

اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و شادکامی در زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس شهر شیراز

فریده انصافداران^{۱*}، اطهر افشار^۲

۱- دکتری روانشناسی، مدرس گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

f.ensafdaran@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

afshar.athar998@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۹/۱۲]

تاریخ دریافت: [۹۸/۶/۲۶]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به بیماری ام.اس شهر شیراز بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان بیمار مراجعه کننده به انجمن بیماران ام.اس (کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس) شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آنان، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام.اس آیت‌اللهی (۱۳۸۵) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان دادند که اجرای برنامه آموزشی مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی ($F=10/12$ و $p<0/004$) و شادکامی ($F=118/84$ و $p<0/01$) در زنان مبتلا به بیماری ام.اس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. باتوجه به نتایج پژوهش، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی این بیماران اثر دارد. بنابراین این برنامه آموزشی می‌تواند جز برنامه‌های مداخلاتی برای گروه هدف مورد استفاده قرار بگیرد.

واژگان کلیدی: آموزش مدیریت استرس، کیفیت زندگی، شادکامی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

ام.اس. یک بیماری غیرقابل پیش‌بینی، التهابی، مزمن و ناتوان‌کننده است (البوکورکو، گرالودو، مارتینز و ریبریو، ۲۰۱۵) و از جمله مهمترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان است که منجر به ناتوانی در جوانان

می‌شود (کوپمن و شویتز، ۱۹۹۹، به نقل از قنبری و همکاران، ۱۳۹۳). سبب‌شناسی این بیماری محدود است و معمولاً پس از یک دوره عود بروز می‌کند. به علاوه، این بیماری برگشت‌ناپذیر، بدون درمان قطعی و پیش‌رونده است و نیاز به نظارت توسط تیم تخصصی و درمانی چند رشته‌ای دارد (البوکورکو و همکاران، ۲۰۱۵). چهار نوع مختلف بیماری ام‌اس تشخیص داده می‌شود که شامل ام‌اس عودکننده (نوع متداول ام‌اس که ۸۰ درصد بیماران ام‌اس را شامل می‌شود)، ام‌اس ثانویه پیش‌رونده، ام‌اس اولیه پیش‌رونده (نادرتین و وخیم‌ترین نوع ام‌اس) و ام‌اس خوش‌خیم است (گارسیا و کولو، ۲۰۰۹).

کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ابتلا به ام‌اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۵-۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (صحرایان و همکاران، ۲۰۱۰). طبق گزارش انجمن ام‌اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده‌اند، که این رقم رو به افزایش است (آل یاسین و همکاران، ۲۰۰۲). بیماری ام‌اس مانند سایر بیماری‌های خودایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد. در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند (کنر و منون، ۲۰۰۷).

افراد مبتلا به بیماری ناتوان‌کننده و مزمن ام‌اس با مشکلات زیادی روبرو هستند؛ این مشکلات، شرکت بیماران را در فعالیت‌های ارتقاءدهنده سلامتی محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل می‌شود که در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آنها دارد (مورگان و همکاران، ۲۰۰۴). ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد (دینسون و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجایی که این بیماران هم باید با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیرقابل پیش‌بینی هستند مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق است (مالکسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). در بیماری ام‌اس عود و بهبودهای مکرر با پیشرفت‌های مداوم بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر عمیقی برجای می‌گذارد. آن‌گونه که گاهی بعضی از بیماران مبتلا، کیفیت زندگی خود را بدتر از مرگ توصیف می‌کنند. اما پیش‌آگهی بیماری ام‌اس نامعلوم است و بیماران انواع اختلالات متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند که این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی، خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه‌ریزی فرد برای آینده را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد و در کل احساس خوب بودن را در فرد به شدت تخریب می‌کند.

