

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با میانجی گری خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به ام اس

سیده فاطمه حسنی^۱، طاهر تیزدست^۲، محمد رضا زربخش^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی مدل پیش بینی بهزیستی روانی - اجتماعی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به ام اس بود. روش پژوهش توصیفی و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس مراجعه کننده به بیمارستان های امام خمینی و میلاد تهران در محدوده ی زمانی شهریور تا آبان ۱۳۹۸ بودند. تعداد افراد نمونه ۳۰۰ زن مبتلا به ام اس بود که بر اساس ملاک های ورود و خروج پژوهش و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ی خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳)، پرسشنامه تاب آوری (کونور-دیویدسون، ۲۰۰۵)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸)، مقیاس بهزیستی روانی (ریف، ۱۹۸۹) و پرسشنامه امیدواری (اسنایدر، ۱۹۹۱) بودند. داده های گردآوری شده با روش مدل سازی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که مدل پیش بینی بین بهزیستی روانشناسی بر اساس طرحواره های تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری بر اساس داده های تجربی از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین اثر مستقیم و غیرمستقیم تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری بر بهزیستی روانشناختی بیماران زن مبتلا به ام اس مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$). خودشفقتی به طور مستقیم بر بهزیستی روانشناختی بیماران زن مبتلا به ام اس اثر می گذارد ($p < 0.05$). همچنین امیدواری به طور مستقیم بر بهزیستی روانشناختی بیماران زن مبتلا به ام اس اثر می گذارد ($p < 0.05$). بنابراین توجه به متغیرهای مذکور در طراحی درمان های مناسب تر به پژوهشگران و درمانگران در بیماران مبتلا به ام اس یاری می رساند.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، تاب آوری، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقتی، امیدواری، ام اس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۱

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران. (نویسنده مسئول).

Tahertizdast@yahoo.com

^۳ استادیار، گروه روانشناسی واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

مقدمه

ام اس یک بیماری التهابی، مزمن و خودایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است (پاتن^۱، ۲۰۲۰). علامت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (آل حسین، آل دایل، آل نازی و آلون^۲، ۲۰۲۰). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و افسردگی بروز می یابد (ایندوروا، کان استتینسکو و گران^۳، ۲۰۱۲). فصل تولد در آن تاثیر گذار است به گونه ای که بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز می باشد (لی و گیولینی^۴، ۲۰۱۹).

اپیدمیولوژی ام اس در دهه های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می شود، طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از بیماری ام اس رنج می برند (اسمیدت و جوستینگمیر^۵، ۲۰۱۹). انجمن ملی ام اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ام اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی ها (۳-۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن ام اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده اند، این رقم رو به افزایش است (عابدینی، قنبری هاشم آبادی و طالبیان شریف، ۱۳۹۵).

از جمله مشکلات رایج در بیماران مبتلا به ام اس اختلال در تعادل و تحرک و نیز شکایت این بیماران از مشکلات خواب و خستگی می باشد که مطالعات مختلف نشان داده است، این مشکلات کاملاً به هم مربوط بوده و بر هم تاثیر گذار است (فلمنگ، کوت و هرینگ^۶، ۲۰۱۹). بیماری در ۱۰ درصد از افراد دارای سیر پیش رونده اولیه و بهبودی موقت، نادر است که زوال عملکردهای شناختی را به همراه دارد. در الگوی دیگر که کمتر متداول است (۵ درصد)، بیماری دارای عود پیش رونده می باشد و طی دوره های عود و وخامت بیماری، ناتوانی به طور مستمر ادامه می یابد

¹ - Patten

² - Alhussain, Aldayel, Alenazi & Alowain

³ - Induruwa, Constantinescu & Gran

⁴ - Lee & Giuliani

⁵ - Schmidt & Jöstingmeyer

⁶ - Fleming, Coote & Herring

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....161

(آیاچ و خالاه^۱، ۲۰۲۰). در حملات تیپیک، نشانه های بیماری طی چند روز تا ۳-۲ هفته وخامت می یابد و سپس فروکش می کند. بهبودی حملات سریع است و در عرض چند هفته به وجود می آید؛ اگرچه ممکن است چند ماه طول بکشد. میزان بهبودی جسمانی در بین بیماران و حملات مختلف بیماری متفاوت است؛ به طوری که فروکش کردن بیماری ممکن است کامل باشد، ولی در بیشتر موارد به طور کامل فروکش نمی کند و به دنبال حملات بعدی نقص های دایمی بیشتری به وجود می آید (حسن زاده، وشانی، رمضان زاده و گازرانی، ۱۳۹۳).

برخی از محققان معتقد هستند که عود بیماری تاثیر بر روی پیشرفت ناتوانی ندارد (کونروی، براون لو و مک آلیستر^۲، ۲۰۲۰)، اما مطالعاتی نشان داده است که عود به عنوان یکی از عوامل خطر پیشرفت و گسترش ناتوانی بیمار محسوب می گردد (شلا^۳، ۲۰۲۰). این علایم نه تنها سلامت عمومی فرد را محدود می سازند، بلکه توانایی انجام فعالیت های حرکتی روزانه را تحت تاثیر قرار می دهند. نقش تعادل در استقلال فعالیت های روزمره زندگی حیاتی می باشد. اختلال در کنترل منجر به کاهش ثبات فرد می گردد و در نتیجه کاهش استقلال عملکردی، تشدید ناتوانی و هم چنین افزایش خطر افتادن می گردد (ایلفت، لیتگو، مارتین و بروک^۴، ۲۰۱۵). همه موارد یاد شده یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به ام اس بوده و با بروز اختلالات روانی رابطه تنگاتنگ دارد و همان طور که مطالعات گذشته نشان داده اند، با افزایش شدت خستگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در این بیماران کاهش می یابد (ویدر و پل^۵، ۲۰۱۴).

داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است، در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر، در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود. کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیّت، قرار می گیرد و منظور از آن سالیانی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (هیانگ، وانگ، فان و چن^۶، ۲۰۱۹). بهزیستی روانی یکی از مولفه های کیفیت زندگی است، به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (مک گویر و مک گویر^۷، ۲۰۲۰). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روانشناختی

¹ - Ayache & Chalah

² - Conroy, Brownlowe & McAllister

³ - Shella,

⁴ - Ilett, Lythgo, Martin & Brock

⁵ - Veauthier & Paul

⁶ - Huang, Wang, Fan & Chen

⁷ - Maguire & Maguire

و رضایت از زندگی، انسان ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایتگرانه سالم تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می سازد (آقاباقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روانشناختی، تاب آوری^۱ است (مک، نگ و وونگ^۲، ۲۰۱۱)؛ ویژگی های افراد تاب آور، تجربه پیامدهای مثبت هیجانی و شناختی، عزت نفس و کارکرد اجتماعی (شجاعی، ۱۳۹۱) و مقاومت در برابر پیامدهای منفی رویدادهای ناگوار زندگی است (بلیک و کوییلارزیک^۳، ۲۰۱۵). کامپفر^۴ (۱۹۹۹) باور داشت که تاب آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدید کننده است. از این رو، سازگاری موفق در زندگی را فراهم می کند. در عین حال کامپفر (۱۹۹۹) به این نکته نیز اشاره می نماید که سازگاری مثبت، با زندگی هم می تواند پیامد تاب آوری به شمار رود و هم بعنوان پیش آیند سطح بالاتری از تاب آوری را سبب شود (پتیت، کروکستون و فیکسل^۵، ۲۰۱۹).

