

## بررسی تأثیر اجرای برنامه خودمدیریتی بر سطح اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام‌اس ارومیه

زهرا ریسی<sup>۱</sup>، معصومه همتی مسلک پاک<sup>۲\*</sup>، حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۶/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۸/۰۴

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مولتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین اختلال نورولوژیکی در بالغین جوان است که تظاهرات جسمی و روانی متعدد دارد. اضطراب یکی از تظاهرات روانی این بیماری است که با تشدید بیماری ام‌اس رابطه قوی دارد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر برنامه خودمدیریتی بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد. ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل (۴۰ نفر) و مداخله (۴۰ نفر) تخصیص داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر بود که قبل و بعد از مداخله در دو گروه تکمیل شد. برنامه خودمدیریتی بر اساس نتایج حاصل از نیازسنجی (بر اساس مصاحبه با بیماران و بررسی نتایج فرم‌های سطح اضطراب قبل از مداخله)، طراحی و در گروه مداخله به‌صورت چهار جلسه برای هر گروه کوچک ۱۰ نفره، مجموعاً ۱۶ جلسه اجرا شد و ۲ ماه پیگیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که میانگین نمرات اضطراب آشکار بیماران مبتلا به ام‌اس بعد از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار دارد ( $P=0/020$ ). میانگین نمرات اضطراب پنهان بیماران در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی کاهش یافت که آزمون آماری تی مستقل این کاهش را بین دو گروه معنادار نشان داد ( $P=0/024$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** برنامه خودمدیریتی در کاهش میزان سطح اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر می‌باشد با توجه به نتایج مطالعات فوق لزوم اجرای برنامه خودمدیریتی به‌صورت درازمدت جهت کاهش مشکلات روحی و روانی بیماران مبتلا به ام‌اس پیشنهاد می‌گردد. **کلیدواژه‌ها:** برنامه خودمدیریتی، اضطراب، مولتیپل اسکلروزیس

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۶۲، آذر ۱۳۹۳، ص ۸۴۱-۸۳۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email:hemmatma@yahoo.com

### مقدمه

را در اوایل زندگی درگیر می‌کند (۳). این بیماری در زنان و سفیدپوستان شایع‌تر است و اغلب بین سنین ۴۰-۲۰ سال تشخیص داده می‌شود اما می‌تواند در هر سنی دیده شود (۴،۱) بر طبق گزارش موسسه ملی اختلالات عصبی و سکنه مغزی حدود ۳۵۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰ نفر در ایالات‌متحده از این بیماری رنج می‌برند (۱)، در ایران آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به بیماری وجود ندارد. در دهمین کنگره بین‌المللی ام‌اس ایران تعداد مبتلایان ۶۳ هزار نفر اعلام شد.

بیماری مولتیپل اسکلروزیس<sup>۴</sup> (ام‌اس) یک بیماری التهابی سیستم ایمنی است که به آکسون‌های میلین‌دار سیستم اعصاب مرکزی حمله می‌کند و سبب تخریب میلین و آکسون‌ها به درجات مختلف می‌شود (۱). در حال حاضر این بیماری شایع‌ترین اختلال نورولوژیکی در بین بالغین جوان می‌باشد (۲) که به‌عنوان یک وضعیت ناتوان‌کننده‌ای است که بالغین جوان

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۴</sup> Multiple Sclerosis

تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری و عوارض آن است (۲۱) و چه‌بسا اگر بیمار در کلیه مراحل بیماری و درمان خود شرکت داشته باشد اضطراب و استرس کمتری را تحمل خواهد کرد (۱۹). برنامه خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن در سه حیطه توسط کوربین و استراس<sup>۳</sup> ارائه شد. اولین حیطه، مدیریت درمانی است که در این حیطه مصرف دارو، اجرای رژیم غذایی مخصوص و کاهش استرس جهت کنترل بیماری آموزش داده می‌شود، دومین حیطه مدیریت نقش است که شامل حفظ و نگهداری رفتارهای صحیح، تغییر در رفتارهای غیربهداشتی و تغییر در نقش‌های زندگی می‌باشد. سومین حیطه مدیریت عاطفی است که شامل ابزاری است که دیدگاه بیمار به آینده را از نظر عاطفی تغییر می‌دهد. عواطفی مانند عصبانیت، ترس، ناامیدی، اضطراب و افسردگی به‌طور عمده با بیماری مزمن تجربه می‌شود، بنابراین یادگیری مدیریت این عواطف، بخشی از برنامه است (۲۲، ۲۳). چنین برنامه‌هایی تأکید بر نقش محوری بیمار در مدیریت دارد (۲۴) و مزیت بزرگ آن مراقبت از مددجو در محل سکونت وی و توسط خود مددجو می‌باشد (۲۵). در این برنامه مددجو مسئول مدیریت روزبه‌روز بیماری است. خودتدبیری همچنین یک استراتژی اصلاح رفتار است که تأثیر بسیار زیادی در مدیریت بیماری‌های مزمن دارد (۲۲).

