

اثربخشی آموزش کنترل استرس بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مریم افروزه^۱، اعظم حیدرزاده^۲، امیر مقدم احمدی^۳، فاطمه افروزه^۴، مجید کاظمی^{۵*}

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۴

خلاصه

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس از مهم‌ترین بیماری‌های تغییردهنده زندگی فرد، به ویژه در سنین جوانی می‌باشد که باعث افت شدید سطح کیفیت زندگی شده و افراد را به سمت ناتوانی پیش خواهد برد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش کنترل استرس بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۶ است. ۶۰ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. گروه مداخله، در ۱۰ جلسه ۲ ساعته آموزش کنترل استرس شرکت کردند. گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل و t زوجی تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه مداخله و گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0/672$). در پس‌آزمون، میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت جسمی و سلامت روانی در گروه مداخله به طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بود ($p<0/001$). نتایج آزمون تی مستقل نشان داد تفاوت معنی‌داری بین اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل با بعد از مداخله بین دو گروه وجود داشت ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: برنامه مدیریت کنترل استرس می‌تواند به بیماران MS برای مدیریت بیماری و مشکلات مرتبط با زندگی خود کمک کند. از آنجایی که این برنامه آموزشی کارآمد و کم‌هزینه است، می‌توان آن را در مداخلات بهداشتی برای بیماران MS گنجاند.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، استرس، کیفیت زندگی، آموزش

۱- استادیار، گروه اطفال، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۲- کارشناس ارشد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۳- دانشیار، گروه داخلی اعصاب، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۴- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

۵- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

(نویسنده مسئول) پست الکترونیکی: maj_kaz@yahoo.com، تلفن: ۰۳۴۳۴۲۵۵۹۰۰

مقدمه

مولتیپل اسکلروز یک بیماری عصبی پیشرونده مزمن است که با اختلالات مختلف جسمی، روحی و اجتماعی همراه است [۱]. این بیماری غیرقابل علاج و ناتوان کننده در زنان شایع تر است [۲] و عمدتاً جوانان را تحت تأثیر قرار می دهد [۱]. آمارهای جهانی و منطقه‌ای در زمینه مولتیپل اسکلروز نشان می دهند که شیوع آن در تمام کشورهای دنیا از جمله ایران سیر فزاینده‌ای داشته است [۳]. این بیماری تقریباً ۱ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر را مبتلا ساخته و شیوع آن حدود ۱/۱ میلیون نفر در جهان می باشد [۴]. در ایران هم طبق آخرین آمار حدود ۷۰ هزار بیمار مبتلا به MS گزارش شده است. ایران در ابتلا به بیماری MS جزو ۱۰ کشور اول دنیا است [۵]. شایع ترین زمان پیدایش بیماری بین سنین ۲۵ تا ۳۰ سالگی است و در جمعیت کلی، زنان بیشترین موارد ابتلا را با نسبت ۱۰ به ۳ با مردان دارند [۶].

MS با مجموعه‌ای از علائم و ضایعات متنوع شناخته می شود که می تواند باعث تغییرات جسمی جدی، سازگاری عملکرد شناختی، و حتی باعث مشکلات عصبی شود [۷]. شکایت اصلی بیماران عمدتاً مربوط به مشکلات حسی (۴۰ درصد) و حرکتی (۳۹ درصد)، یعنی دوبینی، ضعف حرکتی، مشکلات روده و دستگاه تناسلی، خستگی، لرزش، اختلالات گفتاری و درد است [۸]؛ علاوه بر علائم پزشکی و بیولوژیکی MS، عوامل روانی نیز وجود دارند که از بین آنها استرس، افسردگی و اضطراب شایع ترین علائم هستند [۹].

استرس، به عنوان یک پدیده چندبعدی و چندعاملی، می تواند به عنوان یک عارضه بیماری مولتیپل اسکلروز و همچنین یک عامل در تشدید یا عود علائم ناشی از بیماری مورد توجه قرار گیرد. شواهدی وجود دارد که استرس عاطفی با تشدید علائم عصبی، یا در ارتباط با عوامل التهابی واسطه‌گر ناشی از استرس (به عنوان مثال $TNF\alpha$, $IFN\gamma$) عملکرد عصبی آکسون‌های دمی‌لینه شده یا مکانیسم‌های دخیل در اختلالات جسمانی را مختل می کند [۱۰]؛ علاوه بر این، استرس و اضطراب در تحریک شروع حملات MS و تشدید علائم مرتبط با آن نقش بسزایی دارند [۱۱]. در تجربه بسیاری از افراد مبتلا به MS ارتباطی قوی بین استرس و عود بیماری

هست و اکثر بیماران تشدید علائم بیماری را در زمان استرس گزارش کرده‌اند. در طول زمان استرس، انرژی بیشتری برای فکر کردن و حل مشکلات زندگی روزانه لازم است و این تحلیل انرژی باعث خستگی و اختلال عملکرد روزانه بیماران می شود [۱۲]. بنابراین، احتمالاً بین استرس و تشدید بیماری MS یک رابطه قوی وجود دارد. هرچند که سازوکارهای این رابطه شناخته نشده است ولی به نظر می رسد کاهش و مهار استرس در این بیماری، اهمیت زیادی داشته باشد [۱۳].

