

## بررسی ارتباط کیفیت زندگی و راه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS شهرستان اهواز در سال ۱۳۸۷

مسعود میر<sup>۱\*</sup>، محبوبه صفوی<sup>۲</sup>، محمد فشارکی<sup>۳</sup>، سیده سمیه فرهادی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** مالتیپل اسکلروزیس، از بیماری‌های مزمن سیستم اعصاب مرکزی است. این بیماری پس از حوادث تروماتیک، دومین علت ناتوانی جوانان است. در ایران، سالانه ۷ هزار نفر، به تعداد این بیماران افزوده می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله با استرس در افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به بیماری مالتیپل اسکلروزیس انجام شده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی، ۲۰۰ نفر از اعضای خانواده مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و عضو انجمن MS اهواز با استفاده از ۳ پرسشنامه بی‌نام مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۰۸ نفر مرد و ۹۰ نفر زن واجد شرایط، وارد مطالعه شدند. تمامی ابعاد (جسمی، روانی و اجتماعی - اقتصادی) سطح کیفیت زندگی خانواده‌ها در حد متوسط به دست آمد. به طور کلی سطح کیفیت زندگی مردان به‌ویژه در بعد روانی بالاتر از زنان بود. در تمامی ابعاد ارزیابی شده کیفیت زندگی افراد مراقبت‌کننده ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری با سطح تحصیلات ایشان داشت اکثر زنان و مردان به ترتیب از روش‌های متوسط و خوب برای مقابله با استرس استفاده کرده بودند.

**نتیجه‌گیری:** کیفیت زندگی بهتر در افراد مراقبت‌کننده دارای سطح تحصیلات بالاتر و مواردی که از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب استفاده کرده بودند ضرورت حمایت‌های اجتماعی و طراحی برنامه‌های آموزش به خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS خصوصاً در خانواده‌های با سطح آگاهی پایین را مشخص می‌کند. م ع پ ۱۳۹۰؛ ۱۰(۵): ۵۶۳-۵۷۲

**کلید واژگان:** کیفیت زندگی، شیوه‌های مقابله‌ای، مالتیپل اسکلروزیس.

- ۱- مربی داخلی و جراحی پرستاری.
- ۲- دکترای مدیریت خدمات پرستاری.
- ۳- دانشیار گروه آمار حیاتی.
- ۴- کارشناس پرستاری.

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری.
- ۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران.
- ۳- دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران.
- ۴- کارمند بیمارستان گلستان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور.

\* نویسنده مسؤل:

خوزستان - اهواز - گلستان خیابان  
خرداد بین دی و بهمن مجتمع فجر ۱  
طبقه ۳ واحد ۶ .

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۸۸۴۲۸۵۶۱

Email: m\_mir\_1359@yahoo.com

## مقدمه

به مراقبت و درمان و همچنین افت سطح کیفیت زندگی خویش با مشکل مواجه می‌شوند (۶). حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران از مهمترین اهداف سیستم‌های بهداشتی - درمانی است. بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز با مداخله ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی ارتباط مستقیم دارد (۷). از سنجش کیفیت زندگی افراد می‌توان در ارزیابی بیماری‌های مزمن، بهبود رابطه پزشک - بیمار، ارزیابی اثربخشی و مزیت نسبی درمان‌های مختلف، ارزشیابی خدمات بهداشتی - درمانی، پژوهش، سیاست گذاری بهداشتی درمانی، ارزیابی اقتصادی و توزیع منابع استفاده نمود (۸). برخی از مطالعه‌ها به ایجاد مسائلی چون استرس، ترس از آینده مبهم، از هم گسیختگی اجتماعی، مشکلات اقتصادی شغلی و انزوا به عنوان عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان اشاره کرده‌اند (۹). استرس و شیوه‌های مقابله با آن می‌تواند کیفیت زندگی فرد و مراقبت‌کننده و اعضای خانواده بیمار را تغییر دهد (۱۰). لذا این مطالعه با توجه به اهمیت سطح کیفیت زندگی و بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای صحیح و کارآمد در میان مراقبت‌کنندگان از مبتلایان به MS، به‌عنوان یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده، و با هدف بررسی کیفیت زندگی خانواده‌های مبتلایان به MS و بکارگیری شیوه‌های مقابله با استرس در آنها صورت گرفته است.

