

## خوش بینی - بدبینی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

علی شاکر دولق<sup>۱\*</sup>، محمد امین پور<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۵۰۳۷۶۲ ایمیل: Ali.shaker2000@gmail.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه خوش بینی- بدبینی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی بیمارستان امام خمینی مهاباد صورت گرفت.

**روش کار:** این تحقیق مورد- شاهدهی در فصل زمستان و بهار ۹۳-۱۳۹۲، در مهاباد انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی مهاباد بود. تعداد ۷۵ نفر از بیماران به روش در دسترس انتخاب و با ۷۵ نفر دیگر از نظر سن، جنسیت و سطح تحصیلات همتاسازی گردید. برای جمع آوری داده‌ها از آزمون تجدید نظر شده جهت گیری زندگی و پرسشنامه خودکارآمدی شرر استفاده شده و داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS-19 و از طریق آزمون u من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** این تحقیق نشان داد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با افراد عادی از میانگین کمتری در خوش بینی، خودکارآمدی و زیرمقیاس پشتکار برخوردار بودند ( $p < 0/01$ ). همچنین بین خوش بینی- بدبینی و خودکارآمدی (تلاش، پشتکار، ابتکار) در این بیماران همبستگی مثبت وجود داشت ( $p < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته‌های تحقیق، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با افراد عادی خوش بینی و احساس خودکارآمدی کمتری را گزارش کردند که برنامه‌ریزی برای کاهش مشکلات خلقی و همچنین افزایش احساس خودکارآمدی بیماران برای افزایش سلامت روانی این بیماران پیشنهاد می‌شود.

**واژه های کلیدی:** خوش بینی، بدبینی، خودکارآمدی، مولتیپل اسکلروزیس

دریافت: ۹۳/۸/۲۸ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۷

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) یک بیماری میلین‌زدای سیستم عصبی مرکزی و از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانی در نوجوانان است و باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌شود (۱). گزارش‌های قبلی حاکی از آن است که بیماران مبتلا به ام‌اس با مشکلات مختلفی مانند شدت بیماری و دفعات عود بیماری

(۲،۳)، کاهش ناتوانی و کارکردها (۴)، افت کیفیت زندگی (۵،۶)، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای ناموثر (۷)، مشکلات اقتصادی و بیکاری، خانوادگی و مشکلات شخصی و عاطفی (۸،۹) درگیر هستند. بر اساس دیدگاه‌های شناختی، وقتی افراد با مشکلات سختی درگیر هستند، به دنبال تعیین و تبیین دلایلی برای رفتارهای خود و افراد دیگر هستند که با شناسایی آن پیامدهای انگیزشی و عاطفی مختلفی برای خود ایجاد می‌کنند، این پیامدها ممکن است منجر به کاهش یا افزایش استرس آنها شود (۱۰).

یکی از عواملی که در سلامت روانی افراد نقش دارد احساس خوش‌بینی<sup>۱</sup> است. خوش‌بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارد. هنگام روبروشدن با یک چالش، افراد خوش‌بین حالت اطمینان و پایدار دارند. اما افراد بدبین، مردد و ناپایدارند. این تفاوت ممکن است در شرایط سخت بیشتر باشد. خوش‌بین‌ها بر این باورند که ناملایمات می‌توانند به شیوه موفقیت‌آمیزی اداره شوند، اما افراد بدبین انتظار بدبختی دارند (۱۱). این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات و در شیوه مقابله با استرس افراد تاثیر می‌گذارد. یکی از ویژگی‌های بارز شخصیتی وجود خوش‌بینی و یا بعد مقابل آن بدبینی<sup>۲</sup> است. خوش‌بینی به عنوان جزئی از روانشناسی مثبت‌نگر، مفهومی گسترده دارد. در کل خوش‌بینی، به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدها است، در حالی که بدبینی به معنای تاکید بر فاجعه‌آمیزترین علت هر شکست و داشتن انتظارات منفی برای نتایج پیامدهاست (۱). خوش‌بینی مزایای متعددی دارد: این صفت کمک می‌کند تا فرد در برابر افسردگی و بیماری که منجر به شکست و وقایع ناگوار زندگی می‌شود، ایستادگی کند. این موهبت به فرد کمک می‌کند تا در مقایسه با آنچه که دیگران از او انتظار دارند موفقیت بیشتری در زندگی و محیط کاری و... به دست بیاورد. خوش‌بینی در فرد باعث فعال‌تر شدن دستگاه ایمنی می‌گردد که این امر موجب می‌شود تا فرد کمتر دچار بیماری شده و کمتر به پزشک مراجعه کند، در صورتی که بدبینی در فرد با افسردگی، اضطراب بیشتر، کاهش انتظار پیشرفت و وضعیت جسمانی نامناسب مرتبط است (۸). مطالعه‌ای نشان داد که به همان اندازه که عوامل جسمانی بر سلامت اثر دارد، خوش‌بینی و بدبینی نیز موثر است. به طوری که میان خوش‌بینی و رنج و ناراحتی در گروه‌های مختلف با بیماری ام‌اس ارتباط

