



Investigating the Effect of Life Skills Training on Resilience and Psycho-Social Adaptation of Multiple Sclerosis Patients

Elham Asadpour¹, Mehrdad Azarbarzin^{2*}, Maryam Moghimian³

1- M.sc student of Medical- Surgical Nursing. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Orcid: 0000-0002-6381-3442

2-Assistant Professor. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Orcid:0000-0002-8824-8515

3- Assistant Professor. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Orcid:0000-0001-8589-2279

*Corresponding author: Mehrdad Azarbarzin. Assistant Professor. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

E. Mail: azar_mehrdad@yahoo.com

Received: 4 April 2022

Revised: 13 June 2022

Accepted: 9 July 2022

Abstract

Introduction: Interventions such as life skills training can improve the physical and mental well-being of people with multiple sclerosis, so this study aims to determine the effect of life skills training on resilience and psychosocial adjustment of patients with multiple sclerosis. It was performed at Kashani Hospital in Isfahan in 2020.

Methods: This quasi-experimental study was a single group before and after. The sample consisted of 85 people with multiple sclerosis who had inclusion criteria who was referred to Kashani Hospital in 2020. Demographic information questionnaire, psychosocial adaptation scale to disease and Connor Davidson resilience questionnaire were used to collect information. Life skills training program was performed, and data analysis was performed with SPSS software version 21 and descriptive statistics and paired t-test.

Results: This study showed that there was a significant difference between the mean score of resilience and psychosocial adjustment of patients with multiple sclerosis before and after training. The mean score of resilience before training was 71.43 and psychosocial adjustment was 105.32 after training the mean score of resilience increased to 92.29 and the mean of psychosocial adjustment to 134.98 and this difference was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusions: Applying life skills training is effective in the degree of resilience and psychological and social adjustment of patients with multiple sclerosis because the main purpose of these trainings is to prepare and help the patient to solve the problems and problems faced by the disease. Therefore, the use of these trainings is recommended for these patients.

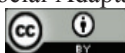
Keywords: Education, Multiple sclerosis, Resilience, Psychological adaptation, Social adaptation, Life Skills.

Issn/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Asadpour E, Azarbarzin M, Moghimian M. Investigating the Effect of Life Skills Training on Resilience and Psycho-Social Adaptation of Multiple Sclerosis Patients. Journal of Nursing Education (JNE). P: 73-84, 2022.

[Persian].



<https://doi.org/10.22034/JNE.11.3.73>

بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر تاب آوری و سازگاری روانی - اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد

الهام اسدیپور^۱، مهرداد آذربرزین^{۲*}، مریم مقیمیان^۳

۱-دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گرایش داخلی جراحی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. Orcid: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۶۳۸۱-۳۴۴۲

۲- استادیار، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. Orcid: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۸۸۲۴-۸۵۱۵

۳- استادیار، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. Orcid: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۸۵۸۹-۲۲۷۹

*نویسنده مسئول: مهرداد آذربرزین، استادیار. مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. ایمیل: azar_mehrdad@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۱۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

چکیده

مقدمه: مداخلاتی چون آموزش مهارت های زندگی می تواند خوب بودن جسمی و روانی افراد مبتلا به اسکروز متعدد را ارتقا دهد، لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر تاب آوری و سازگاری روانی - اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی اصفهان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی، تک گروهی قبل و بعد بود. نمونه پژوهش تعداد ۸۵ نفر از افراد مبتلا به اسکروز متعدد دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند که در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ به درمانگاه بیمارستان کاشانی مراجعه نمودند. از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و پرسشنامه تاب آوری کونور دیویدسون جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. برنامه آموزش مهارت های زندگی اجرا گردید و تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با آزمون های آمار توصیفی و تی زوجی انجام گردید.

یافته ها: این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره تاب آوری و سازگاری روانی - اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد قبل و بعد از آموزش تفاوت معناداری وجود داشت. میانگین نمره تاب آوری قبل از آموزش ۷۱/۴۳ و سازگاری روانی اجتماعی ۱۰۵/۳۲ بود که پس از آموزش میانگین نمره تاب آوری به ۹۲/۲۹ و میانگین سازگاری روانی اجتماعی به ۹۸/۱۳۴ افزایش یافت و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/0001$).

نتیجه گیری: به کارگیری آموزش مهارت های زندگی بر میزان تاب آوری و سازگاری روانی و اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد موثر است چرا که هدف اصلی این آموزش ها آماده سازی و کمک به بیمار برای حل مساله و مشکلاتی است که به دلیل بیماری با آن مواجه می شود، لذا استفاده از این آموزشها برای این بیماران توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: آموزش، اسکروز متعدد، تاب آوری، سازگاری روانی، سازگاری اجتماعی، مهارت های زندگی.

