

بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران سال ۱۳۸۷

فیروزه پیامنی^۱، علی اکبر نظری^۲، هایده نکته دان^۳، عباس مهران^۳، محمدعلی صحراپیان^۴

۱- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- دانشیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

یافته / دوره سیزدهم / شماره ۲ / تابستان ۹۰ / مسلسل ۴۸

چکیده

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۲۲، پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۱

*** مقدمه:** بیماری مولتیپل اسکلروزیس غیر قابل پیش بینی و یکی از مهمترین بیماری های تغییر دهنده زندگی فرد است و بتدریج او را به سمت ناتوانی پیش می برد. بین سلامتی و سبک زندگی افراد ارتباط نزدیکی وجود دارد با اصلاح سبک زندگی می توان از بروز حملات بیماری و ناتوانی پیشرونده جلوگیری کرد لذا شناخت سبک زندگی جهت برنامه ریزی های آموزشی اهمیت دارد. این مطالعه با هدف بررسی و تعیین سبک زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران سال ۱۳۸۷ صورت گرفته است.

*** مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام.اس ایران در سال ۱۳۸۷ که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به عنوان نمونه انتخاب گردیدند نمونه گیری به صورت آسان و در دسترس بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و روش جمع آوری آن مصاحبه بود. اعتبار ابزار از طریق اعتبار محتوی و اعتماد علمی آن به روش آزمون مجدد انجام گردید. در پایان داده های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (کای دو، آزمون دقیق فیشر) و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

*** یافته ها:** سبک زندگی ۳۸/۵ درصد واحد های مورد پژوهش در بعد مراقبت از خود مطلوب، ۷۸ درصد نمونه ها در بعد تغذیه نسبتاً مطلوب و ۶۱/۵ درصد در بعد فعالیت جسمانی و ورزش نامطلوب بوده اند، ۸۳ درصد از نظر عدم استعمال دخانیات مطلوب بوده اند، ۴۵ درصد واحد های مورد پژوهش در زمینه الگوی خواب و استراحت و ۵۰/۵ درصد از نظر سازگاری با استرس نامطلوب بوده اند. یافته ها نشان داد که بین سبک زندگی در بعد مراقبت از خود با سطح تحصیلات مددجو ($p < ۰/۰۰۱$)، داشتن منابع حمایتی ($p = ۰/۰۳۱$) و دفعات عود بیماری ($p = ۰/۰۱۷$) واحد های مورد پژوهش ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. همچنین بین سبک زندگی در بعد تغذیه با وضعیت تأهل ($p = ۰/۰۱۵$) و درآمد خانواده ($p < ۰/۰۰۱$) نمونه های پژوهش ارتباط آماری معنی داری دیده شد.

*** بحث و نتیجه گیری:** سبک زندگی واحد های مورد پژوهش در برخی از ابعاد نامطلوب بود و این رفتارهای غیر بهداشتی می تواند بر شدت و عود بیماری و در نهایت کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذار باشد. لذا تغییر و تعدیل و اصلاح سبک زندگی بیماران مبتلا به ام.اس ضروری به نظر می رسد که با برنامه های آموزشی جامع می توان به این مهم دست یافت.

*** واژه های کلیدی:** مولتیپل اسکلروزیس، سبک زندگی، انجمن ام.اس و تهران

آدرس مکاتبه: الیگودرز، دانشکده پرستاری

پست الکترونیک: firuzeh.payamani@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی می‌باشد که روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد، ام‌اس با سه مشخصه التهاب، تخریب میلین و اسکار مشخص می‌شود (۱) علت بیماری مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیسم‌های ایمنی علیه آنتی‌ژن میلین در ایجاد بیماری دخیل باشند (۲). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و تغییرات روانی مانند افسردگی، ناامیدی و کاهش توانایی حل مشکل بروز می‌کند (۳).

بیش از ۴۰۰ هزار نفر در آمریکای شمالی و تقریباً ۵۰۰ هزار نفر در اروپا و در کل ۲/۵ میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند (۴). در ایران شیوع آن در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر صد هزار نفر می‌باشد. طبق گفته کارشناسان صاحب‌نظر انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران هر ساله ۵۰۰۰ نفر بیمار جدید به جمع بیماران افزوده می‌شود به طوری که این مرکز تعداد بیماران را در سال ۱۳۸۲، ۲۵۰۰۰ نفر و در سال ۱۳۸۳، ۳۰۰۰۰ نفر گزارش نموده است (۵).

این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و بیماران را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد. اطمینان فرد از بدن و سلامتی مخدوش می‌شود (۶). این بیماری اغلب در آن سال‌هایی رخ می‌دهد که فرد در آن سال‌ها انتظار سلامتی دارد و با ایجاد بیماری، به دلیل این که طبیعت دوره‌های بیماری مولتیپل اسکلروزیس غیرقابل پیش‌بینی می‌باشد تعدادی از بیماران، ممکن است احساس کنند که قادر به برنامه‌ریزی برای آینده نیستند (۷).

عوامل بیشمار بر سلامت انسان‌ها تأثیر گذارند از آن میان می‌توان استعدادهای ژنتیکی، سبک زندگی، فاکتورهای محیطی و همچنین عوامل اقتصادی و اجتماعی را نام برد (۸). سبک زندگی فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آنها را در زندگی خود به

طور قابل قبول پذیرفته اند، به طوری که این فعالیتها روی سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (۹). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام می‌دهد از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و استراحت، فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار، الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها، که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهند (۱۰) طبق تحقیقات انجام شده در آمریکا ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی، ۲۱٪ به عوامل محیطی و ۱۶٪ به ارث و ۱۰٪ به نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی ارتباط دارد (۱۱).

متعارفی به نقل از انجمن قلب آمریکا بیان می‌کند سبک زندگی دارای اثرات تعیین کننده بر سلامتی فرد بوده و هر شخص با داشتن الگوی زندگی روزانه مطلوب می‌تواند از رفاه جسمی، روانی برخوردار باشد (۱۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که عوامل خطرآفرین در ارتباط با سبک زندگی (مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و قهوه) روی بیماری ام. اس تأثیر گذار می‌باشند (۱۳).

دگرگونی‌های رفتاری و الگوی زندگی مدرن زمینه را برای ابتلا به بیماری‌های مزمن مساعد می‌کند و موجب کاهش طول عمر، ناتوانی، دشواری‌های خانوادگی و افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی گشته، لذا جهت کنترل و پیشگیری از این گونه بیماری‌ها می‌بایست توجه بیشتری به سبک زندگی افراد در جامعه نمود (۱۴).

اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها مؤثر می‌باشد (۱۵). با توجه به اهمیت نقش پرستار بهداشت جامعه در آموزش بهداشت و تغییر رفتار و پیشگیری از بیماری‌ها و کمک به افراد جهت دستیابی به حد مطلوب سلامتی و اهمیت تأثیر سبک زندگی در مراقبت از خود و حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها و با عنایت به مطالب ذکر شده و با توجه به گسترش روزافزون شمار بیماران مبتلا به ام‌اس در جهان،

1. Multiple sclerosis

الگوی خواب و استراحت (شش سوال) و روش های سازگاری با استرس (چهار سوال) بود.

جهت جمع آوری داده ها هر روز به انجمن ام. اس ایران مراجعه می شد. پس از ارائه توضیحات لازم در مورد طرح تحقیقاتی به بیمارانی که واجد شرایط بودند و با کسب اجازه و اخذ رضایت نامه از آنها ابزار پژوهش به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل گردید. حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد مراقبت از خود نه امتیاز بود که بر مبنای صد درصد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد ($1/5-1$)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد ($2/25-1/6$) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد ($3-2/26$) ارزیابی گردید.

حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد تغذیه شصت و سه امتیاز بود که بر مبنای صد درصد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد ($41-19$)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد ($52-41/1$) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد ($63-52/1$) ارزیابی گردید. حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد فعالیت جسمانی و ورزش ده امتیاز بود که بر مبنای صد درصد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد ($5/6-3$)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد ($8/2-6/6$) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد ($10-8/3$) ارزیابی گردید.

