

## The Effect of Psychological First Aid in Improving Multidimensional Pain Symptoms and the Way of Coping with Stress on Women Suffering M.S

**Parviz Karimisani<sup>1</sup>, Sima Mahdilou<sup>2</sup>, Sara Mansouri<sup>3</sup>, Zahra Sajjadizadeh<sup>4</sup>**

1- Assistant of professor, Department of psychology, Islamic Azad University of Shabestar, Tabriz, Iran.

ORCID: 0000-0002-1982-2199 E-mail: karimisani.counsel@gmail.com

2- MA in counseling and guidance, Islamic Azad University of Shabestar, Tabriz, Iran. ORCID: 0000-0001-9851-0997

3- MA in counseling and guidance, Islamic Azad University of Tabriz, Iran. ORCID: 0000-0002-6833-6462

4- MA in general psychology, Payam Nour University, Mahabad, Iran. ORCID: 0000-0001-8412-717X

Received: 03/06/2018

Accepted: 06/11/2018

### Abstract

**Introduction:** MS patients suffering from MS because of their stress and pain require different assistance during physical and mental therapy.

**Aim:** The aim of the current study was to determine the effectiveness of education of psychological first aid in improving multidimensional pain inventory and the style of coping inventory for stressful situations on women suffering M.S.

**Method:** The design of this study a semi-experimental design was used for pre-test and post-test with experimental and control groups which 30 women suffering M.S were selected by available sampling. Then they were randomly assigned to treatment (n=15) and control group (n=15). Members of two groups completed the Aggression Questionnaire Multidimensional Pain Inventory (MPI) and Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in two phases of pre-test and post-test. Treatment consisted of education of psychological first aid over eight weeks. Analysis of Covariance was used for analyzing the data.

**Results:** Results of hypotheses showed that training of psychological first aid was efficient and useful in improving multidimensional pain symptoms ( $P<0/05$ ).and coping style for stressful ( $P<0/01$ ) situations in women suffering M.S.

**Conclusion:** Training of psychological first aid can improve multidimensional pain symptoms and coping style for stressful situations in women suffering M.S.

**Keywords:** Psychological First Aid, Multidimensional Pain, Coping with Stress.

---

**How to cite this article :** Karimisani P, Mahdilou S, Mansouri S, Sajjadizadeh Z. The Effect of Psychological First Aid in Improving Multidimensional Pain Symptoms and the Way of Coping with Stress on Women Suffering M.S. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (4): 87-98 .URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-531-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## تأثیر آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم چند وجهی درد و سبک مقابله با استرس در زنان مبتلا به بیماری ام اس

پرویز کریمی ثانی<sup>۱</sup>، سیده سیما مهدی لو<sup>۲</sup>، سارا منصوری<sup>۳</sup>، سیده زهرا سجادی زاده<sup>۴</sup>

۱. دکترای مشاوره، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، تبریز، ایران. ایمیل: karimisani.counsel@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، تبریز.

۳. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۱۳

### چکیده

**مقدمه:** زنان بیمار مبتلا به بیماری ام اس به دلیل وجود استرس و درد نیاز به کمک‌های مختلفی در زمان درمان جسمی و روانی دارند.

**هدف:** پژوهش حاضر برای تعیین اثربخشی آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم چندوجهی درد و سبک‌های مقابله با شرایط پر استرس در زنان مبتلا به ام اس انجام شد.

**روش:** طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن ۳۰ زن مبتلا به بیماری ام اس به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه چند وجهی درد (MPI) و پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس اندلر و پارکر (CISS) را تکمیل کردند. درمان شامل آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بود که به مدت ۸ جلسه برگزار شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها نشان داد که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم چندوجهی درد ( $P < 0/05$ ) و سبک‌های مقابله با استرس در زنان مبتلا به ام اس ( $P < 0/01$ ) مؤثر است.

**نتیجه‌گیری:** با استفاده از آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه می‌توان علائم چندوجهی درد و سبک‌های مقابله با استرس در زنان مبتلا به ام اس را بهبود بخشید.

