اثر بخشی گروه درمانی آموزشی - حمایتی مراقبان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) بر سلامت روان بیماران

نیره جهان بخشیان: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. n. jahanbakhshian@yahoo.com
کیانوش زهراکار: استادیار، دکترای تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. dr_zahrakar@yahoo.com
* **رضا داورنیا:** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). rezadavarniya@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: مالتیپل اسلکروزیس (MS: Multiple Sclerosis) یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی می‌باشد که روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی گروه درمانی آموزشی- حمایتی مراقبان بیماران مبتلا به MS بر بهبود سلامت روان (کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش عاطفه مثبت) بیماران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به ام اس عضو انجمن MS ایران در سال ۱۳۹۲ تشکیل می دادند که دارای پرونده فعال در کلینیک و انجمن بودند. نمونه پژوهش ۲۴ بیمار مبتلا به نوع عوده کننده-بهبود پذیر در محدوده سنی ۲۵-۳۰ سال بودند که به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس سلامت روان (MHI) پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران ام اس (MSQLI)۱۹۷۱ بود که در مراحل پیش آزمون-پس آزمون توسط بیماران دو گروه تکمیل شد. سپس مداخله آموزشی- حمایتی برای مراقبان بیماران گروه ازمایش در ۸ جلسه ۱/۵ نیم ساعته به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته یک جلسه اجرا شد، اما مراقبان بیماران گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ توسط آزمون T مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخلات آموزشی – حمایتی مراقبان بیماران MS در افزایش سلامت روان (کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش عاطفه مثبت) بیماران موثر بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌گردد در انجمن های MS سراسر کشور علاوه بر ارایه مداخلات مختلف برای خود بیماران، برای مراقبان آن‌ها نیز آموزش‌هایی به جهت برخورد مناسب‌تر با این بیماران ارایه شود.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی آموزشی- حمایتی، سلامت روان، مالتیپل اسکلروزیس، مراقبان بیمار

مقدمه

مالتیپل اسلکروزیس (Multiple Sclerosis :MS) یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی می‌باشد که روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد. MS با سه مشخصه التهاب، تخریب میلین و اسکار مشخص می‌شود (۱). این بیماری علت ناشناخته و ماهیت پیش‌رونده با دوره‌های عود و بهبود دارد، به‌طوری‌که افراد مبتلا در طول زندگی خود اختلالات متنوع جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند و این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی خانوادگی و اجتماعی، استقلال عملکردی و برنامه‌ریزی برای آینده را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). بیشتر تحقیقات نشان می‌دهد که ترکیب چندین عامل شامل ژنتیک، عوامل محیطی،عفونت ویروسی، موقعیت جغرافیایی محل سکونت و اثرات بعضی از هورمون‌ها در بدن باعث بروز بیماری می‌شوند (۳). در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار بیمار مبتلا به MS در امریکا وجود دارد و سالانه ۱۰۰۰۰ مورد جدید نیز به آن افزوده می‌شود (۴). میزان ابتلا به MS در ایران ۵۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۵). شیوع آن در زنان دو برابر مردان است هرچند پیش‌آگهی آن در مردان بدتر است (۶). وقوع زودهنگام این بیماری (به‌طور متوسط بین ۲۰ تا

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

۴۰ سالگی) و طول مدت بالای ابتلا به آن منجر به هزینه‌های بالایی برای خود فرد خانواده وی و جامعه می‌شود (۸،۷) و همچنین در کیفیت زندگی فرد مؤثر است (۹).

نابهنجاری‌ها و آشفتگی‌های شایع در بیماران MS، شامل اختلالات خلقی و عاطفی می‌باشد که از مهم‌ترین این اختلالات می‌توان به اختلال افسردگی عمده (Major depression disorder)، افسرده خویی (Dysthymic)، اختلال دوقطبی (Bipolar disorder)، اختلال وحشت‌زدگی (disorder Panic) و اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته (Generalized anxiety disorder) اشاره کرد (۱۰). افسردگی، شایع‌ترین و در عین حال ناتوان کننده‌ترین واکنش روان‌شناختی در مبتلایان به MS است (۱۰). تحقیقات مقادیر بالاتری از افسردگی را در این بیماران نسبت به جمعیت عمومی (۱۲،۱۱) و گروه‌های بیمار دیگر (۱۴،۱۳،۱۲) و برآوردها شیوع افسردگی در این بیماران را طیفی از ۱۴ درصد تا ۵۷ درصد نشان می‌دهد. احتمال خودکشی در این بیماران به دنبال افسردگی ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از کل جامعه است (۱۵). در مقایسه با افسردگی مطالعات کمی درباره اضطراب بیماران MS صورت گرفته است تشخیص بیماری MS برای بیمار و خانواده همیشه اضطراب به همراه دارد (۱۶). این بیماران از مقادیر بالای اضطراب نیز رنج می‌برند که از جمعیت عادی (۱۷) و دیگر گروه‌های روان‌پزشکی مانند بیماران نخاعی و بیماران مجروح (۱۸) و شیوع آن در آنان ۱۹ تا ۳۴ درصد است (۱۹-۲۱).

