

بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران ام اس

زیبا کریمی^۱، زهره استوار^۲، آرزو تاری مرادی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

^۲ دکترای روان شناسی تخصصی و مشاوره، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

^۳ دکترای روانشناسی تحصی و روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

نام نویسنده مسئول:

زیبا کریمی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱

چکیده

بهزیستی روان‌شناختی: بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد‌های فرد است. و دارای مولفه‌های: ۱- خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...); ۲- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...); ۳- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...); ۴- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی و ...); ۵- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...); ۶- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ...) می‌باشد. سبک‌های مقابله‌ای: سبک‌های مقابله‌ای، تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات خود به کار می‌برند و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زبان بار آن تعدیل شود بیماری ام اس: مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن در سیستم اعصاب مرکزی است که با پیشروی در طول زندگی بیمار مکرراً باعث ناتوانی با درجات مختلف می‌شود متوسط سن شروع بیماری ۳۰ سال است و تأثیرگذاری آن بر زنان بیشتر و شایع‌تر است. پیشرفت بیماری غیرقابل پیش‌بینی است، سبب شناسی آن نامشهود است و اخیراً هیچ درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای، بیماران ام اس.

مقدمه

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز بیماری‌های مزمن می‌باشد. اگر چه با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به گذشته از طول عمر بیشتری برخوردار شده‌اند اما همچنان با مسائل مربوط به سازگاری روبه‌رو می‌باشند. از این رو، چالش هم بهداشت و درمان در قرن حاضر، توجه به زندگی توأم با کیفیت این بیماران است (استرین چاپمن، بالوز، مورپارتی و موکداد^۱، ۲۰۱۱). ام اس^۲ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیالینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات دمیالینه شده حاصل از بیماری سرتاسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (مک کاب^۳، ۲۰۱۲). طبق گزارش انجمن ام اس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار مبتلا در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده‌اند (میرزایی، ۱۳۹۶). مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی و حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر گذار است (چاوستیاک^۴، و همکاران، ۲۰۱۵). علائم و عوارض بیماری جسمی اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد و بهزیستی روانشناختی اثر می‌گذارد، شدت یافتن این علائم، ناتوانی را برای فرد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علائم جسمی وی می‌باشد. از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل دور از دسترس می‌باشد، تلاش می‌شود عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها بتوان به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک نمود. بنابراین، برای غلبه واقعی بر ام اس باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شده و به فرد مبتلا کمک شده تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد. داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است. در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر، در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود، آنچه آشکار است. مطالعات مختلف از پایین بودن سطح بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس حکایت دارد (غلامی، حیدری، ۱۳۹۳). مبتلایان به بیماری ام اس به علت ظهور علائم پیش‌بینی ناپذیر، درمان دشوار، عوارض جانبی داروها و ناتوانی فیزیکی فزاینده، با عواقب روان‌شناختی همچون دور ماندن از اهداف زندگی، بیکاری، اختلال در روابط، اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی و اوقات فراغت مواجه هستند (میرزایی، ۱۳۹۶) امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد (فریج^۵، ۲۰۱۶). همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیزم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان، تأثیر دارند به راه می‌اندازند (اوستیر^۶، و همکاران، ۲۰۱۵). بروز و ظهور مفهوم بهزیستی مربوط به تحولاتی است که در مورد مفهوم سلامتی به وجود آمده است، در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه‌ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کنند، رویکردهای جدید خوب بودن به جای بد یا بیمار بودن، تأکید می‌کنند (ریف، سینگر^۷، ۱۹۹۸). طبق نظر برانون و فیست^۸ (۱۹۹۶)، تعاریف سلامتی در دو گروه جای می‌گیرند: گروه یک، آنهایی هستند که سلامتی را نبود بیماری می‌دانند و همه تلاش می‌کنند تا به این حالت ایده‌آن برسند. گروه دیگر آنهایی هستند که سلامتی را تنها نبود بیماری نمی‌دانند بلکه حرکت به طرف سلامتی بیشتر را بهتر از حرکت در جهت متضاد می‌دانند. آنها معتقدند سلامتی یعنی بهزیستی، یعنی استفاده خوب از توانمندی‌ها. این گروه سلامتی را در همه جنبه‌های زندگی زیستی، روانی و اجتماعی جستجو می‌کنند (برانون، فیست، ۱۹۹۶؛ علی‌اکبری‌دهکردی، شکرکن، محتشمی، ۱۳۹۰). این دیدگاه مثبت همچنین در اساسنامه سازمان سلامت جهانی بسیار مورد توجه قرار گرفته شده است و سلامتی به عنوان یک حالت بهزیستی اجتماعی، روانی و جسمی کامل و نه صرفاً نداشتن بیماری و ضعف، تعریف شده است و معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و

1. Strine, Chapman, Balluz, Moriarty & Mokdad

2. Multiple Sclerosis

3. McCabe

4. Chawastiak et al

5. Frisch

6. Ostir et al

7. Ryff, Singer

8. Brannon & Feist

عملکرد روان‌شناختی مطلوب اشاره می‌کند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست، بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست، نشان دهنده‌ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفا سازی قابلیت‌های خود است (ریان، دسی^۹، ۲۰۱۱). به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روان‌شناسی مثبت^{۱۰}، که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فرد تأکید داشتند، گروهی از روان‌شناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی^{۱۱}، از بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرده‌اند. زیرا معتقدند این واژه ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (ریف، سینگر، ۱۹۹۸). بهزیستی روان‌شناختی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بُعد شناختی، به معنای ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بُعد عاطفی، به معنای داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (دینر^{۱۲}، و همکاران، ۲۰۱۲). در زندگی هر فرد فراز و نشیب‌های زیادی وجود دارد که تا وقتی که بیش از اندازه افراطی نباشند، موجب جالبی و هیجان انگیز بودن زندگی می‌شود، اما زنان بیماری که تحت استرس شدیدی هستند باید مهارت‌های لازم برای کاهش اثرات استرس بر جسم و روان خود را کسب کنند، در غیر این صورت سلامت روان^{۱۳} خود و دیگران را در معرض آسیب جدی قرار خواهند داد. هر چه توانایی زنان بیمار برای مقابله بیشتر باشد به احتمال کمتری گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا می‌شوند. به عبارت دیگر، آسیب‌پذیری هر فرد در برابر تنیدگی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی می‌باشد (اتکینسون، و همکاران، ۲۰۰۸؛ براهنی و همکاران، ۱۳۹۴). مقابله شامل توانایی‌های شناختی و رفتاری است که فرد در موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌برد. افراد به منظور کنار آمدن با مشکل و جلوگیری از پیامدهای منفی در شرایط استرس‌زا، از راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند (لازاروس، فولکمن^{۱۴}، ۱۹۸۴). بر طبق مدل تعاملی استرس، تلاش‌های مقابله‌ای، فرد در اصلاح رفتار یا کاهش هیجان‌های منفی یاری می‌کند. تلاش‌های مقابله‌ای، شامل استفاده از شیوه مقابله مسئله مدار، شیوه مقابله هیجان مدار در موقعیت‌های استرس‌زا است. شیوه مقابله مساله مدار، شیوه‌ای است که برای تغییر یا اداره موقعیت‌های استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد و شیوه مقابله هیجان مدار شیوه‌ای است که برای مهار واکنش‌های هیجانی مرتبط با عامل استرس‌زا بکار گرفته می‌شود (قربانی، ۱۳۹۴). استرس یکی از عواملی است که با ام اس رابطه دو سویه دارد. با توجه به اینکه ام اس یک بیماری تقریباً ناشناخته و غیرقابل پیش بینی است استرس و اضطراب را در بیماران افزایش می‌دهد و از طرف دیگر نیز، استرس باعث تشدید علائم بیماری ام اس می‌شود. هنگامی که فلرد با شرایط تنش‌زاد روبه‌رو می‌شود، معمولاً با استفاده از مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله، به طور خودکار به آن پاسخ می‌دهد تا تأثیرات تنش را بر عملکرد خود تقلیل دهند یا حذف کنند. سازوکارها و سبک‌های مقابله‌ای که مبتلایان به ام اس استفاده می‌کنند، ممکن است کیفیت سلامت زندگی آنها را در هر دو جهت مثبت و یا منفی تحت تأثیر قرار دهد. اینکه خود بیمار بپذیرد که من ام اس دارم، اما به آن زیاد فکر نمی‌کنم با کیفیت خوب زندگی همراه است. از طرفی، به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله‌ای، با بیماری مرتبط باشد و توانایی کنترل این بیماری ممکن است با گذشت زمان موجب بهبود در طول دوره بیماری شود (اوکوبروا، آرنِت^{۱۵}، ۲۰۱۹). در حوزه رابطه بهزیستی روانی و راهبردهای مقابله‌ای، می‌توان گفت که بهزیستی روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌شود و از سوی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای مسیر می‌شود. روانشناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله‌ای در چگونگی بهزیستی روانی افراد اهمیت زیادی قائل شده است. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که راهبردهای مقابله‌ای و بهزیستی روانی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مبتلایان به بیماری ام اس می‌تواند، سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میکائیلی، مختارپور و میسمی، ۱۳۹۲). در پژوهش فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) با هدف رابطه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب

⁹ . Ryan, Deci

¹⁰ . positive psychology

¹¹ . Mental Health

¹² . Diener et al

¹³ . . mental health

¹⁴ . Lazarus & Folkman

¹⁵ .Ukueberuwa, D.M. & Arnett, P.A

آوری در بین بیماران ام اس به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی روانی، تاب آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. همچنین مومنی و دهقان (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین نمرات بهزیستی روانشناختی زنان عادی و مبتلا به ام اس اختلاف معناداری وجود داشت. همچنین یافته های پژوهش امیرغلامی و حیدری (۱۳۹۴) نشان داد که بین مولفه های بهزیستی روانشناختی بین دو جنس تفاوت معنی داری وجود دارد که غیر از مولفه هدفمندی در زندگی در سایر مولفه ها زنان بیمار وضعیت بهتری نسبت به مردان داشتند

تاریخچه

از زمان های بسیار دور، همیشه این سؤال مطرح بوده که چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی می شود! هر یک از پژوهشگرانی که در این حیطه به کار پرداخته اند، عوامل و ابعاد خاصی، معرفی کرده اند که هر فردی که واجد این خصوصیات و ابعاد باشد، دارای نسبتی از بهزیستی روانی است. در این بخش سعی می گردد تبیین های نظری گوناگون در این خصوص و نیز پژوهش های صورت گرفته، بررسی شود. در طول تاریخ، فلاسفه و رهبران مذهبی عقیده داشتند که داشتن عشق و معرفت و عدم دلبستگی به دنیا و متعلقات آن، عامل تکامل و بهزیستی است. معتقدین به اصل سودگرایی، مانند جرمی بنتهام (۱۹۹۸) اعتقاد داشتند که وجود خوشی و لذت، و عدم حضور درد در زندگی فرد، به بهزیستی می انجامد. به این ترتیب، می توان گفت که این دسته از افراد بر لذت هیجانی، روانی و جسمانی تأکید داشتند. در اوایل قرن بیستم مطالعه در مورد بهزیستی شروع به شکل گیری کرد (میکائیلی، ۱۳۹۰). ویلیام جیمز پدر روانشناسی آمریکا، در مورد "ذهنیت سالم" در کتاب "انواع تجارب مذهبی" مطالبی نوشت. او مشاهده کرد برخی از افراد در هر سنی، با وجود تمامی مشکلات و سختی هایی که در زندگی دارند، خود را به سوی خوشبختی سوق می دهند. اینها کسانی هستند که توجهشان را از بیماری، مرگ و کشت و کشتار و ناآرامی ها، برگرفته و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد، قابل پذیرش نیست. با این حال، مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد. بسیاری از نظریات بیان شده در مخالفت با دیدگاه منفی فروید نسبت به روان انسان بود، فروید معتقد بود روان انسان مجموعه ای درهم و پیچیده از آشفتگی های هیجانی و تعارضات و سائق های غریزی است که انسان را به سمت لذایذ جنسی و پرخاشگری می کشاند. یونگ^{۱۶} در مخالفت با دیدگاه منفی فروید، تأکید بر یکپارچگی و هماهنگی خصوصیات خوب و بد انسان ها، صفات مردانه و زنانه و ابراز وجود و توانایی آنها برای پذیرش چیزهای جدید داشت. عقیده محکم اریکسون^{۱۷} مبنی بر رشد ایگو باعث اعتقاد به رشد مداوم فرد در طول زندگی شد. بهلر^{۱۸}، بیان داشت که انسان در طول زندگی به تکامل می رسد. آلپورت^{۱۹} نوعی بلوغ را مطرح کرد که شامل رشد فردی، داشتن روابط گرم با دیگران، داشتن امنیت هیجانی و خودپنداره ای مبنی بر واقعیت می شد. مازلو خصوصیات و مشخصه های افراد خودشکوف را مطرح کرد. جاهدودا دریافت که سلامت روان چیزی فراتر از عدم وجود بیماری و اختلال است. او با این تبیین مشخصه های سلامت روان را نیز بر شمرد (باقری یزدی، ۱۳۹۴). اولین بررسی مفهومی در خصوص جنبه های منفی استرس در انسان توسط فیزیولوژیست بزرگ فرانسوی دکتر کلود برنارد صورت گرفت. وی این بررسی را اصول تعادل پویا نامید. در تعادل پویا، ثبات در محیط داخلی بدن، برای بقا ضروری است. به گفته وی: تغییرات در محیط خارجی یا نیروهای خارجی که توازن محیط داخلی بدن را تغییر می دهند سبب واکنش برای حفظ شرایط داخلی جهت ایجاد آرامش و زنده ماندن می شود. نمونه هایی از نیروهای خارجی عبارتند از: دما، غلظت اکسیژن در هوا، مصرف انرژی، و حضور شکارچیان (عوامل خطر انسانی و حیوانی). علاوه بر این، بیماری و عوامل تنش زا نیز بر تعادل پویا در انسان و حفظ محیط داخلی بدن تاثیر گذارند (نیکخواه، ۱۳۹۷). متخصص بزرگ اعصاب دکتر والتر کانن^{۲۰} تعریف تعادل پویا را که برنارد آنرا توصیف کرد مورد بررسی بیشتر قرار داد. او عوامل تأثیر تنش زا بر روی احساسات و هیجانات جسمی را مورد بررسی و تأیید قرار داد. با انجام آزمایشات گوناگون

¹⁶.jung

¹⁷.Erikson

¹⁸.Buhler

¹⁹.Allport

²⁰. Walter Canon

فعالیت های مغزی انسان و حیوان در شرایط تنش‌زا و هیجانی مورد بررسی قرار دادند و تأثیراتی چون افزایش ضربان قلب و تعریق و خشکی در دهان را ثبت کردند. در واقع علائم و نشانه‌های استرس را یافتند (قدم‌پور، شیرازی‌تهرانی، ۱۳۹۵). دکتر هانس سلیه^{۲۱}، یکی دیگر از دانشمندان که در خصوص عوامل استرس‌زا در مشاهدات کائن فعالیت کرده است. او، غده هیپوفیز در مغز را سبب بروز عکس‌العمل‌های شرایط استرس معرفی کرد. وی نشان داد که غده هیپوفیز با ترشح هورمون‌هایی چون کورتیزول سبب تأثیر بر قشری با نام قشر استرس در مغز شده و حالات و هیجانات استرسی بروز می‌کنند. دکتر سلیه، استرس را این گونه تعریف کرد که: «بروز نیروهای متقابل در سراسر بدن که از نظر فیزیکی و روانی قابل تعریف و بررسی هستند» (قربانی، ۱۳۹۴). دکتر هانس در آزمایشاتی که بر روی موش‌های صحرایی انجام داد مشاهدات قابل توجهی را یافت: بزرگ شدن غدد آدرنال، زخم معده و روده، تخریب قشری از مغز که مربوط به سیستم ایمنی (دفاعی) است. دکتر هانس این مشاهدات را تحت عنوان سندرم استرس به ثبت رساند. دکتر هانس همچنین تأثیر استرس بر روی ارگان‌های مختلف بدن رو مورد بررسی قرار داد. و همچنین فعالیت‌هایی در شناخت و تأثیر بیماری‌ها و ایجاد استرس و تأثیر استرس بر شدت بیماری‌های مختلف انجام داده است (مطهری، احمدی، سلیمانی، بهزادپور، ۱۳۹۲).

مؤلفه های بهزیستی روان شناختی

خود مختاری:

به این معناست که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد. جانگ (۱۹۸۷)، تأکید می‌کند که یک انسان کاملاً رشد یافته و خودشکوف، کسی است رها از هرگونه قرارداد اجتماعی و سنن. به نظر می‌رسد این وجه از بهزیستی کاملاً مفهوم فضیلت غربی را می‌رساند که در آن فرد برای رسیدن به خودمختاری و انتخاب سبک زندگی براساس خواسته‌ها و دیدگاه شخصی و درونی خویش، کاملاً انزوای طلب می‌شود و حتی برخی از تنگنا را می‌پذیرد. بنابراین، فردی که چنین روشی را برای زندگی بر می‌گزیند، توانایی زندگی در تنهایی و بی‌کسی را دارد. چنین طرز زندگی هم شجاعت و هم تنهایی را می‌طلبد (مومنی، دهقان، ۱۳۹۶). شکل‌گیری آمیزه‌ای از توانمندی‌ها و تجربیات باعث می‌شود برخی از صفات شخصیت در میانسالی تغییر کنند. یکی از با ثبات ترین یافته‌ها این است که وقتی افراد به نیمه دوم زندگی خود فکر می‌کنند، درونگری افزایش می‌یابد. افراد میانسال در مقایسه با جوانان، با خودشان بهتر در تماس هستند و خیلی از آنها شرایط را طوری ترتیب داده اند که با نیازها و ارزشهای شخصی متناسب باشد (میکائیلی، ۱۳۹۰).

خودمختاری کارکردی مستمر:

آلپورت دو سطح از خود مختاری کارکردی را مطرح کرد: خود مختاری کارکردی مستمر^{۲۲} و خود مختاری کارکردی شخصی^{۲۳}. خود مختاری کارکردی مستمر، که سطح ابتدایی تر است، به رفتارهایی مانند اعتیادها و اعمال جسمانی تکراری نظیر شیوه های عادی انجام دادن برخی از تکالیف روزمره مربوط می‌شود. این رفتارها بدون هرگونه پاداش بیرونی ادامه و استمرار می‌یابند. اعمالی که یک زمانی در خدمت هدفی بودند ولی اکنون دیگر چنین نیستند به قدری در طح پایین هستند که نمی‌توان آنها را جزء جدا شدنی شخصیت دانست. آلپورت به عنوان شواهدی برای خود مختاری شواهدی برای خود مختاری کارکردی مستمر مثالهایی حیوانی و انسانی را نقل کرد. وقتی موشی که یاد گرفته است مازی را برای غذا طی کند غذایی بیش از حد داده شود، باز هم ماز را طی می‌کند ولی این بار برای هدفی غیر از غذا. در سطح انسانی، الویتی را که برای رفتارهای عادی و آشنا حتی در غیاب تقویت بیرونی نشان می‌دهیم در نظر بگیرد (فتحی، خیر عتیق، ۱۳۹۰).

²¹ .Hans Selye

²² .perseverative funcional autonomy

²³ .propriate functional autonomy

خود مختاری کارکردی شخصی:

خود مختاری کارکردی شخصی برای آگاه یافتن از انگیزش فرد بزرگسال از خودمختاری کارکردی مستمر مهمتر و ضروری تر است. انگیزه های شخصی منحصر به فرد هستند. خود تعیین می کند که کدام انگیزه ها نگهداری و کدام یک رد خواهند شد. ما انگیزه هایی را نگه می داریم که عزت نفس یا خود انگاره ما را تقویت می کنند. بنابراین، بین تمایلات و تواناییهای ما رابطه مستقیم وجود دارد: ما از انجام دادن کاری که آن را خوب انجام دهیم لذت می بریم. انگیزش اصلی برای یادگیری مهارتی مانند نواختن پیانو ممکن است به تمایلات ما ربطی نداشته باشد. برای مثال، امکان دارد در کودکی مجبور شده باشیم درسهای پیانو را بیاموزیم و تمرین کنیم. وقتی ماهر می شویم، شاید احساس تعهد بیشتری به نواختن پیانو بکنیم. انگیزه اصلی (ترس از خشنودی والدی) ناپدید شده است و ادامه رفتار نواختن پیانو برای خود انگاره ما ضروری می شود. عملکرد شخصی ما فرایندی سازمان دهنده است که خود پنداره ما را حفظ می کند. این تعیین می کند که چگونه دنیا را برداشت کنیم، از تجربیاتمان چه چیزهایی را به یاد می آوریم، و چگونه افکار ما هدایت شوند. این فرایندهای ادراکی و شناختی گزینشی هستند. آنها از بین انبوه محرکهای موجود در محیط ما فقط آنهایی را انتخاب می کنند که با تمایلات و ارزشهای ما ارتباط دارند. این فرایند سازمان دهنده تحت تأثیر سه اصل زیر است (پیوسته گر، دستجردی و دهشیری، ۱۳۹۴).

- سازمان دادن سطح انرژی
- مهارت و شایستگی
- تنظیم کردن شخصی

اصل اول، سازمان دادن سطح انرژی^{۲۴} توضیح می دهد چگونه انگیزه های تازه را کسب می کنیم. این انگیزه ها از ضروریات ناشی می شود برای اینکه به مصرف انرژی اضافی کمک کنند که در غیر این صورت امکان دارد به شیوه های مخرب و زیان بخش ابراز شود. بر ای مثال، وقتی افراد بازنشسته می شوند، وقت اضافی دارند که به صورت ایده آل باید آن را به سمت تمایلات و فعالیت های تازه هدایت کنند (درگاهی و همکاران، ۱۳۹۴). اصل دوم مهارت و شایستگی^{۲۵} به سطحی که انگیزه ها را انتخاب و ارضا می کنیم اشاره دارد. رسیدن به سطح کفایت نمی کند. افراد سالم و پخته برای انجام دادن بهتر و کارآمدتر کارها با انگیزه می شوند، برای اینکه بر مهارت های تازه تسلط یابند، و میزان شایستگی خود را بالا ببرند. اصل سوم، تنظیم کردن شخصی^{۲۶} تلاش برای ثبات و انسجام شخصیت را توصیف می کند. ما فرایندهای ادراکی و شناختی خود را پیرامون خود سازمان می دهیم و هرچیزی که خود نگاره ما را تقویت کند نگه داشته و باقی را رد می کنیم. بنابراین، انگیزه های شخصی ما به ساختار یا الگوی خود وابسته هستند. آپورت خاطر نشان ساخت که تمام رفتارها و انگیزه ها را نمی توان با اصل خود مختاری کارکردی توجیه کرد. برخی رفتارها - مانند بازتاب ها، تثبیت ها، روان رنجوری ها، و رفتارهای ناشی از سابق های زیستی - تحت کنترل انگیزه ها و خود مختاری قرار ندارند (سانتراک، ۲۰۱۴، فیروز بخت، ۱۳۹۳).

روابط مثبت با دیگران:

عبارت است از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران. این جنبه اجتماعی - ارتباطی بهزیستی، در بر گیرنده بالا و پایین شدنهای روابط و تعاملات اجتماعی و بین فردی است. به این معنا که روابط می تواند از یک رابطه شدیداً عاشقانه و صمیمی تا روابطی پر از مشکل و ناراحتی در نوسان باشد. تجزیه و تحلیل عمیق تر روابط صمیمانه، یا در حقیقت آمیخته ای از احساسات مثبت و منفی افراد نسبت به یکدیگر، است. چگونگی درهم آمیختن این دو احساس متضاد، چیزی است که ما برای درک بهتر عملکردهای فردی به دنبال هستیم. خلاصه اینکه، عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است، بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین کننده بهزیستی فرد است. اگر بخواهیم این شش بعد بهزیستی روانی را بطور خلاصه در یکجا جمع کنیم،

²⁴.organizing the energy level

²⁵.mastery and competence

²⁶. appropriate patterning

می‌توان گفت که: خوشبختی و خوشی از طریق رویارویی و مواجه با چالش‌های زندگی، مشکلات و نیازها بدست می‌آید نه از طریق تفریح کردن و عدم داشتن هر گونه کشمکش و تعارض و نه با داشتن زندگی‌ای یکنواخت و بدون تغییر و پستی و بلندی، در حقیقت بهزیستی انسان در گرو تعامل و همراهی مقولات متضادی چون: درد و لذت، بلندپروازی و امیدواری در مقابل رنج و ناامیدی است (میکائیلی، ۱۳۹۰). امروزه ما در دنیایی زندگی می‌کنیم که ناگزیر از ارتباط و برخورد با دیگران هستیم آنچه مسلم است که هیچ کس قادر نیست بدون کمک و مساعدت و ارتباط با دیگران، نیازهای معمولی خود را برطرف سازد امروزه ما در دنیایی زندگی می‌کنیم که ناگزیر از ارتباط و برخورد با دیگران هستیم آنچه مسلم است که هیچ کس قادر نیست بدون کمک و مساعدت و ارتباط با دیگران، نیازهای معمولی خود را برطرف سازد. حال سؤالی که اینجا مطرح می‌شود این است که چگونه باید با دیگران ارتباط برقرار کنیم و جهت افزایش این ارتباط چه کارهایی باید انجام دهیم یا اینکه چه کارهایی نباید انجام دهیم. در معاشرت باید با روی گشاده و نرمی و مهربانی با همه رفتار نمود و تند خویی با هر کس که باشد بد است. اگر خود را در سطح دیگران قرار دهیم و از زبان آنها برای انتقال نقطه نظرهای خود استفاده کنیم، اغلب به نتیجه دلخواه می‌رسیم و با دیگران در سطح خود آنها ظاهر شدن همان برقراری ارتباط مؤثر می‌باشد. بعضی‌ها گمان می‌کند که ارتباط فقط شامل حرف زدن، نوشتن و یا بحث کردن است، اینها از عناصر مهم ارتباطی هستند ولی در واقع ارتباط را رفتاری می‌گوییم که پیامی در خود دارد که توسط طرف مقابل ما درک می‌شود، خواه شفاهی باشد یا غیر شفاهی، آگاهانه یا ناآگاهانه، عمدی و... ولی اگر ادراک شود، جنبه پیام ارتباطی پیدا می‌کند و همین عدم درک پیام رابطه را مختل، معشوق و نارضا می‌سازد. ارتباطات عامل و منشأ بسیاری از شادی‌ها و غصه‌ها و رنج‌های زندگی است، زندگی شاد، زندگی سرشار از دوستی است. روشن است که با افراد متفاوت، رفتارهای متفاوتی خواهیم داشت تأکید بر خصوصیات مشترک ارتباط را مؤثر می‌کند (امیر غلامی، حیدری، ۱۳۹۳).

پذیرش خود:

یکی از مؤلفه‌های کلیدی بهزیستی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است البته نه به معنای خودشیفتگی یا عزت نفس خیلی بالا و غیر معمول بلکه به معنای احترام به نفسی که بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود باشد. بطوری که جانگ (۱۹۳۳) و رنز (۱۹۶۴) تأکید داشتند که آگاهی از کاستی‌های خود و نیز پذیرش اشتباهات خویش، یکی از مشخصه‌های بسیار مهم داشتن شخصیتی کامل و تکامل یافته است. اریکسون (۱۹۵۹) بیان داشت که یکی از عوامل یکپارچگی خود، رسیدن به آرامش در عین وجود پیروزی‌ها و شکست‌ها و ناامیدی‌های گذشته است. چنین خودپذیری بالایی براساس خودسنجی واقع بینانه، آگاهی از اشتباهات و محدودیت‌های خود، و عشق نسبت به خود و دیگران، بنا شده است. در یک تحقیق که روی ۵۶ مادر اجرا شد، رابطه بین خودپذیری آنها و میزانی که فرزندان خود را به صورتی که بودند نه به صورتی که آنها دوست داشتند باشند، بررسی شد. این پژوهش بر این نظر راجرز استوار بود که افرادی که ماهیت خود را به طور واقع بینانه قبول دارند (که خود پنداره و خود آرمانی آنها همخوان هستند)، به احتمال بیشتری دیگران را همان طوری که واقعاً هستند می‌پذیرند. نتایج، تفاوت‌های بارزی را بین خود پذیر و آنهايي که خود پذیر نبودند نشان دادند. مادران خود پذیر ماهیت فرزندان خود را بیشتر قبول داشتند. در ضمن، میزان خود پذیري فرزندان تا اندازه‌ای به میزان خود پذیری مادر بستگی داشت (درگاهی، محسن زاده، زهراکار، ۱۳۹۴).

هدف و جهت گیری در زندگی:

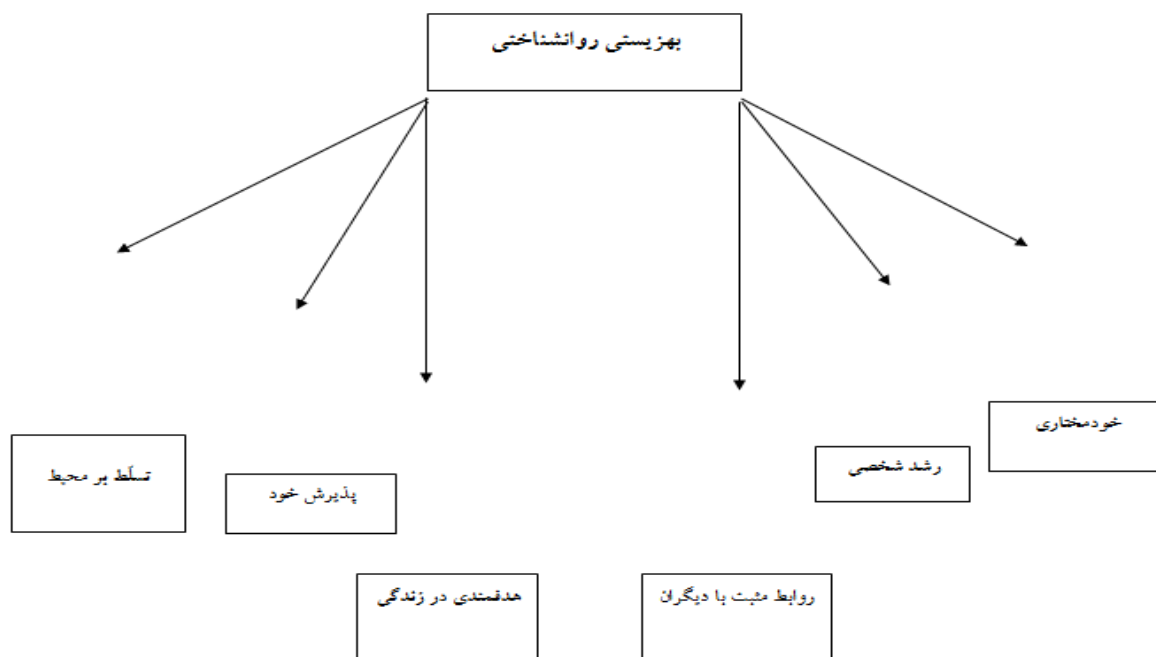
توانایی پیدا کردن معنا و جهت گیری در زندگی، و داشتن هدف و دنبال کردن آنها، که تمامی اینها در تقابل با خوشبختی قرار دارند، از وجوه مهم بهزیستی هستند. اولین و روشن ترین نظریه در مورد هدفمند بودن دز زندگی را فرانکل (۱۹۹۲) داده است. فرانکل ۳ سال بسیار سخت را در اردوگاه نازیها گذراند و در طول این سالها با داشتن اهداف خویش زنده ماند. دید او نسبت به ارتقاء سطح زندگی، اهداف و معنای زندگی آنقدر عمیق بوده که توانسته در سالهای پس از آزادیش، روشی از روان درمانی (معنا درمانی) را برای کمک به هموعانش در یافتن معنایی در زندگی پیدا کند. با استفاده از این روش افراد می‌توانند در مقابل سختی‌ها و رنج‌ها پایداری و مقاومت کنند (مظفری، هادیان فرد، ۱۳۹۳).

رشد شخصی:

یا توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود. پرورش و بدست آوردن توانایی های جدید که مستلزم روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات می باشد، زیرا روبرویی با این شرایط باعث می شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز توانایی های جدید بدست آورد. چه زمانی بیشترین احتمال یافتن این نیروها می رود؟ زمانی که فرد تحت فشار است، این استعدادها مکرراً کشف می شوند و قدرت خود در تغییر شرایط را نشان می دهند. خودشکوفایی انسان ها در طی چالش ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع، می باشد (مؤمنی، دهقان، ۱۳۹۶).

تسلط بر محیط:

یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. یعنی هر کسی باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطرافش تسلط و احاطه داشته باشد و این کار در گرو این است که فرد محیطش را مطابق خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه دارد. چنین تسلط و احاطه ای تنها با تلاش ها و عملکرد خود فرد، و در متن کار، خانواده و زندگی اجتماعی او بدست می آید. داشتن کنترل در زندگی، چالشی است که انسان تا آخر عمر با آن روبروست. این جنبه از بهزیستی بر این نکته تاکید دارد که، برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب هر شخصی، همواره به نیروی خلاقه او احتیاج است. چنین محیطی است که برای فرد و اطرافیانش بهترینها را به همراه دارد و زمانی که در چنین محیطی قرار داریم، متوجه می شویم که تسلط، قوی ترین نیرو و توانایی انسان است (نظری، بابائی گیوی و مسن زاده، ۱۳۹۳).



شکل ۱، الگوی ریف در خصوص سازی بهزیستی روانشناختی

سبک های مقابله ای

در تعریف مقابله، دیدگاه های مولفانروی پیوستاری که در دو سوی آن دو قطب متضاد قرار دارند. در یک سو، این اعتقاد وجود دارد که مقابله یعنی چگونگی فائق آمدن مردم بر مشکلاتشان (سارسن و سارسن^{۲۷} ۱۹۸۹) و در قطب دیگر نظریه فولکمن

– لازاروس^{۲۸} (۱۹۸۴) قرار دارد که مقابله را بر حسب موقعیتی، نحوه «اداره» موقعیت تنیدگی می‌داند. سایر تعاریف، اغلب جایی بین دو قطب و در روی پیوستار قرار دارد (به نقل از مولر و دیگران). راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت تنیدگی‌زاست، تعریف کرده‌اند. روی‌آوردهای اولیه به فرایند مقابله، سه سبک اصلی را متمایز می‌کند: سبک مقابله مسئله محور که وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها یا افزایش مهارت‌های مدیریت تنیدگی است؛ سبک مقابله اجتناب محور که ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه با عامل تنیدگی‌زاست؛ و سبک مقابله هیجان محور که وجه مشخصه آن راهبردهای شناختی است که حل یا حذف عامل تنیدگی را با دادن نام و معنای جدید به تأخیر می‌اندازند (قربانی، ۱۳۹۴). طبقه‌بندی‌های جدیدتر چهار سبک مقابله شامل منطقی، گسسته، هیجانی و اجتنابی را توصیف کرده‌اند. مقابله منطقی به عنوان راهبردی مسئله محور و مقابله گسسته به عنوان راهبردی که بر اساس آن فرد از نظر شناختی از مشکل فاصله می‌گیرد تا از طریق با آن مواجه شود و تأثیر بالقوه هیجان را کاهش دهد، تعریف می‌شود. مقابله منطقی و گسسته به طور سبک‌های مؤثر و مقابله هیجانی و اجتنابی غالباً نامؤثر محسوب می‌شوند. تعریف دیگر از مفهوم مقابله عبارت است از تسلط یافتن، کم کردن یا تحمل آسیب‌هایی که استرس ایجاد می‌کند. مقابله ممکن است رابطه‌ی فرد را با محیط تغییر و یا میزان ناراحتی عاطفی او را کاهش دهد. روش‌های مقابله گوناگون است، اما بر اساس پژوهش‌های مختلف می‌توان روش‌های مقابله را در دو عنوان کلی روش‌های مقابله هیجان مدار و مساله مدار مورد بررسی قرار داد (نیکخواه، ۱۳۹۷).

مؤلفه های راهبردهای مقابله ای^{۲۹}

راهبردهای مساله مدار^{۳۰}:

جستجوی حمایت اجتماعی^{۳۱}: این مقیاس به تلاش‌هایی برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی، حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی اشاره دارد. ۲. مسئولیت پذیری^{۳۲}: این مقیاس توصیف کننده واکنش‌هایی است که در آن فرد از طریق تلاش‌های مداوم برای اصلاح موقعیت موجود، نقش خویشتن در ایجاد مشکل را می‌پذیرد. ۳. باز برآورد مثبت^{۳۳}: توصیف کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می‌آفرینند. این مقیاس معنی مذهبی دارد. ۴. حل مدبرانه مساله^{۳۴} (مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده): این مقیاس توصیف کننده تلاش‌های اندیشمندانه و سنجیده مشکل مدار جهت تغییر موقعیت است که با رویکردی تحلیلی به حل مساله همراه می‌باشد. بیشینه و کمینه نمره ی ممکن این خرده مقیاس به ترتیب عبارت است از ۶۹ و ۰ (حسن‌شاهی، دارایی، ۱۳۹۰).

راهبردهای هیجان مدار^{۳۵}:

مقابله‌ی رویارویی^{۳۶}: این مقیاس توصیف کننده تلاش‌های تهاجمی و مستقیم جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطر پذیری را ارائه می‌دهد. ۲. دوری جویی^{۳۷}: این مقیاس توصیف کننده تلاش‌های شناختی برای جدا کردن خویش از موقعیت استرس زا یا دوری از آن و به حداقل رساندن اهمیت موقعیت است. ۳. خویشتن داری^{۳۸} (خود مهارگری): این مقیاس تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را در مقابل منبع مشکل تنظیم می‌کند. ۴. گریز – اجتناب^{۳۹}: این مقیاس ناظر به

28 . Folkman - Lazarus Theory

29 . Coping Strategies

30 . Problem-centered strategies

31 .Seeking Social Support

32 .Accepting Responsibility

33 .Positive Reappraise

34 .Plan – full Problem Solving

35 . Emotion-focused strategies

36 .Confronting Coping

37 .Distancing

38 .Self - controlling

39 .Escape - Avoidance

افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری است که در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا می‌باشند و شامل گریز از واقعیت نیز هست (نیکخواه، ۱۳۹۷).

گرایش‌های مقابله‌ای:

مقابله فعال:

فرایند اتخاذ گام‌های مقابله‌ای به منظور از بین بردن عامل استرس‌زا یا خنثی کردن تأثیرات آن است. مقابل فعال مشتمل بر اقدام مستقیم، افزایش تلاش و کوشش و تلاش برای اجرای یک روش مقابله‌ای است. استفاده از اصطلاح مقابله‌ای در واقع شبیه نظریه اصلی لازاروس و فولکمن^{۴۰} (۱۹۸۴) است که اصطلاح مقابله مبتنی بر مشکل را به کار بردند (حسن شاهی، دارایی، ۱۳۹۰).

برنامه‌ریزی:

عبارت است از اندیشیدن در مورد اینکه چگونه با عمل استرس‌زا مقابله کنیم. فرآیندهای برنامه‌ریزی مبتنی است بر در صد اقدام عملی بر آمدن، طرح ریزی درمورد اینکه چه اقدامات عملی انجام گیرد و چگونه به بهترین شکل ممکن از عهده‌ی مشکل برآییم. این اقدام، اقدامی مبتنی بر حل مشکل است.

تمایل به جستجوی حمایت‌های اجتماعی:

این روش در حقیقت شمشیری دو لبه است. از بسیاری جهات جست و جوی حمایت اجتماعی و عاطفی پدیده‌ای کار کردی به نظر می‌رسد و به این معنی که فردی که از تهدید احساس ناامنی می‌کند یا به دست آوردن نوع حمایت احساس آرامش می‌کند. لذا به نظر می‌رسد که این روش خود بازگشتی به شیوه‌های مقابله‌ی مبتنی بر مشکل باشد. از سوی دیگر گاهی اوقات منابع همدردی برای بیان احساسات فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد و شواهدی در دست است که حمایت از این رهگذر ممکن است همیشه سازگارانه باشد (قربانی، ۱۳۹۴). با وجود این تقسیم‌بندی‌ها، ما با روش‌های مختلف با استرس مقابله می‌کنیم. در سال‌های اخیر، تعداد زیادی از پژوهشگران کوشیده‌اند، روش‌های گوناگونی را که مردم در مقابله با استرس استفاده می‌کنند، شناسایی نمایند. نتایج نشان داد که افراد راهبردهای مقابله کاملاً متنوعی را به کار می‌برند. مک‌کی^{۴۱} (۱۹۸۹)، در یک مطالعه ۲۲۵ شرکت کننده بزرگسال که با استرس سرو کار داشتند، ۲۸ راهبرد مقابله‌ای را شناسایی نمود. در مطالعه دیگر کارور^{۴۲}، شایر^{۴۳} و وینتروب^{۴۴} (۱۹۸۹) ۱۴ مقوله مختلف از راهبردهای مقابله‌ای را گزارش کرده‌اند. بر اساس این بررسی‌ها، موقعی که ما با استرس روبه‌رو می‌شویم. روش مقابله‌مان را از یک فهرست بزرگ و گوناگون انتخاب می‌کنیم. گرچه فهرست بزرگی از روش‌های مقابله‌ای در اختیار داریم، اما بیشتر به تعدادی از راهبردهای مقابله، بیش از سایر راهبردها اعتماد می‌کنیم و راهبردهایی را مورد استفاده قرار می‌دهیم که ما را با موقعیت‌های آسیب‌زا سازگار نماید (نیکخواه، ۱۳۹۷). بنابراین یکی از موارد شایان توجه، نقش تفاوت‌های فردی در فرایند مقابله است. هر یک از ما سبک مشخصی برای مقابله با مشکلاتمان داریم و موقعی که عنوان می‌کنیم شخصی با مشکلاتی مقابله می‌کند، به طور ضمنی بیان می‌نماییم که وی آنها را به صورت موثری دستکاری می‌کند. در واقع فرآیندهای مقابله‌ای ممکن است شامل دامنه‌ای از سلامتی تا آسیب شناختی محض باشد. کارلس کارور و همکاران^{۴۵} (۱۹۸۹) همبستگی میان هر روش مقابله و برخی متغیرهای شخصیتی مثل عزت نفس و اضطراب را اندازه‌گیری کردند. آنها دریافتند که برخی الگوهای مقابله‌ای (روش‌های مقابله فعال، برنامه‌ریزی شده، برداشت مثبت) با عزت نفس بالا و اضطراب پایین همبسته هستند، یافته‌هایی از این قبیل برای ما تمایز بین الگوهای مقابله بهداشتی و آنهایی که منجر به ناسازگاری می‌گردد را مشخص می‌نماید. با وجود این

⁴⁰ . Folkman - Lazarus Theory

⁴¹ . McKay

⁴² . Carver

⁴³ . Shire

⁴⁴ . Wintrobe

⁴⁵ . Carles Carver et al

هیچ راهبرد مقابله‌ای نمی‌تواند پیامد موفق‌تری را تضمین نماید. علاوه بر این سازگاری هر روش مقابله‌ای به موقعیت طبیعی آن بستگی دارد، به طوری که حتی راهبردهای مقابله غیر منطقی نیز ممکن است در برخی موارد ارزش سازگاری داشته باشد. در هر صورت مقابله نقش مهم و مؤثری در سازش، رفاه و سلامتی دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که روش‌های مقابله مساله مدار بیشتر از روش‌های مقابله غیر مساله مدار بر رفاه و سلامتی افراد تاثیر می‌گذارد (پورافکاری، ۱۳۹۶).

بیماری ام اس

مالتیپل اسکلروزیس

یکی از بیماری‌های شایع سیستم خودایمنی می‌باشد که روی سیستم عصبی مرکزی تاثیر می‌گذارد MS با سه مشخصه التهاب، تخریب میلین، آشکار مشخص می‌شود (کاسپر^{۴۶}، ۲۰۱۰). مالتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن است که اغلب بالغین جوان را مبتلا می‌سازد. در چند دهه اخیر این بیماری در اغلب کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه موضوع بحث بسیاری از محافل علمی یا اجتماعی قرار گرفته است. ام.اس یک بیماری غیر قابل پیش‌بینی است که با علائم و عوارض بسیاری همراه است که می‌تواند زندگی فرد را کاملاً تحت تاثیر خود قرار دهد و اغلب گروه سنی (۲۰-۴۰) را درگیر می‌کند که این دوران فعال ترین دوره های زندگی فرد می باشد. به طور کلی این بیماری یک بیماری ناتوان کننده محسوب می‌شود (مومنی، دهقان، ۱۳۹۶).

با وجود الگوی بروز و ناتوانی متنوع و متفاوت بیماری در افراد مختلف چهار الگوی متمایز در خصوص انواع این بیماری از نظر دوره‌های بروز علائم و شدت آن‌ها وجود دارد که به شرح زیر است:

نوع عودکننده و فروکش کننده:

در نوع عودکننده و فروکش کننده^{۴۷} بیماری MS دوره‌های عود غیرقابل پیش‌بینی وجود دارند که در خلال آنها یا علائم جدید و متفاوتی بروز می‌کنند یا علائم قبلی به صورت تشدید شده بروز می‌نمایند. مدت زمان این دوره‌های عود بسیار متغیر و از چند روز تا چند ماه متفاوت است و پس از دوره عود به نوعی فروکش کامل و یا جزئی رخ می‌دهد. در این نوع بیماری ممکن است طی ماه‌ها یا سال‌ها به طور فعال باقی بماند. حدود ۸۵ درصد از مبتلایان به MS در ابتدا با این نوع از بیماری تشخیص داده می‌شوند. به این دلیل که در این نوع از بیماری علائم ایجاد شده در دوره عود و حمله‌ها از بین رفته و تخفیف می‌یابند. به این نوع مولتیپل اسکلروزیس خوش خیم گفته می‌شود مولتیپل اسکلروزیس را تنها هنگامی می‌توان خوش خیم تشخیص داد که بین ۱۰ تا ۱۵ سال از بیماری گذشته و ناتوانی‌های فرد هنوز در سطح اندکی باشند و در ابتدای بیماری هم بیماری فرد از نوع عودکننده و فروکش کننده تشخیص داده شده باشد. در مولتیپل اسکلروزیس خوش خیم ابتدای بیماری با علائم خفیف و جزئی تری همراه است (ارجمند، تابشیان، ۱۳۹۶).

مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده اولیه:

در حدود ۱۰ درصد از بیماران با نوع مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده اولیه^{۴۸} تشخیص داده می‌شوند که مشخصه اصلی آن فقدان حملات متمایز، شروع آهسته علائم و بدتر شدن مداوم آن‌ها است. علائم و ناتوانی‌ها در این نوع بیماری به تدریج پیشرفت داشته و در برخی موارد ممکن است به سطحی ثابت و یکنواخت از علائم برسد و یا در طی ماه‌ها و یا سال‌ها همچنان این ناتوانی‌ها تداوم داشته و با پیشرفت بسیار کمی باقی بمانند (بولینگ^{۴۹}، ۲۰۱۴؛ ابوالحسنی، ۱۳۹۴).

46. Casper

47. relapSing remitting MS (RR)

48. primary progreSSive MS (PP)

49. bowling

مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده ثانویه:

برخی از افرادی که در ابتدا با مولتیپل اسکلروزیس از نوع عودکننده و فروکش کننده تشخیص داده می شوند ممکن است در ادامه سیر بیماری دچار مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده ثانویه^{۵۰} شوند. در این نوع از بیماری ناتوانی پیشرونده اغلب با عودهایی همراه است با این تفاوت که در آن هیچ دوره‌ای از فروکش و یا تخفیف علائم وجود ندارد (پوریوسف کلجاهی، ۱۳۹۴).

مولتیپل اسکلروزیس عودکننده پیشرونده:

مولتیپل اسکلروزیس عودکننده پیشرونده^{۵۱} به عنوان نادرترین نوع MS شناخته می شود و به طور کلی در حدود ۵ درصد از بیماران دیده می شود. در این نوع از بیماری یک افت و تحلیل یکنواخت عصب شناختی در فرد دیده می شود که گاهی با حملات مشخص همراه می شود. پس از این دوره‌های عود هیچ گونه بهبودی و پیشرفتی در علائم دیده نمی شود و بیماری همچنان به پیشرفت خود ادامه می دهد (مری، قدسی، ۱۳۹۶). از آنجایی که بروز این بیماری اغلب (۹۰ درصد) در اوایل بزرگسالی بوده است به نام بیماری بالغین جوان نامیده می شود. شیوع MS اغلب در طبقه بالای اجتماعی و افراد تحصیل کرده بیشتر دیده شده است. این بیماری خودایمنی به صورت موروثی در افراد متعددی که در نواحی تحت خطر زندگی می کنند بیشتر دیده شده است به دلیل مختلفی از جمله وجود اختلاف در فاکتورهای هورمونی، سیستم که سن متوسط شروع در مردان است، در عین اینکه سن متوسط شروع در مردان بالاتر از زنان می باشد، اما هر دو جنس میزان بروز با افزایش سن بالا می رود (رسولی، ۱۳۹۴). طبق مطالعات بانر^{۵۲} و هانس فلد^{۵۳}، ۷۰٪ بیماران در سنین ۲۱-۴۰ سالگی، ۱۲/۴ در سنین ۲۰-۱۶ سالگی، ۱۲/۸ در سنین ۵۰-۴۱ سالگی اولین علامت بیماری را نشان می دهند. هزینه مربوط به بیماری MS در آمریکا سالیانه ۲/۵ میلیون دلار است. در اکثر مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس امید به زندگی کاهش قابل توجهی ندارد اما ۱۰ درصد بیماران در عرض پنج سال، ۲۵ درصد آنها در عرض ده سال ۵۰ درصد نیز در عرض ۱۸ سال ناتوانی شدیدی را تجربه می کنند و مالتیپل اسکلروزیس سومین علت شایع ناتوانی در افراد بین ۵۰-۱۵ سال است. گزارش شده است ۷۵ درصد افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در حدود ۲۵ سال زنده می مانند. در مطالعه‌ای که به منظور بررسی میزان مرگ و میر مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس در دانمارک انجام گرفت. افزایش مرگ و میر در این بیماران را به علل زیر نسبت داد: بیماری عفونی ریه، بیماری‌های قلبی-عروقی، خودکشی، اتفاقات و سوانح ناشی از سن بالا و مشکلات حرکتی (اسدی حقیقت، زهراکار، ۱۳۹۸). در سیر بیماری MS، اغلب علایمی وجود دارند که نسبت به سایر علایم شایع ترند، ولی هیچ بیماری در یک زمان از همه آنها را تجربه نخواهد کرد. این علایم عبارتند از:

- ۱- مشکلات بینایی: تاری دید، دوبینی، التهاب عصب بینایی، حرکات سریع و غیرارادی چشم و حتی از دست دادن بینایی که به ندرت رخ می دهد.
- ۲- مشکلات تعادل و هماهنگی حرکتی: عدم تعادل، لرزش، راه رفتن نامتعادل یا همان آتاکسی، سرگیجه، فلج حرکتی یک عضو، فقدان هماهنگی و ضعف. این علایم پاها و حرکات را تحت تاثیر قرار می دهد.
- ۳- حالت‌های انقباضی و اسپاسم: تغییر تنوس عضلات و سفتی آنها که حرکت و راه رفتن را دشوار می کند.
- ۴- تغییر یافته: خارش، سوزن سوزن شدن، کمرختی یا همان پاستزی^{۵۴} و سوزش.
- ۵- درد: درد عضلانی، درد صورت و درد سوزشی
- ۶- گفتار نابهنجار: کند شدن گفتار، کشیدن کلمات، تغییر ریتم گفتار و دشواری در بلع یا دیسفاژی
- ۷- خستگی: نوعی خستگی عمومی و ناتوان کننده که غیر قابل پیش بینی بوده یا تناسبی با فعالیت انجام شده ندارد. خستگی یکی از شایع ترین علایم MS است.
- ۸- مشکلات مثانه و روده

^{۵۰}. Secondary progreSSive MS (SP)

^{۵۱}. ProgreSSive relapSing MS (PR)

^{۵۲}. Banner, G

^{۵۳}. HanSefeld, L

^{۵۴}. PareStheSia

۹- ناتوانی یا کاهش تحریک جنسی

۱۰- حساسیت به گرما: گرما اغلب باعث تشدید گذرای علائم بیماری می‌شود.

۱۱- تخریب شناختی و هیجانی: از دست دادن حافظه کوتاه مدت، تمرکز قضاوت یا استدلال.

برخی از این علائم به سرعت و در مراحل ابتدایی بیماری ظاهر می‌شوند و سایر علائم مثل خستگی، حس‌های تغییر یافته، مشکلات حافظه و تمرکز اغلب علائم پنهان هستند و در سیر پیشرونده بیماری خود را نشان می‌دهند (ارجمند، تابشیان، ۱۳۹۶). ناتوانی ناشی از بیماری، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های خلق افسرده در بزرگسالان است که به نوبه خود منجر به تشدید ناتوانی در بسیاری از بیماری‌ها (از جمله سرطان، MS، دیابت و...) می‌شود. بسیاری از مؤلفه‌های MS می‌توانند موجب افسردگی شوند:

۱. تأثیرات برخی از داروهای MS مانند اینترفرون و استروئیدها

۲. ضایعات عصبی ناشی از خود بیماری و

۳. واکنش‌های روان‌شناختی به استرس‌های ناشی از بیماری مانند: عدم قطعیتی که درباره وضعیت سلامتی بیمار و سیر بیماری وجود دارد، علائمی مانند لرزش، اختلالات گفتاری، نارسایی‌های شناختی و بی‌اختیاری ادرار، از دست دادن عملکرد اجتماعی، شغلی، ارتباطی و استقلال فرد، خودکارآمدی پایین و درماندگی آموخته شده. در حدود پنجاه درصد از بیماران مبتلا به MS از افسردگی رنج می‌برند (حارث آبادی، کریمی مونی، فروغی پور، ۱۳۹۵).

علائم و نشانه‌های مالتیپل اسکلروزیس

علائم و نشانه‌های MS متغیر و متعدد هستند و بستگی به موضع ضایعه (پلاک) یا ترکیبی از ضایعات دارند. نشانه‌های اولی‌های که گزارش می‌شوند شامل خستگی و کرختی، اشکال در هماهنگی و تطابق و از دست دادن تعادل می‌باشند. ضعف اندام‌ها ممکن است به صورت کمبود نیرو و یا خستگی و عدم تعادل در قدم برداشتن بروز کند. خستگی یک شکایت شایع بیماران MS است. کسلر سینگ^{۵۵}، ۲۰۰۱ اظهار می‌دارد که بیش از ۷۵-۹۰ درصد آن‌ها این مشکل را بدترین علامت بیماری معرفی می‌نمایند که به شدت بر فعالیت و عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران اثر می‌گذارد. احساس خستگی، به صورت مختلف دیده می‌شود: خستگی دائمی، خستگی پذیری، خستگی ناشی از فعالیت‌های فکری و... است. خستگی ارتباط با سن بیمار، ناتوانی فیزیکی و مدت بیماری ندارد. ممکن است به چرت زدن‌های کوتاه مدت پاسخ دهد و اصولاً در خستگی بیماران عواملی چون بیدار شدن‌های مکرر شبانه بخاطر شب ادراری و افسردگی نیز دخالت دارند (یوسفیان، امین نسب، ۱۳۹۸). علائم حسی متفاوت است که شامل حس‌های غیرطبیعی مانند (کرختی، احساس تیر کشیدن، سوزن سوزن شدن و سوزش دردناک) و کاهش حس (کاهش حس لمس، بی‌حسی و یا احساس‌مردگی یا خواب‌رفتگی) می‌باشد. حس‌های نامطلوب مانند اینکه: قسمت‌های مختلف بدن ورم می‌کند، خیس می‌شود، سرد است و یا محکم محبوس می‌شود شایع هستند. در موارد پیشرفته بیماری سوزش و لرزش شایع می‌باشد. درد به صورت افزایش‌یابنده به صورت یک علامت شایع و ناتوان‌کننده شناخته می‌شود که در بیش از ۵۰٪ بیماران تجربه می‌شوند. معمولاً مخچه و اتصالات آن و ساقه مغز نیز درگیر می‌شوند که منجر به دیس آرتری^{۵۶} (اشکال در تکلم) عدم تعادل در قدم برداشتن، لرزش و عدم هماهنگی اندام‌ها می‌شود. آتاکسی و عدم تعادل معمولاً به صورت لرزش مخچه‌ای بروز می‌کند (رسولی، ۱۳۹۴) اختلال در عملکرد مثانه در ۷۰٪ بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس رخ می‌دهد. در حدود دو سوم از بیماران مبتلا به MS از مشکلات روده‌ها شکایت دارند. شایع‌ترین شکایات روده‌ای، یبوست و بی‌اختیاری مدفوع است.

علائم عصبی-روانی مالتیپل اسکلروزیس

افسردگی و اضطراب از علائم شایع در بیماران مبتلا به MS است. سبب شناسی و مکانیزم افسردگی و اضطراب در این بیماران ناشناخته است. افسردگی در بیماران MS دچار ضایعه مغزی، بیشتر بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی می‌باشد. بیمار هم

⁵⁵. KeSSelring

⁵⁶. diSarthea

چنین ممکن است دچار گریه و خنده بیمارگونه شود. به طوری که برخی از بیماران عدم توانایی در کنترل هیجان خود را آزاردهنده‌تر از عدم کنترل ادرار و مدفوع خود می‌دانند. افسردگی که در ۶۰-۵۰ درصد بیماران وجود دارد که ممکن است واکنش به بیماری یا به علت درونی یا قسمتی از بیماری باشد و زمینه ساز برای خستگی می‌شود. خودکشی عارضه شایعی است که در این بیماران می‌باشد (نعمتی پور، ۱۳۹۵). اختلالات عملکرد شناختی شامل اختلال حافظه، اختلال توجه، دشواری در حل مسائل، کندی تحلیل اطلاعات و مشکلاتی در تغییر توجه بین موارد ذهنی مختلف می‌باشند. یوفوریا (سرخوشی) در کمتر از ۲۰٪ موارد دیده می‌شود. اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به MS شایع و آزاردهنده است. حدود ۷۰٪ مردان و زنان مبتلا به MS از انواع اختلالات جنسی رنج می‌برند. به غیر از ضایعات خاص نورولوژیک پیدایش ناتوانی‌ها نیز اثرات مهمی بر تصاویر ذهنی بیمار می‌گذارد که به نوبه خود بر روابط کارکرد جنسی فرد موثر است. سرگیجه ممکن است ناگهان ظاهر شود و مشابه التهاب لایبرنت گوش داخلی می‌باشد. حساسیت به گرما به علامت‌های عصبی مانند: تاری دید یک طرف گذارا ایجاد شده توسط بالا رفتن درجه حرارت مرکزی بدن مربوط می‌شود (میرزایی، ۱۳۹۶). علامت لرمیت یک حس برق گرفتگی است که بعد از خم کردن فعال یا غیرفعال کردن ایجاد می‌شود و پشت به سمت پایین و پاها (به ندرت به سمت دست‌ها) انتشار می‌یابد. نشانگی آسیب به ستون حلقی طناب نخاعی است. درد عضب سه قلو یا اسپاسم نیمه صورت و درد عصب زبانی حلقی، زمانی که دیمیلینزاسیون اعصاب پنجم، هفتم و نهم مغزی اتفاق می‌افتد وجود دارد. انقباضات خود به خودی تنانیک صورت: شامل انقباض و لرزش مداوم و سریع عضلات صورت که در اثر ضایعات سیرکورتیکو بولبار و ساقه مغز ایجاد می‌شود. اسپاسیتی یکی از نشانه‌های شایع در بیماری MS است که در نزدیک به ۷۵٪ بیماران به درجات مختلف دیده می‌شود. اسپاسیتی یک علامت پیچیده و شناخته شده است که در اندام تحتانی بارزتر از اندام فوقانی است و ممکن است با اسپاسم دردناک، اکستانسور و فلکسور، کلونوس و ضعف زمینه ای همراه باشد. در صورتی که اسپاسم‌ها مانع حرکت، دراز کشیدن و اختلال خواب شوند سبب کاهش تحرک در افراد مبتلا خواهد بود (توکلی، فرجی خیای، فرزاد، ۱۳۹۶).

پیش‌آگهی و سیر بیماری مالتیپل اسکلروزیس

پیش‌بینی دقیق دوره مولتیپل اسکلروزیس در هر فرد غیر ممکن است اما سیر بیماری در پنج سال اول می‌تواند نشانه‌هایی را در خصوص چگونگی ادامه بیماری در فرد بازگو کند. در واقع سطح ناتوانی‌های فرد در طول پنج تا ده سال ابتدائی بیماری، پیش‌بینی کننده قابل اطمینانی در مورد چگونگی ادامه بیماری فرد در آینده خواهد بود. با وجود این عوامل تاثیرگذار دیگری مثل سن شروع و جنسیت نیز می‌تواند به عنوان شاخص‌های سیر بیماری محسوب شوند. به این صورت که سن پایین به هنگام شروع بیماری (سن پایین‌تر از ۱۶ سال) پیش‌آگهی بهتری را در افراد نشان می‌دهد. پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که شروع دیر هنگام بیماری بخصوص پس از ۵۵ سال به ویژه در مردان پیش‌بینی کننده سیر پیشرونده بیماری در مراحل بعدی است (سنگلجی، سلیمی و دستورپور، ۱۳۹۴). مالتیپل اسکلروزیس (MS) استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و جامعه تهدید می‌کند و بیماران را به سوی فقدان اعتماد و اطمینان از خود سوق داده و اطمینان فرد را از بدن و سلامتی‌اش را مخدوش می‌سازد. این بیماری غالباً افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولد از زندگی خود قرار دارند. تظاهرات و عوارض بیماری MS به شدت بر روی تصور فرد از خودش تاثیر می‌گذارد و اثرات بسیار مخربی بر روی عزت نفس او دارد. برخورداری از عزت نفس یا احساس خود ارزشمندی به مثابه یک سرمایه و ارزش حیاتی بوده و از جمله عوامل عمده شکوفایی استعدادها و خلاقیت‌ها است. همچنین تصور مثبت از خود بهترین پیشگویی کننده سازگاری با بیماری MS می‌باشد. بیماران MS نیاز به سازگاری با بیماری MS دارند زیرا که عوارض روز به روز آن استرس عمومی آنها را افزایش می‌دهد. در بیماران MS خجالت، حس حقارت باعث پیدایی پاسخ‌های نامناسب در بیمار می‌شود و سازگاری بیمار با بیماری به شکل‌های گوناگون از جمله انکار (همراه با سرخوشی غیرعادی) افسردگی، محرومیت و خصومت صورت می‌گیرد. افرادی که برای آنها بیماری MS تشخیص داده شده نیاز به سازگاری و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند زیرا که این بیماری علاج قطعی ندارد. تصور می‌شود که روش‌های کنار آمدن بر روی سازگاری با بیماری MS تاثیر می‌گذارد به ویژه روش‌های کنار آمدن مشکل مدار تاثیر مثبت زیادی در سازگاری با این بیماری دارند (توکلی، فرجی خیای و فرزاد، ۱۳۹۶).

اختلال شناختی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس

از دهه ۱۹۸۰ تحقیقات عصب روانشناسی بطور پیوسته نشان داده است که اختلال شناختی بطور معمول با بیماری MS همراه میباشد. بطوریکه ۷۰٪-۴۰٪ بیماران به این اختلال که هم در اوایل و هم در مراحل بعدی بیماری میتواند نمایان گردد دچار می‌شوند. جنبه‌های مختلفی از شناخت بیماران MS ممکن است دچار اختلال گردد. اما بطور رایج توجه، حافظه بلندمدت، سرعت پردازش اطلاعات، عملکردهای اجرایی و یادگیری بیشتر تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرد (اورکی، سامی، ۱۳۹۵). حافظه بلند مدت به توانایی یادگیری اطلاعات جدید و یادآوری این اطلاعات در مواردی که نیاز است اشاره دارد. حافظه درازمدت یکی از پایدارترین اختلال‌های شناختی در بیماران MS می‌باشد تقریباً ۶۵-۴۰ درصد بیماران دارای اختلال در حافظه بلند مدت هستند. بررسی‌های اولیه در زمینه آسیب حافظه در بیماران MS به این نتیجه دست یافتند که مشکل در بازیابی اطلاعات از مواد ذخیره شده، علت اولیه در اختلال حافظه درازمدت می‌باشد. اما تحقیقات اخیر نحوه یادگیری اطلاعات را دلیل اصلی مشکلات حافظه در نظر می‌گیرد. با توجه به این یافته‌ها بیماران MS برای یادگیری موارد جدید نیاز به تکرار بیشتر اطلاعات نسبت به افراد سالم دارند که بنظر میرسد این مشکل در یادگیری ناشی از توانایی‌های ضعیف برنامه‌ریزی، سرعت پردازش پایین اطلاعات، ناتوانی در نادیده گرفتن محرک‌های نامربوط، مشکلات ادراکی و... در این بیماران باشد (جانسن^{۵۷} و همکاران، ۲۰۱۴). بنظر می‌رسد کاهش سرعت پردازش اطلاعات یکی دیگر از خصوصیات اساسی نیمرخ شناختی مرتبط با MS باشد. باوجود اینکه مشکلات جسمی در این بیماری شدت مشکلات شناختی را نمیتواند پیش بینی کند اما در مورد این عملکرد شناختی ثابت شده که احتمالاً با افزایش و تشدید مشکلات جسمانی بیماری MS، بیماران زمان بیشتری را برای واکنش‌های ساده و پیچیده صرف میکنند. این مشکل (کاهش سرعت پردازش اطلاعات) همچنین بعنوان یک عامل موثر در جنبه‌هایی از اختلال توجه و حافظه در این افراد در نظر گرفته می‌شود (فریبورگ و حجم‌دال^{۵۸}، ۲۰۱۵). بررسی‌های انجام شده در بین بیماران مبتلا به MS بطور مکرر اشاره به اختلال در عملکرد توجه پیچیده در این افراد را دارد. الگوی عملکرد این افراد نشانگر کاهش ظرفیت برای نگهداری و پردازش اطلاعات در ذهن بیماران میباشد و اما عملکردهای اجرایی، به توانایی‌های شناختی مثل: برنامه ریزی، حل مسئله، خودنظارتی و... اشاره دارد که بیماران MS معمولاً در آزمونهای مربوط به این کارکرد عملکرد ضعیفی دارند و اختلال در استدلال انتزاعی احتمالاً یکی از ویژگی‌های معمولی در بیماران MS می‌باشد (میلر و دیشور^{۵۹}، ۲۰۱۷). با این وجود تعدادی از عملکردهای شناختی معمولاً تحت تاثیر بیماری MS دچار اختلال نمیگردند که از میان آنها میتوان به توجه ساده (مثل تکرار ارقام) و مهارت‌های کلامی اساسی (مثل نامیدن لغات و فهم و درک) و هوش عمومی فرد بیمار اشاره کرد، که بطور معمول دست نخورده باقی میمانند. ضمناً زوال عقلی کامل در بین بیماران MS بسیار نادر می‌باشد (یوسفیان، امین نسب، صحتی، ۱۳۹۸).

اختلالات روان‌پزشکی همبود با بیماری مالتیپل اسکلروزیس

بیماری MS در بسیاری از حوزه‌های عملکرد فرد تاثیر دارد کارکرد جسمی‌اش را تحلیل می‌برد و منجر به ناتوانی‌های متعدد در فرد می‌شود. از طرف دیگر پیشرفت بیماری ممکن است باعث کاهش حمایت‌های اجتماعی ادراک شده گوشه‌گیری و انزوا در فرد شود که مجموع این عوامل تاثیرات عمیقی بر نقش‌های اجتماعی و روابط بیمار و به طور مستقیم در ایجاد اختلالات روانی در فرد دارد. از دیگر عواملی که باعث بروز مشکلات روانی در این افراد می‌شود احساس بلا تکلیفی و عدم اطمینان از سلامت روزانه و در کنار آن از دست دادن اعتماد به خود آنها است که به علل مختلفی از جمله احتمال بروز دوره‌های عود جدید در آینده و یا عوارض جانبی ناخوشایند داروها، در آنها شکل می‌گیرد (نعمتی پور، ۱۳۹۵). تغییرات روان‌شناختی در بیماران در دو حالت قابل فرض است یکی قبل از تشخیص نهایی بیماری MS یعنی زمانی که بیماران اولین علائم عصبی غیرمنتظره خود را تجربه می‌کنند و به نوعی احساس آسیب‌پذیری در آنها نمایان می‌شود. دومین حالت زمانی است که فرد به طور واقعی دارای بیماری MS تشخیص داده می‌شود. در هر دو حالت بیماران دنیایی از واکنش‌های هیجانی متضاد مثل شوکه شدن، اضطراب، ترس،

⁵⁷ . Jansen et al

⁵⁸ . riolli and saviki.

⁵⁹ . Miller A, Dishon S

غمگینی، اندوه، خشم، ابهام، شرم از دست دادن هویت رهایی یا کاهش اعتماد به خود را گزارش می کنند که این احساسات ممکن است در ایجاد اختلالات روانی در آینده فرد نقش داشته باشد. یکی از عوامل موثر در پیش بینی علائم روان شناختی در افراد مبتلا به MS واکنش افراد در زمان شنیدن تشخیص قطعی بیماری است. برخی بیماران در این موقعیت واکنش های مثبتی مبنی بر مدیریت بیماری، پذیرش، ارزیابی مجدد و جستجو برای کمک و امید را نشان می دهند و برخی دیگر دچار واکنش های انکار و عدم پذیرش بیماری می شوند. برخی مطالعات علائم روان شناختی در بیماری را به بسیاری از جنبه های مرتبط با بیماری از جمله شروع آن در جوانی، مزمن بودن بیماری، سیر پیشرونده و غیرقابل پیش بینی بودن آن جستجو می کنند (حارث آبادی، کریمی مونقی و فروغی پور، ۱۳۹۳). تظاهرات روانی در این بیماری عبارتند از اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک پذیری و عصبانیت که در این بین افسردگی، اضطراب و استرس بیشترین شیوع را در بیماران مبتلا به اسکروزیس دارد. افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال روانی در بیماران MS مطرح است، هر چند که دیگر اختلالات خلقی نیز در این بیماران دیده می شود. تحقیقات فراوانی بالای علائم افسردگی در بیماران MS را در مقایسه با دیگر بیماری های مزمن عصبی گزارش کرده اند. شیوع افسردگی اساسی در طول عمر این بیماران، ۵۰ درصد و شیوع سالانه آن در حدود ۲۰ درصد عنوان شده است. و همچنین باوجود اینکه اضطراب یکی از علل ناتوانی در بیماران MS مطرح شود ولی تحقیقات کمی در این زمینه انجام شده است. در ادبیات پژوهشی شیوع اضطراب در این بیماری از ۱۹ تا ۹۰ درصد گزارش شده است. این بدان معنا است که در یافته های برخی تحقیقات اضطراب حتی بیشتر از افسردگی و تغییرات خلقی گزارش شده است (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین نرخ بالاتری از اضطراب (۳۴ درصد) در افرادی که تازه تشخیص نهایی گرفته اند در مقایسه با گروه کنترل گزارش شده است. این میزان در همراهان این بیماران نیز تا حد ۴۰ درصد گزارش شده است. فراوانی بالای اضطراب در بیماران MS را می توان تا حد زیادی به جنبه های خاصی از بیماری مثل مزمن بودن، غیرقابل پیش بینی بودن و سیر پیشرونده بیماری مرتبط دانست. علاوه بر این از شرایط خاصی که در بیماری MS باعث ایجاد اضطراب می شود می توان به تزریق مداوم دارو که معمولاً توسط خود شخص انجام می شود نام برد. این کار با واکنش طبیعی بدن نسبت به درد ایجاد شده از تزریق به خود همراه است و باعث حالتی در فرد می شود که آن را اضطراب تزریق به خود نامیده اند که اغلب در ۵۰ درصد از بیماران رخ می دهد. و از آن جا که استرس به عنوان نوعی تغییر در زندگی شخص در نظر گرفته می شود عامل استرس زا در آن فراتر از سطح توانایی مقابله و قدرت تطابق و سازگاری فرد است و منجر به علائم و آسیب های روانی و زیستی می شود. استرس به عنوان یکی از علائم گسترده در بیماری MS و نیز یکی از عوامل بالقوه ای که می تواند باعث شروع بیماری و همچنین شروع و تشدید دوره های عود شود در نظر گرفته شده و موضوع بسیاری از تحقیقات در این زمینه است (حارث آبادی و همکاران، ۱۳۹۴).

خستگی از دست دادن ذهنی یا جسمی انرژی که توسط فرد یا اطرافیان ادرک شده و در فعالیتهای معمول یا مورد نظر فرد تداخل می کند. خستگی می تواند تاثیر منفی زیادی بر توانایی انجام فعالیت های روزانه زندگی داشته باشد. اغلب از خستگی به عنوان علت اصلی بیکاری در بیماران مبتلا به MS نام می برند. خستگی یکی از شایع ترین و اصلی ترین مشکلات بیماران مبتلا به MS محسوب می شود. با وجود این که خستگی بسیار شایع بوده و از علائم اصلی مشکل را برای بیماران است ولی هنوز علل اصلی آن در بیمار MS مشخص نیست شیوع این علامت در بیماران از ۸۶ تا بیش از ۹۲ درصد گزارش شده است. حدود ۶۵ درصد از بیماران خستگی را یکی از سه علامت اصلی مشکلاتشان معرفی نموده اند (آقاباقری، محمدخانی، عمرانی، ۱۳۹۱).

نتیجه گیری

در تبیین یافته های این فرضیه می توان گفت افراد بیمار و به ویژه افرادی که مبتلا به بیماری ام اس هستند به علت استرس های زیوادی که به خاطر بیماری دارند و رفت و آمدهای زیاد به مراکز بیمارستانی و مشکلات اقتصادی زایدی که این بیماری به وجود می آورد، از سلامت روانشان کاسته می شود و به میزان معنی داری بهزیستی روانشناختی شان در مقایسه با افراد بهنجار کاسته می شد و البته باید توجه کرد که ممکن است عکس این قضیه هم صحت داشته باشد که افراد مبتلا به ام اس که از بهزیستی روان شناختی پایینی برخوردارند دچار انواع اضطراب، استرس و تنش ها هستند که این تنش ها سیستم ایمنی فرد را تضعیف می کند و وی را برای ابتلا به بیماری های جسمی مستعد کرده و همچنین باعث می شوند که افراد مبتلا به ام اس

دیرتر بهبود پیدا کنند. احساس بهزیستی اساسا این گنه تعریف می شود: احساس مثبت و احساس رضایت مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانواده، شغل و غیره است. احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. در حالی که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند. بیماری های مزمن و ناتوان کننده به دلیل تاثیری که بر توانایی و فعالیت های روزمره زندگی دارند، قادرند تمامی ابعاد زندگی را متاثر نموده و باعث افت کیفیت زندگی گردد. بار ناشی از مشکلات ام اس، سلامت جسمانی و روانی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد. کاهش بهزیستی روان شناختی را می توان به طر مستقیم یا غیر مستقیم به علائم و نتایج بیماری نسبت داد نتیجه دیگر این پژوهش این بود که افراد دارای ام اس در مولفه تسلط بر محیط از افراد سالم پایین تر بودند. این یافته با نتایج پژوهش هارت، فوناریوا، مرلوزی و موهر^{۶۰} (۲۰۱۸) که بر روی تاثیر بهزیستی روان شناختی بر افسردگی در بیماران ام اس ارتباط دارند. خستگی تاثیر بسیاری در زندگی روزمره این بیماران دارد، به طوری که مانع فعالیت های فیزیکی می شود و در مسئولیت پذیری، کار و نقش های اجتماعی تداخل ایجاد می کند که سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران می شود فرد بیمار احساس کند که تسلط بر محیط خود را از دست داده است و قدرت تحمل بیماری و زندگی خود را دشوار و خارج از تسلط خود بداند. در این صورت، فرد بیمار قدرت کنترل فعالیت های بیرونی خود را از دست می دهد و موفق به استفاده موثر از فرصت های پیرامون خود را از دست می دهد و موفق به استفاده موثر از فرصت های پیش آمده، کم کم اعتماد به نفس کاهش می یابد و فرد بیمار خود را فردی سردرگم و ناشایست می داند که قدرت تسلط بر محیط خود را ندارد. این وضعیت به طبع موجب کاهش بهزیستی روان شناختی در فرد می شود. یافته دیگر پژوهش نشان داد که افراد دارای ام اس از زندگی هدفمند پایین تری نسبت به افراد سالم برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش قاسمی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

