

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی زنان دچار بیماری تصلب چندگانه

زهرا صافی^{۱*}، لادن معین^۲ و سوسن سهامی^۳

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۱۸؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۷/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی به عنوان یک درمان علامتی برای بالا بردن سطح کیفیت زندگی بیماران دچار تصلب چندگانه (ام. اس) بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. ۳۰ نفر از بیماران انجمن ام.اس شیراز از میان کلیه اعضا که دارای ملاک ورود به درمان و در دسترس بودند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵) پاسخ دادند. برای پیگیری اثرات درمان ۲ ماه بعد بار دیگر این سنجش به عمل آمد. درمان آرام‌سازی پیش‌رونده در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار در مورد گروه آزمایش به کار گرفته شد و در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون لوین و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که این درمان کیفیت زندگی بیماران ام.اس را افزایش داده و ۳۷ درصد از تغییرات دیده شده مربوط به درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بوده است. نتیجه درمان در پیگیری ۲ ماهه نیز سطح بالاتری از کیفیت زندگی را نشان داد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان درمان آرام‌سازی عضلانی را به عنوان روشی موثر برای بالا بردن کیفیت زندگی بیماران ام.اس و به عنوان یک درمان علامتی به کار برد.

کلید واژه‌ها: آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، تصلب چندگانه، زنان، کیفیت زندگی،

* نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات فارس Email: safi5zohreh@gmail.com

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

مقدمه

هر بیماری جسمی، هرچند کوچک، محدودیت آور است. محدودیت‌هایی که بیماری‌ها ایجاد می‌کنند، فرد را نگران زیان‌های ناشی از آن، و در نتیجه در وی هیجان منفی تولید می‌کند. این تأثرات روحی، به‌ویژه در مورد بیماری‌های مزمن، عارضه‌دار و غیر قابل پیش‌بینی به مراتب بیش از بیماری‌های دیگر است. بیماری‌های پوشش بافت عصبی^۱، بخش مهمی از بیماری‌های ناتوان‌کننده اعصاب است که معمولاً افراد جوان و میانسال به آن دچار می‌شوند. در این بیماری‌ها بافت عصبی تقریباً سالم می‌ماند ولی پوشش این بافت دستخوش اختلال می‌شود. شایع‌ترین بیماری تخریب‌کننده میلین، بیماری تصلب چندگانه (ام.اس)^۲ است. از نظر علت‌شناسی احتمالاً تخریب میلین، توسط دستگاه ایمنی بدن و از طریق پاسخ ایمنی انجام می‌شود که پیامد آن حملات پراکنده به بافت عصبی و آشکار شدن پی‌درپی علائم بیماری است (پارسیان، ۱۳۸۸). بیماری ام.اس به علت مزمن بودن، می‌تواند تأثیر عمیقی بر فعالیت‌های روزانه زندگی شخص بگذارد، و از سوی دیگر چون در دورانی اتفاق می‌افتد که شخص مولد است، مشکلات عمده اقتصادی و اجتماعی نیز به‌بار می‌آورد. چون حملات این بیماری غیر قابل پیش‌بینی است، بیمار دائماً در استرس دوره‌های شعله‌ور شدن بیماری به‌سر می‌برد، چرا که حمله در هر زمان و مکانی ممکن است برور کند (شاه‌آبادی، ۱۳۸۸).

فشار روانی حاصل از این تغییرات ناخواسته، ایجاد‌کننده رکود در زندگی و مانعی برای کسب لذت است. برای برخی از افراد محرک‌های فشارآور همچون بیماری ام.اس، چالشی برای فرصت‌های جدید و رشد شخصی است در حالی که برای تعدادی دیگر، آسیبی جدی به حساب می‌آید. در گروه اخیر استرس ناشی از فشار روانی، باعث آشفتگی هیجانی، اختلال در تعادل حیاتی بدن، آسیب به فعالیت‌های شناختی و در نهایت کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی می‌گردد (شاه‌آبادی، ۱۳۸۸).

انواع روش‌های روان‌درمانگری که از نظریه‌های مختلف برگرفته شده‌اند، نوعی فرایند یاری‌رسانی برای بهبود سلامت روان هستند. در این میان با وجود تنوعی که در شیوه‌های درمانگری به چشم می‌خورد به نظر می‌رسد که درمانگران گرایش به روش‌هایی دارند که در کوتاه مدت تأثیر بیشتری بر بیمار بگذارد (زارع، ۱۳۸۹).

