

راه کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (MS): بررسی

پدیدارشناسانه

زهرا عبدخدایی^۱، * شهریار شهیدی^۲، محمد علی مظاهری^۳، لیلی پناغی^۴، وحید نجاتی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی.

۲. دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی.

۳. استاد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی.

۴. دانشیار پزشکی اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی.

۵. دانشیار روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.

(تاریخ وصول: ۹۵/۱۰/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۲۳)

Psychological strategies to deal with illness in patient with multiple sclerosis: a phenomenological study

Zahra Abdekhodaie¹, * Shahriar Shahidi², Mohammad Ali Mazaheri³, Laily Panaghi⁴, Vahid Nejati⁵

1. Ph. D Candidate in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

2. Associate Professor in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

3. Professor in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

4. Associate Professor in Social Medicine, Shahid Beheshti University.

5. Associate Professor in Psychology, Shahid Beheshti University.

(Received: Jan. 07, 2017 - Accepted: Dec. 14, 2017)

Abstract

Objective: This study aimed to investigate quality psychological strategies which were applied by MS patients. **Method:** A phenomenological approach was adopted using a qualitative method and 15 participants were chosen none randomly on the basis of their availability. Deep interviews were carried out with fifteen MS patients and detailed information obtained from these interviews was analyzed using the Colizzi and the Interpretative Phenomenological Analysis methods. **Result:** Result of the present study indicated that two major categories in applied psychological strategies can be identified. Each of which was consist of several sub-categories. These were labeled as follows: 1. Defense mechanisms; "pathologic", "neurotic", "immature" and "mature". 2. Coping strategies; "problem-focused coping", "emotion-focused coping" and "coping based on spirituality and religion". **Conclusion:** Use "denial" as a most common defense mechanism with the "neurotic" and "immature" defense mechanism lead to reduce the level of individual ability in dealing with disease. Although each of the three categories of coping strategies was used but often the participants use the emotion-focused coping. In most common case, using of "denial" as a defense mechanism was viewed in relation with "seeking social support" and "avoidance - escape" as a coping strategy. Adaptive coping and religion/ spirituality strategies was used in patients with higher levels of self-integrity.

Keywords: Psychological strategies, multiple sclerosis, Defense mechanism, Coping strategy, Phenomenological Analysis.

چکیده

مقدمه: مطالعه حاضر که با هدف بررسی کیفیت و انواع راه کارهای روانشناختی مورد استفاده در مبتلایان به ام اس صورت پذیرفت. روش: یک پژوهش کیفی، به شیوه پدیدارشناسی است. به این منظور ۱۵ آزمودنی به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و تفسیر داده ها به روش کلایزی و رویکرد IPA جمع آوری شدند. یافته ها: دو خوشه به دست آمده در این حیطه عبارتند از: مکانیسم های دفاعی و راهبردهای انطباقی. چهار خوشه فرعی مرتبط با خوشه اصلی اول شامل مکانیسم های دفاعی؛ ۱. پاتولوژیک، ۲. نوروٹیک، ۳. نپخته و ۴. پخته می باشد. سه خوشه فرعی مرتبط با خوشه اصلی دوم شامل راهبردهای انطباقی؛ ۱. مساله مدار، ۲. هیجان مدار و ۳. مبتنی بر معنویت و مذهب. نتیجه گیری: استفاده از مکانیسم دفاعی انکار به عنوان فراوانترین مکانیسم دفاعی به همراه استفاده از مکانیسم های نوروٹیک و نپخته منجر به کاهش سطح توانایی فرد در رویارویی با بیماری می شود، به علاوه اگرچه آزمودنی ها از هر سه دسته راهبردهای انطباقی برای سازگاری با بیماری بهره برده اند اما راهبردهای هیجان مدار راهبرد غالب این افراد می باشد. استفاده از مکانیسم دفاعی انکار در ارتباط با به کارگیری راهبردهای انطباقی جستجوی حمایت اجتماعی و اجتناب - فرار مشاهده می شود. راهبردهای انطباقی سازگاران و راهبردهای معنوی / مذهبی بیشتر در افرادی مورد استفاده قرار می گیرد که از انسجام «خود» بالایی برخوردارند.

واژگان کلیدی: راه کارهای روانشناختی، مولتیپل اسکلروزیس، مکانیسم دفاعی، راهبرد انطباقی، پدیدارشناسی.

*نویسنده مسئول: شهریار شهیدی

*Corresponding Author: Shahriar Shahidi

Email:shahriarshahidi@hotmail.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس، که به عنوان یکی از بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن سیستم ایمنی بدن شناخته شده است (پومپیلی و همکاران، ۲۰۱۲؛ کروکاوکوا و همکاران، ۲۰۰۸) یک بیماری التهابی با ماهیت تحلیل برنده مربوط به سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد (هیوز و همکاران، ۲۰۱۳). ام اس با اتیولوژی گسترده، چند عاملی و نامشخص (کوستا و همکاران، ۲۰۱۳)، یک بیماری پیش رونده و برگشتناپذیر محسوب شده و در افراد مختلف با تظاهرات بالینی متعدد مشاهده می‌شود. عمده‌ترین تظاهرات بالینی آن شامل؛ خستگی (۵۳ تا ۹۲٪)، اختلالات حرکتی، نواقص بینایی، اختلالات حسی، نواقص شناختی، تغییرات مخچه، تغییر در سیستم خودکار عصبی و تغییرات روانی می‌باشد (آلبیوکیورکیو و همکاران، ۲۰۱۵). شیوع آن به سرعت در حال پیشرفت بوده به طوری که اطلس ام اس (۲۰۱۶) میزان شیوع این بیماری در دنیا را حدود دو نیم میلیون نفر برآورد نموده است. در ایران نیز از هر صد هزار نفر، ۵.۷۸ نفر مبتلا به ام اس گزارش شده‌اند (حسینی و همکاران، ۲۰۱۶).

از آنجایی که ام اس بخش قابل توجهی از زندگی فرد را در ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد استرس شدیدی به بیمار وارد می‌نماید (پاکنهام و همکاران، ۲۰۱۳) تا جایی که بیمار به طور جدی نیازمند اتخاذ راهبردهای اثربخشی برای انطباق با بیماری جهت ادامه زندگی است. عوامل متعددی بر روی انتخاب شیوه رویارویی با بیماری در فرد تاثیرگذار است (احدی و همکاران، ۲۰۱۴). به طور خاص نوع تجربه استرس و

ناراحتی در هر فرد می‌تواند با مکانیسم‌های دفاعی که مورد استفاده قرار می‌دهد و یا راهبردهای انطباقی که در برابر بحران‌های زندگی اتخاذ می‌نماید، در رابطه باشد (استپان چوک و همکاران، ۲۰۱۳). ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم‌های دفاعی به شدت با میزان تحمل پذیری فشار روانی و نوع انطباق‌هایی که هر فرد در شرایط استرس‌زا انتخاب می‌کند در ارتباط است (هایفتیز و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایمیک و همکاران، ۲۰۱۱) از سوی دیگر اغلب مطالعات بر این باورند که نوع راهبردهایی که افراد در مواجهه با استرس‌های زندگی اتخاذ می‌نمایند در ابتلا به بیماری‌های مزمن همچنین روند آنها نقش قابل توجهی دارد، به طوری که استپان چوک و همکاران (۲۰۱۳) در مورد سرطان معتقدند؛ شدت استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به سرطان بیش از افراد سالم است، همچنین راهبردهای انطباقی که این بیماران مورد استفاده قرار داده اند پیش‌بینی کننده روند بیماری در آنها است، طبیعتاً این راه کارها در ابتلا به عود نیز نقش قابل توجهی ایفا خواهند نمود. در مرحله عود مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای انطباقی با یک تفاوت عمده نقش ایفا می‌نمایند؛ راهبردهای انطباقی در ایجاد برنامه‌های پیشگیری از عود حایز اهمیت هستند در حالی که مکانیسم‌های دفاعی به عنوان علایم هشدار دهنده یک مرحله عود باید مورد توجه قرار گیرند (حلیم و صبری، ۲۰۱۳). اگرچه مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای انطباقی به عنوان راه کارهای مشابهی برای رویارویی با مساله شناخته شده‌اند اما بر مبنای فرآیندهای روانشناختی متفاوتی بروز می‌کنند (استپان چوک و

همکاران، ۲۰۱۳). مکانیسم دفاعی به مجموعه تلاش‌های گسترده، ناخودآگاه و خودکاری اطلاق می‌شود که فرد در مواجهه با عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی جهت حفظ ثبات روانشناختی خود، از طریق جرح و تعدیل چگونگی ادراک واقعیت، استفاده می‌کند. عملکرد این دفاع‌ها می‌تواند سازگارانه و یا ناسازگارانه باشند (مالون و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس دیدگاه روان‌تحلیل‌گری، عملکرد دفاعی بهنجار ایگو به ثبات شخصیتی و خود تنظیمی کفایت‌مند در شرایط نامطلوب همراه با تعارضات هیجانی، کمک می‌کند (پروچکو و زینچنکو، ۲۰۱۴). در واقع دفاع‌های سازگارانه‌تر با روابط بهتر و با کیفیت‌تر، رضامندی شغلی بیشتر، رضایت از زندگی بیشتر، سلامت روانی و رفاه فردی همراه است. در حالی که دفاع‌هایی که کمتر سازگارانه هستند با سلامت روانی ضعیف‌تر، مشکلات کاری و دشواری‌هایی در زندگی و روابط و حتی اختلالاتی مانند افسردگی و اختلال در خوردن در ارتباط هستند (مالون و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایمانزاد و همکاران، ۱۳۹۲؛ شهیدی شادکام و همکاران، ۱۳۸۸).

