

رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی

روان‌شناختی با واسطه‌گری تاب‌آوری در بیماران ام. اس

محمد صیدی سارویی^{۱*}، صدف فرهند^۲، مرضیه امینی^۳، سیده مریم حسینی^۴

چکیده

امروزه ام. اس یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها بشمار می‌رود که نسبت به سایر بیماری‌ها پژوهش‌های روانشناسی اندکی را به خود اختصاص داده است. بنابراین، هدف از این پژوهش، رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی با واسطه‌گری تاب‌آوری در بیماران ام. اس در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش، تمامی بیماران مبتلا به ام. اس استان فارس هستند که ۲۰۰ نفر (زن و مرد) از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های ویژگی‌های شخصیتی NEO (کاستا و مک کری)، ابزار تجدید نظر شده الگوهای ارتباطی خانواده (کوئرنر و فیتزپاتریک)، تاب‌آوری بزرگسالان ARS (فریبورگ) و بهزیستی روان‌شناختی (ریف) پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی)، از روش آماری رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. نتایج نشان داد که دو بعد الگوهای ارتباطی خانواده یعنی جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مثبت برای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی برخوردار می‌باشند و از بین پنج عامل ویژگی‌های شخصیتی، برون‌گرایی می‌تواند تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را به‌صورت منفی پیش‌بینی کند. هم‌چنین تاب‌آوری نیز بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. به‌گونه کلی تاب‌آوری، نقش یک متغیر واسطه‌گر را برای الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی دارد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای ارتباطی خانواده، ویژگی‌های شخصیت، بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری.

^۱ - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت

^۲ - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت

^۳ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

^۴ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

* نویسنده‌ی مسئول مقاله: mohammad_saroei@yahoo.com

مقدمه

هدف از این پژوهش تبیین نقش واسطه‌گری تاب‌آوری بین ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای ارتباطی خانواده و بهزیستی روان‌شناختی است. موضوع سلامت روانی یکی از مورد توجه‌ترین مسائل روان‌شناسان از زمان شکل‌گیری روان‌شناسی به عنوان یک علم بوده است. در رویکرد سنتی حاکم بر این حوزه، که پیشینه نظری و پژوهشی پرسابقه‌ای دارد، تأکید محققان بر ابعاد منفی سلامت روانی بوده است؛ به این معنی که سلامت روانی در قالب نبود بیماری روانی، ضعف و ناکامی تعریف شده است (هاوزر، اسپرینگر و پادروسکا^۱، ۲۰۰۵).

از حدود دهه ۱۹۶۰ با تغییر تمرکز از بیماری‌یابی و درمان به پیشگیری و مطالعه خوب بودن و رشد، دیدگاه متفاوتی به موضوع سلامت روانی شکل گرفت که براساس آن، سلامت روانی، داشتن ویژگی‌های مثبتی مانند روابط اجتماعی موفق، عزت نفس و احساس کارآمدی است و وظیفه روان‌شناس، مطالعه این ویژگی‌ها و کمک به پیشرفت و توسعه آنها است (رایان^۲، ۲۰۰۱؛ سلینگمن^۳، ۱۹۹۸).

بدنبال جنبش روان‌شناسی مثبت که در سلامت روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید داشته است، گروهی از روان‌شناسان بجای اصطلاح سلامت روانی، از اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرده‌اند؛ چرا که معتقدند این واژه، ابعاد مثبت بیش‌تری را به ذهن متبادر می‌کند (ریف و سینگر^۴، ۱۹۹۸). بدون شک، سلامت روان نقش بسزایی بر تمامی جنبه‌های زندگی و هم‌چنین بر سلامت جسمی افراد دارد، اما انسان‌ها در بعضی شرایط و زمان‌ها به دلایل گوناگون دچار آشفتگی‌های هیجانی نظیر افسردگی، استرس، اضطراب و خشم و... می‌شوند؛ این هیجانات در اکثر موارد، طبیعی تلقی می‌شوند و برای ادامه حیات انسان لازم هستند. اما اگر این هیجانات حادث شده، از نظر شدت، بیش از ظرفیت فرد باشند و از نظر زمانی، مدت زیادی شخص را درگیر سازند و یا با نوع محرک و حادثه ایجاد کننده، نامتناسب باشند بیمارگونه تلقی می‌شوند و امکان ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی را بالا می‌برند. در واقع جسم و روان، دو جنبه از وجود انسان هستند که به‌گونه مداوم بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و با افزایش فشارهای اجتماعی و محیط‌های استرس‌زا ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری ام. اس رو به رشد می‌باشد و این موضوع یکی از بزرگترین علل پدیدآورنده این بیماری است.

¹- Hauser and Springer and Pudrovka

²- Ryan

³- Seligman

⁴- Ryff and Singer

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ که به اختصار آن را ام. اس می‌نامند، یکی از انواع بیماری‌های مزمن است. در این بیماری، سیستم ایمنی بدن به میلین (غلاف چربی) محافظ سلول‌های سیستم اعصاب مرکزی - مغز و طناب نخاعی - حمله کرده و آنها را تخریب می‌کند و باعث ایجاد بافت زخم (پلاک) در محل آسیب دیده می‌شود. در نتیجه تخریب میلین سلول‌های عصبی، در انتقال پیام‌های عصبی ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت‌های بدن و بالعکس اختلال ایجاد شده و علائم ویژه بیماری ام. اس ظهور پیدا می‌کند (انجمن ملی ام. اس^۲، ۲۰۰۸). بیماری ام. اس، دومین علت شایع ناتوانی در جوانان است؛ معمولاً علائم این بیماری در آغاز بزرگسالی (۲۰ تا ۴۰ سالگی) ظاهر می‌شود (دنيسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). هم‌چنین احتمال ابتلای زنان، سه برابر بیش‌تر از مردان است (هریسون^۴، ۲۰۰۸).

مبتلایان به بیماری ام. اس به علت ظهور علائم پیش‌بینی‌ناپذیر، درمان دشوار، عوارض جانبی داروها و ناتوانی فیزیکی فزاینده، با عواقب روان‌شناختی همچون دور ماندن از اهداف زندگی، بیکاری، اختلال در روابط، اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی و اوقات فراغت مواجه هستند (جانسن^۵، ۲۰۰۳؛ هاکیمو^۶، ۲۰۰۰/ به نقل از دنيسون و همکاران، ۲۰۰۸).