1. mielin
2. multiple sclerosis (M.S)

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی ... از جمله یکی از این روش‌ها، آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی^۱ است. آرام‌سازی یا انبساط، ضد فشار و انقباض عضلات و ابزاری برای افزایش آرامش در جسم و نهایتاً در ذهن است؛ زیرا رابطه متقابلی بین جسم و ذهن وجود دارد. آرام‌سازی به آسانی قابل یادگیری است و به بیمار کمک می‌کند بینشی جدید و عمیق درباره بدن و اجزای آن به‌دست آورد. در طی این درمان بیمار با تمرین و تنظیم وقت یاد می‌گیرد به‌طور متناوب ماهیچه‌های بدن را منقبض و سپس منبسط و به‌طور دقیق علایم تنش را در بدن خود شناسایی کند و به تدریج با آرام کردن عضلات خود به آرامش روانی دست یابد (فلاح زاده، ۱۳۸۲).

در تمام بیماری‌ها برای تبیین تأثیر عوامل روان‌شناختی در ایجاد ناراحتی‌های جسمی و روانی می‌توان این پرسش‌ها را مطرح کرد؛ که چرا بازیکنان مسابقات ورزشی درد حاصل از آسیب را حس نمی‌کنند؟ یا چرا با وجود قطع اندام حرکتی، بیمار هنوز در آن اندام احساس درد می‌کند؟ یکی از نظریه‌های برجسته در کنترل درد «نظریه گیت»^۲ است. گیت به معنای دروازه است که می‌تواند باز باشد و پیام درد را عبور دهد و یا می‌تواند بسته شود و به پیام درد خاتمه دهد (ویلسون^۳، ۱۳۷۹).

در یک موقعیت تنش‌زا و دردآور، جسم به گونه‌ای ظریف و نامشخص آنچه را که در درون آن اتفاق می‌افتد اطلاع می‌دهد. بدین صورت که فشار روانی و تنش انبار شده کم‌کم در سرتاسر بدن پخش می‌شود و از جمجمه به اطراف چهره، سرتاسر شانه‌ها، قسمت بالای کمر، پایین کمر و حتی تا ران‌ها ادامه پیدا می‌کند و در پنج طبقه اصلی علایم جسمی ظهور می‌کند: ۱. گرفتگی عضلات ۲. سردردها ۳. حالت چهره ۴. وضعیت بدن ۵. طرز تنفس که قبل از سایر علایم بروز می‌کند (بائر، ۱۳۸۳). همچنین تشویش باعث می‌شود که همواره طرز فکر در جهت منفی جریان یابد. اگرچه طبق عقل سلیم، منفی بینی فقط موقعیت را حادث می‌کند اما پس از شکل‌گیری دایره فکر، احساس و عمل، برای فرد سخت خواهد بود که مسیر شکل گرفته را تغییر دهد، در نتیجه همه چیز به گونه‌ای فزاینده کسالت‌بار و ملال‌آور می‌شود و فرد هر روز بیش از پیش مضطرب و ناشکیباتر می‌گردد؛ و فقط جنبه‌های بد خود، محیط و آینده را می‌بیند، چالش‌هایی بدون منطق برای خود انتخاب، و کارهایی می‌کند که احتمال شکست در آن‌ها زیاد است و هر لحظه که می‌گذرد احساس می‌کند قدرت انطباق او با شرایط کمتر شده است (هاوتون و سالکوکوس کیس، ۱۳۸۶).

-
1. Progressive Muscle Relaxation Training
 2. Gate theory
 3. Wilson

طبق الگوی «گیت» عوامل روان‌شناختی می‌تواند بر عوامل جسمی درد تاثیر بگذارد یعنی همان‌گونه که فشار، تنش و ناراحتی می‌تواند درد را شدت بخشد، آرامش و تن‌آرامی نیز می‌تواند از شدت درد بکاهد و آن را از بین ببرد (ویلسون، ۱۳۷۹).

همچنین پی‌ولر و جانستون^۱ در سال ۱۹۸۶ آثار وسیع شناختی آرامش را شناسایی کردند و نشان دادند پس از ایجاد آرامش، امکان دستیابی به اطلاعات مثبت در حافظه افزایش می‌یابد و در نتیجه، دسترسی به گزینه‌هایی بر ضد افکار خودآیند منفی^۲ آسان‌تر و امکان شکست دور باطل فکر، احساس و عمل بیشتر می‌شود (هاوتون و سالکوس کیس، ۱۳۸۶).

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی شامل چگونگی عملکرد و وضعیت روانی است، که عوامل مهم دیگری نظیر شدت بیماری، اشتغال و حمایت‌های اجتماعی نیز بر آن تأثیرگذار است. زمانی که از کیفیت زندگی صحبت می‌شود منظور زندگی بهینه نیست بلکه توجه به آن جنبه‌هایی از زندگی افراد است که برای آن‌ها مطلوب است و بیانگر بهترین وضعیت زندگی برای آنان است (صفری، ۱۳۸۶).