مثبت وجود دارد. خوش‌بینی با افسردگی کمتر، ناراحتی کمتر و امید به زندگی بیشتر همراه است (۱۲). گزارش‌های قبلی حاکی از آن است که خوش‌بینی در تحول بیماری و خودیاری بیماران در کنترل و مراقبت فرایند بیماری و افزایش سلامت جسمی ام‌اس کمک زیادی می‌کند (۱۳، ۱۴). افراد خوش‌بین کمتر از افراد بدبین در معرض بیماری ام‌اس قرار می‌گیرند و به همان اندازه مبتلایان به بیماری ام‌اس که سبک خوش‌بینانه دارند، کنترل بیشتری بر بیماری خود دارند و از خودکارآمدی بالاتری نسبت به افرادی که سبک بدبینانه دارند، برخوردار می‌باشند (۱۵). در راستای خوش‌بینی، خودکارآمدی هم نتایج مفیدی در سلامت روانی بیماران ام‌اس دارد. خودکارآمدی<sup>۳</sup> از نظریه شناخت اجتماعی بندورا مشتق شده است که به باورها و احساس فرد درباره توانایی‌هایی خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد (۱۶). مطابق با مفهوم خودکارآمدی، عملکرد یادگیری انسان متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی و احساسات، انتظارات، باورها و ارزش‌هاست. لذا انسان موجودی فعال و اثرگذار بر رویدادهای زندگی است و کارکردهای روان‌شناختی، عملکرد، رفتار، محیط و محرکات آن را تعیین می‌کند (۱۷). داشتن مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد خویش موثر است (۱۸). در این راستا مطالعه رگی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹) بر اهمیت خودکارآمدی و تاثیر آن بر سلامت روانی بیماران ام‌اس تاکید کرده‌اند. ریاضی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰) نیز گزارش کردند که خودکارآمدی وضعیت سلامت بیماران ام‌اس را پیش‌بینی می‌کند.

<sup>3</sup> Self-Efficacy

<sup>4</sup> Rigby

<sup>5</sup> Riazi

<sup>1</sup> Optimism

<sup>2</sup> Pessimism

متناسب با مبانی نظری خوش‌بینی و احساس خودکارآمدی، بیمارانی که از خوش‌بینی بالاتری برخوردارند، احساس خوبی درباره توانایی‌شان در سازگاری با شرایط بیماری و کنترل بیماری دارند. لذا ضرورت دارد این مسأله در بیماران ام‌اس مورد مطالعه قرار گیرد که آیا خوش‌بینی - بدبینی و احساس خودکارآمدی بیماران ام‌اس با افراد عادی متفاوت است یا نه؟

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع مورد-شاهدی بود و جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان مهاباد در فصل زمستان ۱۳۹۲ و بهار سال ۱۳۹۳ بود. بر اساس اطلاعات به‌دست آمده طی شش ماه تعداد ۲۰۰ بیمار مبتلا از شهرهای نزدیک به مهاباد به این بیمارستان مراجعه کردند. با در نظر گرفتن معیارهای داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری روانی - جسمی دیگر به جز بیماری ام‌اس و همچنین رضایت جهت شرکت در مطالعه، از همه افراد جامعه آماری درخواست همکاری گردید. با توجه به ملاک‌های ذکر شده، تعداد ۷۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه داشتند و تعداد ۷۵ نفر دیگر از مراجعین بیماران سرپایی غیربیمار ام‌اس به درمانگاه با در نظر گرفتن سن، جنسیت و سطح تحصیلات با بیماران ام‌اس هم‌تاسازی شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه سه قسمتی شامل بخش اطلاعات دموگرافیک و آزمون تجدیدنظرشده جهت‌گیری زندگی<sup>۱</sup> و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر<sup>۲</sup> بود.

