تاثیر برنامه خودمراقبتی بر میزان بکارگیری روشهای مقابله ای توسط بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

حسین مدنی[۱]، حسن ناوی پور[۲]، پرویز روزبیانی[۳]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به ماهیت مزمن و غیرقابل علاج بودن بیماری مولتیپل اسکلروزیس(*MS*)، مشکلات بیماران مبتلا در تطابق با بیماری، لزوم بکارگیری روشها و مداخلات مناسب جهت افزایش تطابق بیماران و به منظور تعیین تاثیر برنامه خودمراقبتی بر میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای توسط بیماران این تحقیق در سال ۱۳۸۰ در تهران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: بـه منظور انجام این مطالعه نیمه‌تجربی، ۳٤ بیمار مبتلا به *MS* تحت پوشش انجمن *MS* ایران به روش نمونه‌گیری آسان یا در دسـترس انـتخاب شـده و مـورد مطالعـه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه های اطلاعات فردی، لیست مشکلات و پرسشنامه اسـتاندارد سنجش شیوه‌های مقابله‌ای جالوویس بود. اعتبار پرسشنامه جالوویس در خارج و داخل کشور تایید شده بود و اعتماد پرسشنامه نیز بـا مطالعه ابتدایی مورد تایید قرار گرفت. کلیه بیماران باسواد،۵۰ – ۱۵ ساله و علامتدار که به صندلی چرخدار وابسته نبوده و در مرحله حاد بیماری قرار نداشتند وارد مطالعه شدند. برنامه خودمراقبتی در مورد مشکلات ناشی از بیماری *MS* شامل: خودمراقبتی در اختلالات دفع ادرار و مدفـوع، یبوسـت، اخـتلال عملکـرد حسی، کاهش حافظه، خستگی مزمن و گرفتگی عضلات و نیز ورزشهای هماهنگی و تعادلی بصورت تـئوری و عملـی بـه همهٔ نمونه‌های مورد پژوهش آموزش داده شد. سپس برنامه خودمراقبتی به مدت یک ماه به کار گرفته شد و عوامل مؤثر دیگـر بـر بکارگیری روشهای مقابله‌ای مانند آموزش از طریق رسانه‌های گروهی و... کنترل گردید. آنگاه میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای و مشکلات بیماران، قبل و بعد ازمداخله با آزمونهای آماری t زوج ، ویلکاکسون ، کروسکال والیس و من ویتنی مقایسه گردیدند.

یافته‌ها: بعـد از اجـرای بـرنامه خودمراقبتـی توسـط بـیماران مبتلا به *MS*، در میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای مشکل مدار، افزایش و در بکارگـیری روشـهای مقابله‌ای هیجان مدار کاهشی معنی‌دار ایجاد شد. افزایش بکارگیری روشهای مقابله‌ای مشکل مدار بعد از مداخله از نظر آمـاری معنی‌دار نبود. میانگین امتیاز بکارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار از۸۱/٦۱ قبل از مداخله به ٦٤ بعد از مداخله کاهش یافت (۰/۰۵ $P<$). همچنیـن کاهش معنی‌داری در میزان علایم *MS* (گرفتگی عضلات، خستگی، یبوست و فراموشی) بعد از مداخله نسبت به زمان قبل از آن ایجاد شد.

نتیجه‌گیری: اجـرای بـرنامه خودمراقبتـی در کاهش بکارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار توسط بیماران *MS* موثر می باشد. از این رو به اجرای این روش توسط بیماران مبتلا پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی : مولتیپل اسکلروزیس (*MS*)، روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار، خودمراقبتی

۱- مربی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، کارشناس ارشد پرستاری
۲- مربی، دانشگاه تربیت مدرس، کارشناس ارشد پرستاری
۳- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکترای روان شناسی بالینی
پاسخگو: حسین مدنی
✍ زنجان، ابهر، خ طهماسبی، روبروی اداره پست، دانشکده پرستاری ابهر

تاریخ دریافت مقاله: ۸٤/۲/۱۳
تاریخ تایید مقاله: ۸٤/۸/۱۰

مقدمه

بـیماری مولتیپل اسکلروزیس (*MS*) یک بیماری مزمن و پیشـرونده سیسـتم عصـبی مرکـزی است که باعث ایجاد اختلال حسـی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خسـتگی، لـرزش اندامهـا، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسـی و تعـادل، فراموشـی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینـی و اخـتلال گفتاری در فرد بیمار می‌گردد (۱، ۲). علت این بیماری ناشناخته است و درمان قطعی نیز ندارد. در آمریکا بیش از ۳۵۰ هـزار نفـر بـه این بیماری مبتلا می باشند که هر ساله حدود ۱۰۰۰۰بـیمار جدیـد هـم به آنها اضافه می‌شود (۳). *MS* سومین علـت ناتوانی در آمریکا است (٤ و ۵). در ایران میزان شیوع این بیماری ۳۰-۱۵ در هر ۱۰۰ هزار نفر می باشد (٦). *MS* استقلال و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

توانایی فرد را برای شر کت مؤثر در خانواده و جامعه تهدید می کند، مبتلایان را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد، اطمینان فرد از سلامتی و بدنش را مخدوش می‌کند و چون دوره‌های عود غیرقابل پیش بینی دارد، به بیماران اینگونه القا می کند که قادر به برنامه ریزی برای آینده خود نیستند (۷). اختلاف خانوادگی ، طلاق و ناسازگاری در بین مبتلایان به *MS* شایع است و غالباً اعضای جوان خانواده مسوولیت مراقبت از بیمار ناتوان را به عهده می‌گیرند (۸). بیماران *MS* در تطابق با بیماری خود دچار تنش عمومی و روزافزون می شوند (۹). این بیماری تنشهای زیادی به بیمار و خانواده وی تحمیل می‌کند. به طور کلی مقابله با مشکل به دو روش صورت می‌گیرد:

۱- مشکل مدار: سعی در برقراری کنترل بر موقعیتها، تجزیه مشکل به اجزای کوچکتر، تعیین اهداف اختصاصی جهت کمک به حل مشکل و ...

۲- روشهای هیجان مدار: خیالبافی، به بهبود خود بخودی اوضاع، انتظار از دیگران برای حل مشکل و ...

در بیماری *MS*، خجالت و حس حقارت باعث پاسخهای نامناسب بیمار می‌شود طوریکه تطابق بیمار با بیماری به اشکال گوناگون از جمله انکار (همراه با سرخوشی غیرعادی)، افسردگی، محرومیت و خصومت صورت می‌گیرد (۸ و ۱۰). از آنجا که *MS* درمان قطعی ندارد، لازمست مبتلایان به آن، با بیماری مزمن خود تطابق و هماهنگی پیدا کنند تا بتوانند به وظایف و مسوولیتهای خود عمل نمایند (۱۱). بنظر می‌رسد روشهای مقابله‌ای در تطابق با بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثرند به ویژه روشهای مقابله‌ای مشکل مدار تأثیر مثبت زیادی در تطابق با بیماری دارند (۱۲). برای تطابق مؤثر با این بیماری روشهای مقابله‌ای همچون تکنیکهای کاهش استرس، روان درمانی، حفظ حس کنترل بر بیماری، احساس امید، آموزش رفتارهای شناختی، نو توانی عصبی، درمان علامتی و آموزش مراقبت از خود توصیه می‌گردد. هر یک از این موارد می‌توانند در تطابق بهتر بیماران *MS* با عوارض ناشی از بیماریشان و همچنین شرکت بیشتر در فعالیتهای اجتماعی مؤثر باشند (۱۳،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸). آموزش مراقبت از خود باعث می شود تا فرد بطور صحیح از روشهای مقابله‌ای استفاده کند (۸) علیرغم آنکه در کتب و مقالات پرستاری برای تطابق بهتر بیماران با عوارض ناشی از بیماری *MS* به انجام آموزش مراقبت از خود توصیه شده است، ولی عملاً پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است، لذا در این مطالعه تأثیر برنامه خودمراقبتی بر میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای توسط بیماران مبتلا به *MS* در سال ۱۳۸۰ و در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفته است .

مواد و روش‌ها

به منظور انجام این پژوهش نیمه تجربی از بیماران مبتلا به *MS* تحت پوشش انجمن *MS* دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل باسواد بودن، سن بین ۵۰-۱۵ سال، داشتن علامت بیماری، عدم وابستگی به صندلی چرخدار و نبودن در مرحله حاد بیماری بود. بر این اساس ۳۴ بیمار به روش نمونه‌گیری آسان به عنوان نمونه پژوهشی برگزیده شدند. معیار خروج نمونه‌ها از پژوهش وجود مرحله حاد بیماری، رخ دادن وقایع تأثیر گذار بر میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای (همچون آموزش از طریق منابع دیگر مانند رسانه های‌گروهی و ...) و عدم اجرای برنامه خودمراقبتی تعیین گردید. پس از نمونه‌گیری، از بیماران خواسته شد تا در یک تاریخ معین به انجمن *MS* مراجعه کنند. برای سنجش میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار توسط نمونه‌ها، قبل و بعد از مداخله، از پرسشنامه استاندارد جالوویس استفاده شد که در مورد روشهای مقابله‌ای مشکل مدار به هر فرد امتیاز ۷۵-۱۵ و در مورد روشهای مقابله‌ای هیجان مدار امتیاز ۱۲۰-۲۴ می دهد. سطح امتیاز روشهای مشکل مدار به سه دسته: کم (کمتر از۵۰)، متوسط (۶۰-۵۰) و زیاد (نمره بیشتر از۶۰) و نمرات روشهای هیجان مدار به سه دسته: کم (کمتر از۷۰)، متوسط (۸۰-۷۰) و زیاد (بیشتر از۸۰) تقسیم می‌شود. در مورد روشهای مشکل مدار، تغییر نمره از کمتر به بیشتر بعد از مداخله، مطلوب محسوب می‌شود اما در مورد روشهای هیجان مدار تغییر نمره از بیشتر به کمتریا یکسان ماندن آن بعد ازمداخله، مطلوب قلمداد می‌گردد (۱۹). برای کنترل نمونه‌ها و اطمینان از اجرای برنامه خودمراقبتی از چک لیست خود گزارشی بمدت یک ماه استفاده شد. در مورد هر مشکل، امتیازی بین ۱۰-۰ به فرد تعلق گرفت که بر تعداد مشکلات فرد تقسیم و میانگین نمره خودمراقبتی حاصل شد(عددی بین ۰ تا ۱۰). اعتبار پرسشنامه استاندارد روشهای مقابله‌ای جالوویس در خارج از کشور توسط جین لی[1] و در داخل کشور توسط عزیزنژاد و زهری انبوهی تایید شده بود (۱۹ و ۲۰). اعتماد پرسشنامه فوق با مطالعه ابتدایی ۱۰ بیمار مبتلا به *MS* و مشخص گردیدن ضریب همبستگی بالا (۸۷٪ = *r*) مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، تعیین لیست مشکلات و سنجش روشهای مقابله‌ای جالوویس در اختیار نمونه ها قرار گرفت تا آنها را تکمیل نمایند. سپس بر اساس اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه ها و نوع مشکلات

1- *Janelli*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

نمونـه هـا، کلاسهای آموزش برنامه خودمراقبتی طراحی گردید و جزوه آموزشی تهیه شد.