یکی دیگر از مشکلات شایع در آنها تغییر سبک زندگی پس از بیمار شدن است که بیش از هر چیز از موقعیت‌ها اجتناب می‌کنند و سبکی هیجان‌مدار برای مقابله با فشارهای زندگی در محیط خانواده و کار در پیش می‌گیرند (بنیتو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). بعد از تشخیص ام‌اس، کل پویایی عملکردی فرد تغییر خواهد کرد. رفتار آنها چه از نظر شخصی و چه در خانواده تغییر می‌کند. این

- 1 Kopman & Schweitzer
- 2 Garcia & Coelho
- 3 Shraian
- 4 Aeyyasin
- 5 Kenner & Menon
- 6 Migante .
- 7 Danison
- 8 Mcmcomson
- 9 Bnito

بیماران سعی می‌کنند با واقعیت جدید سازگار شوند و همین امر منجر به تغییر در کیفیت زندگی آنها می‌شود (پدرو و پیس-ریبرویو، ۲۰۱۰، به نقل از البوکورکو و همکاران، ۲۰۱۵). به علاوه، آنچه اهمیت توجه به مقوله‌ی ام.اس را به‌ویژه در کشور ما دو چندان می‌کند شیوع رو به رشد آن به‌ویژه در سال‌های اخیر است که اکثر جمعیت هدف آن را زنان بین ۲۰-۴۰ سال تشکیل می‌دهند که نقطه اوج فعالیت‌های جسمی و روانی، شغلی و جنسی آنان می‌باشد. با توجه به وسعت مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی ...) در بین افراد مبتلا به ام.اس، یکی از اساسی‌ترین دل‌مشغولی‌های اغلب بیماران ام.اس و خانواده‌های آنان رسیدن به زندگی مطلوب است که ممکن است ناشی از ادراک بیماری، کیفیت زندگی، امیدواری، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی باشد. عوارض زیاد داروها، خستگی و عدم تعادلات روحی و روانی، نیاز به افزایش مداخلات روانی و اجتماعی علاوه بر درمان‌های دارویی متداول، جهت بهبود کیفیت زندگی و شادکامی را ضروری می‌کند و برنامه‌هایی که در قالب مداخله‌های آموزشی هستند، می‌توانند کیفیت زندگی بیماران را ارتقا بخشند (اکبری، ۱۳۹۳).

ذکر این نکته لازم است که در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی و توانایی کارکردن است (کورال و همکاران، ۲۰۰۹؛ آلبرت و همکاران ۲۰۱۰). افرادی که برای آن‌ها ام.اس تشخیص داده می‌شود، نیاز به تطابق و هماهنگی کیفیت زندگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند که البته کار ساده‌ای نیست و نیاز به آموزش دارند. پیامدهای روانشناختی بیماری ممکن است قبل، در طی و حتی بعد از تشخیص بیماری روی دهد. این تغییرات روانشناختی بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است (نیوستین و ریماسزاسکا، ۲۰۱۷). بنابراین لزوم مداخلاتی روانشناختی، حمایتی و توانمندسازی برای کمک به این بیماران احساس می‌شود. در حال حاضر با توجه به وسعت مشکلات روانی بیماران ام.اس محققان زیادی در دنیا در حال بررسی روش‌های متعددی از روان‌درمانی حمایتی و شناختی برای کمک به این بیماران می‌باشند. (خدابخشی کولایی، فلسفی نژاد و اکبری ۲۰۱۵) در پژوهشی اثربخشی برنامه مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی را تایید کردند. همچنین اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر ارتقا کیفیت زندگی بیماران ام.اس (حاجی لو، احدی، صیرفی، شاه بیگی و رفیعی پور، ۱۳۹۷)، افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ولی‌زاده، سهراب‌نژاد، مهربان و بوکانی، ۱۳۹۳) و اضطراب و اختلالات شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (زمانی، رحمتی و فضیلت‌پور، ۱۳۹۲) نیز تایید گردیده است. برنامه جامع و گسترده مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری رویکرد چندوجهی خود را در مدیریت استرس و کاهش افسردگی در بیماران مزمن جسمی به معرض نمایش گذاشته است. در این برنامه جامع به جنبه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی، جسمی و اجتماعی توجه شده است (آنتونی و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش شیوه‌های مدیریت استرس برای کمک به افرادی به‌کار می‌رود که با فشار روانی ناشی از عوارض ابتلا به مشکلات جسمی این اختلال مواجه هستند. هدف از آموزش مدیریت استرس توانمند کردن بیماران برای مقابله با فشارهای روانی ناشی از ابتلا به ام.اس است (بساک نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای

1 Pedro & Ribeiro

2 Grral

3 Abert

4Neustein& Rymaszewska

5 Khodabakhshi Koolae , Falsafinejad, & Akbari

6 Atoni

از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز است و در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان بیماران اثربخش بوده است. با توجه به مطالب گفته شده پژوهش حاضر درصدد یافتن پاسخ این پرسش است که آیا آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، بر فاکتورهای روان‌شناختی، از جمله کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس تاثیر دارد؟