آیت‌اللهی و رفیعی (۱۳۸۳) معتقدند که کیفیت زندگی در افراد و موقعیت‌های مختلف تعابیر متفاوتی دارد؛ و تمام عملکردهای شخص در زندگی را اعم از عملکرد زیستی، جسمی، احساسی، اجتماعی، ذهنی و غیره را شامل می‌شود. سطح کیفیت زندگی افراد بر اساس اندازه‌گیری ابعاد مختلف آن تعریف می‌شود که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی بعد روان‌شناختی آن است.

طبق تعریف همه جانبه سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی هر کس به همان اندازه که از وضعیت جسمانی و محیط اجتماعی او تأثیر می‌پذیرد، از واکنش‌های زیستی-روانی وی نسبت به محیط نیز متأثر می‌شود. کیفیت زندگی محدوده‌ای است که در آن آرزوها و انتظارات فرد جامه عمل می‌پوشد و شامل رضایت از طیف وسیعی از شرایط و کلیه مسائل زندگی است. کیفیت زندگی ارتباطی گسترده با موارد احساسی و بهداشت روانی شخص دارد و حالت‌های درمان، تغییرات و توانائی‌ها و حالت‌های رضایت‌مندی او از عملکردهای چند گانه زندگی را بیان می‌کند (منشی، ۱۳۸۶).

اصطلاح کیفیت زندگی در رویکردهای مختلف، تعریفی بسیار نزدیک به هم دارد. به‌عنوان مثال الگوی فلس و پری^۳ (به نقل از صفری، ۱۳۸۶) در این حوزه شامل پنج حیطه اصلی بهزیستی جسمی، مادی، اجتماعی، عاطفی و فعالیت است. در الگوی توضیحی، کیفیت زندگی

1. Peveler & Johnston
2. negative automatic thoughts
3. Flass & pery

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی ...
 به‌عنوان نوعی بهزیستی کلی تعریف می‌شود که در آن توصیف‌های عینی و ارزیابی‌های ذهنی از
 بهزیستی جسمی، مادی، اجتماعی و عاطفی با رشد و فعالیت‌های هدفمند ترکیب شده است و
 طبق این الگو، کیفیت زندگی به چهار بعد از جمله سلامت جسمی و روان‌شناختی، ادراک
 محیط زندگی و روابط اجتماعی تقسیم می‌شود (رحیمی، ۱۳۸۶).

جدول ۱. قسمتی از الگو سیستمی کیفیت زندگی (هاگرتی^۱، ۲۰۰۱، به نقل از رحیمی، ۱۳۸۶)

درون داد	واسطه	برون داد
شخصیت	ازدواج و کودک	خانواده و دوستان
خدمات آموزشی	سطوح آموزش	بهزیستی عاطفی
سرمایه	مصرف	بهزیستی مادی
خدمات بهداشتی	سلامت شخص	سلامتی
آزادی	انتخاب شغل	کار و بهره‌وری

جدول ۱ الگوی سیستمی کیفیت زندگی بر اساس رویکرد هاگرتی، ۲۰۰۱ را نشان می‌دهد
 که در آن درون‌دادهای سیاست عمومی، با پیامدهای کیفیت زندگی ربط پیدا می‌کند. در این
 الگو، کیفیت زندگی در سطح کلان‌تر و به‌صورت نظام‌دار بررسی شده و دارای پنج شاخه شامل
 روابط خانواده و دوستان، بهزیستی عاطفی و مادی، سلامتی جسمی و کار و بهره‌وری است. این
 قواعد بازی خانوادگی و سیاست عمومی (واسطه) است که، کیفیت زندگی (برون‌داد) را تعریف و
 حفظ می‌کند نه درون‌دادهای فردی (به نقل از رحیمی، ۱۳۸۶)

تغییرات شناختی و عاطفی بخش غیر قابل انکاری از تظاهرات بالینی بیماران ام‌اس است از
 این رو مطالعات پراکنده‌ای در نقاط مختلف جهان و ایران در مورد ابعاد روان‌شناختی این بیماری
 انجام شده است. برای مثال پژوهش‌های میچالسکی^۲ (۲۰۱۰)، مک‌کاد^۳ (۲۰۰۹)، فریزر^۴
 (۲۰۰۷)، والین^۵ (۲۰۰۶) و مندیلیوار^۶ (۲۰۰۵) نشان دادند، شایع‌ترین شکایت این گروه از
 بیماران، تغییرات خلقی اجتناب‌ناپذیر است که خود عاملی تأثیرگذار بر شدت و تداوم ناراحتی-
 های جسمی به وجود آمده است، به گونه‌ای که کیفیت زندگی بیماران را کاهش خواهد داد.

