

## تأثیر برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نویسندگان:

اسماعیل پارسایی منش<sup>۱</sup>، مریم مهدوی<sup>۲\*</sup>، سارا مقدم<sup>۱</sup>

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- گروه مدیریت فناوری اطلاعات، دانشگاه جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 4, Winter 2014

### چکیده:

**مقدمه:** با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و تأثیر آن بر عملکرد و زندگی آنان، در این پژوهش تأثیر آموزش های خود مراقبتی بر کیفیت خواب بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد بررسی قرار گرفت.

**روش کار:** در این تحقیق کارآزمایی بالینی، ۵۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۲ به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. شش هفته و در هر هفته دو جلسه برنامه آموزشی به بیماران گروه مداخله ارائه شد. کیفیت خواب بیماران یک هفته قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی آموزشی با استفاده از مقیاس خواب پیتزبرگ مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل و تی زوج در نرم افزار آماری SPSS نسخه ی 18 تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** مقایسه ی تغییرات میانگین نمره های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله با در نظر گرفتن سطح معناداری ( $p < 0/05$ ) تفاوت آماری معناداری نداشت، اما مقایسه ی تغییرات میانگین نمره های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله نشان داد که همه ی جنبه های کیفیت خواب بین دو گروه به جز دوره‌ی کفایت خواب با آزمون t-test اختلاف آماری معناداری پیدا کرده اند ( $p < 0/001$ ). مقایسه ی تغییرات میانگین نمره ی کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله نیز نشان داد که برنامه های آموزش خودمراقبتی توانسته کیفیت خواب را در گروه مداخله بهبود بخشد.

**نتیجه گیری:** طراحی و به کارگیری برنامه ی آموزشی خودمراقبتی متناسب با نیاز بیماران بر کیفیت خواب بیماران مولتیپل اسکلروزیس تأثیر مثبت دارد.

J Educ Ethics Nurs 2014;3(4):9-16

**واژگان کلیدی:** مولتیپل اسکلروزیس، آموزش خودمراقبتی، کیفیت خواب

### مقدمه:

اشخاصی که اختلال خواب دارند نه تنها از خستگی، بلکه از اشکال در ترمیم سلولی، نقص در حافظه و یادگیری، افزایش استرس، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی روزمره نیز رنج می‌برند [۲]. خواب و استراحت در بازسازی قوای جسمانی و هیجانی سهیم هستند [۳]. بی خوابی، شایع ترین مشکل خواب در بیماران جسمی است که با شکایات دشواری در شروع یا حفظ خواب و یا خواب ناکافی که برای حداقل یک ماه طول بکشد و پریشانی بالینی قابل ملاحظه یا اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی ایجاد کند، مشخص شده است [۴].

خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است [۱]. در هنگام خواب هورمون هایی چون نوراپی نفرین، سروتونین و هورمون رشد آزاد می شود و تغییرات شیمیایی و افزایش تغذیه‌ی سلولی صورت می گیرد تا بدن برای انجام فعالیت های روز بعد آماده شود. همچنین ترمیم، سازماندهی مجدد، تقویت حافظه و یادگیری در سیستم عصبی بدن رخ می دهد. به علاوه، خواب سبب کاهش استرس، اضطراب و فشارهای عصبی می شود و به شخص در باز یافت انرژی برای تمرکز بهتر حواس، سازگاری و لذت بردن از فعالیت های روزانه کمک می کند.

نویسنده مسئول، نشانی: جهرم، بلوار سپاه، دانشگاه جهرم، گروه مدیریت فناوری اطلاعات

پست الکترونیک: m.management85@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۹۰۷۰۳۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۲۸

در سراسری در کشور ما انجام نشده آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری وجود ندارد، به نظر می‌رسد بیش از ۵۰ هزار نفر در ایران به این بیماری مبتلا باشند که اکثر آنان را خانم‌های جوان تشکیل می‌دهند [۱۵].

برخی از پژوهشگران، 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 زده اند [۱۶]، اما در برخی از پژوهش‌ها، 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. از نظر اقتصادی بیماری مالتیپل اسکلروزیس می‌تواند به طور اساسی بر کیفیت زندگی شخصی بیماران اثرات نامطلوب داشته باشد. هزینه‌ی کلی سالیانه برای یک بیمار مبتلا به طور متوسط حدود چهل و یک هزار دلار تخمین زده می‌شود [۱۷].

