

# اثر بخشی آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

## چکیده:

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس از شایعترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است، غالباً در بزرگسالان جوان که در مراحل فعال زندگی قرار دارند بروز کرده و مانند هر بیماری مزمن دیگر، جنبه‌های مختلف فرد مبتلا و کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف ارزیابی اثر بخشی آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفته است.

## مواد و روش‌ها:

در این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار سه سوکور، ۶۰ بیمار مولتیپل اسکلروزیس که عضو انجمن مالتی پل اسکلروزیس شهرستان یزد بودند، با روش نمونه‌گیری آسان و با توجه به معیارهای ورود و خروج به مطالعه وارد شدند نمونه‌ها را به صورت تصادفی در دو گروه آزمون ۳۰ نفر و شاهد ۳۰ نفر تقسیم و گروه آزمون ۱۲ جلسه آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی هر هفته دو جلسه دریافت نمود، برای گروه شاهد هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک و کیفیت زندگی در سه دوره زمانی قبل، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از آموزش جمع‌آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های آماری  $t$ -Repeated measures, Pearson correlation, student استفاده شد.

## یافته‌ها:

با توجه به اینکه بیماران در دو گروه آزمون و شاهد به روش کاملاً تصادفی تقسیم شده بودند، قبل از آموزش تفاوت معنی‌داری در مشخصات دموگرافیک، طول مدت بیماری، شاخص توده بدنی، نمره کیفیت زندگی وجود نداشت ( $p > 0.05$ ). نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون و شاهد به ترتیب قبل از مداخله  $50/865 \pm 14/785$  و  $56/251 \pm 09613$  بلافاصله بعد از مداخله  $68/488 \pm 11/81$  و  $55/761 \pm 13/370$  و سه ماه بعد از مداخله  $67/8 \pm 11/90$  و  $55/0633 \pm 12/831$  بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0.001$ ). همچنین آزمون آماری Repeated measures افزایش معنی‌داری را از نظر میزان نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون در سه بار اندازه‌گیری نشان داد ( $P < 0.00001$ ).

## نتیجه‌گیری:

اجرای آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باعث بهبود کیفیت زندگی گردیده است. بنابراین می‌توان آن را بعنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به کار برد.

## واژه‌های کلیدی:

مولتیپل اسکلروزیس، آموزش روانشناختی، تنش زدایی تدریجی عضلانی، کیفیت زندگی،

## مقدمه:

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری خودایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده است که به صورت ضایعات عصبی یا میلین تخریب شده در جسم سفیدمغز، طناب نخاعی و اعصاب بینایی بروز می‌کند (۵-۱). مولتیپل اسکلروزیس از مهمترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی و از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایعترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است (۶). در کشور های جنوب غربی آسیا شیوع این بیماری حدود ۵۱/۵۲ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر می‌باشد (۷). اگرچه علت دقیق این بیماری هنوز شناخته شده نیست، با این وجود عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز این بیماری نقش دارند (۸,۹).

ایران جزو کشورهایی محسوب می شود که شیوع بالایی از این بیماری را دارد و گستره آن از ۵/۳ تا ۷۴/۲۸ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر بوده و علت آن هنوز ناشناخته باقی مانده است (۱۰). مالتیپل اسکلروزیس با شیوع بالا معمولاً در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می افتد، این در حالی است که علائم این بیماری ممکن است در کودکی و میانسالی نیز بروز نماید (۱۱). شیوع مالتیپل اسکلروزیس در زنان به

### دلیل فاکتورهای هورمونی و سیستم ایمنی در برخی منابع نسبت درگیری زنان به مردان ۲ به ۱ گزارش شده

است (۱۲)، و در برخی منابع دیگر این نسبت ۴ به ۱ یا ۳ به ۱ هم گزارش شده است (۱۳). کیفیت زندگی

مفهومی چند بعدی و بازنمایی معنایی، از عقاید و تصورات فرد، که بطور کلی باید از طریق ادراک های بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد (۱۴). این مفهوم سلامت جسمانی، حالت روان شناختی، استقلال، روابط اجتماعی و باورهای شخصی و معنوی را در بر می گیرد (۱۵) و متشکل از سازه های مختلفی مانند عملکرد اجتماعی، جسمانی، روانی، دریافت های کلی سلامت و فرصت های اجتماعی است (۱۶).