**کلیدواژه‌ها:** کمک‌های روان‌شناختی اولیه، چندوجهی درد، سبک‌های مقابله با استرس



## مقدمه

درد تجربه‌ای ذهنی و پدیده ادراکی پیچیده‌ای است و به همین دلیل توصیف آن مشکل است. ذهنی بودن درد هم در درک متخصصان از آن و هم در تلاش‌هایی که برای درمان آن به عمل می‌آورند، محدودیت‌های عمده‌ای ایجاد کرده است. (ترک و ملزاک، ۲۰۰۱).

درد مزمن چیزی بیش از یک علامت جسمی است. استمرار درد و مزمن شدن آن باعث به وجود آمدن مشکلات بسیاری می‌گردد. از جمله تضعیف روحیه، اختلالات عاطفی، دل‌مشغولی مداوم با درد، محدودیت فعالیت‌های فردی و اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از داروها، مراجعه، مکرر به بخش‌های درمانی و قبول نقش بیمار. (ترک و موناک، ۲۰۱۲).

بحث درد مزمن در بیماران ام‌اس پیامدهای مختلفی به دنبال دارد، ام‌اس می‌تواند باعث بروز تغییرات حسی متفاوتی گردد که اغلبشان آزاردهنده بوده و باعث ناراحتی است، اما خطرناک نیست؛ به عبارت دیگر ممکن است از وجودشان بیزار باشیم ولی دلیل شاخصی برای پیشرفت بیماری به حساب نمی‌آید و عموماً غیرقابل تحمل نیست. به عنوان مثال بی‌حسی و احساس گزگز در اندام‌ها خیلی شایع است. از دیدگاه پزشک، هیچ‌کدامشان احتیاج به درمان ندارد مگر اینکه موجب زحمت فرد شود؛ که با یک مدت کوتاه مصرف دوز بالای گورتیکو استروئیدها ممکن است کمک‌کننده باشد (لطیفی ۱۳۹۰).

درد ناشی از ام‌اس را می‌توان به دو نوع اصلی زیر تقسیم کرد: درد اولیه: این درد که به آن درد وروپاتیکی<sup>۱</sup> (درد عصبی م.) هم می‌گویند، به دلیل التهاب و دمی‌لیناسیون در مسیر اعصاب حسی مغز و طناب نخاعی به وجود می‌آید. منشاء عصبی دارد. درد ثانویه: این نوع درد به صورت غیرمستقیم به دلیل

عوامل دیگری رخ می‌دهد. استفاده از داروها گزینه اول درمان دردهای نوروپاتیکی محسوب می‌شود. درد ثانویه در ام‌اس نسبتاً شایع است زیرا ضعف، اسپاستیسیته و دیگر علائم ام‌اس می‌تواند روی تمام سیستم عضلانی - اسکلتی تأثیر بگذارد. زمانی که مشکلی پیش می‌آید، گردن، قسمت پایین کمر و زانوها مظنونین اصلی به شمار می‌روند. رابطه بین استرس و ام‌اس اصلاً روشن نیست. مسئله حتی از این هم پیچیده‌تر است، به صورتی که تحقیق در این زمینه آدم را به این فکر می‌اندازد که تأثیر استرس‌های زندگی شخصی تا حد زیادی به قدرت تطبیق‌پذیری فرد و همین‌طور توانایی‌های او و گروه پشتیبانش در حل مسائل بستگی دارد. چون ام‌اس در افراد گوناگون بسیار متفاوت است و هیچ دو نفری قدرت تطبیق و چاره‌اندیشی یکسان ندارد. یک‌راه خوب برای مقابله با این نوع احساسات و کاستن از استرس این است که زمانی را در منطقه‌ی عاری از ام‌اس سپری کنید. یک قلمرو جادویی نیست، ولی جای خوبی است. این مکان جایی است که دست‌ام‌استان به شما نمی‌رسد. (لطیفی ۱۳۹۰).

متغیر دیگر سبک مقابله‌ای است که عبارت است از تسلط یافتن، کم کردن یا تحمل آسیب‌هایی که توسط استرس ایجاد می‌شود (اندرو پارکر ۱۹۹۰)، بر اساس تحقیقی جهت بررسی فرآیند مقابله عمومی، افراد را برحسب سه نوع اساس سبک مقابله‌ای متمایز می‌سازد: ۱. سبک مقابله‌ای مسئله مدار، ۲. سبک مقابله‌ای هیجان مدار و ۳. سبک مقابله‌ای اجتنابی (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۴) راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های شناختی که هدفشان به حداقل رساندن، فشارهای موقعیت استرس‌زا است تعریف کرده‌اند. گرچه راهبردهای مقابله فعالیت‌های بسیاری را شامل می‌شوند، اکثر آن‌ها مبین تلاش برای

<sup>۱</sup> - Neuropathic Pain

بهبود یک موقعیت دشوار مثل طراحی نقشه و اقدام عملی (مقابله مسئله مدار) یا برای تنظیم درمان‌دگی هیجانی مثل جست‌وجوی دیگران برای حمایت عاطفی با کاهش شدت دشواری موقعیت از نظر شناختی (مقابله هیجان مدار) هستند. استرس می‌تواند بهزیستی و بقاء فرد را تهدید کند و باعث بیماری فیزیکی و روحی یا انطباق شود (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۴). استرس خیلی زیاد یا خیلی کم منجر به تباهی عملکرد می‌شود. مطابق با تحقیقات لازاروس (۱۹۹۱)، اینکه چرا فرد به یک استرس منفی واکنش نشان می‌دهد به عوامل زیادی از جمله واکنش فردی استرس آور بستگی دارد. ادراک استرس به حدود فشارها و میزان منابعی که افراد برای مقابله با آن‌ها در اختیار داشته وابسته است (لازاروس، ۱۹۹۱) و ولفولک (۱۹۸۷) عنوان کردند که استرس یک تجربه شناختی است که با ادراک فرد از رابطه خود و محیط ارتباط دارد.

کمک‌های اولیه روان‌شناختی در مورد افرادی که دچار مشکلات یا بحران‌های روانی شده‌اند مانند کمک‌های اولیه در حوادث اهمیت ویژه‌ای دارند؛ در مورد فردی که دچار اختلالات روانی مانند اضطراب و استرس یا بحران‌های ناشی از بیماری‌های غیرقابل علاج و یا حالت‌های توهمی می‌شود، نیز باید اقدامات اولیه‌ی ویژه‌ای صورت گیرد. کمک‌های اولیه روانی که می‌تواند در این شرایط به افراد کمک کند شامل آرامش بخشی، هم دردی و همدلی، قضاوت و سرزنش نکردن فرد و انگیزه بخشی برای رفع مشکل است (سید محمدی، ۱۳۹۳).

کمک‌های اولیه روان‌شناختی واکنش و پاسخ حمایتی - انسانی به هر انسانی را که رنج می‌برد و ممکن است نیازمند پشتیبانی و حمایت باشد، توصیف می‌کند. اصول عملی کمک‌های اولیه روان‌شناختی: نگاه کردن، گوش دادن و برقراری ارتباط هستند. به افراد دچار

بحران نزدیک شوید و نیازهایشان را درک و با اطلاعات و حمایت‌های عملی با آن‌ها ارتباط برقرار نمایید. است (سید محمدی، ۱۳۹۴). با توجه به ضرورت مسئله در تحقیق حاضر به بررسی این سؤال که آیا آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم چندوجهی درد و سبک مقابله با استرس در بیماران ام اس زن تأثیر دارد؟ پرداخته خواهد شد.

### روش

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) است. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه کمک‌های اولیه روان‌شناختی را به شیوه گروهی طی ۳ ماه (هر هفته یک جلسه یک ساعته) دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات اعضای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) مجدداً با استفاده از پرسشنامه‌های چند وجهی درد (MPI) و مقابله با شرایط پراسترس اندلر و پارکر (CISS)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری ام اس که به انجمن ام اس آذربایجان شرقی مراجعه کردند است. نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر است که برای گروه کنترل ۱۵ نفر و گروه آزمایش ۱۵ نفر می‌باشند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش در دسترس بودن، اما جایگزینی نمونه‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل با شیوه تصادفی بود.

### ابزار

ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه چندوجهی درد وست هیون-بیل و پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس اندلر و پارکر.

برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن. ۲- مقابله هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ های هیجانی به مسئله... ۳- مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله. مقیاس مقابله اجتماعی یا اجتنابی دو خرده مقیاس روی آوردن به اجتماع و روی آوردن به فعالیت ها را دارد. هر کدام از شیوه های کنار آمدن یک مقیاس جداگانه با ۱۶ ماده دارد و مجموع نمرات هر یک از مقیاس ها جداگانه محاسبه می شود و فاقد نمره کلی است. البته خرده مقیاس کنار آمدن اجتنابی یعنی روی آوردن به اجتماع و روی آوردن به فعالیت ها هر کدام ۸ ماده می باشند. هر کدام از ماده های پرسشنامه شیوه های کنار آمدن دارای ۵ گزینه است و آزمودنی باید یک گزینه را علامت بزند. دامنه پاسخ دهی به هر سؤال از ۱ تا ۵ است. پایایی و روایی پرسشنامه در گروه دانشجویان از آلفای کرونباخ استفاده شده است که در مقابله مسئله مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵ و هیجان مدار پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵ اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمده است. ضریب اعتبار پرسشنامه با موقعیت های استرس زا از طریق آلفای کرونباخ پژوهش قریشی در سطح بالایی (۰/۸۱۳۳) به دست آمده است. روایی پرسشنامه نیز طی تحقیقاتی که در ایران انجام شده ثابت شده است (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷).

پروتکل هر جلسه درمان بر اساس منابع مستخرج از پروژه کمک های اولیه در استرالیا این گونه تدوین گردید:

**پرسشنامه چندوجهی درد وست هیون- بیل:** کرنز و همکاران (۱۹۸۵) پرسشنامه چندوجهی درد وست هیون- بیل را بر مبنای نظریه شناختی رفتاری درد (ترک و همکاران، ۲۰۱۳) طراحی و اعتبار روایی آن را در میان ۱۲۰ بیمار مبتلا به درد مزمن مورد تأیید قرار دادند. این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده است: بخش اول شامل ۲۰ عبارت و از بیمار می خواهد تا در قالب ۵ خرده مقیاس، ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در زندگی روزمره، مهارت بر زندگی، اختلال عاطفی و حمایت گزارش کند. بخش دوم دارای ۱۴ عبارت در قالب سه خرده مقیاس «واکنش منفی»، «تلاش برای انحراف توجه از درد» و «نشان دادن دلسوزی» ارزیابی خود را از واکنش همسر یا سایر افراد صاحب نقش در زندگی اش، نسبت به دردی که از آن رنج می برد درجه بندی کند. بخش سوم دارای ۱۸ عبارت و در قالب چهار خرده مقیاس، فراوانی فعالیت بیمار را در امور «خانه داری»، «امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل»، «فعالیت های اجتماعی» و «انجام فعالیت های بیرون از منزل» ارزیابی می کنند.

**پرسشنامه مقابله با شرایط پرسترس اندلر و پارکر (CISS):** این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده است و دارای ۴۸ ماده است که پاسخ ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. پرسشنامه (CISS) سه زمینه ی اصلی رفتارهای مقابله ای را در برمی گیرد: ۱- مقابله مسئله مدار یا

#### جدول (۱): ساختار جلسات آموزشی

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و آشنایی و طرح پیش آزمون
جلسه دوم	تعریف درد مزمن، علائم و نشانه های درد مزمن
جلسه سوم	مقابله با استرس، آموزش آرامیدگی برای مقابله با استرس و درد
جلسه چهارم	تعریف کمک های اولیه روان شناختی
جلسه پنجم	آموزش کمک های اولیه روان شناختی، همدلی

جلسه ششم	آموزش کمک‌های اولیه روان‌شناختی، قضاوت و سرزنش نکردن فرد
جلسه هفتم	آموزش کمک‌های اولیه روان‌شناختی، انگیزه بخشی برای رفع مشکل
جلسه هشتم	اختتام گروه و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون.

مدرک کارشناسی و ۱۰ نفر مدرک کارشناسی ارشد داشتند. سن آنها بین ۳۵-۴۰ سالگی بود. به منظور ارائه تصویری روشن از یافته‌های پژوهش، در جدول (۱) یافته‌های توصیفی متغیرهای اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد، حمایت اجتماعی، مهار بر زندگی، پریشانی هیجانی، پاسخ منفی، دلسوزی و انحراف توجه به تفکیک گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (میان، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس، برای آزمون فرضیه‌های اول، دوم و سوم) استفاده شد. لازم به یاد آوری است که داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

در مورد خصوصیات دموگرافیک، ۳۰ نفر زن مبتلا به ام اس بودند که تمامی آنها متأهل بودند و ۲۰ نفر