MS خواسته‌ها و چالش‌های جدیدی برای فرد مبتلا ایجاد می کند. افراد مبتلا به MS از دست دادن ناخواسته نقش‌ها، تغییر روابط و مشکلات مالی احتمالی را تجربه می کنند. این جنبه‌های بیماری تأثیر مستقیمی بر زندگی روانی-اجتماعی دارند و منجر به کاهش کیفیت زندگی و دشواری در مقابله با این بیماری می شوند [۱۴]. مداخلات حمایتی برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS باید چندبعدی باشد و از جنبه‌های فیزیکی، روانی و عاطفی استفاده کند. با این حال، نقش مراقبت روانی اجتماعی به عنوان یک مداخله حمایتی برای بیماران مبتلا به MS نادیده گرفته شده است و تأثیرات سودمند منحصر به فرد مراقبت روانی اجتماعی بر کیفیت زندگی در میان این بیماران به طور کامل روشن نشده است. سازگاری روانی اجتماعی با MS که به بیمار اجازه می دهد تجربیات دشوار اخیر مرتبط با اهداف، ارزش‌ها و باورهای فرد را با تجربیات شخصی و فرآیندهای شناختی موجود ادغام کند، ممکن است برای مقابله با این بیماری مزمن مفید باشد [۱۵]. از طرفی، بیماران مبتلا MS اذعان دارند که ارتقای سلامت روانی و ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی آن‌ها به شدت می تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند، یکی از مداخلات درمانی که در این راستا برای بیماران مبتلا به MS اجرا می شود، مدیریت استرس است [۱۶].

طرح مدیریت استرس در واقع یک نوع برنامه کنترل است که با استفاده از ریشه‌های بیولوژیکی استرس، شخص چگونگی مقابله با استرس را به منظور کاهش جنبه‌های ناخوشایند استرس، تهدیدهایی که آن‌ها را به منظور کنترل رشد استرس خوب و مفید است می آموزد. مهارت‌های زندگی این فرد را در برابر استرس محافظت کرده و مهارت‌های مدیریتی استرس از طریق، یادگیری، استرس و جنبه‌های تهدید ناخوشایند آن را کاهش می دهد [۱۷]. با آموزش

بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (تشخیص قطعی MS توسط متخصص مغز و اعصاب) مراجعه کننده به کلینیک MS شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶ که در مجموع ۴۰۸ بودند، تشکیل می دادند. حجم نمونه با توجه فرمول زیر و با درصد اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد و انحراف معیار مطالعه Hamid و همکاران [۲۷] برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد گردید:

$$n = \frac{(s_1^2 + s_2^2) \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$s_1 = ۱۶/۵۱ \quad s_2 = ۲۲/۶۶ \quad \bar{x}_1 = ۷۸/۹۲ \quad \bar{x}_2 = ۵۷/۸$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشت ۴ ماه از تشخیص بیماری، نبودن بیماران در مرحله حاد و اضطراب و افسردگی شدید، سلامت جسمی و روانی جهت پاسخ به سؤالات، عدم ابتلا به بیماری‌های روان پزشکی و عدم دریافت درمان‌های روان پزشکی، نمره کیفیت زندگی کمتر از ۷۵ و معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم رضایت به ادامه شرکت در مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه بود.

قبل از مشارکت افراد شرکت کننده در مطالعه به آن‌ها اطمینان داده شد که مکالمات آن‌ها محرمانه نگه داشته می شود. همچنین، هر زمان که احساس ناراحتی کردند می توانند مطالعه را ترک کنند. تعداد ۶۰ بیمار با روش نمونه گیری تصادفی ساده (قرعه کشی) از بین جامعه آماری انتخاب و پس از ارائه توضیحات لازم، رضایت آگاهانه دریافت شد. پس از کسب رضایت از شرکت کنندگان، فرم مشخصات دموگرافیک به انضمام مشخصات بیماری و پرسشنامه های کیفیت زندگی در اختیار بیماران قرار داده شد و پرسشنامه ها توسط بیماران یا در صورت نیاز توسط پژوهشگر در محیط پژوهش تکمیل شدند. سپس، شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه شاهد (۳۰ نفر) و مداخله (۳۰ نفر) تقسیم شده و گروه مداخله، آموزش لازم در زمینه کنترل استرس، توسط کارشناس ارشد روانشناسی عمومی همکار طرح، طی ۱۰ جلسه (هفتگی) که هر جلسه دو ساعت بود، را فرا گرفته و پمفلت های آموزشی در این زمینه در اختیار آن‌ها قرار داده شد (جدول ۱). گروه شاهد هیچ مداخله ای در زمینه کنترل

