

اثر بخشی درمان مثبت گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سبک‌های ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه راهنما

مهدی اسکندری^۱، سیمین‌دخت رضاخانی^{۲*}، معصومه بهبودی^۲

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲. استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

* نویسنده مسئول: سیمین‌دخت رضاخانی، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: rezakhani@riau.ac.ir

تاریخ دریافت: آذر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس غیرقابل پیش‌بینی و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های تغییر دهنده زندگی فرد است و به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می‌برد. بین سلامتی و کیفیت زندگی افراد ارتباط نزدیکی وجود دارد با اصلاح کیفیت زندگی می‌توان از بروز حملات بیماری و ناتوانی پیش‌رونده مرتبط با بیماری جسمانی جلوگیری کرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان مثبت‌گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سبک‌های ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش و مواد: این مطالعه، پژوهشی نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه پژوهش کلیه زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران بودند که از این تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه (مثبت‌نگر و گروه گواه) گمارده شدند و در سه مرحله به پرسش‌نامه‌های سرمایه روان‌شناختی Luthans و پرسش‌نامه دوسوگرایی در ابراز هیجان Emmons و King پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) تاب‌آوری و امیدواری گروه آزمایش به ترتیب از $18/7 (3/5)$ و $20 (5/1)$ در پیش‌آزمون به $21/5 (2/6)$ و $22/5 (4/4)$ در پس‌آزمون و $21/8 (4)$ و $22/7 (4/2)$ در پیگیری افزایش یافت ($P < 0/05$) اما نمرات گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت. همچنین میانگین (انحراف معیار) خودکارآمدی و خوش‌بینی گروه آزمایش به ترتیب از $22/8 (6/9)$ و $22/9 (3/1)$ در پیش‌آزمون به $22 (5/9)$ و $22/3 (3/6)$ در پس‌آزمون و $22 (5/5)$ و $22/5 (3/9)$ در پیگیری تغییر کرد ($P < 0/05$) اما این کاهش از نظر آماری در مقایسه با گروه گواه معنادار نبود. علاوه بر این، میانگین (انحراف معیار) دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و منفی و ابراز صمیمیت گروه آزمایش به ترتیب از $20/1 (3)$ و $16/5 (2)$ و $24/9 (4/2)$ و $6/7 (1/4)$ و $19/9 (2/1)$ در پس‌آزمون و $24/4 (3/8)$ و $5/4 (1/8)$ و $21 (2)$ در پیگیری تغییر یافت ($P < 0/01$) اما نمرات گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که درمان مثبت‌نگر، از بین مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی تاب‌آوری و امیدواری را افزایش داد اما در مؤلفه‌های خودکارآمدی و خوش‌بینی تغییری ایجاد نکرد، علاوه بر این، درمان مثبت‌نگر ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت را افزایش و ابراز منفی هیجان را کاهش داد.

واژگان کلیدی: درمان مثبت‌گرا، سرمایه‌های روان‌شناختی، سبک‌های ابراز هیجان، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مولتیپل اسکروز یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می‌دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون‌های مغز و نخاع می‌شود (۱)، دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال (۲) با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (۳). مولتیپل اسکروز بیس عامل اصلی ناتوانی عصبی غیرتروماتیک در میان بزرگسالان جوان است و حدود ۲/۵ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). در این بیماری مکانیزم‌های خود ایمنی باعث ایجاد آبشارهای التهابی شود که تدریجاً میلین، الیگودندروسیت‌ها و آکسون‌ها را از بین می‌برد. درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم و نشانگان بالینی را ایجاد می‌کند که باعث نقص‌های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانی می‌شود. تظاهرات بالینی مولتیپل اسکروز عبارتند از: خستگی، اختلالات حسی و حرکتی، تغییرات اسفنکتر، التهاب عصب بینایی، دوبینی، سندرم مخچه‌ای، تغییرات در راه رفتن و اختلال شناختی (۵). پیامدهای بیماری در مولتیپل اسکروز با پیامدهای منفی از جمله کاهش کیفیت زندگی، تشدید میزان و شدت بیماری و همچنین مشکلات دیگر مانند خستگی، افسردگی، اضطراب و درد همراه است (۶). اضطراب در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز شایع است و بیش از ۲۰٪ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). اضطراب همراه با نشانگان جسمی، فشار بیماری را افزایش می‌دهد و پیامد آن مشکلات شدید روانی اجتماعی از جمله کیفیت پایین زندگی است (۸) که منجر به پایین آمدن امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی که از مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی است می‌گردد.

سرمایه‌ی روان‌شناختی روشی مهم برای افزایش قدرت مقاومت افراد است، که در مقابله با چالش‌های زندگی روزمره نقش مهمی ایفا می‌کند (۹) سرمایه روان‌شناختی در واقع به مفهوم چه کسی هستید (خود واقعی) و چه کسی می‌خواهید بشوید (خودممکن) بر یک مبنای توسعه‌ای و رشد یابنده بازمی‌گردد (۱۰) و به عنوان وضعیتی توصیف شده است که شامل چهار مؤلفه خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری است (۱۱). خودکارآمدی به عنوان اعتقاد فرد بر توانایی‌هایش برای بسیج منابع انگیزشی و شناختی و راهکارهای موردنیاز برای اجرای موفقیت آمیز وظایف خاص تعریف شده است (۱۲). Snyder و همکاران امیدواری را به عنوان وضعیتی شناختی یا تفکری تعریف می‌کند که افراد را قادر می‌کند که اهداف واقعی، اما چالش‌برانگیز و قابل پیش‌بینی را مدون کنند و سپس به آن اهداف از طریق اراده معطوف به خود، انرژی و ادراک کنترل درونی شده دست یابند (۱۳). خوش‌بینی، سبک تفسیری فرد است که اتفاقات مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و اتفاقات منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد. تاب‌آوری به عنوان ظرفیت روان‌شناختی که به وسیله آن افراد می‌توانند به طور موفقیت‌آمیزی برای مقابله با تغییر، بحران و ریسک و مشکلات از آن استفاده کنند تعریف شده است (۱۴).

یکی از مؤلفه‌های مرتبط با سلامت که افراد در آن، بر خلاف آنچه هستند، خود را ابراز می‌کنند و از سرمایه روان‌شناختی دور می‌شوند شیوه ابراز هیجان آنهاست. نتایج مطالعه کاویانی و همکاران نشان داده‌اند که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آنها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند. سلامت روان شامل چند بعد است که یکی از آنها سلامت هیجانی است که به درک هیجان‌ها و مقابله با مسایلی که از زندگی روزمره نشات گرفته، نیاز دارد (۱۵).

نتایج پژوهش ربیعی و همکاران نشان می‌دهد که برون‌ریزی هیجان‌ها، هرچند تنیدگی را در کوتاه مدت افزایش می‌دهد ولی فواید درازمدت مانند مراجعه کمتر به مراکز سلامت را به همراه دارد، تا جایی که، اهمیت سبک‌های ابراز هیجانی در ابعاد مختلف سلامت را مورد تأیید قرار داده و بین سبک‌های ابراز هیجان و چند بیماری جسمانی و روان‌تنی رابطه نشان داده‌اند و با توجه به مطالبی که عنوان شد نیاز به درمانی وجود دارد که بتواند سبک ابراز هیجان را بالا ببرد. امروزه روان‌شناسان مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و سلامت‌روان برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی می‌کنند و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم سازی کرده‌اند (۱۶). این گروه نداشتن

بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، رابطه مطلوب با دیگران و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (۱۷). روان‌شناسی مثبت‌گرا به حفظ سلامت روانی و جسمی در شرایط خطر (با تاکید بر توانمندی‌ها) اهمیت خاصی قائل است و در حقیقت روان‌درمانی مثبت‌گرا نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مثبت‌گرا نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد کند، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی بر وقوع مجدد آن باشد (۱۸). روان‌شناسی مثبت‌گرا در کارهای Seligman ریشه دارد. او شادمانی را به عنوان مهم‌ترین عامل رویکرد مثبت‌نگر معرفی کرد که شامل سه مؤلفه ابراز هیجان‌ات مثبت (داشتن یک زندگی لذت‌بخش)، کیفیت مطلوب (داشتن یک زندگی کیفی) و معنا (داشتن یک زندگی معنادار) است. از دیدگاه رویکرد مثبت‌نگر، تجربه کردن هیجان‌ات مثبت معمولاً موجب ایجاد ظرفیتی در فرد می‌شود که از تمام توانمندی خود استفاده کند و قدرت انطباق‌پذیری بالایی در مقابله با سختی‌ها از خود نشان دهد (۱۲) با توجه به تاکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری، می‌توان گفت با آموزش مداخلات روان‌شناسی مثبت‌شادکامی افزایش می‌یابد، موجب خشنودی بیشتر از زندگی می‌شود، معنا در زندگی افزایش پیدا می‌کند، به تفکر خوش‌بینانه و کاهش افسردگی منجر می‌شود. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که با انجام مشاوره و مداخلات روان‌شناسی می‌توان علائم بیماری را کاهش داد و پیشرفت آن را به تعویق انداخت، توانمندی‌های شخص را حفظ کرد و ارتقا بخشید و به بیمار امکان داد تا یک روند طبیعی و عادی را در زندگی دنبال کند (۱۹). نوع مشکلاتی که افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس تجربه می‌کنند و نوع مسائل روان‌شناسی که با آن روبرو هستند، از ابراز هیجان گرفته تا ناامیدی و عدم خوش‌بینی نسبت به آینده و توضیحات بیان شده درباره درمان مثبت‌گرا، این پژوهش به بررسی این متغیرها با هدف، تعیین اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سبک‌های ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری ۲ ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران بودند.