منابع و مراجع

- [1] Chawastiak, L. A., Gibbons, L.E., Ehde, D.M., Sullivan, M., Bowen, J. D., Bombardier, C. H., Kraft, G. H. (2015). Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *J Psychosis Res*, 59 (5), 291-8.
- [2] Diener, E. D., Suhai, E. M. ., (2012). Subjective well-being. Three decades of well-being. *Psychological Bulletin*, 125 (2):302-27
- [3] Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2012). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- [4] Frisch, MB. (2016). *Quality of life therapy*. New Jersey: Wiley press.
- [5] Jansen, J.P., Francs, G.A., Mesh, V.D., Cecile, G.W., Roger, Q.H., Josien, B.D., & Peter, A.V. (2014). Perception of prognostic risk in patient with M.S: the relationship with anxiety, depression and disease-related distress. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(2), 180-186.
- [6] John OP, Gross JJ .(2018). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Personal* 2004;72:1301-303..
- [7] Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Science* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.
- [8] Lipowski, JI., (2018). Psychosocial reactions to physical illness. *Can Med Assoc J* 2016;128: 1069-72.
- [9] McCabe, M. P. (2012). Mood and self – esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosis Res*, 59 (3):161-6.
- [10] Mitosek-Szewczyk K, Kulakowska A, Bartosik-Psujek H, Hozejowski R, Drozdowski W, Stelmasiak Z. (2018). Quality of life in Polish patients with multiple sclerosis. *Adv Med Sci*; 59(1): 34-8.
- [11] Ostir GV, Smith MP, Smith D .(2015). Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS) in medical rehabilitation Clin Rehabil. 19: 767-769.
- [12] Riise T, Mohr DC, Munger KL, Rich-Edwards JW, Kawachi I, Ascherio A. (2011). Stress and the risk of Multiple Sclerosis. *Neurology*; 31(76): 1866-1871. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821d74c5>.
- [13] Ryan, RM, Deci, EL.(2011). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Ann Rev Psych*;52: 141° 166.
- [14] Ryff, CD, Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psych Inqu*; 9: 1°28.
- [15] Ryff, CD. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 57(6): 1069- 1081.
- [16] Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2010). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119. doi:10.1016/j.ssresearch.2006.01.002
- [17] Sefidi, F., Farzad, Valialah. (2012). Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 1, 16, 65-71. (Persian).
- [18] Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2011). The associations between life satisfaction and health – related of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community – dwelling adults. *J Community Health*, 33 (1), 40-50.
- [19] Ukueberuwa, D.M. & Arnett, P.A. (2019). Evaluating the role of coping style as a moderator of fatigue and risk for future cognitive impairment in multiplesclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 751–755.

- [۲۰] اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد دسی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، دارین ج؛ هوکسما، سوزان نومن. (۲۰۰۸). زمینه روان‌شناسی هیلگارد. ترجمه: براهنی، محمدتقی؛ بیرشک، بهروز؛ شهرآرای، مهرناز؛ کریمی، یوسف؛ گاهان، نیسان؛ محی‌الدین، مهدی. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات رشد.
- [۲۱] ارجمند، فریبا؛ تابشیان، امیر. (۱۳۹۶). مروری بر بیماری مولتیپل اسکلروزیس، کنفرانس ملی ام اس و یافته‌های پیرامون آن. اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
- [۲۲] اسدی‌حقیقت، مهناز؛ زهراکار، کیانوش؛ فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS). مقاله پژوهشی، فصلنامه علمی پژوهشی، شماره ۷ (۲)، ۱۹۱-۱۸۲.
- [۲۳] آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا؛ فرهمند، وحید. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روان‌شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۱ (پیاپی ۱۳)، ۳۱-۲۳.
- [۲۴] اورکی، محمد؛ سامی، پوران. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، شماره ۲۰، ۱۸-۵.
- [۲۵] امیرغلامی، ا؛ حیدری، ع. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی بیماران ام اس شهر اهواز، کنفرانس آسیب‌شناسی، ریشه‌یابی، ترمیم در روانشناسی، شیراز. ۹، ۸۹-۷۰.
- [۲۶] باقری یزدی، ع؛ و همکاران. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول. شماره ۴. صص ۳۹-۳۰.
- [۲۷] بولینگ، آلن سی (۲۰۱۴). طب مکمل و جایگزین در ام اس. ترجمه: رویا ابوالحسنی. (۱۳۹۳). تهران نشر رنگینه.
- [۲۸] پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۹۶). نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی. انتشارات: رسالت.
- [۲۹] پوریوسف‌کلجایی، مقصود. (۱۳۹۴). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر پیروی از درمان و برنامه ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان.
- [۳۰] پیوسته گر، مهر انگیز؛ دستجردی، الهام، دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۴). رابطه خلاقیت و بهزیستی روانی در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی، دوره چهارم، شماره ۳، ۲۱۴-۲۰۷.
- [۳۱] توکلی، مجتبی؛ فرجی‌خیای، فرزاد؛ سلیمی‌جدا، ولی. (۱۳۹۶). ارتباط سرمایه‌های روانشناختی با ادراک بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی - پژوهشی در سلامت روانشناختی، دوره دهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۶.
- [۳۲] حارث آبادی. مهدی، کریمی مونقی. حسین، فروغی پور. محسن، مظلوم. رضا، (۱۳۹۵)، بهزیستی روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به بیمارستان قائم مشهد، مجله پزشکی خراسان شمالی، دوره ۲، شماره ۴، ص: ۷-۱۲.
- [۳۳] حسن‌شاهی، محمد مهدی؛ دارابی، مریم. (۱۳۹۰). تأثیر راهبردهای مقابله با استرس بر سلامت روان دانشجویان: اثر تعدیل کننده سرسختی روانشناختی. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۲۶، ۷۷-۹۸.
- [۳۴] درگاهی، شهریار؛ محسن زاده، زهراکار. (۱۳۹۴). اثر بخشی مبتنی بر مثبت اندیشی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت رابطه زناشویی زوجین نابارور. مجله مطالعات ناتوانی (علمی - پژوهشی). ۴۰ (۹)، ۱۲۳-۱۱۴.
- [۳۵] رسولی، نرگس. (۱۳۹۴). مطالعه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس همراه با افسردگی بر اساس سیر پیشرفت بیماری. رساله دکتری دانشگاه کرج.
- [۳۶] سانتراک، جان (۲۰۱۴). زمینه روان‌شناسی سانتراک. (ترجمه: فیروز بخت، مهرداد) (۱۳۹۳). تهران: رسا.
- [۳۷] سنگلجی، بهرام؛ سلیمی، یحیی؛ دستورپور، مریم. (۱۳۹۴). رابطه ناتوانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجمن ام اس تهران. مجله بهداشت و توسعه، سال دوم، شماره ۳.
- [۳۸] براتون فیست ۱۹۹۶ رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل، روان‌شناسی بالینی و شخصیت ترجمه علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ شکرکن، حسین؛ محتشمی، طیب. (۱۳۹۰). رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در دوره ۳، شماره ۵، ۴۸-۳۷.

- [۳۹] فتحی، حسن؛ خیر، مجتبی؛ عتیق، زهرا. (۱۳۹۰) رابطه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب آوری در بین بیماران ام اس. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۰(۳)، ۱۶۵-۱۷۲.
- [۴۰] قدم‌پور، عزت‌اله؛ شیرازی‌تهرانی، علیرضا. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال شانزدهم، شماره ۳، ۴۸-۳۵.
- [۴۱] قربانی، ب. (۱۳۹۴). استرس و پیامدهای آن بر سلامتی. همایش سراسری علمی، پژوهشی علوم انسانی و هنر. تبریز: باشگاه پژوهشگران جوان شعبه شمال غرب کشور.
- [۴۲] مری، فاطمه؛ قدسی، پروانه. (۱۳۹۶). رابطه سبک زندگی و امید به زندگی با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). مقاله پژوهشی، تصویر سلامت، ۸ (۴)، ۲۰۸-۲۰۲.
- [۴۳] مطهری، زهراسادات؛ احمدی، خدابخش؛ سلیمانی، علی‌اکبر؛ بهزادپور، سمانه. (۱۳۹۲). اثربخشی روش ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی. تحقیقات روانشناختی. دوره ۵. شماره ۱۷.
- [۴۴] مظفری، شهباز؛ هادیان فرد، حبیب. (۱۳۹۳). مروری بر بهزیستی روانی و همبسته‌های آن. مجله حوزه و دانشگاه. شماره ۴۱، صص ۸۲-۱۰۵.
- [۴۵] مومنی، خدامراد؛ دهقان، فاطمه. (۱۳۹۶). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به ام اس با زنان عادی. روان‌شناسی معاصر، ۱۲، ۱۶۷۴-۱۶۷۲.
- [۴۶] میرزایی، شهاب. (۱۳۹۶). تأثیر برنامه شادمانی سلگمن بر ارتقاء کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به ام اس. روان‌شناسی معاصر، ۱۲، (ویژه‌نامه)، ۱۷۱۶-۱۷۱۰.
- [۴۷] میکاییلی، فرزانه. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت بهزیستی‌روانی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه، مجله افق دانش، ۱۶(۴)، ۷۳-۶۵.
- [۴۸] نعمتی‌پور، دوستکام. (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجیگرانه تاب آوری در رابطه باورهای مرتبط با درد شدت و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام اس. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۱.
- [۴۹] نیک خواه، مرتضی. (۱۳۹۷). روش‌های برخورد با استرس‌های زندگی. تهران: انتشارات جوانه.
- [۵۰] هاشمی، تورج؛ طاهرآقدم، علی‌اکبر؛ علیلو، مجیدمحمود. (۱۳۹۵). مقایسه ادراک و باورهای درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال نوزدهم، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۵.
- [۵۱] یوسفیان، زهرا؛ امین‌نسب، انعام؛ صحتی، مرمره. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه روانشناختی افراد دارای ام اس. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی. دوره ۱۰، شماره ۳۷.