



The Effectiveness of Group Psychological Training on the Depression of family caregivers Multiple Sclerosis Patients: Clinical Trials

Fariba Dalvi-Isfahani¹, Nasrollah Alimohammadi², Saeed Pahlavanzadeh³

1. Student Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author)* Associate professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Critical care Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Nursing and midwifery care research center, Faculty of nursing and midwifery, Isfahan University of medical sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Lack of adequate training of primary caregivers of multiple sclerosis (MS) patients is the major factor in causing of their depression. Therefore, the researcher tried to identify the The Effectiveness of Group Psychological Training on the Depression of family caregivers MS patients.

Methods and Materials: In this study, the Group Psychological Training program was developed and implemented as a clinical trial with a one-month follow-up. In the design phase, the program draft was first prepared using nursing texts on the required care measures and the role of families in their implementation, then using the RAM technique in terms of concept, usefulness, relevance and applicability of the content. In the implementation phase, the subjects were easily selected (100 people) and randomly placed in the test group (50 people) and the control group (50 people). The program was conducted in 7 sessions, 90 minutes during 7 weeks (1 session per week) for the experimental group and at the end a CD with the theme of relaxation techniques, anger and stress control and educational booklet of the contents of the sessions were given them. The control group also participated in two group sessions to express their memories and were given a training booklet and a CD. A two-part questionnaire was used for data collection. The first included information about demographic, familial and therapeutic characteristics of the patient and caregiver and the second part was the Beck Depression Inventory (BDI). Data analysis was performed using SPSS software and statistical tests of chi-square, independent t-test and variance analysis test with repeated measurements.

Findings: The results showed that there was a significant decrease in the mean score of depression in the experimental group as compared to the control group immediately and one month after the intervention. The results of ANOVA with repeated observations also showed a significant decrease in the mean depression score in the experimental group ($P < 0.001$).

Conclusions: Given the effectiveness of psychotherapy training in preventing depression and recovery in families with multiple sclerosis, this program is introduced to the treatment team.

Keywords: Multiple Sclerosis, Psychiatric Training, Family Caregivers, Depression.

Citation: Dalvi-Isfahani F, Alimohammadi N, Pahlavanzadeh S. **The Effectiveness of Group Psychological Training on the Depression of family caregivers Multiple Sclerosis Patients: Clinical Trials.** J Res Behav Sci 2020; 18(1): 91-100.

* Nasrollah Alimohammadi,
Email: alimohmmadi@nm.mui.ac.ir

اثربخشی آموزش روان‌شناختی بر میزان افسردگی مراقبین مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس: کارآزمایی بالینی

فریبا دلوئی اصفهانی^۱، نصراله علیمحمدی^۲ , سعید پهلوان زاده^۳

- ۱- کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران.
۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران.
۳- مربی پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری مامایی، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: عدم آموزش کافی به مراقبت‌کنندگان خانوادگی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عامل اصلی ایجاد افسردگی آن‌هاست. لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش روان‌شناختی یک برنامه آموزش روان گروهی بر افسردگی مراقبین مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش برنامه «آموزش روان‌شناختی گروهی» تدوین و به‌صورت کارآزمایی بالینی با پی‌گیری یک‌ماهه اجرا و ارزشیابی گردید. در مرحله طراحی، در ابتدا با استفاده از متون پرستاری در خصوص اقدامات مراقبتی موردنیاز و نقش خانواده‌ها در اجرای آن‌ها پیش‌نویس برنامه تهیه گردید، سپس با استفاده از تکنیک RAM از نظر مفهوم بودن، سودمندی، مرتبط بودن و قابلیت اجرایی بودن محتوای برنامه توسط خانواده‌ها، برنامه تدوین گردید. در مرحله اجرا، آزمودنی‌ها به روش آسان انتخاب (۱۰۰ نفر) و به‌طور تصادفی در گروه آزمون (۵۰ نفر) و کنترل (۵۰ نفر) قرار داده شده است. برنامه آموزشی روان‌شناختی در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در ۷ هفته (هر هفته ۱ جلسه) جهت گروه آزمون انجام و در پایان لوح فشرده‌ای با مضمون تکنیک‌های آرام‌سازی، کنترل خشم و تنش و جزوه آموزشی محتوای جلسات در اختیار ایشان قرار گرفت. گروه کنترل نیز در دو جلسه گروهی شرکت و به بیان خاطرات پرداختند و جزوه آموزشی و لوح فشرده در اختیارشان قرار داده شد. ارزشیابی برنامه با استفاده از پرسشنامه‌ای با دو بخش انجام گردید. بخش اول؛ اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم؛ پرسشنامه استاندارد افسردگی بک بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مجذور کای، t مستقل و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون آماری نشان داد که میانگین نمره افسردگی خانواده‌ها بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری وجود داشت. نتایج آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نیز کاهش معناداری در میانگین نمره افسردگی را در گروه آزمون نشان داد ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن برنامه آموزش روان گروهی در پیشگیری و بهبود از افسردگی در خانواده‌های دارای فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس این برنامه جهت بکارگیری آن به تیم درمان پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، آموزش روان‌شناختی گروهی، مراقبین خانوادگی، افسردگی.