جدول (۱): یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد، حمایت اجتماعی، مهار بر زندگی،

پریشانی هیجانی، پاسخ منفی، دلسوزی و انحراف توجه								
	اختلال در عملکرد	شدت درد	حمایت اجتماعی	مهار	پریشانی	پاسخ منفی	دلسوزی	انحراف توجه
میانگین پیش‌آزمون $\bar{X}$	۳/۲۲۲	۲/۶۵	۲/۶۲	۳/۲۱	۱/۳۲	۲/۵۰	۳/۲۳	۳/۶۵
میانگین پس‌آزمون $\bar{X}$	۲/۲۰۰	۲/۱۱	۱/۹۳	۴/۶	۱/۰۸	۱/۷۸	۳/۷۴	۴/۹
میانگین پیش‌آزمون $\bar{X}$	۲/۸۱	۲/۶	۲/۵۱	۳/۱۶	۱/۲۷	۲/۵۵	۳/۱۸	۳/۶۰
میانگین پس‌آزمون $\bar{X}$	۲/۸۰	۲/۵۷	۲/۴۹	۳/۲۰	۱/۲۵	۲/۲۲	۳/۱۷	۳/۴۵

در جدول (۲) یافته‌های توصیفی متغیرهای مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی به تفکیک

در جدول شماره (۱) نتایج به دست آمده نشان می‌دهند که اختلاف چندانی در میانگین نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون وجود ندارد.

گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول (۲): یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی

میانگین	مقابله مسئله مدار	مقابله هیجان مدار	مقابله اجتناب مدار
پیش‌آزمون آ	۴۶	۴۹/۷۴	۴۰/۷۵
میانگین	۵۰/۲۰	۳۰/۲۲	۳۱/۵۶
پس‌آزمون آ	۴۶/۴۶	۴۹/۸۶	۴۱/۸۰
میانگین	۴۶/۴۷	۵۰/۶۵	۴۱/۴۱
پس‌آزمون ک			

در جدول شماره (۲) نتایج به دست آمده نشان می‌دهند که اختلاف چندانی در میانگین نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون وجود ندارد. به منظور بررسی صحت مفروضه نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، سطوح معنی‌داری به دست آمده در جدول شماره (۲) نشان می‌دهند که توزیع نمرات اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد، حمایت اجتماعی و مهارت‌های زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال می‌باشند ( $p > 0.01$ ). همچنین سطوح معنی‌داری به دست آمده جدول شماره (۲) نشان می‌دهند که توزیع نمرات پریشانی هیجانی،

پاسخ منفی، دلسوزی و انحراف توجه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال می‌باشند ( $p > 0.01$ ). از سوی دیگر توزیع نمرات مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتناب مدار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال می‌باشند ( $p > 0.01$ ). همچنین مفروضه همگنی واریانس و یکسانی شیب خط رگرسیون هم مورد تأیید قرار گرفت.

فرضیه اول: آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم چندوجهی درد مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است.

جدول (۳) نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون اختلال در عملکرد روزانه گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه (شدت درد)	۱۰/۳۶۳	۱	۱۰/۳۶۳	۱۰/۲۰۰	۰/۰۰۴
گروه (حمایت)	۲/۲۴۶	۱	۲/۲۴۶	۴/۶۵۵	۰/۰۴۰
پیش‌آزمون	۲۴/۷۹۷	۱	۲۴/۷۹۷	۲۸/۷۰۰	۰/۱۲۲
گروه (عملکرد)	۵/۹۵۴	۱	۵/۹۵۴	۶/۸۹۱	۰/۰۱۴

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول (۳) می‌توان نتیجه گرفت آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در

بهبود اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد و بهبود حمایت اجتماعی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است.



اولیه) است. همچنین ۵۸ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر شدت درد (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه) است.

