

تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر عوارض ناشی از بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

حسین مدنی^۱ - حسن ناوی پور^۲ - دکتر پرویز روزیانی^۳ - دکتر نورالدین موسوی نسب^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن و غیر قابل علاج سیستم عصبی مرکزی است که عوارض و مشکلات فراوانی برای بیماران مبتلا ایجاد نموده و آنها را به سوی ناتوانی و وابستگی در زندگی سوق می‌دهد؛ بنابراین استفاده از روشها و مداخلات مناسب جهت مقابله با این عوارض ضروری می‌باشد؛ مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر عوارض ناشی از بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) در انجمن MS ایران انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه نیمه تجربی، ۳۴ بیمار مبتلا به MS به طریق مبتنی بر هدف با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابتدا قبل از آموزش برنامه خودمراقبتی، اطلاعات مورد نیاز (مشخصات فردی و عوارض ایجاد شده در اثر بیماری) از طریق پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و فهرست مشکلات، از بیماران مورد پژوهش جمع‌آوری گردید. با بررسی اطلاعات حاصله و مشخص شدن انواع عوارض ایجاد شده و مراقبت‌های مورد نیاز، برنامه آموزشی مناسب برای آنها تهیه و تدوین شد؛ سپس کلاسهای آموزشی در طی هفت جلسه به صورت گروهی جهت آشنایی این بیماران با بیماری، علل، روشهای تشخیصی، درمانها و برنامه‌های خودمراقبتی در زمینه مشکلات و عوارض ناشی از بیماری MS برگزار گردید؛ پس از آن به مدت یک ماه برنامه‌های خودمراقبتی توسط بیماران اجرا شد و پژوهشگران نیز با استفاده از فرم‌های بازنگری گزارشی، نمونه‌ها را کنترل نمودند. مجدداً پرسشنامه‌های فهرست مشکلات پس از گذشت یک ماه توسط نمونه‌ها تکمیل شد و داده‌های قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و روشهای آماری توصیفی و استنباطی t وچ شده و ویلکاکسون در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین میزان به کارگیری برنامه خودمراقبتی توسط بیماران در مرحله قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که میانگین نمره آنها از ۳ (قبل از مداخله) به ۲۶/۷۶ (بعد از مداخله) افزایش یافت ($P = 0/001$)؛ همچنین قبل از مداخله میزان گرفتگی عضلات این بیماران ۲۶٪/۵، احساس خستگی ۵۵٪/۹، بی‌خوابی ۴۴٪/۱ و فراموشی ۲۳٪/۵ بود ولی پس از یک ماه اجرای برنامه خودمراقبتی، میزان گرفتگی عضلات این بیماران به ۵٪/۹، احساس خستگی به ۱۴٪/۷، بی‌خوابی به ۱۱٪/۸ و فراموشی به ۱۴٪/۷ کاهش پیدا نمود ($P < 0/05$).
نتیجه‌گیری: آموزش برنامه خودمراقبتی باعث افزایش افزایش خود مراقبتی در بیماران و همچنین کاهش تعدادی از عوارض بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌شود؛ بنابراین استفاده از برنامه خودمراقبتی جهت کاهش عوارض ناشی از این بیماری در مبتلایان پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس (MS)؛ برنامه خودمراقبتی؛ عوارض بیماری MS

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۵؛ شماره ۲؛ تابستان ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۵/۱۱/۲۹ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۱۰/۵ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۰/۲۵

^۱ نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی و مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

آدرس: استان زنجان - شهرستان ابهر - خیابان خلیل طهماسبی - روبه‌روی اداره پست - دانشکده پرستاری ابهر

تلفن: ۰۲۴۲۵۲۶۹۰۰۰۲۱. شماره: ۰۲۴۲۵۲۷۰۰۲۱. پست الکترونیکی: madanih@zums.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی و مربی گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

^۳ دکترای روانشناسی بالینی، عضو هیأت علمی و استادیار گروه آموزشی روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ دکترای آمار حیاتی، عضو هیأت علمی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مقدمه

