

October–November 2020, Volume 8, Issue 4

Investigating the relationship between social capital and coping with Multiple Sclerosis

Pegah khorasanipour¹, Bahman dashtbozorgi^{2*}, Nastaran Majdinasab³,
Seyed Mahmoud Latifi⁴

1- MSc Student of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- Nursing Instructor, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: bahnurse@ajums.ac.ir

3- Associate Professor, Department of Neurology, School of medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Professor of Statistics, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Received: 21 April 2020

Accepted: 9 Sep 2020

Abstract

Introduction: Coping methods and social support play a role in adapting patients with multiple sclerosis (MS) to the complications of the disease. This study was designed and conducted to determine the relationship between social capital and coping styles of MS patients.

Methods: The present study was descriptive-analytical. The study population was all patients with MS referred to Ahvaz MS Association. 40 people were selected as the research sample and available sampling method according to the inclusion characteristics. Data collection tools in this study were Onyx and Bullen's social capital questionnaires and Lazarus and Folkman's coping strategies. After data collection, the data were analyzed using the Pearson correlation coefficient and SPSS software version 22.

Results: 70% of the patients were female, 45% were housewives and 55% had lower diploma literacy. 50% of them reported their social capital as low. Patients used problem-oriented coping styles more than emotion-oriented ones. 45% of them used coping styles to a lesser extent. Based on the results of the correlation coefficient test, there was a positive and statistically a significant correlation between the two variables of social capital and problem-oriented coping strategies in the studied patients ($P = 0.03$), but between coping styles and its dimensions including Cognitive ($P = 0.158$), structural ($P = 0.264$) and communicative ($P = 0.355$), no statistically a significant correlation was found.

Conclusions: Because social capital has a positive and direct role in adapting to the problems caused by MS, it is necessary to work to increase the capital and social support of these patients and also to focus on the use and application of these funds by patients to cope with their problems.

Keywords: Multiple Sclerosis, Coping Styles, Social Capital.

بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

پگاه خراسانی پور^۱، بهمن دشت بزرگی^{۲*}، نسترن مجددی نسب^۳، سید محمود لطیفی^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲- مربی پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: bahnurse@ajums.ac.ir

۳- دانشیار گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۴- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲

چکیده

مقدمه: روش های مقابله ای و حمایت اجتماعی در تطابق بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) با عوارض ناشی از بیماری نقش دارند. این پژوهش با هدف تعیین رابطه سرمایه اجتماعی با سبک های مقابله ای بیماران MS طراحی و انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS اهواز بود. ۴۰ نفر با توجه به ویژگی های ورود به مطالعه به عنوان نمونه پژوهش و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری داده ها در این مطالعه عبارت بودند از پرسشنامه های سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن و راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن. پس از جمع آوری داده ها، داده ها با استفاده از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: ۷۰ درصد بیماران مورد مطالعه زن، ۴۵ درصد خانه دار و ۵۵ درصد آنها سطح سواد دیپلم به پایین داشتند. ۵۰ درصد آنها سرمایه اجتماعی خود را در حد کم گزارش کردند. بیماران از سبکهای مقابله ای مساله مدار بیشتر از هیجان مدار استفاده می کردند. ۴۵ درصد آنها از سبکهای مقابله ای به میزان کم استفاده می کردند. بر اساس نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی، بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و راهبردهای مقابله ای مساله مدار در بیماران مورد مطالعه، همبستگی مثبت و معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/03$) ولی بین سبک های مقابله ای و ابعاد آن شامل: شناختی ($P=0/158$)، ساختاری ($P=0/264$) و ارتباطی ($P=0/355$)، همبستگی معنی دار آماری یافت نشد.

نتیجه گیری: به دلیل اینکه سرمایه اجتماعی در تطابق با مشکلات ناشی از بیماری MS نقش مثبت و مستقیمی دارد، می بایستی در جهت افزایش سرمایه و حمایت اجتماعی این بیماران کار کرد و همچنین روی استفاده و کاربرد این سرمایه ها توسط بیماران در کنار آمدن با مشکلات خود تمرکز کرد.

کلید واژه ها: مولتیپل اسکلروزیس، سبک های مقابله ای، سرمایه اجتماعی.

مقدمه

سفید دستگاه عصبی منجر شده و تاثیر خود را بر برقراری ارتباط بین نورون های مغز و نخاع نشان می دهد (۱). بیماری MS مهمترین دلیل ناتوانی های غیرتروماتیک عصبی در بین جوانان در جهان به شمار می آید (۲). روند رو به رشد این بیماری طی سالیان اخیر بر اهمیت آن می افزاید به طوری که آخرین مطالعه اپیدمیولوژیک که در سال ۲۰۱۳ میلادی انجام شد، نشان داد که تعداد مبتلایان به این بیماری رقمی برابر با ۲/۳ میلیون نفر در سطح جهان

بیماری تصلب بافت چندگانه که با نام اختصاری ام اس (MS: Multiple Sclerosis) شناخته می شود یک اختلال خود ایمنی است که منجر به التهاب سیستم عصبی مرکزی بدن (CNS: Central Nervous System)، از بین رفتن غلاف میلین اطراف سلول های عصبی، گلیوزیس و از بین رفتن آکسون ها می شود. از بین رفتن این سلول ها به ناهنجاری هایی در بخش

