بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران سال۱۳۸۷

فیروزه پیامنی [۱]، علی‌اکبر نظری [۲]، هایده نکته‌دان [۳]، عباس مهران [۳]، محمدعلی صحراییان [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 روش‌ها:** 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.

* **یافته‌ها:** 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 نتیجه‌گیری:** سبک زندگی واحد های مورد پژوهش در برخی از ابعاد نامطلوب بود و این رفتارهای غیر بهداشتی می‌تواند 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.

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

آدرس مکاتبه: الیگودرز، دانشکده پرستاری

پست الکترونیک: firuzeh.payamani@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس[1] یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی می‌باشد که روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می گذارد، ام.اس 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 تقریبا 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 صدهزار 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، و 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 بیشماری بر سلامت انسان‌ها تاثیر 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 تاثیر می گذارد (۹). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام می دهد 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 درآمریکا 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 امریکا 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 تأثیرگذار 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 ازاین 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 موثرمی باشد(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 ام.اس در جهان،

1. Multiple sclerosis

مرگ و میر بالا و مشکلات عدیده‌ای که از نظر جسمی، روانی و اقتصادی که بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌گردد، توجه به وضعیت زندگی و نحوه مراقبت از خود در این بیماران امری لازم و مهم به نظر می‌رسد. از طرفی می‌توان با تعدیل سبک زندگی، بسیاری از عوارض را کنترل و یا عود بیماری را به تعویق انداخت بنابراین قبل از هرگونه برنامه‌ریزی در این خصوص ضروری است مطالعه‌ای در خصوص سبک زندگی این‌گونه 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 روش‌ها

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

جهت جمع‌آوری 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 پژوهشگرتکمیل 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(۱/۵-۱)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد (۲/۲۵-۱/۶) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد(۳-۲/۲۶) ارزیابی گردید.

حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد تغذیه شصت و سه امتیاز بود که بر مبنای صددرصد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد(۴۱-۱۹)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد(۵۲-۴۱/۱) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد(۶۳-۵۲/۱) ارزیابی گردید. حداکثر امتیاز سبک زندگی در بعد فعالیت جسمانی و ورزش ده امتیاز بود که بر مبنای صد در صد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نامطلوب کمتر از پنجاه درصد(۶/۵-۳)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد(۸/۲-۶/۶) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد (۱۰-۸/۳) ارزیابی گردید.

امتیاز سبک زندگی در بعد استعمال دخانیات شامل یک سوال بود که به شرح ذیل سنجیده شد: افرادی که از سیگار، قلیان، پیپ، چپق 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 در صد امتیاز کسب شده در سه طبقه: نا مطلوب کمتر از پنجاه درصد(۱۲-۶)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد(۱۵-۱۲/۱) و مطلوب بالای هفتاد و پنج درصد(۱۸-۱۵/۱) ارزیابی گردید.

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(۸-۴)، نسبتاً مطلوب بین پنجاه تا هفتاد و پنج درصد(۱۰-۸/۱) 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 راهنمایی‌های 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 داده‌ها و نتیجه‌گیری از نرم افزارSPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون آماری توصیفی و تحلیلی(کای دو و آزمون دقیق فیشر) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش واحدهای مورد مطالعه در دامنه سنی ۵۰-۱۵ سال قرار داشتند. ۳۲٪ آنها بین ۴۹-۴۰ سال(میانگین سنی۳۵ سال با انحراف معیار۸/۸۵) سن داشتند. ۶۴/۵٪ نمونه‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. ۵۰/۵٪ متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۹۹/۵٪ با سواد بودند که اکثر آنها ۴۱/۵٪ در مقطع دیپلم بودند. ۶۳٪ نمونه‌ها شاغل و ۳۸/۵٪ آنها درآمد خانواده تا حدودی کفایت می‌کرد. ۷۱٪ دارای منابع حمایتی بودند. ۹۴٪ نمونه‌ها تحت پوشش بیمه قرار داشتند که ۱۷/۵٪ آنها دارای بیمه تکمیلی بودند.

