

مقایسه راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در مادران مبتلا به
MS، RA، LBP و مادران سالم

Comparing Relational Coping Strategies Between Mothers
Suffering MS, RA, LBP and Well Mothers

A. Tehranchi[✉]

M. Dehghani, Ph.D.

K. Tahmasian, Ph.D.

عطا طهرانچی[✉]

کارشناس ارشد روان‌شناسی خانواده درمانی

دکتر محسن دهقانی

استادیار روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر کارینه طهماسیان

استادیار روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۱۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۱/۱۱/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۶

Abstract

Chronic pain makes parenting more difficult as mothers with chronic illnesses such as LBP, RA or MS have to manage pain and disability of chronic illness and parenting simultaneously. Therefore coping has an important role to reduce the tension of chronic illness and to improve parenting in mothers with chronic pain and main goal of present study is comparing relational coping strategies in mothers with LBP, MS, RA, and control group.

[✉]Corresponding author: Family Research Center, Shahid Beheshti University, Tehran.
Tel: 021-66475618
Email: atatehranchi@yahoo.com

چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در مادران مبتلا به MS، RA، LBP و مادران غیربیمار است. جامعه آماری از مادران مبتلا به MS، RA، LBP و MS که به بیمارستان‌های آتیه، امام‌خمینی و انجمن ام‌اس مراجعه کرده بودند تشکیل شده است. حجم نمونه در پژوهش حاضر شامل ۶۷ بیمار مبتلا به LBP، ۵۰ بیمار مبتلا به RA، ۳۲ بیمار مبتلا به MS و ۳۲ مادر غیربیمار است.

[✉]نویسنده مسئول: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۷۵۶۱۸

پست الکترونیکی: atatehranchi@yahoo.com

Sample size is consisted of 67 patients with LBP, 50 patients with RA, 32 patients with MS, and 32 non-patients. All mothers participated in semi-structured interview of relational coping strategies. Results demonstrated that there is a significant difference between four groups in relational coping strategies of self-care, engaging the child, requesting assistance from others (social support), self-preservation parenting and distraction. Results indicated that mothers with RA, MS and LBP utilized self-care, requesting social support, self-preservation parenting and distraction more than control group. Non-patient mothers engaged their children in activities more than patient groups. Results are consistent with previous research that mothers in chronic pain use pain management copings more frequently and reduce their parenting activities.

Keywords: Low Back Pain, Mother-child relationship, Multiple sclerosis, Relational coping strategies, Rheumatoid Arthritis.

بیماران و گروه کنترل در مصاحبه نیمه‌ساختاری راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی شرکت کردند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به RA، LBP و MS از راهبردهای خودتیمارداری، کاهش وظایف فرزندپروری و انحراف توجه نسبت به مادران گروه کنترل به شکل معناداری بیشتر استفاده می‌کنند. مادران گروه کنترل از مادران مبتلا به RA، MS و LBP از راهبرد سرگرم کردن فرزند بیشتر استفاده می‌کردند. نتایج مطالعه حاضر هم راستا با مطالعات پیشین نشان می‌دهد که مادران مبتلا به درد مزمن از راهبردهایی استفاده می‌کنند که متمرکز بر مدیریت درد هستند و وظایف فرزندپروری خود را کاهش می‌دهند.

کلیدواژه‌ها: آرتروز روماتوئید، ام‌اس، کمر درد مزمن، راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی، رابطه مادر-فرزند

مقدمه

فرزندپروری، وظیفه‌ای دشوار و چالش‌برانگیز برای بسیاری از مادران است. دو مؤلفه اصلی فرزندپروری حمایت‌گر بودن و حساس بودن به نیازهای جسمانی و هیجانی کودک هستند. رویدادهای منفی زندگی هم‌چون درد و زندگی با بیماری مزمن ممکن است توانایی مادران را در حمایت‌گر و حساس بودن کاهش دهد (دیکس^۱، گرشوف^۲، موینیر^۳، میلر^۴، ۲۰۰۴؛ مارتین^۵، کلمنت^۶، کرنیک^۷، ۲۰۰۲؛ پوتنیک^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). مطالبات جسمانی فرزندپروری هم‌چون بغل کردن، تمیز کردن، جابجا کردن، غذا دادن و حمام کردن کودک خردسال و مطالبات هیجانی هم‌چون نگهداری از یک کودک ناآرام نیازمند مدیریت و هماهنگی میان مسئولیت‌های خانه‌داری و

فرزندپروری است. مادرانی که بیماری مزمن و فرزند کوچک دارند با چالش مدیریت همزمان علائم بیماری هم‌چون درد و اجرای همزمان نقش‌ها و وظایف فرزندپروری نیز مواجه می‌باشند (بارلو^۹ و همکاران، ۱۹۹۹؛ ایوانز^{۱۰}، شپیتون^{۱۱}، کینان^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ زادینسکی^{۱۳}، بویل^{۱۴}، ۱۹۹۶). پژوهش‌هایی که درباره والدین دارای فرزند بالای شش سال انجام شده است نشان می‌دهد که درد روی فرزندپروری آن‌ها با کاهش توانایی در انجام نقش‌های خانوادگی (بارلو و همکاران، ۱۹۹۹) و کامل کردن وظایف روزمره (ایوانز، شپیتون، کینان، ۲۰۰۵) تأثیر می‌گذارد. علاوه بر آن، افراد مبتلا به درد مزمن در فعالیت‌های خانوادگی کمتر مشارکت کرده (کوپ^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۵) و از ناتوانی خود در برآورده نمودن انتظاراتی که از یک مادر وجود دارد ابراز نارضایتی می‌کنند (زادینسکی، بویل، ۱۹۹۶). مادران هم‌چنین گزارش دادند که در پاسخ‌دهی مستمر به نیازهای فرزندان‌شان ناتوان هستند (زادینسکی، بویل، ۱۹۹۶) در مطالعه‌ای که به مقایسه مادران مبتلا به درد مزمن و مادران سالم پرداخته است. مادران مبتلا به درد مزمن بیشتر احتمال دارد که از سبک‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه استفاده کنند و رابطه ضعیف‌تری با فرزند خود برقرار می‌کنند (ایوانز، شپیتون، کینان، ۲۰۰۶). زنان مبتلا به درد مزمن هم‌چنین تلاش می‌کنند هنگام درد شدید خود را از خانواده جدا کرده و کودک را در انجام فعالیت‌ها رها کنند (اسمیت^{۱۶}، ۲۰۰۳).

با توجه به اهمیت و گسترده بودن راهبردهای مقابله‌ای در مدیریت استرسورهای فردی و محیطی نظریه‌های مختلف تعاریف گوناگونی از مفهوم مقابله ارائه کرده‌اند. براساس نظریه ارتباطی، مقابله با استرسورهای مرتبط با سلامتی در بافت رابطه مادر-فرزند فرایندی است که در آن مادر به نیازهای هیجانی و حضور کودک و هم‌چنین نیازهای خود در ارتباط با بیماری و درد مزمن پاسخ می‌دهد (کایسر^{۱۷}، سورمانتی^{۱۸}، استرین شامپس^{۱۹}، ۱۹۹۹). نظریه ارتباطی مقابله‌ای چنین بیان می‌کند که توانایی‌های مقابله‌ای زنان در رابطه صمیمانه و مداوم هم‌چون رابطه مادر-فرزند شکل گرفته و توسعه پیدا می‌کند. در این نظریه، روابط متقابل (تبادلات دوطرفه در روابط صمیمانه)، انتظارات و باورهای رابطه‌ای (باورها درباره حفظ روابط صمیمانه) و راهبردهای مقابله‌ای رابطه محور (توانایی برای درگیر کردن خانواده در مقابله با بیماری) فاکتورهای ارتباطی هستند که بر انطباق زنان با علائم بیماری مزمن تأثیر می‌گذارند (وایت^{۲۰}، مندوزا^{۲۱}، وایت، بوند^{۲۲}، ۲۰۰۹). مادران می‌توانند از طریق روابط متقابل که بر اساس تبادل دوطرفه احساسات، افکار و فعالیت‌ها تعریف می‌شود با درد سازگاری پیدا کنند. در مادرانی که فرزندان کوچک دارند تبادل دوطرفه افکار، احساسات و فعالیت‌ها به دلیل بلوغ شناختی و هیجانی پایین‌تر کودکان نامتقارن است بدین ترتیب این راهبرد می‌تواند رفتارهای پخته‌تری را در کودک با توضیح دادن درد و انتظار شکیبایی و همکاری در وی ایجاد کند. گسترش باورها و انتظارات درباره چگونگی ادغام والدگری و زندگی با درد مزمن یکی دیگر از راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی است. برای مثال، مادر می‌تواند تمام تلاش خود را برای کاهش درد در

جهت انجام بهتر مسئولیت‌هایی که به‌عنوان والد دارد به‌کار گیرد. او می‌تواند فعالیت‌های روزمره خود را محدود کند تا دردی را که مانع فرزندپروری می‌شود کاهش دهد، یا می‌تواند از راهبردهای مدیریت هیجانی که به مادر امکان می‌دهد با نادیده گرفتن درد فرزندپروری کند استفاده کند. آخرین راهبرد مقابله‌ای، مقابله رابطه محور است که از طریق پاسخ دادن به نیازهای هیجانی خود و دیگری مشخص می‌شود. مادر می‌تواند با استفاده از فعالیت‌هایی هم‌چون کاردستی یا تشویق کودک به تماشای تلویزیون و انجام بازی‌های کامپیوتری نیازهای کودک را که سرگرم شدن هنگام استراحت مادر جهت تسکین درد است برآورده سازد. مادر هم‌چنین می‌تواند بر حمایتی که از دیگران شامل همسر، خانواده گسترده و متخصصان بهداشتی دریافت می‌کند متکی بوده و برای برآورده کردن نیازهای کودک از حمایت و همکاری آن‌ها استفاده کند (وایت، مندوزا، وایت، بوند، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های اندکی به بررسی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در مادران مبتلا به درد مزمن و به خصوص تأثیر درد بر فرزندپروری کودکان زیر شش سال پرداخته‌اند (وایت، مندوزا، وایت، بوند، ۲۰۰۹). بدین ترتیب هدف این مطالعه شناسایی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در راستای مدیریت درد و فرزندپروری در مادران دارای کودک زیر شش سال است. از سوی دیگر از آن‌جا که درد در بیماری‌های مختلف از نظر شدت، نوع بروز و ناتوانی ناشی از آن متفاوت است در این مطالعه، سه بیماری کمر درد مزمن (LBP)، آرتريت روماتوئيد (RA) و تصلب چندانگانه (MS) در ارتباط با فرزندپروری مادران مبتلا به این بیماری‌ها مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. دو بیماری MS و RA خودایمنی بوده و شیوع زیادی در زنان دارند. دلیل انتخاب این دو بیماری علاوه بر شیوع بیشتر آن‌ها در زنان، ابتلای بیشتر در سال‌های باروری و بچه‌داری (۲۰ تا ۴۰ سال در بیماری MS و ۲۰ تا ۴۵ سال در بیماری RA) است (میهر^{۲۳}، ۲۰۰۸؛ هانان^{۲۴}، ۱۹۹۶). درد، مشکل مشترک بیماران مبتلا به RA و MS است (پیستسکی^{۲۵}، ۲۰۰۷؛ آرچیبالد^{۲۶} و همکاران، ۱۹۹۴؛ اد^{۲۷}، اسپورن^{۲۸}، جنسن^{۲۹}، ۲۰۰۵). درد مزمن در زنان مبتلا به MS شیوع زیادی دارد و شدت درد آن مشابه بیماری‌های آرتروزی است (بیسک^{۳۰} و همکاران، ۲۰۰۴، کالیا^{۳۱}، اکانر^{۳۲}، ۲۰۰۵). با وجود این‌که هر دو بیماری مؤلفه درد را دارد، ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که درد به شکل متفاوتی در دو بیماری ظهور پیدا می‌کند. در آرتريت روماتوئيد، درد با التهاب درون و اطراف مفاصل مرتبط است (پیستسکی، ۲۰۰۷)، در حالی‌که درد در MS به‌صورت سوزش یا درد عمیق عضلانی خود را نشان می‌دهد (بیسک و همکاران، ۲۰۰۴). شدت و طول مدت درد نیز می‌تواند در این دو بیماری متفاوت باشد. بیماری سوم که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است LBP است، که یک بیماری عضلانی اسکلتی بوده و در زنان شیوع زیادی دارد (اندرسون^{۳۳}، ۱۹۹۹). علت انتخاب این بیماری علاوه بر شیوع بالای آن در زنان، متفاوت بودن سبب‌شناسی آن با دردهای خودایمنی است که امکان مقایسه درد عضلانی-

استخوانی را با دردهای خودایمنی فراهم می‌کند. علت دیگر انتخاب این بیماری، همبودی نسبی آن با RA و MS است (کوته^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۶؛ هنزه^{۳۵}، ۲۰۰۵). با انتخاب این بیماری می‌توانیم تأثیر آن را به‌طور جداگانه بررسی کنیم. بدین ترتیب، با توجه به متفاوت بودن سبب‌شناسی و نوع بروز درد و علائم فیزیولوژیک در سه بیماری فوق‌الذکر انتظار می‌رود راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای مدیریت درد و کنار آمدن با علائم فیزیولوژیک بیماری مورد استفاده قرار بگیرند.

روش

طرح این تحقیق علی - مقایسه‌ای است و از آزمون خی‌دو برای بررسی فرضیه استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

کلیه بیماران مبتلا به RA، LBP و MS که به بیمارستان‌های آتیه، امام خمینی و انجمن ام اس تهران مراجعه کرده‌اند جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌دهند. جامعه آماری گروه کنترل نیز از کارکنان زن دانشگاه شهید بهشتی تشکیل شده بود. حجم نمونه برای سه گروه بیماری ۱۴۹ نفر هستند که شامل ۶۷ بیمار مبتلا به LBP، ۵۰ بیمار مبتلا به RA، و ۳۲ بیمار مبتلا به MS است. گروه کنترل نیز از ۳۲ نفر تشکیل شده است. تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش از زنان متأهل ۲۰ تا ۴۵ ساله تشکیل شده بود که فرزندان ۲ تا ۶ ساله داشتند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر به‌صورت در دسترس و داوطلبانه در محدوده زمانی خردادماه ۱۳۹۰ تا آذرماه ۱۳۹۰ انجام شده است.

روش اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش، نخست همکاری مرکز ارتوپدی بیمارستان آتیه، انجمن ام اس تهران و کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی با ارائه پروپوزال جلب شد. ملاک‌های ورود برای نمونه-گیری شامل ابتلا به درد مزمن حداقل برای مدت سه ماه، تشخیص بیماری‌های مورد پژوهش توسط پزشک، داشتن فرزند ۲ تا ۶ ساله، تأهل و ۲۰ تا ۴۵ ساله بودن مادر بود. ملاک‌های خروج شامل زندگی نکردن کودک با مادر، بستری بودن مادر در بیمارستان برای مدت طولانی که امکان مراقبت از کودک را از وی سلب کند و ابتلای کودک به بیماری مزمن است. از پرستاران و پزشکان خواسته شد که بیماران واجد شرایط را به پژوهشگر معرفی کنند سپس هدف پژوهش و نحوه اجرای آن به بیماران توضیح داده شد و در صورت پذیرش، برگه‌ای را با مضمون موافقت در اجرای پژوهش امضاء کردند. سپس از آزمودنی‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاری درباره راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی به‌عمل آمد. گروه گواه به‌صورت در دسترس از کارکنان دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شدند و پس از اعلام

موافقت و امضاء برگه مربوطه، در پژوهش شرکت نمودند. ملاک‌های ورود مرتبط با گروه گواه نیز شامل در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بودن مادر، داشتن فرزند ۲ تا ۶ ساله، مبتلا نبودن به بیماری مزمن و متأهل بودن هستند.

ابزار پژوهش

مصاحبه نیمه‌ساختاری راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی: یک مصاحبه نیمه‌ساختاری برای ارزیابی هفت راهبرد مقابله‌ای ارتباطی مورد استفاده قرار گرفت. این مصاحبه از یک مطالعه پایلوت استخراج شده و مبتنی بر پژوهش وایت و همکاران (۲۰۰۹) است. روش‌های پژوهش کیفی مایلز و هوبرمن (۱۹۹۸) برای تحلیل راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی مورد استفاده قرار گرفت. مطالعه پایلوت شامل پنج مصاحبه می‌شود که راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی براساس آن استخراج و دسته‌بندی شدند. بیست و نه موضوع در مصاحبه‌های پایلوت شناسایی شدند. موضوع‌های استخراج شده برای جلوگیری از سوگیری احتمالی توسط یکی از همکاران که در پژوهش مشارکت نداشت، از نظر مفهومی طبقه‌بندی شد. دسته‌بندی‌ها در سه گروه جای گرفتند: الف) راهبردهای مشکل محور برای کنار آمدن با درد از طریق کاهش وظایف منزل، خودتیمارداری و حمایت اجتماعی. ب) راهبردهایی که کنار آمدن با درد را از طریق مقابله‌های هیجانی هم‌چون پذیرش و رودررو شدن، انحراف توجه یا نادیده گرفتن انجام می‌دهند و ج) راهبردهایی که بر والدگری متمرکز هستند و شامل سرگرم کردن کودک با فعالیت‌های مختلف، ایجاد رفتار بالغانه‌تر در کودک و فرزندپروری به شیوه محتاطانه همراه با حفظ منابع جسمانی مادر هستند. آخرین تاکتیک کیفی که در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت شمارش فراوانی راهبردهای مقابله‌ای بود. هشت دسته‌بندی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی با نتایج پژوهش وایت و همکاران (۲۰۰۹) مقایسه شدند. گروه‌بندی مطالعه پایلوت در تمام موارد به جز راهبرد "پذیرش و رودررو شدن"، با آن‌چه در ادبیات پژوهشی گزارش شده بود یکسان بود. به منظور بررسی نتایج این مطالعه با مطالعات پیشین تصمیم گرفته شد هفت راهبرد مقابله‌ای ارتباطی که در ادبیات پژوهشی مورد استفاده قرار گرفته‌اند را حفظ نموده و در این مطالعه مورد استفاده قرار دهیم. یک دسته‌بندی دیگر به نام راهبردهای نامشخص به سایر دسته‌بندی‌ها افزوده شد تا راهبردهایی را که در سایر دسته‌بندی‌ها قرار نمی‌گرفتند در آن جای داده شوند.

مصاحبه با این پرسش آغاز می‌شود: (زمانی که درد دارید و فرزندتان به شما نیاز دارد یا باید کاری برایش انجام دهید، معمولاً چه کارهایی انجام می‌دهید تا بتوانید به فرزند خود برسید و کاری کنید که دردتان تشدید نشود؟). اگر شرکت‌کننده به چند راهبرد اشاره کرد برای روشن شدن مفهوم برخی سؤالات تکمیلی درباره همان راهبرد مقابله‌ای پرسیده می‌شود. یک نسخه متفاوت برای ارزیابی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در مادران سالم تدوین شد که در آن سؤال به این صورت تغییر

پیدا کرد: (با توجه به این که فرزندپروری می‌تواند تجربه سختی باشد به خصوص زمانی که با وظایف منزل یا کارهای دیگر همراه است، شما چه می‌کنید تا بتوانید از فرزندتان نگهداری کنید و در عین حال به کارهای منزل و وظایف شخصی خود نیز رسیدگی کنید؟)

برای بررسی پایایی بین ارزیاب‌ها، از هشت ارزیاب خواسته شد که راهبرد مقابله‌ای گزارش شده را در هر کدام از هشت راهبرد نهایی قرار دهند. نتایج نرخ توافق بین ارزیاب‌ها بدین صورت است: خودتیمارداری ۹۲٪، سرگرم کردن کودک ۱۰۰٪، حمایت اجتماعی ۹۲٪، فرزندپروری محتاطانه ۸۸٪، انحراف توجه ۹۶٪، تشویق کردن رفتار بالغانه ۸۸٪ و راهبردهای نامشخص ۶۴٪. بر اساس این دسته‌بندی‌ها ۱۰۳۷ راهبرد مقابله‌ای از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاری استخراج شد و پس از توافق کامل میان پژوهشگران در هشت راهبرد فوق‌الذکر قرار گرفت.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی توسط پژوهشگر ساخته شده است و در آن سؤالاتی هم‌چون سن، وضعیت تأهل، مدت بیماری، نوع بیماری، تعداد فرزندان و سن فرزندان پرسیده می‌شود.

تحلیل آماری داده‌ها

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی) و آمار استنباطی (آنووا و خی‌دو) در نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد و گروه کنترل با استفاده از آزمون آنووا با یکدیگر مقایسه شده است. نتایج داده‌ها نشان می‌دهند که در سطح آلفای ۰/۰۵ تفاوت معناداری میان گروه‌های بالینی و گروه کنترل در سن کودک ($F= ۰/۷۱$ ، $p= ۰/۵۴$) و سن مادر ($F= ۰/۱۷$ ، $p= ۱/۶۸$) وجود نداشت. همچنین تفاوت معناداری میان سه گروه بالینی در طول مدت بیماری وجود نداشت ($F= ۱/۵۸۴$ ، $p= ۰/۲۰۹$). بدین ترتیب، بر اساس همگنی گروه‌ها به لحاظ سن مادر، سن کودک و مدت بیماری به تحلیل نتایج پرداخته شده است.

توصیف داده‌های مربوط به راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی: بررسی فراوانی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی نشان می‌دهد که بیشترین راهبرد مورد استفاده توسط مجموع آزمودنی‌ها راهبرد خودتیمارداری است، که ۸۰ درصد شرکت‌کنندگان آن را برگزیده‌اند. کمترین راهبرد نیز مربوط به راهبردهایی است که در دسته‌بندی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی قرار نگرفته‌اند و ۱۵ درصد از پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند. شرح تفصیلی فراوانی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در جدول ۳ آمده

است. نتایج نشان می‌دهند که بیشترین فراوانی مورد استفاده توسط بیماران مبتلا به RA و LBP، خودتیمارداری، بیماران مبتلا به MS، انحراف توجه و گروه کنترل، کمک خواستن از دیگران است.

جدول ۳: راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده مادران، مثال‌های مربوط به هر راهبرد و فراوانی پاسخ‌ها

فراوانی و درصد پاسخ‌ها	مثال‌هایی از راهبرد مقابله‌ای	راهبرد مقابله‌ای
۱۴۵ مورد پاسخ مثبت که ۸۰/۱ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند.	مصرف دارو، استراحت (بدون کودک)، راهبردهای تن‌آرامی، ورزش/حرکات جسمانی، مدیریت درد بدون دارو، حمام رفتن/دوش گرفتن، رژیم	۱) خودتیمارداری ^۳ : رفتارهایی که مادر برای کاهش درد انجام می‌دهد.
۱۱۵ مورد پاسخ مثبت که ۶۳/۵ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند.	تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، داستان خواندن، اسباب‌بازی، بازی با همسالان، آواز خواندن و موسیقی	۲) سرگرم نمودن فرزند ^۳ : مادر سعی می‌کند با فعالیت‌های سرگرم‌کننده فرزندش را آرام و سرگرم کند.
۱۳۱ مورد پاسخ مثبت که ۷۲/۴ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهد	همیاری و کمک می‌تواند از سوی همسر، خانواده و دوستان یا مراکز خدمات بهداشتی باشد	۳) کمک خواستن از سایرین ^۳ : درخواست یا دریافت هر نوع کمک رسمی و یا غیر رسمی از دیگران
۸۵ مورد پاسخ مثبت که ۴۷/۵ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهد.	برنامه‌ریزی و زمان‌بندی مؤثر، محدود نمودن فعالیت‌های شخصی، تغییر دادن محیط، انجام ندادن برخی از فعالیت‌ها، ترک کردن موقعیت برای مدت کوتاه	۴) ایجاد محدودیت رفتاری ^۳ : رفتارهایی که توسط مادر برای ایجاد تعادل میان مدیریت درد و فرزندپروری از طریق ایجاد محدودیت در محیط، برنامه روزانه و رفتارهای شخصی انجام می‌شود.
۷۶ مورد پاسخ مثبت داده‌اند که ۴۲ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند.	کودک بازی‌های فردی انجام می‌دهد، کودک در خانه می‌ماند، استراحت کردن والد در حالی که کودک حضور دارد.	۵) مادر وظایف فرزندپروری خود را کاهش می‌دهد ^۳ : مدیریت درد از طریق فعالیت کمتر در حیطه فرزندپروری
۷۷ مورد پاسخ مثبت داده‌اند که ۴۲/۵ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند.	راهبردهای مدیریت هیجانی و نگرش و نادیده‌گرفتن یا عدم تمرکز بر درد	۶) استفاده از انحراف توجه و نادیده گرفتن ^۳ : نمایان‌گر راهبرد هیجان‌محور لازاروس
۱۰۹ مورد پاسخ مثبت داده‌اند که ۶۰/۲ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند.	مادر وضعیت سلامتی خود را برای فرزندش توضیح می‌دهد یا کودک را او می‌داند برخی کارها را خودش انجام دهد.	۷) مادر کودک را تشویق می‌کند رفتارهای پخته‌تری داشته باشد ^۳ : انتظار مادر از کودک برای انجام رفتارهای بالغانه‌تر
۲۸ مورد پاسخ مثبت داده‌اند که ۱۵/۵ درصد از کل پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند.		۸) راهبردهای نامشخص: هیچ طرح مشخصی برای راهبردهای مقابله‌ای ندارند.

الف: دسته‌بندی شده در گروه رابط متقابل ب: دسته‌بندی شده در گروه باورها و انتظارات درباره چگونگی هماهنگ کردن فرزندپروری و مدیریت درد

پ: دسته‌بندی شده در مقابله رابطه محور

براساس فرضیه این پژوهش، میان چهار گروه مورد مطالعه در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی تفاوت معناداری وجود دارد. در گام نخست، تمام راهبردهای مورد استفاده توسط آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو در چهار گروه مورد مطالعه مقایسه شدند که نتایج در جدول ۴ نمایش داده شده است. فراوانی و درصد فراوانی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در هر گروه بیماری و در هر کدام از راهبردهای هشت‌گانه در جدول ۵ نمایش داده شده است.

در گام دوم راهبردهای مقابله‌ای که معنادار شده بودند در گروه‌های بیماری و کنترل به صورت جفت با استفاده از آزمون خی دو با یکدیگر مقایسه شدند. راهبردهایی که در مقایسه میان هر کدام از دو گروه مورد مطالعه معنادار بودند در جدول ۶ نمایش داده شده‌اند.

جدول ۴: مقایسه راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در چهار گروه مورد مطالعه

معناداری	df	خی دو	فراوانی				
			Control(n=32)	MS ³ (n=32)	LBP ² (n=67)	RA ¹ (n=50)	
۰/۰۰۱	۳	۲۷/۶۹	۱۶ (۵۰٪)	۲۴ (۷۵٪)	۵۷ (۸۵/۱٪)	۴۸ (۹۶٪)	راهبرد ۱
۰/۰۰۱	۳	۱۹/۲۶	۳۰ (۹۳/۸٪)	۱۶ (۵۰٪)	۳۵ (۵۲/۳٪)	۳۴ (۶۸٪)	راهبرد ۲
۰/۰۰۵	۳	۷/۶۲	۲۴ (۷۵٪)	۱۷ (۵۳/۱٪)	۵۳ (۷۹/۱٪)	۳۷ (۷۴٪)	راهبرد ۳
۰/۱	۳	۶/۱۵	۱۲ (۳۷/۵٪)	۱۴ (۴۳/۸٪)	۲۹ (۴۳/۳٪)	۳۱ (۶۲٪)	راهبرد ۴
۰/۰۰۱	۳	۲۰/۵۲	۲ (۶/۳٪)	۱۵ (۴۶/۹٪)	۳۴ (۵۰/۷٪)	۲۵ (۵۰٪)	راهبرد ۵
۰/۰۰۱	۳	۲۳/۷۳	۲ (۶/۳٪)	۲۰ (۶۲/۵٪)	۳۳ (۴۹/۳٪)	۲۲ (۴۴٪)	راهبرد ۶
۰/۰۰۹	۳	۶/۳۸	۱۳ (۴۰/۶٪)	۲۱ (۶۵/۶٪)	۴۲ (۶۲/۷٪)	۳۳ (۶۶٪)	راهبرد ۷
۰/۳۲	۳	۳/۴۴	۷ (۲۱/۹٪)	۶ (۱۸/۸٪)	۱۱ (۱۶/۴٪)	۴ (۸٪)	راهبرد ۸

1- Rheumatoid Arthritis 2-Low Back Pain 3- Multiple Sclerosis

راهبردهای مقابله‌ای که در چهار گروه مورد مطالعه معنادار شده‌اند در جدول ۴ با توضیح فراوانی و میزان معناداری در آزمون خی دو نمایش داده شده است.

جدول ۵: مقایسه راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در گروه‌های مختلف به صورت جداگانه

معناداری	df	χ^2	راهبردها	گروه‌ها
۰/۰۰۵	۱	۸/۰۳	راهبرد ۱	MS-RA
۰/۰۰۵	۱	۳/۷۵	راهبرد ۳	MS-RA
۰/۰۰۸	۱	۷/۰۵	راهبرد ۳	MS-LBP
۰/۰۰۳	۱	۴/۲۶	راهبرد ۱	MS-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۵/۱۵	راهبرد ۲	MS-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۳/۵۳	راهبرد ۵	MS-Control
۰/۰۰۱	۱	۲۲/۴۴	راهبرد ۶	MS-Control
۰/۰۰۱	۱	۲۴/۰۹	راهبرد ۱	RA-Control
۰/۰۰۶	۱	۷/۵۵	راهبرد ۲	RA-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۶/۹۱	راهبرد ۵	RA-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۳/۴۳	راهبرد ۶	RA-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۳/۷۵	راهبرد ۱	LBP-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۶/۵۵	راهبرد ۲	LBP-Control
۰/۰۰۱	۱	۱۸/۵۳	راهبرد ۵	LBP-Control
۰/۰۰۱	۱	۸۷/۵۲	راهبرد ۶	LBP-Control

میزان معناداری راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در گروه‌های مورد مطالعه به صورت جفت در جدول ۵ نمایش داده شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در سه گروه بیمار و گروه کنترل بود. براساس فرضیه زیربنایی این تحقیق نوع بیماری در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی تأثیر می‌گذارد. نتایج حاصل از مقایسه راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در چهار گروه مورد مطالعه نشان می‌دهند که میان گروه‌های بیمار و گروه کنترل در راهبردهای خودتیمارداری (راهبرد ۱)، سرگرم کردن کودک با فعالیت‌های مفید (راهبرد ۲)، کمک گرفتن از دیگران (راهبرد ۳)، کاهش وظایف فرزندپروری (راهبرد ۵) و انحراف توجه (راهبرد ۶) تفاوت معنادار وجود دارد. یافته‌های حاصل از مقایسه هر کدام از گروه‌ها با یکدیگر نشان داد که مادران مبتلا به RA از راهبرد خودتیمارداری (راهبرد ۱) و کمک گرفتن از دیگران (راهبرد ۳) به شکل معناداری بیشتر از مادران مبتلا به MS استفاده می‌کردند. نتایج هم‌چنین نشان دادند که بیماران مبتلا به LBP به شکل معناداری از راهبرد کمک گرفتن از دیگران (راهبرد ۳) نسبت به بیماران مبتلا به MS بیشتر استفاده می‌کنند. مادران مبتلا به RA هم‌چنین از راهبردهای خودتیمارداری (راهبرد ۱)، کاهش وظایف فرزندپروری (راهبرد ۵) و انحراف توجه (راهبرد ۶) نسبت به مادران گروه کنترل بیشتر استفاده کردند. اما در راهبرد سرگرم کردن فرزند (راهبرد ۲) فراوانی مادران گروه کنترل نسبت به مادران مبتلا به RA بیشتر بود. گروه کنترل از راهبرد سرگرم کردن فرزند (راهبرد ۲) نسبت به گروه LBP و MS به شکل معناداری بیشتر استفاده کردند. فراوانی استفاده از راهبردهای خودتیمارداری (راهبرد ۱)، کاهش وظایف فرزندپروری (راهبرد ۵) و انحراف توجه (راهبرد ۶) در مادران مبتلا به LBP نسبت به مادران گروه سالم به شکل معناداری بیشتر بود و در نهایت فراوانی استفاده از راهبرد کاهش وظایف فرزندپروری (راهبرد ۵) و انحراف توجه (راهبرد ۶) در مادران مبتلا به MS نسبت به گروه کنترل به شکل معناداری بیشتر بود.

درباره نقش راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در فرزندپروری مادران مبتلا به MS و RA، مطالعه‌ای توسط وایت و همکاران (۲۰۰۹) صورت گرفته است که در ادامه به بررسی نتایج آن می‌پردازیم. برخی از یافته‌های مطالعه حاضر همسو با مطالعه وایت و همکاران (۲۰۰۹) است که نشان می‌دهد مادران سالم بیشتر از مادران مبتلا به RA و MS از راهبرد سرگرم کردن فرزندان استفاده می‌کنند. استفاده بیشتر مادران سالم از راهبرد سرگرم کردن فرزندان نسبت به بیماران مبتلا به RA، LBP و MS را می‌توان با تأثیر کلی درد مزمن در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی توسط مادران مبتلا به هر کدام از سه دسته بیماری مورد مطالعه، تبیین کرد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که

مادران مبتلا به بیماری‌های مزمن در انجام وظایف فرزندپروری احساس ناتوانی می‌کنند و در مقایسه با مادران غیر بیمار مشکلات اجتماعی، روان‌شناختی و جسمانی بیشتری دارند (ایوانز، شیپتون، کینان، ۲۰۰۵). خستگی ناشی از بیماری بر کیفیت فرزندپروری مادران مبتلا به بیماری‌های خودایمنی به‌خصوص RA تأثیر زیادی می‌گذارد (وایت، وایت، فوکس^{۳۶}، ۲۰۰۹). بنابراین، کاهش وظایف فرزندپروری می‌تواند راهبرد مناسبی برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری مزمن در مادران مبتلا به این سه گروه بیماری باشد. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای مربوط به خود تیمارداری همچون ورزش و تن‌آرامی در مدیریت بهتر درد نقش دارند (لیدل^{۳۷}، باکستر^{۳۸}، گریسی^{۳۹}، ۲۰۰۴. ترنر، چپمن^{۴۰}، ۱۹۸۲). البته کارآمدی راهبردهای مذکور، بستگی به شیوه اجرا و مدیریت سایر بخش‌های زندگی دارد؛ به‌عنوان مثال، کاهش وظایف فرزندپروری اگر به‌عنوان راهبردی کلی برای فرار از مسئولیت‌های فرزندپروری و روزمره به کار برده شود می‌تواند تأثیر منفی بر جنبه‌های مختلف مدیریت درد و رابطه والد-فرزند داشته باشد. انحراف توجه به عنوان راهبردی شایع در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در مطالعات پیشین مورد بررسی قرار گرفته است (اکلستون^{۴۱}، ۱۹۹۵). برخی مطالعات نشان داده‌اند که انحراف توجه به عنوان یکی از راهبردهای مورد استفاده در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن با عملکرد بهتر در حیطه روان‌شناختی و اجتماعی ارتباط دارد (مک‌کراکن^{۴۲}، ۱۹۹۷؛ رنستیل^{۴۳}، کیف^{۴۴}، ۱۹۸۳). یافته‌های مشابهی درباره تأثیر انحراف توجه در کاهش استرس و ضایعات مغزی در بیماران مبتلا به MS وجود دارد (مهر^{۴۵} و همکاران، ۲۰۰۲). یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهند که مادران مبتلا به MS نسبت به سایر گروه‌های مورد مطالعه بیشتر از انحراف توجه استفاده می‌کنند. بدین ترتیب، بیشتر بودن فراوانی استفاده از راهبردهای خودتیمارداری (راهبرد ۱)، کاهش وظایف فرزندپروری (راهبرد ۵) و انحراف توجه (راهبرد ۶) در مادران مبتلا به RA و LBP و بیشتر بودن فراوانی استفاده از راهبردهای کاهش وظایف فرزندپروری، و انحراف توجه در مادران مبتلا به MS نسبت به مادران سالم را می‌توان مرتبط با مدیریت درد و ناتوانی ناشی از بیماری دانست. از سوی دیگر، استفاده بیشتر مادران سالم از راهبرد سرگرم کردن فرزند با فعالیت‌های مفید می‌تواند مرتبط با توانایی و انرژی بیشتر آن‌ها برای وقت گذاشتن و سرگرم کردن فرزند باشد.

برخی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر نیز با پژوهش وایت و همکاران (۲۰۰۹) همسو نیستند. مطالعه وایت و همکاران نشان داد که میان مادران مبتلا به RA و MS در استفاده از راهبرد محدودیت رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد. مطالعه مذکور همچنین تفاوت معناداری میان مادران مبتلا به RA، MS و گروه کنترل در استفاده از راهبرد کاهش وظایف فرزندپروری، انحراف توجه و کمک گرفتن از دیگران نشان نداد که در تضاد با یافته‌های مطالعه حاضر است. ناهمسو بودن یافته‌های دو پژوهش را می‌توان به سه عامل مرتبط دانست. نخستین عامل تفاوت در روش

جمع‌آوری داده‌هاست، زیرا در مطالعه حاضر از روش مصاحبه نیمه‌ساختاری برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است، در حالی که در مطالعه وایت و همکاران از پرسشنامه استفاده شده است، از سوی دیگر، روش آماری مورد استفاده در این مطالعه برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها خی‌دو بوده است، در حالی که وایت و همکاران از آنووا و آنکووا استفاده کرده‌اند که با توجه به کیفی بودن داده‌ها به نظر می‌رسد از نظر آماری مورد نقد باشد. سومین عامل تفاوت‌های فرهنگی میان دو کشور ایران و آمریکا است که به احتمال زیاد، در نتایج پژوهش تأثیر داشته است. به‌عنوان مثال، نقش زن در خانواده و احساس مسئولیت وی در قبال خانه‌داری در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیایی و فرهنگ فردگرای غربی متفاوت است (لو^{۴۶}، گیلومور^{۴۷}، کائو^{۴۸}، هوانگ^{۴۹}، ۲۰۱۱). در فرهنگ ایرانی با وجود این‌که در پنجاه سال اخیر نقش زنان در محیط خانواده و اجتماع تغییر کرده است اما همچنان باورهای سنتی درباره نقش زن به‌عنوان کدبانو در خانواده اهمیت خود را حفظ کرده‌اند (بهرامی‌تاش، ۲۰۰۳). بدین ترتیب، ممکن است اهمیت وظایف خانه‌داری در نظر یک زن آمریکایی که به بیماری مزمن مبتلا شده است کمتر از اهمیت آن در دیدگاه یک زن ایرانی باشد. بدین ترتیب امکان استفاده از راهبرد محدودیت رفتاری توسط مادر آمریکایی مبتلا به درد مزمن بیشتر از مادر ایرانی مبتلا به همان بیماری خواهد بود. مطالعات آتی در این زمینه می‌تواند در روشن کردن نقش فرهنگ در راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی مؤثر باشد.

همان‌طور که پیشتر اشاره شد، تفاوت معناداری میان بیماران مبتلا به RA و LBP در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی وجود ندارد. بیشتر بودن فراوانی استفاده از راهبرد خودتیمارداری و کمک خواستن از دیگری در مادران مبتلا به RA و LBP در مقایسه با مادران مبتلا به MS را می‌توان با توجه به نوع بیماری و عوارض ناشی از آن تبیین نمود. بیماران مبتلا به LBP عموماً از مشکلات مکانیکی همچون گرفتگی عضلانی و فشار فیزیکی به ستون مهره‌ها در نتیجه برداشتن بار سنگین رنج می‌برند. گزارش شده است که در حدود ۹۹ درصد از موارد مبتلا به کمر درد مزمن در این حیطه قرار می‌گیرد (هنجه^{۵۰} و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر فشار جسمانی، درد مفاصل را در مادران مبتلا به RA حداقل در کوتاه مدت افزایش می‌دهد (ترنر^{۵۱}، هلی ول^{۵۲}، امری^{۵۳}، وودبرن^{۵۴}، ۲۰۰۶). بدین ترتیب، راهبردهایی همچون خودتیمارداری می‌توانند با کاهش فشار جسمانی بر بیمار مبتلا به LBP یا RA در کاهش درد مزمن مؤثر باشند و احتمال استفاده از این راهبردها را در مادران مبتلا به بیماری‌های فوق‌الذکر افزایش دهد. نتایج مطالعات پیشین نیز نشان می‌دهد شدت بیماری در بیماران مبتلا به RA و LBP تا حدودی با استراحت، ورزش و تن‌آرامی که از راهبردهای مرتبط با خودتیمارداری می‌باشند، قابل کنترل است (تانندن^{۵۵} و همکاران، ۲۰۰۲. مک-کاولی^{۵۶} و همکاران، ۱۹۸۳). از سوی دیگر، با وجود این‌که برخی مطالعات، تأثیر راهبردهای خودتیمارداری همچون تن‌آرامی را در کنترل درد در بیماران مبتلا به MS گزارش کرده‌اند (جنسن

و همکاران، ۲۰۰۹)، اما در کل غیرقابل کنترل بودن سیر بیماری در MS (آیکنز^{۵۷}، فیشر^{۵۸}، نیمی^{۵۹}، رودیک^{۶۰}، ۱۹۹۷) راهبردهای خودتیمارداری را کم اثرتر می‌کند. "انجمن ملی تصلب چندگانه (آمریکا)^{۶۱}" (۱۹۹۶) چهار زیرگروه برای علائم و شدت بیماری MS تعریف کرده است (لودلین^{۶۲}، رین‌گولدز^{۶۳}، ۱۹۹۶) که در تمام آنها شدت گرفتن علائم بیماری و غیرقابل کنترل بودن آن در اکثر بیماران مبتلا به MS گزارش شده است (لودلین، رین‌گولدز، ۱۹۹۶. کومپستن^{۶۴}، کولز^{۶۵}، ۲۰۰۸). بدین ترتیب، با توجه به پیش‌رونده بودن سیر بیماری در MS، انحراف توجه، بیشتر از سایر راهبردها می‌تواند در مقابله با ناتوانی‌های ناشی از بیماری مؤثر باشد (مهر و همکاران، ۲۰۰۲). استفاده بیشتر مادران مبتلا به MS از راهبرد انحراف توجه را می‌توان با توجه به ارتباطی که میان غیرقابل کنترل بودن موقعیت‌های استرس‌زا و راهبردهای هیجان‌محور وجود دارد، تبیین کرد (فولکمن، موسکوویتز، ۲۰۰۴). با وجود این‌که مطالعه حاضر نشان می‌دهد مادران مبتلا به MS بیشتر از مادران مبتلا به RA، و LBP از راهبرد انحراف توجه استفاده می‌کنند، تفاوت میان گروه مادران مبتلا به MS و مادران مبتلا به RA و LBP معنادار نبوده که ممکن است به علت کم بودن حجم نمونه باشد.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های مطالعه حاضر در دسترس نبودن محل ویژه برای مصاحبه با شرکت‌کنندگان بود. بدین ترتیب، با توجه به این‌که مصاحبه در محیط بیمارستان و انجمن ام اس انجام شده، ممکن است محیط مصاحبه در آرامش شرکت‌کنندگان و نتیجه پژوهش تأثیرگذار بوده باشد. از سوی دیگر، جامعه آماری محدود به شهر تهران و چند بیمارستان بوده است که تعمیم نتایج را دشوار می‌کند. منبع اطلاعاتی در پژوهش حاضر خود بیماران بوده‌اند که امکان سوگیری را افزایش می‌دهد. کدگذاری اطلاعات در مطالعه حاضر توسط یک نفر انجام شده است که امکان سوگیری را افزایش می‌دهد. عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر هم‌چون جنسیت فرزندان، رضایت‌مندی زناشویی و عوامل اقتصادی نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی حجم نمونه افزایش یابد. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر تنها از مادران مبتلا به بیماری‌های مزمن مصاحبه به‌عمل آمده است، برای افزایش صحت اطلاعات و کاهش سوگیری احتمالی پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از سایر اعضای خانواده نیز مصاحبه به‌عمل آید. از آن‌جا که فرزندپروری و راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی وابسته به فرهنگ هستند، انجام مطالعات بین فرهنگی در مشخص شدن نقش فرهنگ می‌تواند تأثیرگذار باشد. با توجه به این‌که در

مطالعه حاضر راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در بافت رابطه مادر- فرزند تعریف شده است و کیفیت رابطه مادر- فرزند در فرایند رشد کودک تأثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود از مطالعات طولی در جهت افزایش اطلاعات درباره نقش راهبردهای مقابله‌ای ارتباطی در فرایند رشد کودک استفاده شود. بسیاری از متغیرهای مداخله‌گر در مطالعه فعلی کنترل نشده‌اند. پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار مطالعات آتی، متغیرهای مداخله‌گر همچون رضایت‌مندی زناشویی، جنسیت فرزند یا عوامل شخصیتی کنترل شود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانم مراتب سپاس و قدردانی خود را از پرسنل انجمن ام اس، بیمارستان امام خمینی و بیمارستان آتیه که با همکاری و مساعدت خود انجام این پژوهش را مقدور ساختند اعلام دارم.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. Dix | 34. Kothe |
| 2. Gershoff | 35. Henze |
| 3. Meunier | 36. Fox |
| 4. Miller | 37. Liddle |
| 5. Martin | 38. Baxter |
| 6. Clements | 39. Gracey |
| 7. Crnic | 40. Chapman |
| 8. Putnick | 41. Eccleston |
| 9. Barlow | 42. McCracken |
| 10. Evans | 43. Rosenstiel |
| 11. Shipton | 44. Keefe |
| 12. Keenan | 45. Mohr |
| 13. Zadinsky | 46. Lou |
| 14. Boyle | 47. Gilmour |
| 15. Kopp | 48. Kao |
| 16. Smith | 49. Huang |
| 17. Kayser | 50. Henschke |
| 18. Sormanti | 51. Turner |
| 19. Strainchamps | 52. Helliwell |
| 20. White | 53. Emry |
| 21. Mendoza | 54. Woodburn |
| 22. Bond | 55. Tandon |
| 23. Myhr | 56. McCauley |
| 24. Hannan | 57. Aikens |
| 25. Pisetsky | 58. Fischer |

- | | |
|---------------|---|
| 26. Archibald | 59. Namey |
| 27. Ehde | 60. Rudik |
| 28. Osborne | 61. National Multiple Sclerosis Society (USA) |
| 29. Jensen | 62. Ludlin |
| 30. Beiske | 63. Reingolds |
| 31. Kalia | 64. Compston |
| 32. Oconnor | 65. Coles |
| 33. Andersson | |

منابع

- Aikens, J. E., Fischer, J. S., Namey, M., & Rudick, R. D (1997). A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 433-445.
- Andersson, B. J. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354, 581-85.
- Archibald, C. J., McGrath, P. J., Ritvo, P. G., Fisk, J.D., Bhan, V., Maxner, C.E., Murray, T.J. (1994). Pain prevalence, severity and impact in a clinic sample of multiple sclerosis patients. *Pain*, 58(1), 89-93.
- Bahramitash, R. (2003). Revolution, Islamization, and woman's employment in Iran. *The Brown Journal of World Affairs*, 4, 229-241.
- Barlow, J. H., Cullen, L. A., Foster, N. E., Harrison, K., & Wade, M. (1999). Does arthritis influence perceived ability to fulfill a parenting role? Perceptions of mothers, fathers and grandparents. *Patient Education and Counseling*, 37, 141-51.
- Beiske, A. G., Pederson, E. D., Czujko, B., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E.D. (2004). Pain and sensory complaints in multiple sclerosis. *European Journal Neurology*, 11(7), 479-82.
- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self; voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M.W., & Jensen, M. P. (1999). Coping with pain. In R. J. Gatchel & D. J. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 343-359). New York: Guilford Publications.
- Compston, A., & Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet*, 372, 1502-17.
- Dix, T., Gershoff, E.T., Meunier, L. N., & Miller, P. C. (2004). The affective structure of supportive parenting: Depressive symptoms, immediate emotions, and child-oriented motivation. *Developmental Psychology*, 40, 1212-27.
- Eccleston, C. (1995). Chronic pain and distraction: An experimental investigation into the role of sustained and shifting attention in the processing of chronic persistent pain. *Behavior Research and Therapy*, 33, 391-405.
- Ehde, D. M., Osborne, T. L., & Jensen, M. P. (2005). Chronic pain in persons with multiple sclerosis. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 16, 503-12.
- Evans, S., Shipton, E. A., & Keenan, T. R. (2005). Psychosocial functioning of mothers with chronic pain: A comparison to pain-free controls. *European Journal of Pain*, 9, 683-90.

- Evans, S., Shipton, E. A., & Keenan, T. (2006). The relationship between maternal chronic pain and child adjustment: The role of parenting as a mediator. *Journal of Pain*, 7, 236–43.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Reviews of Psychology*, 55, 745-74.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Hannan, M. T. (1996). Epidemiologic perspectives on women and arthritis: An overview. *Arthritis Care and Research*, 9, 424–34.
- Henschke, N., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Herbert, R.D., Cumming, R.G., Bleasel, J., York, J., Das, A., McAuley, J.H. (2009). Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, 60, 3072–80.
- Henze, T. (2005). Managing specific symptoms in people with multiple sclerosis. *International MS Journal*, 12, 60–8.
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self in connection: Writings from the Stone Center's Jean Baker Miller Training Institute*. New York: Guilford.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jones, D. J., Shaffer, A., Forehand, R., Brody, G., & Armistead, L. (2003). Co parent conflict in single mother-headed African American families: Do parenting skills serve as a mediator or moderator of child psychosocial adjustment? *Behavior Therapy*, 34, 259–272.
- Jordan, J. V. (2004). The meaning of mutuality. In J. V. Jordan, M. Walker & L. M. Hartling, *Complexity of connection: Writings from the Stone Center's Jean Baker Miller Training Institute* (pp. 1-8). New York: Guilford.
- Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Miller, J. B., Stiver, I. P., & Surrey, J. L. (1991). *Women's growth in connection: More writings from the stone center* (pp. 9-24). New York: Guilford.
- Katz, P. P., Pasch, L. A., & Wong, B. (2003). Development of an instrument to measure disability in parenting activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*; 48, 935–43.
- Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 725–39.
- Kopp, M., Richter, R., Rainer, J., Kopp-Wilfling, P., Rumpold, G., & Hildegard, W. M. (1995). Differences in family functioning between patients with chronic headache and patients with chronic low back pain. *Pain*, 63, 219–24.
- Kothe, R., Kohlmann, T. H., Klink, T., Ruther, W., & Klinger, R. (2007). Impact of low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, 127, 103–108.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Liddle, S. D., Baxter, G. D., & Gracey, J. H. (2004). Exercise and chronic low back pain: What works? *Pain*, 107, 176–190.

- Lu, L., Gilmour, R., Kao, S., & Huang, M. (2006). A cross-cultural study of work/family demands, work/family conflict and wellbeing: The Taiwanese vs. British. *Career Development International, 11*, 9 – 27.
- Lublin, F. D., & Reingold, S. C. (1996). Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. *Neurology, 46*, 907–11.
- Martin, S. E., Clements, M. L., & Crnic, K. A. (2002). Maternal emotions during mother-toddler interaction: Parenting in affective context. *Parenting-Science and Practice, 2*, 105–26.
- McCaughey, J. D., Thelen, M. H., Frank, R. G., Willard, R. R., & Callen, K. E. (1983). Hypnosis compared to relaxation in the outpatient management of chronic low back pain. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 64*, 548-52.
- McCracken, L. M (1997). Attention to pain in patients with chronic pain: A behavioral approach. *Behavior Therapy, 28*, 271-281.
- Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Nelson, S., Cox, D., & Weiner, M. (2002). Moderating effects of coping on the relationship between stress and the development of new brain lesions in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine, 64*, 803-809.
- Myhr, K. M. (2008). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica(Supplementum), 188*, 12–21.
- Pisetsky, D. S. (2007). Clinician's comment on the management of pain in arthritis. *Health Psychology, 26*, 657–9.
- Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K.M., Suwalsky, J. T. D., & Collins, W. A. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology, 22*, 752–63.
- Rosensteil, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain, 17*, 33-44.
- Smith, A. A. (2003). Intimacy and family relationships of women with chronic pain. *Pain Management Nursing, 4*, 134–42.
- Taylor, J. M., Gilligan, C., & Sullivan, A. M. (1996). *Between voice and silence*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Tendon, T., Weaver, M. A., & Gordon, V (2002). Pain management for low back pain. *Current Opinion Orthopedics, 13*, 165-171.
- Turner, J. A., & Chapman, C. R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: A critical review relaxation training and biofeedback. *Pain, 12*, 1-21.
- Turner, D. E., Helliwell, P. S., Emery, P., & Woodburn, J. (2006). The impact of rheumatoid arthritis on foot function in the early stages of disease: A clinical case series. *BMC Musculoskeletal Disorder, 7*, 102.
- White, C. P., Mendoza, J., White, M. B., & Bond, A. (2008). Chronically ill mothers experiencing pain: Relational coping strategies used while parenting young children. *Chronic Illness, 5*, 33–45.
- White, C. P., White, M. B., & Fox, M. A. (2009). Maternal fatigue and its relationship to the caregiving environment. *Families, Systems, & Health, 27*, 325-345.
- Zadinsky, J. K., & Boyle, J. S. (1996). Experiences of women with chronic pain. *Health Care for Women International, 17*, 223–32.