 2014;3(2):227–36. [Link]
9. Janssens ACJW, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FGA, Passchier J, Hintzen RQ. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. Acta Neurol Scand. 2003;108(6):389–95. [Link]
10. Zorzon M, de Masi R, Nasuelli D, Ukmar M, Mucelli RP, Cazzato G, et al. Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. J Neurol. 2001;248(5):416–21. [Link]
11. Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Roberts MW, McIntosh-Michaelis SA, Spackman AJ, et al. The social impact of multiple sclerosis--a study of 305 patients and their relatives. Disabil Rehabil. 2000;22(6):288–93. [Link]
12. Antonak RF, Livneh H. Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. Soc Sci Med. 1995;40(8):1099–108. [Link]
13. Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, Sullivan M, Bowen JD, Kraft GH. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. Am J Psychiatry. 2002;159(11):1862–8. [Link]
14. McIvor GP, Riklan M, Reznikoff M. Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. J Clin Psychol. 1984;40(4):1028–33. [Link]
15. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. J Psychosom Res. 2003;54(6):503-511; discussion 513-514. [Link]
16. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD004431. [Link]
17. Maddi S. Hardiness: An operationalization of existential courage. Journal of Humanistic Psychology - J HUM PSYCHOL. 2004;44:279–98. [Link]
18. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol. 1979;37(1):1–11. [Link]
19. Johnsen BH, Eid J, Pallesen S, Bartone PT, Nissestad OA. Predicting transformational leadership in naval cadets: effects of personality hardiness and training. Journal of Applied Social Psychology. 2009;39(9):2213–35. [Link]
20. Hystad SW, Eid J, Laberg JC, Johnsen BH, Bartone PT. Academic stress and health: exploring the moderating role of personality hardiness. Scandinavian Journal of Educational Research. 2009;53(5):421–9. [Link]
21. Delahaij R, Gaillard AWK, van Dam K. Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. Personality and Individual Differences. 2010;49(5):386–90. [Link]
22. Crowley BJ, Hayslip BJ, Hobdy J. psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. Journal of Adult Development. 2003;10(4):237–48. [Link]
23. Maddi SR. On hardiness and other pathways to resilience. Am Psychol. 2005;60(3):261-262; discussion 265-267. [Link]
24. Savari K. The simple & multiple – relationship psychological hardiness & perfectionism with mental health among of payam – Noor of Bandar Imam students. Research in School and Virtual Learning. 2013;1(1):48-57. [Persian] [Link]
25. Nezhad MAS, Besharat MA. Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athletes. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;5(Supplement C):757–63. [Link]
26. Mintz-Binder RD. Would hardiness training be beneficial to current associate degree nursing program directors? Part I. Teaching and Learning in Nursing. 2014;9(1):4–8. [Link]
27. Ahmadi Gatab T, Vahedi Ghajari A. 2905 – Comparison of psychological hardiness with mental health among male & female students. European Psychiatry. 2013;28(Supplement 1):1. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]

28. Alipour A, Sahraeian MA, AliAkbari M, Haji Aghababaei M. The relationship between perceived social support and hardiness with mental health and disability status among women with multiple sclerosis. Journal of Social Psychology Research. 2011;1(3):110–33. [Persian] [Link]
29. Kiamarthi A, Najarian B, Mehrabizadeh Honarmand M. Construction and validation of a scale to measure the psychological hardiness. Journal of Psychology. 1998;2(3):271-84. [Persian] [Link]
30. Mullins L, P. Cote M, Fuemmeler B, Jean V, W. Beatty W, H. Paul R. Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. Rehabilitation Psychology. 2001;46:139–53. [Link]
31. Toosy A, Ciccarelli O, Thompson A. Symptomatic treatment and management of multiple sclerosis. Handb Clin Neurol. 2014;122:513–62. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.70.8]