بررسی رابطه سطح عزت نفس با میزان بکارگیری روشهای مقابله ای و برنامه خود مراقبتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)تحت پوشش انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۳

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

۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی و مربی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲) کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی و مربی گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

۳) دکترای روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی و استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت:۸۶/۲/۱۱ تاریخ پذیرش:۸۶/۶/۹

چکیده

مقدمه : بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) نوعی بیماری مزمن و علاج ناپذیر سیستم عصبی مرکزی است که شدیداً عزت نفس بیماران را کاهش داده و آنها را مجبور می سازد با ناتوانی های ناشی از بیماری سازگاری پیدا کنند. این مطالعه با هدف تعیین رابطه میان سطح عزت نفس بیماران مبتلا به MS با میزان بکارگیری روشهای مقابله ای و برنامه خود مراقبتی توسط آنها در شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش مطالعه ای نیمه تجربی از نوع طرح اندازه های تکراری است که در انجمنMS ایران در سال ۸۳-۱۳۸۲انجام گرفت. به منظور انجام این پژوهش، ۳۸ بیمار مبتلا به MS با توجه به شرایط پژوهش به روش نمونه گیری آسان یا در دسترس انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. در واقع تمام بیماران باسواد، ۵۰-۱۵ ساله و علامت دار که به صندلی چرخدار وابسته نبوده و در مرحله حاد بیماری قرار نداشتند وارد مطالعه شدند. ابزارجمع آوری اطلاعات پرسشنامه های اطلاعات فردی، لیست مشکلات، پرشسنامه استاندارد سنجش عزت نفس کوپراسمیت و پرسشنامه استاندارد سنجش شیوهای مقابله ای جالوویس بودند که قبل و بعد از مداخله توسط نمونه ها تکمیل گردیدند. برنامه خود مراقبتی آموزش داده شد و به مدت یک ماه به کار گرفته شد، سپس داده های قبل و بعد از مداخله در نرم افزار آماری SPSS با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری استنباطی مثل تی زوجی، ویلکاکسون، کای اسکوئر و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش : تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که آمـوزش برنامه خود مراقبتی باعث افزایش معنی داری در میزان عزّت نفس این بیماران بعد از مداخله نسبت به زمان قبل از آن شده است. (P= ۰/۰۰۰) همچنین آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که قبل و بعد از مداخله بیمارانی که عزت نفس بالاتری داشتند نسبت به بقیه بیماران از روش های مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده می کرده اند (P=۰/۰۰۱) و افرادی که عزت نفس پایین تری داشتند از روش های مقابله ای هیجان مدار را بیشتر مورد استفاده قرار دادند(P= ۰/۰۰۰). همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد که بیمارانی که عزت نفس بالاتری داشتند نسبت به بقیه بیماران بیشتر از برنامه های خود مراقبتی برای حل مشکلات خود استفاده کرده اند(P=۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، اولاً آموزش برنامه خود مراقبتی باعث افـزایش عـزت نفس این بیماران می گردد، ثانیاً افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به MS رابطه مستقیمی با افـزایش بکـارگیری

واژه های کلیدی : بیماری مولتیپل اسکلروزیس(MS)، عزت نفس، روشهای مقـابله ای مشکل مدار، روشـهای مقابله ای هیجان مدار، خود مراقبتی

* **نویسنده مسئول:** کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی و مربی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