ازآنجاکه بیماری MS یک بیماری غیرقابل پیش‌بینی و پیش‌رونده است و معمولاً در اوایل بزرگ‌سالی که فرد در مرحله مولد زندگی قرار دارد، تشخیص داده می‌شود، بنابراین تجارب رشدی فرد همچون تشکیل خانواده، ایجاد و تثبیت زندگی شغلی، تعاملات اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زندگی پرتنشی را برای بیماران و خانواده‌های آنان رقم می‌زند و اثرات مهم جسمی، روانی، اجتماعی برای بیماران و خانواده‌های آنان برجای می‌گذارد (۲۲). افراد مراقبت‌کننده در زمینهٔ استرس‌ها و چالش‌های عاطفی، سازگاری با مسئولیت‌های جدید، مسائل مربوط به مراقبت و درمان و همچنین افت سطح کیفیت زندگی خویش با مشکل مواجه می‌شوند (۲۳). خانواده‌های بیماران مبتلا به MS به علت مراقبت طولانی مدت از بیماران و تحمل فشارهای روانی فراوان، افراد آسیب‌پذیر و نیازمند توجه هستند (۲۴). به علت غیرقابل پیش‌بینی بودن طبیعت بیماری، فعالیت‌های خانواده‌های افراد مبتلا به MS قابل‌برنامه‌ریزی نیست و همسران آنان اغلب اوقات به دلیل محدودیت شرکت همسرانشان در زندگی، احساس فشار می‌کنند (۲۵). با توجه به مشکلات و مسائل مختلف این بیماران و درگیری خانواده‌های آنان با چالش‌های فراوان، یکی از جنبه‌های بهبود روند درمانی پس از تشخیص و شروع مصرف دارو، ارائه خدمات آموزشی – حمایتی به بیماران و سپس به مراقبان و خانواده‌های آنان، با هدف بالا بردن سطح آگاهی خانواده‌ها و مراقبان نسبت به بیماری و موقعیت بیمارانشان، افزایش مهارت‌های اجتماعی برای ارتباطات مؤثرتر با بیماران، پذیرش بیماری، تخلیه هیجانی و ابراز احساسات، توجه به خود، تقویت جنبه‌های خوش‌بینانه و ابعاد معنوی در خود است (۲۶).

گروه درمانی یکی از درمان‌های مکمل جامع‌نگر است که در خصوص بیماران مزمن جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد .این روش به دلیل اینکه تعاملات اجتماعی افراد را آماج درمان قرار می‌دهد، سبب می‌شود تا اعضای گروه نسبت به چگونگی برخورد خود در اجتماع بینش کسب نموده، تجارب جدیدی یاد گرفته، از حمایت اجتماعی بهره‌مند شده و در ارتباطات خود با دیگران موفق‌تر عمل کنند. همه‌ی این موارد سبب افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی آن‌ها می‌شود (۲۷). گروه درمانی فرصتی برای بیماران جسمی فراهم می‌نماید تا با همدیگر در یک نشست حمایتی برای مقابله با تأثیری که بیماری روی آن‌ها می‌گذارد، گرده‌ام آیند .گروه درمانی برای این بیماران به دو شیوه انجام می‌شود : شایع‌ترین روش استفاده از گروه درمانی برای خود این بیماران می‌باشد. در روش دیگر گروه درمانی برای افرادی انجام می‌شود

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

که از این بیماران مراقبت می‌کنند (۲۸).

تحقیقات گوناگونی به بررسی تأثیر گروه‌های آموزشی- حمایتی بر مراقبان بیماران مبتلا به MS و بیماران مزمن دیگر پرداخته‌اند. الشبیلی (Alshubaili) و همکاران طی تحقیقی به ارزیابی رابطه کیفیت زندگی با نگرش خانواده‌ها و مراقبان بیماران درباره بیماری MS پرداختند. یافته‌های حاصل از این تحقیق نشان داد، ارائه خدمات روان‌شناختی به مراقبان و خانواده‌های بیماران یکی از ضروری‌ترین نیازهای این بیماران با هدف بالا بردن سطح سلامت بیماران و خانواده‌ها و افزایش میزان حمایت و مراقبت از بیماران توسط مراقبان آنان می‌باشد (۲۹). نگاهی به تحقیقات به عمل آمده، گویای تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی و برنامه‌های حمایتی بر بهبود ارتباط، تغییر الگوی ناکارآمد ارتباطی، تخلیه هیجانی و کاهش احساسات منفی همچون اضطراب و افسردگی مراقبان و بیماران می‌شود. کامرون (Cameron) و همکاران در تحقیقی را بر روی ۳۴ خانواده بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته انجام دادند. این گروه در یک دوره مداخله مختصر حل مسئله شرکت کردند. نتایج نشان داد یک دوره مداخله کوتاه مدت حل مسئله می‌تواند بر کاهش تنش هیجانی، افزایش اعتماد به نفس مراقبان و گرایش به حل مسئله مثبت مؤثر باشد. یافته‌ها اثربخشی این مداخلات را بر بهبود بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته تأیید کرد (۳۰). پکنهام (Pakenham) در پژوهشی که بر روی ۸۹ بیمار مبتلا به MS و مراقبان آنان انجام داد، دریافت تقریباً یک سوم از مراقبان سطوح بالایی از مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. یافته‌های حاصل از پژوهش از اجرای برنامه‌های مقابله با استرس جهت افزایش انطباق‌پذیری این مراقبان حمایت می‌کند (۳۱). همچنین استفن (Steffen) در پژوهشی که بر روی ۳۳ زن و مرد مراقب بیماران مبتلا به زوال عقل انجام داد، آزمودنی‌ها را به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داد. مداخله هشت جلسه‌ای که شامل مهارت‌های شناختی- رفتاری کنترل خشم و تحمل محرومیت بود، درباره گروه آزمایش اعمال گردید. یافته‌های بدست آمده از پژوهش نشان داد که گروه آزمایش پس از اعمال مداخلات سطوح پایینی‌تری از خشم و افسردگی و سطح بالاتری از خودکارآمدی را تجربه کردند (۳۲). علاوه بر پژوهش‌های ذکرشده، مطالعات مختلفی اثربخشی مداخلات آموزشی- حمایتی را بر کاهش احساسات منفی مراقبان و بهبود کیفیت رابطه آنان با بیماران و در نتیجه، افزایش سطح سلامت روانی بیماران تأیید می‌کنند. از جمله تحقیقات انجام‌شده می‌توان به تحقیقات میجر (Major) و همکاران (۳۳)، او (Au) و همکاران (۳۴) و چو (Chou) و همکاران (۳۵) اشاره کرد.

