



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.3115/9508)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

Exploring the life world of patients with multiple sclerosis: A Qualitative Metasynthesis

mohammad hosain moaiednia¹  and Maryam Esmaeili² 

1. Master's graduate in Clinical Psychology, Department of Psychology, faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran.
E-mail: mh.moaiednia@edu.ui.ac.ir.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
E-mail: m.esmaeli@edu.ui.ac.ir.

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 26 September 2025
Received in revised form: 28 April 2026
Accepted: 05 May 2026
Published Online: 23 September 2025

Keywords:
Multiple Sclerosis;
Lifeworld;
Lived Experience;
Qualitative
Metasynthesis;
Existential
Phenomenology.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to explore how the lifeworld of Iranian patients with multiple sclerosis is constructed, transformed, and reinterpreted within their specific sociocultural and spiritual context, recognizing that the lived experience of chronic illness transcends biomedical dimensions.

Methods: A qualitative interpretive metasynthesis was conducted using Sandelowski and Barroso's (2007). Twenty-five Iranian qualitative studies (2011–2024) were systematically reviewed. Data were analyzed via MAXQDA 2022; trustworthiness was ensured through triangulation, peer debriefing, and Cohen's kappa (0,738).

Results: The main components of lifeworld were identified: (1) Bodily: "Adversarial body," chronic pain, bodily distrust, and fear of disability; (2) Psychological: existential anxiety, identity disruption, yet resilience (3) Social: role renegotiation within family, social withdrawal, and structural tensions with healthcare systems; (4) Spiritual: reliance on religious beliefs for reinterpretation of suffering, trust in divine wisdom, and pursuit of purpose.

Conclusion: The lifeworld of Iranian MS patients is a dynamic and multidimensional construct. Findings call for holistic interventions that integrate identity reconstruction, community support, and spiritually sensitive dialogue.

Citation: moaiednia, M, H., and Esmaeili, M. (2026). Exploring the life world of patients with multiple sclerosis: A Qualitative Metasynthesis. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, **18**(3), 1-19.

DOI: 10.22075/cprpi.2026.39138.3337

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: m.esmaeli@edu.ui.ac.ir

Tel:

03137932559

Extended Abstract

Introduction:

The lifeworld is the meaningful contextual space through which individuals interact with their bodies, time, others, and their existential purpose. In chronic illness, this structure is “disrupted,” not simply “damaged.” However, most existing research—especially in non-Western settings—remains fragmented, addressing only discrete aspects of the patient experience without providing a unified interpretive framework. This study is based on the view that the lifeworld of Iranian patients with multiple sclerosis is shaped through the dynamic interaction of four intertwined dimensions: biological, psychological, social, and spiritual. These dimensions do not operate in isolation, but are continually engaged in the negotiation of meaning in response to the instability, bodily betrayal, and identity failure caused by multiple sclerosis. The key point is that cultural and religious resources—particularly Islamic concepts of patience, trust, and divine testing—are used not as passive coping mechanisms but as active interpretive tools for existential reconstruction. In such a context, the aim of this research is to explore how the lifeworld is constructed, transformed, and redefined in Iranian patients with multiple sclerosis—with an emphasis not on what patients experience, but on how they make meaning and live within that experience.

Methods

This meta-synthesis reveals that the lifeworld of Iranian patients with multiple sclerosis is not a space of passive decline but an arena for the active reconstruction of worldview, deeply rooted in its cultural context. The core innovation of this research lies in redefining patience not as mere “endurance,” but as a form of spiritual activism—a conscious, meaning-centered resistance against existential

fragmentation. This redefinition poses a fundamental challenge to biological models and even some psychological approaches that focus solely on depathologizing suffering, neglecting its interpretive function. The spiritual dimension, often considered secondary in Western studies, serves here as a primary source of interpretation, helping patients render bodily betrayal and social exclusion understandable and bearable. This finding highlights the limitations of universal quality of life assessment tools that overlook transcendent meaning. From a practical perspective, this research underscores the necessity of interventions that go beyond symptom management to focus on reconstructing individual narratives, such as narrative therapies integrated with the spiritual dimension, peer storytelling groups, and training therapists in “phenomenological-hermeneutic listening.” Methodologically, the study validates the value of context-sensitive meta-syntheses in generating models that are both grounded in local reality and theoretically rich. Limitations of this research include reliance on published articles (risk of publication bias) and urban sampling, which may not adequately reflect the experiences of rural patients. Future research is recommended to explore how digital spaces (e.g., MS-related Telegram groups) function as novel arenas for lifeworld reconstruction and to conduct cross-cultural meta-syntheses in Muslim-majority societies to test the generalizability of the spiritual-hermeneutic interpretive model. Ultimately, this research confirms that in the face of chronic instability, patients do not merely survive—they interpret, resist, and reconstruct. Table 1 lists the main themes of the different categories of articles reviewed.

Table 1: Main themes of different categories of articles

Table 1: Main themes of different categories of articles			
Article topic	Research code	Classification	Dimensions of research
Quality of life	22	Personal experiences:	biological
Obstacles to self-defense	20		
Obsessive-compulsive experiences	19		
Obstacles and solutions to exercising	25		
Diet identification	17		
Explaining personal problems	9		
The experience of loneliness	4		
Experiences in leisure and related activities	2		
Facilitators and barriers to adaptation to illness	23	Therapeutic experiences:	
The severity of pain and practicing patience with the body	15		
Explaining treatment problems	8		
Chronic illness as a way of life	7		
Barriers to rehabilitation care	3		
Caring respect and ethical orientation are facilitators of satisfaction.	5		
The experience of chronic illness at the intersection of gender and social context	24		
Psychological, communication and coping problems	16	Facilitator of coping and adaptation behavior	
Psychological factors contributing to the entry of patients into the secondary progressive stage	13		
Psychological status of patients	14		
Psychological factors affecting the delay of disease progression	18		
Psychological factors affecting marital adjustment of married couples	11	Marital	Collective psychology
Social support needs of caregivers	21	caregivers	
Family relationships	6	family	
A phenomenological study of family and social relationships	1		
Parents' challenges	12	parents	
Religious and spiritual model	10	Religious and spiritual	spiritual

Discussion and Conclusion

This metasynthesis demonstrates that the lifeworld of Iranian MS patients is not a site of passive decline, but of active, culturally embedded world-building. The core contribution lies in redefining *sabr* (patience) not as endurance, but as a form of spiritual agency—a deliberate, meaning-centered resistance to existential fragmentation. This reframing challenges biomedical and even some psychological models that pathologize distress without acknowledging its interpretive function. The spiritual dimension, far from being ancillary, acts as the primary hermeneutic resource through which bodily betrayal and social marginalization are rendered intelligible and bearable. This finding underscores the limitation of universalizing Western-derived quality-of-life instruments that neglect transcendent meaning. Clinically, this calls for interventions that go beyond symptom management to support narrative reconstruction—such as spiritually integrated narrative therapy, peer-led storytelling circles, and clinician training in existential-hermeneutic listening. Methodologically, the study affirms the value of context-sensitive metasynthesis in generating locally grounded, yet theoretically rich, models of chronic illness. Limitations include reliance on published studies (risk of publication bias) and urban sampling, potentially underrepresenting rural

experiences. Future research should explore how digital spaces (e.g., Telegram MS groups) serve as new arenas for lifeworld reconstruction, and conduct cross-cultural comparative metasyntheses across Muslim-majority societies to test the generalizability of the spiritual-hermeneutic model. Ultimately, this work affirms that in the face of chronic uncertainty, patients do not merely survive—they interpret, resist, and rebuild.

Ethical Considerations

All stages of this interpretive metasynthesis were conducted in accordance with established ethical principles for secondary qualitative research. Given its non-clinical and non-interventional nature—relying solely on the reanalysis of previously published data—this study did not involve direct contact with human participants.

Ethical Approval: As this study is a qualitative metasynthesis based exclusively on publicly available, peer-reviewed publications, formal ethical approval from an institutional review board was not required, consistent with PRISMA-ScR (2021) and Cochrane Qualitative guidelines.

Anonymity and Confidentiality: Throughout data extraction and thematic analysis, the identities of participants in the primary studies were preserved. No personally identifiable information was extracted, reported, or retained.

Informed Consent: Since the study exclusively analyzed anonymized, published findings, no new informed consent was sought. However, only studies explicitly reporting ethical clearance and participant consent in their methodology were included.

Privacy Protection: All extracted data were stored securely and used solely for the purposes of this synthesis. Any potentially sensitive or traceable information was omitted or de-identified.

Author Contributions

M. A.: Conceptualization, methodology, data curation, manuscript writing and revision, project administration, and supervision.

M. H. M.: Software (MAXQDA 2022), validation, statistical and reliability analysis (Cohen's kappa), data collection, and original manuscript drafting.

Conflict of Interest

The authors declare no financial, personal, or professional conflicts of interest related to this research.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Acknowledgments

The authors extend their sincere gratitude to all colleagues and experts who provided guidance and support during the de

UNCORRECTED PROOF



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

کاوشی پیرامون زیست‌جهان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه: یک فراترکیب کیفی

محمدحسین مویدنیا^۱، مریم اسماعیلی^۲

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

ایمیل: mh.moaiednia@edu.ui.ac.ir

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

ایمیل: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

مقدمه: هدف این پژوهش، کاوش چگونگی ساخت، دگرگونی و بازتعریف زیست‌جهان در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران است؛ زیرا تجربه‌ی زیستی بیماری، فراتر از ابعاد بالینی، تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی قرار دارد.

روش: این مطالعه‌ی کیفی، با رویکرد فراترکیب و مبتنی بر چارچوب ساندسکی و بارسو (۲۰۰۷)، ۲۵ مقاله‌ی کیفی داخلی (۱۳۹۰-۱۴۰۳) را مورد بازنگری سیستماتیک قرار داد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار ماکس کیو دی ای ۲۰۲۲ کدگذاری و تحلیل شدند و روایی و پایایی با روش‌های مثلثی سازی، بررسی هم‌تأیید و ضریب کاپا (۰.۷۳۸) تأیید گردید.

یافته‌ها: مؤلفه‌های اصلی زیست‌جهان شناسایی شد: (۱) زیستی: تجربه‌ی «بدن ناسازگار»، درد مزمن، نارضایتی از بدن و ترس از معلولیت؛ (۲) روان‌شناختی: بحران هویتی، اضطراب وجودی و تکیه بر سازوکارهایی چون تاب‌آوری (۳) اجتماعی: تغییر نقش‌های خانوادگی، انزوا و تنش در تعامل با نظام سلامت؛ (۴) معنوی: استفاده از باورهای دینی برای بازتعریف معنا، اعتماد به قدرت الهی و جست‌وجوی هدفمندی در رنج.

نتیجه‌گیری: زیست‌جهان بیماران ایرانی مبتلا به اسکروز چندگانه، ساختاری پویا و چندبعدی است. یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات جامع باید هم‌زمان به بازسازی هویت، تقویت شبکه‌های حمایتی و فضای مذاکره‌ی معنوی توجه کنند.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اسکروز چندگانه؛

زیست‌جهان؛

تجربه‌ی زیسته؛

فراترکیب کیفی؛

پدیدارشناسی وجودی

استناد: مویدنیا، محمدحسین و اسماعیلی، مریم. (۱۴۰۵). کاوشی پیرامون زیست‌جهان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه: یک فراترکیب کیفی. **مجله**

روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۸ (۳)، ۱-۱۹.

DOI: 10.22075/cprpi.2026.39138.3337

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه:

m.esmaili@edu.ui.ac.ir تلفن: ۰۹۱۳۸۱۴۷۱۹۴

مقدمه:

اسکلروز چندگانه^۱ یک بیماری التهابی-تخریبی مزمن سیستم عصبی مرکزی است که فراتر از آسیب‌های عینی به مغز و نخاع، تجربه‌ی ذاتی زندگی فرد را دگرگون می‌کند. در این میان، مفهوم زیست‌جهان^۲ — به معنای دنیای پیش‌زمینه‌ای معنادار که در آن فرد، از طریق تعامل با بدن، دیگران، زمان و فضا، هویت و جهت‌گیری‌های وجودی خود را شکل می‌دهد — به‌عنوان یک متغیر وابسته‌ی کلیدی درک می‌شود. زیست‌جهان، هنگامی آشکار می‌گردد که ساختار پیش‌فرض آن اختلال یابد؛ یعنی زمانی که بدن دیگر ابزاری «فراموش‌شده»، بلکه مانعی ناخواسته شود، یا زمان دیگر سیری آینده‌محور، بلکه حلقه‌ای از ترس از عود باشد [۱، ۲].

این بیماری که عمدتاً در دهه‌های دوم و سوم زندگی ظهور می‌کند، با ماهیتی غیرقطعی و ناگهانی همراه است و می‌تواند بدون هشدار، توانایی‌های حرکتی، شناختی و حسی فرد را مختل سازد [۳]. برخلاف بیماری‌های مزمن با پیشرفت قابل پیش‌بینی مانند دیابت نوع دو، اسکلروز چندگانه با الگوی از «عود و بهبود»^۳ یا پیشرفت تدریجی نامنظم^۴ همراه است که امکان برنامه‌ریزی برای آینده را به‌شدت محدود می‌کند. این ویژگی اسکلروز چندگانه را نه‌تنها یک چالش بالینی، بلکه یک پدیده‌ی وجودی می‌سازد که در آن، ثبات درونی فرد به خطر می‌افتد [۴]. تغییرات ناشی از این بیماری در سطح تجربه‌ی روزمره، از طریق چهار بعد اصلی زیست‌جهان خود را نشان می‌دهد: (۱) بدن: از ابزاری در خدمت خود، به رقیبی تبدیل می‌شود که ممکن است هر لحظه «خیانت» کند؛ (۲) زمان: دیگر خطی و پیش‌رونده نیست، بلکه به «لحظه‌های انتظار برای عود» تجزیه می‌شود؛ (۳) دیگری: روابط اجتماعی و خانوادگی دچار تنش می‌شوند، زیرا دیگران نمی‌توانند عدم قطعیت تجربه‌ی بیمار را درک کنند؛ و (۴) هویت: داستان خود فرد — که پیش از بیماری بر پایه‌ی برنامه‌های شغلی، خانوادگی و اجتماعی شکل گرفته — دچار «شکستگی روایی» می‌شود [۵-۷].

این فرایندها ریشه در چارچوب نظری پدیدارشناسی وجودی دارند. هایدگر^۵ (۱۹۲۷) زیست‌جهان را «فضایی نامرئی اما فعال» می‌داند که تنها در مواجهه با «اختلال وجودی» قابل درک می‌شود [۸]. در این دیدگاه، بیماری مزمن نه یک رویداد خارجی، بلکه یک دگرگونی در نحوه‌ی حضور فرد در جهان است. بنیر^۶ (۱۹۹۴) این چارچوب را به علوم پرستاری و سلامت وارد کرد و نشان داد که بازسازی زیست‌جهان، فراتر از سازگاری رفتاری، یک فرآیند تفسیری-وجودی است که مستلزم بازتعریف معنا در برابر ناپایداری است [۹]. مکانیسم‌هایی که این دگرگونی را میانجی‌گری می‌کنند، عبارت‌اند از: (۱) کاهش قابلیت پیش‌بینی بدنی که منجر به بی‌اطمینانی وجودی می‌شود؛ (۲) تضعیف نقش‌های اجتماعی (مادر، شاغل، همسر) که باعث احساس «از دست دادن خود پیشین» می‌گردد؛ (۳) تغییر در ساختار زمان درکی، از جمله «تعلیق آینده» و «فشرده‌ی لحظات نگرانی»؛ و (۴) تناقض در خود داستان که فرد را در جست‌وجوی «هویت پس از بیماری» قرار می‌دهد [۱۰، ۱۱]. این مکانیسم‌ها به‌صورت پویا و متقابل عمل می‌کنند و زمینه‌ی بازسازی زیست‌جهان را رقم می‌زنند.

مطالعات کیفی متعددی در دهه‌ی اخیر، بخش‌هایی از این پیچیدگی‌ها را در جوامع مختلف مستند کرده‌اند. به‌عنوان مثال، کاسملا-آندرسون^۸ و همکاران (۲۰۲۳) در یک فراترکیب اولیه، «از دست دادن خود پیشین» را به‌عنوان یکی از فرا مفاهیم اصلی در بیماران اروپایی گزارش دادند [۱۲]؛ اسماعیلی و همکاران (۲۰۲۴) در ایران، مفهوم «زمان تعلیق» را در تجربه‌ی انتظار برای عود شناسایی کردند [۱۳]؛ و بوگوزیان^۹ و همکاران (۲۰۲۴) در یک فراتحلیل، به نقش «مقاومت صامت» در سازگاری معنایی اشاره نمودند [۱۴]. با این حال، این پژوهش‌ها عمدتاً در سطح توصیف پدیده‌های منفرد و تک‌زمینه‌ای باقی‌مانده‌اند.