کیفیت زندگی بیماران به عنوان نشانه کیفیت مراقبت های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه های کنترل بیماری محسوب می شود بنابراین اندازه گیری سلامت جسمانی این بیماران به تنهایی کافی نیست. بلکه کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی را در بر می گیرد و لازم است بعنوان یکی از پیامدهای مهم بصورت مستقل سنجیده شود (۱۷).

بیماری های مزمن همانند مولتیپل اسکلروزیس باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می شود (۱۸، ۱۹) و امروزه دولت ها و سیستم های بهداشتی در سراسر دنیا به بهبود کیفیت زندگی مردم توجه دارند و می کوشند تا با بهره گیری از خدمات بهداشتی - درمانی و شیوه های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تامین کنند و آثار ابتلا به بیماری ها را کاهش دهند (۱۹، ۲۰). و تاثیر مداخلات روانشناختی در روند بهبود بیماریهای مزمن ج سمی مورد تایید قرار گرفته است (۱۹). با توجه به گسترش روز افزون رشته روانشناسی سلامت، روانشناسان نقش فعال تری را در فرا یند در مانگری بیماران به عهده گرفته اند (21). اغلب مداخله های روانی اجتماعی مبتنی بر الگوی سنتی پزشکی اند که برای درمانگری، آسیب، بیماری، ناتوانی و بدکارکردی طراحی شده اند، مداخلات آموزشی روانشناختی نشان دهنده یک تغییر لپوادییم است که رویکردی جامع و مبتنی بر صلاحیت، تاکید بر سلامت، مشارکت، مقابله و توانمندسازی را در پیش می گیرد (22). ارائه اطلاعات مناسب پزشکی و روان شناختی در مداخله های آموزش - روانشناختی می تواند باعث افزایش رضایت بیماران و کاهش علائم روانی آنها شود (23).

در بررسی دیگر نشان داده شد، خستگی جسمی با ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در این بیماران ارتباط دارد، به طوری که خستگی جسمانی پیش بینی کننده ی ناتوانی فیزیکی در دوره ی زمانی یک سال بعد است (24). بیش از ۹۰٪ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس خستگی را تجربه می کنند و ۵۰٪-۶۰٪ آنها، این مشکل را بدترین علامت بیماری معرفی می کنند که به شدت بر فعالیت ها و عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران اثر می گذارد (25). Sa در مطالعه ای مروری با عنوان جنبه های روانشناختی بیماری مولتیپل اسکلروزیس پژوهش های متعددی را در این زمینه مورد بررسی قرار داد و بطور کلی راه کارهای درمانی از قبیل روان درمانی، درمان شناختی - رفتاری، افزایش رفتارهای مقابله ای، درمان خود کنترلی و دارو درمانی را در کمک به بهبود وضعیت روان شناختی و کیفیت زندگی موثر دانسته است (26). عوامل روان شناختی زیادی در کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس نقش دارند، بنابراین، نباید فقط به آسیب های جسمانی و ناتوانی جسمانی توجه کرد، بلکه بایستی مطالعات مداخله ای جدید که کیفیت زندگی را با سلامت این بیماران مورد توجه قرار می دهند، طراحی شوند. (27) مداخلات رفتاری بیشتری ارزیابی های علمی تحقیقاتی بر اقدامات روانی اجتماعی از جمله کیفیت زندگی، خستگی یا افسردگی متمرکز شده است. با این حال، به طور روشن می توان بیان کرد، بخشی از فرایندهای زیستی مانند التهاب، اختلال غددی - عصبی و یا آسیب مغزی از علائم عصبی روانی در مولتیپل اسکلروزیس باشد (28).