دو گروه کلی مقابله‌های مساله مدار و مقابله‌های هیجان مدار تقسیم می‌شوند (۱۲). آگاهی از این استراتژی‌های مقابله‌ای در کنار دریافت درمان‌های پزشکی، برای تجربه زندگی بهتر بسیار مهم است (۱۳). در بیماران مبتلا به MS، شبیه به سایر بیماری‌های مزمن، شکست در عملکرد روانی، فیزیکی و اجتماعی منجر به ایجاد یک استراتژی مقابله‌ای خاص برای به حداقل رساندن یا به طور کامل مقابله با پیامدهای ناخواسته اختلال در شخصیت و نظام ارزشی او می‌شود (۱۴). پکنهام و همکاران نشان دادند که سبک مقابله‌ای هیجان محور با سطوح سازشی ضعیف تر و مشکلاتی همچون افسردگی، درماندگی و دشواری در سازش اجتماعی در بیماران مبتلا به MS رابطه دارد و سبک مقابله مسأله محور با جنبه‌هایی از سازش بهتر مرتبط است (۱۵). هماهنگ با این یافته، ایکنز و همکاران نیز نشان دادند که تنها راهبرد مقابله برای پیش بینی نشانه‌های خلقی در بیماران مبتلا به MS مقابله اجتنابی هیجان محور و استفاده نکردن از راهبردهای مقابله مثبت است (۱۰). این در حالی است که در مطالعه میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، مشخص شد که بیماران مبتلا به MS، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند (۱۶). نتایج پژوهش مک کب (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به MS (به ویژه مردان) نسبت به افراد عادی کمتر از روش‌های مقابله‌ای مساله مدار همانند روش حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و در همه سطوح تطابق پائین تری دارند و بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند (۱۷). همچنین این مورد در مطالعه بابایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز تایید شده است (۱۸). به نظر می‌رسد روش‌های مقابله‌ای در تطابق بهتر بیماران MS با عوارض ناشی از بیماری و همچنین شرکت بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی مؤثر باشند (۱۹). مشارکت اجتماعی یعنی در هم آمیختن با سایرین که خود در سازگاری و تطابق با بیماری نقش مهمی را بازی می‌کند. دریافت حمایت از اجتماع، خود یک مقابله مؤثر و سازگارانه می‌باشد. این بدین معنی است که بخشی از سلامتی ما در جامعه تعریف می‌شود. بر اساس پژوهش‌های پیشین از مهمترین عواملی که با بهبود بیماری و سلامت انسان‌ها به صورت کلی، ارتباط دارد، باید به سرمایه اجتماعی و پیوند افراد با همدیگر و حمایت اجتماعی ادراک شده اشاره نمود (۲۰). لذا یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت که توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده، حمایت اجتماعی است که خود نوعی از سرمایه اجتماعی است.

بوده است که البته برخی از این افزایش شیوع را می‌توان به پیشرفت‌ها در زمینه مقابله با این بیماری و در نتیجه افزایش بقای بیماران مبتلا به MS نسبت داد (۳). شیوع این بیماری در غرب اروپا و امریکای شمالی بیش از سایر مناطق جهان برآورد شده اما این روند ثابت نبوده و مطالعات انجام شده در این مناطق نشان داده که بیماری در این نواحی روند رو به رشدی دارد (۴). شیوع بیماری MS در خاور میانه و شمال آفریقا نیز در سطح متوسط و بالا گزارش شده است و میانگین کلی شیوع بیماری در این منطقه برابر با ۵۱/۵۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (۵). روند بیماری MS در ایران نیز از سایر کشورها متمایز نیست، به طوریکه شیوع بیماری از ۴۵ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۴/۵ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است (۲).

این بیماری دارای علائم و نشانه‌های مختلفی است و همچنین عوارض و عواقب متفاوتی به همراه دارد. کم توانی و نهایتاً ناتوانی، محدودیت‌های حرکتی، استرس، اختلالات روانی و عصبی از جمله افسردگی و... از عوارض مهم و عمده‌ای است که این بیماری می‌تواند در زندگی فردی و اجتماعی این بیماران بر جای بگذارد (۶). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به MS نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون استرس و اضطراب می‌باشند. مطالعه بیسک و همکاران در نروژ نشان داد، ۱۹٪ بیماران مبتلا به MS از اضطراب شاکی بودند؛ به طوری که شیوع اضطراب در این بیماران بطور معنی داری از جمعیت عادی بیشتر بود (۷). برخی مطالعات این میزان را ۲۵ تا ۴۰ درصد برآورد کرده‌اند (۸). امید به زندگی افراد دارای MS، ۵ تا ۱۰ سال کمتر از دیگران است (۹). ابتلای به بیماری و الزام بیمار به مراقبت‌های خاص از خویش، موجب چالش‌های فراوانی در زندگی روزمره می‌شود که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای به منظور سازگاری با بیماری و مشکلات آن ضروری است (۱۰). پس سازگاری و مقابله با بیماری و تبعات آن امری مهم و ضروری می‌باشد.

استراتژی‌های مقابله‌ای نقش مهمی در جهت گیری برای برطرف کردن شرایط مشکل ایجاد شده بازی می‌کنند. "مقابله" به عنوان مقاومت در برابر حوادث یا عواملی که در افراد استرس ایجاد می‌کند و واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد در تلاش برای تحمل این شرایط تعریف می‌شود (۱۱). در یک جمع بندی کلی می‌توان آن را به منزله یک کوشش شناختی یا رفتاری برای مدیریت موقعیت‌هایی دانست که از نظر فرد استرس زا بوده و به

در انتخاب نوع و روش مقابله ای بیماران منبع مهمی به حساب بیاید. در این رابطه مطالعه حسن نژاد و همکاران نشان داد، بین سازگاری و حمایت اجتماعی ارتباط وجود دارد (۳۰). از سوی دیگر همانطور که اشاره شد، سبک های مقابله ای نیز با سلامتی ارتباط دارند، بطوریکه سبک های مقابله ای صحیح، نقش مهمی در سیر، کنترل، درمان و سازگاری روانی- اجتماعی بیماران دارند (۲۸). لذا این امر در مطالعات و پژوهش های انجام شده در سازگاری بیماران مبتلا به MS بایستی مورد توجه قرار گیرد. به طور کلی میتوان عنوان کرد که سرمایه اجتماعی یکی از منابع مهم سازگاری با مشکلات جسمی و روانشناختی و همچنین در انتخاب روش مقابله ای افراد به حساب می آید و با توجه به این که این عوامل با سلامتی ارتباط دارند لذا سرمایه اجتماعی و روش مقابله ای در بین بیماران مبتلا به MS اهمیت ویژه ای دارد و باید مورد توجه قرار گیرد.

