

## رابطه ساده و چندگانه باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

s\_salemi85@yahoo.com

صفورا سالمی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

علیرضا رشیدی / استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی

عادل زهتاب نجفی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه امام رضا

سیده‌افروز سیدموسوی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه امام رضا

دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۵ - پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۱۰

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به «مولتیپل اسکروزیس» شهر تهران است. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس است که به طور در دسترس انتخاب گردیدند. در این پژوهش، از چهار پرسش‌نامه دین‌داری، سخت‌رویی روان‌شناختی، مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده، و پرسش‌نامه رشد پس از سانحه استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی ساده و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که می‌توان رشد پس از سانحه را بر اساس متغیرهای باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی نمود.

**کلیدواژه‌ها:** رشد پس از سانحه، باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده.

## مقدمه

در قلمرو علم روان‌شناسی، تحقیقات زیادی در زمینه تأثیر حوادث و سوانح ناگوار بر انسان انجام شده که عمدتاً این‌گونه بررسی‌ها در جهت شناسایی اثرات سوء این رویدادها بوده است. از سال ۱۹۸۰، رشته «روان‌پزشکی» به طور رسمی اثرات روانی منفی سانحه را مطرح کرد و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در چاپ سوم بررسی شد (سیدمحمودی، ۱۳۹۲، به نقل از: انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۸۰). اما این اختلال تنها بخشی از واکنش افراد به مشکلات سخت زندگی را توجیه می‌کند و در بسیاری مواقع، ممکن است پس از اینکه فرد رخداد ناگوار و یا بیماری خاصی را تجربه کرد رشد پس از سانحه را تجربه نماید. «رشد پس از سانحه» (PTG) به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع یک حادثه سخت ایجاد شده و نتیجه مبارزه فرد علیه این حادثه استرس‌زا دارای اهمیت انطباقی است. این پدیده قرن‌هاست شناسایی شده، اما فقط طی چند سال اخیر موضوع تحقیق تجربی قرار گرفته است (تدسکی (Tedeschi) و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۴).

در ادبیات «تروما شناسی»، این اصطلاح به معنای تغییر در ادراک از خود، رابطه با دیگران، فلسفه زندگی، تغییر در باورهای بنیادی، تغییر حاصل شده در هویت، و تغییر در ادراک از خود به صورت خودتأییدی و خودکارآمدی بالا به کار می‌رود (همان).

از نظر زولنر و مارکز «رشد پس از سانحه»، به تجربه تغییرات معنادار مثبت ناشی از مخاطرات مربوط به مواقع فوق‌العاده بحرانی زندگی گفته می‌شود (زولنر و مارکز (Zoellner & Maercker)، ۲۰۰۶، ص ۶۳۱). تدسکی (۱۹۹۹) معتقد است: رشد پس از سانحه به یکی از این صورت‌ها ظاهر می‌شود: حس مطلوب و رضایت‌بخش از خود، احساس شایستگی و انعطاف‌پذیر بودن به هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی یا تغییر در روابط بین‌فردی به طور خاص، روابط نزدیک‌تر با افراد خانواده و افراد شاخص دیگر (وابستگان و آشنایان)، آشتی‌گرایی، توانمندی فزون یافته برای محافظت از خود و جلوگیری از روابط سوء استفاده‌مآبانه، نوع‌دوستی بیشتر، افزایش اراده برای پذیرش کمک و باز بودن بیشتر برای رفتارهای جدید، امکانات تغییر یافته، عقاید قوی، معنایابی در زندگی و ادراکات جدید از زندگی (تدسکی، ۱۹۹۹، ص ۳۲۲).

در زمینه رشد پس از سانحه، الگوهای گوناگونی بررسی شده است که از جمله اینها، الگوی بحران‌های فردی و رشد شخصی اسکافر و موس (۱۹۹۶) است. آنها یک الگوی مفهومی در خصوص

نتایج مثبت پس از بحران‌های زندگی و انتقال از این بحران‌ها ارائه کردند. بر اساس این الگو، رویدادهای منفی زندگی مانند ابتلا به بیماری‌های مزمن در برخی افراد می‌تواند نتایج مثبتی ایجاد نماید. در این الگو، تأکید شده است که شرایط محیطی و شخصی برای شکل دادن به تجربه بحران و عواقب آن مهم است. در این الگو، شاخص‌های فردی عبارت بود از: ویژگی‌های سرشماری اجتماعی، خود کارآمدی، انعطاف‌پذیری، اعتقادات مذهبی، خوش‌بینی، اطمینان به خود، سطح انگیزش، وضعیت سلامت، و تجارب قبل از بحران. عوامل محیطی نیز روابط شخصی، حمایت اقوام، دوستان و محیط اجتماعی، منابع و دیگر جنبه‌های موقعیت زندگی را دربر می‌گرفت (زولنر و مارکر، ۲۰۰۶، ص ۶۳۵).