1. Hagerti
2. Michalski
3. Mccade
4. Fraser
5. Wallin
6. Mendilivar

درباره اثرات درمانی آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی پژوهشگران، جنسن و باربر^۱ (۲۰۰۹)، مکرث، بوت، هی‌لری و کرس^۲ (۲۰۰۹)، یل‌دیریم و فادی‌لگلو^۳ (۲۰۰۶)، ساترلند و اندرسون^۴ (۲۰۰۵)، چنگ و ملاسی‌اتی^۵ (۲۰۰۳)، اس‌لومان^۶ (۲۰۰۲)، هالدین و مک‌کورکل^۷ (۱۹۹۳)، برنشتین و بورکوک^۸ (۱۹۹۲)، فلوی و بدال^۹ (۱۹۸۷) و در ایران غفاری (۱۳۸۷)، نشان دادند که آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس و گروه‌های مختلف بیماران دارد.

در این پژوهش همانند سازمان بهداشت جهانی^{۱۰} (۱۹۹۵) متغیر کیفیت زندگی به‌عنوان درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی و همچنین در ارتباط با بافت زندگی و نظام‌های ارزشی محیطی زندگی‌شان و مرتبط با اهداف، معیارها و علایق‌شان تعریف شده است که این کیفیت تحت تعامل عواملی چون سلامت فرد، حالت ذهنی، مذهبی بودن، روابط و عناصر محیطی قرار دارد. از آنجا که توجه به راه‌کارهای بهبود شرایط زندگی و امید به آن، همچنین افزایش سطح سلامتی، بهداشتی، اجتماعی، رفاهی، توان‌بخشی و در مجموع بالا بردن کیفیت زندگی بیماران ام‌اس لازم به نظر می‌رسد، بنابراین براساس مرور مطالعات مشابه که درمان آرام‌سازی را به‌عنوان افزایش دهنده سطح کیفیت زندگی معرفی می‌کند، این پژوهش نیز با هدف تعیین اثرات کنترل عوامل روان‌شناختی به وسیله درمان آرام‌سازی عضلانی برای افزایش سطح کیفیت زندگی بیماران ام‌اس انجام شد، تا این فرضیه را بیازماید؛ درمان آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده سطح کیفیت زندگی بیماران دچار تصلب چندگانه را افزایش می‌دهد.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از گروه آزمایش و گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دچار بیماری ام‌اس بود که در انجمن ام‌اس شیراز عضو بودند. پس از اجرای پیش‌آزمون، از میان آن‌ها ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود و

1. Jensen & Barber
2. Mackereth, Booth, Hillier & Caress
3. Yildirim & Fadiloglu
4. Sutherland & Andersen
5. Cheung & Molassiotis
6. Sloman
7. Houldin & Mccorkle
8. Bernstein & Borkovec
9. Foley & Bedell
10. WHO

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی ... نیاز بیشتری به درمان داشتند و نیز نمراتشان در پیش‌آزمون هم سطح بود، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل موافقت شخصی جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن، توانایی جسمی لازم برای شرکت در جلسات درمانی و انجام تمرین‌ها، پذیرش فلسفه انجام تکالیف خانگی و پرکردن یادداشت‌های هفتگی، نداشتن اختلال‌های شدید روانی بود که آخری بر اساس ملاک راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۱ و با استفاده از پرونده‌های پزشکی بیماران بررسی شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی. این پرسشنامه توسط جمعی از پژوهشگران به سرپرستی و نظارت سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵ تنظیم شده و حاوی ۲۶ سوال و دارای ۴ خرده مقیاس است، که به ارزیابی ۴ دامنه از زندگی می‌پردازد که عبارت از سنجش سلامت جسمی شامل ۷ گویه شماره ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۰، ۱۶، ۱۷؛ سلامت روانی ۸ گویه شماره ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ است. هر گویه نمره‌ای از ۱ تا ۵ دارد و سؤالات ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط گروه سازندگان این مقیاس برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس که در ۱۵ مرکز بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته، بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (رحیمی، ۱۳۸۶). در ایران پایایی مقیاس کیفیت زندگی توسط رحیمی (۱۳۸۶) سنجش و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷، برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش شد.

