

## The Effectiveness of Stress Management Skills Training on Perceived Stress and Resiliency of Women with Multiple Sclerosis

Piri-Kamrani M<sup>1</sup>, Dehghan F<sup>\*2</sup>, Bashiri H<sup>3</sup>

1. Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences and Education, Razi University, Kermanshah, Iran.

3. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

\* *Corresponding author.* Tel: +989187358353 E-mail: Fateme.dehghan1368@gmail.com

Received: Sep 22, 2015 Accepted: Jan 11, 2016

### ABSTRACT

**Background & objectives:** A group of experts have named the stress as the common disease of the current century. Effect of stress on individuals' health, depends on their ability to cope. Resiliency is a coping strategy which is useful in facing with stressful situations. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of stress management skills on perceived stress and resilience of patients with multiple sclerosis.

**Methods:** This is an experimental study with pretest-posttest design and the control group. A convenient sample including 45 patients from Kermanshah Multiple sclerosis Association (23 experimental group, 22 control group) was participated in the study. Data analysis was done descriptive statistics and Covariance in SPSS v.21.

**Results:** According to the results, mean and standard division in pre-test for perceived stress was  $29.78 \pm 7.17$  and for resiliency was  $60.47 \pm 20.38$ ; and in the control group mean perceived stress was  $32.54 \pm 6.18$  and resiliency was  $65.50 \pm 15.02$  respectively which did not changed significantly at posttest. However, in post-test the mean and standard division decreased to  $33.36 \pm 5.41$  and for resiliency it increased to  $67.13 \pm 13.61$  ( $p < 0.001$ ). However the amount of F for perceived stress was 6.61 whereas for resiliency was 168.10. these are significant for both group ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to the effectiveness of stress management skills on perceived stress and resiliency, it can be considered as an effective solution to reduce perceived stress and increase resiliency and generally improve the mental state of multiple sclerosis patients.

**Keywords:** Stress Management, Perceived Stress, Resiliency, Multiple Sclerosis

# تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

مرضیه پیری کامرانی<sup>۱</sup>، فاطمه دهقان<sup>۲\*</sup>، حسن بشیری<sup>۳</sup>

۱. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۸۷۳۵۸۳۵۳ ایمیل: Fateme.dehghan1368@gmail.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** گروهی از صاحب نظران استرس را بیماری شایع قرن نامگذاری کرده اند. اثرات استرس بر سلامت بیماران به توانایی مقابله آنها بستگی دارد و تاب‌آوری به عنوان عاملی در سازگاری موفق با تغییرات مطرح شده است. هدف این از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر میزان استرس ادراک شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه شاهد است. جهت انتخاب نمونه، در سال ۱۳۹۴ از بین زنان مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر کرمانشاه تعداد ۴۵ زن مبتلا در دسترس و بصورت تصادفی انتخاب و در دو گروه مورد و شاهد (۲۳ نفر مورد و ۲۲ نفر شاهد) گمارش شدند. از پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران و پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون در این پژوهش به عنوان ابزار استفاده گردید. تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس با استفاده از SPSS-21 انجام گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای آزمودنی‌های گروه مورد در پیش‌آزمون استرس ادراک شده و تاب‌آوری به ترتیب  $۲۹/۷۸ \pm ۷/۱۷$  و  $۶۰/۴۷ \pm ۲۰/۳۸$ ، و در گروه شاهد  $۳۲/۵۴ \pm ۶/۱۸$  و  $۶۵/۵۰ \pm ۱۵/۰۲$  بود. در پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده گروه مورد به  $۲۰/۲۶ \pm ۳/۴۴$  کاهش و تاب‌آوری به  $۸۷/۶۸ \pm ۶/۷۲$  افزایش یافت. میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده و تاب‌آوری در پس‌آزمون گروه شاهد  $۳۳/۳۶ \pm ۵/۴۱$  و  $۶۷/۱۸ \pm ۱۳/۶۱$  بود. همچنین مقدار F برای استرس ادراک شده  $۶/۱۶$  و برای تاب‌آوری  $۱۶۸/۱۰$  به دست آمد که این تفاوت در دو گروه در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و تاب‌آوری، پژوهش حاضر می‌تواند در رسیدن به یک راه حل مؤثر برای کاهش استرس ادراک شده و نیز افزایش تاب‌آوری و به طور کلی بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس راه‌گشا باشد.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت استرس، استرس ادراک شده، تاب‌آوری، مولتیپل اسکلروزیس