همان‌گونه که مطرح شد، با توجه به الگوی اسکافر و موس (۱۹۹۶) برخی از ویژگی‌های شخصیتی، محیطی و روان‌شناختی می‌توانند به‌عنوان عوامل مؤثر بر تغییرات مثبت پس از سانحه مطرح شوند که موجب دستیابی به مهارت‌های مقابله‌ای و سازش‌یافتگی در برابر عوامل تنیدگی‌زا می‌شوند. در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است که باورهای مذهبی و معنوی می‌تواند پیامدهای ناخوشایند ناشی از «تروما» را کاهش دهد (میرسون Myerson) و همکاران، ۲۰۱۱). به نظر پارک (۲۰۰۶)، ارتباط بین میزان باورهای مذهبی در افرادی که رویداد ناگوار را تجربه کرده‌اند و رشد پس سانحه داشته‌اند انکارناپذیر است. در واقع، به سبب سبک زندگی خاصی که متدینان دارند، آنها رویدادها را کمتر استرس‌زا ارزیابی می‌کنند یا پس از بروز استرس، آن را به‌میزان کمتری برای رشد و تقویت معنوی و روحی خود می‌دانند و یا آن را برنامه و تدبیر الهی می‌دانند. بنابراین، باورهای مذهبی می‌تواند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه، به سوی رشد و تعالی پس از سانحه هدایت کند (پارک Park، ۲۰۰۶).

وازکیوز و همکاران (۲۰۰۵) نیز گفته‌اند: یکی از پیش‌بین‌های اصلی برای تغییرات مثبت به دنبال بیماری‌هایی همچون سرطان، مولتیپل اسکروزیس و دیگر بیماری‌های مزمن، باورهای مذهبی، اسنادهای دینی و کنار آمدن دینی می‌آید (وازیکو Vazquez) و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۳۱۶). کوئینگ نیز در تحقیقی نشان داده است افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند سازگاری بهتری با موقعیت‌های دشوار زندگی دارند (کوینگ Koenig، ۲۰۰۷). همچنین هاکنی و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعات و پژوهش‌های خود، به این نتیجه رسید که تجربه‌های معنوی مذهبی غالباً موجب جابجایی در ارزش‌های اخلاقی فرد می‌شود و در نتیجه، این جابجایی در جهت دور شدن از مادی‌گری و به سمت یابوری و نوع‌دوستی و در نتیجه، موجب بهزیستی روان فرد و انطباق با شرایط دشوار زندگی می‌شود (هاکنی Hackney) و همکاران، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر، بانگهر (۲۰۱۳)، در پژوهش خود، نشان داد که داشتن اعتقادات مذهبی قوی موجب تسریع بازیابی سلامتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود؛ زیرا افراد به کمک این باورها برای مقابله با تنیدگی، توانایی بیشتر برای رسیدن به تغییرات مثبت پس از سانحه را به دست می‌آورند. عامل دیگری که مشخص شده بر رشد پس از سانحه اثرگذار است حمایت اجتماعی است. «حمایت اجتماعی ادراک‌شده» یعنی: منابع فراهم شده توسط دیگران که احساس ارزشمندی به فرد می‌دهد و فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش فراهم می‌آورد. «حمایت اجتماعی» به برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. حمایت اجتماعی بر سبک مقابله با بحران و سازگاری موفق با تجارب تروما اثرگذار است. مطالعات نشان می‌دهند حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی افراد نقش مهمی داشته، در کاهش آثار منفی استرس‌های ناشی از محیط و جامعه تأثیر دارد (پروفیت (Proffit) و همکاران، ۲۰۰۶).