به طور کلی تاب آوری به توانایی انطباق موفق با شرایط چالش برانگیز و تهدیدآمیز و همچنین رشد شایستگی تحت شرایط سخت اشاره دارد (سیلر و جنوین^۶، ۲۰۱۹). بنابراین تاب آوری چیزی بیش از بهبود ساده از آشفتگی است (بن^۷، ۲۰۲۰) و می تواند به عنوان رشد مثبت یا سازگاری به دنبال دوره های از به هم ریختگی تعادل توصیف شود (شر^۸، ۲۰۱۹). تاب آوری انسان را قادر می سازد تا بر عوامل استرس زای زندگی چیره و با آن به مقابله بپردازد (رودینا^۹، ۲۰۱۹). به عبارتی واژه تاب آوری برای توصیف صفت شخصیتی پایدار یا توانایی که افراد را نسبت به آثار منفی خطر و بلایا مصون نگه می دارد به کار می رود (داچک^{۱۰}، ۲۰۲۰). از ویژگی های افراد تاب آور انطباق در محیط دشوار و مقاومت در برابر استرس زاهاست که نوعی رشد مثبت تلقی می شود (میر^{۱۱}، ۲۰۱۹). پژوهش بر روی عصب-زیست شناسی استرس و تاب آوری نشان داده است که افزایش تجربه

¹ -Resiliency

² - Mak, Ng & Wong

³ - Bulik & Kobylarczyk

⁴ -Kumpfer

⁵ - Pettit, Croxton, & Fiksel

⁶ - Seiler & Jenewein

⁷ - Béné

⁸ - Sher

⁹ - Rodina

¹⁰ - Duchek

¹¹ - Meyer

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....163

پیامدهای مثبت، ابزار موثری برای بالا بردن تاب آوری است (پیجن و کیی^۱، ۲۰۱۴). در زمینه عوامل مرتبط با بهزیستی روانشناختی پژوهش های متعددی انجام گرفته؛ به طور نمونه نتایج پژوهش جعفرنژاد (۱۳۹۵) نشان داد تاب آوری به طور مستقیم پیش بین بهزیستی روانشناختی دانش آموزان است. همچنین یافته های پژوهش شهیازی راد (۱۳۹۰) نشان داد که ارتباط معناداری بین تاب آوری با بهزیستی روانشناختی وجود داشت.

عوامل روانی اجتماعی متعددی می توانند، بهزیستی روانی افراد را تحت تاثیر خود قرار دهند. یکی از این موارد، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم های مقابله ای عاطفه نگر دارای قدرت بالقوه ی تاثیر بر بهزیستی روانی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می باشد که فرد از آنها برخوردار است (لیو و آنگسروچ^۲، ۲۰۱۹).

وجود حمایت اجتماعی به اطمینان و خود شایستگی ها برای آزمودن تجارب جدید می افزاید و رضایت از زندگی افراد تاثیر گذار می باشد. همچنین باعث افزایش میزان بقا و بهبود بهزیستی روانی افراد می شود (ونگ، وو، گرگوریچ و پریزاستابل^۳، ۲۰۱۴) اما درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم تر است. به عبارت دیگر درک و نگرش بیمار نسبت به حمایت دریافت شده مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به وی می باشد (ونگ، آمون و کیپ^۴، ۲۰۱۹). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شوند. به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (پارسایی راد، امیرعلی اکبر و مشاک، ۱۳۸۹).

شواهدی در دست است مبنی بر این که گاهی کمک هایی که به فرد می شود، نامناسب و بدموقع است یا این که خلاف میل خود فرد است. لذا ادراک فرد از حمایت مهم تر از خود حمایت است. مقیاس های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر روی ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به این که در صورت لزوم، کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند

¹ - Pidgeon & Keye

² - Liu & Aunguroch

³ - Wong, Wu, Gregorich & Pérez-Stable

⁴ - Wong, Amon & Keep

(توایتس^۱، ۲۰۲۰). یافته های محققین نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد بنفس فرد را افزایش دهد و تاثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و بطور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود روابط بین فردی در افراد شود (ونگ پاکاران، ونگ پاکاران و پوک تارکول^۲، ۲۰۱۱). در ارتباط با پیش آیندهای بهزیستی، پژوهش های فراوانی نشان داده اند که میزان خودشفقتی^۳ در افراد از عوامل مهم و تاثیر گذار برای سلامت روان و بهزیستی است (ورعی، مومنی و مرادی، ۱۳۹۷). مفهوم خودشفقت ورزی به معنای تجربه پذیری و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه ای که فرد مشکلات و رنج های خود را قابل تحمل تر نماید تعریف شده است. هم چنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت گرایانه در رابطه با آن هاست. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزیی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می کنند (نف^۴، ۲۰۰۳). نف (۲۰۰۳) شفقت خود را به عنوان سازه ای مولفه ای شامل مهربانی با خود^۵ در مقابل قضاوت کردن خود^۶، اشتراک انسانی^۷ در مقابل انزوا^۸ و ذهن آگاهی^۹ در مقابل همانند سازی افراطی^{۱۰} تعریف کرده است. ترکیب این مولفه ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می ورزد. در آموزش شفقت خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی ها و بی کفایتی های خود است. نتایج پژوهش ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراک انسانی و ذهن آگاهی با احساس تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت خود اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (آکین^{۱۱}، ۲۰۱۰). شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. او در اینجا متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می پذیریم انسانی

¹ - Thoits

² - Wongpakaran, Wongpakaran & Ruktrakul

³ -self-compassion

⁴ -Neff

⁵ -self-kindness

⁶ -self-judgment

⁷ -common humanity

⁸ -isolation

⁹ -mindfulness

¹⁰ -over-identification

¹¹ -Akin

هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش های مختلف نشان داده است که افرادی که خودشفقت ورز هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خودشفقت ورزی کمتری دارند، تجربه می کنند. زیرا تجربه ی درد و شکست از طریق خودمحکوم سازی، احساس انزوا، بزرگ نمایی افکار و احساسات تقویت می شود. همچنین داشتن احساس خودشفقت ورزی دلالت بر این دارد که فرد تلاش می کند که از تجربه درد جلوگیری نماید. این امر منجر به بروز سبک های مقابله فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می شود (بوث، مک درموت، چنگ و بورگوگنا^۲، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش های انجام شده، افراد مبتلا به ام اس در مقایسه با افراد سالم، میزان بالایی از پریشانی روان شناختی را گزارش می کنند (بامبارا، ترنر، ویلیامز و هسلکورن^۳، ۲۰۱۴). بنابراین شناسایی عوامل محافظ مانند امیدواری^۴ که در مقابل اثرهای ناسازگار بیماری موثر است، می تواند نقش مهمی در مقابله با بحران های مسائل مرتبط با بیماری داشته باشد. امید یک ویژگی روان شناختی است که برای داشتن رضایت از زندگی ضروری است. امیدواری منجر به این باور می شود که اساسا دنیا مکان قابل اعتمادی است (لیو^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). امید اثرات زیادی در سازگاری بیمار با شرایط به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد (کیم^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). بررسی ها نشان داده اند که افراد مبتلا به بیماری های مزمن در معرض فشارهای روانی قرار دارند که می تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی مبتلایان ایجاد کند. آنها در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی

¹ -Gilbert

² - Booth, McDermott, Cheng & Borgogna

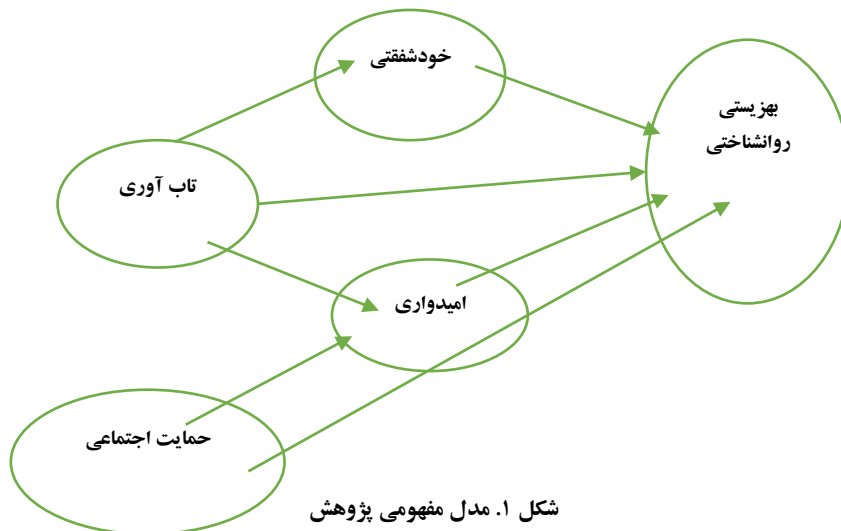
³ - Bambara, Turner, Williams & Haselkom

⁴ -hope

⁵ -Liao

⁶ -Kim

هستند که بهداشت روانی بیماران را دچار اختلال می سازند (کراتز، اهد و بمباردیر، ۲۰۱۴). با توجه به مطالب گفته شده چنین بنظر می رسد که با شناخت و درک عمیق تر از چگونگی ارتباط ویژگی های روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به ام اس، می توان گام هایی را برای افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی برداشت. طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک پژوهش هایی به دست می آید که مستقیماً با افراد تجربه کننده روبه رو شوند و دیدی همه جانبه و کلی پیرامون ادراکات، تصورات و احساسات آنان به دست بیاورند. بایستی توجه داشت که زنان در درون سیستم خانواده عنصری مهم تلقی می شوند، به تبع کاهش سلامت روانی و جسمانی آنان تأثیرات سوئی بر کل اعضای خانواده خواهد گذاشت و با ابتلای آنان به بیماری های مزمن، کل سیستم دچار ازهم گسیختگی و اختلال می گردد. لذا با عنایت به آمار بالای زنان مبتلا به ام اس در ایران و مشکلات متعدد آنان و با در نظر گرفتن اهمیت مفاهیم تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقتی و امیدواری و نقش هر کدام از این متغیرها در بهزیستی روانشناختی زنان، محقق را بر آن داشت تا به پژوهش در این زمینه پردازد. از آن جایی که تحقیقی در خصوص ارتباط متغیرهای مذکور به طور همزمان صورت نگرفته، خلاء پژوهشی در این حوزه احساس می شود. بنابراین مساله پژوهش حاضر بررسی این سوال است که آیا مدل بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی گری خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به ام اس، از برازش مطلوبی برخوردار است؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....167

روش پژوهش حاضر، به لحاظ روش گردآوری داده ها توصیفی-همبستگی و از نوع مدل یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس مراجعه کننده به بیمارستان های امام خمینی و میلاد تهران در محدوده زمانی شهریور تا آبان ۱۳۹۸ بودند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد، به این صورت که از بین بیماران مبتلا به ام اس که بر اساس تشخیص پزشک های بیمارستان های امام خمینی و میلاد و ذکر در پرونده بیمار تشخیص ام اس گرفته بودند، ۳۰۰ نفر براساس ملاک های ورود و خروج (ملاک های ورود افراد به پژوهش شامل: قرار داشتن در رده سنی (۴۰-۶۰) سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص ام اس گذشته باشد .

ملاک های خروج از پژوهش عبارت اند از: سابقه یا ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی (مانند اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و افسردگی اساسی، اختلالات عصبی-شناختی و سوء مصرف مواد) طی یک سال گذشته، داشتن اختلافات زناشویی با همسر) پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب می شود. با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش بین در تحلیل معادلات ساختاری بنا به توصیه محققان (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها به اضافه ۵۰ باشد. در پژوهش حاضر در مجموع ۲۱ متغیر مشاهده شده وجود دارد (۲۸۰=۱۰*۲۱+۵۰). بنابراین حداقل ۲۸۰ نمونه مورد نیاز است. در این مطالعه برای کاهش خطای نمونه برداری و جلوگیری از افت آزمودنی ها تا ۳۰۰ نفر افزایش داده شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده است. در این مقیاس ها پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف شش درجه ای (از کاملا مخالف تا کاملا موافق) مشخص می شود. این مقیاس شامل ۸۴ سوال بوده که ابعاد بهزیستی روان شناختی مدل ریف مشتمل بر، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف در زندگی، پذیرش خود، را در قالب طیف لیکرت ۵ گزینه ای ارزیابی می کند. از بین کل سوالات ۴۴ سوال به صورت مستقیم و ۴۰ سوال به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۲۵۲ است.

آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۱۹۸۹)، برای رشد شخصی (۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، پذیرش خود (۰/۹۳)، هدفمندی درزندگی (۰/۹۰)، و تسلط بر محیط (۰/۹۰)، خودمختاری (۰/۸۶) گزارش شده است. در مطالعات ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های فوق به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۷۷، گزارش شده است (مشهدی فراهانی،

(۱۳۸۷). در سال ۲۰۱۲ کلانتر کوشه و نواربافی در جمعیت ۸۶۰ نفری پرسشنامه روانشناختی ریف را هنجاریابی نمودند که آلفای گزارش شده برای کل ۰/۹۲ گزارش شد. لازم به ذکر است پرسشنامه ریف در ابتدا به زبان پارسی برگردانده شد و پس از انجام اصلاحات به زبان انگلیسی برای بار دوم ترجمه گردید. سپس نسخه ترجمه شده آن با نسخه اصلی آن مطابقت داده شد. بر اساس گزارش کلانتر کوشه و نواربافی (۲۰۱۲) پرسشنامه مذکور با روش تحلیل عاملی از ساختار عاملی و روایی سازه ی مطلوبی برقرار است و هر ۶ خرده مقیاس بار عاملی معنادار داشتند و در مجموع شش عامل ۶۷ درصد واریانس را تبیین می کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بوده که بیانگر پایایی مطلوب است.

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، بررسی گردید. تهیه کنندگان این مقیاس بر این عقیده اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از افراد غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده است و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (صادقی و همکاران، ۱۳۸۸).

این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می شود. نمره میانگین این مقیاس از ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب آوری بالاتری دارد و هر چه نمره او به صفر نزدیکتر باشد، از تاب آوری کمتری برخوردار خواهد بود. داس با ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷) و بک (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۰ را برای خرده مقیاس های داس گزارش کرده است.

دو نمونه از سوالات به این شرح است: مشکل بتوان احساس خوشحالی نمود، مگر این که آدم خوش قیافه، باهوش، پولدار و خلاق باشد و خوشحالی بیشتر بستگی به نگرش من درباره خودم دارد تا نگرش دیگران در مورد من. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بوده که بیانگر پایایی مطلوب است.

پرسشنامه شفقت خود نف: این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی ۲۶ سوالی است که توسط نف (۲۰۰۳) به منظور سنجش میزان خودشفقت ورزی ساخته شده است. سوالات موجود در آن

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....169

در شش زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منروی سازی، ذهن آگاهی و بزرگنمایی قرار می گیرند و کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می سنجد؛ مانند این که فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است و چه میزان تجارب خود را به عنوان قسمتی از تجارب دیگران می بیند و این که به چه میزان از بزرگنمایی تجارب خود صرف نظر می کند.

بنابراین، این مقیاس دیدگاه باز داشتن به مسائل و کیفیت بازآگاهی را مشخص می کند. نمره گذاری آن در طیف پنج درجه ای لیکرت، از تقریباً هیچ گاه (۱) تا تقریباً همیشه (۴)، انجام می پذیرد. نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده و همچنین هر کدام از خرده مقیاس ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بوده اند.

آلفای کرونباخ در نسخه فارسی چنین گزارش شده است: مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، بهشیاری ۰/۸۰، همانندسازی افراطی ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۷۶ (خسروی، صادقی و یابنده، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بوده که بیانگر پایایی مطلوب است.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران: این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ گویه ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده ی فرد را در هر یک از سه حیطه ی مذکور در طیف ۷ گزینه ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می سنجد. روش نمره گذاری به این صورت است که هر گویه در مقیاس ۷ گزینه ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ قرار دارد.

برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک تک سوالات انرا با هم جمع نمایید. همچنین برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه نمره مجموع سوالات یک تا دوازده را با هم جمع می کنیم تا میزان جماعت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. این امتیاز دامنه ای از ۱۲ تا ۸۴ خواهد داشت. بدیهی است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد نشاندهنده میزان حمایت اجتماعی ادراک شده خواهد بود و بر عکس. براین اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۴۸ است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. در مطالعه شکری (۱۳۸۸)

ضریب الفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی در نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر: این مقیاس توسط گروه اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شد و شامل اندازه گیری های خود گزارشی صفت و حالت امیدواری هستند. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال چهار گزینه ای است که آزمودنی از بین پاسخ های کاملاً غلط، تا حدی درست و کاملاً درست که به ترتیب نمره ۴، ۳، ۲، ۱ می گیرد نمره ای در محدوده ۳۲-۸ قرار می گیرد. پایایی این آزمون روی چهار گروه نمونه برابر ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی ۱۰ هفته بعد آن ۰/۸۰ بود. همبستگی آن با مقیاس ناامیدی بک ۰/۵۱ و همبستگی آن با افسردگی بک برابر بود با ۰/۴۲- گزارش شده است.

این تست دو آیتیم انگیزه (داشتن راه حل) و اراده (رسیدن به راه حل) را می سنجد. این تست روی ۴۵ آزمودنی ایرانی اجرا شد و پایایی آن ۰/۷۳ به دست آمد. هم چنین همبستگی (اعتبار هم زمان) آن با شادکامی آکسفورد که روی ۳۰ آزمودنی اجرا شد، ۰/۹۱ به دست آمد که نشانگر اعتبار این آزمون است (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱).

مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است. در پژوهش بیگی، فراهانی، محمد خانی، و محمدی فر (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ بدست آمده در مولفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مولفه تفکر مسیر ۰/۷۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ بوده که بیانگر پایایی مطلوب است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار Spss-V24 و Amos-V8.8 انجام شد. همچنین به منظور آزمون فرضیه های پژوهش از مدل معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته ها

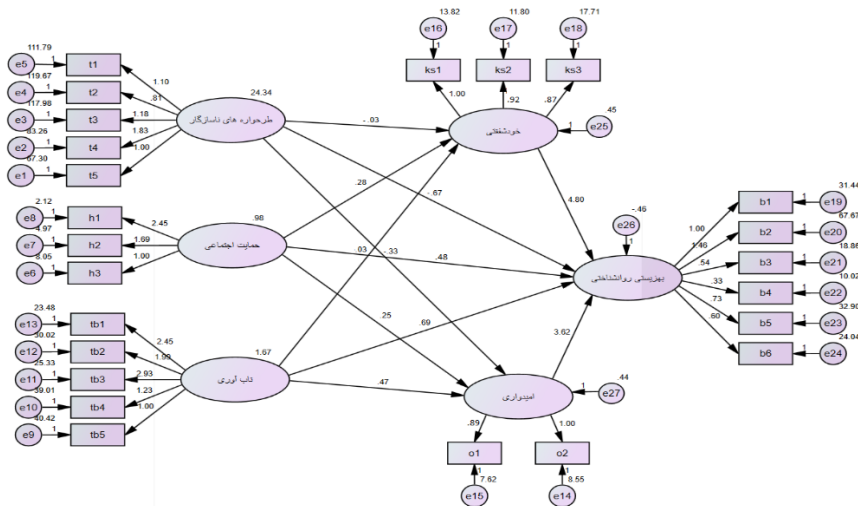
یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۱) آورده شده است.

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....171

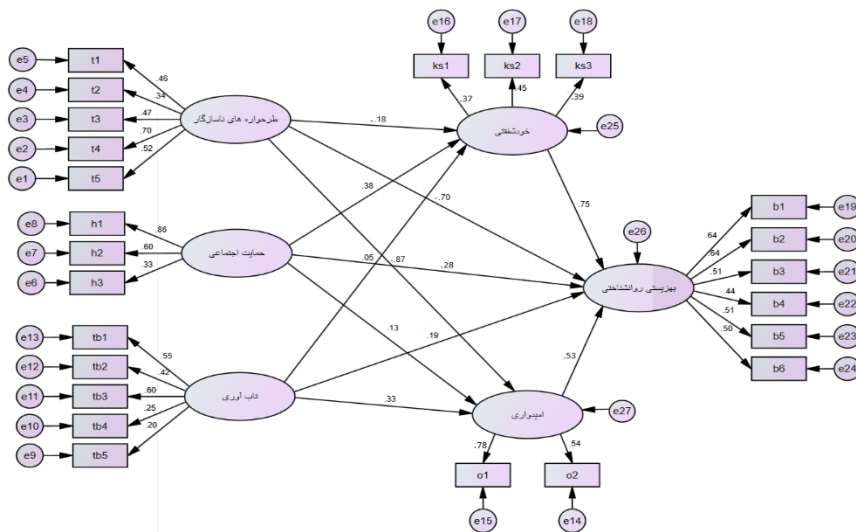
جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

مقیاس	شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تفکر عاملی	۱۰.۹۷	۲.۷۹	-۰.۵۲	-۰.۱۶	
تفکر مسیر	۱۰.۵۷	۳.۵۳	-۰.۵۲	-۰.۶۸	
شایستگی فردی	۱۴.۸۵	۵.۸۱	۰.۹۵	-۰.۳۳	
اعتماد فردی	۱۶.۲۹	۶.۰۷	۰.۴۹	-۱.۱۹	
تحمل عاطفه منفی	۱۶.۶۶	۶.۳۲	۰.۴۸	-۱.۲۷	
پذیرش تغییر	۱۹.۹۲	۶.۴۶	-۰.۲۶	-۱.۳۸	
کنترل معنوی	۱۶.۹۹	۶.۴۶	۰.۳۹	-۱.۳۵	
حمایت خانواده	۱۲.۱۵	۲.۸۳	۰.۸۶	-۰.۳۸	
حمایت دوستان	۱۲.۰۳	۲.۷۹	۱.۰۳	-۰.۱۱	
حمایت سایرین	۱۲.۳۰	۳.۰۱	۰.۹۰	-۰.۴۸	
مهربانی	۱۷.۷۹	۳.۷۸	-۰.۱۱	-۰.۴۷	
انسانیت مشترک	۱۹.۰۴	۳.۸۵	-۰.۳۰	-۰.۴۸	
به‌شیری	۱۷.۱۶	۴.۲۲	-۰.۳۸	-۰.۱۱	
روابط مثبت با دیگران	۳۴.۶۲	۷.۶۰	-۰.۶۹	-۰.۱۲	
استقلال	۳۳.۶۳	۱۱.۱۱	-۰.۱۲	-۰.۸۳	
تسلط محیطی	۱۹.۴۰	۵.۱۵	-۰.۱۳	-۰.۷۱	
رشد فردی	۱۴.۶۵	۳.۵۸	۰.۰۶	-۰.۰۷	
هدمندی	۱۵.۰۷	۶.۸۴	۰.۸۲	-۰.۳۱	
پذیرش	۲۰.۷۱	۵.۷۷	-۰.۱۳	-۰.۶۰	

نتایج جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج مربوط به اجرای مدل در حالت استاندارد شده و استاندارد نشده به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در شکل و جدول زیر ارائه شده است.



شکل ۲. مدل در حالت ضرایب استاندارد نشده



شکل ۳. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....173

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۱.۳۸	کمتر از ۳	χ^2/df
۰.۰۴	کمتر از ۰/۱	¹ RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)
۰.۹۷	بالاتر از ۰/۹	² CFI (برازندگی تعدیل یافته)
۰.۹۴	بالاتر از ۰/۹	³ NFI (برازندگی نرم شده)
۰.۹۷	بالاتر از ۰/۹	⁴ GFI (نیکویی برازش)
۰.۹۵	بالاتر از ۰/۹	⁵ AGFI (نیکویی برازش اصلاح شده)

به طور کلی در کار با برنامه اموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

جدول ۳. ضرایب و معناداری بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری

SIG	وزن استاندارد شده	مؤلفه	مقیاس
۰.۰۰۱	۰.۵۵	شایستگی فردی	تاب آوری
۰.۰۰۱	۰.۴۳	اعتماد فردی	
۰.۰۰۱	۰.۶۰	تحمل عاطفه منفی	
۰.۰۰۱	۰.۲۵	پذیرش تغییر	
۰.۰۰۱	۰.۲۰	کنترل معنوی	
۰.۰۰۱	۰.۸۶	حمایت خانواده	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰.۰۰۱	۰.۶۰	حمایت دوستان	
۰.۰۰۱	۰.۳۳	حمایت سایرین	
۰.۰۰۱	۰.۳۷	مهربانی	خودشفقتی
۰.۰۰۱	۰.۳۵	انسانیت مشترک	
۰.۰۰۱	۰.۴۹	بهشیاری	
۰.۰۰۱	۰.۷۸	تفکر عاملی	امیدواری
۰.۰۰۱	۰.۵۴	تفکر مسیر	
۰.۰۰۱	۰.۶۴	روابط مثبت با دیگران	بهزیستی روانشناختی
۰.۰۰۱	۰.۶۴	استقلال	
۰.۰۰۱	۰.۵۱	تسلط محیطی	
۰.۰۰۱	۰.۴۴	رشد فردی	
۰.۰۰۱	۰.۵۱	هدفمندی	
۰.۰۰۱	۰.۵۰	پذیرش	

¹ - Root Mean Square Error Approximation

² - Comparative Fit Index

³ - Normed Fit Index

⁴ - Goodness of Fit Index

⁵ - Goodness of Fit Index

آنچه از نتایج جدول ۳ برمی آید این است که عوامل هر شش مقیاس بار عاملی معناداری در سطح اطمینان ۹۵ درصد دارند.

جدول ۴. ضرایب و معناداری اثر مستقیم و غیر مستقیم تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی

SIG	آماره معناداری	B استاندارد شده	ضریب استاندارد نشده	نوع اثر	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
۰.۰۰۵	۲.۸۹	.۱۹	.۶۹	مستقیم	تاب آوری	بهزیستی روانشناختی
۰.۳۷	۰.۹۴	.۰۳	.۱۴	غیر مستقیم (خودشفقتی)	تاب آوری	بهزیستی روانشناختی
۰.۰۰۱	۴.۹۳	.۴۷	۱.۷۰	غیر مستقیم (امیدواری)	تاب آوری	بهزیستی روانشناختی

آنچه از نتایج جدول ۴ برمی آید این است که تاب آوری اثر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی داشته است، رابطه تاب آوری با بهزیستی روانشناختی به صورت مستقیم برابر $t = ۲/۸۹$ و $\beta = ۰/۱۳$ است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. همچنین آنچه از نتایج جدول فوق برمی آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس به واسطه امیدواری با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p > ۰.۰۵$).

جدول ۵. ضرایب و معناداری اثر مستقیم و غیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر بهزیستی روانشناختی

SIG	آماره معناداری	B استاندارد شده	ضریب استاندارد نشده	نوع اثر	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
۰.۰۰۱	۳.۴۰	.۲۸	.۴۸	مستقیم	حمایت اجتماعی ادراک شده	بهزیستی روانشناختی
۰.۰۰۱	۳.۸۸	.۲۷	۱.۳۴	غیر مستقیم (خودشفقتی)	حمایت اجتماعی ادراک شده	بهزیستی روانشناختی
۰.۰۰۲	۳.۰۲	.۱۷	.۹۰	غیر مستقیم (امیدواری)	حمایت اجتماعی ادراک شده	بهزیستی روانشناختی

آنچه از نتایج جدول ۵ برمی آید این است که حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی داشته است، رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی به صورت مستقیم

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....175

برابر ($t = 3/40$ و $\beta = -0/28$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. همچنین آنچه از نتایج جدول فوق برمی آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس به واسطه‌ی خود شفقتی و امیدواری با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p > 0.05$).

جدول ۶. ضرایب و معناداری اثر مستقیم خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	B استاندارد شده	آماره معناداری	SIG
بهزیستی روانشناختی	خودشفقتی	مستقیم	۴.۸۰	.۷۵	۸.۷۱	۰.۰۰۱

آنچه از نتایج جدول ۶ برمی آید این است که خودشفقتی اثر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی داشته است، رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی به صورت مستقیم برابر ($t = 8/71$ و $\beta = 0/75$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

جدول ۷. ضرایب و معناداری اثر مستقیم امیدواری بر بهزیستی روانشناختی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	B استاندارد شده	آماره معناداری	SIG
بهزیستی روانشناختی	امیدواری	مستقیم	۳.۶۲	.۵۳	۵.۶۲	۰.۰۰۱

آنچه از نتایج جدول ۷ برمی آید این است که عوامل امیدواری اثر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی داشته است، رابطه‌ی امیدواری با بهزیستی روانشناختی به صورت مستقیم برابر ($t = 5/62$ و $\beta = 0/53$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم امیدواری بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، تبیین و پیش بینی بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به ام اس در قالب یک مدل معادلات ساختاری بود. متغیرهای تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده در نقش متغیرهای برون زا و خودشفقتی و امیدواری در نقش متغیرهای برونزا و میانجی بر متغیر بهزیستی روانشناختی اثر مستقیم و غیرمستقیم داشتند. این اثرات از نظر آماری نیز معنی دار بود. نتایج پژوهش نشان داد متغیر تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی، به صورت مستقیم و همچنین از طریق امیدواری اثر می گذارد. همسو با این یافته میر ظفر، سومایرا و اولفات (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند رابطه مثبت معناداری بین تاب آوری و بهزیستی روانشناختی وجود دارد. در تبیین این اثر باید به ماهیت

تاب آوری اشاره کرد. همان گونه که برنز و آنستی (۲۰۱۰) بیان می کنند افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی باعث افزایش عزت نفس و مقابله موفق با تجربیات منفی می شود. از سویی دیگر ویژگی های مثبت اشخاص تاب آور مثل مشارکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی، لذت بردن از چالش، تفسیر مثبت هیجانات منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت، شاخص های سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهد. در نتیجه فرآیند تاب آوری، حوادث ناگوار کم اثر با بی اثر می گردند و بدین ترتیب تاب آوری با مقوله سلامت روان و بهزیستی ارتباط می یابد. بنابر عقیده فرایبورگ و همکاران (۲۰۰۶)، تاب آوری ظرفیت و توانایی افراد برای تغییر، صرف نظر از خطرات تهدید کننده است. ماستن (۲۰۰۱)، نیز تاب آوری افراد را عامل توانمندی آنان در راستای تغییر نتایج ناگوار می داند. از طرفی هرچه فرد قدرت بیشتری در تاب آوری، مقابله با مشکلات و استرس های زندگی داشته باشد کمتر در معرض آشفتگی روانی قرار می گیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری بهره مند می شود. تاب آوری یک مفهوم امیدبخش است که می تواند در برنامه های پیشگیری از عوامل مختلف آسیب زا مورد توجه و استفاده قرار گیرد. این صفت در همه فرهنگ های جهان وجود دارد و لازم است که در کشور ما هم مورد پژوهش و بررسی قرار گیرد تا جایگاه خود را در رویکردهای پیشگیرانه به دست آورد. برای دستیابی به تاب آوری، مهارت ها و نگرش هایی لازم است از جمله سخت کوشی و کنترل. سخت کوشی به افراد کمک می کند تا در رویارویی با تغییرات تنش زا، دشواری ها را به فرصت هایی پرمفعت تبدیل کنند. شیوه های سازگاری فرد و ویژگی های خانوادگی او را یاری می کنند، فشارها و شرایط نامساعد زندگی را تحت تسلط خود در آورد. مقصود از کنترل، آن است که فرد به توانایی های خود برای اثرگذاری بر نتایج رویدادها ایمان داشته باشد که این خود موجب بهزیستی فرد می شود. این با نتایج مطالعات کارور، شی و سیراستروم (۲۰۱۰) هماهنگ است.

نتایج همچنین نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده بر بهزیستی روانشناختی به طور مستقیم و همچنین از طریق امیدواری و خوشفقتی اثر می گذارد. همسو با این یافته برایستون (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی با نشانه های افسردگی وجود دارد؛ بدین معنا که زنان مبتلا به سرطانی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می کردند، نشانه های افسردگی پایین تری را نشان می دادند. کاج-گالکامپ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند بین دریافت حمایت اجتماعی و ترس از عود رابطه ی معناداری وجود دارد. بدین معنی که زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کرده بودند، ترس از عود بیماری در ایشان نسبت به زنانی که

حمایت اجتماعی کمتری را گزارش نمودند، کمتر بود. نظریه مستقیم بر آن است که اثر حمایت اجتماعی بر سلامتی شخص مستقیم است و خود بخود برای سلامتی و تندرستی سودمند است و رابطه خیلی خطی بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی وجود دارد. این الگو به الگوی عمومی حمایت اجتماعی نیز مرسوم است. طبق این الگو کمبود حمایت اجتماعی و یا فقدان آن به خودی خود فشار آور است، بنابراین حمایت اجتماعی در همه حال، اعم از وقوع حوادث تنش زا و غیر آن سودمند است. مطابق این الگو، حمایت اجتماعی به طرق مختلف مقاومت شخصی را افزایش می دهد. فلمینگ و باوم (۱۹۸۶) که از نظریه پردازان این مدل اند معتقدند افراد با حمایت اجتماعی بالا از سلامتی بیشتری بهره می برند. در واقع سلامتی افراد متأثر از میزان حمایت اجتماعی آنان است. نتایج نشان داد خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی به طور مستقیم اثر می گذارد. در همین راستا مک بث و گاملی (۲۰۱۷) فراتحلیلی از رابطه خودشفقت ورزی و آسیب شناسی روانی انجام دادند که نشان داد اندازه گیری خودشفقت ورزی نتایج تکرار شونده و قوی از رابطه خودشفقت ورزی بالا با سطح پایین علائم اختلال روان دارد و بالعکس خودشفقت ورزی پایین با سطح بالای آسیب های روانی در ارتباط است. همسو با این یافته برایان (۲۰۱۱) نشان داد که بیماران از طریق درمان خودشفقتی، یاد می گیرند تا تجربه های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم تر شدن عقایدی از قبیل باورهای جایگزین و سازگارانه تر می شود. خودشفقتی به بیماران کمک می کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مسأله منجر به خودکارآمدی بهتر آنان می گردد. افزایش خودکارآمدی باعث می شود بیماران، احساس رضایت درونی کرده و این امر به نوبه خود موجب افزایش بهزیستی روانی آنان می شود. در این زمینه وندام، شپارد، فورسیت و ارلیوین (۲۰۱۱) با بررسی تأثیر خودشفقتی بر شدت نشانه های آسیب روانی دریافتند که خودشفقتی پیش بینی کننده قوی برای سلامت روانی به ویژه افسردگی است. در مورد مؤلفه های خودشفقتی باید گفت که بیمار خودشفقت ورز از احساسات دردناک اجتناب نمی کند بلکه با مهربانی و فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آن ها نزدیک می شود. به علاوه خودشفقتی انگیزه ی بیماران زن و مرد را برای کمک به بیماران افزایش می دهد. افرادی که خودشفقتی بالایی دارند با توجه به پذیرش بالای خود و خودانتقادی پایینی که دارند احساس ارزشمندی می کنند، همچنین در تجربه وقایع ناخوشایند که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه همه انسان ها ممکن است خطا کنند و همه انسان ها مرتکب اشتباه می شوند، احساسات منفی کمتری تجربه می کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). این موارد سبب می شوند فرد به جای غرق شدن در هیجانات منفی و مقصر دانستن خود و