با توجه به اینکه بیماری MS از بیماری‌های مزمن پراسترسی است که شیوع آن در بسیاری از کشورها و از جمله کشور ما بسیار گسترده است و سالانه شمار زیادی از افراد و مخصوصاً قشر جوان به این بیماری مبتلا می‌گردند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به‌طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیر دارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روحی و روانی بیماران بکار گرفته شود. علاوه بر خود بیماران که با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی متعددی روبرو هستند، افراد مراقبت‌کننده از این بیماران نیز تحت تأثیر این بیماری و مشکلات آن قرار می‌گیرند، به‌گونه‌ای که مراقبان بیماران MS نیز تا حدود زیادی همانند خود بیماران مسائل روان‌شناختی حادی پیدا می‌کنند و با مشکلات روحی و هیجانی زیادی درگیر هستند. با بررسی پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور مشخص گردید که تمامی پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی مداخلات مختلف برای بهبود وضعیت بیماران مبتلا به MS پرداخته‌اند و پژوهشی که به بررسی و تأثیر مداخله با مراقبان بیماران MS پرداخته باشد، یافت نگردید. لذا پژوهش حاضر نخستین پژوهشی است که به بررسی تأثیر مداخله با مراقبان بیماران MS و تأثیر آن بر بهبود وضعیت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

سلامت روان بیماران می‌پردازد؛ بنابراین در پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر به محک آزمایش گذاشته شده‌اند.

۱. گروه درمانی آموزشی- حمایتی با مراقبان بیماران MS بر کاهش سطح اضطراب بیماران اثر مثبت دارد.

۲. گروه درمانی آموزشی- حمایتی با مراقبان بیماران MS بر کاهش سطح افسردگی بیماران اثر مثبت دارد.

۳. گروه درمانی آموزشی- حمایتی با مراقبان بیماران MS برافزایش عاطفه مثبت بیماران اثر مثبت دارد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه پژوهش را تمامی بیماران عضو انجمن MS ایران در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند که دارای پرونده فعال در انجمن بودند. بدین‌صورت که پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی‌های به عمل آمده با مسئولین انجمن و توضیحات محقق درباره ضرورت و روند اجرای پژوهش برای آن‌ها، از میان کلیه بیماران مبتلا، تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به نوع عودکننده- بهبودپذیر در محدوده سنی ۲۵-۳۰ به شیوه در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. (در فرایند جلسات ۲ نفر از افراد گروه آزمایش افت کردند و در نهایت ۱۰ نفر از گروه آزمایش و ۱۲ نفر از گروه کنترل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند). ازآنجایی‌که در گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد (۳۶)، تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. قبل از آغاز جلسات درمانی پژوهشگر در یک جلسه معارفه درباره هدف و ضرورت تشکیل جلسات و روند اجرای آن برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی ارائه نمود و به سؤالات آنان نیز پاسخ داد. برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که هدف از برگزاری جلسات کمک به آن‌ها برای بهبودی روابطشان با

جدول ۱- شرح مختصری از جلسات گروه درمانی آموزشی حمایتی برای مراقبان بیماران مبتلا به MS

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون- آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو در باره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه آموزشی، گفتگو در مورد نقش اعضای مؤثر خانواده در روند بهبودی بیمار و کسب اطلاعات در مورد مشکلات خانواده‌ها در رابطه با بیمارانشان.
جلسه دوم	مداخلات بین‌فردی، محور کار این جلسه آموزش مهارت‌های ایجاد یک رابطه مناسب با بیماران بود. همچنین به ارائه تکالیفی در رابطه با موضوعات مطرح شده در جلسه اقدام شد.
جلسه سوم	مداخلات احساسی، محور کار در این جلسه آموزش اعضا در جهت استفاده از روش‌های آرام‌سازی همراه با تجسم ذهنی مثبت با هدف کاهش تنش‌های احتمالی در طول روز بود. در پایان این جلسه تمرین‌هایی در این رابطه به اعضا داده شد تا به‌عنوان تکلیف در فاصله بین جلسات به آن‌ها بپردازند.
جلسه چهارم	مداخلات زیستی، هدف از این جلسه، افزایش آگاهی اعضا در باره ضرورت توجه به خود (پرداختن به نیازهای جسمانی ، فیزیولوژیکی و روحی و روانی خود و تأثیر متقابل این دو بر یکدیگر و همچنین تأثیر آن بر روی بیمارانشان و کمک به آن‌ها برای برنامه‌ریزی بهتر) بود.
جلسه پنجم	مداخلات معنوی، محور کار در این جلسه بررسی مراقبت از دیدگاه معنوی بود. نقش درد و رنج در زندگی و اثر سازنده آن در رشد و تکامل فضایل اخلاقی مورد بررسی قرار گرفت.
جلسه ششم	مداخلات عاطفی و ذهنی، محور کار در این جلسه، آموزش اعضا در جهت شناسایی احساسات و هیجانات خود و بیان مناسب آن‌ها بود. همچنین، در این جلسه اعضا به تخلیه هیجانات و احساسات سرکوب شده تشویق شدند واز سوی رهبر و اعضای گروه با آن‌ها همدلی شد و بازخورد مناسب ارائه شد.
جلسه هفتم	مداخلات شناختی و رفتاری، هدف از این جلسه آموزش شناخت افکار منطقی و غیرمنطقی و تأثیر آن‌ها بر روی احساس و رفتار بود. همچنین اعضا به کشف افکار غیرمنطقی خود و تغییر آن‌ها به افکار منطقی در طول جلسه و در فواصل جلسات تشویق شدند.
جلسه هشتم	این جلسه، شامل جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات بود و در پایان از اعضا جهت شرکت در جلسات تشکر و قدردانی شد. اجرای پس آزمون

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

بیماران و کاهش مشکلات آن‌ها در ارتباط با بیماران است. همچنین به اطلاع شرکت‌کنندگان رسانده شد که یک پژوهش نیز در حال انجام است. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح گردید و تمامی شرکت‌کنندگان اعلام نمودند که با رضایت کامل وارد پروسه پژوهش خواهند شد. پس از تکمیل مقیاس سلامت روان پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران MS در مرحله پیش‌آزمون توسط بیماران هر دو گروه، مراقبان بیماران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و به‌صورت هر هفته یک جلسه در معرض مداخله (گروه درمانی آموزشی – حمایتی) قرار گرفتند اما برای مراقبان بیماران گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نگردید و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی، دو گروه به‌وسیله پرسشنامه پژوهش مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون پژوهشگر به جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل جلسات آموزشی را برای آن‌ها نیز اجرا نمود. جلسات آموزشی - حمایتی در این پژوهش با هدف افزایش آگاهی خانواده‌ها نسبت به نوع و فرآیند بیماری، برخورد مناسب با بیماران و چگونگی مقابله با فشارهای روحی و روانی خود برگزار شد. تعداد جلسات و محتوای آن‌ها بنا بر نیازهای مراقبان پس از برگزاری اولین جلسه و بنا بر تشخیص محقق تعیین گردید. شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول شماره ۱ آمده است.

ابزار تحقیق و جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، زیر مقیاس سلامت روان (وایت ویر،۱۹۸۳) پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران MS (Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۱ زمانی که کنفدراسیون انجمن‌های MS به‌ضرورت سنجش و بهبود بخشی کیفیت زندگی افراد مبتلا به MS پی برد، به‌عنوان مجموعه جامع ارزیابی به وجود آمد. این پرسشنامه دارای دو فرم کوتاه ۸۱ گزینه‌ای و بلند ۱۳۸ گزینه‌ای است که بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شده است. در پژوهش حاضر از سه زیر مقیاس اضطراب، افسردگی و عاطفه مثبت سلامت روان ((MHI استفاده شده است. این مقیاس دامنه وسیعی از عواطف مثبت و منفی و نه صرفاً عوامل روان آسیب‌شناختی را در برمی‌گیرد. مقیاس مورد نظر دارای ۱۸ گزینه است که در یک طیف لیکرتی از یک (هرگز) تا شش (همیشه) درجه‌بندی شده است که به هر ماده نمره‌ای بین ۱ تا ۶ تعلق می‌گیرد. همچنین دارای چهار زیر مقیاس (اضطراب، افسردگی، عاطفه مثبت و کنترل رفتاری) است که در پژوهش حاضر از سه زیر مقیاس اضطراب، افسردگی و عاطفه مثبت استفاده شده است. جهت بررسی پایایی مقیاس سلامت روان، این مقیاس بر روی ۲۴ بیمار مبتلا به MS اجرا شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردید. همچنین ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط کنفدراسیون انجمن‌های MS برای این مقیاس ۰/۹۳ است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و عاطفه مثبت به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۷ و ۰/۸۳ گزارش شده است. روایی این ابزار توسط سه گروه (متخصصان اعصاب، گروه کاربران، گروه شاغلان بخش سلامت) مورد تأیید قرار گرفت و روایی تأیید شده بالای ۸۰٪ گزارش شده است (۳۷).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی مستقل) استفاده شد. بدین‌صورت که با توجه به فرضیه‌های مطرح‌شده و روش تحقیق، روش کار به این صورت بود که ابتدا برای هر گروه اختلاف نمرات به‌دست آمده از پس‌آزمون و پیش‌آزمون محاسبه گردیده، سپس برای هر گروه میانگین افتراقی محاسبه شده و معناداری تفاوت بین میانگین‌های افتراقی برآورد گردیده و از آزمون t برای گروه‌های مستقل به‌منظور تأیید یا رد فرض صفر استفاده شده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک مراقبان آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل به تفکیک در جداول شماره ۲ و ۳ گزارش شده است.

در جدول شماره ۴، نتایج آزمون تی مستقل بین میانگین‌های خرده مقیاس اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل برآورد شده است. بر این اساس ازآنجایی‌که مقدار t بدست آمده (t = ۳/۱۱) معنادار می‌باشد (p < ۰/۰۵)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های خرده مقیاس اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به این مطلب که میانگین تفاضل نمرات اضطراب گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد و نمرات بالاتر در پرسشنامه سلامت روان به معنای اضطراب کمتر می‌باشد، می‌توان گفت مداخلات آموزشی-حمایتی با مراقبان بیماران MS بر کاهش سطح اضطراب بیماران اثر مثبت دارد.

در جدول ۵ نتایج آزمون تی مستقل بین میانگین‌های خرده مقیاس افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل برآورد شده است. بر این اساس ازآنجایی‌که مقدار t بدست آمده (t = ۲/۵۹

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک مراقبان آزمودنی های گروه آزمایش

کد	جنسیت	سن	نسبت با بیمار	سطح تحصیلات	میزان ارتباط با بیمار
۱	زن	۳۸	همسر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۲	زن	۳۷	همسر	دیپلم	بالا- زندگی با بیمار
۳	مرد	۲۵	برادر	دیپلم	بالا- زندگی با بیمار
۴	زن	۴۰	زن برادر	دیپلم	متوسط-مراقب پاره وقت
۵	زن	۵۸	مادر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۶	مرد	۵۵	پدر	لیسانس	متوسط-زندگی با بیمار
۷	زن	۵۰	مادر	فوق لیسانس	بالا-زندگی با بیمار
۸	زن	۳۸	همسر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۹	زن	۴۹	همسر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۱۰	زن	۵۸	مادر	لیسانس	بالا-زندگی با بیمار

جدول ۳- مشخصات دموگرافیک مراقبان آزمودنی های گروه کنترل

کد	جنسیت	سن	نسبت با بیمار	وضعیت تحصیلی	میزان ارتباط با بیمار
۱	مرد	۳۰	برادر	لیسانس	متوسط-زندگی با بیمار
۲	زن	۳۸	همسر	دیپلم	بالا- زندگی با بیمار
۳	زن	۴۵	مادر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۴	زن	۵۵	مادر	لیسانس	بالا- زندگی با بیمار
۵	زن	۳۲	خواهر	دیپلم	متوسط-مراقب پاره وقت
۶	زن	۲۶	خواهر	لیسانس	بالا- زندگی با بیمار
۷	مرد	۳۵	همسر	فوق لیسانس	بالا-زندگی با بیمار
۸	زن	۲۸	خواهر	دیپلم	متوسط-مراقب پاره وقت
۹	زن	۳۱	همسر	لیسانس	بالا- زندگی با بیمار
۱۰	زن	۲۰	خواهر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۱۱	زن	۲۹	خواهرهمسر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار
۱۲	زن	۵۳	مادر	دیپلم	بالا-زندگی با بیمار

جدول ۴- مقایسه میانگین تفاضل نمرات خرده مقیاس اضطراب دو گروه (آزمایش و کنترل) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	شاخص آماری	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف معیار	خطای معیار	درجه آزادی	T	مقدار احتمال
آزمایش		۱۰	۵/۱۰	۴/۹۵	۱/۵۶	۲۰	۳/۱۱	۰/۰۱۱
کنترل		۱۲	-۰/۱۶	۲/۸۸	۰/۸۳			

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول۵ – مقایسه میانگین تفاضل خرده مقیاس افسردگی دو گروه (آزمایش و کنترل) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص آماری / گروه‌ها	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	درجه آزادی	T	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۳/۵۰	۳/۷۱۹	۱/۱۷۶	۲۰	۲/۵۹	۰/۰۲۳
کنترل	۱۲	۰/۰۸	۲/۴۲۹	۰/۷۰۱			

جدول ۶– مقایسه میانگین تفاضل خرده مقیاس عاطفه مثبت دو گروه (آزمایش و کنترل) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص آماری / گروه‌ها	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۴/۹۰	۴/۳۰	۱/۳۶	۲۰	۲/۶۲	۰/۰۱۹
کنترل	۱۲	۱/۱۶	۲/۲۰	۰/۶۳			

معنادار می‌باشد ($p < ۰/۰۵$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های خرده مقیاس افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به این مطلب که میانگین تفاضل نمرات افسردگی گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد و نمرات بالاتر در پرسشنامه سلامت روان به معنای افسردگی کمتر می‌باشد، می‌توان گفت مداخلات آموزشی- حمایتی با مراقبان بیماران MS بر کاهش سطح افسردگی بیماران اثر مثبت دارد.

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون تی مستقل بین میانگین‌های خرده مقیاس عاطفه مثبت دو گروه آزمایش و کنترل برآورد شده است. بر این اساس ازآنجایی‌که مقدار t بدست آمده ($t = ۲/۶۲$) معنادار می‌باشد ($p < ۰/۰۵$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های خرده مقیاس عاطفه مثبت دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به این مطلب می‌توان گفت مداخلات آموزشی- حمایتی با مراقبان بیماران MS بر کاهش سطح عاطفه مثبت بیماران اثر مثبت دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر شرکت مراقبان و خانواده‌های بیماران مبتلا به MS در جلسات گروه درمانی آموزشی- حمایتی بر کاهش سطح اضطراب، افسردگی و افزایش عاطفه مثبت بیماران پرداخته است که این طرح در قالب دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. پس از اجرای برنامه مداخله‌ای آموزشی- حمایتی در ۸ جلسه برای مراقبان بیماران گروه آزمایش و پاسخگویی دو گروه به سه مقیاس اضطراب، افسردگی و عاطفه مثبت پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران مبتلا به MS در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تحلیل و بررسی اطلاعات بدست‌آمده، نتایج پژوهش نشان داد، بین بیمارانی که مراقبان آن‌ها در برنامه آموزشی- حمایتی شرکت کرده‌اند (گروه آزمایش) و بیمارانی که مراقبان آن‌ها در جلسات شرکت نکرده‌اند (گروه کنترل) از لحاظ سطح اضطراب، افسردگی و عاطفه مثبت تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنی که شرکت مراقبان در برنامه‌های آموزشی- حمایتی باعث افزایش سطح آرامش آنان- که به علت شرایط خاص زندگی و تحمل فشارهای جسمی و روانی، افرادی آسیب‌پذیر و نیازمند توجه خاص هستند- شده است و این امربر بهبود کیفیت ارتباط مراقبان با بیماران و افزایش تحمل‌پذیری مراقبان منجر شده و درنهایت، نتایج ناشی از آن موجب افزایش سطح سلامت روانی (کاهش سطح اضطراب، افسردگی و افزایش عاطفه مثبت) بیماران شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیقات انجام‌شده توسط الشبیلی و همکاران (۲۹)؛ کامرون و همکاران (۳۰)؛ پکنهام (۳۱)، استفن (۳۲)؛ میجر و همکاران (۳۳)؛ او همکاران (۳۴)، چو همکاران (۳۵)، سالی و همکاران (۳۸)، تامپسون و کون (Gallagher-Thompson & Coon) (۳۹) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت، مراقبان افرادی به‌شدت آسیب‌پذیرند و فشارهای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

فیزیکی و هیجانی فراوانی را متحمل می‌شوند. گرچه بعضی از این افراد از نقشی که دارند، احساس رضایت می‌کنند، ولی همواره احساساتی از غم، خشم، رنجش، عصبانیت و حتی در بعضی از موقعیت‌ها، احساس گناه آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مراقبان، بیماران پنهان قلمداد شده‌اند (۴۰). فشارهای مالی، بیماری غیرقابل‌پیش‌بینی، فعالیت‌های روزانه غیرقابل برنامه‌ریزی، تغییرات خلقی ناگهانی بیماران، وجود درد و مشکلات حرکتی در بیماران باعث می‌شود، مراقبان دامنه‌ای وسیعی از ناراحتی‌ها را تجربه کنند. تحقیقات انجام شده وجود افسردگی را در نیمی از این مراقبان تأیید می‌کنند و ۶۱٪ از اعضای خانواده‌ها که درگیر مراقبت شدید (مراقبت حداقل ۲۱ ساعت در هفته) از بیماران هستند، افسردگی را تجربه می‌کنند (۴۳،۴۲،۴۱). به علت ماهیت پنهان فشارهای هیجانی مراقبان بیماران MS، تشخیص این مشکلات و به‌کارگیری مداخلات درمانی مناسب از اهمیت خاصی برخوردار است. بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام‌شده شرکت مراقبان در برنامه‌های آموزشی- حمایتی می‌تواند بر کاهش تنش هیجانی، افزایش اعتماد به نفس، گرایش به حل مسئله و انعکاس آن در ارتباط سالم متقابل و کاهش میزان ناراحتی‌های روانی بیماران مؤثر باشد. شرکت خانواده‌ها در گروه‌های آموزشی- حمایتی به آنان کمک می‌کند تا علاوه بر شناخت احساسات خود و ابراز مناسب آن‌ها، راه‌های مقابله با تنش و استرس را بیاموزند، با ترس‌ها و نگرانی‌های احتمالی در زندگی خود مقابله کنند و از تنش‌های روان‌شناختی که باعث ایجاد اضطراب در آنان می‌شود، جلوگیری کنند. در واقع با نحوه مدیریت خود آشنا شوند، علاوه بر این، شرکت در این برنامه‌ها باعث بالا رفتن آگاهی خانواده‌ها نسبت به ماهیت بیماری MS و نیازهای بیماران و در نتیجه به‌کارگیری روش‌های مؤثرتر جهت فراهم‌سازی حمایت‌های مناسب برای بیماران می‌گردد. همچنین، مراقبان با آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر، روش برخورد مناسب با نابهنجاری‌های رفتاری احتمالی بیماران را می‌آموزند. بر اساس مطالعات انجام شده درباره مشکلات مراقبان بیماران MS، یکی از شایع‌ترین مشکلات، عدم آگاهی و یا آگاهی اندک مراقبان است (۴۴). در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، وقتی مراقبان و خانواده‌های آنان در گروه قرار می‌گیرند، به علت درد مشترکی که دارند، نوعی انسجام و پیوستگی در بین آنان شکل می‌گیرد، به‌طوری‌که در برابر مسائل و مشکلات یکدیگر احساس مسئولیت می‌کنند و اشتیاق و علاقه شدیدی برای حل مشکلات همدیگر، از خود نشان می‌دهند و با تمام وجود در جهت کاهش مشکلات دوستانشان گام برمی‌دارند و این امر می‌تواند به ایجاد خودپنداره مثبت و احساس شادکامی، شادابی و رضایت از خود در آنان منجر شود که باعث بالا رفتن تاب‌آوری در برابر فشارهای ناشی از مراقبت و به‌طور غیرمستقیم افزایش عاطفه مثبت در بیمارانشان می‌شود.