ارجاع: دلوئی اصفهانی فریبا، علیمحمدی نصراله، پهلوان زاده سعید. اثربخشی آموزش روان‌شناختی بر میزان افسردگی مراقبین مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس: کارآزمایی بالینی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۱): ۹۱-۱۰۰.

*- نصراله علیمحمدی

رایان نامه: alimohmmadi@nm.mui.ac.ir

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و نسبتاً شایع سیستم عصبی است که بیشتر در سنین جوانی (غالباً در دهه سوم زندگی) به وجود می‌آید؛ و در صورت عدم توجه و رسیدگی کافی موجب کاهش نسبتاً شدید کارایی مبتلایان می‌گردد. این در حالی است که؛ مراقبت و آموزش لازم می‌تواند موجب افزایش توانمندی‌های جسمی و روانی بیمار و خانواده و کندی سیر پیشرفت بیماری می‌گردد (۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی تا مارس ۲۰۱۶، در سراسر جهان ۳/۸ میلیون نفر به آن مبتلا بوده‌اند که ۵۶۴۶ نفر نیز فوت نموده‌اند (۲). هرچند در ایران آمار دقیقی از مبتلایان به بیماری وجود ندارد، ولی انجمن متخصصین مغز و اعصاب ایران، از وجود ۵۰ هزار مبتلا به آن خبر می‌دهد (۳). همچنین آمار مبتلایان استان اصفهان هم‌اکنون به ۶۰ در صد هزار نفر رسیده است (۴)؛ که با ۹۷۶۰ نفر بیمار نسبت به جمعیت، بیشترین میزان ابتلا را در کشور دارا می‌باشد (۳ و ۵).

مولتیپل اسکلروزیس موجب تغییرات بسیار زیاد و غیرقابل پیش‌بینی در زندگی افراد، خانواده و بالأخص مراقبین اصلی خانوادگی به همراه دارد و ایشان را با چالش‌های متعددی مواجه می‌نماید (۶). این در حالی است که حدود ۷۰٪ افراد مبتلا، نیازمند به کمک اعضای خانواده هستند (۸، ۷ و ۹). از طرفی مراقبت از ایشان از دشوارترین و چالش‌انگیز مراقبت‌ها برای مراقبین خانوادگی به حساب می‌آید و بار مراقبتی بسیار زیاد برایشان خواهد داشت (۱۰). به‌طوری‌که اگر مراقبین آموزش کافی ندیده باشند، حتی پس از کنترل ناتوانی بیمارشان، نیز افسردگی و علائم روان‌شناختی در آن‌ها ادامه خواهد یافت (۱۱). لذا مراقبین خانوادگی نیاز دارند درباره بیماری و نحوه مراقبت از آن آموزش کافی دریافت کنند (۱۲). در این راستا در برخی از کشورها، برنامه‌های حمایتی و آموزشی متنوعی برای خانواده‌های بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارائه می‌گردد و مطالعات متعددی نیز به ارزیابی این برنامه‌ها پرداخته‌اند. در مطالعه‌ای که بر روی همسران مراقبت‌کننده از مبتلایان انجام گرفت، نشان داد، به دلیل عدم آموزش کافی، در معرض کاهش کیفیت زندگی، افسردگی و خستگی مزمن قرار گرفتند (۱۳). همچنین نتایج مطالعه‌ای که با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزش روان‌شناختی بر میزان افسردگی و کیفیت زندگی مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد، نشان داد که

غفلت از پیگیری‌های درمانی، خستگی، افسردگی، کاهش کفایت و کارآمدی مراقبین با میزان آگاهی آن‌ها در رابطه با بیماری ارتباط دارد (۱۴). فوربز و همکاران (۲۰۱۰) اعتقاددارند، جهت کاهش فشار افسردگی بر عضو اصلی مراقب خانوادگی، لازم است دیگر اعضای خانواده نیز مسئولیت مراقبت از مددجو را بپذیرند و درواقع خانواده، واحد مراقبت باشد (۱۵)؛ و اعضای تیم درمان نظیر روان پرستاران، از طریق نقش حمایتی خود به این جمعیت آسیب‌پذیر کمک کنند تا از فشارهای روانی ایشان به شیوه‌ی مؤثر کاسته شود (۱۶). لذا با توجه طاقت‌فرسا بودن مراقبت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس و کمبود پژوهش‌های داخلی در رابطه با مداخلاتی همچون آموزش روانشناختی - گروهی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزش روان‌شناختی گروهی بر میزان افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. درواقع یکی از اهداف اصلی آموزش روان‌شناختی گروهی خانواده‌ها، آموزش ایشان در جهت پایش مراحل بیماری و اطلاع دادن به تیم حرفه‌ای مربوطه (پزشک، پرستار، روان پرستار و...) جهت انجام اقدامات مقتضی و پیشگیری از آسیب‌های بعدی و بالطبع جلوگیری از افزایش بار ناشی از آن است (۱۷). امروزه بسیاری از برنامه‌های آموزش روان‌شناختی گروهی خانواده با هدف ایجاد یک محیط خانوادگی کم استرس، آغاز می‌شود که فرایندهای ارتباطی و مهارت‌های رفتاری را در خانواده دنبال می‌کند که تا موجب ایجاد یک محیط درمانی مناسب برای بیمار فراهم آورد و هم موجب افزایش روابط خانوادگی و کاهش بار مراقبتی آن‌ها گردد. نتایج موفقیت‌آمیز آموزش روان‌شناختی گروهی خانواده از طریق کاهش بار مراقبتی آن‌ها و افزایش کیفیت زندگی مراقبین قابل توجه است (۱۸).

