Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN) Original Article

Spring 2018, Volume 5, Issue 3 DOI: 10.21859/ijrn-05035

Investigating the Effectiveness of Resiliency Pattern on Improving the Quality of Life of Multiple Sclerosis Patients: A Follow up Study

Jalil Fayand [1], Maryam Akbari [2,*], Omid Moradi [2], Qumarth Karimi [3]

[1] PhD Student in Public Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University , Sanandaj, Iran

[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

[3] Assistant Professor, Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran

*** Corresponding author:** Maryam Akbari, Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. E-mail: Akbari1384@gmail.com

Received: 29 Aug 2018 **Accepted:** 01 Jan 2019

Abstract

Introduction: Regarding the prevalence of psychological disorders in multiple sclerosis patients, some reports have considered the efficacy of a resilient model prior to previous treatments. Therefore, the aim of this study was to investigate the effectiveness of the resiliency model on improving the quality of life components in patients with multiple sclerosis followed by three months.

Methods: This study was an experimental study in which pre-test-post-test design with control group was used. The statistical population of the study was 631 people. The sample consisted of 40 MS patients in Tabriz in 2018. First of all, 220 patients with multiple sclerosis, a quality of life test, were selected. Then, the subjects from the above-mentioned society, who were classified as unsatisfactory according to the cutoff criteria, were selected (82 subjects). 20 subjects were assigned to the experimental group and 20 controls were randomly selected. The intervention based on resilient training was performed in 12 sessions of 90 minutes, one session per week. After the end of the sessions, quality of life test for posttest was performed again in two groups and after three months after the end of the intervention, a post-test was performed. Data were analyzed using covariance analysis.

Results: All subjects were male and the mean age of the subjects in the experimental group was 42.35 ± 5.84 and the mean age of the subjects in the control group was 42.35 ± 5.84. Data analysis showed that there was a significant difference between the mean scores of post-test in the experimental and control groups ($P < 0.01$), so that the intervention improved the components of quality of life in the experimental group. Also, after a three month follow up, the model of resilience has had a lasting effect on the quality of life of MS patients.

Conclusions: Considering the positive effect of resilient education, the use of this training in planning mental health interventions, especially in patients with multiple sclerosis, is recommended.

Keywords: Resiliency, Quality of Life, Multiple Sclerosis, Psychological Disorders

© 2019 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
بهار ۱۳۹۸، دوره ۵، شماره ۳
DOI: 10.21859/ijrn-05035

بررسی اثربخشی الگوی تاب آوری بر بهبودکیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکلروز چندگانه: یک مطالعه پیگیرانه

جلیل فایند [۱]، مریم اکبری [۲،*]، امید مرادی [۲]، کیومرث کریمی [۳]

[۱] دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
[۲] استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
[۳] استادیار، گروه روانشناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران
[*] **نویسنده مسئول**: مریم اکبری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران. ایمیل: Akbari1384@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۰۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۱۰/۱۱

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع اختلالات روان‌شناختی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس، برخی از گزارش‌ها اثربخشی مدل تاب آوری را مقدم بر درمان‌های مرسوم قبلی دانسته‌اند، براین اساس هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مدل تاب آوری بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس با پیگیری سه ماهه بود.

روش کار: این پژوهش، به‌صورت تجربی بوده و در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر ۶۳۱ نفر بود. نمونه شامل ۴۰ بیمار مبتلا به ام اس شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بود. ابتدا از ۲۲۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، آزمون کیفیت زندگی به‌عمل آمد؛ سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش در سطح نامطلوبی قرار داشتند، (۸۲ نفر) انتخاب شدند. ۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه کنترل به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. مداخله مبتنی بر آموزش تاب آوری طی ۱۲ جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات مجدداً آزمون کیفیت زندگی جهت پس آزمون روی دو گروه اجرا گردید و سه ماه بعد از اتمام مداخله نیز پس آزمون بعمل آمد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: همه آزمودنی‌ها مذکر بوده و میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایش ۵/۸۴ ± ۴۲/۳۵ و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه کنترل ۵/۸۴ ± ۴۲/۳۵ بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$)، به نحوی که مداخله تاب آوری موجب بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است. همچنین بعد از پیگیری سه ماهه نیز مدل تاب آوری اثر ماندگاری بر کیفیت زندگی بیماران ام اس داشته است.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر مثبت آموزش تاب آوری، استفاده از این آموزش در برنامه‌ریزی اقدام‌های بهداشت روانی به خصوص در مورد بیماران مالتیپل اسکلروزیس توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تاب آوری، کیفیت زندگی، مالتیپل اسکلروزیس، اختلالات روانشناختی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس، یکی از بیماری‌های شایع سیستم اعصاب مرکزی است که بیشتر جوانان را گرفتار می‌کند. در این بیماری میلین که در انتقال پیام‌های عصبی در طول فیبرهای عصبی نقش دارد آسیب می‌بیند، اگر آسیب میلین جزئی باشد پیام‌های عصبی با اختلالات کمتری منتقل می‌شوند [۱]، اما اگر آسیب میلین زیاد باشد بافت اسکار مانند جایگزین میلین می‌شود و از این رو انتقال پیام‌های عصبی ممکن