دریافت: ۹۴/۶/۳۱ پذیرش: ۹۴/۱۰/۲۱

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)<sup>۱</sup> یک بیماری میلی‌ن زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و

ناتوان کننده ترین بیماری سنین جوانی است. رایج ترین دوره شروع آن جوانی بوده و در زنان دو برابر شایعتر از مردان است (۱). ابتلا به ام‌اس بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است و تشخیص بر پایه مطالعات MRI می‌باشد (۲). سازمان بهداشت و

<sup>۱</sup> Multiple Sclerosis

خدمات مردمی آمریکا مرگ ناشی از این بیماری را در سال‌های اخیر در شهروندان آمریکایی حدود ۰/۹ درصد هزار نفر اعلام نمود. ام‌اس سومین علت ناتوانی در آمریکا است (۳). طبق اطلاعات انجمن ام‌اس ایران ۵۰۰۰۰ بیمار مبتلا به این بیماری در ایران وجود دارد و میزان شیوع آن تقریباً ۹ در ۱۰۰۰۰ می‌باشد (۴). نشانه‌های بالینی ام‌اس شامل ضعف، خستگی، لرزش، درد، فلجی اختلال عملکرد مثانه و روده و اسپاسم عضله، تغییرات بینایی و کاهش عملکرد جنسی آقایان (به صورت کاهش میل جنسی) می‌باشد. اختلالات خواب، کاهش فعالیت زندگی روزانه، عفونت مجاری ادراری، بی اختیاری ادرار و مدفوع، آسیب پوستی، انقباضات عضلانی، مشکلات عصبی محیطی، افسردگی، از دست دادن شغل، تغییرات در خانواده، طلاق، از دست دادن توانایی و انجام فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و شغلی نیز در این بیماری رایج است (۵). ام‌اس استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه کاهش می‌دهد. هاوسلیتر<sup>۱</sup> و همکاران اذعان دارند که میلیون‌زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود. 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 (۶). درمان قطعی برای ام‌اس وجود ندارد اما تدابیری جهت کاهش علائم و حمایت از بیماران در دست است. غیر از درمان‌های دارویی از درمان‌های دیگر نیز می‌توان جهت کنترل بیماری استفاده کرد (۷). به طور کلی ام‌اس تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا حتی در اوایل بیماری می‌گذارد. با وجود این، ناتوانی‌های جدی اغلب در سال‌های بعد آشکار می‌شود. یک جنبه تنش‌زای

<sup>1</sup> Havslytr

مهم این بیماری نامعلوم بودن آینده آن است، حتی در یک هفته آینده معلوم نیست که بیمار چه احساسی داشته باشد. درست هنگامی که این بیماران در حال سازگار شدن با احساس ناتوانی ناشی از حملات قبلی بیماری هستند، حمله دیگری با محدودیت‌های بیشتر از راه رسیده و بایستی با دوره دیگری از سازگاری و تغییرات زندگی مواجه شوند (۸). از آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان دار 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 (۹). بنابراین، مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آنها بسنده نکنند (۱۰).

برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی درمان‌های روانشناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان تحلیلی بر پایه دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این این درمان‌ها تحت عنوان درمان «رفتاری- شناختی»، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آن‌ها را به کلی حذف کرد. طرح مدیریت استرس در واقع یک نوع برنامه کنترل است که با استفاده از ریشه‌های بیولوژیکی استرس، شخص چگونگی مقابله با استرس را به منظور کاهش جنبه‌های ناخوشایند استرس، تهدیدهایی که آنها را به منظور کنترل رشد استرس

روان شناختی بیماران ام‌اس بر افسردگی و اضطراب آنها مؤثر بود (۱). حسن زاده پشنگ و همکاران ضمن بررسی اثربخشی شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی به این نتیجه رسیدند که آموزش شیوه‌های مقابله با استرس موجب افزایش معنادار میزان تاب‌آوری، کاهش معنادار میزان افسردگی و استرس این بیماران می‌شود، ولی باعث کاهش معنادار میزان اضطراب آنان نمی‌شود (۱۹).

باتوجه به اینکه در رویکرد رفتاری- شناختی روش حل مساله به صورت رفتاری تعریف شده است و در این فرآیند احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ از میان راه‌های مختلف افزایش می‌یابد و با افزایش توانایی فرد او را به سوی زندگی آرامتری رهنمون می‌شوند و با توجه به شیوع بیشتر بیماری ام‌اس در زنان (۱)، هدف کلی در این پژوهش تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری ام‌اس بود، بنابراین مسئله پژوهش این است که آیا آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری ام‌اس تأثیرگذار است به گونه‌ای که بتوانند به طور تجربی فرمان زندگی خود را دست بگیرند یا داستان جدیدی درباره توانایی‌های مقابله‌ای خود بیافرینند؟

### روش کار

این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری ام‌اس مراجعه کننده به انجمن ام‌اس شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود. با توجه به اینکه ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می‌نماید (۲۰) و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفره برای هر گروه استفاده می‌کنند (۲۱)؛ با توجه به ملاک‌های انتخاب جهت انتخاب نمونه

خوب و مفید است می‌آموزد. مهارت‌های زندگی این فرد را در برابر استرس محافظت کرده و مهارت‌های مدیریتی استرس از طریق یادگیری، استرس و جنبه‌های تهدید ناخوشایند آن را کاهش می‌دهد (۱۱). لازاروس<sup>۱</sup> و همکاران نیز اعتقاد دارند افرادی که باور کنند هنگام مقابله با استرس منابع کمکی در اختیار دارند نسبت به استرس آسیب‌پذیری کمتری نشان خواهند داد (۱۲). تاکنون مطالعات مختلفی انجام گرفته که نشان می‌دهد استرس روزانه به عنوان عامل تشدیدکننده فعالیت بیماری ام‌اس عمل می‌کند (۱۳-۱۵)، اما در مقابل اطلاعات درباره نتایج درمان‌های روان شناختی بسیار محدود است. استرس عبارت است از واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات نیازهای زندگی فرد، تجربه می‌شوند. تغییرات می‌توانند بزرگ یا کوچک باشند. پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است. استرس مثبت می‌تواند یک انگیزش‌دهنده باشد در حالی که استرس منفی می‌تواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می‌دهند، ایجاد شود. از آنجایی که گستره وسیعی از رفتارها می‌تواند بر استرس تأثیر بگذارد، می‌توان با یادگیری مهارت‌های لازم، استرس را کنترل کرد و با تغییر در سیستم ارزیابی فرد، سطح تاب‌آوری او را تغییر داد. تاب‌آوری، توانایی فعالانه عمل کردن و مؤثر بودن به جای واکنشی عمل کردن و منفعل بودن در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آمیز تعریف شده است (۱۶). مقابله با استرس پاسخ‌هایی است به صورت افکار، احساسات و اعمالی که فرد برای رویارویی با موقعیت‌های مسئله‌ساز به کار می‌گیرد (۱۷) و یا به عبارتی هماهنگ کردن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح رفتارها و هیجانات یا انگیزش‌ها است تعریف می‌شود (۱۸). نتایج خضری مقدم و همکاران نشان داد که اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علائم

<sup>1</sup> Lazarus

### مقیاس تاب آوری

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون<sup>۳</sup> با مرور منابع پژوهشی حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین همیشه درست = ۴، اغلب درست = ۳، گاهی درست = ۲، بندرت درست = ۱ و کاملاً نادرست = ۰ نمره‌گذاری می‌شود. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۱۰۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. محمدی آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است که در بررسی پایایی در دانشجویان ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد (۲۴). همچنین سامانی و همکاران اعلام کردند مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر با ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت پارتلت برابر با ۱۸۹۳/۸۳ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی ۰/۲۶/۶ از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند (۲۵).

### پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

این پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناسی در آزمودنی‌ها تدوین شد و پرسشنامه‌ای خودساخته‌ای که حاوی اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال بیماران بود. از کلیه بیماران رضایت‌نامه مکتوب جهت شرکت در جلسات مداخله کسب گردید و

۴۵ نفر که تمایل خود را برای شرکت اعلام کردند به صورت در دسترس انتخاب و در گروه‌های مورد (n=۲۳) و شاهد (n=۲۲) به صورت تصادفی گمارش شدند. از جمله ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ابتلا به بیماری ام‌اس، زن بودن، داشتن تحصیلات حداقل در حد سیکل، حداقل سن ۱۸ سال و از ملاک‌های خروج می‌توان به ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر به جز ام‌اس، بیسواد بودن و دریافت روان‌درمانی به غیر از روش مدیریت استرس بود.

### مقیاس استرس ادراک شده<sup>۱</sup>

این مقیاس توسط کوهن<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شده، دارای سه نسخه ۱۰، ۱۴ و ۱۶ ماده‌ای است که برای سنجش استرس معمولی درک شده در یک ماه گذشته بکار می‌رود. این مقیاس برای گروهی از افراد جامعه طراحی شده که حداقل دارای مدرک دیپلم هستند. در این تحقیق از پرسشنامه ۱۴ ماده‌ای استفاده شد. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری از اوقات = ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴- ۵- ۶- ۷- ۹- ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (هرگز = ۴ تا بسیاری از اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. کوهن و همکاران آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۴ و ۰/۸۶ محاسبه کرده‌اند (۲۲). در مطالعه‌ای که توسط صالحی فدردی صورت گرفت آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۵ گزارش گردید (۲۳).

<sup>۱</sup> Perceived Stress Scale

<sup>۲</sup> Cohen

<sup>۳</sup> Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RIS)

و در جلسه بعد گزارش دهند (۲۷). پرسشنامه‌ها توسط تسهیلگر ضمن تشریح نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها در بین دو گروه یک جلسه قبل از شروع مداخلات یعنی مرحله پیش آزمون توزیع شد که تقریباً تکمیل آنها ۶۰ دقیقه طول کشید و پس از انجام مداخلات یعنی پس از دو ماه کمک تسهیلگر دوباره از هر دو گروه پس آزمون گرفت.

در پژوهش حاضر تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS 21 انجام گرفت و آزمون‌های آماری مورد استفاده میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس بودند.

### یافته‌ها

در مجموع ۴۵ نفر از بیماران زن مبتلا به ام‌اس که به انجمن ام‌اس شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند در پژوهش شرکت نمودند. میانگین و انحراف معیار سنی آنان به ترتیب  $36 \pm 7/63$  بود که مسن‌ترین آنها ۴۷ ساله و کم‌سنترین ۲۶ سال بود. از این میان ۹۳/۳۳ درصد (۴۲ نفر) متأهل و ۵/۵۵ درصد (۳ نفر) مجرد بودند، ۱۵/۵۵ درصد (۷ نفر) شاغل و ۸۴/۴۴ درصد (۳۸ نفر) بیکار، ۱۷/۷۷ درصد (۸ نفر) زیر دیپلم ۴۸/۸۸ (۲۲ نفر) دیپلم و ۳۳/۳۳ درصد (۱۵ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه ارائه گردیده است.

اطمینان خاطر جهت محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها داده شد. طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بود (۲۶) که طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت دو ماه توسط پژوهشگران بر روی گروه مورد انجام گرفت.

جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس و پیامدهای تداوم استرس و سپس آموزش تن آرامی و تنفس دیافراگمی بود. در جلسات دوم و سوم درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آنها به عنوان راهکاری جهت تغییر افکار غیرمنطقی بیماران صحبت شد. جلسه چهارم، آموزش مدیریت خشم؛ جلسه پنجم، آموزش شیوه حل مسئله؛ جلسه ششم، آموزش ابراز وجود و مهارت‌های ارتباطی؛ جلسه هفتم، مدیریت بر زمان و جلسه هشتم مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده بود. تسهیلگر در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل را مرور می‌کرد، بیماران گزارشی از تکالیف ارائه شده در جلسه قبل را ارائه می‌دادند؛ سپس تسهیلگر هدف جلسه را بیان می‌کرد، مهارت‌های جدید را به بیماران می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد. بیماران موظف بودند که در فاصله بین جلسات تکالیف ارائه شده را به طور عملی انجام داده

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش استرس ادراک شده و تاب‌آوری به تفکیک گروه

موقعیت	متغیرها	گروه مورد		گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	استرس ادراک شده	۲۹/۷۸	۷/۷۱	۳۲/۵۴	۶/۱۸
	تاب‌آوری	۶۰/۴۷	۲۰/۳۸	۶۵/۵۰	۱۵/۰۲
پس آزمون	استرس ادراک شده	۲۰/۲۶	۳/۴۴	۳۳/۳۶	۵/۴۱
	تاب‌آوری	۸۷/۶۵	۶/۷۲	۶۷/۱۸	۱۳/۶۱

ترتیب  $29/78 \pm 7/17$  و  $38/20 \pm 7/63$  بود و این میزان پس از جلسات آموزشی و در پس آزمون استرس ادراک شده به  $26/20 \pm 3/44$  کاهش و

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میزان میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای آزمودنی‌های گروه مورد در قبل از آموزش به

گروه مورد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در سطح  $p < 0.001$  معنادار بود. دست کم در یکی از سطوح بین گروه‌های مورد و شاهد تفاوت معناداری وجود داشت که در جدول ۲ آمده است.

تاب‌آوری به  $6/72 \pm 87/68$  افزایش یافت. اما در میزان میانگین و انحراف معیار گروه شاهد در پس آزمون تغییر چندانی مشاهده نمی‌شود. اختلاف بین میانگین و انحراف معیار داده‌های به دست آمده در

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرها در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	dfخطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلائی <sup>۱</sup>	۰/۸۴	۱۰۶/۸۹	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴
لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۱۵	۱۰۶/۸۹	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۵/۳۴	۱۰۶/۸۹	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴
بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۵/۳۴	۱۰۶/۸۹	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴

<sup>۱</sup> Pillai Trace    <sup>۲</sup> Wilks Lambda    <sup>۳</sup> Hotelings Trace    <sup>۴</sup> Roys Largest Root

جدول ۲ صرفاً بیان می‌دارد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معناداری وجود داشت اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در متن مانکوا استفاده شد که در جدول ۳ آمده است.

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۸۴ درصد از کل واریانس‌های گروه مورد و شاهد ناشی از اثر متغیر مستقل بود. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۰/۸۴ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۸۴ درصد فرض صفر را رد کند.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری در متن مانکوا میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد و شاهد

منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
استرس ادراک شده	۱	۳۲/۲۰۳	۶/۱۶	۰/۰۱۷	۰/۱۳
تاب‌آوری	۱	۵۴۲۰	۱۶۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰

بیماران زن مبتلا به ام‌اس بود. نتایج پژوهش در رابطه با مؤثر بودن آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده معنادار بود، و با نتایج تحقیقات جیمینز<sup>۱</sup>، رامریز<sup>۲</sup> و همکاران، هاپت<sup>۳</sup>، و گریکو<sup>۴</sup> و همکاران انجام یافته مشابه است (۲۸-۳۱). در بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش میزان تاب‌آوری بیماران زنان مبتلا به ام‌اس نتیجه این پژوهش نشان داد با وجود همگن بودن در قبل از مداخله، تفاوت دو گروه در نمره کلی تاب‌آوری بعد از برگزاری کارگاه

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مقدار F برای استرس ادراک شده ۶/۱۶ و برای تاب‌آوری ۱۶۸/۱۰ به دست آمد که در سطح  $p < 0.001$  معنادار هستند. همچنین توان آماری آزمون به ترتیب ۰/۱۳ و ۰/۸۰ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۸۰ و ۱۳ درصد این فرض را که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری ام‌اس مؤثر است را تأیید کند.

## بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر میزان استرس

<sup>۱</sup> Jimenez

<sup>۲</sup> Ramirez

<sup>۳</sup> Haupt

<sup>۴</sup> Greco

سالم رشد یافته بارور شوند و استرس ادراک شده بهتر مدیریت شود. یکی از فواید شرکت در جلسات گروهی این است که افراد را قادر به بیان احساس و طرح سؤال می‌کند. بیشتر اوقات پرسش و پاسخ با برخی از اطلاعات مهم درباره افراد مرتبط بوده و به آنها کمک می‌کند تا ضمن بیان احساسات چگونگی مقابله با احساسات ناخوشایند را نیز یاد بگیرند. سرانجام اینکه می‌تواند سبب کمتر شدن استرس ادراک شده شوند. همچنین با افزایش تاب‌آوری می‌توانند بیشتر در برابر مشکلات بیماری خود مقاومت کنند. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به عنوان شیوه درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت درمان اختلالات روانی همراه در این بیماران به کار گرفته شود.

#### تشکر و قدر دانی

نویسندگان مقاله مراتب سپاس فروان خود را از انجمن ام‌اس کرمانشاه و بیماران شرکت کننده در پژوهش و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند ابراز می‌دارند.

آموزشی مهارت‌های مدیریت استرس معنادار و در جهت افزایش به نفع گروه مداخله بود. این بدان معناست که برگزاری کارگاه آموزشی مهارت‌های مدیریت استرس باعث افزایش تاب‌آوری بیماران شده و ادراک ایشان از موقعیت‌های استرس زا نیز تغییر یافته است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش جبارزاده قشلاق و همکاران که تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری معلمان زن و دانش آموزان دختر انجام شده در یک راستا می‌باشد (۳۲). نیز تحقیقات نونه<sup>۱</sup> و همکاران (۳۳)، سلیمی‌بجستانی (۳۴)، نسیانی حبیب آبادی و همکاران (۲۲) و حسن زاده پشنگ و همکاران (۱۹) همسو با نتایج این پژوهش هستند.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری با یکسری محدودیت‌ها، از جمله کم بودن حجم نمونه، تک جنسیتی بودن نمونه مورد مطالعه و محدودیت سنی بین ۲۶ تا ۴۷ سال روبرو بود. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های حجم بزرگتر و جنسیت مذکر و سن پایینتر استفاده و مرحله پیگیری نیز انجام گیرد.

#### نتیجه گیری

به طور خلاصه می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس به روش گروهی میزان استرس ادراک شده زنان مبتلا به بیماری ام‌اس را کاهش و میزان تاب‌آوری را افزایش می‌دهد که علت آن یادگیری چگونگی مواجهه با مشکلات و دشواری‌های غیرقابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با استرس و رویدادهای ناخوشایند زندگی از بعد عملکردی است. گروه درمانی برای این بیماران به منظور بیان و سهیم شدن در تجربیات فردی مطرح می‌شود. گروه می‌تواند فضایی ایجاد کند که با وجود انکار و فراقنی ایجاد شده به وسیله بیماری، ویژگی‌های

<sup>5</sup> None

**References**

- 1- Khezri -moghadam N, Ghorbani N, Bahrami Ehsan H, Rostami R. Efficacy of Group Therapy on Reduction of Psychological Signs of Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4(1): 13-22 [Persian]
- 2- Vosoughi R, Freedman MS. Therapy of MS. *Journal of Neurology and neurosurgery*. 2010; 112:365-385. [Persian]
- 3- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Butterworth-Heinemann; 2012.
- 4- Etemadi far M. *Diagnosis and treatment multiple sclerosis patients*, First Ed. Esfahan: Ghoharbagh. 2005. [Persian]
- 5- Halper J. The evaluation of nursing care in multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*. 2004; 2(1): 40-48.
- 6- De nison L, Moss- Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *Journal Psychosom* 2010; 69 (4): 353-61.
- 7- Schapiro RT. *Managing the symptoms of multiple sclerosis*. New York: Demos medical publishing. 2007.
- 8- Murray TJ. *Multiple sclerosis*. New York: Demos medical publishing. 2005.
- 9 -Malcomson KS, Dunwoody L, Low-strong AS. Psychological intervention in people with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2007; 254(1):1-3.
- 10 -Mtichell AJ, Benito – leon J, Morales Gonzales JR, Evera- Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclalerosis: Integrating of wellbeing. *Lancet Neural* 2005; 4(9):556-66.
  - Moghimsi-salam M, Jafari P,Hoseini M. Impact of stress management training on the girl high school student academic achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013; 89: 22 – 26.
- 1 - Lazarus R, Folkman S. *Stress, apprisial and coping*. New Yourk: Springer Publishing Company. 1985.
  - Cutolo M, Prete C, Walker J. Is stress a factor in the pathogenesis of outoimmune rheumatic diseases? *Clinical and Experimental of Rheumatology* 1999; 17(5):515-8.
  - Haupt M, Millen S, Janner M, Falagan D, Fischer-Betz R, Schneider M. Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2005; 64(11):1618-23.
- 5- Bricou O, Taieb O, Baubet T, Gal B, Guillevin L, Moro MR. Stress and coping strategies in systemic lupus erythematosus: a review. *Neuro immune pharmacol* 2006; 13(5-6):283-93.
- 16- Freiberg HI. Understanding resilience: implication for inner-city schools and their near and for communities. M. Wang, E. Gordon (Eds). *Educational resilienities in inner-city America: challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1994:151-165.
- 17- Frydenberg E. *Colescents coping, Theoretical and research perspectives*. New York: Routledge; 1996.
- 18- Heydari A, Hafezi F, Tahankar Dezfouli M. To study the effectiveness of two ways of Psychiatric association of America DSM-IV-TR: revised text of diagnostic andstatistical guideline of mental disorders. (In: Nik Khou MR, Trans). Tehran: Sokhan Publ; 1994. [Persian]
  - Hasanzadeh Pashang S, Zare H, Alipor A. The efficacy of stress inoculation training (SIT) on resilience, anxiety, depression and stress among spinal cord injury (SCI) patients. *Journal of Jahrom University of Medical Science* 2012; 10(3):15-25. [Persian]
  - Biyabangard E. *Research Methodology in psychology & education*, Tehran: Doran co; 2008. [Persian]
- 21- Ballinger B, Yalom I. *Group therapy in practice*. (In Bongar B and Beutler L E (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy*. New York: Oxford university press. 1995.
- 22- Nesyani Habibabadi F, Neshatdoost H, Molavi H, Bonakdar S. Z. Effectiveness of stress control using cognitive – behavioral approach on reducing perceived stress among women with systemic lupus erythematosus.*Journal of Research in Behavioural Sciences* 2011; 9(3):222–228. [Persian]

- 23- Hassanzadeh Lef Shahrgard M, Tarkhan M, Taghizadeh M. Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 2013; 23(70): 27-34. [Persian]
- 24- Mohamadi M. Study of effective factors on resilience in reduction of anxiety and depression among people who are exposed to the misuse of drug. [PhD dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2005. [Persian].
- 25- Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 13(3):290-295[Persian].
- 26- Anthony M, Ironson G, Schneiderman N, Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders, counseling, stress management and education. First Ed. Workbook Oxford University Press; 2007.
- 27- Landoni MG, Giordan MT, Guidetti GP. Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis. *Journal of NeuroVirology* 2006; 12(3):168-171.
- 28- Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research* 2005; 14(8):695-703.
- 29- Jimenez J. Effects of treatment of chronic stress in patients with lupus [online].2007 [cited 2007 Jun 6]; Available from: URL: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00483613/>
- 30- Ramirez MI, Ortega HR, Navarrete N, and Alosa J. Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: chronic patients and healthy people stress. *Salud Mental*. 2009; 32(3):251-8.
- 31- Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Effects of a stress- reduction program on psychological function, pain, and physical function of systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. *Arthritis and Rheumatism* 2004; 51(4):625-34.
- 32- Jabbarzadeh ghshlagh R, Bzazyan S, shaghghi F. Effectiveness of life skills training on the resiliency of female teachers, the Second National Conference on consultation in 2012, Khomeini Shahr, Islamic Azad University of Khomeini Shahr. 2012. [Persian]
- 33- Noone S. J, Hastings R. P. Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an acceptance- based intervention. *Journal of Intellectual Disabilities* 2009; 13(1):43-51.
- 34- Bajestani Salimi H. Comparative Effectiveness Adler and cognitive restructuring advice based on the analogy of an increase in mental health, resiliency and hope the students. [Ph.D. Dissertation]. Tehran, Allameh Tabatabai University, 2010.