۲. درمان آرام‌سازی پیش‌رونده. در این پژوهش زمان‌بندی آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی به-روش برنشتین و بورکوک^۲ (۱۹۹۲) بود که در ۱۲ جلسه در مورد گروه آزمایش اجرا شد. هدف اصلی روش‌های آرام‌سازی آن است که در بیمار این توانمندی ایجاد شود تا هر زمان که لازم باشد به آسانی بتواند به آرامش مطلوب دست یابد و در میزان تنش روزانه خود کاهش قابل توجهی ایجاد نماید. بهترین راه انجام این کاهش آن است که ابتدا مقدار زیادی انقباض در عضلات ایجاد و سپس به یک‌باره تمامی انقباض رها شود. نیروی رهاسازی به عضلات این امکان را می‌دهد تا به راحتی تا زیر سطح سازگاری پایین آیند یعنی در بیمار یک خیز به سوی آرامش عمیق‌تر و فرصتی ایجاد شود تا توجه بیمار به احساسات ناشی از حالت انقباض و رهایی عضلات

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th.ed (DSM-IV)
2. Bernstein & Borkovec

جلب شود. از این رو در طی ۶ جلسه و به ترتیب با کاهش عضلات از ۱۶ گروه به ۴ گروه، فرصت این آموزش برای بیماران محیا شد و سپس در ۶ جلسه باقی مانده با حذف تمامی عضلات روند درمان کامل گشت. برنامه درمانی در هر جلسه به صورت خلاصه در زیر آمده است.

جلسه ۱. توجیه منطق درمان و آرامسازی تنفس. اعضای گروه به یکدیگر معرفی و فلسفه، شرایط و قوانین درمان گروهی آرامسازی بیان شد. تنفس صحیح آموزش و آرامسازی تنفس توسط گروه اجرا و آرامش اعضا نظرسنجی و سنجش شد.

جلسه ۲ و ۳. آرامسازی ۱۶ گروه از عضلات. انقباض و رهایی برای ۱۶ گروه از عضلات شامل دو عضله دست راست، دو عضله دست چپ، سه عضله صورت، عضله گردن، عضله کتف و شانه، عضله شکم، سه عضله پای راست، سه عضله پای چپ آموزش داده شد. آرامسازی ۱۶ عضله توسط گروه اجرا و آرامش اعضا نظرسنجی و سنجش شد.

جلسه ۴ و ۵. آرامسازی ۷ گروه از عضلات. انقباض و رهایی برای ۷ گروه از عضلات شامل همه عضلات دست راست همزمان، همه عضلات دست چپ همزمان، همه عضلات صورت، عضله گردن، تمامی عضلات کتف و شانه و شکم با هم، همزمان همه عضلات پای راست و همزمان همه عضلات پای چپ آموزش داده شد. آرامسازی ۷ عضله توسط گروه اجرا و آرامش اعضا نظرسنجی و سنجش شد.

جلسه ۶ و ۷. آرامسازی ۴ گروه از عضلات. انقباض و رهایی برای ۴ گروه از عضلات شامل همه عضلات هر دو دست راست و چپ همزمان، تمامی عضلات صورت و گردن همزمان، تمامی عضلات کتف و شانه و شکم با هم، همزمان همه عضلات هر دو پای راست و چپ آموزش داده شد. آرامسازی ۴ عضله توسط گروه اجرا و آرامش اعضا سنجش شد.

جلسه ۸ و ۹. آرامسازی از راه یادآوری. نحوه حذف انقباض عضلانی و ایجاد تمرکز بر توانایی تقویت شده افراد گروه بر احساس تنش و آرامش، نحوه توجه بر هر گونه انقباض عضلانی و سپس یادآوری احساس حاصل از رهایی عضلات انقباض آموزش داده شد. آرامش اعضا نظرسنجی و سنجش شد.

جلسه ۱۰ و ۱۱. آرامسازی از راه یادآوری با شمارش. نحوه توجه بر هر گونه انقباض در عضلات و سپس یادآوری احساس حاصل از رهایی انقباض و تنش، شمارش اعداد ۱ تا ۱۰ و توجه روی تک تک عضلات هماهنگ با تنفس آموزش داده شد. آرامش اعضا نظرسنجی و سنجش شد.

جلسه ۱۲. آرام سازی از راه شمارش. شمارش اعداد ۱ تا ۱۰ و توجه روی تک تک عضلات هماهنگ با تنفس بدون کمک گرفتن از عضله خاصی و بدون یادآوری لحظه رهایی انقباض