در مجمـوع هفـت جلسه آموزشی در نظر گرفته شد. در پـنج جلسـه اول، مشکلات ناشی از بیماری، سبب شناسی، علایم، روشـهای درمانـی، راههـای تشخیصـی و عـوارض بیماری و نیز مهارتهـای خودمراقبتی در اختلالات دفع ادرار و مدفوع، یبوست، اخـتلال عملکـرد حسی، کاهش حافظه، خستگی مزمن و گرفتگی عضـلات و ورزشـهای تعادلی به صورت تئوری و عملی با زبانی سـاده بـرای بـیماران ارائه شد. در هر جلسه جزوه آموزشی همان جلسـه در اختیار بیماران قرار گرفت. دو جلسه آخر هم برای رفع اشـکال و تمریـن بـرنامه های خودمراقبتی در نظر گرفته شد.پس ازاطمینان ازاجرای مناسب برنامه های خودمراقبتی توسط نمونه ها، برگه های خود گزارشی در اختیار آنها قرار گرفت و نحوه تکمیل آن آمـوزش داده شـد. پـس از اجرای آزمایشی برنامه های خود مراقبتـی و ثبـت برگه‌های خود گزارشی بمدت دو هفته و حصول اطمیـنان از نحـوه صـحیح انجام کار، برنامه یکماهه خود مراقبتی بیماران به اجرا درآمد. در پایان پرسشنامه تعیین لیست مشکلات و سـنجش روشـهای مقابلـه‌ای جالوویس یکبار دیگر توسط نمونه‌ها تکمـیل شد. داده های قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمونهای t زوج، ویلکاکسون، کروسکال و الیس و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۳٤ بـیمار مـورد مطالعـه قـرار گرفتند که ٤۱ درصد آنها مذکـر و ۵۹ درصـد مونث بودند. ٤۷ درصد بیماران شرکت کننده در پـژوهش در گـروه سنی ٤۰-۳۰ سال قرار داشتند و تحصیلات ۸۲ درصـد آنهـا در حد دوره دبیرستان و بالاتر بود. مدت ابتلا به بـیماری در ۳۸ درصـد بـیماران بیـن ٤ تا ٦ سال گزارش گردید. تجـزیه و تحلـیل داده‌هـای پژوهش نشان داد که میزان بکارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار توسط نمونه ها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ($P<۰/۰۵$)، به گونه‌ای که میانگین امتیاز بکارگـیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار از ۸۱/٦۱ قبل از مداخله بـه ٦٤ بعـد از مداخلـه کاهش پیدا نمود. همچنین مقایسه سطوح بکارگیری روشهای هیجان مدار قبل و بعد ازمداخله نشان می دهد کـه قبل از مداخله ۵۸/۸ درصد نمونه‌ها به مقدار زیاد از روشهای مقابلـه‌ای هـیجان مـدار اسـتفاده مـی‌کرده‌اند که این مقدار بعد از مداخلـه بـه ۱۱/۸ درصـد کـاهش پیدا نمود ($p<۰/۰۵$). بنابراین بکارگـیری بـرنامه خودمراقبتـی باعث کاهش استفاده از روشهای هـیجان مـدار شـده اسـت و بـیماران تمایل بیشتری به استفاده از روشهای مشکل مدار و واقع گرایانه پیدا کرده اند. همچنین تجزیه و تحلـیل داده‌هـا نشان داد که میزان بکارگیری روشهای مقابله ای مشـکل مدار اگرچه بعد از مداخله نسبت به قبل ازمداخله افزایش یافـته ولی تفاوت معنی‌داری نداشته است ($p>۰/۰۵$). (جدول ۱) لذا می‌توان نتیجه گرفت که بکارگیری روشهای خودمراقبتی باعث افزایش استفاده از روشهای مقابله‌ای معقول مشکل مدار شده است. نـتایج بررسـی علایم بیماری MS نشان داد که بین وجود گرفتگی عضلات قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P< ۰/۰۵$)، بـه گونـه‌ای کـه درصد آن از ۲٦/۵ به ۵/۹ پس از مداخله تقلیل یافت (نمودار ۱) یعنی بکارگیری برنامه خودمراقبتی باعـث کـاهش گرفتگـی عضـلات در بیماران مورد پژوهش شده است. (جدول شماره ۱)

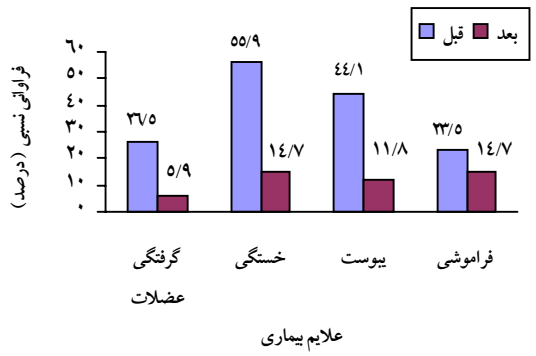
جدول ۱ – توزیع فراوانی نسبی سطوح مختلف بکارگیری روش مقابله ای هیجان مدار ۳٤ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس قبل و بعد ازاجرای برنامه خود مراقبتی ، تهران ۱۳۸۰

سطح بکارگیری روشهای مقابله ای هیجان مدار	درصد فراوانی	
	قبل ازمداخه	بعد ازمداخله
کم(نمره کمتر از۷۰)	۳/۲	۵۹ *
متوسط(نمره ۸۰-۷۰)	۳۸	۲۹/۲ *
زیاد (نمره بیشتر از۸۰)	۵۸/۸	۱۱/۸ *

$p< ۰/۰۵$ *

همچنین بین وجود خستگی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنـی‌داری نشـان داده شـد ($p<۰/۰۵$)، طـوری که میزان وجود خسـتگی قـبل از مداخلـه ۵٦ درصـد و بعد از به کارگیری برنامه خودمراقبتـی به ۱٤/۷ درصد کاهش یافت. بنابراین مـی‌توان نتیجه گرفـت بکارگـیری برنامه خودمراقبتی باعث کاهش میزان خستگی در بیماران مورد پژوهش شده است. (نمودار شماره ۱)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی علایم بیماری در ۳۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی

بین وجود یبوست قبل و بعد از به کارگیری برنامه خودمراقبتی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P<۰/۰۵$) و میزان آن از ٤٤ درصد به ۱۱/۸ درصد کاهش یافت. بدین معنی که بکارگیری برنامه خودمراقبتی در کاهش میزان یبوست مؤثر بوده است. میزان فراموشی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری پیدا نمود و از ۲۳/۵ درصد به ۱٤/۷ درصد رسید ($P<۰/۰۵$) یعنی بکارگیری برنامه خودمراقبتی باعث کاهش فراموشی در بیماران مورد پژوهش شده است. (نمودار۱)

بحث

در تحقیق حاضر مشخص گردید که برنامه خودمراقبتی باعث کاهش معنی‌دار در به کارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار بعد از مداخله نسبت به زمان قبل از آن می شود ($P<۰/۰۵$). همچنین افزایش بکارگیری روشهای مقابله ای مشکل مدار را سبب می گردد (هرچند که این میزان افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود). *McCabe MP* و همکاران در سال ۲۰۰٤ تحقیقی در استرالیا تحت عنوان «سازگاری تطابقی و روانی در میان افراد مبتلا به *MS*» بر روی ۳۸۱ بیمار مبتلا به *MS* (گروه هدف) و ۲۹۱ فرد عادی (گروه کنترل) انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که این بیماران (به ویژه مردان) نسبت به افراد عادی کمتر از روشهای مقابله‌ای مشکل مدار همانند روش حل مساله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و در همهٔ سطوح تطابق پایین‌تری دارند، لذا پیشنهاد نمودند که برای استفاده بیشتر این بیماران یک برنامه آموزشی ویژه روشهای مقابله‌ای مشکل مدار طراحی گردد (۲۱). *Mohr DC* و همکاران نیز در سال ۱۹۹۷ تحقیقی توصیفی در آمریکا تحت عنوان «افسردگی، تطابق و سطح آسیب عصبی در بیماری *MS*» را بر روی ۱۰۱ بیمار مبتلا انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که افراد دچار سطح افسردگی و آسیب عصبی بالاتر، بیشتر، از روشهای مقابله‌ای هیجان مدار مانند فرار از واقعیت و اجتناب از رویارویی با بیماری استفاده می نمایند (۲۲). *O'brian MT* نیز در سال ۱۹۹۳ مطالعه‌ای توصیفی در آمریکا تحت عنوان «مولتیپل اسکلروزیس: رابطه میان عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتارهای مقابله ای» بر روی ۱۰۱ بیمار مبتلا به *MS* انجام داد و نتیجه گرفت که افراد با عزت نفس بالاتر، بیشتر، از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار بیشتر استفاده می‌نمایند، ولی بین حمایت اجتماعی و میزان استفاده از روشهای مقابله‌ای، رابطه‌ای وجود ندارد (۱۲). *Jean* و همکاران نیز در سال ۱۹۹۷ در آمریکاطی مطالعه‌ای با عنوان «مقابله با استرسهای عمومی و مرتبط با بیماری به وسیله بیماران *MS*: رابطه با دیسترس روانی » به این نتیجه رسیدند که افراد در مورد مشکلات مربوط به بیماری بیشتر، از روشهای مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌نمایند (۲۳).