**آزمون تجدیدنظرشده جهت‌گیری زندگی (LOT-R)**  
اسچیر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۱) برای ارزیابی خوش‌بینی سرشستی، آزمون جهت‌گیری زندگی خود گزارش خلاصه‌ای را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدید نظر قرار دادند. نوع خوش‌بینی که توسط LOT ارزیابی می‌شود، یک صفت شخصیتی است که مشخصه آن انتظارات مطلوب شخصی در آینده است (۲۲). آزمون تجدیدنظرشده جهت‌گیری زندگی دارای ۱۰ سوال است که ۴ سوال آن انحرافی محسوب می‌شوند. این آزمون به صورت تک‌عاملی مورد استفاده قرار می‌گیرد و نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس رتبه‌ای (۰ = کاملاً مخالفم، ۴ = کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. کسب نمرات بالاتر از ۲۵ نشان‌دهنده خوش‌بینی و کمتر از ۲۵ نشان‌گر بدبینی است. در مطالعه چسپی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۳) روایی محتوایی آزمون تجدیدنظرشده جهت‌گیری زندگی تأیید شده است. همچنین در پژوهش استکا<sup>۵</sup> و همکاران (۲۴) روایی تشخیصی آزمون تجدیدنظرشده جهت‌گیری زندگی در تفکیک افراد خوش‌بین و بدبین تأیید شده است، همچنین روایی پایایی نسخه فارسی آزمون تجدیدنظرشده جهت‌گیری زندگی توسط کجیاف و همکاران (۲۵) بررسی شده است. در مطالعه آنها روایی همزمان خوش‌بینی با افسردگی و خوی تسلط‌یابی به ترتیب ۰/۶۴ - و ۰/۷۲ گزارش شده است و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی در فاصله چهار هفته ۰/۸۷ گزارش شده است.

### پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (GSES)

در این تحقیق برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (21) استفاده شد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت و با ۱۷ سوال تدوین

<sup>3</sup> Scheier

<sup>4</sup> Chiesi

<sup>5</sup> Steca

<sup>1</sup> Life Orientation Test- Revised (LOT-R)

<sup>2</sup> General Self Efficacy Scale (GSES)

استفاده گردیده که همبستگی به دست آمده ( $r=0/68$ )، در جهت تایید اعتبار سازه آزمون بوده است. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دو گروه، در نهایت تجزیه و تحلیل این پژوهش در دو بخش تنظیم گردید. در بخش نخست به توصیف داده‌ها و در بخش دوم از آمار استنباطی استفاده شد. با توجه به نرمال نبودن داده‌های تحقیق، جهت پاسخ به فرضیه‌ها از آزمون ناپارامتریک *U* من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن با استفاده از برنامه SPSS-19 استفاده شد.

### یافته‌ها

تعداد ۷۵ بیمار مبتلا به ام‌اس (زن ۴۲ نفر (۵۶٪) و مرد ۳۳ نفر (۴۴٪)) و همچنین ۷۵ نفر به عنوان افراد عادی (زن ۴۱ نفر (۵۴٪) و مرد ۳۴ نفر (۴۵٪/۳)) در تحقیق مشارکت داشتند که درصد جنسیت و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

شده و دارای سه زیرمقیاس (تلاش، پشتکار و ابتکار) بود. نمره‌گذاری پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر در قالب مقیاس رتبه‌ای ۵ گزینه از ۱- کاملاً موافقم تا ۵- کاملاً مخالفم صورت می‌گیرد. نمرات آنها از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند و سئوال‌ات ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پایین‌ترین نمره ۱۷ و بالاترین نمره ۸۵ می‌باشد که نمرات بالاتر از ۵۰ بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات پایین‌تر از ۵۰ بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تر می‌باشد. روایی همزمان پرسشنامه خودکارآمدی عمومی با پرسشنامه‌های مقیاس کنترل درونی- بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس IE (گورین و لائودتین) مقیاس درجه اجتماعی (مارلو- کروان) و شایستگی فردی (روزنبرگ) توسط کرامتی و همکاران تایید شده است (۲۶). همچنین، توسط صفری و همکاران آن از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی ۰/۸۳ محاسبه شده است (۲۷). برای بررسی اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی، از سازه‌های عزت نفس و خود ارزیابی

جدول ۱. فراوانی و درصد زن و مرد و همچنین سطح تحصیلات بیماران ام‌اس و گروه کنترل

متغیر	ام‌اس		عادی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۴۲	۴۱	۵۴/۷
	مرد	۳۳	۳۴	۴۵/۳
سطح تحصیلات	دبیرستان/دیپلم	۴۴	۳۲	۴۲/۷
	کارشناسی	۳۱	۳۶	۴۸
کارشناسی ارشد و بالاتر	۰	۰	۷	۹/۳

کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار خوش‌بینی- بدبینی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به ام‌اس و کنترل ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود مقایسه میانگین و انحراف معیار خوش‌بینی- بدبینی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به ام‌اس و افراد عادی نشان داد که میانگین تلاش در گروه بیماران ۹/۲۴ و در گروه عادی ۹/۸۱ بود. میانگین پشتکار در گروه بیماران ۱۸/۴۶ و در گروه عادی ۲۰/۳۲ بود. میانگین

در گروه بیماران مبتلا به ام‌اس تعداد ۴۲ زن و ۳۳ مرد و در گروه کنترل تعداد ۴۱ مرد و ۳۴ زن شرکت داشتند. میانگین سن بیماران  $31/49 \pm 8/63$  و گروه عادی  $27/44 \pm 8/65$  بود. از لحاظ سطح تحصیلات ۴۴ نفر (۵۸٪) بیماران ام‌اس دارای مدرک دبیرستان یا دیپلم و ۳۱ نفر (۴۱٪) در سطح کارشناسی بودند. در گروه عادی ۳۲ نفر (۴۲٪) در سطح دبیرستان یا دیپلم و ۳۶ نفر (۴۸٪) در سطح کارشناسی و ۷ نفر (۹٪) در سطح

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خوش‌بینی- بدبینی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به ام‌اس و گروه کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
تلاش	ام‌اس	۹/۲۴	۱/۸۴
	عادی	۹/۸۱	۲/۰۳
پشتکار	ام‌اس	۱۸/۴۶	۲/۹۱
	عادی	۲۰/۳۲	۴/۰۸
ابتکار	ام‌اس	۲۹/۶۲	۸/۵۸
	عادی	۳۲/۱	۶/۳۱
خودکارآمدی	ام‌اس	۵۷/۳۳	۱۰/۷۵
	عادی	۶۲/۴۴	۹/۰۲
خوش‌بینی-	ام‌اس	۲۰/۳۳	۳/۵۰
	عادی	۲۲/۱۶	۳/۶۲

ابتکار در گروه بیماران ۲۹/۶۲ و در گروه کنترل ۳۲/۱ بود. میانگین خودکارآمدی در گروه بیماران ۵۷/۳۳ و در گروه عادی ۶۲/۴۴ بود. میانگین خوش‌بینی- بدبینی در گروه بیماران ۲۰/۳۳ و در گروه عادی ۲۲/۱۶ بود. در نمونه‌ها فرضیه توزیع نرمال بودن داده‌های مربوط به متغیرهای خودکارآمدی (تلاش، پشتکار و ابتکار) و خوش‌بینی- بدبینی تأیید نشد و با توجه به عدم تأیید فرضیه نرمال بودن و همگنی واریانس نمرات دو گروه به منظور مقایسه خوش‌بینی و بدبینی و خودکارآمدی بیماران و افراد عادی از آزمون یو من ویتنی استفاده گردید (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون یو من ویتنی برای مقایسه متغیرها در دو گروه

متغیر	گروه	میانگین رتبه	مجموع رتبه‌ها	U من ویتنی	مقدار Z	سطح معنی داری
خوش‌بینی	ام‌اس	۶۵/۵۳	۴۹۱۴/۵	۲۰۶۴/۵	-۲/۸۳	۰/۰۰۵
	عادی	۸۵/۴۷	۶۴۱۰/۵			
خودکارآمدی	ام‌اس	۶۶/۱۵	۴۹۶۱	۲۱۱۱	-۲/۶۳	۰/۰۰۸
	عادی	۸۴/۸۵	۶۳۶۴			
تلاش	ام‌اس	۶۹/۷۷	۵۳۳۲/۵	۲۳۸۲/۵	-۱/۶۴	۰/۱۰
	عادی	۸۱/۲۳	۶۰۹۲/۵			
پشتکار	ام‌اس	۶۲/۴۱	۴۶۸۰/۵	۱۸۳۰/۵	-۳/۷	۰/۰۰۱
	عادی	۸۸/۵۹	۶۶۴۴/۵			
ابتکار	ام‌اس	۷۰/۲۷	۵۲۷۰/۵	۲۴۲۰/۵	-۱/۴۷	۰/۱۴
	عادی	۸۰/۷۳	۶۰۵۴/۵			

ام‌اس از میانگین نمرات کمتری برخوردار بودند. اما در زیرمقیاس ابتکار و تلاش تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت.

نتایج نشان داد که در بیماران مبتلا به ام‌اس میانگین رتبه‌ای متغیرهای خوش‌بینی و کل خودکارآمدی و زیرمقیاس پشتکار در دو گروه بیماران و افراد عادی متفاوت بود ( $p < ۰/۰۱$ )، به طوری که بیماران مبتلا به

جدول ۴. نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه خودکارآمدی با خوش‌بینی- بدبینی در بیماران ام‌اس

متغیر	خوش‌بینی- بدبینی	تلاش	پشتکار	ابتکار	خودکارآمدی
خوش‌بینی- بدبینی	۱				
تلاش	۰/۳۰**	۱			
پشتکار	۰/۶۴**	۰/۰۱	۱		
ابتکار	۰/۶۷**	۰/۱۱	۰/۶۳**	۱	
خودکارآمدی	۰/۷۵**	۰/۲۳**	۰/۷۷**	۰/۹۵**	۱

درباره خواسته‌های محیطی با توانایی‌های درون‌فردی شکل می‌گیرد که در نهایت به کاهش خوش‌بینی فرد به زندگی منجر می‌شود.

استاتوپولو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۸) در پژوهشی نتیجه‌گیری کردند که مشکلات روانی دشواری در بیماران ام‌اس وجود دارد و بیماران نیازمند مداخلات روان‌شناختی همراه با رویکردهای دارویی هستند (۱۸). این مساله می‌تواند در راستای سازگاری غیرسازنده در برابر مشکلات ناشی از بیماری نیز تفسیر گردد که علت واقعه را به مسائل برون فردی استناد می‌دهند، در حالی که می‌توان با تبیین‌های پزشکی به درک بهتری از بیماری ام‌اس دست یافت.

بخش دیگری از یافته‌های تحقیق نشان داد که بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد عادی در کل پرسشنامه خودکارآمدی و همچنین زیرمقیاس پشتکار از میانگین کمتری برخوردار هستند، اما در دو زیرمقیاس تلاش و ابتکار از پرسشنامه خودکارآمدی در دو گروه بیماران و افراد عادی تفاوتی مشاهده نشد. این یافته از تحقیق، همسو با تحقیقات ریاضی و همکاران (۲۰) بود. شواتز<sup>۴</sup> و همکاران (۲۹) نیز ضمن تاکید بر اهمیت خودکارآمدی در بیماران مبتلا به ام‌اس و تاثیرپذیری آن از بیماری، سنجش مداوم خودکارآمدی در بیماران مبتلا را پیشنهاد کردند. خودکارآمدی از آنجایی برای بیماران ام‌اس اهمیت زیادی دارد که تغییرات خودکارآمدی در داشتن سلامت جسمی و روانی تاثیر زیادی دارد؛ چنان که آتمان<sup>۵</sup> و همکاران (۳۰) نیز گزارش کردند که خودکارآمدی بالا با سلامت روانی و فیزیکی بهتر، خستگی کمتر، استرس پایین، درد کمتر، مشکلات خواب کمتر و علایم افسردگی کمتری ارتباط دارد. همچنین مک فادن<sup>۶</sup> و همکاران (۳۱) گزارش کردند که احساس توانمندی برای حفظ سلامت روانی

نتایج نشان داد که بین خوش‌بینی- بدبینی با خودکارآمدی (تلاش، پشتکار، ابتکار) همبستگی مثبت وجود داشت ( $p < .01$ )، به عبارت دیگر با افزایش احساس خوش‌بینی بر میزان خودکارآمدی بیماران افزوده می‌شود و برعکس.

## بحث

پژوهش حاضر که با هدف مقایسه خوش‌بینی- بدبینی بیماران مبتلا به ام‌اس و افراد عادی بیمارستان امام خمینی مهاباد صورت گرفت، نشان داد که بیماران ام‌اس در مقایسه با افراد عادی از میانگین نمره کمتری در خوش‌بینی برخوردار بودند. این یافته از تحقیق همسو با پژوهش‌های مختلفی است، به طوری که راسموسن<sup>۱</sup> و همکاران (۱۴) در پژوهشی بیان کردند که خوش‌بینی پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمانی بیماران است. براگازی (۱۳) در پژوهشی نشان داد که نقص در خوش‌بینی بیماران وجود دارد و خوش‌بینی در تحول بیماری و خودیاری، کنترل و مراقبت فرایند بیماری ام‌اس کمک زیادی به بیماران می‌کند. همچنین تحقیق فورنیر و همکاران (۱۲) نشان داد که کاهش خوش‌بینی و افزایش رنج و ناراحتی در گروه‌های مختلف با بیماری ام‌اس مشهود است، به طوری که افسردگی و ناراحتی کمتر و امید به زندگی بیشتر با خوش‌بینی بیشتر همراه است.

در تبیین این یافته از تحقیق مطابق با نظریه خوش‌بینی- بدبینی چنین می‌توان استنباط کرد که وجود استرس‌های ناشی از ابتلا به بیماری ام‌اس، خوش‌بینی- بدبینی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد، به طوری که سلگمن<sup>۲</sup> (۱۵) افزایش استرس را یکی از عوامل کاهش خوش‌بینی گزارش کرده است. مطابق با نظریه‌های رفتارگرایان، با افزایش حوادث منفی (مشکلات ناشی از بیماری) شرطی‌سازی

<sup>3</sup> Stathopoulou

<sup>4</sup> Schwartz

<sup>5</sup> Amtmann

<sup>6</sup> McFadden

<sup>1</sup> Rasmussen

<sup>2</sup> Seligman

شخص) سبب می‌شود که افراد در انجام وظایف توانائی‌های خود را دست کم بگیرند. از طرفی شاخص‌های فیزیولوژیک خودکارآمدی مانند خستگی، عصبانیت، درد و رنج به هیجانات خودکار یا غیرارادی محدود نمی‌شوند. بلکه دیگر شاخص‌های فیزیولوژیک شامل تحمل و استقامت افراد در مقابل نشانگرهای ذکرشده که به عنوان عوامل کاهش خودکارآمدی جسمی محسوب می‌شوند، در بیماران وجود دارد (۱۶).

بخش دیگری از یافته‌های تحقیق نشان داد که بین خوش‌بینی- بدبینی و خودکارآمدی (تلاش، پشتکار، ابتکار) در بیماران مبتلا به ام‌اس همبستگی مثبت وجود داشت. این یافته از تحقیق حاکی از آن است که خوش‌بینی در هر دو گروه افراد سالم و بیمار ام‌اس با خودکارآمدی رابطه داشته و بر اهمیت خوش‌بینی در زندگی انسان دلالت دارد. با در نظر گرفتن اینکه بندورا مفهوم خودکارآمدی را برای افسردگی ارائه داده است، لذا مطالعاتی که نشان می‌دهند خوش‌بینی با افسردگی رابطه دارد می‌تواند به دلیل ارتباط خوش‌بینی و خودکارآمدی باشد. در این راستا، بنی‌هاشمیان و همکاران (۳۵) گزارش کردند که بین بدبینی و افسردگی در هر دو گروه دانشجویان رابطه معکوس وجود داشت.

بشارت و همکاران (۳۶) در تحقیق بر روی بیماران مبتلا به ام‌اس نشان دادند که سبک مقابله هیجان‌محور مثبت با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار داشت. همچنین سبک مقابله هیجان‌محور منفی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی و با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت داشت. در تبیین این یافته از تحقیق چنین استنباط می‌شود که از آنجائی که تداوم زندگی در بیماران ام‌اس با مشکلات زیادی همراه است، فرد پیش‌بینی کمتری از تداوم زندگی عادی خود دارد و بدین‌ترتیب خوش‌بینی وی نسبت به آینده با تردید زیادی

اهمیت بالایی در بیماران مبتلا به ام‌اس دارد. مثل<sup>۱</sup> و همکاران (۳۲) گزارش کردند که خودکارآمدی به عنوان متغیر میانجی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس محسوب می‌شود که فعالیت فیزیکی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. همچنین تحقیق فجلدتاد<sup>۲</sup> و همکاران (۳۳) نشان داد که خودکارآمدی بالاتر، با مسائل روانشناختی کمتر و توانایی بیشتر در تکالیف فیزیکی همراه است.

مطابق با نظریه بندورا (۱۶) بیماران مبتلا به ام‌اس بیشتر در معرض مشکلات ناشی از خودکارآمدی پایین قرار دارند. چنان که گزارش‌های قبلی حاکی از آن است که افسردگی مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس پایین‌تر از افراد بهنجار است. همچنین مطالعه دیگری نشان داد که بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با سایر بیماران مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری‌های التهابی روده، از علایم افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری رنج می‌برند (۵)، بنابراین با کاهش خودکارآمدی، احتمال آسیب در عملکرد فیزیکی، شناختی و اجتماعی بیماران ام‌اس افزایش می‌یابد (۳۴). مطابق با نظریه خودکارآمدی بندورا در تبیین این یافته از تحقیق چنین بنظر می‌رسد که به‌واسطه بیماری منابع عمده احساس خودکارآمدی شامل تجربه‌های موفق، تجربه‌های جانشینی، ترغیب‌های کلامی یا اجتماعی و حالات عاطفی و فیزیولوژیک دچار تغییرات اساسی می‌شوند، به طوری که در این فرایند حالات عاطفی و فیزیولوژیک بیشترین تاثیر را در احساس خودکارآمدی بیماران می‌گذارد. هیجانات منفی می‌توانند موجب تنش و فشار شوند و از درون بیماران را آشفته کنند و در نهایت در خودکارآمدی آنان اثر منفی خواهند داشت. ادراک شخصی از حالات فیزیولوژیک خود (اثرات ذهنی شخصی) مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگی (درون و برون

<sup>1</sup> Motl

<sup>2</sup> Fjeldstad

### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق برنامه‌ریزی برای کاهش مشکلات خلقی و همچنین احساس خودکارآمدی بیماران برای افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به ام‌اس پیشنهاد می‌شود. از طرفی با توجه به همبستگی بین خوش‌بینی و خودکارآمدی کمک به افزایش خودکارآمدی بیماران تا حد زیادی در بهبود خوش‌بینی آنها نیز مفید است.

روبروست. با کاهش تمایل به مقابله خوش‌بینانه در رویارویی با حوادث زندگی، خودکارآمدی فرد مختل می‌شود.

یافته‌های هر مطالعه‌ای با توجه به محدودیت‌های آن قابل استفاده است. استفاده از ابزار خودگزارشی پرسشنامه، جامعه آماری و محل انجام مطالعه (شهرستان مهاباد) و نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های این تحقیق بود. بر اساس یافته‌های فوق، مطالعات تکمیلی نیاز است.

### References

1. Wering DJ, Thampson AJ. Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Drugs Today*. 1998; 34:145-56.
2. Haresabadi, M, Karimi-Moonaghi, H, Forghipour M, & Mazloum, S. Quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Northern Khorasan University of Medical Sciences*, winter 2011;2 (4):7-12. [Persian]
3. Payamani F, Nazari A, Noktehdan H, Mehran A, Sahraian M. The study of M.S patient's life style referred to MS association in Tehran city in 2008. *Yafteh*. 2011;13 (2):26-34. [Persian]
4. Sangelaji B. Related disability and quality of life in patients with multiple sclerosis of MS Society, Tehran. *Journal of Health & Development*. 2013;2 (3):203-13.
5. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH, Anderson D, Elovaara I, Farkkila M. Health-related quality of life in secondary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2007;13 (3):386-92.
6. Heidari Sureshjani S, Eslami AA, Hassanzadeh A. The Quality of Life among Multiple Sclerosis patients in Isfahan. *Health system research*. 2011;7 (5):6-15.
7. Mikaeli N, Mokhtarpour Habashi E, Meythami S. The role of perceived social support, coping strategies and resiliency in predicting quality of life in patients with Multiple Sclerosis. *New findings in psychology*. 2012;7 (23): 5-17.
8. Zandipour T. MS patients' attitude toward the quality of their life and counseling and psychology services. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2009;5 (2):89-116. [Persian]
9. Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2010;24 (9):789-801.
10. Karimi M, Keikhavani S, Mohammadi MB. Efficacy of social skills training on behavior disorders among elementary school children. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2010, 18 (3): 61-68. [Persian]
11. Snyder CR, Lopez S. *Oxford Handbook of positive psychology*. Oxford University Press. 2009.
12. Fournier M, de Ridder D, Bensing J. Optimism and adaptation to chronic disease: the role of optimism in relation to self-care options of type-I diabetes Mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*. 2007;7 (4):409-32.
13. Bragazzi NL. The Gap in the Current Research on the Link between Health Locus of Control and Multiple Sclerosis: lessons and insights from a Systematic Review. *Multiple Sclerosis International*. 2013;2013:8.
14. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Ann Behav Med*. 2009;37 (3): 239-56.
15. Seligman MEP. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Inc.1991.
16. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: WH. Freeman and Co. 1997.
17. Parvin J. *Psychology of Personality: Theory and Research*. Tehran: Nashr-e-Virayesh. 2010. [Persian]



