

## رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی

### در بیماران مبتلا به متیپل اسکلروزیس

دکتر محمدعلی بشارت<sup>\*</sup>، نازنین براتی<sup>\*</sup>، دکتر جمشید لطفی<sup>\*\*</sup>

\* گروه روانشناسی، دانشکدة 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 متیپل اسکلروزیس (MS) مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی پژوهش حاضر، تبیین سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله مسئله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور 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 هیجان محور مثبت با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار دارد. همچنین سبک مقابله هیجان محور منفی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار داشت.

**نتیجه‌گیری:** سبک مقابله هیجان محور 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.

اوایل تا اوسط 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. پکنهم و همکاران (۳) نشان دادند که سبک مقابله هیجان محور (Emotional-focused style) با سطوح سازش ضعیفتر (افسردگی، درماندگی، دشواری در سازش اجتماعی) در بیماران مبتلا به MS رابطه دارد و سبک مقابله مسئالمحور (Problem-focused style) با جنبه‌هایی از سازش بهتر مرتبط بود. یافته‌های جین و همکاران (۴) در زمینه سبک مقابله هیجان محور بیماران MS با نتایج پکنهم و همکاران (۳) مشابه بود، اما سبک مقابله

#### مقدمه

متیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis=MS) نوعی بیماری عصب شناختی پیشرونده است که باعث میلین زدایی 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

آدرس نویسنده مسئول: تهران، پل گیشا، دانشکدة روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۱۴۰۵۶-۶۴۵۶، دکتر محمدعلی بشارت

(email: besharat@chamran.ut.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۷/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۱۴

هدف اصلی پژوهش حاضر تبیین سطوح سازش روانشناختی با بیماری MS بر حسب سبکهای مقابله است. بررسی این رابطه، اهداف جزئی تر پژوهش به شرح زیر را محقق می‌سازد: توصیف سبکهای مقابله بیماران MS شامل سبکهای مقابله مسئله محور، هیجان محور مثبت، هیجان محور 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 پیژه سبکها و درماندگی روانشناختی و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر برای بیماران؛ شناسایی شاخصهای برنامه‌های آموزشی و پیژه 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 تحويل داده نشد، تعداد نمونه 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 نسیی این دسته از بیماران به کمک پژوهشگر برای تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

شرط شرکت در این پژوهش نداشتند 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 ۳۶ سال بود. میانگین سنی گروه نمونه  $32.8 \pm 8.2$  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.

مسئله محور با سطوح پائین‌تر درماندگی رابطه نداشت. هماهنگ با این یافته، ایکنزو و همکاران (۵) نیز نشان دادند که تنها راهبرد مقابله برای پیش‌بینی نشانه‌های خلقی در بیماران (Avoidance coping strategy) (هیجان محور) و استفاده نکردن از راهبردهای مقابله مثبت است. سبکهای Coping style (Coping style) مقابله بیماران با شرایط تحلیلی پیش گفته به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده و تأثیرگذار بر سطوح تغییرات منفی و سازش روانشناختی با این تغییرات، مسئله 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 (۱۰-۱۴، ۱۱-۱۲). افسردگی (۱۰-۱۴، ۱۳) و اختلال خواب (۱۰-۱۴) 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 بر حسب سبکهای مقابله‌ای حداقل به دو دلیل همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتر است. اول به دلیل ناهمانگی یافته‌های موجود، مخصوصاً درمورد سبک مقابله مسئله محور، 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 بخشنند.

بین شخصی ( $r = +0.41$ ,  $P < 0.001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = -0.23$ ,  $P < 0.001$ ) و درمانندگی روانشناختی ( $r = +0.25$ ,  $P < 0.001$ ) همبستگی معنی دار وجود دارد. این نتایج اعتبار همزمان مقیاس کمالگرایی چند بعدی تهران را تایید می کنند (۱۶).