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه کارآزمایی بالینی (IRCT2012121911820N1) می‌باشد که حجم نمونه آن را ۱۰۰ نفر از مراقبین مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس تشکیل دادند. مطالعه به‌صورت دوجوهی و پیگیری یک‌ماهه در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد و یکماه پس از مداخله، در شهر اصفهان در درمانگاه بیمارستان الزهرا (س) واقع در شهر اصفهان انجام گرفته است. معیار ورود به پژوهش عبارت‌اند بودند از: مراقب اصلی بیمار و صرفاً مراقب به یک بیمار مبتلا به بیماری

صفر می‌باشد. به‌نحوی که ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۳۶: افسردگی شدید می‌باشد (۱۹). روایی پرسشنامه از طریق روش آزمون مجدد ($r = 94\%$) (۱۸) و پایایی این مقیاس توسط آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس افسردگی در حد قابل قبولی ۹۴٪ بدست آمده است. این اعداد با آنچه در جمعیت بالینی به‌دست آمده بود، هماهنگ است (۲۰).

شرکت‌کنندگان پرسشنامه را قبل از شروع مطالعه، بلافاصله و یک ماه بعد از اتمام مداخله تکمیل نمودند (۱۰). اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار آماری SPSS-21 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی با سطح معنی‌داری ($p=0/05$) تجزیه و تحلیل گردیدند.

ملاحظات اخلاقی: اطمینان کافی از نظر محرمانه بودن اطلاعات به کلیه نمونه‌های مورد پژوهش داده شد و بیان شد در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیارشان قرار خواهد گرفت، در ورود به مطالعه و خروج از آن نیز آزاد بودند. در ضمن گروه کنترل در دو جلسه گروهی شرکت و به بیان خاطرات پرداخته و جزوه آموزشی و لوح فشرده در پایان در اختیارشان قرار داده شد. در راستای دستیابی به هدف مطالعه؛ که عبارت است از «بررسی اثربخشی آموزش روان‌شناختی گروهی بر میزان افسردگی مراقبین مبتلایان به مولتیپل اسکیزوزیس» تیم تحقیق با به‌کارگیری مراحل زیر اقدام به برنامه‌ریزی و تدوین محتوای آموزشی نمود.

۱. مرحله ارزیابی وضعیت موجود: در این رابطه، نتایج مطالعه متون حاکی از وجود بار مراقبتی مراقبین به بیماری مالتیپل اسکیزوزیس و ایجاد یکسری عوارض ازجمله افسردگی بود (۱۶). لذا ضرورت تدوین و اجرای برنامه‌ای جهت آموزش روان‌شناختی گروهی مراقبین مبتلابه مالتیپل اسکیزوزیس مطرح گردید.

۲. مرحله برنامه‌ریزی: پس از مشخص شدن افسردگی در اولویت مشکلات مراقبین، اقدام به تدوین محتوای آموزشی مبتنی بر نیاز گردید. بدین منظور تیم تحقیق به جمع‌آوری موضوعی اطلاعات با بهره‌گیری از کتب مرجع، مجلات و سایت‌های معتبر اطلاع‌رسانی، تجربیات شخصی کار با مبتلایان مالتیپل اسکیزوزیس اقدام به تدوین پیش‌نویس محتوای برنامه

مزمین در خانواده بوده، عدم ابتلا به یکی از بیماری‌های جسمی و روانی حاد و مزمین شناخته‌شده که مانع مراقبت از بیمار شود، سن بالای ۱۸ سال، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، عدم حضور قبلی در جلسات آموزش خانواده، عدم استفاده از داروی روان‌گردان و یا عدم سوءمصرف مواد داشته باشند. همچنین مراقب بیمار با سطح ناتوان‌کنندگی ۳ تا ۹/۵ باشند (سطح ناتوان‌کنندگی یک روش کمی کردن میزان ناتوانی و پایش سطح تغییرات در بیماران مبتلا مولتیپل اسکیزوزیس محسوب می‌شود که محدوده‌ی آن از ۰ تا ۱۰ می‌باشد. اعداد ۱ تا ۴/۵ اشاره به مبتلایانی دارد که بدون هیچ کمکی قادر به راه رفتن و حرکت می‌باشند و ۵ تا ۹/۵ اشاره به افرادی دارد که دارای نقایصی در راه رفتن و حرکت و انجام کارهای روزانه می‌باشند و شماره‌ی ۱۰ به افرادی اشاره می‌کند که دچار مرگ در اثر بیماری می‌شوند) (۱۷)؛ و معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از ۱ جلسه از شرکت در جلسات آموزش روان‌شناختی گروهی.

