

## اثربخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS)

اسماعیل سلیمانی<sup>۱</sup>، مجتبی حبیبی<sup>۲</sup>، سجاد بشرپور<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

**مواد و روش‌ها:** برای وصول به هدف مورد نظر، از بین جامعه آماری که شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ثبت شده در شهر اردبیل در سال ۱۳۹۱ بودند (برآورد تقریبی:  $n = 350$ )، ۴۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسش‌نامه اطلاعات فردی مبنی بر دو قسمت خصوصیات جمعیت‌شناختی و اطلاعات مربوط به بیماری و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 (Short-form health assessment with 36 questions) به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها در مراکز بالینی روی آزمودنی‌ها اجرا شد. روش تحقیق مطالعه حاضر، یک مطالعه آزمایشی با کارآزمایی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA یا Multivariate analysis of variance) استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی با آزمودنی‌های گروه شاهد تفاوت آماری معنی‌داری داشت. همچنین میانگین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج می‌توان گفت که از آموزش کنترل خود می‌توان برای افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده نمود. این نتایج، تلویحات مهمی در زمینه آموزش خودکنترلی و مداخلات درمانی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد؛ به طوری که متخصصان مراکز بالینی می‌توانند از این روش در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** مولتیپل اسکلروزیس، کیفیت زندگی، کنترل خود

**ارجاع:** سلیمانی اسماعیل، حبیبی مجتبی، بشرپور سجاد. اثربخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS یا Multiple sclerosis). مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۷): ۷۵۶-۷۴۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۱۸

می‌کند و به وسیله تخریب غلاف میلین سلول‌های عصبی باعث ایجاد اختلال در هدایت جریان‌های عصبی و الکتریکی می‌شود (۱). علت اصلی این بیماری ناشناخته است. در حال

### مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری خودایمنی پیش‌رونده و مزمن سیستم عصب مرکزی است که مغز و نخاع را درگیر

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل، ایران (نویسنده مسؤل)  
Email: soleymany.psy@gmail.com

۲- استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

در ارتباط با بیماری مولتیپل اسکلروزیس و عوامل روانی- اجتماعی مرتبط با آن، از اواسط قرن بیستم تحقیقات وسیعی صورت گرفته است. شواهد پژوهشی حاکی از این است که بیماری مولتیپل اسکلروزیس باعث اختلال در زندگی خانوادگی، خواب، اشتها، فعالیت‌های فیزیکی، عملکرد اجتماعی، شخصی و جنسی می‌شود. در فرد بیمار از زمان تشخیص بیماری تا مرگ مشکلات زیادی از جمله اختلال در خواب، اختلال شناختی، اشتها، عملکرد و ضعف روحی- روانی به وجود می‌آید و در نتیجه بر روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد.

با وجود پیشرفت‌های علم پزشکی در سالیان اخیر، در حال حاضر بیماری مولتیپل اسکلروزیس درمان قطعی و ریشه‌کن کننده‌ای نداشته است و اغلب درمان‌های موجود، منجر به کاهش علائم یا کاهش سرعت پیشرفت بیماری می‌شود، به همین علت شناسایی و تشخیص سریع بیماری و کنترل به موقع آن، از بروز عوارض شدید و پیشرفت غیر قابل کنترل آن تا حد زیادی پیش‌گیری می‌کند (۵). این بیماری در نژاد هند و اروپایی بیشتر از سایر نژادها است، در حالی که در نژاد سیاه و زرد شیوع چندانی ندارد (۲). از این رو با توجه به این واقعیت که نژاد کشور ما شاخه‌ای از نژاد هند و اروپایی می‌باشد، ضروری است تا بررسی بیشتر در خصوص این بیماری و راه‌کارهایی برای مقابله با عوارض آن مطرح گردد.

در طی دو دهه گذشته، کیفیت زندگی، از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی می‌باشد و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران به آن تأکید شده است و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران و پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱). Brohen و همکاران (به نقل از منصوری) با بررسی روی گروهی از افراد که همگی فعال و به لحاظ مالی تأمین بودند، دریافتند که بیماری‌هایی همچون شریان‌های قلب، سرطان و مولتیپل اسکلروزیس که در امر داشتن عمری طولانی و سالم معضل مهمی به شمار می‌رود، در افرادی که زندگی شاد و رضایت‌بخشی نداشتند، شایع‌تر است، ولی از طرف دیگر در افرادی که کیفیت زندگی بهتری

حاضر این بیماری به سنین زیر ۲۰ سال رسیده است و در میان زنان دارای سیر صعودی می‌باشد که نسبت آن به مردان ۲ برابر است (۳، ۲). شیوع بیماری مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ موقعیت جغرافیای متفاوت است و از خط استوا به طرف نیم‌کره‌ها بیشتر می‌شود. از آن جایی که درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد، بیماران باید به درمان‌هایی تکیه کنند که فقط علائم بیماری را کاهش می‌دهد (۴). عوارض این بیماری بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال شیوع پیدا می‌کند. در مطالعه ترقی و همکاران میانگین سن شروع بیماری را  $27/12 \pm 8/03$  گزارش کرده‌اند (۴). در سراسر دنیا حدود ۳/۵ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند. شیوع بیماری مولتیپل اسکلروزیس در ایران ۵۷ در ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده است (۵). طبق گزارش انجمن ام. اس ایران، حدود ۴۰ هزار بیمار در کشور وجود دارد که تعداد آن‌ها رو به افزایش می‌باشد. اکنون بیماری مولتیپل اسکلروزیس که بیمار را دچار فقر حرکتی و ناتوانی جسمانی می‌کند، در دنیا در حال پیشرفت است و از آن به عنوان بیماری قرن، یاد می‌کنند.

