پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۳۸۷، صفحات ۲۷ تا ۳۵

مقاله اصلی
(Original Article)

رابطهٔ سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

دکتر محمدعلی بشارت*، نازنین براتی*، دکتر جمشید لطفی**

* گروه روانشناسی، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران
** گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

سابقه و هدف: *در این پژوهش رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سلامت روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی پژوهش حاضر، تبیین سلامت روانی برحسب سبک‌های مقابلهٔ مسأله‌محور، هیجان محور مثبت و هیجان‌محور منفی در گروهی از بیماران مبتلا به MS بود.*

روش بررسی: *۱۲۰ آزمودنی مراجعه کننده به انجمن MS (۷۹ زن، ۴۱ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد مقیاس "سبک‌های مقابله تهران" و مقیاس "سلامت روانی" را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روشهای آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس چند متغیره، ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد.*

یافته‌ها: *نتایج این پژوهش نشان داد که سبک مقابله هیجان‌محور مثبت با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار دارد. همچنین سبک مقابله هیجان‌محور منفی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار داشت.*

نتیجه‌گیری: *سبک مقابله هیجان‌محور مثبت با افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی در بیماران MS مطابقت می‌کند و سبک مقابله هیجان محور منفی با کاهش بهزیستی روانشناختی و افزایش درماندگی روانشناختی بیماران MS همراه است.*

واژگان کلیدی: *سبک مقابله، استرس، بیماری MS، سلامت روانی.*

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis=MS) نوعی بیماری عصب شناختی پیشرونده است که باعث میلین‌زدایی از سیستم عصبی مرکزی می‌شود. دوره بیماری متغیر، پیش‌آگهی آن نامعلوم (۱)، علت‌شناسی ناشناخته و درمان آن در شرایط فعلی همچنان چالشی بزرگ محسوب می‌شود (۲). این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است و سن شروع آن اوایل تا اواسط بزرگسالی است. بیماران مبتلا به MS باید با سیر منفی و غیر قابل پیش‌بینی سلامت، تغییر روابط اجتماعی و دوستانه و نیازهای حمایتی فزاینده مقابله کنند. بهزیستی (well-being) عمومی بیماران به چگونگی سازش آنها با این تغییرات بستگی دارد. پکنهام و همکاران (۳) نشان دادند که سبک مقابله هیجان‌محور (Emotional-focused style) با سطوح سازش ضعیف‌تر (افسردگی، درماندگی، دشواری در سازش اجتماعی) در بیماران مبتلا به MS رابطه دارد و سبک مقابله مسأله‌محور (Problem-focused style) با جنبه‌هایی از سازش بهتر مرتبط بود. یافته‌های جین و همکاران (۴) در زمینه سبک مقابله هیجان‌محور بیماران MS با نتایج پکنهام و همکاران (۳) مشابه بود، اما سبک مقابله

آدرس نویسنده مسئول: تهران، پل گیشا، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، صندوق پستی ٦٤٥٦_١٤١٥٥، دکتر محمدعلی بشارت
(email: besharat@chamran.ut.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٦/۷/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/۱۱/۱٤

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مسأله‌محور با سطوح پائین‌تر درماندگی رابطه نداشت. هماهنگ با این یافته، ایکنز و همکاران (۵) نیز نشان دادند که تنها راهبرد مقابله برای پیش‌بینی نشانه‌های خلقی در بیماران مبتلا به MS مقابله اجتنابی (Avoidance coping strategy) (هیجان‌محور) و استفاده نکردن از راهبردهای مقابله مثبت است. سبکهای (Coping style) مقابلهٔ بیماران با شرایط تحمیلی پیش گفته به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده و تأثیرگذار بر سطوح تغییرات منفی و سازش روانشناختی با این تغییرات، مسأله اصلی مورد بررسی در این پژوهش خواهد بود.

فراسوی نشانه‌های اولیه (ضایعات عصب‌شناختی که از تأثیر مستقیم تغییرات سیستم عصبی مرکزی به وجود آمده‌اند)، بیماران مبتلا به MS از پیامدهای ثانویه بیماری مانند خستگی (۱۰-۶). افسردگی (۱۲،۱۱،۷) و اختلال خواب (۱۴،۱۳) نیز رنج می‌برند. پرسش بدون پاسخی که پژوهش‌های انجام شده درمورد خستگی، افسردگی و اختلال خواب بیماران مبتلا به MS مطرح ساخته‌اند این است که چرا در شرایط مشابه آسیب (شدت، مدت و سطوح ضایعات عصب‌شناختی بیماری)، پیامدهای ثانوی بیماری MS متفاوت است؟ آیا بررسی رابطه سبکهای مقابله و سطوح سازش روانشناختی در بیماران MS می‌تواند پاسخ این پرسش را تا حدودی روشن سازد؟

ماهیت ناتوان‌ساز بیماری MS که زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و سلامت جسمی و روانی بیمار را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد، هم از نقطه نظر خود بیمار به دلیل نگرانی‌های جدی مربوط به بیماری حائز اهمیت است و هم از دیدگاه متخصصان و پژوهشگران که همچنان مغلوب ابهام‌ها و ناتوانیهای نظری و عملی در زمینه‌های شناخت بیماری، مخصوصاً علت‌شناسی، پیشگیری، پیش‌آگهی و درمان این بیماری هستند. تبیین دقیق پیامدهای منفی بیماری MS و سازش روانشناختی با این پیامدها در بیماران MS برحسب سبکهای مقابله‌ای حداقل به دو دلیل همچنان نیازمند پژوهشهای بیشتر است. اول به دلیل ناهماهنگی یافته‌های موجود، مخصوصاً درمورد سبک مقابله مسأله‌محور، نمی‌توان به این یافته‌ها بسنده کرد. دوم، هیچ مطالعه‌ای در ایران در این زمینه روی بیماران MS صورت نگرفته است. بعلاوه، شناسایی نقش سبکهای مقابله بر پیامدهای بیماری MS، مبنای تدوین و ساخت برنامه‌های آموزش سبکها و مهارتهای مقابله‌ای مؤثر مخصوص این گروه از بیماران خواهد بود. برنامه‌هایی که در قالب مداخله‌های آموزشی می‌توانند بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی بیماران را ارتقا بخشند.

هدف اصلی پژوهش حاضر تبیین سطوح سازش روانشناختی با بیماری MS برحسب سبکهای مقابله است. بررسی این رابطه، اهداف جزیی‌تر پژوهش به شرح زیر را محقق می‌سازد: توصیف سبکهای مقابله بیماران MS، شامل سبکهای مقابلهٔ مسأله‌محور، هیجان‌محور مثبت، هیجان‌محور منفی؛ توصیف سطوح سازش روانشناختی بیماران MS، شامل بهزیستی روانشناختی (Psychological well-being) و درماندگی روانشناختی (Psychological distress)؛ رابطه سبک‌های مقابله و بهزیستی روانشناختی در بیماران MS؛ شناسایی شاخص‌های برنامه‌های آموزشی و درماندگی روانشناختی و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر برای بیماران؛ شناسایی شاخص‌های برنامه‌های آموزشی ویژه سبک‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر برای بیماران MS؛ کمک به تدوین و تقویت برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود وضعیت روانشناختی بیماران MS.

مواد و روشها

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، بیماران مبتلا به MS عضو انجمن بیماران MS در شهر تهران بودند. نمونه مورد بررسی به روش در دسترس یا کومه‌ای به تعداد ۱۴۰ بیمار انتخاب شد. چون تعدادی از پرسشنامه‌ها ناقص پر شده بود یا تحویل داده نشد، تعداد نمونهٔ نهایی مورد پژوهش به ۱۲۰ نفر تقلیل یافت. بیماران شرکت کننده در پژوهش در کلاسهای انجمن شرکت می‌کردند.

پرسشنامه‌های "سبک‌های مقابله تهران" و "سلامت روانی" ضمن توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل آنها و اهداف پژوهش در اختیار بیماران قرار گرفت. به علت ناتوانی بسیاری از بیماران، اغلب پرسشنامه‌ها برای بیماران قرائت می‌شد و پاسخ آنها توسط پژوهشگر درج می‌گردید. سطوح پایین تحصیلات و ناتوانیهای جسمی دلیل اصلی نیاز نسبی این دسته از بیماران به کمک پژوهشگر برای تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

شرط شرکت در این پژوهش نداشتن سابقه بیماری جدی پزشکی غیر از MS و بیماری روانپزشکی بود. این گروه نمونه شامل ۷۹ زن و ۴۱ مرد بود. حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال بود. میانگین سنی گروه نمونه۸/۲±۳۲/۸ سال بود.

میزان تحصیلات گروه نمونه شامل رده‌های مختلف تحصیلی زیردیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس بود و از نظر شغلی هم شامل بیکار، دانشجو، خانه‌دار، کارمند و بازنشسته می‌شد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مقیاس سبکهای مقابلهٔ تهران (Tehran Coping Styles Scale= *TCSS)*: مقیاس سبکهای مقابلهٔ تهران یک آزمون ۶۰ سؤالی است و سه سبک مقابلهٔ مساله محور، مقابلهٔ هیجان محور مثبت و مقابلهٔ هیجان محور منفی را در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۰ تا ۳ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۰ و ۶۰ خواهد بود. کارور و همکاران (۱۵) روایی و پایایی این مقیاس را طی سه مطالعه بررسی کردند. ضرایب پایایی باز آزمایی از r= ۰/۴۲ تا r= ۰/۶۷ برای مقیاسهای مختلف تایید شد. روایی همگرا (Convergent validity) و تفکیکی (Differential validity) مقیاس سبکهای مقابله بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاسهای متعدد دیگر شامل خوش‌بینی (Optimism)، عزت نفس (Self-esteem)، سخت‌کوشی (Hardiness)، تیپ A و اضطراب بررسی و مورد تایید قرار گرفت (۱۵). برای مقیاس سبکهای مقابلهٔ تهران که در نمونه‌ای متشکل از ۴۵۷ دانشجوی دانشگاه تهران اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ سبکهای مقابلهٔ مساله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ محاسبه گردید که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۹۳ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای سبکهای مقابلهٔ مساله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی به ترتیب r=۰/۷۱، r=۰/۶۵ و r=۰/۵۹ در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می‌باشد.

روایی همزمان (Concurrent validity) مقیاس سبکهای مقابلهٔ تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین‌شخصی (Inventory of interpersonal problems) و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس سبک مقابلهٔ مساله محور با مشکلات بین‌شخصی (r = -۰/۴۷ , P<۰/۰۰۱)، بهزیستی روانشناختی(r = ۰/۶۰ , P< ۰/۰۰۱) و درماندگی روانشناختی (r = -۰/۵۵ , P< ۰/۰۰۱) همبستگی معنی‌دار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس سبک مقابلهٔ هیجان محور مثبت با مشکلات بین‌شخصی (r = -۰/۲۹ , P< ۰/۰۰۱)، بهزیستی روانشناختی(r = ۰/۳۵ , P< ۰/۰۰۱) و درماندگی روانشناختی (r = -۰/۲۶ , P< ۰/۰۰۱)؛ و بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس سبک مقابلهٔ هیجان محور منفی با مشکلات بین شخصی (r = ۰/۴۱ , P<۰/۰۰۱)، بهزیستی روانشناختی (r = -۰/۲۳ , P<۰/۰۰۱) و درماندگی روانشناختی (r = ۰/۲۵ , P<۰/۰۰۱) همبستگی معنی‌دار وجود دارد. این نتایج اعتبار همزمان مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران را تایید می‌کنند (۱۶).

مقیاس سلامت روانی: مقیاس سلامت روانی (۱۷) یک آزمون ۳۴ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ یک تا پنج می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ خواهد بود. بهزیستی روانشناختی، به منزلهٔ مولفهٔ ایجابی سازش و سلامت روانشناختی، بر حسب وجود عواطف مثبت و احساس رضایت از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی؛ و درماندگی روانشناختی، به منزلهٔ مولفهٔ سلبی سازش و سلامت روانشناختی، بر حسب فقدان نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی شامل اضطراب، افسردگی و از دست دادن کنترل رفتار هیجانی تعریف شده است (۱۷). در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای متشکل از ۱۶۰ دانشجوی دانشگاههای تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار (n=۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) و بهنجار (n=۸۰؛ ۵۰ دختر،۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس می‌باشند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n=۳۰) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب r=۰/۸۹ و r=۰/۸۷ و در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار (n=۳۰) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب r=۰/۷۷ و r=۰/۸۲ و در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می‌باشد. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی (۱۹،۱۸) در مورد همه آزمودنیهای دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنیها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنی‌دار (r= -۰/ ۸۵, P<۰/۰۰۱) و با زیرمقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار (r =۰/۸۶ , P< ۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (۲۰).

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری بیماران مبتلا به MS را بر حسب نمره‌های سبکهای مقابله با استرس، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به تفکیک در مورد بیماران زن و مرد نشان می‌دهد.

جدول ۱ـ میانگین و انحراف معیار نمره‌های بیماران مبتلا به MS بر حسب سبکهای مقابله با استرس، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی

متغیر	زنان	مردان	کل
سبک‌مقابلهٔ‌مساله‌محور	۵۷/۲۱±۸/۴۸	۵۹/۲۶±۸/۸۴	۵۸/۰۱±۸/۶۴
سبک مقابلهٔ هیجان محور مثبت	۵۵/۵۰±۸/۲۲	۵۶/۰۹±۸/۳۲	۵۵/۷۰±۸/۲۲
سبک مقابلهٔ هیجان محور منفی	۴۵/۰۳±۷/۱۲	۴۵/۵۳±۷/۷۰	۴۵/۲۰±۷/۳۰
بهزیستی روانشناختی	۴۷/۶۵±۹/۱۴	۴۸/۱۴±۱۰/۱۰	۴۷/۸۲±۹/۴۴
درماندگی‌روانشناختی	۶۳/۵۹±۱۵/۹۷	۶۳/۱۹±۱۵/۴۶	۶۳/۴۵±۱۵/۷۳

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسهٔ بیماران زن و مرد در مورد نمره‌های سبکهای مقابله با استرس و سلامت روانی محاسبه شد. خلاصهٔ نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان داد که بیماران زن و مرد در هیچ یک از مقیاس‌های مورد بررسی با هم تفاوت معنی‌دار نداشتند. به همین دلیل ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش برای بیماران زن و مرد روی هم انجام شد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. بر اساس داده‌های این جدول، سبک مقابلهٔ مساله محور با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنی‌دار دارد. سبک مقابلهٔ هیجان محور مثبت با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار دارد. سبک مقابلهٔ هیجان محور منفی با بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنی‌دار دارد. سبک مقابلهٔ هیجان محور منفی با درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار دارد.

جدول ۲ـ نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسهٔ بیماران مبتلا به MS بر حسب سبکهای مقابله با استرس، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی (درجه آزادی= ۱)

متغیر	میانگین مجذورها	F	P
سبک مقابلهٔ مساله محور	۱۴۸/۵۲۷	۰/۰۳۲	۰/۱۶۰
سبک مقابلهٔ هیجان محور مثبت	۹/۴۳۵	۰/۱۳۸	۰/۷۱۱
سبک مقابلهٔ هیجان محور منفی	۶/۷۱۰	۰/۱۲۵	۰/۷۲۴
بهزیستی روانشناختی	۶/۴۳۱	۰/۰۷۲	۰/۷۹۰
درماندگی روانشناختی	۴/۳۱۵	۰/۰۱۷	۰/۸۹۶

جدول ۳- ضرایب همبستگی پیرسون بین سبکهای مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی بیماران مبتلا به MS

متغیر	r	p
مقابله مساله‌محور- بهزیستی روانشناختی	۰/۲۳۳	۰/۰۱
مقابله مسأله محور- درماندگی روانشناختی	-۰/۲۴۷	۰/۰۰۷
مقابله‌هیجان‌محورمثبت- بهزیستی‌روانشناختی	۰/۴۱۷	۰/۰۰۱
مقابله‌هیجان‌محورمثبت-درماندگی‌روانشناختی	-۰/۲۷	۰/۰۰۳
مقابله‌هیجان‌محورمنفی- بهزیستی روانشناختی	۰-/۰۶۵	۰/۴۸۱
مقابله هیجان‌محورمنفی-درماندگی‌روانشناختی	۰/۲۱۸	۰/۰۱۷

سپس سبکهای مقابله شامل مقابله مسأله‌محور، مقابله هیجان محور مثبت و مقابله هیجان محور منفی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین سبکهای مقابله و بهزیستی روانشناختی در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) و ۲۰/۷٪ از واریانس مربوط به بهزیستی روانشناختی توسط سبکهای مقابله تبیین می‌شود (R^2=۰/۲۰۷). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می‌دهند که سبکهای مقابله می‌توانند واریانس بهزیستی روانشناختی بیماران MS را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. ضرایب تاثیر سبک مقابله هیجان‌محور مثبت (Beta=۰/۴۴۰) و سبک مقابله هیجان‌محور

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

منفی (B=-۰/۱۸۳) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که این دو متغیر می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی روانشناختی را با اطمینان ۹۹٪ پیش‌بینی کنند. ضریب تأثیر سبک مقابله مسأله‌محور (Beta=۰/۰۵۰) با توجه به آماره t نشان می‌دهد که این متغیر نمی‌تواند بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به MS را تبیین کند.

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین سبکهای مقابله و درماندگی روانشناختی در جدول ۵ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) و ۱۸٪ از واریانس مربوط به درماندگی روانشناختی توسط سبکهای مقابله تبیین می‌شود (R^2=۰/۱۸۰). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که سبکهای مقابله می‌توانند واریانس درماندگی روانشناختی بیماران MS را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. ضرایب تاثیر سبک مقابله هیجان‌محور مثبت (B=-۰/۲۷۴) و سبک مقابله هیجان‌محور منفی (Beta=۰/۳۰۸) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که این دو متغیر می‌توانند تغییرات مربوط به درماندگی روانشناختی را با اطمینان ۹۹٪ پیش‌بینی کنند. ضریب تأثیر سبک مقابله مسأله‌محور (B=-۰/۱۵۸) با توجه به آماره t نشان می‌دهد که این متغیر نمی‌تواند درماندگی روانشناختی بیماران مبتلا به MS را تبیین کند.

بحث

نتایج نشان داد که سبک مقابله هیجان‌محور مثبت و سبک مقابله هیجان‌محور منفی می‌توانند واریانس متغیرهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بیماران MS را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. این نتایج همچنین نشان داد که سبک مقابله مسأله‌محور قادر نیست واریانس مؤلفه‌های سلامت روانی را در بیماران MS تبیین نماید. این یافته‌ها که با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین (۴، ۲۲،۲۳) مطابقت می‌کند، برحسب چند احتمال تبیین می‌شوند.

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بهزیستی روانشناختی بر سبکهای مقابله بیماران MS

	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R^2	SE
رگرسیون	۲۱۹۳/۲۰۴	۳	۷۳۱/۰۶۸	۱۰/۰۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵	۰/۲۰۷	۸/۵۱۸۸۰
باقیمانده	۸۴۱۸/۱۲۱	۱۱۶	۷۲/۵۷۰					
کل	۱۰۶۱۱/۳۲۵	۱۱۹						
		B	SEB	Beta	t	سطح معنی‌داری		
مقابله مسأله‌محور		۰/۰۵۵	۰/۱۰۲	۰/۰۵۰	۰/۵۳۶	۰/۵۹۳		
مقابله هیجان‌محور مثبت		۰/۵۰۴	۰/۱۱۰	۰/۴۴۰	۴/۵۸۱	۰/۰۰۱		
مقابله هیجان‌محور منفی		-۰/۲۳۷	۰/۱۱۱	-۰/۱۸۳	-۲/۱۴۲	۰/۰۳۴		

جدول ۵- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون درماندگی روانشناختی بر سبکهای مقابله بیماران MS

	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R^2	SE
رگرسیون	۵۳۰۸/۰۳۴	۳	۱۷۶۹/۳۴۵	۸/۴۹۱	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴	۰/۱۸۰	۱۴/۴۳۵۲۸۰
باقیمانده	۲۴۱۷۱/۷۵۸	۱۱۶	۲۰۸/۳۷۷					
کل	۲۹۴۷۹/۷۹۲	۱۱۹						
		B	SEB	Beta	t	سطح معنی‌داری		
مقابله مسأله‌محور		-۰/۲۸۷	۰/۱۷۳	-۰/۱۵۸	-۱/۶۵۸	۰/۱۰۰		
مقابله هیجان‌محور مثبت		-۰/۵۲۵	۰/۱۸۷	-۰/۲۷۴	-۲/۸۱۲	۰/۰۰۶		
مقابله هیجان‌محور منفی		۰/۶۶۸	۰/۱۸۷	۰/۳۰۸	۳/۵۴۱	۰/۰۰۱		

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که سبک مقابله هیجان‌محور مثبت با ویژگی جلب "حمایت عاطفی و اجتماعی"، فرد را در مقابله با استرس تقویت می‌کند و تقریباً همواره با سلامت جسمی و روانی بهتر همراه است (۴). آمادگی بیمار مبتلا به MS برای جستجوی حمایت اجتماعی براساس سبک مقابله هیجان‌محور مثبت می‌تواند سطح سازش روانشناختی فرد با مشکلات حاصل از بیماری را افزایش دهد. این سازش روانشناختی می‌تواند در دو جهت مثبت و منفی یعنی بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی با تقویت مؤلفه اول و تضعیف مؤلفه دوم به فرد کمک نماید.

"توانایی تعبیر و تفسیر مجدد و مثبت" یکی از ویژگی‌های سبک مقابله هیجان‌محور مثبت است. طبق دیدگاه برخی نظریه‌پردازان شناختی، سازگاری فرایندی آگاهانه است که طی آن فرد ابتدا به ارزیابی مشکل براساس تجربه‌های گذشته می‌پردازد، سپس تصمیم می‌گیرد که چگونه با مشکل پیش آمده مقابله کند. بنابراین، چگونگی مقابله فرد با مشکل به ارزیابی او از موقعیت پیش آمده بستگی دارد (۲۴) و با توجه به شرایط مختلف فرق می‌کند (۲۵). این ویژگی به بیمار MS که در مقابله با استرس‌ها و فشارهای حاصل از بیماری براساس سبک هیجان‌محور مثبت مقابله می‌کند، این توان را می‌دهد که ارزیابی او از این وضعیت بالینی استرس‌زا مثبت باشد. ارزیابی مثبت بیمار نیز به نوبه خود می‌تواند بر سازش روانشناختی وی تأثیر بگذارد، یعنی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی او شود و درماندگی روانشناختی‌اش را کاهش دهد.

رابطه بهزیستی معنوی و سازگاری روانی در بیماران مبتلا به MS در مطالعه‌ای که توسط روش و وینر (۲۳) انجام شد بیانگر تأثیر برجستهٔ بهزیستی معنوی بر سازگاری با بیماری MS بود. افرادی که قادرند از وقایع آسیب‌زا معانی مثبت، مانند رشد معنوی یا یافتن ارزش حیات را دریابند، به استرس‌زاهای آزمایشگاهی با روش سازگارانه‌تری پاسخ دادند (۲۶). "روی‌آوری به مذهب" (۱۵، ۲۸، ۲۹) به عنوان یکی از مؤلفه‌های سبک مقابله هیجان‌محور مثبت امکانات لازم را برای تقویت بهزیستی معنوی و بهره‌وری از پتانسیل‌های معنوی باورهای مذهبی در اختیار فرد بیمار قرار می‌دهد. این نوع از بهزیستی که همسو با شاخص‌های سلامت روانی است سطح سازش روانشناختی بیمار را افزایش می‌دهد. همچنین به عنوان یک تبیین دیگر می‌توان به تأثیر مشترک و متقابل مؤلفه‌های "تعبیر و تفسیر مجدد و مثبت" و "روی آوری به مذهب" در سبک مقابله هیجان‌محور مثبت اشاره کرد. در این وضعیت، مثبت‌نگری در مقابله با بیماری و پیامدهای آن را می‌توان محصول مشترک و مضاعف این دو مؤلفه دانست. مثبت‌نگری به نوبه خود باعث افزایش سطح سازش روانشناختی فرد با بیماری می‌شود.

یکی دیگر از مؤلفه‌های سبک مقابله هیجان‌محور مثبت شوخ طبعی است. در مطالعه‌ای نشان داده شد که استفاده از شوخ طبعی و لبخند زدن در هنگام صحبت درباره روابط فرد با همسر تازه درگذشته، خود به عنوان متغیر پیش‌بین مناسب برای داشتن روابط بهتر با دیگران طی دو سال آینده و تجربه اندوه کمتر است (۲۱). شوخ طبعی به عنوان یک ویژگی شخصیتی به فرد این توان را می‌دهد که در مقابله با مشکلات زندگی به طور کلی و در بیماران MS در مقابله با استرس حاصل از بیماری به صورت مثبت برخورد نماید و راحت‌تر بتواند ناملایمات و سختی‌های مربوط به بیماری را بپذیرد. در این فرایند، فرد می‌آموزد که با مشکل پیش آمده زندگی کند و موقعیت استرس‌زا را به عنوان واقعیتی غیر قابل تغییر بپذیرد (۱۵). پذیرش واقعیت بیماری از سوی بیمار مبتلا به MS گام مهمی است که بیمار با برداشتن این گام به سازگاری بیشتر با این بیماری و پیامدهای آن نایل می‌شود. بنابر شواهد تجربی، استفاده از سبک مقابله هیجان‌محور نسبت به سایر روش‌های مقابله از ثبات بیشتری در طول زمان برخوردار است (۲۷). این ثبات بدان معنا است که فرد براساس آمادگیهای هیجانی بنیادین خود به به شیوه‌ای منسجم و نظامدار با پدیده‌های استرس‌زا مقابله می‌کند.

در زمینه سبک مقابله مسأله‌محور، یافته‌های این پژوهش بین این سبک مقابله و سلامت روانی بیماران MS رابطه معنی‌داری را نشان نداد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های جین و همکاران (۴،۲۱) که نشان دادند استفاده از سبک مقابله مسأله‌محور متغیر سلامت روان را در بیماران MS پیش‌بینی نمی‌کند، مطابقت دارد و احتمال چنین تبینی را مطرح می‌کند که بیماری MS شرایطی بی‌ثبات، غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل را بر فرد بیمار تحمیل می‌کند. مجموعه‌ای از مطالعات در زمینه سبکهای مقابله بیماران MS (۴،۲۵) نشان داده‌اند که استفاده از مقابله مسأله‌محور تنها در شرایطی که مسأله و مشکل قابل کنترل ارزیابی می‌شود، می‌تواند باعث کاهش استرس گردد. طبیعت ناپایدار و پیش‌بینی ناپذیر بیماری MS شرایط غیرقابل کنترلی را برای بیمار پیش می‌آورد (۳۰). چالش با ناتوانی‌های جسمی محصول این بیماری، مشکلات بین شخصی و شغلی، بار مالی ناشی از هزینه‌های درمان، و بلاتکلیفی در این بیماری که

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

بزرگترین مشکل محسوب می‌شود، بیمار را به این ارزیابی می‌رساند که وضعیت پیش آمده قابل کنترل نیست و به همین دلیل استفاده از روشهای مقابله مسأله‌محور برای سازگاری با این بیماری کارایی خود را از دست می‌دهد. وینمن و همکاران (۳۱) نشان دادند بیماران مبتلا به MS که سطوح بالایی از عدم قطعیت را تجربه می‌کردند و شرایط را غیرقابل کنترل ارزیابی کرده بودند بیشتر از روش‌های مقابله هیجانی جهت مواجهه با استرس استفاده کرده بودند در حالیکه بیمارانی که موقعیت پیش آمده را به عنوان یک چالش ارزیابی کرده و احساس عدم قطعیت را گزارش نکرده بودند بیشتر از سبک مقابله مسأله‌محور استفاده کرده بودند. هر چند که هیچ برتری نسبت به استفاده از سبک مقابله هیجان‌محور یا مسأله‌محور در حل مشکلات زندگی وجود ندارد، استفاده از سبک مقابله مسأله‌محور با احساس خودکنترلی و خودکارآمدی بیشتر توأم است (۳۲). احساس کنترل ناپذیری که در بیماران MS وجود دارد در تضاد با ویژگیهای اصلی سبک مقابله مسأله‌محور یعنی خویشتن‌داری، برنامه‌ریزی، جلوگیری از فعالیتهای مزاحم و مقابله فعال قرار می گیرد و مانع بزرگی بر سر راه استفاده از سبک مقابله مسأله‌محور محسوب می‌شود.

در حد یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهای زیر را به منزله پیامدهای پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی مخصوصاً در چارچوب بیماری MS قرار داد. راهبردهای مقابله، مجموعه مهارتهایی هستند که تحت تأثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و قابل تغییرند. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با تراز تحول، سبک مقابله معمول و مسلط، نیازها و مشکلات مقابله‌ای آزمودنی و تعیین سبک‌های مطلوب و حدود تغییرات مورد نظر در سبک‌ها به عنوان اهداف این برنامه‌ها از اقدامات اساسی محسوب می‌شوند. در مراحل مختلف تحول که موضوع شکل‌گیری سبک‌های مقابله مطرح است مداخله‌های حساب شده و نظامدار خانواده و مربیان و مراقبین و گروه درمان نقشی تعیین کننده در پدیدآیی، استقرار و استمرار سبک‌های مقابلهٔ مسأله‌محور و هیجان‌محور مثبت برعهده دارند. آموزش و تربیت و نظارت مستمر خانواده، مربیان، مراقبین و گروه درمان، استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مدرن و فراهم‌سازی زمینه‌های لازم برای تجربه و به کارگیری سبک‌های مقابله در موقعیت‌های مختلف آزمایشی و واقعی زندگی، مخصوصاً در شرایط استرس و بیماری، از مهمترین راهکارهای تأثیرگذاری بر شکل‌گیری سبک‌های مقابله در مراحل تحول محسوب می‌شوند. اهمیت این برنامه‌های پیشگیرانه وقتی برجسته‌تر می‌شود که مطابق یافته‌های موجود (۳۴-۳۲) به نقش و تأثیر استفاده از سبکهای مقابله هیجان‌محور منفی، یا ناتوانی در به کارگیری سبک‌های مقابله مسأله‌محور و هیجان‌محور مثبت، و پیدایش بیماری‌های استرس‌مدار و تهدید سلامت عمومی علاوه بر سلامت روانی توجه شود.

پس از شکل‌گیری سبک‌های مقابله، در شرایطی که برنامه‌های آموزشی و بهداشتی به هر دلیل با موفقیت اجرا نشده باشند، با مشکلات سبک مقابله هیجان‌محور منفی و ناتوانی در استفاده از سبک‌های مقابله مسأله‌محور و هیجان‌محور مثبت مواجه خواهیم شد. فراسوی برنامه‌های آموزشی پیش گفته، مداخله‌های بالینی در این شرایط ضرورت خود را بیشتر نمایان می‌سازند. ترسیم و تحلیل موقعیت‌های استرس‌زا و مکانیسم‌های تأثیرگذاری سبک‌های مقابله، ایفای بازی نقش در محیط‌های بالینی و آزمایشی تحت نظارت متخصص، تجویز برنامه‌های زمانی برای اجرای آزمایشی سبک مقابله کارآمد در موقعیت‌های مختلف زندگی، آموزش مهارت‌های مؤثر حل مسأله و تمرین‌های تقویت اعتمادسازی از جمله اقدامات بالینی به منظور تعدیل و بازسازی سبک‌های مقابله کارآمد هستند.

برای بررسی دقیق‌تر رابطه سبک‌های مقابله با سلامت روانی بیماران MS، پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی براساس تأثیر سبک‌های مقابله مسأله‌محور، روی آوری و اجتنابی، به عنوان سبک‌های متمایز شناخته شده بر سلامت روانی به صورت مستقل انجام شود. اجرای پژوهش‌های طولی درمورد سبک‌های مقابله و تأثیر آنها در مراحل و انواع مختلف بیماری MS و تأثیر آنها بر سلامت روانی بیماران MS در سنین و مراحل مختلف زندگی و مقایسه یافته‌ها درمورد آزمودنی‌های سالم و بیمار مکمل یافته‌های پژوهش حاضر خواهد بود.

محدودیت جامعه آماری پژوهش (بیماران MS؛ که علاوه بر نوع بیماری، قطعاً نمونه‌ای جامع از بیماران MS نیز نبودند) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. بعلاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار ابزار مورد استفاده و شیوه اجرای آنها در این پژوهش را نیز نباید از نظر دور داشت. محدودیت دیگر این است که در این پژوهش فقدان بیماری روانی بیماران به منزلهٔ یکی از معیارهای حذف، بر اساس گفته‌های بیمار و گزارش پروندهٔ پزشکی آنها تایید شد نه تست MMS (Mini Mental State).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

REFERENCES

1. Strober LB, Arnett PA. An examination of four models predicting fatigue in multiple sclerosis. Arch Clin Neuropsychol 2005;20:631-46.

2. Rao SM, Huber SJ, Bornstein RA. Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. J Consult Clin Psychol 1992;60:369-78.

3. Pakenham KI, Stewart CA, Rogers A. The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. Psychology Health and Medicine 1997;2:197-211.

4. Jean V, Paul RH, Beatty WW. Psychological and neurological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. J Clin Psychol 1999;55:21-26.

5. Aikens JE, Fischer JS, Namey M, Rudick RA. A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. J Behav Med 1997;20:433-45.

6. Bergamaschi R, Romani A, Versino M, Poli R, Cosi V. Clinical aspects of fatigue in multiple sclerosis. Funct Neurol 1997;12:247-51.

7. Bakshi R, Shaihk ZA, Miletich RS. Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. Mult Scler 2000;6:181-85.

8. Krupp LB, LaRocca NG, Muri-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematousus. Arch Neurol 1989;46:1121-23.

9. Fisk JD, Pontefract A, Ritvo PG, Archibald CJ, Murray TJ. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. Can J Neurol Sci 1994;21:9-14.

10. Colosima C, Millefiorini E, Grasso MG. Fatigue in MS is associated with specific clinical features. Acta Neurologica Scandinavica 1995;92:353-55.

11. Sadvonik AD, Remick RA, Allen J, Swartz E, Yee IML, Eisen K, et al. Depression and multiple sclerosis. Neurology 1996;46:628-32.

12. Minden SL, Schiffer RB. Affective disorders in multiple sclerosis: review and recommendations for clinical research. Arch Neurol 1990;47:98-104.

13. Clark CM, Fleming JA, Li D, Oger J, Klonoff H, Paty D. Sleep disturbance, depression, and lesion site in patients with multiple sclerosis. Arch Neurol 1992;49:641-43.

14. Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klosch G, Kollegger H, et al. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue, and sleep quality. Acta Neurologica Scandinavica 2004;110:6-13.

15. Carver CS, Scheier MF, Weintrub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol 1989;56:267-83.

۱۶. بشارت مع. ویژگیهای روانسنجی مقیاس سبکهای مقابلهٔ تهران (TCSS). مجلهٔ پژوهشهای روانشناختی، ۱۳۸۶؛ زیرچاپ.

17. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. J Counsult Clin Psychol 1983;51:730-42.

18. Goldberg DP, editor. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph, Oxford: Oxford University Press, 1972.

19. Goldberg DP, Williams P, editors. A users' guide to the General Health Questionnaire. UK: NFER, Nelson, 1988.

۲۰. بشارت مع. پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانشور رفتار، ۱۳۸۵؛ دوره ۱۶، صفحات ۱۱ تا ۱۶.

21. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. Coping with general and disease related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. Mult Scler 1997;3:191-96.

22. Brooks NA, Matson RR. Social psychological adjustment to multiple sclerosis. Soc Sci Med 1982;16:2129-35.

23. Roesh SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? J Psychosom Res 2001;50:205-19.

24. Lazarus RS, Folkman S, editors. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.

25. Mattlin J, Wethington E, Kessler RC. Situational determinants of coping and coping effectiveness. J Health Soc Behav 1990;31:103-22.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

26. Davison GC, Neale JM, Kring AM, editors. Abnormal psychology. New York: John Wiley and Sons, 2004.

27. Aldwin CM, editor. Stress, coping and development: and integrative perspective. New York: Guilford Press, 2000.

28. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. Health Psychol 1985;4:249-88.

29. Mullen B, Suls J. The effectiveness of attention and rejection as coping style: A meta-analysis of temporal differences. J Psychosom Res 1982;26:43-49.

30. Devins GM, Shnek ZM, editors. Multiple sclerosis, handbooks of rehabilitation psychology. Washington. DC: American Psychological Association, 2000;p:163-84.

31. Wineman NM, Durand EJ, Steiner RP. A comparative analysis of coping behaviors in person with multiple sclerosis or a spinal cord injury. Res Nurs Health 1994;17:185-94.

32. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1986;21:219-39.

33. Pakenham K. Coping with multiple sclerosis: development of a measure. Psychology Health and Medicine 2001;6:411-28.

34. Piko B. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. Psychol Record 2001;51:223-36.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]