

سهام ابعاد کارکرد خانواده در میزان استفاده از راهبردهای مقابله
در بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس

The Contribution of Family Function Dimensions in Utilization
of Coping Strategies by Patients With Multiple Sclerosis

F. Ghadiri, Ph.D. ✉

S. Nooshkia, B. A.

دکتر فاطمه قدیری ✉

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

ساحل نوش کیا

کارشناس مامایی، کارشناس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران

Abstract

This study accomplished to determine the role of family function dimensions in utilization of coping strategies by patients with Multiple Sclerosis (MS). Participants were 94 patients with MS selected randomly from those who referred to Health Office of Tehran Medical Sciences University during 1 month to receive medicine prescription.

Family Assessment Device and Coping Strategies Questionnaire were completed by participants.

چکیده:

این پژوهش با هدف بررسی سهم ابعاد کارکرد خانواده در میزان استفاده از راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس انجام یافت. در این مطالعه ۹۴ بیمار از میان بیماران مبتلا به این عارضه که به صورت تصادفی ظرف مدت ۱ ماه جهت گرفتن مجوز دارو به معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (واحد بیماران خاص) مراجعه کرده بودند و پس از آگاهی از اهداف پژوهش و اعلام رضایت، شرکت کردند.

✉Corresponding author: Family Research Institute, Shahid Beheshti University.
Tel: +9821-22431814
Fax: +9821-29902368
Email: sghadiri@hotmail.com

✉نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - پژوهشکده خانواده
تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴ - دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۸
email: sghadiri@hotmail.com پست الکترونیکی:

It was found that functional dimensions contribute to coping strategies according to regression analyses. Results indicated that "problem solving", "affective involvement", and "behavior control" had the highest significant association with utilized coping strategies and could predict them.

KeyWords: Family function dimensions, Coping strategies, Multiple Sclerosis disorder.

پرسشنامه‌های ابزار سنجش خانواده (FAD) و پرسشنامه راهبردهای مقابله توسط این افراد تکمیل شد. با کمک تحلیل رگرسیون سهم ابعاد کارکرد خانواده در میزان استفاده از راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که کارکردهای «حل مسئله»، «آمیختگی عاطفی» و «کنترل رفتاری» خانواده بیش از سایر کارکردها با راهبردهای مورد استفاده این بیماران ارتباط دارند.

کلیدواژه‌ها: ابعاد کارکرد خانواده، راهبردهای مقابله، اختلال مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

اختلال مولتیپل اسکلروزیس^۱ در حال حاضر به‌عنوان یک اختلال خودایمنی^۲ در نظر گرفته می‌شود که ممکن است عوامل ژنتیک یا محیطی در آن نقش داشته باشند. ماهیت و شدت نشانه‌های این اختلال که در حوزه‌های مختلف حسی، حرکتی و شناختی ظاهر می‌گردد اثرات عمیقی بر کارکرد اجتماعی و روان‌شناختی فرد مبتلا به جای می‌گذارد (مک‌رینولد، کوچ و رومریل، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده‌اند که پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با جمعیت عمومی سه بار بیشتر است (فیشور و کرافورد ۱۹۹۴). حتی در مقایسه با سایر گروه‌های بیمار با درجه مشابهی از ناتوانی فیزیکی، هم‌چنان بروز بالاتری از اختلالات هیجانی در این افراد گزارش می‌شود (رائو، هوبر و برنستاین، ۱۹۹۲). با توجه به ماهیت تحلیل‌برندگی این بیماری و سیر غیرقابل پیش‌بینی آن شگفت‌آور نیست که منجر به پاسخ‌های هیجانی منفی گردد، در عین حال شدت پاسخ هیجانی فرد به عوامل مختلفی بستگی دارد از جمله روش مقابله‌ای^۳ که فرد در مواجهه با بیماری به کار می‌گیرد. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) چارچوبی را برای درک استرس، مقابله و انطباق ارائه دادند که مبین آن است که اثرات استرس (در این‌جا بیماری در نظر گرفته می‌شود) بر سازگاری و انطباق، تحت تأثیر راهبردهای مقابله مورد استفاده می‌باشد. این راهبردهای مقابله تابعی از منابع شخصی (هم‌چون حس طنز، نگرش مثبت، امید و کنترل استرس) و محیطی (دریافت حمایت هیجانی، حمایت مالی و کمک در وظایف روزمره) می‌باشند.