امتیاز سبک زندگی در بعد استعمال دخانیات شامل یک سوال بود که به شرح ذیل سنجیده شد: افرادی که از سیگار، قلیان، پپ، چاق یا سایر مواد دخانی استفاده کرده به عنوان سبک زندگی نامطلوب در نظر گرفته و افرادی که عدم استعمال دخانیات داشته اند به عنوان سبک زندگی مطلوب در نظر گرفته شد. حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد الگوی خواب و استراحت هیجده امتیاز بود که بر مبنای صد درصد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد ($12-6$)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد ($15-12/1$) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد ($18-15/1$) ارزیابی گردید.

مرگ و میر بالا و مشکلات عدیده ای که از نظر جسمی، روانی و اقتصادی که بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می گردد، توجه به وضعیت زندگی و نحوه مراقبت از خود در این بیماران امری لازم و مهم به نظر می رسد. از طرفی می توان با تعدیل سبک زندگی، بسیاری از عوارض را کنترل و یا عود بیماری را به تعویق انداخت بنابراین قبل از هرگونه برنامه ریزی در این خصوص ضروری است مطالعه ای در خصوص سبک زندگی این گونه بیماران صورت پذیرد. لذا این تحقیق با هدف بررسی سبک زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفته است تا پس از کسب داده ها، راهکارهای عملی در جهت بهبود سبک زندگی در راستای کنترل بیماری و عوارض ناشی از آن ارائه گردد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است. بر اساس یک مطالعه مقدماتی تعداد نمونه لازم ۱۸۸ نفر محاسبه شد که با احتساب ریزش احتمالی نمونه ها تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام. اس ایران در سال ۱۳۸۷ به روش نمونه گیری آسان انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱. تایید بیماری ام. اس در آنان توسط پزشک صاحب نظر در انجمن ۲. محدوده سنی ۵۰-۱۵ سال ۳. دارای پرونده پزشکی در انجمن ام. اس ۴. نبودن نمونه ها در مرحله حاد بیماری.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خود ساخته مشتمل بر دو قسمت بود: قسمت اول شامل دو بخش خصوصیات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری بود. خصوصیات دموگرافیک بیان کننده ویژگی های فردی واحد های مورد پژوهش در برگیرنده ده سوال و بخش اطلاعات مربوط به بیماری شامل سه سوال بود. قسمت دوم پرسشنامه مربوط به بررسی ابعاد مختلف سبک زندگی شامل شش بخش: بعد مراقبت از خود (۳ سوال)، بعد تغذیه (۲۳ سوال)، بعد فعالیت بدنی و ورزش (پنج سوال)، استعمال دخانیات (۱ سوال)، بعد

حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد روش های سازگاری با استرس دوازده امتیاز بود که بر مبنای صد در صد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد (۴-۸)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد (۸-۱۰) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد (۱۲-۱۰/۱) ارزیابی گردید.

برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد. به این منظور بر اساس مطالعه کتب، نشریات و با استفاده از راهنمایی های دو نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرسشنامه تهیه گردید و سپس توسط ۱۴ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت. برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه در دو نوبت به فاصله دو هفته توسط ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام.اس ایران که شرایط مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند تکمیل شد و پایایی سوالات از طریق روش آماری ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی سوالات در دو نوبت ۹۵٪ بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها و نتیجه گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون آماری توصیفی و تحلیلی (کای دو و آزمون دقیق فشر) استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش واحدهای مورد مطالعه در دامنه سنی ۵۰-۱۵ سال قرار داشتند. ۳۲٪ آنها بین ۴۹-۴۰ سال (میانگین سنی ۳۵ سال با انحراف معیار ۸/۸۵) سن داشتند. ۶۴/۵٪ نمونه ها را زنان تشکیل می دادند. ۵۰/۵٪ متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۹۹/۵٪ با سواد بودند که اکثر آنها ۴۱/۵٪ در مقطع دیپلم بودند. ۶۳٪ نمونه ها شاغل و ۳۸/۵٪ آنها درآمد خانواده تا حدودی کفایت می کرد. ۷۱٪ دارای منابع حمایتی بودند. ۹۴٪ نمونه ها تحت پوشش بیمه قرار داشتند که ۱۷/۵٪ آنها دارای بیمه تکمیلی بودند.

اکثریت نمونه ها (۸۹٪) سابقه ابتلا به بیماری دیگر نداشتند، ۸۷٪ آنها سابقه ابتلا به بیماری ام.اس در خانواده نداشتند، مدت ابتلا به بیماری ام.اس در اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۴۱/۵٪ بیش از ۱۰ سال بود و ۵۲٪ در شش ماه گذشته عود داشته و ۴۶/۲٪ آنها بیماریشان طی شش ماه گذشته یک بار عود داشته است و اکثریت آنها به ترتیب ۷۵/۵٪ اختلال خستگی، ۷۰/۵٪ اختلال تعادل، ۷۰٪ ضعف و گرفتگی عضلات داشته اند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۳/۵٪ در مورد مصرف داروها و چگونگی مراقبت از خود آگاهی داشته اند و ۸۱٪ در صورت داشتن مشکل مشاوره می کرده اند. ۷۵٪ آنها در صورت داشتن مشکل با پزشک خود مشاوره می کرده اند.

جدول شماره ۱ ابعاد مختلف سبک زندگی را در نمونه های مورد پژوهش نشان می دهد. بین سبک زندگی در بعد مراقبت از خود با سطح تحصیلات مددجو ($p < 0/001$)، داشتن منابع حمایتی ($p = 0/031$) و دفعات عود بیماری ($p = 0/017$) واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. همچنین بین سبک زندگی در بعد تغذیه با وضعیت تأهل ($p = 0/015$) و وضعیت درآمد خانواده ($p < 0/001$) واحدهای مورد پژوهش ارتباط ارتباط معنی دار آماری وجود داشت.

بین هیچ یک از مشخصات دموگرافیک و بعد ورزش و بعد استعمال دخانیات ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. بین سبک زندگی در بعد الگوی خواب و استراحت با وضعیت درآمد خانواده ($p = 0/019$)، بیمه بودن ($p = 0/017$) و دفعات عود بیماری ($p = 0/014$) واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار آماری وجود داشت و همچنین سبک زندگی در بعد روش های سازگاری با استرس با سطح تحصیلات مددجو ($p = 0/003$)، شغل ($p = 0/026$)، وضعیت درآمد خانواده ($p = 0/003$)، منابع حمایتی واحد های مورد پژوهش ($p = 0/013$) ارتباط معنی دار آماری وجود داشت.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد مختلف سبک زندگی در واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده به انجمن ام. اس شهر تهران در سال ۱۳۸۷

ابعاد سبک زندگی	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب
فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
مراقبت از خود	۶۰	۳۰	۶۳
تغذیه	۲۳	۱۱/۵	۷۸
ورزش و فعالیت بدنی	۱۲۳	۶۱/۵	۵۲
استعمال دخانیات	۳۴	۱۷	۱۶۶
خواب و استراحت	۹۰	۴۵	۳۴
سازگاری با استرس	۱۰۱	۵۰/۵	۶۲
			۳۱
			۳۷

بیش از دو سوم واحد های مورد پژوهش (۷۸٪) از نظر سبک زندگی در بعد تغذیه در سطح نسبتاً مطلوب بوده اند. مسعودی به نقل از پاین آنی (۱۳۸۵) می نویسد رژیم غذایی در کنترل بالینی این بیماری از فواید ویژه ای برخوردار است. با اصلاح رژیم غذایی عوارضی چون یبوست، افزایش وزن، عفونت دستگاه ادراری، مشکل بلع، سوء تغذیه، زخم های فشاری و خستگی قابل کنترل هستند (۷).

اکثریت (۶۱/۵٪) واحد های مورد پژوهش از نظر سبک زندگی در بعد ورزش در سطح نامطلوب بوده اند. بر اساس مطالعه Motel و همکاران (۲۰۰۸) تشدید علائم بیماری ام. اس ارتباط نزدیکی با فعالیت فیزیکی کم دارد (۱۸).

اکثریت (۸۳٪) واحدهای مورد پژوهش از نظر سبک زندگی در بعد استعمال دخانیات در سطح مطلوب بوده اند. بر اساس مطالعه حیدری (۱۳۸۵) سیگار کشیدن می تواند بر روی سلامت عمومی اثر بگذارد. افراد سیگاری بیش از سایر افراد جامعه در معرض ابتلا به بیماری های مختلف قرار دارند. تحقیقات اخیر نشان می دهد افراد سیگاری زودتر از افراد غیرسیگاری علائم بیماری ام. اس را نشان می دهند (۱۹).

اکثریت واحد های مورد پژوهش (۴۵٪) از نظر سبک زندگی در بعد الگوی خواب و استراحت نامطلوب بوده اند. بسیاری از مبتلایان به ام. اس به علت اضطراب یا علائم جسمی ناشی از بیماری از خواب شبانه خود راضی نیستند (۲۰). در پژوهش حبیبی (۱۳۸۵) نشان داد (۳۵/۷٪) واحدهای مورد پژوهش اختلال خواب داشته اند (۲۱).

اکثریت (۵۰/۵٪) واحدهای مورد پژوهش از نظر سبک زندگی در بعد روش های مقابله با استرس نامطلوب بوده اند. بسیاری از محققان اعتقاد دارند که استرس نقش مهمی در تحریک شروع حملات ام. اس بازی می کند. چنانچه دیده شده است خیلی از بیماران بعد از یک حمله استرس، دچار اولین حمله ام. اس شده اند. استرس شدید می تواند باعث تشدید فرآیندهای التهابی شود و این موضوع می تواند تأثیر استرس، در تشدید و شروع حملات ام. اس را نشان دهد (۲۲). در

بحث و نتیجه گیری

سازمان جهانی بهداشت اصطلاح "Life style" را سبک زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی - اقتصادی حاصل می شود. تعریف WHO می گوید که الگوهای رفتاری مرتباً در واکنش با تغییرات محیطی و اجتماعی خود را سازگار می کنند و همچنین برای ارتقاء سلامتی و توانمند کردن مردم جهت تغییر رفتار و سبک زندگی شان نه تنها باید بر افراد تمرکز کرد، بلکه باید شرایط اجتماعی را هم در نظر گرفت. سازمان جهانی بهداشت اعتقاد دارد که سبک زندگی ایده آل وجود نداشته و بسیاری از عوامل تاثیر گذار بر سبک زندگی هر فرد ویژه خود اوست (۱۶).

در این مطالعه سبک زندگی ۲۰۰ نفر از بیماران بررسی شد نتایج مطالعه نشان داد اکثریت واحد های مورد پژوهش (۳۸/۵٪) از نظر سبک زندگی در بعد مراقبت از خود در سطح مطلوب بوده اند. Tolijamo (۲۰۰۱) معتقد است تبعیت از خود مراقبتی و مدیریت آن در افراد مبتلا به بیماری مزمن اهمیت دارد و این افراد بایستی در زمینه خود مراقبتی توانمند شوند (۱۷).

مطالعه McCabe و همکاران نشان داد که افراد مبتلا به ام. اس نسبت به جمعیت سالم در سبک‌های مقابله‌ای در سطح پایین‌تری قرار دارند (۲۳) و در مطالعه Visschedijk و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش تطابق با آسیب‌های جسمی و رفتار درمانی شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و وضعیت روان‌شناختی بیماران می‌گردد (۲۴).

در سال ۱۳۸۵ تحقیقی توسط نجات و همکارانش در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم در شهر تهران انجام شده است نتایج تحقیق نشان داد کیفیت زندگی این گروه از بیماران نسبت به جمعیت سالم پایین‌تر می‌باشد و لزوم طراحی و انجام مداخلات موثر مانند آموزش توانایی و اشتغال‌زایی را در این گروه بیماران مشخص می‌نماید (۲۵). یافته‌های این پژوهش نشان دهنده وجود عادات و رفتارهای غلط و نامناسب در بیماران به خصوص در زمینه عادات غذایی و تغذیه، فعالیت جسمانی و ورزش، الگوی خواب و استراحت و روش‌های سازگاری با استرس می‌باشد.

این امر لزوم توجه و تاکید بر نقش آموزش بهداشت با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب و عادات‌های رفتاری صحیح نشان می‌دهد، تا هم در این بیماران از عود و تشدید بیماری جلوگیری کند و هم در سایرین به عنوان یک فاکتور پیشگیری کننده از بیماری باشد.

از آنجایی که مطالعه حاضر در جمعیت محدودی از بیماران در مکان خاصی صورت گرفته است از تعمیم پذیری یافته‌های این مطالعه به کل جامعه بیماران مبتلا تا حدی می‌کاهد لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در استانهای دیگر نیز انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت تمامی کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می‌نمایم.