بیماری اسکروز متعدد (Multiple Sclerosis) که اختصاراً به آن «ام اس (M.S)» گفته می‌شود، در مجموع شایع ترین علت ناتوانی غیرتروماتیک در جهان به حساب می‌آید. علل این بیماری تاکنون مشخص نشده است [۱] رحیمی بیان می‌کند که در مطالعه Kurtzek گزارش شده است که مجموعه ای از عوامل خطر و مستعد کننده از قبیل نارسایی سیستم ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه فامیلی، منطقه جغرافیایی، عفونت های ویروسی و حتی فشارهای روانی در ایجاد بیماری دخیل هستند. علائم عصبی در بیماری «اسکروز متعدد» به دلیل درگیری قسمت های مختلف دستگاه عصبی مرکزی (CNS) متنوع می‌باشد و به علائم حرکتی، شناختی و نوروسایکولوژیکی منجر می‌شود که تمام این علائم مستقل از یکدیگر رخ می‌دهند [۲] طبق آمار انجمن ملی اسکروز متعدد در سال ۲۰۱۹ تعداد مبتلایان به بیماری اسکروز متعدد در آمریکا در حدود یک میلیون (۹۱۳۹۲۵) نفر بوده است [۳] و در جهان تعداد افراد مبتلا به بیماری از ۱/۲ میلیون در سال ۲۰۰۸ به ۳/۲ میلیون در سال ۲۰۲۰ افزایش داشته است. در ایران آمار دقیقی از افراد مبتلا وجود ندارد ولی طبق برآوردهای انجمن ملی اسکروز متعدد ایران بطور تخمینی بین ۴۰-۳۰ هزار بیمار مبتلا به اسکروز متعدد در سال ۱۳۹۷ شناخته شده اند [۴]. بر اساس بررسی های انجام شده در یک مطالعه مرور سیستماتیک میزان شیوع بیماری در ایران صد در صد هزار نفر بوده و میزان شیوع این بیماری در استانهای اصفهان و تهران بالا و در سیستان و بلوچستان و خوزستان پایین تر بوده است [۵]. بیماری اسکروز متعدد درمان قطعی نداشته و داروهایی که برای درمان بیماران تجویز می‌شود فقط شدت علائم را کاهش می‌دهد و دارای عوارض جانبی است که تحمل آنها برای بیمار دشوار است. عوارض ناشی از این بیماری با ماهیت مزمن و ناتوان کننده خود، کیفیت زندگی افراد را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. عمده ترین این عوارض خستگی، اسپاسم عضلات، لرزش، اختلال در راه رفتن و عدم تعادل است و بیماران به شدت با مشکلات وابسته به این عوارض مواجه هستند؛ به طوری که شرکت در فعالیت های اجتماعی بیماران محدود می‌شود و متعاقب آن با مسائلی از قبیل انزوای اجتماعی مواجه می‌گردند. بدیهی است با توجه به مشخصه مزمن و عودکننده بودن بیماری، علائم با درجات مختلف، بر عملکرد شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی بیماران تاثیر گذار است. اگرچه درمانهای اخیر به کار گرفته شده در زمینه این بیماری در کاهش مشکلات ناشی

از بروز علائم، تا حدی موثر بوده است، اما هنوز اثر چشم گیری بر بهبود کیفیت زندگی و عملکردهای روانی اجتماعی این بیماران نشان داده نشده است. همچنین از طرفی دیگر تاثیر استفاده از راهبردهای مقابله ای عاطفی و اجتنابی منفی در کنترل حالات عصبی- روانی بیماران مبتلا به اسکروز متعدد تایید نشده است [۶]. بیماری اسکروز متعدد با سه فرم نوسان دار عودکننده، پیشرونده اولیه و پیشرونده ثانویه در افراد بروز می‌نماید و بیماریانی که بیماران مزمن تر، پیشرفته تر و غیر قابل کنترل تر می‌باشد، منفعل تر شده و همچنین کارکرد اجتماعی ضعیف تر و مشکلات روانی بیشتری دارند [۷].

عوامل متعددی سلامت روانی مبتلایان به اسکروز متعدد را تحت تاثیر قرار می‌دهد که سازگاری یکی از این عوامل است که می‌تواند تاثیر مستقیمی بر سلامت روان بیماران داشته باشد. سازگاری، مدیریت نیازهای داخلی و خارجی انسان و تلاشی برای پذیرش و سازش فرد با رخدادها است. در بیماران مبتلا به اسکروز متعدد مشخص شده است که سازگاری اثر متعادل کننده ای بر روی اضطراب، افسردگی و حتی پیشگیری از ایجاد ضایعات جدید در مغز دارد [۶] ابعاد مختلف سازگاری شامل اجتماعی، بیولوژیک، روانی و اخلاقی است که در راس همه آنها سازگاری های روانی و اجتماعی قرار دارد. Slibigora سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی تبیین کرده است و آن را توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریقی خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد می‌داند. Slomo Skkiudan سازگاری اجتماعی را فرایندی توصیف می‌کند که فرد را قادر می‌سازد تا از یک طرف دیگران را درک کند و از طرف دیگر رفتار خود را کنترل کند و در نهایت تعاملات اجتماعی خود را تنظیم نماید [۸]. Lanion & Goodstadian سازگاری اجتماعی را فرایندی تعریف کرده اند که تجارب یادگیری اجتماعی فرد، باعث ایجاد نیازهای روانی او می‌گردد و نیز امکان کسب توانایی و مهارت هایی را فراهم می‌کند که از آن طریق می‌توان به ارضاء نیازها پرداخت [۹]. تعامل همزمان علائم و ناتوانی های مختلف در بیماران مبتلا به اسکروز متعدد می‌تواند سازگاری روانی و اجتماعی همراه با بیماری را کاهش داده و سبب تغییراتی در وضعیت تعامل این افراد با بیماری و شرایط زندگی آنها شود و بر سازگاری کلی این بیماران در مواجهه با بیماری موثر باشد. یکی دیگر از ابعاد سازگاری، سازگاری روانی است که به عنوان تلاشهای روانی و رفتاری برای کنترل، کاهش یا تحمل تقاضاهای درونی یا بیرونی تهدید کننده به شمار می‌رود. سازگاری

بیشتر از دیگر اعضای تیم سلامت با بیماران در ارتباط بوده و بیشتر قادر به برقراری ارتباط و آموزش و مشاوره می باشند و می توانند به راحتی اصول مهارت‌های زندگی را آموزش دهند و از آن جایی که طبق بررسی های تیم تحقیق تا کنون مطالعه ای در این زمینه در ایران انجام نشده است، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه ای را با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر تاب آوری و سازگاری مبتلایان به اسکروز متعدد در بیمارستان کاشانی اصفهان در سال ۱۳۹۹ اجرا نمایند.