با توجه به این که حجم مناسب گروه‌هایی که به صورت هفتگی برگزار می‌شوند، هشت عضو به همراه یک رهبر است و با توجه به احتمال ریزش، حجم نمونه ۲۴ نفر که نمره آنان در سرمایه‌های روان‌شناختی و دوسوگرایی در ابراز هیجان یک انحراف پایین‌تر از میانگین بود، مشخص شدند. این افراد گروه نمونه را تشکیل دادند و در دو گروه مداخله و گواه (در هر گروه ۱۲ نفر) به طور تصادفی گمارش شدند که در انتهای درمان گروه آزمایش به ۱۱ نفر و گروه گواه به ۱۰ نفر تقلیل یافت، گروه آزمایش در ۸ جلسه گروهی درمان مثبت‌گرا را دریافت کردند و در این زمان گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در انتهای جلسه هشتم و در پیگیری ۲ ماهه، پرسشنامه‌ها مجدد کامل شدند.

ملاک‌های ورود در پژوهش عبارت بود از، بین ۲۵ تا ۴۵ سال سن داشته باشند، حداقل سه ماه از تشخیص بیماری آنان سپری شده باشد، حداقل سه ماه از آغاز درمان پزشکی آنان سپری شده باشد و تحصیلات حداقل سوم راهنمایی داشته باشند و ملاک‌های خروج شامل نداشتن بیماری روانی، استفاده از داروهای روانپزشکی، استفاده از خدمات روانشناختی بود. در کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش ملاحظات اخلاقی (احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان و عدم گرفتن اطلاعات شخصی از آنان مانند هویت و اطلاعات مرتبط با زندگی شخصی آنان که مرتبط با رازداری بود، رایبه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده داده شد، کسب رضایت نامه کتبی به منظور شرکت در درمان گرفته شد، تعهد به پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش داده شد، رایبه اطلاعات لازم در مورد ماهیت پژوهش و اطمینان بخشی بابت محرمانه بودن نتایج به مراجعان داده شد، امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به

همکاری در هر مرحله از تحقیق امکان پذیر بود و پس از پایان درمان و ارزیابی گروه آزمون، جلسات گروه درمانی برای گروه گواه ارائه شد) لحاظ و رضایت آگاهانه قبل از اجرای کار گرفته شد سپس قبل و بعد از انجام هر یک از مداخلات با پرسشنامه‌های پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی Luthans (LPCQ) و پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان Emmons و King (AEEQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی Luthans: این پرسشنامه توسط Luthans و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شده است که شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب آوری، خودکارآمدی و خوشبینی است که هر خرده مقیاس ۶ گویه دارد. سوالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سوالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سوالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب‌آوری و سوالات ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوش‌بینی است. روش نمره گذاری به این صورت است که، هر کدام از سوالات دارای مقیاس پنج ارزشی لیکرت (کاملاً موافق = ۵، موافق = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالف = ۲ و کاملاً مخالف = ۱) هستند. جمع نمره‌های تمام سؤال‌ها، نمره کل فرد را نشان می‌دهد. بالاترین نمره ۱۲۰ و پایین‌ترین نمره ۲۴ است. نمره بالاتر نشان دهنده سرمایه روان‌شناختی قوی و نیرومند و نمره پایین و نزدیک به ۲۴ نشان دهنده سرمایه روان‌شناختی ضعیف است. در پژوهش Luthans و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب برای هر خرده مقیاس (امیدواری، تاب آوری، خودکارآمدی، خوشبینی) ۰/۸، ۰/۸، ۰/۸، ۰/۸ به دست آمد (۲۰). در پژوهش قانع سنگ آتش و همکاران اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی ۰/۶، امیدواری ۰/۷، تاب آوری ۰/۷، خوش بینی ۰/۷ و کل ۰/۸ محاسبه شد. چهار عامل بدست آمده در مجموع می‌توانند ۶۱/۷ درصد واریانس را به خود اختصاص دهند که این امر نشان دهنده روایی سازه پرسشنامه است (۲۱). در این پژوهش اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷ به دست آمد.

پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان: این پرسشنامه توسط King و Emmons در سال ۱۹۹۰ ساخته شده که دارای ۲۸ سؤال است (۲۲). در مطالعه King و Emmons تحلیل عاملی اکتشافی ساختار دو عاملی برای پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان بود. این دو عامل عبارتند از: دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت (مانند عشق و محبت) و دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مرتبط با حق به جانب بودن (یعنی هیجان‌هایی مانند خشم و حسادت). عبارت‌های پرسشنامه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها از ۲۳ تا ۱۱۵ متغیر است. King و Emmons همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۸ برای کل پرسشنامه، ۰/۸ برای خرده مقیاس دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت و ۰/۷ برای خرده مقیاس دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مرتبط با حق به جانب بودن) و پایایی بازآزمایی مناسبی (۰/۷) بعد از ۶ هفته) را نشان دادند. در ایران علوی، اصغری مقدم، رحیمی‌نژاد و فراهانی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کردند. در تحلیل عاملی اکتشافی، پنج سؤال حذف شد و بدین ترتیب نسخه ای ۲۳ عبارتی (۱۰ عبارت مربوط به عامل اول یعنی دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت و ۱۳ عبارت مربوط به عامل دوم یعنی دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های منفی) به دست آمد. آلفای کرونباخ را برای عامل اول، دوم و کل به ترتیب ۰/۸، ۰/۷ و ۰/۸ گزارش کردند و در بررسی روایی ملاکی پرسشنامه، همبستگی این پرسشنامه با دو پرسشنامه افسردگی Beck، ۰/۳ و هراس اجتماعی ۰/۴ محاسبه شد (۲۳). در این پژوهش اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷ به دست آمد.

پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق از کمیته دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با هماهنگی مسئولان انجمن مولتیپل اسکلروز، فراخوانی مبنی بر اجرای یک روش درمان برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی و تغییر سبک ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارائه شد. بر اساس این فراخوان، پژوهشگر ضمن حضور در انجمن در روزها و ساعت‌های مشخص از زنان داوطلب در مورد تمایل آنان برای شرکت در چنین برنامه‌ای سؤال کرد. افراد در صورت تمایل و دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در پایان هر هفته پاسخنامه‌ها نمره‌گذاری شد. بدین ترتیب از بین افراد داوطلب، ۲۴ نفر که نمره آنان در سرمایه‌های روان‌شناختی و دوسوگرایی در ابراز هیجان یک انحراف پایین‌تر از

میانگین بود، مشخص شدند. این افراد گروه نمونه را تشکیل دادند و در دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۲ نفر) به طور تصادفی گمارش شدند که در انتهای درمان گروه آزمایش به ۱۱ نفر و گروه گواه به ۱۰ نفر تقلیل یافت. در گروه آزمایش، برنامه درمانگری به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با یک تنفس ۱۵ دقیقه‌ای در بین آن بود و در مجموع ۸ جلسه در محل دفتر انجمن مولتیپل اسکلروزیس برگزار شد. در مورد گروه گواه نیز هیچ نوع مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از اتمام مداخله، جلسه‌ای به منظور اجرای پس آزمون (برای همه گروه‌ها) تشکیل شد. همچنین دو ماه پس از پایان مداخله، افراد مورد پیگیری قرار گرفتند تا میزان ماندگاری اثربخشی احتمالی رویکردها بررسی شود.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات درمان مثبت نگر Seligman