از سوی دیگر انطباق به عنوان یک تسهیل‌کننده مهم رفاه روانشناختی محسوب می‌شود که در بیماریهای مزمن مورد استفاده به کمک بیمار می‌آید (احدی و همکاران، ۲۰۱۴). راهبردهای انطباقی به مجموعه تلاش‌های آگاهانه و ارادی شناختی و رفتاری به منظور مدیریت، کاهش و یا تحمل حوزه‌های درونی و بیرونی که یا تهدیدآمیز هستند و یا منابع شخصی را سرکوب می‌نمایند، اطلاق می‌شود (گورتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ فاران و همکاران، ۲۰۱۶). لازاروس و

فولکمن (۱۹۸۴) دو دسته راهبرد انطباقی را عنوان نموده‌اند که عبارتند؛ از راهبردهای مساله‌مدار^۱ و هیجان‌مدار^۲ (همان منابع). همانگونه که ذکر شد عوامل متعددی بر روی نوع راهبردهای انطباقی که فرد اتخاذ می‌نماید تاثیرگذار هستند. کیمهی و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند عواملی مانند سطح فرهنگ فرد، سطح توانمندی اقتصادی، توانایی دستیابی به سرویس‌های خدمت‌رسانی، جنسیت، طول دوره ابتلا به بیماری، سطح ناتوانی ایجاد شده، نوع بیماری و میزان فشار روانی ناشی از شرایط سیاسی همچنان که بر روی رفاه روانی فرد تاثیر می‌گذارد راهبردهای انطباقی وی را نیز متاثر می‌سازد. همچنین بین فاکتورهای شخصیتی و نوع راهبردهای انطباقی نیز ارتباط وجود دارد. برخی از مطالعات به ارتباط بین طول دوره ابتلا به بیماری در ام اس و سطح ناتوانی ایجاد شده و همچنین نوع راهبردهای انطباقی مورد استفاده اشاره کرده‌اند. برخی دیگر بر این باورند که بین نوع بیماری ام اس و راهبردهای انطباقی مورد استفاده در فرد رابطه وجود دارد (گورتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ فاران و همکاران، ۲۰۱۶).

ارزیابی این راهبردهای بسیار حایز اهمیت است تا اندازه‌ای که بسته و همکاران (۲۰۱۷) برای این باورند نوع راهبردهای انطباقی مورد استفاده در مبتلایان به ام اس در انتخاب راهبردهای درمانی آنها، چه پزشکی و چه روانشناختی، باید لحاظ شود.

1. Problem focused coping (PFC)

2. Emotional-focused coping (EFC)

زهره عبدخدایی و همکاران: راه کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (MS)...

به ام اس می باشد به روش پدیدار شناسی هوسرلی^۱ انجام شد. با استفاده از مصاحبه عمیق، داده ها گردآوری شده، مصاحبه های صورت پذیرفته پیاده و مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران ام اس دارای پلاک مغزی هستند. هیچ محدودیتی برای شرکت کنندگان از لحاظ سن، جنس، سن ابتلا و درجه^۲ EDSS در نظر گرفته نشد. ملاک های خروج از طرح در این مطالعه عبارتند از: وجود پلاک نخاعی به تنهایی، وجود بیماری های سایکوتیک روانپزشکی و یا سابقه بستری در بیمارستان روانی، ابتلا به سایر اختلالات نورولوژیک همراه با بیماری ام اس. همچنین شرکت کنندگان نباید در دوره ای از درمان های روانشناختی و روانپزشکی شرکت نمایند.

از بین ۴۲ نفر متقاضی شرکت در طرح نهایتاً ۲۰ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. از آنجایی که ملاک اندازه نمونه به اشباع رسیدن اطلاعات به دست آمده بود و بعد از مصاحبه با ۱۲ نفر اطلاعات به اشباع رسید، جهت حصول اطمینان، مصاحبه ها تا ۱۵ نفر ادامه یافت. بنابراین ۱۵ آزمودنی مورد مصاحبه قرار گرفتند. روند انتخاب شرکت کنندگان و خروج آنها از طرح به شرح زیر می باشد:

برای جمع آوری گروه نمونه اطلاعاتی در مطب متخصصین مغز و اعصاب که پذیرای بیماران ام اس بوده اند زده شد و از مراجعین خواسته شد تا در طرح شرکت به عمل آورند. از

راهبردها استفاده می کنند. اغلب مطالعات بر روی مبتلایان به ام اس نشان داده اند که این افراد بیشتر از راهبردهای هیجان مدار استفاده می نمایند (همان). اما از این میان احدی و همکاران (۲۰۱۴) نیز ادعا کردند که طبق بررسی های ایشان مبتلایان به ام اس بیشتر از راهبردهای انطباقی مساله مدار استفاده می کنند. مطالعه ای مبنی بر بررسی کلی و تعاملی مکانیسم های دفاعی و راهبردهای انطباقی در مبتلایان به ام اس مشاهده نشد. بنابراین با توجه به اینکه نگرش بیمار نسبت به بیماری و روش هایی که برای رویارویی با مساله بیماری انتخاب می نماید می تواند در روند بهبودی او نقش موثری ایفا نماید (موسی زاده و همکاران، ۱۳۸۸)، همچنین شیوه هایی که فرد در انطباق با بیماری اتخاذ می کند در کیفیت زندگی، امید زندگی و عملکرد بیمار تاثیر حیاتی دارد (احدی و همکاران، ۲۰۱۴)، بررسی شیوه ها و راه کارهای روانشناختی که مبتلایان به ام اس در مواجهه با بیماری اتخاذ می نمایند، جهت کمک به تغییر سبک زندگی این بیماران حائز اهمیت است. مطالعه حاضر بر آن است تا در یک مطالعه کیفی به بررسی شیوه هایی روانشناختی پردازد که بیماران بعد از دریافت تشخیص بیماری اتخاذ نموده اند، مطالعه حاضر به تبیین نحوه بروز این دو سیستم در مبتلایان به ام اس پرداخته است، تا از طریق آگاهی به این راه کارها و ماهیت آنها، بتوان ایشان را در اتخاذ راه کارهای موثرتر در رویارویی با بیماری یاری نمود.

روش

مطالعه کیفی حاضر که قسمتی از یک مطالعه گسترده در مورد دغدغه ها و نگرانی های مبتلایان

1. Husserl

2. Expanded Disability Status Scale

در یک پیوستاری از توانایی راه رفتن بدون مشکل تا استفاده از ویلچیر قرار داشتند.

برای هر یک از آزمودنی‌ها بر حسب مشکلاتی که با آن مواجه بودند، توانایی فیزیولوژیکی و آمادگی روانی آنها طی دو تا سه جلسه مصاحبه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. این جلسات شامل مصاحبه روانپزشکی، مصاحبه تاریخچه فردی و مصاحبه عمیق بود. نهایتاً مصاحبه‌های ضبط شده، پیاده شده و موردبازخوانی، بازخوانی مجدد و ارزیابی و تحلیل قرار گرفتند.

مصاحبه عمیق: مصاحبه عمیق یکی از تکنیک‌های تحقیق کیفی است که طی آن به بررسی عمیق ریشه‌ای سوال و موضوع مورد تحقیق از گروه اندکی از پاسخ دهندگان پرداخته خواهد شد. در این شیوه شرکت‌کنندگان به بیان باورها، عقاید و تجربیات خاص خود می‌پردازند (بویس و نل، ۲۰۰۶). بنابراین از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در مورد اولین رویارویی خود در مواجهه با بیماری توضیح دهند؛ «چه وقت و چه طوری متوجه شدید که مبتلا به ام‌اس شده اید؟ و عکس‌العملتان چه بود؟»، در ادامه به روند مکانیسم‌ها و راهبردها پرداخته شده و اینکه «بعد از اینکه از اولین بار از بیمارستان مرخص شدی چه کردید؟ تصمیم گرفتید با بیماری چطوری رفتار کنید؟ در مورد قضایه‌هایی که گفتید بیشتر بگویید؛ مثلاً اینکه در قبال این قضاوتها چه کردید؟» و این روند تا به امروز مورد ارزیابی قرار گرفت «چقدر به بیماری فکر می‌کنید؟» یا «برای کنار آمدن با بیماری چه کارهای بیشتر انجام می‌دهید»، «چه راه کار یا رفتاری بیشتر به شما کمک کرده است؟»، لازم به ذکر است که سوالات پی‌گیری

سوی دیگر از آنجایی که بیماران ام‌اس گروه‌هایی در شبکه‌های اجتماعی برای به اشتراک گذاشتن تجارب با همدیگر تشکیل داده‌اند، پیغام‌هایی مبنی بر تقاضای مشارکت در طرح برای بیماران گذاشته شد. برای انتخاب گروه نمونه، با توجه به محدودیت‌های زمانی طرح، دوره دو ماهه‌ای در نظر گرفته شد. طی این مدت ۴۲ نفر اعلام آمادگی نمودند. در مصاحبه غربالگری ۷ نفر به دلیل داشتن پلاک نخاعی از مطالعه خارج شدند، ۴ نفر به دلیل داشتن بیماری‌های روانپزشکی همراه و ۶ نفر به دلیل عدم توانایی شرکت در جلسات مصاحبه به صورت حضوری از طرح خارج شدند. از این میان ۲۵ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. از آنجاییکه مشارکت کنندگان فقط در محل اجرای طرح (تهران) زندگی نمی‌کردند، بنابراین بر اساس زمانی که می‌توانستند جهت مراجعه به پزشک، و یا به هر دلیل دیگری، به تهران بیایند حضور آنها در جلسات تعیین شد. بدین ترتیب با ۱۲ مصاحبه اطلاعات گردآوری شده به اشباع رسید که برای اطمینان از نتایج تا ۱۵ نفر مصاحبه‌ها ادامه یافت. به دلیل دستیابی به اشباع ۱۰ نفر دیگر نیز از طرح خارج شدند، و از آنان درخواست شد تا در مراحل دیگر طرح همکاری به عمل بیاورند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۱.۶۷ (سن بین ۱۸ تا ۴۲) سال بود و ۸ نفر از آزمودنی‌ها (۵۳.۴٪) زن بودند. میانگین دوره ابتلا به بیماری ۶ سال (بین ۲ تا ۱۶) بود. ۱۱ آزمودنی (۷۳.۴٪) از نوع خاموشی - عود بودند، ۳ نفر (۲۰٪) از نوع پیشرونده ثانویه بودند و یک نفر پیش‌رونده اولیه در طرح قرار داشتند. ۶ نفر از آزمودنی‌ها متاهل بودند و چهار نفر از آنها دارای فرزند بودند. و به لحاظ استفاده از وسایل کمکی

مطابق پاسخها آزمودنی‌ها بوده است. بنابراین عمده‌ترین سؤاها را نحوه رویارویی بیمار در سطوح و زمانهای مختلف با بیماری، علایم و قضاوت‌های دیگران را تشکیل داده است. در این زمینه تلاش شد تا آزمودنیها در فضای عاری از قضاوت به بیان تجربیات خود بپردازند.

مصاحبه روانپزشکی و بررسی تاریخچه: مصاحبه غربالگری مطابق ملاک‌های DSM V صورت پذیرفت. این مصاحبه جهت اطمینان از عدم ابتلا آزمودنی‌ها به اختلالات سایکوتیک، یا داشتن تاریخچه روانپزشکی اعم از بستری در بیمارستان روانی، همچنین بررسی وجود سایر اختلالات روانی و رفتاری صورت پذیرفت.