است به طور کامل قطع شوند. نام این بیماری به این علت مولتیپل اسکلروزیس انتخاب شده است که در مناطق زیادی از سیستم عصبی ضایعه ایجاد شود (مولتیپل)، و اسکار که به معنی بافت سخت می‌باشد جانشین میلین آسیب دیده می‌شود [۲]. کم توانی ونهایتاً ناتوانی، محدودیت‌های حرکتی، استرس، اختلالات روحی _ روانی و عصبی، افسردگی و... از عوارض مهم و عمده‌ای است که می‌تواند در زندگی فردی و اجتماعی این بیماران اثر گذاشته و بیماران مبتلا به بیماری‌ام.اس را مبدل به افرادی منزوی و گوشه گیر نماید [۱]. این بیماران عمدتاً در زندگی روزمره دچار مشکلاتی زیادی می‌شوند. مطالعات نشان داده که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به شدت آسیب می‌بینند [۳]. کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی‌شان به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشأت می‌گیرد. بنابراین، بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی‌شان داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند [۴]. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به‌عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است [۵]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از حالتی که در آن شخص، احساس سلامت و رضایت کامل جسمی، روحی و اجتماعی دارد. با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم است اندازه گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه داشت. به مرور زمان محققان متوجه شدند که کیفیت زندگی می‌تواند یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی سلامت باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز به این نکته تأکید دارد [۶]. کیفیت زندگی را می‌توان به چهار بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد که هر یک از این ابعاد خود دارای اجزایی است. طبق این تقسیم بندی، اجزای عملکرد جسمی شامل بود یا نبود اختلال در اشتها، اختلالات بلع و تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، تنگی نفس، خستگی و بی خوابی، ناتوانی، بی حسی، درد، توان انجام حرکت برای مراقبت از خود و انجام کارهای روزمره است. اجزای عملکرد روانی مشتمل بر وجود یا فقدان اضطراب، افسردگی، سازش، بیماری و درمان است. اجزای عملکرد اجتماعی دربرگیرنده نحوه ایفای نقش‌ها، ارتباطات، تعاملات خانوادگی، ارتباط با دوستان و توانایی کار در خارج از منزل و فعالیتهای جنسی است. این مفهوم کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است [۷].

اخیراً، روانشناسان به این نتیجه رسیده‌اند که در پی به وجود آوردن درمان‌های جایگزین و جدید برای بهبود بیماری‌ام اس بوده و در حوزه سلامت عمومی دست به خلاقیت و نوآوری می‌زنند. اخیراً این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که برای بهبود این بیماران می‌توان علاوه بر دارو درمانی و سایر امکانات پزشکی و درمانی رایج و مدرن، از آموزش تاب آوری برای افزایش کیفیت زندگی استفاده کرد [۸]. مرور شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که در طراحی برنامه‌های مداخله مربوط به بیماران مولتیپل اسکلروز بر آموزش مؤلفه‌هایی نظیر راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد، آموزش حل مساله اجتماعی و تقویت منابع انگیزشی و شناختی تاکید می‌شود [۹]. شواهد تجربی نشان می‌دهد که این مداخلات عمدتاً با هدف کاهش تجارب تنیدگی زا [۱۰]، پسایندهای هیجانی وابسته به این تجارب مانند اضطراب [۱۱] و افسردگی [۱۲] و آشفتگی روان شناختی استفاده شده‌اند [۱۳].