نمونه‌گیری، به روش آسان انجام و واحدهای مورد مطالعه پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه و با استفاده از قرعه‌کشی به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمون (۵۰ نفر) و کنترل (۵۰ نفر) به‌طور مساوی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای با دو بخش بود. بخش اول شامل: اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و درمانی بیمار (از قبیل شدت بیماری، سن و جنس) و همچنین اطلاعات دموگرافیک مراقبین: همچون؛ سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و مدت‌زمان مراقبت از بیمار و بخش دوم: پرسشنامه استاندارد افسردگی بک می‌باشد که به‌صورت پرسشگری جمع‌آوری گردید. پرسشنامه بک دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه می‌باشد که بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به‌این‌ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به‌این‌ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند که حداکثر نمره در این آزمون ۶۳ و حداقل آن

انجام شد. محتوی شامل بود بر: توضیح در مورد بیماری مولتیپل اسکلروزیس - تعریف، اتیولوژی، عوامل خطر، انواع و علائم، عوارض بیماری، درمان و تأکید بر اهمیت پیروی از آن.

جلسه سوم با هدف آشنایی با تعدادی از روش‌های کنترل علائم و عوارض شایع بیماری و پیشگیری از عود آن‌ها و به‌صورت سخنرانی، سؤال و جواب، بحث گروهی و روش ایفای نقش انجام شد. محتوی برنامه شامل بود بر: توضیح در خصوص مواردی چون: خستگی بیمار و نحوه مراقبت از آن - سرگیجه بیمار و نحوه مراقبت از آن - سردرد نحوه مراقبت از آن - اختلالات بینایی نحوه مراقبت از آن - عوامل تأثیرگذار بر بهبود اختلالات خواب - عوامل تأثیرگذار اختلالات حسی و حرکتی - بی‌اشتهایی و اهمیت تغذیه بیمار - اختلالات ادراری، اختلالات جنسی و مشکلات بیمار - درد و چگونگی مراقبت از بیمار - جلوگیری از عوارض بی‌حرکتی در بیمار - اهمیت نقش خانواده در پیشگیری از عود حملات.

جلسه چهارم با هدف آشنایی با نحوه‌ی برقراری ارتباط با بیمار و تأمین نیازهای جسمی وی و راه‌های مؤثر بیان احساسات و توسعه‌ی مهارت‌های ارتباطی که به‌صورت روش ایفای نقش و بحث گروهی انجام شد. محتوی شامل بود بر: نحوه‌ی برقراری ارتباط با بیمار - نحوه تأمین نیازهای جسمی بیمار - روش‌های مؤثر بیان احساسات - راه‌های مؤثر ارتباطی و بهبود آن در خانواده.

جلسه پنجم با هدف آشنایی در مورد چگونگی مقابله با احساسات منفی بیمار از قبیل (افسردگی، ناامیدی)؛ و آشنایی با استرس و اهمیت مدیریت آن، به‌صورت اجرای سناریو، کلاس وارونه و سخنرانی اجرا شد. محتوی شامل بود بر: چگونگی مقابله با احساسات منفی بیمار از قبیل (افسردگی، ناامیدی). آشنایی با علائم جسمی افسردگی - آشنایی با استرس و اهمیت مدیریت آن (عوامل استرس‌زا - و روش‌های کنترل آن).

جلسه ششم با هدف آشنایی با یکی از روش‌های کاهش استرس از قبیل آرام‌سازی و تنفس عمیق، آشنایی مراقبین با روش حل مسئله و آشنایی مراقبین با یکی از روش‌های کاهش افسردگی و اضطراب از قبیل آرام‌سازی و تنفس عمیق، با استفاده از روش‌های آشنایی با روش حل مسئله و بحث گروهی انجام شد. محتوی شامل بود بر: آموزش فرآیند حل مسئله و شناسایی و انتخاب ارائه راه‌حل صحیح.

جلسه هفتم با هدف آشنایی با روش‌های تقویت بعد معنوی و روش‌های افزایش امید به زندگی و آشنایی مراقبین با

آموزش نمود. سپس با استفاده از تکنیک^۱ RAM از نظرات متخصصین مربوطه جهت روایی صوری و محتوای برنامه استفاده نمود. بدین منظور محتوای تدوین‌شده با استفاده از روش دلفی، به گروه متخصصین، شامل ۱۰ نفر از افرادی که تجربه و تخصص در زمینه آموزش، آموزش روان‌شناختی، مراقبت و درمان بیماران داشته و به موضوع علاقه‌مند بوده و در این زمینه تجربه داشتند ارائه شد و از آن‌ها درخواست گردید تا در مورد هر قسمت برنامه از نظر مفهوم بودن، سودمندی، مرتبط بودن و قابلیت اجرایی بودن، در مقیاس ۱-۹ اظهارنظر و نمره دهی نمایند (۲۰). سپس پژوهشگر به بررسی نمرات داده‌شده پرداخت و میانگین نمرات را برای هر قسمت از برنامه به‌طور جداگانه محاسبه و پس از اعمال نظرات و پیشنهادها، محتوا و چگونگی اجرای برنامه نهایی تدوین گردید.