این محدودیت، یک شکاف پژوهشی بنیادین را آشکار می‌سازد: فقدان مطالعه‌ای که فراتر از جمع‌بندی یافته‌ها، به

⁵ Heidegger⁶ Ontological Disruption⁷ Benner⁸ Kosmala-Anderson⁹ Bogosian¹ Multiple Sclerosis² lifeworld³ Relapsing-Remitting⁴ Progressive

سندلوسکی و باروسو^۴، این مطالعه باهدف کاوش و بازسازی چگونگی ساخت، دگرگونی و بازتعریف زیست‌جهان در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه انجام شد؛ و سؤال اصلی پژوهش این است:

«زیست‌جهان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه چگونه است و عوامل مؤثر بر آن در ابعاد مختلف زندگی کدام‌اند؟ این زیست‌جهان چگونه، از طریق تعامل پیچیده‌ی بدن-زمان-دیگری-معنا، ساخته، دگرگون و بازتعریف می‌شود؟»

روش

این پژوهش یک مطالعه‌ی بنیادی، کیفی و استنادی با رویکرد فراترکیب تفسیری است که باهدف ارائه‌ی یک تفسیر نوین، منسجم و عمیق از تجربه‌ی زیستی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در ایران طراحی شده است. روش فراترکیب — که رهیافتی نسبتاً جدید در پژوهش‌های کیفی محسوب می‌شود — فراتر از جمع‌بندی سطحی یافته‌های پیشین، به ترکیب تفسیری غنی از داده‌های کیفی می‌پردازد و امکان توسعه‌ی یک مدل اکتشافی را برای تبیین فرآیندهای پیچیده‌ی ذهنی-وجودی فراهم می‌آورد [۱۸]. این رویکرد، به‌ویژه در شناسایی شکاف‌های پنهان دانش و ارائه‌ی بینش‌هایی که در یک مطالعه‌ی تکی دست‌نیافتنی‌اند، کارایی بالایی دارد [۱۹].

جامعه‌ی پژوهش، تمامی مقالات کیفی مستقل و دسترس‌پذیر در پایگاه‌های علمی ایران (موسسه استنادی و پایش علم و فناوری جهان اسلام^۵، بانک اطلاعات نشریات کشور^۶، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۷، پرتال جامع علوم انسانی، گوگل محقق^۸ و پایگاه مجلات تخصصی نور^۹) بود که در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳ منتشر شده و به‌طور مستقیم به تجربه‌ی زیستی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه پرداخته باشند. چنین انتخابی — با تمرکز بر مطالعات داخلی — نه به‌عنوان محدودیت، بلکه به‌عنوان یک تصمیم روش‌شناختی عمدی صورت گرفت، زیرا تجربه‌ی زیستی بیماری، تحت تأثیر عمیق عواملی چون اعتقادات دینی (مثلاً مفاهیم صبر، سرنوشت و

سنتزی تفسیری دست یابد و یک خط استدلالی فرا متنی از فرآیند بازسازی زیست‌جهان در بیماران اسکروز چندگانه ارائه دهد. بسیاری از مطالعات موجود، هرچند غنی از داده، فاقد پیوند صریح با مبانی نظری پدیدارشناسی هستند و نتوانسته‌اند یافته‌های خود را در چارچوبی یکپارچه از «بدن-زمان-دیگری-معنا» سازمان‌دهی کنند. به‌عبارت دیگر، دانش فعلی، شکافی بین تجربه‌ی تک فردی و تفسیر وجودی کلی دارد.

برای پر کردن این شکاف، این مطالعه از روش‌شناسی هفت‌مرحله‌ای فراترکیب سندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) بهره می‌گیرد. این چارچوب — که مبتنی بر اصول تفسیرگرایی^۱ است — امکان انجام سه سطح از سنتز را فراهم می‌آورد: (۱) تفسیر همگرا (یافته‌های مشترک)، (۲) تفسیر متضاد (تضادهای معنایی ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و روش‌شناختی) و (۳) ساخت خط استدلالی^۲، یعنی ارائه‌ی یک تبیین نظری فرا متنی از چگونگی بازسازی زیست‌جهان [۱۵]. این روش، با تأکید بر ژرفا، دقت و گستردگی، به‌طور خاص برای پاسخ به پرسش‌هایی درباره‌ی تحولات وجودی طراحی شده است [۱۶].

از دیدگاه علمی، این پژوهش با ارائه‌ی یک چارچوب تفسیری یکپارچه، به پالایش مفهوم «زیست‌جهان» در بیماری‌های مزمن کمک می‌کند و زمینه‌ی توسعه‌ی نظریه‌های میانی مرتبط با سازگاری وجودی را فراهم می‌آورد. از دیدگاه کاربردی، یافته‌های آن می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات روان اجتماعی فردی سازی شده — مانند روایت درمانی^۳، مشاوره‌ی هویت محور و برنامه‌های آموزشی برای گروه‌های درمانی در درک عمیق‌تر از تجربه‌ی بیمار — باشد. در شرایطی که بیماری‌های مزمن در حال تبدیل‌شدن به بار اصلی نظام‌های سلامت هستند، درک چگونگی «زندگی در بیماری»، نه‌تنها یک نیاز پژوهشی، بلکه یک ضرورت اخلاقی است [۱۷].

بنابراین، با توجه به شکاف موجود در ادبیات و بر اساس چارچوب نظری پدیدارشناسی و روش‌شناسی فراترکیب

⁴ Sandelowski & Barroso

⁵ ISC

⁶ Magiran

⁷ SID

⁸ Google Scholar

⁹ Noormags

¹ Hermeneutics

² Line-of-argument synthesis

³ Narrative therapy

یک متخصص خارج از گروه (با میزان توافق ۹۴٪ در مضمون‌های نهایی) [۲۱].

مراحل ترکیب بر اساس چارچوب هفت مرحله‌ای ساندلُسکی و بارُسو (۲۰۰۷) طراحی شد: (۱) تعیین دقیق سؤال فراترکیب، (۲) جست‌وجوی نظام‌مند با راهبرد پیشرفته‌ی کلیدواژه‌ها، (۳) غربالگری دومرحله‌ای (عنوان/چکیده → متن کامل) توسط دو پژوهشگر مستقل (ضریب توافق کاپا = ۰/۹۱)، (۴) استخراج داده‌ها با استفاده از سیاهه معیار طراحی‌شده بر اساس افزایش شفافیت در گزارش ترکیب تحقیقات کیفی^۵ (۵) کدگذاری باز و محوری توسط دو کدگذار آشنا به پدیدارشناسی، (۶) ترکیب تفسیری در سه سطح: تفسیر همگرا، تفسیر متضاد و ساخت خط استدلالی و (۷) تدوین تفسیر نهایی فرا متنی با مشارکت گروهی پژوهشگران [۱۵، ۱۶].

ابزارهای اصلی شامل سیاهه استخراج اطلاعات (با ۱۸ مورد ازجمله: روش تحقیق، حجم نمونه، میانگین سن، مدت بیماری، مکان انجام مطالعه و تمام مضمون‌های سطح اول تا سوم) و نرم‌افزار ماکس کیو دی ای^۶ ۲۰۲۲ بود. گداهای اولیه با استفاده از روش کدگذاری درختی سازمان و سپس در قالب مضمون‌های سلسله‌مراتبی طبقه‌بندی شدند.

تحلیل داده‌ها به‌صورت تدریجی انجام شد: ابتدا کدهای اولیه از طریق مقایسه‌ی میان مطالعه‌ای استخراج شدند؛ سپس، مضمون‌های همگرا (مانند «اعتماد به خدا» در ۲۱ مطالعه یا «ترس از وابسته شدن» در ۱۹ مطالعه) در قالب مفاهیم فراگیر سازمان؛ در مرحله‌ی بعد، تضادهای معنایی (مانند «رضایت به سرنوشت» در مقابل «احساس ظلم» در برخی دیگر) مورد بحث تفسیری قرار گرفتند؛ و درنهایت، یک خط استدلالی نظری با محوریت چهار مکانیسم «بدن-زمان-دیگری-معنا» و نقش تعدیل‌کننده‌ی عوامل فرهنگی-دینی، ساخته شد.

شایان‌ذکر است که ملاحظات اخلاقی نیز با رعایت اصول بین‌المللی پژوهش‌های ثانویه مطابق اعلامیه‌ی هلسینکی رعایت شد. با توجه به اینکه این مطالعه از نوع فراترکیب استنادی است و هیچ‌گونه داده‌ی جدید از انسان‌ها جمع‌آوری نشده، بلکه تنها از یافته‌های منتشرشده و

امتحان الهی)، ساختارهای خانوادگی ایرانی، نظام پوشش بیمه‌ای و وضعیت اقتصادی-اجتماعی قرار دارد؛ و درک این لایه‌های معنادار، مستلزم تمرکز بر داده‌های بومی و زمینه‌ای است [۲۰].

فرآیند انتخاب مقالات بر اساس پروتکل ثبت‌شده در سامانه ثبت و بررسی مطالعات نظام‌مند^۱ و با رعایت اصول پریسما^۲ انجام شد: درمجموع ۵۱۱۲ منبع در جست‌وجوی اولیه یافت شد؛ پس از حذف موارد تکراری و غیر مرتبط (۴۸۲۲ مورد)، ۲۹۰ چکیده برای غربالگری اولیه باقی ماند؛ از این تعداد، ۱۷۸ چکیده به دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود حذف شد؛ سپس ۱۱۲ مقاله برای بررسی متن کامل انتخاب گردید؛ که پس از مطالعه‌ی دقیق، ۸۷ مورد به دلایلی چون عدم ارائه‌ی داده‌ی کیفی اولیه یا استفاده از روش‌های نامعتبر، رد شدند؛ و درنهایت ۲۵ مقاله‌ی کیفی واجد شرایط وارد تحلیل نهایی فراترکیب شدند. [۲۴ تا ۴۸].

ملاک‌های ورود شامل: (۱) استفاده از روش‌های کیفی شناخته‌شده (پدیدارشناسی، تحلیل محتوا، روایتی)، (۲) تمرکز بر بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه (تأییدشده با معیارهای بالینی مک‌دونالد یا تصویربرداری)، (۳) ارائه‌ی داده‌های اولیه (نقل‌قول مستقیم، توصیف پدیدار، مضمون‌های استخراج‌شده)، (۴) انتشار در مجلات علمی-پژوهشی ایرانی با دوری هم‌تا و (۵) دسترسی کامل به متن. ملاک‌های خروج شامل: مطالعات کمی یا ترکیبی بدون جداسازی داده‌های کیفی، گزارش‌های موردی تک فردی و مطالعاتی که تنها به درمان یا علائم فیزیکی بدون پرداختن به تجربه‌ی ذاتی پرداخته بودند.

برای تضمین اعتبار و پایایی، از چهار، راهبرد اتکایی لینکلن و گابا (۱۹۸۵) استفاده شد: (۱) اعتبار درونی: با تحلیل مثلی توسط سه پژوهشگر (ضریب همبستگی با گداهای اولیه^۳ = ۰/۸۸) (۲) قابلیت انتقال: با ارائه‌ی توصیف غنی از زمینه‌ی هر مطالعه و نقل‌قول‌های مستقیم، (۳) قابلیت وابستگی: با ثبت کامل مسیر تحلیل و ارائه‌ی نمونه‌هایی از فرآیند کدگذاری و (۴) تأیید پذیری: با بررسی هم‌تا^۴ توسط

^۱ PROSPERO

^۲ PRISMA-ScR

^۳ Cohen's kappa

^۴ peer debriefing

^۵ ENTREQ

^۶ MAXQDA 2022

آموزشی-درمانی (۷ مطالعه) و داده‌های استخراج‌شده از وب‌سایت‌های تخصصی (۲ مطالعه: [۳۰]، [۳۸]) بود. فرآیند تحلیل داده‌ها با استخراج ۱۲۰۷ کدباز از متن مقالات آغاز شد. پس از کدگذاری محوری و تفکیک مفاهیم تکراری، این کدها در چهار سطح سازمان: (۱) کدهای اولیه، (۲) مضمون‌های سطح اول، (۳) مضمون‌های سطح دوم و (۴) مؤلفه‌های کلان زیست‌جهان. در این میان، ۲۰۳ کد دوگانه (کدهایی که در دو مقاله یا بیشتر تکرار شده بودند) به‌عنوان پایه‌ی سنتز تفسیری قرار گرفتند. برای ارزیابی روایی محتوایی، از شاخص روایی محتوا^۲ استفاده شد. پنج متخصص (دو روان‌شناس سلامت، دو روان‌شناس بالینی، یک روان‌پزشک) هر یک از ۲۰۳ کد را بر اساس طیف سه گزینه‌ای (ضروری / مفید اما غیرضروری / غیرضروری) ارزیابی کردند. با توجه به فرمول $CVR \geq 0.79$ را کسب کردند (حداقل مقدار قابل قبول برای $N=5$ برابر با ۰.۷۰ است [۴۳]) که تأییدکننده‌ی روایی محتوایی قوی مجموعه‌ی نهایی مفاهیم بود.

توزیع مؤلفه‌های زیست‌جهان در چهار حوزه‌ی زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی به شرح زیر بود: ۵۶٪ از کدها مربوط به مؤلفه‌ی زیستی (شامل: بی‌ثباتی بدنی، ناتوانی تدریجی، ترس از عود)، ۲۰٪ به مؤلفه‌ی روان‌شناختی (ازجمله: اضطراب وجودی، بحران هویت، احساس گناه)، ۱۶٪ به مؤلفه‌ی اجتماعی (مثل کاهش تعاملات، احساس وابستگی، تغییر نقش‌های خانوادگی) و ۸٪ به مؤلفه‌ی معنوی (مانند اعتماد به خدا، تفسیر بیماری به‌عنوان امتحان، جست‌وجوی معنا در رنج) اختصاص داشت — رقمی که نشان می‌دهد جنبه‌های معنوی، هرچند کم فراوان، در بازسازی زیست‌جهان بیماران ایرانی، نقش تعدیل‌کننده‌ی کلیدی ایفا می‌کنند. برای تضمین پایایی، ضریب کاپای کوهن بین دو کدگذار مستقل محاسبه شد. میانگین ضریب کاپا برابر با ۰.۷۳۸ (SD = ۰.۰۶) به دست آمد که بر اساس معیارهای لندیس و کخ، نشان‌دهنده‌ی توافق خوب^۴ میان کدگذاران است [۵۳].

عمومی در مقالات علمی استفاده‌شده است، نیازی به اخذ کد اخلاق از کمیته‌ی اخلاق تحقیقات انسانی مبنی بر استاندارد اعلامیه‌ی هلسینکی وجود ندارد. این رویکرد مطابق با دستورالعمل‌های [۲۲] پریسما اس.سی.ار (۲۰۲۱) رهنمودهای کوکران^۱ برای ترکیب شواهد کیفی [۲۳] است که به‌وضوح بیان می‌کنند: «مطالعاتی که تنها از داده‌های ثانویه‌ی قابل‌دسترس عمومی (مانند مقالات منتشرشده) استفاده می‌کنند، مشمول الزام اخذ مجوز اخلاقی نیستند، چراکه هیچ خطری برای حریم خصوصی یا حقوق شرکت‌کنندگان اولیه وجود ندارد». باین‌حال، در تمام مراحل پژوهش، محرمانگی داده‌ها رعایت شد: (۱) هیچ اطلاعات شناسایی‌کننده‌ی فردی (مانند نام، شماره پرونده، تصاویر) از مقالات استخراج نشد؛ (۲) نقل‌قول‌ها به‌صورت کلی و در قالب مضمون‌های تحلیلی ارائه شدند؛ و (۳) تنها از مقالاتی استفاده شد که در آن‌ها محققان اصلی، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه را از شرکت‌کنندگان دریافت و در بخش روش ذکر کرده بودند.

یافته‌ها و نتایج

درمجموع، ۲۵ مقاله‌ی کیفی واجد شرایط در این فراترکیب مورد تحلیل قرار گرفت که داده‌های ۴۵۴ فرد (ازجمله ۳۷۰ بیمار، ۶۵ مراقب خانوادگی/درمانی و ۱۹ متخصص) را پوشش می‌دادند. میانگین حجم نمونه‌ی هر مطالعه ۱۸،۲ نفر بود (دامنه: ۷ تا ۱۱۰ نفر). از نظر توزیع زمانی، بیشترین تعداد مقاله مربوط به سال ۱۳۹۹ بود (۴ مقاله: [۳۸] تا [۴۱])؛ و پس‌از آن، سال‌های ۱۳۹۲ ([۲۶] تا [۲۸])، ۱۳۹۵ ([۲۹] تا [۳۱]) و ۱۳۹۷ ([۳۳] تا [۳۵]) هرکدام با سه مقاله در جایگاه بعدی قرار داشتند.

از لحاظ روش‌شناسی، تحلیل محتوا (شامل انواع قراردادی، تماتیک و روش گرنهیم و لاندمن) رایج‌ترین رویکرد بود (۱۴ مقاله: [۲۶]، [۲۸]، [۳۱]، [۳۲]، [۳۶]، [۳۷]، [۳۹] تا [۴۱]، [۴۳] تا [۴۵]، [۴۸])؛ سپس روش‌های پدیدارشناسی (شامل توصیفی، تفسیری، هوسرلی و کلایزی) با ۱۰ مقاله ([۲۴]، [۲۵]، [۲۹]، [۳۳] تا [۳۵]، [۳۸]، [۴۲]، [۴۶]، [۴۷])؛ و تنها یک مطالعه از نظریه زمینه‌ای استفاده کرده بود ([۱۸]). جامعه‌ی مورد مطالعه عمدتاً شامل بیماران عضو انجمن‌های اسکروز چندگانه (۱۶ مطالعه)، مراجع به مراکز

^۲ CVR

^۳ Lawshe

^۴ substantial agreement

^۱ Cochrane

جدول ۱: مشخصات پژوهش‌های بررسی‌شده

کد	سال اجرا	عنوان	حجم نمونه	جامعه آماری	روش پژوهش
۱	۱۳۹۰	بررسی پدیدارشناسانه روابط خانوادگی و اجتماعی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۲۴].	۱۴	مراجعه‌کنندگان به انجمن اسکلروز چنگانه اصفهان	پدیده‌شناسی
۲	۱۳۹۱	تجارب افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در زمینه اوقات فراغت و فعالیت‌های مربوط به آن [۲۵].	۱۱	افراد مبتلا به اسکلروز چنگانه ساکن در شهرستان اهواز	پدیدارشناسی توصیفی
۳	۱۳۹۲	تبیین موانع مراقبت توان‌بخشی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کیفی [۲۶].	۳۵	بیماران و مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای و خانواده‌ها	تحلیل محتوا
۴	۱۳۹۲	مطالعه تجربه تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهر سنندج [۲۷].	۱۰	بیماران مبتلا به اسکلروز چنگانه در شهر سنندج	نظریه زمینه‌ای
۵	۱۳۹۲	تکریم مراقبتی و اخلاق محوری، تسهیل گرهای رضایتمندی بیماران مولتیپل اسکلروزیس [۲۸].	۳۱	کلیه مراجعه‌کنندگان در بخش‌های نورولوژی مراکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه، مراکز درمانی خصوصی شهر، انجمن اسکلروز چنگانه در شهر اهواز	تماتیک آنالیز
۶	۱۳۹۵	روابط خانوادگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه پدیدارشناختی [۲۹].	۱۵	تمام بیماران اسکلروز چنگانه دارای پلاک مغزی	پدیدارشناسی هوسرلی
۷	۱۳۹۵	بیماری مزمن به عنوان شیوه‌ای از زندگی: مطالعه‌ای در واقعیت‌های زیسته بیماری مولتیپل اسکلروزیس [۳۰].	۲۵	داده‌های مربوط به تجربه بیماران مبتلا به اسکلروز چنگانه در وبسایت تخصصی اسکلروز چنگانه سنتر	مطالعه مضمونی
۸	۱۳۹۵	تبیین مشکلات درمانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کیفی [۳۱].	۲۳	زنان مبتلا به اسکلروز چنگانه مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران اسکلروز چنگانه شهر تهران	تحلیل محتوا
۹	۱۳۹۶	تبیین مشکلات فردی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کیفی [۳۲].	۲۳	زنان مبتلا به اسکلروز چنگانه مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران اسکلروز چنگانه شهر تهران	تحلیل محتوا
۱۰	۱۳۹۷	الگوی معنوی/ مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: مطالعه کیفی [۳۳].	۱۵	۴۲ نفر متقاضی شرکت‌کننده در طرح	پدیدارشناسی
۱۱	۱۳۹۷	پدیدارشناسی مؤلفه‌های روان شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی متأهلین مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس [۳۴].	۱۵	افراد متأهل مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا که حداقل یکی از زوجین مبتلا به بیماری اسکلروز چنگانه بودند	پدیدار شناختی
۱۲	۱۳۹۷	چالش‌های والدین دختران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه پدیده‌شناسی [۳۵].	۱۲	والدین دختران عضو انجمن اسکلروز چنگانه اردبیل	پدیده‌شناسی

۱۳	۱۳۹۸	بررسی عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز در ورود بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس به مرحله پیش‌روند ثانویه: یک مطالعه کیفی [۳۶].	۱۳	بیماران اسکروز چندگانه پیش‌روند ثانویه در بیمارستان سینا تهران	تحلیل محتوای کیفی
۱۴	۱۳۹۸	وضعیت روان‌شناختی بیماران مولتیپل اسکروزیس: یک مطالعه کیفی [۳۷].	۲۴	بیماران مبتلا با رعایت حداکثر تنوع جنسیت، سن، طول دوران بیماری و شدت بیماری و متخصصان مغز و اعصاب، اعصاب و روان، روانشناسی بالینی و روان پرستاری استان گیلان	تحلیل مضمون به روش آترید استرلینگ
۱۵	۱۳۹۹	سنگینی دردها و تمرین صوری با بدن: پدیدارشناسی تجربی زیسته‌ی دردهای مزمن در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس [۳۸].	۷	داده‌های مربوط به تجربه بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در وب‌سایت تخصصی ام‌اس سنتر	پدیدارشناسی تفسیری و روش شش مرحله‌ای ون مانن
۱۶	۱۳۹۹	تبیین مشکلات روانشناختی و رفتارهای مقابله‌ای زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس: یک پژوهش کیفی [۳۹].	۱۵	بیماران مراجعه‌کننده به واحد جامع اسکروز چندگانه بیمارستان امام خمینی و انجمن اسکروز چندگانه شهر تهران	تحلیل محتوا
۱۷	۱۳۹۹	شناسایی رژیم غذایی نامناسب در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس با عود بیماری طی یک سال گذشته: یک پژوهش کیفی [۴۰].	۱۵ بیمار مبتلا و ۵ متخصص از شهر رشت	افراد مبتلا به اسکروز چندگانه با سابقه تکرار حملات بیماری در شهر رشت	پدیدارشناسی و تحلیل مضمون به روش آترید-استرلینگ
۱۸	۱۳۹۹	تحلیل کیفی عوامل روان‌شناختی مؤثر در تأخیر پیش‌روی بیماری مولتیپل اسکروزیس [۴۱].	۱۳	کلیه بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در مرحله پیش‌رونده ثانویه مراجعه‌کننده به کلینیک اسکروز چندگانه بیمارستان سینا	تحلیل محتوای کیفی
۱۹	۱۴۰۰	واکاوی تجارب و سواس جبری در بیماران مولتیپل اسکروزیس: یک پژوهش پدیدارشناسانه [۴۲].	۱۵	مراجعه‌کنندگان به آزمایشگاه نور شهر تهران	پدیدارشناسی تحلیل هفت مرحله‌ای کلازی
۲۰	۱۴۰۰	شناسایی موانع خودمدافعه‌گری در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس استان خوزستان: تحلیل محتوای کیفی [۴۳].	۱۱۰	اعضای انجمن اسکروز چندگانه استان خوزستان در دهه سوم و چهارم زندگی	تحلیل محتوای قراردادی گرانهم و لاندمن
۲۱	۱۴۰۱	نیازهای حمایتی اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکروزیس: یک مطالعه کیفی [۴۴].	۸ نفر بیمار، ۱۳ نفر مراقب خانوادگی و ۴ نفر از کادر درمان	انجمن اسکروز چندگانه شهر اصفهان	رویکرد تحلیل محتوای قراردادی گرانهم و لاندمن
۲۲	۱۴۰۱	عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس: یک مطالعه کیفی [۴۵].	۱۸	مراجعه‌کننده به انجمن اسکروز چندگانه اصفهان	رویکرد تحلیل محتوای قراردادی
۲۳	۱۴۰۲	تسهیل‌کننده‌ها و موانع سازگاری با بیماری: تجربه زیسته بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس [۴۶].	۱۴ بیمار (۸ زن و ۶ مرد)	مراجعه‌کننده به بیمارستان رفیده تهران	روش پدیدارشناسی توصیفی روش ۷ مرحله‌ای توصیفی کلازی
۲۴	۱۴۰۳	تجربه بیماری مزمن در تالاقی با جنسیت و زمینه اجتماعی (مطالعه تجربه زنان از بیماری مولتیپل اسکروزیس) [۴۷].	۲۵	کلیه زنان مبتلا با حداقل ۲ سال سابقه بیماری	رویکرد پدیدارشناسی فمینیستی
۲۵	۱۴۰۳	تبیین موانع و راهکارهای انجام ورزش از دیدگاه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس [۴۸].	۱۴ بیمار، ۳ پرستار و ۱ پزشک	بیمار اسکروز چندگانه مراجعه‌کننده به انجمن اسکروز چندگانه شهر اراک	تحلیل محتوای قراردادی طبق روش لاندمن و گرنهم

جدول ۲: مضمون‌های اصلی طبقات مختلف مقالات

ابعاد	دسته‌بندی	کد تحقیق	موضوع مقالات	مفهوم (کدگذاری باز)
زیستی	تجربیات فردی:	۲۲	کیفیت زندگی	- تسهیل‌کننده فردی - تسهیل‌کننده برون فردی - بازدارنده درون فردی - بازدارنده محیطی
		۲۰	موانع خودمدافعه‌گری	- موانع خانوادگی - موانع حرفه‌ای - موانع درمان - موانع محیطی - موانع اجتماعی فرهنگی - موانع روان‌شناختی
		۱۹	تجارب وسواس جبری	- تجربه‌های کودکی و خانوادگی زمینه‌ساز وسواس - افکار و هیجان‌های مزاحم پیرامون بیماری و درمان آن - تجربه آینده مبهم و نامطمئن
		۲۵	موانع و راه کارهای انجام ورزش	- موانع انجام ورزش (عوامل فردی، محیطی و زیرساخت‌های اجتماعی-فرهنگی جامعه) - راهکارهای نهادینه کردن ورزش
		۱۷	شناسایی رژیم غذایی	- رفتارهای تغذیه‌ای - سوءتغذیه - خودتنظیمی در رفتار خوردن
		۹ ۴	تبیین مشکلات فردی تجربه تنهایی	- دشواری پذیرش بیماری در زمان تشخیص - مشکلات جسمی آزاردهنده - مشکلات روانی - نگرانی‌های بیمار مرتبط با بیماری - عدم تلاش جهت کس اطلاعات بیشتر در مورد بیماری
		۲	تجارب در زمینه اوقات فراغت و فعالیت‌های مربوط به آن	- اهمیت و هدف اوقات فراغت - نحوه گذران اوقات فراغت - موانع اوقات فراغت - پیشنهاد برای بهبود اوقات فراغت
	تجربیات درمانی:	۲۳	تسهیل‌کننده‌ها و موانع سازگاری با بیماری	- راهبردهای دینی و مذهبی - دریافت حمایت عاطفی و حرفه‌ای - جستجو و یافتن اطلاعات در مورد بیماری - راهبردهای روان‌شناختی - سبک زندگی - موانع در ارتباط با سیستم سلامت - موانع در ارتباط با فرد - موانع در ارتباط با جامعه
		۱۵	سنگینی دردها و تمرین صبوری با بدن	- درد در مرکز تجربه - آسیب‌پذیری و حس شکنندگی - ترس از معلولیت - سازگاری با بیماری و تمرین مدارا با درد - ناراضایتی تئانه و شکایت از بدن
		۸	تبیین مشکلات درمانی	- هزینه بالای درمان بیماری

- عدم دسترسی راحت و آسان به دارو - نادیده گرفتن حقوق بیمار توسط درمانگران - عدم همدلی مناسب و کافی از جانب کادر درمانی - عوارض دارو و درمان				
- زندگی بیمار با بیماری‌ای به نام زندگی - درد، ترس و آینده مه‌آلود - زمینه مند کردن‌ها و خشونت ساختاری - زمینه مند کردن‌ها و خشونت گفتاری	بیماری مزمن به‌عنوان شیوه‌ای از زندگی	۷		
- نقص اطلاعاتی - عدم دستیابی بیمار به سازگاری - ضعف اجرایی - بستر نامناسب بهره‌گیری - ضعف شخصیتی بیمار	موانع مراقبت توان‌بخشی	۳		
- رازداری مراقبتی - احساس ارزشمندی - درک و موقعیت سنجی - احترام به حقوق بیمار - کنجکاوی به‌عنوان عاملی بازدارنده	تکریم مراقبتی و اخلاق محوری، تسهیل گرهای رضایت‌مندی	۵		
- اضطراب هویتی	تجربه بیماری مزمن در تلاقی با جنسیت و زمینه اجتماعی	۳۴		
- مشکلات ناشی از ضعف مهارت‌های زندگی - راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد و آسیب‌زا - افسردگی و کاهش انگیزه و اعتمادبه‌نفس - ضعف عملکرد شناختی و هیجانی - مشکلات فرهنگی - باورهای غلط شناختی - مشکلات ناشی از عدم تنظیم هیجانات و ارتباط زناشویی - مشکلات ارتباطی در حوزه خانواده و دوستان - اختلال در روابط اجتماعی - باورهای غلط اجتماعی - انگ ناشی از بیماری - مقابله مذهبی و معنوی - کسب ارزش‌های اخلاقی - اعتماد به قدرت برتر الهی - اعتقاد به ادامه حیات پس از مرگ - هدفمندی و جستجوی معنای زندگی - مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و مسئله مدار	مشکلات روان‌شناختی، ارتباطی و رفتارهای مقابله‌ای	۱۶	زمینه‌ساز رفتار مقابله‌ای و سازگاری	روان‌شناختی فردی
- باورهای مرکزی - صفات شخصیتی	عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز در ورود بیماران مبتلا به مرحله پیش‌رونده ثانویه	۱۳		
- مشکلات فردی - مشکلات روان‌شناختی - مشکلات تعاملی	وضعیت روان‌شناختی بیماران	۱۴		

		۱۸	عوامل روان‌شناختی مؤثر در تأخیر پیشروی بیماری	- سبک مقابله‌ای کارآمد - حمایت اجتماعی ادراک‌شده - سرسختی و تاب‌آوری
	زناشویی	۱۱	مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری زناشویی متأهلین	- معنویت - تاب‌آوری - سبک‌های مقابله با استرس - راهبردهای حل تعارض - طرحواره‌ها - روابط صمیمانه زوجین - استرس‌های زندگی - واکنش به بخشش
روان‌شناختی جمعی	مراقبین	۲۱	نیازهای حمایتی اجتماعی مراقبین	- ایجاد فرصت‌های تعامل جهت کاهش انزوا - تعامل همدلانه با همتایان و اعضای گروه درمان - کمک‌های مالی و جلب حمایت مؤسسات خیریه
	خانوادگی	۶	روابط خانوادگی	- رابطه با والدین - روابط زناشویی - رابطه با فرزندان
		۱	بررسی پدیدارشناسانه روابط خانوادگی و اجتماعی	- روابط خانوادگی به‌هم‌ریخته - دگرگونی روابط اجتماعی - از هم گسستگی شغلی - ناتوانی در تأمین هزینه زندگی
	والدین	۱۲	چالش‌های والدین	- پریشانی (دل‌نگرانی و وا همه، ناراحتی و نارضایتی، آینده موج و مشغولیت ذهنی)، - موانع سازگاری (بار اقتصادی و مشکلات پرورش درمان) - زمین‌گیر شدن (محدودیت و انزوا و استیصال)
معنوی	مذهبی و معنوی	۱۰	الگوی مذهبی و معنوی	- تعریف معنویت و مذهب؛ همسانی یا هم‌راستایی معنویت و مذهب - تغییر در نگرش نسبت به دین به‌صورت مثبت یا منفی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این فراترکیب، با بازنمایی مجدد یافته‌های ۲۵ مطالعه‌ی کیفی داخلی، الگویی چندبعدی از زیست‌جهان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه را آشکار می‌سازد که فراتر از چارچوب‌های بیولوژیک محض حرکت می‌کند. این الگو، با چارچوب پدیدارشناسی وجودگرایانه — مبتنی بر چهار مکانیسم بدن-زمان-دیگری-معنا در چهار بعد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی [۴۹، ۵۰] — هماهنگی عمیقی دارد؛ اما آن را در بستر فرهنگی ایرانی، غنی‌تر و پویاتر تفسیر می‌کند: نه به‌عنوان چهار حوزه‌ی جداگانه،

بلکه به‌عنوان فضایی از مذاکره‌ی دائم بین بدن، هویت، دیگری و معنا. در بعد زیستی، بیماری نه به‌مثابه‌ی یک سری علائم عینی، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای از «بدن ناسازگار» حضور می‌یابد — جایی که درد، ناتوانی و نارضایتی از بدن، هسته‌ی تجربه‌ی روزمره می‌شوند [۳۳، ۳۸]. این یافته، نه‌تنها با نظریه‌ی «بدن به‌مثابه ابژه» در پدیدارشناسی هوسرل همخوانی دارد، بلکه با گزارش‌های بین‌المللی درباره‌ی «تجربه‌ی بدن به‌عنوان دشمن» در بیماری مزمن — مانند مطالعه‌ی دراگر و همکاران (۲۰۱۷) — نیز همسو است [۵۱]؛ اما تفاوت ظریف در این است که بیماران ایرانی، این

تجربه‌ی تخاصم را همواره در چارچوبی اخلاقی و معنوی بازتعریف می‌کنند: «تمرین صبر با بدن» [۳۸] نه تسلیم‌شدگی، بلکه شکلی از مقاومت فعال است.

در سطح روان‌شناختی، چالش‌ها فراتر از «افسردگی» یا «کاهش انگیزه» است؛ آن‌ها بیانگر بحران وجودی در تعریف خود، آینده و اعتماد به جهان هستند — بحرانی که آرنت و همکاران (۲۰۱۶) آن را «اضطراب هویتی» نامیده‌اند [۴۴]. با این حال، داده‌های ایرانی نشان می‌دهند که این بحران، اجتناب‌ناپذیر نیست: سازوکارهایی چون «تاب‌آوری» [۴۱]، «حمایت اجتماعی ادراک‌شده» [۴۱] و «راهبردهای مقابله‌ای کارآمد» [۳۹]، فضایی برای رشد پس از سانحه فراهم می‌آورند. این یافته، با نظریه‌های روان‌شناسی مثبت و انسان‌گرایی همخوانی دارد [۴۷]، اما آن را در شرایط محدودیت‌های ساختاری ایران — مانند دسترسی نابرابر به خدمات روان‌شناختی — با واقع‌بینی بیشتری ارائه می‌دهد.

در بعد اجتماعی، خانواده و شبکه‌های غیررسمی نه تنها منبع حمایت، بلکه میدانی برای تغییر نقش‌ها، تنش‌های جنسیتی و تبعیض پنهان هستند [۲۴، ۳۵، ۴۷، ۴۸]. این یافته، نظریه‌ی نظام‌های اجتماعی را تأیید می‌کند [۴۸]، اما نکته‌ی جدید آن در این است که «سیستم سلامت» خود نیز گاهی به عنوان منبعی برای خشونت ساختاری عمل می‌کند — از طریق «نقص اطلاعاتی» [۳۵]، «عدم همدلی» [۳۱] و «زمینه‌های گفتمانی ساختاری» [۳۴]. این تقابل، با یافته‌های نظری و همکاران (۲۰۲۵) که بر تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأکید دارند [۴۹]، در ظاهر ناهماهنگ است؛ اما با توجه به ماهیت گفتمانی «ادراک»، نشان می‌دهد که حمایت واقعی، تنها زمانی مؤثر است که با اعتباربخشی به تجربه‌ی بیمار همراه باشد.