سلامت روان افراد، تحت تأثیر محیط‌ها و روابط اجتماعی قرار دارد و از آنجا که خانواده اولین نظامی است که کودک در آن چشم‌باز می‌کند، در آن آموزش می‌بیند و از آن تأثیر می‌پذیرد بیش‌ترین اثر را بر توانایی‌ها و رفتارهای افراد می‌گذارد. امروزه مطالعات خانواده، بیش‌تر در جهت این موضوع است که افراد در برخورد با عوامل استرس‌زا چگونه توان مقابله و مقاومت را دارا شوند؟ و چگونه خانواده بر این توانایی اساسی افراد اثر می‌گذارد؟ یکی از مدل‌های مطرح در خانواده که به تعاملات در خانواده و نقش آن در سازگاری مؤثر با محیط پرداخته است مدل الگوی ارتباطی خانواده^۷ است (فیتزپاتریک^۸ و کوئر^۹، ۲۰۰۴). اصولاً مفهوم الگوی ارتباطی خانواده یا طرحواره‌های ارتباطی خانواده، ساختاری علمی از دنیای ظاهری خانواده است که بر اساس ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه اعضای خانواده چه چیز به یکدیگر می‌گویند و چه کار انجام می‌دهند و

^۱- ms:multiple sclerosis

^۲- national ms society

^۳- Dannison

^۴- Harrison

^۵- Janssen

^۶- Hakimo

^۷- family communication pattern

^۸- Fitzpatrick

^۹- Koerner

اینکه چه معنایی از این ارتباطات دارند، تعریف می‌شود (کوئرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲؛ بارل و فیتزپاتریک، ۱۹۹۰/ به نقل از فیتزپاتریک و کوئرنر، ۲۰۰۴).

با توجه به تعاملات گوناگون خانواده‌ها و گونه‌های متفاوت رفتاری افراد، ما شاهد شخصیت‌های متفاوت هستیم. شخصیت^۱، بیانگر آن دسته از ویژگی‌های فرد یا افراد است که الگوی ثابت رفتاری آنها را تشکیل می‌دهد. در این زمینه، چند نکته را می‌توان مطرح کرد. نخست، اینکه مفاهیم شخصیت باید گونه‌ای بیان شوند که روان‌شناسان در نحوه مشاهده و اندازه‌گیری آنها به توافق برسند. دوم، این که شخصیت، بیانگر آن دسته از ویژگی‌ها است که در همه انسان‌ها مشترک است. گرچه هر یک از ما از جهاتی منحصر به فرد هستیم، در سایر جهات، شبیه بعضی یا شبیه همگان هستیم. سوم، این که شخصیت، هم شامل ابعاد پایدارتر و تغییر ناپذیرتر کنش انسان است که گاهی، «ساختار»^۲ نامیده می‌شود و هم شامل جنبه‌های ناپایدارتر و تغییر پذیرتر کنش انسان، که گاهی، «فرآیند»^۳ نامیده می‌شود. در این معنی، شخصیت به عنوان یک سیستم است؛ شخصیت، شخصیت، بیش‌تر به روابط پیچیده بین فرآیندهای شناختی، عواطف و رفتارهای فرد مربوط است (راس،^۴ ۱۹۹۲/ به نقل از جمال فر، ۱۳۷۵). شخصیت به گونه‌های گوناگونی تقسیم بندی شده است که از میان آنها در نهایت، می‌توان پنج شاخص کلی برای آن در نظر گرفت که عبارتند از: روان‌رنجور خویی یا روان‌نژندگرایی^۵، برون‌گرایی^۶، گشودگی^۷ یا باز بودن، دلپذیر بودن^۸ یا توافق، توافق، با وجدان بودن^۹ (کاستا و مک کرائی^{۱۰}، ۲۰۰۲).

تاب‌آوری به صورت‌های گوناگون تعریف می‌شود. راتر^{۱۱} در سال ۱۹۸۷ (به نقل از هاوولی^{۱۲}، ۲۰۰۰) بیان می‌کند که تاب‌آوری به تفاوت افراد در پاسخ‌دهی به خطر بر می‌گردد. آلورد^{۱۳} و همکاران در سال ۲۰۰۵ (به نقل از حق رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰) تاب‌آوری را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و

¹ - personality

² - structure

³ - process

⁴ - Russ

⁵ - neuroticism

⁶ - extroversion

⁷ - openness

⁸ - agreeableness

⁹ - conscientiousness

¹⁰ - Costa and Mc Crae

¹¹ - Rater

¹² - Hawley

¹³ - Aloverd

چالش‌ها سازگار شود. هر چند برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب آوری به صورت زیستی و ژنتیکی تعیین می‌شوند، اما مهارت‌های مربوط به تاب آوری را می‌توان یاد داد و تقویت نمود. بنابراین به نظر می‌رسد که ارتباطات متفاوت افراد در نظام خانواده و ویژگی‌های گوناگون شخصیتی و مقدار تاب آوری افراد بر سلامت روان تأثیرگذار باشند.

مبانی نظری:

مدل اولیه‌ی الگوهای خانواده که در ابتدا به‌وسیله چافی و همکارانش (۱۹۷۰) معرفی شده بود، دو بعد از الگوهای ارتباطی خانواده را گسترش می‌داد؛ ابتدا جهت‌گیری اجتماعی که بر سازگاری روابط تأکید می‌کند و از ناسازگاری اجتناب می‌نماید و سپس جهت‌گیری مفهومی که بر آزادی بیان و عقاید و همچنین بحث و تبادل نظر تأکید دارد (مک لئود و چافی، ۱۹۷۲، استون و چافی^۱، ۱۹۷۰).

چافی و همکارانش (۱۹۷۲) براساس ابعاد جهت‌گیری مفهومی و جهت‌گیری اجتماعی، چهار نوع الگوی ارتباطی خانواده یا چهار نوع خانواده را مطرح کردند: خانواده توافقی‌کننده، خانواده کثرت‌گرا، خانواده محافظت‌کننده و خانواده بی‌قید و شرط. ابعاد جهت‌گیری مفهومی و جهت‌گیری اجتماعی، بعدها به‌وسیله دیوید ریچی توضیح داده شدند و دوباره روی آنها کار شد. ریچی در سال ۱۹۹۱ (به نقل از فیتزپاتریک، ۲۰۰۴) دو بعد زیر بنایی این الگوها را از نو نامگذاری کرد. از آنجا که جهت‌گیری مفهومی بر اهمیت عقاید تأکید داشت، جهت‌گیری گفت و شنود نامیده شد و از آنجا که جهت‌گیری اجتماعی بر پیروی تأکید داشت، جهت‌گیری هم‌نوایی نام گرفت. هم‌چنین ترکیب این دو بعد، در بردارنده چهار نوع خانواده می‌شود: خانواده توافقی‌کننده (گفت و شنود بالا، هم‌نوایی بالا)، خانواده کثرت‌گرا (گفت و شنود بالا، هم‌نوایی پایین)، خانواده محافظت‌کننده (گفت و شنود پایین، هم‌نوایی بالا)، خانواده بی‌قید و شرط (گفت و شنود پایین، هم‌نوایی پایین) (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴؛ کوئرتر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲a، ۲۰۰۲c).

ریچی خصلت‌های شخصیت را به سه نوع اساسی^۲، میانه^۳ و وضعیت‌های ثانویه^۴ تقسیم کرده کرده است (پروین و جان^۵، ۲۰۰۱/ به نقل از یزدانی، ۱۳۸۸). بعدها آیزنک (۱۹۹۴) سه عامل کلی را برای شخصیت بیان کرد که شامل برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌خویی بودند، هر چند که او احتمال اینکه در آینده ابعاد دیگری اضافه شوند را منتفی ندانست. از همین رو کاستا و

¹- Stone and Chaffee

²- cardinal traits

³- central traits

⁴- secondary dispositions

⁵- Pervin and John

مک کرائی (۱۹۸۶) پنج عامل را برای شخصیت‌شناسایی کردند که عبارت بودند از: روان رنجور خوبی (تمایل به تجربه اضطراب، افسردگی و عزت نفس پائین)، برون‌گرایی (تمایل برای مثبت بودن، قاطعیت و اجتماعی بودن)، گشودگی یا باز بودن (تمایل به کنجکاو، انعطاف‌پذیری و نوآوری)، دلی‌پذیر بودن (تمایل برای گذشت، مهربانی، همدلی و فداکاری) و با وجدان بودن (تمایل به سازمان‌دهی، کارآمدی و منطق‌گرایی) (مک کری و کاستا، ۱۹۹۸/ به نقل از گروهی فرشی، ۱۳۸۰).