همچنین مقدار مجذور ایتا نشان دهنده این است که ۵۰ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر اختلال در عملکرد روزانه (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش کمک‌های روان‌شناختی

جدول (۴) نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون مهار بر زندگی گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه (پیشانی)	۲/۱۸۴	۱	۲/۱۸۴	۶/۹۴۶	۰/۰۱۴
گروه (پاسخ منفی)	۱/۳۴۰	۱	۱/۳۴۰	۲/۵۲۶	۰/۰۲۴
پیش‌آزمون	۶/۶۶۶	۱	۶/۶۶۶	۶/۹۵۸	۰/۰۶۵
گروه (مهار)	۱۳/۸۲۴	۱	۱۳/۸۲۴	۱۴/۴۲۹	۰/۰۰۱

مقدار مجذور ایتا نشان دهنده این است که ۴۴ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر حمایت اجتماعی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه) است.

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول (۴) تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۵ درصد اطمینان معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در بهبود مهار بر زندگی و بهبود پیشانی هیجانی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. همچنین

جدول (۵) نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون دلسوزی و انحراف توجه گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل اصلاح شده	۶۴/۳۸۶	۲	۳۲/۱۹۳	۴۳/۹۸۲	۰/۰۰۰
گروه (انحراف توجه)	۵/۷۴۸	۱	۵/۷۴۸	۳/۲۷۲	۰/۰۰۸
پیش‌آزمون	۵۸/۳۱۱	۱	۵۸/۳۱۱	۷۹/۶۴۴	۰/۰۶۷
گروه (دلسوزی)	۲/۵۴۳	۱	۲/۵۴۳	۳/۴۷۴	۰/۰۴۳

نمرات گروه‌ها در متغیر دلسوزی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه) است. همچنین ۶۶ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر انحراف توجه (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول (۵) تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۵ درصد اطمینان معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در افزایش دلسوزی و بهبود انحراف توجه زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. همچنین مقدار مجذور ایتا نشان دهنده این است که ۷۶ درصد تغییرات

مستقل (آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه) فرضیه دوم: آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر سبک‌های مقابله با استرس (مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) در زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است.

جدول (۶) نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون مقابله مسئله مدار گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه (هیجان مدار)	۲۵۰/۸۹۸	۱	۲۵۰/۸۹۸	۳۶/۶۶۸	۰/۰۰۰
گروه (اجتناب)	۲۰۰/۶۹۵	۱	۲۰۰/۶۹۵	۱۵/۳۰۶	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۶۵۰/۸۴۵	۱	۶۵۰/۸۴۵	۱۲/۷۷۸	۰/۱۲۸
گروه (مسئله مدار)	۹۵۹/۹۹۹	۱	۹۵۹/۹۹۹	۱۸/۸۴۷	۰/۰۰۰

چند وجهی درد در زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر بوده است. تقریباً هیچ پژوهش با عنوان مطالعه تأثیر آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در بهبود علائم چندوجهی درد در زنان مبتلا به ام‌اس صورت نگرفته است. صلابانی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان داده‌اند که برنامه خود‌مدیریتی شناختی علائم چندوجهی درد در زنان مبتلا به درد مزمن را به‌طور معنی‌داری کاهش داده است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج پژوهش رحیمیان بوگر (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث کاهش علائم چندوجهی درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن شده است که با نتایج این پژوهش همسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کاهش علائم چندوجهی درد در زنان مبتلا به ام‌اس می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: الف (تجربه درد به تنهایی عامل اصلی ایجاد علائم چندوجهی درد در بیماران مبتلا به ام‌اس نیست؛ بلکه عوامل روان‌شناختی و اجتماعی بستگی دارد. افراد مبتلا به ام‌اس با رویدادهای استرس‌آور از جمله تحمل درد مواجه می‌شوند که این شرایط می‌تواند آثار منفی و زیان‌باری

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول (۶) تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۹ درصد اطمینان معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در افزایش مقابله مسئله مدار، کاهش حالت هیجان مدار و اجتنابی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است. همچنین مقدار مجذور ایتا نشان دهنده این است که ۵۸ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر مقابله مسئله مدار (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه) است.

### نتایج

نتایج به دست آمده در بررسی فرضیه اول نشان داد که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود خرده‌مقیاس‌های اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد، مهار بر زندگی و پریشانی هیجانی، حمایت اجتماعی، پاسخ منفی، دلسوزی و انحراف توجه در علائم چندوجهی درد در زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر بوده است. ولی در بهبود در علائم چندوجهی درد در زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر نبوده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم

از نظر روان‌شناختی داشته باشد و غیر قابل تحمل بودن آن، زمینه خشم، پرخاشگری و بی‌خوابی را ایجاد می‌نماید. آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه باعث می‌شود که از یک سو افکار مثبت جایگزین افکار منفی شده و به این ترتیب زمینه قابل تحمل کردن درد را فراهم سازد. ب) تفکرات ناکارآمد، تفسیر غیر انطباقی از درد، تحریف‌های شناختی راجع به درد نظیر فاجعه سازی درد، تعمیم دهی افراطی و ترس از انجام فعالیت‌ها و اجتناب‌های شناختی-رفتاری مرتبط با شرایطی که احتمال درد می‌رود، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای منفی و احساس عدم کنترل بر درد عواملی هستند که بیش از تجربه صرف درد منجر به احساس درماندگی و علائم چندوجهی درد این بیماران می‌گردند که همه این موارد آماج درمان شناختی-رفتاری هستند. ج) کاهش توانایی در انجام وظایف و نقش‌های اجتماعی به دلیل استمرار درد همراه با احساس عدم کنترل بر درد منجر به پیدایش علائم چندوجهی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد. از آن جایی که هدف آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه کمک به بیماران برای اکتساب مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و دست‌یابی به برداشت منطقی از درد و نیز درک درستی از توانایی‌شان در کنترل درد است، نقش سودمندی در درمان پیامدهای منفی و علائم چندوجهی درد خواهد داشت.

نتایج به دست آمده در بررسی فرضیه دوم نشان داد که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود سبک مقابله‌ای مسئله مدار استرس در زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد. میرهاشمی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که روش درمانی مسئله مدار می‌تواند بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس اثربخش باشد که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر سبک‌های

مقابله‌ای مسئله مدار در بیماران مبتلا به ام اس می‌توان چنین استنباط کرد که بیماران مبتلا به ام اس حملات مکرری را در طی بیماری خود تجربه می‌کنند و شرایط جسمی آن‌ها کاملاً تحت اختیارشان نیست، البته ممکن است بتوان تأثیر اندک روش درمان راه‌حل مدار بر احساس انسجام آن‌ها را به همین علت مرتبط دانست، زیرا این شرایط به راحتی می‌تواند دید آن‌ها را نسبت به درک خود، مدیریت زندگی و قابلیت درک از دنیا را تحت تأثیر قرار دهد. بسیاری از مبتلایان آینده‌ای را برای خود متصور نیستند و نگاه مثبتی به آینده و دنیای پیرامون خود ندارند. مبتلایان به ام اس از نرخ بالای مشکلات روانی رنج می‌برند و میزان بالایی از افسردگی و نسبت به افراد مبتلا به سایر شرایط عصبی و یا جمعیت عمومی، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و این متغیرها و متغیرهای دیگر می‌توانند بر تأثیرگذاری روش راه‌حل مدار اختلال ایجاد کنند؛ بنابراین آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر سبک مقابله‌ای مسئله مدار استرس مؤثر واقع شود.

نتایج به دست آمده در فرضیه دوم همچنین نشان داد که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کاهش مقابله اجتناب مدار در زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد. همچنین نتایج به دست آمده در فرضیه دوم نشان داد که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کاهش مقابله هیجان مدار در زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد. افسری (۱۳۸۹) در پژوهشی که بر روی ورزشکاران حرفه‌ای انجام دادند، نشان دادند که ورزشکاران برای مقابله با استرس از مقابله اجتناب مدار بیشتر از مقابله رویارویی استفاده می‌کنند و بین سبک‌های مقابله‌ای و سن ورزشکاران تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بشارت و همکاران (۱۳۸۷) نشان دادند که سبک مقابله هیجان مدار مثبت با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش

## Reference

- Afsari, Mohsen. (2010). Stress coping strategies in professional athletes. Master's Thesis. University of Sistan and Baluchestan. [In Persian].
- Good news, Mohammad Ali, Barati, Nazanin. And Lotfi, Jamshid. (2008). The Relationship between Stress Coping Styles and Psychological Adaptation Levels in Patients with Multiple Sclerosis, *Research in Medicine*, 32, 1, 35-27. [In Persian].
- Kerry, Gerald. (1394). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, Seyed Mohammadi, Yahya, Arasbaran Publishing. [In Persian].
- Latifi, Mani. (1390). MS in Human Language, Hirmand Publishing. [In Persian].
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). stress Appraisal and coping, New York. Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotional and adaptation. New York: Oxford University Press
- Prochaska, James and Light Cross, John. (1393). Psychotherapy Theories (Psychotherapy Systems), Seyyed Mohammadi, Yahya, Psychoanalysis. [In Persian].
- Rahimian Booger, Isaac. (2011). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Multiple Pain Symptoms in Patients with Chronic Low Back Pain; Four Months Follow-up, *Journal of Army University of Medical Sciences*, 3, 199-208. [In Persian].
- Soleani, Faezeh, Asghari Ebrahimabad, Mohammad Javad, Mashhadi, Ali., Attarzadeh Hosseini, Sayed Reza., Ahmadzadeh Ghavidl, Reyhaneh. And Mashhadinezhad, Hossein. (2012). The Effectiveness of Cognitive Self-Management Program on Reducing Aggression and Multifocal Pain Symptoms in Chronic Pain, *Journal of Anesthesiology and Pain*, 7, 3, 38. [In Persian].
- Turk, D. C.; Meichenbaum, D.; & Genest, M. (1983). Pain and behavioural medicine. A cognitivebehavioural perspective. New York: The Guilford Press.
- Turk, D.C & Monarch E.S, (2012). Biopsych Perspective on chronic pui. In: DC, Turk and RJ, Eatchel, eds, psychological

درماندگی در بیماران ام اس مطابقت می کند و سبک مقابله هیجان مدار منفی با کاهش بهزیستی روان شناختی و افزایش درماندگی در بیماران ام اس همراه است. یافته های پژوهشی نشان داده اند که سبک مقابله هیجان مدار با ویژگی جلب " حمایت عاطفی و اجتماعی " فرد را در مقابله با استرس تقویت می کند و تقریباً همواره با سلامت جسمی و روانی بهتر همراه است. آمادگی بیمار مبتلا به ام اس برای جستجوی حمایت اجتماعی بر اساس سبک مقابله هیجان مدار می تواند سطح سازش روان شناختی فرد با مشکلات حاصل از بیماری را افزایش دهد. " توانایی تعبیر و تفسیر مجدد و مثبت " یکی از ویژگی های سبک مقابله هیجان مدار است. طبق دیدگاه برخی نظریه پردازان شناختی، سازگاری فرایندی آگاهانه است که طی آن فرد ابتدا به ارزیابی مشکل بر اساس تجربه های گذشته می پردازد، سپس تصمیم می گیرد که چگونه با مشکل پیش آمده مقابله کند. بنابراین، چگونگی مقابله فرد با مشکل به ارزیابی او از موقعیت پیش آمده بستگی دارد و با توجه به شرایط مختلف فرق می کند. این ویژگی به بیمار ام اس که در مقابله با استرس ها و فشارهای حاصل از بیماری ها و بر اساس سبک هیجان مدار مقابله می کند، این توان را می دهد که ارزیابی او از این وضعیت بالینی استرس زا مثبت باشد. ارزیابی مثبت بیمار نیز به نوبه خود می تواند بر سازش روان شناختی وی تأثیر بگذارد، یعنی باعث افزایش بهزیستی روان شناختی او شود و درماندگی روان شناختی اش را کاهش دهد. با توجه به اینکه آموزش کمک های روان شناختی اولیه بر بیشتر خرده مقیاس های بهبود علائم چند وجهی درد تأثیر داشته، پیشنهاد می شود که این آموزش به بیماران مبتلا به درهای مزمن داده شود.

approachesto pain Management, Second edition new.3-29. York: Guilford.

Turk, D.C, Melzak R. (2001). The measurement of pain and the assesment of people experiencing pain: Handbook of pain assessment, 3.11. newYork: Guilford press.

Turk, D.c., Meichenbaum, D., & Genest, M. (2013). Pain and behavioral medicine: A cognitive–behavioral perspective. New York : Guilford press.

Turk, D.C., Son arch, E.S. (2006). Chronic Pain in P. Kennedy, Llewellyn (ED), The Essentials of Clinica Health Psychology .111-134.

Woolfolk, A. (1987), Educational psychology (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (640).