## روش بررسی

طی این مطالعه توصیفی - همبستگی، خانواده‌های بیماران مبتلا به MS که عضو انجمن MS اهواز، واقع در دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بودند، از لحاظ کیفیت زندگی به‌طور کلی در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی - اقتصادی و همچنین راه‌های مقابله با استرس به‌طور کل و به دو صورت هیجان‌مدار و مشکل‌مدار مورد ارزیابی قرار گرفتند. اعضای این انجمن در حدود ۵۰۰ نفر بودند. با استفاده از

با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن در تمامی گروه‌های سنی، اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی مشاهده می‌شود، همواره یکی از موضوعات قابل توجه مسئولان بهداشت و درمان بوده است. برخی از محققین، تعداد افراد مبتلا به این بیماری‌ها را تا سال ۲۰۵۰ بالغ بر ۱۶۷ میلیون نفر و هزینه‌های درمانی آنها را ۷۹۷ میلیارد دلار در سال تخمین زده‌اند (۱). اما در برخی از مطالعات، مشخص شده است که در صورت مراقبت از این بیماران در منزل، هزینه‌های بستری شدن و مراقبت از آنها در بیمارستان تا ۴۴ درصد کاهش می‌یابد (۲).

مالتیپل اسکلروزیس، یکی از بیماری‌های مزمنی است که طی آن غلاف میلین سلول‌های عصبی به‌صورت چند کانونی در مغز و نخاع تخریب می‌شود این بیماری، اکثراً در دهه‌های سوم و چهارم زندگی ظاهر می‌شود و شیوع آن نیز در زنان تقریباً ۲/۵ برابر بیشتر از مردان است. میزان بروز سالیانه آن بین ۱/۵ تا ۱۱ میلیون نفر است و پس از حوادث تروماتیک، دومین علت ناتوانی افراد بالغ جوان است. علائم بالینی آن، شامل: نوریت اپتیک، دوبینی، عدم تعادل، سرگیجه، ضعف، اختلالات حسی - حرکتی در اندام، اختلالات ادراری - تناسلی از قبیل: مثانه نوروژنیک، بی‌اختیاری ادرار و ناتوانی جنسی، یبوست، اختلال خواب و افسردگی است (۳). بر اساس گزارش‌های انجمن مالتیپل اسکلروزیس ایران، سالانه ۷ هزار نفر بیمار جدید به تعداد مبتلایان به MS در کشور افزوده می‌شود، همچنین، بر اساس آخرین اطلاعات آماری این مرکز، تعداد مبتلایان در سال ۱۳۸۵ به ۴۰ هزار نفر رسیده است (۴). بیماری‌های مزمن به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر زندگی افراد تأثیرگذار هستند (۵). این‌گونه بیماری‌ها نه تنها زندگی فرد بیمار را مختل می‌کنند بلکه زندگی افراد مراقبت‌کننده از بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲). افراد مراقبت‌کننده در زمینه استرس‌ها و چالش‌های عاطفی، سازگاری با مسئولیت‌های جدید، مسائل مربوط

## یافته‌ها

در زمینه توزیع اعضای خانواده در گروه‌های سنی تعیین شده: ۱۳ نفر (۷/۳ درصد) در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال، ۵۱ نفر (۲۸/۸ درصد) در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال، ۶۱ نفر (۳۴/۵ درصد) در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵۲ نفر (۲۹/۴ درصد) در گروه سنی بالاتر از ۴۰ سال قرار داشتند. افراد واجد شرایطی که وارد مطالعه شدند، از نظر توزیع جنسی ۱۰۸ نفر (۵۴/۵ درصد) مرد و ۹۰ نفر (۴۵/۵ درصد) زن بودند. در رابطه با نسبت افراد مراقبت‌کننده از بیماران: ۹۸ نفر (۵۱ درصد) همسر، ۱۸ نفر (۹/۴ درصد) پدر، ۱۹ نفر (۹/۹ درصد) مادر، ۲۲ نفر (۱۱/۵ درصد) خواهر، ۱۸ نفر (۹/۴ درصد) برادر، ۸ نفر (۴/۲ درصد) پسر و ۹ نفر (۴/۷ درصد) دختر مبتلایان به MS بودند. در زمینه وضعیت اشتغال افراد مراقبت‌کننده: ۱۰۹ نفر (۵۶/۸ درصد) شاغل، ۲۶ نفر (۱۳/۵ درصد) بیکار، ۵ نفر (۲/۶ درصد) از کار افتاده و ۵۲ نفر (۲۷/۱ درصد) خانه‌دار بودند. در رابطه با نژاد خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS: ۲۱ نفر (۱۰/۷ درصد) لر، ۴۴ نفر (۲۲/۳ درصد) عرب، ۷ نفر (۳/۶ درصد) ترک، ۷۳ نفر (۳۷/۱ درصد) فارس، ۳۵ نفر (۱۷/۸ درصد) بختیاری و ۱۷ نفر (۸/۶ درصد) متعلق به سایر گروه‌های قومی بودند. سطح تحصیلات افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS به این ترتیب بود که ۶ نفر (۳ درصد) بی‌سواد، ۹۹ نفر (۵۰/۳ درصد) سطح تحصیلات کمتر از دیپلم و دیپلم، ۴۳ نفر (۲۱/۸ درصد) فوق دیپلم، ۳۹ نفر (۱۹/۸ درصد) لیسانس و ۱۰ نفر (۵/۱ درصد) نیز تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر داشتند. در رابطه با طول مدت ابتلای بیماران به MS: ۵۸ مورد (۲۹/۹ درصد) مدت ابتلای کمتر از ۲ سال، ۸۱ مورد (۴۱/۸ درصد) مدت ابتلای بین ۲ تا ۶ سال، ۳۱ مورد (۱۶ درصد) مدت ابتلای بین ۶ تا ۱۰ سال و ۲۴ مورد (۱۲/۴ درصد) نیز مدت ابتلای به MS بیش از ۱۰ سال داشتند.

فرمول حجم نمونه، تعداد ۲۰۰ بیمار پس از اعلام رضایت در طرح، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تدریجی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای افراد مراقبت‌کننده، داشتن حداقل سواد جهت خواندن و نوشتن، محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن زمینه‌ای، زندگی در کنار بیماران مبتلا به MS در یک منزل مسکونی و عهده‌دار بودن مراقبت از ایشان و عدم شرکت آنها در مطالعه‌های مشابه در نظر گرفته شد. اطلاعات مربوط به مراقبت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه‌های از قبل آماده شده جمع‌آوری و ثبت گردید، این پرسشنامه‌ها اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، نژاد، وضعیت اشتغال، نسبت خویشاوندی با بیمار، سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهانه خانواده، سن شروع MS و مدت ابتلای بیمار)، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان از بیماری‌های مزمن Ferrel and Grant (تعداد پرسش‌های ارزیابی کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی - اقتصادی به ترتیب ۵، ۱۶ و ۹ پرسش بود) را در بر می‌گرفت. همچنین این پرسشنامه در سال ۱۳۸۳ توسط فتوکیان در ایران اعتباریابی شده است. آخرین بخش نیز پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس جالوویس و متشکل از ۲۵ و ۱۵ پرسش در رابطه با شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مشکل‌مدار بود. این پرسشنامه نیز اولین بار در ایران توسط زوهری اعتباریابی شده است. پس از تأیید طرح در کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد واحد پزشکی تهران و هماهنگی با انجمن MS اهواز، نسبت به جمع‌آوری و ثبت اطلاعات اقدام گردید. شرکت در طرح اختیاری بوده و پرسشنامه‌های مذکور نیز به صورت بی‌نام تهیه شده بود و به شرکت‌کنندگان در طرح در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون‌های مجذور کای، ضریب همبستگی اسپیرمن و کندال و نرم‌افزار SPSS.V14 استفاده شد و مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معناداری تلقی گردید.

مراقبت‌کننده ارتباط همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت ( $r = -0/187$  و  $P = 0/005$ )، به این صورت که افراد جوان، کیفیت زندگی و بعد جسمانی بهتری دارند. در میان نسبت‌های فامیلی مورد بررسی، همسران بالاترین درصد فراوانی کیفیت زندگی متوسط و خوب را داشتند اما این اختلاف از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P = 0/066$ ). ارتباط بین بعد جسمانی و کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال، سطح درآمد ماهانه خانواده، گروه‌های نژادی، سن آغاز بیماری و طول مدت بیماری از لحاظ آماری معنادار نبود. بعد جسمانی و کیفیت زندگی خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS با سطح تحصیلات آنها ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری داشت ( $r = 0/121$  و  $P = 0/048$ )، به این صورت که افراد تحصیل کرده از کیفیت زندگی و بعد جسمانی بهتری برخوردارند. در بعد روانی، تعداد خانواده‌های دارای کیفیت زندگی متوسط، (۶۲/۵ درصد) بودند که بیشتر از سایر گروه‌ها بود. در بعد روانی مردان به‌طور مستقیم و معناداری کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان داشتند ( $r = 0/145$  و  $P = 0/005$ ). ارتباط بین بعد روانی کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال، سطح درآمد ماهانه خانواده، گروه‌های نژادی و طول مدت بیماری از لحاظ آماری معنادار نبود. بین بعد روانی کیفیت زندگی خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS با سن شروع بیماری ( $r = 0/145$  و  $P = 0/045$ ) و سطح تحصیلات آنها ( $r = 0/121$  و  $P = 0/039$ ) آنها ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت. اما بین بعد روانی کیفیت زندگی، و نسبت، ارتباط همبستگی معکوس و معنادار بود ( $r = -0/141$  و  $P = 0/006$ ) به این صورت که افراد تحصیل کرده با بیمار در سن شروع بیماری بالاتر و نسبت دور از کیفیت زندگی و بعد روانی بهتری برخوردارند. در بعد اجتماعی نیز کیفیت زندگی اکثر خانواده‌ها (۵۰ درصد) در حد متوسط بود و مردان به‌طور غیرمعناداری از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان برخوردار بودند. بین سن و بعد

سن شروع MS در بیماران؛ در ۳۲ مورد (۱۸/۴ درصد) کمتر از ۲۰ سال، در ۴۹ مورد (۲۸/۲ درصد) ۲۰ تا ۲۵ سال، در ۳۶ مورد (۲۰/۷ درصد) ۲۵ تا ۳۰ سال و در ۵۷ مورد (۳۲/۸ درصد) نیز بیش از ۳۰ سال گزارش شد. سطح درآمد ماهانه خانواده‌های بیماران مبتلا به MS؛ در ۴۹ مورد (۲۵/۷ درصد) ۳۰۰ هزار تومان و کمتر، در ۴۷ مورد (۲۴/۶ درصد) بین ۳۰۰ تا ۳۵۰ هزار تومان و در ۹۵ مورد (۴۹/۷ درصد) بیش از ۳۰۰ هزار تومان در ماه بود. در این مطالعه، اکثر خانواده‌ها (۷۲/۱ درصد) از کیفیت کلی زندگی متوسطی برخوردار بودند، علی‌رغم بهبود کیفیت کلی زندگی در مردان در زمینه ارتباط بین جنسیت و کیفیت کلی زندگی، اختلاف آماری معناداری وجود نداشت. بین سن افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS و کیفیت زندگی ایشان، ارتباط همبستگی معکوس و معنادار حاصل شد. به این ترتیب که افراد جوان، به لحاظ کیفی، زندگی بهتری داشتند ( $r = -0/263$  و  $P = 0/004$ ). همسران با دارا بودن بالاترین درصد فراوانی، از زندگی متوسط و خوبی برخوردار بودند، اما این فزونی از لحاظ آماری معنادار نبود. ارتباط بین کیفیت کلی زندگی با نسبت وضعیت اشتغال، سطح درآمد ماهانه خانواده، گروه‌های نژادی، طول مدت بیماری از لحاظ آماری معنادار نبود. بین کیفیت کلی زندگی خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS با سن شروع بیماری ( $r = 0/113$  و  $P = 0/017$ ) و سطح تحصیلات آنها ( $r = 0/181$  و  $P = 0/045$ )، ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت به این صورت که افراد دارای تحصیلات بالاتر و بیمار با سن شروع بیماری بالاتر، از کیفیت کلی زندگی بهتری برخوردارند. در بعد جسمانی نیز سهم افرادی که کیفیت زندگی متوسطی داشتند (۴۹/۵ درصد) بیشتر از سایر گروه‌ها بود. در بعد جسمانی نیز مردان به‌طور بی‌معنایی، کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان داشتند. بین بعد جسمانی، کیفیت زندگی خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS و سن افراد

هیجان‌مدار مقابله با استرس در افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS، ارتباط آماری معناداری حاصل نشد.

همانند مورد قبل، اکثر خانواده‌ها (۷۸ درصد) از راه‌های مشکل‌مدار خوب و مناسب جهت مقابله با استرس استفاده کرده بودند. بین استفاده از راه‌های مشکل-مدار مقابله با استرس در خانواده‌های مبتلایان به MS و سطح تحصیلات آنها، ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری حاصل شد ( $r=0/149$  و  $P=0/049$ ) به این صورت افراد با تحصیلات بالاتر از راه‌های مقابله با استرس مشکل‌مدار خوب بیشتر استفاده کردند. به‌کارگیری راه‌های مشکل‌مدار خوب و مقابله با استرس در میان همسران مبتلایان به MS به‌طور معناداری نسبت به سایر اعضای خانواده کمتر بود ( $r=-0/194$  و  $P=0/006$ ). میان متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت اشتغال، گروه‌های نژادی، سطح تحصیلات، سن شروع و طول مدت بیماری و به‌کارگیری راه‌های مشکل‌مدار مقابله با استرس در افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS، ارتباط آماری معناداری حاصل نشد. بین کیفیت زندگی و راه‌های مقابله با استرس توسط افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS، ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری به دست آمد ( $r=0/468$  و  $P=0/001$ ) به این صورت که کسانی که از راه‌های خوب مقابله با استرس استفاده می‌کنند از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

جدول زیر همچنین، در زمینه ارتباط بین کیفیت کلی زندگی و راه‌های مقابله با استرس کل در میان اعضای خانواده مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS نتایج ذیل حاصل شد: ۹ مورد (۶۴/۳ درصد) از خانواده‌هایی که کیفیت زندگی ضعیفی داشتند از راه‌های متوسط مقابله با استرس استفاده می‌کردند و تنها ۵ مورد (۳۵/۷ درصد) آنها از راه‌های خوب مقابله با استرس سود می‌جستند. با این حال در خانواده‌هایی که کیفیت زندگی متوسطی داشتند؛ به ترتیب ۲۳ (۲۶/۷ درصد) و ۶۳ (۷۳/۳ درصد) از راه‌های مقابله متوسط و خوب استفاده می‌کردند، این در

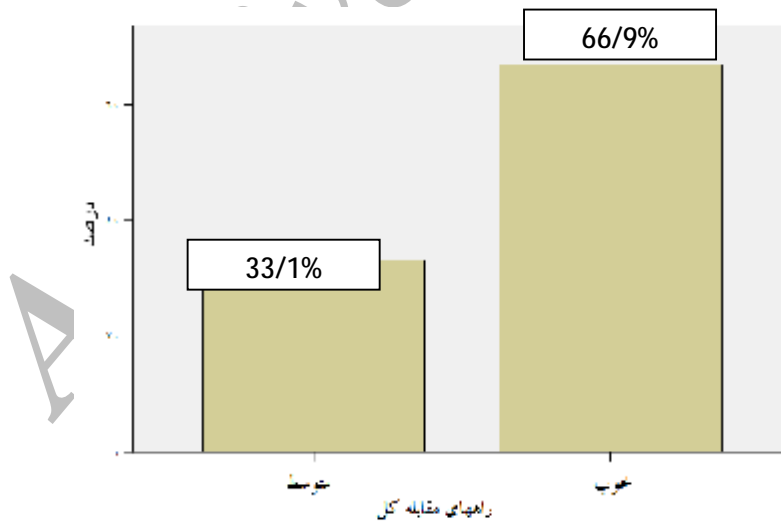
اجتماعی کیفیت زندگی خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS، ارتباط همبستگی معکوس و معناداری به‌دست آمد ( $r=-0/222$  و  $P=0/006$ ) به این صورت که افراد جوان از کیفیت زندگی و بعد اجتماعی بهتری برخوردارند. اما میان بعد اجتماعی کیفیت زندگی و سطح تحصیلات خانواده‌های مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت ( $r=-0/224$  و  $P=0/003$ )، به این صورت که افراد تحصیل کرده از کیفیت زندگی و بعد اجتماعی بهتری برخوردارند. ارتباط بعد اجتماعی کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال، سطح درآمد ماهانه خانواده، گروه‌های نژادی، نسبت فامیلی فرد مراقبت‌کننده از بیمار، سن آغاز و طول مدت بیماری از لحاظ آماری معنادار نبود. اکثر خانواده‌ها (۶۶/۹ درصد) از راه‌های خوب مقابله با استرس استفاده کرده بودند. اکثر زنان (۵۹/۶ درصد) از روش‌های متوسط و اکثر مردان (۶۰ درصد) از راه‌های خوب مقابله با استرس استفاده کرده بودند ( $r=0/230$  و  $P=0/021$ ) به عبارتی مردان از راه‌های مقابله با استرس بیشتر استفاده نمودند. استفاده از راه‌های خوب و مناسب مقابله با استرس در همسران به‌طور معناداری نسبت به سایر نسبت‌های فامیلی کمتر بود ( $r=-186$  و  $P=0/006$ ). میان متغیرهای سن، وضعیت اشتغال، گروه‌های نژادی، سطح تحصیلات، سن شروع و طول مدت بیماری و به‌کارگیری راه‌های مقابله با استرس در افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS ارتباط آماری معناداری حاصل نشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، اکثر خانواده‌ها (۵۸/۵)، از راه‌های هیجان‌مدار خوبی استفاده کرده بودند. اکثر زنان (۵۶/۳ درصد) از راه‌های متوسط و اکثر مردان (۶۰/۶ درصد) از راه‌های خوب مقابله با استرس هیجان‌مدار استفاده کرده بودند ( $r=0/141$  و  $P=0/029$ ). میان متغیرهای سن، وضعیت اشتغال، گروه‌های نژادی، سطح تحصیلات، سن شروع و طول مدت بیماری و به‌کارگیری راه‌های

استفاده از آزمون کای دو ( $C^2: 23/989$ ) در سطح خطایی  $(\alpha: 0/05)$  با  $P_v: 0/001$  ارتباط آماری معناداری حاصل گردید که مقدار این همبستگی با ضریب همبستگی اسپیرمن  $r = 0/468$  می‌باشد.

حالی بود که تمام ۱۶ خانواده‌ای (۱۰۰ درصد) که کیفیت کلی زندگی خوبی داشتند، راه‌های خوب مقابله با استرس را به‌کار بسته بودند. در زمینه ارتباط کیفیت کلی زندگی و راه‌های مقابله با استرس، واحدهای مورد پژوهش با



درصد کیفیت کلی زندگی خانواده بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS اهواز سال ۱۳۸۷



درصد راه‌های مقابله کل خانواده بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS اهواز سال ۱۳۸۷

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت کلی زندگی و ارتباط آن با راه‌های مقابله کل خانواده بیماران مبتلا به MS مراجعه

کننده به انجمن MS اهواز سال ۱۳۸۷

نتایج آزمون	خوب	متوسط	راه‌های مقابله کل	کیفیت کلی زندگی
$X^2: 2.23/989$	۵ (۳۵/۷)	۹ (۶۴/۳)	تعداد (درصد)	ضعیف ۰-۱۰۰
$P_v: 0/0.01$	۶۳ (۷۳/۳)	۲۳ (۲۶/۷)	تعداد (درصد)	متوسط ۱۰۱-۲۰۰
$r = 0.468$	۱۶ (۱۰۰)	۰ (۰)	تعداد (درصد)	خوب ۲۰۱-۳۰۰

### بحث

مسأله در رابطه با راه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار نیز صادق بود. اما در زمینه راه‌های مقابله مشکل‌مدار به نظر می‌رسد این روش در میان همسران افراد مبتلا به MS کمتر و مراقبت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات بالاتر کاربرد بیشتری دارد. بین سایر متغیرهای دموگرافیک و راه‌های مقابله‌ای، ارتباط آماری معناداری حاصل نشد. سرانجام، بین کیفیت زندگی و راه‌های مقابله با استرس توسط افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS، ارتباط همبستگی مستقیم و معنادار به دست آمد. به این ترتیب افرادی که از راه‌های بهتر مقابله با استرس استفاده می‌کردند، سطح کیفیت زندگی بالاتر و بهتری داشتند.

### نتیجه‌گیری

لیم و زبراک در مطالعات خود اعلام کرد که درمان بیماران مزمن و مراقبت از آنها، ابعاد گوناگونی از زندگی اعضای خانواده مراقبت‌کننده را تحت تأثیر قرار داده است و اثرات جسمانی، روانی و اجتماعی مانند رو به زوال نهادن سلامت فیزیکی، تخریب زندگی خانوادگی، اجتماعی و افزایش استرس، اضطراب و افسردگی را بر جای می‌گذارد و راه‌های مقابله با استرس به عنوان عامل تأثیرگذار، نقش بسزایی بر کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان دارد (۲). کینگ و هندز نیز علاوه بر برخورداری از کیفیت

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر که با هدف بررسی کیفیت زندگی و روش‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و مراجعه-کننده به انجمن MS اهواز انجام شده است، تمامی ابعاد (جسمی، روانی و اجتماعی) سطح کیفیت زندگی خانواده-ها در حد متوسط به دست آمد. به طور کلی سطح کیفیت زندگی مردان به خصوص در بعد روانی بالاتر از زنان بود. میان کیفیت زندگی، به طور کلی و ابعاد اجتماعی جسمی آن با سن افراد مراقبت‌کننده، ارتباط همبستگی معکوس و معناداری حاصل شد به این صورت که کسانی که جوان‌تر بودند، از کیفیت کلی زندگی و ابعاد اجتماعی و جسمی بهتری برخوردارند. در تمامی ابعاد ارزیابی شده، کیفیت زندگی افراد مراقبت‌کننده، ارتباط همبستگی مستقیم و معناداری با سطح تحصیلات آنها داشت. به این صورت که افراد دارای تحصیلات بالاتر، کیفیت زندگی بهتری داشتند. میان سطح کیفیت زندگی افراد مراقبت‌کننده با وضعیت اشتغال، سطح درآمد ماهانه خانواده، گروه‌های نژادی، نسبت فامیلی آنها با بیمار و طول مدت بیماری، ارتباط آماری معناداری حاصل نشد. بیش از نیمی از افراد مراقبت‌کننده، راه‌های خوب مقابله با استرس را به کار گرفته بودند، اکثر زنان و مردان به ترتیب از راه‌های متوسط و خوب مقابله با استرس استفاده کرده بودند. این

شده در ایران در زمینه کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به MS، بر اساس نتایج مطالعه حاضر و با توجه به ارتباط مستقیم کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، به نظر می‌رسد تأکید و توجه به افزایش آگاهی بیماران و مراقبت‌کنندگان آنها در جهت آشنایی با ماهیت بیماری، اقدامات درمانی و مراقبتی ایشان و همچنین مشاوره‌های روانشناختی جهت به‌کارگیری شیوه‌های مقابله با استرس توسط ایشان می‌تواند تا حد زیادی باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شود. به‌علاوه بهبود عوامل مؤثر و قابل‌تعدیل بر کیفیت زندگی (افزایش آگاهی، مشاوره‌های روانشناختی، حمایت‌های بیمه‌ای، اقتصادی و ارائه خدمات درمانی) و بهبود آموزش شیوه‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند به افزایش کارایی و سطح کیفی عملکرد و همچنین بهبود سلامت روانی آنها در سطح جامعه کمک شایانی کند.

#### قدردانی

با سپاس فراوان از اعضای انجمن MS اهواز سرکار خانم کوشکی و آقای دکتر شرف‌الدین و بیماران محترم، اعضای خانواده ایشان که بنده را در انجام این تحقیق یاری نمودن کمال تشکر راه دارم در آخر لازم می‌دانم از همسر، پدر و مادر، خواهر و برادرم قدردانی و تشکر نمایم.

زندگی ضعیف می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی تأثیر بگذارد و موجب به‌کارگیری شیوه‌های مقابله نامؤثر در افراد شده و متعاقباً باعث افزایش تنش و تأثیر سوء بر سلامت جسمانی و روانی آنها گردد (۱۰). کاهش درک افراد از کیفیت زندگی، بر توانایی‌های آنها در محیط‌های کاری و خانوادگی تأثیر گذار خواهد بود و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌گردد (۲). فیگود و همکاران در مطالعه خود که در سال ۲۰۰۷ و با عنوان مسئولیت مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به MS انجام شد، اعلام کردند که افراد مراقبت‌کننده از مبتلایان به MS، استرس‌های زیادی را تحمل کرده و به علت مراقبت از بیماران، کیفیت زندگی آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. آنها ناتوانی فیزیکی بیماران را با شدت استرس-های مراقبت‌کنندگان مرتبط دانسته‌اند (۱۱). آلتویلی و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ و با عنوان کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به MS در کویت انجام دادند، برای مراقبت‌کنندگانی که مدت طولانی از بیماران مبتلا به MS مراقبت کرده بودند و همچنین از نظر وضعیت اشتغال، بیکار و دارای سطح تحصیلات و آگاهی پایین‌تری بودند توجه و تأکید بیشتر را ضروری بر شمردند (۱۲). علی‌رغم وجود عواملی مانند تفاوت فردی افراد از لحاظ برداشت آنها از کیفیت زندگی و کثرت سؤالات پرسشنامه و احتمال عدم پاسخ‌گویی دقیق و صادقانه افراد، اما با توجه به انجام مطالعات محدود انجام

#### منابع

- 1-Asmltzr S, Byr B. Surgical nursing vdakhly nervous system. Hramshtaq Z, translator. Tehran: healthy Publications; 2008.
- 2-Lim JW, Zebrack B. Caring for members with chronic physical illness: A critical view of caregiver literature. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2: 50. [PMID:15377384]
- 3-Lee GM. Executive vice president for health and biomedical sciences Columbia university. 23<sup>rd</sup> ed. Saunders: Cecil medicine; 2007; 463.
- 4-Lotfi J. Clinical trial on MS related fatigue. International Conference on MS a collection of scientific research, Beheshti University of Medical Sciences. P. 1-5.
- 5-Phipps WJ, Mona FD, Sands JK. Medical surgical Nursing; Health and 1 illness perspective. 8<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Mosby; 2004; vol, 12. p. 133-56.
- 6-Holicky M. A labor of love beating stress in long term care giving. new media degxon co. 2000; 24(1): 29-34.



- 7-Hornquist GO. Kristy and livneh, quality of life social medicine. Journal of neuroscience nursing. 1996; 37(1): 20-27.
- 8-Syari A, Gary D, Asadi Lary M. Evaluation Quality of Life International experiences and necessary action in Iran. Medicine and purification. 1380; (41): 30-6.
- 9-Courts NF, Newton AN, Mc Neal LJ. Husbands and wives living with multiple sclerosis. J Neurosci Nurs. 2005; 37(1): 20-7. [PMID: 15794441]
- 10-King CR, Hinds PS. Quality of life nursing and patient perspective. Massachusset: Zjonse and bartlet publishers; 1998.
- 11-Figved N, Myhr KM, Larsen JP, Aarsland D. Caregiver burden in multiple sclerosis: the impact of neuropsychiatric symptoms. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007; 78(10): 1097-102. [PMID:17237144]
- 12-Alshubaili AF, Ohaeri JU, Awadalla AW, Mabrouk AA. Family caregiver quality of life in multiple sclerosis among Kuwaitis: a controlled study. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 206. [PMID: 18840287]

Archive of SID

## Determine of Association Quality of Life and Stress Coping Method Among the Caregiver of Patient with Multiple Sclerosis; MS Society, Ahvaz 2008

Mir M<sup>1\*</sup>, Safavi M<sup>2</sup>, Fesharaki M<sup>3</sup>, Farhadi SM<sup>4</sup>

1- Lecturer in Medical and Surgical Nursing  
2- PhD in Nursing  
3- PhD in Statistics  
4- Nurse

1- Department of Nursing.  
2- Department of Nursing, Islamic Azad University Tehran Medical Science Branch Nursing and Midwifery Faculty  
3- Department of Nursing and Midwifery Faculty, Islamic Azad University Tehran Medical Science Branch  
4- Department of Staff Hospital Golestan, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences

\*Corresponding author:  
Nursing Medical and Surgical  
Tel: ++989188428561  
Email: m\_mir\_1359@yahoo.com

### Abstract

**Background and Objective:** Multiple sclerosis is a chronic disease that involves central nervous system. This disease which causes incapability in adult happens after traumatic accidents. 7000 cases are added annually to MS patient in Iran. This study was conducted to determine the quality of life and stress coping method among the family member and multiple sclerosis caregivers.

**Subjects and Methods:** 200 cases of family members and caregivers of patient with MS and dependent to Ahvaz MS society enrolled in this descriptive study. Three inanimate questionnaires were used to evaluate the cases.

**Results:** 108 male and 90 eligible female enrolled in this study. The quality of their life was normal physically, psychologically and socioeconomically. Generally, the quality of the males' life was better than the females', especially psychologically. Majority of male and female used normal and good coping method, and we also found a direct and statistically significant correlation between the level of education and the quality of life among the caregivers.

**Conclusion:** Higher level of quality of life among the caregiver with higher level of education and use of suitable stress coping method among them, revealed the necessity of socio-economical supports and contour programs for educating family members and caregiver of patient with multiple sclerosis, especially for caregiver with lower level of knowledge and education.

*Sci Med J 2011;10(5):563-72*

**Keywords:** Quality of life, coping method, multiple sclerosis.

Received: May 19, 2010

Revised: July 30, 2011

Accepted: Sep 27, 2011