در این میان نیز برنامه تاب آوری که برگرفته از روانشناسی مثبت نگر است به عنوان یکی از برنامه‌های مداخله پر استفاده برای تجهیز روانشناختی افراد در رویارویی با تجارب منفی زندگی از اهمیت غیر قابل انکاری برخوردار است [۱۴]. طبق دیدگاه سلیگمن استفاده از برنامه پیشگیری پنسیلوانیا به مانند یک برنامه بازآموزی اسنادی هدف خطیر مدیریت پسایندهای چندگانه متعاقب رویارویی با رخدادهای منفی زندگی و ایمن سازی روانی افراد را فراهم می‌آورد [۱۵]. در اهمیت این موضوع می‌توان گفت، تاب آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد [۱۶]. تاب آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روشهای سازگاری در مبتلایان به بیماریهای مزمن است. تاب آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت همچون ابتلا به یک بیماری مزمن است. به بیانی دیگر انطباق موفقیت آمیز با شرایط چالش برانگیز در زندگی را تاب آوری می‌نامند [۱۱]. بلاک معتقد است که تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد. در نتیجه این انعطاف پذیری انطباقی، افراد دارای سطح بالای تاب آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند و اعتماد به نفس بالاتری داشته و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند، سازگاری روان شناختی بهتری دارند [۱۷]. به عقیده ماستن [۱۸] هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آن گاه تاب آوری به ظهور می‌رسد. در نتیجه فرآیند تاب آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می‌گردند و سلامت روان حفظ می‌شود [۱۹-۲۱]. افراد مبتلا به بیماریهای مزمن می‌بایست مهارتهای تطابقی را یاد گرفته و آنها را در روبرو شدن با چالش‌های روزانه بکار گیرند.

نتایج مطالعه کردمیرزا و همکاران [۲۲] نشان داد که آموزش تاب آوری باعث کاهش افکار خودآیند منفی و ناامیدی و افزایش خوش بینی و عزت نفس می‌شود. همچنین نتایج پژوهش اسینسما و همکاران [۲۳] از اثربخشی آموزش تاب آوری در کاهش مشکلات رفتاری ناسازگارانه و افزایش کیفیت زندگی حمایت کرد. منصوری [۲۴] نیز نشان داد که آموزش تاب آوری از طریق تغییر در الگوهای اسناد بدکارکرد در ارتقای سطح سازگاری روانشناختی آن‌ها از نقش موثری برخوردار است. شجاعی و همکاران [۲۵] در مطالعه‌ای دریافتند که برنامه مداخله روانی آموزشی تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی، تاب آوری در شرایط سخت کاری و کاهش فرسودگی شغلی تأثیر دارد. هارت و همکاران [۲۶] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که تاب آوری باعث بهبود کیفیت

زندگی، کاهش درد و استرس [۲۷] و کاهش مشکلات هیجانی، افزایش سطح سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی را در پی دارد [۲۸]. مبتنی براین موارد پژوهشی نظری، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی الگوی تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکلروز چندگانه با پیگیری سه ماهه بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در سال ۱۳۹۷ بود. آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از بیماران مالتیپل اسکلروزیس شهرستان تبریز بودند که از طریق پرسش‌نامۀ کیفیت زندگی شناسایی شدند. یک گروه ازاین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش) در معرض مداخله تاب آوری قرار گرفتند. و یک گروه به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ گونه مداخله‌ای برای آنها اجرا نشد. مداخله مبتنی بر تاب آوری به‌عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد، و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه پیش‌آزمون و سپس ده روز بعد از اتمام مداخله پس‌آزمون اجرا شد. سپس سه ماه بعد نیز ضمن تماس با آزمودنی و مراجعه به مرکز مشاوره ولیعصر پیگیری به عمل آمد.