مقیاس سلامت روانی: مقیاس سلامت روانی (۱۷) یک آزمون ۳۴ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درمانندگی روانشناختی را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره یک تا پنج می سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیرمقیاس های بهزیستی روانشناختی و درمانندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداقل نمره آزمودنی در همین زیرمقیاس ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ خواهد بود. بهزیستی روانشناختی، به منزله مولفه ایجابی سازش و سلامت روانشناختی، بر حسب وجود عوامل مثبت و احساس رضایت از موقعیت های شخصی و اجتماعی؛ و درمانندگی روانشناختی، به منزله مولفه سلبی سازش و سلامت روانشناختی، بر حسب فقدان نشانه های آسیب شناختی روانی شامل اضطراب، افسردگی و از دست دادن کنترل رفتار هیجانی تعریف شده است (۱۷). در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه ای مشکل از ۱۶۰ دانشجوی دانشگاه های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار ( $n=80$ ) و نوبت ( $n=50$  دختر، ۳۰ پسر) و بهنجرار ( $n=50$  دختر، ۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب الگای کرونباخ زیرمقیاس های بهزیستی روانشناختی و درمانندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی های بیمار به ترتیب  $0.91$  و  $0.89$  و برای نمره آزمودنی های بیمار به ترتیب  $0.85$  و  $0.89$  محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس می باشدند. ضرایب همبستگی بین نمره های بهنجرار ( $n=30$ ) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب همبستگی بین نمره های بهنجرار ( $n=30$ ) نیز در دو نوبت با فاصله دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درمانندگی روانشناختی به ترتیب  $0.89$  و  $0.87$  و در سطح  $0.001$  معنی دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش بخش مقیاس می باشد. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنی های بهنجرار ( $n=30$ ) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درمانندگی روانشناختی به ترتیب  $0.89$  و  $0.87$  و در سطح  $0.001$  معنی دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش می باشدند.

روایی همزمان (Concurrent validity) مقیاس سبکهای مقابله تهران از طریق احرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی (Inventory of interpersonal problems) و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیرمقیاس سبک مقابله مساله محور با مشکلات بین شخصی ( $r = -0.47$ ,  $P < 0.001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = -0.29$ ,  $P < 0.001$ ) و درمانندگی روانشناختی ( $r = -0.55$ ,  $P < 0.001$ ) همبستگی معنی دار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس سبک مقابله هیجان محور با مشکلات بین شخصی ( $r = -0.26$ ,  $P < 0.001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = 0.35$ ,  $P < 0.001$ ) و درمانندگی روانشناختی ( $r = 0.26$ ,  $P < 0.001$ )؛ و بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس سبک مقابله هیجان محور منفی با مشکلات

مثبت معنی دار و با درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنی دارد. سبک مقابله هیجان محور منفی با بهزیستی روانشناختی همبستگی معنی دار ندارد، اما با درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی دار دارد.

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

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

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

| p      | r       | متغیر                                       |
|--------|---------|---|
| .۰/۰۱  | .۰/۲۳۳  | مقابله مساله محور- بهزیستی روانشناختی       |
| .۰/۰۰۷ | -.۰/۲۴۷ | مقابله مساله محور- درماندگی روانشناختی      |
| .۰/۰۰۱ | .۰/۰۱۷  | مقابله هیجان محور مثبت- بهزیستی روانشناختی  |
| .۰/۰۰۳ | -.۰/۰۲۷ | مقابله هیجان محور مثبت- درماندگی روانشناختی |
| .۰/۴۸۱ | -.۰/۰۶۵ | مقابله هیجان محور منفی- بهزیستی روانشناختی  |
| .۰/۰۱۷ | .۰/۰۲۱۸ | مقابله هیجان محور منفی- درماندگی روانشناختی |

سپس سبکهای مقابله شامل مقابله مسأله محور، 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 مسخچه‌های آماری رگرسیون بین سبکهای مقابله و بهزیستی روانشناختی در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی دار است ( $P < 0.001$ ) و  $۰/۷\%$  از واریانس مربوط به بهزیستی روانشناختی توسط سبکهای مقابله تبیین می‌شود ( $R^2 = ۰/۰۷$ ). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که سبکهای مقابله می‌توانند واریانس بهزیستی روانشناختی بیماران MS را به صورت معنی دار تبیین کنند. ضرایب تاثیر سبک مقابله هیجان محور مثبت ( $Beta = ۰/۴۴۰$ ) و سبک مقابله هیجان محور

همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمون‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنی دار ( $r = -0.85$ ,  $P < 0.001$ ) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی دار ( $r = 0.86$ ,  $P < 0.001$ ) 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 (۰.۲۰).