ردمن<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۷ خودتدبیری را چنین تعریف کرد: خودتدبیری آموزشی است که طی آن افراد با شرایط مزمن بیماری، یاری می‌گیرند که بتوانند با پزشک خود و دیگران (اعم از تیم بهداشتی، دوستان و خانواده...) درباره مباحثی مانند تعیین نوع رژیم غذایی، حفظ موقعیت‌های زندگی نظیر شغل، خانواده، احساسات و نگرانی‌های خود در مورد آینده بحث و گفتگو کرده و برای کنترل شرایط ایجادشده برنامه اجرایی طراحی کنند و بتوانند بر خشم، نگرانی‌ها و افسردگی که به‌طور شایع با بیماری مزمن تجربه می‌شود غلبه کنند (۲۶). به‌طور خلاصه می‌توان گفت که در برنامه خودمدیریتی در بیماران ام‌اس این موارد باید آموزش داده شود ۱- چگونگی برخورد با علائم و عود ۲- انتخاب آگاهانه در مورد دارو ۳- همکاری با تیم بهداشتی درمانی و شرکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی ۴- بهبود زندگی و تلاش برای بهتر شدن آن (۲۷)؛ و از آنجاکه این موارد می‌توانند در پیشگیری از اختلالات اضطرابی مؤثر باشند (۱۹). این پژوهش با هدف تعیین تأثیر برنامه خودتدبیری بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

انجمن ام‌اس ایران تا سال ۱۳۸۹ نزدیک به ۱۵۰۰۰ نفر از بیماران را شناسایی و ثبت نموده است که شاخص‌های آماری بیانگر آن است که ۶۵ درصد بیماران را زنان و دختران جوان و ۳۵ درصد آنان را مردان جوان و فعال جامعه تشکیل می‌دهند (۵، ۲). در حال حاضر انجمن ام‌اس استان آذربایجان غربی نیز ۱۵۰۰ نفر از مبتلایان را ثبت نموده که در حدود ۵۰۰ نفر در شهر ارومیه زندگی می‌کنند (۶).

مولتیپل اسکلروزیس دارای تظاهرات جسمی و روانی متعدد است (۱). تظاهرات روانی این بیماری عبارت از اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک‌پذیری و عصبانیت است که در این بین اضطراب، استرس و افسردگی بیشترین شیوع را در این بیماران دارا می‌باشد (۵). حدود ۴۸ درصد بیماران در همان یک سال اول بعد از تشخیص بیماری علائم اضطراب، استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند (۷). مطالعه دهقانی در سال ۱۳۹۰ نشان داد که ۴۶/۴ درصد از بیماران مبتلا به ام‌اس استرس شدید، ۵۵/۴ درصد اضطراب متوسط و ۱۹/۲ آن‌ها اضطراب شدید دارند (۸). مطالعه کاری<sup>۱</sup> نشان داد که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس از افسردگی (۹) و مطالعه چاوستیک<sup>۲</sup> نیز نشان داد که حدود ۳۷ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند (۱۰) که این مشکلات روانی به‌شدت بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است و با اختلال عملکرد اجتماعی، افکار خودکشی و عود بیماری در بیماران مرتبط است (۱۱، ۹). اضطراب و استرس می‌تواند هم به‌عنوان عارضه‌ی بیماری ام‌اس و همچنین عاملی در تشدید و یا عود بیماری ام‌اس باشد (۱۲، ۹). عواملی مانند طلاق، از دست دادن شغل و تضاد خانوادگی، تهدیدکننده زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس بوده و منجر به استرس و اضطراب در آنان می‌شود (۱۳، ۱۴). گزارش‌های اخیر آکادمی نورولوژیک امریکا حاکی از آن است که یکی از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده بیماری ام‌اس استرس‌های ناشی از رویدادهای زندگی است (۱۵، ۱۶). بنابراین می‌توان ادعا نمود که بین استرس و اضطراب و تشدید بیماری ام‌اس رابطه قوی وجود دارد (۱۷، ۱۸). از این‌رو کاهش و مهار استرس و اضطراب در این بیماران بسیار حائز اهمیت می‌باشد (۱۹). با توجه به طبیعت بیماری ام‌اس و مشکلات طولانی‌مدت آن لزوم نیاز به خدمات و برنامه‌های چند حرفه‌ای مشهود است (۲۰). یکی از برنامه‌های ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به ام‌اس برنامه خودمدیریتی است. برنامه خودتدبیری مجموعه فعالیت‌های منظم به‌منظور کمک به مددجویان دارای بیماری مزمن است که سبب جلب مشارکت فعالانه و کنترل عوامل دخیل در بیماری می‌گردد و شامل خودکنترلی علائم و فرایند فیزیولوژیک بیماری،