مطالعات مؤید این چارچوب نظری هستند: در یک مطالعه همبستگی رابطه منفی قوی بین سبک مقابله هیجان‌مدار و بهزیستی کلی مشاهده گردید (جین، بیتی، پاول و مولینس، ۱۹۹۷). در

مطالعه دیگر بر روی ۹۶ بیمار، پاکنهام (۱۹۹۹) دریافت که سبک مسئله‌مدار مقابله، با بهبود قابل ملاحظه عاطفه افسرده و نیز سازگاری اجتماعی رابطه دارد، در مقابل بیمارانی که روش مقابله هیجان‌مدار داشتند نمرات افسردگی بالاتری در مقایسه با بیمارانی که کمتر از این روش مقابله استفاده می‌کردند، داشتند.

فلتون و ریونسون (۱۹۸۴) گروهی مرکب از بیماران مزمن را مورد مطالعه قرار دادند که تعدادی از آن‌ها مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس بودند. آن‌ها دریافتند که مقابله تخیل آرزومندانه^۴ بر میزان انطباق، اثر منفی داشت در حالی که مقابله از طریق جستجوی اطلاعات، پیامدهای مفیدی در برداشت. بروکس و ماتسون (۱۹۸۲) نیز در یک مطالعه آینده‌نگر^۵ بر روی بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس نتیجه گرفتند که اکثر بیماران بعد از ۱۷ سال ابتلا به بیماری، خودپنداره مثبتی داشتند و بهبود خودپنداره ارتباط مثبتی با مقابله پذیرش و ارتباط منفی با تکیه بر مذهب و خانواده داشت. مک‌کیب و مک‌کرن (۲۰۰۲) نیز به این نتیجه رسیدند که راهبردهای مقابله می‌توانند سلامت فیزیکی، سازگاری روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سازگاری با محیط را پیش‌بینی کنند.

چنانچه از مرور این مطالعات مشهود است راهبردهای مقابله در میزان سازگاری و انطباق بیماران مؤثر است ولی به‌طور کلی در مورد نحوه تعامل استرس و رفتارهای مقابله‌ای در جهت موفقیت یا شکست انطباقی در بافت بیماری مولتیپل اسکلروزیس، اطلاعات اندکی وجود دارد. اکثر مطالعات تنها یک تعیین‌کننده را برای سازگاری در نظر می‌گیرند. با وجود این وضعیت روان‌شناختی، تابع عوامل متعدد و پیچیده‌ای است که در طول زمان در تعامل با یکدیگرند. چه عواملی ممکن است بر میزان استفاده افراد از راهبردهای مقابله مختلف تأثیر بگذارد؟ در پژوهش حاضر کوشش بر آن است که نقش و سهم ابعاد کارکرد خانواده به‌عنوان یک منبع محیطی در میزان استفاده از راهبردهای مقابله توسط بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس مورد اندازه‌گیری قرار گیرد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در قالب یک مطالعه توصیفی و مقطعی انجام شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران می‌باشند. از این جامعه، همه بیمارانی که از طرف متخصصین مغز و اعصاب (هیأت علمی دانشگاه تهران؛ اعضای کمیته ام.اس) تشخیص اختلال مولتیپل اسکلروزیس دریافت نموده و در یک مقطع زمانی یک‌ماهه (اول تیرماه الی ۳۱ تیرماه ۱۳۸۶) به کمیسیون پزشکی ام.اس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران جهت تشکیل پرونده دارویی مراجعه کردند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. از آنجایی که مراجعه این افراد براساس ترتیب خاصی نبوده و به انتخاب خود بیماران بود و

نیز مقطع زمانی یک‌ماهه مربوط به اواسط برنامه تشکیل پرونده دارویی بیماران بوده است لذا می‌توان انتظار داشت که این نمونه ویژگی‌های یک نمونه تصادفی را دارا باشد.

ابزارهای پژوهش

الف) ابزار سنجش خانواده^۶: یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ (۱۹۸۲) بنا بر الگوی مک مستر تدوین شده است و ابعاد مختلف حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار را اندازه‌گیری می‌نماید. این آزمون در ایران در طی دو مرحله ترجمه شده و مشخصات روان‌سنجی آن اندازه‌گیری شده است. ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه امینی (به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شده است. زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) در مطالعه خود در زمینه اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون، پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته در گستره ۰/۵۶ برای خرده مقیاس پاسخ‌دهی عاطفی تا ۰/۸ برای خرده‌مقیاس نقش‌ها را گزارش کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ در این مطالعه بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ محاسبه گردیده است.

ب) پرسشنامه روش‌های مقابله^۷: این پرسشنامه برای ارزیابی گستره وسیعی از پاسخ‌های مقابله تهیه شده است و هر دو نوع پاسخ‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد را اندازه‌گیری می‌نماید. این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال است و ۱۵ خرده‌مقیاس دارد که عبارتند از: تعبیر مجدد مثبت، عدم درگیری ذهنی، تمرکز و سرمایه‌گذاری بر هیجان‌ها، استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی، مقابله فعال، انکار، مقابله مذهبی، طنز، عدم درگیری رفتاری، خویش‌داری، استفاده عاطفی از حمایت اجتماعی، سوء‌مصرف مواد، پذیرش، فرونشانی فعالیت‌های دیگر و برنامه‌ریزی. ضرایب آلفای کرونباخ برای ۱۵ خرده‌مقیاس این پرسشنامه در گستره ۰/۴۵ تا ۰/۹۴ برای خرده‌مقیاس عدم درگیری ذهنی^۸ تا ۰/۹۴ برای خرده‌مقیاس مقابله مذهبی بدست آمده است (کارور، شهیر و وینتراب، ۱۹۸۹). پایایی بازآزمایی این پرسشنامه نیز با ۸ هفته فاصله از ۰/۴۶ برای خرده‌مقیاس فرونشانی فعالیت‌های دیگر^۹ تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس مقابله مذهبی محاسبه گردیده است (همان منبع). این پرسشنامه به وسیله محمدخانی (۱۳۷۱) ترجمه شده و ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۹۳ برای آن محاسبه گردیده است.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ پرسشنامه تکمیل گردید. تعداد ۶ پرسشنامه به دلیل نقص قابل استفاده نبوده، بنابراین اطلاعات مربوط به ۹۴ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران گروه نمونه در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی گروه نمونه

متغیر سن	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
			۳۲/۱۸	۸/۱۱
جنس	مؤنث	۶۵	۶۹/۱	
	مذکر	۲۹	۳۰/۹	
وضعیت تأهل	مجرد	۴۰	۴۲/۶	
	متأهل	۵۰	۵۳/۲	
	مطلقه	۴	۴/۳	
میزان تحصیلات	بیسواد	۱	۱/۱	
	زیردیپلم	۳۰	۳۱/۹	
	دیپلم	۴۲	۴۴/۷	
	کارشناس	۲۰	۲۱/۳	
	بالتر	۱	۱/۱	
مدت ابتلاء به بیماری (سال)			۵/۴	۶/۰۹

مقادیر همبستگی بین ابعاد کارکرد خانواده و میزان استفاده از راهبردهای مقابله مختلف در بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس در جدول شماره ۲ آمده است. در این جدول ملاحظه می‌گردد که اشکال در کارکرد حل مسئله بیش از همه با راهبرد «عدم درگیری رفتاری» رابطه مستقیم نشان می‌دهد. پس از آن «سوء مصرف مواد» و سپس «مقابله فعال». بدین ترتیب هرچه خانواده در بعد کارکردی حل مسئله ضعیف‌تر عمل نماید، بیشتر احتمال دارد که بیمار از درگیر شدن رفتاری با مشکل اجتناب کند، به مصرف مواد روی آورد و در مواردی ناگزیر به تنهایی به مقابله فعال با بیماری بپردازد.

از سوی دیگر اشکال در همین کارکرد رابطه منفی قوی به ترتیب با راهبردهای «پذیرش»، «مقابله مذهبی»، «فرونشانی فعالیت‌های دیگر»، «برنامه‌ریزی»، «تعبیر مجدد مثبت»، «استفاده عاطفی از حمایت اجتماعی»، «استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی» و «عدم درگیری شناختی» نشان می‌دهد. بنابراین هرچه خانواده در این بعد کارکردی مشکل بیشتری نشان می‌دهد کمتر احتمال دارد که فرد مشکل خود را پذیرفته و از راهبردهای مؤثری هم‌چون «مقابله مذهبی»، «فرونشانی فعالیت‌های دیگر»، «برنامه‌ریزی» و «تعبیر مجدد مثبت» در جهت کنار آمدن با مشکل خود بهره گیرد. به‌علاوه کمتر در جستجوی استفاده از حمایت اجتماعی چه به‌صورت عاطفی و چه به‌صورت ابزاری برآمده و حتی از عدم درگیری شناختی نیز کمتر استفاده می‌نماید.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین ابعاد کارکرد خانواده و راهبردهای مقابله و (سطح معناداری)

کارکرد کلی	کنترل رفتاری	آمیختگی عاطفی	پاسخدهی عاطفی	نقش‌ها	ارتباط	حل مسئله	اشکال در کارکرد
							راهبرد مقابله
		۰/۲۵۷ (۰/۰۱۲)				-۰/۲۷۸ (۰/۰۰۷)	تعبیر مجدد مثبت
		۰/۲۳۵ (۰/۰۲۳)				-۰/۲۰۵ (۰/۰۴۸)	عدم درگیری ذهنی
							تمرکز و سرمایه‌گذاری بر هیجان‌ها
	۰/۲۷۳ (۰/۰۰۸)	۰/۳۷۶ (۰/۰۰۰)	۰/۲۲۹ (۰/۰۳۷)			-۰/۲۴۷ (۰/۰۱۷)	استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی
	۰/۲۰۹ (۰/۰۴۳)	۰/۲۲۸ (۰/۰۲۷)				۰/۲۶۴ (۰/۰۱۵)	مقابله فعال
	۰/۲۱۹ (۰/۰۳۴)						انکار
	۰/۲۴۸ (۰/۰۱۶)	۰/۳۴۴ (۰/۰۰۱)				-۰/۳۸۲ (۰/۰۰۰)	مقابله مذهبی
							طنز
	-۰/۲۳۴ (۰/۰۲۵)	-۰/۳۲۵ (۰/۰۰۲)			۰/۲۵۷ (۰/۰۱۴)	۰/۴۰۲ (۰/۰۰۰)	عدم درگیری رفتاری
							خویش‌داری
						-۰/۲۶۸ (۰/۰۰۹)	استفاده عاطفی از حمایت اجتماعی
						۰/۲۷۹ (۰/۰۰۶)	سوء مصرف مواد
		۰/۲۷۶ (۰/۰۰۷)				-۰/۴۴۹ (۰/۰۰۰)	پذیرش
	۰/۲۲۹ (۰/۰۲۷)	۰/۳۴۳ (۰/۰۰۱)				-۰/۳۳۳ (۰/۰۰۱)	فرونشانی فعالیت‌های دیگر
		۰/۲۹۵ (۰/۰۰۴)			-۰/۰۰۱ (۰/۰۹۹)	-۰/۲۸۶ (۰/۰۰۵)	برنامه‌ریزی

و اما اشکال بیشتر در کارکرد ارتباطی خانواده، رابطه مستقیمی با استفاده از راهبرد «عدم درگیری رفتاری» در بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکروزیس نشان می‌دهد، به این معنی که هر چه تبادل اطلاعات و پیام‌ها در خانواده دچار اشکال بیشتری باشد، بیمار بیشتر احتمال دارد که از درگیر شدن عملی با مشکل اجتناب نماید.

وقتی خانواده در کارکرد پاسخدهی عاطفی ضعف نشان می‌دهد بیشتر احتمال دارد که فرد مبتلا به‌طور واکنشی جهت دریافت حمایت اجتماعی به بیرون از خانواده پناه برده و از راهبرد «استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی» استفاده نماید.

کارکرد آمیختگی عاطفی خانواده نیز هم‌چون کارکرد حل مسئله به نظر می‌رسد نقش مهمی در استفاده از راهبردهای مقابله دارد. چنان‌چه از جدول می‌توان استنباط نمود هرچه آمیختگی عاطفی اعضای خانواده با یکدیگر دچار اشکال بیشتر باشد، بیشتر احتمال دارد که بیمار جهت جمع‌آوری اطلاعات و دریافت کمک برای کنار آمدن با مشکلش به سایر منابع اجتماعی روی آورده، از راهبردهای «مقابله مذهبی»، «فرونشانی فعالیت‌های دیگر»، «برنامه‌ریزی»، «پذیرش»، «تعبیر مجدد مثبت»، «عدم درگیری ذهنی» و «مقابله فعال» بهره جوید. این کارکرد رابطه معکوس با استفاده از راهبرد «عدم درگیری رفتاری» نشان می‌دهد.

و اما بعد کارکردی کنترل رفتاری در خانواده با استفاده از راهبردهای «استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی»، «مقابله مذهبی»، «فرونشانی فعالیت‌های دیگر»، «انکار» و «مقابله فعال» رابطه مستقیم داشته و با استفاده از راهبرد «عدم درگیری رفتاری» رابطه منفی نشان می‌دهد.

تحلیل رگرسیون گام به گام جهت تعیین سهم ابعاد کارکرد خانواده در پیش‌بینی استفاده از راهبردهای مقابله که نتایج آن در جدول ۳ آمده است نشان می‌دهد که کارکرد حل مسئله مهم‌ترین کارکرد خانواده در پیش‌بینی استفاده از راهبردهای مقابله می‌باشد. بالاترین قدرت پیش‌بینی این کارکرد مربوط به راهبرد مقابله‌ای «پذیرش» می‌باشد که ۱۹٪ از واریانس این راهبرد را به‌طور منفی تبیین می‌کند.

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون، R، مجذور R تعدیل شده، ضرایب تأثیر و بتا حاصل از رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش بین راهبردهای مقابله

R	مجذور R تعدیل شده	B	بتا	متغیر پیش بین	راهبرد مقابله
۰/۲۵۳	۰/۰۵۳	-۱/۱۲۸ ۱۲/۷۳۲	-۰/۲۵۳	حل مسئله مقدار ثابت	تعبیر مجدد مثبت
۰/۳۲۵	۰/۰۸۶	۹/۴۳۱ ۱/۲۶۹ -۱/۳۸۸	۰/۳۴۴ -۰/۲۴۶	مقدار ثابت آمیختگی عاطفی و نقش‌ها	عدم درگیری ذهنی
۰/۱۰۷	۰/۰۹۷	۶/۳۶۰ ۱/۵۳۸	۰/۳۲۷	مقدار ثابت آمیختگی عاطفی	استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی
۰/۲۵۰	۰/۰۵۲	۱۳/۸۶۵ -۱/۴۳۴	-۰/۲۵۰	مقدار ثابت حل مسئله	مقابله فعال
۰/۲۳۱	۰/۰۴۳	۵/۸۷۵ ۱/۴۳۶	۰/۲۳۱	مقدار ثابت کنترل رفتاری	انکار
۰/۳۶۲	۰/۱۲۱	۱۶/۳۰۶ -۱/۸۲۶	-۰/۳۶۲	مقدار ثابت حل مسئله	مقابله مذهبی

ادامه جدول ۳

۰/۳۸۳	۰/۱۳۷	۴/۴۷۰ ۱/۹۳۵	۰/۳۸۳	مقدار ثابت حل مسئله	عدم درگیری رفتاری
۰/۲۵۲	۰/۰۵۳	۱۲/۵۹۸ -۱/۲۷۵	-۰/۲۵۲	مقدار ثابت حل مسئله	استفاده عاطفی از حمایت اجتماعی
۰/۳۰۱	۰/۰۸۰	۳/۰۰۳ ۱/۲۶۰	۰/۳۰۱	مقدار ثابت حل مسئله	سوءمصرف مواد
۰/۴۵۵	۰/۱۹۸	۱۴/۹۶۹ -۲/۳۶۲	-۰/۴۵۵	مقدار ثابت حل مسئله	پذیرش
۰/۳۱۷	۰/۰۹۰	۱۳/۰۴۷ -۱/۲۹۴	-۰/۳۱۷	مقدار ثابت حل مسئله	فرونشانی فعالیت‌های دیگر
۰/۲۸۳	۰/۰۷۰	۱۳/۶۱۱ -۱/۳۳۶	-۰/۲۸۳	مقدار ثابت حل مسئله	برنامه‌ریزی