کسب اطلاعات لازم درباره روش های مقابله ای بیماران MS و عوامل موثر بر بکارگیری آن ها، برای پیشبرد بهتر درمان و ایفای نقش سازنده روان پرستاران ضروری به نظر می رسد. مهم ترین هدف روان پرستاری، تشویق بیمار در برخورد با واقعیات زندگی و پذیرش هر چه زودتر انجام کارهای مستقل می باشد. از این رو گمان می رود تعیین رابطه شاخص های روانشناختی، شخصیتی و جامعه شناختی با روش های مقابله ای بیماران MS می تواند در این باره مفید باشد. چرا که اغلب بیماران با مشکلات ناشی از رژیم درمانی همچون کنترل مداوم، معاینه های بالینی مرتب، تبعیت از رژیم دارویی، تغییر شیوه زندگی در قالب تغذیه، ورزش و کنترل وزن مواجه می باشند (۳۰). اگرچه مطالعات پیشین درباره سبک های مقابله ای بیماران و افراد سالم و نقش سرمایه اجتماعی در شاخص های روانی- اجتماعی افراد انجام شده است، اما هر کدام از مطالعات به یک بعد یا یک مفهوم از موارد مورد نظر ما پرداخته اند. در جستجوی سایت ها و پایگاه های عرضه اطلاعات علمی مورد جستجو به مطالعاتی که حمایت یا سرمایه اجتماعی را بعنوان یک عامل پیش بینی کننده یا موثر بر انتخاب و بکارگیری نوع خاصی از استراتژی های مقابله ای مورد بررسی قرار داده باشند، برخوردیم. از آنجائیکه سرمایه اجتماعی در زمان بروز مشکلات و برای مقابله با آنها، از اهمیت زیادی برخوردار است، اهمیت توجه به این مهم و انجام پژوهش در این زمینه توجیه پیدا می کند، بویژه در بیماران مبتلا به MS که از جمله بیماری های خاص بوده و مشکلات متعدد روانی و اجتماعی را تجربه می کنند. این تحقیق در ادامه

سرمایه اجتماعی عبارت است از برخورداری افراد از منابع و حمایت در روابط و پیوندهای اجتماعی (۲۱). با توجه به همبستگی موجود بین شاخص های سرمایه اجتماعی و سلامت و همچنین ارتباط منفی آن با مرگ و میر، سرمایه اجتماعی برای بیماران مبتلا به MS از اهمیت زیادی برخوردار است و باید سرمایه اجتماعی را نیز به عنوان یکی از نیازهای بیماران مبتلا به MS در نظر داشت (۲۲). مطالعات مختلف نشان داده اند که حمایت اجتماعی میتواند سبب پیشگیری از وقوع عوارض منفی روحی در فرد شود و همچنین منجر به افزایش خود مراقبتی و اعتماد به نفس در بین افراد شود (۲۴). تحقیقات نشان داده است که سرمایه اجتماعی از طریق کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و تبعیت از رژیم درمانی نقش مؤثری در کنترل و پیشگیری از عوارض بیماری دارد (۲۵). پاتنام معتقد است که سرمایه اجتماعی و سلامتی به چهار دلیل با هم ارتباط دارند: الف: شبکه های اجتماعی به گونه ای کمک های مادی را در اختیار افراد قرار می دهند که سبب کاهش اضطراب می شوند؛ ب: شبکه ها معیارهای سلامتی و بهداشت را تقویت می کنند؛ ج: شبکه ها بهتر می توانند خدمات بهداشتی مناسب را تقاضا کنند و د: تکامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال تر شدن سیستم دفاعی بدن می شود (۲۰). فرض بر این است که فضاهای اجتماعی که دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد هستند، بواسطه حمایت اجتماعی، بهداشت مناسب را ایجاد و یا تسهیل می کنند. در واقع، سرمایه اجتماعی می تواند با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل، سلامتی افراد را تقویت کند (۲۲). در مطالعه رایز و همکاران (۲۰۱۹)، میزان سرمایه اجتماعی کلی مبتلایان به بیماری MS، بسیار اندک گزارش شده است (۲۶). همچنین در مطالعه ریماز و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد که سرمایه اجتماعی مبتلایان به بیماری MS، در تمامی ابعاد آن کمتر از ۵۰ درصد بوده است (۲۷). کرواکووا و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که حمایت اجتماعی که از طرف دوستان بیماران مبتلا به MS ارائه می شد، با سلامت عمومی بیماران ارتباط مثبت داشت و با افزایش حمایت دوستان و جامعه، سلامت عمومی بیماران نیز بیشتر می شد (۲۸). مطالعه علیپور و همکاران نیز نشان داد که میان حمایت دوستان و سلامت روان زنان مبتلا به MS ارتباط مثبت وجود دارد و با افزایش حمایت دوستان، سلامت روان زنان مبتلا به MS بیشتر می شد (۲۹). لذا می توان گفت استفاده از حمایت و سرمایه اجتماعی می تواند در سازگاری با مشکلات جسمی و روانشناختی و