بیمار ناتوان را به عهده می‌گیرند (۹). افرادی که برای آنها بیماری MS تشخیص داده شده، نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند؛ زیرا این بیماری علاج قطعی ندارد (۱۰). یکی از راه‌های تطابق صحیح بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با عوارض بیماری، آموزش مراقبت از خود می‌باشد و برای این که افراد رفتارهای ارتقاء سلامت را به کار گیرند، باید تشویق شوند که مسؤلیت سلامتی خودشان را تقبل کنند (۱۱). انسانها باید برای تغییر روش زندگی تشویق شوند تا با کمک یادگیری مشکلاتشان را کاهش داده و قادر به انجام مسؤلیت‌ها باشند (۱۲). آموزش مراقبت از خود توانایی شخص را در امر مراقبت از خودش تأیید می‌کند و ناامیدی را در فرد کاهش می‌دهد (۹). با توجه به علائم و عوارض بسیار زیاد بیماری MS و تحقیقات محدود انجام شده در این زمینه، این مطالعه به منظور تعیین تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر عوارض ناشی از بیماری در بیماران مبتلا به MS طراحی گردید.

روش تحقیق

این مطالعه نیمه‌تجربی به صورت قبل و بعد و در انجمن MS ایران انجام شد. جامعه مورد مطالعه را کلیه مددجویان مبتلا به MS تحت پوشش انجمن MS ایران تشکیل می‌دادند. علت انتخاب این مرکز به عنوان محیط پژوهش، قابل دسترس بودن نمونه‌ها، همکاری مساعد مسؤلین و کارکنان و سهولت در روند پژوهش بود. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل باسوادبودن، دارا بودن سن بین ۱۵-۵۰ سال، داشتن علامت بیماری، عدم وابستگی به صندلی چرخدار، نبودن در مرحله حاد بیماری، عدم مصرف دارو در مورد عوارض بیماری MS و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نمونه‌ها از پژوهش، ایجاد مرحله حاد بیماری، عدم اجرای برنامه خودمراقبتی و مصرف دارو در مورد عوارض این بیماری تعیین گردید. به دلیل تعداد کم نمونه‌های متمایل به شرکت در

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که به میلیون اعصاب مغز و نخاع آسیب رسانده و اسکارهای ایجاد شده در این مکانها منجر به کندی عبور پیامهای عصبی می‌شود. این بیماری باعث ایجاد تاری دید، دوبینی، ضعف عضلانی، اختلال در تعادل و هماهنگی، اختلال در درک حس‌های مختلف، افسردگی، درد (متوسط تا شدید)، اختلال شناختی، فراموشی، نقصان در تمرکز، خستگی، لرزش، سرگیجه، نارسایی عملکرد روده‌ها، مثانه و عملکرد جنسی در فرد بیمار می‌گردد (۲،۱). علت بیماری مولتیپل اسکلروزیس ناشناخته است و این بیماری علاج قطعی ندارد. در آمریکا بیش از ۳۵۰ هزار نفر به آن مبتلا می‌باشند که هر ساله ۱۰۰۰۰ نفر به آنها افزوده می‌شود (۳) در ایران میزان شیوع آن ۱۵-۳۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۴). این بیماری اغلب در سنین بین ۲۰-۴۰ سالگی رخ می‌دهد؛ زنان دو برابر مردان مبتلا می‌شوند و سومین علت ناتوانی در آمریکا می‌باشد (۵،۶). بیماری مولتیپل اسکلروزیس هزینه اقتصادی زیادی را به جامعه و خانواده تحمیل می‌کند. مؤسسه ملی بیماریهای اعصاب آمریکا اظهار می‌دارد هزینه سالیانه این بیماری در آمریکا بیش از ۲/۵ بیلیون دلار است (۳). هزینه داروهای آن نیز سرسام آور بوده و قیمت سالیانه داروها از ۲۷ دلار برای متوترکسات تا ۲۰۰۰۰ دلار برای داروی آونکس در هر بیمار متغیر می‌باشد (۷). این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه تهدید می‌کند و آنها را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد؛ اطمینان فرد از بدن و سلامتی‌اش مخدوش شده و به علت غیر قابل پیش‌بینی بودن دوره‌های عود بیماری، تعدادی از آنها احساس می‌کنند که قادر به برنامه‌ریزی برای آینده زندگی خود نیستند (۸). این بیماری اغلب افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولد زندگی خود قرار دارند و در بیشتر موارد اعضای خیلی جوان خانواده، مسؤلیت مراقبت از

اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه‌ها و نوع مشکلات نمونه‌ها، کلاسهای آموزش برنامه خودمراقبتی طراحی و جزوه مربوطه تهیه شد.