در این خصوص، مک‌کابه و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیق خود نشان دادند سطح پایین حمایت اجتماعی با تطبیق ضعیف روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل همراه بوده است (مک‌کابه (McCabe) و همکاران، ۲۰۰۴). مک‌کولی و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیق خود، همبستگی میان متغیرهای روان‌شناختی، درد و عواطف منفی را به دست آورد. او نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، امید و خوش‌بینی با درد وابسته به اسکروز مولتیپل همبستگی منفی دارد (مک‌کولی (McAuley) و همکاران، ۲۰۰۹).

«سرسختی روان‌شناختی» متغیر دیگری است که بر تعالی و رشد بیماران مولتیپل اسکروزیس اثرگذار است. «سرسختی روان‌شناختی» حالتی است که توسط کوبا سا (۱۹۷۹) مطرح گشت. وی با استفاده از نظریه‌های وجودی در شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باورها درباره‌ی خود شستن و جهان تعریف کرد که از سه مؤلفه «تعهد»، «کنترل» و «مبارزه‌جویی» تشکیل شده است. کسی که از تعهد بالایی برخوردار است، به اهمیت و ارزش و معنای اینکه چه کسی است و چه فعالیتی انجام می‌دهد، باور دارد و بر همین مبنا، قادر است تا درباره‌ی هرچه انجام می‌دهد معنایی بیابد. افرادی که دارای مؤلفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل‌پذیر می‌دانند و بر این عقیده‌اند که قادرند با تلاش، آنچه را در اطرافشان رخ می‌دهد تحت تأثیر قرار دهند. افراد مبارزه‌جو بر این باورند که تغییر و تحول از ویژگی‌های طبیعی زندگی است و انتظار وقوع دگرگونی مشوقی برای رشد و بالندگی است، تا تهدیدی برای امنیت (کوباسا (kobasa)، ۱۹۷۹).

مفهوم «سرسختی» مفهومی مفید است که نشان می‌دهد فرد حتی با داشتن یک زندگی دردناک، مثل

ابتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس، می‌تواند سلامت روان خود را حفظ کند (وانس (Vance) و همکاران، ۲۰۰۸). وانس و همکاران او همچنین نشان دادند افراد با سرسختی روان‌شناختی بالا در مقایسه با افراد دارای سرسختی روان‌شناختی پایین مدیریت بهتری در شرایط فشارزا مانند ابتلا به بیماری‌ها دارند و از راهبردهای مقابله‌ای مثبت‌تری استفاده می‌کنند. آنها در این موقعیت‌ها فعال‌تر و با تمرکز شناختی بالاتر، عمل می‌کنند. افراد با سرسختی بالا در موقعیت‌های فشارزا بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند و افراد با سرسختی پایین از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌نمایند و سبک مقابله‌ای افراد سرسختی بالا در چنین موقعیت‌هایی کارآمدتر است.

همان‌گونه که مطرح شد، «باورهای مذهبی»، «سخت‌رویی» و «حمایت اجتماعی» سه عامل مهم و تأثیرگذار بر نحوه رویارویی هر فرد با مشکلات، حوادث و بیماری‌هاست. بدین‌روی، این پژوهش بر آن است تا رابطه میان باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی را با رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بررسی کند.

### روش پژوهش

این پژوهش، با هدف بررسی ارتباط باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به اسکروز مولتیپل و به روش همبستگی انجام گرفته است. این مطالعه بر روی ۱۰۰ بیمار مولتیپل اسکروزیس ۱۸-۵۰ ساله مراجعه‌کننده به «خانه‌های سلامت» شهر تهران، که به روش در دسترس انتخاب شدند، در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ انجام شد. معیار ورود به پژوهش، سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، آگاهی از نوع بیماری و علاقه به همکاری بود. معیارهای خروج از پژوهش نداشتن دیگر بیماری‌های مزمن و اختلالات شناختی بود. با توجه به اینکه آمار ابتلای زنان به مولتیپل اسکروزیس قریب ۲ تا ۳ برابر مردان است، نمونه‌های پژوهش از بین زنان انتخاب گردید.

### ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه «رشد پس از سانحه»: پرسش‌نامه «رشد پس از سانحه» تدسچی و کالهون (۱۹۹۶) متشکل از ۲۱ ماده است و برای اندازه‌گیری رشد پس از سانحه طراحی شده است. این آزمون یک ابزار خودسنجی است که فرد باید جواب‌های خود را در یک مقیاس شش نقطه‌ای (صفر = هیچ تغییری را تجربه نکرده‌ام تا ۵ = تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده‌ام) قرار دهد. دامنه نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۵

است. اعتبار آزمون در مطالعه، از طریق همسانی درونی نمره کلی مقیاس و هر یک از خرده مقیاس‌ها روی نمونه‌ای از بیماران قلبی در آمریکا از طریق مصاحبه تأیید شد. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶. به دست آمد. در مطالعه سیدمحمودی (۱۳۸۹) ساختار عاملی پرسش‌نامه روی نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی بررسی شد که چهار عامل به دست آمد: درک افزایش یافته از توانایی‌های خود، تغییر در اولویت‌ها و ارزش‌های زندگی، احساس صمیمیت با دیگران، و تلاش عمدی برای ایجاد رابطه با دیگران؛ ضریب پایایی پرسش‌نامه با فاصله زمانی یک هفته ۰/۹۴ بود و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد (سیدمحمودی، ۱۳۸۹).

**پرسش‌نامه «سرسختی روان‌شناختی»:** این مقیاس توسط کیامرثی ساخته شده (۱۳۷۷) و دارای ۲۷ ماده است و هر ماده دارای چهار گزینه پاسخ بوده که شامل «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» است و - به ترتیب - نمره‌های صفر، ۱، ۲ و ۳ می‌گیرند. ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه کیامرثی (۱۳۷۷)، که با استفاده از روش «بازآزمایی» محاسبه شده، برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است. ضریب اعتبار این مقیاس در مطالعه کیامرثی، که با استفاده از روش «ملاکی» محاسبه شده، برابر با ۰/۵۵ گزارش شده است. در این پژوهش، این ضریب از طریق همبسته کردن نمره‌های کل پرسش‌نامه با نمره یک سؤال ۱۵ درجه کلی، که نشان‌دهنده سرسختی «خیلی کم» تا «خیلی زیاد» می‌باشد، است، محاسبه شد و مقدار آن برابر است با ۰/۵۱ که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنا دارد.

**پرسش‌نامه «دین‌داری» گلاک و استارک:** این پرسش‌نامه توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی و دین‌داری ساخته شده است (گلاک و استارک، ۱۹۶۵). برای استاندارد کردن در کشورهای گوناگون در اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا بر روی پیروان ادیان یهودیت، مسیحیت و اسلام اجرا گردیده و با دین اسلام هم انطباق یافته است (سراجزاده، ۱۳۷۷). میزان اعتبار این پرسش‌نامه در مطالعات گوناگون بر روی نمونه‌های متفاوت تعیین گردیده که حاکی از اعتبار بالای آن در ابعاد مختلف است. در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان، آلفای کلی پرسش‌نامه ۰/۸۳ بود. روایی بیرونی پرسش‌نامه از طریق رابطه بین نمرات افراد در پرسش‌نامه و ارزیابی خودشان از میزان دینداری خود ۰/۶۱ محاسبه گردیده است (همان).

**مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده:** این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت و همکاران او برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۱۲ بخشی است که شامل ۳ خرده‌آزمون



همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، قریب ۳۵ درصد از واریانس رشد پس از سانحه توسط متغیرهای باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا- به ترتیب- باورهای مذهبی (۰/۵۴)، سخت‌رویی روان‌شناختی (۰/۴۸) و حمایت اجتماعی ادراک شده (۰/۳۸)، قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به ام.اس به شمار می‌آید.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که رشد پس از سانحه با باورهای مذهبی از ارتباطی معنادار برخوردار است. این یافته با یافته‌های پژوهش میرسون (۲۰۱۱)، پارک (۲۰۰۶)، ویلز و همکاران (۲۰۰۵)، وازکیوز و همکاران (۲۰۰۵) همخوان است. در تبیین این یافته، می‌توان ادعان داشت افرادی که تعهد بیشتری به اهداف مذهبی و معنوی دارند پس از تروما، بهتر بهبود می‌یابند و به دنبال یافتن معنایی از آن هستند (میرسون، ۲۰۱۱، به نقل از: امونز و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین عقاید مذهبی می‌تواند به‌عنوان بخشی از تلاش در جهت یافتن معنا در زندگی، مهم باشد؛ زیرا عقاید دینی، حاوی یک چارچوب مفید برای تبیین این موضوع که چرا موقعیت‌های چالش‌برانگیز شکل می‌گیرند، و نحوه برخورد با این چالش‌ها چه پیامدهایی را به دنبال خواهد داشت، تأثیرگذار خواهد بود. از سوی دیگر، دین برای رساندن انسان به آرامش روان، راه‌کارهای ذهنی و بینشی، مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، و احیای فطرت الهی را ارائه می‌کند که تمامی این مسائل زمینه را برای رشد پس از سانحه فراهم می‌سازد.