از این رو، روش های مداخله روان شناختی می توانند در این خصوص نقش ویژه ای داشته باشند. اگرچه پژوهش های داخلی و خارجی در این زمینه انجام شده است، اما تاکنون پژوهشگران، پژوهشی که به بررسی اثربخشی مداخله آموزشی روان شناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخته باشد، پیدا نمودند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر

تعیین اثربخشی مداخله آموزشی روان شناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است.

## مواد و روشها:

**افراد مورد مطالعه:** مطالعه حاضر مطالعه کار آزمایی بالینی شاهد دار سه سو کورمی باشد. جمعیت هدف بیماران مولتیپل اسکلروزیس و جمعیت آماری کلیه بیماران مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس استان یزد، واقع در پلی کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بقای پور بیمارستان شهید صدوقی در سال ۹۴ بوده و نمونه آماری بر اساس روش های تخمین حجم نمونه، شامل ۶۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس شهرستان یزد با توجه به معیارهای ورود و خروج که به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمون ۳۰ نفر و شاهد ۳۰ نفر تقسیم شدند. در ابتدا با کسب مجوز از مسئولین و با گرفتن رضایت کتبی که به دنبال توضیحات کافی در رابطه با هدف و روش انجام مطالعه، از آنها دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه که شامل: ۱- عدم ابتلا به بیماری جسمی همزمان ۲- عدم ابتلا به بیماری ذهنی و روانی ۳- عدم حضور بیمار در مرحله ی حاد بیماری ۴- سابقه حداقل یک سال ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۵- عدم وجود مصرف کورتون در طی دو ماه قبل از مطالعه و در طی دوره ی مطالعه ۶- عدم وجود بارداری در زنان ۷- عدم سابقه ی مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر ۸- سن بین ۲۰-۴۰ سال ۹- تحصیلات حداقل سیکل ۱۰- نوع بیماری عود-فرونشانی ۱۱- عدم استفاده از داروهای روان گردان و درمان های شناختی در طول مطالعه ۱۲- عدم شرکت در کلاس های یوگا، مراقبه، آرام سازی، فعالیت ورزشی خاص، سبک زندگی و روش های سازگاری در شش ماه گذشته ۱۳- عدم وجود مشکل در شنوایی و تکلم ۱۴- بیماران تحت درمان و بدون تغییرات دارویی در طول دوره ی مطالعه باشند ۱۵- امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی آنها در محدوده ۴-۰/۵ باشد ۱۶- ملیت ایرانی معیارهای خروج شامل: ۱- معیارهای ورود به مطالعه را نداشته باشد ۲- عدم شرکت منظم در کلاس های آموزشی ۳- در طول دوره ی مطالعه دچار مشکل خاصی یا حمله شود ۴- عدم رضایت در ادامه ی همکاری در طول دوره ی مطالعه ۵- حادثه ای در شش ماه اخیر داشته باشد

## روش کار طول دوره ی مطالعه می تواند در مراحل زیر خلاصه گردد:

**الف- مرحله قبل از مداخله:** پس از انتخاب نمونه ها با توجه به معیارهای ورود و خروج، افراد تحت بررسی را به صورت کاملاً تصادفی به دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند در ابتدا توسط متخصصین روان پزشکی و نورولوژی از بیماران مصاحبه و معاینه به عمل آمد و هر دو گروه پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسش نامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس -۵۴ یا MSQOL-54 که روایی و پایایی نسخه فارسی آن در ایران تأیید شده است (۲۹). این پرسشنامه شامل ۵۴ سؤال بوده سوالات به صورت ۲ تا ۷ گزینه ای و لیکرت می باشند. در نهایت، نمره کیفیت زندگی بیمار به وسیله نمراتی که برای دو حیطة ترکیبی منظور می گردند، تعیین می شود. این دو حیطة ترکیبی شامل سلامت جسماری و سلامت روانی می باشند. نمرات هر ۱۴ حیطة و همچنین دو حیطة ترکیبی از ۰ تا ۱۰۰ است که نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر است. سنگلجی و همکاران در پژوهش خود با عنوان رابطه ی ناتوانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجمن ام اس تهران از این پرسش نامه استفاده نموده است (۳۰). همچنین حیدری سورش جانی و همکاران نیز در پژوهش خود با عنوان بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان از این پرسش نامه استفاده نموده است و پایایی ابزار با  $r = 0/86$ ، مورد تأیید قرار گرفته است (۳۱). در مطالعه حاضر، به منظور اندازه گیری QOL افراد تحت بررسی از این پرسش نامه استفاده شد این پرسش نامه هادر جلسه قبل از شروع مداخله آموزشی در مرکز فوق همراه با توضیحات کافی مصاحبه گر توسط نمونه های مورد مطالعه، تکمیل گردید.