روش کار

مقاله حاضر با روش نیمه تجربی، تک گروهی قبل و بعد اجرا شد جامعه این پژوهش را افراد مبتلا به اسکروز متعدد مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تشکیل می داد که از این جامعه بر حسب محاسبه آماری و با احتساب ریزش ده درصدی تعداد ۸۵ نفر از مبتلایان به اسکروز متعدد که دارای معیارهای ورود به مطالعه (داشتن تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک- توانایی شرکت در جلسات آموزش از نظر فیزیکی- توانایی خواندن و نوشتن- تمایل به شرکت در مطالعه) بوده و در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به درمانگاه بیمارستان کاشانی مراجعه نمودند با روش نمونه گیری به صورت در دسترس انتخاب شدند. معیارهای خروج شامل بروز حمله شدید طی سه ماه گذشته- ابتلا به اختلالات روانپزشکی و مصرف داروهای خاص - ابتلا به بیماری های قلبی و ریوی و مصرف داروهای آرامبخش، تشدید بیماری در طول مطالعه - اظهار عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه- بروز شرایط حاد در حین مطالعه و خستگی بیش از حد به نحوی که مانع آموزش باشد، بوده است. به دلیل شرایط کووید ۱۹ افراد منتخب در قالب گروه های ۱۰ نفره دعوت شدند و دیدار در یک سالن بزرگ و گندزدایی شده برگزار شد و مواد ضد عفونی کننده و ماسک در اختیار افراد قرار گرفت. همچنین چیدمان صندلی ها به گونه ای بود که فاصله اجتماعی رعایت شود. در اولین دیدار با شرکت کنندگان در پژوهش، مجددا هدف از انجام پژوهش توسط پژوهشگر توضیح داده شد. ملاقات در سالی که در اختیار پژوهشگر گذاشته شد (در مکانی خارج از بیمارستان) انجام گرفت و در این جلسه نمونه ها اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. جهت اجرای مطالعه حاضر از پرسشنامه ای مشتعل بر سه بخش استفاده شد که بخش اول آن شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک نمونه ها شامل: جنس، سن، وضعیت

روانی و اخلاقی شامل سازگاری هیجان مدار و مساله مدار است که افراد را در برابر عوامل بیولوژیکی، محیطی و روانی اضطراب زا حفاظت می کند. از آنجا که اسکروز متعدد زندگی اجتماعی بیماران را برای مدت طولانی تحت تاثیر قرار می دهد لازم است سازگاری در بیماران در ابعاد روانی و اجتماعی حاصل شود [۸]. بر اساس تحقیقات انجام شده، علاوه بر مداخلات دارویی، درمانهای شناختی - رفتاری موثر بر عزت نفس، همدلی، روابط بین فردی، ارتباط موثر، توانایی حل مساله، تصمیم گیری و توانایی مقابله با استرس که از ابعاد مهارت‌های زندگی هستند، در پیشگیری و یا کاهش ناهنجاری های رفتاری و اختلالات روانی ناشی از اسکروز متعدد موثر گزارش شده اند [۱۰].

از دیگر عواملی که می تواند از بروز اختلالات روانی افراد مبتلا به بیماری اسکروز متعدد جلوگیری نماید، تاب آوری است، تاب آوری، توانایی فعال عمل کردن و موثر بودن به جای واکنشی رفتار کردن و منفعل بودن در پاسخ به شرایط استرس آمیز تعریف شده است، تاب آوری، حفظ آرامش در شرایط استرس زا، انعطاف پذیری در هنگام بروز بحران، اجتناب از بکارگیری راهبردهای فرسایشی، حفظ احساسات مثبت در هنگام سختی ها و رهایی از موانع درونی است که می تواند سطح استرس و ناتوانی را در فرد تعدیل نموده و رضایت از زندگی را ارتقاء بخشد. بنابراین تاب آوری به عنوان فرایند پویای روان شناختی، پاسخ افراد را در شرایط مختلف زندگی به ویژه در مواقع بحرانی تحت تاثیر قرار می دهد و با کنترل عواطف، هیجانات و احساسات موجب عملکرد بهتر و شایسته تر در آن موقعیت می شود [۱۱]. در راستای ارتقا سازگاری روانی- اجتماعی و تاب آوری روشهای متعددی پیشنهاد گردیده است که یکی از آنها آموزش مهارت های زندگی است.

آموزش مهارت های زندگی به افراد کمک می کند تا رفتارهای سازگاران و مثبتی برای مقابله با مقتضیات و چالش های روزانه از خود نشان دهند. این مهارت ها توانایی های روانی - اجتماعی لازم برای بروز رفتار تطابقی موثر در رویارویی با چالش ها را به افراد می آموزد [۱۲]. سازمان بهداشت جهانی آموزش مهارت های زندگی را آموزش توانایی رفتار مثبت و سازگاری تعریف می کند که فرد را توانمند می سازد تا با روش موثر با چالش ها و درخواست های روزانه زندگی برخورد نمایند. این مهارت ها عبارتند از: خودآگاهی، همدلی، روابط بین فردی، ارتباط موثر، مقابله با استرس، مدیریت هیجان، حل مسئله، تصمیم گیری، تفکر خلاق و تفکر نقادانه [۱۳]. با توجه به اینکه پرستاران

آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنست که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰. زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶. زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱. زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳. و زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳ می باشد [۱۵].

پایایی پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون را خود محققین با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است [۱۴]. در راستای تعیین پایایی ایرانی، این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. برای تعیین اعتبار خارجی نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیطان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. در روش اعتبار افتراقی، نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است. برای تعیین اعتبار ترجمه ایرانی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۲۸/۵۵۵۶ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند [۱۵]. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید [۱۶].

تاهل، میزان تحصیلات، طول مدت ابتلا به بیماری، سابقه ابتلا به بیماریهای خاص دیگر (بیماری های خونی و سرطانها) بود. بخش دوم مقیاس سازگاری - روانی اجتماعی با بیماری (PAIS= Psychological Adjustment to Illness Scale): این مقیاس توسط دروگاتیس (Drogatis) در سال ۱۹۷۵ ساخته شده و در سال ۲۰۰۳ بازنگری شد و شامل ۴۶ گویه است که به صورت لیکرت ۴ درجه ای صفر تا ۳ (صفر= اصلا، یک= کم، دو= زیاد، سه= خیلی زیاد) درجه بندی شده است. این مقیاس شامل هفت حوزه: جهت گیری مراقبت بهداشتی (هفت گویه)، محیط خانواده (هشت گویه)، محیط شغلی (شش گویه)، روابط جنسی (شش گویه)، روابط خانوادگی (پنج گویه)، درماندگی روان شناختی (هشت گویه) و محیط اجتماعی (شش گویه) است. حداقل نمره صفر و حداکثر ۱۳۸ است. کسب نمرات صفر تا ۶۰ نشاندهنده سازگاری روانی اجتماعی پایین و نمرات ۶۱ تا ۱۲۲ سازگاری روانی اجتماعی متوسط و نمرات ۱۲۳ تا ۱۳۸ نشانگر سازگاری روانی اجتماعی بالاست [۱۴]. در ایران فقهی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری دروگاتیس پرداختند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷٪، ۰/۷۷٪، ۰/۷۶٪، ۰/۸۳٪، ۰/۶۲٪، ۰/۸۵٪، ۰/۸۰٪ گزارش شده است. روایی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخشی واریماکس حاکی از آن است که این هفت مولفه در مجموع ۰/۶۳٪ و هر یک از مقیاس ها به ترتیب ۰/۱۸٪، ۰/۰۹٪، ۰/۱۰٪، ۰/۰۸٪، ۰/۰۷٪، ۰/۰۵٪، ۰/۰۷٪ کل مقیاس را تبیین می کند. در مجموع بررسی روان سنجی در سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری حاکی از آن می باشد که این مقیاس از شاخص پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است [۱۲]. بخش سوم شامل پرسش نامه تاب آوری کونور و دیویدسون (CD-RSC= Connor-Davidson Resilience Scale) بوده که این پرسشنامه توسط کونور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت بررسی و اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه گردیده است. این پرسش نامه شامل ۲۵ ماده پنج گزینه ای است که گزینه های آن به ترتیب با مقیاس لیکرت از ۰ تا ۴ نمره گذاری شده است؛ به این صورت که به گزینه کاملاً نادرست نمره صفر و به گزینه نادرست نمره ۱ و گزینه گاهی درست نمره ۲، گزینه اغلب درست نمره ۳ و به گزینه همیشه درست نمره ۴ تعلق می گیرد و جمع نمرات مواد ۲۵ گانه، نمره کل مقیاس در نظر گرفته می شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب

شد. هر جلسه ۱ ساعت و ۴۵ دقیقه بود (وسط هر جلسه ۱۵ دقیقه استراحت و پذیرایی) (جدول ۱) و پس از آخرین جلسه مجدداً پرسشنامه‌ها توسط افراد نمونه تکمیل گردید (پس آزمون). تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار، درصد) و تحلیلی تی زوجی انجام شد.

تکمیل پرسشنامه‌ها برای هر فرد ۲۵-۲۰ دقیقه طول کشید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها (پیش آزمون)، مداخله آموزش مهارت‌های زندگی با برگزاری جلسات آموزش مهارت‌های زندگی شروع گردید. جلسات توسط دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مجری طرح و یک مدرس با مدرک دکترای پرستاری با گرایش ارشد روانپرستاری که سابقه پژوهش در حوزه مهارت‌های زندگی را داشت برگزار شد. جلسات آموزشی در ۴ هفته و هر هفته ۲ جلسه برگزار

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی اعضا، توضیح اهداف، برنامه جلسات، قوانین گروه، بیان مفاهیم مهارت‌های زندگی، ایجاد فرصت برای آشکارسازی احساسات و بیان تجارب، ارائه تکلیف: لیست کردن مهارت‌های زندگی خود
دوم	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بحث بر روی موضوع، بیان مفهوم همدلی و خودآگاهی، ایجاد فرصت برای آشکارسازی احساسات و بیان تجارب، ارائه تکلیف: انجام همدلی با دیگران و تهیه گزارش، تهیه لیستی از خود آگاهی
سوم	بررسی مطالب جلسه گذشته- بحث بر روی مفاهیم تفکر خلاق و تفکر انتقادی - استفاده از مثالهایی برای ایجاد تفکر انتقادی و خلاق- ارائه تکلیف عملی
چهارم	بررسی مطالب جلسه گذشته- بحث بر روی مهارت‌های ارتباطی و ارتباط موثر - ایجاد ارتباط با اطرافیان به صورت عملی- ارائه تکلیف عملی
پنجم	بررسی مطالب جلسه گذشته- بحث بر روی روابط بین فردی- کاربرد ارتباط در مراودات با خانواده به صورت عملی
ششم	بررسی مطالب جلسه گذشته- بحث بر روی مقابله با استرس و هیجان-تصمیم‌گیری در موقعیتهای هیجانی و برخورد با مسایل جامعه ارائه تکلیف عملی -
هفتم	بررسی مطالب جلسه گذشته- بحث بر روی مهارت تصمیم‌گیری- توانایی تصمیم‌گیری در موقعیتهای حساس- ارائه تکلیف عملی
هشتم	بررسی مطالب جلسه گذشته- بحث بر روی حل مسیله و استفاده آن در زندگی- ارائه تکلیف عملی- جمع بندی مطالب

وی جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیشترین افراد نمونه را زنان، افراد در رده سنی ۳۲-۴۵ سال، متاهل و دارای تحصیلات دانشگاهی تشکیل می‌دادند که سابقه بیماری خاصی نداشته‌اند و همچنین بیشترین افراد مبتلا به اسکروز متعدد از سابقه بیماری خود اطلاع دقیقی نداشته‌اند (جدول ۲ و ۳).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت آماری معناداری میان قبل از آموزش و بعد از آموزش در بین متغیرهای تاب‌آوری و ابعاد مختلف سازگاری روانی اجتماعی به غیر از بعد سازگاری با محیط شغلی وجود داشته است (جدول ۴).