در مجموع می‌توان گفت، شرکت خانواده‌ها در برنامه‌های آموزشی- حمایتی فرآیندی بسیار سودمند در جهت افزایش روند بهبود و تقویت سلامت روان و حمایت اجتماعی در بیماران و حل تعارضات ارتباطی آنان با خانواده‌هایشان و تقویت بهزیستی مراقبان که به علت شرایط خاص زندگی و مراقبت طولانی مدت از بیماران، افرادی آسیب‌پذیر و نیازمند حمایت و توجه خاص هستند، می‌باشد. شرکت مراقبان در جلسات گروهی باعث می‌شود که آنان با مطرح کردن احساسات، افکار، عقاید و مشکلاتشان و دریافت همدلی و بازخورد مناسب از سوی اعضا و رهبر گروه، احساس خوبی نسبت به خود پیدا کنند و این تصور در آنان ایجاد شود که از سوی اعضای گروه درک و پذیرفته‌شده‌اند و آنان را همراه و همدل خود بیابند، بنابراین، احساس تنهایی و درماندگی در آنان کاهش یابد و این امر می‌تواند به افزایش بهزیستی و ایجاد آرامش در آنان کمک کند. همچنین، شرکت مراقبان بیماران در جلسات مشاوره گروهی، آگاهی آنان را نسبت به نیازهای عاطفی و هیجانی بیمارشان افزایش می‌دهد و صبر و تحمل آن‌ها را در مواجهه با ناملایمات رفتاری احتمالی از سوی بیماران دوچندان می‌کند، در نتیجه، تغییر در نگرش مراقبان و خانواده‌ها نسبت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

به بیماران، سبب رفتار مطلوب‌تر و مناسب‌تر آنان با بیماران و فراهم‌سازی حمایت عاطفی بیشتری برای آن‌ها می‌شود. علاوه بر تخلیه هیجانی و کسب آرامش روحی و روانی، موجب آماده‌سازی مراقبان و خانواده‌ها در جهت برخوردی مناسب با بیماران و کمک به کاهش هیجانات منفی همچون اضطراب، افسردگی، درماندگی، افزایش عاطفه مثبت و روند بهبودی در بیماران MS می‌شود. هر پژوهش در روند اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است. محدودیت عمده این پژوهش این بود، که نمونه پژوهش حاضر بیماران مبتلا به نوع عودکننده - بهبودپذیر MS و در محدوده سنی ۲۵-۳۰ ساله بودند، لذا تعمیم نتایج این پژوهش به تمامی بیماران باید با احتیاط صورت گیرد. شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده، انجام تحقیق با نمونه کم و عدم وجود مرحله پیگیری برای این پژوهش از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مرحله پیگیری گنجانده شود و نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. با توجه به اثربخشی مداخلات آموزشی- حمایتی بر کاهش احساسات منفی همچون اضطراب و افسردگی و افزایش عاطفه مثبت بیماران در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود با توجه به طیف وسیع مشکلات جنسی، روانی و جسمی این بیماران که باعث ایجاد مشکلات ارتباط زناشویی فراوان در روابط افراد متأهل مبتلا به MS و همسرانشان می‌شود، دوره‌های مشاوره‌ای خاص این گروه از بیماران و همسرانشان به‌صورت زوج درمانی گروهی و فردی اجرا شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین انجمن MS ایران و تمامی بیماران و مراقبان شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

منابع

1. Kasper D, Braunwald E, Fauci, A, Houser S, Longo D, Jameson, J. Harrison's principles of Internal Medicine, 5th edition, New York. Mc Grow- Hill Co; 2005.2(16):2461.

2. Solari A, Radice D. Health Status of people with multiple sclerosis a community mail survey. Neurological Science; 2001. 22:307-15. (Persian)

3. Abramovitz M. Multiple Sclerosis. Translated by Hemmatkhah. Tehran: Asre Ketab; 2009:PP. 148-50. (Persian)

4. Masudi R, Mohammadi I, Ahmadi F, Hasanpour- Dehkordi A. The effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. Iran J Nurs. 2009; 22(60):53-64. (Persian)

5. Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini AF. Self-esteem and its associated factors in patients with multiple sclerosis. Iran J Nurs; 2012. 25(78):14-22. (Persian)

6. Bethoux F, Bennett S. Evaluating walking in patients with multiple sclerosis. Int J MS Care; 2011. 13(1):4-14.

7. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. Psychiatr Clin North Am; 2007. 30(4): 803-17.

8. Grima DT, Torrance GW, Francis G, Rice G, Rosner AJ, Lafortune L. Cost and health related quality of life consequences of multiple sclerosis. Mult Scler; 2000. 6(2):91-8.

9. Amato MP, Ponziani G, Rossi F, Liedl CL, Stefanile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. Mult Scler; 2001.7(5):340-4.

10. Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. J Clin Psycho; 12001. 57(4): 479-99.

11. Minden SL, Orav J, Reich P. Depression in multiple sclerosis. Gen Hosp Psychiatry; 1987. 9(6): 426-34.

12. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. Mult Scler; 1997. 3(3):191-6.

13. Morgante L. Introduction to Multiple Sclerosis Nursing Care. The University of New Mexico, Health Science Center. Multiple sclerosis quality of life inventory, a user manual; 1997. The consortium of multiple sclerosis centers. The National Multiple Sclerosis Society, New York; 2004: PP.118-20.

14. Schubert D, Foliart RH. Increased depression in multiple sclerosis: A Meta-analysis. Psychosomatics; 1993. 34(2):124-30.

15. Shaygannejad V, Sadramely SM. Successful living with MS (Multiple Sclerosis). 1st ed. Mashhad, Iran: Vazhyran publications; 2010: PP.125-29. (Persian)

16. Murray TJ. Multiple Sclerosis: The History of a Disease. New York, NY: Demos Medical Publishing; 2005: PP.221-25.

17. Maurelli M, Marchioni E, Cerretano R,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Bosone D, Bergamaschi R, Citterio A, et al. Neuropsychological assessment in MS: clinical, neurophysiological and neuroradiological relationships. Acta Neurol Scand; 1992. 86(2):124-8.

18. Shamili F. Effect of illness perception on quality of life in multiple sclerosis patients: an appraisal of self-regulation model. Payame-Noor University. (Dissertation). Payame-Noor University of Tehran; 2011. (Persian)

19. Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Multiple sclerosis: correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. Ital J Neurol Sci; 1994. 15(2): 97-101.

20. Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurologic diseases. Methodologic problems. Arch Neurol; 1992. 49(12):1296-1303.

21. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Brønnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. J Neurol Neurosurg Psychiatr; 1992. 55(7):542-5.

22. McKeown LP, Porter-Armstrong AP, Baxter GD. Caregivers of people with multiple sclerosis: Experiences of support. Mult Scler; 2004.10(2):219-30.

23. Holicky M. A labor of love beating stress in long term care giving. New Media Digoxin Co; 2000. 24(1): 29-34.

24. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. Clin Psychol Rev; 2009.29(2):141-53.

25. Madani H. A study of a self-caring plan affecting MS patient's self-esteem under protection of Iranian MS society. (Dissertation). Tarbiat Modarres University; 2001. (Persian)

26. Cameron JL, Franche RL Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. Cancer; 2002. 94(2):521-7.

27. Crawford JD, McIvor GP. Group psychotherapy: Benefits in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil; 1985. 66: 810-13.

28. Kaplan HL, Sadock BJ. Comprehensive Group Psychotherapy. Maryland: Williams & Wilkins. 1993. PP. 459-70.

29. Alshubaili AF, Ohaeri, JU, Awadalla AW, Mabrouk AA. Family caregiver quality of life in multiple sclerosis among Kuwaitis: a controlled study. BMC Health Serv Res; 2008. 8: 206.

30. Cameron JL, Shin, JL. Williams D, Stewart DE. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer J Psychosom Res; 2004. 57(2):137-43.

31. Pakenham KI. Application of a stress and coping modal to caregiving in multiple sclerosis. Psychol Health Med; 2001. 6(1): 13-27.

32. Steffen AM. Anger management for dementia caregivers: A preliminary study using video and telephone interventions.Behavior Therapy; 2000. 31(2):281-99.

33. Major B, Cozzarelli C, Sciacchitano, AM, Cooper ML, Testa M, Mueller PM. Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. J Pers Soc Psychol; 1990. 59(3):452-63.

34. Au A, Li S, Lee K, Leung P, Pan PC, Thompson L, et al. The coping with caregiving group program for chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. Patient Educ Couns; 2010. 78(2):256-60.

35. Chou KR, Liu SY, Chu H. The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia. Int J Nurs Stud; 2002. 39(7):713-22.

36. Sanai B. Group psychotherapy and counseling. Tehran: Chehr; 2004: PP.112-13. (Persian)

37. Ritvo PG, Fischer GS, Miller DM, Andrews H, Paty DW, Larocca NG. MSQLI: Multiple sclerosis quality of life inventory: A user manual. The consortium of multiple sclerosis centers. The National Multiple Sclerosis Society. New York; 1997: PP. 141-44.

38. Chan SW, Yip B, Tso S, Cheng BS, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. Patient Educ Couns; 2009. 75(1):67-76.

39. Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. Psychol Aging; 2007. 22(1):37-51.

40. Andolsek KM, Clapp-Channing NE, Gehlbach SH, Moore I, Proffitt VS, Sigmon A, et al. Caregiving in elderly relatives: The prevalence of caregiving in a family practice. Arch Intern Med; 1988. 148(10):2177-80.

41. Haley WE, LaMonde LA, Han B, Narramore S, Schonwetter R. Family caregiving in hospice: Effects on psychological and health functioning among spousal caregivers of hospice patients with lung cancer or dementia. Hosp J; 2001. 15(4):1-18.

42 .Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity Crit Care Med; 2001. 29(10):1893-7.

43. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: "They don't know what they don't know. JAMA; 2004. 28.291(4):483-91.

44. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. J Neurosci Nurs; 2008. 40(1):25-31.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

A study on the effectiveness of caregivers' group supportive-training intervention on the mental health of MS patients

Nayereh Jahan Bakhsian, PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. n. jahanbakhsian@yahoo.com
Kianoush Zahrakar, PhD, Assistant Professor, Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. dr_zahrakar@yahoo.com
***Reza Davarniya**, PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran (*Corresponding author). rezadavarniya@yahoo.com

Abstract

Background: Multiple Sclerosis (MS) is an auto immune disease of the central system. This research examined the effect of MS patient's caregiver's participation in group supportive-training therapy on the improvement of patient's mental health (decrease of depression and anxiety, increase of positive effect).

Methods: The present research design is a pretest-posttest quasi-experimental method with control group. The statistical population included relapse-remitting MS patients of 20-35 years old referring to Iranian MS society in 2013 who resided in Tehran. Sample of this research consists of 24 MS patients who were randomly assigned to experimental and control groups. The research used MHI scale of MSQLI inventory which was answered by 24 subjects (experimental & control groups) in pretest-posttest. Caregivers of experimental group attended 8 sessions of supportive-training group counseling that lasted nearly 90 minutes and hold once a week. Caregivers of control group did not receive any intervention. Collected data were analyzed using independent t-test.

Results: The findings indicated that supportive- training intervention on caregivers of MS patients has been effective on the improvement of patient's mental health such as reducing anxiety and depression, and increasing positive affection.

Conclusion: According to the findings, in addition to applying proper intervention for MS patient, providing their caregivers with suitable education on caring patients is suggested.

Keywords: Supportive- training group therapy, Mental health, Multiple sclerosis, Caregivers' patient

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]