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیۀ بیماران مالتیپل اسکلروزیس مراکز درمانی شهدا، رازی، مدنی و امام رضا جهت شهرستان تبریز بودند، سپس از میان آنها با توجه به حجم جامعه آماری که ۶۳۱ نفر بودند با توجه به جدول مورگان ابتدا به صورت تصادفی ساده ۲۲۰ بیمار مالتیپل اسکلروزیس پرسش‌نامۀ کیفیت زندگی (ساخت سازمان جهانی بهداشت) را تکمیل کردند (لازم به ذکر است که پرسشنامه توسط خود بیماران تکمیل می‌گردید). از میان این بیماران، از بین ۸۲ نفر که براساس نقطه برش پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در وضعیت غیرنرمالی قرار داشتند (یعنی طبق نقطه برش یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند)، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. همچنین برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه حداقل ۲۰ نفر کفایت می‌کند. مداخله تاب آوری طی ۱۲ جلسه، نود دقیقه‌ای انجام شد. مداخلاتی آزمایشی توسط دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی در مرکز مشاوره ولیعصر تبریز انجام شد و همه مداخلات در فصل تابستان در بازده زمانی ۱۰ تا ۱۲ قبل از ظهر انجام گرفت.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به مسئولین بیمارستان و بیماران شرکت کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی افراد شرکت کننده شامل سن، جنس و تحصیلات به صورت محرمانه و بی نام مورد استفاده قرار می‌گیرد، به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی افراد نتایج در سطح کلی گروه‌ها گزارش شود و برای مقاصد آموزشی نتایج در اختیار مسئولین مراکز قرار گیرد. همچنین در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و آنها آزاد بودند که هر زمان که بخواهند از ادامه همکاری با پژوهشگر اجتناب ورزند. در پایان دوره پیگیری نیز کارگاهی سه روزه برای گروه کنترل برگزار و در مورد رفتارها و مهارت‌های تاب آوری با آنها بحث شد و در همین راستا یک جزوه آموزشی تهیه و در اختیار آن‌ها قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل مذکر بودن، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ (جهت همتاسازی آزمودنی‌ها)، ۳ سال از تشخیص بیماری گذشته باشد، عدم ابتلا به سایر اختلالات روان پزشکی و نورولوژیکی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج نیز غیبت بیش از ۳ جلسه در خلال جلسات آموزشی بود.

در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد: الف) پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه، فرم خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO) است که جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه رایج‌ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی است. درایران، اعتباراین پرسشنامه ارزیابی و تأیید شده است [۱۴]. مقیاس کیفیت زندگی دارای ۲۶ سؤال است که دو سؤال آن در مورد رضایتمندی از سلامت عمومیو درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه سؤال‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی‌اندازه گیری می‌کند. همچنین نقطه برش این پرسشنامه یک انحراف معیار بالاتر از میانگین است. یعنی نمره ۴۵ به پایین به معنای این است که از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار است. مقادیر پایایی ابزار مذکور در پژوهش [۲۹] در بعد سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در بعد روانی ۰/۷۷، در بعد اجتماعی ۰/۷۵ و در بعد محیطی برابر با ۰/۸۴ بوده و همسانی درونی‌این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است [۱۹]. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

مداخله تاب‌آوری

پروتکل درمانی تاب آوری در این پژوهش مبتنی بر پروتکل هندرسون و میلستین [۳۰] بود. در ابتدای هر جلسه مروری بر تکلیف جلسه قبل از آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد و به دنبال آن، بحث و آموزش مقوله مورد نظر انجام می‌شد. هم چنین، به تمرین در گروه پرداخته شده و در پایان، با معرفی تکالیفی که می‌بایست آزمودنی‌ها در فاصله زمانی تا جلسه بعد انجام می‌دادند، جلسه پایان می‌یافت.

روش مداخله

یافته‌ها

پس از اجرای آموزش مبتنی بر تاب آوری بر روی بیماران مبتلا به ام اس از هردو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. نتایج نشان داد که میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایش ۵/۸۴ ± ۴۲/۳۵ و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه کنترل ۵/۸۴ ± ۴۲/۳۵ بود که این تفاوت معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$). در جدول ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۱: مراحل مداخله تاب آوری طبق پروتکل هندرسون و میلستین (۳۰) عبارت بود از: اهداف هدف جلسات تکنیک‌های بکار رفته

جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضاء	- پیش آزمون و ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضاء و تشریح چگونگی انجام کار، -معرفی پژوهشگر، -معرفی اعضاء، -توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضاء، کارو تکالیف گروهی
جلسه دوم	آشنایی با چهارچوب کلی بحث و راهکار شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی	-تعریف تاب آوری، -معرفی خصوصیات افراد تاب آور شامل: شادی، خردمندی و بینش، شوخ طبعی، همدلی، کفایت‌های عقلانی، هدفمندی در زندگی، ثبات قدم
جلسه سوم	آشنایی با عوامل حمایتی داخلی	-مفهوم خوش بینی، -منبع کنترل، -آشنایی با استرس و راه‌های کنار آمدن با استرس، -شناخت استعدادها و علایق و تاکید بر آنها و تمایل به استفاده از آنها
جلسه چهارم	آشنایی با عوامل حمایتی خارجی	-سیستم حمایتی اجتماعی، -مسئولیت پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی دار، -احساس تعلق داشتن و باارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن
جلسه پنجم	آشنایی با راه‌های ایجاد تاب آوری	-برقراری و حفظ ارتباط با دیگران، -تاکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش نسبت به آنها، -پذیرفتن تغییر
جلسه ششم	ادامه راه‌های ایجاد تاب آوری	-هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده، -عمل کردن، -آشنایی با سبک‌های تفکر و تاکید بر نقش تفکر خوش بینانه در تاب آوری
جلسه هفتم	ادامه راه‌های ایجاد تاب آوری	-آموزش خودآگاهی، -آموزش عزت نفس، -پرورش اعتماد به نفس
جلسه هشتم	ادامه راه‌های ایجاد تاب آوری	-خودمراقبتی، -چهارچوب دادن به استرس‌ها
جلسه نهم	ادامه راه‌های ایجاد تاب آوری	-جستجوی معنا و معناخواهی، -معرفی رویکرد معنادرمانی و آشنایی با تجارب فرانکل
جلسه دهم	ادامه راه‌های ایجاد تاب آوری	-بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده (بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و آشنایی با خطاهای شناختی)
جلسه یازدهم	ادامه راه‌های ایجاد تاب آوری	آشنایی با تفاوت‌های فردی در ادراک، تاکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی
جلسه دوازدهم	جمع بندی	-تاکید بر اهمیت معنابخشیدن به مشکلات غیر قابل تغییر

جدول ۲: آماره‌های توصیفی پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیماران ام اس

متغیرها	**گروه آزمایش**		**گروه کنترل**	
	میانگین	**انحراف معیار**	**میانگین**	**انحراف معیار**
سلامت جسمانی				
پیش آزمون	۱۱/۳۰	۱/۳۸	۱۱/۱۰	۱/۷۱
پس‌آزمون	۱۴/۷۵	۱/۳۷	۱۰/۴۵	۱/۵۷
پیگیری	۱۳/۷۵	۱/۳۷	۹/۹۰	۱/۸۰
سلامت روانی				
پیش آزمون	۹/۶۰	۱/۳۹	۸/۹۰	۱/۰۷
پس‌آزمون	۱۳/۶۰	۱/۳۵	۹/۰۵	۰/۹۴
پیگیری	۱۲/۳۰	۱/۵۲	۸/۷۰	۱/۰۳
سلامت اجتماعی				
پیش آزمون	۶/۳۵	۱/۲۶	۵/۷۵	۰/۹۶
پس‌آزمون	۸/۵۰	۱/۲۷	۵/۳۰	۱/۰۸
پیگیری	۷/۶۵	۱/۴۲	۵/۲۰	۱/۲۳
سلامت محیطی				
پیش آزمون	۱۳/۴۵	۱/۳۱	۱۴/۱۵	۱/۱۸
پس‌آزمون	۱۵/۸۵	۱/۰۳	۱۳/۳۰	۱/۱۷
پیگیری	۱۵/۰۵	۱/۱۹	۱۲/۹۰	۱/۸۶
کیفیت زندگی				
پیش آزمون	۴۰/۷۰	۲/۸۸	۳۹/۹۰	۲/۹۷
پس‌آزمون	۵۲/۷۰	۲/۶۳	۳۸/۱۰	۲/۴۴
پیگیری	۴۸/۷۵	۲/۴۸	۳۶/۷۰	۳/۰۶

همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می‌شود. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس بررسی گردید.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها در مؤلفه‌های آزمون

متغیر	ضریب	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
سلامت جسمانی	۰/۱۰۰	۱	۱۰۲	۰/۷۵۲
سلامت روانی	۰/۹۳۲	۱	۱۰۲	۰/۳۳۷
سلامت اجتماعی	۲/۸۴	۱	۱۰۲	۰/۱۳۷
سلامت محیطی	۰/۳۴۲	۱	۱۰۲	۰/۵۶۰
کیفیت زندگی	۱/۰۷	۱	۱۰۲	۰/۳۰۳