در مرحله مداخله هفت جلسه آموزشی در نظر گرفته شد که هر جلسه ۳۰ الی ۴۵ دقیقه طول می‌کشید. پنج جلسه اول به سبب‌شناسی بیماری MS، علائم بیماری، روشهای درمانی، راههای تشخیصی، عوارض (به زبان ساده) و مهارتهای خودمراقبتی در اختلال دفع ادرار و مدفوع، یبوست، اختلال عملکرد حسی، کاهش حافظه، خستگی مزمن، گرفتگی عضلات، ورزشهای هماهنگی و تعادلی به صورت تئوری و عملی اختصاص داده شد و رفع اشکال انجام گردید. در هر جلسه جزوه آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت و دو جلسه آخر برای رفع اشکال و تمرین برنامه‌های خودمراقبتی در نظر گرفته شد. پس از اطمینان از اجرای مناسب برنامه توسط افراد، نحوه تکمیل برگه‌های خودگزارشی آموزش داده شد. پس از دو هفته اجرای برنامه و ثبت در برگه‌های خودگزارشی زیر نظر پژوهشگران و اطمینان از نحوه صحیح انجام کار، برنامه یک ماهه خودمراقبتی توسط بیماران به اجرا در آمد. در این مدت نمونه‌ها از نظر عوامل تأثیرگذار بر روی اجرای برنامه مانند رخ دادن مرحله حاد بیماری، عدم اجرای برنامه و مصرف دارو تحت بررسی بودند. از ۳۸ بیمار مورد مطالعه، دو نفر دچار حمله حاد و دو نفر نیز از ادامه همکاری منصرف شدند و پژوهش با ۳۴ بیمار ادامه پیدا کرد.

محدودیت‌های پژوهش شامل تفاوت‌های فردی و فرهنگی نمونه‌ها بود که بر میزان اجرای برنامه خودمراقبتی تأثیر می‌گذاشت اما قابل کنترل نبودند. پس از یک ماه اجرای برنامه خودمراقبتی، پرسشنامه تعیین فهرست مشکلات یک بار دیگر توسط نمونه‌ها تکمیل گردید؛ سپس داده‌های قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و همچنین آزمونهای آماری تی زوجی و ویلکاکسون در سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تمام مراحل تحقیق مفاد بیانیه هلیسنکی رعایت گردید.

پژوهش (۳۸ نمونه) از روش شاهد و مورد استفاده نشد و از روش قبل و بعد از مداخله برای بررسی نمونه‌ها استفاده گردید. ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت بود از ۱- پرسشنامه اطلاعات فردی که با توجه به اهداف پژوهش و خصوصیات فردی مددجویان شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، درآمد، سطح تحصیلات، سابقه بیماری و مدت زمان بیماری بود. ۲- برای سنجش عوارض بیماری MS در قبل و بعد از مداخله از پرسشنامه فهرست مشکلات استفاده گردید؛ این پرسشنامه شامل تمام عوارض بیماری MS (دوبینی، تاری دید، عدم تعادل در راه رفتن و ...) در ستونهای جداگانه بود و نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش می‌بایست مشکلات و عوارض ایجاد شده در اثر این بیماری را در آن علامت می‌زدند. ۳- برای کنترل نمونه‌ها و اطمینان از اجرای برنامه خودمراقبتی از فرم بازنگری خود گزارشی در طول یک ماه اجرای برنامه استفاده شد. برای هر روز اجرای برنامه یک نمره به فرد داده می‌شود که در طول یک ماه نمره‌ای بین (۰-۳۰) در مورد هر مشکل به فرد تعلق می‌گرفت که بر تعداد مشکلات فرد تقسیم شده و میانگین نمره خودمراقبتی که عددی بین (۰-۳۰) است، به دست می‌آید. برای تعیین روایی پرسشنامه‌ها و فرمهای بازنگری پژوهش از روش اعتبار محتوی استفاده شد. اعتماد علمی (پایایی) پرسشنامه‌ها نیز با مطالعه مقدماتی و ابتدایی ۱۰ بیمار مبتلا به MS با استفاده از آزمون مجدد و مشخص شدن ضریب همبستگی بالا برای پرسشنامه تعیین فهرست مشکلات ($r=94/0$) و فرم بازنگری خود گزارشی ($r=87/0$) مورد تأیید قرار گرفت. این مطالعه در سه مرحله قبل، مداخله و بعد انجام شد. قبل از مداخله از تمام افراد تحت پوشش انجمن MS با معیارهای فوق برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد که ۳۸ بیمار در تحقیق شرکت نموده و به روش نمونه‌گیری آسان به عنوان نمونه پژوهشی برگزیده شدند. پس از مذاکره با نمونه‌ها و کسب رضایت آنها، پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و تعیین فهرست مشکلات، توسط نمونه‌ها تکمیل گردید؛ سپس بر اساس