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی ... آموزش داده شد. آرامش اعضا نظرسنجی و سنجش شد. در ادامه این جلسه تکالیف دو ماهه آرام‌سازی افتراقی آموزش داده شد. این مرحله شامل مجموعه‌ای از تمرین‌های آرام‌سازی است که با فعالیت‌های بدنی نسبتاً آرام شروع شده و با رفتارهای فعال‌تر ادامه می‌یابد. در فعالیت‌های آرام بر آرامش عضلات غیر ضروری درگیر تاکید می‌شود تا در فعالیت‌های پیچیده‌تر شناسایی و کاهش تنش آسان‌تر شود. کل این مرحله به عنوان یک تکلیف خانگی پس از پایان مرحله شمارش ارائه گردید تا در مدت دو ماه به افزایش مهارت گروه آزمایش در هر شرایطی بیانجامد. **شیوه اجرا.** درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی در بهار ۱۳۸۹ روزهای یکشنبه و سه‌شنبه صبح، در محل انجمن ام.اس شیراز، طی ۶ هفته و هفته‌ای دوبار به مدت ۶۰ دقیقه در مورد گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام درمان در مرحله پس از ۲ ماه بعد در مرحله پیگیری پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در مورد هر دو گروه به اجرا درآمد.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۳۰ نفر آزمودنی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه با این پژوهش همکاری کردند. بیشترین فراوانی سن (۷۳٪) مربوط به دهه سوم عمر با میانگین سنی ۳۳ سال بود. سنجش میزان تحصیلات هر دو گروه نشان داد که تحصیلات کارشناسی (۴۶٪) بیشتر از سطح سواد زیردیپلم (۲۳٪)، دیپلم (۳۰٪) و ارشد (۰٪) در بین بیماران بود. فراوانی افراد مجرد (۴۰٪) که با این پژوهش همکاری کردند بیشتر از افراد متأهل (۳۶٪)، بیوه (۱۰٪) و مطلقه (۱۳٪) بود و نیمی از شرکت کنندگان در این پژوهش به مدت بیشتر از ۵ سال بود که از تشخیص‌شان می‌گذشت و در این مدت سیری از علام خفیف تا شدید را تجربه کرده بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی بر حسب گروه‌ها و زمان

شاخص	گروه آزمایش		گروه گواه	
	قبل	۲ ماه بعد	قبل	بعد
میانگین	۸۶/۵۳	۹۵/۶۰	۸۳/۰۶	۸۲
انحراف استاندارد	۱۱/۸۱	۱۳/۰۱	۸/۳۰	۷/۸۵
واریانس	۱۳۹/۶۹	۱۶۹/۲۶	۶۸	۶۱/۶۹

بر اساس جدول ۲ میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی با هم ندارد درحالی که در پس‌آزمون میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش افزایش پیدا

کرده و البته این در پیگیری ۲ ماهه نیز ادامه یافته است. از آنجا که این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس در دسترس بودن آنها صورت گرفته است و نیز امکان همتا شدن کامل متغیرهای زمینه‌ای با یکدیگر وجود نداشت، از آزمون لوین^۱ برای آشکار شدن میزان تفاوت معنی‌دار در واریانس دو گروه آزمایش و گواه استفاده شد و برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر^۲ استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

کیفیت زندگی	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
	۰/۴۶۳	۱	۲۸	۰/۵۰۲

در جدول ۳ تفاوت معنی‌داری در واریانس گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده نمی‌شود. بنابراین هر دو گروه از جامعه یکسانی هستند.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر کیفیت زندگی دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	میزان تأثیر آماری	توان
کیفیت زندگی	۲۷۳/۰۶	۱	۲۷۳/۰۶	۱۶**	۰/۳۷۲	٪۹۷
۲ ماه بعد	۲۸۳/۰۵	۱	۲۸۳/۰۵	۱۶**	۰/۴۷۲	٪۹۹
کیفیت زندگی × گروه	۳۴۵/۶۰	۱	۳۴۵/۶۰	۲۱**	۲۱/۰۲	٪۹۹
۲ ماه بعد	۴۴۰	۱	۴۴۰	۲۱**	۳۰	٪۹۹
خطا	۴۶۰/۳۳	۸	۱۶/۴۴			

**P<۰/۰۱

جدول ۴ نشان دهنده معنی‌دار بودن تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون است و این تفاوت در جهت افزایش و بیانگر این است که ۳۷ درصد از تغییرات دیده شده در نمرات کیفیت زندگی مربوط به درمان آرام‌سازی است. در پیگیری ۲ ماهه نیز این روند ادامه یافت. برای آزمودن اثر گروه (درمان آرام‌سازی روانی و عضلانی) بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی) باید اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل همپراش زوده شود و نتیجه نیز تفاوت معنی‌دار نشان می‌دهد. یعنی امکان ندارد

1. Levin test

2. repeated measures

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی ...
که تفاوت دیده شده در گروه آزمایش و گواه اتفافی بوده و توان آماری بالا نیز فرضیه پژوهش را مورد تایید قرار می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری تصلب چندگانه بیماری با منشاء ناشناخته است و عمدتاً در دوره جوانی که مرحله سازندگی زندگی است روی می‌دهد، در نتیجه موجب بر هم خوردن تعادل زیستی و ایجاد خطر برای بقاء فرد می‌شود. حدود هفتاد درصد از بیماران بین سنین ۳۰ الی ۴۰ سالگی قرار دارند که در زنان بیشتر از مردان و در کودکان بندرت دیده شده است (بخشایی و فروغی‌پور، ۱۳۸۶).
در حال حاضر بیش از ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و در ایران میان استان‌های کشور، اصفهان و فارس بیشترین تعداد بیماران مبتلا به ام‌اس را به خود اختصاص داده که این روند دارای رشد تصاعدی است و هر ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از ۱۱۰ میلیارد تومان برای پژوهش، تشخیص و کنترل این بیماری هزینه می‌کند (غفاری، ۱۳۸۷).