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

| متغیر                 | زن          | مردان       | کل          | متغیر              | زن          | مردان       | کل          |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| سبک مقابله مساله محور | ۵۷/۲۱±۸/۴۸  | ۵۷/۲۱±۸/۶۴  | ۵۸/۰۱±۸/۶۴  | سبک مقابله هیجان   | ۵۵/۵۰±۸/۲۲  | ۵۵/۵۰±۸/۳۲  | ۵۵/۷۰±۸/۲۲  |
| محور مثبت             | ۴۵/۰۳±۷/۱۲  | ۴۵/۰۳±۷/۷۰  | ۴۵/۰۲۰±۷/۳۰ | سبک مقابله هیجان   | ۴۵/۰۳±۷/۱۲  | ۴۵/۰۳±۷/۷۰  | ۴۵/۰۲۰±۷/۳۰ |
| محور منفی             | ۴۷/۸۲±۹/۴۴  | ۴۸/۱۴±۱۰/۰  | ۴۷/۸۵±۹/۱۴  | بهزیستی روانشناختی | ۶۳/۱۹±۱۵/۴۶ | ۶۳/۱۹±۱۵/۷۳ | ۶۳/۴۵±۱۵/۷۳ |
| درماندگی روانشناختی   | ۶۳/۵۹±۱۵/۹۷ | ۶۳/۵۹±۱۵/۴۶ | ۶۳/۵۹±۱۵/۷۳ |                    |             |             |             |

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه بیماران زن و مرد در مورد نمره‌های سبکهای مقابله با استرس و سلامت روانی محاسبه شد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان داد که بیماران زن و مرد در هیچ یک از مقیاس‌های مورد بررسی با هم تفاوت معنی دار 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 مقابله مساله محور با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنی دار و با درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنی دار دارد. سبک مقابله هیجان محور مثبت با بهزیستی روانشناختی همبستگی

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 ( $B=-0.158$ ) 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، بر حسب چند احتمال تبیین می‌شوند.

منفی ( $B=-0.183$ ) 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 ( $Beta=0.050$ ) 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 ( $P<0.001$ ) و ۱۸٪ از واریانس مربوط به درماندگی روانشناختی توسط سبکهای مقابله تبیین می‌شود ( $R^2=0.180$ ). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که سبکهای مقابله می‌توانند واریانس درماندگی روانشناختی بیماران MS را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. ضرایب تأثیر سبک مقابله هیجان‌محور مثبت ( $B=0.274$ ) و سبک مقابله هیجان‌محور منفی ( $B=0.308$ ) با توجه به

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

| SE            | $R^2$  | R      | سطح معنی‌داری | F       | میانگین | df     | مجموع     |                        |
|---------------|--------|--------|---------------|---------|---------|--------|-----------|------------------------|
|               |        |        |               |         |         |        | مجذورات   | مجذورات                |
| ۸/۵۱۸۸۰       | ۰/۲۰۷  | ۰/۴۵۵  | ۰/۰۰۱         | ۱/۰/۰۷۴ | ۷۳۱/۰۶۸ | ۳      | ۲۱۹۳/۲۰۴  | رگرسیون                |
|               |        |        |               |         | ۷۲/۵۷۰  | ۱۱۶    | ۸۴۱۸/۱۲۱  | باقیمانده              |
|               |        |        |               |         |         | ۱۱۹    | ۱۰۶۱۱/۳۲۵ | کل                     |
| سبک معنی‌داری |        |        |               | B       |         |        |           |                        |
| ۰/۵۹۳         | ۰/۰۳۶  | ۰/۵۳۶  | ۰/۰۵۰         | ۰/۱۰۲   |         | ۰/۰۵۵  |           | مقابله مسأله‌محور      |
| ۰/۰۰۱         | ۴/۵۸۱  | ۰/۰۰۱  | ۰/۴۴۰         | ۰/۱۱۰   |         | ۰/۰۵۴  |           | مقابله هیجان‌محور مثبت |
| ۰/۰۳۴         | -۲/۱۴۲ | -۰/۱۴۲ | -۰/۱۸۳        | ۰/۱۱۱   |         | -۰/۲۳۷ |           | مقابله هیجان‌محور منفی |