بنابراین آموزش‌های خودمراقبتی می‌تواند کمک شایانی به وضعیت اقتصادی این بیماران نماید. به علاوه، همکاری بیمار در فعالیت‌های خودمراقبتی باعث افزایش درک و آگاهی آنان نسبت به بیماری خود و سبب ارتقاء توانایی بیمار جهت انجام امور خود مراقبتی و کمک به بیمار در جهت افزایش اعتماد به نفس، بهبودی از نظر روانی، خلقی، کاهش اضطراب، ترس و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی می‌گردد [۱۸]. فعالیت‌های خودمراقبتی به معنای عملی است که در آن شخص از خود به عنوان یک منبع استفاده و به طور مستقل بدون کمک دیگری از سلامت خود محافظت می‌کند. منظور از استقلال عمل؛ تصمیم‌گیری برای خود با اتکا به خود است که شامل مشورت و کسب کمک تخصصی و یا غیر تخصصی از دیگران می‌شود [۱۹]. خودمراقبتی گامی ارزشمند برای افزایش آگاهی و کمک به بیماران در کسب استقلال فردی و تسهیل سازگاری آنان با بیماری خود و پیرو آن افزایش کیفیت خواب و در نتیجه بالا بردن کیفیت زندگی است.

اورم نیز که خود از نظریه پردازان بزرگ پرستاری است، تئوری خود را بر اساس خود مراقبتی بنا نهاده است و آن را مجموعه‌ای از اقدامات و فعالیت‌های خودآگاهانه، اکتسابی و هدفدار می‌داند که توسط فرد برای حفظ حیات و تأمین و حفظ سلامتی و ارتقاء کیفیت زندگی انجام می‌شود [۲۰]. طبق نظریه‌ی اورم، بیمار موجودی غیر فعال و صرفاً دریافت‌کننده‌ی خدمات نیست، بلکه موجودی قوی، قابل اعتماد، دارای توانمندی بالقوه، با مسئولیت و قدرت تصمیم‌گیری است که می‌تواند مراقبت و تأمین سلامتی خود را بر عهده بگیرد و آن را به خوبی انجام دهد [۲۰].

در واقع خواب یک رفتار سازمان یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی و بر پایه‌ی ریتم بیولوژیک هر روز تکرار می‌شود، اختلالات خواب از جمله مشکلات شایع در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است که به نظر می‌رسد با پیامدهای روحی و روانی در آنان همراه باشد. کیفیت خواب که یک سوم زندگی روزمره‌ی ما را تشکیل می‌دهد به گونه‌ای است که دو سوم باقیمانده‌ی زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در پژوهشی، شیوع شکایت مربوط به اختلال خواب در گروهی از مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis) سه برابر افراد سالم بود [۵]. در تحقیق سورنسن (Soorensen) و همکاران نیز تغییرات ریتم شبانه روزی در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس اثبات شده است [۶]. بررسی‌های فرینی استرامبی (Ferini-Strambi) و همکاران [۷] و همچنین تاجیبانا (Tachibana) و همکاران وجود اختلال خواب در بیماران مالتیپل اسکلروزیس نشان داده اند [۸]. در مورد بیماری مالتیپل اسکلروزیس باید اذعان نمود که این بیماری اسکلروز متعدد یا مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن، التهابی، ناتوان‌کننده‌ی دستگاه عصبی مرکزی است که بر ارتباط بین نورون‌ها در دستگاه عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد. در این بیماری دستگاه ایمنی بدن فرد مبتلا بر علیه بافت عصبی خود واکنش التهابی نشان داده و موجب میلین زدایی بافت می‌شود. میلین که آکسون عصب را می‌پوشاند و در انتقال پیام‌های عصبی در طول فیبرهای عصبی نقش دارد آسیب می‌بیند و تخریب می‌شود و بدین وسیله سرعت هدایت الکتروشیمیایی را در مسیر بین سلول‌های عصبی کاهش می‌دهد [۹]. تخریب میلین اغلب در نواحی خاصی نظیر عصب بینایی، ساقه‌ی مغز، مخچه و ماده‌ی سفید نیم کره‌های مغز منجر به بروز مجموعه‌ای از علائم بالینی به صورت اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار و مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، اختلال در تعادل و اختلال در خواب فرد بیمار می‌شود [۱۰].

در سال‌های اخیر شیوع مالتیپل اسکلروزیس در تمام جهان افزایش داشته 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 [۱۱]. در گذشته، ایران جزء کشورهای با شیوع پایین در نظر گرفته می‌شد؛ اما در تحقیقاتی که به تازگی انجام شده است، شیوع بیماری حداقل ۵۱/۹ در هر صد هزار نفر در تهران و ۷۳/۳ در هر صد هزار نفر در اصفهان گزارش شده است [۱۲، ۱۳]. طبق آخرین پژوهش‌ها، میانگین شیوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس در ایران ۵۷ در هر ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده است [۱۴]، ولی از آنجا که اپیدمیولوژی این بیماری به صورت