اکثریت نمونه‌ها(۸۹٪)سابقه ابتلا به بیماری دیگر نداشتند، ۸۷٪ آنها سابقه ابتلا به بیماری ام.اس در خانواده نداشته، 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 داشته‌اند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۳/۵٪ در مورد مصرف داروها و چگونگی مراقبت از خود آگاهی داشته‌اند و ۸۱٪ در صورت داشتن مشکل مشاوره می‌کرده‌اند. ۷۵٪ آنها در صورت داشتن مشکل با پزشک خود مشاوره می‌کرده‌اند.

جدول شماره ۱ ابعاد مختلف سبک زندگی را در نمونه‌های مورد پژوهش نشان می‌دهد.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($p=۰/۰۱۷$)واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین بین سبک زندگی در بعد تغذیه با وضعیت تأهل($p=۰/۰۱۵$)و وضعیت درآمد خانواده ($p<۰/۰۰۱$)واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

بین هیچ یک از مشخصات دموگرافیک و بعد ورزش و بعد استعمال دخانیات ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. بین سبک زندگی در بعد الگوی خواب و استراحت با وضعیت درآمد خانواده($p=۰/۰۱۹$)، بیمه بودن($p=۰/۰۱۷$) و دفعات عود بیماری($p=۰/۰۱۴$) واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت و همچنین سبک زندگی در بعد روش‌های سازگاری با استرس با سطح تحصیلات مددجو($p=۰/۰۰۳$)، شغل($p=۰/۰۲۶$)، وضعیت درآمد خانواده ($p=۰/۰۰۳$)، منابع حمایتی واحد های مورد پژوهش($p=۰/۰۱۳$) ارتباط معنی‌دار 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
مراقبت از خود	۶۰	۳۰	۶۳	۳۱/۵	۷۷	۳۸/۵
تغذیه	۲۳	۱۱/۵	۱۵۶	۷۸	۲۱	۱۰/۵
ورزش و فعالیت بدنی	۱۲۳	۶۱/۵	۵۲	۲۶	۲۵	۱۲/۵
استعمال دخانیات	۳۴	۱۷			۱۶۶	۸۳
خواب و استراحت	۹۰	۴۵	۷۶	۳۸	۳۴	۱۷
سازگاری با استرس	۱۰۱	۵۰/۵	۶۲	۳۱	۳۷	۱۸/۵

بحث و نتیجه‌گیری

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 زندگیشان 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).

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 بوده‌اند. بر اساس مطالعه حیدری(۱۳۸۵) سیگار کشیدن می‌تواند بر روی سلامت عمومی اثر بگذارد. افراد سیگاری بیش از سایر افراد جامعه در معرض ابتلا به بیماری‌های مختلف قرار دارند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد افراد سیگاری زودتر از افراد غیرسیگاری علائم بیماری ام.اس را نشان می‌دهند(۱۹).

اکثریت واحد های مورد پژوهش(۴۵٪) از نظر سبک زندگی در بعد الگوی خواب و استراحت نامطلوب بوده‌اند. 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 داشته‌اند(۲۱).

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

مطالعهMcCabe 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 نوتوانی و اشتغال‌زایی را در این گروه بیماران مشخص می‌نماید(۲۵).

یافته های 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 می باشد.

این امر لزوم توجه و تاکید بر نقش آموزش بهداشت با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب و عادات های رفتاری صحیح نشان می دهد، 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 یافته های این مطالعه به کل جامعه بیماران مبتلا تا حدی می کاهد لذا پیشنهاد می شود این مطالعه در استانهای دیگر نیز انجام گردد.

تشکر و قدردانی

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

References

1. Kasper D, Braunwald E , Fauci A, Houser S, Longo D, JamesonJ. 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, Rabinb 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, Stojsavljevic 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. Psyco 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.