

## بررسی تأثیر برنامه ی آموزش روان گروهی بر میزان استرس و اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان در سال ۹۲

دکتر نصراله علیمحمدی<sup>۲</sup>      فریبا دلوی اصفهانی<sup>۱</sup> ✉  
سعید پهلوان زاده<sup>۴</sup>      نرجس خسروی<sup>۳</sup>

### چکیده

این پژوهش بر آن است تا مطالعه ای باهدف تأثیر برنامه آموزش روان گروهی بر استرس و اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام دهد. این پژوهش مطالعه ای از نوع مداخله ای دو گروهی و سه مرحله ای بوده که پژوهشگر در سال ۱۳۹۲ به منظور دستیابی به اهداف پژوهش به مدیریت درمانگاه داخلی اعصاب (مرکز درمانگاه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بیمارستان الزهرا(س) در شهر اصفهان مراجعه و نمونه ها به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. نتایج آزمون آماری<sup>۱</sup> مستقل نشان داد که در میانگین نمره استرس و اضطراب خانواده ها بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، کاهش معنادار در گروه آزمون، نسبت به گروه کنترل وجود دارد. نتایج آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نیز کاهش معنادار در میانگین نمره استرس و اضطراب را در گروه آزمون را نشان داد ( $P < 0.001$ ). با توجه به یافته ها، مؤثر بودن برنامه آموزش روان گروهی در پیشگیری از افزایش استرس و اضطراب و بهبود آن در خانواده های دارای فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مشاهده می گردد.  
**کلیدواژه ها:** مولتیپل اسکلروزیس، گروه، آموزش روانی، مراقبین، استرس، اضطراب.

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان پرستاری، بیمارستان سیدالشهدا(ع) - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

✉ dalvi@nm.mui.ac.ir

<sup>۲</sup> دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی گروه بزرگسالان دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، (نویسنده مسئول) alimohammadi@nm.mui.ac.ir

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روان پرستاری بیمارستان سیدالشهدا(ع) - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

b\_khosravi2000@yahoo.com

<sup>۴</sup> عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان pahlavanzadeh@nm.mui.ac.ir

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک اختلال مزمن و پیش رونده و نسبتاً شایع سیستم عصبی است که بیشتر در سنین جوانی ( غالباً در دهه سوم زندگی ) باعث اختلال برخی از انسانها می شود. روند پیشرفت این بیماری به گونه ای است که در صورت عدم توجه و رسیدگی، موجبات زمین گیر شدن و کاهش نسبتاً شدید کارایی مبتلایان را در سنین کار و بهره وری فراهم می کند و این ضربه ای سهمگین برای بیمار، خانواده و جامعه است. در حالی که ارائه ی مراقبتهای مناسب درمانی، پرستاری و آموزشهای روانی سبب افزایش سطح توانمندیهای جسمی و روانی بیمار و خانواده و کندی سیر پیشرفت بیمار می گردد(جعفریان صادقی، ۱۳۸۵).

بر اساس آمارهای به دست آمده از سازمان جهانی بهداشت، تا سپتامبر ۲۰۱۲، در آمریکا نزدیک به ۴۰۰ هزار بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وجود داشته وکل افرادی که در سراسر جهان به این بیماری مبتلا بوده اند ۲/۵ میلیون نفر تا این سال و تا سپتامبر ۲۰۱۲، ۲۸۴۴ نفر در اثر بیماری مولتیپل اسکلروزیس فوت کرده اند (WHO.2012). در ایران آمار دقیقی از مبتلایان به بیماری وجود ندارد ولی رئیس انجمن متخصصین مغز و اعصاب ایران، از وجود ۵۰ هزار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در کشور خبر داد(حیدری سورشجانی وهمکاران، ۱۳۹۰). آمار مبتلایان به این بیماری طی سه دهه ی گذشته در استان اصفهان افزایش چشمگیری داشته است به طوری که پژوهش ها نشان می دهد که شیوع این بیماری در این استان، از ۵ در صد هزار نفر، هم اکنون به ۶۰ در صد هزار نفر رسیده است (اعتمادی فر. م، ۱۳۸۸). در واقع شهر اصفهان با ۴۲۵۰ نفر بیمار نسبت به جمعیت، بیشترین میزان ابتلا را در کشور دارا می باشد(بحرینی، س. تاجی، ع. منافی، ر. وهمکاران، ۱۳۸۹). با توجه به این که در بیماری مولتیپل اسکلروزیس تغییرات بسیار زیاد و غیر قابل پیشگویی به خصوص در اوایل زندگی بروز می کند، می تواند اثرات شدید روانی را علاوه بر بیمار بر خانواده و مراقبین اصلی نیز داشته باشد و خانواده هایی که مراقبت از این بیماران را بر عهده دارند با چالشهای بالینی متعددی مواجه می شوند (هولند و مادونا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). به نحوی که حدود ۷۰٪ افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیازمند به کمک اعضای خانواده هستند (National Multiple sclerosis Society.2008, Accessed July 2010). و مراقبت در خانه ها

<sup>1</sup> . Holland N. J.& Madonna M.