با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا و همچنین افزایش هزینه‌های ناشی از درمان، استفاده از روش‌هایی که هیچ‌گونه عارضه جانبی نداشته باشد و با هزینه مالی اندک و به سادگی توسط بیمار قابل اجرا باشد، بسیار با اهمیت خواهد بود. در راستای رسیدن به هدف ذکر شده درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی به‌عنوان راه‌کاری در جهت بر طرف نمودن چالش‌های بیماران ام‌اس در این پژوهش به‌کار گرفته شد.

درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی درمانی است که شخص از طریق انقباض فعال و سپس انبساط گروهی خاص از ماهیچه‌ها با روشی اصولی و سازمان یافته در حالتی پیش‌رونده باعث ایجاد احساس آرامش در خود می‌شود (برنشتین و بورکوک، ۱۹۹۲).

آسیب وارده به کیفیت زندگی بیماران ام‌اس مبحثی است که به وسیله پژوهشگران بررسی شده و نتایج این پژوهش‌های حاکی از پایداری بودن این متغیر است. آزمایش فرضیه این پژوهش با تأیید تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران دچار ام‌اس، درچه‌ای هر چند کوچک برای افزایش کیفیت زندگی این بیماران گشود. نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین این نوع درمان و کیفیت زندگی وجود دارد به صورتی که پس از درمان کیفیت زندگی گروه آزمایش افزایش یافت و ۳۷ درصد از تغییر ایجاد شده در این گروه، نتیجه آرام‌سازی عضلانی بود و پس از پیگیری ۲ ماهه نیز مشخص شد که این نوع درمان سبب ۴۷ درصد تغییر در کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایش شده است. بنابراین این پژوهش با انجام

درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی توانست در ابعاد مختلف کیفیت زندگی یعنی سلامت فردی، حالت ذهنی، روابط و عناصر محیطی بیماران دچار ام‌اس پیشرفت محسوسی ایجاد کند. یافته این پژوهش همسو با پژوهش‌های جنسن و باربر (۲۰۰۹)، مکر، بوت، هی‌لری و کرس (۲۰۰۹)، ساترلند و اندرسون (۲۰۰۵) و فلوی و بدال (۱۹۸۷) است که به همین نتیجه رسیدند. در ایران نیز غفاری (۱۳۸۷)، موثر بودن این درمان را بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس تایید کرد. یل‌دیریم و فادی‌لگلو (۲۰۰۶)، چنگ و ملاسی‌اتی (۲۰۰۳)، اس‌لومان (۲۰۰۲)، هالدین و مک‌کورکل (۱۹۹۳) و برنشتین و بورکووک (۱۹۹۲) نیز افزایش کیفیت زندگی بر اثر درمان آرام‌سازی در گروه بیماران دیالیزی و سرطانی را گزارش کردند.

در ادامه مواردی برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود. همکاری گروهی از درمانگران در یک دوره طولانی‌تر باعث افزایش کارایی درمان می‌شود. با افزایش تعداد آزمودنی‌ها و بررسی هر دو جنس و به‌کارگیری نوار آرام‌سازی، ممکن است این درمان را از لحاظ کمی و کیفی ارتقاء دهد. برای بهزیستی و انطباق بیشتر بیماران ام‌اس با چالش‌های این بیماری و بالا بردن قدرت سازگاری آن‌ها، تأسیس مراکز مشاوره و خدمات روان‌درمانی و یا تشکیل جلسات مشاوره گروهی و آموزش‌های مستمر در محل انجمن به منظور آموزش آرام‌سازی، مشاوره و حمایت‌های روانی، ضروری به نظر می‌رسد. در این میان تشویق بیماران به شرکت در این گونه جلسات و فراهم آوردن بستری مناسب جهت تشکیل گروه‌های هماهنگ به منظور یادگیری روش‌های آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بسیار مفید است که بی‌تردید در افزایش کیفیت زندگی آن‌ها موثر است. در انتها بررسی تأثیر این درمان بر سایر بیماری‌های مزمن نیز برای دستیابی به نتایجی با وسعت بیشتر پیشنهاد می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش وجود متغیرهای مداخله‌گری مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، میزان پیشرفت بیماری، تفاوت‌های فردی و حالات روحی نمونه‌های تحت پژوهش و میزان تأثیر این عوامل بر درمان بود. از آنجا که جامعه آماری بیماران به شهر شیراز محدود شد تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- آیت‌اللهی، محمد تقی، و رفیعی، محمد. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۶(۲۱): ۶۳-۷۰.
- باثر، لی. (۱۳۸۳). غلبه بر وسوس. ترجمه مسعود محمدی. تهران: نشر رشد. (تاریخ چاپ به زبان اصلی، ۱۹۸۷).