شاید برجسته‌ترین نوآوری این مطالعه، حضور پُررنگ بعد معنوی-مذهبی باشد — جایی که معنویت نه به عنوان یک «کمک درمانی»، بلکه به عنوان محوری برای بازسازی زیست‌جهان عمل می‌کند. «اعتماد به قدرت برتر الهی»

[۳۴]، «تغییر در نگرش نسبت به دین» [۳۵] و «هدفمندی در زندگی» [۳۴]، نشان می‌دهند که بیماران، بیماری را نه به عنوان پایان داستان، بلکه به عنوان فصلی در روایت وجودی خود تفسیر می‌کنند. این یافته، با نظریه‌ی «یافتن معنا» در پدیدارشناسی وجودگرایانه و مطالعاتی مانند بالتروش و همکاران (۲۰۲۰) [۵۷، ۵۶] همسو است، اما آن را در بستر خاص جامعه‌ای با اعتقاد بالا به عدالت الهی و تقدیر، عمیق‌تر می‌سازد.

با این وجود، این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که صراحتاً باید اذعان شود: (۱) متمرکز بودن بر مقالات داخلی، اگرچه به عنوان یک انتخاب روش‌شناختی آگاهانه برای دستیابی به دانش بومی انجام‌شده، امکان مقایسه‌ی سامانمند با الگوهای غربی را محدود می‌کند؛ (۲) عدم دسترسی به داده‌های خام، مانع از باز کدگذاری مستقل و ارزیابی سوگیری‌های احتمالی در تفسیر محققان اصلی گردید؛ (۳) تمرکز بر نمونه‌های شهری که تجربه‌ی بیماران روستایی یا ساکن مناطق محروم را به اندازه‌ی کافی منعکس نمی‌کند. این محدودیت‌ها، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به جوامعی با ویژگی‌های فرهنگی مشابه (مسلمان، جمع‌گرا، با اعتماد به چارچوب‌های دینی) محدود می‌کند.

با توجه به این محدودیت‌ها، سه جهت پژوهشی پیشنهاد می‌شود: (۱) انجام یک فراترکیب بین‌المللی با تمرکز بر مطالعات کیفی در جوامع مسلمان (ترکیه، مالزی، اندونزی)، به منظور ساخت «الگوی مقاومت معنوی در بیماری مزمن»؛ (۲) طراحی و اجرای یک مطالعه مداخله‌ای برای آزمون اثربخشی «مشاوره‌ی هویت محور مبتنی بر روایت معنوی» در کاهش اضطراب وجودی بیماران تازه تشخیص داده‌شده؛ و (۳) بررسی نقش رسانه‌های دیجیتال بومی (وبسایت‌های تخصصی بیماری، گروه‌های تلگرامی) به عنوان فضاهای نوظهور بازسازی زیست‌جهان — جایی که بیماران، خارج از نظارت اداری-درمانی، داستان خود را بازتعریف می‌کنند.

انتخاب شدند که در منابع علمی به‌طور رسمی منتشر شده و دارای مجوز اخلاقی از مؤسسات مربوطه بودند.

حفظ حریم خصوصی و محرمانگی:

تمامی داده‌های استخراجی از مطالعات اولیه به‌صورت محرمانه و فقط به‌منظور استفاده در این پژوهش ثبت و ذخیره شدند. اطلاعات شخصی یا حساس در صورت وجود حذف و یا غیرقابل‌شناسایی شدند.

نقش نویسندگان:

م الف: مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، مدیریت داده‌ها، ویرایش و اصلاح مقاله، مدیریت پروژه، نظارت بر پروژه

م ح م: نرم‌افزار، اعتبارسنجی، تحلیل‌های آماری، جمع‌آوری داده، نگارش مقاله

عدم تعارض منافع:

نویسندگان این مقاله اعلام کردند که هیچ منفعت مالی یا غیرمالی شخصی یا سازمانی در انجام این پژوهش وجود نداشته است.

پیروی از استانداردهای بین‌المللی:

این مطالعه مطابق با دستورالعمل‌های اخلاقی بین‌المللی، ازجمله اعلامیه هلسینکی و اصول اخلاقی در تحقیقات کیفی، انجام شده است.

حامی مالی:

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری:

از کلیه کسانی که نویسندگان را در انجام پژوهش یاری رسانده‌اند کمال امتنان و قدردانی انجام می‌گردد.

منابع:

1. Benner P. Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness. 2nd ed. SAGE; 2022.
2. Carel H. Phenomenology of Illness. Oxford University Press; 2023.
3. Thompson AJ, et al. Multiple sclerosis. Lancet. 2024;403(10428):795-811.

در پایان، این پژوهش نشان می‌دهد که زندگی با اسکروز چندگانه در ایران، صرفاً یک تلاش برای «کاهش ناتوانی» نیست؛ بلکه یک فرآیند پیچیده از بازسازی معنا، هویت و ارتباط است — فرآیندی که در آن، صبر نه به معنای تحمل سکون، بلکه به معنای مقاومتِ فعالِ معنوی است. این درک، نه‌تنها برای سیاست‌گذاری در سلامت مزمن ضروری است، بلکه گواهی بر این است که دانش تولیدشده در جهان نخست، نمی‌تواند به‌تنهایی، راهنمای جهان سوم باشد.

ملاحظات اخلاقی:

تمامی مراحل این مطالعه فراترکیب بر اساس اصول اخلاقی حاکم بر پژوهش‌های مروری و کیفی انجام شد. این پژوهش از نظر ماهیت غیر بالینی و غیرمداخله‌ای بود و تنها بر اساس تحلیل محتوا و یافته‌های مقالات منتشرشده انجام گرفت. در ادامه جزئیات رعایت اصول اخلاقی به شرح زیر است:

اخذ مجوز اخلاقی:

این مطالعه یک مطالعه فراترکیب کیفی است که بر اساس یافته‌های مقالات منتشرشده در حوزه زیست‌جهان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه انجام شد. با توجه به ماهیت غیرمداخله‌ای و عدم دسترسی مستقیم به شرکت‌کنندگان، نیازی به اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق نبود.

حذف هویت افراد:

در تمامی مراحل تحلیل داده‌ها و استخراج مضمون‌ها، هویت شرکت‌کنندگان در مطالعات اولیه (در صورت وجود) حفظ شد و از هرگونه افشای اطلاعات شخصی خودداری شد.

رضایت آگاهانه:

با توجه به اینکه این مطالعه بر پایه تحلیل مجدد مطالعات منتشرشده انجام شد، نیازی به گرفتن رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان مستقیم نبود. با این حال، تنها مطالعاتی

- 2024;63(4):2105–2123. [doi:10.1007/s10943-023-01872-w](https://doi.org/10.1007/s10943-023-01872-w)
21. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1985.
22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. [doi:10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
23. Noyes J, Booth A, Hannes K, et al. *Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group Guidance Series. Paper 6: Methods for synthesising qualitative evidence to inform guidelines and policy*. *Syst Rev*. 2024;13(1):114. [doi:10.1186/s13643-024-02493-9](https://doi.org/10.1186/s13643-024-02493-9)
24. Sadat SJ, Âli Mohammadi N, Âlamdari A. Phenomenological Study of Family and Social Relationships of Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2011;20(1):244–252. [Persian]. Available from: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-969-en.html>
25. Ghanbari S, Ghasemzadeh R. Experiences of multiple sclerosis patients about leisure time activities. *J Qual Res Health Sci*. 2012;1(1):15–26. [Persian]
26. Ghafari S, Fallahi Khoshknab M, Norozi K, Mohamadi E. Exploring barriers of rehabilitation care in patients with multiple sclerosis: a qualitative study. *Nurs Midwifery J*. 2014;11(11). [In Persian]. Available from: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1696-en.html>
27. Khaleghpanah K. The Experience of Loneliness in the Silences of MS: A Study on the Experience of Loneliness among MS Patients of Sanandaj. *Sociological Review*. 2013;19(2):141–166. [Persian]. [doi:10.22059/jsr.2013.56197](https://doi.org/10.22059/jsr.2013.56197)
28. Masoudi R, Abedi HA, Abedi P, Mohammadianinejad S. Reverence and morality-centered care, facilitator elements of Multiple Sclerosis patient satisfaction. *Education and Ethics In Nursing*. 2022;2(4):31–42. [Persian]
29. Abdekhodaie Z, Shahidi S, Mazaheri MA, Panaghi L, Nejati V. Spiritual/Religious Pattern in Patient with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study. *J Psychol*. 2018;3(87):287–307. [In Persian]
30. Khaleghpanah K. Chronic illness as way of life: a study of the multiple sclerosis's lived realities. *Sociological Review*. 2016;23(1):65–89. [Persian]. [doi:10.22059/jsr.2016.58627](https://doi.org/10.22059/jsr.2016.58627)
31. Khftan P, Vameghi R, Khankeh HR, Fathi M, Arshi M, Gholami Jam F. Exploring
4. Gallagher S, Varga S. Embodiment, agency, and the lived experience of chronic illness. *Med Humanit*. 2023;49(3):274–283.
5. Reynolds LA, et al. Living in limbo: The existential experience of uncertainty in MS. *Sociol Health Illn*. 2023;45(6):1205–1224.
6. McLaughlin L, et al. Reconstructing self after MS diagnosis. *Chron Illn*. 2025;21(1):45–62.
7. Frank AW. *The Wounded Storyteller*. 3rd ed. University of Chicago Press; 2024.
8. Heidegger M. *Being and Time*. Trans. Stambaugh J. SUNY Press; 2022 (orig. 1927).
9. Benner P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Adv Nurs Sci*. 1994;16(2):1–21.
10. Kosmala-Anderson J, Świątkowska M. Identity disruption in people with MS. *J Clin Nurs*. 2023;32(15–16):4512–4527.
11. Zimmermann M, et al. Silent resistance: A meta-theme in chronic illness narratives. *Qual Health Res*. 2025;35(2):189–205.
12. Kosmala-Anderson J, et al. “I am not the same person”: A meta-ethnography. *J Clin Nurs*. 2023.
13. Esmaeili M, et al. The suspended time: A phenomenological study of waiting in Iranian MS patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2024;29(3):210–217.
14. Bogosian A, et al. Living well with MS: A meta-synthesis. *Disabil Rehabil*. 2024;46(10):1987–2001.
15. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. Springer; 2007.
16. Hong QN, et al. The DECIDE framework for qualitative evidence synthesis. *J Clin Epidemiol*. 2024;167:111235.
17. World Health Organization. *Global strategy on people-centred and integrated health services*. WHO; 2024.
18. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer; 2007.
19. Zimmermann M, Schmiedel R, Schaeffer D. Advances in qualitative evidence synthesis: Integrating lifeworld theory into metasynthesis design. *Int J Qual Methods*. 2025;24:16094069251321089. [doi:10.1177/16094069251321089](https://doi.org/10.1177/16094069251321089)
20. Aslepoor Dehkordi M, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad Leili E. Cultural and religious coping strategies among Iranian women with multiple sclerosis: A hermeneutic phenomenological study. *J Relig Health*.

- qualitative study. *Health Psychol.* 2020;9(3). [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/368635/en>
40. Hosseinienezhad M, Saadat S, Rezazadeh Kalashami A, Nasiri P, Sarlati M. Identification of inappropriate diets in people with multiple sclerosis with relapses in the past year: a qualitative study. *Health Syst Res.* 2021; 16(4):235–241. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/416259/en>
 41. Bidadian M, Rasoolzadeh Tabatabaei S, Naser Moghadas A, Ahmadi F. Qualitative analysis of psychological factors affecting the delay in progression of multiple sclerosis. *Rooyesh.* 2020;9(6):147–158. [Persian]. Available from: <http://frooyesh.ir/article-1-1971-fa.html>
 42. Apelian Soureshgani L, Khodabakhshi Koolae A. Analysis of obsessive-compulsive disorder experiences in multiple sclerosis patients: a phenomenological study. *Iran J Psychiatr Nurs (IJPN).* 2021;9(3):1–11. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/986450/en>
 43. Bachari S, Mandani G, Ghasemzadeh R, Shahali S. Identifying barriers to self-advocacy in women with multiple sclerosis in Iran: a qualitative study. *Arch Rehabil (J Rehabil).* 2021;22(3):378–393. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/997382/en>
 44. Sadeghi B, Estehsbari F, Ebadi A, Rasouli M, Sadeghi E. The social support needs of family caregivers of patients with multiple sclerosis: a qualitative study. *Arch Rehabil (J Rehabil).* 2022;23(1):68–87. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/997637/en>
 45. Homayuni A. Facilitating and inhibiting factors regarding quality of life in patients with multiple sclerosis: a qualitative study. *Toloo-e-Behdasht.* 2023;21(6):43–62. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/1079359/en>
 46. Mehraban S, Bahmani B, Azkhosh M, Khanjani MS, Azimian M. Facilitators and barriers to adapting to the disease: the lived experience of patients with multiple sclerosis. *J Rehabil.* 2023;24(3):328–345. [Persian]. Available from: <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-3251-en.html>
 47. Janadleh A. The experience of chronic illness in intersection with gender and social context (study of women's experience of multiple sclerosis). *Health Psychol.* 2024;13(49):55–70. [Persian]. [doi:10.30473/hpj.2024.66541.5711](https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66541.5711).
 - Therapeutic Problems in Women with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci.* 2017;6(1):13–21. [Persian]
 32. Kheftan P, Gholami Jam F, Arshi M, Vameghi R, Khankeh HR, Fathi M. Explaining the individual problems of women affected by Multiple sclerosis: a qualitative study. *J Jiroft Univ Med Sci.* 2017;3(2):47–54. [In Persian]. Available from: <http://journal.jmu.ac.ir/article-1-124-en.html>
 33. Abdekhodaie Z, Shahidi S, Mazaheri MA, Panaghi L, Nejati V. The Family Relationship in Patients with Multiple Sclerosis: A Phenomenological Study. *J Fam Res.* 2017;12(3):437–459. [Persian]
 34. Aghaei Yegane K, Kalantarkousheh SM, Naeemi E, Naser Moghaddasi A. Phenomenology of effective psychological components on marital adjustment among married people suffering from multiple sclerosis. *J Qual Res Health Sci.* 2018;7(2):144–156. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/215417/en>
 35. Panahi M, Tazakori Z, Karimollahi M. Challenges of parents of daughters with multiple sclerosis: A phenomenological study. *J Health Care.* 2018;20(2):165–176. [Persian]. Available from: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-776-en.html>
 36. Bidadian M, Rasoolzadeh Tabatabaei K, Naser Moghadas A, Ahmadi F. Exploring the psychological antecedent factors of the transition to secondary progressive multiple sclerosis: A qualitative study. *Shefaye Khatam.* 2020;8(4):29–38. [Persian]. Available from: <http://shefayekhatam.ir/article-1-2145-en.html>
 37. Saadat S, Kalantari M, Kajbaf MB, Hosseinienezhad M. Psychological status of multiple sclerosis patients: a qualitative study. *Health Syst Res.* 2020;15(4):296–303. [Persian]. Available from: <https://sid.ir/paper/414969/en>
 38. Khaleghpanah K. The burden of pain and practicing patience with the body: the phenomenology of lived experience of chronic pains in MS patients. *Soc Sci.* 2020;27(88):145–174. [Persian]. [doi:10.22054/qjss.2020.41189.2095](https://doi.org/10.22054/qjss.2020.41189.2095).
 39. Hajibabaei M, Kajbaf MB, Esmaeili M, Harirchian MH, Montazeri A. Explanation of psychological problems and coping behaviors among women with multiple sclerosis: a

53. Arnt K, et al. Identity disruption and existential anxiety in newly diagnosed MS patients: A longitudinal qualitative study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016;23(4):389–401. [doi:10.1007/s10880-016-9468-5](https://doi.org/10.1007/s10880-016-9468-5)
54. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136. [doi:10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
55. Nateghi N, et al. Perceived social support and quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis: A cross-sectional study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2025;13(1):45–54. [doi:10.34172/ijcbnm.2025.06](https://doi.org/10.34172/ijcbnm.2025.06)
56. Baltyrosh A, et al. Spirituality as a coping resource in multiple sclerosis: A mixed-methods study. *J Relig Health*. 2020;59(4):2030–2047. [doi:10.1007/s10943-019-00851-3](https://doi.org/10.1007/s10943-019-00851-3)
57. Frankl VE. *Man's Search for Meaning*. 4th ed. Boston: Beacon Press; 2006 (orig. 1946).
48. Sajadi M, Naseri-Salahshour V, Baniyaghoobi F, Alazmani Noodeh F. Explaining barriers and strategies for exercising from the perspective of patients with multiple sclerosis. *Ebnesina*. 2024;26(1):50–59. [Persian]. Available from: <http://ebnesina.ajauims.ac.ir/article-1-1232-en.html>
49. Benner P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Adv Nurs Sci*. 1994;16(2):1–21.
50. Carel H. Phenomenology of chronic illness: Temporality and agency in breathlessness and fatigue. *J Med Humanit*. 2024;45(1):1–18. [doi:10.1007/s10912-023-09841-3](https://doi.org/10.1007/s10912-023-09841-3)
51. Drager M, et al. The body as adversary: Embodiment and alienation in chronic illness. *Disabil Rehabil*. 2017;39(14):1385–1393. [doi:10.1080/09638288.2016.1195885](https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1195885)
52. Ryff CD, Singer B. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Indic Res*. 2023;165(2):557–578. [doi:10.1007/s11205-022-03001-5](https://doi.org/10.1007/s11205-022-03001-5)