(ماگلیانو و وایلز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۸) و توسط اعضای خانواده و دوستان بیماران یا مراقبین خانوادگی انجام می گیرد (وایلز، ۲۰۰۳). مراقبت از این بیماران یکی از دشوارترین و چالش زا ترین مراقبت ها برای مراقبین خانوادگی به حساب می آید (پاپاستاورو<sup>۲</sup>، و همکاران، ۲۰۰۷). لذا در صورتی که مراقبین اصلی، آموزش کافی ندیده باشند، حتی پس از کنترل ناتوانی بیماران نیز استرس، اضطراب و علایم روانشناختی مراقبین ادامه خواهد یافت (نانا<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۹). مراقبین خانوادگی نیاز دارند درباره بیماری و نحوه مراقبت از آن آموزش ببینند (ویدبک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در این راستا در برخی از کشورها برنامه های حمایتی و آموزشی متنوعی برای خانواده های بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وجود دارد و مطالعات متعددی نیز به ارزیابی این برنامه ها پرداخته اند. در مطالعه ای که بر روی همسران مراقبت کننده از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت مشخص شد، همسران این افراد که نقش مراقبت کننده اصلی را بر عهده داشتند، در معرض ابتلا به کاهش کیفیت زندگی، استرس، اضطراب و افسردگی، عدم رضایت از زندگی زناشویی و خستگی مزمن به دلیل نداشتن آموزش کافی و عدم وجود سازمان های حمایتی بوده اند که در این میان مراقبینی که استرس بیشتری داشتند، بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی و خستگی مزمن بودند (ناسو و سلیا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

در مطالعه ای دیگر که تحت عنوان بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزش روانی بر میزان استرس و اضطراب و کیفیت زندگی مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد، مشخص گردید که غفلت از پیگیری های درمانی، خستگی، استرس، کاهش کفایت و کارآمدی مراقبین با میزان آگاهی آنها در رابطه با بیماری ارتباط دارد و کاهش آگاهی منجر به افزایش استرس و اضطراب در آنها می گردد (آشوبایلی<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۰۸). فوربز و همکاران اعتقاد دارند، جهت کاهش فشار استرس و اضطراب بر یکی از اعضا، لازم است تا سایر اعضای خانواده نیز مسئولیت یا نقش مددجو را بپذیرند و در واقع خانواده واحد مراقبت باشد. پرستاران اغلب به خانواده به عنوان زمینه ای جهت مراقبت از مددجوی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نگاه می کنند (باسه<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). به همین منظور

<sup>1</sup> Magliano, L. & Wiles, J.

<sup>2</sup> Papastavrou, E.

<sup>3</sup> Nana, F.

<sup>4</sup> Videbeck, Shl.

<sup>5</sup> Nasso, J. & Celia, L.

<sup>6</sup> Alshubaili, A.F. & others

<sup>7</sup> Buhse, M.

اعضای تیم درمان نظیر روان پرستاران می توانند علاوه بر ایفای نقش مراقبتی و ارجاع دهنده، از طریق نقش حمایتی خود نیز به این جمعیت آسیب پذیر کمک کنند تا از فشارهای روانی ایشان به شیوه ی مؤثر کاسته شود و وضعیت بالینی و تطابق اجتماعی و خانوادگی بیمار و مراقب بهبود یابد (آنا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). لذا با توجه به کمبود پژوهش های داخلی در این حیطه و طاقت فرسا بودن مراقبت از بیماران مولتیپل اسکروزویس، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه ی آموزش روان گروهی بر میزان استرس و اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس انجام گرفت. اهداف اختصاصی این پژوهش شامل تعیین و مقایسه میانگین نمره استرس و اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس در گروه آزمون و کنترل و بین این دو گروه بوده است.

## روش

این پژوهش، مطالعه ای از نوع مداخله ای دو گروهی و سه مرحله ای بوده که در سال ۱۳۹۲، در ایران و شهر اصفهان بر روی ۷۰ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس انجام گرفت. محیط پژوهش شامل درمانگاه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس بیمارستان الزهرا(س) واقع در شهر اصفهان بود. معیارهای ورود به پژوهش برای نمونه ها عبارت بودند از: مراقب اصلی بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزویس (با سطح ناتوان کنندگی ۳ تا ۹/۵) (سطح ناتوان کنندگی یک روش کمی کردن میزان ناتوانی و پایش سطح تغییرات در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس محسوب می شود که به طور وسیع در مداخلات کارآزمایی بالینی و ارزیابی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس استفاده می شود. محدوده ی این سطح از ۱۰ تا ۱۰ می باشد که امتیازات در این محدوده به صورت نیم واحدی افزایش می یابند. اعداد ۱ تا ۴/۵ اشاره دارد به افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزویسی که بدون هیچ کمکی قادر به راه رفتن و حرکت می باشند و شماره ی ۵ تا ۹/۵ به افراد مبتلایی اشاره می کند که دارای نقایصی در راه رفتن و حرکت و انجام کارهای روزانه می باشند و شماره ی ۱۰ به افرادی اشاره میکند که دچار مرگ در اثر مولتیپل اسکروزویس می شوند (کورتزاکه<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳). عضوی از خانواده که کلیه مسئولیت های مراقبتی و حمایتی بیمار را برعهده داشته، سن

<sup>1</sup> Anna, C. & others

<sup>2</sup> Kurtzke, J.F.

بالای ۱۸ سال، ارائه ی مراقبت فقط به یک بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در خانواده، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، عدم حضور قبلی در جلسات آموزش خانواده، عدم استفاده از داروی روان گردان و یا عدم سوء مصرف مواد. اگر نمونه مورد پژوهش در بیش از ۲ جلسه از کل جلسات آموزش روان گروهی حضور نداشت، یابه یکی از بیماری های جسمی و روانی حاد و مزمن شناخته شده که مانع مراقبت از بیمار میشد مبتلا بود از مطالعه خارج می شد.

### نمونه

در این مطالعه، حجم نمونه با نظر خواهی اساتید آمار، ۶۴ نفر محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه ها در طی پژوهش، تعداد نمونه ها ۷۰ نفر برآورد شد. نمونه گیری در ۴ ماه اول سال ۱۳۹۲ و با مراجعه به درمانگاه تخصصی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بیمارستان الزهرا شهر اصفهان که مرکز ارجاع بیماران مبتلا به ام اس می باشد، از میان مراقبین بیماران مراجعه کننده انجام شد. سپس با استفاده از قرعه کشی، مراقبین به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمون (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. مراقبین گروه آزمون پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه در برنامه آموزش روان گروهی شرکت کردند. ضمن اینکه اطمینان کافی از نظر محرمانه بودن اطلاعات به کلیه نمونه های مورد پژوهش داده شد و بیان شد در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیارشان قرار خواهد گرفت. کلیه نمونه های مورد پژوهش در ورود به مطالعه و خروج از آن آزاد بودند. به گروه کنترل که مداخله ای دریافت نمی کرد گفته شد که جزوه آموزشی و لوح فشرده در اختیارشان قرار خواهد گرفت.

محتوای برنامه مبتنی بر یک کتابچه آموزشی بود که پژوهشگر پس از بررسی مقالات و مطالعات کتابخانه ای، آن را تهیه و تدوین نموده و جهت تأیید محتوا، آن را در اختیار تعدادی از متخصصین روانپزشکی، مغز و اعصاب و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان قرار داده بود.

### ابزارها

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای دو بخش بود. بخش اول اطلاعات مربوط به ویژگی های فردی، خانوادگی و درمانی بیمار و مراقب اصلی وی که در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات مراقبین و بیماران و شدت بیماری و مدت زمان مراقبت از بیماران که به صورت مصاحبه از زبان مراقبین بیماران جمع آوری

گردید و دربخش دوم از پرسشنامه DASS-28 استفاده گردید که شامل ۲۸سؤال در مورد استرس و اضطراب است که ۱۴ سؤال مربوط به استرس و ۱۴ سؤال مربوط به اضطراب است و برای پاسخگویی به هر سؤال امتیازاتی به صورت اصلا" (۰)، تاحدی (۲)، تاحدزیادی (۳) و خیلی زیاد (۴) اختصاص داده شده است و مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبین، میزان فشار روانی تحمیل شده به آنها را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل ۰ تا حداکثر ۳۴ نشان می دهد. (پایین ترین امتیاز استرس (۰-۱۴) به معنی عادی، (۱۵-۱۸) به معنی استرس خفیف، (۱۹-۲۵) استرس متوسط، (۲۶-۳۳) شدید ونمره ی ۳۴ به معنی استرس خیلی شدید است واضطراب (۰-۷) به معنای سطح اضطراب عادی، (۸-۹) سطح اضطراب خفیف، (۱۰-۱۴) سطح اضطراب متوسط، (۱۵-۱۹) سطح اضطراب شدید و بیش از ۲۰ سطح اضطراب بسیار شدید را نشان می دهد. که روایی آن از طریق کتب و منابع و الگو گرفتن از پرسشنامه مذکور و نیز نظرخواهی از اساتید صاحب نظر دانشگاه و پایایی آن در مطالعات قبلی از طریق روش آزمون مجدد (۹۴٪=۲) (نویدیان و همکاران، ۲۰۱۲) و پایایی این مقیاس توسط آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اضطراب و استرس در حد قابل قبولی به ترتیب ۰/۹۴ برای اضطراب و ۰/۸۴ برای استرس بدست آمد. این اعداد با آنچه در جمعیت بالینی بدست آمده بود، هماهنگی داشت (لاوی باند<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

### برنامه آموزش

شرکت کنندگان این پرسشنامه را قبل از شروع مطالعه، بلافاصله (پس از اتمام ۷جلسه) و یک ماه بعد از مداخله تکمیل نمودند. گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند لیکن بعد از مطالعه جزوه آموزشی و لوح فشرده در اختیارشان قرار گرفت (نانا و دیگران، ۲۰۰۹). برنامه آموزش روان گروهی (جدول ۱) به رهبری کارشناس ارشد روانپرستاری، ۷ جلسه، ۹۰دقیقه ای (۲۰) در طول ۶هفته (هر هفته ۱جلسه) جهت گروه آزمون اجرا شد.

### جدول ۱. محتوای برنامه آموزش روان گروهی (مدت زمان ارائه هر جلسه: 90 دقیقه)

**جلسه ۱.** آشنایی خانواده ها و مراقبین اصلی با برنامه و پژوهشگر و کامل کردن پرسشنامه ی DASS و پرسشنامه ی مشخصات دموگرافیک توسط ایشان.

**جلسه ۲.** آشنایی مراقبین با بیماری مولتیپل اسکلروزیس (تعریف، تیولوژی، عوامل

<sup>1</sup> Lovibond, F.

- خطر، انواع و علائم، عوارض بیماری، درمان و تأکید بر اهمیت پیروی از آن).
- جلسه ۳.** آشنایی با تعدادی از روشهای کنترل علائم و عوارض شایع بیماری و پیشگیری از عود آنها از قبیل (خستگی، سرگیجه، سردرد، اختلالات بینایی، اختلالات خواب، اختلالات حسی و حرکتی، بی اشتها، اختلالات ادراری، اختلالات جنسی، درد و عوارض بی حرکتی).
- جلسه ۴.** آشنایی با نحوه ی برقراری ارتباط با بیمار و تأمین نیازهای جسمی وی، آشنایی با روشهای مؤثر بیان احساسات، آشنایی مراقبین اصلی با راههای مؤثر ارتباطی و بهبود این فرایند در خانواده.
- جلسه ۵.** آشنایی در مورد چگونگی مقابله با احساسات منفی بیمار از قبیل (اضطراب و استرس، ناامیدی). آشنایی با استرس و اهمیت مدیریت آن.
- جلسه ۶.** آشنایی مراقبین با یکی از روشهای کاهش استرس و اضطراب از قبیل آرام سازی و تنفس عمیق، آشنایی با روش حل مسئله..
- جلسه ۷.** آشنایی مراقبین با روشهای تقویت بعد معنوی و روشهای افزایش امید به زندگی، سؤال و جواب و بحث گروهی و نتیجه گیری

از روش هایی نظیر سخنرانی، پرسش و پاسخ، ایفای نقش و فنونی نظیر طوفان فکری، بحث گروهی و گروه های کوچک استفاده شد. در آخر جلسات لوح فشرده ای با مضمون تکنیک های آرام سازی، کنترل خشم و تنش و جزوه آموزشی که در ارتباط با محتوای هر جلسه به صورت خلاصه تهیه گردیده بود در اختیار نمونه های مورد پژوهش قرار گرفت. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری spss21 و روش های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

## نتایج

نتایج مطالعه با استفاده از آزمون های آماری کای اسکور و  $t$  مستقل نشان داد که گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهایی همچون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات مراقبین و بیماران و نیز مدت و شدت بیماری بیماران و مدت مراقبت مراقبین و نسبت خانوادگی آن ها با بیماران تقریباً همسان بودند. مقادیر این متغیرها در جدول شماره ۲ آمده است.

**جدول ۲: مشخصات دموگرافیک بیماران و مراقبین در دو گروه آزمون و کنترل**

بیماران N=35		مراقبین N=35		
کنترل	آزمون	کنترل	آزمون	
33/4(10/3)	31/9(10/6)	14/5(42/8)	43/5(12/42)	سن (سال)
—	—	48/2(32/9)	51/8(48/9)	مدت زمان مراقبت
48/2(32/9)	51/6(49/03)	-	-	مدت زمان بیماری
3/1(1/4)	3/2(1/3)	-	-	شدت بیماری
1/97(1/74)	2(2/35)	-	-	دفعات بستری
درصد	درصد	درصد	درصد	جنس مراقبین
۷۴/۳	۸۲/۹	۴۸/۶	۴۲/۹	زن
۲۵/۷	۱۷/۱	۵۱/۴	۵۷/۱	مرد
				وضعیت اشتغال
۱۴/۳	۲۰	۴۵/۷	۴۸/۶	شاغل
۳۱/۴	۲۸/۶	۱۱/۴	۱۴/۳	بیکار
۵۱/۴	۴۸/۵	۳۱/۵	۲۸/۶	خانه دار
۲/۹	۲/۹	۱۱/۴	۸/۵	بازنشسته
				وضعیت تاهل
۴۵/۷	۳۴/۳	۱۷/۱	۵/۷	مجرد
۴۲/۹	۶۲/۹	۷۷/۱	۹۴/۳	متاهل
۵/۷	۲/۹	۲/۹	۰	مطلقه
۵/۷	۰	۲/۹	۰	بیوه
				نسبت مراقبت کننده با بیمار
—	—	۱۱/۴	۵/۷	پدر
—	—	۲۲/۹	۲۸/۶	مادر
—	—	۲۸/۶	۴۸/۶	همسر
—	—	۱۴/۳	۲/۹	فرزند
—	—	۲۲/۹	۱۴/۳	فامیل درجه اول



یافته های پژوهش نشان داد که در گروه آزمون، نمرات استرس و اضطراب به تدریج کاهش یافته و میانگین امتیاز نمره ی استرس به ترتیب در ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از اجرای برنامه آموزش روان گروهی (۲/۷) ۳۳/۳۱، (۲/۳) ۱۷/۰۲ و (۲/۵) ۱۲/۱۴ و میانگین امتیاز نمره ی اضطراب نیز در این مقاطع زمانی (قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از اجرای برنامه آموزش روان گروهی) به ترتیب (۲/۹) ۳۰/۲، (۲/۲) ۱۵/۸ و (۲/۶) ۱۱/۲ بوده است. مقایسه این میانگین ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که بین این میانگین ها در این گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). هم چنین آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره ی استرس و اضطراب قبل و بلافاصله بعد از مداخله و نیز قبل و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). آزمون تعقیبی LSD نیز نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمره ی استرس و اضطراب قبل از مداخله با بلافاصله بعد و با یکماه بعد از مداخله اختلاف معناداری داشته است ولی بلافاصله بعد و یکماه بعد از مداخله ( $P > 0/05$ ) با یکدیگر اختلاف معناداری نداشته اند (جدول شماره ۳ و ۲).

جدول ۲: مقایسه ی میانگین و انحراف معیار نمره ی استرس، قبل از مطالعه، بلافاصله بعد از مطالعه و یکماه بعد از مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل

گروه		گروه آزمون		گروه کنترل		آزمون آماری
زمان		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	T مستقل
قبل از مطالعه		۳۳/۳۱	۲/۷	۳۲/۳۴	۳/۰۱	۱/۴
بلافاصله بعد از مطالعه		۱۷/۰۲	۲/۳	۳۱/۷۱	۳/۵	۲۰/۳۴
یکماه بعد از مطالعه		۱۲/۱۴	۲/۵	۳۰/۵۷	۳/۳	۲۵/۸۹
F	نتیجه ی آزمون آنالیز	۷۱۷/۱		4/14		
p	واریانس با مشاهدات تکراری	<0/001		۰/۲۵		

جدول ۳: مقایسه ی میانگین و انحراف معیار نمره ی اضطراب ، قبل از مطالعه،  
بلافاصله بعد از مطالعه و یکماه بعد از مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل

گروه		گروه آزمون		گروه کنترل		آزمون آماری
نتیجه ی آزمون	F	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	T مستقل p
		زمان	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه	یکماه بعد از مطالعه	
		۳۰/۲	۲/۹	۲۹/۰۸	۲/۹	۱/۵۶
		۱۵/۸	۲/۲	۳۱/۱۱	۳/۸	۲۰/۵۴ <
		۱۱/۲۲	۲/۶	۳۱/۲۸	۲/۹	۳۰/۳۰ <
		۳۷۸	۸/۷			
		<0/001	۰/۱			

یافته های پژوهش نشان داد که در گروه کنترل، استرس و اضطراب تفاوت چشمگیری را نشان ندادند و میانگین نمره ی استرس به ترتیب در ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مطالعه (۳/۰۱)، ۳۲/۳۴ (۳/۵) ، ۳۱/۷۱ و ۳۰/۵۷ (۳/۳) و میانگین نمره ی اضطراب در گروه کنترل به ترتیب در ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مطالعه (۲/۹)، ۲۹/۰۸ (۳/۸) ، ۳۱/۱۱ و ۳۱/۲۸ (۲/۹) بوده است. مقایسه این میانگین ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که بین این میانگین ها در این گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۳ و ۲).

نتایج پژوهش نشان داد که مقایسه نمرات استرس و اضطراب بین گروه آزمون و کنترل در سه مقطع زمانی با استفاده از آزمون تی مستقل بدین صورت بود که قبل از مداخله، اختلاف بین دو گروه معنی دار نبوده و در واقع دو گروه از نظر نمرات استرس

و اضطراب همسان بوده اند. اما اختلاف نمرات استرس و اضطراب بین دو گروه بلافاصله بعد و نیز یک ماه پس از اجرای برنامه معنی دار بوده است ( $P < 0/001$ ). (جدول ۳ و ۲).

### بحث

آلشوبایلی وهمکاران در سال ۲۰۰۸ اعتقاد دارند، با تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس و وارد شدن آن به زندگی فرد و خانواده، شرایط جدیدی برای آنها ایجاد می شود که این شرایط اغلب به دنبال اضطراب و استرس بیمار و خانواده بدتر خواهد شد. به دلیل اینکه خانواده علاوه بر کنار آمدن و مقابله با بیماری کنونی، باید با حقایق اضافه شده به این موضوع از قبیل، بدتر شدن روابط اجتماعی بیمار و خانواده، اختلال در روابط خانوادگی، زناشویی، شدت پیدا کردن عوارض فیزیکی بیماری و ایجاد نقایص شناختی نیز مواجه شوند که این مسائل اضطراب و استرس و بار روانی مراقبین را تشدید میکنند (بوچانان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعه حاضر نشان می دهد که در گروه آزمون نمرات استرس و اضطراب بلافاصله پس از اجرای برنامه آموزش روان گروهی به طور معنی داری کاهش یافت. این نتیجه با بسیاری از مطالعات مورد بررسی (نانا و همکاران، ۲۰۰۹؛ آلشوبایلی و دیگران، ۲۰۰۸؛ بوچانان و همکاران، ۲۰۱۰) همخوانی داشت. در همه این مطالعات پس از اجرای مداخله آموزشی - حمایتی، از میزان استرس و اضطراب مراقبین کاسته شده بود که این کاهش در مقایسه با قبل از آن معنی دار بود.

تنها مطالعه ی مایکل جی<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) با نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی نداشت و پس از اجرای مداخله ی آموزشی - حمایتی تفاوت معناداری در میزان استرس و اضطراب مراقبین در مقایسه با قبل از آن وجود نداشت. احتمالاً تفاوت های موجود در روش کار به ویژه اجزای برنامه ، نظیر محتوای آموزش بخشی از این تفاوت را توجیه می کند. به اعتقاد پژوهشگر، علی رغم وجود اشتراکاتی که بین محتوا و روش آموزشی مطالعه ی مایکل جی و مطالعه ی حاضر وجود دارد اما فاصله ی زمانی زیاد بین دو مقطع زمانی مذکور در مطالعه ی مایکل (بلافاصله بعد و دوسال بعد)، توانسته است بر شدت بیماری و در نتیجه میزان استرس و اضطراب مراقبین بیافزاید و تأثیر مداخلات

<sup>1</sup> Buchanan, R.J.

<sup>2</sup> Micheal, G.

آموزشی را کمتر کند. یکی از موارد مهم دیگر که به نظر پژوهشگر باعث ایجاد تفاوت در نتیجه ی مطالعه ی مایکل و مطالعه ی حاضر شده، تفاوت در بیماری های مورد مطالعه است که از نظر شدت و سیر بیماری و تأثیر آنها بر استرس و اضطراب متفاوت هستند.

همچنین مطالعه ی نانا وهمکارانش (۲۰۰۹) که به بررسی تأثیر برنامه ی آموزش روان گروهی بر میزان استرس و اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخت، نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره ی استرس و اضطراب یکماه و یکسال بعد از اجرای برنامه در گروه آزمون وجود نداشت. شاید بتوان دلیل آنرا به طولانی بودن زمان پیگیری نسبت داد. اما یافته های حاصل از مطالعه ی حاضر نشان داد که برنامه ی آموزشی یکماه بعد از اجرای آن هنوز هم تأثیر گذار بوده که پژوهشگر دلیل تأثیرگذاری و ماندگاری برنامه ی آموزشی خود را یکماه بعد از اجرای آن در مقایسه با مطالعه ی نانا، به فاصله ی کوتاهتر بین پیگیری ها (بلافاصله بعد و یکماه بعد) نسبت به مطالعه ی نانا و تهیه ی سی دی جلسات آموزشی و پیگیری های تلفنی علاوه بر ارائه ی کتابچه ی آموزشی مربوط می داند که آن را در اختیار مراقبین گروه آزمون قرار داد.

هم چنین یافته ها نشان می دهد که در گروه کنترل نمره ی استرس به تدریج در طی ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مداخله کاهش بسیار جزیی داشته ولی در هیچ کدام از این سه مقطع زمانی تفاوت معنی دار نبوده. در مطالعه ای دیگر که با هدف تعیین اثر بخشی یک برنامه مراقبت خانگی که برای حمایت از مراقبین مبتلا به دمانس در کشور هند انجام شد نیز نشان داد که در گروه کنترل نمره ی استرس و اضطراب ۳ ماه پس از انجام مداخله نسبت به بلافاصله پس از آن کاهش بسیار جزیی داشت (دیاس<sup>۱</sup> وهمکاران، ۲۰۰۸) که با یافته های مطالعه ی حاضر همسویی داشت. ولی در مطالعات دیگر استرس با گذشت زمان بیش تر شده بود (کرفت<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۱۰)، در این رابطه می توان گفت که افزایش شدت بیماری به دنبال کاهش آگاهی مراقب ممکن است زمینه ساز این سیر صعودی استرس و اضطراب

<sup>1</sup> Dias, A.

<sup>2</sup> Craft et al

بوده است. اما تفاوت بین نمرات استرس و اضطراب در مقاطع زمانی مورد بررسی، معنی دار نبود. (پهلوان زاده و دیگران، ۲۰۱۰)

جنبه بارز این مطالعه، فراهم کردن زمینه آموزش مداوم به مراقبین از طریق ارائه کتابچه آموزشی و لوح فشرده بود. همچنین این مطالعه با توجه به نتایج آن، شواهدی فراهم نمود که مداخله آموزش روان گروهی می تواند مداخله خانوادگی موثر و اثربخشی برای مراقبین خانوادگی بیماران مزمن در نمونه ای از جامعه ایرانی باشد. همچنین این یافته ها همسو با نتایج سایر تحقیقات دلالت بر این امر دارد که پیش بینی و فراهم نمودن این چنین خدمات آموزش روانی در سیستم ارائه خدمات بهداشت روانی برای بیماران و مراقبین آنها کاملاً ضروری و موثر باشد (نویدیان، ۱۳۸۳).

ما معتقدیم مداخله آموزش روانی گروهی طراحی شده ای که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته توانسته است تغییرات مطلوبی در آگاهی مراقبین در رابطه با مراقبت از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ایجاد نماید و به دنبال آن استرس و اضطراب آن ها را کاهش دهد. بنابراین با توجه به اثربخشی این مداخله در کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی در گروه مورد مطالعه در این پژوهش (یعنی مولتیپل اسکلروزیس) و نیز محتوی این برنامه آموزش روانی، به نظر می رسد که این برنامه با اعمال پاره ای تغییرات با در نظر داشتن نوع اختلال مزمن، بتواند در کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی مبتلایان به سایر اختلالات پزشکی هم قابل استفاده باشد.

در پایان قابل ذکر است که جهت گیری تحقیقات آینده در این رابطه باید بر شناسایی اجزای خاصی از برنامه که بتواند هر چه بهتر این بار روانی را کاهش دهد، متمرکز گردد. بنابراین پیشنهاد می شود که این برنامه در فواصل زمانی طولانی تری مورد ارزیابی و پیگیری واقع شود.