یافته‌ها

ویلکاکسون با وجود کاهش میزان بی‌اختیاری ادراری نمونه‌ها از ۲۹/۴٪ قبل از مداخله به ۵/۲۶٪ بعد از مداخله، آن را معنی‌دار ندانست ($P=0/12$). میزان بی‌اختیاری مدفوع نمونه‌ها نیز قبل و بعد از انجام مداخله تفاوت قابل توجهی نداشت؛ به طوری که میزان آن قبل از مداخله ۸/۸٪ و بعد از مداخله ۶/۸٪ بود و آزمون آماری ویلکاکسون آن را معنی‌دار تلقی نکرد ($P=41/0$). میزان عدم تعادل در راه رفتن نمونه‌ها از ۵۰٪ قبل از مداخله به ۶/۴۶٪ بعد از مداخله کاهش پیدا نمود که آزمون آماری ویلکاکسون این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد ($P=0/116$). میزان لرزش اندام قبل و بعد از مداخله ۲/۹٪ بود و تغییری پیدا نکرد (جدول ۱).

بحث

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات حاکی از آن است که بین میزان بعضی از علائم بیماری MS (گرفتگی عضلات، خستگی، یبوست و فراموشی) بعد از مداخله نسبت به زمان قبل از آن کاهش معنی‌داری وجود دارد. اجرای برنامه خودمراقبتی (ورزش‌های فعال، فعال مقاومتی و وضعیتهای صحیح هنگام استراحت) موجب کاهش قابل توجهی در میزان گرفتگی عضلات بیماران مورد پژوهش شد. Herbert و همکاران نیز در مقاله خود بیان می‌کنند که بیماران مبتلا به MS به صورت آشکاری از انجام ورزش سود می‌برند که بستگی به نوع ورزش مورد استفاده دارد (۱۳)؛ همچنین Stuijbergen در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که عملکرد جسمی بیماران مبتلا به MS که به صورت منظم در

در نهایت ۳۴ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که ۴۱٪ آنها مذکر و ۵۹٪ مؤنث بودند. ۴۷٪ بیماران شرکت‌کننده در پژوهش در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال قرار داشتند و تحصیلات ۸۲٪ آنها در حد دوره دبیرستان و بالاتر بود. مدت ابتلا به بیماری در ۳۸٪ بیماران بین ۴-۶ سال گزارش گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که با توجه به آزمون آماری تی زوجی بین میزان به کارگیری برنامه خودمراقبتی توسط نمونه‌ها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به گونه‌ای که میانگین نمره به کارگیری برنامه خودمراقبتی توسط نمونه‌ها از ۳ قبل از مداخله به ۲۶/۷۶ بعد از مداخله افزایش پیدا نمود ($P=0/0001$)؛ همچنین آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد که بین میزان گرفتگی عضلات، خستگی، یبوست و فراموشی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۱)؛ ولی بین میزان بعضی از عوارض بیماری MS مانند تاری دید، دوبینی، بی‌اختیاری در دفع، عدم تعادل در هنگام راه رفتن و لرزش اندام‌ها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P>0/05$). قبل از انجام مداخله میزان تاری دید نمونه‌ها ۱۴/۷٪ بود که بعد از مداخله به ۹/۱۳٪ کاهش پیدا نمود ولی آزمون آماری ویلکاکسون این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد ($P=0/308$)؛ همچنین بین میزان دو بینی نمونه‌ها قبل و بعد از انجام مداخله تفاوت قابل توجهی به وجود نیامد و از ۶/۲۰٪ به ۷/۱۹٪ تقلیل پیدا نمود که طبق آزمون آماری ویلکاکسون این تفاوت معنی‌دار نبود ($P=0/279$). آزمون آماری

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی علائم بیماری در ۳۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی

نتیجه آزمون آماری	بعد از مداخله	قبل از مداخله	عوارض ناشی از بیماری MS
	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی نسبی (درصد)	
آزمون آماری ویلکاکسون $P=0/000$	۵/۹	۲۶/۵	گرفتگی عضلات
آزمون آماری ویلکاکسون $P=0/000$	۱۴/۷	۵۵/۹	خستگی
آزمون آماری ویلکاکسون $P=0/000$	۱۱/۸	۴۴/۱	یبوست
آزمون آماری ویلکاکسون $P=0/0001$	۱۴/۷	۲۳/۵	فراموشی

آنها را کاهش داد تا بتوانند با انرژی بیشتری به انجام کارهای روزمره بپردازند؛ همچنین اجرای برنامه خودمراقبتی (استفاده از دفترچه یادداشت، تکرار مطالب، دسته‌بندی منطقی مطالب، خلاصه کردن اطلاعات و به رمز در آوردن اطلاعات) باعث گردید که میزان فراموشی بیماران مورد پژوهش به مقدار زیادی کاهش پیدا کند.

Visschedijk و همکاران نیز در پژوهش خود بر روی ۱۱ بیمار مبتلا به MS به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی رفتار شناختی بر کیفیت سلامتی و زندگی این افراد تأثیر مثبتی دارد (۱۹). اجرای برنامه خودمراقبتی باعث کاهش میزان بی‌اختیاری ادراری نمونه‌ها گردید؛ هر چند این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود.

Rashid و Holander در مطالعه‌ای اظهار می‌دارند که طراحی برنامه کنترل عملکرد مثانه باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود (۲۰) که شاید بتوان با اجرای این برنامه در مدت زمان بیشتر به نتایج بهتر دست یافت.

Gibson و همکاران بیان می‌کنند که بازتوانی در کاهش ناتوانی و مشکلات این بیماران مؤثر است و باید یک بخش ضروری از درمان باشد و آموزش خودمراقبتی باعث بهبود سلامتی خواهد شد (۲۱).

Stuifbergen و همکاران نیز اعلام کردند که اجرای تلاشهای ارتقای سلامت برای تشویق و حمایت از بیماران مبتلا به MS لازم است و ارتقای سلامت باید بر خودمراقبتی بیش از مراقبت حرفه‌ای تأکید نماید (۲۲).

به نظر پژوهشگران علت عدم تأثیر معنی‌دار اجرای این برنامه در مورد سایر عوارض بیماری شاید این باشد که اجرای برنامه خودمراقبتی بر بعضی از عوارض برگشت‌ناپذیر مانند تاری دید، دوبینی و ... مؤثر نیست ولی برای بررسی تأثیر اجرای این برنامه بر بقیه عوارض مانند بی‌اختیاری در دفع، عدم تعادل در راه رفتن و ... شاید نیاز به تحقیقات بیشتر و اجرای آن در مدت زمان بیشتر باشد.

فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند، به میزان قابل توجهی بهتر می‌باشد (۱۴). Beer و Kesselring نیز در پژوهش خود بیان می‌کنند که نوتوانی می‌تواند استقلال فردی، فعالیت‌های شخصی و توانایی شرکت در فعالیت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به MS را بهبود بخشد و باعث افزایش کیفیت زندگی آنها گردد (۱۵). نتایج مطالعات فوق با بررسی حاضر همخوانی دارد و مؤید آن است که انجام ورزش منظم و کنترل شده باعث بهبود علائم و عملکرد این بیماران در زندگی می‌گردد؛ علاوه بر آن اجرای برنامه خودمراقبتی (استفاده از رژیم پرفیبر، نوشیدن مایعات فراوان، تحرک و ورزش، عدم تعویق زمان دفع و استفاده از رفلکس گاستروکولیک در صبح زود) باعث گردید که میزان یبوست بیماران مورد پژوهش به میزان زیادی کاهش یابد.

ریسی نیز در تحقیقی در شیراز نتیجه گرفت که آموزش باعث بهبود مراقبت از خود شده و در کاهش چهار مشکل خستگی، یبوست، تکرر و سوزش ادرار که از عوارض بیماری MS هستند، مؤثر می‌باشد (۱۶)؛ بنابراین این پژوهش نیز نتایج مطالعه اخیر را حمایت می‌نماید؛ همچنین اجرای برنامه خودمراقبتی (استراحت و کار متناوب، روشهای حفظ انرژی، ورزش ملایم، آرام‌سازی و کنترل دمای محیط) موجب کاهش میزان خستگی بیماران مورد پژوهش به میزان قابل توجهی گردید.

Sutherland و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که برنامه آرام‌سازی موجب کسب انرژی بیشتر و محدودیت کمتر بیماران مبتلا به MS در انجام نقشهای جسمی و روانی می‌شود (۱۷). Rogers و همکاران نیز با تحقیق بر روی ۱۳ بیمار مبتلا به MS بیان کردند که راهبردهای خودمراقبتی در خستگی عبارتند از: روشهای ذخیره انرژی، فعالیت‌های کسب مجدد انرژی، افزایش مقاومت در برابر خستگی و کنترل دمای محیط (۱۸).

با توجه به این که احساس خستگی در این بیماران شایع است، بنابراین با اجرای این برنامه می‌توان میزان خستگی

نتیجه گیری

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه کارکنان و اعضای محترم انجمن MS ایران، بویژه جناب آقای دکتر نبوی متخصص بیماریهای داخلی اعصاب و مسؤول پژوهشهای انجمن MS ایران، مددجویان محترم این انجمن، اساتید محترم پرستاری دانشگاه تربیت مدرس که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات مشابه مبنی بر تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر افزایش میزان به کارگیری این برنامه‌ها توسط بیماران مبتلا به MS و نیز کاهش تعدادی از عوارض این بیماری و با توجه به قابلیت اجرایی آن، آموزش و انجام برنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به MS توسط پرستاران شاغل در بیمارستانها پیشنهاد می‌گردد.

منابع:

- 1- Guinness MC, Peters S. The diagnosis of Multiple sclerosis: peplau's interpersonal relations model in practice. *Rehabil Nurs*. 1999; 24 (1): 30-36.
- 2- Taggart HM. Multiple sclerosis update. *Orthop Nurs*. 1998; 17 (2): 23-29.
- 3- Marvin DW. Multiple sclerosis: continuing mysteries and current management. *Drug Top*. 2000; 144 (12): 93-102.
- 4- Nafisi SH. MS disease Seminar. *Nada J (Int J Tehran Univ Med Sci)*. 1998; 2 (10): 9-10 .
- 5- Amconell E. Myths and Facts. *Nursing*. 1999; 29 (8): 25-26.
- 6- Mandyso VAP. Knowing the course of multiple sclerosis. *Nursing*. 1998; 28 (10):12-16.
- 7- Macdonald R. Cost effectiveness of multiple sclerosis drugs remain unknown. *Br Med J*. 2000; 321 (7258): 399.
- 8- Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *Int J MS Care*. 2000; 2 (2): 3.
- 9- Brunner LS, Suddurth DS. Textbook of medical-surgical. Nursing. 10th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2004; 1718-22.
- 10- Koopman W, Schweitzer A. The journey to multiple sclerosis: a qualitative study. *Neur Sci Nurs*. 1999; 31 (1): 17-24.
- 11- Acton JG, Malathum P. Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. *West J Nurs Res*. 2000; 22 (7): 796-811.
- 12- Dugas BW. Introduction to Patient care, a comprehensive approach to nursing. Philadelphia: WB Saunders; 1995; 191-210.
- 13-Herbert I, Karpatkin PT. Multiple Sclerosis and Exercise, a review of the Evidence. *Int J MS Care*. 2005; 7: 36-41.
- 14- Stuijbergen AK. Physical activity and perceived health status in persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*. 1997; 29 (1): 238-43.
- 15- Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2005; 4 (10): 643-52.
- 16- Raeesi H. Effect of education on self- care behaviour and prevalent problems in MS patients. [dissertation]. Shiraz: Shiraz University of Medical Science. 1997: 93-97.
- 17- Sutherland G, Andersen MB, Morris T. Relaxation and health- related quality of life in multiple sclerosis: the example of autogenic training. *J Behav Med*. 2005; 28 (3): 249-56.
- 18- Rogers S, Stuijbergen AK. The experience of fatigue and strategies of self-care among persons with multiple sclerosis. *Appl Nurs Res*. 1997; 10 (1): 2-10.
- 19- Visschedijk MA, Collette EH, Polman CH. Development of a cognitive behavioral group intervention program for patients with multiple sclerosis: an exploratory study. *Psychol Rep*. 2004; 95 (3): 735-46.
- 20- Rashid TM, Hollander JB. Multiple Sclerosis and the neurogenic bladder. *Phys Med Rehab CNA*. 1998; 9 (3): 615-29.
- 21- Gibson J, Frank A. Supporting individuals with disabling multiple sclerosis. *J R Soc Med*. 2002; 95:580-86.
- 22- Stuijbergen AK, Rogers S. Health promotion :an Essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. *Adv Nur Sci*. 1997; 19(4): 1-20 .

Title: Effects of self-care program education of patients on complications of multiple sclerosis

Authors: H. Madani¹, H Navipour², P Roozbayani³, N Mousavinasab⁴

Abstract

Background and Aim: Multiple sclerosis (MS) is a chronic and incurable disease of central nervous system (CNS), which causes a lot of complications and problems for patients and leads to their life dependency and disability. Thus, it is necessary to utilize appropriate methods and interventions in order to reduce these problems in MS patients. The purpose of this research, which was done in the Iranian MS Society, was to find out the effects of a self-care education program on complications of MS patients.

Materials and Methods: In this quasi – experimental study, 34 patients with MS were selected based on purposive and accessible sampling method. Before implementing the education program, primary information (demographic data and complications resulting from MS) were collected through demographic and health-problem index questionnaires. After studying the obtained data and identifying the complications resulted and the necessary care program instructional classes were held for seven sessions to acquaint MS patients with causes, diagnostic methods, treatment, and self-care programs as regards its complications. Then, self-care programme was followed by patients for one month and researchers, too, checked the subjects through reportorial revision checklists. Again, health-problem index questionnaires were filled out by the same subjects after one month. Pre/Post intervention data were analysed by means of SPSS software, descriptive statistical methods, including Student paired-t, and Wilcoxon tests at the significant level $P < 0.05$.

Results: There was a highly significant ($P=0.0001$) difference between the rate of complications before and after the self-care education programme; the mean score increased from “3” to “26.76” before and after education, respectively. Moreover, before the intervention 26.5 % of the subjects had muscular seizure, 55.9% fatigue, 44.1% constipation, and 23.5% suffered from amnesia. But after one month, these percentages changed to 5.9%, 14.7%, 11.8%, and 14.7% respectively ($P < 0.05$).

Conclusion: Self-care education increases patients' taking self-care and reduces some of the complications of MS. Therefore, it is recommend that self-care education programs should be used to decrease these complications.

Key Words: Multiple Sclerosis; Self-care; Symptoms of MS disease

¹ Corresponding Author, Instructor, Department of Nursing, Zanzan University of Medical sciences, Zanzan, Iran. madanih@zums.ac.ir

² Instructor; Department of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor; Department of Psychology, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor; Department of Biostatistics, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran