

پدیدارشناسی مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی متأهلین مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس

یگانه آقایی^۱، سید محمد کلانتر کوشه^۲، ابراهیم نعیمی^۲، عبدالرضا ناصر مقدسی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS) در افراد متأهل، تأثیرات سوء فراوانی بر کیفیت زندگی این بیماران دارد. کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به این بیماری نیز می‌تواند تأثیر بسزایی در نوسان سیر آن داشته باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی متأهلین مبتلا به بیماری MS بود.

روش: این مطالعه به صورت کیفی و با روش پدیدار شناختی انجام شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند و از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۵ نفر از افراد متأهل مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا که حداقل یکی از زوجین مبتلا به بیماری MS بودند، به حد اشباع رسید.

یافته‌ها: از محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته با متأهلین مبتلا به بیماری MS، ۸ مضمون اصلی و ۱۸ مضمون فرعی به دست آمد. مضمون‌های اصلی شامل «معنویت»، «تاب‌آوری»، «سبک‌های مقابله با استرس»، «راهبردهای حل تعارض»، «طرحواره‌ها»، «روابط صمیمانه زوجین»، «استرس‌های زندگی» و «واکنش به بخشش» بود.

نتیجه‌گیری: شرکت‌کنندگان در ارتباط با مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی، عوامل معنویت، تاب‌آوری، سبک مقابله با استرس، راهبردهای حل تعارض، طرحواره‌ها، روابط صمیمانه زوجین، استرس‌های زندگی و واکنش به بخشش را به ترتیب حایز رتبه‌های اول تا هشتم می‌دانستند.

کلید واژه‌ها: سازگاری، بیماری مالتیپل اسکلروزیس، ازدواج، مطالعه کیفی

ارجاع: آقایی یگانه، کلانتر کوشه سید محمد، نعیمی ابراهیم، ناصر مقدسی عبدالرضا. پدیدارشناسی مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی متأهلین مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۲): ۱۵۶-۱۴۴.

تاریخ چاپ: ۹۷/۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۷

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۶

Email: yeganeaghai4@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳- نورولوژیست، مرکز تحقیقات MS، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: یگانه آقایی

مقدمه

یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بقا و رشد خانواده، روابط سالم و تفاهم بین اعضا به خصوص زن و شوهر است. سازگاری زناشویی (Marital adjustment)، زیربنای عملکرد خوب خانوادگی و تسهیل نقش والدینی می‌باشد و سبب رشد اقتصادی و رضایت بیشتر از زندگی می‌گردد. از سوی دیگر، ناسازگاری زناشویی علاوه بر ایجاد مشکل در موارد فوق، باعث اشکال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوجین می‌شود. در واقع، سازگاری زناشویی شیوه‌ای است که افراد متأهل به طور فردی با یکدیگر برای متأهل ماندن سازگار می‌شوند (۱). همچنین، به عنوان بخشی از بهزیستی اجتماعی در نظر گرفته می‌شود؛ به این صورت که رابطه زناشویی مختل می‌تواند بر سلامت جسمی، روانی، کیفیت زندگی و حتی اوضاع اقتصادی افراد تأثیر عکس بگذارد. این وضعیت به خصوص زمانی که جدایی و طلاق زناشویی اتفاق می‌افتد، بر فرزندان تأثیر سوء دارد. ارتباط زناشویی در مورد بیماران با بیماری مزمن، مسأله‌ای جدی است و به طور مستقیم بر روند سازگاری با بیماری و راه‌هایی که آن‌ها با پیامدها و عوارض بیماری‌شان کنار می‌آیند، تأثیر می‌گذارد. در میان بیماری‌هایی که می‌تواند باعث تغییرات و اثرات فراوانی در زندگی فردی و زناشویی افراد شود، بیماری مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS) را می‌توان نام برد که در زمان حاضر افزایش قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده است (۲، ۳).

تحقیقاتی که در زمینه بیماری MS بر روی بیماران مبتلا به آن انجام شده است، نشان می‌دهد که نوع راهبردهای مقابله‌ای که این بیماران در مواجهه با فشار روانی در پیش می‌گیرند و میزان تاب‌آوری آن‌ها در برابر مشکلات زندگی، بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر مستقیمی دارد (۴). همچنین، در تحقیقی مشخص گردید که ارتباط محکمی بین تشدید علائم و رخ دادن حمله جدید در بیماری MS با حوادث استرس‌زای زندگی وجود دارد. به این دلیل است که احتمال می‌رود افراد مبتلا به بیماری MS به علت اضطراب ناشی از بیماری، نسبت به وقایع اطراف حساس‌تر باشند (۵). تأثیر

مثبت‌گرایی، خوش‌بینی و خودکارآمدی مثبت بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، ناتوانی حاصل از درد و افسردگی و نیز تأثیر بخشش بر سازگاری و سلامت جسمانی و روانی این بیماران ثابت شده است (۶-۸). همچنین، در مورد تأثیر روابط زوجین مشخص شده است که عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی همبستگی مثبت و شایان توجهی دارد (۹).

از دیگر متغیرهای مؤثر بر سازگاری زناشویی که در تحقیقات پیشین به آن اشاره شده است، می‌توان به مواردی همچون معنویت (۱۱، ۱۰)، سبک مقابله با استرس به کار گرفته شده توسط زوجین (۱۲)، آموزش تاب‌آوری به زوجین که روی کیفیت زندگی مشترک و کاهش تعارضات زناشویی آن‌ها تأثیر دارد (۱۳)، طرحواره‌های ناسازگار با اثر سوء خود بر رضایت و سازگاری زناشویی زوجین (۱۴)، راهبردهای حل تعارض قابل استفاده در زوجین با تأثیر قابل توجه بر سازگاری زناشویی زوجین (۱۵)، استرس‌های روزمره زندگی با تأثیر منفی خود بر سازگاری زناشویی و کیفیت رابطه زناشویی (۱۶) و همچنین، بخشودگی زوجین که می‌تواند تأثیر مثبتی بر فرایند سازگاری زناشویی آن‌ها داشته باشد (۱۷)، اشاره نمود.

زندگی مشترک بر پایه ارتباط متقابل و سازگاری زناشویی زوجین که با یکدیگر پیوند زوجی برقرار کرده‌اند، شکل گرفته است و ادامه پیدا می‌کند. آشکار است که این ارتباط متقابل و سازگاری زناشویی و به طور کلی کیفیت زندگی زناشویی، تحت تأثیر وضعیت روحی و روانی هر یک از زوجین که شکل دهنده رفتار روزمره آن‌ها است، می‌تواند به راحتی دستخوش نوسان و تغییرات مثبت یا منفی شود. این وضعیت در مورد مبتلایان به بیماری MS که شرایط ویژه و خاص‌شان می‌تواند فشار مشکلات و خطر عوامل در زندگی مشترک را مضاعف کند، بسیار حساس‌تر و قابل تأمل‌تر است.

توجه به اثرات سوء روان‌شناختی که بیماری MS می‌تواند روی افراد مبتلا به این بیماری بگذارد، از یک سو و تأثیر بسزایی که کیفیت زندگی زناشویی افراد متأهل مبتلا به این بیماری می‌تواند در اوج یا فرود سیر بیماری آن‌ها داشته باشد، از سوی دیگر، محققان را بر آن داشت که عوامل دخیل و مؤثر را در این زمینه شناسایی نمایند؛ چرا که بسیار دیده شده

سر اهداف و ضرورت انجام تحقیق و تأثیری که همکاری آن‌ها در روند پژوهش خواهد گذاشت، از افراد متأهل داوطلب دعوت به همکاری شد.

نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد؛ به این معنی که به جای انتخاب تصادفی واحدها، افراد با توجه به ویژگی‌هایشان نسبت به پدیده مورد مطالعه انتخاب شدند. به این ترتیب به بخش‌های مذکور بیمارستان سینا مراجعه گردید و نمونه‌گیری از متأهلین داوطلب تا حد اشباع ادامه یافت.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های انفرادی نیمه ساختار یافته استفاده شد. سؤالات مصاحبه با توجه به ادبیات تحقیق و با در نظر گرفتن اهداف آن، با راهنمایی ۵ نفر از استادان متخصص در این زمینه نگارش شد و به اجرا درآمد. ابتدا یک مورد مصاحبه مقدماتی انجام و سؤالات بازنگری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا متن مصاحبه‌ها که به طور کامل روی کاغذ نوشته شده بود، چند بار به دقت مطالعه گردید. سپس عبارات مهم استخراج گردید و معنی هر عبارت توضیح داده شد. کدهای حاصل از تجزیه و تحلیل اولیه به صورت جداگانه یادداشت و به صورت دسته‌هایی سازماندهی و کدهای مختلف برای تشکیل دسته‌های کلی‌تر در هم ادغام گردید؛ یعنی کدهایی که موضوع واحد داشتند، جزء مضامین اصلی قرار گرفتند. در نهایت، به منظور تعیین اعتبار داده‌ها، اطلاعات به دست آمده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا اصلاحات لازم احتمالی بر اساس نظرات آن‌ها صورت پذیرد. همچنین، مشارکت داوطلبانه، رضایت آگاهانه، توضیح اهداف پژوهش، رازداری نتایج و تأکید بر حفظ اطلاعات، از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه مطالعه بود.

یافته‌ها

بیشترین فراوانی سنی شرکت‌کنندگان در طیف ۳۵-۴۴ سال بود (۶ نفر) و در طبقات ۴۵-۵۵ و ۲۵-۳۴ سال به ترتیب ۵ و ۴ شرکت‌کننده قرار داشتند. ۹ نفر از نمونه‌ها دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و دارای وضعیت اقتصادی رضایت‌بخشی بودند. طول مدت ازدواج ۶ نفر از شرکت‌کنندگان

است که زوجین با وجود داشتن بیماری به زندگی مشترک خود ادامه می‌دهند و حتی بعد از تشخیص بیماری هر دو یا یکی از زوجین، ارتباط زوجی عمیق‌تر می‌شود و به دنبال آن، سیر بهبود بیماری پیشرفت می‌کند، اما در برخی موارد هم زوجین بعد از اطلاع از وجود بیماری، زندگی مشترک را رها می‌کنند و از هم جدا می‌شوند و در ادامه، وخیم‌تر شدن بیماری زوج یا زوجه مشاهده می‌شود.

اگرچه تحقیقات مختلفی در دیگر فرهنگ‌ها در رابطه با سازگاری و رضایت زناشویی زوجین و مشکلات موجود در بین جمعیت مبتلایان به بیماری MS و تأثیرات سوء حاصل از این بیماری که روی زندگی آن‌ها سایه افکنده، انجام شده است، اما در جستجوی صورت گرفته پژوهشی در زمینه سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر آن در میان متأهلینی که به بیماری MS مبتلا هستند، در ایران و فرهنگ ایرانی یافت نشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی مؤلفه‌ها، عوامل روان‌شناختی و شخصیتی در زوجین مبتلا به بیماری MS که باعث می‌شود آن‌ها به زندگی مشترک خود و حتی ارتقای کیفیت آن بعد از اطلاع از وجود بیماری ادامه بدهند، انجام گردید.

روش

این پژوهش با استفاده از روش پدیدارشناختی صورت گرفت. پدیدارشناسی علم مطالعه، توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های گوناگون زندگی می‌باشد که در آن تجربیات، برداشت‌ها و احساسات افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر در پی کاوش تجربه متأهلین مبتلا به بیماری MS نسبت به سازگاری زناشویی‌شان از دید افراد متأهل بود.

جامعه آماری تحقیق شامل افراد متأهل مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا بود که حداقل یکی از زوجین به بیماری MS مبتلا بودند و نمونه پژوهش را ۱۵ نفر از افراد متأهل تشکیل داد. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری تا حد اشباع ادامه یافت. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، ابتدا به بیمارستان سینا مراجعه گردید و پس از مذاکره و توافق با مسئولان بخش‌های نورولوژی، MS و کلینیک MS بیمارستان سینا بر

جدول ۲. مضامین اصلی و فرعی به دست آمده از دید مشارکت‌کنندگان

مضامین اصلی	مضامین فرعی
معنویت	نقش خدا در زندگی ایجاد معنا در مشکلات و سختی‌ها
تاب‌آوری	منابع حمایتی رسیدن به بلوغ و پختگی احساس عذاب وجدان
سبک‌های مقابله با استرس	هیجان‌مدار مسأله‌مدار
راهبردهای حل تعارض	فرد محور تعامل دو سویه
طرحواره‌ها	بی‌اعتمادی آسیب‌پذیری نسبت به بیماری
روابط صمیمانه زوجین	افزایش کیفیت روابط بعد از تشخیص بیماری ضعف در عملکرد جنسی عدم رعایت احترام در روابط
استرس‌های زندگی	بیماری و نقص مشکلات مالی
واکنش به بخشش	علاقه اجتماعی بی‌علاقگی اجتماعی

تاب‌آوری: این مؤلفه به میزان پتانسیل و ظرفیت فرد در سازگاری و کنار آمدن با استرس و مشکلات زندگی و همچنین، زیرمؤلفه‌های آن که «منابع حمایتی، رسیدن به بلوغ و پختگی، احساس عذاب وجدان» است، به عوامل مثبت و منفی مؤثر بر کیفیت آن اشاره دارد. در مورد زیرمؤلفه منابع حمایتی: «*اول خدا که در بودنش شکی نیست، بعد هم شوهرم و خانواده‌ام مثل کوه پشتم هستند و نمی‌ذارن که تنها بمونم*» (شرکت‌کننده شماره ۱). در مورد رسیدن به بلوغ و پختگی: «*خیلی دوران بیماری روی من تأثیر مثبتی گذاشت، الان هم خیلی صبورتر شدم و هم نسبت به قبل آرامش بیشتری دارم*» (شرکت‌کننده شماره ۵). برای مؤلفه احساس عذاب وجدان: «*همش پیش خودم می‌گم حتماً زن بدی بودم که به این مرضی دچار شدم*» (شرکت‌کننده شماره ۷).