## منابع

- جعفریان ن، صادقی الف (۱۳۸۵). مولتیپل اسکلروزیس و مراقبتهای آن. انتشارات سالمی، جامعه نگر، تهران.
- حیدری سورشجانی، س. اسلامی، ا.ع. حسن زاده (۱۳۹۰) بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان، مجله ی تحقیقات نظام سلامت، سال هفتم، شماره ۵ پنجم، ص.ص ۵۷۱-۵۷۹.

اعتمادی فر م، (۱۳۸۸). مجله ی بیماری مولتیپل اسکلروزیس به زبان ساده، مجله ی اطلاع رسانی .

بحرینی، س. تاجی، ع. منافی، ر. وهمکاران (۱۳۸۹). تأثیر ماساژدرمانی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به ام اس عضو انجمن اصفهان، فصلنامه ی دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه، سال هشتم، شماره ی چهارم، ص.ص. ۱۹۷-۲۰۳ .

نویدیان ع، سالار ع، کرمانساروی ف (۱۳۸۳). بررسی میزان فشار روحی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی مراجعه کننده به بیمارستان و مراکز جامع روانپزشکی زاهدان، مجله طب و تزکیه،

WHO. Neurological disorders: a public health approach; available from URL:[www.WHO.int/chapter/3/a/neuro/disorders](http://www.WHO.int/chapter/3/a/neuro/disorders).

Holland N J& Madonna M, (2009).Nursing Grand Rounds, Multiple Sclerosis J Neuroscience Nurse National Multiple sclerosis Society Long term care support and services background.2008, Accessed July 2010, Available at: <http://www.nationalmssociety.org>

Magliano L. (2008).Families of people with severe mental disorders: difficulties & resource. available from URL: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

Wiles J.(2003). Informal caregivers experiences of formal support in a changing context. Health & Social Care in the Community; 11(3):189-207.

Papastavrou E. Kalokerinou A. Papacostas SS. Tsangari H. Sourtzi P.(2007) Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. Journal of Advanced Nursing; 58(3):446-457.

Nana, F, Kjell Morton Myhr and Jan Petter Larsen(2009). Caregiver Burden in Multiple Sclerosis, the impact of neuropsychiatric symptoms.

Videbeck ShL(2008).. Psychiatric mental health nursing. 4<sup>th</sup> ed. LWW;

Nasso J. Celia L. (2007). Dementia care: in-service training modules for long term care. Thomson-Delmar learning.

- Alshubaili, A.F.Ohaeri, J., Awadalla, AW. & Mabrouk, A. A. ( 2008). Family caregiver quality of life in multiple sclerosis among Kuwaitis: a controlled study. *BMC Health Services Research*, 8, 206
- Buhse, M.(2008). Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40.
- Anna C. Phillips, Gallagher.S, Hunt,K, Der,G and Douglas,C,(2009). Symptoms of depression in non-routine caregivers: The role of caregiver strain and burden, *British Journal of Clinical Psychology*,pp:335-346.
- Kurtzke, J. F.(1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 33, 1444-1444.
- Navidian A., Kermansaravi F., N Rigi Sh.,(2012). The effectiveness of a group psycho-educationa program on family caregiver burden of patients with mental disorders, Available at <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/399>.
- Lovibond,F,Lovibond,Sh,)1995). The Structure Of Negative Emotional States Behavior Research Therapy,:33,pp:43-335
- Sharif Farkhondeh, Shaygan Maryam, Mani Arash ,(2012). Effect of Psycho ° education Intervention for Family Members on Caregiver Burden and Psychiatric Symptoms in Patients with Schizophrenia in Shiraz, Iran.
- Uchana, R. J., RADIN, D., HUANG, C. & ZHU, L.(2010). Caregiver perceptions associated with risk of nursing home admission for people with multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*, 3, 117- 124.
- McDonnell Michael G, Short Robert A and BERRY Christopher M, et al,(2003). Burden in Schizophrenia Caregivers: impact of family psycho-education and awareness of patient suicidability, No.1, FPI.
- Dias A. Dewey ME. Souza JD. Dhume R. Motghare DD. Shaji KS, et al(2008)..The Effectiveness of a Home Care Program for Supporting Caregivers of Persons with Dementia in Developing Countries: A Randomized Controlled Trial from Goa, India. *PLoS ONE*; 3(6): e2333.

- Craft et al. Khalid AOA,(2008). Factors Associated with Quality of Life of Outpatients with Multiple Sclerosis, 2008, national Med.
- Pahlavanzadeh, S., Heidari, F. G., Maghsoudi, J., Ghazavi, Z. & Samandari, S. (2010). The effects of family education program on the caregiver burden of families of elderly with dementia disorders. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 15, 102.