کارکرد آمیختگی عاطفی نیز در پیش‌بینی استفاده از راهبردهای «عدم درگیری ذهنی» و «استفاده ابزاری از حمایت اجتماعی» سهم دارد. در مورد راهبرد اخیر ۹/۷٪ از واریانس توسط این کارکرد پیش‌بینی می‌شود. هم‌چنین کارکرد آمیختگی عاطفی همراه با کارکرد نقش‌ها قادر است ۸/۶٪ از واریانس راهبرد «عدم درگیری ذهنی» را پیش‌بینی نماید. به‌علاوه تحلیل رگرسیون نشان داد که هیچ یک از ابعاد کارکرد خانواده در پیش‌بینی استفاده از راهبردهای «تمرکز و سرمایه‌گذاری بر هیجان‌ها»، «طنز» و «خویش‌داری» سهمی ندارند.

بحث

در جدول شماره ۱ مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد نمونه چنان‌که دیده می‌شود درصد افراد مؤنث ۶۹/۱٪ می‌باشد که بازتاب شیوع بالاتر اختلال مولتیپل اسکلروزیس در جنس مؤنث می‌باشد. ایلتینک و دافی (۲۰۰۴) ذکر می‌کنند زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان به این بیماری دچار می‌گردند. هم‌چنین میانگین سنی ۳۲/۱۸ نشان می‌دهد که بروز اختلال مولتیپل اسکلروزیس در سنین جوانی می‌باشد (بوس، ۲۰۰۸). بررسی یافته‌های پژوهش در جداول شماره ۲ و ۳ نشان می‌دهند که مهم‌ترین کارکرد خانواده در پیش‌بینی میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس، کارکرد حل مسئله می‌باشد. اشکال بیشتر در این کارکرد با استفاده از راهبردهای ناکارآمدی هم‌چون «سوءمصرف مواد» (۰/۸) و «عدم درگیری رفتاری» (۰/۱۳۷) و به عبارتی اجتناب از رویارویی با مشکل ارتباط مستقیم نشان می‌دهد. در حالی‌که اشکال کمتر در این کارکرد خانواده، به میزان قابل

توجهی در اتخاذ راهبردهای «پذیرش» (۱۹/۸)، «مقابله مذهبی» (۱۲/۱)، «فرونشانی فعالیت‌های دیگر» (۰/۹) و «برنامه‌ریزی» (۰/۷) که راهبردهای کارآمد مقابله‌ای هستند، نقش دارد.

کارکرد مهم دیگر خانواده در این رابطه کارکرد آمیختگی عاطفی می‌باشد. به طوری که وقتی در این کارکرد مشکل بیشتری وجود دارد و به عبارتی خانواده نسبت به فعالیت‌ها و علائق اعضای خود علاقه‌ای نشان نداده و ارزشی قائل نمی‌شود، بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکروزیس بیشتر گرایش نشان می‌دهند که به حمایت‌های اجتماعی خارج از خانواده متوسل شده و از این طریق به جستجوی اطلاعات و راه‌کارهای مؤثر برخورد با مشکل بپردازند. به علاوه اشکال در این کارکرد استفاده از راهبرد «عدم درگیری ذهنی» را نیز پیش‌بینی می‌نماید. یعنی وجود جو عاطفی توصیف شده در فوق موجب می‌شود فرد بیمار از رویارویی با مشکل خود اجتناب کرده و با مشغول نگهداشتن ذهن خود با چیزهایی هم‌چون خواب، خیال‌پردازی و تماشای تلویزیون سعی کند با مشکل مواجه نگردد.