الگوهای ارائه شده در تحلیل داده‌های کیفی از یک روند خاص تبعیت می‌کنند، اما تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند که آنها را از هم متمایز می‌سازد. در این مطالعه از ادغام دو شیوه تحلیل داده‌های کیفی، روش^۱ IPA که لیونس و کوپل (۲۰۰۸) در کتاب خود در مورد آن توضیح داده‌اند و همچنین روش کلایزی^۲ مطابق روندی که کرسول (۲۰۰۷) به توصیف و تبیین آن پرداخته است، استفاده شد. اگرچه دو شیوه در مراحل اولیه همپوشانی دارند و روش کلایزی در ایجاد روندی منظم برای دستیابی به مقولات بسیار توانمند است اما آنچه از مراحل روش (IPA) به دست می‌آید کیفی‌تر و تحلیلی‌تر به نظر می‌رسد. بنابراین برای به دست آوردن تحلیل کامل و جامع در این پژوهش از هر دو شیوه استفاده شد.

در تحلیل داده‌ها که به روش دستی انجام شد، ابتدا مصاحبه‌ها پیاده شده، چندین بار متن مصاحبه‌ها برای دستیابی به ادراک کلی از مشکلات آزمودنی مورد مطالعه قرار گرفت. در نهایت جملاتی که مهم و مرتبط با پدیده مورد مطالعه ارزیابی شد در متن مشخص شد. بوسیله حاشیه‌نویسی معانی اولیه ذخیره شد. در مرحله بعد اظهارات عمده آزمودنی‌ها در جدولی جداگانه قرار گرفت و مطابق رویکرد (IPA) عبارات خاص با محتویات روانشناختی، و طبق روش کلایزی مفاهیم فرموله شده در روبروی آن آورده شد. در همین جدول در روبروی هر اظهار عمده‌ای کدبندی مطابق روش کلایزی صورت پذیرفت (جدول ۱). به دنبال این مرحله جدولی متشکل از چهار ستون تهیه شد. کدبندی‌ها به طور جداگانه وارد ستون اول گشتند، در ستون دوم کدبندی‌ها به صورت تم‌هایی دسته بندی شده و نهایتاً در ستون سوم و چهارم خوشه‌های اصلی و فرعی از تجمع تم‌ها به دست آمدند (جدول ۲). این مراحل مطابق روش کلایزی صورت گرفت و در نهایت خوشه‌های مشخصی ارائه شد. اما در ادامه تم‌هایی نیز از قسمت معنای فرموله شده استخراج شدند که کیفی‌تر و تحلیلی‌تر بودند. نهایتاً برای ایجاد تمرکز بیشتر و توانایی تفکیک و تمیز مطالب عنوان شده جدولی ایجاد شد که به طور کلی مفاهیم موجود در مصاحبه دسته بندی شده است. جهت بررسی پایایی اطلاعات به دست آمده برای دو دانشجوی دکتری که با روش تحلیل کیفی آشنایی داشتند ارسال شد. کدها، تم‌ها و خوشه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت بررسی روایی خوشه‌های

1. Interpretative Phenomenological Analysis

2. Colaizzi method

به دست آمده برای هر یک از آزمودنی‌ها ارسال شده و مورد تایید آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که به طور کلی روش‌های رویارویی مبتلایان به ام‌اس با مساله بیماری را می‌توان تحت دو خوشه اصلی مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای انطباقی قرار داد.

خوشه اصلی مکانیسم‌های دفاعی شامل چهار خوشه فرعی مکانیسم‌های دفاعی پاتولوژیک، نوروتیک، نپخته و پخته می‌باشند و خوشه اصلی راهبردهای انطباقی شامل سه خوشه فرعی راهبردهای انطباقی مساله‌مدار، هیجان‌مدار و مبتنی بر معنویت و مذهب می‌باشند (جدول ۳). انواع مکانیسم‌ها و راهبردهای مورد استفاده را می‌توان در جدول ۴ مشاهده کرد.

در مورد مکانیسم‌های دفاعی، یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که؛ اگرچه آزمودنی‌ها از هر چهار گروه مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند اما میزان شیوع در سه خوشه فرعی اول بیشتر است (جدول ۲).

جدول ۱. نمونه‌ای از اظهارات عمده، معنای فرموله شده و کدبندی.

| کدبندی | معنای فرموله شده | اظهارات عمده |
|---|--|---|
| خوابیدن مدام بی توجهی به تغذیه افسردگی | بیماری باعث می‌شود انگیزه‌ای برای بیدار بودن و زندگی کردن وجود نداشته باشد. | • تا ظهر همین طور هی تو جام از این پهلوی به اون پهلوی می‌شم. ظهر میام یه فست فودی می‌خورم باز میرم تو رخت خواب. |
| رها کردن کار و علایق گذشته | بیماری مانع از ادامه کار کردن می‌شود. | • آرایشگاه رو مجبور شدم تعطیل کنم کسی به کارش نمی‌تونست برسه. |
| فرار از مشکلات حل مساله با خواب تنهایی | زمان ناراحتی به خاطر اینکه هم صحبتی وجود ندارد تا درددل بشنود به خواب و فرار از مشکلات پناه برده می‌شود. | • هر وقت خیلی پریشون می‌شم یک عالمه قرص خواب می‌خورم می‌خوابم. چون کسی رو ندارم باهاش درددل کنم. |
| انکار بیماری عدم پذیرش بیماری تعارض شدید با خود، خدا و دیگران پرخاشگری کلامی پرخاشگری غیر کلامی نشخوار فکری دریافت آرامش از شکاندن اشیا (تخلیه هیجانی، پرخاشگری) | دارو نخوردن وسیله ای برای نپذیرفتن بیماری است. بیماری منجر ایجاد تعارضات شدید با خود، خدا و دیگران شده است. منجر به انجام پرخاشگری‌های کلامی، غیرکلامی و منفعلانه می‌گردد. آنچه بیشتر به عصبانیت و پرخاشگری دامن می‌زند وخیم شدن بیماری و به خصوص تشدید علایم حرکتی است که خبر از ناتوانی بیشتر می‌دهد. | • نمی‌خوام قبول کنم. از زیر خوردن دارو در می‌رم. می‌خوابم که به فلجی فکر نکنم. وقتی هم که بیدارم هی دعوا می‌کنم با خودم با خدا با دنیا. تازگی‌ها خیلی چیز هم می‌شکونم. وقتی پام سنگین می‌شه خیلی اعصابم به هم می‌ریزه. چهار تا چیز می‌شکونم داد و بیداد می‌کنم راحت‌تر می‌شم... به زمین گیر شدن فکر می‌کنم، به اینکه چقدر بدبختم. |

روز می‌افتم خونه... بعد می‌شکنم اینظوری... و یا آزمودنی شماره ۱۴ نیز می‌گوید: «دوا بخورم چی شه... الان ۶ ماهی هست که دکتر نمی‌رم تزیق ندارم.. آخرش همونی می‌شه که باید بشه...». خشم و پرخاشگری به صورت فعالانه و بارز نیز به عنوان یک مکانیسم دفاعی اقدام به عمل قابل مشاهده است که از خانواده و والدین آغاز شده تا پزشک، دنیا، دیگران و خدا ادامه می‌یابد. به طوری که خود آزمودنی‌ها در برخی از موارد اذعان دارند؛ پرخاش می‌کنند تا خانواده جرات اظهار نظر در مقابل آنها نداشته باشند. آزمودنی شماره ۹ می‌گوید: «می‌دونه (مادر) حرف بزنه یا می‌زنم یا می‌شکنم..»

مکانیسم‌های نوروتیک (توجیه و دلیل تراشی، اجتناب، فرار، افسردگی، گوشه‌گیری انزواطلبی): آزمودنی‌ها به میزان و تنوع بیشتر از گروه مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک استفاده می‌کنند. توجیه و دلیل تراشی چه برای ابتلا به بیماری و چه برای عدم استفاده از داروها مشاهده می‌شود. در این راستا توجیه‌ها و دلیل تراشی‌های مذهبی نیز در بین افراد وجود دارد. این گروه از دلیل تراشی‌ها بسته به سطح آگاهی فرد نسبت به آنها می‌تواند هم در گروه مکانیسم‌های دفاعی و هم در گروه راهبردهای انطباقی قرار گیرد.

مکانیسم‌های پاتولوژیک (انکار): مکانیسم دفاعی انکار به عنوان شایع‌ترین مکانیسم از گروه پاتولوژیک و در تمام دوره ابتلا مشاهده می‌شود. استفاده از این مکانیسم در ابتدای بیماری در اغلب آزمودنی‌ها وجود دارد به طوری که مکرراً به تغییر پزشک، رها کردن بیمارستان و درگیری با خانواده و کادر پزشکی بر سر اقدامات اولیه درمانی می‌پردازند. آزمودنی شماره ۹ اشاره می‌کند: «هی می‌گفتم ولم کنین هیچیم نیس! بیخودی می‌خواین منو عذاب بدین... فریاد کشیدم گفتم... فحش و فحش کاری به دکتر. فکر می‌کردم اشتباه تشخیص داده... فریاد می‌زدم منو ول کنید...» و یا آزمودنی‌های شماره ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۷، ۶، ۲، ۱ و ۱۵ که به پزشک‌های متعددی برای دریافت تشخیص مراجعه کرده‌اند و در نهایت نیز اظهار می‌دارند که: «با اینکه همشون می‌گفتن ام اس داری انگار نمی‌خواستم قبول کنم...».

مکانیسم‌های نپخته (پرخاشگری منفعلانه، اقدام به عمل، پرخاشگری نسبت به خدا، خانواده، دیگران):

پرخاشگری منفعلانه در ابتدای مواجهه با بیماری مشاهده می‌شود. اما در بسیاری از موارد محدود به این دوره نشده و همچنان این رفتارها ادامه می‌یابد. انجام راندگی‌های پرخطر، رفتارهایی با هیجان بالا، پیاده روی طولانی مدت در هوای گرم و مرطوب، استفاده از سونا، عدم رعایت رژیم غذایی و عدم مصرف داروها از جمله این موارد است. آزمودنی شماره ۴ می‌گوید: «گاهی با خواهرم می‌رفتم خرید ولی الان نمی‌رم کلا، یا نمی‌رم یا به زمانی می‌رم که می‌دونم حالم بدتر می‌شه. مثلاً تو گرما و آفتاب. بعد می‌رم میام سه

جدول ۲. تحلیل داده‌ها خوشه مکانیسم های دفاعی.

| خوشه اصلی | خوشه فرعی | تم | کدبندی |
|-------------------|------------------------|-------|---|
| مکانیسم‌های دفاعی | پاتولوژیک | انکار | عدم مصرف دارو عدم پیگیری درمان عدم پذیرش درمان عدم رعایت نکات بهداشتی و رژیم غذایی |
| نوروتیک | توجیه و عقلانی سازی | | استفاده از استدلال‌های بیش از حد عقلانی توجیه‌های غیر منطقی عقلانی سازی دینی |
| | اجتناب- فرار | | عدم مراجعه با پزشک عدم رویارویی با افکار بیماری عدم مصرف دارو برای اجتناب از مواجهه با بیماری عدم تعویض دفرتجه بیمه عدم پیگیری کارهای درمان |
| | سرکوبی | | فکر نکردن به بیماری سعی در داشتن زندگی طبیعی نادیده انگاشتن شرایط بیماری |
| | افسردگی | | خوابیدن، و بگردی و .. افکار منفی خانه نشینی |
| | گوشه گیری و انزوا طلبی | | کناره گیری از جمع مشاجره با دیگران تعارض با دیگران خانه نشینی و کناره گیری از دوستان و فامیل |
| نپخته | پرخاشگری منفعلانه | | عدم رعایت نکات بهداشتی و رژیم غذایی به عمد انجام رفتارهایی که منجر به تشدید علائم می شود زیر آفتاب ماندن‌های طولانی، پیاده روی‌های طولانی |
| | اقدام به عمل | | پرخاشگری کلامی ضرب و شتم آسیب به اجسام، خود و دیگران |
| پخته | فرونشانی | | تلاش برای لذت بردن از حال تلاش برای فکر نکردن به جوانب منفی بیماری منحرف کردن افکار منفی |
| | پیوندجویی | | برقراری ارتباط با هم‌نوعان برقراری روابط با دیگران برگزاری برنامه های دوستانه و تفریحات دسته جمعی |
| | والایش | | ادامه تحصیل کمک به افرادی که توانایی انجام کارهای مورد آرزوی آنها را دارند اقدامهای رشد دهنده |

جدول ۳. خوشه بندی اصلی و فرعی.

| خوشه اصلی | خوشه فرعی |
|--------------------|----------------------------------|
| مکانیسم‌های دفاعی. | پاتولوژیک |
| | نوروتیک |
| | پخته |
| | نپخته |
| راهبردهای انطباقی | راهبردهای هیجان مدار |
| | راهبردهای مساله مدار |
| | راهبردهای مبتنی بر معنویت و مذهب |

که توقعی هم نداشته باشم. تنها باشم بهتر از اینکه با این شرایط از بقیه ضربه بخورم». مکانیسم‌های پخته (فرونشانی، پیوندجویی، والایش):

فرونشانی افکار در مورد بیماری، بعد از گذشت مدتی از بیماری مکانیسم دفاعی اغلب آزمودنی‌هاست. آزمودنی شماره ۳ می‌گوید: «دیگه می‌خوام با فکرام خودمو آزار ندم، همش فکر نکنم من چرا این‌طوری شدم؟! چرا باید اینهمه بلا سرم بیاد؟!.... یا در حقم بی‌عدالتی شده... کارمو خوب انجام بدم...» یا آزمودنی شماره ۸ می‌گوید: «دیدم اینکه هی فکر کنم ناتوان می‌شم، محتاج می‌شم خیلی داغونم می‌کنه سعی کردم بهش فکر نکنم..».

والایش اگرچه به صورت بسیار محدود اما در برخی از آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. به طور مثال آزمودنی شماره ۱۲ که ورزشکار و والیبالیست خوبی بوده است و هدفش حضور در تیم ملی بوده‌است، بعد از اینکه بیماری منجر به استفاده از ویلچیر در وی می‌گردد سعی می‌کند

اجتناب از مواجهه با بیماری؛ اگرچه در اغلب موارد عدم مصرف دارو یک مکانیسم دفاعی پرخاشگری منفعلانه است اما در برخی از آزمودنی‌ها عدم استفاده یا فراموش کردن مصرف دارو به عنوان یک مکانیسم دفاعی اجتنابی است. آزمودنی شماره ۷ می‌گوید: «دارو هامو زیاد مصرف نمی‌کنم.. گاهی به همین خاطر بدتر می‌شم اما نمی‌خوام یادم بیاد که ام اس دارم... من نمی‌خوام قبول کنم مریضم. قبول کردنش خیلی حالم رو بد می‌کنه افسرده‌ام می‌کنه.. دارو بخورم، بخواد یادم باشه تزریق کنم، برم دنبال بیمه، دکتر اینا خوب افسرده‌ام می‌کنه دیگه..».

افسردگی و رفتارهای افسرده‌وار مانند مصرف قرص خواب‌آور، کناره‌گیری از جمع، گریه‌کردن و از این قبیل موارد نیز به عنوان یک مکانیسم دفاعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در همین راستا گوشه‌گیری و انزوا طلبی یکی از راه‌کارهای شایع در بین این آزمودنی‌هاست به طوری که آزمودنی شماره ۱۵ می‌گوید: « بیرون می‌رم اما نه با بقیه! سعی می‌کنم با کسی بُر نخورم

و ۳). اگرچه راهبردهای متمرکز بر مساله به طور متنوع تری مورد استفاده قرار می گیرد، استفاده از راهبردهای هیجان مدار با فراوانی بیشتری به کار گرفته می شود.

راهبردهای متمرکز بر مساله: در ارزیابی مجدد و مثبت بیماری، دو دسته افراد هستند؛ گروهی به ارزیابی مثبت شرایط مادی موجود می پردازند مانند آزمودنی شماره ۱ در این رابطه چنین می گوید: «مریضی اگر چیزی نداشت برام یه همسر خوب برام داشت و یه خدا که بعد از اون با هم رابطمون خوب شد... رابطه ام با شوهرم عالیه خدا خیلی به من سختی داده یکی از لطفایی که به من کرده همین حضور آقای دکتره (همسر) اون واقعا فرشته است...». و گروه دیگر فراتر از این بعد رفته و بیماری را عاملی برای ارتقا معنوی و شخصیتی در خویش برآورد می کنند، مثلا آزمودنی شماره ۳ ابتدا به بیماری را اگرچه بسیار دشوار و سخت است اما حکمت الهی می داند که منجر به ارتقا شخصیت و رشد وی و حرکت در مسیر تعالی شده است. وی به نکات جزئی اشاره می کند که در زندگی روزمره اش رخ می دهد و آنها را لطف خدا می داند: «من با این طرز راه رفتن میرم بیرون سالم بر می گردم خونه یعنی خدا هوامو همه جوره داره... مریضی مامانم و اینکه دعا کنیم و خدا جواب بده، یک کلاس درسی شد برام،... لطف خدا در جهت اینکه من خودمو کامل کنم شاملم شده... اگر طلاق نمی گرفتم بعدش این مرضی سراغم می اومد خیلی خوار و خفیف می شدم ... مریضی باعث شد با خدا درگیری داشته باشم بعد خودش منو هدایت کرد تو یه مسیری که آرامش بگیرم. یه جهش بود این مریضی برام...».

کودک مستضعفی را بیابد که با وجود علاقه به والیبال به دلیل عدم استطاعت مالی توان شرکت در کلاس های والیبال و تقویت در آن رشته را ندارد و از طریق روانی و مالی وی را حمایت نماید تا به سطح والیبال تیم ملی برسد.

پیوندجویی به عنوان یک مکانیسم پخته هم به منظور گریز از تنهایی و هم برای کاهش تنهایی و افزایش آرامش مورد استفاده قرار می گیرد، که با توجه به نوع استفاده مکانیسم اثر متفاوتی در پی خواهد داشت. برای نمونه اول می توان آزمودنی شماره ۱۳ را مطرح نمود که در این رابطه می گوید: «همه رو دعوت می کنم برای ام اس جون تولد می گیرم... بزن و بکوب می کنیم، می گم امشب همه خوش باشین... آخر هفته مهمونی می گیرم... شب سه شنبه مهمونی می گیرم... کلا می گم همه جمع شن بگن، بخندن...». ولی برای نمونه دوم می توان به آزمودنی شماره ۱ اشاره نمود که به ارتباط عمیق با همسرش می پردازد و یا آزمودنی شماره ۳ که اوقاتی را با مادرش سپری می کند، برخلاف گذشته بیشتر با او صحبت می کند و پای درددل هایش می نشیند. در برخی موارد این مکانیسم به عنوان انتظار کمک از دیگران بروز می کند، نیاز به کمک خواهی و کمک طلبی از سایر افرادی که از سلامت برخوردارند. آزمودنی شماره ۱ در این رابطه می گوید: «بین من مثل یه گوشت افتادم انتظار زیادیه که دیگرانی که سالمند وظیفه دارن به من برسن. واقعا به نظر من وظیفه شونه»

راهبردهای انطباقی در این مطالعه در سه گروه عمده قابل دسته بندی هستند، راهبردهای متمرکز بر مساله، راهبردهای متمرکز بر هیجان و راهبردهای متمرکز بر معنویت و مذهب (جداول ۴

بلافاصله بعد از ۵ ماه مجبور شدم سوار ویلچیر شوم. اما حقیقتاً از اون موقع به بعد حمله‌ای نداشتم. دیگه تحت کنترلم هست. خوب خستگی تو ادامه تحصیل اثر داره ولی... اینکارها رو انجام بدم عموماً مانع از درس خواندن نمی‌شه.. مدیریت استرس می‌کنم.. من هم سعی کردم در همین حد کنترلش کنم..».

شناسایی افکار منفی و مقابله با آنها، یک راهبرد انطباقی شناختی است. آزمودنی‌ها پس از آنکه به این بینش دست می‌یابند که چه نوع افکاری منجر به ایجاد آزار و اذیت آنها می‌شود سعی می‌کنند از طرق مختلفی توجه خود را نسبت به آن افکار منحرف نمایند، در واقع انحراف توجه آگاهانه از موضوع بیماری یکی از این راهبردهاست

تلاشی پویا برای زنده‌گی کردن، آزمودنی در این راهبرد تلاش می‌کند با حضور بیماری زندگی را ارزنده‌تر سازد. به عنوان مثال آزمودنی شماره ۵ در این رابطه می‌گوید: «دوست دارم زندگی کنم. دوست دارم خوب و راحت زندگی کنم. اصلش که این همه دارم هر روز تزریق می‌کنم برای همینه که سالم زندگی کنم.. دوست دارم زندگی کردن رو..». آزمودنی شماره ۵ و شماره ۱۲ موارد بارز و ارزشمند این تجربه هستند. آزمودنی‌های شماره ۳ و ۱۱ نیز به نوعی خفیف‌تر این تجربه را دارند. آزمودنی شماره ۳ اگرچه تدریس را به خاطر دشواری ایستادن و تا حدودی ضعف اعتماد به نفس رها کرده است اما تلاش می‌کند تا در مدرسه همچنان فعال باقی بماند و برنامه‌هایی برای زمان بازنشستگی‌اش دارد.

پذیرش فعالانه بیماری: در این راهبرد آزمودنی تلاش می‌کند نگاهی متمرکز بر حل

کسب اطلاعات و مطالعه در مورد بیماری را برخی از آزمودنی‌ها به عنوان اولین راهبرد موثر بعد از بیرون آمدن از شوک اولیه ناشی از آگاهی از بیماری ذکر نموده‌اند. مثلاً آزمودنی شماره ۵ داشتن اطلاعات در مواجهه با بیماری را تجربه‌ای مفید دانسته و می‌گوید: «من خیلی مطالعه کردم. در مورد بیماریم خیلی اطلاعات دارم... می‌تونه خیلی هم بد نباشه یعنی اگر داروت رو و پالسا شو به موقع بگیری و رعایت بعضی نکات رو بکنی می‌تونه خیلی وضعیت بدی نداشته باشی... اینا خیلی تو وضع اثر مثبت داشت..».

استفاده از سایر روش‌های درمانی همراه، استفاده از داروهای گیاهی، زنبور درمانی و مراجعه به روانشناس از جمله این روش‌هاست. مثلاً آزمودنی شماره ۲ به طور جزئی به درمان علایم بیماری با استفاده از گیاهان دارویی پرداخته است..

هماهنگی با بیماری، شناسایی بیماری، علایم، عوامل و آگاهی از نحوه کنترل آنها در برخی از موارد منجر به هماهنگ شدن فرد با بیماری و تنظیم سبک زندگی بر همین اساس می‌شود مثلاً آزمودنی شماره ۱۴ می‌گوید: «خیلی کارها رو نمی‌کنم بهترم.. سردی حالمو بد می‌کنه، حتی سس سالاد می‌خورم گزگرم شروع می‌شه... یا باقالی، من عاشق باقالی پلو بودم، قطع کردم. یا سونا نمی‌رم.. این کارا رو نکنم بهتر می‌شم... کلاً خیلی زندگی‌ام فرق کرده دیگه»

تسلط یافتن بر بیماری و تلاش برای کنترل علایم، باور کنترل‌پذیری بیماری علاوه بر اینکه در فرد ایجاد احساس اقتدار و اعتماد به نفس می‌کند، کیفیت زندگی او را نیز ارتقا می‌بخشد. آزمودنی شماره ۱۲ در این رابطه می‌گوید: «من

جام این پهلوی به اون پهلوی می‌شم. ظهر میام یه فست فودی می‌خورم باز می‌رم تو رختخواب... هر وقت خیلی پریشون می‌شم یک عالمه قرص خواب می‌خورم می‌خوابم».

دریافت کمک از دیگران و جستجوی حمایت‌های اجتماعی: این راهبرد به طور کلی دو دسته؛ روابط دوستانه، شامل؛ روابط با هم‌نوعان و برقراری ارتباط با دوستانی جدید، همچنین روابط با تیم متخصص را در برمی‌گیرد. ایجاد روابط با هم‌نوعان اگرچه در عده‌ای به عنوان مکانیسم انطباقی مورد استفاده قرار گرفته و اثربخش است، اما برای عده‌ای خلاف آن است. به طور مثال آزمودنی شماره ۵ این رخداد را بسیار مثبت برآورد کرده و معتقد است بعد از این اتفاق دوستان زیادی پیدا کرده و توانسته است به آنها کمک نماید اما آزمودنی شماره ۶ در این رابطه می‌گوید: «... من از اینکه خودم اینطوری بشم خیلی می‌ترسم، از اینکه بخوام سوار ویلچیر بشم. اینا خیلی رو روحیه‌ام اثر می‌گذاشت. خیلی افسرده‌ام می‌کردن...». همچنین ارتباط با دوستان جدید که دارای شرایط روحی و اخلاقی سالمی هستند به عنوان یک راهبرد انطباقی سازگارانه به شمار می‌آید. این افراد اغلب روابط خود را با دوستان قبل محدود و در مواردی نیز قطع نموده‌اند. اما در برخی موارد دوستی‌های جدید آثار مثبتی برای ایشان به همراه داشته است. برخلاف این راهبرد عده‌ای راهبرد گریز از جمع و تنهایی را انتخاب می‌کنند. آزمودنی شماره ۱۰ می‌گوید: «تنها باشم، بیشتر با خودم باشم راحت ترم... تو جمع اضطراب دارم... من بیشتر دوست دارم تنها باشم. دوست ندارم تو هیاهو باشم... اینکه حالا هر کی می‌خواد یه نظری در مورد کار

مساله به بیماری داشته باشد بنابراین راه‌کارهای منطقی در قبال پذیرش بیماری اتخاذ می‌نماید. تغییر سبک زندگی راهبرد و مکانیسمی است که در همه آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. در برخی از آنها این تغییر یک نوع مکانیسم دفاعی اجتناب، انکار و یا سرکوب بیماری بوده است. اما در برخی دیگر در راستای پذیرش بیماری چه از نوع فعالانه و چه از نوع منفعلانه آن، یک نوع راهبرد انطباقی محسوب می‌شود. می‌تواند این تغییرات به صورت خلاصه تحت عناوین زیر قرار گیرد؛ رها کردن علائق، اهداف و فعالیت‌های گذشته، ارزیابی مجدد مسیر زندگی گذشته، کنار گذاشتن اشتباهات گذشته، هدف‌گزینی جدید برای زندگی با توجه به شرایط جدید.

حل مساله «چرایی»: یکی از مسایل عمده‌ای که منجر به افزایش تنش در مبتلایان می‌شود مساله چرایی ابتلا به بیماری است. حل اثر بخش آن به عنوان یکی از راهبردهای انطباقی است که افراد جهت کاهش تنش از آن بهره‌برداری می‌کنند.

راهبردهای مقابله با افسردگی: استفاده از داروهای ضد افسردگی و مراجعه به روانشناس و قرار گرفتن در محافل شاد و تفریح از راه‌کارهایی است که برای رویارویی با افسردگی انجام می‌شود.

راهبردهای متمرکز بر هیجان: اجتناب- فرار هیجانی در راه‌کارهایی مانند وبگردی، تلویزیون دیدن و یا خوابیدن به مدت طولانی یا در رختخواب ماندن به مدت زیاد، مشاهده می‌شود. به عنوان مثال آزمودنی شماره ۴ خوابیدن را برای رهایی از افکار انتخاب کرده است: «تا ظهر هی تو

مشاهده می‌شود که شامل؛ نواختن موسیقی، انجام ریلکسیشن، ورزش، تفریح، مطالعه کتاب و دیدن فیلم می‌باشد. آزمودنی شماره ۹ در این رابطه می‌گوید: «تنهایی، بیکاری فکرای مختلف آزارم می‌داد رفتم ستور یاد گرفتم بعضی وقتا که می‌زنم از فکر و خیال بیخود دور می‌کنه منو..»

راهبردهای معنوی و مذهبی:

به عنوان یکی از مطرح‌ترین راهبردهای مورد استفاده در بین آزمودنی‌ها بوده است. راهبردهایی که در زمینه تعالیم دینی و مذهبی بوده، منجر به ایجاد آرامش در آزمودنی‌ها می‌گردد. این راهبردها در طیف وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرند. به طور کلی در چهار محور عنوان شده‌اند که عبارتند از؛ برقراری روابط و مسافرت‌های معنوی، افکار و عقاید دینی و معنوی، رفتارهای معنوی و دینی، ارزشمند سازی تجربه درد و رنج.

و آینده و مریضی من بده.. اصلش من که تو جمع می‌رم هیچ وقت نشده تا حالا اصلا موضوع مریضی من در میون نیاد. خب این حاله و بد می‌کنه، ناراحتم می‌کنه، با خودم شور دارم که الان کی بخواد چی چی بگه!».

پذیرش بیماری به عنوان یک راهبرد انطباقی به دو صورت مشاهده می‌شود؛ یکی تسلیم و پذیرش منفعلانه و دیگری پذیرش فعالانه. تسلیم و پذیرش منفعلانه، اغلب بعد از گذشت زمان بروز می‌کند، به طوری که آزمودنی شماره ۱ بعد از گذشت ۱۵ سال از بیماری می‌گوید: «الان دیگه بهش فکر نمی‌کنم، کاری نمی‌تونم انجام بدم، تلاشی برای بهبود هم نمی‌کنم، ناشکری هم نمی‌کنم...». افرادی که از پذیرش فعالانه استفاده می‌کنند در ابتدا می‌پذیرند که بیمار هستند و سپس برای مراقبت از خود و رویارویی با بیماری، خود را به تجهیزاتی مجهز می‌کنند. از جمله این تجهیزات عبارتند از؛ رعایت نکات سلامتی و بهداشتی، استفاده از داروهای گیاهی، پیاده روی، تفریح، ارتباط برقرار کردن با دیگران، مطالعه در مورد بیماری. یکی از مواردی که در این زمینه در بین مبتلایان به طور شایع و با رویکردی مثبت مطرح می‌شود برقراری ارتباط با بیماری و دوستی با بیماری است و بنابراین تلاشی پویا برای زنده گی کردن است. بسته به نوع استفاده، این راهبرد، می‌تواند در هر دو گروه راهبردهای انطباقی قرار گیرد. تلاش‌هایی که بیشتر متمرکز بر هیجان‌ات هستند مانند شرکت در روابط و تفریحات سالم و نشاط‌آور، روی آوردن به هنر و از این قبل موارد در زمره راهبردهای انطباقی متمرکز بر هیجان هستند. در همین راستا راهبرد استفاده از تکنیک‌های رفتاری آرامش بخش

جدول ۴. راه کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری.

| راه کارهای انطباقی | مکانیسم های دفاعی |
|---|--|
| <p><u>راهبردهای متمرکز بر مساله</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی مجدد و مثبت بیماری • کسب اطلاعات و مطالعه در مورد بیماری • استفاده از سایر روش های درمانی همراه (زنیور درمانی، داروهای گیاهی، مراجعه به روانشناس) • هماهنگی با بیماری (شناسایی عوامل تشدید کننده علائم، شناسایی نوع بروز حمله در هر فرد و شناسایی علایم ابتدایی حملات، نوع مواجهه موثر اولیه با حمله، رژیم ها، داروها، رعایت نکات بهداشتی و رژیم تغذیه ای) • تسلط یافتن بر بیماری و تلاش برای کنترل علائم • شناسایی افکار منفی و مقابله با آنها • تلاشی پویا برای زنده گی کردن • تغییر سبک زندگی (رها کردن علایق، اهداف و فعالیت های گذشته، ارزیابی مجدد مسیر زندگی گذشته، کنار گذاشتن اشتباهات گذشته، هدف گزینی جدید برای زندگی با توجه به شرایط جدید) • حل مساله «چرایی» • پذیرش فعالانه بیماری • راهبردهای مقابله با افسردگی | <p><u>مکانیسم های پاتولوژیک</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • انکار <p><u>مکانیسم های نپخته</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • پرخاشگری منفعلانه • اقدام به عمل (پرخاشگری نسبت به خدا، خانواده، دیگران) <p><u>مکانیسم های نوروتیک</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • توجیه و دلیل تراشی • اجتناب، فرار • سرکوبی • افسردگی • گوشه گیری و انزواطلبی <p><u>مکانیسم های پخته</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • فرونشانی یا ساپرس • پیوندجویی • والایش |
| <p><u>راهبردهای متمرکز بر هیجان</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • اجتناب • دریافت کمک از دیگران و کسب حمایت های اجتماعی ✓ ایجاد روابط با متخصصین ✓ ایجاد روابط با هم نوعان و یا دوستان جدید • گریز از جمع و تنهایی • پذیرش بیماری ✓ پذیرش و تسلیم منفعلانه ✓ پذیرش فعالانه • تلاشی پویا برای زنده گی کردن • استفاده از تکنیک های رفتاری | |
| <p><u>راهبردهای معنوی و مذهبی</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ارزشمند سازی تجربه درد و رنج • رفتارهای معنوی و دینی • افکار و عقاید دینی و معنوی • برقراری روابط و سفرهای معنوی <p>(ارتباط با خدا و اهل بیت، اعتقاد به باورهایی مانند شفا، اجر اخروی بیماری، جبران پذیر بودن کاستی های دنیا در آخرت و توکل، انجام مناسک دینی مانند نماز، پرداخت خمس، دعا و توسل، رفتن سفرهای زیارتی، کمک به والدین، کمک به مستضعفین و بخشایشگری، نوع دوستی و خوش اخلاقی، مطالعه کتب مذهبی، تفسیر قرآن و نهج البلاغه و سایر کتب در این زمینه ها، و شرکت در کلاس های اخلاقی و تفسیری، ارزشمند سازی تجربه درد و رنج)</p> | |

نتیجه‌گیری و بحث

مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای انطباقی به عنوان دو ابزار عمده رویارویی با بیماری در مبتلایان به ام‌اس بلافاصله بعد از اطلاع ایشان از بیماری فعال می‌گردد. وجه تمایز اصلی راهبردهای انطباقی از مکانیسم‌های دفاعی آگاهانه بودن آنهاست، همچنین به طور کلی واژه راهبردهای انطباقی برای راه‌کارهایی استفاده می‌شود که سازگارانه هستند و منجر به کاهش سطح اضطراب فرد می‌شوند. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که مکانیسم‌های دفاعی در هر چهار گروه مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما در بین آزمودنی‌ها، دو گروه مکانیسم‌های پاتولوژیک و ناپخته با فراوانی بیشتری به کار گرفته می‌شوند. در واقع این نتایج موید مطالعه شهیدی شادکام و همکاران (۱۳۸۸) است که؛ افرادی که در اثر مواجهه درازمدت با استرس دچار مجموعه‌ای از بیماری‌های فیزیولوژیکی می‌شوند، اغلب از مکانیسم‌های دفاعی پاتولوژیک و ناپخته استفاده می‌کنند. انکار عمده‌ترین مکانیسم دفاعی مورد استفاده و تنها مکانیسم از گروه پاتولوژیک، است که در ابتدای دریافت تشخیص بیماری به کار می‌رود و اغلب با گذشت زمان به سایر مکانیسم‌ها تغییر شکل می‌دهد. این نتایج همراستا با نظریه کوبلر راس در مواجهه با سوگ و شرایط بسیار دشوار که از حد توان روانی فرد خارج است، می‌باشد (کوبلر راس، ۱۹۶۹).

همچنان که مطالعات وایلنت (۱۹۹۸)، به نقل از شهیدی شادکام و همکاران، (۱۳۸۸) و هایفنتیز و همکاران (۲۰۱۳) به ارتباط بین الگوهای مختلف دفاعی با میزان سلامت جسمی و اختلالات روان

تنی اشاره می‌کند و عقیده دارد رشد نیاافتگی و استفاده غیر اصولی از مکانیسم‌های دفاعی با افزایش نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی، مرگ و میر و بیماری همراه است، مطالعه حاضر نیز همراستا با مطالعه آلبیوکوئرکیو و همکاران (۲۰۱۱) در مورد اختلال انسداد ریوی مزمن، گویای این واقعیت است که مبتلایان به ام‌اس به میزان متنوعی از مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک و میزان زیادی از دو دفاع ناپخته ذکر شده، استفاده می‌کنند. به دنبال ابتلا به بیماری پرخاشگری به عنوان مکانیسم دفاعی ناپخته رایج، به صورت فعالانه و منفعلانه بروز می‌کند، این نوع بروز خشم تایید کننده مطالعه گرانمایه‌پور و همکاران (۲۰۱۱) است که بیان می‌کند؛ افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته استفاده می‌کنند بیشتر احتمال دارد مشکلات و ناراحتی‌های خود را برون‌ریزی نمایند.

از گروه دفاعی‌های نوروپیک، دو نوع دفاع افسردگی، گوشه‌گیری و انزواطلبی به طور شایعی مورد استفاده آزمودنی‌ها قرار می‌گیرد. از آنجایی که افسردگی در بین مبتلایان به ام‌اس شایع است (ادواردس و همکاران، ۲۰۱۶) در برخی از افراد به عنوان یک نوع مکانیسم دفاعی عمل کرده و منجر به جداسازی فرد از مواجهه با بیماری می‌شود. استفاده از راه‌کارهای افسرده‌وار به انزواطلبی فرد دامن می‌زند. از سوی دیگر اغلب آزمودنی‌هایی که این مکانیسم دفاعی را انتخاب می‌کنند، از روابط اجتماعی به دلیل ماهیت این روابط، مانند برچسب بیمار بودن، گریزان هستند. این نتایج که همراستا با دستاوردهای مالون و همکاران (۲۰۱۳) است معتقد است چنین شرایطی برای بیمار اضطراب

ایجاد مینماید. این درحالی است آزمودنی‌ها برای جلوگیری از برانگیختگی اضطراب از هر رفتاری که به نحوی ایشان را با بیماری روبرو نماید، اجتناب می‌ورزند. اما استفاده از این مکانیسم در درازمدت نه تنها منجر به ایجاد آرامش نمی‌شود بلکه باعث رکود، رخوت، سستی و ایجاد خلق پایین در آنها می‌گردد. بر خلاف این افراد عده دیگر از آزمودنی‌ها از طریق بیان توجیه و استدلال‌هایی برای ابتلا به بیماری مستقیماً به مساله بیماری می‌پردازند. این دسته از توجیه‌ها در برخی از موارد به حکمت و خواست خدا مرتبط می‌گردد، بنابراین این افراد که بیماری را تقدیر خدا دانسته که حتماً حکمتی در پس آن نهفته است، سعی در راضی بودن به رضای خدا می‌کنند. در واقع راهبرد انطباقی پذیرش خواست خدا که پیامد این مکانیسم توجیه است، به ایجاد آرامش در آنان کمک می‌کند. اما همین نوع تفکر در برخی از افراد به صورت یک راهبرد انطباقی هیجان محور؛ سلب مسئولیت، عمل می‌کند.

از سوی دیگر مکانیسم پیوندجویی رفتاری است که در ابعاد مختلف قابل ارزیابی است و بسته به نوع استفاده از آن می‌تواند در زمره مکانیسم‌های پخته، ناپخته و یا اساساً راهبردهای انطباقی قرار گیرد. رفتار پیوندجویی در زمره مکانیسم‌های دفاعی پخته دسته‌بندی می‌شود چنانچه در راستای مکانیسم اجتناب از تنهایی نباشد. آزمودنی‌ها به طور ناخودآگاه از رفتار پیوندجویی آرامش کسب می‌کنند و به حفظ تمامیت «ایگوی» خویش کمک می‌نمایند. نکته حایز اهمیت در مطالعه حاضر که موید یافته آلبرکیوثرکیو و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد این است که؛ آزمودنی‌هایی که از مکانیسم‌های پخته

استفاده می‌کنند به طور کلی کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌نمایند، امید زندگی بیشتری داشته و از شدت حملات آنها کاسته شده است، در واقع این دسته از مکانیسم‌های دفاعی با شدت ادراک درد ارتباط دارند. اگرچه برخی از مطالعات این یافته مطالعه حاضر را تایید می‌کنند، مثلاً سلیمی‌نژاد و یوسف‌پور (۲۰۱۵) معتقدند افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی پخته بهره می‌برند از آرامش و سلامت روانی بیشتری برخوردارند و این مکانیسم‌ها به فرد کمک می‌کند تا در مدیریت و تنظیم هیجانات خود موفق‌تر باشند، بنابراین سطح استرس کمتری را تجربه نمایند (مالون و همکاران، ۲۰۱۳، ایمانزاد و همکاران، ۱۳۹۲، هایفنیتر و همکاران، ۲۰۱۳). اما الیتون و چانگ (۲۰۱۱) بر این باورند که در بیماران مبتلا به خستگی مزمن استفاده از مکانیسم‌های پخته در دراز مدت منجر به بهبود آنها نمی‌شود و چه بسا به ایشان آسیب نیز وارد می‌کند، چراکه در طولانی مدت منجر به اجتناب فرد از مواجهه و احساس واقعی دشواری بیماری می‌گردد. اما به طور کلی همراستا با مطالعه هایفنیتر و همکاران (۲۰۱۳) که دریافتند افرادی که دارای علایم جسمانی هستند کمتر از مکانیسم‌های پخته استفاده می‌کنند، مطالعه حاضر نیز بر این باور است که؛ اگرچه به میزان بسیار محدود آزمودنی‌ها از این مکانیسم‌ها استفاده می‌کنند، اما به ایجاد آرامش و تعالی بیشتر در ایشان کمک می‌نماید. بنابراین به نظر میرسد، طبق قاعده کلی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی، بهره‌گیری از این دسته از مکانیسم‌ها در کوتاه مدت نسبت به سایر مکانیسم‌ها برای فرد سودمندتر است.

برخلاف مطالعه احدی و همکاران (۲۰۱۴) و همراستا با مطالعه‌های فارران و همکاران (۲۰۱۶) و گورتتی و همکاران (۲۰۱۰)، مطالعه حاضر نیز به این نتیجه دست یافته است که؛ اگرچه این بیماران به طور متنوع‌تری از راهبردهای مساله مدار استفاده می‌کنند، اما اغلب در رویارویی با بیماری خود از راهبرد هیجان‌مدار بهره می‌برند، اگرچه میزان استفاده از راهبرد معنوی- مذهبی نیز بسیار گسترده است. راهبردهای انطباقی مساله مدار بیشتر به فرد کمک می‌کند تا با شرایط استرس‌زا مواجه شود، اوج بحران را درک کرده و ناراحتی ناشی از آن را احساس نماید، آنچه در مکانیسم دفاعی پخته به دست نمی‌آید و سعی در اجتناب از آن می‌گردد، در حالیکه راهبردهای هیجان‌مدار بیشتر به فرد در کنترل پیامدهای هیجانی ناشی از فشار روانی استرس کمک می‌کند (احدی، ۲۰۱۴).

افرادی که تلاش می‌کنند شرایط بیماری را بپذیرند، بیشتر از راهبردهای مساله مدار استفاده می‌کنند، ارزیابی مجدد بیماری، نگاه به ابعاد مثبت آن، معنابخشی مثبت و ارزیابی مثبت بیماری راهبرد مساله مداری است که عده‌ای با استفاده از آن به تجربه‌ای از رشد و ارتقا شخصیتی در ابتلا به بیماری دست یافته‌اند. از آنجاییکه مساله «چرایی» ابتلا به بیماری یکی از عمده‌ترین دغدغه‌های همه مبتلایان است، مادامی که به طرز شایسته‌ای حل نشود باعث ایجاد تعارض و تنش در آنها می‌گردد. بنابراین یکی از راهبردهای مساله مداری که آزمودنی‌ها اتخاذ نموده‌اند حل این مساله است، که به طرق مختلفی انجام می‌شود. مطالعه در مورد بیماری و کسب اطلاعات راهبرد مساله‌مداری است که اغلب بعد از حل مساله

با استفاده از مطالعه حاضر و در راستای مطالعاتی که بر روی ارتباط بین مکانیسم‌های دفاعی و آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات جسمانی و روانی صورت گرفته است، شاید بتوان گفت استفاده از سبک خاصی از مکانیسم‌های دفاعی در رخدادهای استرس‌زای زندگی می‌تواند فرد را نسبت به ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام اس آسیب‌پذیر نماید در عین اینکه احتمال عود حملات در افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی پخته و نوروپیک استفاده می‌نمایند نیز بیشتر برآورد می‌شود. از سوی دیگر نقش مزاج را در این رابطه نیز نمی‌توان نادیده انگاشت. همان‌طور که کاروالهو و همکاران (۲۰۱۳) به دست آورده‌اند، بین نوع مزاج خلقی فرد، آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی و همچنین استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. از آنجایی که مکانیسم‌های دفاعی بعد از تولد و طی سالهای اولیه زندگی در برخورد و مواجهه با شرایط محیطی اتخاذ می‌شوند، می‌توان گفت مزاج آسیب‌پذیر در کنار شرایط محیطی پر استرس و تعارض خانوادگی (عبدخدایی و همکاران، ۱۳۹۵) در این بیماران منجر به استفاده از مکانیسم‌های ناپخته و نوروپیک می‌شود که در ابتلا به بیماری و سیر بیماری تاثیر قابل توجهی دارد.

از سوی دیگر آزمودنی‌ها برای انطباق با مساله بیماری مجموعه راهبردهایی انطباقی را نیز مورد استفاده قرار می‌دهند. اثربخشی تلاش‌های انطباقی به نوع استرس و تعارض بوجود آمده، ویژگی‌های شخصیتی فرد و شرایط محیطی بستگی دارد. همان‌طور که ذکر شد مطالعه حاضر به سه گروه کلی از راهبردهای انطباقی دست یافت (جدول ۳).

پژوهش حاضر گویای استفاده بیشتر مبتلایان به ام اس از راهبردهای هیجان مدار است. دریافت کمک از دیگران و کسب حمایت‌های اجتماعی جز این دسته از راهبردها محسوب می‌گردد. حمایت‌های اجتماعی دامنه وسیعی دارد که از خانواده، جامعه، دوستان و همکاران، کادر پزشکی تا هم نوعان گسترده شده است. و بسته به اطرافیان و نوع قضاوتی که بیمار از آنها دریافت می‌نماید این ارتباطات می‌تواند جنبه راهبرد انطباقی بیابد یا منبع تعارض و تنش باشد. به طور مثال؛ ایجاد روابط با هم‌نوعان، اگرچه در عده‌ای به عنوان راهبرد انطباقی اثر بخشی در راستای کاهش درد تحمل تنهایی مشکل است، اما برای عده‌ای مشاهده هم‌نوعانی با شرایط دشوارتر، از آنجاییکه برای آنها تداعی کننده آینده بیماری می‌باشد، ناامید کننده است. همچنین در مورد حضور در جمع؛ برخلاف افرادی که از راهبرد انطباقی دریافت حمایت اجتماعی بهره می‌برند در نظر برخی از آزمودنی‌ها جمع و دیگران بیش از آنکه یاری دهنده باشند، آزاردهنده ارزیابی می‌شوند. احساس ترحم، نگاه‌هایی که تحقیرآمیز ادراک می‌شوند و مشاهده فرد تحت عنوان «بیمار»، از جمله عواملی است که آزمودنی‌ها را به استفاده از راهبرد انطباقی گریز از جمع و تنهایی هدایت می‌نماید.

به طور کلی از میان راهبردهای هیجان مدار دو راهبرد اجتناب-فرار و جلب حمایت اجتماعی شایع‌ترین راهبردهای مورد استفاده در آزمودنی‌ها می‌باشد. این یافته همسو است با یافته‌های فاران و همکاران (۲۰۱۶) و گروتی و همکاران (۲۰۱۰) که به ترتیب بیشترین راهبردهای مورد استفاده در مبتلایان به ام اس را راهبرد اجتناب-فرار و

چرایی مفید خواهد بود. فرد طی آن به طور مستقیم با بیماری روبرو شده، جوانب مثبت و منفی آنرا مشاهده و مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همین مطالعات می‌تواند احساس تسلط و کنترل بر بیماری را افزایش دهد. کنترل کردن علائم و حمله‌ها، دستیابی به این باور که خود فرد می‌تواند باعث بهبود بیماری شود، منجر به بازگشت عزت نفس و اعتماد به نفس از دست رفته بیمار، همچنین ایجاد احساس قدرتمندی در فرد می‌شود. آزمودنی‌هایی که کنترل علائم را در دست خود می‌دانند و خود را عامل ایجاد و کاهش علائم و پلاک‌ها می‌پندارند، خود را مسئول بلاواسطه بهبود و تشدید بیماری نیز قلمداد می‌نمایند. بنابراین نسبت به درمان مسئولیت پذیرتر هستند. اغلب آزمودنی‌هایی که بیماری را پذیرفته‌اند تلاش می‌کنند خود را با آن هماهنگ سازند. این شرایط فرد را در راستای تلاش برای زنده‌گی کردن ترغیب می‌کند. تلاشی پویا برای زنده‌گی کردن راهبرد انطباقی بسیار موثری است که هم می‌تواند از منظر مساله‌مداری مورد توجه قرار گیرد و هم هیجان‌مداری، اگرچه به طور محدود مورد استفاده قرار گرفته است اما به طرز حیرت‌انگیزی به نشاط و زندگی پر بار در آزمودنی‌ها کمک می‌نماید. که همه راهبردهایی که جهت‌گیری مثبت دارند را می‌توان گامی در راستای چنین راهبردی دانست.

به طور کلی در مرور پیشینه، مدارک مستدلی مشاهده شده است مبنی بر اینکه استفاده از راهبردهای انطباقی مساله‌مدار به جای راهبردهای انطباقی هیجان مدار منجر به انطباق بهتر با مشکلات مرتبط با بیماری می‌گردد (فاران و همکاران، ۲۰۱۶). اما همان‌طور که ذکر شد نتایج

جستجوی حمایت اجتماعی ذکر نموده‌اند. همچنین مطالعه استپان‌چوک و همکاران (۲۰۱۳) که این دو راهبرد را به همراه راهبرد خودکنترلی بیشترین راهبردهای مورد استفاده در مبتلایان به لوسمی مزمن^۱ برآورد نموده‌اند.

همان‌طور زینعلی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) اشاره می‌کنند مطالعات دهه‌های اخیر بر این باورند که انسان علاوه بر ابعاد بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی دارای بعد معنوی نیز می‌باشد که به اندازه سایر ابعاد در زندگی انسان تاثیرگذار است، و بر مبنای همین بعد مهم طبیعتاً راهبردهایی برای رویارویی با بحران‌های زندگی خود نیز اتخاذ می‌نماید. ارتباط با خدا و اهل بیت، اعتقاد به باورهای مانند شفا، اجر اخروی بیماری، جبران پذیر بودن کاستی‌های دنیا در آخرت، توکل و رفتارهایی مانند انجام مناسک دینی، صدقه، دعا و توسل، سفرهای زیارتی، کمک به والدین، کمک به مستضعفین و بخشایشگری، نوع‌دوستی و خوش اخلاقی از جمله مفاهیم، باورها. رفتارهایی هستند که منجر به ایجاد آرامش و کاستن اضطراب در آزمودنیها شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد افرادی که حتی قبل از ابتلا به بیماری به باورهای دینی پایبند نبوده‌اند بعد از ابتلا تجارب مثبت و متفاوتی را کسب نموده‌اند که در راستای انطباق با بیماری آنها سودمند بوده است. به علاوه برخی از آزمودنی‌ها که به رفتارهای مذهبی پایبند نیستند نیز از راهکارهای مذهبی برای آرامش خود استفاده می‌کنند، راهبردهایی مثل خلوت کردن با خود و خدا، قرار دادن زمان‌هایی در روز برای درد دل با

خدا، رفتن به مجالس و مکان‌های مذهبی و از این قبیل موارد. از سوی دیگر جهت‌دهی سیر مطالعاتی به سمت مطالعه کتب مذهبی، شرکت در کلاس‌های اخلاقی و تفسیری، راهبردهایی مذهبی هستند که از آنجایی که به آزمودنی‌ها در راستای پذیرش درد و رنج بیماری کمک نموده‌اند منجر به ایجاد احساس بهبود کیفیت زندگی در آنها شده‌اند. ارزشمند سازی تجربه درد و رنج به عنوان یک راهبرد معنوی انطباقی محسوب می‌شود که بیشتر از طریق ارجاع به وعده‌های دینی و مذهبی اتفاق می‌افتد. شعاع کاظمی (۲۰۱۰) در بررسی راهبردهای انطباقی بیماران مبتلا به ام اس نیز به یافته مشابهی دست یافت که باورها و رفتارهای مذهبی می‌توانند راهبردهای موثر و مناسبی برای انطباق با بیماری محسوب شوند. اگر آزمودنی‌ها دارای عقاید مذهبی باشند و همزمان از درمان‌های دارویی استفاده نمایند راحت‌تر با بیماری سازگار شده و سلامت عمومی بالاتری را نشان می‌دهند. عملکرد مذهبی نه تنها بر روی آزمودنی تاثیر مثبت دارد که خانواده و اطرافیان وی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.