مسأله (سوالات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۸، ۴۹ و ۵۲) و برآورد مجدد مثبت (سوالات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰) در گروه راهبردهای مسأله مدار و مقابله رویاروییگری (سوالات ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۶۴)، دوری جویی (سوالات ۱۵، ۲۱، ۴۱ و ۴۴)، خویشتن داری (سوالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳)، گریز و اجتناب (سوالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹) در گروه راهبردهای هیجان مدار. نمره گذاری این پرسشنامه به دو روش خام و نسبی انجام می گیرد. نمرات خام توصیف کننده تلاش مقابله ای برای هر یک از هشت خرده مقیاس میباشد و نمره نسبی، نسبت تلاش در هر نوع مقابله را توصیف میکند. در هر دو روش، نمره گذاری افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهارگزینه ای لیکرت می باشد که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می دهد: صفر نشانگر (بکار نبردم)، یک نشانگر (خیلی کم تا حدی)، دو نشانگر (کمی به کار بردم)، و سه نشانگر (به مقدار زیاد به کار بردم). چنانچه نمره کسب شده توسط شرکت کننده عددی بین صفر تا ۶۶ باشد بیانگر میزان بکارگیری سبک مقابله ای در حد پایین، چنانچه نمره کسب شده عددی بین ۶۷ تا ۱۱۰ باشد بیانگر بکارگیری سبک مقابله ای در حد متوسط و چنانچه نمره کسب شده عددی بالاتر از ۱۱۱ باشد بیانگر بکارگیری سبک مقابله ای در حد بالا می باشد. از نظر روایی و پایایی این پرسشنامه که به کرات در مطالعات داخلی و خارجی بکار گرفته شده است. در بررسی فولکمن و لازاروس پایایی این پرسشنامه با روش همسانی درونی ۰/۷۵ و پایایی خرده مقیاسهای آن ۰/۶۱ برای سبک مقابله دوری جو و تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد مثبت گزارش شده است (۳۱). همچنین آقابوسفی پایایی آن را در ایران مورد تایید قرار داده است (۳۲). پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن جهت سنجش میزان سرمایه اجتماعی مورد استفاده قرار می گیرد که شامل سه بعد کلی شناختی (سوالات ۴-۵-۶-۷-۸-۱۰-۱۴-۱۵-۱۶-۲۳-۲۴-۲۵ و ۲۶)، ساختاری (سوالات ۱-۲-۳-۱۹-۲۱-۲۷-۲۸-۲۹ و ۳۰) و ارتباطی (سوالات ۹-۱۱-۱۲-۱۳-۱۷-۱۸-۲۰-۲۲ و ۳۱) بوده و در برگیرنده خرده مقیاس های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت، تعاملات با همسایگان، تعاملات با خانواده، تحمل تنوع، ارزش زندگی می باشد که جمعاً شامل ۳۱ گویه بوده و برای نمره گذاری از ۱ برای خیلی کم، ۲ برای کم، ۳ برای زیاد و ۴ برای خیلی زیاد استفاده می شود. حداقل و حداکثر امتیازات این مقیاس به لحاظ نظری به ترتیب ۳۱ و ۱۲۴ است. از نظر روایی و پایایی این پرسشنامه بایستی اشاره شود که با اجرا بر روی ۱۲۰۰ نفر در ۵ ایالت استرالیا توسط

مطالعات موجود، در زمینه روش های مقابله با استرس در بیماران، تلاش داشت به این سوال پاسخ دهد که آیا بین سرمایه اجتماعی و سبک های مقابله ای بکار گرفته شده در بیماران مبتلا به MS ارتباط وجود دارد؟ و لذا هدف این مطالعه " تعیین رابطه بین سرمایه اجتماعی و سبک های مقابله ای بیماران MS " بود تا بواسطه اطلاعات کسب شده از آن، بتوان در شناسایی و کمک به کاهش مشکلات روانشناختی این بیماران گامی برداشت.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد که در آن به بررسی ارتباط بین سبک های مقابله ای و سرمایه اجتماعی بیماران مبتلا به MS پرداخته شده است. جامعه آماری این مطالعه عبارت بود از ۱۳۰۰ بیمار مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS شهرستان اهواز که در این انجمن دارای پرونده بودند. محیط انجام این پژوهش انجمن MS اهواز بود و دلیل انتخاب آن نیز دسترسی آسان به واحدهای مورد پژوهش بود. برای تعیین حجم نمونه ابتدا بر روی ۱۵ بیمار عضو انجمن MS اهواز مطالعه مقدماتی صورت گرفت که میزان همبستگی بین متغیرهای اصلی مطالعه برای نمونه ۱۵ تا ۵۱ درصد است و با استفاده از فرمول آماری $N = \frac{C^2}{\alpha^2} + 3$ ، $(C = 0.5)$ و $(\alpha = 0.1)$ تعیین و حجم نمونه ۳۹ نفر محاسبه و در نهایت نمونه پژوهش ۴۰ نفر تعیین شد. روش نمونه گیری در این مطالعه بصورت نمونه گیری در دسترس بود. معیارهای ورود برای مطالعه شامل عدم تجربه بحران خاص طی مدت زمان شش ماه پیش از مطالعه، توانایی تکمیل پرسشنامه ها، داشتن سن بالای ۱۵ سال و کمتر از ۵۰ سال و رضایت برای شرکت در مطالعه بود و معیار خروج شامل نمونه هایی که پرسشنامه تحقیق را ناقص پر کرده بودند. روش گردآوری داده ها در این مطالعه بصورت میدانی و با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعاتی در خصوص سن، جنس و تحصیلات و دو پرسشنامه: راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن و پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن بود. پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن: به منظور بررسی راه های مقابله ای از نمونه فارسی این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه که شامل ۶۶ سوال که دربرگیرنده ۸ خرده مقیاس میباشد که عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی (سوالات ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵)، مسئولیت پذیری (سوالات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱) حل مدیرانه

توصیف داده ها و از آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای تحلیل ارتباط بین متغیرهای مطالعه استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد و در همه آزمون ها، سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش با توضیح حفظ اصل رازداری و حفظ امانت در مورد اطلاعات شخصی مددجویان، اعتماد آنها جلب شد. این پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، کد IR.AJUMS.REC.1398.363 را دریافت داشته و در آن کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شده است.

یافته ها

پژوهش حاضر بر روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس انجام گرفت. که از این تعداد ۷۰ درصد (۲۸ نفر) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد $34/2 \pm 6/4$ سال بود که ۸۲/۵ درصد (۳۳ نفر) میانگین سنی بین ۱۸-۴۰ سال داشتند. همچنین اکثر بیماران خانه دار (۴۵ درصد) و دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم (۵۵ درصد) بودند. (جدول ۱)

جدول ۱: فراوانی و درصد اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

اونیکس و بولن (۲۰۰۰) و تحلیل عاملی به روش واریمکس، ضریب همبستگی ۰/۵۲ تا ۰/۸۷ و ضریب پایایی ۰/۸۴ بدست آمد (۳۳). پایایی این پرسشنامه در تحقیق رجعی گیلان و همکاران (۱۳۹۲) برای بعد شناختی ۰/۸۴، بعد ساختاری ۰/۷۹ و بعد ارتباطی ۰/۷۴ گزارش شده است (۳۴). پژوهشگران پس از تصویب موضوع و تأیید معاونت پژوهشی دانشگاه و کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، همراه با معرفی نامه رسمی از دانشکده و مسئولین ذیربط به محیط پژوهش مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین مربوطه و واحدهای مورد پژوهش و کسب اجازه از آنها، اقدام به نمونه گیری نمودند. پژوهشگران خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی کرده و توضیحات کافی در خصوص پژوهش، اهداف و روش اجرای آن به واحدهای مورد پژوهش دادند. پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی از آنها، پرسشنامه تحقیق در اختیار آنها قرار داده شد و پس از تکمیل، پرسشنامه ها جمع آوری و نتایج استخراج شد. به منظور انجام تحلیل های آماری در گام نخست نرمال بودن توزیع داده ها در متغیرهای اصلی مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد و پس از تأیید نرمال بودن توزیع داده ها (۰/۰۵ < P)، از شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار برای

متغیرهای دموگرافیک	فراوانی (%)
سن	۱۸-۴۰ (۸۲/۵) ۳۳
(سال)	۴۱-۶۰ (۱۷/۵) ۷
جمع کل	۴۰ (۱۰۰)
جنسیت	مرد (۳۰) ۱۲
	زن (۷۰) ۲۸
جمع کل	۴۰ (۱۰۰)
وضعیت اشتغال	کارمند (۳۵) ۱۴
	خانه دار (۴۵) ۱۸
	آزاد (۲۰) ۸
جمع کل	۴۰ (۱۰۰)
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم (۵۵) ۲۲
	دانشگاهی (۴۵) ۱۸
جمع کل	۴۰ (۱۰۰)

پگاه خراسانی پور و همکاران

است. همچنین در بعد ساختاری و ارتباطی به ترتیب ۵۷/۵ درصد (۲۳ نفر) و ۶۲/۵ درصد (۲۵ نفر) از بیماران، سرمایه اجتماعی خود را متوسط گزارش کردند. (جدول ۲)

هیچکدام از بیماران از سرمایه اجتماعی در حد بالا برخوردار نبودند. در بعد شناختی ۵۵ درصد (۲۲ نفر) بیماران از سرمایه اجتماعی کمی برخوردار بودند و تنها ۲/۵ درصد (۱ نفر) سرمایه اجتماعی خود را در این بعد در حد بالا گزارش کرده

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد واحدهای مورد پژوهش بر اساس میزان سرمایه اجتماعی در ابعاد مختلف

میزان	سرمایه اجتماعی کلی (%) N	سرمایه اجتماعی شناختی (%) N	سرمایه اجتماعی ساختاری (%) N	سرمایه اجتماعی ارتباطی (%) N
کم	۲۰ (۵۰)	۲۲ (۵۵)	۹ (۲۲/۵)	۲۵ (۶۲/۵)
متوسط	۲۰ (۵۰)	۱۷ (۴۲/۵)	۲۳ (۵۷/۵)	۲۳ (۵۷/۵)
بالا	۰ (۰)	۱ (۲/۵)	۸ (۲۰)	۱ (۲/۵)
جمع کل	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)

در ابعاد مختلف را در (جدول ۳) می توانید مشاهده کنید که طبق این جدول اکثریت واحدهای مورد پژوهش از سبک های مقابله ای هیجان مدار و مساله مدار در حد متوسط استفاده می کردند.

در رابطه با انواع سبک های مقابله ای در بیماران MS، میانگین و انحراف معیار در سبک مقابله ای هیجان مدار $(1/67 \pm 0/57)$ و در سبک مقابله ای مساله مدار $(1/87 \pm 0/56)$ بود. همچنین توزیع فراوانی سبک مقابله ای

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد واحدهای مورد پژوهش بر اساس میزان استفاده از سبک مقابله ای

میزان	سرمایه اجتماعی کلی (%) N	سرمایه اجتماعی شناختی (%) N	سرمایه اجتماعی ساختاری (%) N	سرمایه اجتماعی ارتباطی (%) N
کم	۲۰ (۵۰)	۲۲ (۵۵)	۹ (۲۲/۵)	۲۵ (۶۲/۵)
متوسط	۲۰ (۵۰)	۱۷ (۴۲/۵)	۲۳ (۵۷/۵)	۲۳ (۵۷/۵)
بالا	۰ (۰)	۱ (۲/۵)	۸ (۲۰)	۱ (۲/۵)
جمع کل	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)

بین سبک های مقابله ای و ابعاد سرمایه اجتماعی در بعد شناختی $(P=0/158)$ ، بعد ساختاری $(P=1/264)$ و بعد ارتباطی $(P=0/355)$ هیچگونه همبستگی معنی دار آماری وجود ندارد.

به منظور تعیین همبستگی بین مولفه های سرمایه اجتماعی با سبک های مقابله ای، از آزمون های همبستگی استفاده شد. همانطور که در (جدول ۴) مشاهده می شود

جدول ۴: همبستگی بین سرمایه اجتماعی در ابعاد مختلف و سبک های مقابله ای در واحدهای مورد پژوهش

متغیر وابسته	متغیر مستقل	R	p-value
سرمایه اجتماعی بعد شناختی	راهبردهای مقابله ای	۰/۲۲۷*	۰/۱۵۸
سرمایه اجتماعی بعد ساختاری	راهبردهای مقابله ای	۰/۱۸۱*	۰/۲۶۴
سرمایه اجتماعی بعد ارتباطی	راهبردهای مقابله ای	۰/۱۵۰*	۰/۳۵۵

*سطح معنی داری ۰/۰۵

ولی بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و سبک مقابله ای هیجان مدار، همبستگی معنی دار آماری وجود ندارد $(P=0/18)$. (جدول ۵)

نتایج حاصل از ضریب همبستگی نشان داد، بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و راهبردهای مقابله ای مساله مدار همبستگی مثبت و معنی دار آماری وجود دارد $(P=0/03)$.

جدول ۵: همبستگی بین سرمایه اجتماعی در ابعاد مختلف و سبک های مقابله ای در واحدهای مورد پژوهش

سرمایه اجتماعی		متغیر مستقل	متغیر وابسته
p-value	R		راهبرد مقابله ای مساله مدار
۰/۰۳	۰/۳۳۸*		راهبرد مقابله ای هیجان مدار
۰/۱۸	۰/۲۱۴*		راهبرد مقابله ای هیجان مدار

*سطح معنی داری ۰/۰۵

بحث

این مطالعه توصیفی با هدف تعیین ارتباط بین سرمایه‌های اجتماعی با سبک‌های مقابله‌ای بکار گرفته شده در بیماران مبتلا به MS شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ طراحی و انجام شد. در خصوص یافته‌های دموگرافیک این مطالعه بایستی اشاره شود که تفاوت‌ها در جامعه، نوع مطالعه، محیط مطالعه و سایر متغیرها می‌تواند اختلاف و تفاوت‌های مشاهده شده را توجیه کند، ولی از نظر آماری مقایسه نتایج می‌تواند مفید باشد هرچند روی تفاوت‌ها تأکید نمی‌شود. در این مطالعه میانگین سنی بیماران $34/2 \pm 6/4$ بود که مشابه مطالعه ریماز و همکاران با هدف تعیین رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است که در آن میانگین سنی بیماران $34/8 \pm 9/6$ بدست آمد (۲۷).

در رابطه با سرمایه اجتماعی بیماران مبتلا به MS، باید بیان داشت که نتایج بدست آمده مطابق با (جدول ۲) نشان می‌دهد که هیچکدام از واحدهای مورد پژوهش از سرمایه اجتماعی کلی در حد بالا برخوردار نبوده و نیمی از واحد‌های مورد پژوهش میزان سرمایه اجتماعی خود را در حد کم گزارش کردند. همچنین از نظر ابعاد سرمایه اجتماعی نیز نتایج مطالعه نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به بیماری MS که مورد مطالعه قرار گرفتند، میزان سرمایه اجتماعی خود را در بعد شناختی در سطح کم و در بعد ساختاری و ارتباطی در سطح متوسط گزارش کردند. در مطالعه رایز و همکاران (۲۰۱۹)، میزان سرمایه اجتماعی کلی بیماران مبتلا به MS، در حد کم گزارش شده است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد (۲۶). همچنین در مطالعه ریماز و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد، مشخص شد که سرمایه اجتماعی مبتلایان به بیماری MS در تمامی ابعاد آن کمتر از ۵۰ درصد بوده است که نتایج این مطالعه نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد (۲۷). می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیماران مورد

مطالعه چندان روی حمایت اجتماعی از سوی جامعه و افرادی که با آنها ارتباط دارند، حساب باز نمی‌کنند. با توجه به اینکه سرمایه و حمایت اجتماعی نقش مهمی در مقابله با مشکلات و کاهش بار روانی بیماری دارند، این نتایج وجود مشکلات روانشناختی در میان جامعه مورد مطالعه را توجیه می‌کند. وقتی بیمار سرمایه اجتماعی خود را در حد کم می‌داند، به این معنی است که حمایت‌های صورت گرفته از سوی اجتماع و کسانی که بیمار با آنها ارتباط نزدیک دارد را ضعیف درک می‌کند. تصور و شناخت اینکه فرد در هنگام مشکلات بتواند روی کمک دیگران حساب کند، در این بیماران در حد مطلوب نیست. بهبود سرمایه و حمایت اجتماعی، سبب کاهش استرس و اثرات روانی ناشی از بیماری و بهبود سلامت روان افراد شده و ناخوشی‌های جسمی و روانی این افراد را کمتر کرده و به تبع آن، سلامت عمومی افراد مبتلا به MS بیشتر می‌شود.