زهری انبوهی نیز در تحقیقی با عنوان «بررسی تأثیر آموزش اصول مراقبت از خود بر روی روشهای مقابله‌ای بکار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز» نتیجه گرفت که میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار بعد از آموزش بیشتر شده ولی اختلافش با میزان قبل از آموزش از لحاظ آماری معنی‌دار نیست، ضمن آنکه افراد بعد از آموزش اصول مراقبت از خود، کمتر، از روشهای مقابله‌ای هیجان مدار استفاده نموده‌اند که از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است (۲۰). عزیزنژاد روشن در بابل در خرداد ۱۳۷۷ تحقیقی تحت عنوان «بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود در بکارگیری روشهای مقابله‌ای نوجوانان مبتلا به تالاسمی» انجام داد و نتیجه گرفت که آموزش مراقبت از خود باعث افزایش بکارگیری روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و کاهش استفاده از روشهای مقابله‌ای هیجان مدار شده ولی این مقادیر از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (۱۹). در تمامی تحقیقات انجام شده بیماران مبتلا به *MS* برای حل مشکلات خود از روشهای مقابله‌ای هیجان مدار بیشتر استفاده می‌نمایند و روشهای مقابله‌ای معقولانه مشکل مدار را کمتر مورد استفاده قرار می‌دهند. همچنین آموزش برنامه خودمراقبتی باعث افزایش بکارگیری روشهای مقابله‌ای مشکل مدار می‌شود، هرچند که این افزایش از لحاظ آماری معنی‌دار نیست ولی بسیار باارزش بوده و باعث برخورد منطقی بیماران با بیماری *MS* و تطابق بهتر با آن می‌گردد. شاید معنی‌دار نشدن آن بعلت زمان کوتاه پژوهش باشد و در تحقیقات بلندمدت این میزان با آموزش قابل افزایش باشد. در مورد بکارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار نیز کاهش معنی‌دار در به کارگیری آنها بعد از مداخله وجود دارد که دلالت بر تأثیر آموزش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

برنامه خودمراقبتی در کاهش میزان به کارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار دارد.

تعدادی از علایم بیماری *MS* (گرفتگی عضلات، خستگی، یبوست و فراموشی) بعد از مداخله کاهش معنی‌داری یافتند ($p<۰/۰۵$). رییسی نیز در سال ۱۳۷۷ در تحقیقی تحت عنوان «تاثیر آموزش بر نحوه مراقبت از خود و میزان بروز مشکلات شایع در بیماران *MS*» در شیراز نتیجه گرفت که آموزش باعث بهبود مراقبت از خود شده و در کاهش چهار مشکل خستگی، یبوست، تکرر و سوزش ادرار که از عوارض بیماری *MS* هستند مؤثر بوده است (۲٤). *Sutherland* و همکاران نیز در سال ۲۰۰۵ طی تحقیقی در استرالیا با عنوان «روشهای آرامسازی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در *MS*: مثالی از پرورش خود» بر روی ۱۱ بیمار *MS* (گروه کنترل) و ۱۱ بیمار *MS* (عدم انجام مداخله به عنوان گروه کنترل) به این نتیجه رسیدند که استفاده از روش آرامسازی باعث کسب انرژی بیشتر و محدودیت کمتر در فعالیتهای جسمی و روانی می‌گردد (۲۵). این تحقیقات با نتایج حاصل از مطالعه کنونی همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر کاهش معنی‌دار بکارگیری روشهای مقابله‌ای هیجان مدار و افزایش به کارگیری روش مقابله‌ای مشکل مدار توسط بیماران مبتلا به *MS* و نیز کاهش تعدادی از عوارض بیماری، همچنین با توجه به قابلیت اجرایی برنامه مزبور، آموزش و انجام برنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به *MS* پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه پرسنل و اعضای محترم انجمن *MS* ایران، به ویژه جناب آقای دکتر نبوی متخصص بیماریهای داخلی اعصاب و مسوول پژوهشهای انجمن *MS* ایران که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References:

1. Guinness Mc , Peters S. ***The diagnosis of multiple sclerosis : Peplau's Interpersonal relations model in practice*** *. Rehabil Nurs. 1999 ; 24 : 30-36.*

2. Taggart HM . ***Multiple sclerosis update*** *. orthop Nurs. 1998;17: 23- 29.*

3. Marvin DW . ***Multiple sclerosis : continuing mysteries and current management*** *. Drug Top. 2000; 144: 93-102.*

4. Mc Conell E . Myths & facts abont Multiple Sclerosis . Nursing. 1999 ; 29 : 25-6.

5. Mandyso VAP ***. Knowing the course of Multiple sclerosis*** *. Nursing 1998 ; 28 : 12-16.*

٦. نفیسی شهریار . بیماری *MS* . ماهنامه ندا (نشریه داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران) ۱۳۷۸ ، سال ۲، شماره ۱۰ : صفحات ۱۰-۹.

7. Morgante L . ***Hope In multiple sclerosis , A Nursing perspective*** *. Int j MS care. 2000 ; 2:3.*

8. Brunner LS , Suddurth DS . ***Textbook of medical surgical nursing*** *. Eighth ed . philadelphia : J.B Lippincott co : 1996.*

9. Rehm SR , Catanzaro LM . ***It's just a fact of life : Family member's perceptions of parental chronic illness .*** *Family nursing. 1998 ; 4:21-40.*

10. Schetter c. ***Patterns of coping with cancer****. Health psycho. 1992 ; 11: 79-87.*

*11. koopman w , Schweitzer A.****The journey to multiple sclerosis :A qualitative study.*** *neur sci nurs. 1999; 31: 17-24.*

12. O'Brien MT. ***Multiple sclerosis : The Relationship Among self - Esteem , social support , and coping Behavior.*** *Applied Nurs Res. 1993; 6: 54-63.*

13. Warren S , Warren KG. ***Emotional Stress and Coping in multiple Sclerosis (MS) exacerbation .*** *j Psychosom Res. 1991; 35: 37-47.*

*14. Jean VM,Paul RH, Beatty WW.****Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis.*** *J Clin Psychol. 1999; 55:21-6.*

*15. Miller CM .****The lived experience of relapsing multiple sclerosis : a phenomenological study .*** *J Neurosci Nurs. 1997; 29: 294-304.*

*16. Visschedijk MA , Collette EH.****Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis : an exploratory study.*** *Psychol Rep. 2004; 95: 735 – 746.*

17. Sastre – Garriga J , Galan – Cartana I . ***Neurorehabilitation in multiple sclerosis .*** *Neurologia. 2005; 20: 245-254.*

18. Kesselring J , Beer S . ***Symptomatic therapy and Neurorehabilitation in multiple sclerosis.*** *Lancet. Neurol; 2005, 4: 643 – 652.*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

۱۹. عزیز نژاد روشن پروین. **بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود در بکارگیری روشهای مقابله ای توسط نوجوانان مبتلا به تالاسمی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان بابل.** پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری . تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، ۱۳۷۷ ، صفحات ۱۳۵-۱۰۳.

۲۰. زهری انبوهی سیما . **بررسی تاثیر آموزش اصول مراقبت از خود بر روشهای مقابله ای به کار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای آموزشی وابسته به وزارت بهداشت در شهر تهران.** پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری . تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۳، صفحات ۱۵۰-۱.

21. McCabe MP , McKern S , McDonald E . ***Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis.*** *J Psychosom Res. 2004; 56: 355-361.*
22. Mohr DC , Goodkin DE . ***Depression , coping and level of neurological impairment in multiple sclerosis.*** *Mult Scler. 1997; 3: 254-258.*
23. Jean VM , Beatty WW , Paul RH . ***Coping with general and disease – related stressors by patients with multiple sclerosis : relationships to psychological distress.*** *Mult Scler. 1997; 3:191 – 196.*

۲٤. رییسی حمیده. **تاثیر آموزش بر نحوه مراقبت از خود و میزان بروز مشکلات شایع در بیماران مبتلا به** *MS* . پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری . شیراز : دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۷۷، صفحات ۱٦۸ - ۱٦۰.

25. Sutherland G , Andersen MB , Morris T. ***Relaxation and health – related quality of life in multiple sclerosis : the example of autogenic traning.*** *J Behav Med. 2005; 28: 249-256.*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]