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آزمون لوین برای هیچکدام از متغیرهای سلامت جسمانی (۰/۱۰۰)، سلامت روانی (۰/۹۳۲)، سلامت اجتماعی (۲/۸۴)، سلامت محیطی (۰/۳۴۲) و نمره کل کیفیت زندگی (۱/۰۷) معنادار نشده است و در نتیجه پیش فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است، به عبارت دیگر سطح معناداری همگی $P > ۰/۰۵$ می‌باشد. به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمره کیفیت زندگی از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو ویلک

آزمون شاپیرو ویلک	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۰/۹۷۱	۲۰	۰/۸۷۰
سلامت روانی	۰/۹۱۰	۲۰	۰/۱۳۳
سلامت اجتماعی	۰/۸۹۴	۲۰	۰/۰۷۸
سلامت محیطی	۰/۹۶۶	۲۰	۰/۷۹۷
کیفیت زندگی	۰/۷۴۹	۲۰	۰/۲۸۷

نتایج آزمون شاپیرو ویلک در جدول ۴ نشان داد، که توزیع داده‌های حاصل از متغیرهای عملکرد توجه پیوسته، حافظه فعال و ادراک دیداری - حرکتی، نرمال است؛ چرا که سطح معناداری متغیرها در گروه‌های مورد مطالعه بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین این مفروضه رعایت شده است. همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود سطوح معنی داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی دار وجود دارد. که نمره F مربوطه برای اثر پیلایی (۱۴/۹۵)، لامبدای ویلکز (۱۴/۹۵)، اثر هتلینگ (۱۴/۹۵) و بزرگترین ریشه خطا (۱۴/۹۵) می‌باشد، و به عبارت دیگر سطح معناداری همگی $P < ۰/۰۱$ می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته کیفیت زندگی

نام آزمون	ارزش	F	P
اثر پیلایی	۰/۵۵۷	۱۴/۹۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۳	۱۴/۹۵	۰/۰۰۱
اثر هلتینگ	۱/۲۵	۱۴/۹۵	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱/۲۵	۱۴/۹۵	۰/۰۰۱

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
جسمی				
پیش آزمون	۱۳/۰۱	۶/۹۰	۰/۰۱۲	۰/۱۵
گروه	۱۷۷/۷۱	۹۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
روانی				
پیش آزمون	۰/۸۱	۰/۵۹۰	۰/۴۴۷	۰/۰۱
گروه	۱۸۴/۱۹	۱۳۳/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸
اجتماعی				
پیش آزمون	۱/۰۱	۰/۷۱	۰/۴۰۲	۰/۰۱
گروه	۹۰/۱۸	۶۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳
محیطی				
پیش آزمون	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۳۹۱	۰/۰۲
گروه	۶۴/۲۷	۵۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
کیفیت زندگی				
پیش آزمون	۲۵/۰۶	۴/۱۹	۰/۰۴۸	۰/۱۰
گروه	۲۰۲۷/۵۱	۳۳۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰

نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن معنادار است. همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، با کنترل نمره پیش آزمون، آموزش مبتنی بر تاب آوری باعث بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به ام اس شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل در مؤلفه‌های کیفیت زندگی جهت مقایسه پس آزمون و پیگیری

مؤلفه	T	F	سطح معناداری
جسمی	۱/۰۱	۱/۹۰	۰/۹۳۲
روانی	۱/۷۱	۱/۳۵	۰/۳۸۱
اجتماعی	۱/۸۱	۱/۵۹۰	۰/۴۴۷
محیطی	۱/۱۹	۱/۷۹	۰/۳۹۱
کیفیت زندگی	۱/۰۶	۱/۱۹	۰/۶۱۲