در رابطه با سبک‌های مقابله‌ای بکار گرفته شده توسط بیماران مبتلا به MS مورد مطالعه، باید بیان داشت که نتایج مطالعه مطابق با (جدول ۳) نشان دهنده این است که اکثر واحدهای مورد پژوهش، در کل از سبک‌های مقابله‌ای به میزان متوسط استفاده می‌کردند، و در این میان میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار بود که با یافته‌های حاصل از پژوهش بیگلر و همکاران (۳۵)، و حسن زاده و همکاران همسو است (۳۶). این در حالی است که در مطالعه میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، که با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبرد‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS انجام شده بود، مشخص شد که این بیماران بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۱۶). نتایج پژوهش مک‌کپ (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به MS (بویژه مردان) نسبت به افراد عادی کمتر از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار همانند روش حل مسئله

مشکل می کنند. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که حمایت اجتماعی درک شده، به عنوان مولفه ای مهم از سرمایه اجتماعی، و راهبردهای مقابله ای در مبتلایان به ام اس، می تواند سلامت روانی و جسمی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد (۳۸، ۱۶). همچنین مطالعه نصرتی و همکاران (۱۳۹۷) بر روی بیماران مبتلا به MS نشان داد که سرمایه روانشناسی روی پذیرش بیماری و کنار آمدن با آن تاثیر مثبت دارد که این خود یک مقابله سازگارانه است (۳۹). علت تفاوت در نتیجه کسب شده می تواند به نوع نمونه گیری و جامعه پژوهش متفاوت بواسطه تفاوت در شرایط اجتماعی مرتبط باشد.

نتیجه گیری

در نهایت باید بیان نمود که هر اندازه بیماران مبتلا به MS از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، راهبردهای مقابله ای مناسب تری را به کار می گیرند. از طرفی، با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه مبنی بر موثر بودن سرمایه و حمایت اجتماعی بر استفاده از سبک های مقابله ای مسئله مدار، توصیه می شود که به خانواده و اطرافیان بیمار در خصوص نقش حمایت اجتماعی در زندگی بیماران مبتلا به MS آگاهی داده شود. از محدودیت های این مطالعه این است که به دلیل دسترسی، فقط روی بیماران مراجعه کننده به انجمن MS اهواز انجام شده است و پیشنهاد می شود روی جوامع بزرگتر بیماران نیز انجام شود.

سیاسگزاری

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ثبت U-98082 و به تاریخ ثبت ۱۳۹۸/۰۵/۱۲ می باشد که در معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به ثبت رسیده است. بدین وسیله محققین کمال تشکر و قدردانی خود را از کلیه افراد و سازمان هایی که در انجام این پژوهش کمک کردند، اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام میدارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می کنند و در همه سطوح تطابق پایین تری دارند و بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند (۱۷)، که این یافته در مطالعه بابایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز تایید شده است (۱۸)، نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر غیر همسو است. احتمال می رود که علت متفاوت بودن نتایج ذکر شده با نتیجه پژوهش حاضر، ریشه در تفاوت فرهنگی و موقعیت های مختلف افراد مورد پژوهش در مطالعات مختلف داشته باشد، چرا که تلاش های مسئله دار معطوف به تغییر موقعیت فشارزا می باشد یعنی بر مهار عامل فشارزا به منظور کاهش یا حذف پریشان کنندگی آن توجه دارد؛ درحالی که تلاش های هیجان مدار معطوف به تغییر واکنش های هیجانی به عوامل فشارزا می باشد، یعنی بر مهار پاسخ های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیک در جهت کاهش فشارهای روانی تاکید دارد که با توجه به شرایط مختلف فرق می کند (۳۷). استفاده متوسط از سبکهای مقابله ای نشان می دهد که بیماران مورد مطالعه از ظرفیت سازگاری موثر خود با بیماری و تبعات آن به اندازه کافی استفاده نمی کنند. در صورتیکه بیماران بتوانند از سبکهای مقابله ای بویژه سبکهای مساله مدار در حد بالا استفاده کنند، بهتر می توانند با شرایط ایجاد شده ناشی از بیماری که روی ارتباط آنها با محیط تاثیر می گذارد، کنار آمده و سازگاری موثرتری را نشان بدهند.

در رابطه با ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سبک های مقابله ای بکار گرفته شده توسط بیماران مبتلا به MS، باید بیان داشت که نتایج حاصل از (جدول ۴ و ۵) نشان می دهد که بین ابعاد سرمایه اجتماعی و راهبردهای مقابله ای همبستگی و ارتباطی وجود ندارد، ولی بین سرمایه اجتماعی کلی و راهبرد مقابله ای مساله مدار ارتباط و همبستگی آماری معنی داری وجود دارد. در این ارتباط می توان گفت با افزایش میزان سرمایه اجتماعی، استفاده از راهبردهای مقابله ای مساله مدار نیز افزایش می یابد. به نظر می رسد بیماران مورد مطالعه از سرمایه اجتماعی خود در جهت استفاده از راهبردهای مقابله ای در راستای حمایت اجتماعی کمتر بهره برده اند. استفاده متوسط از سبک های مقابله ای و همچنین وجود سرمایه اجتماعی پایین در بیماران مورد مطالعه نشان می دهد که بیماران بیشتر از آن که به کمک های جمعی برای کنار آمدن با بیماری متکی باشند و از آنها استفاده کنند، بیشتر خود بطور انفرادی سعی در حل

