

The Role of Disease Perception, Religious Coping Strategies, and Cognitive Regulation of Emotion in Predicting Adaptation to the Disease in People with Multiple Sclerosis (MS)

Rast A¹, Aflakseir A², Petramfar P³, Kazemi Rezaei SV^{4*}

¹M.Sc, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

²Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

³Associate Professor, Department of Neurology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴Ph.D. in Psychology, Mental Health Specialist, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is one of the most common chronic disorders of the central nervous system, which causes many psychological problems in patients. Therefore, this research aimed to investigate the role of disease perception, religious coping strategies, and cognitive emotion regulation in predicting adaptation to the disease in people with multiple sclerosis (MS).

Methods: The current research had a descriptive and correlational design. The statistical population included all people with multiple sclerosis in Shiraz. For this purpose, 113 people were selected by convenience sampling method. The research tools included questionnaires of adaptation to the disease, perception of the disease, religious coping, and cognitive emotion regulation strategies. To analyze the data, multiple linear regression was used with SPSS software, version 20.

Results: The results of the regression analysis showed that among the components of illness perception, the components of the outcome, emotional response, and the nature of the disease are negative predictors, and personal control is a positive predictor, and among the components of religious coping, negative religious coping is a negative predictor, and Benevolent coping is a positive predictor and also among the components of cognitive emotion regulation, positive reappraisal, refocusing on planning and perspective-taking, were positive predictors and rumination, and catastrophizing were significant negative predictors of adaptation to the disease in people affected by multiple sclerosis.

Conclusion: According to the obtained results, it can be claimed that psychological variables play an important role in adapting to the disease in people with multiple sclerosis.

Keywords: Disease perception, Coping strategies, Emotion Regulation, Adaptation, Multiple sclerosis

Sadra Med Sci J 2022; 10(3): 267-284.

Received: Jul. 4th, 2021

Accepted: Aug. 22nd, 2022

*Corresponding Author: **Kazemi Rezaei SV**, Ph.D. in Psychology, Mental Health Specialist, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran, vali.kazemi1988@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۰، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۶۷ تا ۲۸۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۳۱

مقاله پژوهشی
(Original Article)

نقش ادراک بیماری، راهبردهای مقابله مذهبی و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

علی راست^{۱*}، عبدالعزیز افلاک سیر^۲، پیمان پترام فر^۳، سید ولی کاظمی رضایی^{۴*}^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران^۲ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران^۳ دانشیار، گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۴ دکتری روانشناسی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن سیستم عصبی مرکزی است که باعث بروز مشکلات روان‌شناختی متعددی در مبتلایان می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ادراک بیماری، راهبردهای مقابله مذهبی و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بود.

روش‌ها: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر شیراز بود. بدین منظور تعداد ۱۱۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سازگاری با بیماری، ادراک بیماری، مقابله مذهبی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رگرسیون چندگانه به روش همزمان با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های ادراک بیماری: مؤلفه‌های پیامد، پاسخ عاطفی و ماهیت بیماری پیش‌بین منفی و کنترل شخصی پیش‌بین مثبت و از بین مؤلفه‌های مقابله مذهبی: مقابله مذهبی منفی پیش‌بین منفی و مقابله خیرخواهانه پیش‌بین مثبت و همچنین از بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان: ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌پذیری پیش‌بین مثبت و نشخوارگری و فاجعه‌سازی پیش‌بین منفی معنادار سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان ادعا کرد که متغیرهای روان‌شناختی نقش مهمی در سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ایفا می‌کنند.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، راهبردهای مقابله‌ای، تنظیم هیجانی، سازگاری، مولتیپل اسکلروزیس

* نویسنده مسئول: سید ولی کاظمی رضایی، دکتری روانشناسی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران، vali.kazemi1988@gmail.com

مقدمه

بودن و پیامدهای بیماری است که چشم‌اندازی از بیماری فرد ایجاد می‌کند (۸). آبیوی و همکاران (۲۰۱۷) اظهار می‌دارند که عدم شناخت و درک از بیماری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن همچون مولتیپل اسکلروزیس به‌طور قابل ملاحظه‌ای کنترل و مدیریت بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به کاهش احتمال بهبود عملکرد اجتماعی و روانی در این جمعیت می‌شود (۹). بر اساس مطالعه بیسی و همکاران (۲۰۱۶) به هنگام مواجهه با بیماری‌های مزمن، افراد به دنبال درک بیماری و مشکل بهداشتی خود هستند (۱۰). بنابراین ابعاد روانی و شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون مولتیپل اسکلروزیس، دستخوش تغییرات گوناگونی می‌شود که می‌تواند بر درک بیمار از ماهیت، علت، قابلیت درمان و پیامدهای بیماری اثرگذار باشد (۱۱).

از دیگر مؤلفه‌های روانی-اجتماعی که می‌تواند سلامت روانی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را تحت تأثیر قرار دهد، راهبردهای مقابله مذهبی (religious coping styles) است. راهبردهای مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به‌منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور و فراتر از منابع فردی است، به‌کار می‌گیرد (۱۲).

عوامل متعددی می‌توانند در انتخاب شیوه مقابله مؤثر باشند، از بین این عوامل، باور مذهبی افراد حائز اهمیت است. مطالعات نشان داده‌اند که باورهای مذهبی افراد می‌تواند به آنان در جهت مقابله با شرایط تنش‌زا کمک کند. بر این اساس می‌توان دو نوع رهیافت مقابله مذهبی و غیرمذهبی را مطرح کرد (۱۳). طبق دیدگاه پارگامنت و ماهونی (۲۰۰۵) مقابله مذهبی بیانگر تلاش‌هایی برای استفاده از آموزه‌های دینی با هدف درک و رویارویی با تجارب تنش‌زای زندگی است (۱۴).

مقابله مذهبی به دو صورت مثبت و منفی دیده می‌شود، گروهی که هنگام رویارویی با حوادث آن را آزمایش الهی می‌پندارند و به خداوند و مذهب خوش‌بین هستند از روش مقابله مذهبی مثبت و گروه دیگر که این

بیماری‌های مزمن برای یک دوره طولانی مدت باقی می‌مانند و توانایی افراد را در کارکردهای طبیعی تحت تأثیر قرار می‌دهند. این‌گونه بیماری‌ها نیازمند مراقبت‌های دارویی طولانی‌مدت هستند و با ناتوانی جسمانی پیش‌رونده و درد مشخص می‌شوند (۱). مولتیپل اسکلروزیس (MS, Multiple Sclerosis) یک بیماری مزمن، خود ایمنی و اغلب ناتوان‌کننده است که سیستم اعصاب مرکزی شامل مغز، نخاع و اعصاب بینایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با از بین رفتن غلاف میلین در مناطقی از اعصاب مغزی نمایان می‌شود و سبب اختلال در انتقال پیام‌های عصبی می‌گردد (۲). هرچند تحقیقات نشان می‌دهند که خطر ابتلا به بیماری با عوامل ژنتیکی مربوط به عملکرد سیستم ایمنی بدن و عوامل محیطی مانند عفونت‌های ویروسی در ارتباط است، ولی علت اصلی بیماری مولتیپل اسکلروزیس هنوز ناشناخته مانده است (۳).

سازگاری با بیماری به معنای مثبت‌اندیشی در زندگی به‌رغم رشد و توسعه بیماری است. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمنی که موفق به سازگاری با بیماری می‌شوند، عموماً برای کنترل فیزیکی نشانه‌های بیماری، دستیابی به سلامتی و سازگاری با تغییرات نقش، مثبت‌اندیشی و حفظ خودپنداره مثبت دارند. زندگی با مولتیپل اسکلروزیس یک چالش جسمی و روحی است و نیازمند یک تطابق روان‌شناختی و به‌عبارتی دیگر، پذیرش و سازگاری با این بیماری است (۴). از بین عوامل روان‌شناختی که می‌توانند سازگاری با بیماری مولتیپل اسکلروزیس را تحت تأثیر قرار دهند، به عواملی از قبیل ادراک بیماری، مقابله مذهبی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌توان اشاره کرد (۵، ۶).

پیامدهای بیماری مولتیپل اسکلروزیس از منظر بیمار از جمله درک از بیماری، دارای اهمیت بسیار زیادی است (۷). درک از بیماری مفهومی چندبعدی و شامل درک علت بیماری، مدت‌زمان تداوم بیماری، ماهیت، قابل کنترل

از اقتضانات روند درمان، افت کیفیت زندگی و عملکرد این بیماران را در پی دارد (۲۰).

به‌طور کلی می‌توان گفت که با توجه به اهمیت این بیماری و شیوع روبه‌رشد آن، بررسی عواملی که سازگاری با این بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد حائز اهمیت فراوان است. در مجموع پژوهش‌های داخلی و خارجی نشانگر وجود مشکلات روان‌شناختی در این بیماران است.

سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بسیار پایین گزارش شده است (۶) اما تاکنون در خصوص ارتباط این متغیرهای پژوهش با سازگاری بیماری مطالعه‌ای انجام نشده است.

با توجه به تأثیرات و پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی، و هزینه بالای درمان و کنترل این بیماری و نیز با توجه به خلأ پژوهشی موجود، این مطالعه با هدف شناسایی نقش ادراک بیماری، مقابله مذهبی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی سازگاری با بیماری افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش‌ها

۱- طراحی پژوهش

روش پژوهش حاضر با توجه به روش جمع‌آوری داده‌ها، از نوع توصیفی-همبستگی بود و ادراک بیماری، راهبردهای مقابله مذهبی و تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیر پیش‌بین و سازگاری با بیماری به‌عنوان متغیر ملاک بودند.

۲- جمعیت مورد پژوهش

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فقیهی و درمانگاه امام رضای (ع) شهر شیراز جهت خدمات درمانی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ بود.

با توجه به اینکه حداقل نمونه برای روش‌های همبستگی ۳۰ نفر است، از بین این افراد با رعایت ملاک‌های ورود تعداد ۱۱۳ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس و برای افزایش اعتبار بیرونی حجم نمونه انتخاب شدند.

حوادث را تنبیه الهی یا مداخله شیطان و عوامل منفی دیگر در نظر می‌گیرند از روش مقابله مذهبی منفی استفاده می‌کنند. در واقع عقاید و مناسک مذهبی به‌طور گسترده‌ای با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد، بنابراین این انتظار وجود دارد که مذهب و معنویت در چگونگی سازگاری افراد با رویدادهای استرس‌زا نقش داشته باشند (۱۵). شواهد زیادی نشان می‌دهد که تعهد دینی و مذهبی یا دین‌داری می‌تواند به‌عنوان مانعی در برابر افسردگی و دیگر مشکلات روان‌شناختی به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده در بیماری‌های پزشکی باشد (۱۶).

اخیراً تنظیم هیجان نیز به‌عنوان یک فرآیند مهم در درمان آسیب‌شناسی روانی و برخی حالات پاتولوژیک جسمانی مورد توجه قرار گرفته است و نقش برجسته و مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی و پیامدهای زیستی و روانی ایفا می‌کند (۱۷). شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد پریشانی روان‌شناختی در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای زندگی می‌تواند به راهبردهای تنظیم هیجانی که فرد به کار می‌برد مرتبط باشد (۱۸).

یکی از متداول‌ترین روش‌ها برای تعدیل تجارب هیجانی استفاده از راهبردهای شناختی است و به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که از طریق آن افراد اطلاعات هیجان‌انگیز را در مواجهه با یک تجربه آسیب‌زا، مدیریت و کنترل می‌کنند (۱۹).

در دوران بیماری، عوامل روان‌شناختی و علائم بیماری اغلب با یکدیگر در ارتباط هستند و بر پیشرفت و نتیجه بیماری تأثیر می‌گذارند. بسیاری از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارای مشکلات روان‌شناختی در واکنش به بیماری هستند که تمایز آن‌ها از اختلالات روانپزشکی قبل از ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس دشوار است. در هر صورت همراهی مشکلات روان‌شناختی در این بیماری شایسته توجه است، زیرا حضور اختلالات روان‌شناختی اثرات مخربی بر روند این بیماری دارد و باعث ناتوانی در مقابله با بیماری می‌شود. توجه نکردن به مسائل روان‌شناختی این بیماری عواقبی همچون نافرمانی

۳- معیارهای ورود و خروج پژوهش

ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت‌اند از: مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (تحت بستری و سرپایی)، تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تأیید بیماری توسط متخصص مغز و اعصاب همکار در این طرح، توانایی جسمانی و روانی کافی برای پاسخ به پرسشنامه، داشتن تحصیلات حداقل سیکل جهت پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و تمایل به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: ابتلا به اختلالات بالینی و یا بیماری مزمن دیگر، عدم تمایل به همکاری و عدم توانایی لازم برای تکمیل پرسشنامه.

۴- پرسشنامه‌ها

پرسشنامه سازگاری با بیماری (AIS)^۱: مقیاس سازگاری با بیماری یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علی‌رغم تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب، مولتیپل اسکلروزیس، درد مزمن عضلانی- استخوانی و ناباروری بررسی و تأیید شده است. ضرایب همبستگی سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۵۹، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۵۱- و با عاطفه منفی ۰/۵۷- به دست آمد. این ضرایب در سطح $p > 0/001$ معنادار بودند.

روایی پیش‌بین مقیاس سازگاری با بیماری از طریق مقایسه نمره‌های سازگاری دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمره سازگاری نسبت به تفاوت و تمایز دو گروه در سطح $p > 0/001$ حساس است (۲۱). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین یک

عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تأیید قرار داد (۲۲). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ)^۲: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری، مقیاسی ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم شناختی و عاطفی بیماری طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب پیامد، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری (درک واضح بیماری)، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد.

دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است و سؤال ۹ باز پاسخ است که جواب آن باید به صورت تشریحی داده شود و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. با توجه به اینکه بررسی علت ابتلا هدف مطالعه حاضر نبود، سؤال ۹ حذف شد. سؤالات (۱، ۲، ۳، ۴ و ۵) بازنمایی شناختی، سؤالات (۶ و ۸) بازنمایی عاطفی و سؤال (۷) قابلیت درک و فهم بیماری را می‌سنجد. نمرات بالا در مقیاس‌های پیامدهای بیماری، طول مدت بیماری، ماهیت بیماری و بازنمایی‌های عاطفی بیانگر عقاید منفی و نامطلوب فرد در این مقیاس‌ها و نمرات بالا در مقیاس‌های کنترل درمانی، کنترل شخصی و درک واضح از بیماری بیانگر عقاید مثبت فرد در ابعاد مذکور است.

آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله شش هفته برای سؤالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از افراد مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است (۲۳). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. فرم فارسی پرسشنامه ادراک بیماری توسط بزازیان و بشارت (۲۰۱۰) با روایی و پایایی مناسب بومی‌سازی شده است (۲۴).

² The Brief Illness Perception Questionnaire

¹ Acceptance of Illness Questionnaire

شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج پژوهش حسنی نشان داد که مقیاس فرم کوتاه فارسی از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. همچنین در مقایسه با فرم بلند فارسی مقیاس، فرم کوتاه از نظر ساختار عاملی و روایی همزمان مطلوب‌تر است (۲۷). ضمن تأیید روایی سازه ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۶).

۵- ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1397.87 از شورای پژوهش است. برای اجرای پژوهش حاضر، ابتدا پس از کسب مجوزها و موافقت‌های لازم، به‌منظور رعایت موازین اخلاقی هدف پژوهش، نحوه انتشار اطلاعات حاصل از پژوهش، شیوه و اهمیت پاسخ‌دهی صحیح به سؤالات و همچنین ذکر نشدن نام و نام خانوادگی و محرمانه ماندن اطلاعات بیمار نزد پژوهشگر برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و از آن‌ها درخواست شد تا در صورت تمایل به همکاری در پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی را امضا نمایند و هر موقع که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همچنین ذکر گردید که ورود به پژوهش هیچ تأثیری در روند بیماری آن‌ها ندارد. سپس پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و درباره چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحاتی به آن‌ها داده شد.

۶- آنالیز آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون به‌منظور بررسی رابطه متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد و برای پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس متغیرهای ادراک

پرسشنامه مقابله مذهبی (RCQ)^۱: مقیاس مقابله مذهبی برای استفاده جمعیت ایرانی بر اساس مقیاس پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) تهیه شده است. این ابزار شامل ۲۲ گویه روی یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (به هیچ وجه) تا چهار (زیاد) است. برای توسعه این مقیاس برخی آیتم‌ها که مناسب استفاده مسلمانان باشد از مقیاس پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) (RCOPE) اقتباس شده است. مقیاس مقابله دینی شامل پنج زیر مقیاس متشکل از اعمال مقابله دینی (۶ آیتم)، مقابله دینی خیرخواهانه (۶ آیتم)، مقیاس مقابله دینی منفی (۴ آیتم) و مقیاس‌های مقابله دینی فعال و منفعل (هر مقیاس ۳ آیتم) است. در پژوهش حاضر فقط از زیرمقیاس‌های اعمال دینی، مقابله دینی منفی و مقابله دینی خیرخواهانه استفاده شده است. در ایران پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مختلف قابل قبول و برای مقیاس‌های اعمال دینی ۰/۸۹، مقابله دینی منفی ۰/۸۲، مقابله دینی خیرخواهانه ۰/۷۲ و برای مقیاس‌های مقابله‌ای منفعلانه و فعالانه ۰/۷۸ به دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-short P-): نسخه اصلی این پرسشنامه، مقیاسی چندبعدی است که گارنفسکی و همکاران (۲۶) آن را به‌منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس است. پنج خرده مقیاس این پرسشنامه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار و چهار خرده مقیاس دیگر سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند.

حسنی نسخه کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P-short) هر یک از خرده مقیاس‌ها

^۱ Religious Coping Questionnaire

^۲ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form

بیماری، مقابله مذهبی و تنظیم شناختی هیجان از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان و به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه مورد پژوهش در مطالعه حاضر ۱۱۳ نفر مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شامل ۲۶ نفر مرد و ۸۷ نفر زن بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۳۲/۰۴ سال با انحراف معیار ۷/۹۶ و سن شروع بیماری نیز با میانگین ۲۷/۳۹ سال با انحراف معیار ۷/۲۶ بود. آمارهای مربوط به تحصیلات و وضعیت تأهل گروه نمونه نیز در جدول ۱ ذکر شده است. تحصیلات بیشتر افراد گروه نمونه، کارشناسی (۳۸/۹ درصد) و اغلب متأهل (۶۱/۹ درصد) بودند.

در جدول ۲ متغیرهای بالینی مانند مدت زمان بیماری، شدت بیماری و نوع بیماری گزارش شده است. به طوری که بیشتر بیماران گروه نمونه دارای مدت زمان بیماری ۱ تا ۵ سال (۴۲/۵ درصد)، شدت بیماری خفیف (۷۲/۶ درصد) و نوع بیماری عودکننده-بهبودیابنده (۸۰/۵ درصد) بودند.

به منظور توصیف متغیرهای مورد مطالعه و مؤلفه‌های آن‌ها، از میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. همان طور که در جدول مذکور مشخص است گروه نمونه با توجه به نمره متوسط ۳۶ مقیاس با میانگین بالای ۴۴، سازگاری با بیماری بالایی داشتند؛ با توجه به نمره متوسط ۴۰ مقیاس با میانگین بالای ۴۹ ادراک بیماری بالایی نشان دادند؛ در مقابله مذهبی با توجه به نمره متوسط ۳۲ مقیاس با میانگین بالای ۴۵ مقابله مذهبی بالایی را از خود نشان دادند؛ از بین مؤلفه‌های مقابله مذهبی، در مؤلفه اعمال خیرخواهانه بالاترین نمره و در مقابله مذهبی منفی کمترین نمره را به دست آوردند. از بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان نیز گروه نمونه در مؤلفه‌های پذیرش، دیدگاه‌پذیری و تمرکز مجدد مثبت دارای بیشترین نمره و در مؤلفه‌های سرزنش خود و سرزنش دیگران دارای کمترین نمره بودند.

جدول ۱. توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه

درصد	تعداد	متغیرها	
۲۳	۲۶	مرد	جنسیت
۷۷	۸۷	زن	
۱۰۰	۱۱۳	جمع	
۵/۳	۶	بی‌سواد	تحصیلات
۲/۷	۳	ابتدایی	
۱۸/۶	۲۱	راهنمایی	
۲۵/۷	۲۹	دیپلم	
۸/۸	۱۰	فوق دیپلم	
۳۸/۹	۴۴	کارشناسی و بالاتر	
۱۰۰	۱۱۳	جمع	
۶۱/۹	۷۰	متأهل	وضعیت تأهل
۳۱/۹	۳۶	مجرد	
۲/۶	۷	مطلقه	
۱۰۰	۱۱۳	جمع	

جدول ۲. توصیف متغیرهای بالینی

متغیرهای بالینی	زمان (سال)	تعداد افراد	درصد
مدت زمان بیماری	۱	۲۴	۲۱/۲
	۱ تا ۵	۴۸	۴۲/۵
	۶ تا ۱۰	۳۶	۳۱/۹
	۱۱ سال بیشتر	۵	۴/۴
	جمع	۱۱۳	۱۰۰
شدت بیماری	خفیف	۸۲	۷۲/۶
	متوسط	۲۷	۲۳/۹
	شدید	۴	۳/۵
	جمع	۱۱۳	۱۰۰
نوع بیماری	پیش‌رونده اولیه	۴	۳/۵
	پیش‌رونده ثانویه	۱۳	۱۱/۵
	عودکننده-بهبود یابنده	۹۱	۸۰/۵
	پیش‌رونده-عودکننده	۵	۴/۴
	جمع	۱۱۳	۱۰۰

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات متغیرهای مورد مطالعه

مقیاس‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سازگاری با بیماری	۸	۶۶	۴۴/۶۵	۱۱/۸۰
ادراک بیماری	۱۰	۷۸	۴۹/۲۶	۱۴/۲۴
بازنمایی شناختی	۷	۴۸	۳۱/۵۲	۹/۳۴
بازنمایی عاطفی	۲	۲۰	۱۱/۱۹	۵/۸۳
درک و فهم بیماری	۱	۱۰	۶/۵۴	۳/۰۸
مقابله مذهبی	۱۳	۶۳	۴۵/۰۷	۱۲/۵۳
اعمال دینی	۰	۲۴	۱۵/۹۰	۶/۷۰
مقابله مذهبی منفی	۰	۱۶	۴/۳۴	۳/۷۸
مقابله مذهبی خیر خواهانه	۴	۲۴	۱۷/۵۰	۵/۲۷
سرزنش خود	۲	۱۰	۵/۱۹	۲/۷۳
نشخوارگری	۲	۱۰	۶/۳۱	۲/۵۰
پذیرش	۲	۱۰	۷/۸۹	۲/۱۸
تمرکز مجدد مثبت	۲	۱۰	۷/۱۰	۲/۲۶
ارزیابی مجدد مثبت	۲	۱۰	۶/۷۴	۲/۳۴
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۳	۱۰	۷/۴۷	۲/۱۱
دیدگاه‌پذیری	۲	۱۰	۷/۵۴	۲/۲۱
فاجعه‌سازی	۲	۱۰	۵/۵۲	۲/۴۵
سرزنش دیگران	۲	۱۰	۴/۱۷	۲/۴۸

ناسازگاران تنظیم هیجان ($r = -0/46, p < 0/001$) رابطه منفی معنادار داشت. باین حال، سازگاری با بیماری با متغیرهای مقابله مذهبی و مؤلفه اعمال دینی رابطه معنادار نداشت.

پیش از اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه و بررسی سؤالهای پژوهش، فرضیات تحقیق ارزیابی شد. نتایج نشان داد کجی و کشیدگی تمامی متغیرها بین -۲ تا ۲ قرار دارد و نشان دهنده نرمال بودن داده‌ها است.

یکی از مفروضات دیگر انجام رگرسیون رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک است. این بررسی به کمک نمودار باقیمانده‌های استاندارد شده برای تک تک متغیرهای پیش‌بین در رابطه با متغیر ملاک و مجموع متغیرهای پیش‌بین در رابطه با متغیر ملاک اجرا شد. نتایج نشان داد که داده‌ها به‌طور تقریبی روی خط فطری نمودار باقی مانده‌های استاندارد شده قرار دارند. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه رابطه خطی بودن متغیرهای پیش‌بین و ملاک رعایت شده است.

فرض استقلال خطاها یا عدم همبستگی بین خطاها نیز با استفاده از آزمون دوربین-واتسون بررسی شد و نشان داد که خطاهای باقی مانده از استقلال نسبی برخوردارند.

همچنین از شاخص‌های عامل تورم واریانس VIF (Variance Inflation Factor) و تلورانس به منظور بررسی هم خطی متغیرهای مستقل بهره گرفته شد. نتایج آن‌ها برای تمامی تحلیل نشان داد که بین متغیرهای

به‌منظور بررسی اینکه دین در زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس چقدر اهمیت دارد، شرکت کنندگان بایستی در این رابطه به گویه زیر «دین در زندگی من اهمیت دارد» از صفر (اصلاً) تا چهار (خیلی زیاد) نمره می‌دادند. نتایج نشان داد که ۲ نفر (اصلاً)، ۷ نفر گزینه (کم)، ۱۶ نفر (تا حدودی)، ۴۲ نفر (زیاد) و ۴۶ نفر (خیلی زیاد) را انتخاب کردند و میانگین $3/09$ و انحراف معیار $0/98$ به دست آمد.

بر اساس نتایج به دست آمده از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شرکت کننده در تحقیق، کسب نمره میانگین بالای ۳ و آمار بیش از ۴۰ درصد که نقش دین را در زندگی خود «خیلی زیاد» و بیش از ۳۷ درصد «زیاد» ارزیابی کرده بودند، می‌توان گفت که دین در زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تحقیق اهمیت بالایی داشته است.

همچنین به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضرایب همبستگی متغیرها در جدول ۴ گزارش شده است. بر طبق نتایج به دست آمده متغیر سازگاری با بیماری با ادراک بیماری ($r = 0/71, p < 0/001$)، مؤلفه مقابله مذهبی خیرخواهانه ($r = 0/21, p < 0/05$) و راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان ($r = 0/46, p < 0/001$) رابطه مثبت معنادار داشت. همچنین سازگاری با بیماری با متغیرهای مقابله مذهبی منفی ($r = -0/40, p < 0/001$) و راهبردهای

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- سازگاری با بیماری	-							
۲- ادراک بیماری	0/71***	-						
۳- مقابله مذهبی	0/15	0/29**	-					
۴- اعمال دینی	-0/01	0/11	0/86***	-				
۵- مقابله مذهبی منفی	-0/40***	-0/52**	-0/55***	-0/16	-			
۶- مقابله مذهبی خیرخواهانه	0/21*	0/17	0/89***	0/66***	-0/38***	-		
۷- راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان	0/46***	0/51***	0/40***	0/19*	-0/40***	0/42***	-	
۸- راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان	-0/46***	-0/61***	-0/29**	-0/06	0/48***	-0/25**	0/35***	-

است. همچنین در مجموع مؤلفه‌های مقابله مذهبی توانستند ۱۴ درصد از واریانس سازگاری با بیماری را به‌طور معنادار تبیین کنند ($F= ۷/۲۶, p<۰/۰۰۱$). نتایج ضرایب بتا نشان داد که دو مؤلفه مقابله مذهبی منفی ($\beta = -۰/۴۳, p<۰/۰۰۱$) پیش‌بینی‌کننده منفی معنادار و مقابله مذهبی خیرخواهانه ($\beta = ۰/۱۶, p<۰/۰۵$) پیش‌بینی‌کننده مثبت سازگاری با بیماری بودند.

در جدول ۷ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به‌منظور پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، نشخوارگری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران) ارائه شده است. نتایج نشان داد در مجموع مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان توانستند ۴۶ درصد از واریانس سازگاری با بیماری را به‌طور معنادار تبیین کنند ($F=۱۱/۷۵, p<۰/۰۰۱, R.Adj= ۰/۴۶$). نتایج تحلیل رگرسیون همزمان نشان داد که مؤلفه‌های

پیش‌بین هم‌خطی وجود ندارد. بنابراین، مفروضه‌های اجرای آزمون رگرسیون چندگانه رعایت شده و می‌توان از آن برای بررسی فرضیه‌های پژوهش بهره برد.

در جدول ۵ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به‌منظور پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس مؤلفه‌های ادراک بیماری (بازنمایی شناختی، بازنمایی عاطفی و درک و فهم بیماری) ارائه شده است. نتایج نشان داد در مجموع مؤلفه‌های ادراک بیماری توانستند ۵۱ درصد از واریانس سازگاری با بیماری را به‌طور معنادار تبیین کنند ($F= ۳۹/۸۹, p<۰/۰۰۱$). نتایج ضرایب بتا مشخص کرد که از بین مؤلفه‌های ادراک بیماری، دو مؤلفه بازنمایی شناختی ($\beta = ۰/۴۰, p<۰/۰۰۱$) و بازنمایی عاطفی ($\beta = ۰/۴۱, p<۰/۰۰۱$) پیش‌بینی‌کننده مثبت معنادار سازگاری با بیماری بودند.

در جدول ۶ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به‌منظور پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس مؤلفه‌های مقابله مذهبی (اعمال دینی، مقابله مذهبی منفی و مقابله مذهبی خیرخواهانه) ارائه شده

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به‌منظور پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس متغیر ادراک بیماری

متغیرها	B	β	t	p	Adj.R ²	R ²	F
					۰/۵۱	۰/۵۲	۳۹/۸۹***
بازنمایی شناختی	۰/۵۰	۰/۴۰	۴/۹۴	۰/۰۰۱			
بازنمایی عاطفی	۰/۸۲	۰/۴۱	۵/۱۸	۰/۰۰۱			
درک و فهم بیماری	۰/۳۳	۰/۰۸	۱/۲۶	۰/۲۱۲			

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به‌منظور پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس متغیر مقابله مذهبی

متغیرها	B	β	t	p	Adj.R ²	R ²	F
					۰/۱۴	۰/۱۶	۷/۲۶***
اعمال دینی	-۰/۰۸	-۰/۰۴	-۰/۳۷	۰/۷۱۱			
مقابله مذهبی منفی	-۱/۳۳	-۰/۴۳	-۴/۴۵	۰/۰۰۱			
مقابله مذهبی خیرخواهانه	۰/۷۷	۰/۱۶	۲/۰۳	۰/۰۴۵			

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به منظور پیش‌بینی سازگاری با بیماری بر اساس تنظیم شناختی هیجان

متغیرها	B	β	t	p	Adj.R ²	R ²	F
سرزنش خود	-۰/۳۹	-۰/۰۹	-۱/۲۳	۰/۲۲۰	۰/۴۶	۰/۵۱	۱۱/۷۵***
نشخوارگری	-۱/۳۲	-۰/۲۸	-۲/۴۵	۰/۰۱۶			
پذیرش	-۰/۷۶	-۰/۱۴	-۱/۸۱	۰/۰۷۴			
تمرکز مجدد مثبت	-۱/۱۷	-۰/۲۲	-۱/۷۱	۰/۰۹۰			
ارزیابی مجدد مثبت	۱/۰۸	۰/۲۱	۲/۲۵	۰/۰۲۷			
تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	۱/۷۵	۰/۳۱	۳/۱۲	۰/۰۰۲			
دیدگاه پذیری	۱/۴۳	۰/۲۷	۲/۹۴	۰/۰۰۴			
فاجعه سازی	-۱/۱۷	-۰/۲۴	-۲/۲۷	۰/۰۲۵			
سرزنش دیگران	۰/۶۸	۰/۱۴	۱/۷۴	۰/۰۸۶			

ارتباط قرار می‌گیرد. علاوه بر این، سلامتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به‌طور معکوس با تعداد نشانه‌هایی که مبتلایان از بیماریشان ذکر می‌کنند، در ارتباط است (۵). همچنین در پژوهشی تحت عنوان نقش ادراک بیماری در سازگاری افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان داده شد جنبه‌های مختلف سازگاری با بیماری (کارکرد فیزیکی، درد کم و افسردگی) با ادراک بیماری ارتباط دارد. از میان مؤلفه‌های ادراک بیماری به ترتیب شناخت علائم بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمانی، ادراک از پیامدها و طول مدت بیماری بیشترین نقش را در سازگاری با بیماری ایفا می‌کنند. ادراک بیماری تأثیر قابل توجهی روی سازگاری با بیماری، اقدامات پزشکی، علائم افسردگی، کارکرد جسمی و درد دارد و اقدامات درمانی که بر ادراک بیماری تمرکز دارد برای سلامتی بیماران مفید است (۲۹).

در پژوهشی دیگر جوپسون و موس-موریس (۲۰۰۳) با عنوان «نقش ادراک بیماری و شدت بیماری در سازگاری با بیماری در بیماران مولتیپل اسکلروزیس» نشان دادند ادراک بیماران از بیماری خود به‌طور معناداری اختلال در عملکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را پیش‌بینی می‌کند و درکل ادراک بیماری نقش مهمی در سازگاری افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد.

ارزیابی مجدد مثبت ($\beta = ۰/۲۱$, $p < ۰/۰۵$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($\beta = ۰/۳۱$, $p < ۰/۰۱$) و دیدگاه‌پذیری ($\beta = ۰/۲۷$, $p < ۰/۰۱$) پیش‌بینی‌کننده مثبت معنادار و مؤلفه‌های نشخوارگری ($\beta = -۰/۲۸$, $p < ۰/۰۵$) و فاجعه‌سازی ($\beta = -۰/۲۴$, $p < ۰/۰۵$) پیش‌بینی‌کننده منفی معنادار سازگاری با بیماری بودند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ادراک بیماری، راهبردهای مقابله مذهبی و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) شهر شیراز بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین مؤلفه‌های کلی ادراک بیماری، دو مؤلفه بازنمایی شناختی و بازنمایی عاطفی پیش‌بینی‌کننده مثبت معنادار سازگاری با بیماری بودند. این یافته با مطالعات پیشین در این زمینه همسوست که نشان داده‌اند شناخت‌های مرتبط با بیماری التهاب روده (مانند ادراک بیماری) با سازگاری با بیماری رابطه دارد (۲۸).

سلامت بیماران مولتیپل اسکلروزیس در وهله اول با استنباط بیماران از بیماریشان پیش‌بینی می‌شود. در واقع، سلامتی به‌طور مثبت به ادراکی که در مورد بیماری وجود دارد مرتبط است و به‌صورت منفی با عواطف منفی در

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این است که از بین مؤلفه‌های مقابله مذهبی، مقابله مذهبی منفی پیش‌بینی‌کننده منفی معنادار و مقابله مذهبی خیرخواهانه پیش‌بینی‌کننده مثبت معنادار سازگاری با بیماری بودند. این یافته با اغلب مطالعات پیشین در این زمینه همسوست، چنانکه پژوهش پیردافی و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که بین میزان اعتقادات مذهبی با سازگاری مادران کودکان مبتلا به سرطان، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۵). افلاک‌سیر و کلمن (۲۰۰۹) نشان دادند که با کنترل کارکرد فیزیکی، حمایت اجتماعی و معنای شخصی در جانبازان، مقابله مذهبی سهم قابل‌توجهی در پیش‌بینی سلامت روان داشت (۲۵). طاهری‌خرامه و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی دیگر تحت عنوان «راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز» نشان دادند که مقابله مذهبی منفی با کیفیت زندگی و سلامت روان پایین‌تری مرتبط است (۳۶).

نیک منش و آذریان (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان نقش راهبردهای مقابله مذهبی در ادراک درد در بیماران دیالیز به این نتایج دست یافتند که از میان ابعاد مقابله مذهبی بعد اعمال دینی ارتباط معناداری با درد روان‌شناختی (از ابعاد ادراک درد) دارد و فعالیت‌های معنوی و مذهبی باعث کاهش درد روان‌شناختی در بیماران دیالیزی می‌شود (۳۷). همچنین پژوهش تانی بویل و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که منابع مقابله معنوی مذهبی در سازگاری با بیمارانی که به‌تازگی تشخیص سرطان سینه گرفتند، مؤثر است (۳۸). تریری و گالنویچ (۲۰۱۳) در پژوهش خود با عنوان «رابطه مقابله مذهبی و سازگاری روان‌شناختی با پریشانی در نوجوانان» ثابت کردند که مقابله مذهبی منفی به‌طور معناداری با پریشانی روان‌شناختی بیشتر و سازگاری پایین‌تر ارتباط دارد (۳۹). اما یافته مطالعه حاضر با برخی از تحقیقات پیشین در این زمینه همسویی ندارد. چنانکه در مطالعه مارکوس و مک کیب (۲۰۰۳) با عنوان «ارتباط مذهب و معنویت در سازگاری روان‌شناختی بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس»،

از میان مؤلفه‌های ادراک بیماری مؤلفه‌های شناخت بیماری، پیامد و طول مدت بیماری بیشترین ارتباط را با سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس داشت (۳۰). این یافته با استفاده از مدل سازگاری شناختی که بر پذیرش و ادراک کنترل بیماری تأکید دارد، تبیین می‌شود. طبق این مدل فرآیند سازگاری حول سه محور بررسی می‌گردد: ۱- جستجو برای معنای تجارب، ۲- تلاش برای به دست آوردن تسلط مجدد ۳- تلاش برای بازگرداندن عزت‌نفس (۳۱). بدین‌صورت که بیمار با معنا دادن به بیماری و تلاش در جهت پذیرفتن و کنترل آن و نیز ایجاد راه‌حلهایی در جهت کنار آمدن با آن می‌تواند به درکی متفاوت از بیماری خود برسد که وی را در جهت سازگاری بیشتر با آن سوق دهد.

از سوی دیگر، طبق رویکرد رفتاری یکی از الگوهای که در زمینه سازگاری با بیماری وجود دارد، الگوی باور بهداشتی است. بر اساس این الگو تصور فرد از خطر ابتلا به بیماری، شدت بیماری، موانع مراقبت و درمان، فواید درمان و مراقبت، در درمان و خود مراقبتی مؤثر است. بنابراین احتمال اینکه فردی به رفتارهای خود مراقبتی تمایل نشان دهد به ، آگاهی او از اینکه چقدر در خطر ابتلا به بیماری است؟ شدت بیماری چقدر است؟ خود مراقبتی چه فایده‌ای برای او دارد؟ و چه موانعی بر سر راه خود مراقبتی اوست؟، بستگی دارد (۳۲). در واقع، درک بیمار از بیماری خود می‌تواند باعث اقدامات خود مراقبتی بیشتری شود. در نتیجه، همین اقدامات و رفتارهای خود مراقبتی سازگاری وی را با بیماری خود بیشتر می‌کند.

ووگان و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند که ادراک پیامدهای جدی بیماری و باور بیماران ام‌اس در مورد اینکه چقدر بر شرایطشان کنترل دارند با عملکرد جسمانی ضعیف‌تر و کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط است (۳۳)، این یافته نیز با یافته پژوهش حاضر مطابقت دارد. همچنین نتایج دمستر و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که احساس کنترل بیشتر، پیش‌بینی‌کننده سلامت روان است (۳۴).

است که تحمل دشواری‌ها ممکن می‌شود و سازگاری با بیماری بیشتر می‌گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مقابله مذهبی منفی به‌طور منفی و مقابله مذهبی خیرخواهانه به‌طور مثبت پیش‌بینی کننده سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بودند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که پارگامنت و همکاران دو الگوی متمایز از مقابله مذهبی را کشف کردند. الگوهای مثبت از سبک مقابله مذهبی شامل جستجوی حمایت معنوی، عفو مغفرت دینی، ارتباط معنوی، تصفیه مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه و تمرکز دینی که موجب پیامدهای مثبت و سازگاری روان‌شناختی در حوزه سلامت روان می‌شوند.

الگوهای منفی مقابله مذهبی شامل ناراضی‌تبی معنوی، احساس مجازات شدن، ناراضی‌تبی مذهبی بین فردی، و ارزیابی بدبینانه از قدرت خداوند است (۱۴). این روش‌های مقابله‌ای اساساً موجب آشفتگی روان‌شناختی، افسردگی، کیفیت زندگی پایین و بروز علائم روان‌شناختی می‌شود. این باورهای مقابله‌ای منفی مذهبی می‌تواند سلامت روان افراد را تهدید کند (۴۳) از این‌رو، با توجه با مطالب بالا بیمارانی که از مقابله مذهبی منفی استفاده می‌کنند به نسبت افرادی که مقابله مذهبی خیرخواهانه انجام می‌دهند، سازگاری ضعیفی با بیماری دارند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان تنها مؤلفه‌های ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌پذیری پیش‌بینی‌کننده مثبت معنادار و مؤلفه‌های نشخوارگری و فاجعه‌سازی پیش‌بینی‌کننده منفی معنادار سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بودند.

رابطه بین سازگاری با بیماری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می‌توان بر اساس الگوهای شناختی که بر فرآیندهای ارزیابی و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای جهت درمان بیماری با کاهش تنش‌های عاطفی ناشی از بیماری تأکید دارند، تبیین کرد. در این الگو چرخه ارزیابی

مذهب و دینداری به‌صورت معناداری با سازگاری روان‌شناختی در افراد مبتلا مولتیپل اسکلروزیس ارتباط نداشت (۴۰).

نتایج این پژوهش نشان داد که مقابله مذهبی مثبت با سازگاری روان‌شناختی پایین‌تر و به‌صورت منفی با سازگاری روان‌شناختی ارتباط دارد. همچنین جهت‌گیری مذهبی درونی نیز با سازگاری روان‌شناختی پایین‌تر مرتبط است. در تبیین این یافته‌های به‌ظاهر متناقض چنین استدلال کرده‌اند که افکار فرد در هنگام بیماری حاکی از این است که خداوند او را کیفر کرده یا رها ساخته یا مطرود جامعه مذهبی شده است. فرد بیمار ممکن است از خداوند خشمگین شود و در علاقه نسبت به خداوند تردید کند (۴۰). البته نوع نگرش به دین در جوامع شرقی با جوامع غربی تفاوت بسیاری دارد پس باید به بافت فرهنگی و دینی افراد جامعه پژوهش توجه نمود.

علاوه بر این‌ها، دین یک نظام اعتقادی منسجم در اختیار فرد می‌گذارد و او را قادر می‌سازد به زندگی خود معنا دهد و به آینده امیدوار باشد. در کل نظام‌های اعتقادی و دینی مجموعه‌ای از مفاهیم و ساختارهای معنایی هدفمند به افراد ارائه می‌کنند که بر اساس آن فشارها و سختی‌های زندگی را توجیه کنند و به زندگی پس از مرگ که پایان تمامی مشکلات است، خوش‌بین باشند (۴۱).

در واقع، مذهب به‌عنوان یک مهارت مقابله‌ای اثرات مختلف فشار روانی را از طریق تأثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی کاهش می‌دهد. باورهای مذهبی عزت‌نفس افراد را افزایش می‌دهند و با فراهم نمودن یک دیدگاه اسنادی به زندگی معنا و جهت می‌دهند. همچنین باورهای مذهبی مقابله با فشار روانی ناشی از مشکلات را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی تسهیل حس کنترل بر موقعیت ایجاد می‌کنند (۴۲). از این‌رو، مقابله مذهبی در فرد بیمار کمک می‌کند که بیماری خود و شرایطی که در آن به‌سر می‌برد را به‌نوعی تعالی‌بخش تفسیر نماید، از این طریق

همچنین می‌توان مطالعات مقایسه‌ای انجام داد و به مقایسه مکانیزم‌های تفاوت در رابطه بین متغیرها در بین گروه‌های مختلف بیماری پرداخت.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر به بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز و انجمن‌های مرتبط با بیماران مولتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می‌شود که در کنار توجه به شرایط جسمانی این بیماران به وضعیت روانی آنان نیز رسیدگی شود و مشکلات روان‌شناختی همایند این بیماری مانند افسردگی، اضطراب، نگرانی مزمن، تحریک‌پذیری عاطفی و غیره مورد توجه قرار بگیرد و با آموزش آنان در زمینه ارتقای ادراک بیماری و آموزش روانی در جهت استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی بهتر و بیشتر با بیماری خود سازگار شوند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان ادعا کرد که متغیرهای ادراک بیماری و مقابله مذهبی در سازگاری با بیماری افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نقش مهمی ایفا می‌کند، اما در این بین ادراک بیماری نقش اساسی در پیش‌بینی سازگاری با این بیماری بر عهده دارد. از این‌رو، در حوزه روانشناسی سلامت و نیز در حوزه پزشکی مرتبط با بیماری مولتیپل اسکلروزیس برای بالا بردن کیفیت و سازگاری این بیماران باید به نحوه درک بیماری مبتلایان از این بیماری بسیار توجه کرد و با برگزاری کلاس‌ها و مشاوره‌های آموزشی، افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را از درک درست و خوش‌بینانه، و قابل کنترل بودن بیماری آگاه نمود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان و مسئولین محترم بیمارستان شهید فقیهی و درمانگاه امام رضای (ع) شهر شیراز که در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

بیماری، اتخاذ راهبرد مقابله‌ای، انتخاب راهبرد مقابله‌ای و ارزیابی مجدد اثربخشی راهبرد مقابله‌ای وجود دارد (۴۴). در واقع، وقتی فرد با بیماری خود مواجه می‌شود، اگرچه ابتدا به مولتیپل اسکلروزیس یک موقعیت تهدیدکننده محسوب می‌شود ولی آنچه مهم‌تر است برآورد ثانویه یا همان ارزیابی شناختی از این موقعیت و نیز به تبع آن استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌منظور مدیریت هیجان ناشی از آن رویداد است. از طرف دیگر، بر اساس نظریه سازگاری شناختی که برای پردازش فرآیندهای فکری افراد در راستای بیماری‌های مزمن خارج از کنترل کاربرد پیدا می‌کند، می‌توان گفت وقتی فرد با یک موقعیت تهدیدکننده مانند بیماری مواجهه می‌شود، سازگاری شناختی با غلبه بر شرایط موجود، برای بهبود عزت‌نفس و تسلط به کار گرفته می‌شود (۴۵). یکی از عوامل سازگاری شناختی می‌تواند همان راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان باشد.

محدودیت‌های این پژوهش استفاده از طرح همبستگی است که با آن نمی‌توان روابط علت و معلولی را استنباط کرد، همچنین محدود بودن گروه نمونه مورد پژوهش (فقط شهر شیراز) بود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش کم بودن حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری در دسترس است که سبب می‌شود نمونه مطالعه معرف واقعی از جامعه مورد مطالعه نباشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی از سایر روش‌های پژوهشی و برای تعمیم بهتر نتایج، مطالعه در سایر نقاط کشور و حجم نمونه بیشتر و شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

این مطالعه صرفاً به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های سازگاری با بیماری معطوف شده و به شناسایی متغیرهای تعدیل‌کننده و واسطه‌ای در رابطه بین ادراک بیماری و مقابله مذهبی با سازگاری با بیماری نپرداخته است، از این‌رو، اهداف مطالعات آینده را باید بر اساس شناسایی متغیرهای تعدیل‌کننده یا واسطه‌ای در این رابطه دنبال کرد. همچنین می‌توان همین پژوهش را روی بیماری‌های دیگر از قبیل قلبی-عروقی، سرطانی و غیره انجام داد.

Hommes O, Kesselring J, Kobelt G, Langdon D, LeLorier J. Achieving patient engagement in multiple sclerosis: A perspective from the multiple sclerosis in the 21st Century Steering Group. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2015;4(3):202-18.

8. Wilski M, Tasiemski T. Illness perception, treatment beliefs, self-esteem, and self-efficacy as correlates of self-management in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2016;133(5):338-45.
9. Obiwuru O, Joseph S, Liu L, Palomeque A, Tarlow L, Langer-Gould AM, Amezcua L. Perceptions of multiple sclerosis in Hispanic Americans: need for targeted messaging. *International journal of MS care*. 2017;19(3):131-9.
10. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M, Pietrolongo E, Viterbo RG, Amato MP, Benin M, Lugaresi A. Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2016;23(1):33-52.
11. Shamili F, Zare H, Oraki M. The predicting quality of life based on illness perception in multiple sclerosis patients. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2013;24(6):379-92.
12. Gholamzadeh S, Dehghanrad F, Pasyar N, Zarshenas L, Kargar L, Magharei M. The Association between Negative and Positive Religious Coping and Level of Hope among the Elderly Referring to Day Centers in Shiraz.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

منابع

1. Erdem Ö, Eş I, Akceoglu GA, Saylan Y, Inci F. Recent advances in microneedle-based sensors for sampling, diagnosis and monitoring of chronic diseases. *Biosensors*. 2021;11(9):296.
2. Oh J, Vidal-Jordana A, Montalban X. Multiple sclerosis: clinical aspects. *Current opinion in neurology*. 2018;31(6):752-9.
3. McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *Jama*. 2021;325(8): 765-79.
4. Makhani N, Tremlett H. The multiple sclerosis prodrome. *Nature Reviews Neurology*. 2021;17(8):515-21.
5. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M, Pietrolongo E, Viterbo RG, Amato MP, Benin M, Lugaresi A. Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2016;23(1):33-52.
6. Askari N, Nikmanesh Z. The Role of Religious Coping in Predicting Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Armaghane danesh*. 2014;19(5):470-479.
7. Rieckmann P, Boyko A, Centonze D, Elovaara I, Giovannoni G, Havrdová E,

- types of personality. *Frontiers in psychology*. 2018;9:856.
20. Saadat S, Kalantari M, Kajbaf MB, Hosseini-zhad M. Comparison of psychological symptoms in multiple sclerosis patients and normal people. *Razi J Med Sci*. 2019;26(6):73-83.
 21. Besharat MA. Build and validate a disease adaptation scale. Research report. University of Tehran. 2010.
 22. Besharat MA. Reliability, validity and factor analysis of the disease adaptation scale. Research report. University of Tehran. 2011.
 23. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(6):631-7.
 24. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:962-5.
 25. Aflakseir A, Coleman PG. Initial development of the Iranian religious coping scale. *Journal of Muslim Mental Health*. 2011;6(1).
 26. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002.
 27. Hasani J. Investigating the validity and validity of the short form of cognitive-emotional regulation questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2011;9(4):229-40.
 13. Torralba J, Oviedo L, Canteras M. Religious coping in adolescents: new evidence and relevance. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2021;8(1):1-9.
 14. Pargament KI, Mahoney A. THEORY: " Sacred Matters: Sanctification as a Vital Topic for the Psychology of Religion". *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2005;15(3):179-98.
 15. Giyami Z. Investigate the relationship between attachment styles and religious coping styles. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2005;35(1):221-33.
 16. Ronneberg CR, Miller EA, Dugan E, Porell F. The protective effects of religiosity on depression: A 2-year prospective study. *The Gerontologist*. 2016;56(3):421-31.
 17. Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*. 2022;44:258-63.
 18. kazemi rezaei V, kakabraee K, Hosseini SS. The Effectiveness of teaching Emotion Regulation skill Based on dialectical behavioral therapy on Psychological Distress and Cognitive Flexibility Cardiovascular Patients. *IJPN*. 2019;7(3) :31-40.
 19. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as

- survivors?. *Journal of health psychology*. 2011;16(3):500-9.
35. Pirbodaghi M, Rasouli M, Ilkhani M, AlaviMajd H. An Investigation of Factors Associated Adaptation of Mothers to Disease of Child with Cancer Based on Roy Model Testing. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2016; 9 (11):41-50.
36. taheri kharameh Z, Asayesh H, Zamanian H, Shoouri bidgoli A, Mirgheisari A, Sharififard F. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;1(1):48-54.
37. Nikmanesh Z, Azaraein S. The role of religious coping in perception of suffering among patients undergoing dialysis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2017;6(2).
38. Thuné-Boyle IC, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*. 2013;22(3):646-58.
39. Terreri CJ, Glenwick DS. The relationship of religious and general coping to psychological adjustment and distress in urban adolescents. *Journal of Religion and Health*. 2013;52(4):1188-202.
40. Makros J, McCabe M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple
28. Jordan C, Sin J, Fear NT, Chalder T. A systematic review of the psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory bowel disease. *Clinical Psychology Review*. 2016;47:28-40.
29. Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A. The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2004;43(9):1142-9.
30. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(6):503-11.
31. Kruglanski AW, Jasko K, Milyavsky M, Chernikova M, Webber D, Pierro A, di Santo D. All about cognitive consistency: A reply to commentaries. *Psychological Inquiry*. 2018;29(2):109-16.
32. Nadereh Naderiravesh, Jilla Abed Saeedi, Mohamad Ali Besharat, Ali Darvish Pourkhaki, Hamid Alavi Majd. A review of the models and theories of adjustment to illness and disability. *Payesh*. 2014;13(6) :677-686.
33. Vaughan R, Morrison L, Miller E. The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*. 2003;8(3):287-301.
34. Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer

- health. Current opinion in psychiatry. 2014;27(5):358-63.
44. Motahari Nasab Z, Mirhoseini FA, Asli Azad M. Effectiveness of cognitive emotional regulation training on emotional knowledge and emotional control of poorly supervised students. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020;6(4):97-107.
45. Valle MD, Betegón E, Iurrtia MJ. Effect of the use of cognitive emotional regulation strategies on anxiety levels in Spanish adolescents. Suma Psicológica. 2018;25(2):153-61.
- sclerosis. Journal of Religion and Health. 2003;42(2):143-59.
41. Seligman ME. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment: Authentic happiness. 2002.
42. Kim Y, Seidlitz L. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. Personality and Individual differences. 2002;32(8):1377-90.
43. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental

Cite this article as:

Rast A, Aflakseir A, Petramfar P, Kazemi Rezaei SV. The Role of Disease Perception, Religious Coping Strategies, and Cognitive Regulation of Emotion in Predicting Adaptation to the Disease in People with Multiple Sclerosis (MS). Sadra Med Sci J 2022; 10(3): 267-284.