۳. مراحل اجرای برنامه: پس از اعمال نظرات و تعدیل پیش‌نویس، برنامه عملیاتی در غالب آموزش روان‌شناختی گروهی (جدول ۱) در ۷ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای (۲۱) در هر هفته ۱ جلسه (۱۱) جهت گروه آزمون اجرا گردید. در آخر جلسات لوح فشرده‌ای با مضمون تکنیک‌های آرام‌سازی، کنترل خشم و تنش و یا کتابچه آموزشی در ارتباط با محتوای هر جلسه به‌صورت خلاصه در اختیار نمونه‌های موردپژوهش قرار گرفت.

۴. مرحله ارزشیابی: این مرحله با هدف ارزیابی میزان موفقیت تأثیر برنامه اجراشده در کاهش افسردگی ناشی از بار مراقبتی مراقبین مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، با استفاده از پرسشنامه استاندارد افسردگی بک بلافاصله و یکماه بعد از اجرای برنامه انجام شد.

برنامه آموزش روان گروهی (مدت زمان ارائه هر جلسه: ۹۰ دقیقه)

جلسه اول با هدف آشنایی مراقبین با پژوهشگر، برنامه و اهداف تنظیم‌شده و نحوه پرسش و پاسخ و با استفاده از روش سخنرانی و پرسش پاسخ انجام شد. محتوی شامل بود بر: آشنایی خانواده‌ها و مراقبین اصلی با برنامه - آشنایی با پژوهشگر - آموزش کامل کردن پرسشنامه‌ی افسردگی BECK و پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک.

جلسه دوم با هدف آشنایی با بیماری مولتیپل اسکلروزیس و با استفاده از سخنرانی، بارش افکار، پرسش و پاسخ و بحث گروهی

^۱. RAND Appropriateness Method (RAM)

روش‌های تقویت بعد معنوی با استفاده از روش‌های تشکیل جلسات مشاوره معنوی و دعوت و سخنرانی روحانی انجام شد. محتوی شامل بود بر: آشنایی با روش‌های افزایش امید به زندگی - تکمیل مجدد پرسشنامه‌ی افسردگی بک.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصل از آزمون‌های آماری تفاوت معناداری در متغیرهای دموگرافیک بیماران از قبیل، مدت‌زمان بیماری، شدت بیماری، دفعات بستری سن، جنس، وضعیت تحصیلات و تأهل

بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت و دو گروه از نظر آماری در ویژگی‌های ذکر شده همسان بودند. همچنین تفاوت معناداری در متغیرهای مراقبین خانوادگی از قبیل، مدت‌زمان مراقبت، سن، جنس، وضعیت تحصیلات، تأهل، نسبت با بیمار و وضعیت اشتغال بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت و دو گروه از نظر آماری در ویژگی‌های ذکر شده همسان بودند (جدول شماره ۱) که این امر به دلیل تخصیص تصادفی واحدهای مورد مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل دور از انتظار نیست.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران و مراقبین در دو گروه آزمون و کنترل

بیماران N=35		مراقبین N=35		
کنترل	آزمون	کنترل	آزمون	
۳۳/۴ (۱۰/۳)	۳۱/۹ (۱۰/۶)	۱۴/۵ (۴۲/۸)	۴۳/۵ (۱۲/۴۲)	سن (سال)
—	—	۴۸/۲ (۳۲/۹)	۵۱/۸ (۴۸/۹)	مدت‌زمان مراقبت (ماه)
۸ / ۲ (۳۲/۹)	۵۱/۶ (۴۹/۰۳)	—	—	مدت‌زمان بیماری (ماه)
۳/۱ (۱/۴)	۳/۲ (۱/۳)	—	—	شدت بیماری
۱/۹۷ (۱/۷۴)	۲ (۲/۳۵)	—	—	دفعات بستری
درصد	درصد	درصد	درصد	جنس مراقبین
۷۴/۳	۸۲/۹	۴۸/۶	۴۲/۹	زن
۲۵/۷	۱۷/۱	۵۱/۴	۵۷/۱	مرد
				وضعیت اشتغال
۱۴/۳	۲۰	۴۵/۷	۴۸/۶	شاغل
۳۱/۴	۲۸/۶	۱۱/۴	۱۴/۳	بیکار
۵۱/۴	۴۸/۵	۳۱/۵	۲۸/۶	خانه‌دار
۲/۹	۲/۹	۱۱/۴	۸/۵	بازنشسته
				وضعیت تأهل
۴۵/۷	۳۴/۳	۱۷/۱	۵/۷	مجرد
۴۲/۹	۶۲/۹	۷۷/۱	۹۴/۳	متأهل
۵/۷	۲/۹	۲/۹	۰	مطلقه
۵/۷	۰	۲/۹	۰	بیوه
				سطح تحصیلات
۲/۹	۰	۰	۰	بی‌سواد
۳۴/۳	۲۵/۷	۳۱/۴	۴۲/۹	ابتدایی / راهنمایی
۳۴/۳	۳۷/۱	۴۰	۲۲/۹	دیپلم
۳۱/۴	۳۷/۱	۲۸/۶	۳۴/۳	تحصیلات دانشگاهی
				نسبت مراقب با بیمار
—	—	۱۱/۴	۵/۷	پدر
—	—	۲۲/۹	۲۸/۶	مادر
—	—	۲۸/۶	۴۸/۶	همسر
—	—	۱۴/۳	۲/۹	فرزند
—	—	۲۲/۹	۱۴/۳	فامیل درجه اول

همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد؛ در مقایسه نمرات افسردگی بین گروه آزمون و کنترل (مراقبین)، با استفاده از آزمون تی مستقل، قبل از مداخله، اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبوده و درواقع دو گروه از نظر نمرات افسردگی همسان بوده‌اند؛ اما اختلاف نمرات افسردگی بین دو گروه بلافاصله بعد و نیز یک ماه پس از اجرای برنامه معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$). (جدول ۲)؛ که حاکی از تأثیر برنامه بر واحدهای مورد مطالعه در گروه آزمون بوده است. در همین راستا نتایج همچنین نشان داد (جدول ۲)، میانگین امتیاز نمره‌ی افسردگی در گروه آزمون (مراقبین)، به ترتیب در ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از اجرای برنامه آموزش روان‌شناختی گروهی (۳۳/۳۱ (۲/۷)، ۱۷/۰۲ (۲/۳) و ۱۲/۱۴ (۲/۵) بوده است؛ که با مقایسه میانگین‌ها و با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار

مشاهدات نشان داد که بین آن‌ها نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). آزمون تی مستقل نیز نشان داد که بین میانگین نمره‌ی افسردگی قبل و بلافاصله بعد از مداخله و نیز قبل و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین آزمون تعقیبی LSD نیز نشان داد، باوجوداینکه میانگین نمره‌ی افسردگی قبل از مداخله با بلافاصله بعد و با یکماه بعد از مداخله اختلاف معناداری داشته است، ولی بلافاصله بعد و یکماه بعد از مداخله ($p < 0/05$) با یکدیگر اختلاف معنادار قابل‌ملاحظه‌ای نداشته‌اند که حاکی از ثبات تأثیر برنامه و عدم تأثیر گذشت زمان در تغییر نتیجه حاصله بوده است.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار افسردگی، قبل از مطالعه، بلافاصله بعد از مطالعه و یکماه بعد از مطالعه در دو گروه

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل		آزمون آماری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t مستقل	p
قبل از مطالعه	۳۳/۳۱	۲/۷	۳۲/۳۴	۳/۰۱	۱/۴	۰/۲۶۴
بلافاصله بعد از مطالعه	۱۷/۰۲	۲/۳	۳۱/۷۱	۳/۵	۲۰/۳۴	< ۰/۰۰۱
یکماه بعد از مطالعه	۱۲/۱۴	۲/۵	۳۰/۵۷	۳/۳	۲۵/۸۹	< ۰/۰۰۱
نتیجه‌ی آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری	F	P	۴/۱۴	۰/۲۵		
	۷۱۷/۱	< ۰/۰۰۱				

در تأیید یافته‌های فوق‌الذکر نتایج پژوهش همچنین نشان داد که؛ در گروه کنترل، افسردگی در مقاطع قبل، بلافاصله بعد و یکماه بعد از شروع مطالعه تفاوت چشم‌گیری را نداشته‌اند و میانگین نمره‌ی افسردگی به ترتیب در ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مطالعه (۳۲/۳۴ (۳/۰۱)، ۳۲/۳۴ (۳/۵) و ۳۱/۷۱ (۳/۳) بوده است. مقایسه این میانگین‌ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که بین این میانگین‌ها در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر یک برنامه آموزشی روان‌شناختی بر افسردگی مراقبین خانوادگی (۱۰۰ نفر) مبتلایان مولتیپل اسکلوزیس به صورت کارآزمایی بالینی انجام گرفت؛ زیرا که مطالعات ازجمله آلسوبایی و همکاران (۲۰۰۸) مطرح نمودند، با تشخیص بیماری مولتیپل اسکلوزیس شرایط جدیدی

برای بیمار و خانواده وی ایجاد می‌شود که این شرایط اغلب به دنبال افسردگی آن‌ها نیز بدتر خواهد شد (۱۴). به دلیل اینکه با حقایق از قبیل، بدتر شدن روابط اجتماعی بیمار و خانواده، روابط زناشویی، شدت پیدا کردن عوارض فیزیکی بیماری و ایجاد نقایص شناختی نیز مواجه می‌شوند که افسردگی و بار روانی ایشان را تشدید می‌کند (۲۱). این در حالی است که در کلیه مطالعات صورت گرفته بر روی مراقبین خانوادگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن ازجمله مولتیپل اسکلوزیس، حاکی از وجود افسردگی در ایشان بوده که پس از اجرای مداخله آموزشی - حمایتی، از میزان افسردگی مراقبین کاسته شده و میزان آن در مقایسه با قبل از مداخله معنی‌دار بوده است (۲۱)، (۱۴، ۱۱). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد، در مراقبین خانوادگی (گروه آزمون) نمرات افسردگی بلافاصله پس از اجرای برنامه آموزش روان‌شناختی گروهی به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. این نتیجه با مطالعات موردبررسی همخوانی داشت. در مطالعه‌ی دلوی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که مداخله‌ی

آموزش روان‌شناختی گروهی در مراقبین خانوادگی مبتلایان به مالتیپل اسکروزیس، بر طبق یافته‌های آماری توانسته است بلافاصله بعد از مداخله و یکماه بعد از آن تفاوت معنی‌داری از نظر کاهش علائم بیماری، اضطراب و افسردگی و بار مراقبتی بین دو گروه آزمون و کنترل وجود داشت ($p < 0/05$) و بار مراقبتی آن‌ها نیز به‌طور معنی‌دار نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است (۲۲).