Email: madani_h2000@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس(MS) نوعی بیماری مزمن و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام ها، اختلال در دفع ادرار، اختلال در دفع مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، اختلال در تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می گردد(۲،۱). علت بیماری مولتیپل اسکلروزیس ناشناخته است و درمان قطعی ندارد. در آمریکا بیش از ۳۵۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا می باشند که هر ساله حدود ۱۰۰۰۰ بیمار جدید به آنها اضافه می شود(۳) این بیماری اغلب در سنین بین ۴۰- ۲۰ سالگی رُخ می دهد و خانم ها را دو برابر آقایان مبتلا می سازد و سومین علت ناتوانی در آمریکا است(۴، ۵). در ایران میزان شیوع این بیماری در حدود ۳۰- ۱۵ در هر ۱۰۰ هزار نفر است(۶). این بیماری هزینه اقتصادی زیادی را به جامعه و خانواده فرد تحمیل می کند. مؤسسه ملّی بیماری های اعصاب آمریکا اظهار می دارد که هزینه ناشی از این بیماری در آمریکا سالیانه بیش از ۲/۵ بیلیون دلار است(۳) این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه تهدید می کند و بیماران را بسوی فقدان اعتماد و اطمینان از خود سوق داده و اطمینان فرد از بدن و سلامتیش را مخدوش می سازد(۷). این بیماری غالباً افرادی را مبتلا می کند که در مرحله مولّد زندگی خود قرار دارند و اغلب اعضاء خیلی جوان خانواده مسئولیت مراقبت از بیمار ناتوان را به عهده می گیرند(۸). تظاهرات و عوارض بیماری مولتیپل اسکلروزیس به شدت بر روی تصور فرد از خودش تأثیر می گذارد و اثرات بسیار مخرّبی بر روی عزّت نفس او دارد(۹). برخورداری از عزّت نفس یا احساس خود ارزشمندی به مثابه یک سرمایه و ارزش حیاتی بوده و از جمله عوامل عمده شکوفایی استعدادها و خلاقیت ها است(۱۰). همچنین تصور مثبت از خود، بهترین پیشگویی کننده تطابق با بیماری مولتیپل اسکلروزیس می باشد(۹) بیماران MS نیاز به تطابق با بیماری مولتیپل اسکلروزیس دارند زیرا که عوارض روز به روز آن تنیدگی عمومی آنها را افزایش می دهد(۱۱) بطور کلی مقابله با مشکل به دو روش انجام می شود:

۱- مشکل مدار: سعی در برقراری کنترل بر روی موقعیت، تجزیه ی مشکل به اجزاء کوچکتر، تعیین اهداف اختصاصی جهت کمک به حل مشکل و... .

۲- روش های هیجان مدار: خیالبافی، امیدواری به بهبود خود به خودی اوضاع، انتظار از دیگران برای حل مشکل و ... .

در بیماران MS، خجالت و حس حقارت باعث پیدایش پاسخ های نامناسب در بیمار می شود و تطابق بیمار با بیماری به شکل های گوناگون از جمله انکار (همراه با سرخوشی غیر عادی)، افسردگی، محرومیت و خصومت صورت می گیرد(۱۲، ۸). افرادی که برای آنها بیماری MS تشخیص داده شده نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش های بیماری مزمن دارند زیرا که این بیماری علاج قطعی ندارد(۱۳). تصور می شود که روش های مقابله ای بر روی تطابق با بیماری مولتیپل اسکلروزیس تأثیر می گذارند، بویژه روش های مقابله ای مشکل مدار تأثیر مثبت زیادی در تطابق با این بیماری دارند(۱۴). یکی از راه های تطابق صحیح بیماران مولتیپل اسکروزیس با عوارض بیماریشان می تواند آموزش مراقبت از خود باشد زیرا برای اینکه افراد رفتارهای ارتقاء سلامت را بکار گیرند باید تشویق شوند که مسئولیت سلامتی خودشان را تقبل کنند(۱۵). آموزش مراقبت از خود باعث می شود تا فرد از روش های مقابله ای درست استفاده کند(۸). اُبرین در تحقیقی تحت عنوان «مولتیپل اسکلروزیس رابطه میان عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتارهای مقابله ای» بیان می کند که رابطه قابل توجهی میان عزت نفس و روشهای مقابله ای مشکل مدار وجود دارد و همچنین ارزیابی عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتار تطابقی در افراد مبتلا به MS بسیار اهمیت دارد(۱۴). برانول و کاواناگ در مقاله ای تحت عنوان «پیشگویی تطابق روانی با بیماری MS» اظهار داشتند که خودکفایی بر روی بهبود عزت نفس و فعالیت اجتماعی بیماران MS مؤثر است(۱۶)، لذا با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان کننده بیماری MS، اختلال در عزت نفس و تطابق این بیماران و تحقیقات اندک انجام شده در این زمینه،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

لـزوم انجام پژوهش در این خصـــوص ضـروری بنظـر می رسد.