نمرات تاب‌آوری پاسخگویان پیش از آموزش مهارت‌های زندگی و پس از آن با هم تفاوت معناداری داشته است. نمرات سازگاری پاسخگویان پیش از آموزش مهارت‌های زندگی و پس از آن نیز با هم تفاوت معناداری داشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی: مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد مورخ ۱۳۹۹/۰۸/۰۸ به کد اخلاق شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399 می‌باشد که بر اساس آن پژوهشگر پس از تصویب طرح و کسب معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه، به بیمارستان کاشانی شهر اصفهان مراجعه نمود و پس از ارائه معرفی نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آن‌ها اقدام به نمونه‌گیری کرد. کلیه نمونه‌ها فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را امضا نموده و از علت و اهداف تحقیق آگاه بوده‌اند. پس از انتخاب مشارکت‌کننده، با وی صحبت شد و هدف از انجام پژوهش و روش مطالعه توضیح داده شد و محقق متذکر شد که شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، پژوهش را ترک نمایند. سپس در صورت موافقت بیمار، ساعت اولین ملاقات به اطلاع وی رسانده شد و از

الهام اسد پور و همکاران

($p < 0.001$) که بدین ترتیب، فرضیه آزمون مبنی بر اینکه اسکلروز متعدد قبل و بعد از آموزش مهارت های زندگی بین تاب آوری و سازگاری روانی- اجتماعی مبتلایان به تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می گردد (جدول ۴).

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیر جنس، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و سابقه ابتلا به بیماری ها

متغیر	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۵۳	۶۲/۴
	مرد	۳۲	۳۷/۶
سن	۱۸-۳۱ سال	۲۸	۳۲/۹
	۳۲-۴۵ سال	۳۴	۴۰
	۴۶-۵۹ سال	۲۳	۲۷/۱
تاهل	مجرد	۲۴	۲۸/۲
	متاهل	۶۱	۷۱/۸
	ترک تحصیل	۵	۵/۸
تحصیلات	ابتدایی	۱۱	۱۲/۹
	متوسطه اول	۱۶	۱۸/۹
	متوسطه دوم	۱۸	۲۱/۲
	دانشگاه	۳۵	۴۱/۲
سابقه بیماری خاص دیگر	دارد	۲۲	۲۵/۹
	ندارد	۶۳	۷۴/۱

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد متغیر مدت زمان ابتلا به اسکلروز متعدد در نمونه ها

متغیر	میزان ابتلا به بیماری بر حسب سال	فراوانی	درصد
مدت زمان ابتلا به اسکلروز متعدد	۲	۱	۱/۱۷
	۵	۱۱	۱۲/۹۴
	۶	۱	۱/۱۷
	۷	۶	۷/۱۲
	۸	۷	۸/۲۵
	۹	۹	۱۰/۵۶
	۱۰	۶	۷/۱۲
	۱۱	۷	۸/۲۵
	۱۲	۲	۲/۳۵
	۱۴	۹	۱۰/۵۶
	۱۶	۴	۴/۷۱
	دقیق نمی دانم	۲۲	۲۵/۸
	جمع	۸۵	۱۰۰

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات ابعاد سازگاری روانی اجتماعی و تاب آوری قبل و بعد از آموزش در مبتلایان به اسکروز متعدد

متغیر	قبل از آموزش	بعد از آموزش	تفاوت میانگین ها قبل و بعد از آموزش	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	مقدار آماره آزمون	درجه آزادی	تفاوت سطح اطمینان %۹۵	
								بیشتر	کمتر
سازگاری کلی روانی اجتماعی با بیماری	۱۰۵/۳۲	۱۳۴/۹۸	۲۹/۶۶	۲۱/۰۱۰	۲/۳۲۰	-۱۲/۷۸۳	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۳۴/۲۷۵
جهت گیری مراقبت بهداشتی	۱۸/۶۷	۲۵/۱۰	۶/۴۳	۸/۰۳	۱/۱۹۷	-۱۰/۹۹۸	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۷۲
سازگاری با محیط شغلی	۱۲/۸۵	۱۴/۵۹	۱/۷۴	۱۰/۶۹۲	۱/۱۶۶	-۱/۷۸۱	۸۱	۰/۰۷۹	-۲/۶۳
سازگاری با محیط خانواده	۲۰/۲۱	۲۴/۴۰	۴/۱۹	۱۰/۸۷۸	۱/۴۱۳	-۶/۱۱۰	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۱۴
سازگاری با محیط فAMILI	۲۳/۸۹	۳۰/۶۷	۶/۷۸	۹/۳۱۱	۱/۰۱۶	-۷/۹۲۵	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۶۳
سازگاری با روابط جنسی	۱۴/۱۱	۱۶/۸۹	۲/۷۸	۱۳/۶۴۳	۱/۴۸۸	-۵/۰۷۲	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۱۲/۵۳
سازگاری با محیط اجتماعی	۱۷/۵۲	۲۰/۲۴	۲/۷۲	۱۰/۷۱۵	۱/۱۶۹	-۵/۰۳۶	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۴۸
درماندگی روانشناختی	۱۶/۲۲	۲۲/۷۱	۶/۴۹	۱۲/۹۶۷	۱/۴۱۴	-۹/۴۲۹	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۹۳
تاب آوری	۷۱/۴۳	۹۲/۲۹	۲۰/۸۶	۱۷/۲۲۰	۱/۹۰۲	-۱۰/۹۷۳	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲۴/۶۴۹
تصور از شایستگی فردی	۲۳/۸۹	۳۰/۶۷	۶/۷۸	۱۰/۶۹۲	۱/۱۶۶	-۷/۹۲۵	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۶۳
اعتماد به غرایز فردی	۱۹/۸۸	۲۱/۷۴	۱/۸۶	۱۲/۹۸۷	۱/۴۱۳	-۲/۳۰۳	۸۱	۰/۰۲۴	-۲/۱۴
تحمل عاطفه منفی	۱۴/۸۸	۱۸/۳۰	۳/۴۲	۱۰/۴۸۳	۱/۱۵۷	-۲/۶۶۳	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۶۶
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۸/۶۵	۱۱/۳۹	۲/۷۴	۱۰/۶۵۲	۱/۱۷۷	-۸/۲۲۳	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۵۶
کنترل تأثیرات معنوی	۶/۴۱	۷/۷۰	۱/۲۹	۹/۳۱۱	۱/۰۱۶	-۴/۷۴۱	۸۱	کمتر از ۰/۰۰۱	-۲/۶۱

بحث

اجتماعی پاسخگویان پیش از آموزش مهارت های زندگی و پس از آن با هم تفاوت معناداری داشته است. بدین ترتیب، فرضیه آزمون مبنی بر اینکه بین تاب آوری و سازگاری روانی- اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد قبل و بعد از آموزش مهارت های زندگی تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می گردد. نتایج مطالعه Sullivan و همکاران (۲۰۰۴) بر روی افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس نشان داد که مداخله روانی اجتماعی ویژه بر سازگاری روانی اجتماعی، مکانیسم های مقابله ای کارآمد، کاهش استرس، محدودیت

این پژوهش نیمه تجربی، تک گروهی قبل و بعد حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر تاب آوری و سازگاری روانی- اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی اصفهان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در زمینه بررسی فرضیه تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر میزان تاب آوری و سازگاری روانی- اجتماعی مبتلایان به اسکروز متعدد مشاهده می شود، نمرات تاب آوری و همچنین نمرات سازگاری روانی

مجموعه های سازگاری روانی اجتماعی (جهت گیری مراقبت بهداشتی، سازگاری با محیط شغلی، سازگاری با محیط خانواده، سازگاری با محیط فAMILی، سازگاری با روابط جنسی، سازگاری با محیط اجتماعی و درماندگی روان شناختی) نتایج نشان داد که بین نمره قبل و بعد از آموزش تفاوت معناداری وجود دارد؛ و تنها در متغیر سازگاری با محیط شغلی، بین نمرات پاسخگویان در قبل و بعد از آموزش آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشته است. در رابطه با تاثیر آموزش بر بعد سازگاری با محیط شغلی تحقیقی که این نکته را به صورت جداگانه مورد بررسی قرار داده باشد یافت نگردید اما این مسئله که در پژوهش حاضر آموزش تاثیر چندانی بر سازگاری با محیط شغلی ایجاد نکرده است شاید به دلیل ماهیت شغل و درآمد و عدم رضایت بیشتر مردم از هماهنگی درآمدها و مخارج زندگی در ایران باشد که البته ادعای دقیق در این مورد نیاز به بررسی های بیشتر و تحقیقات کیفی دارد. نتایج مطالعه‌ای مک گوایر (Mc Guire) و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که پس از استفاده از برنامه آموزش خوب بودن روان در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل در زمینه اضطراب، افسردگی، استرس درک شده، سلامت ذهنی و درد پیشرفت معنی دار ایجاد شد و از این مطالعه نتیجه گیری شده است که برنامه آموزشی در ابعاد مختلف سازگاری بیماران مبتلا به اسکروز متعدد مؤثر است که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد [۲۰]. موسوی و همکاران (۲۰۲۰) به نقل از نتایج یک مطالعه‌ی طولی یک گروهی که توسط آنجلا و همکاران در زمینه بچه‌های والدین مبتلا به اسکروز متعدد انجام شده بود، نشان دادند که مداخله سایکولوژیکی ویژه بر مکانیسم‌های مقابله‌ای کارآمد، کاهش استرس و محدودیت فعالیت، افزایش حمایت اجتماعی در فرزندان والدین مبتلا به اسکروز متعدد تأثیر مثبتی دارد که نتایج این مطالعه در زمینه مکانیسم‌های مقابله‌ای کارآمد و نیز حمایت اجتماعی هم سو با نتایج پژوهش حاضر بوده و آن را تأیید می‌کند. در مطالعه حاضر، آموزش مهارت‌های زندگی یکی از اجزای اصلی مداخله بوده و از نظر محتوای آموزشی مشابه مطالعه مذکور بوده است [۲۱]. نتایج مطالعه Topcu و همکاران (۲۰۲۰) که به صورت یک مرور سیستماتیک انجام شده نیز بیانگر این است که در اثر آموزش جنبه های مختلف سازگاری روانی اجتماعی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز افزایش می‌یابد اما از آن جایی که این محققین به ابعاد سازگاری

فعالیت و افزایش حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروز تاثیر مثبتی دارد که نتایج این مطالعه در زمینه آموزش مکانیسم‌های مقابله‌ای کارآمد و نیز سازگاری روانی اجتماعی هم سو با نتایج پژوهش حاضر بوده و آن را تأیید می‌کند. در مطالعه حاضر، آموزش مهارت‌های زندگی، یکی از اجزای اصلی مداخله محققین بوده که از نظر محتوای آموزشی مشابه مطالعه حاضر بوده است [۱۷]. سعیدی و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه ای با عنوان « اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز» با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اسکروز متعدد شهر کرمان انجام دادند که نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش سلامت روان زنان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اسکروز متعدد شهر کرمان موثر بوده است، بنابراین تحقیق، نویسندگان، آموزش مهارت‌های زندگی در جهت ارتقا سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکروز متعدد را پیشنهاد داده اند [۱۸] که در تحقیق حاضر آموزش مهارت‌های زندگی انجام گردید و نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش سازگاری روانی اجتماعی در مبتلایان به مولتیپل اسکروز شده است. Silvermann و همکاران (۲۰۱۷) مطالعه ای با عنوان « برگشت تندرستی دوباره و دوباره: یک مطالعه کیفی بر روی بیماران مبتلا به اسکروز متعدد» با هدف توصیف مفهوم تاب آوری، فاکتورهای تسهیل کننده تاب آوری و موانع تاب آوری از دیدگاه بیماران مبتلا به اسکروز متعدد، مراقبین آنها و ذینفعان جامعه در آمریکا انجام دادند که نتایج این تحقیق نشان داد که طبیعت غیر قابل پیش بینی اسکروز متعدد می‌تواند با تاب آوری مقابله نماید گرچه فاکتورهایی وجود دارد که می‌تواند این موضوع را بهبود بخشد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد که این محققین در زمینه عوامل بهبود بخش تاب آوری به آموزش‌هایی در زمینه افزایش اعتماد به نفس و افزایش سازگاری با بیماری اشاره می‌نمایند [۱۹]. از آن جایی که نتایج تحقیق حاضر نشان داد که با آموزش مهارت‌های زندگی می‌توان تاب آوری مبتلایان به اسکروز متعدد را ارتقا بخشید لذا به نظر می‌رسد نتایج این تحقیق با یافته‌های تحقیق فوق همخوان بوده و یافته‌های آن را تأیید می‌نماید. در رابطه با بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر زیر

زمان اجرا محدودیت داشته است، به همین دلیل بررسی تاثیر آموزش بلافاصله پس از آموزش بررسی شده است که شاید این نکته از محدودیتهای این پژوهش محسوب گردد. همچنین بهتر بود که گروه کنترل نیز برای این کار مد نظر قرار می گرفت تا تاثیر فاکتورهای دیگر را بررسی نماید اما به دلیل کم بودن نمونه ها و همچنین تاثیرات کرونا بر مسایل ورود به بیمارستانها و جمع نمودن نمونه ها در محیطهای بیمارستانی مانع از این شد که گروه کنترل نیز بررسی گردد که این نکته نیز می تواند محدودیتی برای این پژوهش باشد.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی می تواند باعث افزایش سازگاری روانی اجتماعی و تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز گردد، لذا به نظر می رسد که آموزش مهارت های زندگی بایستی به عنوان یکی از ارکان اصلی در مراقبت از بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد قرار گیرد و با عنایت به این که بیشترین تماس با بیمار را پرستاران بر عهده داشته و نقش مهم آموزش به مددجو از وظایف اصلی پرستاران می باشد و پرستاران نقش مهمی را در زمینه اجرای این آموزش ها می توانند بر عهده داشته باشند. لذا توصیه می گردد آموزش مهارتهای زندگی در سرفصل دروس پرستاری و همچنین آموزش های بالینی پرسنل بیمارستانی قرار گرفته و از برنامه آموزش مهارت های زندگی در زمینه مراقبت از بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد استفاده گردد. از آن جایی که امروزه بیماری اسکلروز رو به افزایش بوده و پرستاران در مراقبت از بیماران دارای جایگاه و نقش مهمی هستند، آموزش های ارائه شده از سوی پرستاران و لذا دانش پرستاران، تاثیر زیادی در سلامت جسمی و روان شناختی بیماران دارد، لذا انتظار می رود که یافته های حاصل از این مطالعه در فرآیند آموزشی پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می گردد در تمام مراکز درمانی که بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد را تحت پوشش قرار می دهند روان پرستارانی نیز وجود داشته باشند که با خدمات مشاوره ای و ارائه راهکارهایی برای بالا بردن سطح تاب آوری بیماران که در نتیجه باعث بالا رفتن سازگاری روانی اجتماعی می شود، به بهبود روند درمان این بیماران کمک کنند. بعضی از مهارت هایی که به افراد کمک می کنند تا تاب آوری خود

به طور مستقل اشاره ای نکرده اند، لذا در یک دید کلی می توان نتایج این مطالعه را با پژوهش حاضر همخوان دانست [۲۲].

در رابطه با بررسی زیر مجموعه های تاب آوری (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن و کنترل تاثیرات معنوی) نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین نمره قبل و بعد از آموزش تفاوت معناداری وجود دارد. Kesselrin در مطالعه ای که با عنوان «کاربرد بازتوانی عصبی در تاب آوری بیماران اسکلروز متعدد» با هدف بررسی تاثیر تغذیه، خودباوری و فعالیتهای فیزیکی بر تاب آوری بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد در کشور کانادا بر روی ۵۴ بیمار مبتلا به اسکلروز متعدد که با نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند در مدت زمان هیجده ماه انجام داد، نشان داد که آموزش خودباوری بر افزایش تاب آوری تاثیر داشته ولی بر تغذیه و ورزش تاثیر نداشته است [۲۳] که این مطالعه با مطالعه حاضر از نظر تاثیر مثبت آموزش های خودباوری که بخشی از آموزش های مهارتهای زندگی است همخوان می باشد. در همین راستا نتایج مطالعه ای که توسط Calandri و همکاران (۲۰۱۷) انجام گردید، نشان داد که مداخلات شناختی رفتاری کیفیت زندگی و تاب آوری افراد مبتلا به اسکلروز متعدد اخیرا تشخیص داده شده را از طریق کاهش عاطفه منفی و ارتقای سلامت ذهنی و خوش بینی افزایش می دهد که نتایج این مطالعه یافته های حاصل از پژوهش حاضر را تأیید می کند [۲۴] در این رابطه باید گفت با توجه به این که محتوای هر دو آموزش، روان شناختی بوده و نیز از نظر معیارهای ورود و تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه تا حد زیادی مشابه بوده، هم راستا بودن یافته های آن ها قابل توجیه است. نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر ابعاد تاب آوری با نتایج مطالعه سیلورمن و همکاران که نشان دادند سازگاری اجتماعی، ارتباطات اجتماعی، مفهوم زندگی، خوب بودن جسمی و برنامه داشتن در راستای آن از تسهیل کننده های تاب آوری و افکار و احساسات منفی، محدودیت های اجتماعی، انگ اجتماعی و خستگی جسمی از موانع تاب آوری می باشند همسو است [۱۹].