به این ترتیب که در قرعه کشی ابتدای تحقیق مقرر شد شماره‌های زوج به گروه مداخله و شماره‌های فرد به گروه کنترل اختصاص یابد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به انجمن ام اس چهارم با تشخیص اولیه‌ی ام اس که توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب مورد تأیید قرار گرفته باشد و بیش از دو سال از ابتلاء آنها به ام اس نگذشته باشد. بیمار می‌بایست باسواد بوده و قادر به شرکت در مصاحبه و انتقال اطلاعات و تجربیات خود باشد؛ تمایل به شرکت در پژوهش و انگیزه‌ی مصاحبه و همکاری لازم را داشته باشد؛ به بیماری مزمن دیگری غیر از ام اس مبتلا نباشد؛ وابستگی به صندلی چرخدار و سایر وسایل نداشته و توانایی فعالیت خود مراقبتی داشته باشد و تاکنون آموزشی درمورد خود مراقبتی ندیده باشد. شرایط خروج از تحقیق نیز بر اساس همکاری نکردن و صحبت به دلیل وخامت بیماری و یا ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن جسمی، ذهنی یا روانی مانند افسردگی شدید، اختلال تکلم یا شنوایی داشته باشند تعیین گردید. ابزارهای گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بود از پرسشنامه‌ی (Pittsburgh Sleep Index PSQI Quality) که پرسشنامه‌ی کیفیت خواب توسط اوهدا (۲۰۰۱) و سوزوکی (۲۰۰۴) تدوین گردیده است [4]. این پرسشنامه ۹ آیتم دارد که سوالات ۱-۴، سوالات باز و سوالات ۵-۹ بر اساس لیکرت ۴ درجه‌ای است. میانگین ساعت شروع خواب با سؤال ۱، اختلال در شروع خواب (زمان طی شده برای به خواب رفتن) با سؤال ۲، بیدار شدن زود هنگام (ساعت بیدار شدن از خواب) با سؤال ۳، طول مدت خواب با سؤال ۴، اختلال در تداوم خواب با سؤال ۵، دفعات استفاده از دارو برای به خواب رفتن با سؤال ۶، خواب آلودگی روزانه با سؤال ۷، اختلال در انجام کارهای روزمره با سؤال ۸ و کیفیت خواب ذهنی (کیفیت خواب از دیدگاه خود بیماران) با سؤال ۹، به صورت جداگانه بررسی شد. نهایتاً برای بررسی کیفیت خواب از مجموع امتیازات به دست آمده استفاده گردید که مقیاس کیفیت خواب خوب، نمره‌ی ۴، کیفیت خواب بد، نمره‌ی ۵ و بیشتر بود.

اعتبار و پایایی مقیاس اصلی با آزمون مجدد بررسی شده است که آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است [۲۲]. همچنین، بررسی تحقیقات انجام شده فرم ترجمه شده‌ی آن در داخل کشور نشان داد که در همه‌ی پژوهش‌ها با تأیید اعتبار و روایی به کار گرفته شده است [۴].

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای دو، تی مستقل و تی زوج و نرم افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ استفاده شد. پژوهشگر با مراجعه به انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهرستان چهارم، ضمن توضیح در مورد اهداف پژوهش و اطمینان

هنگامی که میزان فراگیری بیماران به حداکثر برسد، توانایی آنها برای تصمیم‌گیری و عمل افزایش می‌یابد و مکانیسم‌های سازگاری آنها بیشتر می‌شود. از این رو هدف از آموزش بیمار، کمک به بیمار برای کسب مسئولیت بیشتر جهت مراقبت از خود و برای کمک به سازگاری آنها با تغییراتی است که در وضعیت جسمی و عملی آنها پدیدار گشته است، که در نهایت منجر به بهبودی وضعیت زندگی آنها می‌گردد. بنابراین با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده و با عطف به شیوع بالای این بیماری مزمن در ایران و اهمیت انکارناپذیر تأثیر آموزش‌های خودمراقبتی بر تمامی ابعاد زندگی بیماران مالتیپل اسکلروزیس و نیز اهمیت نقش پرستاران در این زمینه به منظور برنامه‌ریزی‌ها و آموزش‌های خودمراقبتی در جهت رفع نیازهای اساسی بیماران، همچنین تحقیقات اندکی که صورت گرفته، ضرورت انجام این پژوهش در ایران مطرح می‌گردد که به همین منظور این بررسی با هدف برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی متناسب با نیاز بیماران بر کیفیت خواب بیماران مالتیپل اسکلروزیس طراحی و اجرا گردید.