برای پاسخ به‌این سؤال که‌آیا آموزش مبتنی بر تاب آوری در طی ۳ ماه ماندگار مانده یا نه، از آزمون T گروه‌های مستقل استفاده شد، که نتایج نشان داد نمره کل کیفیت زندگی با (۱/۰۶) T و با سطح معناداری ۰/۶۱۲ تفاوت معناداری را بین پس‌آزمون و پیگیری نشان نمی‌دهد و این نشان می‌دهد در دوره پیگیری نسبت به پس آزمون افتی وجود نداشته است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدل تاب آوری باعث افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران ام اس می‌شود و این تاثیرات در طول زمان نیز ماندگار است که با یافته‌های منصوری [۲۴]، کردمیرزا و همکاران [۲۲]، استینسما و همکاران [۲۳]، شجاعی و همکاران [۲۵] و هارت و همکاران [۲۶] همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آنجایی که افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که سبب می‌شود در مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های تنش زا به شیوه تاب آورانه تری تفکر و سپس عمل کنند. از این رو سعی می‌شود با کاهش دادن استرس‌ها و تمرکز بر توانایی‌ها و استعدادهای افراد، زندگی شاد و سالم‌تری ایجاد شود و از آنجایی که این برنامه سبک‌های شناختی ناسازگارانه و سوگیری‌های فرایند اطلاعاتی که مرتبط با اضطراب و افسردگی است را هدف قرار می‌دهد، بنابراین سبب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود [۲۵]. همچنین، تاب آوری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله مدار در بیماران ام اس می‌شود و باعث بازنگری و ارزیابی مجدد به گونه مثبت در تنظیم هیجانات می‌شود. این آموزش‌ها موجب کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدار، خود سرزنش گری، نشخوار فکری و فاجعه آمیز تلقی کردن می‌شود که در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران ام اس می‌شود [۲۷]. در خصوص حفظ اثر آموزش پس از دوره سه ماهه می‌توان گفت آموزش تاب آوری اعتقاد به توانایی و یک فلسفه خوش بینانه به زندگی را ارائه می‌کند و یکی از عناصر سازنده عملی است که کمک می‌کند تا فرد فاصله بین نیروهای خود و محدودیت خود را پر می‌کند و به دیگر سخن، موجب بازیابی اعتقاد بوده و جرات انجام کار را به افراد می‌دهد و از طریق دلگرمی، فرد به ارزش‌های خودآگاهی می‌یابد و به نقاط قوت و داشته‌های خود واقف می‌شود و در طول زندگی به صورت بلند مدت آن را به کار می‌گیرد که می‌تواند تبیینی برای نتایج این پژوهش باشد که پس از گذشت ۳ ماه همچنان اثرات درمانی پابرجا بوده‌اند. بنابراین، آموزش تاب آوری افزایش همدلی افراد را موجب می‌شود که در نتیجه این امر سطح کیفیت زندگی افراد بالا می‌رود، افرادی که از سطح کیفیت زندگی بالایی برخوردارند، رفتارهای انعطاف پذیری بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری را با دیگران ایجاد می‌کنند. این رفتارهای انعطاف پذیر حل بهتر مساله و درک بهتر شرایط می‌شوند [۲۳].

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آموزش تاب آوری به عنوان یک مداخله روانشناختی باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران ام. اس شده و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی هیجان را کاه داده و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که به بیماران ام اس محدود شده است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی، این پژوهش در مورد هر دو جنس انجام گرفته و تغییرات هر دو گروه با هم مقایسه شوند. همچنین محدودیت دیگر مربوط به ابزار پژوهش است که شامل پرسشنامه‌های خودگزارش دهی می‌باشد و در نهایت ممکن است با سوگیری پاسخ دهندگان همراه باشد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی عمومی مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج با کد اخلاق ۲۸۵ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از شرکت کنندگان محترم و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر بعمل آورند.

References

1. Esfandeh K, Jamalpour S, Majdinasab N, Emami Dehcheshmeh S, Abdolkhani F, Rezvani R. Comparison of short term memory in relapsing remitting multiple sclerosis patients with and without depression and normal adults resident in Ahwaz province. Jundishapur Sci Med J. 2016;15(4):461-73.
2. Jahanbakhsian N, Zahrakar K, Davarniya R. A study on the effectiveness of caregivers' group supportivetraining intervention on the mental health of MS patients. Rafsanjan J Med Sci. 2016;23(144):19-29.
3. Milo R, Osherov M. Daclizumab and its use in multiple sclerosis treatment. Drugs Today (Barc). 2017;53(1):7-

18. doi: 10.1358/dot.2017.53.1.2570979 pmid: 28387383
4. Taormina RJ. Adult Personal Resilience: A New Theory, New Measure, and Practical Implications. Psychol Thought. 2015;8(1):35-46. doi: 10.5964/psyct.v8i1.126
5. Zibad HA, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Perception of spiritual health: A qualitative content analysis in Iranian older adults. Educ Gerontol. 2016;43(1):21-32. doi: 10.1080/03601277.2016.1231521
6. Souri H, Hasanirad T. Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine a School of Educational Psychology. Iran: University of Tehran; 2012.
7. Shahbazi M, Golzari M, Borjali A. Effectiveness of a healthy lifestyle based on the world health model on death anxiety among elderly people of Ilam. J Sabzevar Univ Med Sci. 2015;22(3):308-16.
8. Haghighatian M, Hashemianfar S, Balvardi Z. The experience of ageing and role identity challenges of the elderly: A qualitative research. J Res Health Sci. 2015;4:339-50.
9. Johns MM, Zimmerman M, Harper GW, Bauermeister JA. Resilient minds and bodies: Size discrimination, body image, and mental health among sexual minority women. Psychol Sex Orient Gender Divers. 2017;4(1):34-42. doi: 10.1037/sgd0000207
10. Deckro GR, Ballinger KM, Hoyt M, Wilcher M, Dusek J, Myers P, et al. The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. J Am Coll Health. 2002;50(6):281-7. doi: 10.1080/07448480209603446 pmid: 12701653
11. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. Pers Individ Dif. 2003;34(1):77-95. doi: 10.1016/s0191-8869(02)00027-2
12. Misra R, Mc Kean M, West S, Tony R. Academic stress of college students: comparison of student and faculty perceptions. Coll Stud J. 2000;34(2):236-46.
13. Rawson HE, Bloomer K, Kendall A. Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students. J Genet Psychol. 1994;155(3):321-30. doi: 10.1080/00221325.1994.9914782 pmid: 7964658
14. Forgeard MJC, Seligman MEP. Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. Pratiq Psychol. 2012;18(2):107-20. doi: 10.1016/j.prps.2012.02.002
15. Seligman M. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder C, editor. The Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford Press; 2002.
16. Mirzaeirad S, Arsalani N, Dalvandi A, Soltani P. [The effect of resiliency skills training on jobstress in nurses of Golestan Hospitals]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2015.
17. Tarantino B, Earley M, Audia D, D'Adamo C, Berman B. Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. Explore (NY). 2013;9(1):44-7. doi: 10.1016/j.explore.2012.10.002 pmid: 23294820
18. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. Am Psychol. 2001;56(3):227-38. doi: 10.1037/0003-066x.56.3.227
19. Zautra A, Hall J, Murray K. Resilience: A new definition of health for people and communities. In: Reich JW, Zautra A, editors. Handbook of adult resilience. London: The Guilford Press; 2010.
20. Khlatbari J, Bahari S. [The relationship between resiliency and life satisfaction]. J Educ Psychol. 2010;1(2):83-94.
21. Burns RA, Anstey KJ, Windsor TD. Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(3):240-8. doi: 10.3109/00048674.2010.529604 pmid: 21070186
22. Kordmirza Nikozade E. Compare the effectiveness of intervention programs based on positive psychology perspective and Group therapy Adler in promoting resiliency substance dependent patient. Q Counsel Psychother Cult. 2011;2(5):1-27.
23. Steensma H, Den Heijer M, Stallen V. Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. Int Q Community Health Educ. 2006;27(2):145-59. doi: 10.2190/IQ.27.2.e pmid: 18364303
24. Mansouri A. [The Effectiveness of Pennsylvania's Resiliency Pattern on Students' Psychological Adaptation and Document Styles]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2013.
25. Shojaee S, Beh-Pajooh A. [The effectiveness of resilience training on resilience and its component in siblings of children with Down syndrome]. Res Except Child. 2015;2:5-17.
26. Hart A, Blincow D, Thomas H. Resilient Therapy: Strategic Therapeutic Engagement with Children in Crisis. Child Care Pract. 2008;14(2):131-45. doi: 10.1080/13575270701868744
27. Varker T, Devilly GJ. An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: proof of concept. J Anxiety Disord. 2012;26(6):696-701. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.009 pmid: 22464031
28. Menezes de Lucena Carvalho VA, Fernandez Calvo B, Hernandez Martin L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. [Resilience and the burnout-engagement model in formal caregivers of the elderly]. Psicothema. 2006;18(4):791-6. pmid: 17296119
29. Ghazalflo M. The efficacy of hope-based treatment group on improving the quality of life of men with acute myocardial infarction. Thought Behav. 2011;6(3):49-67.
30. Hassanshahi M. The relationship between optimism and coping with stress in University students. Fundam Ment Health. 2010;1(4):86-98.