جلسه	هدف	محتوا
۱	جهت دهی مراجعان برای آشنایی با درمان مثبت‌نگر	- توضیح مفروضه‌ها - نقش درمانگر مثبت - گرفتن معرفی مثبت
۲	پرورش توانمندی‌های اساسی	- فرمول بندی طرح خاص مراجعان برای به کارگیری توانمندی‌های اساسی خود
۳	توضیح بخشش به زبان روانشناسی مثبت‌نگر	- تسهیل بخشش - نوشتن نامه بخشش
۴	گفتگو درباره نقش خاطرات و تأثیر شکرگذاری بر این خاطرات	- قدرشناسی
۵	کمک به مراجعان برای رفع سوء تفاهم‌ها در مورد خوش بینی و امید	- بررسی مفهوم امید - بررسی مفهوم خوش بینی
۶	آموزش جستجوی تعهد و معنا در زندگی از طریق روابط	- رابطه و دل بستگی
۷	قدردانی از اعضای خانواده	- ترسیم شجره توانمندی اعضای خانواده
۸	یافتن معنا	- به کار بردن توانمندی‌های برجسته در خدمت به دیگران

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی به اطلاعات جمعیت شناختی و آماره شاخص مرکزی (میانگین) و شاخص پراکندگی (انحراف استاندارد) پرداخته شد. در بخش آمار استنباطی تحلیل داده‌ها پس از اطمینان از وجود مفروضه‌های استفاده از آزمون‌های پارامتری، با استفاده از نرم افزار SPSS-26، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد تا با حذف اثر پیش آزمون، میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر مورد مقایسه قرار گیرند.

یافته ها

میانگین (انحراف استاندارد) مدت ابتلا به بیماری برای شرکت کنندگان گروه آزمایش (۱۱/۹(۳) و گروه گواه (۷/۱(۳/۱) بود. در گروه آزمایش ۲ (۱۸/۱٪) نفر مجرد و ۸ (۷۲/۷٪) متاهل و ۱ (۰/۱٪) مطلقه و در گروه گواه ۴ (۴٪) مجرد و ۵ (۵٪) متاهل و ۱ (۱٪) مطلقه حضور داشتند. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۴ (۳۶/۳٪) نفر از شرکت کنندگان دیپلم و زیر دیپلم، ۵ (۴۵/۴٪) نفر لیسانس و ۲ (۱۸/۱٪) نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه گواه میزان تحصیلات ۲ (۱۸/۱٪) نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۴ (۴۴/۴٪) نفر لیسانس و ۴ (۴۴/۴٪) نفر بالاتر از لیسانس بود. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سرمایه‌های روان شناختی در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات مشارکت کنندگان دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در سه مرحله

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
خودکارآمدی	آزمایش	۲۲/۸ (۶/۹)	۲۲ (۵/۹)	۲۲ (۵/۵)	۰/۴
	گواه	۲۳/۳ (۴/۲)	۲۱/۹ (۳/۴)	۲۱/۵ (۴/۴)	۰/۱
امیدواری	آزمایش	۲۰ (۵/۱)	۲۲/۵ (۴/۴)	۲۲/۷ (۴/۲)	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۹/۳ (۴/۳)	۱۷/۵ (۳/۹)	۱۷/۵ (۴/۳)	۰/۱
تاب آوری	آزمایش	۱۸/۷ (۳/۵)	۲۱/۵ (۲/۶)	۲۱/۸ (۴)	<۰/۰۰۱
	گواه	۲۰/۸ (۳/۱)	۱۸/۶ (۳/۱)	۱۸/۴ (۳/۶)	۰/۱
خوش بینی	آزمایش	۲۲/۹ (۳/۱)	۲۲/۳ (۳/۶)	۲۲/۵ (۳/۹)	۰/۸
	گواه	۲۲/۲ (۳/۳)	۲۱/۷ (۲/۵)	۲۲/۶ (۳/۹)	۰/۸
سرمایه روان	آزمایش	۸۴/۴ (۱۵/۲)	۸۸/۵ (۱۱/۲)	۸۹ (۱۲/۲)	<۰/۰۰۱
شناختی	گواه	۸۵/۶ (۱۱/۱)	۷۹/۷ (۷/۸۳)	۸۰ (۱۲/۸)	۰/۱

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین (انحراف معیار) خودکارآمدی در گروه آزمایش از ۲۲/۸ (۶/۹) در مرحله پیش آزمون به ۲۲ (۵/۵) در مرحله پس آزمون و به ۲۲ (۵/۵) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۴). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) خودکارآمدی از ۲۳/۳ (۴/۲) در مرحله پیش آزمون به ۲۱/۹ (۳/۴) در مرحله پس آزمون و به ۲۱/۵ (۴) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۱).

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) امیدواری از ۲۰ (۵/۱) در مرحله پیش آزمون به ۲۲/۵ (۴/۴) در مرحله پس آزمون و به ۲۲/۷ (۴/۲) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (P<۰/۰۰۱). اما در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) امیدواری از ۱۹/۳ (۴/۳) در مرحله پیش آزمون به ۱۷/۵ (۳/۹) در مرحله پس آزمون و به ۱۷/۵ (۴/۳) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۱).

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) تاب آوری از ۱۸/۷ (۳/۵) در مرحله پیش آزمون به ۲۱/۵ (۲/۶) در مرحله پس آزمون و به ۲۱/۸ (۴) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (P<۰/۰۰۱). اما در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) تاب آوری از ۲۰/۸ (۳/۱) در مرحله پیش آزمون به ۱۸/۶ (۳/۱) در مرحله پس آزمون و به ۱۸/۴ (۳/۶) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۱).

میانگین (انحراف معیار) خوش بینی در گروه آزمایش از ۲۲/۹ (۳/۱) در مرحله پیش آزمون به ۲۲/۳ (۳/۶) در مرحله پس آزمون و به ۲۲/۵ (۳/۹) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۸). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) خوش بینی از ۲۲/۲ (۳/۳) در مرحله پیش آزمون به ۲۱/۷ (۲/۵) در مرحله پس آزمون و به ۲۲/۶ (۳/۹) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۸). نمره کل سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایش از ۸۴/۴ (۱۵/۲) در مرحله پیش آزمون به ۸۸/۵ (۱۱/۲) در مرحله پس آزمون و به ۸۹ (۱۲/۲) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (P<۰/۰۰۱). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نمره کل از ۸۵/۶ (۱۱/۱) در مرحله پیش آزمون به ۷۹/۷ (۷/۸) در مرحله پس آزمون و به ۸۰ (۱۲/۸) در مرحله پی‌گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (P=۰/۱).

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه نرمال بودن توزیع هر یک از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از شاخص شاپیرو-ویلک مورد ارزیابی قرار گرفت و ملاحظه شد که شاخص مزبور تنها برای مؤلفه تاب آوری در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است. با توجه به سطح معناداری شاخص شاپیرو-ویلک (S-W = ۰/۸, P=۰/۰) چنین نتیجه‌گیری شد که انحراف از مفروضه نرمال بودن شدید نبوده و این موضوع نتایج را

بی اعتبار نخواهد ساخت. علاوه بر نتیجه آزمون لون که نشان داد تفاوت واریانس نمرات مربوط به چهار مؤلفه سرمایه‌های روان شناختی در دو گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نیز نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین گروه‌ها به لحاظ مؤلفه‌های سرمایه روان شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P = 0/1$ ، $\eta^2 = 1/8$) = ۱۶ و $F(4)$. بنابراین می‌توان گفت مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و استقلال متغیر پیش آزمون از عضویت گروهی برای داده‌های مربوط به سرمایه‌های روان شناختی برقرار بود. جدول شماره ۳ نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و تحلیل چند متغیری مؤلفه‌های سرمایه‌های روان شناختی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و تحلیل چند متغیری

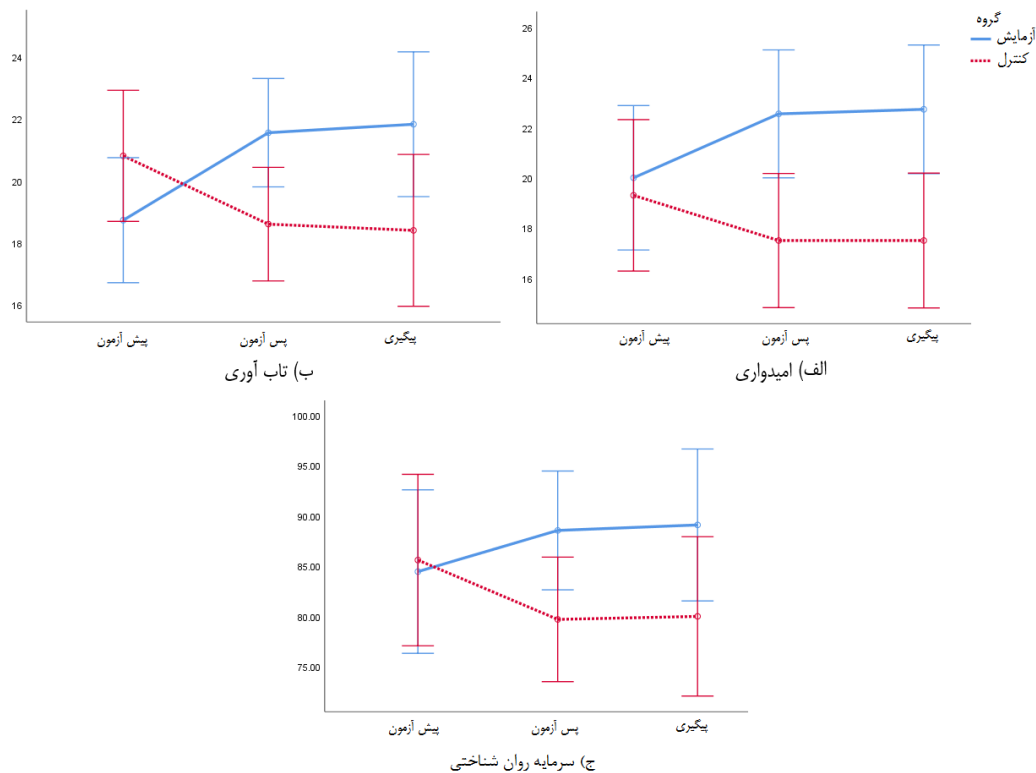
η^2	P	آزمون چند متغیری			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			سرمایه روان‌شناختی
		df	F	لامبدای ویلکز	P	F	M.Box	
<0/001	0/6	۲ و ۱۸	0/4	0/9	0/1	۱/6	۱۱/۶	خودکارآمدی
0/3	<0/001	۲ و ۱۸	۴/۹	0/6	0/4	0/9	۶/۵	امیدواری
0/5	<0/001	۲ و ۱۸	۹/۱	0/4	0/4	0/9	۶/۹	تاب آوری
<0/001	0/9	۲ و ۱۸	0/0	0/9	0/7	0/5	۴/۰	خوشبینی
0/4	<0/001	۲ و ۱۸	۸/۵	0/5	0/7	0/6	۴/۴	سرمایه روان شناختی

منطبق بر نتایج جدول فوق، مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای مؤلفه‌های سرمایه روان شناختی و نمره کل برقرار بود. نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری در جدول شماره ۳ نیز نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه‌های امیدواری ($\eta^2 = 0/3$ ، $P = 0/0$ ، $F(2 \text{ و } 18) = 4/9$) در سطح ۰/۰۵ و برای تاب آوری ($\eta^2 = 0/4$ ، $P = 0/0$ ، $F(2 \text{ و } 18) = 9/1$) و نمره کل سرمایه روان شناختی ($\eta^2 = 0/4$ ، $P = 0/0$ ، $F(2 \text{ و } 18) = 8/5$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. نتایج تست موخلی نشان داد که شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا برای مؤلفه‌های چهارگانه و نمره سرمایه روان شناختی برقرار است. جدول شماره ۴ نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل سرمایه‌های روان شناختی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر سرمایه روان شناختی

η^2	P	F	df	مجموع مجذورات		سرمایه روان شناختی
				خطا	مجموع مجذورات	
<0/001	0/5	0/6	۲ و ۳۸	۷۹/۰	۲/۶	خودکارآمدی
0/2	<0/001	۵/۶	۲ و ۳۸	۲۳۱/۲	۶۸/۸	امیدواری
0/2	<0/001	۷/۵	۲ و ۳۸	۲۴۵/۴	۹۷/۰	تاب آوری
<0/001	0/9	0/1	۲ و ۳۸	۳۶۳/۵	۱/۹	خوش بینی
0/3	<0/001	۸/۱	۲ و ۳۸	۸۲۹/۸	۳۵۷/۳	سرمایه روان شناختی

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه‌های امیدواری ($\eta^2 = 0/2$ ، $P = 0/0$ ، $F(2 \text{ و } 38) = 5/6$)، تاب آوری ($\eta^2 = 0/2$ ، $P = 0/0$ ، $F(2 \text{ و } 38) = 7/5$) و نمره کل سرمایه روان شناختی ($\eta^2 = 0/3$ ، $P = 0/0$ ، $F(2 \text{ و } 38) = 8/1$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در تایید مطالب فوق نمودارهای شکل شماره ۱ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های امیدواری و تاب آوری به همراه نمره کل در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در گروه گواه مشاهده نمی‌شود. نمودارهای شکل شماره ۱ تغییرات مربوط به میانگین مؤلفه‌های امیدواری و تاب آوری و نمره کل سرمایه روان شناختی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۱- نمودارهای مربوط به تغییرات میانگین مؤلفه‌های امیدواری، تاب آوری و نمره کل سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

جدول شماره ۵ میانگین و انحراف استاندارد هر یک از مؤلفه‌های ابراز هیجان در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۵- یافته‌های توصیفی مربوط به ابراز هیجان

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
ابراز مثبت	آزمایش	۲۰/۱ (۳)	۲۴/۱ (۴/۲)	۲۴/۴ (۳/۸)	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۹/۶ (۳/۲)	۲۰/۵ (۳/۹)	۲۰/۶ (۳/۶)	۰/۵
ابراز صمیمیت	آزمایش	۱۶/۵ (۲)	۱۹/۹ (۲/۱)	۲۱ (۲)	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۶/۹ (۲/۴)	۱۷ (۴/۱)	۱۷/۸ (۲/۴)	۰/۶
ابراز منفی	آزمایش	۸ (۱/۶)	۶/۷ (۱/۴)	۵/۴ (۱/۸)	<۰/۰۰۱
	گواه	۶/۷ (۲/۳)	۶/۹ (۱/۲)	۷/۵ (۱/۴)	۰/۵

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین (انحراف معیار) ابراز هیجان مثبت در گروه آزمایش از ۲۰/۱ (۳) در مرحله پیش آزمون به ۲۴/۹ (۴/۲) در مرحله پس آزمون و به ۲۴/۴ (۳/۸) در مرحله پی گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($P < 0.001$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) ابراز هیجان مثبت از ۱۹/۶ (۳/۲) در مرحله پیش آزمون به ۲۰/۵ (۳/۹) در مرحله پس آزمون و به ۲۰/۶ (۳/۶) در مرحله پی گیری تغییر یافت که این تغییرات نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($P = 0.05$).

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) ابراز صمیمیت از ۱۶/۵ (۲) در مرحله پیش آزمون به ۱۹/۹ (۲/۱) در مرحله پس آزمون و به ۲۱ (۲) در مرحله پی گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($P < 0.001$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) ابراز صمیمیت از ۱۶/۹ (۲/۴) در مرحله پیش آزمون به ۱۷ (۴/۱) در مرحله پس آزمون و به ۱۷/۸ (۲/۴) در مرحله پی گیری تغییر یافت که این تغییرات نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($P = 0.06$).

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) ابراز منفی هیجان از ۸(۱/۶) در مرحله پیش آزمون به ۶/۷ (۱/۴) در مرحله پس آزمون و به ۵/۴ (۱/۸) در مرحله پی گیری تغییر یافت که این تغییرات در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($P < 0.001$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) ابراز هیجان منفی از ۶/۷ (۲/۳) در مرحله پیش آزمون به ۶/۹ (۱/۲) در مرحله پس آزمون و به ۷/۵ (۱/۴) در مرحله پی گیری تغییر یافت که این تغییرات نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($P = 0.05$).