## روش کار:

این پژوهش یک تحقیق کارآزمایی بالینی (به شماره‌ی ثبت IRCT2015060922630N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران) است که در آن با توجه به اهداف و نوع پژوهش از دو گروه مداخله و کنترل استفاده شده است و فقط گروه مداخله در معرض متغیر مستقل (آموزش خود مراقبتی) قرار گرفته و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفته است و در پایان دوره (یک هفته بعد از اتمام مداخلات) با انجام آزمون ثانویه چگونگی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر متغیر وابسته مورد پژوهش (کیفیت خواب) سنجیده شده است. این تحقیق از نوع سه سو کور بود (تحلیل کننده‌ی آماری، بیماران و جمع کننده‌ی اطلاعات از اینکه افراد مربوط به کدام گروه بودند اطلاع نداشتند).

جامعه‌ی این پژوهش شامل بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌شدند که در هیچ برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی مربوط به کیفیت خواب شرکت نکرده بودند. حجم نمونه در هر گروه با اعتماد ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد طبق فرمول پوکاک و با استفاده از نتایج مشابه در جامعه‌ی ایرانی [۲۱] ۴۶ نفر تعیین گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰٪، به ۵۰ نفر افزایش پیدا کرد. نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس، در دو گروه مداخله و کنترل طی سه ماه تا رسیدن به تعداد نمونه‌ی کافی ادامه یافت و در نهایت نمونه‌ها به صورت تخصیص تصادفی بر اساس ترتیب اضافه شدن و شماره‌ی زوج و فرد قرار گرفتند

زندگی، عوامل مؤثر بر آن، راه‌های مقابله با بدخواهی و روش‌های مطلوب کردن آن به بیماران مالتیپل اسکلروزیس شرکت‌کننده در برنامه ارائه گردید. تمامی بیماران گروه مداخله به طور فعال در جلسات نظرات خود را ابراز می‌کردند و با توجه به محدودیت بیماران در حضور جهت تکمیل پرسشنامه بعد از مداخله، یک هفته پس از پایان دوره‌ی مجدد پرسشنامه توسط آنها تکمیل و با قبل مقایسه می‌شد.

### یافته‌ها:

اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است. دو گروه از نظر توزیع متغیرهایی نظیر جنس، تأهل، تحصیلات، اشتغال، نسبت و جنس بیماری تفاوت معنا داری نداشتند. بر اساس نتایج جدول اکثریت بیماران ۹۶٪ مؤنث، ۵۸٪ مجرد، ۴۵٪ خانه دار و ۴۰٪ دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند.

دادن به بیماران که تمامی موارد ثبت شده در طی دوره‌های آموزشی و مصاحبه محرمانه خواهد ماند، مشارکت کنندگان واجد شرایط عضو انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهرستان جهرم را به صورت تصادفی (بر اساس شماره زوج و فرد) انتخاب نمود شرکت کنندگان آزاد بودند هر زمان که مایلند از پژوهش خارج شوند. این ۵۰ نفر (۴۴ زن و ۶ مرد) در دو گروه جداگانه شامل ۲۶ نفر گروه مداخله و ۲۴ نفر گروه کنترل قرار گرفتند ۲ نفر به علت وخامت بیماری در مراحل نهایی تحقیق کنار رفتند. پس از وارد کردن اطلاعات دموگرافیکی و پر کردن پرسشنامه، کیفیت خواب توسط همه‌ی افراد، فعالیت‌های مورد نظر برای گروه مداخله شروع شد و در طی مدت آموزش سعی شد سایر منابع اطلاعاتی و تأثیرگذار مانند رسانه‌های جمعی کنترل شود. منظور از آموزش خودمراقبتی در این پژوهش، برنامه‌ای در قالب ۶ هفته و در هر هفته ۲ جلسه ۱/۵ ساعته آموزش رو در رو و با جزوات آموزشی بود که محقق از منابع کتاب‌های مختلف در این زمینه تهیه کرده و بر اساس نیازهای آموزشی مربوط به خواب با محتوای خواب و فرایندهای آن، اهمیت خواب کامل در

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله		کنترل		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۲۵	۹۶/۱۵	۲۳	۹۵/۸۳
	مرد	۱	۳/۸۵	۱	۴/۱۷
تأهل	مجرد	۱۵	۵۷/۶۹	۱۴	۵۸/۳۴
	متأهل	۱۱	۴۲/۳۱	۱۰	۴۱/۶۶
شغل	شاغل	۸	۳۰/۷۶	۵	۲۰/۸۳
	محصل	۷	۲۶/۹۳	۸	۳۳/۳۳
تحصیلات	خانه دار	۱۱	۴۲/۳۱	۱۱	۴۵/۸۴
	بی سواد	۱	۳/۸۴	۲	۸/۳۳
لیسانس و بالاتر	زیر دیپلم	۸	۳۰/۷۶	۸	۳۳/۳۳
	دیپلم و بالاتر	۱۰	۳۸/۴۷	۱۰	۴۱/۶۶
	لیسانس و بالاتر	۷	۲۶/۹۳	۴	۱۵/۳۸
سن	*۲۸/۳۳±۴/۶۸		*۲۷/۵۲±۳/۴۷		

\*انحراف معیار ± میانگین

آماری معناداری یافتند، یعنی بعد از مداخله کیفیت خواب گروه مداخله بهبود یافت.

تغییرات میانگین نمره‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج به دست آمده از آزمون t زوج و مقدار p در جدول ۳ ملاحظه گردید که در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله نمره‌ی کیفیت خواب اختلاف معناداری وجود نداشته و دو گروه با هم همسان بودند. اما بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل در

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۲ به کمک آزمون تی مستقل قبل از مداخله، مقادیر p همه جنبه‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معناداری نداشتند، یعنی دو گروه با هم همسان بودند.

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۲ بعد از مداخله، مقادیر p همه‌ی جنبه‌های کیفیت خواب بین دو گروه مداخله و کنترل با  $p < 0.001$  به جز دوره‌ی کفایت خواب ( $p = 0.105$ ) اختلاف

سطح معناداری ۰/۰۱ اختلاف آماری معنادار مشاهده شد که نشان از آن دارد که مداخله تأثیر مثبت بر کیفیت خواب گروه

جدول ۲: مقایسه‌ی تغییرات میانگین نمره‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

P valu	کنترل		مداخله		گروه	جنبه‌های کیفیت خواب
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۶۹	۰/۹۲	۱/۶۲	۰/۷۹	۱۷	قبل از مداخله	کیفیت خواب ذهنی
<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۱	۰/۵۳	۲/۱۵	بعد از مداخله	
۰/۷۸	۰/۸	۱/۹۷	۰/۸۶	۲/۰۲	قبل از مداخله	طول مدت خواب
<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۳۷	۰/۵۷	۲/۱۵	بعد از مداخله	
۰/۱۷	۱	۱/۲۵	۱/۴۲	۱/۶۲	قبل از مداخله	دوره‌ی خواب
<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۴	۰/۸۱	۱/۵۲	بعد از مداخله	
۰/۹۰	۰/۹۴	۱/۹۲	۰/۸۷	۱/۹۵	قبل از مداخله	دوره کفایت خواب
۰/۱۰۵	۱/۰۳	۱/۴۵	۱	۱/۸۲	بعد از مداخله	
۰/۱۴	۰/۶۶	۱/۸۵	۰/۵۵	۲/۰۵	قبل از مداخله	اختلال خواب
<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۶۷	۰/۵	۲/۴۵	بعد از مداخله	
۰/۷۵	۱/۱۴	۱/۰۷	۰/۹۷	۱/۱۵	قبل از مداخله	استفاده از دارو خواب آور
<۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۸۷	۰/۶۵	۱/۷۷	بعد از مداخله	
۰/۴۸	۱/۳	۱/۴۷	۰/۹۲	۱/۶۵	قبل از مداخله	اختلال عملکرد در طول روز
<۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۲۲	۰/۶۵	۲/۰۲	بعد از مداخله	

جدول ۳: مقایسه‌ی تغییرات میانگین نمره‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

P valu	مداخله		کنترل		گروه	زمان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۱۹۱	۳/۱۹	۱۲/۱۵	۳/۴	۱۱/۱۷	قبل از مداخله	
<۰/۰۰۱	۱/۸۳	۱۳/۹	۲/۴	۸	بعد از مداخله	
	-۱/۳۶	۱/۷۵	-۱	-۳/۱۷	تغییرات	
<۰/۰۰۱	۲/۸۷	۱/۷۵	۲/۷۵	-۳/۱۷	کیفیت خواب	

که بهبود یا رفع آنها تأثیر شگرفی بر زندگی این بیماران خواهد گذاشت [۲۴،۲۳].

از طرفی ضرورت شناسایی و اتخاذ تدابیری در زمینه‌ی کنترل مشکلات ناتوان کننده این بیماران و ارتقاء سطح زندگی آنان از سوی تیم درمان به شدت احساس می‌شود و درمان‌های دارویی هم تأثیر چندانی بر زندگی این بیماران ندارد [۲۵]. برانگیختن توان خودمراقبتی این بیماران و برنامه‌ریزی بر اساس این توان بالقوه از اهمیت خاصی برخوردار است. تحقیقات انجام شده در زمینه خودمراقبتی در این بیماران اندک و تنها به بررسی کمیت و کیفیت رفتارهای خودمراقبتی آنان توجه شده، در حالی که به توانایی خودمراقبتی این بیماران کمتر پرداخته شده است [۲۱].

برای تطابق مؤثر با این بیماری آموزش‌های خودمراقبتی و روش‌های مقابله‌ای همچون تکنیک‌های آرام‌سازی، کاهش استرس، روان‌درمانی، حفظ حس کنترل بر بیماری، احساس امید، آموزش رفتارهای شناختی، نوتوانی عصبی و درمان علامتی

برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله، از اختلاف هر جنبه قبل و بعد از مداخله و آزمون t استفاده گردید. نتیجه‌ی این تجزیه و تحلیل نیز در جدول ۳ آورده شده است که نشان می‌دهد کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل در سطح معناداری بسیار بالای ۰/۰۱ و با احتمال ۹۹ درصد اختلاف آماری معنادار وجود دارد، یعنی مداخله توانسته است کیفیت خواب در گروه مداخله را بهبود بخشد.

### بحث:

اقدامات پژوهشی متعددی در زمینه‌ی ارزیابی و توسعه مداخلات برای کنترل مشکلات این بیماران انجام و یا در حال انجام است. نتایج حاصل از این تحقیقات حاکی از آن است که بین آموزش‌های خودمراقبتی با روش‌هایی نظیر حفظ انرژی، ورزش، تعاملات رفتاری و مداخلات روانشناسی و عوارض و علائم بیماری مالتیپل اسکروزیس ارتباط متقابلی وجود دارد،

تحت الشعاع قرار می‌دهد، به طوری که فرد احساس سالم بودن و رضایت از زندگی را از دست می‌دهد و نوعی احساس ناامیدی در وی به وجود می‌آید که این احساس متقابلاً توانایی فرد در انجام مراقبت‌های فردی خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد و وی را ناتوان‌تر از قبل می‌سازد. با توجه به ناتوانی‌های خاص این بیماران، آنها باید راه سازگاری با تظاهرات وسیع بیماری و راه‌های رسیدن به آرامش را بیاموزند تا بتوانند در کنترل بیماری و رفتارهای خود، به صورت فعال اقدام نمایند و مسئولیت مراقبت از خود را شخصاً بر عهده گیرند. با توجه به اینکه عوارض بیماری شدیداً بر کیفیت خواب و زندگی افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد و نیز با ایجاد ناتوانی‌ها و هزینه‌های اقتصادی بالا، عوارض بسیار شدیدی به بار می‌آورد، توجه به برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی به عنوان یک روش غیر دارویی، غیر تهاجمی و کم هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روانشناختی با قابلیت آموزش پذیری به بیمار و خانواده اش از طریق پرسنل درمانی از جمله پرستاران، اهمیت خاص خود را داشته و می‌تواند در کنترل مشکلات مذکور که تأثیرگذارترین عوامل بر زندگی این بیماران هستند، بسیار مفید و مؤثر واقع گردد.

در واقع توسعه‌ی راهبردهای خود مراقبتی هم برای بیماران و هم برای ارائه دهندگان دارای مزایایی است که متعاقباً باعث ارتقاء کل نظام بهداشتی از طریق بهبود سلامت افراد و زندگی آنان، افزایش رضایت از زندگی و بهره‌وری در زندگی می‌گردد. بنابراین پرستاران و سایر افراد مرتبط می‌توانند با بهره‌جویی از آموزش‌های خودمراقبتی، نقش قابل ملاحظه‌ای در بهبود وضعیت زندگی این بیماران ایفا کنند و از این طریق موجب صرفه‌جویی در زمان درمان، هزینه‌های اقتصادی و ناتوانی‌های ناشی از بیماری گردند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کنترل نکردن همه جانبه‌ی تمام عوامل تأثیر گذار بر خواب بیماران از جمله عوامل محیطی، مصرف بعضی غذاهای خاص و بی‌خوابی‌های روزانه اشاره کرد.

### نتیجه گیری:

با توجه به شیوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس طی سال‌های اخیر، ضروری است برنامه‌ی یزی و سیاست‌گذاری توسط مسئولین انجام پذیرد و پرستاران که در حیطه‌ی کاری خود، ارتباط زیادی با این بیماران دارند، آموزش‌های خودمراقبتی به آنها ارائه نمایند و بر اساس الگوهای که قادر به ترغیب مددجو و توجه به همکاری بیمار در مراقبت از خود می‌باشد جهت ارتقاء سلامت جامعه، کاهش هزینه‌های درمانی مؤثرتر حضور داشته باشند و از طرفی مسئولین وزارت بهداشت و سایر ارگان‌های مربوطه نیز شرایطی فراهم آورند که ضمن پیگیری مشکلات این بیماران، به تقویت

توصیه می‌شود. آموزش‌های لازم در رابطه با هر یک از عوارض مالتیپل اسکلروزیس می‌تواند در تطابق بهتر بیماران با بیماریشان و همچنین همکاری بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی مؤثر باشد. آموزش مراقبت از خود باعث می‌شود تا فرد به طور صحیح از روش‌های مقابله‌ای استفاده کند. در کتب و مقالات پرستاری برای تطابق بهتر بیماران با عوارض ناشی از بیماری، به آموزش مراقبت از خود توصیه شده است [۲۶].