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

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

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 ناماکیمات و سختی‌های مربوط به بیماری را پیدا کند. در این فرایند، فرد می‌آموزد که با مشکل پیش آمده زندگی کند و موقعیت استرس‌زا را به عنوان واقعیتی غیر قابل تغییر پیدا کند (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 مسئله‌محور، 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 مسئله‌محور متغیر سلامت روان را در بیماران MS پیش‌بینی نمی‌کند، مطابقت دارد و احتمال چنین تبیینی 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 مسئله‌محور تنها در شرایطی که مسئله 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 بلا تکلیفی در این بیماری که

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 درمانگی روانشناختی با تقویت مؤلفه اول و تضعیف مؤلفه دوم به فرد کمک نماید.

"تونایی 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 درمانگی روانشناختی اش را کاهش دهد.

رابطه بهزیستی معنیوی و سازگاری روانی در بیماران مبتلا به MS در مطالعه‌ای که توسط روش و وینر (۲۲) انجام شد بیانگر تأثیر بر جسته بهزیستی معنیوی بر سازگاری با بیماری MS بود. افرادی که قادرند از وقایع آسیب‌زا معانی مثبت، مانند رشد معنوی یا یافتن ارزش حیات را دریابند، به استرس‌ Zahای آزمایشگاهی با روش سازگارانه تری پاسخ دادند (۲۶). "روی‌آوری به مذهب" (۱۵، ۲۸، ۲۹) به عنوان یکی از مؤلفه‌های سبک مقابله هیجان‌محور مثبت امکانات لازم را برای تقویت بهزیستی معنیوی و بهره‌وری از پتانسیل‌های معنیوی 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 مقابله مؤلفه‌های "تعبیر و تفسیر مجدد و مثبت" و "روی‌آوری به مذهب" در سبک مقابله هیجان‌محور مثبت اشاره کرد. در این

می شود که مطابق یافته های موجود (۳۲-۳۴) به نقش و تأثیر استفاده از سبک های مقابله هیجان محور منفی، یا ناتوانی در به کارگیری سبک های مقابله مسأله محور و هیجان محور مثبت، و پیدایش بیماری های استرس مدار و تهدید سلامت عمومی علاوه بر سلامت روانی توجه شود.

پس از شکل گیری سبک های مقابله، در شرایطی که برنامه های آموزشی و بهداشتی به هر دلیل با موقعيت اجرا نشده باشند، با مشکلات سبک مقابله هیجان محور منفی و ناتوانی در استفاده از سبک های مقابله مسأله محور و هیجان محور مثبت مواجه خواهیم شد. فراسوی برنامه های آموزشی پیش گفته، مداخله های بالینی در این شرایط ضرورت خود را بیشتر نمایان می سازند. ترسیم و تحلیل موقعیت های استرس زا و مکانیسم های تأثیرگذاری سبک های مقابله، ایفای بازی نقش در محیط های بالینی و آزمایشی تحت نظرات متخصص، تجویز برنامه های زمانی برای اجرای آزمایشی سبک مقابله کارآمد در موقعیت های مختلف زندگی، آموزش مهارت های مؤثر حل مسأله و تمرين های تقویت اعتمادسازی از جمله اقدامات بالینی به منظور تعديل و بازسازی سبک های مقابله کارآمد هستند.