بدین ترتیب این مطالعه با دو هدف در انجمن MS ایران انجام شد: اولاً- آموزش برنامه خود مراقبتـی چـه تاثیری بر سطح عزّت نفس بیماران مبـتلا بـهMS دارد؟ دوماً - بین سطح عزّت نفس بیماران مبـتلا بـه MS بـا میزان بکارگیری روش هـای مقابلـه ای و برنامـه خـود مراقبتی در آنها چه رابطه ای وجود دارد؟

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بـوده کـه در سـال ۱۳۸۳ انجام گردید. جامعه مورد مطالعـه را کلیـهٔ مـدد جویان مبتلا به MS تحت پوشش انجمـن MS ایـران تشکیل می دادند. این انجمن تنهـا انجمـن MS ایـران است و دلیل انتخاب آن به عنوان محیط پژوهش، قابـل دسترس بودن نمونه هـا، همکـاری مسـاعد مسـئولین و پرسنل و سهولت در روند پژوهش بـود. معیارهـای ورود افراد به مطالعه شامل باسواد بـودن، سـن بـین ۵۰- ۱۵ سال، داشتن علامت بیماری، عدم وابستگی بـه صـندلی چرخدار و نبودن در مرحله حاد بیماری و رضـایت بـرای شرکت در پژوهش تعیین گردید. بر این اساس از انجمن MS درخواست شد از تمام افراد تحت پوشـش خـود بـا معیارهای فوق برای شـرکت در پـژوهش دعـوت بعمـل آورد. ۳۸ بیمار در پژوهش شرکت نمودنـد کـه بـه روش نمونه گیری آسان به عنـوان نمونـه پژوهشـی برگزیـده شدند. معیار خروج نمونه ها از پژوهش وجود مرحله حـاد بیمـاری، رُخ دادن وقـایع تـأثیر گـذار بـر روی میـزان بکـارگیری روش هـای مقابلـه ای و بـر روی عـزّت نفس(مانند آموزش از طریق منابع دیگر مانند رسانه های گروهی، موفقیت یا شکست مهم در زنـدگی و...) و عـدم اجرای برنامه خود مراقبتی تعیـین گردیـد کـه در طـول پژوهش دو نفر از بیماران دچار حمله حاد شده و دو نفـر نیز از ادامه همکاری منصـرف گردیدنـد کـه از پـژوهش حذف شدند. برای سنجش عزّت نفس نمونه هـا قبـل و بعد از مداخله از پرسشنامه استاندارد سنجش عزّت نفـس کـوپر اسـمیت استفـاده شـدکه بـه هـر فـرد امتیـاز بین۱۰۰- ۲۵ تعلق مـی گرفـت. سـطح امتیـاز ۵۰- ۲۵ نشان دهنده عزّت نفـس پـائین، امتیـاز ۷۵- ۵۱ نشـان دهنده عـزّت نفـس متوسـط و امتیـاز ۱۰۰- ۷۶ نشـان دهنـده عـزّت نفـس بـالا بـود. بـرای سـنجش میـزان بکارگیری روش های مقابله ای مشکل مـدار و هیجـان مدار توسط نمونه ها قبل و بعد از مداخلـه از پرسشـنامه استاندارد روش های مقابله ای جالوویس استفاده شد که در مورد روش های مقابله ای مشکل مدار بـه هـر فـرد امتیـاز بیـن ۷۵- ۱۵ و در مـورد روش هـای مقابلـه ای هیجـان مـدار امتیـاز بیـن ۱۲۰- ۲۴ تعلق گرفت.

سطـح امتیـاز روش های مقـابلـه ای مشکل مـــدار به سـه دسـته کـم (کمتـــر از۵۰)، متـــوسط(۶۰-۵۰) و زیاد(نمره بیشتـر از۶۰) تقســـیم مـی شـــود و نمـرات روش های مقابله ای هیجان مدار به سه دسته کم(نمـره کمتر از۷۰)، متوسـط(نمره۸۰-۷۰) و زیـاد (نمـره بیشـتر از۸۰) تقسیم می شود که در مورد روش های مقابلـه ای مشکل مدار تغییر نمره از کمتر به بیشتر بعـد از مداخلـه مطلوب محسوب می شود و در مورد روش هـای مقابلـه ای هیجان مدار تغییر نمره از بیشتر به کمتر یـا یکسـان ماندن آنهـــا در بعد از مـــداخله مطلـوب محـــسوب می گردد(۱۶). برای کنترل نمونه ها و اطمینان از اجرای برنامه خود مراقبتی از چک لیست خود گزارشی در طول یک ماه اجرای برنامه خود مراقبتی استفاده شد. در مـورد هر مشکل امتیازی بین ۳۰- ۰ به فرد تعلق مـی گرفـت که بر تعداد مشکلات فرد تقسیم شده و میـانگین نمـره خود مراقبتی که عددی بین ۳۰- ۰ بود حاصل می شـد. اعتبار علمی پرسشنامه استاندارد عزّت نفس کوپر اسمیت توسط پژوهشگران در خارج از کشـور و گـل محمـدی و انصاری جابری در داخل کشور تأیید شده بود(۱۷). اعتبار علمـی پرسشـنامه اسـتاندارد روش هـای مقابلـه ای جالوویس در خارج از کشور توسط جین لـی و در داخـل کشور توسط زهری انبوهی تأیید شده بود(۱۸). به منظور تعیین اعتبار علمی سایر چک لیسـتها از اعتبـار محتـوی استفاده شد. پایایی پرسشنامه های فوق با مطالعه ابتدایی ۱۰ بیمار مبتلا به MS با اسـتفاده از آزمـون مجـدد بـه فاصله ۱۰روز و مشخص گردیدن ضریب همبستگی بالا بـــرای پرسشـــنامه اســـتاندارد عـــزّت نفـــس کـــوپر اسـمیت(r= ۰/۹۳)، پـــرسشنامه اسـتاندارد روش هـای مقابله ای جالوویس(r= ۰/۸۷)، پـرسشنـامه تعیین لیست مشـکلات(r= ۰/۹۴) و چـک لیـــست خـود گزارشـی (r= ۰/۸۷) مورد تأیید قرار گرفت. بر اسـاس اطلاعـات

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

استخراج شده از پرسشنامه ها و نوع مشکلات نمونه ها، کلاس های آموزش برنامه خود مراقبتی طراحی و جزوه آموزشی تهیه شد. گروه مذکور به سه گروه (دو گروه ۱۲ نفره و یک گروه ۱۰ نفره به دلیل مشابهت در نیازها و مشکلات، شلوغ نشدن کلاس ها و ...) تقسیم شدند.

در مجموع ۷ جلسه آموزشی در نظر گرفته شد. پنج جلسه اول به آموزش سبب شناسی بیماریMS، علائم بیماری، روش های درمانی، راه های تشخیصی و عوارض بیماری به زبان ساده و برنامه های خود مراقبتی در خصوص مشکلات ناشی از این بیماری مانند اختلالات دفع ادرار (استفاده از تکنیک های تربیت مجدد مثانه، تربیت عادتی زمان دفع، ورزش های عضلات کف لگن (کژل)، روش کرد، سونداژ متناوب)، اختلالات دفع مدفوع و یبوست (استفاده از تکنیک های تنظیم زمان دفع، عدم تعویق زمان دفع و استفاده از رفلکس گاستروکولیک در صبح زود، رژیم پر فیبر و مایعات فراوان، ماساژ شکم، تحرک و ورزش، نرم کننده و شیاف)، اختلالات بینایی (مرتب چیدن اثاثیه و وسایل، استفاده از چشم بند، در دسترس بودن وسایل، تجزیه کردن کارها، استفاده بیشتر از حس های دیگر)، فراموشی(استفاده از دفترچه یادداشت، تکرار مطالب، دسته بندی منطقی مطالب، خلاصه کردن اطلاعات، به رمز در آوردن اطلاعات)، خستگی مزمن (استفاده از استراحت متناوب، روش های حفظ انرژی، ورزش ملایم، آرام سازی یا ریلکسشن، کنترل دمای محیط)، گرفتگی عضلات و عدم هماهنگی در راه رفتن (انجام ورزش های هماهنگی و تعادلی ویژه، ورزش های فعال، فعال مقاومتی و پوزیشن های صحیح هنگام استراحت) به صورت تئوری و عملی اختصاص داده شد و رفع اشکال انجام گردید. در هر جلسه جزوه آموزشی آن جلسه در اختیار بیماران قرار گرفت و ۲ جلسه آخر برای رفع اشکال و تمرین برنامه های خود مراقبتی در نظر گرفته شد. پس از اطمینان از اجرای مناسب برنامه های خود مراقبتی توسط نمونه ها، برگه های خود گزارشی در اختیار نمونه ها قرار گرفت و نحوه تکمیل این برگه ها به بیماران آموزش داده شد. پس از دو هفته اجرای برنامه های خود مراقبتی و ثبت در برگه های خود گزارشی زیر نظر محقّقان و اطمینان از نحوه صحیح انجام کار، برنامه خود مراقبتی یک ماه دیگر توسط بیماران به اجرا در آمد. در پایان این دوره، پرسشنامه ها یکبار دیگر توسط نمونه ها تکمیل شد. سپس جهت توصیف مشخصات واحدهای مورد پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص های پراکندگی و مرکزی استفاده گردید و جهت مقایسه میانگین های قبل و بعد از تی زوجی و سایر شاخص ها از آزمون کای اسکوئرو تی مستقل در محیط نرم افزاری SPSS استفاده شد.

یافته های پژوهش

در این مطالعه، در نهایت ۳۴ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که ۴۱ درصد آنها مذکر و ۵۹ درصد مؤنث بودند. ۴۷ درصد بیماران شرکت کننده در پژوهش در گروه سنی ۴۰- ۳۰ سال قرار داشتند و تحصیلات ۸۲ درصد آنها در حد دوره دبیرستان و بالاتر بود. مدت ابتلاء به بیماری در ۳۸ درصد بیماران بین ۶- ۴ سال گزارش گردید. در تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، آزمون آماری تی زوجی بین میزان عزّت نفس نمونه ها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد(P=۰/۰۰۰). به گونه ای که میانگین امتیاز عزّت نفس نمونه ها از ۵۴ قبل از مداخله به ۶۸ بعد از مداخله افزایش پیدا نمود. مقایسه سطوح عزّت نفس نمونه ها قبل و بعد از مداخله نشان می دهد که ۵۲/۹ درصد نمونه ها قبل از مداخله دارای عزّت نفس پایین بوده اند ولی بعد از مداخله تنها ۱۴/۷ درصد نمونه ها دارای عزّت نفس پایین بودند. همچنین قبل از مداخله ۵/۹ درصد نمونه ها دارای عزّت نفس بالا بوده اند ولی این مقدار بعد از مداخله به ۳۲/۴ درصد افزایش پیدا نمود که آزمون آماری کای اسکوئر این تفاوت را معنی دار نشان می دهد(P=۰/۰۰۰). (جداول شماره ۱و۲) تجزیه و تحلیل داده های پژوهش نشان داد که بین میزان بکارگیری روش های مقابله ای هیجان مدار توسط نمونه ها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود دارد(P=۰/۰۰۰) به گونه ای که میانگین امتیاز بکارگیری روش های مقابله ای هیجان مدار نمونه ها از ۸۱/۶۱ قبل از مداخله به ۶۴ بعد از مداخله کاهش یافت.

همچنین مقایسه سطوح بکارگیری روش های مقابله ای هیجان مدار قبل و بعد از مداخله نشان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