یافته دیگر این پژوهش آن است که بین سخت‌رویی روان‌شناختی با رشد پس از سانحه ارتباطی مثبت به دست آمد. این یافته همخوان با یافته‌های پژوهش‌های کوباسا (۱۹۷۹) و وانس و همکاران (۲۰۰۸) است. همان‌گونه که مطرح شد، «سرسختی روان‌شناختی» نوعی ویژگی شخصیتی است که فرد واجد آن قادر به حل کارآمد چالش‌ها و استرس‌های بین‌فردی است و در مواجهه با حوادث، از آن به‌عنوان منبع مقاومت و همانند سپری محافظ استفاده می‌کند. در پژوهش‌های بسیاری، بر «سرسختی روان‌شناختی» به‌عنوان متغیری تأثیرگذار در رابطه با فشارهای محیطی تأکید شده است. مؤلفه‌های «سرسختی روان‌شناختی» سبب می‌شوند افراد فشارهای متأثر از بیماری اسکروز مولتیپل را عاملی در جهت رشد و بالندگی در نظر بگیرند و به همین سبب، نسبت به کسانی که فاقد این ویژگی هستند



شرایط را کمتر فشارزا تلقی می‌کنند و کمتر دچار احساس درماندگی می‌شوند و برای پرورش مهارت‌ها و رسیدن به رشد بیشتر، فعالانه مسائل را حل می‌کنند. بنابراین، می‌توان گفت: احتمالاً افرادی که در حوادث و بیماری‌ها به رشد کمتری دست یافته‌اند از سرسختی روان‌شناختی پایینی برخوردارند و ممکن است در برخورد با رویدادهای فشارزا، از راهبردهای مقابله‌ای واپس‌رونده استفاده کنند؛ مثلاً، این افراد ممکن است به انفعال و روی‌گردانی و یا به‌طور کلی، به کناره‌گیری شناختی و رفتاری تمایل پیدا کنند. عیب این نوع راهبردها در آن است که نه‌تنها قادر به تغییر موقعیت و حل مشکل نیستند، بلکه موجب ناسازگاری و افزایش مشکلات عاطفی نیز می‌شوند. به‌طور خلاصه، می‌توان گفت: افرادی که در حوادث و مشکلات زندگی تعالی یافته‌اند از سرسختی روان‌شناختی بالاتری نیز برخوردارند. در واقع، وجود مؤلفه‌های سرسختی روان‌شناختی سبب می‌شود تا رویدادها مثبت و قابل کنترل ارزیابی شوند، و این ارزیابی سبب می‌شود که فرد در مقابله با مشکلات دچار عدم تمرکز و آشفتگی نگردد و راهبردهای مؤثر و مناسب‌تری در مواجهه با آنها به کار گیرد و آن را به تجربه‌ای مثبت تبدیل کند. این سبک رویارویی در جهت رشد پس از سانحه کمک‌کننده است.

از سوی دیگر، در این پژوهش رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با رشد پس از سانحه معنادار به دست آمد. این یافته همخوان با یافته‌های *نولن و دویس (۱۹۹۹)*، *تری (۲۰۰۹)*، *مک‌کابه و همکاران (۲۰۰۴)*، و *کروکاوکو و همکاران (۲۰۰۸)* است. در تبیین آن، می‌توان ادعان داشت: درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس جلوگیری کند، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس را افزایش دهد، و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و به‌طور واضح، موجب افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود. حمایت اجتماعی در مجموع، موجب افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقای کیفیت زندگی، مدت بقا، و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خودارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد (کالگان و مورسیسی Callaghan & Morrissey, ۱۹۹۳، ص ۲۰۶).

به‌طور کلی، برخورداری از حمایت اجتماعی، دوستان، خویشاوندان و شبکه‌های حمایت اجتماعی، ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی، می‌تواند از لحاظ عاطفی و هیجانی نیز روی این بیماران اثر گذاشته، به رشد پس از حادثه در آنان منجر گردد.