اولین موج پژوهش‌های تاب‌آوری بر روی ویژگی‌های افراد تاب‌آور تمرکز داشت و در پی توصیف ویژگی‌های تاب‌آورانه درونی و بیرونی بود که به افراد کمک می‌کند تا خود را تطابق داده و کارکرد قبلی خود را باز یابند. اما موج دوم پژوهش‌ها در این حوزه، بیش‌تر بر شناخت فرآیندهایی متمرکز بود که از راه آنها افراد توانایی سازگاری موفق و تطابق با شرایط ناگوار را پیدا می‌کنند (کمپبل^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). هم‌چنین گارمزی و همکاران (۱۹۸۴) نیز در خصوص تاب‌آوری، سه مدل به نام‌های جبرانی، چالشی و محافظتی را ارائه نمودند (گارمزی و همکاران، ۱۹۸۴؛ ماستن و همکاران، ۱۹۹۸/ به نقل از زیمرمن^۲ و آرونکومار^۳، ۱۹۹۴).

سازمان بهداشت جهانی^۴ (۲۰۰۴)، سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً نبود^۵ بیماری و ناتوانی معرفی می‌کند. ریف و کیز^۶ (۱۹۹۵) مؤلفه‌های سازنده بهزیستی روان‌شناختی را در برگیرنده شش عامل دانستند: ۱- پذیرش خود؛ این مؤلفه به معنی داشتن نگرش مثبت در مورد خود است نه به معنای خودشیفتگی؛ به معنای احترام به نفس براساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف؛ ۲- هدف و جهت‌گیری در زندگی؛ توانایی پیدا کردن معنا و جهت‌گیری در زندگی و داشتن هدف و دنبال کردن آنها از وجوه مهم بهزیستی است؛ ۳- رشد شخصی؛ زمانی که فرد تحت فشار است استعدادهای وی به صورتی پیوسته کشف می‌شوند و قدرت خود در تغییر شرایط را نشان می‌دهند. خودشکوفایی انسان‌ها در طی چالش‌ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت‌ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آنها و پیشرفت پس از گذر از موانع می‌باشد؛ ۴- تسلط بر محیط؛ یعنی تحت کنترل داشتن جهان؛ این جنبه از بهزیستی بر این نکته تأکید دارد که برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب، همواره نیروی خلاقانه شخص، مورد نیاز است؛

1- Campbell

2- Zimmerman

3- Arunkumar

4- world health organization

5- absence

6- Ryff and keys

۵- خود پیروی: به این معناست که فرد بتواند براساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد و ۶- روابط مثبت با دیگران: اشتیاق و توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و نیز عشق ورزیدن به دیگران را شامل می‌شود (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

پیشینه پژوهش:

نتایج مطالعه کوثرنر و فیتزپاتریک (۱۹۹۷) به نقل از کوثرنر و فیتزپاتریک، (۲۰۰۲a) در زمینه تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر تاب آوری فرزندان، حاکی از آن است که فرزندان خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت و شنود زیاد، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله رشد یافته‌تری دارند. کوثرنر و فیتزپاتریک، چهار نوع خانواده را در سه گروه سنی کودک، نوجوان و جوان مورد بررسی قرار دادند و دریافتند خانواده‌هایی با الگوهای (کثرت‌گرا و توافق‌کننده) که دارای جهت‌گیری گفت و شنود بالا هستند به احتمال زیاد دارای فرزندان می‌باشند که تاب آوری بیش‌تری در برابر استرس دارند.

هاولی (۲۰۰۰) در مقاله‌ی خود با عنوان "پیامدهای بالینی تاب آوری خانواده"، بعد گفت و شنود را پیش‌بینی‌کننده مثبت و تأثیرگذاری بر تاب آوری و بعد هم‌نوایی را پیش‌بینی‌کننده منفی برای تاب آوری می‌داند.

فیتزپاتریک و کوثرنر (۲۰۰۴)، بیان می‌کنند که الگوهای ارتباطی خانواده بر تاب آوری کودکان اثر می‌گذارند و از دو بعد الگوهای ارتباطی خانواده، تنها جهت‌گیری گفت و شنود پیش‌بینی‌کننده مثبت و جهت‌گیری هم‌نوایی، پیش‌بینی‌کننده منفی برای تاب آوری است.

بروکس^۱ (۱۹۹۷) به نقل از محمدی، (۱۳۸۹)، معتقد است که در خانواده‌هایی با گفت و شنود بالا، فرزندان احساس می‌کنند که والدینشان آنها را درک می‌کنند و برایشان اهمیت قایل‌اند و در نتیجه، عزت نفس آنها رشد می‌کند. او در پژوهش خود به این نتیجه رسید که دومین بعد کیفیت زندگی یعنی سلامت روان، با بعد گفت و شنود رابطه معنادار دارد. هم‌چنین بین سلامت روان با بعد هم‌نوایی این رابطه معنادار وجود ندارد.

مطالعه رحیمی و خیر (۱۳۸۸) بین جهت‌گیری گفت و شنود در الگوهای ارتباطی خانواده و چهار بعد کیفیت زندگی که یکی از آنها سلامت روان بود، همبستگی مثبت را نشان داد؛ هم‌چنین یافته‌های این مطالعه، نشان دهنده همبستگی منفی بین جهت‌گیری هم‌نوایی و چهار بعد کیفیت زندگی بود.

¹ - Brooks

پنلی^۱ (۲۰۰۲) به نقل از سیلس^۲ و همکاران، (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که بین تاب آوری و وظیفه‌مداری رابطه در حد متوسط و بین تاب آوری و گشودگی و توافق‌پذیری، رابطه در حد ضعیف وجود دارد.

مطالعات ریولی و ساویکی^۳ (۲۰۰۳) به نقل از فربورگ^۴ و همکاران، (۲۰۰۵) ارتباط تاب آوری با عوامل شخصیت را بالا در بعد پایداری عاطفی، برون‌گرایی، گشودگی و وظیفه‌شناسی نشان داده است.

کاستا و مک کرائی (۱۹۸۰) دریافتند که برون‌گرایی با هیجان‌های مثبت، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی نسبتاً نیرومندی دارد. به نظر این پژوهشگران، برون‌گرایی می‌تواند احساس شادکامی ذهنی را تا ۱۷ سال بعد پیش‌بینی کند.

یافته‌های مطالعه فوجیتا^۵ (۱۹۹۲) به نقل از حسینی، (۱۳۸۶) نشان داد که افراد برون‌گرا، بهزیستی روان‌شناختی بیش‌تری را تجربه می‌کنند؛ زیرا برون‌گراها، احساسات مثبت را بیش‌تر تجربه می‌کنند. هم‌چنین ویژگی‌هایی مثل وظیفه‌شناسی و بشاش بودن نیز با بهزیستی روانی رابطه مثبت دارد.

یافته‌های پژوهش رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷) نشان داد که تاب آوری و سرسختی می‌توانند به صورت معنی‌داری سلامت روان را پیش‌بینی نمایند. در این پژوهش، تاب آوری بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان بود.

در پژوهشی که بشارت و همکاران (۱۳۸۷) در زمینه رابطه تاب آوری با سلامت روانی ورزشکاران انجام دادند، نتایج نشان داد که تاب آوری با سلامت روانی، همبستگی مثبت و با درماندگی روان‌شناختی، همبستگی منفی دارد.

1- Penely

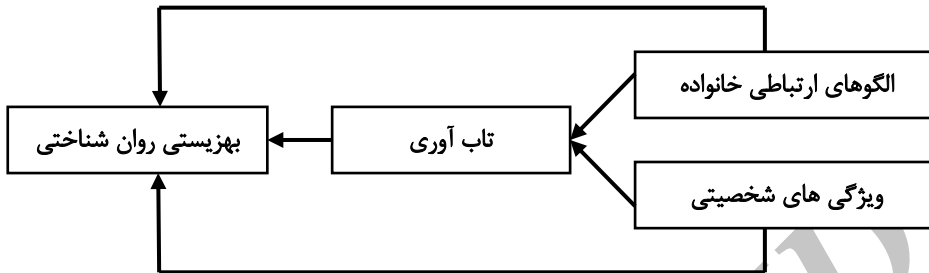
2- Sils

3- riolli and saviki

4- friborg

5- Foujita

فرضیه پژوهش



روش:

روش انجام این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد و در پی تبیین نقش واسطه‌گری تاب آوری بین الگوهای ارتباطی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و بهبودی روان‌شناختی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران مبتلا به ام. اس استان فارس بود که طبق آخرین آمار، ۲۸۰۰ نفر برآورد شده بودند. نمونه مورد نظر شامل گروهی از این بیماران مبتلا به ام. اس بودند که در انجمن همیاران ام. اس و سازمان بهبودی شهر شیراز عضویت داشتند؛ که حدود ۳۰۰ نفر بودند و در طول یک دوره ۳ ماهه در کلاس‌های گوناگون این انجمن شرکت داشتند. در این مطالعه، روش جمع آوری داده‌ها به صورت میدانی بود که با مراجعه به این دو مرکز، تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران ام. اس به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و با ارائه توضیحات لازم، از آنها خواسته شد که نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام کنند و سپس پرسشنامه‌های تکمیل شده را تحویل دهند.

ابزار پژوهش:

داده‌های این پژوهش، به وسیله چهار پرسشنامه جمع آوری گردید که عبارتند از:

۱- الگوهای ارتباطی خانواده

منظور، مقدار نمره‌ای است که هر آزمودنی از پرسشنامه تجدید نظر شده الگوهای ارتباطی خانوادگی فیتزپاتریک و ریچی (۱۹۹۴) که شامل ۲۶ پرسش است، بدست می‌آورد؛ این پرسشنامه دارای دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی می‌باشد. فیتزپاتریک و ریچی (۱۹۹۴) نشان داده‌اند که ابعاد تجدید نظر شده الگوهای ارتباطی خانواده با ابعاد ابزار قدیمی الگوهای ارتباطی خانواده (کوئرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲) و با نمرات پرسشنامه بعد ارتباطی، همبستگی دارند. در ایران، کوروش نیا و لطیفیان (۱۳۸۶) روایی این ابزار را مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی این ابزار در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است. خرده مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود در مقایسه با

خرده مقیاس جهت‌گیری هم‌نوایی، همواره پایایی بیش‌تری را نشان داده است. میانگین مقدار آلفای کرونباخ در ۵ مطالعه، ۰/۸۹ بوده است. مقدار آلفای کرونباخ در مطالعات صورت گرفته در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ قرار داشته است (کوئرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). در پژوهش کوروش نیا و لطیفیان (۱۳۸۶) ضریب بازآزمایی برای مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود، ۰/۸۴ و در مورد مقیاس جهت‌گیری هم‌نوایی، ۰/۷۸ بدست آمد. هم‌چنین مقدار آلفای کرونباخ در مورد مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود، ۰/۸۷ و برای مقیاس جهت‌گیری هم‌نوایی، ۰/۸۱ گزارش شده است.

۲- پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو

نمره‌ای است که آزمودنی در هر یک از شاخص‌های پرسشنامه شخصیت ۶۰ گویه‌ای Neo که به‌وسیله کاستا و مک کرائی در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است کسب می‌کند. این پرسشنامه دارای پنج عامل روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و با وجدان بودن است. در ارتباط با روایی، کیامهر (۱۳۸۱) و محمدی (۱۳۸۷) روایی‌های قابل قبولی برای پنج ویژگی شخصیت گزارش کرده‌اند. در ارتباط با پایایی آزمون، کاستا و مک کرائی (۲۰۰۴) پایایی‌های قابل قبولی را برای پنج بعد ویژگی شخصیت به دست آورده‌اند که شامل ثبات عاطفی (N) ۰/۸۳، برون‌گرایی (E) ۰/۷۵، گشودگی نسبت به تجربه (O) ۰/۸۰، توافق‌پذیری (A) ۰/۷۹، وجدانی بودن (C) ۰/۷۹ است (محمدی، ۱۳۸۹).

۳- تاب آوری

مقیاس تاب آوری بزرگسالان^۱ (ARS) حاوی ۴۳ گویه است که در سال ۲۰۰۳ به‌وسیله فریبورگ و همکارانش ساخته شده است و شامل پنج زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: شایستگی فردی، شایستگی اجتماعی، انسجام خانوادگی، حمایت اجتماعی و ساختار فردی. روایی مقیاس، به‌وسیله فریبورگ و همکارانش (۲۰۰۳) و در ایران به‌وسیله جوکار و حسام پور (۱۳۸۶) به نقل از میرزایی، (۱۳۹۰) مطلوب، گزارش گردید. ورنر (۱۹۸۹) به نقل از فریبورگ و همکاران، (۲۰۰۳) ثبات درونی برای همه‌ی ماده‌ها را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۳۹ بیان کرده است.

۴- بهزیستی روان‌شناختی

نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) به دست می‌آورد. این پرسشنامه، ۶۳ پرسش دارد و دارای ۶ مؤلفه می‌باشد؛ این مؤلفه‌ها عبارتند از: ۱- خود مختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...)؛ ۲- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...)؛ ۳- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...)؛ ۴- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی و ...)؛ ۵- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...) و

¹ - adult resiliency scale

۶- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب محیطی مناسب و ...). در ایران این مقیاس در ابتدا بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری، اجرا و ضریب همابستگی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی، پس از شش هفته روی یک نمونه ۱۱۷ نفری، بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ بدست آمد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ گزارش شد که بالاترین همبستگی، بین پذیرش خود و تسلط بر محیط (۰/۷۶) و پایین‌ترین همبستگی، بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (۰/۳۲) به دست آمد (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی یعنی پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد شخصی و خودمختاری به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۶۰ به دست آمد (ریف، ۱۹۸۹).

نحوه اجرای آزمون

با مراجعه به انجمن همیاران ام. اس و سازمان بهزیستی، به واسطه ایجاد یک ارتباط اولیه با بیماران و بیان این‌که داده‌های این پرسشنامه‌ها محرمانه بوده و نیازی به مشخصات آنها نیست، که در واقع در جهت اطمینان بخشی آنها بود، رضایت پاسخگویان جلب گردید و از آنها خواسته شد که صادقانه به تک تک پرسش‌ها پاسخ دهند.

یافته‌های توصیفی پژوهش

در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه آمده است و در جدول شماره ۲ نیز ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف معیار
روان رنجوری	۲۳/۳	۴
برون‌گرایی	۲۴/۸	۶/۲
بازبودن	۲۴/۴	۴/۸
توافق‌پذیری	۲۶/۲	۵/۴
با وجدان بودن	۲۱/۳	۳/۷
گفت و شنود	۵۱/۵	۱۰/۴
همنوایی	۳۷	۷
تاب‌آوری	۲۹۸/۶	۲۹/۴
بهزیستی روانی	۲۳۱/۷	۲۰/۳

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
روان رنجوری	۱								
برون گرایی	-۰/۰۴	۱							
باز بودن	*-۰/۱۴	۰/۰۰۱	۱						
توافق پذیری	*۰/۱۶	**۰/۲۰	۰/۰۰۳	۱					
با وجدان بودن	**۰/۲۵	*-۰/۱۷	*-۰/۱۷	-۰/۱۲	۱				
گفت و شنود	**۰/۳۵	**۰/۲۷	**۰/۲۳	**۰/۳۱	-۰/۲۷	۱			
همنواپی	**۰/۳۷	**۰/۲۴	**۰/۲۲	**۰/۴۶	-۰/۱۳	**۰/۶۸	۱		
تاب آوری	**۰/۲۳	*-۰/۱۲	**۰/۲۰	**۰/۳۸	-۰/۱۱	**۰/۶۹	**۰/۷۵	۱	
بهزیستی روانی	**۰/۲۲	**۰/۲۱	**۰/۲۲	**۰/۲۷	-۰/۲۴	**۰/۷۳	**۰/۶۴	**۰/۸۱	۱

N=۲۰۰ ** p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

یافته‌های استنباطی

آزمون مدل مفروض نقش واسطه‌گری تاب آوری برای (ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای ارتباطی خانواده) و بهزیستی روان‌شناختی.

بمنظور بررسی نقش واسطه‌گری تاب آوری برای ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای ارتباطی خانواده و بهزیستی روان‌شناختی، از روش رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی سلسله‌مراتبی استفاده شد؛ در این شیوه، ابتدا ابعاد ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای ارتباطی وارد معادله گردید و پس از آن، تاب آوری به عنوان متغیر واسطه وارد معادله شد. نتایج این تحلیل، حاکی از آن بود که در مجموع در این مدل، ۶۵ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی به‌وسیله متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای ارتباطی و تاب آوری مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی سلسله‌مراتبی برای آزمون نقش واسطه‌گری تاب آوری برای ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده و بهزیستی روان‌شناختی

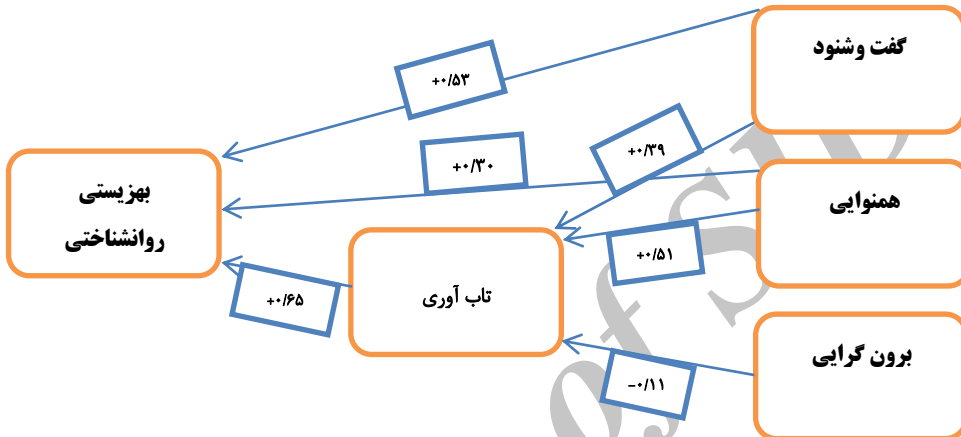
P<	Df	F	R ²	P<	T	B		
۰/۰۰۱	۱۹۲/۷	۳۸/۷	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۸	۰/۵۳	گفت و شنود	گروه بنیاد اول
				۰/۰۰۱	۴/۴	۰/۳۰	همنوایی	
				۰/۱	۱/۴	۰/۰۷	روان رنجوری	
				۰/۹	-۰/۱	-۰/۰۰۵	برون‌گرایی	
				۰/۶	۰/۴۸	۰/۰۲	بازبودن	
				۰/۴	-۰/۷۷	-۰/۰۴	توافق‌پذیری	
				۰/۱	-۱/۶	-۰/۰۸	با وجدان بودن	
۰/۰۰۱	۱۹۱/۸	۶۶/۲	۰/۷۳	۰/۰۰۱	۴/۷	۰/۲۸	گفت و شنود	گروه بنیاد دوم
				۰/۶	-۰/۴۹	-۰/۰۳	همنوایی	
				۰/۵	۰/۵۷	۰/۰۲	روان رنجوری	
				۰/۰۹	۱/۶	۰/۰۶	برون‌گرایی	
				۰/۷	۰/۳۱	۰/۰۱	بازبودن	
				۰/۰۷	-۱/۸	-۰/۰۷	توافق‌پذیری	
				۰/۰۱	-۲/۵	-۰/۱	با وجدان بودن	
				۰/۰۰۱	۱۰/۳	۰/۶۵	تاب آوری	

چنانکه جدول شماره ۳ نشان می‌دهد تاب آوری، نقش واسطه‌گری معناداری را برای ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده و بهزیستی روان‌شناختی بازی می‌کند.

جدول ۴- نتایج آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی همزمان برای پیش‌بینی تاب آوری بر ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده و ابعاد ویژگی‌های شخصیتی

P<	Df	f	R ²	P<	t	B		
۰/۰۰۱	۱۹۲/۷	۵۱/۵	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۶/۴	۰/۳۹	گفت و شنود	گروه بنیاد اول
				۰/۰۰۱	۸	۰/۵۱	همنوایی	
				۰/۰۸	۱/۷	۰/۰۸	روان رنجوری	
				۰/۰۱	-۲/۴	-۰/۱۱	برون‌گرایی	
				۰/۶	۰/۳۹	۰/۰۱	باز بودن	
				۰/۲	۱/۱	۰/۰۵	توافق‌پذیری	
				۰/۵	۰/۶۷	۰/۰۳	با وجدان بودن	

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که گفت و شنود و همنوایی (از ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده) و برون‌گرایی (از ابعاد ویژگی‌های شخصیتی) نقش معناداری برای تاب‌آوری بازی می‌کنند. با توجه به نتایج جدول‌های شماره ۳ و ۴ می‌توان مدل زیر را برای نقش واسطه‌گری تاب‌آوری برای ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای ارتباطی خانواده و بهزیستی روان‌شناختی ارائه کرد.



شکل ۱- نقش واسطه‌گری تاب‌آوری برای (برون‌گرایی، گفت و شنود و همنوایی) و بهزیستی روان‌شناختی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانواده با بهزیستی روان‌شناختی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که دو بعد الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود و همنوایی) از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مثبت و یک بعد ویژگی‌های شخصیتی (برون‌گرایی) از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی منفی برای تاب‌آوری برخوردار می‌باشند و تاب‌آوری نیز توانایی پیش‌بینی کردن بهزیستی روان‌شناختی را دارا می‌باشد. بنابراین در می‌یابیم که تاب‌آوری نقش واسطه‌گری معناداری برای الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی بازی می‌کند.

در رابطه با جهت‌گیری گفت و شنود و تاب‌آوری از نظر پیشینه پژوهش، یافته‌های این پژوهش، تأییدی بر مطالعات کوثرنر و فیتزپاتریک (۱۹۹۷) به نقل از کوثرنر و فیتزپاتریک، (۲۰۰۲a) و هاوولی (۲۰۰۰) می‌باشد؛ مبنی بر این که افرادی که در خانواده‌هایی با بعد گفت و شنود بالا زندگی می‌کنند، مقدار بالاتری از تاب‌آوری را دارا می‌باشند.

همان‌گونه که فیتزپاتریک (۲۰۰۴) و کوثرنر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲a، ۲۰۰۲c) بیان می‌دارند، در خانواده‌های کثرت‌گرا که یکی از چهار نوع خانواده می‌باشد و در آن افراد، دارای خانواده‌هایی با

گفت و شنود بالا می‌باشند، مباحث به صورت باز مورد گفتگو قرار می‌گیرد و همه در گفتگو شرکت می‌کنند. والدین نیاز به کنترل فرزندان و تصمیم‌گیری در مورد آنان احساس نمی‌کنند، بنابراین فرزندان مقدار بالاتری از تاب‌آوری و مقابله و انعطاف‌پذیری در برابر حوادث و آسیب‌ها را دارند. هم‌چنین این افراد دارای شایستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، مهارت‌های حل مسأله و مدیریت بحران بوده و از تعارضات کمتر و حالت‌های خصمانه کمتری با دیگران برخوردارند که باعث می‌شود در موقعیت‌های گوناگون، عملکرد مناسبی داشته باشند و در برابر حوادث آسیب‌زا، مشکلات و عوامل خطرآفرین با تکیه بر این ویژگی‌ها در برابر مشکلات تاب بیاورند. بنابراین می‌توان دریافت که خانواده‌های با جهت‌گیری گفت و شنود، افرادی با تاب‌آوری بالا پرورش می‌دهند. از طرفی جهت‌گیری گفت و شنود، توانایی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی را نیز دارد که با پژوهش‌های بروکس (۱۹۹۷/ به نقل از محمدی، ۱۳۸۹)، رحیمی و خیر (۱۳۸۸) همخوانی دارد. با توجه به این پژوهش‌ها و نتیجه این پژوهش، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی گفت و شنود، تأیید می‌شود. افزایش عزت‌نفس، دوست داشتن دیگران، توجه به عواطف و احساسات دیگران، احساس مسؤلیت، تبحر در حل مسایل، مهارت‌های ارتباطی قوی‌تر، سطح تاب‌آوری بالاتر و در نهایت، رشد استقلال از پیامدهای گفت و شنود بالاست و هر یک از این ویژگی‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر مثبتی به جای می‌گذارند که با دو مؤلفه از شش مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز (۱۹۹۵) مطابقت دارد؛ این دو مؤلفه عبارتند از: روابط مثبت با دیگران (اشتیاق و توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و نیز عشق ورزیدن به دیگران) و خود‌پیروی (زندگی کردن و عمل نمودن براساس معیارها و عقاید خویش، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد). همان‌گونه که بیان شد، افزایش گفت و شنود در خانواده، تأثیرات بسزایی در زندگی فرزندان دارد و به روش‌های گوناگون موجب شادمانی آنان می‌گردد. از یک سو، خانواده با بهره‌گیری از نوجوانان در تصمیم‌گیری‌ها، افزون بر فراهم نمودن فرصت ابراز وجود، موجب رشد استقلال در آنها شده و باعث می‌شود که فرزندان حمایت اجتماعی خانواده را درک کنند و بتوانند برقراری رابطه با دیگران و دوست داشتن آنان را فرا بگیرند. بنابراین با تعاریف ریف و کیز (۱۹۹۵) از بهزیستی روان‌شناختی و ویژگی‌های خانواده‌های با گفت و شنود بالا، واضح است که خانواده‌هایی با این ویژگی‌ها می‌توانند تأثیر بسزایی بر سلامت روان فرزندان داشته باشند.

اما در ارتباط با جهت‌گیری هم‌نوایی و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آن بر تاب‌آوری، یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های گذشته از جمله فیتزپاتریک و کوئرر (۲۰۰۴) و هاولی (۲۰۰۰) همسو نمی‌باشد. زیرا نتیجه این پژوهش نشان داد که هم‌نوایی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مثبت و معناداری برای تاب‌آوری برخوردار است و حتی نسبت به جهت‌گیری گفت و شنود، نقش پررنگ-

تری دارد. در فرهنگ‌های فردگرا و جمع‌گرا ما شاهد تفاوت‌های زیادی در بین اشخاص هستیم و با توجه به فرهنگ جمع‌گرایی ایرانیان (سامانی و لطیفیان، ۱۳۸۴) احتمال می‌رود که در خانواده‌ها جهت‌گیری هم‌نوایی بیش‌تری را نسبت به جهت‌گیری گفت و شنود داشته باشیم. در ارتباط با همسو نبودن این یافته با پیشینه پژوهش می‌توان این‌گونه تبیین نمود که جامعه این پژوهش را بیماران ام. اس تشکیل داده بودند و افراد در هنگام بروز مشکل و بیماری به دلیل نیاز به کسب کمک و توجه، تمایل بیش‌تری به دوستان، نزدیکان و اعضای خانواده پیدا می‌کنند و حتی اگر قبل از بروز بیماری، تمایلی به هم‌نوایی نداشتند، در زمان بیماری، این هم‌نوایی به آنها کمک می‌کند تا مشکلات را راحت‌تر تحمل کنند. از طرفی خانواده‌ها هم زمانی که متوجه می‌شوند فردی از آنها بیمار است گرایش به کمک و همراهی دارند و با یاری به او سعی در رفع مشکلاتش می‌کنند که این امر، منجر به افزایش توان تاب‌آوری فرد بیمار شده و در آینده بهتر می‌تواند با سختی‌ها به تنهایی کنار بیاید.

یافته‌ها بیانگر این بود که جهت‌گیری هم‌نوایی از قدرت پیش‌بینی کننده‌ی برای بهزیستی روان‌شناختی برخوردارند که بر خلاف یافته‌های پژوهش‌های رحیمی و خیر (۱۳۸۸) و بروکس (۱۹۹۷) می‌باشد. این یافته از پژوهش را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که زندگی کردن و پرورش یافتن در خانواده‌هایی با جهت‌گیری هم‌نوایی باعث می‌شود که تمامی اعضای خانواده، عقاید و ارزش‌هایی یکسان داشته باشند و زمانی که شیوه نگرش و تفکر یکسان در خانواده حاکم باشد، مقدار تنش و استرس کاهش می‌یابد. بنابراین، هر چقدر کشمکش و تشنج در خانواده کمتر باشد، آرامش بیش‌تری بین افراد خانواده ایجاد می‌شود و در نهایت منجر به افزایش بهزیستی روان-شناختی در افراد می‌گردد. هم‌چنین با توجه به این که جامعه پژوهش را بیماران ام. اس تشکیل می‌داد و استرس نیز یکی از علل شایع در بروز و تسریع روند این بیماری است، کمتر شدن مقدار استرس، کمک بسزایی به بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌کند.

به علاوه، نتایج این پژوهش نشان داد که از بین پنج عامل اصلی شخصیت، برون‌گرایی از نقش پیش‌بینی کننده منفی برای تاب‌آوری برخوردارند. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود که اکثر بیماران به دلایل گوناگون از جمله احساس ترحم اطرافیان سعی در مخفی کردن بیماری خود دارند و این موضوع، بیماران ام. اس که جامعه این پژوهش بودند را نیز در بر می‌گیرد. از دیدگاه کاستا و مک کرائی (۱۹۹۲) که پنج عامل شخصیت را بیان کردند، برون‌گراها افرادی اجتماعی‌اند که در عمل، علاوه بر دوستدار دیگران بودن، قاطع، فعال و اهل گفتگو می‌باشند. این افراد هیجان و تحریک را دوست دارند و بر آن هستند که امیدوار به واقعیت و آینده باشند. هم‌چنین یونگ، افراد برون‌گرا را افرادی معاشرتی، تکانش‌گر، شوخ طبع، سرزنده،

حاضر جواب و خوش بین تعریف کرده است (آیزنک، ۱۹۶۷). با در نظر گرفتن این ویژگی‌ها، بیماران ام. اس با شخصیت برون‌گرا به شرکت فعال در جامعه و معاشرت با دیگران می‌پردازند و همین امر باعث مطلع شدن افراد دیگر از بیماری آنها می‌شود که به نوبه خود تأثیرات منفی را در این بیماران ایجاد می‌نماید؛ یکی از این آثار منفی می‌تواند کاهش مقدار تاب‌آوری این بیماران باشد. در نتیجه زمانی که این بیماران با مشکلی مواجه می‌شوند نمی‌توانند فعالانه با آن مقابله کنند و راه‌های دیگری را امتحان نمایند. بنابراین، می‌توان بیان داشت که بیماران ام. اس با شخصیت برون‌گرایی، از تاب‌آوری پایینی برخوردار بوده و نمی‌توانند در برابر شرایط سخت و دشوار مقاومت کنند.

در ارتباط با تاب‌آوری و تأثیر آن بر بهزیستی روان‌شناختی، یافته‌های این پژوهش، بیانگر نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی است که با یافته‌های پژوهش‌های رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷) و بشارت و همکاران (۱۳۸۷) همسو می‌باشد.

این پژوهش‌ها گویای آن هستند که افراد با قدرت مقابله در برابر مشکلات، نیاز به منبع بیرونی برای رفع مشکلات ندارند، زیرا این توانمندی را در خود جستجو می‌کنند؛ این افراد در مقابل شرایط سخت، انعطاف‌پذیر بوده و توانایی شگفت‌انگیزی درباره پیدا کردن راه‌حل‌های گوناگون درباره یک موقعیت یا مسأله خاص دارند که باعث می‌شود پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرند و با وجود قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی خود را بهبود بخشند. در نتیجه این امر منجر به توسعه بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی افراد می‌شود. در توجیه این یافته، سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را بشناسد و بتواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار بیاید تعریف می‌کند؛ حالتی از بهزیستی که فرد، به نحو پرتنر و مولدی کار کند. ریف (۱۹۹۵) مولفه‌های سازنده بهزیستی و روان‌شناختی را در برگیرنده شش عامل می‌داند که یکی از آنها رشد شخصی می‌باشد. او این مولفه را این‌گونه تعریف می‌کند: زمانی که فرد، تحت فشار است استعدادهای وی به صورتی پیوسته کشف می‌شوند و قدرت خود در تغییر شرایط را نشان می‌دهند. خودشکوفایی انسان‌ها در طی چالش‌ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنار آمدن با مشکلات و تحمل بسیاری از مصیبت‌ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آنها و پیشرفت پس از گذر از موانع می‌باشد. بنابراین، تاب‌آوری از راه افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابله‌ی موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از راه تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود و افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری آنها با مشکلات، بیش‌تر از

کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی هر چه فرد، قدرت بیش‌تری در تاب‌آوری و مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود. به نظر می‌رسد که افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند و برای حل آنها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند؛ آنها هم‌چنین نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که همه این عوامل، باعث می‌شود این افراد از بهداشت روانی و بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردار باشند.

محدودیت‌های پژوهش

۱. این پژوهش فقط بیماران ام. اس شهر شیراز را مورد بررسی قرار داده است، لذا تعمیم نتایج به سایر بیماران در شهرهای دیگر بایستی با احتیاط انجام شود.
۲. تعداد زیاد پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است.
۳. کمبود پژوهش‌های داخلی با متغیرهای روان‌شناختی در زمینه بیماری ام. اس.
۴. عدم توانایی جسمی بعضی از بیماران نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها.
۵. کمبود مراکز گوناگون مربوط به بیماران ام. اس در سطح شهر شیراز و در نتیجه در اختیار داشتن تعداد اندکی از بیماران ام. اس نسبت به کل بیماران ام. اس استان فارس جهت تکمیل پرسشنامه‌ها.

پیشنهاد‌های پژوهش

۱. برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده‌های بیماران ام. اس در زمینه نحوه تعامل و برخورد با این بیماران به دلیل تأثیر بسزای آن بر روی تاب‌آوری و هم‌چنین بهزیستی روان‌شناختی آنان.
۲. برگزاری کلاس‌های گوناگون بویژه با مضامین روان‌شناسی حضور بیماران ام. اس در اجتماع، بمنظور افزایش مقدار تاب‌آوری آنان و به دنبال آن افزایش سلامت روان در این بیماران.
۳. علاوه بر درمان‌های دارویی به سلامت روان این بیماران نیز اهمیت داده شود.
۴. به دلیل این که بیماری ام. اس مانند بسیاری از بیماری‌ها چندان شناخته نشده است و پژوهش‌های اندکی را در زمینه روانشناسی به خود اختصاص داده است، بنابراین نیاز به انجام پژوهش‌های بیش‌تری در این زمینه احساس می‌شود.
۵. در پژوهش‌های آینده، عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی، تأهل، جنسیت و مقدار تحصیلات بیماران ام. اس مورد بررسی قرار گیرد.