بیماری مولتیپل اسکلروزیس، افراد را در پربارترین سال‌های زندگی گرفتار می‌کند. این بیماری در مراحل مختلفی از زندگی خانوادگی رخ می‌دهد و نظم سیستم خانواده و نقش‌های خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به ویژه ماهیت متغیر بیماری، آشفته کننده، نیازمند سازگاری مداوم و استفاده از راه‌کارهای مقابله جدید توسط همه اعضای خانواده است (۶). بیماری مولتیپل اسکلروزیس در جنبه‌های هیجانی و اجتماعی زندگی هم مداخله می‌کند (۷). هیجانات ناشی از تجربه بیماری ام. اس، چالش‌های پیچیده و متفاوتی را ظاهر می‌کند (۸). برای فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، کاهش عملکرد فیزیکی و ناتوانی در تحصیل، اشتغال، عملکرد جنسی و خانوادگی، روابط دوستانه و فعالیت‌های روزمره زندگی می‌تواند مشکل‌زا باشد (۹). نشانه‌های ایجاد شده به واسطه این بیماری، اغلب منجر به ناتوانی فرد می‌شود و به شدت شناخت، احساس، بینایی، کنترل ادرار و مدفوع، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰).

داشتند و شادتر بودند، خیلی کم به نظر می‌رسید (۱۲).

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را چنین تعریف می‌کند: درک فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی (۱۳). بین بیماری و کیفیت زندگی در افرادی که مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تشخیص داده شده‌اند و به صورت معنی‌داری در مقایسه با جمعیت سالم و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، از قبیل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و نشانگان روده تحریک‌پذیر ضعیف‌تر است (۱۰). در همین حال، کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب به کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری ناکارآمد در افراد شود و به سبب آن موجب افزایش تنش در آنان گردد. افزایش تنش، خود در ارتباط با عوامل فیزیکی و جسمی است و می‌تواند به شدت بیماری را در فرد افزایش دهد (۱۴). از طرف دیگر، بهبود کیفیت زندگی بیماران با کاهش هزینه‌های درمانی نیز مرتبط است (۶). طبق اظهارات وزیر بهداشت، در سال ۱۳۸۷ بالغ بر ۱۴۲ میلیارد تنها برای داروی بیماران مولتیپل اسکلروزیس صرف شده است (۶).

موضوعی که پس از تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس مهم است، به کار بستن اقدامات درمانی به موقع و مناسب جهت بهبود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی این بیماران و جلوگیری از آسیب‌های بعدی است. در صورت عدم درمان، این افراد در جامعه و زندگی خویش با مشکلات زیادی مواجه خواهند شد. تاکنون پژوهش‌های روان‌شناختی زیادی در زمینه کاهش علایم روان‌شناختی منفی صورت گرفته است، از جمله اثربخشی مداخلات درمانی آموزش مقابله با استرس، آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی، درمان شناختی و رفتاری و غیره با توجه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. یکی از مداخلات روان‌شناختی، آموزش کنترل خود می‌باشد.

تکنیک آموزش کنترل خود در مطالعات بسیاری جهت تسکین درد و کاهش استرس روانی در بیماران به کار رفته است. خود کنترلی (Self managment) به معنی توانایی

کنترل حالت‌های تکانشی توسط منع خواسته‌های کوتاه مدت می‌باشد. فردی دارای خود کنترلی است که بتواند انگیزه‌ها و هیجانات آنی خود را مدیریت کند، به عبارت دیگر خودکنترلی فرایندی است که با ارایه راهبردهای مقابله‌ای فعال، به فرد کمک می‌کند تا به طور آگاهانه رفتارهای نامناسب خود را کنترل کند (۱۵). هدف تمام درمان‌های مبتنی بر این رویکرد شامل آموزش الگوهای خود کنترلی به مراجعین است و تمام تکنیک‌های خود کنترلی متکی بر اصلاح شناختی مراجعین می‌باشد. خودکنترلی شیوه‌ای است که در آن فرد نقش اول را در جهت دادن و کنترل رفتاری به منظور پیامدها و تغییرات رفتاری مشخص و از پیش طراحی شده ایفا می‌کند (۱۶). آموزش خودکنترلی، مراجعین را به راهبردهای مقابله‌ای برای روبرویی با مشکلات مجهز می‌کند و این راهبردها اغلب رفتاری هستند.