می دهد که قبل از مداخله ۵۸/۸ درصد نمونه ها به مقدار زیاد از روش های مقابله ای هیجان مدار استفاده می کرده اند که این مقدار بعد از مداخله به ۱۱/۸ درصد کاهش یافت(P=۰/۰۰۰).(جدول ۳) میزان بکارگیری روش های مقابله ای مشکل مدار بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش جزیی یافته بود ولی این مقدار افزایش از نظر آماری معنی دار نبود(p > ۰/۰۵). آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که بیمارانی که قبل از مداخله عزّت نفس بالاتری داشتند نسبت به بیمارانی که عزّت نفس پایین تری داشتند از روش های مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده می کرده اند(P=۰/۰۰۱). بیمارانی که عزّت نفس پایین تری داشتند بیشتر از روش های مقابله ای هیجان مدار استفاده می نموده اند(P=۰/۰۰۰). همچنین آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که بعد از مداخله نیز افرادی که عزّت نفس بالاتری داشتند(نسبت به بقیه بیماران) از روش های مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده نموده بودند (P=۰/۰۰۱). و بیمارانی که عزّت نفس پایین تری داشتند(نسبت به بقیه بیماران) از روش های مقابله ای هیجان مدار بیشتر استفاده کرده بودند(P=۰/۰۰۰). همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد که بعد از آموزش برنامه خود مراقبتی، بیمارانی که عزّت نفس بالاتری داشتند بیشتر از برنامه های خود مراقبتی برای حل مشکلات عدیده خود استفاده نموده بودند(P=۰/۰۰۰). در زمینه ارتباط بین مشخصات دموگرافیک نمونه ها با میزان بکارگیری روش های مقابله ای و برنامه خود مراقبتی ارتباط معنی داری وجود نداشت(P>۰/۰۵).

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین عزت نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد پژوهش قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی

میانگین عزت نفس نمونه ها قبل از مداخله	میانگین عزت نفس نمونه ها بعد از مداخله	آزمون تی زوجی ، p=۰/۰۰۰ df=۳۳
۵۴	۶۸	

جدول شماره ۲: مقایسه فراوانی سطوح عزت نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد پژوهش قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی

سطح عزت نفس	فراوانی قبل		فراوانی بعد	
	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی
پائین (نمره ۵۰- ۲۵)	۱۸	۵۲/۹	۵	۱۴/۷
متوسط (نمره ۷۵- ۵۱)	۱۴	۴۱/۲	۱۸	۵۲/۹
بالا (نمره ۱۰۰- ۷۶)	۲	۵/۹	۱۱	۳۲/۴
آزمون کای اسکوئر، df= ۴ , X^2 =۲۰/۶۱			p=۰/۰۰۰	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۳: مقایسه فراوانی سطوح بکارگیری روش مقابله ای هیجان مدار بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد پژوهش قبل و بعد ازاجرای برنامه خود مراقبتی

سطوح بکارگیری روشهای مقابله ای هیجان مدار	فراوانی (درصد)	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله
کم (نمره کمتر از۷۰)	۳/۲	۵۹
متوسط (نمره ۸۰-۷۰)	۳۸	۲۹/۲
زیاد (نمره بیشتر از۸۰)	۵۸/۸	۱۱/۸
آزمون کای اسکوئر، ۲ =df , ۲۵/۵۸= X^2		p=۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