**ب- مرحله شروع مداخله:** از بسته ی آموزشی روان شناختی که توسط متخصصین حوزه روان شناسی و پزشکی مورد تأیید قرار گرفته بود در طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای (۴۵ دقیقه به صورت سخنرانی و ۴۵ دقیقه به صورت بحث گروهی در هفته ای دو جلسه) در گروه آزمون اجرا شد و تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی توسط گروه آزمون به مدت سه ماه، روزی یکبار با پیگیری محقق و تکمیل چک لیست

خود گزارش دهی انجام گرفت و گروه شاهد در این مدت هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند و هیچ گونه اطلاعی از آموزش گروه آزمون نداشتند.

**پ- مرحله بلافاصله بعد از مداخله:** در جلسه روز بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط هر دو گروه با حضور مصاحبه گر تکمیل شد و هر دو گروه توسط متخصصین روان پزشکی و نورولوژی مصاحبه و معاینه از آن‌ها به عمل آمد. **ت- مرحله پیگیری:** در مرحله‌ی پیگیری سه ماه بعد نیز پرسش نامه‌ها توسط هر دو گروه با حضور مصاحبه گر تکمیل شد و هر دو گروه توسط متخصصین روان پزشکی و نورولوژی مجدداً مصاحبه و معاینه از آن‌ها به عمل آمد و پس از جمع آوری داده‌ها، داده‌ها را به صورت کد ویژه وارد رایانه نمودیم و سپس برای تجزیه و تحلیل آن از نرم افزار SPSS ورژن ۱۷ و آزمون های آماری کای دو،  $t$ -test و Repeated Measure و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در ضمن با توجه به ملاحظات اخلاقی بعد از سه ماه پیگیری و جمع آوری داده‌ها برای گروه شاهد هم این دوازده جلسه‌ی آموزشی برگزار شد و به خاطر سه سو کور بودن مطالعه پرسش نامه‌ها هم با حضور مصاحبه گر تکمیل گردید.

#### یافته ها:

در این پژوهش ۶۰ نفر در دو گروه، آزمون (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) شرکت داشتند در گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۸۰٪ (۲۴ نفر) زن، ۷۶٪ (۲۳ نفر) زن، ۲۳٪ (۷ نفر) مجرد، ۳۰٪ (۹ نفر) مجرد، ۶۰٪ (۱۸ نفر) خانه دار، ۵۰٪ (۱۵ نفر) خانه دار، ۶۰٪ (۱۸ نفر) دارای تحصیلات دبیرستان، ۴۰٪ (۱۲ نفر) دانشگاهی، ۵۳٪ (۱۶ نفر) دارای تحصیلات دبیرستان، ۴۶٪ (۱۴ نفر) دانشگاهی بودند. در گروه آزمون ۲۰٪ (۶ نفر) وضعیت اقتصادی خوب، ۶۳٪ (۱۹ نفر) وضعیت اقتصادی متوسط، ۱۶٪ (۵ نفر) وضعیت اقتصادی ضعیف و در گروه شاهد، ۱۶٪ (۵ نفر) وضعیت اقتصادی خوب، ۶۶٪ (۲۰ نفر) وضعیت اقتصادی متوسط، ۱۶٪ (۵ نفر) وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند و سابقه بیماری مولتیپل اسکلروزیس در خانواده در گروه آزمون ۶٪ (۲ نفر) و در گروه شاهد ۳٪ (۱ نفر) داشتند. در واحدهای مورد پژوهش میانگین و انحراف معیار سنی  $32/0 \pm 6/4$  و در گروه شاهد  $33/6 \pm 6/2$  و در گروه آزمون  $32/0 \pm 6/4$  بود ( $p=0.343$ ). از نظر سن ابتلا به بیماری در گروه آزمون  $27/5 \pm 7/0$  و در گروه شاهد  $25/8 \pm 5/7$  ( $p=0.32$ ) و مدت زمان بیماری در گروه آزمون  $6/0 \pm 4/1$  و در گروه شاهد  $6/0 \pm 4/2$  ( $p=0.987$ ) و شاخص توده بدنی در گروه آزمون  $23/5 \pm 3/6$  و در گروه شاهد  $24/2 \pm 4/2$  ( $p=0.519$ ) و وضعیت گسترش ناتوانی (EDSS) در گروه آزمون  $2/4 \pm 0/7$  و در گروه شاهد  $2/2 \pm 4/3$  ( $p=0.354$ ) بود. (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری در مورد اطلاعات دموگرافیک و مربوط به بیماری با آزمون آماری  $\chi^2$  در زمینه متغیرهای کیفی و آزمون آماری  $t$ -student در زمینه متغیرهای کمی نشان داد در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله هیچ گونه اختلاف معنی داری با هم نداشتند ( $p>0.05$ ). با استفاده از آزمون آماری  $t$ -student قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی دار آماری در میانگین نمره کیفیت زندگی دیده نشد ( $p=0.141$ ) ولی بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله این تفاوت بین دو گروه معنی دار بود ( $p<0.00001$ ) و میزان نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش بیشتری داشته است، همچنین آزمون

آماری Repeated measures نشان داد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی در سه زمان مختلف در گروه آزمون اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P < 0.00001$ )، ولی در گروه شاهد معنی دار نبود ( $P = 0.587$ ) (جدول شماره ۲).

**جدول ۱- مشخصات دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری**

Pvalue	کل		شاهد		آزمون		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	اطلاعات، دموگرافیک و مربوط به بیماری	
P= 0.754	۲۱/۷	۱۳	۲۳/۳	۷	۲۰	۶	مرد	
	۷۸/۳	۴۷	۷۶/۷	۲۳	۸۰	۲۴	زن	
P= 0.771	۲۶/۷	۱۶	۳۰	۹	۲۳/۳	۷	مجرد	
	۳۶/۴	۴۴	۷۰	۲۱	۷۶/۷	۲۳	متاهل	
P= 0.602	۵۶/۷	۳۴	۵۳/۳	۱۶	۶۰	۱۸	دبیرستان	
	۴۳/۳	۲۶	۴۶/۷	۱۴	۴۰	۱۲	دانشگاهی	
P= 0.868 Not valid	۸/۳	۵	۶/۷	۲	۱۰	۳	بیکار	
	۱۱/۷	۷	۱۳/۳	۴	۱۰	۳	دانشجو	
	۵۵	۳۳	۵۰	۱۵	۶۰	۱۸	خانه دار	
	۱۳/۳	۸	۱۶/۷	۵	۱۰	۳	کارمند	
	۱۱/۷	۷	۱۳/۳	۴	۱۰	۳	آزاد	
P= 0.943	۱۸/۳	۱۱	۱۶/۷	۵	۲۰	۶	خوب	
	۶۵	۳۹	۶۶/۶	۲۰	۶۳/۳	۱۹	متوسط	
	۱۶/۷	۱۰	۱۶/۷	۵	۱۶/۷	۵	ضعیف	
P= 1	۹۵	۵۷	۹۶/۷	۲۹	۹۳/۳	۲۸	بلی	
	۵	۳	۳/۳	۱	۶/۷	۲	خیر	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار گروه شاهد				میانگین $\pm$ انحراف معیار گروه آزمون		شاخص های آماری	
P= 0.343	۳۲/۰۳۳ $\pm$ ۶/۴۰۳				۳۳/۶ $\pm$ ۶/۲۸۴		سن	
P= 0.32	۲۵/۸۶۷ $\pm$ ۵/۷۵۸				۲۷/۵۳۳ $\pm$ ۷/۰۴۵		سن ابتلا به بیماری	
P= 0.987	۶/۰۳۳ $\pm$ ۴/۲۰۶				۶/۰۳۳ $\pm$ ۴/۱۵۶		مدت زمان بیماری	

P= 0.519	۲۴/۲۷۲ ± ۴/۳۲۹	۲۳/۵۹۹ ± ۳/۶۸۵	شاخص توده بدنی
P= 0.354	۲/۲۹ ± ۰/۷۶۴	۲/۴۷ ± ۰/۷۲۸	وضعیت گسترش (EDSS) ناتوانی

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین میزان کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد در سه زمان مختلف

نتیجه آزمون t- student	شاهد mean±SD	آزمون Mean±SD	گروه
			زمان بررسی
P=0.141	56.251±0.9613	50.865±14.785	قبل از مداخله
P<0.00001	55.761±13.370	68.488±11.81	بلافاصله بعد از مداخله
P<0.00001	55.0633±12.831	67.8±11.90	سه ماه بعد از مداخله
_____	P=0.587	P<0/00001	نتیجه آزمون Repeated measures

### بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه در دو گروه آزمون و شاهد مقایسات آماری نشان داد که از نظر برخی متغیرها قبل از انجام مداخله اختلاف معنی دار با هم نداشته و مشابه بوده اند (جدول شماره یک)، این نتیجه روش کاملا تصادفی افراد تحت بررسی در دو گروه را نشان می دهد. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی باعث افزایش میزان نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شد. همچنین مطالعه ما نشان داد که میزان نمره کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد در سه بار اندازه گیری در طول سه ماه دارای تفاوت معنی داری می باشد که این تفاوت معنی دار خود نشان گر تاثیر آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی بر افزایش میزان نمره کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون در زمان های مختلف بعد از مداخله بوده و این یافته که مداخله آموزشی روانشناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر است با نتایج اکثر پژوهش های مشابه صورت گرفته در این زمینه همخوانی دارد. به طور مثال با نتایج و تحقیقات Somrarnyart (۳۲)، schulman و همکاران (۳۳) همسو است و در یک کارآزمایی بالینی شاهد دار، مسعودی و همکاران به بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مراقبین بیماران ام اس با حضور ۷۰ مراقب خانوادگی پرداختند، نتایج نشان داد آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی دار آماری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد ( $p > 0.05$ ) اما در بعد از مداخله، اختلاف آماری معنی دار بود ( $p = 0.001$ ) و همچنین آزمون آماری تی زوجی در گروه آزمون قبل و سه ماه بعد از مداخله معنی دار بود ( $p = 0.001$ ) در صورتی که در گروه شاهد این اختلاف معنی دار نبود (۳۴) و در مطالعه دیگر سلیمانی و همکاران با عنوان اثربخشی آموزش کنترل خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که به صورت کارآزمایی بالینی شاهددار بر روی ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمون و ۲۰ نفر گروه شاهد) انجام دادند، نتایج نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با گروه شاهد تفاوت معنی داری داشته است بطوری که نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به گروه شاهد به طور معنی داری افزایش یافته بود (۳۵). Sa نیز در مطالعه ای مروری با عنوان جنبه های روانشناختی بیماری مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش های متعددی را در این زمینه انجام داده و به طور کلی راه کارهای درمانی از قبیل روان درمانی، درمان خود کنترلی و دارو درمانی را در

کمک به بهبود وضعیت روان شناختی و کیفیت زندگی موثر دانسته است (۲۶). شکی نیست که یکی از اصلی ترین مشکلات روانشناختی در این گروه از بیماران بعلت تشدید مشکلات جسمی و روانی که نمی تواند بر شرایط زندگی روزمره خود احساس کنترل داشته باشند، برابر این در برنامه های پزشکی و توانبخشی آنها اختلال ایجاد می شود، بطور کلی مداخلات روانشناختی باعث می شود که بیماران درک و شناخت بهتری از زندگی روزمره و موقعیت خود داشته باشند و این امر باعث آرامش و نقش فعالتری در مدیریت خود و پیشگیری از عود بیماری باشد. مداخلات روانشناختی سبب افزایش عملکرد هیجانی بیماران می شود و می توان به این نکته اشاره داشت که مداخلات روانشناختی در مطالعه حاضر با لحاظ کردن مولفه هایی مانند تنظیم هیجانی، تنش زدایی تدریجی عضلانی، مدیریت تنیدگی، حل مسئله، امید، روابط بین فردی، فعالیت های و ورزشی مناسب برای این بیماران و ..... بر عملکرد هیجانی تاثیر گذار بوده است. بطور کلی افزایش میزان نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون، مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را می توان به این دلیل بیان کرد که در طی جلسات آموزشی بیماران آگاهی بیشتری نسبت به افکار و احساسات خود پیدا کردند و باعث شد باورهای مثبت تری را در خود رشد دهند و یک بازنگری اساسی در افکار و احساسات خود داشته باشند و نقاط قوت خود را پیدا نمایند و تفسیر منطقی، واقع بینانه رویدادها و توجه مثبت به زندگی و خانواده داشته باشند و با انجام تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی به آرامش برسند و همین امر باعث افزایش میزان نمره کیفیت زندگی شده است.

**نتیجه گیری** با توجه به قابلیت اجرایی خوب و آسان آموزش روانشناختی همراه با تکنیک تنش زدایی تدریجی عضلانی به عنوان یک روش درمانی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس که توانست باعث افزایش میزان نمره کیفیت زندگی شود و میتواند نتایج مثبتی بر کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد، پیشنهاد می گردد.

#### **تشکر و قدر دانی:**

از حمایت های شورای محترم پژوهشی دانشگاه و شورای محترم پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و نیز از مدیریت محترم انجمن ام اس استان یزد تشکر و قدر دانی می گردد

#### References

1. Strober LB, Arnett PA, An examination of four models predicting fatigue in multiple sclerosis Arch Clin Neuropsychol 2005; 20(5): 631-46
2. Joffe RT, Depression and multiple sclerosis: a potential way to understand the biology of major depressive illness, J Psychiatry Neurosci 2005; 30(1): 9-10
3. McCabe MP, Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation, J Psychosom Res 2005; 59(3): 161-66
4. Schulz KH, Gold SM, Witte J, Bartsch K, Lang UE, Hellweg R, "et al", Impact of aerobic training on immune-endocrine parameters, neurotrophic factors, quality of life and coordinative function in multiple sclerosis, J Neurol Sci 2004; 225(1): 11-18
5. Ozakbas S, Cagiran I, Ormeci B, Idiman E, Correlations between multiple sclerosis functional composite, expanded disability status scale and health-related quality of life during and after treatment of relapses in patients with multiple sclerosis, J Neurol Sci 2004; 218(1): 3-7

6. Koopman W, Schweitzer A, The journey to multiple sclerosis: a qualitative study , J Neurosci Nurs 26-17:(1)31 : 1999
7. Heydarpour P, Khoshkish S, Abtahi S, Moradi-Lakeh M, Sahraian MA. Multiple Sclerosis Epidemiology in Middle East and North Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuroepidemiology 2015;44(4):232-44.
8. International Multiple Sclerosis Genetics Consortium, Wellcome Trust Case Control Consortium 2, Sawcer S, Hellenthal G, Pirinen M. et al. Genetic risk and a primary role for cell-mediated immune mechanisms in multiple sclerosis. Nature 2011;476:214–9.
9. Ascherio A. Environmental factors in multiple sclerosis. Expert Rev Neurother. 2013 Dec;13(12 Suppl):3-9. doi: 10.1586/14737175.2013.865866.
10. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi SH, Akbari M, Fereidan-Esfahani MEpidemiology of multiple sclerosis in Iran: a systematic review. Eur Neurol 2013;70(5-6):356-63.
11. Cree BAC. Multiple sclerosis. In: Brust JCM, editor. Current Diagnosis and Treatment in Neurology. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Medical; 2007.
12. Ropper AH. Adams and Victor's principles of neurology. New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division; 2005 Apr 19:961-975.
13. Sadiq SA: Multiple sclerosis, Merritt's Neurology, 11th edition. Edited by Rowland LP. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 941–63.
14. Cherly, M., Koopman, N. A., & Winningham, R L., (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS Journal of Health Psychology, 11 (5), 711-729
15. Sousa, K. H., & Kwok, O. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 15 (5), 725–737.
16. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
17. Lechner SC<sup>1</sup>, Antoni MH, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, Stanley H, Ironson G, Schneiderman N, Brondolo E, Tobin JN, Weiss S. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. J Psychosom Res. 2003 Mar;54(3):253-61.
- 18- Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A meta-analysis of clinical trials. Am J Hyper tens. 1994 Mar; 7(3): 286-287.
- 19- Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann IntMed. 2005; 7(1): 29-33.
- 20- Reynolds K, Chen J, Duan X. Prevalence, awareness, treatment, and control of



hypertension in china. *Hypertension Cancer and Nutrition (EPIC)*, Study population and data. 2002; 40(6): 920-927.

21. Watson, M., Homewood, J., Haviland, Jo., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*, 41, 1710- 1714.

22. Marsh, D. (1992). Working with families of people with serious mental illness. In L. VandeCreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 11, pp. 389-402).

23. Capozzo MA<sup>1</sup>, Martinis E, Pellis G, Giraldi T. An early structured psychoeducational intervention in patients with breast cancer: results from a feasibility study. *Cancer Nurs*. 2010 May-Jun;33(3):228-34.

24. Schreurs KM, de Ridder DT, Bensing JM. Fatigue in multiple sclerosis: reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *Journal of psychosomatic research*. 2002;53(3):775-81.

25. Ale-Yasin H, Sarai A, Alaeddini F, Ansarian E, Lotfi J, Sanati MH. Multiple sclerosis: A study of 318 cases. *Arch Tran Med* 2002;5(1):24-27.

26. Sá MJ. Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2008 Nov 30;110(9):868-77.

27. Mitchell AJ, Benito-Leon J, Gonzalez JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*. 2005;4(9):556-66.

28. Fischer A, Heesen C, Gold SM. Biological outcome measurements for behavioral interventions in multiple sclerosis. *Therapeutic advances in neurological disorders*. 2011;4(4):217-29.

29. Ghaem H, Borhani Haghighi A, Jafari P, Nikseresht AR. Validity and reliability of the Persian version of the multiple sclerosis quality of life questionnaire. *Neurol India*. 2007;55(4):369-75. in Persian

30. Sangelaji B, Salimi Y, Dastoorpour M, Mansouri T, Ashrafinia F, Esmaeilzadeh N, et al. The Relationship between Disability and Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients . *Journal of Health & Development*. 2013;2(3):203-13. in Persian

31. Heidari Sureshjani S, Eslami A, Hassanzadeh A. The quality of life among multiple sclerosis patients in Isfahan, 2011. *J Health Syst Res*. 2011;7(5):571-9. in Persian

32. Somrarnyart M. Effectiveness of self-management training program among Thai cancer patients with pain. *The Journal of Pain* 2007; 8(4): S54.

33. Schulman-Green D, Bradley EH, Knobf MT, Prigerson H, DiGiovanna MP, McCorkle R. Self-management and transitions in women with advanced breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42(4): 517-25.

34. Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili S, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple

sclerosis patients family care givers. Iranian Journal of Nursing Research. 2013;7(27):32-54. in Persian

35. Soleimani E, Habibi M, Basharpour S. Effectiveness of self-control training on quality of life dimension in multiple sclerosis patients (MS). J Res Behav Sci. 2013;10(7):746-56. in Persian