<sup>3</sup> Corbin and Strauss

<sup>4</sup> Redman

<sup>1</sup> Currie

<sup>2</sup> Chwastiak

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که در فاصله آذر تا اسفندماه سال ۱۳۹۲ در انجمن ام‌اس ارومیه اجرا شده است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که عضو انجمن ام‌اس ارومیه و دارای معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۶۰-۱۸ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم مشکل در برقراری ارتباط مثل (بینایی، شنوایی)، امکان توانایی برقراری تماس تلفنی، نداشتن بیماری زمینه‌ای سخت و همچنین نداشتن بیماری روانی می‌باشد، بودند. حجم نمونه در این مطالعه با توجه به نتایج مطالعه کفعمی و همکاران (۲۸)، ۳۴ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه برای هر گروه (کنترل، مداخله) ۴۰ نفر نمونه انتخاب شد. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها مجدداً با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص داده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه سنجش اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر<sup>۱</sup> جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی شامل ۱۴ سؤال (سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، دین، میزان تحصیلات، وضعیت بیمه، محل سکونت، وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهیانه، داشتن بیماری سیستمیک دیگر، مدت ابتلا به بیماری ام‌اس و داشتن بیماری ام‌اس در خانواده) و پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر در تمام بیماران قبل از مداخله تکمیل شد. این پرسشنامه دارای دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان است که ویژگی اضطراب را به دو صورت حالت و صفت می‌سنجد. هر کدام از مقیاس‌ها دارای بیست عبارت می‌باشند که به صورت چهارگزینه‌ای لیکرت اجرا می‌شوند. در پاسخ‌گویی به مقیاس اضطراب آشکار، آزمودنی احساس خود را در همان لحظه بیان می‌نماید و در پاسخ‌گویی به مقیاس اضطراب پنهان، وی به احساسات معمول خود در اکثر اوقات اشاره می‌کند. به هر کدام از عبارات این آزمون بر اساس پاسخ ارائه‌شده نمره‌ای بین ۱ تا ۴ تخصیص می‌یابد. در مورد ده عبارت مقیاس اضطراب آشکار و یازده عبارت مقیاس اضطراب پنهان به ترتیب گزینه‌های «خیلی زیاد» و «تقریباً همیشه» نشان‌دهنده حضور بالایی از اضطراب می‌باشد و نمره ۴ به آن‌ها تعلق می‌گیرد برای نمره‌گذاری سایر عبارات، گزینه‌های «خیلی زیاد» و «تقریباً همیشه» نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب می‌باشد که ده عبارت مقیاس اضطراب آشکار و نه عبارت مقیاس اضطراب پنهان را شامل می‌شود و نمره یک به

آن‌ها تعلق می‌گیرد؛ به عبارت دیگر وزن نمره‌گذاری به‌جای ۳-۴-۲-۱ به صورت ۱-۲-۳-۴ می‌باشد. لذا نمرات هر کدام از دو مقیاس می‌تواند در دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۸۰ قرار گیرد (۳۰-۲۹). در مطالعه ناظمیان پایایی این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد (۳۱) و روایی آن نیز توسط مهرازم تأیید گردیده است (۳۲).