مدیریت استرس می توان انواع فشارهای درونی و بیرونی را شناسایی نمود و در واقع، آسیب شناسی کرد. وقتی عامل استرس زاء، زندگی انسان را تحت تأثیر قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر فرد از سطح بهنجار و متعادل خارج شده و فعالیت های شناختی آسیب پذیر می گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فراخوانده می شوند. بدین ترتیب، می توان انتظار داشت استرس لذت زندگی را از بین ببرد. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت های مقابله ای مؤثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش های زندگی خود به شیوه بهتری کنار آید [۱۸].

در سال های اخیر مطالعات مختلف در زمینه آموزش مدیریت استرس در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن از جمله بیماران قلبی عروقی [۱۹]، دیابت نوع دو [۲۰] و سرطان پستان [۲۱] انجام گرفته است. در حالی که در بیماران مبتلا به MS مطالعات بیشتر به آموزش مدیریت استرس بر کاهش افسردگی، اضطراب [۲۲] و تاب آوری [۲۳] پرداخته اند و مطالعات محدودی در زمینه بهبود کیفیت زندگی [۲۴-۲۶] وجود دارد.

اخیراً، علاقه قابل توجهی به بهبود کیفیت زندگی در میان افراد مبتلا به MS وجود داشته است. با توجه به ماهیت مزمن MS، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی که مایل به اجرای مداخلات حمایتی برای این بیماران هستند، ممکن است بخواهند مداخلات حمایتی بهبود دهنده کیفیت زندگی این بیماران را شناسایی کنند. با این حال، ارتباط کنترل استرس با کیفیت زندگی در بیماران ایرانی مبتلا به MS هنوز مشخص نشده است. ایجاد رابطه سازگاری روانی-اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS ممکن است به توسعه مداخلات آینده کمک کند و به طور خاص کیفیت زندگی را در میان این جمعیت بهبود بخشد. بنابراین، هدف از این مطالعه شناسایی اثربخشی مدیریت استرس بر بهبود کیفیت در بیماران زن مبتلا به MS بود.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس-آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را کلیه

استرس دریافت نکردند و بعد از اتمام جلسات گروه مداخله، مداخلات آموزشی، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی مجدداً توسط بیماران هر دو گروه تکمیل گردید.

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی مدیریت استرس در بیماران زن مبتلا به MS مراجعه‌کننده به کلینیک بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان

جلسات	محتوای جلسه
اول	معرفی برنامه‌ها، آگاه شدن از استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، تمرین آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه.
دوم	تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه و چگونگی تأثیرگذاری بر تفکر، عواطف و رفتار.
سوم	تمرین تنفس، تصویرسازی، تشریح ارتباط متقابل افکار و عواطف و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه
چهارم	تمرین تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل و معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی.
پنجم	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی.
ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی و آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد.
هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر.
هشتم	تمرین مراقبه‌ی مانترا و آموزش روش‌های مدیریت خشم.
نهم	تمرین مراقبه و شمارش تنفس و آموزش ابراز گری در روابط بین فردی.
دهم	توضیح فواید حمایت اجتماعی، آموزش تکنیک‌های حمایت اجتماعی و برنامه‌ریزی مدیریت استرس شخصی

کیفیت زندگی خود، با عنوان «خود امتیازی» در این مطالعه وجود دارد. در این پرسشنامه برخی از سؤالات بر اساس یک (وحشتناک) تا هفت (عالی)، برخی یک (همیشه) تا شش (هیچ وقت)، برخی یک (اصلاً مشکلی نیست) تا چهار (خیلی زیاد مشکل وجود دارد)، برخی یک (بله، خیلی محدود می‌کند) تا سه (خیر، اصلاً محدود نمی‌کند) و برخی نیز بر اساس یک (بله) تا دو (خیر) طبقه‌بندی شده است. ۱۴ گویه در دو حیطه سلامت جسمی و سلامت روانی تقسیم‌بندی می‌شوند. حیطه ترکیبی سلامت جسمی و سلامت روانی کیفیت زندگی، از مجموعه نمرات حیطه‌های عملکرد جسمی، درک سلامت، انرژی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد، عملکرد جنسی، عملکرد اجتماعی و تنش سلامتی تشکیل شده است و عددی بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد. حیطه ترکیبی سلامت روحی-روانی نیز از مجموع نمرات حیطه‌های تنش سلامتی، کیفیت زندگی کلی، بهزیستی روانی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و عملکرد شناختی تشکیل شده است و عددی بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد. صفر نشان‌دهنده بدترین و ۱۰۰ نشان‌دهنده بهترین وضعیت سلامت است. روایی و پایایی این ابزار توسط Vickrey و همکاران بررسی گردیده و ضریب آلفا کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۶ گزارش شده است [۲۸]. ضریب پایایی آن در ایران نیز توسط Merghati Khoei در سال ۱۳۹۲ محاسبه و آلفای کرونباخ ۰/۸۲۱ گزارش گردید [۲۹].

پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه، اطلاعات دموگرافیک از پرونده بیمار و سایر اطلاعات از طریق مصاحبه با بیمار جمع‌آوری و در چک‌لیست ضمیمه ثبت شد. این چک‌لیست شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، نوع سیر بیماری، نوع داروی مصرفی و نمره مقیاس وضعیت ناتوانی گسترش‌یافته که شدت ناتوانی بیماران مبتلا به MS را می‌سنجد (این مقیاس توسط نورولوژیست تعیین شد که این شاخص از صفر که معاینه فیزیکی نرمال می‌باشد تا ده هنگامی که مرگ به علت بیماری باشد طبقه‌بندی می‌شود) بود. برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به کیفیت زندگی از نسخه فارسی معتبر پرسشنامه MSQoL-54 استفاده شد. این ابزار توسط Vickrey و همکاران تهیه شده است [۲۸]. شایان ذکر است که MSQoL-54 به عنوان یک پرسشنامه خودگزارشی مرتبط با سلامت شناخته می‌شود که حاوی ۵۴ گویه در ۱۲ زیر مقیاس سلامت جسمانی (۱۰ گویه)، محدودیت‌های نقش - جسمی (۴ مورد)، بهزیستی عاطفی (۸)، درد (۳ مورد)، انرژی (۵ مورد)، ادراکات سلامت (۵ مورد)، عملکرد اجتماعی (۳ مورد)، عملکرد شناختی (۴ مورد)، پریشانی سلامتی (۴ مورد)، عملکرد جنسی (۵ مورد)، تغییر در سلامت (۱ مورد)، و کیفیت زندگی کلی (۲ مورد) طبقه‌بندی شده است. همچنین یک مورد تحت عنوان کیفیت زندگی کلی، مربوط به دیدگاه بیماران در مورد ارزیابی کلی

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. از شاخص‌های مرکزی پراکندگی و آزمون‌های آماری t مستقل و t زوج جهت مقایسه متغیرهای دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۳۳/۱±۰/۸۱ و ۳۴/۸۰±۰/۷۶ سال بود که در محدوده ۱۸ تا ۴۷ سال قرار داشت. در مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک بین دو گروه از نظر سن ($p=0/924$)، تحصیلات ($p=0/790$)، وضعیت تأهل ($p=0/395$)، محل سکونت ($p=0/365$)، نوع سیر بیماری ($p=0/177$)، نوع داروی مصرفی ($p=0/703$) و نمره EDSS ($p=0/453$) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۶

گروه متغیر	آزمایش (تعداد (درصد))	کنترل (تعداد (درصد))	P
سن	۲۳-۱۸	۴(۱۴/۳)	۲(۶/۷)
	۲۹-۲۴	۲(۶/۷)	۳(۱۰)
	۳۵-۳۰	۱۲(۴۰)	۱۳(۴۳/۳)
	۴۱-۳۶	۵(۱۶/۷)	۵(۱۶/۷)
	۴۷-۴۲	۷(۲۳/۳)	۷(۲۳/۳)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱(۳۶/۶)	۱۰(۳۳/۴)
	دیپلم	۱۰(۳۳/۴)	۱۱(۳۶/۶)
	لیسانس و بالاتر	۹(۳۰)	۹(۳۰)
تأهل	متأهل	۱۰(۳۳/۳)	۱۲(۴۰)
	مجرد	۲۰(۶۶/۷)	۱۸(۶۰)
محل سکونت	شهر	۲۶(۸۶/۷)	۲۴(۸۰)
	روستا	۴(۱۳/۳)	۶(۲۰)
سیر بیماری	پیشرونده-عود کننده	۱(۳/۳)	۴(۱۳/۳)
	عود کننده-بهبود یابنده	۲۹(۹۶/۷)	۲۶(۸۶/۷)
	اینترفرون با دوز پایین	۲۵(۸۳/۳)	۲۷(۹۰)
نوع دارو مصرفی	اینترفرون با دوز بالا	۱(۳/۳)	۰
	گلاتیمراستات	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)
	فینگولید	۲(۶/۷)	۲(۶/۷)
	کمتر از یک سال	۲(۶/۷)	۰
مدت زمان مصرف دارو	۱-۵ سال	۱۲(۴۰)	۱۲(۴۰)
	۶-۱۰ سال	۱۳(۴۳/۳)	۱۵(۵۳/۶)
	۱۱-۱۵ سال	۳(۱۰)	۳(۱۰)
نمره EDSS	۰	۲۲(۷۳/۳)	۲۱(۷۰)
	۱	۶(۲۰)	۹(۳۰)
	۱/۵	۱(۳/۳)	۰
	۳/۵	۱(۳/۳)	۰

آزمون مجذور کای * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

مداخله آموزش به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0/001$). همچنین، میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل، در

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت جسمی و سلامت روانی گروه مداخله، بعد از

مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج آزمون تی زوجی نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی، پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p > 0/05$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان بین دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۶

P	مرحله	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
* < 0/001	۷۳/۶۰ \pm ۵/۹۲	۷۹/۸۰ \pm ۶/۸۱
* < 0/001	۴۰/۳۰ \pm ۵/۹۲	۴۷/۳۷ \pm ۷/۲۰
* < 0/001	۳۶/۸۷ \pm ۸/۳۱	۴۲/۹۹ \pm ۱۰/۰۴
0/۶۹۸	۷۲/۹۷ \pm ۵/۵۸	۷۳/۱۷ \pm ۵/۸۶
0/۷۵۶	۴۰/۹۷ \pm ۷/۳۵	۴۱/۲۰ \pm ۷/۲۰
0/۸۴۵	۳۷/۴۰ \pm ۸/۳۶	۳۸/۷۰ \pm ۱۰/۳۳

آزمون تی زوجی * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

میانگین نمرات کیفیت زندگی، سلامت جسمی و روانی قبل از مداخله در گروه مداخله و گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. در حالی که میانگین نمرات کیفیت زندگی، سلامت جسمی و سلامت روانی گروه

آزمایش بعد از مداخله آموزشی، به‌طور معنی‌داری از میانگین نمره کیفیت زندگی گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون بیشتر بود ($p < 0/001$) (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان بین دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۶

P	گروه	
	کنترل	مداخله
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
0/۶۷۲	۷۲/۹۷ \pm ۵/۵۸	۷۳/۶۰ \pm ۵/۹۲
0/۷۰۰	۴۰/۹۷ \pm ۷/۳۵	۴۰/۳۰ \pm ۵/۹۲
0/۸۰۵	۳۷/۴۰ \pm ۸/۳۶	۳۶/۸۷ \pm ۸/۳۱
* < 0/001	۷۳/۱۷ \pm ۵/۸۶	۷۹/۸۰ \pm ۶/۸۱
* < 0/001	۴۱/۲۰ \pm ۷/۲۰	۴۷/۳۷ \pm ۷/۲۰
* < 0/001	۳۸/۷۰ \pm ۱۰/۳۳	۴۲/۹۹ \pm ۱۰/۰۴

آزمون تی مستقل * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله بین دو گروه وجود داشت ($p = 0/001$) (جدول ۵).

جدول ۵- مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین دو گروه مداخله و شاهد

p	گروه	
	کنترل	آزمایش
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
* < 0/001	۳/۰۷ \pm ۰/۲۰	۶/۲۰ \pm ۲/۹۸

* 0.001	۴/۱۰±۰/۲۳	۷/۰۶±۴/۰۲	سلامت جسمی
* 0.001	۶/۴±۱/۳۰	۷/۱۲±۴/۶۱	سلامت روانی

آزمون تی مستقل * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از برنامه آموزشی مدیریت کنترل استرس در بهبود کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به MS مؤثر بوده است. در این راستا، مطالعه‌ای که از برنامه مدیریت کنترل استرس در بیماری MS استفاده کرده با شند طبق مرور پیه‌شینه یافت نشد. مطالعه‌ای که بیشترین شباهت را با مطالعه حاضر دارد، پژوهش Hajilou و همکاران است. این مطالعه نشان داد آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به MS مؤثر بوده است [۳۰]. از طرفی، از این برنامه آموزشی در سایر بیماری‌های مزمن از جمله بیماران قلبی عروقی [۱۹]، دیابت نوع دو [۲۰] و سرطان پستان [۲۱] استفاده شده است که با یافته‌های مطالعه حاضر همپوشانی دارند. برخی مطالعات در بیماران MS از سایر روش‌های کنترل استرس در جهت بهبود کیفیت زندگی استفاده کرده‌اند. برای نمونه برخی از مطالعات نشان دادند استفاده از برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران MS تأثیرگذار است [۲۴، ۲۶، ۳۱]. یافته‌های مطالعه دیگر نیز نشان داد استفاده از آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی این بیماران مؤثر بوده است [۲۷]. تمامی مطالعات مطرح شده همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. در شیوه مدیریت استرس این باور وجود دارد که اگر درمانگر نتواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، می‌تواند با تغییر نگرش درباره رویدادهای زندگی و استرس ناشی از آن و ایجاد نگرش توانایی کنترل درد و آموختن کنترل مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله مؤثر با درد و رویارویی مؤثرتر با موقعیت مشکل‌آفرین به تقویت حس خودکارآمدی بیمار بپردازد. درمانگر از این راه می‌کوشد احساس ناتوانی بیماران را کاهش دهد و به بهبود خلق منفی کمک کند. با توجه به اینکه کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود علائم فیزیولوژیکی، پیش‌آگهی درمانی و موضوعات مربوطه

می‌تواند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذراند. وقتی کیفیت زندگی افراد بعد از مداخله افزایش پیدا می‌کند محیط زندگی آنان تحت تأثیر قرار گرفته و رضایت از زندگی هم به نوبه خود افزایش خواهد یافت [۳۰].

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد میانگین نمره بعد سلامت روانی کیفیت زندگی قبل از مداخله از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشته است اما بعد از مداخله به لحاظ آماری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت به طوری که در گروه مداخله این میانگین بالاتر گزارش شده است که با نتایج سایر مطالعات همپوشانی دارد [۲۶، ۳۱، ۳۲]. در برنامه مدیریت استرس با استفاده از راهبردهای شناختی سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب شناسایی شوند، بیماران نسبت به نقش این افکار آگاهی یابند و با مشارکت سعی شود که افکار منطقی جایگزین آن‌ها گردد. علاوه بر آن، با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن‌آرامی می‌توان اضطراب و پریشانی را در آن‌ها کاهش داد. آموزش یک فن آرمیدگی مؤثر به فرد این امکان را می‌دهد که نشانه‌های جسمانی استرس را تشخیص دهد و با تسلط یافتن در کسب آرامش، کنترل علائم جسمانی حاصل از استرس را فراگیرد و با تمرین و به‌کارگیری فن تن‌آرامی بتواند علائم جسمانی استرس را تقلیل دهد. علاوه بر آن، مدیریت استرس به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن دچار استرس می‌شوند شناسایی کنند و سپس راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را برای مواجهه با این موقعیت‌ها آموزش می‌دهد. بنابراین مدیریت استرس از طریق افزایش حس کنترل، خود-بسندگی و عزت‌نفس بر فرایندهای روانی - عصبی - ایمنی-شناختی بیماران مؤثر واقع شده که خود باعث کاهش اضطراب و استرس و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود [۳۳].

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد میانگین نمره بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی قبل از مداخله از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشته است؛ اما بعد از مداخله به لحاظ آماری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت به

طوری که در گروه مداخله این میانگین بالاتر گزارش شد که با نتایج سایر مطالعات [۳۴] همپوشانی دارد. ضعف عضلانی و اختلال در سیستم حرکتی با تأثیر بر نوروهای مغزی، از جمله مواردی است که سازگاری فیزیکی فرد در خانه و جامعه را متأثر ساخته و ممکن است وی را به دلایل مختلف زمین‌گیر سازد. بدین سبب، فرد مبتلا، خود را در انجام کارهای روزمره و ساده زندگی شخصی ناتوان دیده و به تدریج رو به پذیرفتن درماندگی خود می‌کند. همان‌طور که بیان شد آموزش کنترل استرس، چیزی بیش از صرفاً آموزش دادن مهارت‌های کنار آمدن خاص را در بردارد. این برنامه راه‌های عملی به درمان جویان آموزش می‌دهد تا خود را برای مداخله آماده ساخته و برای تغییر کردن آماده کنند [۳۵]. در این مطالعه مشاهده شد آموزش کنترل استرس، تأثیرات مثبتی در جهت افزایش ابعاد مختلف کیفیت زندگی داشت.

نمونه پژوهش حاضر را زنان مبتلا به MS شهر رفسنجان تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به جامعه مبتلایان به ام اس را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری: برنامه مدیریت کنترل استرس، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، سبب کاهش استرس و افزایش

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی بین نویسندگان وجود نداشت.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه پزشکی عمومی مریم افروزه است. امیر مقدم احمدی و مجید کاظمی طراحی و تحلیل اطلاعات و نوشتن مقاله، اعظم حیدرزاده نوشتن مقاله، فاطمه افروزه و مریم افروزه در انجام مداخله و جمع‌آوری اطلاعات مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد اخلاق IR.RUMS.REC.1396.10 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به تصویب رسید. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به جهت تقبل هزینه‌های اجرای پژوهش ابراز دارند. همچنین از کلیه بیمارانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Saadat S, Kalantari M, Kajbaf MK, Hosseinzade M. A comparative study of health promoting behaviors in healthy individuals and patients with multiple sclerosis: An analytical study. *hayat* 2019; 25(2): 138-150. [Persian]
2. Bikmoradi A, Zafari A, Oshvandi K, Mazdeh M, Roshanaei G. Effect of Progressive Muscle Relaxation on Severity of Pain in Patients with Multiple Sclerosis: a Randomized Controlled Trial. *Hayat* 2014; 20 (1): 26-37. [Persian]
3. Shamili F, Zare H, Oraki M. The Predicting Quality Of Life Based On Illness Perception In Multiple Sclerosis Patients. *Studies in Medical Sciences* 2013; 24(6): 379-392. [Persian]

4. Hasanzadeh P, Fallahi Khoshknab M, Norozi K. Impacts of Journaling on Anxiety and stress in Multiple Sclerosis patients. *CMJA* 2012; 2(2): 183-193. [Persian]
5. Mahdizadeh A, Lokzadeh S, Riyahi A, Hosseini S A, Jalili N. The Investigation of Factors Affecting the Gait of the Patients Suffering From Multiple Sclerosis. *Archives of Rehabilitation* 2019; 20(1): 64-73. [Persian]
6. Shanazari Z, Marandi M, Mehrabi H. Effect of 12-Week Aquatic Training On The Quality Of Life In Women With Multiple Sclerosis. *Nursing And Midwifery Journal* 2014; 11(12). [Persian]
7. Santos M, Sousa C, Pereira M, Pereira MG. Quality of life in patients with multiple sclerosis: A study with patients and caregivers. *Disability and health journal* 2019; 12(4):628-634.
8. Belgian MS, Sherri Giger MB, Director MS, Pfohl DC, Mscn M. Multiple Sclerosis International Federation (MSIF). Italy: Multiple Sclerosis International Federation 2013.
9. Mehraban S, Bahmani B, Azimian M, Rezasoltani P. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral-Based Stress Management Training on Anxiety in Female MS Patients. *IRJ* 2015;13(3):49-53. [Persian]
10. Artemiadis AK, Anagnostouli MC, Alexopoulos EC. Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review. *Neuroepidemiology* 2011;36(2):109-20.
11. Sadrarhami N, Atarod S, Amanat S. Attitude of patients with multiple sclerosis towards the impacts of the disease on their social and sexual activities. *JRBS* 2008; 6(2). [Persian]
12. Buljevac D, Hop W, Reedeker W, Janssens A, Van der Meche F, Van Doorn P, et al. Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *BMJ* 2003;327(7416):646.
13. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi S-H, Akbari M, et al. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: a systematic review. *European neurology* 2013;70(5-6):356-63.
14. Hyarat SY, Subih M, Rayan A, Salami I, Harb A. Health Related Quality of Life Among Patients With Multiple Sclerosis: The Role of Psychosocial Adjustment to Illness. *Archives of psychiatric nursing* 2019;33(1):11-6.
15. Grech LB, Kiropoulos LA, Kirby KM, Butler E, Paine M, Hester R. Target coping strategies for interventions aimed at maximizing psychosocial adjustment in people with multiple sclerosis. *IJMSc* 2018;20(3):109-19.
16. Hajilou M, Ahadi H, Seirafi M, Shahbeigi S, Poor AR. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patients with MS. *JPS* 2019;17(72):893-7. [Persian]
17. Piri-Kamrani M, Dehghan F, Bashiri H. The Effectiveness of Stress Management Skills Training on Perceived Stress and Resiliency of Women with Multiple Sclerosis. *JHC* 2015; 17 (4) :319-328.
18. Babaie E, Golestani T, Nazoktabar H, Entezari R. The Effect of Stress Management Training on Self-efficacy and Quality of Life in Nurses of Government Hospitals in Tehran City. *Journal of Health and Care* 2020;22(2):157-67. [Persian]
19. Saleh S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Quality of Life and Clinical Symptoms of Cardiovascular Patients. *BPJ* 2017;10(1):295-302.
20. Fuladvandi M, AzizZadeh Foroozi M, AsadAbadi A, Fuladvandi G, Lashkari T, Malekian L. Effectiveness of stress management training on improved quality of life in patients with type 2 diabetes. *JHPM* 2014;3(2):16-24. [Persian]
21. Khodabakhshi Koolaee A, Falsafinejad MR, Akbari ME. The effect of stress management model in quality of life in breast cancer women. *IJCP* 2015. 8(4).
22. Pouyanfard S, Mohammadpour M, ParviziFard AA, Sadeghi K. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother* 2020;42(1):55-63.
23. Asadi Haghghat, M., K. Zaharakar, and V. Farzad. Cognitive-Behavioral Stress Management Training (CBSM) on Reducing Stress Symptoms of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2019. 9: 77-87. [Persian]
24. Ghazagh M, Zadhasan Z. The Effect of Group Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Quality of Life and Fatigue in Patients With Multiple Sclerosis. *AJNMC* 2019;27(1):35-44.
25. Alisaleh E, Shahrbanoo G. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in stress and fatigue in patients with multiple sclerosis (MS). *IJMRHS* 2016;5(7S):486-91.
26. Nejati S, Esfahani SR, Rahmani S, Afrookhteh G, Hoveida S. The effect of group mindfulness-based stress reduction and consciousness yoga program on quality of life and fatigue severity in patients with MS. *JCS* 2016;5(4):325. [Persian]
27. Hamid N, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Sadeghi S. The Effect of Stress Inoculation Training (SIT) on Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis (MS) Patients with Control of Duration of Disease in Esfahan City. *JSM* 2012; 11(1): 77-84. [Persian]

28. Vickrey BG, Hays RD, Harooni R, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of life research* 1995;4(3):187-206.
29. Merghati Khoei E, Qaderi K, Amini L, Haghani H. Study on sexual behavior and quality of life of women with multiple sclerosis referred to Iran MS society in Tehran in 2010; *IJOGI* 2012;15(5):7-14. [Persian]
30. Hajilou M, Ahadi H, Seirafi M, Shahbeigi S, Poor AR. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patients with MS. *JPS* 2019;17(72):893-7[Persian].
31. Blankespoor RJ, Schellekens MP, Vos SH, Speckens AE, de Jong BA. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on psychological distress and cognitive functioning in patients with multiple sclerosis: a pilot study. *Mindfulness* 2017;8(5):1251-8.
32. Chen Y, Yang H, Liu L, Fang R. Effects of mindfulness-based stress reduction on the anxiety, depression and quality of life of patients with intrauterine adhesion: a randomized controlled trial. *IJCEMS* 2017;10(2):2296-305.
33. Faridhosseini F. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression and quality of life in patients with psoriasis. *MJMS* 2016;59(5):337-44. [Persian]
34. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. 10th ed. John Wiley & Sons; 2014.
35. Gardiner P, Sadikova E, Filippelli AC, Mitchell S, White LF, Saper R, et al. Stress Management and Relaxation Techniques use among underserved inpatients in an inner city hospital. *Complementary therapies in medicine* 2015;23(3):405-12.

The Effectiveness of Stress Control Training on the Quality of Life of Female Patients with Multiple Sclerosis

Afroze M¹, Heidarzadeh A², Moghadam Ahmadi A³, Afroze F⁴, Kazemi M⁵

1- Assistant Prof, Dept of pediatric, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2- MSc. Dept of Internal Surgery Nursing, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

3- Associate Prof, Dept of Internal Medicine, Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

4- MSc, Dept of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

5- Prof, Dept of Internal Surgery Nursing, School of Nursing and Midwifery, Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author)

Email: maj_kaz@yahoo.com, Tel: 03434255900

Received: 20 December 2021

Accepted: 24 May 2023

Introduction: Multiple sclerosis is one of the most important diseases that change a person's life, especially at a young age, causing a sharp drop in the quality of life and leading to disability. This research aimed to determine the effectiveness of stress control training on the quality of life of female patients with multiple sclerosis.

Materials and Methods: The current research is semi-experimental with a pre-test, post-test, and control group in 2017. Sixty female patients with multiple sclerosis were selected as available and randomly divided into two intervention and control groups. The research tool was the quality of life questionnaire of multiple sclerosis patients. The intervention group participated in 10 stress control training sessions for 2 hours. The control group did not receive training. Data were analyzed using independent-t and paired-t statistical tests.

Results: The average score of quality of life before the intervention in the intervention group and the control group had no statistically significant difference ($p=0.672$). In the post-test, the average score of quality of life, physical health, and mental health in the intervention group was significantly higher than the control group ($p<0.001$). The independent t-test results showed a significant difference between the average scores of the quality of life and its dimensions before and after the intervention between the intervention and control groups ($p<0.001$).

Conclusion: A stress control management program can help MS patients to manage their disease and problems related to their lives. Since this educational program is efficient and low-cost, it can be included in health interventions for MS patients.

Keywords: Multiple Sclerosis, Stress, Quality of Life, Education

Please cite this article as follows:

Afroze M, Heidarzadeh A, Moghadam Ahmadi A, Afroze F, Kazemi M. The Effectiveness of Stress Control Training on the Quality of Life of Female Patients with Multiple Sclerosis. *Community Health Journal* 2023; 17 (2): 84-94.

Funding: This article is funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in this study.

Ethical Approval: The Ethics Committee of the Rafsanjan University of Medical Sciences approved the Research Project. (IR.RUMS.REC.1396.10)