18. Stathopoulou, A, Christopoulos, P, Soubasi, E, Gourzis, P. Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: assessment and treatment. *Int Rev Psychiatry*. 2010; 22 (1), 43-54.
19. Rigby SA, Domenech C, Thornton EW, Tedman S, Young CA. Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis: the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *Mult Scler*. 2003;9 (1):73-81.
20. Riazi A, Thompson AJ, Hobart JC. Self-efficacy predicts self-reported health status in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2004;10 (1):61-6.
21. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from Neuroticism (and trait anxiety, Self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation test. *Journal Of personality and social psychology*. 1994;67 (6):1063-78.
22. Vautier S, Raufaste E, Cariou M. Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of the filler items. *International Journal of Psychology*. 2003;38:390-400.
23. Chiesi F, Galli S, Primi C, Innocenti Borgi P, Bonacchi A. The accuracy of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R) in measuring dispositional optimism: evidence from item response theory analyses. *J Pers Assess*. 2013;95 (5):523-9.
24. Steca P, Monzani D, Greco A, Chiesi F, Primi C. Item response theory analysis of the life orientation test-revised: age and gender differential item functioning analyses. *Assessment*. 1073191114544471, first published on July 29, 2014.
25. Kajbaf MB, Oeeyzi HR, Khodabakhshi M. Standardization, reliability, and validity of optimism scale in Esfahan and a survey of relationship between optimism, Self-mastery, and Depression. *Journal of Psychological Studies*. 2006;2 (1-2):51-68. [Persian]
26. Karamati H, Shahraray M. The role of perceived self-efficacy in mathematics performance. *Journal of Educational Innovation*. 2005;10 (3):103-115. [Persian]
27. Saffari, M, Sanaeinasab H, Rshidi- Jahan H, Purtaghi GH, Pakpour AH. Happiness, self-efficacy and academic achievement among students of Baqiayatallah University of Medical Sciences. *Journal of Medical Education Development*. 2014; 7 (13):45-56. [Persian]
28. Stathopoulou A, Christopoulos P, Soubasi E, Gourzis P. Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: assessment and treatment. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22 (1): 43-54.
29. Schwartz CE, Coulthard-Morris L, Zeng Q, Retzlaff P. Measuring self-efficacy in people with multiple sclerosis: a validation study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996; 77 (4): 394-8.
30. Amtmann D, Bamer AM, Cook KF, Askew RL, Noonan VK, Brockway JA. University of Washington Self-Efficacy Scale: a new self-efficacy scale for people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93 (10): 1757-65.
31. McFadden E, Horton MC, Ford HL, Gilworth G, McFadden M, Tennant A. Screening for the risk of job loss in multiple sclerosis (MS): development of an MS-specific Work Instability Scale (MS-WIS). *Mult Scler*. 2011;18 (6):862-70.
32. Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med*. 2014;14 (1): 111-24.
33. Fjeldstad C, Pardo G. Self-efficacy, Physical Activity and QOL in People with MS. *Neurol Neurophysiol*. 2014;5:194.
34. Schmitt MM, Goverover Y, Deluca J, Chiaravalloti N. Self-efficacy as a predictor of self-reported physical, cognitive, and social functioning in Multiple Sclerosis. *Rehabil Psychol*. 2014;59 (1): 27-34.
35. Banihashemian K, Seif M, Moazzen M. Relationship between Pessimism, General health and Emotional Intelligence in College Students at Shiraz University and Shiraz University of Medical Sciences. *JBUMS*. 2009;11 (1): 49-56. [Persian]
36. Besharat M, Barati N, Lotfi J. Relationship between coping styles and mental health in a sample of patients with multiple sclerosis. *Pajouhesh*. 2008;32 (1): 27-35. [Persian]

## Optimism-Pessimism and Self-Efficacy in the Patients with Multiple Sclerosis

Shaker Devlagh A\*<sup>1</sup>, Aminpoor M<sup>1</sup>

1. Department of Psychology, School of Psychology, Islamic Azad University of Urmia branch, Urmia, Iran.

\* *Corresponding author.* Tel: +989141503762 E-mail: Ali.shaker2000@gmail.com

Received: Nov 19, 2014 Accepted: Feb 16, 2015

### ABSTRACT

**Background & objectives:** This study aimed to compare optimism/pessimism and self-efficacy in patients with multiple sclerosis (MS) and normal people in Imam Khomeini hospital of Mahabad, Iran.

**Methods:** This is a case-control study that was conducted during winter 2014 and spring 2015. The population of the study consisted of all patients with MS referred to Imam Khomeini hospital. Fifty five patients with MS were selected by convenient sampling method for the case group and were matched with 75 clients as the control group. The two groups were matched for variables including age, gender and education level. The data were gathered by General Self Efficacy Scale and Life Orientation Test-Revised. The data were analyzed by SPSS-19, and U Mann-Whitney and Spearman's correlation coefficient tests were used.

**Results:** The findings showed that patients with MS were reported less optimism score and less self efficacy and perseverance subscale compared to normal people ( $p < 0.01$ ). There was no statistical difference between patients with MS and normal people in effort and initiative subscales. There were positive correlation between optimism and self efficacy dimensions (effort, perseverance, initiative) in patients with MS ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** According to this study, the patients with MS were reported low optimism and self-efficacy in comparison to the normal subjects. Finally, we recommend planning cares to decrease mood problems and increasing feelings of self-efficacy to improve mental health status in patients with MS.

**Keywords:** Optimism-Pessimism, Self Efficacy, Multiple Sclerosis.