از طرف دیگر اشکال در کارکرد کنترل رفتاری خانواده با راهبرد «انکار» ارتباط مستقیم معناداری نشان داده و آن را پیش‌بینی می‌کند. این بعد از کارکرد خانواده مربوط به روش ابراز و حفظ معیارهای رفتار برای اعضای خانواده می‌باشد. اشکال در این بعد کارکردی خانواده و ضعف در وضع و حفظ معیارهایی برای کنترل رفتار، محیط بدون ساختاری را فراهم می‌سازد که در آن بیمار مبتلا به اختلال مولتیپل اسکروزیس سعی می‌کند وانمود نماید که مشکلی ندارد و لذا از رویارویی با مشکل اجتناب نماید.

با توجه به یافته آیکنز، فیشر، نامی و رودیک (۱۹۹۷) مبنی بر همبستگی مثبت افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس با استفاده از راهبردهای اجتنابی و عدم رویارویی با مشکل و همبستگی منفی با راهبردهای «حل مسئله» و «ارزیابی مجدد مثبت» و نیز یافته مک‌کیب (۲۰۰۶) در ارتباط با نقش اتخاذ دیدگاه مثبت به بیماری و عدم فرار از واقعیت، بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکروزیس ضرورت توجه به راهبردهایی که بیماران برای مقابله با استرس بیماری اتخاذ می‌نمایند هرچه بیشتر آشکار می‌گردد. به‌ویژه وقتی به این نکته توجه نماییم که استرس موجب افزایش معنادار خطر تشدید این بیماری می‌گردد (مور، هارت، جولیان، کاکس و پلیتیر، ۲۰۰۴، براون و همکاران، ۲۰۰۶).

چنان‌چه ساترلند و کوپر (۱۹۹۰) خاطر نشان می‌سازند مقابله یک صفت یا آمادگی پایدار نیست بلکه یک فرآیند تبادلی^{۱۱} است که به‌طور مستمر از طریق تجربه تصحیح می‌شود. لذا یکی از روش‌های کمک به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس علاوه بر آموزش راهبردهای مقابله کارآمد، می‌تواند تصحیح تجربه آن‌ها از محیط خانواده با انجام مداخلات مبتنی بر خانواده باشد.

یادداشت‌ها

1. Multiple sclerosis
2. Auto-immune
3. Coping strategy
4. Wishful thinking
5. Prospective
6. Family Assessment Device
7. COPE Inventory
8. Mental disengagement
9. Suppression of competing activities
10. Positive reinterpretation
11. Transactional

منابع

- ثناپی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- زاده‌محمدی، ع. و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. خانواده‌پژوهی، ۲(۵)، ۶۹-۸۹.
- 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.
- Brown, R. F., Tennant, C. C., Sharrock, M., Hodgkinson, S., Dunn, S. M. & Pollard, J. D. (2006). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis : part II. Direct and indirect relationships. *Multiple Sclerosis, 12*(4), 465-75.
- Buhse, M. (2008). Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing, 40*(1), 25-31.
- Ealtink, C., & Duffy, M. (2004). Restoring the illness experience in multiple sclerosis. *The Family Journal, 12*, 282 [On-Line]. Available: <http://tfj.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/3/282>.
- Felton, B. J., Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 343-353.
- Fisher, J. S., & Crawford, P. (1994). Emotional aspects of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 2*(1), 6-9.
- Jean, V. M., Beatty, W. W. Paul, R. H., & Mullins, L. (1997). Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: Relationship to psychological distress. *Multiple Sclerosis, 3*, 191-196.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Matson, R. R., & Brooks, N. A. (1977). Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study. *Social Science Medicine, 11*, 245-250.

- McCabe, M. (2006). A longitudinal study of coping strategies and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3, 369-379.
- 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.
- McReynolds, C. J., Koch, L. C., & Rumrill, P. D. (1999). Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: Implication for rehabilitation professionals. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 12, 83-91.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Cox, D., & Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: A meta-analysis. *British Medical Journal*, 328, 731-741.
- Pakenham, K. I. (1999). Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health psychology*, 18(4), 383-92.
- Rao, S. M., Huber S. J., & Bornstein, R. A. (1992). Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 369-378.
- Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. London: Chapman & Hall.