روش

در این پژوهش از روی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ام.اس شهر شیراز می‌باشند. نمونه پژوهش حاضر را ۳۰ زن مبتلا به بیماری ام.اس تشکیل می‌داد که به صورت در دسترس از میان کلیه زنان مراجعه‌کننده به انجمن بیماران ام.اس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره (گروه گواه ۱۵ نفر و گروه آزمایش ۱۵ نفر) گمارده شدند. قبل از اجرای آموزش مدیریت استرس مبتنی بر مدل شناختی و رفتاری با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی و شادکامی مربوط به بیماران ام.اس مورد مورد ارزیابی قرار گرفتند و نیز بعد از اجرای آموزش، مجدداً با پرسشنامه‌های ذکر شده مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی برای بیماران ام.اس حاوی ۲۹ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال اول تاثیر فیزیکی و ۹ سؤال آخر تاثیر روانی ام.اس بر روی بیمار را می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ انجام می‌شود. روایی محتوایی پرسشنامه نیز به تایید اساتید این حوزه رسیده است. از نظر درستی و قابلیت اعتماد نیز ضرایب آلفای کرونباخ که برای بررسی سازگاری درونی هریک از مقیاس‌های فیزیکی و روانی محاسبه گردیده به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۳ می‌باشد. پرسشنامه شادکامی آکسفورد: برای سنجش شادکامی در این پژوهش، از پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرجیل و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شد. فرم نهایی پرسشنامه حاوی ۲۹ پرسش چهار گزینه‌ای که در هر پرسش فرد درباره خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند (فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۸). نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف چهار درجه‌ای از نمره ۱ تا ۴ برای هر پرسش انجام می‌گیرد. آرجیل و همکاران پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش آرجیل و همکاران روایی هم‌زمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹، به دست آمد. آموزش ارائه شده شامل ۱۲ جلسه که هفته‌ای یک بار براساس پروتکل گروه درمانی مدیریت استرس به شرح زیر ارائه شد:

جلسه ۱. معارفه، پیش آزمون و مقررات

جلسه ۲. آشنایی با استرس زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی

جلسه ۳. آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی

جلسه ۴. تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات.

جلسه ۵. تنفس همراه با تصویر سازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی.

جلسه ۶. آموزش خود زاد برای سنگینی و گرما، جاگزینی افکار منطقی.

جلسه ۷. آموزش خودزاد، مقابله کارآمد.

جلسه ۸. آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خود القایی، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر.

جلسه ۹. مراقبه مانترا^۲، مدیریت خشم.

جلسه ۱۰. مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری.

جلسه ۱۱. تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی.

جلسه ۱۲. جمع‌بندی، مرور مطالب و اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیر کیفیت زندگی و شادکامی در دو گروه آزمایش و گواه، برای پیش آزمون و پس آزمون محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت زندگی و شادکامی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه ها	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش آزمون	۱۸/۳۲
		پس آزمون	۱۷/۶۸
	کنترل	پیش آزمون	۱۲/۸۶
		پس آزمون	۹/۲۳
شادکامی	آزمایش	پیش آزمون	۸/۴۲
		پس آزمون	۷/۹۲
	کنترل	پیش آزمون	۷/۳۲
		پس آزمون	۷/۵۶

آزمون لوین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها انجام شد که نتایج حاصل نشان داد باتوجه سطح معنی داری که بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد پس واریانس‌ها همگن هستند. جدول شماره ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات کیفیت زندگی و شادکامی دو گروه را با کنترل عامل پیش آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) روی نمره‌های پس آزمون شادکامی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و

گواه

کیفیت زندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
-------------	------------------	------------	-----------------	---	------------------	-----------

1- autogenic training

2- mantra meditation

۰/۲۷	۰/۰۰۴	۱۰/۱۲	۱۳۷۸/۲	۱	۱۳۷۸/۲	
۰/۲۱	۰/۰۰۱	۱۱۸/۸۴	۲۱۸۲/۴۶	۱	۲۱۸۲/۴۶	شادکامی

همانطور که در جدول فوق مشخص شده است، با توجه به مقدار $F(10/12)$ ، و سطح معنی داری $0/004$ دو گروه آزمایش و کنترل از نظر کیفیت زندگی با هم تفاوت معناداری دارند. همچنین میزان اندازه اثر برابر با $0/27$ می باشد که نشان دهنده این است که ۲۷ درصد از تغییرات نمرات کیفیت زندگی پس از آموزش گروه آزمایش ناشی از اجرای آموزش مدیریت استرس می باشد. در مورد متغیر شادکامی، تحلیل جدول فوق نشان می دهد که با توجه به مقدار $F(118/84)$ ، دو گروه آزمایش و کنترل از نظر شادکامی با هم تفاوت معناداری در سطح $0/01$ دارند. همچنین میزان اندازه اثر برابر با $0/21$ می باشد که نشان دهنده این است که ۲۱ درصد از تغییرات نمرات شادکامی پس از آموزش گروه آزمایش ناشی از اجرای آموزش مدیریت استرس می باشد.

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته های بدست آمده این نتایج حاصل شد که بین میزان کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به بیماری ام.اس در زمان پیش از آموزش و پس از آموزش تفاوت معنی داری وجود دارد و آموزش مدیریت استرس تاثیر معناداری بر میزان کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به بیماری ام.اس دارد. نتایج بدست آمده در این پژوهش در زمینه کیفیت زندگی با نتایج پژوهش های حاجی لو و همکاران (۱۳۹۷)، شاه کرمی و همکاران (۱۳۹۴)، بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۲)، ولی زاده و همکاران (۱۳۹۳)، کامرانی و همکاران (۲۰۱۶)، شایان و همکاران (۲۰۱۶) همسو و همخوان و در زمینه شادکامی با نتایج یافته های هاشمی و همکاران (۱۳۹۲)، کولایی و بستان (۱۳۹۵) همسو است.

در تبیین یافته های پژوهش می توان به مواردی که در آموزش مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری مد نظر قرار می گیرد، اشاره کرد. تکنیک های آرمیدگی و شناسایی افکار خودآیند منفی و جایگزینی افکار مثبت و واقعی به جای آنها، قدرت مدیریت هیجانات، شبکه های حمایت اجتماعی و چگونگی بهره مندی از آن، ارتباط اجتماعی سالم که از عوامل شادکامی هستند، در برنامه آموزشی مهارت مدیریت استرس مورد تأکید قرار گرفته اند.

با آموزش آرمیدگی یک مجموعه تغییرات فیزیولوژیکی در بدن ایجاد می شود که نقطه مقابل تغییرات فشار روانی است. کاهش تنش در عضلات باعث افزایش احساس سلامت روانی و آرامش ذهنی می گردد. افزون بر آن، نقش مثبت آرمیدگی در چارچوب یک تکنیک انحراف توجه نیز قابل تبیین است. روش آرمیدگی با تأکید بر آرامش عضلانی می تواند سبب جهت گیری مجدد توجه بر احساسات خوشایند درونی شده و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجانات مثبت را ایجاد نماید، در نتیجه فرد برموقعیت ها و محرک های تنش زا و اضطراب انگیز کمتر تمرکز می کند (نصری، نجاریان، شکرکن و مهربابی زاده هنرمند، ۱۳۸۱). به دنبال احساس آرامش روانی در تفکرات و در باورهای فرد تغییراتی ایجاد می شود. بدین سان که فرد با تجربه آرامش روانی تلاش می کند تا افکار و نگرش های ناسالم و دردزای خود را در جهتی سوق دهد تا کمتر حالات و احساسات درد را به همراه داشته باشد (پولادی ریشه ری، نجاریان، شکرکن و مهربابی زاده هنرمند، ۱۳۸۰). همچنین بیماران مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس به دلیل عوارض ناشی از بیماری، مشکلات چندی را در زمینه های حرکتی، جنسی، اختلالات شناختی، اختلالات اسفنکتری، اختلالات خواب، خستگی مفرط و علائم عصبی- روانی (افسردگی، اضطراب و ...) تجربه می کنند که احتمالاً تجربه دائمی این مشکلات بر انجام وظایف و مسئولیت های بیمار تأثیر سوء می گذارد و از این طریق در کاهش خلق او دخیل است. به همین ترتیب کاهش خلق باعث تجربه کمبود انرژی و ایجاد سیکل معیوبی از افت خلق- احساس غمگینی می شود. همین امر موجب افت کیفیت زندگی در این بیماران خواهد شد.

باتوجه به انواع مهارت‌های آموزش داده شده در گروه مداخله مدیریت استرس شناختی-رفتاری، از جمله مهارت‌های تن آرامی، یادگیری انواع مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و کارآمد در برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا، مدیریت خشم و اصلاح خطاها و تحریفات شناختی که در بسیاری از موارد سر منشأ افکار منفی و فاجعه‌سازی هستند، به نظر می‌رسد مداخله مدیریت استرس شناختی-رفتاری، حس کنترل شخصی و احساس کفایت و خودکار آمدی بیمار را در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا و استرس‌آور افزایش می‌دهد و از این لحاظ به بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک می‌کند. هم‌چنین موقعیتی که گروه درمانی جهت ابراز هیجان و بیان مشکلات و دغدغه‌ها و نگرانی‌های ناشی از بیماری در جمع افرادی مشابه خود فراهم می‌کند، در بهبود کیفیت زندگی و افزایش شادکامی این افراد بی‌تأثیر نیست. هم‌چنین استرس‌های روحی و جسمی، چه به صورت مزمن و چه به صورت حاد و ناگهانی می‌توانند سبب تشدید علائم بیماری ام‌اس شوند. چنانچه مطالعات نشان می‌دهند، در زمان تحمل استرس وقوع حملات بیماری دو برابر بیشتر از شرایط معمول می‌باشد. لذا آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا با آرام‌سازی و کنترل استرس خود، احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود داشته باشند و همین موضوع در افزایش شادکامی آنان مؤثر خواهد بود.

پژوهش حاضر در تاریخ ۱۳۹۷/۹ آغاز و در تاریخ ۱۳۹۸/۲ پایان یافت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اختصاص یافتن درمان به گروه زنان مبتلا به بیماری ام‌اس شهر شیراز اشاره کرد که تعمیم یافته‌ها را به سایر گروه‌های درمانی مربوط به سایر بیماری‌ها و شهرهای دیگر با مشکل مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، گروه‌های دیگری با درمان‌های روان شناختی، دارو درمانی و دارو نما در کنار گروه آزمایش و کنترل گمارده شود، تا امکان مقایسه‌های بیشتر فراهم گردد.

منابع

۱. اکبری، سمیرا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان راه حل محور به شیوه گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پایان‌نامه دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید چمران اهواز.
۲. آنتونی، م؛ ایرونسون، اشنایدومن (۲۰۰۷). راهنمای علمی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری. ترجمه سیدجواد آل احمد، سولماز جوکار، حمید طاهر نشاط دوست. انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان (۱۳۸۸).
۳. بساک‌نژاد، س؛ رحیمی، زرگر، مجدی نسب (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و سبک‌های مقابله در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۱۰، شماره ۳، صفحه ۱۷۲-۱۶۵.
۴. پیری کامرانی، مرضیه؛ دهقان، فاطمه؛ بشیری، حسن (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و تاب آوری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، مجله سلامت و مراقبت، سال هفدهم، شماره چهارم
۵. جواهری، نشاط دوست، ح؛ مولوی، ح (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک سال ۱۳، ۲: ۴۳-۲۲
۶. حاجی‌لو، مریم؛ احدی، حسن؛ صیرفی، محمدرضا؛ شاه‌بیگی، سعید؛ رفیعی‌پور، امین (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس، مجله علوم روانشناختی، دوره هفدهم، شماره ۷۲، ص ۸۹۳-۸۹۷
۷. زمانی، سیده نرجس؛ رحمتی، عباس؛ فضیلت‌پور، مسعود (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و اختلال شناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بود. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۵، شماره ۴ (۲۰)، صص ۵۳-۴۳
۸. سجادی نژاد، مرضیه سادات، عسگری، کریم؛ مولوی، حسین؛ ادیبی، پیمان (۱۳۹۴). مقایسه اثر بخشی مدیریت استرس شناختی-رفتاری، آموزش خوش‌بینی و درمان طبی بر علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ۱۸، شماره ۱۰ پایانی (۱۰۳)، صص ۴۰-۵۴