طبق نتایج به دست آمده در این پژوهش، مقایسه‌ی تغییرات میانگین نمره‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله نشان داد که دو گروه با هم همسان بودند. همچنین مقایسه‌ی تغییرات میانگین نمره‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله نشان داد که همه جنبه‌های کیفیت خواب بین دو گروه به جز دوره‌ی کیفیت خواب اختلاف آماری معناداری یافتند، یعنی آموزش‌های خودمراقبتی توانسته مؤثر واقع شود و کیفیت خواب گروه مداخله را بهبود بخشد. مقایسه‌ی تغییرات میانگین نمره‌های کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله نیز نشان داد که برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی توانسته کیفیت خواب را در گروه مداخله بهبود بخشد. در واقع، دستاورد اساسی تحقیق حاضر بیانگر تأثیر مثبت آموزش‌های خودمراقبتی بر کیفیت خواب و در نتیجه زندگی بیماران مالتیپل اسکلروزیس می‌باشد. از آنجا که هدف در این پژوهش کمک به بیمار برای مراقبت از خود است و این امر میسر نمی‌شود مگر زمانی که پرستاران بتوانند یک رابطه اطمینان بخش بین خود و بیمار در جهت حمایت و آموزش فراهم کنند؛ بنابراین باید به بیماران اجازه دهند که به صورت فعال در آموزش‌ها، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای زندگی خودشان همکاری داشته باشند.

از طرفی طبق پژوهش‌های انجام شده، نقش حمایت و آموزش کادر پزشکان در ارتقاء خودمراقبتی در تحقیقات نشان داده شده است [۲۷]، اما در نظام بهداشتی-درمانی ایران، آموزش و مهارت‌آموزی بیماران و مددجویان در خصوص خود مراقبتی هنوز جایگاه واقعی خود را به دست نیاورده است. در این زمینه استفاده از الگوهایی که بتوانند با کمک به مددجویان و توجه به همکاری بیماران در امر مراقبت از خود موجب افزایش کیفیت و رضایت زندگی شود، پیشنهاد می‌گردد. این پژوهش و سایر تحقیقات همگی برنامه‌های خود مراقبتی و برنامه‌های مشابه را در درمان بیماری مالتیپل اسکلروزیس و بهبود کیفیت زندگی و خواب مؤثر دانسته و اجرای آن را برای به استقلال رساندن بیماران توصیه می‌کنند. ناتوانی‌ها و اختلالات خواب ناشی از مالتیپل اسکلروزیس، به علت ماهیت خاص بیماری و شیوع آن در بین بیماران، به شدت کیفیت خواب و زندگی فرد و خانواده را

## تشکر و قدردانی:

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حضور و همکاری تمامی بیماران و خانواده‌های گرامی‌شان، انجمن مولتیپل اسکلروز شهرستان جهرم و پژوهشکده‌ی دکتر برنا به سبب همکاری در تهیه مکان برگزاری جلسات، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

