

تبیین مشکلات روانشناختی و رفتارهای مقابله‌ای زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک

پژوهش کیفی

- مرضیه حاجی‌بابایی^۱، *محمدباقر کجباغ^۲، مریم اسماعیلی^۳، محمدحسین حریرچیان^۴، علی منتظری^۵
۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استاد نورولوژی، مرکز تحقیقات مغز و اعصاب ایران، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. استاد پژوهش، گروه پژوهشی سلامت جامعه، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۰۱)

Explanation of Psychological Problems and Coping Behaviors among Women with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study

Marzieh Hajibabaei¹, *Mohammad Bagher Kajbaf², Maryam Esmaeili³, Mohammad Hossein Harirchian⁴, Ali Montazeri⁵

1. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
4. Professor in neurology, Iranian Center of Neurological Research, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Professor in Research, Population Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran.

Qualitative Article

(Received: Feb. 26, 2020 - Accepted: May. 21, 2020)

مقاله کیفی

Abstract

Objective: Multiple sclerosis (MS) is the most prevalent neurologic disabling disease in young ages accompanied by psychological side effects. Recently prevalence of MS has been rising in Iran. The aim of the present study was to explanation of psychological problems and coping behaviors among women with multiple sclerosis. **Method:** This was a qualitative study. In all 15 women with MS participated in study. Patients were selected in a convenience sampling method. Semi-structured interview was used for data collection. The data were collected until saturation achieved. After coding, the data was analyzed through conventional content analysis. **Findings:** In general, five themes emerged from analysis as psychological problems. These were poor life skills, inadequate (avoidant) coping strategies, depression and emotional- cognitive distortions, relationship problems and fear of solitude including emotional dysregulation, marital, family and social relationships, cultural beliefs and MS stigmatization. In addition, extra five themes emerged as coping behaviors. These were, spiritual-religious coping, acquiring moral values, confidence on god strength and belief in eternal life, search of meaning and being purposeful, active (problem-focused) coping strategies. **Conclusion:** The findings suggest that to overcome problems among women with MS, developing a comprehensive caring intervention and coping strategies are needed insuring that they include active (problem-focused), and spiritual-religious coping strategies.

Keywords: Psychological Problems, Coping Behaviors, Multiple Sclerosis, Women.

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس، شایع‌ترین بیماری نورولوژی ناتوان‌کننده در سنین جوانی است که عوارض روانشناختی مختلفی نیز به همراه دارد. در سالیان اخیر، میزان شیوع MS، روند فزاینده‌ای داشته است. هدف از انجام این پژوهش، تبیین مشکلات روانشناختی و رفتارهای مقابله‌ای زنان مبتلا به MS بود. روش: این پژوهش به روش کیفی انجام گردید. ۱۵ بیمار زن مبتلا به MS به روش نمونه‌گیری دردسترس در این پژوهش شرکت کردند. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته تا رسیدن به اشباع نظری به‌دست آمد و به روش تحلیل محتوای مرسوم، تحلیل گردید. یافته‌ها: مشکلات اصلی بیماران شامل ضعف مهارت‌های زندگی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و آسیب‌زای افسردگی و ضعف عملکرد شناختی و هیجانی، باورهای فرهنگی و انگ بیماری MS، عدم تنظیم هیجانات، مشکلات ارتباط زناشویی و اختلال در روابط اجتماعی به دست آمد. ۵ مضمون اصلی رفتارهای مقابله‌ای بیماران نیز عبارت بودند از: مقابله مذهبی-معنوی، اعتماد به قدرت برتر الهی، اعتقاد به ادامه حیات پس از مرگ، هدفمندی و جستجوی معنای زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد. نتیجه‌گیری: به‌منظور غلبه بر مشکلات زنان مبتلا به MS، تدوین یک مداخله جامع مراقبتی و راهکارهای مقابله‌ای با توجه ویژه به مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد (مسئله مدار) و نیز راهبردهای مقابله معنوی-مذهبی موردنیاز است.

واژگان کلیدی: مشکلات روانشناختی، رفتارهای مقابله‌ای، مولتیپل اسکلروزیس، زنان.

*نویسنده مسئول: محمدباقر کجباغ

*Corresponding Author: Mohammad Bagher Kajbaf

Email: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

مقدمه

داشتن در معرض سموم شغلی، استرس و حتی در مطالعات اخیر، عفونت‌های ویروسی خاصی همانند ویروس اِپِشْتِن-بَار^۶ و عفونت‌های باکتریایی مثل مایکوپلازما پنومونیا^۷ ممکن است در بروز این بیماری نقش داشته باشند (اعظمی، یکتاکوشالی، شحانی، خورشیدی و محمودی، ۲۰۱۹).

MS بالقوه ناتوان‌کننده است و عوارض متعددی به همراه میزان بالای بار بیماری^۸ را نیز به دنبال دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۵). علائم اولیه شامل خستگی، ضعف، بی‌حسی، اختلال در راه رفتن، مشکلات بینایی، عدم تعادل، سرگیجه، مشکلات مثانه و روده، تغییر در عملکرد جنسی، مشکلات شناختی، درد، ضعف عضلانی و اسپاسم می‌باشد (استویفبرگن، بلوژیس، هریسون و بکر^۹، ۲۰۰۶).

بیماران مبتلا اغلب از عوارض روانشناختی همانند اضطراب، افسردگی، خستگی، احتمال خودکشی نیز رنج می‌برند و کیفیت زندگی پایینی را گزارش می‌کنند (مک‌کابه و مک‌کرن^{۱۰}، ۲۰۰۲). خستگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علائم است که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می‌شود. بیش از نود درصد بیماران از خستگی شکایت دارند و خیلی از آن‌ها خستگی را بیشترین عامل ناتوانی ذکر می‌کنند

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS)، شایع‌ترین بیماری التهابی تخریب‌کننده غلاف میلین است که سیستم اعصاب مرکزی را درگیر می‌نماید و تظاهرات بالینی مختلفی نیز به همراه دارد (یانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ لری، موریو، فرومونت و ادن^۳، ۲۰۱۶). بالاترین شیوع بیماری استاندارد شده بر اساس سن در آمریکای شمالی (حدود ۱۶۴/۶ در صد هزار) و کمترین شیوع در اقیانوسیه (حدود ۲ در صد هزار) گزارش شده است (والین^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران، میزان شیوع MS، ۵۱/۵ در صد هزار است که یکی از کشورهای پرخطر در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا محسوب می‌شود (حیدرپور و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین نسبت ابتلای زنان به مردان در ایران، بیش از ۳ برابر است (اسکندریه و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع MS در تهران، ۱۱۶ در صد هزار گزارش شده است (محبی، اسکندریه، منصورنیا، مهاجر و صحراپیان، ۲۰۱۹).