در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ایران، تاکنون تحقیقات به گونه‌ای در زمینه ارزیابی کیفیت زندگی صورت گرفته است و متأسفانه هیچ نوع مطالعه منظمی در زمینه تأثیر مداخلات روان‌شناختی از جمله آموزش کنترل خود بر کیفیت زندگی این انجام یافت نشده است. Jose در مطالعه‌ای مروری با عنوان جنبه‌های روان‌شناختی بیماری مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش‌های متعددی را در این زمینه مورد بررسی قرار داد و به طور کلی راه کارهای درمانی از قبیل روان درمانی، درمان شناختی- رفتاری، افزایش رفتارهای مقابله‌ای، درمان خود کنترلی و دارو درمانی را در کمک به بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر دانسته است (۱۷). در مطالعه‌ای Somrarnyart تحت عنوان «اثربخشی برنامه آموزشی خودکنترلی در میان بیماران سرطانی دچار درد» به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی خودکنترلی درد (Self-management training program) بر شدت درد، تداخل درد و کنترل درد در بیماران مبتلا به تایلندی سرطان پرداختند (۱۸). نتایج مطالعه نشان داد: ۱) گروه مداخله به طور معنی‌داری شدت درد پایین‌تری نسبت به گروه شاهد گزارش کردند. ۲) تداخل درد در گروه مداخله به طور

الگوهای مقابله و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری ام. اس را تحت تأثیر قرار دهد (۸). همچنین با ارایه پیشنهاداتی بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان در نهایت از ضررهای اقتصادی-فرهنگی و اجتماعی جلوگیری کرد، از این رو سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش کنترل خود می‌تواند بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس مؤثر باشد؟

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با کارآزمایی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد. در این پژوهش، آموزش کنترل خود به عنوان متغیر مستقل و ابعاد کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

#### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری

این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به ام. اس شهر اردبیل در سال ۱۳۹۱ بودند (برآورد تقریبی:  $n = 350$ ). نمونه این پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به ام. اس بود که از میان بیماران مبتلا به ام. اس شهر اردبیل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در تحقیقات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شد (۲۰) که در این پژوهش برای در نظر گرفتن افت آزمودنی در هر گروه، ۲۰ نفر از بین نمونه در دسترس انتخاب و در دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای آموزش کنترل خود و ۲۰ نفر برای گروه شاهد. ملاک‌های ورود بیماران عبارت از تشخیص قطعی ام. اس که توسط متخصص مغز و اعصاب، حداقل سه دوره عود و بهبودی، تحصیلات بالای سیکل، سن بین ۵۰-۱۸، عدم ابتلا به اختلالات روانی و نداشتن بیماری حاد جسمانی و روان‌شناختی دیگر است.

#### ابزارهای پژوهش

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی مبنی بر دو قسمت خصوصیات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، قد، وزن، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، کفایت درآمد، نوع حمایت مالی) و اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا، دفعات عود بیماری و دفعات بستری در

معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود و ۳) گروه مداخله به طور معنی‌داری کنترل درد بالاتری نسبت به گروه شاهد داشت. همچنین Schulman-Green و همکاران با عنوان «خودکنترلی و تحولات در بیماران مبتلا به سرطان» شیوه‌های خودکنترلی مرتبط با سلامتی زنان را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه هنجار از خودکنترلی پایینی برخوردار هستند، از این رو پژوهشگران، مداخله به صورت آموزش خودکنترلی به بیماران مبتلا به سرطان پستان را جهت بهبود علایم جسمی روانی مؤثر ارزیابی کردند (۱۹).

کمک به پیشرفت علم و پژوهش در خصوص برنامه خودکنترلی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس به عنوان درمان مکمل (در کنار درمان‌های دارویی) به منظور ارتقای سطوح سلامت جسمانی، بالا بردن سطح کیفیت زندگی بیماران ام. اس در رویارویی با بیماری مولتیپل اسکلروزیس و مبارزه با ماهیت متغیر این بیماری و کنترل عوارض ناخواسته آن مانند لرزش و عدم تعادل، سرگیجه، گرفتگی و نقص عضلات، همچنین تعدیل سیستم ایمنی بدن به منظور عدم تخریب میلین و ماده سفید دستگاه اعصاب مرکزی پیش از آن که آکسون سلول‌های عصبی آسیب ببینند، از ضروریات پژوهش محسوب می‌شود. انجام پژوهش به دنبال پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور روی سایر بیماری‌ها از فواید و منافع آموزش خودکنترلی به عنوان درمان مکمل، امید تازه‌ای بر تخفیف آلام جسمی و روحی بیماران ام. اس می‌باشد. با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران مبتلا به ام. اس، افزایش هزینه‌های ناشی از درمان، اثرات بسیار مخرب آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس و نقش خودکنترلی در کنترل علایم بیماری از جمله خستگی و ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس حایز اهمیت است.

پژوهشی مشابه پژوهش حاضر در داخل و خارج کشور به ویژه روی بیماران مبتلا به ام. اس نادر است. به این ترتیب مداخله‌ای که برای بالا بردن حس کنترل طراحی شده باشد، می‌تواند اثر مثبتی بر کیفیت زندگی داشته باشد و بدین وسیله

همبستگی Pearson  $0/75$  به دست آمد (۲۳). منتظری و همکاران Cronbach's alpha این پرسش‌نامه را  $0/87$  برآورد نموده‌اند. نمره هر یک از حیطه‌ها بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه SF36 به طور مستقل امتیازبندی و امتیازبندی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) انجام می‌شود (۲۲).