## References:

1. Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Medical-Surgical Nursing: Concepts Clinical Practice. . 5th ed. ST Louis: Mosby Company. 2011.
2. J Clarck A, Flowers J, Boots L, Shettar S. Sleep disturbance in mid-life women. J Adv Nurs 1995; 22(3): 562-568.
3. Potter A, Pery A. Fundamental of Nursing concept process and Practice, 3rd ed. ST louise: Mosby Company; 1993: 1148.
4. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi MF, Salehi M, Kafian tafti AR, Vakili YE. Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e-Akram Hospital. *fa.jornal.sid.ir. Iran University of Medical Sciences Journal* 2007. (Persian).
5. Clark CM, Fleming JA, Li D, Oger J, Klonoff H, Paty D. Sleep disturbance, depression, and lesion site in patients with multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1992; 49(6): 641-3.
6. Soorensen KV, Alslev T, Christensen SE, Jensen NB, Orskov H. CSF somatostatin in multiple sclerosis: reversible loss of diurnal oscillation in relapses. *Neurol* 1987; 37(6): 1050-3.
7. Ferini-Strambi L, Filippi M, Martinelli V, Oldani A, Rovaris M, Zucconi M, et al. Nocturnal sleep study in multiple sclerosis: correlations with clinical and brain magnetic resonance imaging findings. *J Neurol Sci* 1994; 125(2): 194-7.
8. Tachibana N, Howard RS, Hirsch NP, Miller DH, Moseley IF, Fish D. Sleep problems in multiple sclerosis. *Eur Neurol* 1994; 34(6): 320-3.
9. Amato MP, Ponziani G, Rossi F, Liedl CL, Stefaile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler* 2001; 7: 340-4.
10. Paltamaa J, Sarasoja T, Leskinen E, Wikstrom J, Malkia E. Measures of physical functioning predict self reported performance in self-care, mobility, and domestic life in ambulatory persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88(12): 1649-57.
11. Mada'inaival H. Relationship with depression, fatigue and disability in patients with multiple sclerosis [dissertation]. School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences; 2005.
12. Sahraian MA, Khorramnia S, Ebrahim MM, Moinfar Z, Lotfi J, Pakdaman H. Multiple sclerosis in Iran: a demographic study of 8,000 patients and changes over time. *Eur Neurol* 2010; 64(6):331-6.
13. Etemadifar M, Maghzi AH. Sharp increase in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *Mult Scler* 2011; 17(8):1022-7.
14. Abedini M, Habibi Saravi R, Zarvani A, Farahmand M. Epidemiology of multiple sclerosis in Mazandaran, Iran, 2007. Prevalence and Indicate Epidemiologic aspects, *J Mazandaran Univ Med Sci* 2008; 18(66):82-6.
15. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *J Shaheed Beheshti Univ Med Sci Health Serv* 2008; 1(32): 45-53.(Persian)
16. Asmltzn S, Byr B. Surgical nursing vdakhly nervous system. trans. Hramshraq Z, Tehran: healthy Publications; 2008.
17. Trisolini M, Honeycutt MA, Wiener J, Lesesne S. Global Economic Impact of Multiple Sclerosis. Multiple Sclerosis International Federation London. *J adv Nurs* 2010; 29(6):1444;1999.
18. Rafieifar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M, et al. Comprehensive system of empowering people to take care of your health. 1 ed .Office of Communications and Health Education, Health Department of Health & Medical Sciences, Qom University of Medical Sciences and Health Services. 2005;: 84. (Persian)
19. Morgante L, Fraser C, Hadjimichael O, Vollmer T. A prospective study of adherence to glatiramer acetate in individuals with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2004; 36(3): 120-9.
20. Mohammad Hassani M, Farahani B, Zohhur A, Panahi Azar SH. The theory is based on the Orem self care in patients with coronary artery disease. *J Nurs Care* 2010; 3(2): 91-87. (Persian)
21. Masoodi R, Mohammadi Eisa, Nabavi SM, Ahmadi F. The effect of Orem based self-care program on physical quality of life in multiple sclerosis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 10(2): 21-9. (Persian)
22. Agargun MY, Anlar O. Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turk J Psychiatr* 1996; 7: 107-15.
23. Murray J. Prelude to the framing of a disease: multiple sclerosis in the period before Charcots Lecons. *Int MS J* 2004; 11(3): 79-85.
24. Amconell E. Myths & facts, nursing education. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999: 6-25.
25. Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2005; 112(3): 199-201.
26. Brunner LS, Suddarth DS. Text book of medical - surgical nursing, 12th ed. Philadelphia J.B: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 234.
27. Jaarsma T, Halfens R, Huijjer Abu-Saad H, Dracupb K, Gorgelsc T, Van Reea J, et al. Effects of

education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. European

Heart J 1999, 20: 673-82.



## The effect of self-care educational program on sleep quality in patients with Multiple Sclerosis

Received:11/19/2014

Accepted:8/8/2015

1. Dept of Nursring,School of Nursing and Paramedics, Jahrom,Iran.

2. Dept of Management IT, Jahrom University, Jahrom, Iran.

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 4, Winter 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;3(4):9-16

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Considering the high prevalence of sleep disorders in patients with Multiple Sclerosis and its impact on the performance of their lives, the effect of self-care education on sleep quality in patients with Multiple Sclerosis was studied in this research.

#### **Materials and Methods:**

In this clinical trial, 50 patients with Multiple Sclerosis who were members of Multiple Sclerosis community in Jahrom in 2013 were randomly selected and assigned to two experimental and control groups. Two sessions of training program in each week was offered to patients in the intervention group for six weeks. Sleep quality of patients one week before and after the educational program was evaluated using the Pittsburgh Sleep Scale. Data was analyzed using statistical tests like Kaidu, Independent-t and Square-t in statistical software of SPSS version 18.

#### **Results:**

Comparing the change in the mean score of sleep quality in both intervention and control groups before the intervention was not statistically different in terms of the significant level ( $p < 0.05$ ). But the comparison between the change in the mean score of sleep quality in both intervention and control groups after the intervention showed that all aspects of sleep quality between the two groups, except for a period of sufficient sleep through t-test, had significant differences ( $p < 0.001$ ). The comparison between the change in the mean score of sleep quality in both intervention and control groups after the intervention showed that self-care training programs could improve sleep quality in the intervention group.

#### **Conclusion:**

Designing and implementing self-care educational program tailored to the needs of the patients has positive effects on sleep quality in patients with Multiple Sclerosis.

**Keywords:** Multiple Sclerosis, Self-Care Education, Sleep Quality