پس می‌توان اظهار داشت با توجه به اینکه به‌طور معمول، میان رشد پس از سانحه و استرس پس

از سانحه ارتباط معکوس وجود دارد، بدین صورت که با بروز یکی احتمال بروز دیگری پایین می‌آید (هال و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، می‌توان با شناخت متغیرهای مرتبط با رشد پس از سانحه و آموزش‌های مثبت و منطقی در هنگام حادثه و رویداد آسیب‌زا، از عواقب و پیامدهای منفی این رویدادها بر زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون مولتیپل اسکروزیس کاست.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب غیرتصادفی، عدم کنترل متغیرهایی مانند مصرف دارو، و شدت و مدت بیماری است. همچنین جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی، امکان تحریف اطلاعات به سبب دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی را مطرح می‌سازد. انجام پژوهش بر روی نمونه‌هایی از سایر مناطق کشور، لحاظ کردن متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سابقه بیماری و همچنین بررسی سایر متغیرهای مؤثر بر رشد پس از سانحه در بیماران مولتیپل اسکروزیس، ضمن افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، به فهم بهتر موضوع کمک می‌کند.

در پایان، می‌توان اظهار داشت: پاسخ‌های مثبت به سانحه، همچون ضربه‌گیرهایی هستند که هنگام مواجهه با بحرانی زندگی، امکان جاری شدن واکنش‌های انطباقی را تسهیل می‌کنند.

## منابع

- سراج‌زاده، سیدحسین، ۱۳۷۷، «نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آنان برای نظریه سکولار شدن»، *نمایه پژوهش*، ش ۷ و ۸ ص ۱۰۵-۱۱۹.
- سیدمحمودی، سیدجواد و همکاران، ۱۳۹۲، «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه رشد پس از سانحه»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، سال سوم، ش ۱۲، ص ۹۲-۱۰۸.
- علیپور، احمد و همکاران، ۱۳۹۰، «ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت با رویی سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مولتیپل مبتلا به اسکروزیس»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، دوره دوم، ش ۳، ص ۱۱۰-۱۳۳.
- کیامرئی، آذر، ۱۳۷۷، *ساخت و اعتباریابی مقیاس جهت‌سنجش سرسختی روان‌شناختی و بررسی رابطه آن با تیپ شخصیتی الف، کانون مهار، عزت‌نفس، شکایات جسمانی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- Callaghan, P, & Morrissey, J, 1993, social support and health: a review *Journal of Advanced Nursing*, v. 18, p. 203-210.
- Danhauer, S. C, & et al, 2013, A longitudinal investigation of post-traumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia, *Journal of Clinical Psychology in Medicine Settings*, v. 20 (1), p. 13-24.
- Hackney, H, & et al, 2003, Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 42, p. 43-55.
- kobasa, S. C, 1979, Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 37, p. 110-123.
- Koenig, Harold G, 2007, Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*, v. 100 (7), p. 737-739.
- McAuley, Erin M, & et al, 2009, Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support, *Psychology, Health & Medicine*, v. 14(1), p. 111-124.
- McCabe, M.P, & et al, 2004, Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis, *Journal of Psychosomatic Research*, v. 56, p. 355-361.
- Myerson, D. A, & et al, 2011, Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, v. 31, p. 949-964.
- Park, S, 2006, Exposure to community violence and aggressive beliefs in adolescents: Role of posttraumatic growth and developmental resources, *Personality and Individual Differences*, v. 67, p. 156-168.
- Proffit, D, & et al, 2006, Judeo-Christian clergy and personal crisis: Religion, posttraumatic growth and well being, *Journal of Religion and Health*, v. 46, p. 1-13.
- Tedeschi, G, R, & et al, 2004, Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence, *Psychological Inquiry*, v. 15, p. 1-18.
- Tedeschi, G, R, 1999, Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies, *Aggression and Violent Behavior*, v. 4, p. 319-341.
- Vance, D. E, & et al, 2008, Hardiness, successful aging and HIV: implications for social work. J.

- Gerontol. Social, Work, v. 51, p. 260-283.
- Vazquez ,C, & et al, 2005, *Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador*, Anxiety Disorders, p 313-328.
- Widows, R, & et al, 2005, Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer, *Health psychology*, v. 24, p. 266-273.
- Wongpakaran, T, & et al, 2011, Reliability and Validity of the Mul- tidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version, *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, v. 7, p. 161–166.
- Zoellner, T, & Maercker, A, 2006, Posttraumatic growth in clinical psychology, A critical review and introduction of a two component model, *Clinical Psychology Review*, v. 26, p. 626-653.