### شیوه مداخله: آموزش کنترل خود

در مطالعه حاضر برنامه آموزش کنترل خود برای بیماران مبتلا به ام. اس و گروه شاهد در شش جلسه آموزشی یک و نیم ساعته تهیه و تدوین شده بود که در جدول ۱ به صورت خلاصه به آن‌ها اشاره شده است. این برنامه به صورت فشرده هفته‌ای ۲ بار (در طول ۳ هفته پشت سر هم) اجرا شد.

### روش اجرا و چگونگی جمع‌آوری اطلاعات

ابتدا با مراجعه به دو مرکز درمانی شهرستان اردبیل، ۴۰ بیمار مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس شناسایی شدند. بعد از مصاحبه (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش) و جلب رضایت آگاهانه از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش به صورت کتبی رضایت‌نامه اخذ شد. آزمودنی‌های انتخاب شده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گروه شاهد گمارده شدند. سپس ابتدا هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه یک و نیم ساعته تحت آموزش خودکنترلی قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه شاهد هم آموزشی را دریافت نکردند. دوباره دو هفته بعد از آموزش هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی پس‌آزمون شدند. سرانجام داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### یافته‌ها

ابتدا برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون Lovin استفاده شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بدون مانع است.

بیمارستان طی یک سال اخیر، اولین علامت بیماری، مهم‌ترین مشکل ناتوان‌کننده بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌ها، نوع داروی مصرفی، نوع مولتیپل اسکلروزیس، وضعیت گسترش ناتوانی) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی بود.

### پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) یا (Short-form health assessment with 36 questions)

این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال می‌باشد که ابعاد مختلف کیفیت زندگی را می‌سنجد و نمای سلامتی (Health profile) فرد را نشان می‌دهد و جزء ابزارهای عمومی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی می‌باشد که می‌توان با استفاده از آن ابعاد مختلف کیفیت زندگی را در افراد سنجید (۲۱). مفاهیمی که در این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن یا گروه خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو بعد وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این ابزار علاوه بر اندازه‌گیری هشت بعد کیفیت زندگی، دو مقیاس خلاصه دارد که از ادغام مقیاس‌ها به صورت زیر به دست می‌آید: الف) خلاصه سلامت جسمانی (Physical component summary): عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی. ب) خلاصه سلامت روانی (Mental component summary): سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی، سلامت روحی-روانی. همچنین از ترکیب نمرات بعد سلامت جسمانی و بعد سلامت روانی نمره کل برای کیفیت زندگی به دست می‌آید. پرسش‌نامه SF-36 در ایران هنجاریابی شده است و پایایی و روایی آن در مطالعات متعددی تأیید شده است (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر، ضریب Cronbach's alpha این پرسش‌نامه  $0/82$  گزارش شده است (۲۳). همچنین در مطالعه‌ای توسط پرند و همکاران، ضریب Cronbach's alpha آن  $0/82$  گزارش شده است (۲۴). در مطالعه دهداری و همکاران، پایایی این پرسش‌نامه با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته سنجیده شد و ضریب

## جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش کنترل خود

جلسه	هدف	توضیح
اول	توجه و آموزش تحمل ناراحتی	در این جلسه با ترغیب آزمودنی‌ها به یادگیری روش درمانی (خودکنترلی)، یک منطق درمانی دقیق و دارای جزئیات پیشنهاد شد. سپس تحمل ناراحتی که دارای سه سطح ۱- توانایی درک محیط، بدون مطالبه متفاوت بودن آن، ۲- تجربه حالات هیجانی جاری بدون سعی در تغییر آن‌ها، ۳- مشاهده نمونه‌های افکار و اعمال متفاوت، بدون سعی در متوقف کردن آن‌ها بود، آموزش داده شد.
دوم	آموزش کنترل افسردگی و آموزش مدیریت اضطراب	آموزش کنترل افسردگی: به وسیله تمرین خود تنظیمی می‌توان از موقعیت‌ها و زمان‌هایی که در آن‌ها افسردگی، اضطراب و خشم، تجربه می‌شود و از افکار و باورهایی که در چنین موقعیت‌هایی ظاهر می‌شود، آگاه شد و از بروز آن‌ها جلوگیری کرد. آموزش مدیریت اضطراب: کلید خود تنظیمی، برای رفع اضطراب، شناسایی و مبارزه با باورهای تهدیدآمیز، در طول خود آگاهی است. برای تفسیر موقعیت‌های استرس‌آمیز، باید شواهدی را جستجو کرد که از روش‌های کمتر تهدید کننده حمایت می‌کند.
سوم	آموزش مدیریت خشم و آموزش روابط میان فردی	مدیریت خشم: کاهش برانگیختگی و بیان احساسات خصمانه و افزایش استعداد شخص برای مقاومت و سازمان‌بندی این عواطف به روش‌های معین اجتماعی می‌باشد. آموزش روابط میان فردی: کیفیت روابط با دیگران به خصوص نزدیکان، مانند والدین، همسر، فرزندان و دوستان در کیفیت زندگی شخص تأثیر می‌گذارد و اگر روابط بیمارگونه باشد، مشکلاتی را برای او به وجود می‌آورد.
چهارم	آموزش مهارت‌های حل مسأله و آموزش ابراز وجود	آموزش مهارت‌های حل مسأله: هدف از این نوع آموزش مهارت‌های اجتماعی، این است که به افراد آموزش داده شود تا قادر شوند، مشکلاتی را که موجب رنج آن‌ها می‌شود، شناسایی کنند، روش‌های منظم حل مسأله را بیاموزند و برای نزدیک شدن به مشکلات احتمالی آینده مجهز شوند. آموزش ابراز وجود: آموزش ابراز وجود، افزایش توانایی فرد در بیان افکار، احساسات و باورها به روش مستقیم، متناسب و درست، بدون آسیب و تجاوز به حقوق دیگران، به خصوص توانایی گفتن «نه»، درخواست کردن، بیان احساسات مثبت و منفی، در شروع، ادامه و خاتمه گفتگو است.
پنجم	آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات و آموزش همدلی	آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات: افرادی که بی‌ثباتی هیجانی نشان می‌دهند که ممکن است، از آموزش تنظیم هیجانات سود ببرند. توجه به پاسخ‌های هیجانی فرد، به طور اساسی یک تکنیک مواجهه است. آموزش همدلی: همدلی، تکنیکی است که به طور مستقیم توانایی همدلانه آزمودنی‌ها را افزایش می‌دهد. در آموزش همدلی از آزمودنی‌ها خواسته شد که درباره موضوعی فکر کنند و سپس در مورد درکی که از احساسات و دیدگاه دیگران دارد، سخن بگویند.
ششم	آموزش کنترل تکانه و پس‌آزمون کیفیت زندگی	آموزش کنترل تکانه‌ها: مداخله‌ای است که هدف آن، کاهش تمایلات شدید و غیر ارادی برای عمل است. این مداخله به طور معمول توسط درمانگر ارائه می‌شود و سپس به وسیله آزمودنی‌ها تمرین و به کار گرفته می‌شود. در نتیجه آن، خودکنترلی شخص افزایش می‌یابد.

## جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس در گروه آزمایش و شاهد

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	گروه شاهد				گروه آزمایش			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
خلاصه سلامت جسمانی	۱/۹۰	۰/۹۱۱	۱/۸۰	۰/۸۳۳	۱/۷۰	۰/۸۶۴	۲/۹۵	۱/۰۵
عملکرد جسمانی	۲/۹۵	۱/۰۹	۳/۲۰	۰/۸۹۴	۳/۱۵	۰/۸۱۲	۱/۹۰	۰/۸۵۲
محدودیت در نقش جسمی	۲/۴۵	۱/۰۵	۳/۱۰	۱/۰۲	۲/۹۵	۰/۸۲۵	۱/۹۵	۱/۰۹
درد جسمی	۲/۰۵	۱/۰۵	۱/۵۵	۰/۸۲۵	۱/۸۵	۰/۸۷۵	۳/۱۰	۱/۰۲
سلامت عمومی	۱/۸۵	۰/۹۸۸	۱/۶۵	۰/۸۱۲	۱/۸۰	۱/۰۰	۳/۲۵	۰/۹۱۰
خلاصه سلامت روانی	۳/۱۰	۰/۸۵۲	۳/۱۰	۰/۸۵۲	۲/۸۵	۰/۷۴۵	۱/۷۰	۰/۹۷۸
عملکرد اجتماعی	۲/۳۰	۱/۱۲	۱/۷۰	۰/۹۷۸	۲/۰۵	۱/۰۹	۳/۰۰	۰/۹۷۰
محدودیت در نقش احساسی	۲/۲۵	۱/۱۱	۱/۸۵	۱/۱۳	۲/۲۵	۱/۱۱	۳/۱۰	۰/۹۶۷
سلامت روحی								
سرزندگی و نشاط								

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و شاهد

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذور اتا
اثر پیلاپی	۰/۷۹۹	۱۵/۳۸	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹
لامبدای Wilks	۰/۲۰۱	۱۵/۳۸	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹
اثر Hotelling	۳/۹۶	۱۵/۳۸	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹
بزرگترین ریشه خطا	۳/۹۶	۱۵/۳۸	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹

جدول ۴. تحلیل واریانس چند متغیره بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (ابعاد سلامت جسمانی و روانی) در گروه شاهد و آزمایش

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p
گروه	سلامت جسمانی	۱۸/۲۲	۱	۱۸/۲۲	۱۲/۰۳	۰/۰۰۱
	عملکرد جسمانی	۲۲/۵۰	۱	۲۲/۵۰	۱۴/۸۷	۰/۰۰۱
	محدودیت در نقش جسمی	۲۷/۲۲	۱	۲۷/۲۲	۱۵/۰۹	۰/۰۰۱
	درد جسمی	۳۰/۶۲	۱	۳۰/۶۲	۱۷/۴۳	۰/۰۰۱
	سلامت عمومی	۲۷/۲۲	۱	۲۷/۲۲	۱۷/۷۹	۰/۰۰۱
	سلامت روانی	۱۳/۲۲	۱	۱۳/۲۲	۷/۵۵	۰/۰۰۵
	عملکرد اجتماعی	۲۴/۰۲	۱	۲۴/۰۲	۹/۱۵	۰/۰۰۳
	محدودیت در نقش احساسی	۱۵/۶۲	۱	۱۵/۶۲	۸/۰۹	۰/۰۰۴
	سلامت روحی					
	سرزندگی و نشاط					

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبود یافته است؛ به طوری که در ابعاد سلامت جسمانی، میانگین (انحراف استاندارد) گروه آزمایش در پس‌آزمون عملکرد جسمانی ۲/۹۵ (۱/۰۵)، محدودیت در نقش جسمی ۱/۹۰ (۰/۸۵۲)، درد جسمی ۱/۹۵ (۱/۰۹) و سلامت عمومی ۳/۱۰ (۱/۰۲) بود و در ابعاد سلامت روانی میانگین (انحراف استاندارد) گروه آزمایش در پس‌آزمون عملکرد اجتماعی ۳/۲۵ (۰/۹۱۰)، محدودیت در نقش احساسی ۱/۷۰ (۰/۹۷۸)، سلامت روحی ۳/۰۰ (۰/۹۷۰) و سرزندگی و نشاط ۳/۱۰ (۰/۹۶۷) به دست آمد.

با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری، تفاوت بین دو گروه آزمایش و شاهد از لحاظ تفاضل میانگین نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در مؤلفه‌های متغیر وابسته (خلاصه سلامت جسمانی، عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی و خلاصه سلامت روانی؛ همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه‌های آزمایش و شاهد حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است)، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است.

همان طوری که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، بین دو گروه از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و گروه شاهد در ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ) و بدین معنی است که ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و شاهد بعد از آموزش کنترل خود متفاوت است؛ به طوری که عملکرد جسمانی و

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبود یافته است؛ به طوری که در ابعاد سلامت جسمانی، میانگین (انحراف استاندارد) گروه آزمایش در پس‌آزمون عملکرد جسمانی ۲/۹۵ (۱/۰۵)، محدودیت در نقش جسمی ۱/۹۰ (۰/۸۵۲)، درد جسمی ۱/۹۵ (۱/۰۹) و سلامت عمومی ۳/۱۰ (۱/۰۲) بود و در ابعاد سلامت روانی میانگین (انحراف استاندارد) گروه آزمایش در پس‌آزمون عملکرد اجتماعی ۳/۲۵ (۰/۹۱۰)، محدودیت در نقش احساسی ۱/۷۰ (۰/۹۷۸)، سلامت روحی ۳/۰۰ (۰/۹۷۰) و سرزندگی و نشاط ۳/۱۰ (۰/۹۶۷) به دست آمد.

با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری، تفاوت بین دو گروه آزمایش و شاهد از لحاظ تفاضل میانگین نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در مؤلفه‌های متغیر وابسته (خلاصه سلامت جسمانی، عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی و خلاصه سلامت روانی؛

روانی مؤثر واقع شود (۱۹). همچنین Somrarnyart در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی برنامه آموزشی خودکنترلی در میان بیماران سرطانی دچار درد» به بررسی اثر بخشی برنامه آموزشی خودکنترلی درد بر شدت درد، تداخل درد و کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند و نشان دادند که: (۱) گروه مداخله به طور معنی داری شدت درد پایین تری نسبت به گروه شاهد گزارش کردند. (۲) تداخل درد در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود و (۳) گروه مداخله به طور معنی داری کنترل درد بالاتری نسبت به گروه شاهد داشت (۱۸). Jose نیز در مطالعه‌ای مروری با عنوان جنبه‌های روان‌شناختی بیماری مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش‌های متعددی را در این زمینه مورد بررسی قرار داد و به طور کل راه کارهای درمانی از قبیل روان درمانی، درمان شناختی- رفتاری، افزایش رفتارهای مقابله‌ای، درمان خودکنترلی و دارو درمانی را در کمک به بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر دانسته است (۱۷).

در توجیه یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که عدم خودکنترلی می‌تواند باعث افت کیفیت زندگی گردد؛ به طوری که در تأیید این توجیه Bishop و همکاران نشان دادند که کاهش احساس کنترل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نتیجه عدم اطمینان به آینده بیماری، علایم و پیش آگهی بیماری است و با پیامدهایی از قبیل خلق افسرده، ناامیدی، کاهش کیفیت زندگی و سازگاری روانی و اجتماعی مرتبط است (۲۵). همچنین بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر خودپنداره شخص داشته باشد؛ به طوری که احساس خودکنترلی بیمار را نسبت به بیماریش تضعیف می‌کند، به خصوص اگر فرد نتواند فعالیت‌های ارزشمند قبلی را ادامه دهد.