علت اصلی MS هنوز ناشناخته است. یک فرضیه، علت آن را حمله خودایمنی توسط ماکروفاژها، سلولهای تی کشنده، لیمفوکینها^۵ و آنتی‌بادی‌ها در هنگام ورود به مغز، علیه میلین یا آنتی‌ژن‌های الیگودندروسیتی می‌داند. ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی همانند عرض جغرافیایی، رنگ پوست، مصرف ویتامین D، مهاجرت، نوع تغذیه، مصرف دخانیات، قرار

6. Epstein-Barr virus (EBV)

7. mycoplasma pneumonia

8. Burden of the disease

9. Stuifbergen, Blozis, Harrison, & Becker

10. McCabe, & McKern

1. Multiple sclerosis

2. Young

3. Leray, Moreau, Fromont, & Edan

4. Wallin

5. Lymphokines

مبتلا به ام‌اس شدید و مراقبین آن‌ها پرداختند. این نیازها فراتر از موضوعات صرفاً پزشکی در حوزه روانی-اجتماعی نیز نمایان بود. چهار حوزه اصلی، مدیریت زندگی روزمره، روانی-اجتماعی، سازماندهی و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و بهداشتی را شامل گردید. نیازهایی از قبیل مدیریت علائم، بهداشت فردی، اوقات فراغت و تعطیلات، فعالیت‌های روزانه، جابجایی در خارج از منزل، روابط شخصی و ارتباطات اجتماعی، بهزیستی روانی و نقش اجتماعی، مسائل فرهنگی، به‌طور مثال، کاهش انگ بیماری و احترام به افراد ناتوان، موضوعات حقوقی همانند برقراری عدالت و کاهش موانع در ساختار معماری.

خفتان و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش کیفی خود مبنی بر تبیین مشکلات فردی زنان مبتلا به MS، یکی از زیر طبقات را مشکلات روانی، شامل وسواس شدید، زودرنجی و عصبانیت، از دست دادن عزت‌نفس و استقلال، بی‌حوصله و بی‌دقت شدن، افکار خودکشی، احساس روزمرگی، اضطراب، افسردگی، کاهش انگیزه، احساس تنهایی، انتظار مرگ و احساس شرم، به‌دست آورد. عبدخدایی، شهیدی، مظاهری، پناغی و نجاتی، (۱۳۹۵) در مطالعه پدیدارشناسانه خود نشان دادند که یکی از نگرانی‌های اصلی بیماران مبتلا به MS، روابط خانوادگی در سطوح والدین، فرزندان و زوج است و تعارضات مزمن در خانواده می‌تواند یکی از عوامل ابتلا به بیماری و تشدید علائم باشد، همچنین روابط همدلانه نیز می‌تواند بهبود بیماری، مشارکت بیمار در درمان، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش عود را سبب

(شاه^۱، ۲۰۰۹). افسردگی نیز ممکن است در ۳۴-۵۷ درصد بیماران تجربه شود و شیوع سالانه اختلال افسردگی اساسی نیز ۱۵/۷ درصد، یعنی حدود دو برابر جمعیت عادی (۷/۴ درصد) است (پتن^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). بیماران مبتلا به MS نسبت به جمعیت عادی احتمال خطر خودکشی بالاتری نیز دارند (فاینشتن^۳، ۲۰۰۲؛ پمپیلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترنر^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). اضطراب یکی دیگر از علائم ناتوان‌کننده در این بیماران است. بطوریکه در یک مطالعه ۳۴ درصد گزارش شده است و بیش از ۹۵ درصد بیماران مبتلا در دوره‌ای از زندگی خود به‌طور همزمان از اختلالات روانپزشکی نیز رنج می‌برند (کاله و ایچچه^۶، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های کیفی معدودی در زمینه بیماری MS انجام گردیده است. کافمن و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق کیفی خود نشان دادند، تفاوت‌های میان‌فرهنگی و درون‌گروهی، استادهای معنایی درخصوص علت ایجاد بیماری را در میان سیاهپوستان کاراییبی و سفیدپوستان بریتانیایی مبتلا به MS را متفاوت می‌سازد؛ و آگاهی حرفه‌ای از فرآیندهای مورداستفاده بیماران، خدمات‌رسانی مراقبین حوزه سلامت را در جهت حمایت مؤثر و نیز ایجاد منابع مراقبتی روانی-اجتماعی از ایشان تسهیل می‌نماید.

بورینی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه کیفی خود به شناسایی نیازهای برآورده نشده بیماران

1. Shah
2. Patten
3. Feinstein
4. Pompili
5. Turner
6. Chalah, & Ayache

دادند که بیماران مبتلا به MS نسبت به جمعیت عادی، کمتر از سبک‌های مقابله‌ای مثبت و متمرکز بر حل مسئله استفاده می‌کنند و سبک مقابله‌ای مورد استفاده ایشان، غالباً از نوع اجتنابی است. راهبرد اجتنابی یک عامل خطر در ایجاد پاسخ ناکارآمد به وقایع تنش‌زاست.

بیماری MS در ایران در سالیان اخیر از شیوع رو به تزاید برخوردار بوده و نیز با توجه به ابتلای دو تا سه برابری زنان نسبت به مردان، همچنین از آنجاکه بیشتر بیماران، سنین بین ۲۰ تا ۵۰ سال هستند (اعظمی و همکاران، ۲۰۱۹) که زمان اوج فعالیت و باروری زنان است مزمن بودن بیماری، عدم وجود درمان قطعی و عوارض متعدد ناشی از آن خصوصاً معلولیت‌های احتمالی، نشانگر آن است که وضعیت موجود بیماری و وجوه مختلف آسیب‌شناختی آن و همچنین چگونگی تأثیر بر کیفیت زندگی، هنوز ناشناخته‌های بسیاری دارد. از آنجاکه تحلیل عمیق پدیده‌های انسانی نیازمند تحقیق کیفی است و نیز با توجه به نقش کلیدی سلامت زنان جامعه در سلامت خانواده و اجتماع و همچنین با در نظر گرفتن پیشینه پژوهش و اهمیت عوارض متعدد روانشناختی همراه با بیماری MS و با هدف استفاده از دستاوردهای پژوهش در ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش حاضر با هدف تبیین مشکلات روانشناختی و راهکارهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، طراحی گردید.

گردد.

غفوری، دهقان نیری، خاکبازان، هدایت نژاد و نبوی، (۲۰۲۰) نشان دادند، MS یک چالش جدی برای زنانی است که قصد باروری و مادر شدن دارند. مقوله‌های اصلی، شامل نگرانی از بارداری، شکست در ایفای نقش مادری، احساس باروری تهدیدشده و فقدان حمایت اجتماعی به دست آمد.

از سوی دیگر، راهبردهای مقابله‌ای، راهبردهایی هستند که افراد برای کاهش تنش ناشی از وقایع تنش‌زا بکار می‌برند (کردی، بنایی هروان، اصغری پور، مظلوم و اخلاقی، ۱۳۹۵). به طور کلی، راهبردهای مقابله‌ای بر دو نوع است: مقابله مسئله مدار^۱ و مقابله هیجان‌مدار^۲. معمولاً زمانی که فرد، احتمال کنترل و تغییر موقعیت تنش‌زا را بدهد از راهبرد مسئله مدار استفاده می‌کند و در جهت بهبود شرایط تلاش می‌کند. راهبرد هیجان‌مدار یعنی تنظیم پاسخ هیجانی فرد که در صورت عدم کنترل بر شرایط تنش‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد (علیپور، هاشمی، باباپور، توسی، ۲۰۱۰). بطورمثال، انکار، جستجوی حمایت اجتماعی، انجام آداب مذهبی و تسلیم شدن نمونه‌هایی از راهبرد هیجان‌مدار هستند (گورتی^۳، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان داده که هر دو نوع راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران MS دارند (مک‌کابه، مک‌کرن، مک‌دونالد^۴، ۲۰۰۴).

هرچند گورتی و همکاران (۲۰۱۰) نشان

1. Problem-focused coping
2. Emotional-focused coping
3. Goretti
4. McDonald

روش

مطالعه حاضر به روش کیفی انجام گردید. پس از تصویب موضوع پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان با شناسه IR.UI.REC.1397.176 و همچنین انجمن MS ایران، شرکت کنندگان در پژوهش به روش نمونه‌گیری دردسترس از بیماران مراجعه‌کننده به واحد جامع MS^۱ بیمارستان امام خمینی و انجمن MS شهر تهران و با کسب رضایت آگاهانه تا حد اشباع نظری داده‌ها، انتخاب شدند. اشباع داده یا اشباع نظری، رویکردی است که در پژوهش‌های کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری مورد استفاده قرار می‌گیرد و به این معناست که خصوصیات یک دسته یا طبقه تئوریک به اشباع رسیده است (هسه-بایبر و لوی^۲، ۲۰۱۰؛ به نقل از رنجبر و همکاران، ۱۳۹۱).

ابزار پژوهش حاضر، مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته بود. معیارهای ورود به پژوهش، قطعی بودن بیماری MS بر اساس پرونده پزشکی و نظر متخصص مغز و اعصاب، جنسیت مونث، مدت زمان ابتلا بیش از ۶ ماه و عدم ابتلا به بیماری مهم دیگری غیر از MS به‌طور همزمان بوده است. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در پژوهش و عود حمله بیماری بود. جهت انتخاب بیماران برای مصاحبه، هیچ محدودیتی از لحاظ وضعیت جسمانی و عوامل دموگرافیک نداشتیم. در قسمت مصاحبه و نظرخواهی از متخصصین، ۲ نفر روانشناس، ۲ نفر روانپزشک، ۲ نفر متخصص مغز

و اعصاب که همگی از اعضای هیات علمی بودند و تجربه کار با بیماران MS را نیز داشتند، انتخاب گردیدند.

پس از مصاحبه با ۱۵ بیمار زن مبتلا به MS، کدگذاری و تحلیل محتوا توانستیم مشکلات اصلی بیماران و نیز روش‌های مقابله‌ای مورد استفاده ایشان را شناسایی نماییم. مدت مصاحبه با بیماران حدود نیم ساعت تا چهل و پنج دقیقه بوده است. مصاحبه‌ها، پس از ضبط، پیاده‌سازی گردید. مصاحبه نیمه ساختاریافته با سؤالاتی از قبیل: "اولین واکنش شما به تشخیص بیماری MS چه بود؟"، "پس از ابتلا، با چه مشکلات روانشناختی درگیر بودید؟" شکل گرفت. واکنش خانواده شما به بیماری شما چه بود؟"، "آیا مایل بودید دیگران از بیماری شما اطلاع داشته باشند؟ آیا ارتباط شما با دوستان و همکاران تغییر کرد؟"، "آیا کمک و یا حمایت خاصی برای کاهش استرس‌های ناشی از بیماری دریافت کرده‌اید؟"، "چه عواملی در آرامش شما نقش دارند؟". گاهی نیز برای تبیین موضوع از سؤالات اکتشافی استفاده شد. همانند "لطفاً بیشتر توضیح دهید و مثال بزنید" اجرا گردید. مصاحبه با متخصصین نیز به‌صورت نیمه ساختاریافته و با طرح سؤالاتی از قبیل: از نظر شما ابعاد روانشناختی بیماری MS چه مواردی هستند؟" "بیماران از چه راهکارهایی برای کاهش مشکلات خود استفاده می‌نمایند؟" آیا حضور روانشناس را در تیم درمانی لازم میدانید؟ (از چه زمان و چگونه)" و به نظر شما چه ابعادی از بیماری MS باتوجه به فرهنگ کشور ما نیاز به بررسی

1. Comprehensive MS Unit
2. Hesse-Biber & Leavy

دارد؟" به انجام رسید.

جسمانی نداشتند. اطلاعات جمعیت شناختی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. فهرستی از مشکلات اصلی روانشناختی و روش‌های مقابله و سازگاری بیماران در جدول شماره ۲ آورده شده است. دو حوزه اصلی مشکلات روانشناختی، شامل ضعف مهارت‌های روانشناختی و مشکلات حوزه ارتباطی می‌باشد.

مضامین اصلی حوزه ضعف مهارت‌های روانشناختی مشتمل شامل ضعف مهارت‌های زندگی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و آسیب‌زا (اجتنابی)، افسردگی و ضعف عملکرد شناختی و هیجانی، باورهای فرهنگی و انگ بیماری MS و مضامین اصلی مشکلات حوزه ارتباطی مشکلات ارتباطی و ترس از تنهایی شامل عدم تنظیم هیجان‌ات، مشکلات ارتباط زناشویی، مشکلات ارتباطی در حوزه خانواده و دوستان، اختلال در روابط اجتماعی، به‌دست آمد.

نمونه اظهارات بیماران در زمینه مشکلات روانشناختی پس از تشخیص بیماری MS: "کاش اوایل بیماری، اطلاعات بیشتری داشتم که انقدر الکی، استرس نداشته باشم. دایم سر بچه‌هام داد می‌زد. با شوهرم هم رابطه نداشتم. الان تازه فهمیده‌ام میتونه از افسردگی باشه. می‌ترسم، نکنه شوهرم طلاقم بده" (شرکت‌کننده شماره ۹: ۴۵ ساله، دیپلم، خانه‌دار).

مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و آسیب‌زا (اجتنابی): "اصلا این ام‌اس هم بهانه‌ای شده برای تنبلی ما، دنبال کار و کلاس و ... نمی‌ریم، هی توجیه می‌کنیم. در صورتیکه، خیلی کارها ربطی به

روش تحلیل کیفی از نوع تحلیل محتوای عرفی (مرسوم)^۱ و نیز از طریق کدگذاری باز، محوری (انتخاب مفاهیم) و مقوله‌بندی مفاهیم مرتبط و با نظرخواهی از متخصصین به انجام رسید. رمزگذاری و مقوله‌بندی مطالب در تحلیل محتوای عرفی بدون در نظر گرفتن پیشینه تئوریک و همزمان با مصاحبه آغاز می‌شود (ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰). سپس با توجه به موضوع، مرحله‌به‌مرحله با تعیین واحد معنا و فشرده‌سازی آن کدگذاری‌ها انجام شد و در نهایت با ترکیب کدها، مقوله‌ها تعیین و مفاهیم کلی از جمع‌بندی مقوله‌ها استخراج گردید.

یافته‌ها

در مجموع با ۱۵ بیمار زن مبتلا به MS مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. بیماری اکثریت بیماران (۱۱ نفر) از نوع عودکننده- فروکش‌کننده و ۴ نفر مبتلا به نوع پیش‌رونده ثانویه بودند. میانگین سنی بیماران ۴۱/۸ و میانگین سالهای بیماری ۱۲/۰۶ بود. ۳ نفر از بیماران پس از ابتلا به MS ازدواج کرده بودند؛ و دو نفر هم به دلیل ابتلا به MS طلاق گرفته بودند. ۵ بیمار نیز به دلیل MS دچار ازکارافتادگی شده بودند. ده نفر از بیماران، تحصیلات دانشگاهی داشتند که البته قبل از ابتلا به MS مدرک گرفته بودند و یک نفر به دلیل بیماری و عوارض آن، تحصیل خود را در مقطع کارشناسی ارشد رها کرده بود. از لحاظ وضعیت جسمانی نیز ۱۰ نفر هیچ‌گونه محدودیت

اختلال در روابط اجتماعی: "متاسفانه تو جامعه ما فقط به آدم سالم ارزش میدن و اگر بدونن مریضی ترحم میکنن. حتی ممکنه از کار اخراج کنن. من که به اطرافیان نگفتم ام اس دارم. فقط شوهرم می‌دونه و مامانم" (شرکت‌کننده شماره ۱۱: ۲۸ ساله، دیپلم، خانه‌دار).

همچنین، ۵ مضمون اصلی رفتارهای مقابله‌ای و سازگاری بیماران با بیماری MS نیز عبارت بودند از: مقابله مذهبی- معنوی و کسب ارزش‌های اخلاقی، اعتماد به قدرت برتر الهی و اعتقاد به ادامه حیات پس از مرگ، هدفمندی و جستجوی معنای زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و مسئله‌مدار.

نمونه اظهارات بیماران در زمینه رفتارهای مقابله‌ای زنان مبتلا به MS:

مقابله مذهبی- معنوی و کسب ارزش‌های اخلاقی: "راستش وقتی دیدم درمانی نداره، دلم شکست، بیشتر به خدا پناه بردم و از خودش کمک خواستم. قبلا نماز نمی‌خوندم الان نماز مغرب و عشا رو میرم مسجد می‌خونم. اتفاقا ازش خیلی انرژی گرفتم و کلی دوستان حاج خانم مسجدی پیدا کردم خیلی هم تحویل گرفتند توقع نداشتم" "از وقتی مریض شدم شروع کردم به کارهای خیریه، آروم میکنه، هم در انجمن (ام اس) و هم مسجد محله مون. اصلا حالا قدر تواناییهام و بهتر می‌دونم." (شرکت‌کننده شماره ۵: ۴۱ ساله، لیسانس، بیکار).

بیماریمون نداره" (شرکت‌کننده شماره ۵: ۴۱ ساله، لیسانس، بیکار).

افسردگی و ضعف عملکرد شناختی و هیجانی: "اول که دکتر گفت ام اس داری ترسیده بودم. اونموقع اطلاعات زیاد نبود. انگار بین زمین و آسمان معلق بودم. حتی مثل اینکه بدنت هم مال خودت نیست. همه چیز و باید سعی و خطا میکردم تا یاد بگیرم" (شرکت‌کننده شماره ۷: ۴۶ ساله، فوق‌دیپلم، ازکارافتاده).

باورهای فرهنگی و انگ ناشی از بیماری: "پسرای جامعه ما با دختری که ام اس داره ازدواج نمیکنن یعنی بیشتر، خونواده‌هاشون نمیزارن. میترسم تنها بمونم. یکبار عقد کردم بخاطر ام اس طلاقم دادن" (شرکت‌کننده شماره ۵: ۴۱ ساله، لیسانس، بیکار).

عدم تنظیم هیجانات، مشکلات ارتباط زناشویی: "چون دکتر خیلی دیر تشخیص دادن خیلی اذیت شدم. شوهرم هم حمایت عاطفی نمی‌کنه فکر می‌کنه همه چی پوله. چندین بار خیانت کرده. افسردگی شدید گرفتم چندین بار حمله داشتم. بخاطر بچه‌ها موندم" (شرکت‌کننده شماره ۳: ۴۴ ساله، فوق‌دیپلم، ازکارافتاده).

مشکلات ارتباطی در حوزه خانواده و دوستان: "اولای مریضی همه دور و برت هستند. البته خیلیم دردی دوا نمیکنن، کم کم، انگار خسته می‌شن. یه دفعه هم آدم و تنها میزارن. فقط خودت میمونی و خودت، حتی شوهر منم که حامی خوبی بود، الان خودش بخاطر ناراحتی قلبی پرستار می‌خواد" (شرکت‌کننده شماره ۱۴: ۶۰ ساله، دیپلم، خانه‌دار).

حاجی بابایی و همکاران: تبیین مشکلات روانشناختی و رفتارهای مقابله‌ای زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس...

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی بیماران

| شرکت کننده | مدت زمان سالهای بیماری | نوع بیماری | سن | وضعیت فیزیکی | تحصیلات | شغل | وضعیت ازدواج |
|------------|------------------------|------------------|----|------------------|--------------------|-------------|------------------|
| ۱ | ۱۲ | عود- بهبود | ۳۷ | بدون محدودیت | فوق دیپلم | خانه دار | متاهل |
| ۲ | ۲۰ | پیش رونده ثانویه | ۵۴ | راه رفتن با عصا | لیسانس | ازکارافتاده | متاهل |
| ۳ | ۱۳ | پیش رونده ثانویه | ۴۴ | راه رفتن به سختی | فوق دیپلم | ازکارافتاده | متاهل |
| ۴ | ۶ | پیش رونده ثانویه | ۴۵ | با ویلچیر | دکتر | ازکارافتاده | متاهل |
| ۵ | ۱۲ | عود- بهبود | ۴۱ | بدون محدودیت | لیسانس | بیکار | مطلقه به دلیل MS |
| ۶ | ۱۵ | عود- بهبود | ۴۰ | بدون محدودیت | دیپلم | آزاد | مطلقه به دلیل MS |
| ۷ | ۸ | عود- بهبود | ۴۶ | بدون محدودیت | فوق دیپلم | ازکارافتاده | متاهل |
| ۸ | ۱۱ | عود- بهبود | ۴۱ | بدون محدودیت | لیسانس | آزاد | متاهل |
| ۹ | ۱۵ | عود- بهبود | ۴۵ | راه رفتن به سختی | دیپلم | خانه دار | متاهل |
| ۱۰ | ۱۱ | عود- بهبود | ۴۱ | بدون محدودیت | لیسانس | خانه دار | متاهل |
| ۱۱ | ۸ | عود- بهبود | ۲۸ | بدون محدودیت | دیپلم | خانه دار | متاهل |
| ۱۲ | ۳ | عود- بهبود | ۳۴ | بدون محدودیت | لیسانس | ازکارافتاده | مجرد |
| ۱۳ | ۱۶ | عود- بهبود | ۳۳ | راه رفتن به سختی | دانشجوی فوق لیسانس | بیکار | مجرد |
| ۱۴ | ۱۵ | عود- بهبود | ۶۰ | بدون محدودیت | دیپلم | خانه دار | متاهل |
| ۱۵ | ۱۶ | عود- بهبود | ۳۸ | بدون محدودیت | دیپلم | آزاد | متاهل |

| حوزه اصلی | مضمون اصلی | مضامین فرعی |
|--------------------------|--|---|
| ضعف مهارت‌های روانشناختی | مشکلات ناشی از ضعف مهارت‌های زندگی | عدم شناخت و درک درست از بیماری MS و عوارض آن کمبود مهارت‌های مدیریت استرس و کنترل خشم عدم مدیریت روابط ترس از تنهایی و شکست ازدواج |
| | راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد و آسیب‌زا (اجتنابی) | بهبان‌جویی و عذرتراشی عدم شناخت درست از توانمندی‌ها |
| | افسردگی و کاهش انگیزه و اعتمادبه‌نفس ناشی از آن | کمبود مهارت خودکنترلی و مدیریت شرایط عدم شناخت کافی از بیماری و پیشگیری از عوارض آن |
| | ضعف عملکرد شناختی و هیجانی | ترس از تنهایی تعمیم افراطی |
| مشکلات حوزه ارتباطی | مشکلات فرهنگی | ترس از آینده |
| | باورهای غلط شناختی | عدم توانایی تصمیم‌گیری ضعف مدیریت هیجانی عدم رضایت از روابط زناشویی |
| | مشکلات ناشی از عدم تنظیم هیجان‌ات و ارتباط زناشویی | آزردگی از روابط غیر حمایتی و آزاردهنده تنهایی ناخوسته |
| مشکلات حوزه ارتباطی | مشکلات ارتباطی در حوزه خانواده و دوستان | اتخاذ رفتار منفعلانه و اجتنابی ترس از قضاوت شدن |
| | اختلال در روابط اجتماعی | |
| | باورهای غلط اجتماعی انگ ناشی از بیماری | |

جدول ۳. رفتارهای مقابله‌ای مرتبط با زندگی زنان مبتلا به MS

| مضمون اصلی | مضمون اصلی | مضامین فرعی |
|---------------------------|---|--|
| رفتارهای مقابله و سازگاری | مقابله مذهبی و معنوی | تقویت ارتباط با خدا، انجام مناسک دینی اعتماد به رحمت الهی |
| | کسب ارزش‌های اخلاقی اعتماد به قدرت برتر الهی | تقویت صبر ارتباط با خداوند و کمک گرفتن از فرایض دینی و قدرت لایزال الهی به‌عنوان منبع حمایتی |
| | اعتقاد به ادامه حیات پس از مرگ | مقابله معنوی اعتقاد به عدالت الهی و جهان آخرت |
| | هدفمندی و جستجوی معنایی زندگی | افزایش توجه و نگاه تازه به پدیده‌ها افزایش قدردانی |
| | مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و مسئله‌مدار | استقلال و رشد شناختی عاطفی و هیجانی خودآگاهی، تقویت اراده و اعتمادبه‌نفس کارآفرینی خودکارآمدی بازنگری در روابط |

نعمتهایی که داشتم و تا حالا توجهی بهشون نمی‌کردم و اینکه دوست و دشمنم رو هم تازه شناختم. کارای نیمه‌تمامم رو هم دارم تکمیل می‌کنم. فکر میکنم وقت زیادی ندارم" (شرکت‌کننده شماره ۲: ۵۴ ساله، لیسانس، ازکارافتاده).

مهارتهای مقابله‌ای کارآمد و مسئله‌مدار: "کم‌کم فهمیدم همه‌چیز به اراده خودم برمیگرده سعی کردم مستقل بشم. هم کار هنری شروع کردم و درآمد دارم و هم اینکه حتی آمپولم رو هم یادگرفتم خودم تزریق می‌کنم." (شرکت‌کننده شماره ۱۵: ۳۸ ساله، دیپلم، شغل آزاد).

اعتماد به قدرت برتر الهی: "همسرم بعد بیماری منو تنها گذاشت پول داروم رو نمیداد؛ اما خدا تا حالا منو رها نکرده فقط از خودش کمک می‌خوام" (شرکت‌کننده شماره ۹: ۴۵ ساله، دیپلم، خانه‌دار).

اعتقاد به ادامه حیات پس از مرگ: "هنوز از تنها موندن می‌ترسم. نامزدم پاپیش نمیزاره و چند ساله بلا تکلیفم. امیدوارم خدا خودش نجاتم بده. فقط هم این دنیا نیست بالاخره می‌گذره و آخرتی هم هست" (شرکت‌کننده شماره ۵: ۴۱ ساله، لیسانس، بیکار).

هدفمندی و جستجوی معنای زندگی: "فکر میکنم بیماری باعث شد تازه خودم و بشناسم،

نتیجه‌گیری و بحث

در تحقیق حاضر، یکی از موضوعات اصلی که در ایجاد مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به MS، نقش بسزایی داشت، ضعف مهارت‌های زندگی بود. مهارت زندگی، توانمندی سازگاری و انجام رفتار مناسب در تعامل با انسان‌های دیگر، محیط و جامعه است که فرد را در جهت حفظ سلامت روان و مدیریت بهینه نیازها و چالش‌های زندگی روزمره، توانمند می‌سازد (مردانشاهی، ۲۰۱۵). تحقیقات حاکی از میزان بالای استرس ادراک‌شده توسط زنان مبتلا به MS است که خود می‌تواند بیانگر ضعف مهارت مدیریت استرس در این بیماران باشد. استرس ادراک‌شده توسط زنان مبتلا به MS در تحقیق پیری کامرانی، دهقان، بشیری، (۱۳۹۴) بالاتر از میزان قابل قبول به دست آمد که بر طبق نظریه لازاروس نشان‌دهنده ارزیابی تهدیدآمیز بیماران نسبت به بیماری MS و کمبود منابع و مهارت‌های مقابله‌ای است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

با توجه به نتایج تحقیق حاضر، تعدادی از زنان مبتلا به MS، به دلیل ضعف مهارت‌های لازم، از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار آسیب‌زا و اجتنابی همانند خشم و عصبانیت، عذرتراشی و بهانه‌جویی، احساس ترس در مقابله با مشکلات خود استفاده می‌کنند که خود موجب سخت‌تر شدن شرایط ایشان می‌گردد. این نتایج با نتایج تحقیق لود^۱ و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد در بیماران MS نسبت به گروه کنترل سالم شیوع بیشتری دارد و

حتی در زمان پیشرفت بیماری، شایع‌تر نیز می‌شود، همسو می‌باشد. پاکنهام^۲ (۲۰۰۶) نیز نشان داد راهکارهای اجتنابی با سازگاری کمتر و دسترس روانشناختی بیشتر در بیماری MS ارتباط دارد. تحقیق حاضر نشان داد، مشکل روانشناختی دیگری که بیماران MS از آن رنج می‌برند، افسردگی است. همسو با نتایج این مطالعه، مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ بیماران مبتلا به MS از افسردگی رنج می‌برند (غفاری، احمدی، نبوی و معماریان، ۱۳۸۶) و از هر ۴ بیمار، یک نفر احتمال ابتلا به افسردگی اساسی فراگیر^۳ را در طول عمر خواهد داشت (ماری^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). کریمی، اندایشگر و خاتونی (۲۰۱۹) در تحقیق خود نشان دادند ۴۷ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی متوسط رنج می‌برند و میزان افسردگی با وضعیت اقتصادی، شغل و تحصیلات ارتباط معنادار دارد. افسردگی، به‌تنهایی، خود یک عامل ناتوان‌کننده در بیماران MS است. منافی و دهشیری (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند ترس از پیشرفت بیماری یکی از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی است. باورهای غلط رایج اجتماعی و فرهنگی که می‌تواند ناشی از اطلاعات اندک راجع به بیماری باشد نیز از موارد آزاردهنده بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش بود که همسو با مطالعه بورینی و همکاران (۲۰۱۴) است. کلانتری، کاربخش، کامیاب، کلانتری، صحرایان، (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند ۵۲/۶ درصد بیماران

2. Pakenham
3. Developing Major Depressive Disorder
4. Marrie

1. Lode

مثبت مقابله مذهبی، امید را در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی افزایش می‌دهد. در همین راستا، مطالعات نشان داده که مقابله مذهبی در میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد. (رهنما و همکاران، ۲۰۱۵).

یافته‌های تحقیق حاضر همراستا با تحقیقات پیشین، جستجوی معنا و هدف در زندگی را در بیماران مبتلا به MS حائز اهمیت می‌داند. دو توانایی منحصر به فرد انسان از دید فرانکل، یعنی از خود فاصله گرفتن^۷ و از خود فرارفتن (تعالی خود^۸)، انسان را قادر می‌سازد که رفتارهای خود را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده، از بیرون به خود نگاه کند و بتواند معنای جدیدی برای خود برگزیند (حسینی بافرانی و آذربایجانی، ۱۳۹۰).

عبدالهی، پناهپور، الن و حسینیان، (۲۰۱۹) در تحقیق خود مبنی بر نقش تعالی خود در تأثیر اضطراب مرگ بر استرس ادراک شده نشان دادند که تعالی خود می‌تواند استرس ادراک شده را در بیماران مبتلا به MS کاهش دهد. همراستا با تحقیق حاضر، بوسینگ^۹ و همکاران، (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود نقش متغیر معنا در زندگی، در جهت مقابله مثبت با شرایط سخت در بیماران مبتلا به MS را حائز اهمیت دانستند. پژوهش تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۱) نیز نشان داد، معنویت‌درمانی گروهی، تاب‌آوری زنان مبتلا به MS را افزایش می‌دهد. عبدخدایی، شهیدی،

مبتلا به MS باور دارند که در جامعه ما مبتلا به MS موجب انگ (بدنامی) می‌شود و ۴۴ درصد بیماران ترجیح می‌دهند بیماری خود را از دیگران مخفی نگه‌دارند. پرز-میرالز^۱ و همکاران (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود نشان دادند استیگما بودن MS، کیفیت زندگی و خلق بیماران MS را تضعیف می‌کند که همسو با مطالعه بروسما^۲ و همکاران (۲۰۱۸) و کادن^۳ و همکاران (۲۰۱۸) بوده است.

در پژوهش حاضر یکی دیگر از مشکلات اصلی بیماران MS، مشکلات حوزه ارتباطی و ترس از تنهایی بوده است. نتایج اخیر با پژوهش عبدخدایی و همکاران (۱۳۹۵) و پفلگر، فلک، کخ-هنریکسن^۴، (۲۰۱۰) همسو بوده است. سادات، علیمحمدی و علمداری، (۱۳۹۰) نیز در پژوهش پدیدارشناختی خود روابط خانوادگی بهم ریخته و دگرگونی روابط اجتماعی را در بیماران مبتلا به MS نشان دادند.

از راهکارهای مقابله‌ای مثبت بیماران در این پژوهش، بجا آوردن فرایض و آداب دینی، انجام امور خیریه، اعتماد به رحمت خداوند، کمک گرفتن از قدرت برتر الهی بدست آمد. بهره‌گیری از روشهای مقابله‌ای دینی و معنوی برای غلبه بر مشکلات و بیماریها در پژوهش‌های متعددی، نشان داده شده است (فیشر، آی، ایدین، فری و هسل^۵، ۲۰۱۰؛ کانینگهام، ۲۰۰۵). کوستا^۶ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که مکانیزمهای

1. Pérez-Miralles
2. Broersma
3. Cadden
4. Pflieger, Flachs, Koch-Henriksen
5. Fischer, Ai, Aydin, Frey, Haslam
6. Costa

7. Self- detachment
8. Self- transcendence
9. Büssing

مسئله و هوش هیجانی، به عنوان بخش مهمی از مداخلات روانشناختی لحاظ گردد. همچنین با توجه به مشکلات عدیده زنان مبتلا به MS در حوزه‌های مختلف، تدوین یک مداخله جامع مراقبتی شامل راهکارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مثبت که تمامی ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی این بیماران را دربر گیرد ضروری به نظر می‌رسد. آموزش صحیح در مورد ماهیت پزشکی بیماری MS و راهکارهای مقابله‌ای صحیح در شروع بیماری، توجه به مقابله معنوی و جستجوی هدف و معنا نیز در سلامت روانشناختی زنان مبتلا به MS از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین آموزش عموم افراد از طریق رسانه‌های جمعی، انجمن‌ها و مراکز آموزشی در جهت افزایش آگاهی جامعه نسبت به این بیماری و رفع باورهای غلط رایج در جامعه خصوصاً در بعضی خرده‌فرهنگ‌های خاص نیز پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

در اینجا لازم است از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، خصوصاً بیمارانی که در مصاحبه، شرکت نمودند قدردانی نماییم.

مظاهری، پناغی و نجاتی، (۱۳۹۶) نشان دادند استفاده از راهبردهای معنوی، آرامش و سطح سازگاری بیماران مبتلا به MS را افزایش می‌دهد. نتایج این تحقیق نشان داد تعدادی از بیماران با کسب مهارت‌های جدید و افزایش توانمندی‌های روانشناختی و بهره‌مندی از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار همانند مهارت حل مسئله، مدیریت استرس و خشم، به‌خوبی با شرایط جدید ناشی از بیماری سازگاری پیدا کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند، آموزش مهارت حل مسئله، منجر به بهبود برخی از ابعاد کیفیت زندگی شامل بهبود عملکرد شناختی، درک سلامتی، بهزیستی روانی و عملکرد جسمی و محدودیت کمتر انجام نقش‌های جسمی و روانی در بیماران مبتلا به MS گردیده است (آقایی، گوزل، زینعلی، احمدی و میرزایی، ۱۳۹۵). همچنین مهارت حل مسئله، موجب کاهش اضطراب و افسردگی و نیز بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به MS می‌گردد (براون و ریان^۱، ۲۰۰۳) و در نتیجه، میزان عود را در این بیماران کاهش می‌دهد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. نوع نمونه‌گیری در دسترس و اینکه مصاحبه فقط با زنان مبتلا به MS انجام گردید، تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌سازد. بنا بر شواهد به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود، آموزش مهارت‌های زندگی خصوصاً مدیریت استرس، کنترل خشم، حل

1. Brown & Ryan

منابع

- (۱۳۹۱). نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی: راهنمایی برای شروع. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۱۰(۳)، ۲۳۸-۲۵۰.
- سادات، س. ج؛ علی محمدی، ن؛ و علمداری، ع. ک. (۱۳۹۰). بررسی پدیدارشناسانه روابط خانوادگی و اجتماعی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم پزشکی مازندران*، ۲۱(۱)، ۲۴۴-۲۵۲.
- حسینی بافرانی، ط؛ آذربایجانی، م. (۱۳۹۰) انسان سالم و ویژگی‌های آن از دیدگاه ویکتور فرانکل. *روانشناسی و دین*، ۲(۱۴).
- عبدخدایی، ز؛ شهیدی، ش؛ مظاهری، م. ع؛ پناغی، ل؛ نجاتی، و. (۱۳۹۵). روابط خانوادگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه پدیدارشناختی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۴۳۷.
- عبدخدایی، ز؛ شهیدی، ش؛ مظاهری، م. ع؛ پناغی، ل؛ نجاتی، و. (۱۳۹۶). راه‌کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس MS بررسی پدیدارشناسانه. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۲۴(۶)، ۷-۳۰.
- علی‌پور، ا؛ هاشمی نصرت‌آباد، ت؛ باباپورخیرالدین، ج؛ طوسی، ف. (۱۳۸۹).
- آقایی، م؛ گزل، ص؛ زینالی، م؛ احمدی، ن؛ میرزایی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی مهارت حل مسئله بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ام‌اس. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱(۱)، ۲۹-۳۸.
- ایمان، م. ت؛ نوشادی، م. ر. (۱۳۹۰) تحلیل محتوای کیفی. پژوهش، ۳(۲)، ۱۴-۴۴.
- پیری کامرانی، م؛ دهقان، ف؛ بشیری، ح. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک‌شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷(۴)، ۳۲۰-۳۲۸.
- تقی‌زاده، م. ا؛ میرعلائی، م. ا. (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۲(۷)، ۸۲-۱۰۲.
- خفتان غلامی جم، ف؛ عرشی م؛ وامقی ر؛ خانکه ح. م؛ فتحی م. (۱۳۹۶). تبیین مشکلات فردی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*، ۳(۱)، ۴۷-۵۴.
- رنجبر، ه؛ حق‌دوست ع. ا؛ صلصالی، م؛ خوشدل، ع؛ سلیمانی، م. ع؛ بهرامی، ن.

کردی، م.؛ بنائی هروان، م.س.؛ اصغری پور، ن.؛ مظلوم، س. ر.؛ اخلاقی، ف. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط رفتارهای خودمراقبتی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به دیابت بارداری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۹)، ۱۹۰-۲۰۲.

منافی، س. ف.؛ دهشیری، غ. (۱۳۹۶). ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس و رابطه آن با مشکلات عاطفی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۲۲)، ۱۱۵-۱۳۰.

رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و شادکامی دانشجویان. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۵(۱۸).

غفاری، س.؛ احمدی، ف.؛ نبوی، س. م.؛ معماریان، ر.؛ کاظم نژاد، ا. (۱۳۸۶). تأثیر تکنیک آرام‌سازی پیشرونده عضلانی بر فعالیت‌های روزمره زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله توانبخشی*، ۸(۲): ۷۳-۸۰.

Abdollahi, A., Panahipour, H., Allen, K. A., & Hosseinian, S. (2019). Effects of Death Anxiety on Perceived Stress in Individuals With Multiple Sclerosis and the Role of Self-Transcendence. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222819880714.

Aikens, J. E., Fischer, J. S., Namey, M., & Rudick, R. A. (1997). A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of behavioral medicine*, 20(5), 433-445.

Alastair, J. Cunningham (2005). Integrating Spirituality Into a Group Psychological Therapy Program for Cancer Patients published by:

SAGE4; 178.

Azami, M., YektaKooshali, M. H., Shohani, M., Khorshidi, A., & Mahmudi, L. (2019). Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(4).

Borreani, C., Bianchi, E., Pietrolongo, E., Rossi, I., Cilia, S., Giuntoli, M., ... & Grasso, M. G. (2014). Unmet needs of people with severe multiple sclerosis and their carers: qualitative findings for a home-based intervention. *PloS one*, 9(10).

Broersma, F., Oeseburg, B., Dijkstra, J., & Wynia, K. (2018). The impact of self-perceived limitations, stigma and sense of coherence on quality of life in multiple sclerosis patients: results of a cross-sectional study.

- Clinical rehabilitation*, 32(4), 536-545.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Büssing, A., Wirth, A.-G., Humbroich, K., Gerbershagen, K., Schimrigk, S., Haupts, M.,... Heusser, P. (2013). Faith as a resource in patients with multiple sclerosis is associated with a positive interpretation of illness and experience of gratitude/awe. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Cadden, M. H., Arnett, P. A., Tyry, T. M., & Cook, J. E. (2018). Judgment hurts: The psychological consequences of experiencing stigma in multiple sclerosis. *Social Science & Medicine*, 208, 158-164.
- Chalah, M. A., & Ayache, S. S. (2017). Psychiatric event in multiple sclerosis: could it be the tip of the iceberg? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39(4), 365-368.
- Costa, D. T., Silva, D. M. R. D., Cavalcanti, I. D. L., Gomes, E. T., Vasconcelos, J. L. D. A., & Carvalho, M. V. G. D. (2019). Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(3), 640-645.
- Cunningham, A. J. (2005). Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 4(2), 178-186.
- Eskandarieh, S., Allahabadi, N. S., Sadeghi, M., & Sahraian, M. A. (2018). Increasing prevalence of familial recurrence of multiple sclerosis in Iran: a population based study of Tehran registry 1999–2015. *BMC neurology*, 18(1), 15.
- Fischer, P., Amy, L., Nilüfer, A., Dieter Frey, S. Haslam, A. (2010). The Relationship Between Religious Identity and Preferred Coping Strategies: An Examination of the Relative Importance of Interpersonal and Intrapersonal Coping Muslim and Christian Faiths. *Review of General Psychology*, 14(4), 365-381.
- Frankl, V. E. (1984). *Man's Search for Meaning*, New York: Touchstone: Simon & Schuster.
- Ghafoori, F., Dehghan Nayeri, N., Khakbazan, Z., Hedayatnejad, M., & Nabavi, S. M. (2020). Pregnancy and Motherhood Concerns Surrounding Women with Multiple Sclerosis: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 8(1), 2-11.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S., & Amato, M. P. (2010). Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clinical neurology and neurosurgery*, 112(2), 127-130.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2010). *Handbook of emergent methods*: Guilford Press.
- Heydarpour, P., Mohammad, K., Yekaninejad, M. S., Elhami, S.-R., Khoshkish, S., & Sahraian, M. A. (2014). Multiple sclerosis in Tehran,

- Iran: a joinpoint trend analysis. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(4), 512.
- Kalantari, S., Karbakhsh, M., Kamiab, Z., Kalantari, Z., & Sahraian, M. A. (2018). Perceived Social Stigma in Patients with Multiple Sclerosis: A Study from Iran. *Acta neurologica Taiwanica*, 27(1), 1-8.
- Koffman, J., Goddard, C., Gao, W., Jackson, D., Shaw, P., Burman, R., ... & Silber, E. (2015). Exploring meanings of illness causation among those severely affected by multiple sclerosis: a comparative qualitative study of Black Caribbean and White British people. *BMC palliative care*, 14(1), 13.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leray, E., Moreau, T., Fromont, A., & Edan, G. (2016). Epidemiology of multiple sclerosis. *Revue neurologique*, 172(1), 3-13.
- Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K. M., Nyland, H., & Larsen, J. P. (2010). Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(5), 336-342.
- Mardanshahi, M. M. (2015). The role of life skills training on happiness and entrepreneurship characteristics of incoming students in Sari Agricultural Sciences and Natural Resources University students. *International journal of agriculture and crop sciences*, 8(3), 406.
- Marrie, R. A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P. S., ... & Reider, N. (2015). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3), 305-317.
- McCabe, M. P., & McKern, S. (2002). Quality of life and multiple sclerosis: Comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 287-295.
- McCabe, M. P., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research*, 56(3), 355-361.
- Mohebi, F., Eskandarieh, S., Mansournia, M. A., Mohajer, B., & Sahraian, M. A. (2019). Multiple Sclerosis in Tehran: Rising Prevalence alongside Stabilizing Incidence--True Increase or Enhanced Diagnosis?. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*, 22(8).
- Moreau, T., Fromont, A., & Edan, G. (2016). Epidemiology of multiple sclerosis. *Revue neurologique*, 172(1), 3-13.
- Pakenham, K. I. (2006). Investigation of the coping antecedents to positive outcomes and distress in multiple sclerosis (MS). *Psychology and health*, 21(5), 633-649.
- Patten, S. B., Beck, C. A., Williams, J. V., Barbui, C., & Metz, L. M. (2003). Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology*, 61(11), 1524-1527.
- Pérez-Miralles, F., Prefasi, D., García-Merino, A., Ara, J. R., Izquierdo, G., Meca-Lallana, V., ... & Fernández, Ó. (2019). Perception of stigma in patients with primary progressive multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*

- Journal-Experimental, Translational and Clinical*, 5(2), 2055217319852717.
- Pfleger, C. C., Flachs, E. M., & Koch-Henriksen, N. (2010). Social consequences of multiple sclerosis. Part 2. Divorce and separation: A historical prospective cohort study. *Mult Scler*, 16(7), 878–882.
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D. A., Serafini, G.,... Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of psychosomatic research*, 73(6), 411-417.
- Rahnama, P., Javidan, A., Saberi, H., Montazeri, A., Tavakkoli, S., Pakpour, A., & Hajiaghababaei, M. (2015). Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. *Spinal Cord*, 53(12), 870.
- Shah A. (2009). Fatigue in multiple sclerosis. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 20(2), 363–372.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*, 53(1), 80.
- Stuifbergen, A. K., Blozis, S. A., Harrison, T. C., & Becker, H. A. (2006). Exercise, functional limitations, and quality of life: A longitudinal study of persons with multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(7), 935-943.
- Turner, A. P., Williams, R. M., Bowen, J. D., Kivlahan, D. R., & Haselkorn, J. K. (2006). Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(8), 1073-1078.
- Van Kessel, K., Moss-Morris, R., Willoughby, E., Chalder, T., Johnson, M. H., & Robinson, E. (2008). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 70(2), 205-213.
- Wallin, M. T., Culpepper, W. J., Nichols, E., Bhutta, Z. A., Gebrehiwot, T. T., Hay, S. I., ... & Mokdad, A. H. (2019). Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(3), 269-285.
- Young, L., Healey, K., Charlton, M., Schmid, K., Zabad, R., & Wester, R. (2015). A home-based comprehensive care model in patients with Multiple Sclerosis: A study pre-protocol. F1000Research, 4.