تأثیر درمان آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی ...
 بخشایی، مهدی، و فروغی‌پور، محسن. (۱۳۸۶). درگیری سیستم شنیداری تعادلی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *مجله گوش، گلو، بینی و حنجره/ ایران*. ۱۹(۴۷): ۳۲-۲۷.
 برنشتین، داگلاس، و بورکووک، تامس. (۱۳۸۰). *راهنمایی آموزش آرام سازی روانی*. ترجمه علی صاحبی. مشهد: نشر دانشگاه فردوسی مشهد. (تاریخ چاپ به زبان اصلی، ۱۹۹۲).
 پارساییان، محبوبه. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط میان آسیب حافظه فعال و ناهنجاری‌های مشاهده شده در MRI بیماران ام.اس. *مجله تازه‌های علوم شناختی*. ۱۱(۱): ۲۹-۲۳.
 رحیمی، مهدی. (۱۳۸۶). *بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی. دانشگاه شیراز.
 زارع، فاطمه. (۱۳۸۹). *اثربخشی رویکرد روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان شهرستان مرودشت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی. واحد مرودشت.
 شاه‌آبادی، شادی. (۱۳۸۸). *تأثیر اجرای تکنیک‌های دحرمان شناختی رفتاری بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی کادر پرستاران شاغل در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی. واحد مرودشت.
 صفری، هاجر. (۱۳۸۶). *تأثیر هوش عاطفی و خود تعیینی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروهی از دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی. دانشگاه شیراز.
 غفاری، سمیه. (۱۳۸۷). *تأثیر تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۱۰(۱): ۶۸-۶۱.
 فلاح زاده، هاجر. (۱۳۸۲). *بررسی تأثیر روان‌درمانی شناختی، آرام‌سازی و اثر ترکیبی این دو در کاهش فشار خون*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم تهران.
 منشی، مهدخت. (۱۳۸۶). *اعتبار سنجی نسخه ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید*. پایان‌نامه دکترای پزشکی، دانشکده پزشکی مهندس افضلی پور. دانشگاه کرمان.
 ویلسون، پل. (۱۳۷۹). *آرامش فوری*. ترجمه توراندخت تمدن. تهران: نشر پیکان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۹).
 هاوتون، کیت، و سالکوس کیس، پال. (۱۳۸۶). *رفتاردرمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۹).

Cheung, Y., Molassiotis, A., & Chang, A. M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Journal of Psycho-Oncology*, 12(3): 254-266.

- Foley, F. W., & Bedell, J. R. (1987). Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6): 919-922.
- Fraser, C., & Polito, S. A. (2007). Comparative study of self efficacy in men and women with multiple sclerosis. *Journal of Neurosis Nurse*, 39(2): 102 – 6.
- Houldin, A. D., & Mccorkle, R. (1993). Relaxation training and psycho immunological status of bereaved spouses: a pilot study. *Journal of Cancer Nursing*, 16(1): 47-52.
- Jensen, M. P., & Barber, J. (2009). A comparison of self- hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2): 198-221.
- Mackereth, P. A., Booth, K., Hillier, V. F., & Caress, A. (2009). Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis. *Journal of Complementary Therapist in Clinical Practice*, 15(2): 14-21.
- Mccade, M. P. (2009). Changes in quality of life and coping among people with multiple sclerosis over a 2 year period, *Journal of Psychology Health & Medicine*, 14(1): 86-96.
- Mendilivar, D. (2005). A study of the quality of life in cases of multiple sclerosis. *Journal of Rev Neural*, 41(5): 257 – 62.
- Michalski, D. (2010). Anxiety, depression and impaired health- related quality of life are therapeutic challenges in patients with multiple sclerosis, *Journal of Mental Illness*, 2(5): 20-27.
- Sloman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Journal of Cancer Nursing Cancer Nursing*, 25(6): 432-5.
- Sutherland, G., & Andersen, M. (2005). Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: the example of autogenic training. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3): 249-256.
- Wallin, M. T. (2006). Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination, *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 43(1): 45-62.
- Yildirim, Y. K., & Fadiloglu, C. (2006). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis patient, *Journal of Renal Care*, 32(2): 86-8.