بررسی مقادیر شاپیرو- ویلک هر یک از مؤلفه‌های ابراز هیجان نشان داد که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها برای هر سه مؤلفه‌های ابراز هیجان در دو گروه و در سه مرحله اجرا نرمال است. همچنین نتایج آزمون لون بیانگر برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌ها بود. مقایسه پیش آزمون مؤلفه‌های ابراز هیجان در دو گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که پیش از اجرای متغیر مستقل بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P = 0.04$ ، $F(3 \text{ و } 17) = 0.8$). جدول شماره ۶ نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و تحلیل چند متغیری مؤلفه‌های ابراز هیجان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۶- نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و تحلیل چند متغیری مؤلفه‌های ابراز هیجان

η^2	P	df	F	برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها				ابراز هیجان
				لامبدای ویلکز	P	F	M.Box	
۰/۲	<۰/۰۰۱	۲ و ۱۸	۳/۵	۰/۷	۰/۶	۰/۶	۴/۸	ابراز مثبت
۰/۴	<۰/۰۰۱	۲ و ۱۸	۶/۳	۰/۵	۰/۰	۲/۰	۱۵/۰	ابراز صمیمیت
۰/۴	<۰/۰۰۱	۲ و ۱۸	۸/۶	۰/۵	۰/۷	۰/۵	۳/۹	ابراز منفی

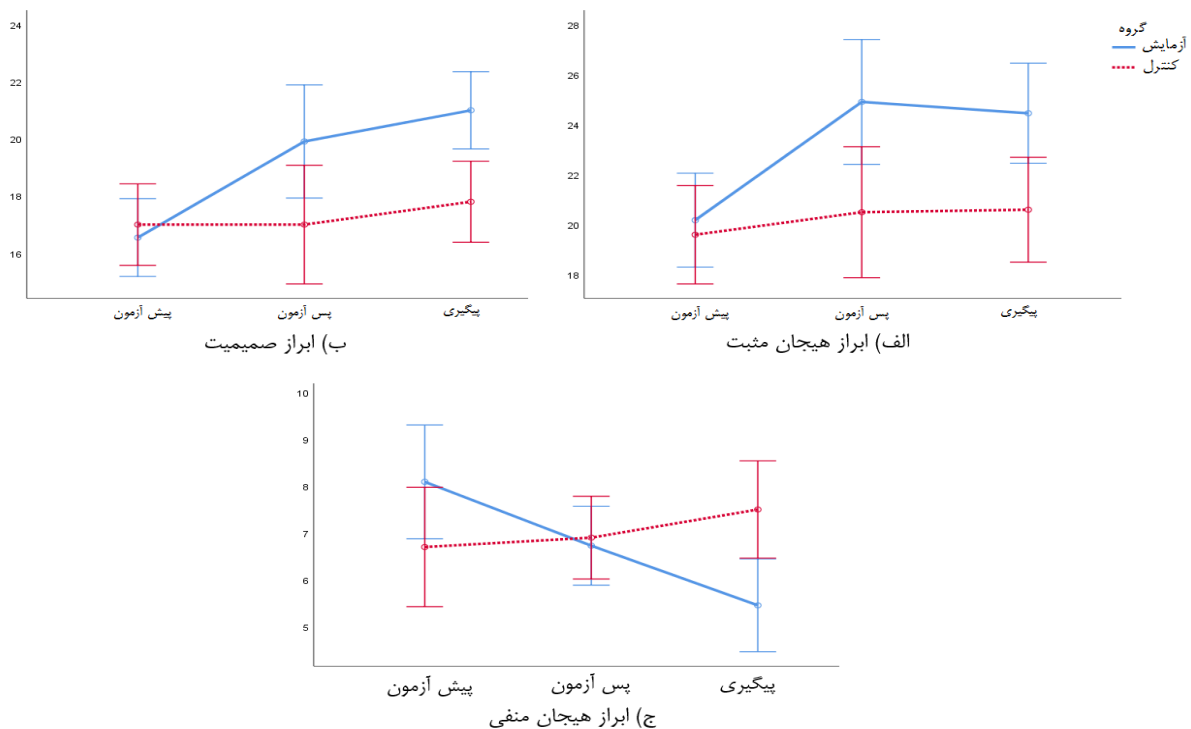
جدول ۶ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای هر سه مؤلفه ابراز هیجان در سطح ۰/۰۵ برقرار است. نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری در جدول شماره ۵ نیز نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان بر مؤلفه ابراز هیجان مثبت ($F(7) = 0.7$ لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0.2$ ، $P = 0.0$ ، $F(2 \text{ و } 18) = 3.5$) در سطح ۰/۰۵ و بر مؤلفه‌های ابراز صمیمیت ($F(5) = 0.5$ لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0.4$ ، $P = 0.0$ ، $F(2 \text{ و } 18) = 6.3$) و ابراز هیجان منفی ($F(5) = 0.5$ لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0.4$ ، $P = 0.0$ ، $F(2 \text{ و } 18) = 8.6$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. نتایج تست موخلی نشان داد که مفروضه برابری ماتریس واریانس خطا برای هر سه مؤلفه ابراز هیجان برقرار است. در ادامه جدول شماره ۶ نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر مؤلفه‌های ابراز هیجان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۷- نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر ابراز هیجان

η^2	سطح معناداری	F	درجه آزادی	مجموع مجذورات		ابراز هیجان
				خطا	مجموع مجذورات	
۰/۱	۰/۰	۳/۹	۲ و ۳۸	۲۱۳/۶	۴۴/۸	ابراز مثبت
۰/۲	۰/۰	۴/۹	۲ و ۳۸	۱۶۶/۴	۴۳/۲	ابراز صمیمیت
۰/۲	۰/۰	۶/۱	۲ و ۳۸	۹۵/۶	۳۱/۰	ابراز منفی

جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه‌های ابراز هیجان مثبت ($\eta^2 = 0.1$ ، $P = 0.0$ ، $F(2 \text{ و } 38) = 3.9$) و ابراز صمیمیت ($\eta^2 = 0.2$ ، $P = 0.0$ ، $F(2 \text{ و } 38) = 4.9$) در سطح معناداری ۰/۰۵ و برای مؤلفه ابراز هیجان منفی ($\eta^2 = 0.2$ ، $P = 0.0$ ، $F(2 \text{ و } 38) = 6.1$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که درمان مثبت‌گرا مؤلفه‌های ابراز هیجان را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده‌هاست. در همین راستا نمودارهای شکل ۲ نشان می‌دهد که در گروه درمان مثبت‌گرا در مقایسه با گروه گواه میانگین نمرات مؤلفه‌های ابراز مثبت هیجان و ابراز صمیمیت در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است و میانگین نمرات ابراز هیجان منفی کاهش یافته است. این در حالی است که در گروه گواه تغییرات مشابهی مشاهده نمی‌شود. براین اساس نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مثبت‌گرا مؤلفه‌های ابراز مثبت هیجان و ابراز صمیمیت را در مبتلایان به بیماری MS افزایش و ابراز هیجان منفی را در آنان کاهش می‌دهد.

نمودارهای شکل ۲ تغییرات مربوط به میانگین مؤلفه‌های ابراز هیجان در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۲- تغییرات مربوط به میانگین مؤلفه‌های ابراز در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین (انحراف معیار) سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایشی از $15/2$ ($84/4$) در مرحله پیش آزمون به $11/2$ ($88/5$) در مرحله پس آزمون و به $12/2$ (89) در مرحله پی‌گیری افزایش یافت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مثبت‌گرا بر نمره کلی سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش بوده است. با توجه به نتیجه پژوهش‌های صورت گرفته کاویان و همکاران، درمان مثبت‌نگر، یکی از درمان‌های مهمی است که در بیماران مزمن کاربرد بسیار زیادی دارد و هدف آن افزایش میزان شکوفایی در زندگی است که بر اساس پنج عنصر هیجان مثبت، مشارکت، معنا، روابط مثبت و دستاورد سنجیده می‌شود (15). روانشناسی مثبت بر خلاف گذشته، به جای توجه و تمرکز بر نقاط ضعف و رفتارهای غلط و سعی در برطرف کردن آن‌ها، به دنبال طراحی یک مسیر است تا فرد بتواند کارکردهای مثبت و بالقوه‌های خود را شکوفا کند (14). به احتمال حضور در جلسه درمان و مشاهده افراد دیگری که به بیماری مشابه آنان مبتلا هستند و آگاهی از توانمندی‌های مختلف افراد با توجه به درمان مثبت‌نگر که بر توانمندی‌های افراد تاکید می‌کنند توانسته باشد بر امیدواری و تاب‌آوری افراد گروه نمونه تأثیر داشته باشد. روند حرکتی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در بدن‌های متفاوت با هم فرق می‌کنند. برخی از افراد در هنگام راه رفتن دچار نقص هستند و یا حتی زمین گیر شده‌اند و ممکن است برای تردد نیاز به ویلچر یا واکر داشته باشند. برخی دیگر نیز تنها در هنگام حملات دچار تنش شده و لرزش شدیدی را در خود احساس می‌کنند. مشاهده این تفاوت‌ها در بین افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند سطح تاب‌آوری را بالاتر ببرد، توانمندی‌های خود را افزایش دهند و برای حرکت کردن به سمت سلامت برنامه‌های امیدوارانه‌ای برای خود طراحی کنند. به بیانی دیگر یاد می‌گیرند که چطور با تکیه بر فضایی که از آن بهره‌مند هستند بتوانند در برابر طوفان‌های زندگی بایستند و امیدوارانه، یعنی با طراحی یک مسیر مشخص به سمت خواسته‌هایی که می‌توان بدست آورد حرکت کنند. به نظر می‌رسد با توجه به تاکید مؤلفه‌های روان‌شناسی چون انعطاف‌پذیری و داشتن برنامه برای حرکت روبه جلو، این مداخله درمانی می‌تواند به مرور زمان افراد را برای یک زندگی سخت آماده کند.

از میان مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی میانگین (انحراف معیار) مؤلفه امیدواری در گروه آزمایش از (۵/۱) ۲۰ در مرحله پیش آزمون به (۴/۴) ۲۲/۵ در مرحله پس آزمون و به (۴/۲) ۲۲/۷ در مرحله پیگیری و میانگین (انحراف معیار) تاب آوری از (۳/۵) ۱۸/۷ در مرحله پیش آزمون به (۲/۶) ۲۱/۵ در مرحله پس آزمون و به (۴) ۲۱/۸ در مرحله پیگیری افزایش یافت، اما نمرات دو مؤلفه خودکارآمدی و خوش بینی در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشت. علاوه بر این میانگین (انحراف معیار) ابراز هیجان مثبت در گروه آزمایش از (۳) ۲۰/۱ در مرحله پیش آزمون به (۴/۲) ۲۴/۹ در مرحله پس آزمون و به (۳/۸) ۲۴/۴ در مرحله پیگیری و میانگین (انحراف معیار) ابراز صمیمیت از (۲) ۱۶/۵ در مرحله پیش آزمون به (۲/۱) ۱۹/۹ در مرحله پس آزمون و به (۲) ۲۱ در مرحله پیگیری افزایش یافت. همچنین میانگین (انحراف معیار) ابراز منفی هیجان از (۱/۶) ۸ در مرحله پیش آزمون به (۱/۴) ۶/۷ در مرحله پس آزمون و به (۱/۸) ۵/۴ در مرحله پیگیری کاهش یافت. بنابراین می توان نتیجه گرفت، درمان مثبت گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در همه مؤلفه‌ها اثربخش بوده است.

اگر به خرده مقیاس‌های آزمون سرمایه‌های روان‌شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، کارآمدی و تاب‌آوری به عنوان مؤلفه‌های جداگانه‌ای نگاه کنیم که در حین فرآیند مداخله دستخوش تغییرات مؤثر شده‌اند می‌توان نتایج این پژوهش را با یافته‌های Muller و همکاران بر روی بیماران مزمن مبنی بر تأثیر درمان مثبت‌نگر در مقیاس تاب‌آوری همسو دید با این تفاوت که پژوهش فعلی بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز انجام شده (۲۴).

نتایج مطالعات Bove و همکاران (۱۷) و Alroughani و همکاران (۱۸) که بر روی بیماران مزمن صورت گرفته شده است نیز با نتایج پژوهش فعلی مبنی بر تأثیر مثبت نگری بر تاب‌آوری و امیدواری همخوانی دارد با این تفاوت که این پژوهش‌ها امید به آینده را مورد سنجش قرار داده‌اند و در پژوهش فعلی امیدواری در یک مفهوم کلی مورد بحث قرار گرفته شده است.

با توجه به اینکه بیماری مولتیپل اسکروزیس، ممکن است به تدریج باعث از دست رفتن توانایی‌های فردی شود لذا یکی از اهداف درمان مثبت‌گرایی در این پژوهش، پرورش توانمندی‌های اساسی است که به صورت به کارگیری توانمندی‌های اساسی خود در جلسه دوم درمان انجام شد و همین آموزش منجر به بالا رفتن امیدواری در افراد می‌گردد، همچنین، گفتگو درباره نقش خاطرات و تأثیر شکرگذاری بر این خاطرات موجب یادآوری توانمندی‌های درونی فرد شده و منجر به بالا رفتن تاب‌آوری در افراد می‌گردد. علاوه بر این، با توجه به ماهیت درمان مثبت‌نگر که با هدف افزایش میزان شکوفایی در زندگی انجام شده است که براساس پنج عنصر هیجان مثبت، مشارکت، معنا، روابط مثبت و دستاورد سنجیده می‌شود (۱۲)، می‌توان یکی دیگر از دلایل اثربخشی این درمان را در امیدواری افراد، شکوفایی استعدادها دانست.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد نمره ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت در گروه آزمایش بعد از مداخله افزایش و ابراز منفی هیجان کاهش یافت. هیجان‌ها در هر لحظه توجه، تصمیم‌گیری، حافظه، پاسخ‌های فیزیولوژیک و تعامل‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و حتی دامنه وسیعی از فرآیندهای بین فردی و درون فردی تحت تأثیر هیجان‌ها هستند. به گفته Ghomian, Shairi توانمند بودن افراد از نظر هیجانی و توان ابراز آن روبرو شدن با چالش‌های زندگی را آسان می‌کند (۲۵). اگر اضطراب و افسردگی را به عنوان وضعیتی در نظر بگیریم که موضوع اصلی آن، دروازه پاتولوژی اجتناب از روبرو شدن با هیجانات باشد، می‌توان گفت روبرو شدن با این هیجانات یا ابراز آن در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Farber و همکاران (۲۶)، Buljevac و همکاران (۲۷) و Ahadi و همکاران (۲۸) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان این گونه بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد هرچند بهم ریختگی شش مؤلفه را برای وضعیت فردی که زندگی ناخوشی دارد، توصیف می‌کند، اما در این میان نقطه آغازین را از دروازه‌ای می‌بیند که افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروز نسبت به تجربه کردن چیزی که در درون‌شان وجود دارد (افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی) دست به مبارزه می‌زنند و در تلاشی برای دور شدن از آن و یا نادید گرفتن آن، به یک جنگی عبث وارد می‌شوند. افراد مبتلا به بیماری صعب‌العلاجی چون مولتیپل اسکروز افکاری در سر می‌پرورانند که بوی بهبودی از آن به مشام

نمی‌رسد. وقتی افراد خودگویی‌هایی دارند که درباره زمین‌گیر شدن و انحطاط در آینده با آنان سخن می‌گوید، سطحی از اضطراب و ناخوشی را در خود تجربه می‌کنند و مبارزه برای دور کردن این وضعیت آغاز می‌شود. ناامیدسازی خلاقانه روشی است که در این رویکرد ابتدا به فرد مبتلا کمک می‌کند تا راهکارهای سرکوب افکار و احساسات خود که منجر به دوسوگرایی در ابراز هیجان شده است را به دقت مشاهده کرده و اگر از وضعیت پیش آمده احساس نارضایتی و ناخشنودی دارند، آماده شوند تا نسبت به هیجان‌های خود، آگاهی بهتری پیدا کرده و راهبردهای قبلی خود را کنار نهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکیدی که بر تجربه کردن هیجان‌ها دارد، با آموزش‌های مناسبی که عمدتاً به صورت تمثیل است، به افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروز یاد می‌دهد که چطور در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند از حضور آنها آگاه شده و بتوانند ذهن آگاهانه بر آنها مدیریت کنند و به جای سرکوب هیجان‌ها اجازه بروز آن را به خود بدهند. وقتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز می‌آموزند چطور هیجان‌های خود را بطور سالمی بروز دهند و از پس موقعیت‌های اضطراب‌آور و استرس‌آور خود رهایی یابند آنگاه می‌توانند به آن بخشی از زندگی که می‌تواند تحت کنترل باشد، نفوذ بیشتری داشته باشند و اقدامات مؤثرتری انجام دهند.

سلامت هیجانی که یکی از ابعاد سلامت روان است نیازمند بیان است. فردی که از سبک ابراز هیجان مناسبی برخوردار است هیجان‌ها را شناخته و می‌تواند آن‌ها را به سبک مناسبی ابراز کند. از دیدگاه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد همواره در تلاش برای حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند هستند و اگر از آن دور شده‌اند یکی از موانع جدی بر سر راه، عدم بروز هیجان‌ها به شیوه‌ای صحیح است. یکی از تکنیک‌های اساسی این شیوه درمانی، مواجهه است که برای روبرو کردن فرد با درونیات خویش به کار می‌رود تا در کنار شناسایی هیجان‌ها درونی خود، برای حرکت به سمت ارزش‌ها، بتواند آنها را بیان کند. بنابراین به نظر می‌رسد یادگیری پذیرش در زندگی و داشتن سطحی از تعهد برای حرکت به سمت ارزش‌ها، به جای نادیده گرفتن هیجان‌ها و تجارب درونی، از طریق هدایت فرد به سوی آگاهی از حضور این هیجان‌ها و تجربه کردن‌شان، موجب می‌شود تا فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروز بتواند در تعاملی بهتر با درونیات خویش، نگاه جدیدی را در زندگی تجربه کند.

از آنجائی که، روانشناسی مثبت‌گرا به دنبال آن است که افراد یاد بگیرند چطور در حین تجربه‌های زندگی رشد کنند. این رویکرد به جای تأکید بر عواطف منفی، توجه بیشتری به عواطف و تجارب مثبت کرده و به جای دست گذاشتن بر نقاط ضعف به توانمندی‌های افراد توجه می‌کند. در تبیین این یافته این طور به نظر می‌رسد با توجه به اینکه این رویکرد درمانی علم مطالعه هیجان‌ها مثبت و توانمندی‌های مثبت فردی است و در روند درمانی افراد در مورد موضوعاتی مانند بخشش و شکرگذاری به عنوان دو مقوله مهمی که با هیجان‌ها مرتبط است صحبت می‌کنند، دوسوگرایی در ابراز هیجان‌ها در روند مداخله کاهش یافته است. زمانی که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروز در گروه درباره بخشش صحبت می‌کنند که چطور خود را با شفقت بیشتری در آغوش کشیده و دست از انتقاد خود برداشته و چطور دیگران را مورد بخشش قرار دهند و درگیر بازی خشم و نفرت با آنها نباشند و به طور کلی به صلح بهتری با خود دست یابند، بر کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان اثرگذار شده است. به نظر می‌رسد وقتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز قادران داشته‌های خود در زندگی می‌شوند و در جستجوی معنای زندگی و تعهد نسبت به آن برمی‌آیند، در سطح آشتی متفاوتی با خود قرار می‌گیرند و فارغ از سرزنش خود و دیگران، می‌توانند نسبت به بیان هیجان‌ها عملکردی آزادانه داشته باشند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد. از جمله این که به دلیل کم بودن تعداد نمونه، باید در تعمیم نتایج احتیاط شود. در این پژوهش انتخاب افراد گروه نمونه به صورت در دسترس صورت گرفت. بنابراین انتخاب غیر تصادفی افراد گروه نمونه می‌تواند بر روایی پژوهش تأثیر داشته باشد. ممکن است عواملی مانند وضعیت خانوادگی و روابط حاکم بر آن، حمایت‌های اجتماعی، وضعیت اقتصادی و عوامل فرهنگی بر روند درمان گروه نمونه تأثیر داشته که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. این عوامل می‌توانند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهند. و در جهت کاهش محدودیت‌ها پیشنهاد

می‌شود پژوهش‌های بعدی با گروه نمونه بزرگ‌تر برای بررسی دقیق‌تر اثربخشی انجام شود، انتخاب گروه نمونه به صورت تصادفی باشد، بررسی گروه‌هایی نامتناوب به این صورت که بیماران با طیف متفاوت بیماری مورد بررسی قرار بگیرند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان مثبت‌نگر، مؤلفه‌های تاب‌آوری و امیدواری را افزایش داد اما بر مؤلفه‌های خودکارآمدی و خوش‌بینی تأثیری نداشت، علاوه بر این، درمان مثبت‌نگر ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت را افزایش و ابراز منفی هیجان را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.084 است. بدین وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از انجمن مولتیپل اسکلروز و مسئولان انجمن و نیز تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌دارند.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Abdel Salam OA, Ghonimi NAM, Ismail MH. Risk of obstructive sleep apnea in multiple sclerosis: Frequency, clinical and radiological correlates. *multiple sclerosis Disord.* 2019; 28:184-188.
2. Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RPC, Carneiro NM, Aguilar ACR, Silva FMD, Bezerra F, Almeida LK, Massarente VL, Giovannelli EC, Tilbery CP, Brandao CO, Santos LMB, Santos-Neto LD. Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2018;76(5):296-301.
3. Foschi M, Rizzo G, Liguori R, Avoni P, Mancinelli L, Lugaresi A, Ferini- Strambi L. Sleep-related Disorders and their relationship with MRI findings in Multiple Sclerosis. *Sleep Medicine.* 2019; 56: 90-97.
4. Montalban X, Hauser SL, Kappos L, et al. Ocrelizumab versus placebo in primary progressive multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 2017; 376: 209– 220.
5. Cerqueira AC, Andrade PS, Godoy-Barreiros JM, Silva ACO, Nardi AE. Risk factors for suicide in multiple sclerosis: a case-control study. *J Bras Psiquiatr.* 2015; 64(4):303-6.
6. Kotterba S, Neusser T, Norenberg C, Bussfeld P, Glaser T, Dorner M, Schurks M. Sleep quality, daytime sleepiness, fatigue, and quality of life in patients with multiple sclerosis treated with interferon-beta-1b: results from a prospective observational cohort study. *BMC Neurol.* 2018; 18(1):123.
7. Marrie RA, Reingold S, Cohen J, Stuve O, Trojano M, Sorensen PS, Cutter G, Reider N. The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. *Mult Scler.* 2015;21 (3):305–317.
8. Pham T, Jette N, Bulloch AG M, Burton JM, Wiebe S, Patten SB. The prevalence of anxiety and associated factors in persons with multiple sclerosis. *multiple sclerosis Disord.* 2018;19:35-39.
9. Wang L. The Relationship between Employee Psychological Capital and Change Supportive Behavior—Mediating Effect of Cognitive of Change. *Journal of Social Sciences.* 2015; 5(3): 125-13.
10. Baroncini D, Annovazzi PO, De Rossi N, Mallucci G, Torri Clerici V, Toniatti S, et al. Impact of natural menopause on multiple sclerosis: a multicentre study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2019; 90: 1201–6.
11. Zhou J, Yang Y, Qiu X, Yang X, Pan H, Ban B, Zhengxue Wang L, Wang W. Serial Multiple Mediation of Organizational Commitment and Job Burnout in the Relationship between Psychological Capital and Anxiety in Chinese Female Nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2018; 6(2): 11-21.
12. Seligman M. The Hoffman report, the Central Intelligence Agency, and the defense of the nation: A personal view. *Health Psychol Open.* 2018; 5(2): 2055102918796192.
13. Snyder E, Cai B, DeMuro S, Morrison M.S, Ball W. A New Single-Item Sleep Quality Scale: Results of Psychometric Evaluation in Patients With Chronic Primary Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med.* 2018;15; 14(11): 1849–1857.

14. Lyubomirsky S, Layous, K. How do simple positive activities increase well being. *Current Directions in Psychological Science*. 2013; 22(1), 57–62.
15. Kaviani Z, BakhtiarPoor S, Heidari A, Askary P, Eftekhar Z. The Effect of Treatment Based on Acceptance and Commitment (ACT), on Resiliency and Dysfunctional Attitudes of MS Female Patients in Tehran. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020; 21(1): 84-92.
16. Rabiee F, Ghorbani N, Panaghi L. The relationship of emotional repression and self-control with symptoms. *Journal of Psychoscience*. 2020; 19(92): 925-934.
17. Bove R, Chua AS, Xia Z, Chibnik L, De Jager PL, Chitnis T. Complex relation of HLA-DRB11501, age at menarche, and age at multiple sclerosis onset. *Neurol Genet*. 2016. a; 2: e88.
18. Alroughani R, Aloyayesh MS, Ahmed SF, Behbehani R, Al-Hashel J. Relapse occurrence in women with multiple sclerosis during pregnancy in the new treatment era. *Neurology*. 2018; 90: e840–6.
19. Houtchens MK, Edwards NC, Phillips AL. Relapses and disease-modifying drug treatment in pregnancy and live birth in US women with MS. *Neurology*. 2018; 91: e1570–8
20. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*. 2007; (60): 541-572.
21. Ghane Sangatash A, Mirzazadeh Z, Azimzadeh S, Abdolmaleki H. The role of psychological capital on social capital of Physical Education Students of Mashhad Universities. *Applied Research in Sport Management*. 2016; 4(3): 91-106. Full Text in Persian
22. King LA, Emmons RA. Conflicts over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006;589:864- 877.
23. Alavi K, Asghari Moghadam MA, Rahiminezhad A, Farahani H. Psychometric properties of Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire. *rph*. 2007; 11 (1) :74-91. Full Text in Persian
24. Muller R, Gertz K, Molton I, Terrill A, Bombardier C, Ehde D, Jensen M. Effects of tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability. *The Clinical Journal of Pain*. 2016; 32(1): 32-44.
25. Ghomian S, Shairi, MR. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy for children with chronic pain on the function of 7 to 12 year-old. *International Journal of Pediatrics*. 2014;2(3-1): 195-203.
26. FarberR, Kern M, Brusilovsky E. Integrating the icf with positive psychology: factors predicting role participation for mothers with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology Journal*. 2015; 60(2): 169-178.
27. Buljevac A, Hop F, Reedeker S, Janssens UE. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in southeastern Iran. *Clinical Neurology & Neurosurgery*. 2019;115(3):304-8.
28. Ahadi H, Delavar A, Rostami AM. Comparing Coping Styles in MS parients and healthy subjects. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013; 116: 3454-3457.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی Luthans

جملات زیر را به دقت بخوانید و پاسخ خود را در محل مناسب علامت بزنید:

ردیف	سوال	کاملاً مخالفم	مخالفم	تا حدودی مخالفم	مواقفم	کاملاً موافقم
۱	با اعتماد یک مساله طولانی را بررسی می‌کنم تا یک راه حل بیابم.					
۲	من با اعتماد کامل می‌توانم وظایفم را در کارهای جمعی معین کنم.					
۳	من با اعتماد می‌توانم در بحث‌های اساسی زندگی‌ام مشارکت کنم.					
۴	من با اعتماد کامل می‌توانم اهداف زندگی‌ام را تعیین کنم.					
۵	من با اعتماد کامل می‌توانم در بیرون با مردم روبرو شوم تا درباره مسائل و مشکلات بحث کنم.					
۶	من با اعتماد کامل می‌توانم اطلاعات مفیدی به سایر دانشجویان هم رشته‌ام ارائه کنم.					
۷	اگر من در کار و موقعیتی گیر بیفتم می‌توانم راه‌های زیادی برای خلاص شدن از آن بیابم.					
۸	در حال حاضر من به شدت اهداف تحصیلی‌ام را دنبال می‌کنم.					
۹	من فکر می‌کنم روش‌های زیادی برای هر مشکل وجود دارد.					
۱۰	هم اکنون من خودم را به عنوان موفق‌ترین فرد در تحصیل می‌بینم.					
۱۱	من می‌توانم راه‌های زیادی برای رسیدن به اهداف جاری تحصیلم بیابم.					
۱۲	در حال حاضر من می‌توانم با اهداف تحصیلی که برای خودم مشخص کرده‌ام روبرو شوم.					
۱۳	زمانی که با مانعی در امور تحصیلی‌ام روبرو می‌شوم با زحمت کمی آن را اصلاح می‌کنم و به کارم ادامه می‌دهم.					
۱۴	من معمولاً مشکلات متنوع را می‌توانم مدیریت کنم.					
۱۵	من اگر مجبور باشم، در حین انجام تکالیف با خودم حرف می‌زنم.					
۱۶	من معمولاً در مواقع فشار کاری یا تحصیلی قدم می‌زنم.					
۱۷	من می‌توانم بر مشکلاتم غلبه کنم، زیرا که قبلاً تجربه چنین مشکلاتی را داشته‌ام.					
۱۸	من احساس می‌کنم که می‌توانم در حین انجام امور تحصیلی چند فعالیت دیگر را نیز انجام دهم.					
۱۹	من انتظار بهترین عملکرد را دارم، حتی زمانی که اهداف کاری‌ام در حین انجام آنها نامشخص باشند.					
۲۰	اگر چیز اشتباهی برایم پیش آید، سعی می‌کنم عملکردم را از خود نشان بدهم.					
۲۱	من همیشه جنبه‌های مثبت کارم را می‌بینم.					
۲۲	من راجع به آنچه که برایم در آینده در ارتباط با کار و تحصیلم اتفاق می‌افتد خوشبین هستم.					
۲۳	در امور تحصیلی کارها معمولاً در مسیری که من می‌خواستم پیش رفته است.					
۲۴	من به امور تحصیلی‌ام به عنوان بهترین وجه زندگی‌ام، نگاه می‌کنم.					

مقیاس دوسوگرایی در ابراز هیجان

لطفاً قبل از پاسخگویی با دقت هر عبارت را بخوانید و با انتخاب یکی از گزینه‌های زیر نشان دهید تا چه حد به صورت یا شده رفتار می‌کنید:

ردیف	سوال	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۱	دلم می‌خواهد هیجان‌هایم را صادقانه ابراز کنم اما می‌ترسم که مبادا انجام این کار باعث شرمندگی یا آسیب دیدن من شود.					
۲	تلاش می‌کنم تا حسادتی را که متوجه دوستم (یا شریک زندگی‌ام) است، کنترل کنم هر چند مایلم بدانم که این موضوع مرا آزرده می‌کند.					
۳	تلاش می‌کنم همیشه خشمم را کنترل کنم؛ هر چند گاهی اوقات دلم می‌خواهد آن را ابراز کنم.					
۴	دوست دارم که مهر و محبتم را بیشتر به شکل جسمی ابراز کنم اما می‌ترسم که دیگران از آن برداشت اشتباهی کنند.					
۵	تلاش میکنم دیگران را نگران نکنم، باینکه گاهی اوقات آنها باید حقیقت را بدانند.					
۶	اغلب دوست دارم به دیگران نشان دهم چه احساسی دارم اما به نظر می‌رسد چیزی مرا از این کار منع می‌کند.					
۷	برای اینکه دیگران را متقاعد کنم که شادتر از آنچه به نظر می‌رسد، هستم تلاش میکنم لبخند را بر چهره‌ام نگه‌دارم.					
۸	تلاش می‌کنم ترسها و احساس‌های عمیق خودم را پنهان نگه‌دارم، اما گاهی اوقات دوست دارم آنها را نزد دیگران آشکار سازم.					
۹	دوست دارم درباره مشکلاتم با دیگران صحبت کنم، اما گاهی اوقات واقعاً نمی‌توانم.					
۱۰	سعی میکنم از خشمگین شدن نسبت به والدینم خودداری کنم، هر چند گاهی اوقات دلم میخواهد خشم خودم را نسبت به آنها ابراز کنم.					
۱۱	سعی می‌کنم وقتی اشتباهی مرتکب می‌شوم عذرخواهی کنم، اما نگرانم این برداشت ایجاد شود که بی‌کفایتم.					
۱۲	وقتی خشمگین هستم به بروز دادن خشمم فکر می‌کنم؛ اما سعی می‌کنم از ابرازش خودداری کنم.					
۱۳	اغلب متوجه شده‌ام که نمی‌توانم به دیگران بگویم که چقدر واقعاً برایم ارزشمند هستند.					
۱۴	دلم می‌خواهد وقتی کسی را دوست دارم به او بگویم، اما یافتن کلمات مناسب برایم دشوار است.					
۱۵	وقتی امور مطابق برنامه پیش نمی‌رود، دوست دارم ناامیدی خودم را ابراز کنم، از طرفی هم نمی‌خواهم نقطه ضعفم آشکار شود.					
۱۶	می‌توانم زمانی را به خاطر بیاورم که آرزو داشتیم به کسی بگویم تا چه اندازه واقعاً دلواپش هستم.					
۱۷	سعی می‌کنم احساس‌های منفی خودم نسبت به دیگران را مخفی کنم، هر چند این کار باعث شود با نزدیکانم صادق نباشم.					
۱۸	دوست دارم در واکنش‌های هیجانی‌ام طبیعی تر باشم اما اصلاً به نظر نمی‌رسد بتوانم چنین کاری انجام دهم.					
۱۹	سعی می‌کنم خشمم را فروبشانم، اما دوست دارم دیگران بدانند که چه احساسی دارم.					
۲۰	یافتن واژه‌های مناسبی که احساس واقعی من را به دیگران نشان دهند، خیلی سخت است.					
۲۱	پس از ابراز خشم نسبت به یک فرد، احساس گناه می‌کنم.					
۲۲	اغلب نمی‌توانم خود را وادار به ابراز احساس واقعی‌ام کنم.					
۲۳	پس از ابراز خشم نسبت به یک فرد، این موضوع به مدت طولانی آرام می‌دهد.					