احساس انزوا و تنها بودن به پذیرش آن‌ها و سعی در جبران آن برآید بنابراین عزت نفس خود را از دست نمی‌دهند و از لحاظ روانی مشکلی نخواهد داشت.

نتایج آزمون آماری نشان داد امیدواری بر بهزیستی روانشناختی به طور مستقیم اثر می‌گذارد. همسو با این یافته نبی، احمدثو خان (۲۰۱۶) پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین امیدواری و بهزیستی روانشناختی در میان بیماران مبتلا به دیابت انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد بین امیدواری و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. اسکراورز، کرایج و گارنفسکی (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان رابطه احساسات و افکار منفی با سطح سلامت که روی بیماران سرطانی انجام گرفت، نشان دادند بیمارانی که قادر به فکر کردن درباره موضوعات خوشایند بودند (به جای فکر کردن در مورد تجربه سرطان) و به طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را ذهن نمی‌آورند از میزان سلامتی بیشتری برخوردار بودند. تمرکز مثبت، راهکار موثری برای کاهش اثرات منفی و بروز نتایج مثبت می‌باشد. در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره کرد که با توجه به تبیین افراد امیدوار از حوادث منفی در مقابل شیوه تبیین افراد غیر امیدوار از این حوادث، این احتمال وجود دارد که افراد با امیدواری پایین در مواجهه با مشکلات زندگی، فشارهای روانی و بیماری‌ها، آن‌ها را به عوامل کلی و باثبات نسبت می‌دهند و زودتر منفعل می‌شوند و در جهت حل مشکلاتشان و در نتیجه سلامتی خودشان کمتر تلاش کنند. اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که امیدواری تمایل به اتخاذ امیدوارانه‌ترین دیدگاه و مستلزم ارزیابی و پیش‌بینی مثبت شخص در مورد نتایج و پیامدهای وقایع زندگی است، بنابراین احساس مثبت و رضایت از زندگی در ابعاد مختلف را ایجاد می‌کند که همانا بهزیستی روان‌شناختی را به دنبال دارد. همچنین امیدواری به معنای آن است که فرد انتظاری قوی داشته باشد که علی‌رغم وجود موانع و دلسردی‌ها در مجموع زندگی، همه چیز درست خواهد شد؛ بنابراین افراد امیدوار از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار خواهند بود. امیدواری، نگرش‌ها و گرایش‌های مثبت برنامه‌ریزی برای بهبود، جستجوی اطلاعات و بازسازی موقعیت‌های بد برحسب مثبت‌ترین جنبه‌هایشان را پیش‌بینی می‌کند. از سویی هنگامی که افراد با مشکلات و ناملازمات روبرو می‌شوند، هیجانات متنوعی را تجربه می‌کنند که دامنه‌ای از برانگیختگی و اشتیاق تا عصبانیت، اضطراب و افسردگی دارد که در این میان خوش‌بین‌ها انتظار نتایج مثبت را دارند و این اطمینان آمیزه‌ای از احساسات نسبتاً مثبت را به همراه می‌آورد و باعث می‌شود که افراد امیدوار از احساسات منفی مانند اضطراب، عصبانیت و غمگینی دوری کنند و از سلامتی بیشتر برخوردار شوند.

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب آوری و حمایت اجتماعی با.....179

از محدودیت های پژوهش حاضر شامل: روابط ساختاری متغیرها از طریق مدل سازی معادلات ساختاری که یک روش غیر آزمایشی است، آزمون شد. روش های غیر آزمایشی دارای محدودیت هایی از قبیل عدم کنترل برخی مداخله گرها مانند طبقه اجتماعی هستند که باید مورد توجه قرار بگیرند. مهم ترین محدودیت این پژوهش، استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی است. بسیاری از این ابزارها ممکن است پاسخ هایی را جمع آوری کنند که دیگران تصور می کنند، باید درست باشد. افراد ممکن است خویشن نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه ها پاسخ ندهند. بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهش در مورد بهزیستی روانشناختی و پیشایند های آن در جوامعی به جز جامعه زنان مبتلا به ام اس (به طور مثال مردان و سایر بیماران) انجام شود تا امکان مقایسه میزان اثرپذیری بهزیستی روانشناختی از متغیرهای پژوهش در گروه های مختلف فراهم شود. بهتر است در پژوهش های آینده صرفاً به نتایج پرسشنامه ای اکتفا نکرد و به منظور دستیابی به علل و عوامل تاثیر گذار بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس انجام پژوهش های کیفی را گسترش داد.

منابع

- اورنگ، سهیلا؛ هاشمی رزینی، هادی و عبداللہی، محمد حسین. (۱۳۹۶). بررسی رابطه طرح وارہ های ناسازگار اولیه با معنای زندگی و بهزیستی روان شناختی سالمندان. سالمند، ۱۲(۳)، ۱۸-۳.
- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرہمند، وحید. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روان شناسی بالینی، ۴(۱)، ۳۱-۲۳.
- بیگی، علی؛ فراہانی، محمدتقی؛ محمدخانی، شہرام و محمدی فر، محمد. (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معنادار گنمان و معنادار تحت درمان نگهدارنده متادون. مجله روان شناسی بالینی، ۱۱(۱۰)، ۷۵-۸۴.
- پارسایی راد، الہام؛ امیرعلی اکبری، صدیقہ و مشاک، رویا. (۱۳۸۹). مقایسہ بی خوابی، خوب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسردہ و غیرافسردہ. یافته های نو در روان شناسی، دورہ ۵، شماره ۱۷، صص: ۳۴-۱۹.
- جعفر نژاد، محمد جابر. (۱۳۹۵). پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس تاب آوری، سبک های دلبستگی و تمایز یافتگی دانش آموزان. پایان نامہ کارشناسی ارشد، دانشگاه خلیج فارس.
- حسن زادہ، فرزانه؛ وشانی، حمیدرضا؛ رمضان زادہ، الہہ و گازرانی، اکرم. (۱۳۹۳). بررسی عوامل تاثیر گذار بر عود حملات بیماران مبتلا به مالتیل اسکروزیس. فصلنامہ پرستاری داخلی، ۳(۴)، ۲۳۳-۲۴۰.
- خسروی، صدالہ؛ صادقی، مجید و یابندہ، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. مجله روش ها و مدل های روانشناختی، ۴(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- شجاعی، ستارہ. (۱۳۹۱). طراحی برنامه های افزایش تاب آوری و بررسی اثربخشی آن بر تاب آوری و سلامت روانی خواهران و برادران با نشانگان داون. پایان نامہ دکتری، دانشگاه تہران.
- شہبازی راد، افسانہ. (۱۳۹۰). رابطه معنویت، تاب آوری و راہبردهای مقابله ای با بهزیستی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه رازی. پایان نامہ کارشناسی ارشد، دانشگاه رازی.
- عابدینی، الہہ؛ قنبری ہاشم آبادی، بہرامعلی و طالبیان شریف، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به ام اس. مجله روان شناسی بالینی، ۲(۲)، ۱-۱۱.

- کااوند، علیرضا؛ نظری، فاطمه و مشهدی فراهانی، ملکه. (۱۳۹۴). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با شیوه‌های فرزندپروری مادران و اختلال‌های بیرونی‌شده فرزندان‌شان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۹(۲)، ۱۳۵-۱۱۵.
- ورعی، پیام؛ مومنی، خدامراد و مرادی، آسیه. (۱۳۹۷). خودشفقت‌ورزی، بازخورد به دین و اضطراب مرگ: پیشبین‌های بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۵۶، ۴۴۵-۴۶۰.
- یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرحواره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین. ترجمه حسن حمیدپور و زهران‌اندوز. (۱۳۹۸). تهران: نشر ارجمند.
- Akin, A. (2012). Self-compassion and automatic thoughts. *Journal of Education*, 42, 1-10.
- Alhussain, H., Aldayel, A. A., Alenazi, A., & Alowain, F. (2020). Multiple Sclerosis Patients in Saudi Arabia: Prevalence of Depression and its Extent of Severity. *Cureus*, 12(2).
- Ayache, S. S., & Chalah, M. A. (2020). Fatigue and affective manifestations in multiple sclerosis—a cluster approach.
- Bambara, J. K., Turner, A. P., Williams, R. M., & Haselkorn, J. K. (2014). Social support and depressive symptoms among caregivers of veterans with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 230-235.
- Béné, C. (2020). Resilience of local food systems and links to food security—A review of some important concepts in the context of COVID-19 and other shocks. *Food Security*, 1-18.
- Bright, E. E., & Stanton, A. L. (2018). Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(3), 242-253.
- Bulik, O., & Kobylarczyk, M. (2015). Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of paramedics: The mediating role of coping strategies. *Med Environ Health*. 28(4):707-1
- Conroy, S. K., Brownlowe, K. B., & McAllister, T. W. (2020). Depression comorbid with stroke, traumatic brain injury, Parkinson's disease, and multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *Focus*, 18(2), 150-161.
- Duchek, S. (2020). Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*, 13(1), 215-246.
- Fleming, K. M., Coote, S. B., & Herring, M. P. (2019). The feasibility of Pilates to improve symptoms of anxiety, depression, and fatigue among people with Multiple Sclerosis: An eight-week randomized controlled pilot trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 45, 101573.
- Gilbert, P. (Ed.). (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. Taylor & Francis.
- Huang, T., Wang, K., Fan, X., & Chen, Z. (2019). Physical Activity and Sedentary Behaviors Influence Executive Function and Psychological Well-being in Chinese University Students: 413: Board# 251 May 29 11: 00 AM-12: 30 PM. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(6), 109.
- Ilett, P., Lythgo, N., Martin, C., & Brock, K. (2015). Balance and gait in people with multiple sclerosis: a comparison with healthy controls and the immediate change after an intervention based on the Bobath concept. *Physiotherapy Research International*.

- Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH, Shin MG, Yoon, JS.(2011). Relationship between a hopeful attitude and cellular immunity in patients with breast cancer. *General hospital psychiatry*, 33(4):371-6.
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., . . . Arndt, V. (2017). Fear of recurrence in long-term cancer survivors—Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology*, 35(12), 1329-1333.
- Kratz, A. L., Ehde, D. M., & Bombardier, C. H. (2014). Affective mediators of a physical activity intervention for depression in multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 57-67.
- Lee, C. H., & Giuliani, F. (2019). The role of inflammation in depression and fatigue. *Frontiers in immunology*, 10, 1696.
- Liao MN, Chen SC, Lin YC, Chen MF, Wang CH, Jane SW (2013). Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomized quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*; 51:390-9.
- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2019). Work stress, perceived social support, self-efficacy and burnout among Chinese registered nurses. *Journal of nursing management*, 27(7), 1445-1453.
- Maguire, R., & Maguire, P. (2020). Caregiver Burden in Multiple Sclerosis: Recent Trends and Future Directions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 20, 1-9.
- Meyer, U. (2019). Neurodevelopmental resilience and susceptibility to maternal immune activation. *Trends in neurosciences*, 42(11), 793-806.
- Mir Zafar, I., Sumaira, M., & Ulfat, A. (2018). Resilience as Related to Psychological Well-being among School Teachers. *Psychology in India*, 6(2), 36-41.
- Nabi, A.U., Ahmad, T., & Khan, M. (2016). Hope and psychological wellbeing among diabetes patients: a correlational study, *The international journal of indian psychology*, 3(4), 2349-3429.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Patten, S. B. (2020). Current perspectives on co-morbid depression and multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(8), 867-874.
- Pettit, T. J., Croxton, K. L., & Fiksel, J. (2019). The evolution of resilience in supply chain management: a retrospective on ensuring supply chain resilience. *Journal of Business Logistics*, 40(1), 56-65.
- Pidgeon, E., & Keye, I. (2014). With a little help from our friends: Couple social integration in marriage. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 986-991.
- Rodina, L. (2019). Defining “water resilience”: Debates, concepts, approaches, and gaps. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Water*, 6(2), e1334.
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53(4), 402-412.
- Schmidt, S., & Jöstingmeyer, P. (2019). Depression, fatigue and disability are independently associated with quality of life in patients with multiple sclerosis:

results of a cross-sectional study. *Multiple sclerosis and related disorders*, 35, 262-269.

- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208.
- Shella, T. (2020). FEATS Score Differences and Comorbid Depression Within in Persons Diagnosed with Multiple Sclerosis. *Art Therapy*, 1-8.
- Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 169-180.
- Thoits, P. A. (2020). "We know what they're going through": social support from similar versus significant others. *The Sociological Quarterly*, 1-22.
- Veauthier, C., & Paul, F. (2014). Sleep disorders in multiple sclerosis and their relationship to fatigue. *Sleep medicine*, 15(1), 5-14.
- Wong, D., Amon, K. L., & Keep, M. (2019). Desire to belong affects Instagram behavior and perceived social support. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(7), 465-471.
- Wong, S. T., Wu, A., Gregorich, S., & Pérez-Stable, E. J. (2014). What Type of Social Support Influences Self-Reported Physical and Mental Health Among Older Women? *Journal of aging and health*, 26(4), 663-678.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7(1).
- Young, J., & Martin, R. (2010). Schema Therapy. In K.S. Dobson (Ed), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp 317-346). New York: The Guilford Press.