در تحقیق حاضر مشخص گردید که بکارگیری برنامه خود مراقبتی باعث افزایش معنی داری در میزان عزّت نفس بعد از مداخله نسبت به زمان قبل از آن می شود. راشید و هولندر نیز در تحقیقی درسال ۱۹۹۹ تحت عنوان «بیماری مولتیپل اسکلروزیس و مثانه نوروژنیک» نشان دادند که طراحی برنامه کنترل عملکرد مثانه باعث بهبود عزّت نفس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا بهMS می شود، (۱۹). برانول و کاواناگ هم در سال ۱۹۹۷ در مقاله ای تحت عنوان «پیشگوئی تطابق روانی با بیماریMS» اظهار داشتند که خودکفایی بر روی بهبود عزّت نفس و فعالیت اجتماعی بیماراناMS مؤثر است، (۱۶). همچنین نتایج نشان داد که آموزش برنامه خود مراقبتی باعث کاهش به کارگیری روش های مقابله ای هیجان مدار می شود و ارتباط معنی داری بین میزان عزت نفس و میزان استفاده از روش های مقابله ای مشکل مدار و هیجان مدار وجود دارد بطوری که افرادی که عزت نفس بالاتری داشتند قبل و بعد از مداخله از روش های مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده کرده بودند. یعنی بطور منطقی تری با مشکلات ناشی از بیماری MS مواجه شده بودند و در مقابل بیمارانی که عزت نفس پایینی داشتند قبل و بعد از مداخله از روش های مقابله ای هیجان مدار بیشتر استفاده کرده بودند یعنی سعی داشتند که نه به صورت منطقی، بلکه به صورت احساسی با مشکلات ناشی از بیماری MS مقابله نمایند. اُبرین نیز در سال ۱۹۹۳ در آمریکا در تحقیقی تحت عنوان «مولتیپل اسکلروزیس: رابطه میان عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتارهای مقابله ای» به این نتیجه رسید که رابطه قابل توجهی بین عزت نفس و روش های مقابله ای مشکل مدار وجود دارد و همچنین یافته ها تأکید داشتند که ارزیابی عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتارهای تطابقی در افراد مبتلا به MS اهمیت دارد،(۱۴). ردمن(۱۹۸۸) بیان می کند که درجه تطابق با بیماری به عوامل مختلفی بستگی دارد از قبیل: میزان پنداشت از خود قبل از بیماری، شدت بیماری و تغییرات ایجاد شده در الگوی زندگی فرد،(۲۰). سینتیا و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ناتوانی شناختی نوعی پیشگوئی کننده مهم در تطابق ناموفق با بیماری MS است(۲۱). مک کابی و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی بر روی ۳۸۱ بیمار مبتلا به MS بیان می کنند که افراد مبتلا به MS کمتر از روش های مقابله ای مشکل مدار مثل حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می کنند و سطح تطابقی کمی با بیماری دارند(۲۲). جین و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به MS که سطح بالای دیسترس روانی دارند از روش های مقابله ای هیجان مدار بیشتر استفاده

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

می کنند و از روش های مقابله ای مشکل مدار کمتر استفاده می نمایند(۲۳). ویسچیدیک و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش تطابق با آسیب های جسمی و رفتار درمانی شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی بیماران MS می شود(۲۴). سین کلایر و همکاران در تحقیق خود اعلام کردند که بین میزان آسیب عصبی، رفتارهای مقابله ای هیجان مدار و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه معنی داری وجود دارد(۲۵). همچنین تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بیمارانی که عزت نفس بالاتری داشتند از برنامه خود مراقبتی بیشتر استفاده کرده بودند. دی ریدر و همکاران نیز در بررسی خود بر روی۵۰ بیمار مبتلا به MS به این نتیجه رسیدند که خوش بینی باعث شرکت بیشتر در رفتارهای خود مراقبتی می شود(۲۶).

با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که اولاً- آموزش برنامه خود مراقبتی باعث افزایش میزان عزّت نفس بیماران مبتلا به MS و کاهش استفاده آنها از روش های مقابله ای هیجان مدار می شود. دوماً- هر چقدر میزان عزت نفس این بیماران بالاتر باشد میزان استفاده آنها از روش های مقابله ای مشکل مدار و برنامه خود مراقبتی بیشتر می گردد.

بنابراین توصیه می شود عزت نفس بیماران مبتلا به MS از طریق آموزش برنامه خود مراقبتی، مشاوره گروهی، روان درمانی و... افزایش داده شود تا این بیماران بیشتر مسئولیت مراقبت از خودشان را بر عهده بگیرند و به روش منطقی تری با مشکلات ناشی از بیماری MS روبرو گردند.

محدودیت های این پژوهش شامل سطح دانش، تجربیات قبلی، علاقه متفاوت مددجویان، خصوصیات عاطفی و روانی و تفاوت های فرهنگی آنها بود که بر میزان یادگیری، علاقه و انگیزه های آنها تأثیر داشته است. همچنین به علت اینکه جامعه و نمونه های این پژوهش محدود بود و به ناچار از یک گروه برای مطالعه استفاده شد، بنابراین این مطلب تعمیم پذیری نتایج طرح را محدود می نماید.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه پرسنل و اعضاء محترم انجمن MS ایران، بویژه جناب آقای دکتر نبوی متخصص بیماری های داخلی اعصاب و مسئول پژوهش های انجمن MS ایران، مددجویان محترم این انجمن، اساتید پرستاری دانشگاه تربیت مدرس که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده اند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References