البته نتایج مطالعه‌ی مایکل جی (۲۰۱۰) و مطالعه‌ی نانا و همکارانش (۲۰۰۹) با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی نداشت و نتایج نشان داد که پس از اجرای مداخله‌ی آموزشی-حمایتی تفاوت معناداری در میزان افسردگی مراقبین در مقایسه با قبل از آن وجود نداشته است (۱۱-۲۳)؛ که احتمالاً تفاوت‌های موجود بین مطالعات انجام‌شده با این مطالعه به دلیل روش کار، به‌ویژه نحوه اجرای برنامه و محتوای برنامه بوده است. به نظرمی‌رسد، علی‌رغم وجود اشتراکاتی که بین محتوا و روش آموزشی مطالعه‌ی حاضر با مطالعات مذکور وجود دارد، اختلافاتی نظیر فاصله‌ی زمانی زیاد در بررسی نتایج مطالعه بوده است (در مطالعه‌ی مایکل جی دو سال بعد و نانا بلافاصله بعد و یک سال بعد، ولی در مطالعه حاضر بلافاصله و یک ماه بعد بررسی انجام‌شده است) که توانسته است تأثیر مداخلات آموزشی را کمتر یابی اثر نماید. علاوه بر تفاوت در زمان، تفاوت در محتوی و نحوه اجرا نیز می‌تواند در نتیجه مطالعات تأثیرگذار باشد. در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات ذکرشده، تهیه‌ی سی‌دی جلسات آموزشی و پیگیری‌های تلفنی علاوه بر ارائه‌ی کتابچه‌ی آموزشی مربوطه که در اختیار مراقبین گروه آزمون قرار داده‌شده است حاکی از آن است که تیم درمان باید به تأثیر زمان بر کاهش اثرات آموزش ارائه‌شده به همراهان توجه داشته باشد و بازآموزی‌ها و برنامه‌های آموزشی مکرر و تأکیدات مداوم را در نظر داشته باشند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد؛ در گروه کنترل نمره‌ی افسردگی به‌تدریج در طی ۳ مقطع زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مطالعه کاهش بسیار جزئی داشته ولی تفاوت معنی‌دار بین این سه مقطع زمانی نبوده است؛ که با مطالعاتی که با هدف تعیین اثربخشی برنامه‌های آموزشی مراقبت خانگی برای حمایت از مراقبین مبتلا به بیماری‌های مزمن و بدخیم انجام شد نیز نشان داد که در گروه کنترل نمره‌ی افسردگی ماه‌ها پس از انجام مطالعه نسبت به بلافاصله پس از آن کاهش بسیار جزئی داشت (۲۵-۲۴)؛ که این امر می‌تواند حاکی از آن

باشد که گذشت زمان بدون مداخله و آموزش لازم نمی‌تواند در کاهش افسردگی اثر قابل‌توجهی داشته باشد. نتایج مطالعات حتی حاکی از آن است که شاید افزایش درگیر شدن با مشکلات بیماری بیمار و همچنین کاهش آگاهی مراقب ممکن است زمینه‌ساز این سیر صعودی افسردگی نیز باشد (۲۶). در همین راستا مطالعه‌ی نویدیان و همکاران نیز که با هدف اثربخشی یک برنامه مراقبتی بر بار مراقبتی در مراقبین خانوادگی انجام‌شده است نشان داد که میانگین امتیاز بار مراقبتی در گروه کنترل بلافاصله بعد از مطالعه و سه ماه بعد از آن در مقایسه با قبل از مداخله نه تنها کاهش نداشته است بلکه افزایش نیز داشته است، البته این افزایش تفاوت معنی‌داری را با قبل از مطالعه ایجاد نکرد؛ و بار مراقبتی بین قبل و سه ماه بعد از مطالعه نیز در گروه کنترل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین بار مراقبتی این دو مقطع زمانی وجود نداشت (۲۱).