References

1. Schiess N, Huether K, Fatafta T, Fitzgerald KC, Calabresi PA, Blair I, et al. How global MS prevalence is changing: a retrospective chart review in the United Arab Emirates. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2016; 9:73-9. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.07.005>
2. Browne P, Chandraratna D, Angood C, Tremlett H, Baker C, Taylor BV, et al. Atlas of multiple sclerosis 2013: a growing global problem with widespread inequity. *Neurology*. 2014; 83(11):1022-4. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000768>
3. Magyari M, Sorensen PS. The changing course of multiple sclerosis: rising incidence, change in geographic distribution, disease course, and prognosis. *Current opinion in neurology*. 2019; 32(3):320-6. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000695>
4. Heydarpour P, Khoshkish S, Abtahi S, Moradi-Lakeh M, Sahraian MA. Multiple sclerosis epidemiology in Middle East and North Africa: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2015; 44(4):232-44. <https://doi.org/10.1159/000431042>
5. Mousazadeh H, Hemmati M, Mohammadzade E, Sharifi L. Evaluating the relation of mental health and social capital (case study, Gorgan city). *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18(Special Issue):401-10.
6. Agargün MY, Besiroglu L, Kiran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Basa Çıkma Tutumlarını Degerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma/The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005; 6(4):221.
7. Beiske A, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E, Aarseth J, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European journal of neurology*. 2008; 15(3):239-45. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2007.02041.x>
8. Esmonde L, Long AF. Complementary therapy use by persons with multiple sclerosis: benefits and research priorities. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008; 14(3):176-84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2008.03.001>
9. Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW. Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical psychology review*. 1999; 19(1):79-96. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00015-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00015-4)
10. Gåfvels C, Wändell P. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes research and clinical practice*. 2006; 71(3):280-9. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2005.07.001>
11. Bakshi R, Shaikh Z, Miletich R, Czarnecki D, Dmochowski J, Henschel K, et al. Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. *Multiple Sclerosis Journal*. 2000; 6(3):181-5. <https://doi.org/10.1191/135245800701566052>
12. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*. 2000; 174:190.
13. Akpınar Z, Gündüz ZB. Multipl Skleroz ve Kognitif Bozulma. *Selçuk Tıp Derg*. 2011; 28(1):75-9.
14. Fazzito M, Jordy S, Tilbery C. Psychiatric disorders in multiple sclerosis patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009; 69:664-7.
15. Aikens J, Fischer J, Namey M, Rudick R. replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of behavioral medicine*. 1997; 1(20):433-45.
16. Mikaeili N, Habashi AM, Meysmi Q. Perceived Social Support, Coping Strategies and Resiliency in predicting the quality of life of patients with Multiple Sclerosis. *New Findings in Psychology (Social Psychology)*. 2012; 7(23):5-17.
17. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of psychosomatic research*. 2005; 59(3):161-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.04.010>
18. Babaei W, Khoshnevis E, Shaabani Z. Determination of psychosocial adjustment levels based on coping styles and religious orientation in patients with multiple sclerosis. *Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences*. 2017 May 10; 2 (4): 1-2. <https://doi.org/10.29252/sjnmp.2.4.1>
19. Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*. 2005; 4(10):643-52. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70193-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70193-9)
20. Putnam RD. Bowling alone: The

- collapse and revival of American community: Simon and Schuster; 2001. <https://doi.org/10.1145/358916.361990>
21. Keyvanara M, Hagheghatian M, Alibabaiy M. The Relationship between Social Capital and Mental Health among the Citizens of Shahr-e-Kord. *Journal of Ilam University of medical sciences*. 2015; 22(7):47-55.
 22. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of public health*. 1999; 89(8):1187-93.
 23. Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chan S, Lam CS. Traveling through the Cancer Trajectory: Social Support perceived by Women with Gynecological Cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*. 2001; 24(5):387-94.
 24. Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and quality of life outcomes*. 2008; 6(1):79.
 25. Poortinga W. Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social science & medicine*. 2006; 63(1):255-70.
 26. Reyes S, Suarez S, Allen-Philbey K, Thomson A, Giovannoni G. The Impact of Social Capital on Patients with Multiple Sclerosis (P4. 2-069). *AAN Enterprises*; 2019.
 27. Rimaz S, Mohammad K, Dastoorpoor M, Jamshidi E, Majdzadeh R. Investigation of Relationship Between Social Capital and Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. *Global Journal of Health Science*. 2014; 6(6):261-71. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p261>
 28. Krokavcova M, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*. 2008; 73(1):159-65. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.019>
 29. Alipor A, Sahraeian M, Aliakbari M, Aghababaei M. [The relationship between perceived social support and hardiness with mental health and disability status among women with Multiple Sclerosis]. *Res Soc Psychol*. 2012; 1(3):33-110.
 30. Hassan Nejad N, Hadavandkhani F, Ahmadi P, Khanjani Z. The Relationship between Psychological Hardiness and Social Support with Adjustment: A Study on Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2013 Oct 10; 21 (4): 465-74.
 31. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology* 1986; 50(3):571-9.
 32. Agha-yosofi A, Choubsaz F, Shaghaghi F, Motiei G. The effect of coping techniques training on coping strategies of infertile women in kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2012; 155-164 .(2)16
 33. Onyx J, Bullen P. Measuring social capital in five communities. *The journal of applied behavioral science*. 2000; 36(1):23-42.
 34. Rajabi Gilan N, Qasemi S.R, Reshadat S, Rajabi S. Investigating the Relationship Between Social Capital and Health-Related Quality of Life in Teachers. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2014; 21(88):95-107.
 35. Biglar S, Hanifi N, Varjoshani NJ, Kamali K. Study of the Amount of Coping Skills Used by Multiple Sclerosis Sufferers as Members and Non-Members of Peer Support Group. 2018.
 36. Hassanzadeh P, Aliakbari D.M, Khamseh M. The study of the relationship of social support and coping strategies in patients with diabetes type 2. 2012.
 37. Khakpoor H, Hasoomi V, Nikoonejad Z. Educational functions of self-control and its role in mental health Quran and Hadith. (2014); 6(21):149-184. [Persian].
 38. Tavakoli M, Khiavi FF, Jeda VS, Majdinasab N, Zadeh MH. The Relationship between Psychological Capitals and Disease Perception in People with MS. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017; 10 (1): 12-20.
 39. Nosrati R, Momeni KH, Mazdeh M, Karami J. The Relationship between Psychological Capital and Acceptance of the Disease with Life Satisfaction in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Health and Care*. 2018 Jul 10; 20(2):114-22. <https://doi.org/10.29252/jhc.20.2.114>