برای بررسی دقیق تر رابطه سبک های مقابله با سلامت روانی بیماران MS، پیشنهاد می گردد پژوهش هایی براساس تأثیر سبک های مقابله مسأله محور، روی آوری و اجتنابی، به عنوان سبک های متمایز شناخته شده بر سلامت روانی به صورت مستقل انجام شود. اجرای پژوهش های طولی در مرور سبک های 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 یافته ها در مورد آزمودنی های سالم و بیمار مکمل یافته های پژوهش حاضر خواهد بود.

محدودیت جامعه آماری پژوهش (بیماران MS)، که علاوه بر نوع بیماری، قطعاً نمونه ای جامع از بیماران MS نیز نبودند) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت هایی را در زمینه تعیین یافته ها، تفسیرها و استنادهای علت شناختی متغیر های مورد بررسی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شوند. علاوه، 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 منزله یکی از معیارهای حذف، بر اساس گفته های بیمار و گزارش پرونده پزشکی آنها تایید شد نه تست MMS (Mini Mental State).

بزرگترین مشکل محسوب می شود، بیمار را به این ارزیابی می رساند که وضعیت پیش آمده قابل کنترل نیست و به همین دلیل استفاده از روش های مقابله مسأله محور برای سازگاری با این بیماری کارایی خود را از دست می دهد. وینمن و همکران (۳۱) نشان دادند بیماران مبتلا به MS که سطوح بالایی از عدم قطعیت را تجربه می کردند و شرایط را غیرقابل کنترل ارزیابی کرده بودند بیشتر از روش های 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 مسأله محور استفاده کرده بودند. هر چند که هیچ برتری نسبت به استفاده از سبک مقابله هیجان محور یا مسأله محور در حل مشکلات زندگی وجود ندارد، استفاده از سبک مقابله مسأله محور با احساس خود کنترلی و خود کارآمدی بیشتر تأم است (۳۲). احساس کنترل ناپذیری که در بیماران MS وجود دارد در تضاد با ویژگی های اصلی سبک مقابله مسأله محور یعنی خویشن داری، برنامه ریزی، جلوگیری از فعالیتهای مزاحم و مقابله فعل قرار می گیرد و مانع بزرگی بر سر راه استفاده از سبک مقابله مسأله محور محسوب می شود.

در حد یافته های پژوهش حاضر، می توان 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 مهارت هایی هستند که تحت تأثیر آموزش و تجربه آموخته می شوند و قابل تغییرند. تدوین برنامه های آموزشی مناسب با تراز تحول، سبک مقابله معمول و مسلط، نیازها و مشکلات مقابله ای آزمودنی و تعیین سبک های مطلوب و حدود تغییرات مورد نظر در سبک ها به عنوان اهداف این برنامه ها از اقدامات اساسی محسوب می شوند. در مراحل مختلف تحول که موضوع شکل گیری سبک های مقابله مطرح است مداخله های حساب شده و نظامدار خانواده و مریبان و مراقبین و گروه درمان نقشی تعیین کننده در پدیدایی، استقرار و استمرار سبک های مقابله مسأله محور و هیجان محور مثبت بر عهده دارند. آموزش و تربیت و نظارت مستمر خانواده، مریبان، مراقبین و گروه درمان، استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مدرن و فراهم سازی زمینه های لازم برای تجربه و به کارگیری سبک های مقابله در موقعیت های مختلف آزمایشی و واقعی زندگی، مخصوصاً در شرایط استرس و بیماری، از مهمترین راهکارهای تأثیرگذاری بر شکل گیری سبک های مقابله در مراحل تحول محسوب می شوند. اهمیت این برنامه های پیشگیرانه وقتی برجسته تر

**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 erythematosus. *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, Weinrib JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56:267-83.
16. بشارت مع. ویژگیهای روانسنجی مقیاس سبکهای مقابله تهران (TCSS). *مجله پژوهش‌های روانشناسی*, 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.
20. بشارت مع. پایابی 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.

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: an 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.