به طور کلی بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر حسب نوع بیماری‌شان با مشکلات و اختلالات روانی متعددی مواجه هستند. آن‌ها ممکن است که مشکلات بیشتری از نظر احساسی و عملکرد اجتماعی داشته باشند. بعضی از بیماران

سلامت عمومی بعد از آموزش کنترل خود به طور معنی داری افزایش یافته است، در حالی که محدودیت در نقش جسمی و درد جسمی کاهش یافته است. همچنین عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و سرزندگی و نشاط بعد از آموزش کنترل خود به طور معنی داری افزایش یافته است، در حالی که محدودیت در نقش احساسی به طور معنی داری کاهش یافته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. با توجه به این هدف، دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی، هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش کنترل خود اثر معنی داری بر ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد. بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی نشان داد که آموزش کنترل خود به طور معنی داری باعث افزایش عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و سرزندگی و نشاط می‌شود و همچنین باعث کاهش درد جسمی، محدودیت در نقش جسمی و محدودیت در نقش احساسی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر، مؤثر بودن آموزش کنترل خود را در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس. مورد تأیید قرار می‌دهد. بر این اساس نتایج فوق با نتایج پژوهش‌های تا حدودی مشابه قبلی که اثر بخشی درمان‌های روان‌شناختی را بر مشکلات روان‌شناختی و جسمانی مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو می‌باشد. به طور مثال با نتایج تحقیقات و نظرات Jose (۱۷)، Somrarnyart (۱۸) و Schulman و همکاران (۱۹) همسو می‌باشد؛ به طوری که Schulman و همکاران در پژوهشی با عنوان «خودکنترلی و تحولات در بیماران مبتلا به سرطان» نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه هنجار دارای خودکنترلی پایینی هستند و مداخله به صورت آموزش خودکنترلی می‌تواند جهت بهبود علایم جسمی-

روبه‌رو بود که از جمله عدم هم‌تاسازی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس سن، شرایط فرهنگی-اقتصادی و غیره، عدم انجام پیگیری‌های درمانی در طولانی مدت جهت بررسی میزان تأثیر روش‌های مداخله در بلند مدت و محدودیت دیگر این بود که به دلیل محدودیت زمانی برنامه‌های آموزشی به صورت فشرده برای شش جلسه درمانی اجرا شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بالاتری انجام گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بالاتری پیدا کند. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی بهتر است تا برای جلوگیری از سوگیری داده‌ها، گروه‌های مورد مطالعه بر اساس سن، شرایط فرهنگی-اقتصادی و غیره هم‌تاسازی گردد، مرحله پیگیری در پژوهش آتی می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج و اثربخشی درمان کمک کند، متغیرهای پژوهش حاضر در دیگر بیماری‌ها بررسی گردد و در نهایت با توجه به میزان شیوع و بروز رو به افزایش مولتیپل اسکلروزیس توجه به مسایل این افراد می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی این افراد داشته باشد. با توجه به نتایج پژوهش در خصوص اثربخشی روش‌های درمانی کنترل خود در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پیشنهاد می‌شود که در زمینه ترویج و انعکاس روش‌ها و آموزش‌های درمانی روان‌شناختی و بهبود سطح بهداشت روانی و کیفیت زندگی این افراد، برنامه‌های جامع و پیش‌گیرانه در مراکز درمانی، مراقبتی و حمایتی مربوط به آن‌ها تدوین و به طور کاربردی اجرا شود.

ممکن است که احساس تنهایی کنند. این مشکلات موجب می‌شود که این افراد روزانه با استرس‌های متفاوتی روبه‌رو شوند. همچنین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ممکن است تا به علت سبک زندگی و ماهیت بیماری‌شان، احساس گناه، اضطراب، خلق پایین و مشکلات ناشی از اختلال روابط میان فردی دچار شوند که در نهایت همه این عوامل منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد مولتیپل اسکلروزیس می‌گردد. همچنین مولتیپل اسکلروزیس و درمان‌هایی دارویی (مثل تزریق یک روز در میان/ هفتگی و غیره) منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی و رفتاری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود، از این رو به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در معرض فشارهای روانی ناشی از بیماری و عوارض درمانی آن قرار دارند که این می‌تواند آشفتگی‌های روانی اجتماعی را در آنان ایجاد نماید. از آن جا که سبک‌های سازگاری با بیماری می‌تواند بر شدت و ضعف علایم تأثیرگذار باشد، مدد جستن از مداخلات درمانی برای بهبود راه‌بردهای کنار آمدن با بیماری ارزشمند خواهد بود. بنابراین نتایج مطالعه مذکور نشان می‌دهد که آموزش کنترل خود می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر، راحت و کم هزینه در ارتقای کیفیت زندگی این دسته از بیماران در مراکز درمانی، مراقبتی و حمایتی مربوط به آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