سبک‌های مقابله با استرس: این مؤلفه بر هر تلاشی که ما برای کاهش، تخفیف یا مدیریت مشکلات و یا تسلط بر آن‌ها انجام می‌دهیم، اشاره دارد. این تلاش‌ها در قالب دو دسته کلی «سبک‌های هیجان‌مدار و مسأله‌مدار»

در محدوده ۲۴-۱۵ سال، ۵ نفر در محدوده ۱۴-۵ سال و ۴ نفر در محدوده ۳۵-۲۵ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه

متغیر	سطوح	متأهلین مبتلا به بیماری MS
سن (سال)	۲۵-۳۴	۴
	۳۵-۴۴	۶
تحصیلات	۴۵-۵۵	۵
	جمع	۱۵
طول مدت ازدواج (سال)	زیر دیپلم	۶
	دیپلم و بالاتر	۹
وضعیت اقتصادی	جمع	۱۵
	۵-۱۴	۵
	۱۵-۲۴	۶
	۲۵-۳۵	۴
	جمع	۱۵
	خوب	۶
	متوسط	۹
	جمع	۱۵

MS: Multiple sclerosis

در بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی از دید شرکت‌کنندگان، ۸ مضمون اصلی و ۱۸ مضمون فرعی شناسایی و طبقه‌بندی گردید که در جدول ۲ ارایه شده است.

معنویت: این موضوع اصلی از دو زیرموضوع «نقش خدا در زندگی و ایجاد معنا در مشکلات و سختی‌ها» تشکیل شده است و یکی از مؤلفه‌هایی است که افراد شرکت‌کننده بیش از همه به تأثیر مثبت آن در سازگاری زناشویی توأم با وجود بیماری‌شان اشاره کردند. «*نقش خدا در زندگی من آن‌قدر پررنگه که اعتقاد دارم اگر دستش رو از پشت من برداره، من نابود می‌شم*» (شرکت‌کننده شماره ۳). در باب ایجاد معنا در مشکلات و سختی‌های زندگی، یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «*مشکلات همه از خواست و حکمت خداست، هرچی که بهم داده یا ازم گرفته حتماً دلیلی داشته است*» (شرکت‌کننده شماره ۱۰).

خیلی هم بهتر شده» (شرکت کننده شماره ۶). ضعف در عملکرد جنسی: «مدت‌هاست دیگه بدنم تو رابطه جنسی کم میاره و احساس خستگی شدید می‌کنم» (شرکت کننده شماره ۱۳). عدم رعایت احترام در روابط: «شوهرم خیلی بددهنی می‌کنه... از وقتی هم که مریض شدم، زخم زبوناش بیشتر شده» (شرکت کننده شماره ۱۱).

استرس‌های زندگی: این بعد به مشکلات، سختی‌ها و موانع گاه اجتناب‌ناپذیر، منتظره یا غیر منتظره در زندگی انسان امروز که در اغلب موارد کیفیت زندگی، بهزیستی و سلامت روانی و جسمی افراد را به مخاطره می‌اندازند، اشاره می‌کند. دو مورد از استرس‌های پر قدرت زندگی که در نظر افراد بیمار شرکت کننده در اولویت اهمیت قرار داشت، «مشکلات مالی و بیماری - نقص» بود. جملات بیان شده در خصوص مشکلات مالی: «چند سال پیش مبلغ زیادی پول رو جایی سرمایه‌گذاری کردم، ولی بالا کشیدنش و این مسأله خیلی بهم فشار وارد کرد» (شرکت کننده شماره ۹) و جمله‌ای در خصوص بیماری و نقص: «این بیماری منو فلج کرد. به خاطر پاهام مجبور شدم بچه‌مو سقط کنم، بعدم که یه چشمم رو از دست دادم... داغون شدم» (شرکت کننده شماره ۸).

واکنش به بخشودگی: این مؤلفه در واقع عکس‌العمل افراد که به مقوله بخشش و همچنین، بخشیدن افرادی که با آن‌ها در ارتباط، تعامل و در معرض تعارض هستند را نشان می‌دهد. مشخص شد بیماران شرکت کننده در مواجهه با این شرایط، دو نوع واکنش کلی تحت عنوان «علاقه اجتماعی و بی‌علاقگی اجتماعی» را نشان می‌دهند. در خصوص علاقه اجتماعی یکی از افراد بیان کرد: «اصلاً رفتاری دیگه‌ام رو به دل نمی‌گیرم و تو ذهنم نمی‌مونه» (شرکت کننده شماره ۱). در مورد بی‌علاقگی اجتماعی: «من خیلی کینه‌ای‌ام، رفتار بد دیگران رو زود به دل می‌گیرم و دیگه‌ام باهاشون ارتباط برقرار نمی‌کنم» (شرکت کننده شماره ۱۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سازگاری زناشویی متأهلین مبتلا به بیماری MS انجام شد. نتایج در

طبقه‌بندی گردید. جملاتی که در باب سبک هیجان‌مدار ثبت شد: «وقتی بهم فشار میاد، عصبی می‌شم و به اطرافیانم پرخاش می‌کنم» (شرکت کننده شماره ۲) و در باب سبک مسأله‌مدار: «من در این مواقع دست روی دست نمی‌گذارم و نمی‌شینم، سعی می‌کنم که بلند شم و در راستای حل مشکل شروع به فعالیت بکنم» (شرکت کننده شماره ۱۴).

راهبردهای حل تعارض: روش‌هایی هستند که زوجین با به کارگیری آن‌ها در زندگی مشترکشان و به ویژه در زمان بروز تعارض و اختلاف، درصدد رفع مشکل‌شان و رسیدن به نتیجه مطلوب برمی‌آیند که این راهبردها در مطالعه حاضر به دو طبقه «راهبردهای فرد محور و راهبردهای تعاملی» تقسیم شد. جملاتی که در دسته راهبرد فرد محور قرار گرفت: «من اصلاً به حرف همسرم گوش نمی‌دم، تصمیم‌گیری‌های زندگی همیشه با خودم هست» (شرکت کننده شماره ۹). در دسته راهبرد تعاملی: «ما همیشه راجع به همه مسایل با هم مشورت و هم‌فکری می‌کنیم، بعد تصمیم می‌گیریم» (شرکت کننده شماره ۱۲).

طرحواره‌ها: قالب‌های فکری و فیلترهای ذهنی‌مان هستند که توسط آن‌ها به دنیا نگاه و مسایل مختلف را تحلیل، تفسیر و معناداری می‌کنیم. طرحواره‌های به دست آمده در پژوهش حاضر شامل دو دسته کلی «بی‌اعتمادی و آسیب‌پذیری نسبت به بیماری» بود. جملات طبقه طرحواره بی‌اعتمادی: «دوست ندارم کسی از بیماریم مطلع بشه؛ چون پشت سر آدم حرف درمیارن و قضاوت می‌کنن» (شرکت کننده شماره ۱۵) و در طبقه طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به بیماری: «دوست ندارم از پا بیفتم و سربرار خانواده بشم» (شرکت کننده شماره ۴).