در این مطالعه شاید بهتر بود که تاثیر آموزش مهارتهای زندگی با گذشت زمان نیز بررسی می گردید، اما چون این مطالعه مربوط به پایان نامه دانشجویی بوده و از لحاظ

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد می باشد و پژوهشگران از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می نمایند.

تضادمنافع

نویسندگان در انجام این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی نداشته اند.

را افزایش دهند، آموختنی هستند. داشتن هدف در زندگی و اعتماد به نفس از عوامل اصلی تاب‌آوری هستند که به کمک افراد مجرب می‌توانند افزایش پیدا کنند. از این رو پیشنهاد می‌شود مراکز و افرادی که با این بیماران سرو کار دارند، دانش لازم در این زمینه را کسب کنند و مدیران و سیاست‌گذاران برنامه ریزی لازم جهت ارائه مباحث مربوط به بیماران اسکروز متعدد را برای پرسنل بیمارستانها و دانشجویان پرستاری انجام دهند و شرکت در کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی و مطالعه آخرین منابع مربوط به این حوزه، جزء برنامه آموزشی و عملی آن‌ها قرار گیرند.

References

1. Bader M, Littlejohns LR, Olson D. Core curriculum for neuroscience nursing (6th ed). Chicago: American Association of Neuroscience Nurses, 2016.
2. Rahimian I, Tabatabaee SM, Taghvaei-Nia A, Jabari M. The relationship of psychological factors, demographic features and disease characteristics with self-management of multiple sclerosis patients. *Hormozgan Medical Journal*. 2016;19: 413-420.
3. National Multiple Sclerosis Society. How many people live with M.S? Available at : <https://www.nationalmssociety.org/What-is-MS/Who-Gets-MS/How-Many-People>. 2022.04.18
4. Hemmati Maslakpak M, Raiesi Z. Effect of a self-management and follow-up program on self-efficacy in patients with multiple sclerosis: a randomized clinical trial. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014;3: e25661. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal25661>
5. Mirmosayyeb O, Shaygannejad V, Bagherieh S, Hosseinabadi AM, Ghajarzadeh M. Prevalence of multiple sclerosis (MS) in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*. 2022;43: 233-241. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05750-w>
6. Devy R, Lehert P, Varlan E, Genty M, Edan G. Improving the quality of life of multiple sclerosis patients through coping strategies in routine medical practice. *Neurological Sciences*. 2015;36: 85-90. <https://doi.org/10.1007/s10072-014-1900-8>
7. Hinkle J, R, Cheever K, H, Overbaugh K. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 15 ed. U.S. A: North American Edition, 2020.
8. Namazi F, Sohrabi shegefti, N. The Mediating Role of the Social Adjustment for Family Communication Pattern and Adolescent Mental Health. *Journal of Educational Psychology Studies*, 2018; 15(29): 237-256.
9. Lanyon R I. Goodstein L D. Personality Assessment. John Wiley and Sons, 1997, 86.
10. Farran N, Ammar D, Darwish H. Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2016;6: 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2015.12.003>
11. Sheikhzadeh F, Tarkhan M, Golchin N, Zare H. The efficacy of group education resilience on General Health among girls' students. *Journal of Psychological Studies*. 2015;10: 53-71.
12. Feghhi H, Saadatjoo SA, Dastjerdi R, Kalantari S, Alidousti M. The effect of a training program based on Roy's adaptation model on psychological adaptation in patients with type II diabetes in Birjand, Iran. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016;4: 8-24. Available from:
13. World Health Organization. Division of Mental Health. (2014). Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd revision. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
14. Derogatis LR. The psychosocial

- adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res.* 1986;30(1):77-91. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)
15. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety.* 2003;18: 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 16. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2007;13: 290-295.
 17. Sullivan CL, Wilken JA, Rabin BM, Demorest M, Bever C. Psychosocial Adjustment to Multiple Sclerosis: The Contributions of Coping Style, Perceived Uncertainty, and Social Support. *International journal of MS care.* 2004;6: 98-105. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.993403>
 18. Saeedi H, Fathi A, Moosavinasab M H, Mahdizadeh zare anari A. The effectiveness of life skills training on mental health and quality of life in women with multiple sclerosis. *Quarterly Journal of Psychology, Counseling, Education.* 2017; 5:34-44.
 19. Silverman A, Verrall A, Alschuler K, Smith A, Ehde D. Bouncing back again, and again: a qualitative study of resilience in people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation.* 2016;39: 1-9. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1138556>
 20. McGuire KB, Stojanovic-Radic J, Strober L, Chiaravalloti ND, DeLuca J. Development and effectiveness of a psychoeducational wellness program for people with multiple sclerosis: description and outcomes. *International Journal of MS care.* 2015;17: 1-8. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2013-045>
 21. Mousavi MT, Maarefvand M, Rafiey H, Omidnia S, Joghataei F, Zabihi Poursaadati M. Systematic review of social health promotion with social capital approach. *Quarterly Journal of Social Work.* 2020;9: 13-23.
 22. Topcu G, Griffiths H, Bale C, Trigg E, Clarke S, Potter KJ, Mhizha-Murira JR, Drummond A, Evangelou N, Fitzsimmons D, das Nair R. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis diagnosis: A meta-review of systematic reviews. *Clin Psychol Rev.* 2020 Dec;82:101923. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101923>
 23. Kesselring J. Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis - Resilience in Practice. *European Neurological Review.* 2017;12: 31. <https://doi.org/10.17925/ENR.2017.12.01.31>
 24. Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. Improving the quality of life and psychological well-being of recently diagnosed multiple sclerosis patients: preliminary evaluation of a group-based cognitive behavioral intervention. *Disability and Rehabilitation.* 2017;39: 1474-1481. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1198430>