۹. سلطانی، محمود؛ حجازی، سید محمود؛ نوریان، عباس؛ زنده دل، احمد و اشکانی فر، مرضیه (۱۳۸۸). تاثیر یک دوره فعالیت هوازی در آب، بر مقیاس ناتوانی جسمانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مجله علمی علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، سال پنجم، شماره ۱، پیاپی ۱۷، صص ۲۰-۱۵
۱۰. شاه کرمی، م؛ زهراکار، مرادی زاده، داورنیا، شاکرمی (۱۳۹۴). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری مبتنی بر گروه در بهبود کیفیت زندگی زنان جوانی که تحت درمان با متادون قرار دارند. مجله تحقیقات سلامت در جامعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۱، شماره ۲، صفحات ۲۱-۱۲.
۱۱. کولایی، عاطفه؛ بستان، نبی (۱۳۹۵). رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و شادکامی با کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به ام.اس در شهر کرمانشاه، نخستین همایش جامع بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی، تهران، مرکز همایش‌های کوشا گستر با همکاری دانشگاه‌های کشور
۱۲. ولی‌زاده، ر؛ سهراب‌نژاد، مهربان، بوکانی (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۳، شماره ۵.
۱۳. هاشمی، فاطمه؛ علی‌پور، احمد؛ فیلی، علیرضا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مدیریت استرس (شناختی-رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور، ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۱۸، شماره ۹ (شماره پی در پی ۸۱).
14. Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R., & Ribeiro, O. (2015). Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 359-365.
15. Aleyasin H, Sarai A, Alaedini F, Ansarian E, Lotfi J, (2002). Multiple Sclerosis: A Study of 318 Iranian Cases, *Arch Iran Med*; 5(1): 24-7
16. Benito-León, J. (2011). Multiple Sclerosis: Is Prevalence Rising and if So Why? *Neuroepidemiology*, 37(3-4): 236-237.
17. Denison, E., Nilsagård, Y., Lundholm, C.(2010). Predicting accidental falls in people with multiple sclerosis—A Longitudinal Study, *Clinical Rehabilitation* 23(3):259-69.
18. García, C., & Coelho, M. H. (2009). *Neurologia clínica: princípios fundamentais*. Lidel.
19. Kenner M, Menon U, Elliott DG, (2007). Multiple sclerosis as a painful disease, *Int Rev Neurobiol*, 79: 303-21
20. Khodabakhshi Koolae A, Falsafinejad M R, Akbari M E. (2015). The Effect of Stress Management Model in Quality of Life in Breast Cancer Women, *Int J Cancer Manag.*; 8(4):e3435. doi: 10.17795/ijcp-3435
21. Malcomson KS1, Dunwoody L, Lowe-Strong AS. (2007). Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis: a review, *J Neurol.*;254(1):1-13.
22. Neustein, J., Rymaszewska, J. (2017). Psychological consequences of multiple sclerosis and assistance possibilities, *Physiotherapy Quarterly (formerly Fizjoterapia)*, 25 (1), 8-12
23. Pagnini, F., Bosma, C.M., Phillips, D., and Langer, E.(2014). Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review, *BMC Neurology journal*. 14: 222.
24. Sahraian MA, Khorramnia S, Ebrahim MM, Moinfar Z, Lotfi J, Pakdaman H. (2010). Multiple sclerosis in Iran: a demographic study of 8,000 patients and changes over time, *Eur Neurol*; 64(6): 331-6.

The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on improving quality of life and happiness in women with multiple sclerosis in Shiraz

Farideh Ensafdaran, Athar Afshar

1. Doctor of Psychology, Lecturer of Psychology, Fatemeh Institute of Higher Education, Shiraz, Iran (Corresponding Author)
f.ensafdaran@gmail.com
2. Ph.D. The student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
afshar.athar998@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on quality of life and happiness in M.S patients in Shiraz. The present study is a semi-experimental type. The statistical population of this study included all patients referring to the MS Society of Shiraz in 1397. Among them, 30 women were selected by available sampling and randomly assigned to two groups of the experimental and control group. The used scales included The quality of life questionnaire for patients with MS Ayatollahy (2006) and the Oxford happiness questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Covariate analysis). The results showed that the implementation of stress management training improves the quality of life ($F=10.12$, $P<0.04$) and happiness ($F=118.84$, $P<0.01$) in the experimental group compared to the control group. According to the results of the study, cognitive-behavioral stress management can improve the quality of life and happiness in these patients. Therefore, this training program can be used as an intervention program for the target group.

Keywords: Stress Management Training - Quality of Life - happiness - Multiple Sclerosis