۶. در پژوهش‌های آینده، نحوه نگرش و برخورد افراد با این بیماری و طول مدت بیماری با توجه به تأثیر آن بر بهزیستی روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد.

۷. انجام این پژوهش در میان افراد مبتلا به انواع دیگری از بیماری‌ها.

منابع

- بشارت، محمد علی و همکاران. (۱۳۸۷). *رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت در ورزشکاران*، روانشناسی معاصر، دوره سوم، شماره ۲.
- بیانی، علی اصغر، کوچکی، عاشور محمد، بیانی، علی. (۱۳۸۷). *روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۲۵، صص ۱۴۶-۱۵۱.
- حسینی لرگانی، سیده فاطمه. (۱۳۸۶). *بررسی روابط ساده چندگانه ویژگی‌های پنج‌گانه شخصیتی با نگرش‌های سه‌گانه شغلی در کارکنان شرکت گشت و صنعت امیرکبیر اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- حق رنجبر، ف. کاکاوند، ع. برجعلی، ا. برماس، ح. (۱۳۹۰). *تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی*، مجله روان‌شناسی کیا، شماره ۱، صص ۱۸۵-۱۷۷.
- راس، آلن. (۱۳۷۵). *روان‌شناسی شخصیت (نظریه‌ها و فرایندها)*، ترجمه سیاوش جمال‌فر، نشر روان، تهران.
- رحیمی، مهدی، خیر، محمد (۱۳۸۸). *رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز*، مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۰(۱)، صص ۲۵-۵.
- رحیمیان بوگر، اسحق. اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). *رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم*، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۷۰-۶۲.
- سامانی، سیامک، لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه خودمهاری-جمع‌گرایی و ارزش‌های خانوادگی و اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شیراز*، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۲(۴)، ۵۶-۴۱.
- کوروش نیا، مریم، لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۶). *بررسی روایی و پایایی ابزار تجدیدنظر شده الگوهای ارتباطات خانواده*، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال سوم، شماره ۱۲، صص ۸۷۵-۸۵۵.
- گروسی فرشی، میرتقی. (۱۳۸۰). *رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت*، تبریز، نشر جامعه پژوه و دانیال.
- محمدی، حمیده. (۱۳۸۹). *نقش دلبستگی، ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری در گرایش دختران به فرار از خانه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، شیراز.
- محمدی، علیرضا. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه بین صفات شخصیت‌های و سبک‌های مقابله‌ای با اضطراب و اجتماعی، دانشجویان نابینا و بینای دانشگاه‌های استان فارس در سال تحصیلی ۸۷-۸۶*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان، ارسنجان. Barresi shavad

- میرزایی، یعقوب. (۱۳۹۰). بررسی رابطه معنابخشی زندگی و تاب آوری از افراد وابسته به مواد و عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت.
- یزدانی، لیلا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و رضایتمندی زناشویی در زنان شاغل شهر کازرون، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- Burrell, N. A., & Fitzpatrick, M. A. (1990). *The psychological reality of marital conflict*. D. D. Cahn (Ed), *intimates in conflict: a communication perspective*. hills dale, NJ: Lawrence Erlbaum associates, 167-185.
- Campbel – Sills, L., Cohan, S. L., Stein, M. B. (2006). *Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults*. behavior research and therapy, 44(4), 585-599.
- Costa, P. T., & Mc Crae, R. R. (1980). *Still stable after all these years: personality as a key to some issues in adulthood and old age*. life span development and behavior, 3, 65-102.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1986). *Cross-sectional studies of personality in a national sample*.
- Costa, P. T., Jr. & Mc, R. R. (2002). *Looking backward: changes in the mean levels of personality as a key to some issues in adulthood and old age*. life span development and behavior, 3, 65-102.
- Condly, S. L. (2006). *Resilience in children a review of literature with implication for education*. Urban Education, 41(3), 211-236.
- Dennison. Laura., Moss-Morris, Rona., Chalder, Truide. (2008). *A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis clinical psychology review*, 29(2009), 141-153.
- Eysenk, K. H. (1967). *Personality and individual differences*. New York: plenum press.
- Eysenck, H. J. (1994). *The big five or giant three: Criteria for a paradigm in C. F. Halverson, J. R., Kohnstamm., & Martin, R. P (Eds), The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*, 37-51.
- Fitzpatrick, M. A., & Ritchie, L. D. (1994). *Communication schemata within the family: Multiple perspectives on family interaction*. Human communication research, vol 20, 275-301.
- Fitzpatrick, M. A. (2004). *The family communication patterns theory observations on its development and application*. the journal of family communication, vol4, 167-179.
- Friborg, O. Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M. A. (2003). *New rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?* Int J methods psychiatric res, 12, 65-76.

- Friborg, O., Barlaug, O., Martinussen, M., Rosenvige, J. H., & Hjemdal, O. (2005). *Resilience in relation to personality and intelligence*. International Journal of Methods in psychiatric research, 14(1), 29-42.
- Garmezy, N., & Masten, A. S. & Tellegen, A. (1984). *The study of stress and competence in children: Building blocks for development psychopathology child development*, 55, 97-111.
- Harrison, M. O. (2008). *International review of psychiatry*. psychiatric services sq (1), 1-7.
- Hauser, R. M., Springer, K. W., Pudrovskaja, T. (2005). *Temporal structures of psychological well-being: Continuity or change presented at the 2005 meeting of the gerontological society of America*, Orlando, Florida.
- Hawly, R. D. (2000). *Clinical implications of family resilience*. the American journal of family therapy, 8, 101-106.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). *Understanding family communication patterns and family functioning: the roles of conversation orientation and conformity orientation*. communication year book, 28, 36-68.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002a). *understanding family functioning: the roles of conversation orientation and conformity orientation*. Communication year book, vol. 26, 37-69.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002c). *Toward a theory of family communication*. communication theory, vol 12(1), 70-91. studies, vol 53, 234-251.
- Mcleod, J. M., Chaffee, S. H. (1972). *The construction of social reality*. In J. Tedeschi (ED), *The social influence processes*, Chicago: Aldine Atbertion, 50-59.
- National MS Society. (2008). *What causes MS*, Retrieved January, 2009, from www.nationalmssociety.org.
- Ryan, R. M., Deci, E. I. (2001). *To be happy or to be self-fulfilled: A review of research an hedonic and eudemonic well-being*. Ins. Fiske (Ed) Annual Review of psychology, 52, 141-166.
- Ryff, C., Singer, B. (1998). *the contours of positive human health*. psych Inqu, 9, 1-28.
- Seligman, M. E. P. (1998). *positive social science*. APA monitor, 29.
- Stone, V. A., Chaffee, S. H. (1970). *Family communication patterns and source message orientation*. Journalism quarterly, 47, 239-246.
- world Health organization. (2004). *promoting mental health: concept, emerging evidence*. summary report the world health organization department of mental health and substance.
- Zimmerman, M. A. and Arunkumar, A. (1994). *Resilience research: implication for schools and policy*, volume VIII, number 4.