مطالعه‌ی پهلوان‌زاده و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد که بار مراقبین به‌تدریج در طی مطالعه در گروه کنترل افزایش یافت، اما بین بار مراقبتی هیچ دو مقطع زمانی (قبل و بلافاصله بعد از مداخله، بلافاصله بعد و یکماه بعد از مداخله و قبل و یکماه بعد از انجام مداخلات) در این گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۲۷). لذا جنبه بارز مطالعه حاضر در مقایسه با سایر مطالعات صورت گرفته، فراهم نمودن زمینه آموزش مداوم به مراقبین از طریق ارائه کتابچه آموزشی و لوح فشرده می‌باشد. همچنین این مطالعه نشان داد که آموزش روان‌شناختی گروهی خانوادگی در جامعه ایرانی مؤثر و اثربخشی بالایی دارد. همچنین یافته‌ها همسو با نتایج سایر تحقیقات، دلالت بر این امر دارد که پیش‌بینی و فراهم نمودن این چنین خدمات آموزشی در سیستم ارائه خدمات بهداشت روانی برای بیماران و مراقبین آن‌ها کاملاً ضروری و مؤثر باشد. در تأیید این نظر مطالعه‌ی دیاس و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که؛ در گروه کنترل میانگین امتیاز بار مراقبتی بلافاصله بعد از مطالعه نسبت به قبل از آن کاهش جزئی داشت. همچنین سه ماه بعد از مطالعه نسبت به بلافاصله پس از آن کاهش معنی‌داری نداشته است (۲۸)؛ که در مطالعه‌ی حاضر نیز یافته‌ها مشابه مطالعه‌ی مذکور است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح مصوب به شماره ۲۹۶۰۰۲ دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. پژوهشگر مراتب قدردانی خود را از حمایت معاونت محترم

پژوهشی و همچنین مسئولین محترم بیمارستان‌های وابسته به
 دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و به مبتلایان به مالتیپل
 اسکلروزیس گرامی که ما را در انجام این امر یاری نمودند، ابراز
 می‌دارد.

References

1. Khodaveisi M, Ashtarani F, Mohammadi N, Mahjub H, Mazdeh M. The effect of continuous care on quality of life in multiple sclerosis patients. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2014;22(2):64-73.
2. Nabavi S, Sh P, Ghassemi H. Clinical Course and prognosis of 203 patients with MS in shahid Mostafa Khomeini Hospital, Tehran. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2006;64(7):90-97.
3. Heidari Soreshjani S, Eslami A, Hasanzade A. Quality of Life In Isfahan's Multiple Sclerosis patients. *Journal of Health Systems Research*. 2010;7(5):571-579.
4. Etemadifar M. The plain language of Multiple Sclerosis. *Journal of Information*. 2013; 5:15-18.
5. Boyden K. M. The pathophysiology of demyelination and the ionic basis of nerve conduction in multiple sclerosis: an overview. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2010; 32; 49-53.
6. Holland NJ, Madonna M. Nursing grand rounds: multiple sclerosis. *The Journal of Neuroscience Nursing : Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2005;37(1):15-19.
7. National Multiple sclerosis Society Long term care support and services background. 2008, Accessed July 2010, Available at: <http://www.nationalmssociety.org>
8. Magliano L. Families of people with severe mental disorders: difficulties & resources; 2008. available from URL: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
9. Wiles J. Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. *Health & Social Care in the Community*. 2003; 11(3):189-207.
10. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(3):446-457.
11. Figved N, Myhr K-M, Larsen J-P, Aarsland D. Caregiver burden in multiple sclerosis: the impact of neuropsychiatric symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2007;78(10):1097-102.
12. Masoudi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2010;17(2):87-96
13. Nasso J, Celia L. Dementia care: in-service training modules for long term care. *Thomson- Delmar learning*. 2007:201-202.
14. Alshubaili AF, Ohaeri JU, Awadalla AW, Mabrouk AA. Family caregiver quality of life in multiple sclerosis among Kuwaitis: a controlled study. *BMC health services research*. 2008;8(1):206.1-10
15. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2008;40(1):25-31.
16. Phillips AC, Gallagher S, Hunt K, Der G, Carroll D. Symptoms of depression in non-routine caregivers: the role of caregiver strain and burden. *British Journal of Clinical Psychology*. 2009;48(4):335-346.
17. Ponce C, Ordonez T, Lima-Silva, T, Santos G, Viola L, Nunes P V. Effects of a psych educational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychology*. 2011; 5; 226-237.
18. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983;33(11):1444-1445
19. Mohr W. Psychiatric-Mental health nursing, Evidenced-based concepts, skills, and practice. Lippincott, Williams & Wilkins. 2009:808-810.
20. McKenna H, Hasson F, Smith M. A Delphi survey of midwives and midwifery students to identify

- nonmidwifery duties. *Midwifery* 2002 Dec; 18(4): 314-322.
21. Pahlavanzade S, Khosravi N, Moeini M. The effect of a family need-based program on burden of caregivers of leukemia patients in Isfahan in 2013-2014. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(6):629 -634
 22. Pahlavanzadeh S, Dalvi-Isfahani F, Alimohammadi N, Chitsaz A. The effect of group psycho-education program on the burden of family caregivers with multiple sclerosis patients in Isfahan in 2013-2014. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015;20(4):420.424
 23. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-343.
 24. Gedizlioglu, M., Mavioglu, H., Uzunel, F., CE, P., Oguz, M., Sagduyu, A., Özer, B., Zorlu, Y., Idiman, E. & Korkmaz, H. Impact of multiple sclerosis on family and employment: a retrospective study in the Aegean district of Turkey. *International Journal of MS Care*. 2011; 2: 48-57.
 25. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):48-55
 26. McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family process*. 2003;42(1):91-103.
 27. Pahlavanzadeh S, Heidari FG, Maghsudi J, Ghazavi Z, Samandari S. The effects of family education program on the caregiver burden of families of elderly with dementia disorders. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2010;15(3):102-10.
 28. Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji K, et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PloS one*. 2008;3(6):e23-33.