1-Guinneess MC, paters S. *The diagnosis of Multiple sclerosis: peplau's interpersonal relations model in practice*. Rehab Nurs, 1999; 24(1): 30-6
2-Taggart HM. *Multiple sclerosis update*. orthop Nurs, 1998, 17 (2): 23-9
3-Marvin DW. *Multiple sclerosis: continuing mysteries and current management*. Drug Top, 2000; 144 (12): 93-102
4-Amcconell E. *Myths and Facts*. Nursing, 1999; 29 (8): 25-6
5-Mandysova P. *Knowing the course of Multiple sclerosis*. Nursing, 1998; 28 (10): 12-6
۶-نفیسی شهریار. سمینار بیماری MS. *ماهنامه ندا (نشریه داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران)*. ۱۳۷۸، سال ۲، شماره ده، صفحات ۱۰-۹
7-Morgante L. *Hope in Multiple sclerosis, A nursing perspective*. Int J MS care, 2000; 2(2): 3
8-Brunner LS, Suddurth DS. *Textbook of medical-surgical Nursing*. 10nd ed. Philadelphia: J.B Lippincott co; 2004
9-Walsh A,Walsh P. *Love, self-esteem and Multiple sclerosis*. Soc sci med, 1989; 29 (7): 793-9
10-Bringle GR, Bagby G.*Self-esteem and preceived quality of romantic and family relationships in young adults*. Personality, 1992; 26 (4): 340-56
11-Rehm SR, Catanzaro LM. *It's just a fact of life: Family member's perceptions of parental chronic illness*. Fam Nurs, 1998; 4 (1): 921-40
12-Schetter C. *Patterns of coping with cancer*. Heal psycho, 1992; 11 (2): 79-87

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

13-Koopman W, Schweitzer A.*The journey to Multiple sclerosis: A qualitative study*. Neuro Sci Nurs, 1999; 31(1): 17-24
14-O'Brien MT. Multiple sclerosis: *The Relationship Among self-esteem, social support, and coping behavior*. Appl Nurs Res, 1993; 6(2): 54-63
15-Acton JG, Malathum P. *Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults*. W J Nurs Res, 2000; 22(7): 796-811
16-Branwell AM, Kavanagh DJ. *Prediction of psychological adjustment to Multiple sclerosis*. Soc Sci Med, 1997; 45 (3): 411-8
۱۷- انصاری جابری علی. بررسی تأثیر برنامه ورزشی طراحی شده بر میزان عزّت نفس سالمندان ساکن در مجتمع خدمات بهزیستی و معلولین و سالمندان شهید هاشمی نژاد کهریزک. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری. دانشگاه تربیت مدرّس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۴
۱۸- زهری انبوهی سیما. بررسی تأثیر آموزش اصول مراقبت از خود بر روش های مقابله ای بکار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان های آموزشی وابسته به وزارت بهداشت در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامائی، ۱۳۷۳
19-Rashid TM, Hollander JB. *Multiple sclerosis and the neurogenic bladder*. Phys Med Rehab Clin N Am, 1998; 9 (3): 615-29
20-Redman BK. *The process of patient education*.6nd ed . London: Mosby; 1988
21-Cynthia LS, Jeffrey AW, Bernard MR. *Psychosocial Adjustment to multiple sclerosis*. Int j MS care, 2004; 6(1): 98-105
22-McCabe MP, Mckern S, McDonald E.*Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis*. J psychosom Res, 2004; 56(3): 355-61
23-Jean VM, Beatty WW, Paul RH. *Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress*. MS, 1997; 3(3): 191-6
24-Visschedijk MA, Collette EH. *Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis; an exploratory study*. psycho Rep, 2004; 95(3): 735-46
25-Sinclair VG, Scroggie J. *Effect of a cognitive-behavioral program for women with multiple sclerosis.* j Neurosci Nurs, 2005; 37(5): 249–57
26-Deridder D, Fournier M, Bensing J. *Does optimism affect symptom report in chronic disease? what are its consequences for self_care behaviour and physical functioning?* J Psychosom Res, 2004; 56(3): 341–50

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]