به طور کلی استفاده از راهبردهای انطباقی سازگار و متمرکز بر مساله که می‌تواند به رفاه روانشناختی فرد کمک شایان ذکری نماید اغلب در پیوند با مکانیسم‌های دفاعی پخته مشاهده می‌گردد که به عنوان زیر مجموعه‌ای از یک «خود» انسجام یافته است. آزمودنی‌هایی که از این راهبردهای رویارویی با مساله استفاده می‌کنند افراد معدودی هستند که از اعتماد به نفس مناسبی برخوردارند و خودپنداره آنها تا حدودی تحت تاثیر بیماری قرار گرفته است. اما از آنجایی که

1. Chronic Leukemia

آرامش بخشی و کاهش تنش و اتصال با منبع قدرت به فرد آرامش می‌دهد. استفاده از راهبرد ارزشمند ساختن تجربه درد و رنج در آزمودنی‌ها علاوه بر ایجاد آرامش به بهبود خودپنداره و احساس ارتقا شخصیت فرد نیز کمک می‌نماید. به طور خاص استفاده از راهبردهای معنوی، احساس ارتقا شخصیت و دستیابی به مراحل کمال را به فرد می‌دهد. به این ترتیب علاوه بر اینکه راهبردهای سازگاران و معنوی از یک «خود» منسجم بر می‌خیزد، به صورت یک پیکان دوسویه، به کار بردن آنها به انسجام و یکپارچگی بیشتر «خود» نیز می‌انجامد. بنابراین انسجام «خود» مخدوش شده در این بیماران بر روی انتخاب و استفاده از راهبردهای انطباقی و مکانیسم‌های دفاعی آنها به شدت تاثیرگذار است.

بیماری به طور مستقیم بر روی خودپنداره فرد تاثیر می‌گذارد در اغلب موارد مشاهده می‌شود که احساس و ادراک فرد نسبت به خود مخدوش شده و تحت تاثیر این مساله از مکانیسم‌های دفاعی پاتولوژیک، نوروتیک و نپخته و راهبردهای انطباقی ناسازگارانه و اغلب هیجان‌مدار برای رویارویی با بیماری استفاده می‌کنند. بنابراین بین استفاده از مکانیسم دفاعی انکار با راهبرد انطباقی جستجوی حمایت اجتماعی و فرار و اجتناب ارتباط وجود دارد. بسته به میزان پختگی «خود» در بین آزمودنی‌ها استفاده از راهبردهای انطباقی نیز می‌تواند سازگارانه و یا ناسازگارانه باشد. هر چه میزان پختگی فرد بیشتر باشد، بیشتر می‌تواند از برقراری روابط اجتماعی، راهبردهای معنوی، راه‌کارهای رفتاری و مکانیسم حل مساله در راستای پذیرش بیماری و کنار آمدن با بحران بیماری بهره برداری نماید. این افراد کمتر از هرگونه مکانیسم دفاعی استفاده کرده و اغلب از راهبردهایی مانند ارزیابی مجدد بیماری، تسلط یابی بر بیماری و سایر راهبردهای سازگارانه بهره می‌برند. در حالی که، افرادی که از سطح پختگی پایین‌تر و انسجام «خود» کمتری برخوردارند، بیشتر به پذیرش منفعلانه بیماری تن می‌دهند که با مکانیسم‌هایی مانند پرخاشگری منفعلانه، گوشه‌گیری و انزواطلبی، افسردگی و سرکوب در ارتباط است، که البته این شرایط در اغلب آزمودنی‌ها مشاهده می‌گردد. همچنین راهبردهای معنوی به عنوان یک گروه از راهبردهای انطباقی توانسته سطح سازگاری فرد را با بیماری به طور کلی افزایش دهد، این دسته از راهبردها از طریق

منابع

- عبدخدایی، ز.؛ شهیدی، ش. مظاهری، م. ع.؛ پناغی، ل. و نجاتی، و. (۱۳۹۵). «روابط خانوادگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه پدیدارشناختی». فصلنامه خانواده پژوهش، ۱۲ (۴۷)، ۴۵۹-۴۳۷.
- موسی زاده، ت.؛ ادیب، ع. و متولی، ر. (۱۳۸۸). «بررسی تطبیقی میزان و نحوه استفاده از مکانیسم های دفاعی در بین بیماران دیابتی و افراد سالم در سال ۱۳۸۶». مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۹ (۱)، ۶۴-۶۱.
- Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R. & Ribeiro, O. (2015). "Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 359 – 365.
- Albuquerque, S., Carvalho, E., Lopes, R., Marques, H., Macêdo, D., Pereira, E. & Carvalho, A. (2011). "Ego defense mechanisms in COPD: Impact on health- related quality of life and dyspnoea severity". *Quality of Life Research* , 1-10.
- Barlow, J., Turner, A., Rhiannon, E. & Mollie, G. (2009). "A randomized controlled trial of lay-led self-management for people with multiple sclerosis". *Patient Education and Counseling*, 77, 81-89.
- Boyce, C. & Neale, P. (2006). "Conducting in-depth interview: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input". *Pathfinder International Tool Series, Monitoring and Evaluation-2*, 325-348.
- Bsteh, G., Monz1, E., Zamarian, L., Hagspiel, S., Hegen, H., Auer, M., Wurth, S., DiPauli, F., eisenhammer, F. & Berger, T. (2017). "Combined evaluation of personality, risk and coping in MS patients: A step towards individualized treatment choice – The PeRiCoMS-Study". *Journal of the Neurological Sciences*, 376 , 71-75.
- Carvalho, A.F., Hyphantis, T.M., Taunay, T.C., Macedo, D.S., Floros, G.D., Ottoni, G.L., Fountoulakis, K.N. & Lara, D.R. (2013). "The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample". *Journal of Affective*

- Disorders*, 146, 58–65.
- Costa, D.C., Marques Sa', M.J. & Calheiros, J.M. (2013). "Social characteristics and quality of life of portuguese Multiple Sclerosis patients". *Neurology Therapy*, 2, 43–56.
- Edwards, K.A., Molton, I.R., Smith, A.E., Ehde, D.M., Bombardier, C.H., Battalio, S.L. & Jensen, M.P. (2016). "Relative importance of baseline pain, fatigue, sleep, and physical activity: predicting change in depression in adults with Multiple Sclerosis". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97 (8), 1309-1315.
- Eglinton, R. & Cheung-Chung, M. (2011). "The relationship between posttraumatic stress disorder, illness cognitions, defence styles, fatigue severity and psychological well-being in chronic fatigue syndrome". *Psychiatry Research*, 188, 245–252.
- Eimecke, S., Remschmidt, H., & Mattejat, F. (2011). "Utility of the child behavior checklist in screening depressive disorders within clinical samples". *Journal of Affective Disorders*, 129, 191–197.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*, New York: Macmillan.
- Farran, N., Ammara, D. & Darwish, H. (2016). "Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study". *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 6, 21–27.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S. & Pia Amato, M. (2010). "Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis". *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112, 127–130.
- Granmaye pour, Sh., Salehi Nezhad, MA., Sabooni ,M. & Mirahmadi, H. (2011). "Can defense styles predict psychopathology in adolescents?". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 590 – 595.
- Halim, A. & Sabri, F. (2013). "Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1829 – 1837.
- Hosseini, S. M. S., Asgari, A., Rassafiani, M., Yazdani, F. & Mazdeh, M. (2016). "Leisure time activities of Iranian patients with multiple sclerosis: a qualitative study". *Health Promotion Perspectives*, 6 (1), 47-53.
- Hughes, N., Locock, L. & Ziebland, S. (2013). "Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis". *Social Science & Medicine*, 96, 78-85.
- Hyphantis, T., Goulia, P. & Carvalho, A.F. (2013) "Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease". *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 362–369.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., Hantman, S. & Enosh, G. (2010). "Sense of coherence and socio-demographic characteristics predicting post traumatic stress symptoms and recovery in the after

- math of the Second Lebanon War”. *Anxiety Stress Coping*, 23(2),139–152.
- Krokavcova, M., van Dijk, J.P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, B.M., Gdovinova, Z. & Groothoff, J.W. (2008). “Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis”. *Patient Education and Counseling*, 73, 159–165.
- Lyons, E., & Coyle, A. (2008). *Analyzing Qualitative Data in Psychology*, Sage Publications Ltd, London.
- Malone, J.C., Cohen, S.H., Liu, S.R., Vaillant, G.E. & Waldinger, R.J. (2013). “Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health”. *Personality and Individual Differences*, 55, 85–89.
- Pakenham, K.I., & Samios, C.H. (2013). Couples coping with multiple sclerosis: a dyadic perspective on the roles of mindfulness and acceptance, *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 389–400.
- Pervichko, E. & Zinchenko, Y. (2014). “Ego defense mechanisms in patients with hypertension at work and patients with essential hypertension: a comparative analysis”. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 666 – 670.
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D.A., Serafini, G., Amore, M. & Girardi, P. (2012). “Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature”. *Journal of Psychosomatic Research*. 73, 411–417.
- Salimynezhad, S., Yusef-Poor, N. & Moghadam-Nasiri, Z. (2015). “The relationships between general health and emotional Intelligence with defense mechanisms on university students of Payame Noor University”. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 681 – 687.
- Shoaa Kazemi, M. (2010). “The relationship between religious coping strategies and mental health in MS patient”. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1387–1389.
- Stepanchuka, E., Zhirkova, A. & Yakovleva, A. (2013). “Emotional Response to the Disease in Russian Patients with Chronic Leukemia”. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 86, 248 – 255.
- Vaillant, G.E. (2000). “Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology”. *American Psychologist*, 55, 89–98.
- World Health Organization (WHO). Atlas: Multiple Sclerosis resources in the world. Geneva: WHO and Multiple Sclerosis International Federation; 20.