روابط صمیمانه زناشویی: این بعد به کیفیت و کمیت مجموعه ارتباطات و تعاملات رفتاری، عاطفی و جنسی بین زوجین در زندگی مشترک اشاره دارد که این مؤلفه در تحقیق حاضر به سه زیرمؤلفه «افزایش کیفیت روابط بعد از تشخیص بیماری، ضعف در عملکرد جنسی و عدم رعایت احترام در روابط» تقسیم شد. افزایش کیفیت روابط بعد از تشخیص بیماری: «تفاقی روابطمون بعد از این بیماری، نسبت به قبل

و یاد گرفته‌اند که باید از چه راهبردهایی برای کسب نتیجه مثبت در این شرایط استفاده کنند که به مشکل برنخورند. در مورد زیر مؤلفه احساس عذاب وجدان باید گفت که برخی افراد، بیماری را به گناهان خود نسبت می‌دادند و ابراز می‌کردند که هنوز نمی‌دانند بر اثر چه گناهی مبتلا به این بیماری شده‌اند و یا بدشانسی آن‌ها باعث بیماری خود یا همسرشان شده است. همسو با برخی یافته‌های پژوهشی در این زمینه، مشخص شده است که کیفیت زندگی با تاب‌آوری همبستگی مثبتی دارد. از آن‌جا که افزایش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی گردد، افرادی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند، می‌توانند با مشکلات زندگی بهتر کنار بیایند، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند و در روابط خانوادگی احساس امنیت نمایند. کاهش مؤلفه‌های شناختی همچون تاب‌آوری، بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید تأثیر سوء دارد. به عنوان مثال، کاهش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به MS باعث می‌شود که آن‌ها از پیگیری درمان‌های طبی برای بیماری‌شان دلسرد شوند و با این کار علایم خطرناک بیماری را شدت می‌بخشند (۲۰).

نتایج برخی مطالعات نشان داده است که برنامه افزایش تاب‌آوری منجر به افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی، کاهش طرحواره‌ها، تصحیح خرافات و کلیشه‌ها نسبت به بیماری و مشکلات می‌شود (۲۱، ۲۲).

به طور کلی، به نظر می‌رسد که اثرات مثبتی که به کارگیری تاب‌آوری و دو زیرمؤلفه آن در تحقیق حاضر دارد، همراه با یکدیگر موجب می‌شود که مقاومت و تحمل فرد افزایش پیدا کند و بتواند با مشکلات مبارزه کند. بنابراین، کیفیت و رضایت از زندگی و روابط هم در آن‌ها افزایش و به دنبال آن، سازگاری زناشویی نیز افزایش پیدا می‌کند.

در مورد احساس عذاب قضیه برعکس است؛ چرا که نشخوار ذهنی فرد و کلام خودتخریب‌گر او باعث می‌شود که توان تحمل مشکلات در فرد کاهش یابد و در نتیجه، احتمال تعارض، آشفتگی و ناسازگاری زناشویی هم در زندگی آن‌ها

قالب ۸ مضمون اصلی (معنویت، تاب‌آوری، سبک مقابله با فشار روانی، راهبردهای حل تعارض، طرحواره‌ها، روابط صمیمانه زوجین، استرس‌های زندگی، گشودگی نسبت به تغییر و واکنش به بخشش) و ۱۸ مضمون فرعی طبقه‌بندی گردید.

مؤلفه معنویت توسط بیشتر افراد شرکت‌کننده به عنوان عامل مؤثر در سازگاری زناشویی بیان شد. آن‌ها معتقد بودند که در اغلب لحظات به یاد خدا هستند، معنای بیماری برایشان امتحان و حکمت الهی است، شاید منفعت‌شان در مبتلا شدن به این بیماری بوده است و یا به شخصه منفعت‌ها و اتفاقات خوبی را در زندگی بعد از بیماری شاهد بودند.

در تحقیقات پیشین نیز مشخص شده است که دین و معنویت تأثیر مثبت غیر قابل‌انکاری در ارتقای سطح سازگاری زناشویی و شادکامی دارد. در واقع، وقتی افراد این احساس را داشته باشند که در تاریک‌ترین لحظات زندگی تنها نیستند و خدا همیشه و همه جا با آن‌ها همراه است، احساس شادی و کم شدن فشار روانی در آن‌ها اوج می‌گیرد و چه بسا از سردرگمی و درماندگی رها می‌شوند. تمام موهبت‌های ایجاد شده در اثر معنویت و دینداری، شاید در کنار هم باعث می‌شود تا فرد بتواند مراحل سازگاری با بیماری و کنترل بر شرایط را طی کند، به آرامش و قدرت درونی دست پیدا کند، خوش‌بینی، ارتباطات مثبت، حمایت اجتماعی، عاطفی و احساس رضایت از زندگی و در نهایت، سازگاری زناشویی برای فرد متجلی شود (۱۹، ۱۸).

در مورد تاب‌آوری، بسیاری از شرکت‌کنندگان عنوان کردند که با اطمینان خاطر و قوت قلبی که از برکت وجود و حضور همیشگی خدا در یاد و لحظات زندگی‌شان، همسران همراه و خانواده‌های پشتیبان و حمایت‌گر خود دریافت کرده‌اند، توانسته‌اند بر مشکلات و لحظات سخت زندگی خود فایز آیند.

به نظر می‌رسد که منابع حمایتی باعث می‌شود تا افراد در این راه سخت احساس تنهایی و ناامیدی نداشته باشند و بتوانند کاهش توان شخصی خود را از این طریق جبران نمایند. آنان اظهار داشتند، اکنون در این مقطع از زندگی متوجه شده‌اند که بعد از همراه شدن با این بیماری و در گذر عمر، سرسخت شده و صبوری و آرامش بیشتری پیدا کرده‌اند

افزایش پیدا می‌کند.

مؤلفه بعدی، سبک مقابله با استرس بود که از دو سبک مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تشکیل شده است. در مشاهدات بالینی مشخص گردید که افراد از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار به طور ثابت استفاده می‌کنند، اما در این بین تعدادی از افراد هم بودند که در کنار این راهبرد، از سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار هم استفاده می‌کردند. در واقع، این افراد همسو با نتیجه پژوهش‌های موجود انجام شده، پس از این که در شرایط مقتضی برای تسلط بر موقعیت از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند، به سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار و واکنش منطقی دست می‌زدند، اما دسته اول که تعداد افراد بیشتری را شامل می‌شد، برای مواجهه با موقعیت، فقط از همان سبک مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کردند که بنا بر بیانات خود افراد، یا به معنویت (دعا، نیایش، راز و نیاز با خدا، نذر و نیاز کردن) پ و یا به پرخاشگری، بی‌احترامی کلامی و فیزیکی، اجتناب از موقعیت، گریه کردن، غرغر کردن و مقابله به مثل و مانند آن پناه می‌بردند (۲۳).

نتایج تحقیقات نشان داده است که سرسختی، نگرش درونی خاصی را ایجاد می‌کند که باعث می‌شود فرد فشارهای روانی را به صورت واقع‌بینانه و با بلندنظری مورد توجه قرار دهد (۲۴). همچنین، ارتباط مثبتی بین راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار با سازگاری زناشویی وجود دارد (۱).

می‌توان گفت که شاید استفاده از سبک‌های مقابله با استرس ناسازگارانه، باعث می‌شود که در طولانی مدت توان مقابله و آستانه تحمل افراد تحلیل رود و در عین حال، تغییرات مورد نظر را هم در شرایط افراد ایجاد نکند. از طرف دیگر، در متأهلین می‌تواند منجر به حساس شدن اطرافیان فرد و به خصوص همسران آن‌ها به رفتارها و واکنش‌های فرد شود و این که مقاومت خود را در برابر وی بالا ببرند و در نهایت، اصطکاک در روابط که می‌تواند باعث شود آشفتگی زناشویی بین آن‌ها افزایش یابد. افرادی که از سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند، قادر بودند که به نحو مؤثرتری موقعیت‌های مختلف اجتناب‌ناپذیر در زندگی، احساسات و عواطف خود و تعارضات زناشویی را مدیریت نمایند و در نتیجه، از

سازگاری زناشویی بالاتری نسبت به گروه مقابل که از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند، برخوردار بودند.

مؤلفه بعدی، راهبردهای حل تعارض شامل راهبردهای فرد محور و تعامل دو سویه بود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی اجتنابی و راهبردهای حل تعارض غیر سازنده، تأثیر معکوسی بر کیفیت زناشویی دارد (۲۵). همچنین، افراد دارای ویژگی‌های مثبت همکاری، همدلی، خودکنترلی و روابط محبت‌آمیز، رضایت زناشویی بالاتری را تجربه می‌کنند (۲۶).

در میان شرکت‌کنندگان، دسته‌ای از متأهلین بودند که به خواسته‌ها و نیازهای طرف مقابل خود توجه نمی‌کردند. نادیده گرفتن همسر، سردی و کاهش کیفیت روابط را ایجاد می‌کند و به دنبال آن، کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی نیز کاهش پیدا می‌کند، اما دو دسته دیگر از متأهلین بودند که چون تصمیمات گرفته‌شده‌شان به نفع همسر ناکام هم بود، به نظر می‌رسد احتمال رضایت و کیفیت روابط افزایش یافته بود، اما در سبک حل تعارض تعاملی شیوه ارتباط همسران به شکلی بود که هر دو طرف برای حل تعارضات و اختلافات کوچک و بزرگ با هم مشورت، هم‌فکری و از هم نظرخواهی می‌کردند یا در مواقع لزوم هر یک از همسران، همسر معترض را با صحبت منطقی مجاب می‌کرد و طرف مقابل هم می‌پذیرفت. سپس تصمیم بر پایه نفع هر دو طرف و با توافق یکدیگر اخذ می‌شد. به دلیل این که افراد در این سبک تعاملی به یکدیگر توجه نشان می‌دهند، به دنبال آن هستند که نیاز و خواسته‌های طرف مقابل و اختلافات را برطرف کنند، بر مذاکره و رسیدن به توافق دو طرفه توجه نشان می‌دهند، احساسات همسر را درک می‌کنند و مسؤولیت‌پذیری دارند. در نتیجه، احتمال دارد کیفیت روابط زناشویی و زندگی بالا رود و به دنبال آن، سازگاری زناشویی هم افزایش پیدا کند.

مؤلفه بعدی، طرحواره‌ها شامل زیرمؤلفه‌های بی‌اعتمادی و آسیب‌پذیری نسبت به بیماری بود. نتایج مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد؛ به این معنی که هرچه طرحواره‌ها ناسازگارتر می‌شوند،

حاضر باعث می‌شدند که افراد منزوی، دارای مشکلات روان‌شناختی و تحریک‌پذیر شوند که این شرایط روابط بین فردی و زناشویی افراد را دچار آسیب می‌کرد و به دنبال آن، کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی را هم کاهش می‌داد. به عنوان مثال، در مورد طرحواره بی‌اعتمادی فرد مدام در تب و تاب این مسأله بود که مبدا کسی از اطرافیان دور یا نزدیک از بیماری او مطلع شود و یا همسر و فرزندانش دیگران را مطلع کنند و یا خانم ترس از آن داشت که همسرش متوجه ضعف و ناتوانی او در امور جنسی شود. بنابراین، مجبور بود تظاهر کند به این که دچار هیچ نقصی نشده است یا دوست نداشت کسی به او در انجام اموری که نیازمند است، کمک کند؛ چرا که احساس می‌کرد در این صورت تحقیر می‌شود و یا برایشان شایعه‌پراکنی می‌کنند. تمام این موارد خواه ناخواه در زندگی باعث می‌شود که اصطکاک و درگیری بین افراد بالا بگیرد، کیفیت روابط و زندگی کاهش یابد و در نتیجه، سازگاری زناشویی هم افت پیدا کند.

در مورد طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، زمانی که فرد مدام تحت این فشار قرار دارد که ممکن است زمین‌گیر شود و برای امور شخصی نیازمند کمک و ترجمه اطرافیان گردد، به نظر می‌رسد که احتمال دچار شدن به مشکلات روان‌شناختی افزایش می‌یابد و فرد امید و روحیه خود را از دست می‌دهد. کیفیت زندگی و روابطش تحت تأثیر شرایط قرار می‌گیرد و سازگاری زناشویی نیز افت می‌کند.

در مورد مؤلفه روابط صمیمانه زوجین مشخص گردید که عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی همبستگی مثبت قابل توجهی دارد. روابط جنسی، شکل دهنده بخشی از ادراک زوجین از همدیگر و تداوم‌بخش ازدواج است. رضایت زناشویی می‌تواند به هم‌نوایی و یا تطابق زوجین در روابط جنسی‌شان وابسته باشد (۳۰). همچنین، شیوه مطمئنی برای کمک به کاهش تعارض زوج‌های در حال طلاق و هدایت آن‌ها به سمت آموختن مهارت‌های ارتباط با همسر است؛ چرا که همبستگی مثبتی بین مهارت‌های ارتباطی ضعیف و اختلافات زناشویی وجود دارد (۳۱).

در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان گفت، به نظر

صمیمیت زناشویی کاهش می‌یابد (۲۷). همچنین، بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۲۸).

در تبیین همسویی یافته‌های بررسی در خصوص طرحواره‌های بی‌اعتمادی و آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و نتایج تحقیقات پیشین باید گفت که طرحواره‌ها پیش‌فرض‌های ذهنی هستند که افراد بر اساس آن‌ها دست به قضاوت‌هایی در زندگی خود می‌زنند و به دلیل این که این طرحواره‌ها سطح توقعات افراد را تغییر می‌دهد، قضاوت‌ها که وجود طرحواره‌های ناسازگار از عمده‌ترین عوامل ایجاد استرس و بر هم خوردن زندگی زناشویی است (۲۹)، می‌توانند هم به خود فرد و هم به سازگاری زناشویی آن‌ها لطمه وارد کند.

به نظر می‌رسد طرحواره‌هایی که در پژوهش حاضر به دست آمد، با طرحواره‌هایی که در مطالعات پیشین از آن‌ها یاد شده است، تفاوت‌های اساسی دارد. از این نظر که طرحواره‌های متأهلین شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، بیشتر ناظر بر بیماری بود؛ به این معنی که این طرحواره‌ها تحت شرایط خاص بیماری در این افراد شکل گرفته است و بیشتر خود فرد بیمار و واجد طرحواره را متضرر می‌کند؛ چرا که باعث می‌شود فرد از کمک گرفتن از دیگران اجتناب کند، همیشه مضطرب باشد که مبدا کسی متوجه بیماری او بشود و یا احساس می‌کند که هر لحظه احتمال بروز زمین‌گیر شدن و نقص بزرگی در او هست. در نتیجه، فرد منزوی خواهد شد و دچار مشکلات متعددی می‌گردد.

طرحواره‌های مطرح شده در پژوهش‌های پیشین، طرحواره‌هایی بود که ریشه در کودکی و سبک دلبستگی فرد داشت. تحت شرایط خاص ایجاد نشده بود و موقتی نبود. بیشتر ناظر بر روابط بین زن و شوهرها می‌باشد و به طرف مقابل رابطه ضرر می‌رساند؛ چرا که طرحواره‌های افراد باعث می‌شود که آن‌ها نسبت به طرف مقابل یا همسرانشان دید منفی و یا مقاومت داشته باشند و چه بسا به سازگاری و رضایت زناشویی افراد و روابط بین فردی آن‌ها نیز لطمه وارد کند. در نتیجه، کیفیت زندگی را هم کاهش می‌دهد.

البته باید اذعان نمود، طرحواره‌های یافت شده در بررسی

به این بیماری تأثیر مثبتی دارد که با نتایج برخی مطالعات (۳۳، ۳۲) مشابهت دارد. آن‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که عوامل محیطی در بروز و شدت بیماری MS تأثیر دارد که این امر نیز حاکی از تأثیر کیفیت زندگی در بیماری این افراد است (۳۳، ۳۲).

در خصوص تبیین یافته‌های پژوهش اعم از مشکلات مالی، بیماری و نقص به عنوان استرس‌های زندگی در بین بیماران مبتلا به MS باید گفت که افزایش قابل ملاحظه استرس در زوجین می‌تواند سبب کاهش چشمگیر سازگاری و رضایت زناشویی شود (۳۵-۳۲).

در مورد شرکت‌کنندگان پژوهش، به نظر می‌رسد که مشکلات مالی در زندگی بیشتر بیماران و خانواده‌های آن‌ها از اهمیت و تأثیر جدی برخوردار است. شاید وجود دوره‌های طولانی، عودکننده و غیر قابل پیش‌بینی بیماری MS که نیازمند مصرف داروهای گران‌قیمت در طول دوره درمان است، علاوه بر هزینه‌های جانبی که به طور قطع بر دوش آن‌ها خواهد افتاد، به انضمام خرج و مخارج روزمره زندگی در این زمان، باعث می‌شود که فرد و خانواده از نظر مالی تحت فشار قرار گیرند. این مشکلات همراه با مشکلات دیگر زندگی که امروزه همه افراد را درگیر می‌کند، آستانه تحمل آن‌ها را کاهش و احتمال اصطکاک روابط بین انسان‌ها را افزایش می‌دهد و به نظر می‌رسد این عوامل باعث می‌شود که افراد دچار مشکلات روان‌شناختی شوند، کیفیت زندگی و روابط آنان کاهش پیدا کند و مهم‌تر از همه سازگاری و رضایت زناشویی نیز احتمال کاهش را خواهد داشت.

در مورد بیماری و نقص که استرس شدیدی را به افراد مبتلا به MS و خانواده آن‌ها وارد می‌کند، باید گفت که به نظر می‌رسد وقتی افراد به این بیماری مبتلا می‌شوند، هجوم افکار خودآیند منفی، فاجعه‌سازی، ناامیدی، از دست دادن عزت نفس، احساس شرمساری و سرافکنندگی، تحریف تصویر بدنی باعث می‌شود که فرد تحت استرس شدیدی قرار گیرد و به دنبال آن، افت عملکردهای روانی و جسمانی، روی آوردن به انزوا و افزایش مشکلات روان‌شناختی در فرد اتفاق بیفتد. به نظر می‌رسد که بیشترین استرس به این مربوط

می‌رسد که عدم رعایت احترام در کلام و رفتار نسبت به همسر می‌تواند باعث شود که حرمت بین دو طرف شکسته و به شخصیت طرف مقابل حمله شود. هنگامی که افراد مهارت ارتباطی ضعیفی دارند، احتمال عدم توانایی در کنترل تکانه‌های خشم و پرخاشگری افزایش می‌یابد و رفتارهای منفی در تعاملات خود با همسر نشان می‌دهند و در مجموع، باعث آزار جسمی و عاطفی همسر می‌شوند. بنابراین، محتمل است که به مرور سازگاری و رضایت زناشویی کم‌رنگ شود و زوجین هم از نظر فیزیکی و هم عاطفی از یکدیگر فاصله بگیرند و در نهایت، احتمال آشفتگی در روابط، افت کیفیت زندگی، رضایت و سازگاری زناشویی بروز پیدا کند.

در زمینه افزایش کیفیت روابط پس از تشخیص بیماری می‌توان گفت، این که افراد تصور مثبتی از ویژگی‌های همسر خود دارند، در طول دوران زندگی نسبت به او اعتماد کامل پیدا کرده‌اند، ویژگی‌هایی مانند همراهی، احساس مسؤلیت، حمایت کردن و ایجاد امید را در او دیده‌اند و نگرانی در مورد ارتباطات زناشویی خود ندارند، ممکن است باعث شود صمیمیت و نزدیکی زناشویی، کیفیت روابط و سازگاری زناشویی در آن‌ها افزایش یابد. در مورد ضعف در عملکرد جنسی، این احتمال به ذهن خطور می‌کند که به دلیل این که محبت، صمیمیت و نزدیکی زوجین به هم بیشتر از قبل شده بود و همسران سالم آن‌ها، وجود همسرانشان را بیشتر از رفع نیاز خود مد نظر قرار می‌دادند، سازگاری زناشویی بیشتر از قبل شده بود، اما همسران برخی افراد به دلیل خودخواهی و عدم ارضا شدن نیاز خود از نقصی که در آن‌ها ایجاد شده بود و خودشان در آن تقصیری نداشتند، به آزار روحی و عاطفی همسر بیمار اقدام می‌کردند و این احتمال وجود داشت که به علت همین نقص، رضایت از رابطه و به دنبال آن، سازگاری و صمیمیت زناشویی نیز کاهش پیدا کرده بود.

مؤلفه بعدی، استرس‌های زندگی شامل بیماری - نقص و مشکلات مالی بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مشکلات روان‌شناختی منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی در مبتلایان به MS می‌باشد. همچنین، کیفیت زندگی بر ادراک بیماری مبتلایان

کاهش تعارضات، عزت نفس، سازش و توافق بالا و کاهش دردهای هیجانی برخوردار بودند و در نتیجه، رضایت و سازگاری زناشویی بیشتری را نسبت به افرادی که در طیف مخالف آن‌ها قرار داشتند، تجربه می‌کردند.

از طرف دیگر، افراد با بی‌علاقگی اجتماعی کسانی بودند که توانایی کنار آمدن و سازگاری پایین، اضطراب و افسردگی بالاتر، پریشانی‌های هیجانی، عدم رضایت از روابط و زندگی و مشکلات روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌کردند و به دلیل این که نمی‌توانستند از گناه و خطای همسر خود چشم‌پوشی کنند و یا واکنش مناسب را در برابر او انجام دهند، سازگاری و رضایت زناشویی کمتری را نیز تجربه نمودند.

بنابراین، در مورد یافته پژوهش حاضر نیز می‌توان این احتمال را داد که بر خلاف گروهی که قادر به بخشش نیستند، گروهی از افراد که بخشودگی را نسبت به همسر خود اعمال و ابراز می‌کنند، به دلیل این که خود را از اثرات منفی و مخرب اعمال منفی همسر خاطی رهایی می‌دهند، می‌توانند با تلاش برای بهبود، ترمیم و ادامه رابطه زوجی تلاش مؤثری کنند. در نتیجه، رضایت و سازگاری زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که سازگاری زناشویی عاملی است که به مرور زمان و بر اثر عوامل تأثیرگذار بی‌شماری ایجاد می‌شود و یا تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اگر بحث بیماری و شرایط خاص یک یا هر دو نفر در رابطه زناشویی می‌تواند نقش قابل توجه و شایانی داشته باشد، به نظر می‌رسد که بحث سازگاری زناشویی بیشتر از قبل حایز اهمیت می‌شود.

از آنجایی که از بین عوامل مؤثر مختلف، فقط بعد مؤلفه‌های روان‌شناختی در بین متاهلین مبتلا به بیماری MS در نظر گرفته شده بود، مشخص گردید که عواملی مانند معنویت، تاب‌آوری، سبک‌های مقابله با استرس، راهبردهای حل تعارض، طرحواره‌ها، روابط صمیمانه زوجین، استرس‌های زندگی، گشودگی نسبت به تغییر و واکنش طرفین به بخشش می‌تواند بیشترین تأثیرات را بر روی گروه نمونه پژوهش

می‌شود که فرد از نظر جسمانی و عملکرد عادی دچار نقص می‌شود و احتمال این که زمین‌گیر و برای انجام امور عادی به دیگران محتاج شود و یا دیگران به او ترحم کنند و یا به او و نیازهای بی‌توجهی کنند، بسیار بالا می‌رود.

این احتمال هم وجود دارد که این فرض در مورد زنان بیشتر در ذهن ایجاد می‌شود؛ چون در بین زنان ایرانی که ساکن‌دار امور خانواده در منزل هستند و به نوعی محوریت همه اعضای خانواده با مادر است، این استرس که چه کسی از بچه‌ها مراقبت می‌کند یا به نیازهای همسر و فرزندان رسیدگی خواهد کرد، آن‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد. از طرف دیگر، ایجاد نقص در بیمار می‌تواند باعث شود که فرد تصویر بدنی تحریف شده‌ای از خود در ذهن داشته باشد که او دیگر ناتوان است و در نظر مرد ایرانی همسر ناقص و بی‌ارزش خواهد بود، ذهن زنان را درگیر می‌کند. تمام عوارض مذکور در نهایت منجر به افت کیفیت زندگی و روابط فرد می‌شود و امید به آینده در او کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه، خطر افت سازگاری و رضایت زناشویی نیز وجود خواهد داشت.

مؤلفه آخر، واکنش به بخشش شامل مؤلفه‌های علاقه اجتماعی و بی‌علاقگی اجتماعی بود. مطالعات نشان داده است که بخشش با بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری بین فردی ارتباط مثبتی دارد و موجب بهبود و افزایش این دو متغیر در افراد می‌شود. مدیریت نادرست تعارضات منجر به بروز استرس‌های بین فردی و مشکلات روان‌شناختی می‌گردد و مدیریت صحیح آن‌ها تداوم روابط زناشویی و افزایش سلامت روان‌شناختی را به دنبال دارد (۳۶)، همچنین، بخشش می‌تواند سازگاری، اعتماد، سازش و توافق را ارتقا دهد و سلامت جسمی و روانی را به دنبال بیاورد (۸).

در مشاهدات بالینی مشخص گردید افرادی که علاقه اجتماعی در واکنش به بخشش نشان دادند، کسانی بودند که رنجش و دلخوری از طرف خاطی به دل نمی‌گرفتند، احساس نفرت یا خشم درونی نداشتند و در مقابل سعی می‌کردند با واکنش منطقی، مذاکره و گفتگو یا با درک شرایط طرف مقابل، مسأله رنجش را حل و فصل نمایند. در نتیجه، آن‌ها از خوش‌بینی، همدلی و صمیمیت بالا، تلاش برای حفظ رابطه و

حاضر داشته باشد.

برای بیان محدودیت‌های پژوهش، به دو مسأله می‌توان اشاره کرد. مسأله اول، به دلیل این که پژوهش حاضر در سطح شهر تهران انجام شد و این شهر دارای شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خاصی است، در تعمیم یافته‌ها باید دقت نظر و احتیاط صورت گیرد و مسأله دوم استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته است که باعث می‌شود پژوهشگر در طراحی و ادامه روند مصاحبه نقشی اساسی داشته باشد. همچنین، تن صدا و احساس امنیت و آرامشی که به مصاحبه شونده القا می‌شود، حتی با وجود تلاشی که مصاحبه‌گر برای خنثی بودن در جلسه می‌کند، از جمله محدودیت‌ها به شمار می‌رود.

در تحقیقات آینده به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که مطالعه حاضر را بار دیگر بر روی همین بیماران، اما در دو گروه زنان بیمار راضی از زندگی مشترک و زنان بیمار ناراضی از زندگی مشترک انجام دهند و نتایج به دست آمده را با هم مقایسه کنند و یا این که تحقیق را با استفاده از روش‌های متفاوت دیگری نیز انجام دهند به عنوان مثال، به صورت آزمایشی اجرا گردد و اثربخشی آموزش مؤلفه‌های به دست آمده که بر سازگاری زناشویی متأهلین مبتلا به بیماری MS

مؤثر بود را بر روی افراد گروه آزمایش بسنجند و به مقایسه آن‌ها با گروه شاهد بپردازند. توجه به فواید تحقیق کمی نیز خالی از لطف نیست. به طور جدی پیشنهاد می‌گردد که با توجه به یافته‌های بررسی حاضر، پژوهش‌های آتی به روش‌های کمی انجام گیرد و نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر مقایسه شود. همچنین، می‌توان این تحقیق را به صورت عمیق‌تر یعنی مطالعه روی زوجین انجام داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه در دانشگاه علامه طباطبائی با کد ۸۱۳/۹۴۴۲۷ می‌باشد. بدین وسیله از تمام مشارکت‌کنندگانی که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از روان‌شناسان و کارکنان کلینیک MS بیمارستان سینا که در شناسایی مشارکت‌کنندگان مطالعه مساعدت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع


در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

References

1. Yarmohammadian A, Bonakdar Hashemi N, Asgari K. The effect of emotional intelligence and life skills training on marital adjustment among young couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2011; 12(44): 3-12. [In Persian].
2. Tavallaii SA, Nemati E, Khoddami Vishteh HR, Azizabadi FM, Moghani LM, Assari S. Marital adjustment in patients on long-term hemodialysis: A case-control study. *Iran J Kidney Dis* 2009; 3(3): 156-61.
3. Qadir F, Khalid A, Medhin G. Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan. *Women Health* 2015; 55(4): 432-46.
4. Mikaeili N, Mokhtarpour Habashi E, Meysami Bonab S. The role of perceived social support, coping strategies and resilience in the prediction of the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Social Psychology* 2012; 7(23): 5-17. [In Persian].
5. Naeeni R, Soltanzadeh Z, Salimipour H, Vahhabi Z, Yadegari S. The association of sever stressful life events and multiple sclerosis. *Iran South Med J* 2015; 18(1): 222-8. [In Persian].
6. Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51(2): 193-200.
7. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin EH, Von KM, Ciechanowski P, et al. Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behav Med* 2013; 39(1): 1-6.
8. Burnette JL, Davis DE, Green JD, Worthington EL, Bradfield E. Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Pers Individ Dif* 2009; 46(3): 276-80.
9. Santtila P, Wager I, Witting K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Discrepancies between sexual desire and sexual activity: Gender differences and associations with relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008; 34(1): 31-44.
10. McNulty K, Livneh H, Wilson LM. Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology* 2004; 49(2): 91.

11. Larson PJ, Olson DH. Spiritual beliefs and marriage: A national survey based on ENRICH. *The Family Psychologist* 2004; 20(2): 4-8.
12. Salimi H, Najjarian Pour S, Mohammadi K, Mehr Ali Tabar AA. Prediction of marital adjustment based on decision making and problem solving, family solidarity, coping strategies, communication skills, and religious beliefs (Factors Family Process). *Rooyesh-e-Ravanshenasi* 2016; 5(1): 93-110. [In Persian].
13. Moussavi Moghadam Z, Ahmadipour L, Yosefi G, Binandeh H, Ranjbari A. Effectiveness of resiliency skills education on quality of life and reduce couples conflicts. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences* 2015; 5(6): 398-403.
14. Azadbakht R, Vakili P. Relationship between early maladaptive schemas and marital satisfaction of women. *Journal of Educational Psychology* 2013; 4(3): 11-8.
15. Greeff AP, de Bruyne T. Conflict management style and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(4): 321-34.
16. Bodenmann G, Ledermann T, Bradbury TN. Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships* 2007; 14(4): 551-69.
17. Gaur P, Bhardwaj AB. Relationship between empathy, forgiveness and marital adjustment in couple. *The International Journal of Indian Psychology* 2015; 3(1): 145-51.
18. Yeganeh T, Shaikhmahmoodi H. Role of religious orientation in predicting marital adjustment and psychological well-being. *Sociology Mind* 2013; 3(2): 131-6.
19. Demaris A, Mahoney A, Pargament KI. Sanctification of marriage and general religiousness as buffers of the effects of marital inequity. *J Fam Issues* 2010; 31(10): 1255-78.
20. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(2): 141-53.
21. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health* 2008; 56(4): 445-53.
22. Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Development of a resilience fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability. *Iranian Journal of Exceptional Children* 2011; 11(2): 119-40. [In Persian].
23. Nadi A, Khodapanahi MK, Sedghpoor S. Comparing coping styles between students with high and low emotional intelligence in different socio-economical classes. *Journal of Applied Psychology* 2009; 3(3): 48-59. [In Persian].
24. Dehghani A, Kajbaf MB. The relationship between coping styles and hardiness among students. *Knowledge Health* 2013; 8(3): 112-8. [In Persian].
25. Khojasteh Mehr R, Koochaki R, Rajabi G. Mediating role of relationship attributions and destructive conflict resolution strategies on the relationship between attachment styles and marital quality. *Contemporary Psychology* 2013; 7(2): 3-14. [In Persian].
26. Beirami M, Fahimi S, Akbari E, Amiri Pichakolaei A. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. *J Fundam Ment Health* 2012; 14(53): 66-77. [In Persian].
27. Zolfaghari M, Fatehi-Zadeh M, Abrdi MR. Determining relationships between early maladaptive schemas and marital intimacy among Mobarakeh Steel Complex personnel. *J Fam Res* 2008; 4(3): 261-47. [In Persian].
28. Borjali A, Taghvaei D. The mediation role of love stories in regards to early maladaptive schemas and marital satisfaction. *International Journal of Behavioral Sciences* 2014; 8(3): 219-26. [In Persian].
29. Chatav Y, Whisman MA. Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behav Ther* 2009; 40(1): 50-6. [In Persian].
30. Aliakbari Dehkordi M. Relationship between women sexual function and marital adjustment. *J Res Behav Sci* 2010; 4(3): 199-206. [In Persian].
31. Bahari F, Fatehizadeh M, Ahmadi Sa, Molavi H, Bahrami F. Effectiveness of couple communication skills training (CCST) on decreasing the marital conflicts of divorcing couples. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2011; 1(1): 59-70.
32. Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2008; 7(12): 1139-51.
33. Al-Akour N, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2010; 24(1): 43-7.
34. Agha Yousefi A, Shaghghi F, Dehestani M, Barghi Irani Z. The relationship between quality of life (QOL) and psychological capital with illness perception in MS patients. *Journal of Health Psychology* 2012; 1(1): 32-45. [In Persian].
35. Gharashi K, Sarandi P, Farid A. The comparison of stress and marital satisfaction status of parents of hearing-impaired and normal children. *Audiology* 2013; 22(1): 18-24. [In Persian].
36. Tse WS, Yip THJ. Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. *Pers Individ Dif* 2009; 46(3): 365-8.

Phenomenology of Effective Psychological Components on Marital Adjustment among Married People Suffering from Multiple Sclerosis

Yegane Aghaei¹ , Seyed Mohammad Kalantar-Kousheh², Ebrahim Naeemi²,
Abdorreza Naser Moghadasi³

Original Article

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis (MS) disease has side effects on the quality of life of married people. Moreover, the quality of life and marital adjustment of the patients would impact on their disease process. The purpose of the study was to determine psychological components on marital adjustment among married patients with MS.

Method: This was a qualitative and phenomenological research using targeted sampling. Semi-structured interviews were done with 15 married patients with MS (at least one of them suffered from the disease) who came to Sina hospital, Tehran, Iran, until reaching to data saturation.

Results: Assessment of effective psychological components on marital adjustment among married people with MS revealed 8 main themes and 18 subthemes. The main themes were as “spirituality”, “resiliency”, “coping with stress skills”, “conflict-resolving strategies”, “schemas”, “intimate spouse relationships”, “life stresses”, “openness to change”, and “responding to forgiveness”.

Conclusion: Participants in the study ranked the psychological components as first to ninth as spirituality, resiliency, coping with stress styles, conflict-resolving strategies, schemas, intimate spouses relationships, life stresses, openness to change, and responding to forgiveness.

Keywords: Adjustment, Multiple sclerosis, Marriage, Qualitative research

Citation: Aghaei Y, Kalantar-Kousheh SM, Naeemi E, Naser Moghadasi A. **Phenomenology of Effective Psychological Components on Marital Adjustment among Married People Suffering from Multiple Sclerosis.** J Qual Res Health Sci 2018; 7(2): 144-56.

Received date: 26.11.2016

Accept date: 28.11.2017

Published: 05.07.2018

1- Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3- Neurologist, Multiple Sclerosis Research Center, Neuroscience Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Yegane Aghaei, Email: yeganeaghaei4@yahoo.com