محقق در اجرای این پژوهش با موانع و محدودیت‌هایی

## References

1. Soltani M, Hejazi S, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar, M. The effect of selected aerobic exercise on the balance improvement in multiple sclerosis patients. J Mashhad School Nurs Midw 2009; 9(2): 107-13. [In Persian].
2. Armstrong LE, Winant DM, Swasey PR, Seidle ME, Carter AL, Gehlsen G. Using isokinetic dynamometry to test ambulatory patients with multiple sclerosis. Phys Ther 1983; 63(8): 1274-9.
3. Soltani M, Hejazi SM, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar F. The effect of aerobic training on the improvement of expanded disability status scale (EDSS) in multiple sclerosis patients. Medical Science Journal Islamic Azad University-Mashhad Branch 2009; 5(1): 15-20. [In Persian].
4. Taraghi Z, Ilali E, Abedini M, Zarvani A, Khoshnama I, Mohammadpour RA, et al. Quality of life among multiple sclerosis patients. Iran J Nurs 2007; 20(50): 51-9. [In Persian].
5. Abedidni M, Habibi Saravi R, Zarvani A, Farahmand M. Epidemiologic study of multiple sclerosis in Mazandaran, Iran, 2007. J Mazandaran Univ Med Sci 2008; 18(66): 82-6. [In Persian].
6. Holland NJ, Northrop DE. Young adults with multiple sclerosis: Management in the home. Home Health Care Management Practice 2006; 18(3): 186-95.

7. Malcomson KS, Dunwoody L, Lowe-Strong AS. Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis: a review. *J Neurol* 2007; 254(1): 1-13.
8. Sinclair VG, Scroggie J. Effects of a cognitive-behavioral program for women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2005; 37(5): 249-57, 276.
9. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD004431.
10. Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 695-703.
11. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272(8): 619-26.
12. Mansoori Z. Effectiveness of Educational Cognitive - behavioral joy on reducing symptoms of PMS in women Baharestan town. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Department of Educational Sciences and Psychology, University of Zahra. 2007. [In Persian].
13. Blanco-Rivera C, Capeans-Tome C, Otero-Cepeda XL. Quality of life in patients with choroidal melanoma. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2008; 83(5): 301-6. [In Spanish].
14. Zuhmd M, Aqlyma M, Azimian M, Monk G. The relationship between support services and quality of life in multiple sclerosis patients in Tehran. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. Department of Social Work. 2008. [In Persian].
15. Workman EA, Katz AM. Teaching behavioral self-control to students. 2<sup>nd</sup> ed. Austin, Texas: Pro ed; 1995.
16. Morris RJ. Behavior modification with exceptional children: principles and practices. Glenview, Illinois: Scott, Foresman; 1985.
17. Jose SM. Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg* 2008; 110(9): 868-77.
18. Somrarnyart M. Effectiveness of self-management training program among Thai cancer patients with pain. *The Journal of Pain* 2007; 8(4): S54.
19. Schulman-Green D, Bradley EH, Knobf MT, Prigerson H, DiGiovanna MP, McCorkle R. Self-management and transitions in women with advanced breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42(4): 517-25.
20. Delaware A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 6<sup>th</sup> ed. Tehran, Iran: Roshd; 2001. [In Persian].
21. Nejat S. Quality of life and its measurement. *Iran J Epidemiol* 2009; 4(2): 57-62. [In Persian].
22. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdany nia MS. The reliability and validity of the Persian version of the questionnaire SF-36. *Payesh Health Monit* 2006; 5(1): 113-20. [In Persian].
23. Dehdari T, Heidarnia A, Ramazankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Babaei Rouchi Gh, et al. Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety level and health related quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2007; 17(4): 205-11. [In Persian].
24. Parande A, SiratiNir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected Post traumatic stress disorder with major depression disorder. *J Fundam Ment Health* 2007; 9(33-34): 67-78. [In Persian].
25. Bishop M, Frain MP, Tschopp MK. Self-management, perceived control, and subjective quality of life in multiple sclerosis: An exploratory study. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2008; 52(1): 45-56.

## Effectiveness of self-control training on dimensions of quality of life in multiple sclerosis patients

Esmaeil Soleimani<sup>1</sup>, Mojataba Habibi<sup>2</sup>, Sajad Basharpour<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** This study reviewed the effectiveness of self-control training on quality of life in patients with multiple sclerosis (MS). To do so, 40 patients with MS were selected through convenient sampling method among the study subjects with multiple sclerosis recorded in Ardabil in 2012 (estimation: n = 350).

**Methods and Materials:** This was a clinical trial designed as pretest posttest with a control group. Demographic and disease information as well as quality of life questionnaire (SF-36) were completed in the clinical centers. Data analysis was conducted using multivariate analysis of variance (MANOVA).

**Findings:** The results showed that there was a significant difference between the mean quality of life in multiple sclerosis patients and the control subjects. In addition, mean quality of life of MS patients in physical and mental health significantly increased compared to the control group.

**Conclusions:** Self-control training can be used to enhance the quality of life in patients with multiple sclerosis. These results have important implications for teaching self-control and quality of life in patients with multiple sclerosis. Generally, experts of clinical centers can use this method alongside other therapeutic interventions.

**Keywords:** Multiple sclerosis, Quality of life, Self-control

**Citation:** Soleimani E, Habibi M, Basharpour S. **Effectiveness of self-control training on quality of life dimension in multiple sclerosis patients (MS).** J Res Behav Sci 2013; 10(7): 746-56

Received: 08.11.2012

Accepted: 23.02.1013

1- PhD Student, Psychology Group, Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Ardail Branch, Ardail, Iran (Corresponding Author) Email: soleymany.psy@gmail.com

2- Assistant Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3- University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran