

بررسی میزان تنش درک شده در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

دکتر فریده باستانی^۱، طاهره حکیمی گیلانی^۲، دکتر شادی قانع فرد^۳، شیرین قانع فرد^۴

۱. استادیار، گروه بهداشت جامعه و مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۲. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۳. پزشک عمومی، مرکز بهداشتی درمانی سلمان فارسی، تهران، ایران
۴. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری عصبی مزمن و پیش رونده است که احتمالاً در بروز علائم بیماری و یا عود علائم، تنش و وقایع تنش زای زندگی می تواند نقش داشته باشد. با توجه به اینکه این بیماری در زنان شایع تر از مردان می باشد، لذا هدف از انجام این پژوهش تعیین تنش درک شده و ویژگی های دموگرافیک زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با علائم بیماری می باشد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بوده و جامعه پژوهش، شامل کلیه زنان با تشخیص پزشکی ابتلا به بیماری ام اس با علائم فاقد عود و مراجعه کننده به انجمن ام اس و یا یکی از بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی ایران، شهید بهشتی و تهران می باشد. در این مطالعه، نمونه گیری به روش در دسترس و متوالی انجام شد و ۱۹۰ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. جهت گردآوری داده ها، از پرسش نامه دموگرافیک و "مقیاس تنش درک شده" استفاده شد. برای کسب اعتبار ابزار در این پژوهش علی رغم هنجاریابی در مطالعات ایرانی، از روش اعتبار محتوا و جهت پایایی ابزار از همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. آنالیز کمی داده ها، با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۴ و شاخص های آمار توصیفی انجام شد.

یافته ها: نتایج بدست آمد، نشان داد که میانگین سنی زنان ۳۳/۶ سال، اکثریت آنان متأهل (۶۳/۵ درصد)، با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی (۷۵/۷ درصد)، خانه دار (۶۵/۸ درصد)، با وضعیت اقتصادی متوسط (۷۶/۷ درصد)، بودند. میانگین ابتلا به بیماری ام اس به مدت ۵ سال و تجربه حداقل یک بار بستری در بیمارستان را داشتند که غالباً (۷۹/۸ درصد) نیز از حمایت های اجتماعی بهره مند نبودند. به علاوه، بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه (۵۳/۷ درصد) دارای تنش درک شده بالا و بقیه دارای تنش درک شده پایین بودند.

بحث: بر اساس یافته های پژوهش و با توجه به نقش احتمالی تنش ها در ایجاد علائم بیماری ام اس و یا بروز علائم عود، انجام مطالعات وسیع تر برای شناخت عوامل تنش زا ضروری به نظر می رسد. با توجه به اینکه اکثر واحدهای مورد پژوهش از حمایت های اجتماعی بی بهره بوده و از تنش بالایی برخوردار بودند و این دو متغیر به عنوان متغیرهای قابل تغییر و تعدیل، تلقی می شوند لذا پیشنهاد می گردد برنامه ریزان و سیاست گذاران ذریبط، برای این گروه از بیماران، تسهیلات و امکاناتی در خصوص مداخلات آموزشی- مشاوره ای جهت حمایت و مدیریت تنش فراهم نمایند.

کلید واژه ها: تنش درک شده، مولتیپل اسکلروزیس، سلامت زنان، حمایت اجتماعی، بهداشت روان.

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) یک بیماری عصبی مزمن و پیشرونده است که در نتیجه مجموعه ای از عوامل محیطی (مانند فشارهای روحی یا تنش)، ژنتیکی و خود ایمنی بروز می کند. سن ابتلا به این بیماری حدود ۳۵-۱۸ سالگی می باشد، لیکن می تواند در هر سنی پیشرفت نماید (McKeown و همکاران، ۲۰۰۳). ام اس معمولاً دوران عود و فروکش دارد و در صد بالایی از افراد مبتلا به این

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فریده باستانی؛ تهران، خیابان ولیعصر بالاتر از میدان ونک، خیابان شهید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه بهداشت، آدرس پست الکترونیک: fbastani@iums.ac.ir

نظر اپیدمیولوژیکی، اختلال اضطرابی (به عنوان جنبه ای از تنش) در زنان با شیوع ۳۰/۵ در صد در طول دوره زندگی، در مقایسه با مردان با شیوع ۱۹/۲ در صد، شایع تر می باشد (رضایی و رفیعی، ۱۳۷۸).

به طور کلی، تنش منجر به اختلال عملکرد و تضعیف سیستم ایمنی و باعث افزایش آسیب پذیری فرد در مقابل بسیاری از بیماری ها می شود (Salovey و همکاران، ۲۰۰۰). از جمله عوارض ناشی از تنش، اختلالات متابولیکی، پوستی، تنفسی، بیماری های قلبی عروقی، گوارشی، عضلانی اسکلتی و انواع سرطان ها می باشد (Kozier، ۲۰۰۰). در این زمینه، Boyd (۲۰۰۵) می نویسد: از صد ها سال قبل، برخی صاحب نظران، تنش و زندگی پر تنش را در بروز و عود علائم بسیاری از بیماری ها موثر می دانستند و حتی بسیاری از خود بیماران نیز معتقدند که تنش و فشارهای روحی، موجب ابتلای آنان به بیماری شده است.

Buljevac و همکاران (۲۰۰۳) پژوهشی تحت عنوان خود گزارش دهی حوادث پر تنش زندگی و عود حمله های ام اس، با نمونه ۷۳ بیمار ۵۵-۱۸ ساله مبتلا به ام اس که می توانستند راه بروند و نمره حرکتی آنها صفر تا ۶ بود و طی ۲۴ ماه گذشته، حداقل دو بار دچار عود حمله شده بودند، انجام دادند. در این بررسی ۷۰ نفر از ۷۳ بیمار یعنی ۹۶ درصد، حداقل یک حادثه پرتنش را اظهار داشته و به طور کلی ۴۵۷ حادثه پرتنش را مورد تایید قرار دادند. در این پژوهش، عود بیماری در ۵۶ بیمار روی داد و ۱۳۶ عفونت در ۵۷ بیمار بروز کرد. نتایج نشان داد که با بروز تنش، میزان عود بیماری دو برابر شده و عفونت با ضریب اطمینان ۹۵ درصد باعث سه برابر شدن عود علائم می شود. در نتیجه گیری، هر دو عامل به طور مستقل و غیر وابسته به هم، موجب تشدید عود بیماری ام اس گزارش شدند.

تاکنون علت دقیق بیماری ام اس چه در وضعیت عود و چه در حالت فروکش مشخص نشده است و با در نظر گرفتن ساختار جمعیت شناختی جوان کشور ایران، شیوع این بیماری در زنان از میزان بالاتری برخوردار بوده و احتمالاً تنش در بروز بیماری ام اس و عود علائم آن نقش دارد. این پژوهش با هدف تعیین میزان تنش درک شده در زنان مبتلا به ام اس با علائم عود مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی و انجمن ام اس تهران انجام شد.

بیماری دچار این وضعیت می شوند. در دوران فروکش معمولاً بیماران علائمی ندارند و بروز علائم (عود) به عنوان حملات یا برانگیزنده ها شناخته می شوند. به طور کلی بروز علائم غیر قابل پیش بینی هستند و علل آن ناشناخته است. در طی دوران بروز علائم (عود) امکان پیشرفت بیماری وجود دارد و می تواند به ناتوانی، ضعف در ایجاد هماهنگی و وابستگی به دیگران در فعالیت های روزانه منجر گردد. در واقع ام اس با بروز علائم بیماری (عود) موقعیت پیحیده ای است که با عوامل بسیاری مرتبط است (Phipps و همکاران، ۲۰۰۸).

در این بیماری التهاب و اختلال میلین سیستم اعصاب مرکزی جزو مشخصه بیماری زایی ام اس است. این بیماری تقریباً در زنان دو برابر بیشتر از مردان بروز می کند به طوری که شیوع بیماری هم چنان در زنان رو به افزایش است که در سال های بعد می تواند به صورت پیشرفت ثانویه و تشدید علائم بروز کند (Noseworthy و همکاران، ۲۰۰۰). بر اساس آمار بدست آمده از سوی انجمن ام اس ایران تعداد مبتلایان به ام اس در کشور ایران حدود ۳۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده است (لطفی، ۱۳۸۳). در خصوص سبب شناسی ام اس، عود و فروکش آن، علت بیماری و حملات هنوز مشخص نشده است اما عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، منطقه جغرافیایی، عفونت های ویروسی و فشار های روحی (تنش) را در پیدایش آن موثر می دانند (سلطان زاده، ۱۳۸۳). بسیاری معتقدند تنش، کنش فرد در قلمرو جسمانی، خانوادگی، روان شناختی و اجتماعی را دچار اختلال می کند. تنش با نارضایتی حرفه ای، کاهش تولید، افزایش خطاها، تصادفات، ایجاد تغییرات روان شناختی مانند افزایش تحریک پذیری، اضطراب، ناتوانی در مهار خود و نارسایی در روابط خانوادگی و ایفای نقش، ضعف و سستی در ارتباط است و با تضعیف نظام مصون کننده، بدن فرد را مستعد ابتلا به بیماری ها می کند (Stora، ۱۹۹۸).

بر طبق گزارش های Mitsonis و همکاران (۲۰۰۸)، شواهدی وجود دارد که در بروز و فعال شدن علائم بیماری ام اس، تنش و وقایع تنش زای زندگی نقش اساسی دارند. امروزه، تنش، در سطوح بالا، از عوامل تهدید کننده سلامت روان بوده که منشاء مشکلات بهداشتی جدی تلقی می شود. در ایالات متحده حدود ۲۰ درصد افرادی که به مراکز خدمات اولیه بهداشتی مراجعه می کنند دارای اختلالات ناشی از تنش شدید می باشند (Mattison، ۲۰۰۱). به علاوه در انسان، ارتباط میان جسم و روان، از زمان های دور یعنی از ده هزار سال پیش از میلاد مورد توجه بوده است و این امر قدمتی طولانی دارد. از

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی و بخشی از یک مطالعه پژوهشی وسیع تر می باشد. محیط این پژوهش، یک بیمارستان پر مراجعه از هر یک از دانشگاه های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی و نیز انجمن بیماران ام اس تهران بود. جامعه پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به محیط های فوق الذکر، با تشخیص پزشکی مبتلا به ام اس با علائم عود بودند که حداقل ۲ سال از ابتلا به بیماری آنها گذشته باشد. روش نمونه گیری، در دسترس و متوالی و اندازه نمونه لازم جمعا به تعداد ۱۹۰ نفر برآورد گردید. روش گردآوری داده ها در این پژوهش پرسش نامه بود که از دو بخش اطلاعات دموگرافیک و "مقیاس تنش درک شده" تشکیل شده بود. جهت ارزیابی تنش در بیماران مبتلا به ام اس دارای علائم، از سوالات مقیاس تنش درک شده (Cohen و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد که میزان تنش درک شده در طول یک ماه گذشته را با ۱۴ گویه می سنجد. دامنه امتیازات بدست آمده از ۱۴ گویه مرتبط با تنش درک شده بین ۰ تا ۵۶ بود. در این پژوهش نمونه های مورد مطالعه بر اساس میانگین نمرات یا امتیازات کسب شده به دو گروه تنش پایین یا کم (نمره پایین تر از میانگین نمرات گویه های مقیاس) و تنش بالا یا زیاد (نمره کسب شده بالاتر از میانگین) طبقه بندی شدند که این طبقه بندی بر اساس مطالعات انجام شده در چندین پژوهش پایان نامه ای در ایران می باشد (محمدی یگانه، ۱۳۸۶؛ رحمت نژاد، ۱۳۸۶؛ ضرابی، ۱۳۸۷). لازم به ذکر است که این نوع طبقه بندی تنش در افراد بدون اختلالات روانی جدی مانند سایکوز، در چندین مطالعه به کار گرفته شده است. (Cohen و همکاران، ۱۹۸۶؛ باستانی، ۱۳۸۳؛ رحمت نژاد، ۱۳۸۶)

در این پژوهش در ارتباط با اعتبار و پایایی ابزار گردآوری داده ها، علی رغم به کارگیری و سنجش اعتبار در حد قابل قبول در یک مطالعه ایرانی (رحمت نژاد، ۱۳۸۶)، برای کسب اعتبار ابزار، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. برای پایایی ابزار همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) مورد استفاده قرار گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس تنش درک شده ۰/۸۱ تعیین گردید. درخصوص نحوه انجام کار، ابتدا پژوهشگر با کسب مجوز از مراکز مربوطه هدف از انجام پژوهش و نحوه انجام کار را به رئیس، کارکنان شاغل و مسئولین مراکز توضیح داده و سپس از زنان داوطلب که مایل به همکاری و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، با توضیح اهداف پژوهش و تاکید بر محرمانه بودن داده ها، اقدام به جمع آوری داده ها

کرد. در این مطالعه بیماران زن مبتلا به ام اس با علائم عود، ضمن آزاد بودن در قبول و یا رد شرکت کامل در پژوهش، پرسش نامه ای مشتمل بر مشخصات دموگرافیک به همراه مقیاس سنجش تنش درک شده را تکمیل نمودند. سپس داده های گردآوری شده به وسیله نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی استفاده انجام شد.

یافته ها

نتایج در مورد مشخصات فردی ۱۹۰ نفر از زنان شرکت کننده نشان داد که میانگین سنی ۳۳/۶ سال و اکثر آنان متأهل، با تحصیلات بالای دیپلم، خانه دار، با وضعیت اقتصادی متوسط و با میانگین پنج سال ابتلا به بیماری و تجربه حداقل یک بار بستری در بیمارستان بودند (جدول ۱). به علاوه اکثر واحدهای مورد پژوهش، از حمایت های اجتماعی بی بهره بوده و بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه دارای تنش درک شده بالا بودند (جدول ۲). هم چنین در خصوص نحوه پاسخ گویی به گویه های مقیاس سنجش تنش درک شده، جدول ۳ نشان می دهد که امتیازات کسب شده از پاسخ به گویه های ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ دارای میانگین بالاتری نسبت به گویه های دیگر بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در زنان مبتلا به

مولتیپل اسکالروزیس با علائم عود		
درصد	فراوانی	متغیرهای زمینه ای
۲/۶	۵	کمتر از ۲۰ سال
۶۳	۱۱۹	۲۰-۴۰ سال
۳۴/۴	۶۵	بالاتر از ۴۰ سال
۲۴/۳	۴۶	زیر دیپلم
۴۲/۹	۸۱	دیپلم
۳۲/۸	۶۲	دانشگاهی
۱۳/۶	۲۵	شاغل
۲۰/۱	۳۷	بیکار
۶۵/۸	۱۲۱	خانه دار
۰/۵	۱	بازنشسته
۱۳/۸	۲۶	خوب
۷۶/۷	۱۴۵	متوسط
۹/۵	۱۸	ضعیف
۲۹/۶	۵۶	مجرد
۶۳/۵	۱۲۰	متاهل
۴/۸	۹	مطلقه
۲/۱	۴	بیوه
۷۹/۸	۹۵	کم
۱۹/۳	۲۳	متوسط
۰/۸	۱	زیاد

عنوان یک عامل پیشگویی کننده در سلامتی تاکید شده است. آنها معتقدند این عامل بطور مستقیم و غیر مستقیم در روند بهبودی یا وخامت علائم بیماری ام اس می تواند تاثیرگذار باشد. لیکن شواهد و قرائن حاکی از آن است که در کشور ایران، حمایت خانوادگی از زنان با بیماری مزمن و در نقش های مادری و همسری قوی تر است. بنابراین، این امکان وجود دارد که تقویت منابع علمی، مادی و عاطفی خانواده ها بتواند حامیان مناسبی برای بیمار در فرایند بیماری و کنار آمدن با علائم مرتبط با بیماری و تحقق اهداف درمانی فراهم آورد. در این رابطه، شرایط خانوادگی از نظر انسجام، ارتباط، مهارت حل مساله و حمایت سازگاری بیمار با علائم مزمن مهم دانسته شده است (سلطان زاده، ۱۳۸۳).

در این زمینه معتمد و همکاران (۱۳۸۰) می نویسند: آموزش خانواده در خصوص بیماری، علت شناسی، نوع علائم و مدیریت درمانی آن، مهارت های لازم برای مقابله با فشارهای روحی و توانایی خانواده را افزایش داده و می تواند تا حدودی کمبود خدمات مراکز بهداشتی درمانی را جبران کند. البته، در شرایطی که زنان متاهل دارای بیماری مزمن، مسائلی هم چون درک ناکافی از بار بیماری و تنش ناشی از آن را از سوی خانواده تجربه می کنند که این مسئله می تواند موقعیت زناشویی و ساختار خانواده به عنوان واحد سازنده و عملی جامعه را به شدت تاثیر قرار داده و آن را متزلزل و آسیب پذیر سازد. بنابراین، توجه به وضعیت و شرایط خانواده در زنان متاهل مبتلا به بیماری ام اس (با بروز علائم اولیه یا عود) که دارای نقش های متعددی می باشند از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا در مراقبت از بیماران مزمن، خانواده یکی از مهم ترین نهادهای موثر بر سلامت جسمی و روانی افراد به شمار می آید و قادر است توازن جسمی، روانی و اجتماعی افراد را فراهم کند. در مرور اجمالی بر ارائه خدمات جامعه نگر نیز، بر نقش خانواده به عنوان مهم ترین حامی اجتماعی برای بیماران مزمن بسیار تاکید شده است (ملکوتی و رمضان زاده، ۱۳۸۱).

در ارتباط با متغیر شغل نیز، در مطالعه حاضر اکثر زنان خانه دار بودند که با یافته پژوهش Roessler و همکاران (۲۰۰۴)، که اغلب واحدهای مورد پژوهش مبتلا به ام اس (با علائم) شاغل بودند همخوانی وجود ندارد. البته در مطالعه Roessler (۲۰۰۴) ارتباط معنی دار آماری بین وضعیت شغلی و تنش زنان مبتلا به ام اس با علائم عود بدست آمده بود که احتمالاً این ارتباط می تواند ناشی از ساختار متفاوت فرهنگی- اجتماعی زنان در غرب و تنش های شغلی آنان بوده باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی و شاخص های آماری تنش درک شده در

زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس		
تنش درک شده	تعداد	درصد
پایین	۸۸	۴۶/۳
بالا	۱۰۲	۵۳/۷
جمع	۱۹۰	۱۰۰
شاخص های آماری	میانگین	۲۷/۵
	انحراف معیار	۶/۷۶
	حداقل	۱۴
	حداکثر	۵۲
	میانه	۲۹

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر بیانگر این مطلب می باشد که درصد بالایی از زنان مورد مطالعه با میانگین و انحراف معیار سنی $33/6 \pm 5/59$ ، متاهل، با تحصیلات دیپلم، خانه دار، با وضعیت اقتصادی متوسط و با میانگین پنج سال ابتلا به بیماری و تجربه حداقل یک بار بستری در بیمارستان بودند که البته از حمایت های اجتماعی بی بهره بوده و دارای تنش درک شده بالا بودند. نتایج این مطالعه در خصوص سن، طول دوره بیماری و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان با نتایج مطالعه نبوی و همکاران (۱۳۸۱) مطابقت داشت. گر چه در مطالعه آنها، هر دو جنس زنان و مردان مورد بررسی قرار گرفته بودند، در سیر بالینی، میانگین تعداد حملات و بستری در طول دوره بیماری حداقل ۲ مرتبه بود که تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. البته فقط در یک مورد، میانگین طول دوره بیماری در زنان و مردان مبتلا به ام اس همراه با علائم، در هنگام جمع آوری اطلاعات، ۸ سال بود که نسبتاً بیش از نمونه های مورد پژوهش حاضر بود. در پژوهش فوق، درجه ناتوانی بیماری ام اس در (۷۲ درصد) موارد، به صورت عود کننده گزارش شده بود که این متغیر در مطالعه حاضر مورد ارزیابی قرار نگرفت.

در پژوهش حاضر، ۶۳/۵ درصد زنان مبتلا به ام اس (با علائم)، متاهل بوده و اختلاف معنی داری بین گروه های با تنش بالا و پایین بر حسب تاهل وجود نداشت، ضمن اینکه اکثر این زنان از حمایت های اجتماعی بی بهره بودند. در ارتباط با بهره مندی از حمایت های اجتماعی در زنان مبتلا به ام اس، مطالعه Krokavcova و همکاران (۲۰۰۶) و Helgeson (۲۰۰۳) نیز حاکی از عدم بهره مندی مبتلایان به ام اس از حمایت اجتماعی مطلوب بوده است و بر حمایت اجتماعی به

شده و به طور مستقیم با سلامت فیزیکی در ارتباط خواهد بود. در این زمینه شریف (۱۳۸۳) در مورد تنش و بیماری ام اس معتقد است: اجتناب از وقایع تنش زای زندگی و سازگاری موثر با تنش ها می تواند بازگشت و شدت علائم بیماری ام اس را در مبتلایان کاهش دهد. در عصر حاضر، که زنان مانند مردان، دارای نقش های متعدد بوده و با سطح فزاینده ای از تنش، مواجه اند حمایت های اجتماعی و مدیریت تنش نه تنها به آن لحاظ که احتمالا نقشی در بروز یا عود علائم بیماری دارند بلکه، به عنوان سبک زندگی بهداشتی از اولویت خاصی برخوردار می باشد و ضرورت آن در مورد زنان مبتلا به ام اس که نقش های متفاوت داشته و احتمالا با تنش های متعددی سر و کار دارند، بیش از مردان می باشد. به طور کلی، حذف همه عوامل تنش زا ناممکن است ولی می توان برخی را کاهش داد (خلوت ۱۳۸۶)، روش های ارتقاء سلامت روان و مدیریت تنش از جمله فعالیت فیزیکی، تغذیه مناسب، خواب و استراحت کافی، گذراندن وقت با دوستان، افزایش فعالیت های خارج از منزل در حد امکان، تنظیم اهداف واقعی و افزایش اعتماد به نفس، روش های تن آرامی و آرام سازی می تواند مفید واقع شود (Tiran & Mack, 2000).

در نتیجه گیری کلی در این مطالعه، برخی خصوصیات زنان مبتلا به ام اس با علائم مشخص شدند که شامل جوان بودن، متأهل بودن، تحصیلات بالای دیپلم، دارا بودن وضعیت اقتصادی متوسط، و البته بی بهره بودن از حمایت های اجتماعی و مواجهه با تنش بالا می باشد. البته با در نظر داشتن محدودیت های پژوهش، اطلاعات حاصل از زنان مبتلا به ام اس با علائم، قابلیت تعمیم پذیری در مورد مردان مبتلا به ام اس با علائم را ندارد، زیرا زنان، باور، نگرش و تحمل متفاوت تری را در مقایسه با مردان نسبت به عوامل تاثیر گذار بر سلامتی و بیماری دارا هستند. لذا پیشنهاد می گردد، برنامه ریزان و سیاست گذاران ذیربط، برای این گروه از زنان، در خصوص فراهم نمودن حمایت های اجتماعی از سوی ارگان های دولتی و غیر دولتی (نظیر سازمانهای مردمی و خیریه به صورت NGOها و یا انجمن ام اس ایران) تلاش نموده و مداخلات آموزشی مشاوره ای مدونی برای مدیریت تنش در نظام بهداشتی درمانی پایه گذاری کنند. با توجه به نقش احتمالی تنش ها در ایجاد ام اس و بروز علائم آن، این امر نه تنها به لحاظ پیشگیری احتمالی، بلکه به عنوان ترویج نمودن سبک زندگی بهداشتی در راستای سلامت زنان مورد تاکید است. به نظر می آید با انجام مطالعات کمی و کیفی آتی می توان در امر شناخت عمیق تر مشخصات دموگرافیک این

البته مطالعات فراوانی در مورد تنش های شغلی و ارتباط آن با بروز بیماری ها در ایران صورت گرفته است (عبدی و شهبازی، ۱۳۸۳؛ خلوت و همکاران، ۱۳۸۶ و آزاد، ۱۳۸۰) که موید یافته های Roessler و همکاران (۲۰۰۴) می باشد. در خصوص وضعیت تنش در مطالعه حاضر، نتایج بیانگر تنش بالا در زنان مورد مطالعه بود. به طوری که میانگین پاسخ زنان مورد مطالعه به گویه های ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ نسبت به گویه های دیگر بالاتر بود (جدول ۳). به عبارت دیگر، نحوه پاسخگویی به گویه های ذکر شده در مقیاس تنش درک شده نشان می دهد که زنان مورد مطالعه، تا چه حد دچار آشفتگی، تحت فشار عصبی و اضطراب، ناتوانی در کنترل مسایل مهم زندگی (احساس کنترل درک شده) و حل مشکلات شخصی، عدم تطابق با مواجهه و سختی های پی در پی زندگی بوده اند. آزاد (۱۳۸۰) بیان کرده که حس خود کنترلی و مسلط بودن، تاثیر عمده ای بر توانایی شخص در مقابله با تنش داشته و در این میان نقش حمایت های اجتماعی بارز است. از آنجایی که متغیرهای حمایت اجتماعی و تنش به عنوان متغیر قابل تغییر و تعدیل تلقی می شوند، برنامه ریزان در نظام بهداشتی درمانی و نظام سلامت، نقش مهمی در راستای انجام مداخلات جهت افزایش حمایت های اجتماعی و کنترل و مدیریت تنش در بیماران مزمن دارا هستند. در خصوص بهره مندی از حمایت های اجتماعی در بیماران، Krokavcova و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که این متغیر در مقایسه با حمایت های دریافت شده از سوی خانواده کمتر با سلامت عاطفی-روانی ارتباط معنی دار آماری دارد. در حالی که Woods و همکاران (۲۰۰۸)، درآمد کافی داشتن و حمایت اجتماعی بالا را از عوامل موثر در کاهش تنش درک شده و مرتبط با ارتقاء سلامت روان می دانند.

طبق نظر Eweles & Simnett (۱۹۹۹)، سلامتی انسانها شامل ابعاد مختلف فیزیکی، ذهنی، احساسی، اجتماعی، معنوی و روانی است. بنابراین، اگر یکی از این ابعاد سلامتی به طور منفی تحت تاثیر قرار گیرد بر روی سایر ابعاد نیز اثر خواهد گذاشت. در تعریف سازمان بهداشت جهانی نیز، ارتقاء سلامتی به معنی، فرآیند توانمند ساختن افراد در جهت افزایش کنترل بر سلامتی و بهبود آن از تمامی جنبه های سلامتی می باشد. Cardarelli و همکاران (۲۰۰۷) در مورد متغیرهای روان شناختی بیماری ها می نویسند: در طول ۳۰ سال اخیر متغیرهای روان شناختی به عنوان عوامل خطر مهم برخی بیماری ها شناخته شده اند که در صورت عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، سلامت روان انسان ها تهدید

در تصویب اعتبار این پژوهش مستقل با کد (۷۰۰)، تهران، شهید بهشتی و انجمن ام اس تهران تشکر و قدردانی می شود.

گروه از زنان و عوامل تنش زا، در پیشگیری و کنترل بهتر بیماری موثر بود.

تشکر و قدردانی

از زنان بزرگواری که مبتلا به بیماری ام اس بودند و با صبر و حوصله فراوان در مطالعه شرکت داشتند قدردانی و تشکر می شود. هم چنین از همکاری صمیمانه آقای حمید حقانی به لحاظ مشاوره آماری این پژوهش و نیز مسئولین محترم دانشگاه های علوم پزشکی ایران (معاونت تحقیقات و فن اوری

جدول ۳: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب پاسخ به سوالات تنش درک شده (ستون میانگین و انحراف معیار)

سطح تنش درک شده	هرگز				
	تعداد (درصد)	بندرت	تا حدی	زیاد	خیلی زیاد
سوالات تنش درک شده در یک ماه گذشته	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱ چقدر به خاطر مسابلی که به طور غیر منتظره رخ داد ناراحت و آشفته شدید؟	۱ ۰/۵	۶۰ ۳۱/۶	۴۲ ۲۲/۱	۸۲ ۴۳/۲	۵ ۲/۶
۲ چقدر فکر کردید که قادر به کنترل مسایل مهم زندگی خود نیستید؟	۱۴ ۷/۴	۵۲ ۲۷/۴	۱۰۶ ۵۵/۸	۱۶ ۸/۴	۲ ۱/۱
۳ چقدر تحت فشار عصبی و اضطراب بودید؟	۲۳ ۱۲/۱	۲۴ ۱۲/۶	۱۷ ۸/۹	۱۲۳ ۶۴/۷	۳ ۱/۶
۴ چقدر با مشکلات زندگی خود بطور موفقیت آمیزی کنار آمدید؟	۲۷ ۱۴/۲	۳۳ ۱۷/۴	۶۱ ۳۲/۱	۵۷ ۳۰/۰	۱۲ ۶/۳
۵ چقدر با تغییرات مهم زندگی تان سازگاری داشتید؟	۳۲ ۱۶/۸	۳۰ ۱۵/۸	۱۰۵ ۵۵/۳	۱۷ ۸/۹	۶ ۳/۲
۶ چقدر جهت حل مشکلات شخصی خود احساس توانایی داشتید؟	۲۹ ۱۵/۳	۳۳ ۱۷/۴	۹۹ ۵۲/۱	۱۶ ۸/۴	۱۳ ۶/۸
۷ چقدر احساس کردید که همه چیز بر وفق مراد شما بوده است؟	۱۳ ۶/۸	۲۸ ۱۴/۷	۱۰۲ ۵۳/۷	۴۴ ۲۳/۲	۳ ۱/۶
۸ چقدر احساس کردید که نمی توانید از عهده مسائل روزمره زندگی برآید؟	۱ ۵	۵۲ ۲۷/۴	۷۱ ۳۷/۴	۳۵ ۱۸/۴	۳۱ ۱۶/۳
۹ چقدر احساس کردید که می توانید مسایل و مشکلات خود را کنترل کنید؟	۲۰ ۱۰/۵	۶۸ ۳۵/۸	۴۲ ۲۴/۱	۵۱ ۲۶/۸	۹ ۴/۷
۱۰ در ماه گذشته چقدر احساس کردید که بر همه چیز تسلط دارید؟	۰ ۰	۶۱ ۳۲/۱	۱۰۹ ۵۷/۸	۱۶ ۸/۴	۴ ۲/۱
۱۱ چقدر به خاطر مسابلی که خارج از کنترل شما بوده عصبانی شدید؟	۰ ۰	۱۸ ۹/۵	۹۷ ۵۱/۱	۷۰ ۳۶/۸	۵ ۲/۶
۱۲ چقدر در مورد کارهایی که باید انجام می دادید فکر کردید؟	۰ ۰	۶۵ ۳۴/۲	۷۳ ۳۸/۴	۴۸ ۲۵/۳	۴ ۲/۱
۱۳ چقدر شما قادر به تنظیم وقت خود بودید؟	۱۲ ۶/۳	۵۲ ۲۷/۴	۱۰۷ ۵۶/۳	۱۶ ۸/۴	۳ ۱/۶
۱۴ چقدر احساس کردید که با سختی های پی در پی مواجه شده و قادر به تطابق با آن نبودید؟	۰ ۰	۶۹ ۳۶/۳	۴۴ ۲۳/۲	۶۵ ۳۴/۲	۱۲ ۶/۳

REFERENCES

- Abdi H Shahbazi L (2001). [Occupational stress in employed nurses]. Journal of the University of Medical Sciences of Shahid Sadoghi Yazd. 9 (3) 64-69. (Persian).
- Azad H (2001). [Coping with stress and pain]. Journal of the Faculty of Literature and Humanity of Tehran Universit]. 38 (30) 217-237. (Persian).

- Bastani F (2004). [The effect of relaxation training based on the PRECEDE Model with the Health Belief Model and self Efficacy Theory on anxiety in primipara women]. (Dissertation) Tehran: Tarbiat Modares University. (Persian).
- Boyd M (2005). *Psychiatric Nursing*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincot Wilkins Co.
- Buljevac D Reederker W Janssens W (2003). Self reported stressfull life events and exact ertbations in multiple sclerosis: Prospective study. *British Medical Journal*. 20 (74) 327- 646.
- Cardarelli K M et al (2007). Sense of control and diabetes mellitus among U.S. adults: A cross-sectional analysis. *Biopsychosocial Medicine*. 1(19) 1-6.
- Cohen S Kamarck T Mermelstein R (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24 (2) 385-396.
- Cohen S Sherrod DR Clark SM (1986). Social skills and the stress-protective role of social support *Journal of Personality and Social Psychology*. 50 (5) 963-973.
- Eweles L Simnett I (1999). *Promoting Health: A Practical Guide*. 2nd edition. London: Scutari Press.
- Helgeson VS (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*. 12 (3) 25-31.
- Kaplan H and Sadock B (1999). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Translated by: Rezaei F, Rafiei H. Tehran: Arjmand Publishing Co. [Persian].
- Khalvat A et al (2007). The effect of stress on prognosis and response to treatment among 100 patients with rheumatoid arthritis. *Journal of the Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*. 65 (5) 6-10. [Persian].
- Kozier B (2000). *Fundamentals of Nursing*. 7th edition. USA: Pearson- Prentice Hall.
- Krokavcova M, et al. "Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis". *Patient Education Counseling*. Ahead of print [On Line]. <<http://www.sciencedirect.com>> [6 May 2006].
- Lotfi M (2004). Seminar on MS disease. 3rd National Congress of MS, Collection of Scientific Papers/researche. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran: Iran 3-5 May 2004 p: 76-77. [Persian].
- Malakooti M Rahmanzadeh R (2002). [Sexual issues and social support]. *Pajoohesh Zanan*, 1 (4) 201-212. (Persian).
- Mattison PS (2001). *Women's Health during the Childbearing Years: A Community-Based Approach*. St Louise: Mosby Co.
- McKeown P Porter-Armstrong A Baxter GD (2003). The needs and experiences of caregivers of individuals with multiple sclerosis: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 17 (2) 234-48.
- Mitsonis CI et al. (2008) "Influence of stressful life events frequency on multiple sclerosis disease activity". Abstracts for Poster Session I/ European Psychiatry. 2 (5) <http://www.assis.org/publications/23_S181eS191_papers_Dec2007:P.1265-1283.[On line]. < [http://www.asis.org/ Publications/JASIS/V50n1499.html](http://www.asis.org/Publications/JASIS/V50n1499.html)>. :P.181-191.[On line]. [11Jun 2007].
- Mohamady Yeganeh L (2006). [Assessing the effects of oral contraceptive pills and stress management programs on the mood and perceived stress of women attending health and therapeutic centers]. (Master Thesis) Tehran: Iran University of Medical Sciences. (Persian).
- Motamed M Fereshteh Nejad M Khaleghi Panah M (2001). [A comparison of sexual hormones and interferon in appearance of attack and severity of disability in patients with recurrent and remission of multiple sclerosis]. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 14 (56) 157-164. (Persian).
- Nabavi M Poorfarzam SH Ghasemi H (2002). Epidemiology, clinical manifestation and prognosis of multiple sclerosis in patients attending to shahid mostafa khomeini hospital. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 64 (7) 90-97. (Persian).

- Noseworthy JH et al (2000). Linomide in relapsing and secondary progressive MS: part I: trial design and clinical results. North American Linomide Investigators. Neurology. 54(9):1726-33.
- Phipps W J Sands JK Marek J (2008). Medical Surgical Nursing. Philadelphia. Mosby Co.
- Rahmatnejad L (2007). [Assessment of breast feeding self efficacy and perceived stress in primipara women] (Master thesis). Tehran: Iran University of Medical Sciences. (Persian).
- Rezaei F Rafiei H (2000). [Summary of Psychiatric Medicine. Tehran: Arjmand Publishing]. (Persian).
- Roessler RT Rumrill PD Fitzgerald SM (2004). Predictors of employment status for people with multiple sclerosis. Rehabilitation Counseling Bulltain. 47 (4) 96-103.
- Salovey P et al (2000). Emotional states and physical health. American Psychologist. 55 (1) 110-121.
- Sharif F (2004). Stress in patients with multiple sclerosis. Abstract of the 6th National Congress of University of Medical Sciences and Health Services of hazrat Fatemeh, Shiraz. Iran. (Persian).
- Soltanzadeh A (2004). [Neurologic Diseases. Tehran: Jafari Publishing]. (Persian).
- Stora JB (1998). [Stress: The New Civilization Disease]. Translated by: Dadsetan P. Tehran: Roshd Co. (Persian).
- Tiran D Mack S (2000). Complementary Therapies for Pregnancy and Child Birth. UK: Baillier Tindall.
- Woods NF et al (2008). Is the menopausal transition stressful? Observations of perceived stress from the Seattle Midlife Women's Health Study. Menopause. 3 (1) 22-32.
- Zarrabi R (2008). Association of self efficacy, health locus of control and perceived stress with pregnancy outcomes in women with gestational diabetes. (Master Thesis) Tehran: Iran University of Medical Sciences. (Persian).

Archive of SID