سپس برنامه خودمدیریتی با توجه به نیازها و مشکلاتی که خود بیماران در جلسه اول طی مصاحبه با تک‌تک آن‌ها بیان نمودند و بررسی نتایج فرم‌های سطح اضطراب قبل از مداخله طراحی شد. قبل از شروع برنامه خودمدیریتی، گروه مداخله به چهار گروه کوچک ۱۰ نفره تقسیم شد (۳۳). پس از نیازسنجی کلی از بیماران، بر اساس نیازهای آموزشی و بر اساس آیت‌های برنامه خودتدبیری با برگزاری چهار جلسه کلاس برای هر گروه کوچک جمعاً ۱۶ جلسه (هر کلاس به مدت دو ساعت) و در دو نوبت صبح و عصر (سه گروه صبح و یک گروه عصر به دلیل شاغل بودن و داشتن فرزند خردسال) با حضور بیماران گروه مداخله برگزار شد. در جلسه اول مطابق با حیطه اول برنامه خودتدبیری که مدیریت درمانی است در مورد اطلاعات دانش‌پایه بیماری، مصرف دارو، رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، کاهش استرس و اضطراب و همچنین مهارت استفاده از منابع درمانی و روش‌های برقراری ارتباط درمانی بین بیمار و مراقبت‌کننده درمان بحث و گفتگو شد. در دومین جلسه، مدیریت نقش، شامل حفظ و نگهداری رفتارهای صحیح بهداشتی، تغییر در نقش‌های زندگی، مهارت حل مسئله، مهارت تصمیم‌گیری و استقلال به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ اجرا شد. سومین حیطه برنامه خودتدبیری، مدیریت عاطفی که شامل ابزاری است که دیدگاه بیمار به آینده را از نظر عاطفی تغییر می‌دهد و عواطفی مانند ترس، ناامیدی، افسردگی که به‌طور عمده با بیماری مزمن تجربه می‌شود، در سومین جلسه اجرا شد. در چهارمین جلسه که جلسه طرح سناریو و قرار دادن بیماران در موقعیت‌هایی مشابه آنچه در زندگی روزانه آن‌ها رخ می‌دهد و تصمیم‌گیری مناسب برای آن‌که در واقع آماده کردن بیمار و یاد دادن استفاده از آموخته‌هایش در کلاس‌های برنامه خودتدبیری بود. در پایان محتوای کلی آموزش به صورت کتابچه تهیه و در اختیار نمونه‌های گروه مداخله قرار گرفت. در پایان نیز یک جلسه بحث گروهی و پرسش و پاسخ برای گروه مداخله به صورت اردو با نظر مساعد و همکاری مدیریت انجمن ام‌اس برگزار شد. در این مطالعه گروه کنترل و مداخله به صورت جدا به انجمن دعوت شدند و در طول مطالعه هیچ ارتباطی با هم نداشتند.

در طی دو ماه بعد از جلسات گروهی، پی‌گیری تلفنی نیز هفته‌ای یکبار برای هر بیمار در گروه مداخله و به مدت ده دقیقه متغیر بر اساس نیاز بیمار توسط محقق و با محتوای تشویق

<sup>1</sup> Spielberger state trait anxiety

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ بیانگر آن است که مشخصات جمعیت شناختی کیفی جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، بیمه، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال و مشخصات جمعیت شناختی کمی سن، طول مدت ابتلا و زمان بین مراجعات، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری ندارد.

کلامی و تقویت آموزش‌ها طبق پروتکل از پیش تعیین شده، انجام شد. در تمام این مدت گروه کنترل مراقبت‌های روتین خود را دریافت می‌نمودند. مجدداً پرسشنامه اضطراب اشیپیل برگر توسط هر دو گروه کنترل و مداخله تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین دو گروه کنترل و مداخله

آزمون کای دو	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$\chi^2 = 0.549$ $P = 0.459$	۶۷/۵	۲۷	۷۵	۳۰	زن	جنسیت
	۳۲/۵	۱۳	۲۵	۱۰	مرد	
$\chi^2 = 0.201$ $P = 0.654$	۴۵	۱۸	۵۰	۲۰	مجرد	وضعیت تأهل
	۵۵	۲۲	۵۰	۲۰	متأهل	
$\chi^2 = 1.853$ $P = 0.396$	۲۰/۸	۵	۹/۱	۲	صفر	تعداد فرزند
	۴۱/۷	۱۰	۳۶/۴	۸	یک	
	۳۷/۵	۹	۵۴/۵	۱۲	دو و بیشتر	
$\chi^2 = 0.157$ $P = 0.692$	۹۰/۰	۳۶	۹۲/۵	۳۷	دارد	بیمه
	۱۰/۰	۴	۷/۵	۳	ندارد	
$\chi^2 = 0.547$ $P = 0.761$	۳۰/۰	۱۲	۲۵/۰	۱۰	ابتدایی و راهنمایی	تحصیلات
	۳۰/۰	۱۲	۳۷/۵	۱۵	متوسطه	
	۴۰/۰	۱۶	۳۷/۵	۱۵	دانشگاهی	
$\chi^2 = 3.480$ $P = 0.176$	۱۵/۰	۶	۱۰/۰	۴	اجاره‌ای	محل سکونت
	۵۲/۵	۲۱	۷۲/۵	۲۹	ملکی	
	۳۲/۵	۱۳	۱۷/۵	۷	سایر	
$\chi^2 = 1.303$ $P = 0.728$	۳۷/۵	۱۵	۴۰/۰	۱۶	بی‌کار	وضعیت اشتغال
	۳۲/۵	۱۳	۲۷/۵	۱۱	خانه‌دار	
	۱۰/۰	۴	۱۷/۵	۷	کارمند	
	۲۰/۰	۸	۱۵/۰	۶	ازکارافتاده	
آزمون تی مستقل	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
$P = 0.828$	۸/۰۷	۲۹/۸۷	۷/۲۵	۳۰/۲۵	سن (سال)	
$P = 0.530$	۳/۲۱	۳/۸۲	۲/۷۹	۳/۴۰	مدت ابتلا (سال)	
$P = 0.059$	۰/۸۶	۲/۱۵	۱/۱۰	۲/۵۷	فاصله زمان بین مراجعات (ماه)	

اجرای برنامه خودتدبیری میانگین نمرات اضطراب آشکار در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود که این کاهش تفاوت آماری معناداری بین دو گروه داشت ( $P = 0.004$ ). جدول شماره (۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات اضطراب آشکار در گروه کنترل و مداخله قبل از مطالعه به ترتیب (۵۰/۵۰، ۷۲/۲۷) از حداکثر نمره ۸۰ بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری در میانگین امتیاز اضطراب آشکار بین دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد. بعد از

**جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات اضطراب آشکار در بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودتدبیری**

نتیجه آزمونی مستقل	گروه کنترل		اضطراب آشکار
	میانگین و انحراف معیار	گروه مداخله	
P=۰/۸۶۳	۵۰/۲۷ ± ۱۱/۵۰	۵۰/۷۲ ± ۱۱/۷۹	قبل از مداخله
P=۰/۰۰۴	۵۰/۰۷ ± ۱۴/۹۹	۴۳/۱۵ ± ۱۵/۰۲	بعد از مداخله

بین دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد. بعد از اجرای برنامه خودتدبیری میانگین نمرات اضطراب پنهان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود که این کاهش تفاوت آماری معناداری بین دو گروه داشت (P=۰/۰۰۱). جدول شماره (۳).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات اضطراب پنهان در گروه کنترل و مداخله قبل از مطالعه به ترتیب (۴۸/۱۲، ۴۷/۰۵) از حداکثر نمره ۸۰ بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری در میانگین امتیاز پنهان

**جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات اضطراب پنهان در بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودتدبیری**

نتیجه آزمونی مستقل	گروه کنترل		اضطراب پنهان
	میانگین و انحراف معیار	گروه مداخله	
P=۰/۶۳۸	۴۸/۱۲ ± ۹/۹۲	۴۷/۰۵ ± ۱۰/۴۱	قبل از مداخله
P=۰/۰۰۱	۵۲/۶۷ ± ۱۲/۲۶	۴۳/۶۷ ± ۱۱/۹۲	بعد از مداخله

مطالعه‌ای با عنوان تأثیر اجرای برنامه خودتدبیری بر سطح سلامتی، اضطراب و استرس بیماران زن مبتلا به ام اس نشان دادند که این برنامه بر روی سلامتی و سطح اضطراب بیماران تأثیر مثبت دارد (۳۶).

نتایج کلی این مطالعه نشان داد که برنامه خودتدبیری بر کاهش سطح اضطراب بیماران مبتلا به ام اس تأثیر مثبت داشته است. مطالعات زیادی به تأثیر برنامه‌های مداخلاتی بر کاهش میزان اضطراب بیماران اشاره کرده است. مطالعه اسدی نوقایی که به منظور تأثیر بررسی اجرای بازتوانی قلبی بر میزان اضطراب بیماران نامزد جراحی بای پس عروق کرونر که بر روی ۶۰ نفر بیمار انجام شد، نشان داد که بین میزان اضطراب در دو گروه بعد از اجرای برنامه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۳۷). تسی در یک مطالعه دیگر با عنوان بررسی تأثیر آموزش برنامه‌های سازگاری بر بیماران دیالیزی نشان داد که این مداخله بر میزان کیفیت زندگی و میزان استرس و اضطراب بیماران تأثیر دارد (۳۸). پژوهش کاکور<sup>۵</sup> نیز نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب بیماران همودیالیزی تأثیر قابل ملاحظه دارد (۳۹). از سوی دیگر مغایر با این مطالعه، پژوهش شریف با عنوان تأثیر توان بخشی بر اضطراب و افسردگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، نشان داد که بعد از اجرای برنامه توان بخشی

**بحث و نتیجه‌گیری**

بحث: نتایج این مطالعه نشان داد که اضطراب در میان بیماران مبتلا به ام اس بالا می‌باشد که با نتایج مطالعه جانسنس<sup>۱</sup> و مطالعه دهقانی همخوانی دارد (۸،۳۴). اضطراب به‌عنوان یک پدیده چندبعدی و چند علیتی می‌تواند به‌عنوان عارضه‌ای از بیماری ام اس بیماری باشد (۱۲،۹).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان اضطراب آشکار و پنهان قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد این در حالی است که اجرای برنامه خودتدبیری باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری در میزان اضطراب آشکار و پنهان بیماران مبتلا به ام اس بین دو گروه کنترل و مداخله شده است به طوری که میزان اضطراب در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است. لذا وجود تفاوت معنی‌دار در متغیر وابسته در گروه مداخله بعد از مداخله، ناشی از تأثیر مثبت اجرای برنامه خودتدبیری بوده است. این مسئله با نتایج مطالعه توماس<sup>۲</sup> با عنوان اثر مداخلات روان‌شناختی بر بیماران مبتلا به ام اس همخوانی دارد (۳۵). این نتایج همسو با نتایج مطالعه کفعمی با عنوان تأثیر برنامه خودمدیریتی بر وضعیت سلامت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد که بعد از مطالعه و دو ماه بعد از آن بر وضعیت سلامت تأثیر مثبت داشته است (۲۸). استفبرگن<sup>۳</sup> و همکاران در

<sup>1</sup> Janssens  
<sup>2</sup> Thomas  
<sup>3</sup> Stuijbergen

<sup>4</sup> Tasy  
<sup>5</sup> Cukor

مثبتی بر بهبود علائم روانی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی و کارآمدی آنان داشته باشد. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت‌های محیطی، اقتصادی، انسانی، زمانی، وضعیت روانی بیماران و ماهیت بیماری مولتیپل اسکلروزیس نتایج شایان توجهی حاصل گردیده است. اجرای این برنامه و بررسی تأثیر آن بر سایر علائم بیماری ام‌اس و همچنین سایر بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌گردد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد است لذا از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به دلیل حمایت مالی و سرکار خانم زارع مسئول محترم انجمن ام‌اس ارومیه به دلیل همکاری در اجرای این پژوهش سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از کلیه بیماران عزیزی که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت داشتند تشکر می‌گردد.

قلبی تفاوت آماری معناداری از نظر میزان افسردگی میان دو گروه دیده شد، اما در زمینه اضطراب تفاوت آماری معناداری بین دو گروه دیده نشد (۴۰)؛ که به نظر می‌رسد ترس و اضطراب بیمار از سلامتی و آینده کماکان بعد از بهبودی نیز بر سلامت روان فرد تأثیرگذار است و چه بسا بیمار بعد از عمل اضطراب مراقبت‌های بخش و محیط را داشته باشد. این در حالی است که می‌توان به اثربخشی مداخلات روان‌شناختی جهت کمک به بیماران ام‌اس اذعان نمود که انجام این رویکرد در کاهش علائم روان‌شناختی بیماران ام‌اس مؤثر و به فرد بیمار در تنظیم و مقابله با بیماری کمک می‌نماید.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای برنامه خودتدبیری توسط بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس امکان‌پذیر و راحت است و با اجرای این برنامه کاهش چشمگیری در سطح اضطراب بیماران ایجاد می‌شود. با توجه به این‌که در استفاده از این برنامه سطح اضطراب آشکار کاهش بیشتری از سطح اضطراب پنهان داشته است توصیه می‌شود این برنامه در مدت طولانی‌تری در این گروه از بیماران اجرا شود که نتایج

### References:

1. Multiple sclerosis Association of America What is multiple sclerosis 2008.
2. Razmjoo K, Khansari N. Harrison principle sofInternal medicine.2008”Neurology” Tehran:Andisheh raffeh. 1387:68.
3. Shahbygy S. International Congress on Multiple Sclerosis. Tehran, Iran. 1389. Medical news in November 2010.
4. Zieve D, Jasmin L. Multiple sclerosis. Health care net work 2011. 2013.
5. Ashktorab T, Jadeed milani V, Abed saeedi J, Alavi majd H. Peer influence in promoting the health status of patients with multiple sclerosis. Journal of Research in Nursing and Midwifery.1390;9(2):1-10. (Persian)
6. Status of MS patients in West Azarbaijan. <http://www.mswa.ir>.
7. Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. Lancet Neurol. 2005;4(9):556-660.
8. Dehghani A, Mohammadkhani kermanshahi S, Memarian R. prevalence of stress, anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. Journal of Medical Sciences Aloorz. 1392;2(2):82-88. (Persian)
9. Currie R. Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. Nursing standard 2001: 15 (33); 47-52.
10. Chwastiak AL, Gibbons EL, Ehde MD, Sullivan M, Bowen DJ, Bombardier HC, et al. Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. J Psychosomat Res 2005;59:291-98.
11. Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. Acta Neurological Scand 2010;12(4): 215 – 221.
12. Donna JB, Cathy B. An overview of assistive technology for persons with multiple sclerosis. J Rehab Res Develop. 2002; 39(2): 299-312.
13. Liux J, Ye Hx, Li W.p, Dia R, Chen D, Jin M. Relationship between psychosocial factors and

- onset of multiple sclerosis. EUR J Neurol.2009;62(3):130-6.
14. Janardhan V, Bakhshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. J Neurol Sci 2002. 205; 51-55. (Persian)
15. Esmaeili M, Hosseini F. multiple sclerosis and stressful thoughhabit.NursingResearch.2009;3(11): 25-32. (Persian)
16. Mitsonis CI, Zervas IM, Mitropoulos PA, Dimopoulos NP, Soldatos CR, Potagas CM. The impact of stressful life events on risk of relapse in women with ms. Euro Psychiatry Journal. 2003;23(8): 497-504.
17. Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patient with multiple sclerosis. Brain Behav Immun. 2006;20(1): 27-36.
18. Mohammadi Rezou N, Afshar H. Determination of psychological and social agents of stress created in multiple sclerosis. The journal of fundamentals of mental Health. 2008;10(40):305-10. (Persian)
19. Phillips CJ. The cost of multiple sclerosis and the cost effectiveness of disease-modifying agents in its treatment. CNS Drugs. 2004;18(9):561-74.
20. Halper J, Holland N J. comprehensive nursing care in multiple sclerosis. New York: Springer Publishing Company; 2011.
21. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttormp J, Hilton L, et al. chronic disease self management programs for older adults Ann Intern med. 2005;143(6):427-38.
22. Lorg R, Holman R. Self management education: History, definition, out comes and annals behavioral medicine. 2003;24(1):1-7.
23. Bishop M, Frain M. Development and Initial Analysis of Multiple sclerosis Self-management Scale. Int J MS care. 2007;9(3):35-42.
24. Lorg R, Sobel S, Ritter L, Hobbs M. Effect of self management program on patients with chronic disease effective clinical. Eff Clin Pract. 2001;4(1):256-62.
25. Osborne H, Elsworth R, Whit Field K. The health education Impact Questionnair (h e i Q) An out comes and evaluation measure for patient education and self management interventions for people with chronic condition patient. Educ and Coun. 2007;6(1):192-201.
26. Redman K. Responsibility for control Ethics for patient preparation for self management of chronic disease. Bioethics 2007;21(5):243-50.
27. Barlow J, Edwards R, Turner A. The experienc of attending a lay-led, chronic disease self management programme from the perspective of participants with multiple sclerosis. Psychol Health. 2009;24(10):1167-80.
28. Kafami F. The effective of self managementprogram on self efficacy and health position in MS patients. Thesis for Degree of Master of Science. Iran. Univ of Welfare and Rehabilitation Sci. 2009. (Persian)
29. Lehrner J,Eckersberger C,Walla P, POstch G,Deecke. Ambient odor of orange in a dental office reduces anxiety and improues mood in female patients. Physiol Behar. 2000;71(1-2):60-83.
30. Holm L,Fitzmaurice L. Emergencg department waiting room stress: can music of motherapy improve anxiety scores. Pediatr Emerg Car. 2008;24(12):836-80.
31. Nazemian F, Ghafari F, Poorghaznein T. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. Med J Mashhad Univ Med Sci 2008; 51(3): 171-6. (Persian)
32. Mahram B. Standardize ofSpeilberger test in Mashhad City. (Dissertation). Tehran: Alameh Tabatabaie Univercity; 1994. (Persian)
33. Xue F, Yaow, Levin JL.A Randomised trial of a5week, Manual based, self management

- programe for hypertension delivered in a cardiac patient club in shanghai. *Hypertension* 2008;21(3):1983-92.
34. Janssens A, Doorn P, Boer S, Passchier J, Hintzen R. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurologica Scandinavica*.2003;108(6):389-95.
35. Thomas PW, Thomas S, Hillior C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database* 2006;25(1):176-84.
36. Stuijbergen AK, Becker H, Blozis S, Timmerman G, Kullberg V. A Randomized Clinical Trial of Wellness Intervention for Women with Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(10):467-76.
37. Asadi Noughabi A, Shaban M, Faghihzadeh S, Asadi M. Effect of Cardiac Rehabilitation Program's First Phase on Anxiety in Patients with Coronary Arteries Bypass Surgery. *Hayat* 2009; 14 (4 and 3) 14 (4 and 3) :5-13. (Persian)
38. Tasy SL, Lee Yc. Effect of on Adaptation training program for patients with end stage Renal disease. *J Adu Nurs* 2005: 50(1):39-46.
39. Cukor D. use of CBT of treat Depression among patients on Hemodialysis. *AM psychiatric Association* 2007; 58(5): 711-4.
40. Sharif F, Scholl A, Jannati M, Zare N, Kojouri J. Impact of cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Rehabil J* 1390;12(1):8-13. (Persian)



## EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON THE ANXIETY LEVEL OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS OF MS SOCIETY BRANCH

Raeisi Z<sup>1</sup>, Hemmati Maslampak M<sup>2\*</sup>, KHalkhali HR<sup>3</sup>

Received: 23 Aug , 2014; Accepted: 25 Oct , 2014

### Abstract

**Background & Aims:** Multiple sclerosis is the most common neurological disorder in young adults who have various mental and physical manifestations. Anxiety is a mental symptom of the disorder that is correlated with exacerbation of MS. This study aimed to determine the effect of self-management program on anxiety of patients with multiple sclerosis.

**Materials & Methods:** This experimental study is a pre and post test. 80 patients with multiple sclerosis who had inclusion criteria were randomly selected and divided into two groups of control (40) and intervention (40). STAI anxiety questionnaire was completed before and after the intervention. Self-management program was planned based on the results of the assessment and were held in intervention groups in four sessions for each group of 10 persons for a total of 16 sessions in two months. Data were analyzed by SPSS software version 16 and were performed using descriptive and inferential statistical tests.

**Results:** The findings showed that there is a statistically significant difference between two groups in their anxiety mean scores in patients with MS ( $0.020 = P$ ). Anxiety mean scores of patients in the intervention group decreased after self-management program that independent t-test showed a significant reduction between the two groups ( $0.024 = P$ ).

**Conclusion:** Self-management program is effective in reducing anxiety in patients with MS. The results of these studies show the necessity of self-management program in the long-term to reduce mental health problems which is recommended in patients with multiple sclerosis.

**Keywords:** self-management program, Anxiety, Multiple Sclerosis

**Address:** Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran  
Tel: (+98)4432754961  
Email: hemmatma@yahoo.com

<sup>1</sup> MS Student Nursing, School of Nursing and Midwifery University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery University of Medical Sciences, Urmia, Iran  
(Corresponding author)

<sup>3</sup> Assistant Professor of Biostatistics, University of Medical Sciences, Urmia, Iran