References

1. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Houser S, Longo D, Jameson J. Harrison's principles of Internal Medicine, Volume 2, 16th edition, New York, Mc Grow- Hill Co, 2005; p: 2461.
2. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Text book of Medical Surgical Nursing, Volume 2, 12th edition, Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins Co, 2010, p1956.
3. Bruce S, Rabin M. Can stress participate in pathogenesis of auto immune disease? JAH, 2002; 30 (4): 71-75
4. Iranian MS Society, Familiarity with Multiple Sclerosis, 2006; Vol 1. p: 22 (In Persian)
5. Lotfi J. Abstract book of 3th International Iranian Congress on Multiple Sclerosis, 2004; p: 23 (In Persian)
6. Murgante L. Hope in Multiple Sclerosis, a nursing perspective, Int J MS Care. 2000; 2(2): P:3
7. Masoodi R. Effect of self care program on quality of life patients with Multiple Sclerosis, Health Education MSc Thesis, University of Tarbiat Modarres. 2006; p: 5 (In Persian)
8. Noruzi E. Study comparative life style of one term students and the last term students of School of Nursing and Midwifery, Tehran University, Nursing MSc. Thesis, Tehran University of Medical Science, 2003; p: 2 (In Persian)
9. Delauns S, londer p. Fundamental of Nursing, Fourth edition, Australia: WB Delnar co, 2002; p: 65
10. Phipps W, Sands J, Marek J. Medical-surgical Nursing & clinical practice, Tnewyork, Mosby Co, 2003; p: 55
11. Lankester, J, Stanhope, M. Community Public health nursing, Volume 2, 6th edition, Chicago: Mosby, 2004; p: A-12.
12. Motarrefi H. Assessment of pre MI life style of hospitalized patients suffe from MI in post CCU ward, Tehran University of Medical Science in 1382. Nursing MSc Thesis, 2004; p:62 (In Persian)
13. Pekmezovic T, Drulovic J, Milenkovic M, Jarebinski M, Stojavljevic N & et al. Lifestyle factors and Multiple Sclerosis: A Case-Control study in Belgrade, Neuroepidemiology, 2006; 27(4) : 212- 216.
14. Shojaee H. Translation of book, Text book medical, prevention and social, chronic disease and non communicable and communicable common (Park j, Park K). Tehran: Esharat Pubblication, 2002; p:230 (In Persian)
15. Potter & Perry. Fundamental of Nursing. London, W Delnar co, 2001; p: 65
16. Mohammadi Zedi E, Heidar Nia A, Haji Zadeh E. The study of cardiovascular patients lifestyle, Daneshvar, Scientific- research J S U, 2006; 61(13): 49-56 (In Persian)
17. Tolijamo M & Hentinen M. Adherence to self care and social support, J C N, 2001; 10(5): 618-628.
18. Motl R, Arnett P, Smith M Barwick F, Ahlstrom B & Et al, Multiple Sclerosis 2008; 14. p: 140
19. Heidari T, Josie M. The effect of smoking in causing MS illness, Abstract book of 3th International Iranian Congress on Multiple Sclerosis, 2004; p: 216 (In Persian)

20. Adib negad S. [MS live comprehensive guide with multiple sclerosis]. Tehran: Hayan Publication; 2005. (In Persian)
21. Habibi F. Study sleep disorder and relationship with some characteristic patients with M.S, Nursing MSc, Thesis, Islamic Azad University, Tehran University of Medical Science. 2006; p: 1(In Persian)
22. Kashefi M. MS patients, M J 18, 2004;PP: 37-43 (In Persian)
23. McCabe M, McKerna S, McDonald E. Coping and Psychological adjustment among people with multiple sclerosis, J P R, 2004; 56 (3): 355-61.
24. Visschedijk M, Colleite E. Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with Multiple Sclerosis, an exploratory study. Psyc Rep, 2004; 95(3): 735- 46.
25. Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh R, Nabavi N, Nedjat F, et al, Quality of Life in Multiple Sclerosis Compared to the healthy Population in Tehran, J Epidemiology of Iran, 2007; 4: 19-24. (In Persian)

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.